



Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach	3
SPOMIENKA	4
Tlač, Prešovské noviny, 9. 12. 2021	
O krok pred alzheimerom	5
Tlač, Život, 9. 12. 2021	
Súťažičť o dopravcu na nefunkčnom trhu je nezmysel	7
Tlač, Trend, 9. 12. 2021	
bleskom	11
Tlač, Zdravotnícke noviny, 9. 12. 2021	
Psychologička: Zdravotníci si musia pomôcť sami	12
Tlač, Zdravotnícke noviny, 9. 12. 2021	
Odporúčania versus realita	13
Tlač, Kompendium medicíny, 9. 12. 2021	
Odporúčania versus prax	18
Tlač, Kompendium medicíny, 9. 12. 2021	
VOÚ chce vybudovať nový pavilón chirurgických disciplín	22
Tlač, Lekárske listy, 9. 12. 2021	
Sme zhrození, že školy sa dajú zobchodovať za predvianočný konzum a lyžovačku (anketa)	24
Online, dennikn.sk, 8. 12. 2021, 14:49	
Študenti v nemocniciach: pacienti sú agresívnejší	28
Online, spravypavda.sk, 8. 12. 2021, 8:30	
Anketa medzi nadáciami ukazuje, že pomoc v čase pandémie bola rýchla a iná	30
Online, trend.sk, 8. 12. 2021, 16:03	
Envirozáťaž v Strážskom môže poslúžiť na budúce inovácie	31
Online, obecne-noviny.sk, 8. 12. 2021, 9:30	
Kassa megye lakosai dönthetik el, melyik projekt kapjon pénzügyi támogatást az önkormányzattól	32
Online, amikassa.sk, 8. 12. 2021, 17:47	
Fakulty a ústavy UPJŠ	33
Žurnál Rádia Regina	34
Rozhlas, Rádio Regina, 8. 12. 2021, 17:00	
O krok pred alzheimerom	35
Tlač, Život, 9. 12. 2021	
bleskom	37
Tlač, Zdravotnícke noviny, 9. 12. 2021	
Psychologička: Zdravotníci si musia pomôcť sami	38
Tlač, Zdravotnícke noviny, 9. 12. 2021	
Čo odhalili inhibitory PCSK9 o manažmente LDL-cholesterolu?	39
Tlač, Kompendium medicíny, 9. 12. 2021	
Odporúčania versus realita	40



Tlač, Komentium medicíny, 9. 12. 2021	
VOÚ chce vybudovať nový pavilón chirurgických disciplín	45
Tlač, Lekárske listy, 9. 12. 2021	
Študenti v nemocniciach: pacienti sú agresívnejší	47
Online, spravv.pravda.sk, 8. 12. 2021, 8:30	
Univerzité pracoviská	49
SPOMIENKA	50
Tlač, Prešovské noviny, 9. 12. 2021	
Odporúčania versus prax	51
Tlač, Komentium medicíny, 9. 12. 2021	
Kassa megye lakosai dönthetik el, melyik projekt kapjon pénzügyi támogatást az önkormányzattól	55
Online, amikassa.sk, 8. 12. 2021, 17:47	





SPOMIENKA [🔗](#)

📅 9. 12. 2021, Zdroj: **Prešovské noviny**, Strana: 30, Vydavateľ: **Petit Press**, Autor: **jac**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 203 116 GRP: 4,51 OTS: 0,05 AVE: 104 Eur

Spomienka na Juraja Filčáka

PREŠOV Pred dvadsiatimi rokmi, 9. decembra 2001, vo veku 74 rokov opustila tento svet výrazná osobnosť československého a prešovského ženského basketbalu Juraj Filčák. Tejto hre zasvätil svoj život ako hráč, tréner, vysokoškolský pedagóg a funkcionár. Basketbal sa mu stal súčasťou života, telocvičňa vo vysokoškolskom areáli na Ul. 17. novembra v Prešove druhým domovom. Venoval mu celý svoj čas v klube aj na Katedre telesnej výchovy PdF **UPJŠ** v Prešove.

Mal veľký podiel na tom, že basketbalistky Slávie **UPJŠ** Strojstav Prešov robili dobré meno metropole Šariša v celom Československu aj v zahraničí. Pod jeho rukami vyrástli viaceré skvelé reprezentantky a tiež účastníčky olympijských hier, majstrovstiev sveta a Európy. V sezóne 1973/74 sa basketbalistky Slávie VŠ Strojstav Prešov pod jeho vedením stali majsterkami Slovenska.

V rokoch 1953 až 1960 trénoval mládež, v rokoch 1960 až 1987 družstvo žien v prvej československej lige a slovenskej národnej lige, v rokoch 1987 až 1993 mladšie a staršie dorastenky Slávie **UPJŠ** Prešov. S veľkým zanietením sa venoval aj výchove mladých basketbalistiek. Viedol aj družstvo vysokoškoláčok Československa a v roku 1973 bol asistentom trénera reprezentačného družstva žien Československa. V histórii prešovského ženského basketbalu bol najúspešnejším trénerom.

Jeho pôsobenie bolo ocenené udelením Ceny fair play Československého olympijského výboru.

Autor: (jac)



O krok pred Alzheimerom ✉

☐ 9. 12. 2021, Zdroj: **Život**, Strany: 34, 35, 36, Vydavateľ: **News and Media Holding, a.s.**, Autor: **Marcela Fuknová**, Sentiment: **Negatívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**
Dosah: 195 000 GRP: 4,33 OTS: 0,04 AVE: 25283 Eur

Rubrika: ZAUJALO RUBRIKA NÁS XXXXX

Medzi prvé príznaky Alzheimerovej a Parkinsonovej choroby patrí zabúdanie slov a obmedzenie slovnej zásoby. Ľuďom s týmito ochoreniami môže pomôcť MOBILNÁ APLIKÁCIA, ktorú vyvinuli slovenskí odborníci. Diagnózu pomôže určiť nahrávka hlasu.

Autor projektu Alfréd Zimmermann je programátor a riaditeľ počítačovej firmy. Mobilná aplikácia s názvom EWA, na ktorej v súčasnosti pracuje spolu s niekoľkými kolegami, je svetový unikát. Funguje na základe umelej inteligencie a programovania neurónových sietí. Ako vôbec mobilná aplikácia dokáže určiť, či človek trpí úbytkom poznávacích schopností? „Táto aplikácia hravou formou navedie človeka, aby opísal obrázky, ktoré uvidí v telefóne. Postupne uvidí desať jednoduchých obrázkov predmetov a desať obrázkov činností. Po každom obrázku do mobilu jednoslovne povie, čo videl. Následne sa mu zjaví komplikovanejší obrázok, kde je viac osôb a činností, ktoré navzájom súvisia. Na opis tohto obrázku má k dispozícii 90 sekúnd. Celá výpoveď sa nahrá a vyhodnotí,“ vysvetľuje fungovanie aplikácie.

Výsledkom je percentuálny odhad prítomnosti príznakov ochorenia vo forme ručičky, ktorá vo farebnom poli ukazuje od zelenej po červenú. V prípade vyššej pravdepodobnosti ochorenia sa objaví aj odporúčanie a kontakt na odborníkov v najbližšom okolí. „Pomocou tejto aplikácie by si človek mohol kedykoľvek len s využitím mobilného telefónu skontrolovať, ako fungujú jeho kognitívne procesy, teda napríklad pamäť a myslenie,“ vysvetľuje Alfréd Zimmermann. Pri neurodegeneratívnych ochoreniach, ako je Alzheimer či Parkinson, je vďaka skorej diagnostike väčšia nádej, že postup ochorenia sa liečbou podarí spomaliť.

Aplikácia bude bezplatná

Pri vývoji jedinečnej aplikácie sa Alfréd Zimmermann a jeho kolegovia spojili s vedcami i odborníkmi na neurodegeneratívne ochorenia. „Za naším projektom sú odborníci zo spoločnosti AXON PRO, Dr. Petra Brandoburová z Centra Memory, ktoré sa zaoberá Alzheimerovou chorobou, kolektív z Ústavu informatiky SAV pod vedením Ing. Milana Ruska, vedci z Paneurópskej vysokej školy aj z Lekárskej fakulty **UPJŠ** v Košiciach pod vedením docenta Mateja Škorvána,“ vymenúva Alfréd Zimmermann svojich spolupracovníkov. Mobilná aplikácia bude pre používateľov bezplatná a pre tvorcov je odbornou výzvou.

„Programovanie neurónových sietí ma zaujímalo odjakživa, pretože je to veľmi podobné fungovaniu mozgových buniek a spojení v mozgu. Keď v roku 2018 prišla možnosť vytvoriť projekt v spolupráci s vedcami, okamžite mi napadlo, že sa pustíme do oblasti neurónových sietí a spojíme to s pomocou ľudí, ktorí trpia Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou. Prvé príznaky týchto ochorení sú totiž merateľné a objavujú sa v reči. Človek si napríklad nevie spomenúť na správny výraz, ktorý má použiť, má problémy so slovnou zásobou. Chceli sme vyvinúť aplikáciu, kde by človek hovoril do mobilu a na základe toho, ako hovorí, by aplikácia dokázala rozpoznať rozdiely medzi zdravým prejavom a takým, kde sa prejavujú včasné príznaky neurodegeneratívneho ochorenia,“ vysvetľuje odborník.

„Tieto ochorenia sa rozvíjajú väčšinou roky, úbytok týchto schopností je veľmi pozvoľný a potom nastáva rapídne zhoršenie stavu. Práve preto sa chceme pomocou aplikácie pokúsiť zachytiť rané štádiá, aby bolo možné mozog terapiou a podpornými cvičeniami ešte udržiavať v kondícii a ochorenie spomaliť,“ hovorí o svojich cieľoch. O podporu projektu požiadali Európsku úniu v rámci operačného programu pre výskum a vývoj a po schválení projektu začali pracovať na vývoji v septembri minulého roka.

Zlodej koláčikov

Testy na diagnostiku neurodegeneratívnych ochorení, akým je Alzheimerova choroba, existujú vo svete už mnoho rokov. „Neurológ alebo psychiater posudzuje mentálny výkon pacienta na základe toho, že pacient opisuje obrázok, je to bežná diagnostická metóda. Našou úlohou bolo vyvinúť metodiku automatického rozpoznávania toho, čo človek hovorí,“ vysvetľuje Alfréd Zimmermann. Príprava bola náročná. „Existuje známy čiernobiely obrázok zo 70. rokov minulého storočia, ktorý sa volá Zlodej koláčikov. Je na ňom scéna, ako sa deti snažia vziať v kuchyni otcovi koláčiky zo skrine. Ten nás inšpiroval. Potrebovali sme najprv zdefinovať, aké obrázky sa budú v aplikácii zjavovať. Vyberali sa aj slová na základe frekvencie v slovenskom jazyku – časté i menej časté. Také, ktoré sa človek učí v detstve a má ich pevne zafixované, aj také, ktoré používa až v neskoršom veku. Vybrali sme 30 predmetov a 30 činností a na základe obrázka Zlodej koláčikov sme vytvorili dva vlastné dejové obrázky a jeden sme prevzali z internetu,“ opisuje odborník proces tvorby obsahu aplikácie. K slovám museli nájsť vhodné obrázky, ktoré by vyzerali jednoznačne. „Koleso musí naozaj vyzerať ako koleso, nie napríklad ako kormidlo. Museli sme brať do úvahy aj rôzne nárečia či rôznu dikciu reči v jednotlivých regiónoch. Aby sa nám nestalo, že aplikácia vyhodnotí niekoho z Oravy alebo zo Záhoria ako človeka s pokročilými príznakmi Alzheimerova len preto, lebo k obrázkom povie slová, ktoré sa tam neobjavujú,“ usmieva sa Alfréd Zimmermann.

Aplikáciu musia učiť

„Počíta sa s tým, že ak tisíc ľudí pomenuje daný obrázok, budú medzi nimi aj regionálne názvy. Zo vzorky 60 predmetov a činností zostane napokon 20 a z troch komplexných obrázkov bude v aplikácii jeden. Chceme, aby aplikácia bola všeobecne dostupná a



jednoducho previedla človeka celým testovaním," hovorí jeden z tvorcov. Aktuálne sa pracuje na zdokonaľovaní aplikácie a na nahrávaní záujemcov na rôznych pracoviskách po celom Slovensku. „Cieľom je získať tisíc nahrávok na ‚učenie‘ aplikácie a potom ďalších dvesto na testovanie jej funkčnosti. Momentálne máme 750 učiacich nahrávok a potrebujeme ďalšie,“ vysvetľuje Alfréd Zimmermann. „Neurónové siete sa v počítačových programoch používajú napríklad na rozpoznávanie značiek áut pri vstupe do garáže a výstupe z nej, pri snímaní zrenice ako vstupného kódu do chráneného priestoru, snímaní odtlačku prsta na odomknutie mobilu a podobne. Umeľá inteligencia sa to učí na tisícoch vzoriek. V programe neurónových sietí sú skryté matematické body, ukladajú sa isté parametre vzoriek a jedinečná hodnota parametrov, ktorá potom systému pomôže presne určiť ten správny,“ snaží sa Alfréd Zimmermann priblížiť zložitú problematiku fungovania neurónových sietí. Zvuk hlasu ľudí na nahrávkach treba navyše previesť do textu, ktorý aplikácia porovnáva so vzorom. „To je takisto veľká oblasť fungovania umelej inteligencie – na tomto princípe fungujú inteligentné domy, počítače pre zrakovo postihnutých a podobne. Tam sa však používajú len jednoduché príkazy, no my pracujeme s výpoveďami, ktoré zahŕňajú celú slovnú zásobu. Ak človek opisuje dejový obrázok, je to súvislá výpoveď a je teda veľmi zložitá rozpoznať, čo vlastne hovorí. Navyše musíme brať do úvahy aj vsuvky, pohmkávanie v reči, rušivé zvuky z okolia,“ konštatuje.

Potrebujú dobrovoľníkov

Výskumníci sa v súčasnosti snažia získať potrebné nahrávky a previesť ich do textu. „Časť nahrávok sme urobili s pacientmi Centra Memory, tých bolo 250, a ďalších päťsto so zdravými ľuďmi. V tejto učiacej fáze potrebujeme, aby systém dokázal rozlíšiť, čo je zdravý prejav, čo je mierne zhoršenie a čo väčšie zhoršenie. Systému pustíme do neurónovej siete nahrávku prevedenú do textu, zvukové parametre a sieť ich vyhodnocuje. Do získavania nahrávok ľudí sme zaangažovali našich spolupracovníkov v Bratislave i v Košiciach, chýbajú nám však zatiaľ nahrávky z ostatných regiónov Slovenska kvôli dialektom, inej slovnej zásobe či inej dikcii reči. Chceme ich motivovať aj malou finančnou odmenou. Navyše ak sa zapoja do učiacej časti, poskytneme im finálnu verziu medzi prvými, aby mohli otestovať, ako na tom sú. Veľmi nám pomôžu v tvorbe bezplatnej aplikácie, ktorá bude jediná svojho druhu na svete. Chceme, aby sa čím skôr dostala k všetkým ľuďom vo vyššom veku a ich blízkym, ktorí ju potrebujú, aby mohli byť o krok pred ochorením.“

Chcete pomôcť aj vy?

Chcete pomôcť pri tvorbe nahrávok pre mobilnú aplikáciu EWA na skorú diagnostiku neurodegeneratívnych ochorení? Máte viac ako 50 rokov? Môžete sa prihlásiť na office@axonpro.sk, www.projektewa.sk alebo na telefónnych číslach

02/62410360 a 0903482611.

SLOVÁCI VYVÍJAJÚ UNIKÁTNU MOBILNÚ APLIKÁCIU NA ODHALENIE PRÍZNAKOV VÁŽNYCH OCHORENÍ

Alzheimerova choroba sa prejaví najčastejšie výpadkami pamäti a zmätenosťou. Vedeli by ste pomenovať tieto jednoduché činnosti? A koľko času by vám to trvalo? Aj to aplikácia vyhodnocuje. ALFRÉD ZIMMERMANN sa s kolegami pustil do unikátneho projektu, ktorý pomôže ľuďom s demenciou včas diagnostikovať. V aplikácii budú obrázky predmetov, ktoré bežne používame, ale aj tých, o ktorých hovoríme menej často. Na obrázku je pomerne zložitý dej. Vedeli by ste za 90 sekúnd opísať, čo sa tam deje? Na tvorbe aplikácie sa významne podieľa aj NATÁLIA ČASNOCHOVÁ ZOZUK v tíme s Richardom Malaschitzom.

FOTO: ARCHÍV A. Z. FOTO: SHUTTERSTOCK

Autor: MARCELA FUKNOVÁ



Súťaž o dopravcu na nefunkčnom trhu je nezmysel [✉](#)

📅 9. 12. 2021, Zdroj: **Trend**, Strany: 69, 70, 71, 72, Vydavateľ: **News and Media Holding, a.s.**, Autor: **Jozef Ryník**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. Kľúčové slová: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**

Dosah: 34 000 GRP: 0,76 OTS: 0,01 AVE: 23599 Eur

Rubrika: KOŠICKÝ SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

Na východe Slovenska vidím priestor na piatu automobilku, no nemala by byť len montážnou dielňou, tvrdí v rozhovore pre TREND košický župan Rastislav Trnka

Košický župan Rastislav Trnka rozpráva o problémoch kraja otvorene. Sťažuje sa na centralizmus vlády, no nerezignoval. Chce rozprúdiť podnikanie v košickom regióne či dopravu aj s pomocou kraja.

Prímestská doprava v Bratislavskom kraji kolabuje. Ako hodnotíte systém verejného obstarávania pri regionálnych dopravcoch?

Aj nám sa zmluva s dopravcom koncom roka skončí, aj nás sa to týka. Systém prímestskej dopravy nie je nastavený dobre. Štát v minulosti umožnil sprivatizovať „sadky“, nenastavil správne legislatívne prostredie a napriek upozorneniam krajov ho výrazne nemení. Preto máme problémy. Kraje zabezpečujú dopravu cez súkromné firmy. V našom kraji jazdí Arriva a Eurobus. Preto sa pýtam, prečo nemôže kraj rozhodnúť o zmene tarify jednostranne.

Prečo teda?

Zo zákona sa musíme dohodnúť s dopravcom. Pri železničiach a mestských dopravných podnikoch je to bez problémov, lebo štát a mesto dopravcov vlastní. My sme chceli, aby o tom mohol rozhodnúť objednávateľ, teda kraj. Bolo to súčasťou novely zákona o cestnej doprave, ale ministerstvo dopravy to na poslednú chvíľu z neznámych príčin stiahlo.

Aké poučenie si zoberiete zo situácie v Bratislavskom kraji?

Poučenie je jednoznačné: neplatí, čo rozpráva Úrad pre verejné obstarávanie (ÚVO). Trnavský kraj urobil krátky výber dopravcov cez priame rokovacie konanie, dostal za to pokutu. Bratislavský kraj robil klasické obstarávanie najdlhšie, my urobíme niečo medzi tým.

Čiže to môže trvať rok či dva?

Nie rok, ale mesiac alebo dva. Dá sa to napadnúť a môže sa stať, že k 1. januáru nebudeme mať vysúťažených dopravcov. V takom prípade môžeme v súlade so zákonom o cestnej doprave nariadiť pôvodným dopravcom, aby pokračovali v prevádzke. Cestujúci sa nemusia obávať, dopravné služby vo verejnom záujme budú aj po 1. januári v Košickom kraji zabezpečené.

Kto sa uchádza o prevádzku?

Otvorili sme súťaž pre všetkých, dopravné firmy sú však v podstate oligopoly. Majú na kraje väčšie páky než my na ne. Môže sa stať, že prídu ponuky a najnižšia bude za kilometer o 50 percent vyššia, než platíme dnes. To pri našej desaťročnej zmluve v hodnote 460 miliónov eur znamená, že náklady by vyskočili o 230 miliónov eur, čo je ročne 23 miliónov. Trhová konkurencia nefunguje. Tváriť sa, že ideme súťažiť na nefunkčnom trhu, je nezmysel.

Nemalo by súťaž robiť namiesto krajov ministerstvo?

Problém by zostal. Možné riešenie je, že si kraj založí vlastnú „sadku“ a niektoré výkony sa presunú na ňu, takže bude v systéme konkurenčným prvkom.

Krajská SAD by mala konkurovať súkromníkom a skresť cenu za dopravu?

Môže, ale nejde len o to. Máme napríklad projekt vodíkových autobusov, ku ktorým treba stavať plniacu infraštruktúru. To sa súkromným dopravcom nariadiť nedá. Budeme sa snažiť hľadať vyvážený model dopravy, aby bol efektívny pre daňového poplatníka aj kraj.

Trnavský župan pre TREND povedal, že ak kraje nedostanú od štátu viac kompetencií, môžu ich rovno zrušiť.

V západnej Európe vedia, že regióny dokážu niektoré služby poskytovať efektívnejšie, to je decentralizácia. U nás sa urobila polovičato. Jednu nohu kraje dostali, druhú už nie. Pozrime sa len na kompetencie. V Česku okresné úrady fungujú pod kraji. Kraje majú na starosti cesty prvej triedy aj regionálne železnice. Tento model je efektívnejší.

Chcete teda od štátu viac kompetencií a peňazí na ich vykonávanie?

Áno, pretože vyššie územné celky (VÚC) dokážu poskytovať služby občanom efektívnejšie. Kompetencie je nutné rozdeliť medzi mestá, obce, regióny a štát. Inak, vláda má reformu samosprávy v programovom vyhlásení, no zatiaľ zriadila len akúsi komisiu.



Nestíha, lebo je koronakríza...

Iste, ale aj s covidom sme lepšie bojovali my než štát. Keby mal očkovanie zabezpečovať štát, garantujem, že zaočkovanosť by bola o 20 percent nižšia.

Čo si myslíte o pridelovaní peňazí z plánu obnovy regiónom?

Z plánu obnovy majú ísť isté peniaze na samosprávy, lenže nevieme aké. Župy navrhujú, aby sa projekty financovali cez rady partnerstva, ktoré vznikli pre štandardné eurofondy. V nich sú zastúpené regióny, mestá, neziskové organizácie, ale aj cirkvi a podnikatelia, v jednej komore rady partnerstva má zastúpenie aj štát. Lenže ministerka Veronika Remišová zrejme po rokovaniach s jednotlivými rezortmi, ktorých cieľom je pravdepodobne udržať si kompetencie a kontrolu nad čo najväčším balíkom eurofondových prostriedkov, to zmenila za pochodú. Napokon cez rady partnerstva krajov pôjde na projekty len 0,9 miliardy eur z 12,3 miliardy klasických eurofondov a na územia miestneho rozvoja (ÚMR) ide 0,6 miliardy. Z plánu obnovy ešte nie je jasné, ako sa bude 6,5 miliardy eur pridelovať.

Niečo má ísť cez kraje, niečo cez ÚMR. Nie je to zdvojenie regiónov, ktoré sa prekrývajú?

Európska komisia nariadila, aby najmenej osem percent z Európskeho fondu regionálneho rozvoja (EFRR) putovalo do projektov cez územia miestneho rozvoja.

Bude na východe ÚMR Košice a Prešov, keďže sú blízko seba?

Nie, bolo by to logické, ale jedným ÚMR budú Košice a zostava obcí v okolí a druhým Michalovce a okolie. Z ôsmich miliárd, ktoré sú v EFRR, pôjde 8,1 percenta na ÚMR. Lenže európskym úradníkom v Bruseli ani nenapadlo, že na Slovensku z toho pôjde len dvanásť percent na všetky projekty v krajoch. Naša rada partnerstva má deliť 152 miliónov eur pre viac ako 430 obcí a miest počas siedmich rokov. Mesto Košice dostane 99 miliónov pre seba a niekoľko obcí v okolí.

Vidíte problém aj v centralizácii týchto fondov?

To je najväčší problém. Jeden z pilierov Európskej únie (EÚ) je subsidiarita. Čo sa dá urobiť na nižšej úrovni, bližšie k občanovi, má spadať miestnej samospráve. My vieme lepšie ako centrum, ktoré projekty sú potrebné, kde je nutné dostávať kanalizáciu. Z centra nám hovoria, nech im naše projekty pošleme, lenže oni nám ich poškrtajú, pomenia a výzvu vypíšu o päť rokov. Robia to tam anonymní úradníci, ktorí nie sú pod takým dozorom ako župan. Keby som ja zdržiaval nejakej obci kanalizáciu tri roky, mal by som protesty pred úradom. Myslel som si, že ministerstvo regionálneho rozvoja (MIRRI) bude najlepší partner pre kraje, tak ako to po zložení vlády prezentoval bývalý premiér a súčasný minister financií Igor Matovič. MIRRI bude mať rozhodujúcu právomoc pri riadení eurofondov, ale zatiaľ nás, diplomaticky povedané, o svojom pozitívnom konaní nepresvedčilo.

Vidíte tendencie k centralizácii?

Áno, preto sa pýtam, akým potrebám teda slúži takéto ministerstvo regionálneho rozvoja. Podobne sa však správajú iné ministerstvá.

Lenže MIRRI tvrdí, že v regiónoch bude mať pobočky...

„One stop shop“, ako MIRRI tieto pobočky nazýva, je aktuálne atraktívne znejúci slogan. Keď prídem do režimu výkonu, nakoniec zistíme, že sprostredkovateľské orgány, ktoré sú pre Integrovaný regionálny operačný program (IROP) dnes v regiónoch funkčné a ktorých chod spolufinancuje župa zo svojho rozpočtu, boli dostatočným riešením na zabezpečenie čerpania. Pobočka ministerstva bude mať šéfa, ktorý bude rozhodovať, v Bratislave. A tak sa bude tvoriť efekt úzkeho hrdla a istý krok „výrobného“ procesu bude spomaľovačom. V bežnej praxi musí manažment efekty úzkeho hrdla okamžite riešiť, tak sa nechajme prekvapiť.

Nebudú ich riadiť ľudia z regiónov?

Nie, bude to robiť ministerstvo. Decentralizácia nie je to isté ako dekoncentrácia. Pani ministerka robí to druhé. V podstate to ostane centralizované. Keď miestny vedúci pobočky niečo nebude vedieť, zatelefonuje do Bratislavy, kde sa o tom rozhodne.

Nebudete však musieť tak často cestovať do hlavného mesta...

(Úsmev.) Pôvodne mali byť regionálne pobočky pod radami partnerstva. Mali sa volať technické sekretariáty. Mali sme ministerstvu napísať, aké úlohy by mali vykonávať. Urobili sme to. Prešli dva mesiace a zrazu boli na stole regionálne pobočky. A tie majú robiť približne to, čo sme im napísali o úlohách technických sekretariátov.

Hovorí sa o príchode automobilky Volvo do priemyselného parku pri Košiciach. Bol by to pre východ napriek štyrom automobilkám na západe Slovenska víťaný investor?



Na východnom Slovensku nie je žiadna automobilka. V západoslovenských fabrikách robí veľa východniarov, preto by bolo výhodnejšie, keby pracovali doma. Zvýši to miestne HDP aj životnú úroveň. Ak má človek chodiť na týždňovky k Žiline či do Bratislavy, nie je to ideálne ani pre rodinu. Najlepšie by bolo, keby sa jedna z automobiliek presunula na východ. Pokiaľ viem, v hre je príchod viacerých automobiliek, dúfam, že to dopadne dobre. Priestor na novú automobilku tu existuje. Dôležité je, aby to nebola len montážna dielňa, ale aby mala pridanú hodnotu. V Košiciach máme silný IT sektor a kvalitnú technickú univerzitu.

Takže očakávate, že príde aj výskum a vývoj automobilov?

Áno, niečo, čo by fungovalo najbližších 20 rokov. Automobilky, ktoré vyrábajú len benzínové autá, už o päť rokov nemusia fungovať. Automobilka by však mala byť len prvý krok, na ktorom by sme mohli stavať ďalšie inovácie.

Podľa posledných informácií geotermálny vrt pri Ďurkove bude stáť 50 miliónov eur a skúšobná prevádzka sa má spustiť o päť rokov. Ako je v tomto projekte zaangażovaný váš kraj?

Vrt v Ďurkove existuje už 20 rokov. Podľa mojich informácií je už zanesený a bude ho treba opäť prevrtať. Je dobré, že ministerstvo hospodárstva sa v tomto začalo angažovať. My ako kraj v procese zatiaľ nemáme žiadnu úlohu, je to projekt mesta Košice. Vo vlastnej réžii však realizujeme iný geotermálny vrt pri Čížaticiach, ktorý sa práve vrta. Jeho výdatnosť by mala byť podobná ako výdatnosť toho v Ďurkove.

Sľubovali ste, že tam postavíte akvapark?

Áno, vrátame tam prioritne pre akvapark, ale ak bude mať dostatočnú teplotu, teplo z neho môžeme ponúknuť aj Košiciam.

Kto bude akvapark spolufinancovať?

Kraj vlastní päť hektárov a je majiteľom vrtu. Na projekt akvaparku budeme hľadať investora. Kraj by podľa mňa nemal podnikáť, mal by len vytvárať priestor na podnikanie. Lenže doteraz sa nenašiel žiadny súkromník, ktorý by zafinancoval vrt. Ten stojí 2,5 milióna eur. Kraj si dal urobiť štúdiu a radil sa s technickou univerzitou. Podľa odborníkov by sme mali takmer so stopercentnou istotou naraziť na teplú vodu. Otázne je, v akej hĺbke. Potenciál na akvapark existuje, veď celé východné Slovensko chodí do Maďarska, do Bešeňovej či Popradu.

Nedávno ste kúpili schátrané kúpele v Sobranciach a Gelnici. Chcete ich s investorom oživiť?

Áno. V rámci cestovného ruchu sme vytypovali investičné projekty, do ktorých pre majetkovoprávne problémy súkromníci dlhodobo neinvestovali. Tieto pozemky chceme usporiadať, v tomto smere máme lepšie postavenie než súkromník, napríklad pri rokovaniach so štátnymi lesmi. Chceme investíciou pomôcť, nie celú financovať a prevádzkovať.

Už dlho sa hovorí o vybudovaní diaľnice na Zemplín až k ukrajinským hraniciam. Ste v tom zaangażovaní?

Áno, podporujeme aktivity občianskeho združenia Diaľnica na Zemplín. Štát v tomto smere iniciatívny nie je. Zaviazali sme sa, že urobíme aspoň štúdiu uskutočniteľnosti, čo je prvý krok. Dnes nemáme platnú štúdiu, nemáme vykúpené pozemky, projekty ani vôľu vo vláde. Ministerstvo dopravy hovorí, že sa to môže riešiť rozšírením existujúcej cesty či posilnením vlakov a autobusov. Ale v realite sa spoje rušia. Ministerstvo si asi neuvedomuje, že diaľnica na Zemplín by bola súčasťou medzinárodného koridoru ciest z Ukrajiny. Ten sa môže financovať z eurofondov. Lenže bez štúdie to nebude možné. Navyše ak sa koridor presunie na ukrajinsko-maďarské hranice, stratíme možnosť financovať ho z eurofondov úplne a diaľnicu nepostavíme nikdy. Maďari sa o to usilujú.

Nestačilo by postaviť rýchlostnú cestu do Užhorodu?

Rozdiel medzi ňou a diaľnicou je minimálny.

Videl som viaceré štúdiá diaľnice na Zemplíne ešte z 90. rokov minulého storočia, ktoré skončili na papieri. Nestane sa to aj vám?

Štúdií bolo viacero a stratili platnosť. Bez nich sa však nepohneme z miesta.

Vo vašej stratégii na rozvoj cykloinfraštruktúry sa spomína, že máte až 1 300 kilometrov cyklotrás. Sú to reálne cyklocesty či skôr poľné cesty?

Ako cyklotrasy sú dnes označené aj cesty tretej triedy, kde je nízka intenzita dopravy. Za bývalého vedenia bol kraj len akýmsi cyklokoordinátorom. Konzultoval s obcami, kde by sa mali stavať cyklotrasy, ale sám ich neprojektoval ani nestaval. Od môjho nástupu sme vyčlenili asi milión eur na projektovanie aj výstavbu cyklotrás. Dnes nám chýbajú usporiadané pozemky potrebné na výstavbu. Kraj je podľa mňa lepším subjektom na budovanie cyklotrás než obce.

Na koľkých cyklotrasách pracujete?



Máme rozpracovaných množstvo projektov cyklotrás. Niektoré začneme stavať už v blízkom období. Len naštartovanie celého procesu trvá jedno volebné obdobie. Výzvy niekedy žiadajú stopercentnú majetkovú usporiadanosť pozemkov, čo nie je všade možné. Bolo by preto namieste urobiť zmenu a ísť na úroveň postačujúcej podmienky poskytnutia pomoci vo forme stavebného povolenia prostredníctvom všeobecne záväzného nariadenia

Ktorý úsek začnete najbližšie stavať?

Bude to cyklotrasa zo Zalužíc do Lúčok pri Zemplínskej šírave. Chceme dobudovať Zemplínsku cyklomagistrálu okolo celej vodnej nádrže. Je to oprávnená požiadavka tamojších obyvateľov v rámci rozvoja cestovného ruchu. Pracujeme na Eurovele 11, úseku v Družstevnej pri Hornáde, ktorá prepojí Košice až s Ružínom, a aktuálne prebieha konanie na stavebné povolenie v Margecanoch. Máme rozrobených asi 25 úsekov v rámci kraja vrátane tokajského regiónu. Chceme byť pripravení, keď sa vypíšu výzvy na eurofondy.

Kompetencie je nutné rozdeliť medzi mestá, obce, regióny a štát V západnej Európe všetky peniaze z Európskeho fondu regionálneho rozvoja idú na regióny

Rastislav Trnka (37)

Vyštudoval Ekonomickú univerzitu v Bratislave. Po škole podnikal a neskôr pracoval ako projektový manažér **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. V komunálnej politike sa angažuje od roku 2010. Najskôr ako poslanec miestneho zastupiteľstva a neskôr ako zástupca starostu Starého Mesta v Košiciach. Od roku 2017 je predsedom Košického kraja.

0,9

miliardy eur pôjde na projekty cez rady partnerstva z 12,3 miliardy klasických eurofondov

Foto – Michal Smrčok Foto – Michal Smrčok Foto – Michal Smrčok

Autor: Jozef Ryník



bleskom

📅 9. 12. 2021, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 3, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **kl**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 440 Eur

Aj v tretej vlne pandémie COVID-19 pomáhajú študenti Lekárskej fakulty **UPJŠ** v Košiciach. Aktuálne najviac ich vypomáha v UNLP Košice, kde pôsobí 198 medikov. Väčšina z nich pracuje na rôznych lôžkových oddeleniach vrátane reprofilizovaných covidových pracovísk, ďalší sú na triáži alebo v odberovom centre. Vo Veľkokapacitnom odberovom mieste UN pomáha aj 30 ďalších študentov 5. ročníka všeobecného lekárstva v týždenných blokoch bez nároku na odmenu.

Aktuálne je na Slovensku iba 181 ambulantných pneumológov, mnohí sú v dôchodkovom veku a o odbor pneumológia a ftizeológia nie je záujem. A to najmä pre nízko nastavené platby za výkony zo strany zdravotných poisťovní. Upozornila na to Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť. Aj preto volá po zrovnoprávnení platieb s ostatnými odborními a žiada dialóg s rezortom zdravotníctva aj so zdravotnými poisťovňami.

Minister zdravotníctva

Vladimír Lengvarský rokoval spolu so svojimi odborníkmi a signatármi na banskobystrickej župe o bodoch v Memorande za lepšie zdravotníctvo. Na stretnutí sa obe strany dohodli na legislatívnom zapracovaní garancie, že sa reformou nemocníc nezníži dostupnosť ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Obe strany sa zároveň dohodli na ďalších spoločných rokovaníach Fakultná nemocnica Agel Skalica má nový pľúcny ventilátor, ktorý na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny slúži najkritickejšim pacientom. Pľúcny ventilátor sa používa u pacientov s akútnym zlyhaním dýchania alebo s akútnym zhoršením chronického zlyhávania dýchania. Ide o jeden z najmodernejších prístrojov umelej pľúcnej ventilácie dostupný na trhu, ktorý umožňuje nastaviť celú škálu invazívnych a neinvazívnych ventilačných režimov.

Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) s hlbokým znepokojením registruje zavádzajúce informácie o tom, že „viacero praktických lekárov podľa špecialistov počas pandémie koronavírusu neordinuje alebo svojich pacientov posiela v akútnom stave do najbližšej nemocnice“. SVLS ako najväčšia odborná spoločnosť všeobecných lekárov na Slovensku nedisponuje žiadnou informáciou o „neordinovaní“ ambulancií všeobecných lekárov.

Autor: (kl)



Psychologička: Zdravotníci si musia pomôcť sami [↗](#)

9. 12. 2021, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 3, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: mt, Sentiment: Negatívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 850 Eur

Rubrika: Podpora

Väčšina lekárov dokáže zvládnuť náročné situácie, keď dostanú podporu od kolegov

Pri triáži sa lekár musí rozhodnúť a zmieriť sa s dôsledkami rozhodnutia bez zbytočných pocitov viny a bez pochybností, pretože pochybnosti vedú k defenzívnej medicíne aj k demotivácii, hovorí prof. Mgr. Andrea Madarasová Gecková, PhD., z Fakulty sociálnych a ekonomických vied UK v Bratislave a Ústavu psychológie, zdravia a metodológie výskumu na Lekárskej fakulte **UPJŠ** v Košiciach.

Fakt, že zdravotníci v nemocniciach počas pandémie pracujú pod tlakom a robia ťažké rozhodnutia, ich vystavuje morálnemu distresu a morálnym zraneniam. „To je konanie v rozpore s morálnym alebo etickým kódexom lekára. Ak je to intenzívne, vedie to k pocitom viny, znechutenia, môže to vyvolať symptómy vyhorenia a vedie to aj k demotivácii vykonávať toto povolanie. Veľmi dôležité je tomu predchádzať alebo spracovávať to v čase, keď sa to deje, a nie keď je toho strašne veľa. Je to veľmi veľká záťaž,“ vysvetľuje prof. Madarasová Gecková.

Podporné tímy

Napriek druhému roku trvania pandémie stále neexistuje systematická starostlivosť a podpora pre zdravotníkov. „Ak psychologická pomoc v nemocnici nie je zavedená, tak je veľmi ťažké zavádzať ju uprostred krízy. V tejto chvíli si zdravotníci musia pomôcť sami. Približne 60 % lekárov dokáže zvládnuť náročné situácie tým, že dostanú podporu od svojich kolegov, len malá časť vyžaduje profesionálnu pomoc. Moja rada je hneď na začiatku nájsť si svojho anjela strážneho, pracovať v kolektívoch na tom, aby sme sa navzájom o seba starali, aby sme voči sebe boli láskaví, vytvárali brífingy. To vyrieši 60 % problémov priamo na mieste. Keď problémy pretrvávajú, odporúčam psychoterapeuta, psychológa. Veľmi môže pomôcť aj krátka terapia. Treba sa vyvarovať toho, aby to človek poniesol ďalej a neriešil to,“ varuje odborníčka.

Riešenie v aktuálnej situácii nevidí v čítaní vypracovaných manuálov. „Som za podporné tímy. Keď majú zdravotníci problém, potrebujú človeka, ktorý je tam 24 hodín 7 dní v týždni, ktorému môžu kedykoľvek zavolať, ktorý vychádza z ich prostredia, pozná ich prostredie a vie im poskytnúť prvú pomoc. Hovoríme o prvej ľudskej pomoci, nie o zložitých terapiách. Je to rovesnícka pomoc. Človek to nemôže robiť sám, potrebuje na to základný tréning. Hovoríme o sestrách, lekároch, ktorí k tomu sami inklinujú, robia to na dobrovoľníckej báze, majú na to tréning a hlavne majú mentoring,“ objasňuje psychologička.

Rast

Ak sa zdravotníci s krízovou situáciou a jej vplyvom popasujú, môže to paradoxne viesť k posttraumatickému rastu. Výskumy z epidémií SARS, MERS aj z prvých vln covidu podľa prof. Madarasovej Geckovej ukazujú, že aj kritická situácia dokáže byť posilňujúca. „Ak sa v kolektíve zobudí vzájomná starostlivosť, ak to otvorí možnosti zlepšiť sa, môže to dokonca posilniť kompetenciu a sebadôveru – ak sme toto zvládli, už zvládneme všetko. Môže pomôcť vytriediť si priority, vyriešiť svoj postoj k umieraniu samotnému,“ uzatvára odborníčka.

Päť pravidiel duševnej sebaobrany

Neostávať sám v zodpovednosti. Nebrať si celú zodpovednosť na svoje plecia. Čiastočne je to na pacientovi, na jeho všeobecnom lekárovi, na štáte. Neostávať sám v rozhodovaní. Keď prídu pochybnosti, treba si povedať – oprel som sa o nejaké odporúčania, radil som sa s kolegom a on to videl rovnako. Neostávať sám so sebou. Je dôležité si nájsť človeka, ktorému lekár dôveruje a ktorý naňho dozrie. Toho človeka si treba nájsť vopred. Užitočné sú krátke debriefingy po službách – stačí 10 minút, povedať to kolegom a uzavrieť to v sebe. Nebuďte silný. Je dôležité rešpektovať svoju kapacitu a vlastnú zraniteľnosť. Neopúšťať pacienta a jeho príbuzných. Spreádzanie pacienta zomieraním a oznamovanie nepríjemných správ príbuzným sú dôležité. Lekár dokáže urobiť veľa, aby sa rodina a pacient vedeli zmieriť so stavom alebo, naopak, aby u nich ostali pochybnosti a nakoniec sa to skončilo sťažnosťou alebo trestným oznámením.

Autor: (mt)

Odporúčania versus realita

9. 12. 2021, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strán: 3, 4, 5, 6, 7, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 7989 Eur

Ako uviedol prof. MUDr. Daniel Pella, PhD. (II. kardiologická klinika **UPJŠ** LF a VÚSCH, a.s. Košice), aktuálne pre manažment dyslipidémie platia odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC) a Európskej spoločnosti pre aterosklerózu (EAS) z roku 2019, aj keď už existuje aj dokument ESC z roku 2021 – Odporúčania pre prevenciu kardiovaskulárnych (KV) ochorení v klinickej praxi. Poukázal však na to, že tieto odporúčania z roku 2021 sú v podstate určitým krokom späť, pretože cieľové hodnoty jednotlivých lipidov zostali rovnaké ako v odporúčaní z roku 2019, zavádzajú však určité body, ktoré pre niektoré krajiny, vrátane Slovenska, nie sú dobré. Ako je to s LDL-cholesterolom (LDL-C)? Odporúčania ESC/EAS z roku 2019 pre farmakologické znižovanie LDL-C a pre liečebné ciele ohľadom hladiny LDL-C sú uvedené v tab. 1 a 2. Je v nich jasné odporúčanie, že v rámci primárnej aj sekundárnej prevencie je pre dosiahnutie cieľa podľa rizikovej kategórie potrebné predpísať čo najvyššiu dávku statínu, pretože je dokázané, že čím nižšie hodnoty LDL-C sa dosiahnu, tým lepšie pre pacienta. Teda statín je liekom prvej voľby (trieda I, úroveň dôkazu A). Ak sa cieľové hladiny nedosiahnu, pridáva sa ezetimib (trieda IB, teda tiež silné odporúčanie). Nastal tu veľký rozdiel oproti odporúčaniam z roku 2016, pretože inhibítory PCSK9 sa dostali do triedy I a úrovne odporúčania A. Žiaľ, na Slovensku existujú určité preskripčné a indikačné obmedzenia, ktoré nedovoľujú široké použitie týchto liečiv, a to u pacientov, ktorí majú veľmi vysoké riziko a statínom sa u nich nedosiahne dostatočné zníženie hladiny LDL-C – pod 1,4 - 1,8 mmol/l (pohybuje sa okolo 2 – 2,5 mmol/l). U týchto pacientov by bolo potrebné do liečby pridať ďalší liek, ale inhibítory PCSK9 tu zatiaľ u nás miesto nemajú a pacienti zostávajú de facto bez liečby. Preto je veľkou snahou túto situáciu zmeniť. Dokazujú to aj výsledky slovenského registra SLOVAKS, podľa ktorého je 80 % lekárov „inertných“ – zmonitorujú hladinu LDL-C a neurobia nič (môžu dať len maximálnu dávku statínu a pridať ezetimib). Aj tento fakt je určite jednou z príčin, prečo sme v porovnaní s niektorými európskymi krajinami pozadu v prevencii KV mortality a morbidity.

Cieľové hodnoty LDL-C sa v odporúčaní ESC/EAS z roku 2019 v porovnaní s tými z roku 2016 posunuli nadol, teda boli sprísnené (tab. 3). Pri redukcii hladín o 50 % sa možno dostať aj pod hodnoty nižšie ako 1,0 mmol/l, ale viaceré práce zatiaľ dokazujú, že ani takéto nízke hladiny nie sú z dlhodobého hľadiska pre pacienta rizikom. V rámci kategórií KV rizika z roku 2019 sa prof. Pella venoval len definovaniu veľmi vysokého rizika, pričom ide o pacientov: s klinicky alebo zobrazovacou metódou preukázaným KV ochorením aterosklerotickej etiológie (ASKVO); s diabetes mellitus s orgánovým postihnutím alebo s najmenej tromi veľkými rizikovými faktormi DM 1. typu s dobou trvania viac ako 20 rokov; s chronickým ochorením obličiek 4. a 5. stupňa; s vypočítaným rizikom fatálnej KV príhody pomocou SCORE $\geq 10\%$; s familiárnou hypercholesterolémiou (FH) a ASKVO alebo aspoň jedným ďalším veľkým rizikovým faktorom. V ďalšej časti prednášky sa prof. Pella venoval štúdiu DA VINCI. Išlo o prierezovú observačnú štúdiu s jednoduchým dizajnom, ktorá zahrnula 5888 pacientov z 18 krajín EÚ (Veľká Británia, Grécko, Poľsko, Taliansko, Rumunsko, Nemecko, Holandsko, Maďarsko, Francúzsko, Dánsko, Írsko, Španielsko, Ukrajina, Švédsko, Belgicko, Slovensko, Česká republika, Rakúsko). V 76 % išlo o starostlivosť v rámci sekundárnej prevencie a v 26 % o primárnu starostlivosť. Primárnym cieľom bolo vyhodnotiť u pacientov na stabilizovanej lipidovej znižujúcej terapii implementáciu dosiahnutia cieľovej hladiny LDL-C podľa odporúčaní ESC/EAS 2016 a 2019. U pacientov boli pri prvej – registračnej návšteve ambulancie zozbierané údaje o lipidy znižujúcej terapii v posledných 12 mesiacoch a zisťovala sa posledná hladina LDL-C v rozsahu 14 mesiacov pred vstupom do štúdie. Nasledovalo vyšetrenie hladiny LDL-C, odhadnutie KV rizika pomocou SCORE + eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate = odhadovaná rýchlosť glomerulárnej filtrácie) a detekcia ASKVO a pacienti sa rozdelili do skupiny s primárnou alebo sekundárnou prevenciou (do primárnej prevencie sa mohli dostať aj pacienti po prvej KV príhode, ktorá sa vyskytla až po poslednom meraní LDL-C, kedy nedostali primeranú liečbu, do sekundárnej prevencie boli zaradení pacienti s preukázaným ASKVO, s prvou KV príhodou pred posledným meraním LDL-C).

Súbor tvorilo 2888 pacientov liečených v sekundárnej a 3000 v primárnej prevencii. V rámci sekundárnej prevencie ASKVO tvorili 41 % (n = 1136) pacienti s cerebrálnym ochorením, 37 % (n = 1036) s periférnym cievnym ochorením, 22 % (n = 622) s koronárnym ochorením a 3 % (n = 94) s iným KV ochorením. V súbore s primárnou prevenciou malo nízke riziko 9 % (n = 280), stredné 67 % (n = 1995), vysoké 18 % (n = 527) a veľmi vysoké 3 % (n = 86). Charakteristika pacientov je uvedená v tab. 4. Pomerne vysoké zastúpenie mali hypertonici a diabetici, čo je však v tejto populácii pacientov bežné. Výsledky ukázali, že v primárnej aj sekundárnej prevencii sa nedosiahli cieľové hladiny LDL-C, aj keď u určitého percenta sa dosiahli – u 54 % podľa cieľov odporúčaní z roku 2016, ale len u 33 % podľa odporúčaní z roku 2019 (grafy 1 - 3). Teda efektívnosť použitej liečby bola veľmi nízka. V terapii dominovalo použitie statínovej monoterapie strednej intenzity (52 %) a statínová monoterapia vysokej intenzity (28 %), kombináciu s ezetimibom malo len 9 % a s inhibítormi PCSK9 len 1 % pacientov (graf 4). Prínos vysoko intenzívnej statínovej terapie pritom môže pacientom prinášať aj priaznivý pleiotropný efekt. Analýza efektu hypolipidemickej liečby v sekundárnej prevencii podľa aplikovanej liečby ukázala, že najvyššia účinnosť pri dosahovaní cieľových hladín LDL-C sa dosiahla pri použití kombinácie s inhibítormi PCSK9, ktorá však bola použitá len u 1 % (n = 24) pacientov (graf 5). U pacientov s preukázaným ASKVO bol podiel pacientov dosahujúcich cieľové hodnoty LDL-C v rámci celého súboru pri použití uvedených terapií stále veľmi nízky (graf 6).

Následne sa prof. Pella venoval výsledkom štúdie DA VINCI v krajinách strednej a východnej Európy (CEE). Pozitívnu správou je, že na Slovensku máme v porovnaní s ostatnými krajinami vysokodávkované statíny relatívne dobre predpisované. Počty pacientov v severnej časti EÚ boli podstatne nižšie ako v západnej časti EÚ (465 vs 3269 pacientov), ale ich charakteristika bola podobná (tab. 5). Väčšina pacientov v rámci primárnej prevencie bola v kategórii stredného KV rizika (60 %), nízke riziko malo 5 %, vysoké riziko 29 % a veľmi vysoké riziko 6 % pacientov. Väčšina pacientov (69 %) zahrnutých do sekundárnej prevencie mala ≥ 30 -percentné riziko ďalšej KV



príhody (6 % malo riziko $\geq 0 - 10$ % a 24 % malo riziko $\geq 10 - 20$ %). Väčšina pacientov (53 %) bola liečená stredne dávkovaným statínom v monoterapii, 32 % bolo liečených vysoko dávkovaným statínom v monoterapii, len 5 % z nich malo kombináciu s ezetimibom a, žiaľ, inhibítor PCSK9 neužíval ani jeden pacient. Väčšina pacientov z krajín CEE nedosiahla odporúčané cieľové hodnoty LDL-C – priemerné hodnoty v súbore boli 2,5 mmol/l. Celkovo podľa odporúčaní z roku 2016 nedosiahlo cieľové hodnoty LDL-C 56 %, podľa odporúčaní z roku 2019 až 76 % pacientov. V kategórii pacientov s veľmi vysokým KV rizikom (ktorí tvorili až 29 %) dokonca nedosiahlo cieľové hladiny LDL-C 69 % (2016), resp. až 87 % (2019) pacientov. Celkovo teda výsledky z krajín CEE nie sú dobré a pri porovnaní jednotlivých krajín výsledky zo Slovenska nie sú tiež dobré, čo je spôsobené práve už spomínanými indikačnými a preskripčnými obmedzeniami (graf 7). Dosiahnutie cieľových hladín LDL-C v rôznych krajinách EÚ zobrazuje graf 8. Závety prednášky zhrnul prof. Pella do niekoľkých viet: v celej populácii štúdie cieľový LDL-C podľa odporúčaní ESC/EAS 2016 dosiahol 54 % a podľa odporúčaní ESC/EAS 2019 33 %, čo sú nízke čísla; monoterapia statíni strednej intenzity bola najčastejšie používanou liečbou; kombinovaná liečba bola zriedkavá aj u pacientov s veľmi vysokým rizikom; v krajinách CEE dosiahol cieľový LDL-C podľa odporúčaní ESC/EAS 2016 44 % pacientov a podľa odporúčaní ESC/EAS 2019 len 24 %; implementácia odporúčaní ESC/EAS z roku 2019 bude vyžadovať zmenu v praxi, s dôrazom na kombinovanú liečbu, a to je veľmi dôležité aj u nás – na Slovensku.

Tab. 1: Odporúčania ESC/EAS 2019 pre manažment dyslipidémií: farmakologické znižovanie LDL-C

Odporúčania Trieda Úroveň

Pre dosiahnutie cieľa zodpovedajúceho príslušnej rizikovej kategórii sa odporúča predpisovať vysoko účinný statín v najvyššej tolerovanej dávke I A Ak nie sú ciele dosiahnuté maximálne tolerovanou dávkou statínu, odporúča sa kombinácia s ezetimibom I B U pacientov s veľmi vysokým rizikom, ktorí nedosiahli ich cieľ na maximálne tolerovanej dávke statínu s ezetimibom, je odporúčaná kombinácia s PCSK9 inhibítom I A Pre veľmi vysoko rizikových pacientov s FH (to znamená tých s ASKVO alebo iným výrazným RF), ktorí nedosahujú cieľové hodnoty pre LDL-C na maximálne tolerovanej dávke statínu s ezetimibom, je odporúčaná kombinácia s PCSK9 inhibítom

I C

Ak liečba založená na statíne nie je tolerovaná v nijakej dávke (ani po rechallenge – opakovanom nasadení), mal by byť zvážený ezetimib Ila C Ak liečba založená na statíne nie je tolerovaná v nijakej dávke (ani po rechallenge – opakovanom nasadení), môže byť zvážené pridanie inhibítora PCSK9 k ezetimibu

IIb C

V primárnej prevencii u pacientov vo veľmi vysokom riziku, ale bez FH, ktorí nedosahujú cieľovú hladinu LDL-C na maximálne tolerovanej dávke statínu a ezetimibu, môže byť zvážená kombinácia s PCSK9 inhibítom IIb C Ak nie je dosiahnutý cieľ, môže byť zvážená kombinácia statínu so sekvestrantom žlčových kyselín IIb C

Tab. 2: Odporúčania ESC/EAS 2019 pre manažment dyslipidémií: liečebné ciele pre LDL-C

Odporúčania Trieda Úroveň V sekundárnej prevencii pre pacientov vo veľmi vysokom riziku je odporúčané zníženie východiskovej hladiny LDL-C ≥ 50 % a cieľová hladina $< 1,4$ mmol/l I A V primárnej prevencii pre pacientov s veľmi vysokým rizikom, ale bez FH, je odporúčané zníženie LDL-C ≥ 50 % oproti východisku a cieľová hladina LDL-C $< 1,4$ mmol/l

I C V primárnej prevencii pre pacientov s FH vo veľmi vysokom riziku by malo byť zvážené zníženie LDL-C ≥ 50 % oproti východisku a cieľová hladina LDL-C $< 1,4$ mmol/l

Ila C Pre pacientov s aterosklerotickým KV ochorením, ktorí prekonajú druhú cievnu príhodu v priebehu 2 rokov (nie nevyhnutne rovnakého typu ako prvá príhoda) počas liečby maximálne tolerovanej statínovej liečby, môže byť zvážená cieľová hladina LDL-C $< 1,0$ mmol/l IIb B U pacientov vo vysokom riziku je odporúčané zníženie LDL-C ≥ 50 % oproti východisku a cieľová hladina $< 1,8$ mmol/l I A U pacientov v strednom riziku by mal byť zvážený cieľ LDL-C $< 2,6$ mmol/l Ila A U pacientov v nízkom riziku môže byť zvážený cieľ LDL-C $< 3,0$ mmol/l IIb A

Tab. 3: Rozdiely v odporúčaní ESC/EAS z roku 2016 a 2019

Riziko 2016 2019 Nízke

$< 3,0$ mmol/l

Stredné

$< 3,0$ mmol/l

$< 2,6$ mmol/l Vysoké



-50 % alebo < 2,6 mmol/l

-50 % a < 1,8 mmol/l Veľmi vysoké

-50 % alebo < 1,8 mmol/l

-50 % a < 1,4 mmol/l LDL-C < 1,0 mmol/l

Tab. 4: Charakteristika pacientov

Spolu n = 5888 Prim. prevencia n = 3000 Sek. prevencia n = 2888 Ženy, n (%)

2475 (42) 1502 (50) 939 (34)

Vek, priemer (SD)

65 (12) 63 (13) 68 (10)

sTK priemer (SD)

135 (17) 134 (16) 135 (18)

dTK priemer (SD)

78 (11) 79 (10) 77 (11)

BMI, medián

28 28 28

Hypertenzia, n (%) 4138 (70) 1976 (66) 2090 (75) Diabetes mellitus, n (%) 2293 (39) 1169 (39) 1082 (39) CKD ≥ stupeň 3, n (%) 432 (7) 179 (6) 242 (9) Fajčiari, n (%)

16 % 14 % 19 %

CKD = chronické ochorenie obličiek

Graf 1 a 2: Priemerné hladiny LDL-C

Primárna a sekundárna prevencia Priemerné hodnoty LDL-C (mmol/l) Primárna prevencia (n = 2558)

2,40

Stanovené ASKVO (n = 2039)

2,02

K. K. Ray a kol., Eur J Preventive Cardiology 2020

Efekt liečby statínmi rôznej intenzity Monoterapia statínom strednej intenzity (n = 2131) Priemerné hodnoty LDL-C (mmol/l)

2,31

Monoterapia statínom vysokej intenzity (n = 1134)

2,18

Graf 3: Primárna prevencia – cieľové hodnoty LDL-C na základe KV rizika

Cieľ LDL-C 2016 Dosaiahnutie cieľovej hladiny LDL-C (%) 54 Cieľ LDL-C 2019 33

Graf 4: Primárna prevencia – hypolipidemická liečba

Monoterapia statínom strednej intenzity Podiel pacientov na hypolipidemickej terapii (%) 52 % Monoterapia statínom vysokej intenzity 28 % Kombinácia ezetimibom 9 % Iná hypolipidemická terapia 6 % Monoterapia statínom nízkej intenzity 4 % Kombinácia s inhibítorom PCSK9 1 %



Graf 5: Sekundárna prevencia – dosiahnutie cieľových hladín LDL-C podľa aplikovanej terapie

Spolu (n = 2039)

30 %/2016 18 %/2019

1 % Monoterapia statínom nízkej intenzity (n = 47)

19 %/2016 13 %/2019

45 % Monoterapia statínom strednej intenzity (n = 887)

36 %/2016 16 %/2019

38 % Monoterapia statínom vysokej intenzity (n = 764)

45 %/2016 22 %/2019

9 % Kombinácia s ezetimibom (n = 189)

54 %/2016 21 %/2019

1 % Kombinácia s PCSK9i (n = 24)

67 %/2016 58 %/2019

Iná hypolipidemická terapia (n = 128)

15 %/2016 8 %/2019

Graf 6: Cieľové hodnoty LDL-C u pacientov s ASKVO

ESC/EAS 2016 LDL-C \leq 1,8 mmol/l

Celkovo pacienti s ASKVO Podiel pacientov (%) 39 % Koronárna choroba 44 % Periférne ochorenie 40 % Cerebrálne ochorenie 36 %

ESC/EAS 2019 LDL-C \leq 1,4 mmol/l

Celkovo pacienti s ASKVO 18 % Koronárna choroba 20 % Periférne ochorenie 19 % Cerebrálne ochorenie 16 %

M. Vráblik a kol., Atherosclerosis 2021

Tab. 5: Charakteristika pacientov v krajinách CEE, severnej a západnej EÚ

CEE (n = 2154) Severná EÚ (n = 465) Západná EÚ (n = 3269) Ženy, n (%)

1033 (48) 171 (37) 1271 (39)

Vek, priemer (SD)

64,3 (11) 66,9 (11) 64,3 (13)

sTK priemer (SD)

134,7 (15) 139,6 (20,3) 133,3 (17)

dTK priemer (SD)

79,4 (10) 76,6 (11) 77,3 (11) BMI, medián (Q1, Q3) 29 (26, 32) 26,6 (24, 29) 28,2 (25, 31) Hypertenzia, n (%)

1743 (81) 279 (60) 2116 (65) Diabetes mellitus, n (%) 826 (38) 131 (28) 1336 (41) CKD \geq stupeň 3, n (%)

87 (4) 15 (3) 330 (10)

Fajčiari, n (%)



375 (17) 83 (18) 499 (15) CKD = chronické ochorenie obličiek

Graf 7: Dosiahnutie cieľových hladín LDL-C v jednotlivých krajinách CEE

Podiel pacientov dosahujúcich cieľovú hladinu (%) Celkovo n = 1476 cieľové hodnoty LDL-C 2016 44 cieľové hodnoty LDL-C 2019 24 ČR n = 441 49 24 Maďarsko n = 280 51 26 Poľsko n = 188 49 32 Rumunsko n = 188 50 31 SR n = 94 45 18 Ukrajina n = 263 21 11

Graf 8: Dosiahnutie cieľových hladín LDL-C v rôznych krajinách EÚ

Dosahovanie cieľového LDL-C z roku 2016

Podiel pacientov dosahujúcich cieľovú hladinu (%) CEE (n = 1476) Celkovo 44 Primárna prevencia 60 Sekundárna prevencia 31 Severná Európa (n = 287) 56 73 44 Západná Európa (n = 2349) 60 72 45

Dosahovanie cieľového LDL-C z roku 2019

CEE (n = 1476) 24 37 13 Severná Európa (n = 287) 34 50 23 Západná Európa (n = 2349) 40 54 22

Severná Európa = Dánsko a Švédsko, Západná Európa = Rakúsko, Belgicko, Francúzsko, Nemecko, Grécko, Írsko, Taliansko, Holandsko, Španielsko, Veľká Británia

prof. Pella Miesto konania kongresu - X-BIONIC Sphere Šamorín Registrácia účastníkov kongresu Predsednícky stôl počas sympózia



Odporúčania versus prax ✉

9. 12. 2021, Zdroj: **Kompentium medicíny**, Strany: 11, 12, 13, 14, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **Alena Mosnárová**, Sentiment: **Negatívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 7682 Eur

Ako uviedol doc. MUDr. Ján Fedačko, PhD. (Centrum klinického a predklinického výskumu, MEDIPARK **UPJŠ**, Cardio D&R, Vedecko-výskumná základňa **UPJŠ** LF, Košice), on si nemyslí, že našich pacientov neliečime správne – naopak, robíme pre nich maximum, ale často nám, žiaľ, „spadnú do tzv. šedej zóny,” kedy im aj napriek najväčšiemu úsiliu nemáme čo dať. Boli totiž už vyčerpané všetky možnosti a indikačné a preskripčné obmedzenia nás limitujú tak, ako asi nikde vo svete. Veď zatiaľ čo v okolitých krajinách sú indikačné obmedzenia pre inhibítory PCSK9 stanovené hranicou hladiny LDL-C nad 2,5 mmol/l, u nás sú to 4 mmol/l. Preto naši pacienti v záujme zníženia hladín LDL-C dostávajú vysoké dávky statínov a potom cca 60 – 80 % z nich má statínovú intoleranciu. Až potom sa u nich indikujú inhibítory PCSK9.

V rámci prezentácie randomizovaných klinických štúdií (RKŠ) často poslucháči apelujú, že ide o štúdiových pacientov, adjustované data a výsledky prezentované v prospech farmaceutických firiem. Opak je však väčšinou pravda a vidieť to aj v reálnej klinickej praxi, ktorá potvrdzuje, že tie lieky, tak ako v RKŠ, skutočne fungujú a zachraňujú životy pacientov. Štúdie venované hladinám LDL-C prebiehajú intenzívne od roku 1995 doteraz (WOSCOPS, CARE, AFCAPS, LIPID, HPS, IDEAL, TNT, JUPITER, IMPROVE-IT, HOPE-3, FOURIER, ODYSSEY Outcomes) a potvrdili pozitívny trend k potrebe redukcie hladín LDL-C a významnú koreláciu výšky hladiny LDL-C s KV príhodami v rámci primárnej i sekundárnej prevencie. Použitie statínov počas 30 rokov dokázalo ich významný benefit v rámci zlepšenia prognózy pacientov s ASKVO. Doc. Fedačko tu spomenul epidemiologickú kohortovú štúdiu SWEDEHEART (2020), ktorá dokázala počas mediánu sledovania 4 roky jednoznačný súvis medzi poklesom LDL-C pri liečbe statínom a významnou redukciou infarktu myokardu a MACE (veľkých príhod) – graf 1. Dôležitú úlohu to zohráva aj zotrvanie na liečbe dlhodobo – adherencia pacienta. Niekedy na základe informácií z nesprávnych zdrojov pacienti liečbu statínmi odmietajú, čo má negatívny vplyv na prognózu. Aj statíny však majú v rámci znižovania LDL-C svoje limity a vtedy je potrebné použiť inhibítor PCSK9.

Gény pre PCSK9 sa skúmajú už približne 20 rokov. Existuje populácia ľudí s nonsense mutáciami tohto génu so stratou funkcie PCSK9, ktorí majú nižšie hladiny LDL-C (až o 28 %) a následne znížené riziko koronárnej choroby srdca až o 88 %. Objav inhibítorov PCSK9 zabezpečil inovatívnu liečbu, ktorá má jasnú pozíciu v odporúčaniach a pacienti by ju mali dostať čím skôr, pokiaľ je to možné (keď nie sme limitovaní autoritami). Odporúčania s praktickým postupom sú uvedené v schéme 1. Požadované cieľové hodnoty v závislosti od prítomnosti komorbidít zobrazuje schéma 2.

Interim analýza štúdie HEYMANS (K. K. Ray a kol.) zisťovala, či zodpovedalo užívanie evolokumabu v Európe odporúčaniam ESC/EAS o lipidoch z roku 2019. Išlo o observačnú multicentrickú kohortovú štúdiu v 12 krajinách Európy (Rakúsko, Belgicko, Bulharsko, ČR, Nemecko, Grécko, Taliansko, Portugalsko, Slovensko, Španielsko, Švédsko, Švajčiarsko) so zahrnutím diabetologických, internistických a kardiologických ambulancií. Analýza zachytáva údaje o 1896 dospelých pacientoch, ktorí začali liečbu evolokumabom po 1. auguste 2015. Exklúzne kritériá: pacienti zaradení do intervenčných štúdií s PCSK9i alebo ktorí dostali komerčne dostupný PCSK9i počas 12 mesiacov pred začatím liečby evolokumabom. Zber dát sa v štúdiu realizoval počas 30 mesiacov po začatí liečby evolokumabom. Výsledky analýzy ukázali, že priemerný vek pacientov bol 60 ($\pm 10,8$) rokov, väčšina pacientov (88 %) bola sledovaná 12 mesiacov; priemerná doba sledovania bola 16,3 mesiaca, väčšina (60 %) mala v anamnéze statínovú intoleranciu (čo sa zistilo aj v práci autora v rámci inej slovenskej štúdie, kde napriek vysokým dávkam statínov pretrváva hladina LDL-C nad 4 mmol/l a spĺňajú indikačné kritériá pre použitie evolokumabu) a väčšina pacientov (85 %) prekonala KV príhodu. U viac ako štvrtiny pacientov s dokázaným ASKVO (okrem FH) bolo pravdepodobné, že ich postihne fatálna alebo nefatálna KV príhoda v nasledujúcich 10 rokoch (graf 2). Podobne u jedného z 10 pacientov s dokázaným ASKVO (okrem FH) bolo pravdepodobné, že ich postihne fatálna KV príhoda v priebehu nasledujúcich 10 rokov (graf 3). Hladiny LDL-C poklesli do troch mesiacov od začatia liečby evolokumabom o 58 % a tento pokles bol veľmi rýchly po začiatku liečby a udržaný počas 12 – 18 mesiacov (graf 4). Väčšina pacientov dosiahla hladinu LDL-C pod 1,8 mmol/l; 58 % dosiahlo hladinu LDL-C pod 1,4 mmol/l (graf 5). Pacienti dostávajúci evolokumab v kombinácii so statínmi \pm ezetimib ľahšie dosahovali cieľové hodnoty LDL-C. Čiže v tejto analýze nešlo o „štúdiových”, ale reálnych pacientov z klinickej praxe a ukázalo sa, že liečba evolokumabom reálne funguje veľmi dobre. Doc. Fedačko z vlastných skúseností uviedol pozitívnu skúsenosť, kedy po zdôvodnení veľmi vysokým KV rizikom u pacientov s hladinou LDL-C okolo 2,5 mmol/l bola táto liečba zdravotnou poisťovňou schválená (s plnou alebo parciálnou úhradou). V tejto súvislosti poukázal aj na významnú publikáciu z tohto roku o optimálnom použití lipidy znižujúcej terapie u pacientov po akútnom koronárnom syndróme,

ktorej je spoluautorom (M. Banach a kol., Pharmacol Res 2021; 166; 105499). Zdôraznil pritom potrebu včasnej intenzifikácie hypolipidemickej liečby u týchto pacientov (maximalizácia dávky statínu, pridanie ezetimibu a zväženie inhibítora PCSK9 už počas hospitalizácie). Ciele liečby podľa odporúčaní ESC/EAS 2019 sú jasné: 3 mmol/l pri nízkom KV riziku, 2,6 mmol/l pri strednom, 1,8 mmol/l pri vysokom a 1,4 mmol/l pri veľmi vysokom KV riziku. Tieto smernice odporúčajú nižšie LDL-C ciele a skoršiu intenzifikáciu liečby u pacientov s veľmi vysokým rizikom, ktorí zároveň nedosahujú ciele. Tri hlavné zmeny v odporúčaní na zvládanie dyslipidémie u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom (AKS) sú: nižšie cieľové hladiny LDL-C; použitie PCSK9i na ďalšie zníženie LDL-C; skoré použitie PCSK9i po AKS udalosti.

Indikačné obmedzenie v našich podmienkach výrazne limituje včasné použitie evolokumabu



(tab. 1 a 2). Tu je potrebná určite iniciatíva zo strany Slovenskej kardiologickej spoločnosti alebo Spolku slovenských lekárov smerovaná na ministerstvo zdravotníctva a na zdravotné poisťovne, pretože máme veľa takýchto pacientov, chceme ich liečiť a v okolitých krajinách majú stanovené iné podmienky, čo sa týka dostupnosti liečby. „Nemali by sme sledovať len COVID semaforey, ale aj mapy poukazujúce na fakt, že Slovensko sa podľa údajov WHO nachádza vo farbe svedčiacej o vysokom KV riziku,“ uzavrel svoju prednášku doc. Fedačko

(obr.).

Graf 1: Štúdia SWEDEHEART – redukcia DL-C a zníženie KV príhod

MACE

HR 0,77 (95 % CI 0,70 – 0,84) Podiel kumulatívnej incidencie (%) Roky 0 3 6 9

IM

Podiel kumulatívnej incidencie (%) Roky 0 3 6 9 HR 0,81 (95 % CI 0,73 – 0,91)

Zmena LDL-C

Zníženie o 0,36 mmol/ Zníženie o 0,36 – 1,17 mmol/ Zníženie o 1,17 – 1,85 mmol/ Zníženie o 1,85 mmol/ Pacienti s väčšou absolútnou redukciami LDL-C (75. vs 25. percentil) mali 23 % pokles MACE a 19 % pokles IM

Eur Heart J 2020; 00: 1 – 10

Schéma 1: Odporúčaný postup v primárnej a sekundárnej prevencii

Posúdenie celkového KV rizika Východiskové hladiny LDL-C Indikácia farmakoterapie?

Áno

Určenie cieľovej hladiny Vysoko účinný STATÍN v odporúčanej/najvyššej tolerovanej dávke na dosiahnutie cieľa Dosiadnutá hladina LDL-C

Nie

Pridaj ezetimib Dosiadnutá hladina LDL-C

Nie

Pridaj inhibítor PCSK9 Primárna prevencia: pacienti vo veľmi vysokom riziku bez FH

Upravené podľa F. Mach a kol., Eur Heart J 2019; doi:10.1093/eurheartj/ehz455, Epub ahead

U vybraných nízko a stredne rizikových pacientov Modifikátory rizika, zobrazovacie techniky (subklinická ateroskleróza) Prehodnotenie rizika?

Áno

Kontrola raz ročne, ak je indikované, častejšie

Áno

Kontrola raz ročne, ak je indikované, častejšie Sekundárna KV prevencia Veľmi vysoké KV riziko Extrémne vysoké KV riziko Rada/úprava životného štýlu STATÍN

+

EZETIMIB

+

Inhibítor PCSK9 Primárna prevencia: pacienti s FH

Schéma 2: Cieľové hodnoty LDL-C



Cieľový LDL-C (mmol/l)

1,0 Sériové ischemické príhody

Agresívny priebeh

1,4

+ DM s poškodením cieľových orgánov SCORE 10 % Heterozygotná FH s KV ochorením + CKD eGFR < 30 ml/min Stabilná KCHS + prebiehajúce ASKVO pri zobrazovacom vyšetrení

1,8

DM ≥ 10 rokov alebo iný rizikový faktor SCORE 5 – 10 % Heterozygotná FH bez KV ochorenia CKD eGFR 30 – 59 ml/min LDL-C 4,9 TK 180/110 mmHg

KCHS = koronárna choroba srdca, CKD = chronické ochorenie obličiek Ch. Packard a kol., Heart 2021; 107: 1369 - 1375

Graf 2: Štúdia HEYMANS – väčšina pacientov prekonala KV príhodu

Podiel pacientov (%) Akákoľvek KV príhoda 85 AKS 28 STEMI 22 NSTEMI 16 PAO 12 Ischemická CMP 6 Hypertenzia 66 Aktuálni/bývalí fajčiari 51 Heterozyg FH 39 DM2 19 CKD 7 FH neznámeho typu 4 Homozyg. FH 2

K. K. Ray a kol.

Graf 3: KV príhody u pacientov s ASKVO

Priemerné odhadované 10-ročné riziko Akákoľvek KV príhoda 27,85 (95 % CI 27,06 – 28,64) Fatálna KV príhoda 10,89 (95 % CI 10,37 – 11,41)

K. K. Ray a kol.

Graf 4: Pokles hladín LDL-C pri liečbe evolokumabom

Medián LDL-C (mmol/l) Východisko n = 1707 3,98 Mesiac 1-3 n = 1187 1,62 Mesiac 4-6 n = 973 1,66 Mesiac 7-9 n = 866 1,63 Mesiac 10-12 n = 777 1,63 Mesiac 13-15 n = 328 1,71 Mesiac 16-18 n = 225 1,71

K. K. Ray a kol.

Graf 5: Podiel pacientov dosahujúcich cieľové hladiny LDL-C pri liečbe evolokumabom

Podiel pacientov dosahujúcich cieľové hladiny LDL-C (%) Celkovo (n = 1669) LDL-C 1,8 mmol/l 71% n = 1185 LDL-C 1,4 mmol/l 58% n = 968 Pridané k statínu a/alebo ezetimibu (n = 990) 80% n = 792 67% n = 663 Bez statínu alebo ezetimibu (n = 679) 57% n = 387 43% n = 292 K. K. Ray a kol.

Tab. 1: Evolokumab – indikačné obmedzenia

Pacienti s nonFH alebo zmiešanou dyslipidémiou S vysokým rizikom KV príhody LDL-C ≥ 4 mmol/l

a ktorí majú invazívnym alebo neinvazívnym vyšetrením (napr. koronarografia, záťažová echokardiografia, USG) dokumentované KV ochorenie:

AKS (predchádzajúci IM alebo nestabilnú AP vyžadujúcu hospitalizáciu) chronická ICHS ischemická NCMP PAO revaskularizačné výkony na koronárnych (PCI alebo CABG) a ostatných artériách)

S veľmi vysokým rizikom KV príhody LDL-C ≥ 3,5 mmol/l

t. j. pacienti s najmenej dvomi predchádzajúcimi KV príhodami alebo polyvaskulárnym ochorením

<http://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/DecisionDetails/4365>

Obr.: Non-COVID semafor... Rizikové oblasti podľa KV mortality (WHO)

Nízke riziko Stredné riziko Vysoké riziko Veľmi vysoké riziko



Tab. 2: Evolokumab – indikačné obmedzenia

PACIENTI S FH S vysokým rizikom KV príhody LDL-C \geq 3,5 mmol/l

a ktorí majú invazívnym alebo neinvazívnym vyšetrením (napr. koronarografia, záťažová echokardiografia, USG) dokumentované KV ochorenie:

AKS (predchádzajúci IM alebo nestabilná angína pectoris vyžadujúca hospitalizáciu) chronická ICHS ischemická NCMP periférne artériové ochorenie revaskularizačné výkony na koronárnych (PCI alebo CABG) a ostatných artériách

S veľmi vysokým rizikom KV príhody LDL-C \geq 3,5 mmol/l

t. j. pacienti s najmenej dvoma predchádzajúcimi KV príhodami alebo polyvaskulárnym ochorením

Bez KV ochorenia, u ktorých pretrváva hladina LDL-C \geq 5 mmol/l

<http://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/DecisionDetails/4365>

Na Slovensku je podľa údajov WHO vysoké KV riziko

doc. Fedačko

Autor: MUDr. Alena Mosnárová, CSc. Foto RNDr. Milica Šarmírová



VOÚ chce vybudovať nový pavilón chirurgických disciplín [✉](#)

📅 9. 12. 2021, Zdroj: **Lekárske listy**, Strany: 3, 4, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: Milica Šarmírová, Sentiment: Ambivalentný, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 14 000 AVE: 2624 Eur

Rubrika: interna

V Košiciach sa nachádza popredné komplexné pracovisko Východoslovenský onkologický ústav, a.s., (VOÚ). Okrem poskytovania špecializovanej zdravotnej starostlivosti je pregraduálnou a postgraduálnou výučbovou základňou Lekárskej fakulty **UPJŠ** v Košiciach. Nový riaditeľ ústavu MUDr. Tomáš Sieber, MPH, generálny riaditeľ a predseda predstavenstva VOÚ, a.s. je vo funkcii od 1. júna 2021. Viac sa dozvieme v nasledujúcom rozhovore.

VOÚ, a.s. vznikol v roku 2003 a zaraďuje sa k popredným slovenským pracoviskám, ktoré sa venujú pacientom s nádorovými ochoreniami. Mohli by ste ho priblížiť?

Náš ústav patrí medzi tri komplexné onkologické centrá v SR poskytujúce zdravotnú onkologickú starostlivosť onkologickým pacientom z celej SR. Od svojho vzniku v roku 2003 poskytuje špecializovanú zdravotnú onkologickú starostlivosť v rozsahu špecializovanej ambulantnej starostlivosti, špecializovanej ústavnej starostlivosti, spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v medicínskych odboroch klinická onkológia, radiačná onkológia, rádiológia, gynekologická onkológia, otorinolaryngológia (so zameraním sa na pacientov s onkologickým ORL ochorením) a lekárenskej starostlivosti. VOÚ je taktiež výučbovou základňou LF **UPJŠ** v Košiciach v rámci Kliniky rádioterapie a onkológie VOÚ a.s. a je centrom pre pregraduálnu a postgraduálnu výučbu v odbore klinická onkológia (kurzy, semináre, pred atestačná príprava lekárov, cirkulácia lekárov a rezidentov v rámci predatestlačnej prípravy vo viacerých špecializačných odboroch). VOÚ sa podieľa na vedecko-výskumnej činnosti, výchove vedeckých pracovníkov, klinickom skúšaní a spolupráci v tejto oblasti s ďalšími zdravotníkmi, akademickými a vedeckými inštitúciami na Slovensku a v zahraničí.

Vrátili ste sa do VOÚ do pozície generálneho riaditeľa po 10 rokoch. Aké boli vaše prvé dojmy?

Od 1. júna 2021 som bol vymenovaný do pozície generálneho riaditeľa a predsedu predstavenstva. Napriek tomu, že nástup nebol ľahký, teda nebola nám odovzdaná žiadna agenda zo strany odvolaného vedenia, zo strany primárov, lekárov, sestier a ostatných zamestnancov, bolo a je cítiť chuť pracovať pre ústav.

Teda aké boli vaše prvé kroky po nástupe?

Zamerali sme na zabezpečenie hladkej kontinuity chodu ústavu, realizáciu začatých projektov a dôsledne sme sa venovali zmapovaniu reálnych potrieb jednotlivých oddelení, ktoré boli dlhodobo opomínané.

Čo tým myslíte?

Ústav sa dlhodobo prezentuje ako ekonomicky stabilný a profitabilný, čo je možné overiť z verejných zdrojov. Avšak posudzovanie úspešnosti spoločnosti len na základe tvorby zisku môže byť klamlivé, hlavne ak táto profitabilita bola dosahovaná extrémnym a nelogickým šetrením, čo malo za následok vytvorenie investičného dlhu v rámci technológií a zdravotníckej techniky. V súčasnosti už postupne dopĺňame všetko nevyhnutné vybavenie pre jednotlivé oddelenia podľa požiadaviek primárov tak, aby sme reálne podporili skvalitnenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Máme tu ďalšiu vlnu pandémie. Zmenili sa niektoré prístupy a procesy v zabezpečení liečby, oproti predchádzajúcim?

S dôslednou prípravou na aktuálnu vlnu pandémie sme začali už koncom leta. Ešte pred príchodom aktuálnej vlny pandémie sme postupne preverili a nanovo nastavili kontrolné procesy príjmu pacientov na lôžkové oddelenia, doplnili sme rozvody kyslíka k lôžkam, pripravili sme plán a priestory pre prípadnú reprofilizáciu lôžok pre pacientov s COVID-19, zabezpečili sme dostatok špeciálneho zdravotníckeho materiálu a osobné ochranné pracovné prostriedky pre personál a vytvorili sme vlastné MOM. Do súčasnej chvíle (rozhovor sa uskutočnil na konci novembra 2021) sme nemuseli obmedziť poskytovanie zdravotnej starostlivosti onkologickým pacientom.

Ako prebieha onkologická diagnostika a liečba počas pandémie COVID-19? Zaznamenali ste aj neskoré stanovenie diagnózy a horšiu dostupnosť terapie – či už zo strany pacientov, ktorí sa báli prísť alebo aj z hľadiska epidemiologických opatrení?

Od môjho nástupu sme zatiaľ z dôvodu pandémie nemuseli pristúpiť k obmedzovaniu diagnostiky alebo liečby onkologických pacientov vo VOÚ. Avšak evidujeme odkladanie diagnostických výkonov alebo nástupu na hospitalizáciu zo strany pacientov v súvislosti s pandemiou. Na druhej strane sme pripravení v prípade kritickej situácie reprofilizovať lôžka pre pacientov s týmto ochorením.

Máte dostatok lekárov a sestier?

Áno, ale... musíme sa pozerať smerom dopredu, a preto musíme dopĺňať tímy lekárov a sestier tak, aby ani v budúcnosti nedošlo k personálnej nestabilite z dôvodu odchodu do dôchodku alebo z iných dôvodov. Taktiež za veľmi dôležitý považujem odborný rozvoj



lekárov a sestier. Dôležitým predpokladom pre pokles úmrtnosti na nádorové ochorenia je kvalitné a kontinuálne vzdelávanie lekárov a sestier a jeho implementácia do diagnostických a terapeutických postupov do praxe. Vzdelávací systém v jednotlivých kategóriách zdravotníckych pracovníkov musí odrážať potreby ústavu a podporovať rozvoj jednotlivých oddelení.

Určite máte plány do budúcnosti. Na čo sú a budú zamerané?

Vzhľadom na dlhodobú nedostatočnosť priestorov, nevyhovujúce priestory pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti onkologickým pacientom a predpokladaný nárast onkologických ochorení (podľa NCZI), predstavenstvo VOÚ, vypracovalo investičný zámer, ktorého cieľom je získanie prebytočného pozemku vo vlastníctve štátu a v správe UNLP Košice. Následne na tomto pozemku chceme vybudovať nový pavilón chirurgických disciplín a diagnostiky, s ambulantnou zložkou pre onkologických a neonkologických pacientov. Hlavným cieľom tohto zámeru je okrem vyriešenia aktuálnych problémov s nevyhovujúcimi priestormi postupné rozširovanie činností VOÚ tak, aby bol schopný poskytnúť špičkovú komplexnú onkologickú starostlivosť pre svoju spádovú oblasť, a to tak s ohľadom na očakávané štrukturálne zmeny v dopyte po onkologickej starostlivosti vyplývajúce z pripravovanej „optimalizácie siete nemocníc“, ako aj s ohľadom na nové trendy v onkologickej liečbe.

MUDr. Tomáš Sieber, MPH Vizualizácia VOÚ, a.s.

Sme pripravení v prípade kritickej situácie reprofiliizovať lôžka

Autor: Zhovárala sa RNDr. Milica Šarmírová



Sme zhrození, že školy sa dajú zobchodovať za predvianočný konzum a lyžovačku (anketa)

8. 12. 2021, 14:49, Zdroj: [dennikn.sk](https://www.dennikn.sk) , Vydavateľ: N Press, Autor: Denisa Gdovinová, Sentiment: Ambivalentný, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Dosah: 315 907 GRP; 7,02 OTS; 0,07 AVE; 1849 Eur

Zhrozenie a sklamanie. Takto vnímajú riaditelia škôl, psychológovia či analytici plošné zatvorenie škôl. Vláda oznámila, že od pondelka sa zatvára druhý stupeň základných škôl a stredné školy – ako kompromis za otvorenie obchodov pred Vianocami.

„Som zhrozený, keď čítam, že zatvorenie škôl je koalíčnou stranou prezentované ako ústupok za otvorené prevádzky, že vyššiu mobilitu v nákupných centrách ideme vyvažovať nižšou mobilitou v školách, že vzdelávanie detí je politicky obchodovateľné za predvianočný konzum a lyžovačku,“ hovorí ekonóm Tomáš Hellebrandt.

Školy opäť nie sú pripravené na ďalšiu vlnu zatvárania, upozorňujú riaditelia. „Napríklad k nám do školy žiadne notebooky pre učiteľov od štátu nedorazili. Ale prišlo dosť peňazí na čistiace a dezinfekčné prostriedky. To musím uznať,“ vraví Roman Baranovič, riaditeľ petržalskej školy Narnia.

Osobností sme sa opýtali:

Vláda zatvorila školy a zároveň otvorila obchody pre očkovaných a tých, ktorí covid prekonali. Ako to hodnotíte?

Iveta Barková

riaditeľka Súkromnej základnej školy v Senci, Učiteľka roka 2020

V posledných mesiacoch pociťujem čoraz silnejšie zaťahovanie politiky do školskej problematiky. Handluje sa tu s budúcnosťou celej jednej generácie. Nerozumiem tomu, že sa naši politici nehanbia vysloviť vetu, že zatvorené školy sú prijateľným kompromisom k otvoreným obchodom. Je absurdné vyvažovať otvorené obchody zatvorenými školami. Vôbec sa nehľadal reálny spôsob, ako by školy mohli aj v tom najhoršom scenári fungovať, naivne sme verili, že sa budú zatvárať ako posledné.

Pritom školy od septembra urobili pre svoje fungovanie maximum. Riadime sa usmerneniami, chodíme si v etapách vyzdvihovať samotesty, distribuujeme ich rodičom, riešime chod školy, zabezpečujeme suplovanie za učiteľov v karanténe, pri každej zmene nahlasujeme ministerstvu školstva dáta o počtoch tried, detí a zamestnancov, učíme prezenčne, hybridne aj online. Komunikujeme s rodičmi, vyhľadávame úzke kontakty, doslova poskytujeme covidové poradenstvo. Už v auguste sa vedelo, že školy sa budú premorovať. Ak by sme mali od septembra povinné testovanie detí, mohli sme sa vyhnúť tomu, aby boli školy označené za semenišťá nákazy.

Áno, z väčšej časti sme sa premorili a mnohé školy sú už takmer celé imunizované. Dnes však už sú učitelia takí vyčerpaní a rezignovaní, že vlastne trochu aj s úľavou prijímame prechod na dištančné vzdelávanie, hoci to nie je vôbec ideálne riešenie. Znova sme tam, kde sme boli pred rokom – ani dnes nevieme, čo nás v januári čaká, keďže terajšie opatrenia sa majú prehodnocovať až 9. januára. Veľmi by som chcela, aby sme sa do škôl vrátili 10. januára, ale obávam sa, že práve vtedy budeme znášať dôsledky uvoľnení – otvorené obchody, lyžiarske strediská, kostoly. Mobilitu možno zatvorením škôl znížime, ale zväčšili sme tým škody, ktoré zatvorené školy spôsobujú našim deťom. Niektoré sú už nezvratné.

Prečítajte si

Detské vakcíny prídu 17. decembra. Ako bude očkovanie prebiehať a budú deti potrebovať tretiu dávku? (odpovede na otázky čitateľov)

Dušan Ondrušek

psychológ a mediátor

Politické rozhodnutia často odrážajú aj hodnotové nastavenie v spoločnosti, teda to, čo sa vníma ako najviac dôležité, najviac prioritné. Z rozhodnutí som sklamaný. Hlavne keď to prichádza v takomto kontexte. Ako keby politické vedenie povedalo, že konzum je dôležitejší ako vzdelávanie. A že [lock] rozhodnutie politikov je dôležitejšie ako to, čo tvrdia odborníci.

Konzílium sa vyjadrilo jednoznačne: situácia je taká vážna (alebo presnejšie – situácia bude taká vážna), že nech cítíme čokoľvek a akokoľvek by sme sa chceli zapáčiť ľuďom, v tejto chvíli expertné posúdenie situácie jednoznačne odporúča prísny lockdown.

A politici odpovedajú: áno, počujeme, čo hovoria experti, ale – raz darmo – my „myslíme srdcom“. A nebudeme za to niesť zodpovednosť. Mohli by si urobiť kolektívnu fotku, na ktorej by „mysleli srdcom“ v obklopení 15 000 horiacich sviečok. A nemyslím si, že by opozícia postupovala inak.

Zdá sa mi, že táto krajina nikdy nedozreje k zodpovednosti...

Kristína Visolajská



pediatricka

Toto rozhodnutie považujem za jedno zo série zlých rozhodnutí vlády s podporou konzília odborníkov a svedčí o tom, kde je v našom hodnotovom rebríčku vzdelanie a budúcnosť našich detí.

Je pozoruhodné, že zatvárame plošne celý druhý stupeň a stredné školy, hoci mnohé triedy sú takmer celé zaočkované alebo po prekonaní. Na druhej strane, kompletne nezaočkovaný prvý stupeň a škôlky nechávame otvorené. Ponúka sa dôvod: aby zdravotné sestry, lekárky a ďalšie (väčšinou) ženy chodili naďalej do práce a nevypadli na OČR, lebo nemocnice sú preplnené predovšetkým nezaočkovanými pacientmi. Ideme teda tľmiť pandémiu tak, že zatvoríme doma deti, ktoré zdravotnícky systém takmer nijako nezaťažujú. Blahoželám.

Aby som však nebola len kritická, ponúkam pár racionálnych riešení. Najprv treba ihneď zaviesť povinné očkovanie seniorov, lebo pandémia sa týka najmä ich. Ďalej treba ihneď (!) umožniť dobrovoľné očkovanie detí od 5 rokov, tak ako je to možné napríklad v Rakúsku, kde zadarmo očkujú aj slovenské deti po vyplnení krátkeho formulára. Deti zaočkované a po prekonaní covidu (OP) majú mať umožnenú výučbu napríklad tak, že všetky OP deti z ročníka sa budú učiť spolu v triede a u ostatných je možné zväziť dištančné vyučovanie. Rovnako mimoškolská činnosť má byť plne umožnená deťom a ich učiteľom (trénerom) v režime OP.

Oslabovanie imunity po druhej dávke u dospelých je vážny problém, ktorý nám sťažuje situáciu. Preto v súlade s medzinárodnými odporúčaniami treba skrátiť lehotu podania tretej dávky už na 4 mesiace po druhej dávke, a to najmä v prípade vektorových vakcín. Po jednodávkovvej vakcíne treba podať druhú dávku mRNA už po dvoch mesiacoch. Hoci viaceré krajiny už prešli na tento systém, Slovensko stále nerozumne vyčkáva.

A ako zaočkovať seniorov, ktorí očkovanie vytrvalo odmietajú? Najlepšou autoritou v oblasti zdravia v komunite je obvodný lekár. Kto chcel, ten sa zaočkoval a s ostatnými pacientmi treba extra pracovať, prípadne ich navštíviť doma a podobne. Preto namiesto poukazov a lotérií je nutné mimoriadne dobre zaplatiť obvodnému lekárovi, aby sa mu oplátilo po večeroch a víkendoch obehať pacientov v ich domovoch a venovať čas a energiu tomu, aby im vysvetlil prínosy očkovania. Toto riešenie je v skutočnosti najefektívnejšie a najjednoduchšie.

Prečítajte si

Kružky deťom zrušil neoprávnený strach z vakcíny a egoizmus dospelých. Viním antivaxerov, hovorí pediatricka Visolajská

Tomáš Hellebrandt

ekonóm, Útvar hodnoty za peniaze

Plošné zatváranie škôl mi v aktuálnej situácii neprípadá ako dobrý nápad. Epidemická situácia nie je všade rovnaká. Miera ochrany očkovaním sa líši medzi školami, triedami, ako aj rodinami jednotlivých žiakov a žiačok. Zároveň vieme, že zatvorené školy a triedy spôsobujú oveľa väčšie škody na vzdelávacích výsledkoch niektorých skupín detí v porovnaní s inými. Toto všetko hovorí v prospech diferencovaného prístupu, ktorý by spravodlivo, proporčne a s ohľadom na najzraniteľnejších zohľadňoval nielen krátkodobé ciele z pohľadu verejného zdravia, ale aj dlhodobé ciele z pohľadu zdravého vývinu, vzdelávania a dospievania mladej generácie.

Takýto prístup by mal navrhovať a pravidelne aktualizovať multidisciplinárny tím zlučujúci všetky relevantné vedné oblasti a opierajúci sa o najnovšie výskumy a analýzy z viacerých odborov. Namiesto toho opatrenia navrhuje konzílium, ktorého členstvo tvoria výlučne epidemiológovia, infektológovia a iní zdravotníci, čomu zodpovedá aj zameranie jeho výstupov. Navyše podľa vyjadrení politikov a političiek sa zdá, že v konečnom dôsledku aj tak rozhoduje najmä cynický politický kalkul a vyjednávanie záujmových skupín.

Som zhrozený, keď čítam, že zatvorenie škôl je koalíčnou stranou prezentované ako ústupok za otvorené prevádzky, že vyššiu mobilitu v nákupných centrách ideme vyvažovať nižšou mobilitou v školách, že vzdelávanie detí je politicky obchodovateľné za predvianočný konzum a lyžovačku. Úplne to popiera základný princíp, ktorým sa vyspelejšie a vzdelanejšie krajiny riadia už vyše roka, že školy by mali byť zatvárané ako posledné a otvárané ako prvé. Rovnako výpovedná o prioritách tejto vlády je skutočnosť, že kým od detí pýta obeť, aby ochránila tých seniorov, ktorých váhanie s očkovaním spôsobilo dnešný marasmus, seniorom za to, že ochránia svoje vlastné zdravie, sľubuje stovky miliónov eur. Samozrejme, všetko na dlh, teda z budúcich príjmov tých istých detí, ktoré dnes posielajú domov.

Peter Strážik

riaditeľ Základnej školy v Spišskom Hrhove

Na našej škole sme na sto percent otvorení – medzi pedagógmi ani deťmi nie je nikto pozitívny ani v karanténe. Pre nás je to škoda, päť dní v škole by sme hravo zvládli. Ale na druhej strane päť dní nenarobí žiadnu škodu. Posledné dni v škole pred Vianocami máme aj tak tendenciu urobiť vyučovanie skôr hravou formou a urobiť vianočnú atmosféru. Rodičia, učitelia aj žiaci sú pripravení na dištančné vzdelávanie, majú heslá a rozvrh, na ktorý hneď v pondelok nabehneme. Nehodnotím to nejako negatívne, vidím to skôr ako politickú



dohodu.

Som zaočkovaný, mám za sebou aj tretiu dávku. Robím však osvetu medzi kolegami v škole, pretože nie všetci sme na sto percent zaočkovaní. Preto som za to, aby mali zaočkovaní výhody. Vnímam, že otvorenie obchodov je výsledkom politickej dohody, ktorú mi neprináleží hodnotiť.

Andrea Madarasová Gecková

psychologička, prednostka Ústavu psychológie zdravia Lekárskej fakulty **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**

Odhladnuc od toho, že plošné zatváranie škôl je proti odporúčaniam, dôkazom, údajom, ale aj základným hodnotám slušnej spoločnosti, má tento tlak na obmedzovanie detí, dospelých a mladých dospelých aj znaky fixácie na z epidemiologického hľadiska nefunkčný, ale zároveň veľmi toxický a pre mladú generáciu devastujúci spôsob reagovania na situáciu pandémie. Je zástupným riešením, ktorého funkciou je umožniť a ospravedlniť neočkovanie. Podobnú funkciu má boj za OTP režim. To sú cumlíky časti tejto spoločnosti, ktorými sa úspešne vyhýbajú realite a skutočnému riešeniu. A že je z epidemiologického hľadiska nefunkčný (tzn. viac škody ako úžitku, pričom existujú iné spôsoby) nám dnes už dokladajú príbehy z iných krajín a hlavne z našej krajiny, potvrdzujú odporúčania renomovaných medzinárodných inštitúcií.

Mne je veľmi smutno zo správy, ktorú týmto dávame nášmu potomstvu. Obetovali sme vás. Znova sme vás obetovali. Ste cenou za to, aby niekto dostal ďalšie drahé autíčko a mohol ho rozbiť ako tie predtým, cenou za to, aby sa konečne vymohol funkčný model zvýhodnenia očkovaných a ľudí po prekonaní, ale pol roka po funuse a v tom najnevhodnejšom čase a ste zápalnou obetou za to, že vypneme protismerný motor testovania namiesto očkovania.

O samotných dôsledkoch plošného zatvárania škôl už toho bolo povedaného toľko, že už ani nevidím zmysel to opakovať. Nie, nechýbajú nám informácie a dôkazy o tom, ako veľmi tým ubližujeme svojmu potomstvu. Nám chýba rodičovský pud, naše potomstvo pre nás nie je dosť cenné, nemáme potrebu ho chrániť, nedotýka sa nás, ako veľmi ich ohrozujeme, obmedzujeme, žijeme na ich úkor a aké ťažké pre nich bude spracovať, čo a prečo sme im to urobili.

Roman Baranovič

riaditeľ Cirkevnej základnej školy Narnia

Toto je rozporuplná otázka. Ak sme naozaj uprostred humanitárnej katastrofy, musíme zvládnuť aj uzatvorenie škôl, aj keď to má vplyv na deti, týždeň zatvorenej školy sa dá zvládnuť ľahšie ako stovky vyhovených zdravotníkov na pokraji zrútenia, ktorí musia robiť ťažké rozhodnutia a zákroky každý deň. Je legitímne v takej situácii uprednostniť zdravotníkov. Ak to tak nie je, tak sme svedkami len ďalšej epizódy nezvládnutia vládnutia zo strany súčasnej exekutívy, neschopnosti pripraviť sa na to, čo sa dalo čakať, a skratkovitých riešení, ktorých sme všetci obeťami, deti aj dospelí.

Dobré otázky z môjho pohľadu sú napríklad: Ako sme sa na dištančné vzdelávanie pripravili? Majú dnes učitelia notebooky ako pracovné nástroje, aby to mohli dať v lepšej kvalite? Skvalitnili sme metodiky online vzdelávania? Vytvorili sme nové nástroje na podporu online vzdelávania? Našli sme riešenia, ako pomôcť deťom zo sociálne znevýhodneného prostredia, aby to zvládli? Alebo sme znova cestári, ktorých v zime prekvapil prvý sneh? Neviem, som len obyčajný človek a nepoznám dáta, ale napríklad k nám do školy žiadne notebooky pre učiteľov od štátu nedorazili. Ale prišlo dosť peňazí na čistiace a dezinfekčné prostriedky. To musím uznať.

Slavomír Matejka

riaditeľ Základnej školy v Pliešovciach

Chýba mi jasné pomenovanie cieľa, prečo hovoríme o lockdowne. Predpokladám, že ním je odľahčenie preťaženej nemocnice. Nemyslím si, že už pred tromi týždňami bol čas „byť za pekných“ a snažiť sa vyhovieť každému – aj školám, aj (niektorým) podnikateľom, aj (zaočkovaným) ľuďom a hlavne tak akosi vôbec nemocniciam. Som presvedčený, že už vtedy bol priestor na tvrdý lockdown pre všetkých. I pre školy, škôlky. Na dva týždne.

Čo sa deje teraz? Každý deň sa tak akosi trpkosmiešne čudujeme, akú mačku vo vreci ktorý z ministrov vytiahne a vyhlási najprv na sociálnej sieti, aby sa potom rozhádali na koalícnej rade a napokon v pondelok vyhlásili, že možno v utorok budú vedieť, čo sa odprezentuje v stredu, ale vo štvrtok jeden z partnerov povie, že je kategoricky proti, takže v piatok bude platiť niečo úplne iné, aby to v pondelok zas prerobili.

Ako teda hodnotím zatvorenie škôl a otvorenie obchodov? Ako jednoznačnú chybu, ktorá uškodí žiakom, lekárom, pacientom i nemocniciam. Ešteže si každý z nás môže riešiť na námestiach pri punči ten svoj „lokdan“.

Bibiana Krajníková



riaditeľka Základnej školy v Gelnici

Konkrétne v našej škole sa epidemická situácia rapídne zhoršila, preto po konzultácii s RÚVZ SNV od 22. 11. do 26. 11. 2021 prešla celá škola na dištančné vzdelávanie. Od 29. 11. do 17. 12. 2021 sú v okrese Gelnica na dištančnom vzdelávaní stredné školy a druhý stupeň základných škôl na základe rozhodnutia RÚVZ SNV. Zaočkovanosť v našom okrese je nízka, preto platíme takúto privysokú daň. No najdôležitejšie je zdravie, preto je dôležité počúvať rady odborníkov. Bohužiaľ, v konzumnej spoločnosti sa na túto hodnotu zabúda. Každý rok si na narodeniny spievame: Veľa šťastia, zdravia... Šťastné dieťa je zdravé dieťa. Zdravé dieťa potrebuje rovesnícky kolektív, aby bolo šťastné. Rozhodnutie som prijala s určitým vnútorným nepokojom, ale uvedomujem si závažnosť situácie v našom okrese a verím, že po prázdninách budeme všetci v škole .

Lýdia Šuchová

riaditeľka Základnej školy v Lozorne

Pre našu školu sa rozhodnutím vlády situácia od budúceho pondelka nezmení. Od 6. decembra 2021 už máme druhý stupeň na dištančnom vzdelávaní na základe rozhodnutia RÚVZ Malacky (pod ktorý spadáme). Pre našu školu bolo toto opatrenie v danej chvíli vykúpením. O čo išlo? Ešte pred dvomi týždňami sme na celej škole učili štandardným spôsobom, dokonca sme nemali ani žiadne triedy v karanténe. Počas víkendu sa situácia úplne otočila. Niekoľko kolegyň, ako aj niekoľko žiakov ochorelo a mali pozitívne testy na covid. Následne zostali v karanténe štyri triedy. V priebehu týždňa zostali v karanténe ďalšie triedy a čoraz viac žiakov malo pozitívne testy. Na konci minulého týždňa sa na prvom stupni neučila prezenčne ani jedna trieda, na druhom stupni chýbali dve triedy a v tých triedach, ktoré ešte zostali v škole, bola fyzicky prítomná len malá časť žiakov. Škola vyzerala ako vymretá.

V tejto situácii lavínového šírenia bol pre nás prechod na dištančné vyučovanie (na základe rozhodnutia RÚVZ) jediným možným riešením. Veríme, že ak budú naši žiaci do Vianoc a počas prázdnin doma, podarí sa nám šírenie epidémie zastaviť a po sviatkoch sa vrátiť k prezenčnej forme výučby.

Myslíme si, že netreba nariekať, ale je potrebné riešiť situáciu, v ktorej sa ocitneme, čo najlepšie v rámci daných možností. My v Lozorne veríme, že čím budeme disciplinovanejší, tým skôr sa vrátíme do normálu.

Michal Rehúš

analytik, Centrum vzdelávacích analýz

Z hľadiska zabezpečenia prístupu k vzdelávaniu, ako aj ochrany duševného zdravia detí považujem za chybu, že sa nedodržel princíp, že školy by sa mali plošne zatvárať ako posledné. Aj Svetová zdravotnícka organizácia vyzýva, aby školy počas tejto zimy zostali otvorené, pretože vzdelávanie a duševné zdravie detí by pre nás mali byť na prvom mieste. V súlade s tým si myslím, že zavrieť by sa najprv malo všetko, čo sa dá, až nakoniec a len v krajnom prípade školy. To sa nedodržalo.

Zatiaľ čo potenciálne škody v iných oblastiach dokážeme finančne kompenzovať, v prípade dosahu na deti to také ľahké nie je. Ak sa naplnia obavy a školy sa zatvoria na dlhší čas, ešte viac to negatívne ovplyvní duševné zdravie detí. Sociálna izolácia totiž veľmi zle vplyva na ich psychiku. Zároveň mnohé deti nemajú dostatočné technické vybavenie, aby sa mohli zapájať do online dištančnej výučby. Z tohto dôvodu sa môžu zhoršiť ich vzdelávacie výsledky, a teda aj ich vyhliadky do budúcnosti. Prítom kompenzácie, ktoré v oblasti vzdelávacích strát vykonávame, nie sú dostatočne účinné.

Školy by sa naďalej mali riadiť školským semaforom, čiže mali by sa zatvárať len tie triedy alebo školy, kde sa potvrdí vírus. Treba však zabezpečiť lepší systém testovania, ako aj podporu pre školy a vyučujúcich, aby čo najlepšie a najbezpečnejšie dokázali realizovať prezenčnú výučbu. Samozrejmosťou by malo byť poskytnutie ochranných pomôcok a dezinfekčných prostriedkov či techniky na zvládnutie online výučby, ak k nej dôjde.

Foto N – Tomáš Benedikovič

Autor: Denisa Gdovinová



Študenti v nemocniciach: pacienti sú agresívnejší ✉

📅 8. 12. 2021, 8:30, Zdroj: spravy.pravda.sk ✉, Vydavateľ: PEREX, Autor: Jana Vargová, Jana Vargová, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 147 989 GRP: 3,29 OTS: 0,03 AVE: 1421 Eur

Študujú a popritom tvrdo pracujú. Aj v tretej vlnе pandémie COVID-19 pomáhajú študenti Lekárskej fakulty **UPJŠ** v Košiciach v nemocniciach.

Aktuálne ich je najviac v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura Košice (UNLP), kde na základe dohôd o brigádnickej práci študentov pôsobí 198 medikov. V šačianskej nemocnici ich je deväť, iní vypomáhajú v regionálnych nemocniciach a v mobilných odberových miestach v blízkosti svojho bydliska či v regionálnych nemocniciach. Vo veľkokapacitnom odberovom mieste na Ipeľskej ulici pomáha aj 30 ďalších študentov 5. ročníka všeobecného lekárstva v týždenných blokoch bez nároku na odmenu.

Väčšina študentov však pracuje na lôžkových oddeleniach, vrátane reprofilizovaných kovidových pracovísk, ďalší sú na triáži. Okrem toho pôsobí 25 študentov fakulty v Intervenčnom tíme ministerstva zdravotníctva. Ide o projekt, v rámci ktorého sú realizované výjazdy do zariadení sociálnych služieb pre seniorov, pre ľudí so zdravotným postihnutím, v zariadeniach krízovej intervencie a marginalizovaných komunitách. V tomto tíme od jeho zriadenia v októbri minulého roka pôsobilo už celkovo viac ako päťdesiat študentov fakulty a asi dvadsiati sú jeho stálou súčasťou.

Študenti v nemocniciach

Fotogaléria 8 fotiek

+5

Hlavne v noci a cez víkend

Šiestačka Ester Tomajková, členka Akademického senátu lekárskej fakulty za študentskú časť, pracuje na lôžkovom oddelení v UNLP a pomáha s očkovaním a testovaním.

„Nemocnice využívali pomoc medikov aj mimo pandémie, je to pre nich užitočná pracovná sila pomáhajúca najmä v nočných a víkendových službách na miestach ošetrovateľov. Pomoc medikov sa aktuálne presunula hlavne do mobilných odberových miest a k lôžkam pacientov,“ hovorí Ester.

Podotýka, že pacienti sú v porovnaní s prvou a druhou vlnou pandémie citeľne nepríjemnejší a agresívnejší voči zdravotníkom, aj keď sa u niektorých nájdu i slová vďaky. „Je to istá satisfakcia za našu prácu a vždy to poteší a povzbudí,“ dodáva.

Štvrtáčka Kristína Vargovčíková počas prvej vlny pomáhala vo Východoslovenskom onkologickom ústave v Košiciach. V druhej vlnе pracovala na triáži v Detskej fakultnej nemocnici Košice a na Gynekologicko-pôrodníckom oddelení UNLP, kde je aj teraz. Popritom pomáha aj v očkovačom centre na Ipeľskej ulici.

„Prácu v zdravotníctve počas pandémie vnímam ako psychicky náročnú. Prichádzam do kontaktu s veľkým množstvom ľudí, ktorí nielenže nedôverujú vakcínam, ale často neveria ani faktu, že kovid existuje. Niektorí ľudia na nás neraz vykrikujú, že si hrozbu vírusu vymýšľame a či sa nemôžeme iba tváriť, že im robíme ten výter... Na druhej strane sú aj takí, čo sa poďakujú a poprajú pekný deň. Pre mňa je radosť hlavne práca s deťmi a veľmi sa teším, keď ich presvedčím, že odber nie je nič hrozné a odchádzajú nakoniec s úsmevom,“ poznamenáva Kristína.

Slzy kolegov

Piatak Martin Fedor pracoval počas predošlých vln pandémie ako dobrovoľník pre Polikliniku Terasa pri triáži pacientov a na jednotke intenzívnej starostlivosti Kliniky úrazovej chirurgie UNLP, ktorá sa pri nepriaznivej pandemickej situácii reprofilizuje na kovidové oddelenie anestéziológie a intenzívnej starostlivosti. Pomáhať druhým ho učí jeho viera a cíti povinnosť vrátiť iným to, čo sám dostal.

„Teraz mám skvelú príležitosť uskutočniť to aj s čiastkovými poznatkami študenta pri práci ošetrovateľa. Prírodzene, práca na kovidovom oddelení akútnej a intenzívnej medicíny je náročná po všetkých stránkach a keď po noci prebdenej v službe a prepotenej v skafandri idete ráno do školy, učíte sa na skúšky a pomedzi to riešite zdravotné problémy svojich blízkych, nie je to jednoduché,“ priznáva.

Najťažší pre neho je pohľad na slzy kolegov, ktorých považoval za neoblomných. „Niektorí sami ledva prežili, keď sa nakazili kovidom, alebo nemali oddych takmer dva roky a naozaj melú z posledného, zatiaľ čo ich mnohí laici nepekne osočujú, keď ako lekári hovoria pravdu. Je veľmi nepríjemné, že som sa stal svedkom toho, ako niektorí lekári a sestry stratili aj posledný kúsok citu a práca je pre nich už len mechanická povinnosť. Preto sa veľmi teším každej ústretovosti u širokej verejnosti, napríklad poriadne nasadenému respirátoru namiesto rúška pod nosom, čo prispieva k zvládnutiu situácie,“ konštatuje Martin.

Hodení do vody



Na kovidovom pracovisku oddelení akútnej a intenzívnej medicíny, reprofilizovanom z traumatologickej jednotky intenzívnej starostlivosti pracuje aj ďalší študent, piatak Peter Orémus. „Pár mesiacov od môjho nástupu za ošetrovateľa na jednotku intenzívnej starostlivosti prišla pandémia a my sme boli hodení do divokej vody bez prípravného kurzu,“ vysvetľuje. Aj keď je to psychicky aj fyzicky vyčerpávajúce, pomáha tak, ako mnohí iní medici. Cíti potrebu aj povinnosť byť nápomocný.

„Myslím, že študenti sa pri takomto kontakte s praxou a realitou môžu aj ako pomocní pracovníci veľa naučiť a získať veľké skúsenosti. Potrebné je však dbať na psychohygienu, keďže úmrtnosť na ‚are‘ je vysoká a človek sa so smrťou a vlastnou bezradnosťou nevyrovnáva ľahko. Môžem povedať, že som tu prehodnotil svoj život a uvedomil si, aké je zdravie krehké a cenné,“ podotýka Peter, ktorý si nad telami ľudí v umelom spánku, ktorí ležia na umelej pľúcnej ventilácii, kladie vždy otázku, prečo sa nedali zaočkovať a vybrali si tú ťažšiu cestu – ale nedostáva na ňu odpoveď.

Škola života

„Každého z nás k tomu priviedol iný životný príbeh,“ hovorí piatačka Alexandra Duláková, ktorá v predošlých vlnách pandémie pomáhala pri triáži v Detskej fakultnej nemocnici a teraz je aktívna v projektoch Spolku medikov mesta Košice, predovšetkým v projekte „Homeless not hopeless“, v rámci ktorého medici poskytujú základnú zdravotnú starostlivosť a asistenciu bezdomovcom. „Študenti sú v nemocniciach potrební, a preto podávajú svoju pomocnú ruku. Pomoc jedného takmer nevidieť, ale stovky študentov je už v systéme cítiť. Je to pre nás škola života, pri kontakte s pacientmi získavame nové skúsenosti a prípravu na budúce povolanie,“ myslí si.

Fakulta eviduje aj záujem zo strany zahraničných študentov o pomoc slovenskému zdravotníctvu počas ich štúdia. Podmienkou tejto práce je však veľmi dobrá znalosť slovenčiny, čo mnohí nevládajú. Slovensky rozumejú, ale sami plynulo nehovoria. V Intervenčnom tíme ministerstva zdravotníctva pôsobí tretiačka Hima Kachroo pochádzajúca z Indie. V prípade jazykových problémov jej pomáhajú spolužiaci.

Podľa dekana Lekárskej fakulty **UPJŠ** Daniela Pellu pomáhajú študenti zdravotníctvu od začiatku pandémie viac ako kedykoľvek predtým kvôli potrebe byť osozní, ale aj získať skúsenosti z praxe. „Je to pre študentov náročné obdobie, a to tak fyzicky, ako aj psychicky, pretože museli a musia zvládať dištančné či prezenčné štúdium medicíny a iných zdravotníckych odborov s pracovným výkonom počas víkendov či v nočných službách. Zvlášť na kovidových oddeleniach sú konfrontovaní so smutnou realitou a musia sa vysporiadať s krehkosťou ľudských životov,“ konštatuje dekan.

Študenti v nemocniciach

pacienti Ester Tomajkova SMMK

Študenti v nemocniciach.

Študenti v nemocniciach. Peter Oremus.

Študenti v nemocniciach. Kristína Vargovčíková.

Študenti v nemocniciach. Ester Tomajková, SNMK.

Študenti v nemocniciach. Martin Fedor, JIS.

Študenti v nemocniciach. Dekan profesor Daniel Pella.

Študenti v nemocniciach. Ester Tomajková.

Študenti v nemocniciach. Alexandra Duláková.

Autor: Jana Vargová, Jana Vargová



Anketa medzi nadáciami ukazuje, že pomoc v čase pandémie bola rýchla a iná [↗](#)

📅 8. 12. 2021, 16:03, Zdroj: [trend.sk](#) [↗](#), Vydavateľ: News and Media Holding, a.s., Autor: Vladimír Maťo, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 42 336 GRP: 0,94 OTS: 0,01 AVE: 990 Eur

včera 0:00 Kávovary pre zdravotníkov či výpomoc v call centre. Do covidových projektov putovali státisíce eur

Volaniu o pomoc v čase globálnej zdravotníckej krízy sa donori postavili čelom, pričom neváhali hľadať kreatívne riešenia. Týždenník TREND oslovil najväčšie firemné nadácie na Slovensku, ktoré sa podelili o svoje príbehy pomoci v čase pandémie.

Koláče do nemocnice

„Pandémia znamenala zvýšenú záťaž na psychické zdravie, čo sa prejavilo enormným, viac ako dvestopercentným nárastom záujmu o služby na linkách pomoci. Hoci táto oblasť nespadá medzi naše strategické oblasti, vyčlenili sme pre štyri najväčšie linky sumu 45-tisíc eur. Dištančné štúdium znamenalo zvýšené požiadavky na technické zázemie učiteľov i žiakov. Preto sme zvýšili rozpočet a darovali viac používanej techniky školám a organizáciám. Pomôcť sa dá aj netradične – a využiť na to firemné aktivity. Pripravenú internú súťaž pre zamestnancov, kde odmenou malo byť vianočné občerstvenie pre celý tím, sme v kontexte zhoršujúcej sa situácie zrušili. Objednané koláče sme nezrušili, aby dodávateľská stredná odborná škola nemala výpadok, ale venujeme ich novorodeneckému oddeleniu Nemocnice akademika Ladislava Déreera, kde sme tento rok financovali aj kúpu nového monitorovacieho prístroja, a do útulku pre ľudí bez domova Depaul,“ vyratáva Lucia Jakubíková z Nadácie Volkswagen Slovakia.

Zdroj: OPERAČNÉ STREDISKO

Vlastní operátori

„V minulom roku sme spolu s materskou bankou vyčlenili jeden milión eur na boj s pandemiou a jej dôsledkami. Podporili sme Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied, krízovú linku IPčko, poskytli sme operátorov do call centra Slovenskej sporiteľne na skvalitnenie štátnej infolinky ohľadne covidu-19. V porovnaní s plánom sme zároveň rozšírili našu podporu na množstvo ad hoc projektov neziskových organizácií, ktoré sa vplyvom pandémie ocitli v ťažkej situácii a vznikli im neočakávané náklady,“ opisuje Barbara Henterová z Nadácie Slovenskej sporiteľne.

Dar pre zdravotnícku školu

„Hneď minulý rok v marci sme podporili niekoľko strategických partnerstiev zameraných na riešenie epidemickej krízy. Mimoriadne sme darovali 200-tisíc eur Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce, s ktorou spolupracujú najvýznamnejší infektológovia a epidemiológovia. Škola za tieto prostriedky pripravila projekty, ktoré umožnili expresné zásahy v ohniskách pandémie covidu-19 na úplnom začiatku. Zároveň sme darovali 300-tisíc eur v dvoch mimoriadnych grantových programoch. V rámci otvorených výziev v boji proti koronavírusu sme obdarovali stodesať domovov sociálnych služieb a sto ambulancií všeobecných lekárov. Subjekty použili prostriedky na nákup ochranných pomôcok, rúšok, dezinfekcie a germicídnych žiaričov, a to v čase, keď lekári nemali naozaj ani základné vybavenie, lebo štátne sklady boli prázdne,“ uvádza Marcel Zajac z Nadácie Tatra banky.

Zdroj: archív /[UPJŠ](#) Viliam Donič

Škôlkam čistejší vzduch

„Okamžite po vypuknutí pandémie covidu-19 nadácia darovala do nemocníc pľúcny ventilátor a vzduchové dezinfekčné prístroje. Granty sme ďalej smerovali do sociálnych zariadení, zdravotníckych centier a pre dobrovoľníkov v prvej línii na obstaranie dezinfekčných prostriedkov a ochranných pomôcok. Do materských škôlok boli vďaka podpore z nadácie obstarané germicídne žiariče na dezinfekciu vzduchu. Nadácia Allianz reagovala aj na ďalšie výnimočné situácie. Poskytla grant poškodeným po výbuchu plynu v Prešove a podporila dobrovoľníkov pri odstraňovaní škôd spôsobených tornádami na juhu Moravy,“ hovorí Katarína Rontšinská z Nadácie Allianz.

Zlepšujú podmienky pre zdravotníkov

„Najvýraznejšou zmenou bolo zvýšenie podpory v oblasti podpory zdravia. Šiestim nemocniciam v Žilinskom kraji sme darovali pľúcne ventilátory a ultrasonografické prístroje pre potreby pacientov s ochorením covid-19. Viac ako 3 500 seniorov v domovoch a centrách sociálnych služieb sme obdarovali ochrannými rúškami. Pre Slovenský Červený kríž sme zakúpili humanitárny stan potrebný v žilinskej nemocnici. Ďalších osem organizácií na Slovensku si vďaka grantu mohlo zakúpiť germicídne žiariče, dávkovače na dezinfekciu, teplomery a výživové doplnky na prevenciu ochorenia ohrozených skupín. Aktuálne sme sa zamerali na podporu zdravotníkov pracujúcich na covidových oddeleniach a veríme, že kávovary, káva a masáže kres-lá im zlepšia podmienky na odpočinok medzi službami. Nadácia Kia tak do oblasti podpory zdravia od nástupu pandémie alokovala spolu 400-tisíc eur,“ vymenúva Beáta Ďurišová z Nadácie Kia Slovakia.

Autor: Vladimír Maťo



Envirozáťaž v Strážskom môže poslužiť na budúce inovácie [↗](#)

📅 8. 12. 2021, 9:30, Zdroj: [obecne-noviny.sk](#) [↗](#), Autor: TASR, Sentiment: Ambivalentný, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové

slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Dosah: 201 GRP: 0,00 OTS: 0,00 AVE: 71 Eur

Snímka zdroj: (tasr).

Praktické skúsenosti pri likvidácii toxických látok vrátane polychlórovaných bifenylov (PCB) z výroby bývalého štátneho podniku Chemko Strážske by výskumníci zo Slovenskej technickej univerzity (STU) chceli využiť i v budúcnosti.

Okrem plánu vytvoriť na fakulte chemickej a potravinárskej technológie Centrum pre riešenie environmentálnych hrozieb a záťaž (CREHaZ) má škola záujem zriadiť v Strážskom spolupracujúce pracovisko pre praktické riešenie environmentálnych výziev.

"Chémia má na východe Slovenska tradíciu a je užitočné využiť skúsenosti dlhoročných zamestnancov a odborníkov z tamojších fabrík," potvrdil prorektor STU pre vedu a výskum Ján Híveš s tým, že zámer školy je zatiaľ v štádiu príprav zriadenia CREHaZ. Na fungovaní pracoviska v Strážskom, ktoré by STU rada uviedla do prevádzky v priebehu niekoľkých rokov, by sa tiež mali podieľať regionálne inovačné centrá, Technická univerzita Košice a **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. Ako Híveš doplnil, vzhľadom na "finančné poddimenzovanie školstva a vedy na Slovensku" sa bude STU snažiť na zabezpečenie plánovaných projektov získať financie z fondu obnovy v gescii ministerstva životného prostredia.

"Škola môže zohrať kľúčovú úlohu pri návrhu jednotlivých opatrení alebo technológií, ktoré by sa na danú environmentálnu záťaž použili," uviedol vedecký pracovník STU Ladislav Štibrányi, ktorý je odborným garantom a koordinátorom prác pri riešení mimoriadnej situácie v súvislosti s likvidáciou PCB v Strážskom. Ako podotkol, akademici síce sú "skúsení experimentátori", často však nemajú priestory na praktické aplikovanie svojich inovácií. "Tam (v Strážskom, pozn. TASR) je chemická kanalizácia, tam sú laboratóriá, tam sú ľudia, ktorí by sa do toho mohli pustiť," doplnil. Medzi environmentálnymi výzvami, ktorými by sa budúce pracovisko mohlo podľa neho zaoberať, je i bezpečná likvidácia elektrobatérií či recyklácia nedostatkových kovov, ktoré sú potrebné pri ich výrobe.

Autor: (tasr)

Autor: TASR



Kassa megye lakosai dönthetik el, melyik projekt kapjon pénzügyi támogatást az önkormányzattól [☞](#)

📅 8. 12. 2021, 17:47, Zdroj: amikassa.sk [☞](#), Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 20 GRP: 0,00 OTS: 0,00 AVE: 32 Eur

2021-12-08

WhatsApp

Újdonsággal rukkolt elő Kassa Megye Önkormányzata a lakosok számára. Mégpedig azzal, hogy szavazás által eldönthetik, melyik önkormányzat, polgári társulás, vagy non-profit szervezet által előterjesztett projekt kapjon pénzügyi támogatást a megvalósításához a költségvetésből. A projektekben az a közös, hogy valamilyen sportágazatot vagy tevékenységet hivatottak előremozdítani.

A szavazatokat december 6-tól 20-ig lehet leadni a következő oldalon: <https://rozhybanykraj.hlasobcanov.sk>. A 10, szakbizottság által elbírált, feltüntetett pályázatból összesen hármatot lehet kiválasztani, a leadott szavazat pedig majd egy sms-kód segítségével kerül megerősítésre. Fontos, hogy a szavazó életkora meghaladja a 15 évet.

„A részvételi költségvetés egyik célja, hogy együttműködjünk a megye lakosaival, meghallgassuk őket és, hogy megvalósítsuk azokat a dolgokat, amelyeket a városokban és falvakban szeretnének létrehozni. Ezért döntöttünk úgy, hogy a megye kasszájából 100 ezer eurót olyan projektekre fordítunk, amelyet maguk a lakosok választanak ki.” – nyilatkozta Rastislav Trnka megyeelnök

Ez a lehetőség a további elmondása szerint azért is előnyös, mivel a pénzzuttatás által a sporttevékenységek kerülnek támogatásra, ezzel egyaránt a nyilvánosság bevonása a közpénz felhasználásba az átláthatóságot is növeli.

A legtöbb szavazatot kapók a 100 ezer eurós keretösszeg kimerülésétől függően kapnak támogatást. Az, hogy a fináléban hány projektet támogatnak, a projekt tervezett értékétől függ majd. A sikeres pályázatok megvalósítását a tervek szerint jövőre szeretnék véghezvinni.

A szavazásban résztvevő projektek:

Hernádszokoly Község– Fitnessworkout pálya Hernádszokolyban

A KVP lakótelep lakói – Sportoljunk modern módon

Zemplín Sportklub Nagymihály – Judo, o.z. részleg– A tornaterem korszerűsítése a judo játékosok számára

Futballklub Igló – Fű a régi SALAK helyett

KoryoTaekwondo Slávia **UPJŠ** Kassa – A tornaterem mellékhelyiségeinek rekonstrukciója és felújítása

AgroDiSCo s.r.o. – Western lovaglás a távoli keleten (Málca)

FLM s.r.o. – Klímaberendezés kiépítése a Sršňov Aréna téli stadion öltözőiben

Szabadidőközpont Gölnicbánya – Sportaktivitások – mindenki együtt

Város mozgásban – A rozsnói uszoda sportterületének és közlekedési játszóterének felújítása

ArtEst – Hátrányos helyzetű fiatalok poliesztétikai nevelése – Akadálymentes terem tele sporttal és szabadidős tevékenységekkel

Autor: F. Orsolya || F. Orsolya



Fakulty a ústavy UPJŠ



Žurnál Rádia Regina

📅 8. 12. 2021, 17:00, Zdroj: **Rádio Regina**, Stanica: **Slovenské stanice**, Vydavateľ: **Rozhlas a televízia Slovenska**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **Daniel Pell**

Dosah: **11 836 GRP**; **0,26 OTS**; **0,00 AVE**; **7920 Eur**

[strojový prepis] ... *vôbec pre skúšky v ďalšom štúdiu medicíny, dopĺňa dekan Lekárskej fakulty Univerzity Palackého zasa Šafárika v Košiciach **Daniel Pella**. Nevyhýbajú sa práve práci s pacientmi, ktorí sú postihnutí COVIDom. Je to prejav skutočného záujmu medzi...*

O krok pred Alzheimerom

9. 12. 2021, Zdroj: **Život**, Strany: 34, 35, 36, Vydavateľ: **News and Media Holding, a.s.**, Autor: **Marcela Fuknová**, Sentiment: **Negatívny**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **Lekárska Fakulta UPJŠ**

Dosah: 195 000 GRP; 4,33 OTS; 0,04 AVE; 25283 Eur

Rubrika: ZAUJALO RUBRIKA NÁS XXXXX

Medzi prvé príznaky Alzheimerovej a Parkinsonovej choroby patrí zabúdanie slov a obmedzenie slovnej zásoby. Ľuďom s týmito ochoreniami môže pomôcť MOBILNÁ APLIKÁCIA, ktorú vyvinuli slovenskí odborníci. Diagnózu pomôže určiť nahrávka hlasu.

Autor projektu Alfréd Zimmermann je programátor a riaditeľ počítačovej firmy. Mobilná aplikácia s názvom EWA, na ktorej v súčasnosti pracuje spolu s niekoľkými kolegami, je svetový unikát. Funguje na základe umelej inteligencie a programovania neurónových sietí. Ako vôbec mobilná aplikácia dokáže určiť, či človek trpí úbytkom poznávacích schopností? „Táto aplikácia hravou formou navedie človeka, aby opísal obrázky, ktoré uvidí v telefóne. Postupne uvidí desať jednoduchých obrázkov predmetov a desať obrázkov činností. Po každom obrázku do mobilu jednoslovne povie, čo videl. Následne sa mu zjaví komplikovanejší obrázok, kde je viac osôb a činností, ktoré navzájom súvisia. Na opis tohto obrázku má k dispozícii 90 sekúnd. Celá výpoveď sa nahrá a vyhodnotí,“ vysvetľuje fungovanie aplikácie.

Výsledkom je percentuálny odhad prítomnosti príznakov ochorenia vo forme ručičky, ktorá vo farebnom poli ukazuje od zelenej po červenú. V prípade vyššej pravdepodobnosti ochorenia sa objaví aj odporúčanie a kontakt na odborníkov v najbližšom okolí. „Pomocou tejto aplikácie by si človek mohol kedykoľvek len s využitím mobilného telefónu skontrolovať, ako fungujú jeho kognitívne procesy, teda napríklad pamäť a myslenie,“ vysvetľuje Alfréd Zimmermann. Pri neurodegeneratívnych ochoreniach, ako je Alzheimer či Parkinson, je vďaka skorej diagnostike väčšia nádej, že postup ochorenia sa liečbou podarí spomaliť.

Aplikácia bude bezplatná

Pri vývoji jedinečnej aplikácie sa Alfréd Zimmermann a jeho kolegovia spojili s vedcami i odborníkmi na neurodegeneratívne ochorenia. „Za naším projektom sú odborníci zo spoločnosti AXON PRO, Dr. Petra Brandoburová z Centra Memory, ktoré sa zaoberá Alzheimerovou chorobou, kolektív z Ústavu informatiky SAV pod vedením Ing. Milana Ruska, vedci z Paneurópskej vysokej školy aj z **Lekárskej fakulty UPJŠ** v Košiciach pod vedením docenta Mateja Škorvána,“ vymenúva Alfréd Zimmermann svojich spolupracovníkov. Mobilná aplikácia bude pre používateľov bezplatná a pre tvorcov je odbornou výzvou.

„Programovanie neurónových sietí ma zaujímalo odjakživa, pretože je to veľmi podobné fungovaniu mozgových buniek a spojení v mozgu. Keď v roku 2018 prišla možnosť vytvoriť projekt v spolupráci s vedcami, okamžite mi napadlo, že sa pustíme do oblasti neurónových sietí a spojíme to s pomocou ľudí, ktorí trpia Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou. Prvé príznaky týchto ochorení sú totiž merateľné a objavujú sa v reči. Človek si napríklad nevie spomenúť na správny výraz, ktorý má použiť, má problémy so slovnou zásobou. Chceli sme vyvinúť aplikáciu, kde by človek hovoril do mobilu a na základe toho, ako hovorí, by aplikácia dokázala rozpoznať rozdiely medzi zdravým prejavom a takým, kde sa prejavujú včasné príznaky neurodegeneratívneho ochorenia,“ vysvetľuje odborník.

„Tieto ochorenia sa rozvíjajú väčšinou roky, úbytok týchto schopností je veľmi pozvoľný a potom nastáva rapídne zhoršenie stavu. Práve preto sa chceme pomocou aplikácie pokúsiť zachytiť rané štádiá, aby bolo možné mozog terapiou a podpornými cvičeniami ešte udržiavať v kondícii a ochorenie spomaliť,“ hovorí o svojich cieľoch. O podporu projektu požiadali Európsku úniu v rámci operačného programu pre výskum a vývoj a po schválení projektu začali pracovať na vývoji v septembri minulého roka.

Zlodej koláčikov

Testy na diagnostiku neurodegeneratívnych ochorení, akým je Alzheimerova choroba, existujú vo svete už mnoho rokov. „Neurológ alebo psychiater posudzuje mentálny výkon pacienta na základe toho, že pacient opisuje obrázok, je to bežná diagnostická metóda. Našou úlohou bolo vyvinúť metodiku automatického rozpoznávania toho, čo človek hovorí,“ vysvetľuje Alfréd Zimmermann. Príprava bola náročná. „Existuje známy čiernobiely obrázok zo 70. rokov minulého storočia, ktorý sa volá Zlodej koláčikov. Je na ňom scéna, ako sa deti snažia vziať v kuchyni otcovi koláčiky zo skrine. Ten nás inšpiroval. Potrebovali sme najprv zafinovať, aké obrázky sa budú v aplikácii zjavovať. Vyberali sa aj slová na základe frekvencie v slovenskom jazyku – časté i menej časté. Také, ktoré sa človek učí v detstve a má ich pevne zafixované, aj také, ktoré používa až v neskoršom veku. Vybrali sme 30 predmetov a 30 činností a na základe obrázka Zlodej koláčikov sme vytvorili dva vlastné dejové obrázky a jeden sme prevzali z internetu,“ opisuje odborník proces tvorby obsahu aplikácie. K slovám museli nájsť vhodné obrázky, ktoré by vyzerali jednoznačne. „Koleso musí naozaj vyzerať ako koleso, nie napríklad ako kormidlo. Museli sme brať do úvahy aj rôzne nárečia či rôznu dikciu reči v jednotlivých regiónoch. Aby sa nám nestalo, že aplikácia vyhodnotí niekoho z Oravy alebo zo Záhoria ako človeka s pokročilými príznakmi Alzheimerova len preto, lebo k obrázkom povie slová, ktoré sa tam neobjavujú,“ usmieva sa Alfréd Zimmermann.

Aplikáciu musia učiť

„Počíta sa s tým, že ak tisíc ľudí pomenuje daný obrázok, budú medzi nimi aj regionálne názvy. Zo vzorky 60 predmetov a činností zostane napokon 20 a z troch komplexných obrázkov bude v aplikácii jeden. Chceme, aby aplikácia bola všeobecne dostupná a



jednoducho previedla človeka celým testovaním," hovorí jeden z tvorcov. Aktuálne sa pracuje na zdokonaľovaní aplikácie **a** na nahrávaní záujemcov na rôznych pracoviskách po celom Slovensku. „Cieľom je získať tisíc nahrávok na ‚učenie‘ aplikácie **a** potom ďalších dvesto na testovanie jej funkčnosti. Momentálne máme 750 učiacich nahrávok **a** potrebujeme ďalšie,“ vysvetľuje Alfréd Zimmermann. „Neurónové siete sa v počítačových programoch používajú napríklad na rozpoznávanie značiek áut pri vstupe do garáže **a** výstupe z nej, pri snímaní zrenice ako vstupného kódu do chráneného priestoru, snímaní odtlačku prsta na odomknutie mobilu **a** podobne. Umeľá inteligencia sa to učí na tisícoch vzoriek. V programe neurónových sietí sú skryté matematické body, ukladajú sa isté parametre vzoriek **a** jedinečná hodnota parametrov, ktorá potom systému pomôže presne určiť ten správny,“ snaží sa Alfréd Zimmermann priblížiť zložitú problematiku fungovania neurónových sietí. Zvuk hlasu ľudí na nahrávkach treba navyše previesť do textu, ktorý aplikácia porovnáva so vzorom. „To je takisto veľká oblasť fungovania umelej inteligencie – na tomto princípe fungujú inteligentné domy, počítače **pre** zrakovo postihnutých **a** podobne. Tam sa však používajú len jednoduché príkazy, no my pracujeme s výpoveďami, ktoré zahŕňajú celú slovnú zásobu. Ak človek opisuje dejový obrázok, je to súvislá výpoveď **a** je teda veľmi zložitá rozpoznáť, čo vlastne hovorí. Navyše musíme brať do úvahy aj vsuvky, pohmkávanie v reči, rušivé zvuky z okolia,“ konštatuje.

Potrebujú dobrovoľníkov

Výskumníci sa v súčasnosti snažia získať potrebné nahrávky **a** previesť ich do textu. „Časť nahrávok sme urobili s pacientmi Centra Memory, tých bolo 250, **a** ďalších päťsto so zdravými ľuďmi. V tejto učiacej fáze potrebujeme, aby systém dokázal rozlíšiť, čo je zdravý prejav, čo je mierne zhoršenie **a** čo väčšie zhoršenie. Systému pustíme do neurónovej siete nahrávku prevedenú do textu, zvukové parametre **a** sieť ich vyhodnocuje. Do získavania nahrávok ľudí sme zaangažovali našich spolupracovníkov v Bratislave i v Košiciach, chýbajú nám však zatiaľ nahrávky z ostatných regiónov Slovenska kvôli dialektom, inej slovnej zásobe či inej dikcii reči. Chceme ich motivovať aj malou finančnou odmenou. Navyše ak sa zapoja do učiacej časti, poskytneme im finálnu verziu medzi prvými, aby mohli otestovať, ako na tom sú. Veľmi nám pomôžu v tvorbe bezplatnej aplikácie, ktorá bude jediná svojho druhu na svete. Chceme, aby sa čím skôr dostala k všetkým ľuďom vo vyššom veku **a** ich blízkym, ktorí ju potrebujú, aby mohli byť o krok pred ochorením.“

Chcete pomôcť aj vy?

Chcete pomôcť pri tvorbe nahrávok **pre** mobilnú aplikáciu EWA na skorú diagnostiku neurodegeneratívnych ochorení? Máte viac ako 50 rokov? Môžete sa prihlásiť na office@axonpro.sk, www.projektewa.sk alebo na telefónnych číslach

02/62410360 **a** 0903482611.

SLOVÁCI VYVÍJAJÚ UNIKÁTNU MOBILNÚ APLIKÁCIU NA ODHALENIE PRÍZNAKOV VÁŽNYCH OCHORENÍ

Alzheimerova choroba sa prejaví najčastejšie výpadkami pamäti **a** zmätenosťou. Vedeli by ste pomenovať tieto jednoduché činnosti? **A** koľko času by vám to trvalo? Aj to aplikácia vyhodnocuje. ALFRÉD ZIMMERMANN sa s kolegami pustil do unikátneho projektu, ktorý pomôže ľuďom s demenciou včas diagnostikovať. V aplikácii budú obrázky predmetov, ktoré bežne používame, ale aj tých, o ktorých hovoríme menej často. Na obrázku je pomerne zložitý dej. Vedeli by ste za 90 sekúnd opísať, čo sa tam deje? Na tvorbe aplikácie sa významne podieľa aj NATÁLIA ČASNOCHOVÁ ZOZUK v tíme s Richardom Malaschitzom.

FOTO: ARCHÍV **A.** Z. FOTO: SHUTTERSTOCK

Autor: MARCELA FUKNOVÁ



bleskom [🔗](#)

📅 9. 12. 2021, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 3, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **kl**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **Lekárska Fakulta UPJŠ**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 440 Eur

Aj v tretej vlnе pandémie COVID-19 pomáhajú študenti **Lekárskej fakulty UPJŠ** v Košiciach. Aktuálne najviac ich vypomáha v UNLP Košice, kde pôsobí 198 medikov. Väčšina z nich pracuje na rôznych lôžkových oddeleniach vrátane reprofilizovaných covidových pracovísk, ďalší sú na triáži alebo v odberovom centre. Vo Veľkokapacitnom odberovom mieste UN pomáha aj 30 ďalších študentov 5. ročníka všeobecného lekárstva v týždenných blokoch bez nároku na odmenu.

Aktuálne je na Slovensku iba 181 ambulantných pneumológov, mnohí sú v dôchodkovom veku a o odbor pneumológia a ftizeológia nie je záujem. A to najmä pre nízko nastavené platby za výkony zo strany zdravotných poisťovní. Upozornila na to Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť. Aj preto volá po zrovnoprávnení platieb s ostatnými odborními a žiada dialóg s rezortom zdravotníctva aj so zdravotnými poisťovňami.

Minister zdravotníctva

Vladimír Lengvarský rokoval spolu so svojimi odborníkmi a signatármi na banskobystrickej župe o bodoch v Memorande za lepšie zdravotníctvo. Na stretnutí sa obe strany dohodli na legislatívnom zapracovaní garancie, že sa reformou nemocníc nezníži dostupnosť ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Obe strany sa zároveň dohodli na ďalších spoločných rokovaníach Fakultná nemocnica Agel Skalica má nový pľúcny ventilátor, ktorý na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny slúži najkritickejšim pacientom. Pľúcny ventilátor sa používa u pacientov s akútnym zlyhaním dýchania alebo s akútnym zhoršením chronického zlyhávania dýchania. Ide o jeden z najmodernejších prístrojov umelej pľúcnej ventilácie dostupný na trhu, ktorý umožňuje nastaviť celú škálu invazívnych a neinvazívnych ventilačných režimov.

Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) s hlbokým znepokojením registruje zavádzajúce informácie o tom, že „viacero praktických lekárov podľa špecialistov počas pandémie koronavírusu neordinuje alebo svojich pacientov posiela v akútnom stave do najbližšej nemocnice“. SVLS ako najväčšia odborná spoločnosť všeobecných lekárov na Slovensku nedisponuje žiadnou informáciou o „neordinovaní“ ambulancií všeobecných lekárov.

Autor: (kl)



Psychologička: Zdravotníci si musia pomôcť sami

9. 12. 2021, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 3, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: mt, Sentiment: Negatívny, Téma: Fakulty a ústavy UPJŠ, Kľúčové slová: Lekárska Fakulta UPJŠ

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 850 Eur

Rubrika: Podpora

Väčšina lekárov dokáže zvládnuť náročné situácie, keď dostanú podporu od kolegov

Pri triáži sa lekár musí rozhodnúť a zmieriť sa s dôsledkami rozhodnutia bez zbytočných pocitov viny a bez pochybností, pretože pochybnosti vedú k defenzívnej medicíne aj k demotivácii, hovorí prof. Mgr. Andrea Madarasová Gecková, PhD., z Fakulty sociálnych a ekonomických vied UK v Bratislave a Ústavu psychológie, zdravia a metodológie výskumu na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach.

Fakt, že zdravotníci v nemocniciach počas pandémie pracujú pod tlakom a robia ťažké rozhodnutia, ich vystavuje morálnemu distresu a morálnym zraneniam. „To je konanie v rozpore s morálnym alebo etickým kódexom lekára. Ak je to intenzívne, vedie to k pocitom viny, znechutenia, môže to vyvolať symptómy vyhorenia a vedie to aj k demotivácii vykonávať toto povolanie. Veľmi dôležité je tomu predchádzať alebo spracovávať to v čase, keď sa to deje, a nie keď je toho strašne veľa. Je to veľmi veľká záťaž,“ vysvetľuje prof. Madarasová Gecková.

Podporné tímy

Napriek druhému roku trvania pandémie stále neexistuje systematická starostlivosť a podpora pre zdravotníkov. „Ak psychologická pomoc v nemocnici nie je zavedená, tak je veľmi ťažké zavádzať ju uprostred krízy. V tejto chvíli si zdravotníci musia pomôcť sami. Približne 60 % lekárov dokáže zvládnuť náročné situácie tým, že dostanú podporu od svojich kolegov, len malá časť vyžaduje profesionálnu pomoc. Moja rada je hneď na začiatku nájsť si svojho anjela strážneho, pracovať v kolektívoch na tom, aby sme sa navzájom o seba starali, aby sme voči sebe boli láskaví, vytvárali brífingy. To vyrieši 60 % problémov priamo na mieste. Keď problémy pretrvávajú, odporúčam psychoterapeuta, psychológa. Veľmi môže pomôcť aj krátka terapia. Treba sa vyvarovať toho, aby to človek poniesol ďalej a neriešil to,“ varuje odborníčka.

Riešenie v aktuálnej situácii nevidí v čítaní vypracovaných manuálov. „Som za podporné tímy. Keď majú zdravotníci problém, potrebujú človeka, ktorý je tam 24 hodín 7 dní v týždni, ktorému môžu kedykoľvek zavolať, ktorý vychádza z ich prostredia, pozná ich prostredie a vie im poskytnúť prvú pomoc. Hovoríme o prvej ľudskej pomoci, nie o zložitých terapiách. Je to rovesnícka pomoc. Človek to nemôže robiť sám, potrebuje na to základný tréning. Hovoríme o sestrách, lekároch, ktorí k tomu sami inklinujú, robia to na dobrovoľníckej báze, majú na to tréning a hlavne majú mentoring,“ objasňuje psychologička.

Rast

Ak sa zdravotníci s krízovou situáciou a jej vplyvom popasujú, môže to paradoxne viesť k posttraumatickému rastu. Výskumy z epidémií SARS, MERS aj z prvých vln covidu podľa prof. Madarasovej Geckovej ukazujú, že aj kritická situácia dokáže byť posilňujúca. „Ak sa v kolektíve zobudí vzájomná starostlivosť, ak to otvorí možnosti zlepšiť sa, môže to dokonca posilniť kompetenciu a sebadôveru – ak sme toto zvládli, už zvládneme všetko. Môže pomôcť vytriediť si priority, vyriešiť svoj postoj k umieraniu samotnému,“ uzatvára odborníčka.

Päť pravidiel duševnej sebaobrany

Neostávať sám v zodpovednosti. Nebrať si celú zodpovednosť na svoje plecia. Čiastočne je to na pacientovi, na jeho všeobecnom lekárovi, na štáte. Neostávať sám v rozhodovaní. Keď prídu pochybnosti, treba si povedať – oprel som sa o nejaké odporúčania, radil som sa s kolegom a on to videl rovnako. Neostávať sám so sebou. Je dôležité si nájsť človeka, ktorému lekár dôveruje a ktorý naňho dozrie. Toho človeka si treba nájsť vopred. Užitočné sú krátke debriefingy po službách – stačí 10 minút, povedať to kolegom a uzavrieť to v sebe. Nebuďte silný. Je dôležité rešpektovať svoju kapacitu a vlastnú zraniteľnosť. Neopúšťať pacienta a jeho príbuzných. Spreádzanie pacienta zomieraním a oznamovanie nepríjemných správ príbuzným sú dôležité. Lekár dokáže urobiť veľa, aby sa rodina a pacient vedeli zmieriť so stavom alebo, naopak, aby u nich ostali pochybnosti a nakoniec sa to skončilo sťažnosťou alebo trestným oznámením.

Autor: (mt)



Čo odhalili inhibítory PCSK9 o manažmente LDL-cholesterolu?

☐ 9. 12. 2021, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strany: 2, 3, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: **Alena Mosnárová**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **Daniel Pella**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 929 Eur

V dňoch 7. a 8. októbra 2021 sa v priestoroch X-BIONIC Sphere Šamorín uskutočnilo tradičné vrcholné podujatie Slovenskej kardiologickej spoločnosti – tentokrát už XXVI. kongres a jeho mottom bolo: „Kardiovaskulárne ochorenia v centre nášho záujmu aj počas aktuálnej pandémie COVID-19.“

Súčasťou bohatého odborného programu bolo aj sympóziu podporené spoločnosťou Amgen Slovakia, s.r.o., ktoré bolo venované inhibítorm PCSK9 (PCSK9i). Predsedal mu prof. MUDr. **Daniel Pella**, PhD. (Košice), ktorý uviedol, že cieľom sympózia je presvedčiť odbornú verejnosť, aby sme inhibítory PCSK9 používali viac, pretože situácia na Slovensku stále nie je dobrá.

Odporúčania versus realita 3 - 7 Môžu klinické dôkazy o evolokumabe zlepšiť každodenný manažment pacienta s hypercholesterolémiou? 7 - 11 Odporúčania versus prax 11 - 14

Autor: Pripravila MUDr. Alena Mosnárová, CSc.

Odporúčania versus realita

9. 12. 2021, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strán: 3, 4, 5, 6, 7, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **Daniel Pell**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 7989 Eur

Ako uviedol prof. MUDr. **Daniel Pella**, PhD. (II. kardiologická klinika **UPJŠ LF a VÚSCH, a.s.** Košice), aktuálne **pre** manažment dyslipidémie platia odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC) **a** Európskej spoločnosti **pre** aterosklerózu (EAS) z roku 2019, aj keď už existuje aj dokument ESC z roku 2021 – Odporúčania **pre** prevenciu kardiovaskulárnych (KV) ochorení v klinickej praxi. Poukázal však na to, že tieto odporúčania z roku 2021 sú v podstate určitým krokom späť, pretože cieľové hodnoty jednotlivých lipidov zostali rovnaké ako v odporúčaní z roku 2019, zavádzajú však určité body, ktoré **pre** niektoré krajiny, vrátane Slovenska, nie sú dobré. Ako je to s LDL-cholesterolom (LDL-C)? Odporúčania ESC/EAS z roku 2019 **pre** farmakologické znižovanie LDL-C **a** **pre** liečebné ciele ohľadom hladiny LDL-C sú uvedené v tab. 1 **a** 2. Je v nich jasné odporúčanie, že v rámci primárnej aj sekundárnej prevencie je **pre** dosiahnutie cieľa podľa rizikovej kategórie potrebné predpísať čo najvyššiu dávku statínu, pretože je dokázané, že čím nižšie hodnoty LDL-C sa dosiahnu, tým lepšie **pre** pacienta. Teda statín je liekom prvej voľby (trieda I, úroveň dôkazu **A**). Ak sa cieľové hladiny nedosiahnu, pridáva sa ezetimib (trieda IB, teda tiež silné odporúčanie). Nastal tu veľký rozdiel oproti odporúčaniam z roku 2016, pretože inhibítory PCSK9 sa dostali do triedy I **a** úrovne odporúčania **A**. Žiaľ, na Slovensku existujú určité preskripčné **a** indikačné obmedzenia, ktoré nedovoľujú široké použitie týchto liečiv, **a** to u pacientov, ktorí majú veľmi vysoké riziko **a** statínom sa u nich nedosiahne dostatočné zníženie hladiny LDL-C – pod 1,4 - 1,8 mmol/l (pohybuje sa okolo 2 – 2,5 mmol/l). U týchto pacientov by bolo potrebné do liečby pridať ďalší liek, ale inhibítory PCSK9 tu zatiaľ u nás miesto nemajú **a** pacienti zostávajú de facto bez liečby. Preto je veľkou snahou túto situáciu zmeniť. Dokazujú to aj výsledky slovenského registra SLOVAKS, podľa ktorého je 80 % lekárov „inertných“ – zmonitorujú hladinu LDL-C **a** neurobia nič (môžu dať len maximálnu dávku statínu **a** pridať ezetimib). Aj tento fakt je určite jednou z príčin, prečo sme v porovnaní s niektorými európskymi krajinami pozadu v prevencii KV mortality **a** morbidity.

Cieľové hodnoty LDL-C sa v odporúčaní ESC/EAS z roku 2019 v porovnaní s tými z roku 2016 posunuli nadol, teda boli sprísnené (tab. 3). Pri redukcii hladín o 50 % sa možno dostať aj pod hodnoty nižšie ako 1,0 mmol/l, ale viaceré práce zatiaľ dokazujú, že ani takéto nízke hladiny nie sú z dlhodobého hľadiska **pre** pacienta rizikom. V rámci kategórií KV rizika z roku 2019 sa prof. Pella venoval len definovaniu veľmi vysokého rizika, pričom ide o pacientov: s klinicky alebo zobrazovacou metódou preukázaným KV ochorením aterosklerotickej etiológie (ASKVO); s diabetes mellitus s orgánovým postihnutím alebo s najmenej tromi veľkými rizikovými faktormi DM 1. typu s dobou trvania viac ako 20 rokov; s chronickým ochorením obličiek 4. **a** 5. stupňa; s vypočítaným rizikom fatálnej KV príhody pomocou SCORE $\geq 10\%$; s familiárnou hypercholesterolémiou (FH) **a** ASKVO alebo aspoň jedným ďalším veľkým rizikovým faktorom. V ďalšej časti prednášky sa prof. Pella venoval štúdiu DA VINCI. Išlo o prierezovú observačnú štúdiu s jednoduchým dizajnom, ktorá zahrnula 5888 pacientov z 18 krajín EÚ (Veľká Británia, Grécko, Poľsko, Taliansko, Rumunsko, Nemecko, Holandsko, Maďarsko, Francúzsko, Dánsko, Írsko, Španielsko, Ukrajina, Švédsko, Belgicko, Slovensko, Česká republika, Rakúsko). V 76 % išlo o starostlivosť v rámci sekundárnej prevencie **a** v 26 % o primárnu starostlivosť. Primárnym cieľom bolo vyhodnotiť u pacientov na stabilizovanej lipidovej znižujúcej terapii implementáciu dosiahnutia cieľovej hladiny LDL-C podľa odporúčaní ESC/EAS 2016 **a** 2019. U pacientov boli pri prvej – registračnej návšteve ambulancie zozbierané údaje o lipidy znižujúcej terapii v posledných 12 mesiacoch **a** zisťovala sa posledná hladina LDL-C v rozsahu 14 mesiacov pred vstupom do štúdie. Nasledovalo vyšetrenie hladiny LDL-C, odhadnutie KV rizika pomocou SCORE + eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate = odhadovaná rýchlosť glomerulárnej filtrácie) **a** detekcia ASKVO **a** pacienti sa rozdelili do skupiny s primárnou alebo sekundárnou prevenciou (do primárnej prevencie sa mohli dostať aj pacienti po prvej KV príhode, ktorá sa vyskytla až po poslednom meraní LDL-C, kedy nedostali primeranú liečbu, do sekundárnej prevencie boli zaradení pacienti s preukázaným ASKVO, s prvou KV príhodou pred posledným meraním LDL-C).

Súbor tvorilo 2888 pacientov liečených v sekundárnej **a** 3000 v primárnej prevencii. V rámci sekundárnej prevencie ASKVO tvorili 41 % (n = 1136) pacienti s cerebrálnym ochorením, 37 % (n = 1036) s periférnym cievnym ochorením, 22 % (n = 622) s koronárnym ochorením **a** 3 % (n = 94) s iným KV ochorením. V súbore s primárnou prevenciou malo nízke riziko 9 % (n = 280), stredné 67 % (n = 1995), vysoké 18 % (n = 527) **a** veľmi vysoké 3 % (n = 86). Charakteristika pacientov je uvedená v tab. 4. Pomerne vysoké zastúpenie mali hypertonici **a** diabetici, čo je však v tejto populácii pacientov bežné. Výsledky ukázali, že v primárnej aj sekundárnej prevencii sa nedosiahli cieľové hladiny LDL-C, aj keď u určitého percenta sa dosiahli – u 54 % podľa cieľov odporúčaní z roku 2016, ale len u 33 % podľa odporúčaní z roku 2019 (grafy 1 - 3). Teda efektívnosť použitej liečby bola veľmi nízka. V terapii dominovalo použitie statínovej monoterapie strednej intenzity (52 %) **a** statínová monoterapia vysokej intenzity (28 %), kombináciu s ezetimibom malo len 9 % **a** s inhibítormi PCSK9 len 1 % pacientov (graf 4). Prínos vysoko intenzívnej statínovej terapie pritom môže pacientom prinášať aj priaznivý pleiotropný efekt. Analýza efektu hypolipidemickej liečby v sekundárnej prevencii podľa aplikovanej liečby ukázala, že najvyššia účinnosť pri dosahovaní cieľových hladín LDL-C sa dosiahla pri použití kombinácie s inhibítormi PCSK9, ktorá však bola použitá len u 1 % (n = 24) pacientov (graf 5). U pacientov s preukázaným ASKVO bol podiel pacientov dosahujúcich cieľové hodnoty LDL-C v rámci celého súboru pri použití uvedených terapií stále veľmi nízky (graf 6).

Následne sa prof. Pella venoval výsledkom štúdie DA VINCI v krajinách strednej **a** východnej Európy (CEE). Pozitívnu správou je, že na Slovensku máme v porovnaní s ostatnými krajinami vysokodávkované statíny relatívne dobre predpisované. Počty pacientov v severnej časti EÚ boli podstatne nižšie ako v západnej časti EÚ (465 vs 3269 pacientov), ale ich charakteristika bola podobná (tab. 5). Väčšina pacientov v rámci primárnej prevencie bola v kategórii stredného KV rizika (60 %), nízke riziko malo 5 %, vysoké riziko 29 % **a** veľmi vysoké riziko 6 % pacientov. Väčšina pacientov (69 %) zahrnutých do sekundárnej prevencie mala ≥ 30 -percentné riziko ďalšej KV



príhody (6 % malo riziko $\geq 0 - 10$ % **a** 24 % malo riziko $\geq 10 - 20$ %). Väčšina pacientov (53 %) bola liečená stredne dávkovaným statínom v monoterapii, 32 % bolo liečených vysoko dávkovaným statínom v monoterapii, len 5 % z nich malo kombináciu s ezetimibom **a**, žiaľ, inhibítor PCSK9 neužíval ani jeden pacient. Väčšina pacientov z krajín CEE nedosiahla odporúčané cieľové hodnoty LDL-C – priemerné hodnoty v súbore boli 2,5 mmol/l. Celkovo podľa odporúčaní z roku 2016 nedosiahlo cieľové hodnoty LDL-C 56 %, podľa odporúčaní z roku 2019 až 76 % pacientov. V kategórii pacientov s veľmi vysokým KV rizikom (ktorí tvorili až 29 %) dokonca nedosiahlo cieľové hladiny LDL-C 69 % (2016), resp. až 87 % (2019) pacientov. Celkovo teda výsledky z krajín CEE nie sú dobré **a** pri porovnaní jednotlivých krajín výsledky zo Slovenska nie sú tiež dobré, čo je spôsobené práve už spomínanými indikačnými **a** preskripčnými obmedzeniami (graf 7). Dosiahnutie cieľových hladín LDL-C v rôznych krajinách EÚ zobrazuje graf 8. Závety prednášky zhrnul prof. Pella do niekoľkých viet: v celej populácii štúdie cieľový LDL-C podľa odporúčaní ESC/EAS 2016 dosiahol 54 % **a** podľa odporúčaní ESC/EAS 2019 33 %, čo sú nízke čísla; monoterapia statíni strednej intenzity bola najčastejšie používanou liečbou; kombinovaná liečba bola zriedkavá aj u pacientov s veľmi vysokým rizikom; v krajinách CEE dosiahol cieľový LDL-C podľa odporúčaní ESC/EAS 2016 44 % pacientov **a** podľa odporúčaní ESC/EAS 2019 len 24 %; implementácia odporúčaní ESC/EAS z roku 2019 bude vyžadovať zmenu v praxi, s dôrazom na kombinovanú liečbu, **a** to je veľmi dôležité aj u nás – na Slovensku.

Tab. 1: Odporúčania ESC/EAS 2019 **pre** ma naž ment dyslipidémii: farmakologické znižovanie LDL-C

Odporúčania Trieda Úroveň

Pre dosiahnutie cieľa zodpovedajúceho príslušnej rizikovej kategórii sa odporúča predpisovať vysoko účinný statín v najvyššej tolerovanej dávke I **A** Ak nie sú ciele dosiahnuté maximálne tolerovanou dávkou statínu, odporúča sa kombinácia s ezetimibom I B U pacientov s veľmi vysokým rizikom, ktorí nedosiahli ich cieľ na maximálne tolerovanej dávke statínu s ezetimibom, je odporúčaná kombinácia s PCSK9 inhibítom I **A** **Pre** veľmi vysoko rizikových pacientov s FH (to znamená tých s ASKVO alebo iným výrazným RF), ktorí nedosahujú cieľové hodnoty **pre** LDL-C na maximálne tolerovanej dávke statínu s ezetimibom, je odporúčaná kombinácia s PCSK9 inhibítom

I C

Ak liečba založená na statíne nie je tolerovaná v nijakej dávke (ani po rechallenge – opakovanom nasadení), mal by byť zvážený ezetimib Ila C Ak liečba založená na statíne nie je tolerovaná v nijakej dávke (ani po rechallenge – opakovanom nasadení), môže byť zvážené pridanie inhibítora PCSK9 k ezetimibu

IIb C

V primárnej prevencii u pacientov vo veľmi vysokom riziku, ale bez FH, ktorí nedosahujú cieľovú hladinu LDL-C na maximálne tolerovanej dávke statínu **a** ezetimibu, môže byť zvážená kombinácia s PCSK9 inhibítom IIb C Ak nie je dosiahnutý cieľ, môže byť zvážená kombinácia statínu so sekvestrantom žľočových kyselín IIb C

Tab. 2: Odporúčania ESC/EAS 2019 **pre** manažment dyslipidémii: liečebné ciele **pre** LDL-C

Odporúčania Trieda Úroveň V sekundárnej prevencii **pre** pacientov vo veľmi vysokom riziku je odporúčané zníženie východiskovej hladiny LDL-C ≥ 50 % **a** cieľová hladina $< 1,4$ mmol/l I **A** V primárnej prevencii **pre** pacientov s veľmi vysokým rizikom, ale bez FH, je odporúčané zníženie LDL-C ≥ 50 % oproti východisku **a** cieľová hladina LDL-C $< 1,4$ mmol/l

I C V primárnej prevencii **pre** pacientov s FH vo veľmi vysokom riziku by malo byť zvážené zníženie LDL-C ≥ 50 % oproti východisku **a** cieľová hladina LDL-C $< 1,4$ mmol/l

Ila C **Pre** pacientov s aterosklerotickým KV ochorením, ktorí prekonajú druhú cievnu príhodu v priebehu 2 rokov (nie nevyhnutne rovnakého typu ako prvá príhoda) počas liečby maximálne tolerovanej statínovej liečby, môže byť zvážená cieľová hladina LDL-C $< 1,0$ mmol/l IIb B U pacientov vo vysokom riziku je odporúčané zníženie LDL-C ≥ 50 % oproti východisku **a** cieľová hladina $< 1,8$ mmol/l I **A** U pacientov v strednom riziku by mal byť zvážený cieľ LDL-C $< 2,6$ mmol/l Ila **A** U pacientov v nízkom riziku môže byť zvážený cieľ LDL-C $< 3,0$ mmol/l IIb **A**

Tab. 3: Rozdiely v odporúčaní ESC/EAS z roku 2016 **a** 2019

Riziko 2016 2019 Nízke

$< 3,0$ mmol/l

Stredné

$< 3,0$ mmol/l

$< 2,6$ mmol/l Vysoké



-50 % alebo < 2,6 mmol/l

-50 % **a** < 1,8 mmol/l Veľmi vysoké

-50 % alebo < 1,8 mmol/l

-50 % **a** < 1,4 mmol/l LDL-C < 1,0 mmol/l

Tab. 4: Charakteristika pacientov

Spolu n = 5888 Prim. prevencia n = 3000 Sek. prevencia n = 2888 Ženy, n (%)

2475 (42) 1502 (50) 939 (34)

Vek, priemer (SD)

65 (12) 63 (13) 68 (10)

sTK priemer (SD)

135 (17) 134 (16) 135 (18)

dTK priemer (SD)

78 (11) 79 (10) 77 (11)

BMI, medián

28 28 28

Hypertenzia, n (%) 4138 (70) 1976 (66) 2090 (75) Diabetes mellitus, n (%) 2293 (39) 1169 (39) 1082 (39) CKD ≥ stupeň 3, n (%) 432 (7) 179 (6) 242 (9) Fajčiari, n (%)

16 % 14 % 19 %

CKD = chronické ochorenie obličiek

Graf 1 **a** 2: Priemerné hladiny LDL-C

Primárna **a** sekundárna prevencia Priemerné hodnoty LDL-C (mmol/l) Primárna prevencia (n = 2558)

2,40

Stanovené ASKVO (n = 2039)

2,02

K. K. Ray **a** kol., Eur J Preventive Cardiology 2020

Efekt liečby statínmi rôznej intenzity Monoterapia statínom strednej intenzity (n = 2131) Priemerné hodnoty LDL-C (mmol/l)

2,31

Monoterapia statínom vysokej intenzity (n = 1134)

2,18

Graf 3: Primárna prevencia – cieľové hodnoty LDL-C na základe KV rizika

Cieľ LDL-C 2016 Dosaiahnutie cieľovej hladiny LDL-C (%) 54 Cieľ LDL-C 2019 33

Graf 4: Primárna prevencia – hypolipidemická liečba

Monoterapia statínom strednej intenzity Podiel pacientov na hypolipidemickej terapii (%) 52 % Monoterapia statínom vysokej intenzity 28 % Kombinácia ezetimibom 9 % Iná hypolipidemická terapia 6 % Monoterapia statínom nízkej intenzity 4 % Kombinácia s inhibítorom PCSK9 1 %



Graf 5: Sekundárna prevencia – dosiahnutie cieľových hladín LDL-C podľa aplikovanej terapie

Spolu (n = 2039)

30 %/2016 18 %/2019

1 % Monoterapia statínom nízkej intenzity (n = 47)

19 %/2016 13 %/2019

45 % Monoterapia statínom strednej intenzity (n = 887)

36 %/2016 16 %/2019

38 % Monoterapia statínom vysokej intenzity (n = 764)

45 %/2016 22 %/2019

9 % Kombinácia s ezetimibom (n = 189)

54 %/2016 21 %/2019

1 % Kombinácia s PCSK9i (n = 24)

67 %/2016 58 %/2019

Iná hypolipidemická terapia (n = 128)

15 %/2016 8 %/2019

Graf 6: Cieľové hodnoty LDL-C u pacientov s ASKVO

ESC/EAS 2016 LDL-C \leq 1,8 mmol/l

Celkovo pacienti s ASKVO Podiel pacientov (%) 39 % Koronárna choroba 44 % Periférne ochorenie 40 % Cerebrálne ochorenie 36 %

ESC/EAS 2019 LDL-C \leq 1,4 mmol/l

Celkovo pacienti s ASKVO 18 % Koronárna choroba 20 % Periférne ochorenie 19 % Cerebrálne ochorenie 16 %

M. Vráblik a kol., Atherosclerosis 2021

Tab. 5: Charakteristika pacientov v krajinách CEE, severnej a západnej EÚ

CEE (n = 2154) Severná EÚ (n = 465) Západná EÚ (n = 3269) Ženy, n (%)

1033 (48) 171 (37) 1271 (39)

Vek, priemer (SD)

64,3 (11) 66,9 (11) 64,3 (13)

sTK priemer (SD)

134,7 (15) 139,6 (20,3) 133,3 (17)

dTK priemer (SD)

79,4 (10) 76,6 (11) 77,3 (11) BMI, medián (Q1, Q3) 29 (26, 32) 26,6 (24, 29) 28,2 (25, 31) Hypertenzia, n (%)

1743 (81) 279 (60) 2116 (65) Diabetes mellitus, n (%) 826 (38) 131 (28) 1336 (41) CKD \geq stupeň 3, n (%)

87 (4) 15 (3) 330 (10)

Fajčiari, n (%)



375 (17) 83 (18) 499 (15) CKD = chronické ochorenie obličiek

Graf 7: Dosiahnutie cieľových hladín LDL-C v jednotlivých krajinách CEE

Podiel pacientov dosahujúcich cieľovú hladinu (%) Celkovo n = 1476 cieľové hodnoty LDL-C 2016 44 cieľové hodnoty LDL-C 2019 24 ČR n = 441 49 24 Maďarsko n = 280 51 26 Poľsko n = 188 49 32 Rumunsko n = 188 50 31 SR n = 94 45 18 Ukrajina n = 263 21 11

Graf 8: Dosiahnutie cieľových hladín LDL-C v rôznych krajinách EÚ

Dosahovanie cieľového LDL-C z roku 2016

Podiel pacientov dosahujúcich cieľovú hladinu (%) CEE (n = 1476) Celkovo 44 Primárna prevencia 60 Sekundárna prevencia 31 Severná Európa (n = 287) 56 73 44 Západná Európa (n = 2349) 60 72 45

Dosahovanie cieľového LDL-C z roku 2019

CEE (n = 1476) 24 37 13 Severná Európa (n = 287) 34 50 23 Západná Európa (n = 2349) 40 54 22

Severná Európa = Dánsko a Švédsko, Západná Európa = Rakúsko, Belgicko, Francúzsko, Nemecko, Grécko, Írsko, Taliansko, Holandsko, Španielsko, Veľká Británia

prof. Pella Miesto konania kongresu - X-BIONIC Sphere Šamorín Registrácia účastníkov kongresu Predsednícky stôl počas sympózia



VOÚ chce vybudovať nový pavilón chirurgických disciplín

9. 12. 2021, Zdroj: **Lekárske listy**, Strany: 3, 4, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **Milica Šarmírová**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **LF UPJŠ, Lekárska Fakulta UPJŠ**

Dosah: **14 000 AVE: 2624 Eur**

Rubrika: **interna**

V Košiciach sa nachádza popredné komplexné pracovisko Východoslovenský onkologický ústav, **a.s.**, (VOÚ). Okrem poskytovania špecializovanej zdravotnej starostlivosti je pregraduálnou **a** postgraduálnou výučbovou základňou **Lekárskej fakulty UPJŠ** v Košiciach. Nový riaditeľ ústavu MUDr. Tomáš Sieber, MPH, generálny riaditeľ **a** predseda predstavenstva VOÚ, **a.s.** je vo funkcii od 1. júna 2021. Viac sa dozviete v nasledujúcom rozhovore.

VOÚ, **a.s.** vznikol v roku 2003 **a** zaraďuje sa k popredným slovenským pracoviskám, ktoré sa venujú pacientom s nádorovými ochoreniami. Mohli by ste ho priblížiť?

Náš ústav patrí medzi tri komplexné onkologické centrá v SR poskytujúce zdravotnú onkologickú starostlivosť onkologickým pacientom z celej SR. Od svojho vzniku v roku 2003 poskytuje špecializovanú zdravotnú onkologickú starostlivosť v rozsahu špecializovanej ambulantnej starostlivosti, špecializovanej ústavnej starostlivosti, spoločných vyšetrovacích **a** liečebných zložiek v medicínskych odboroch klinická onkológia, radiačná onkológia, rádiológia, gynekologická onkológia, otorinolaryngológia (so zameraním sa na pacientov s onkologickým ORL ochorením) **a** lekárenskej starostlivosti. VOÚ je taktiež výučbovou základňou **LF UPJŠ** v Košiciach v rámci Kliniky rádioterapie **a** onkológie VOÚ **a.s.** **a** je centrom **pre** pregraduálnu **a** postgraduálnu výučbu v odbore klinická onkológia (kurzy, semináre, pred atestačná príprava lekárov, cirkulácia lekárov **a** rezidentov v rámci predatestlačnej prípravy vo viacerých špecializačných odboroch). VOÚ sa podieľa na vedecko-výskumnej činnosti, výchove vedeckých pracovníkov, klinickom skúšaní **a** spolupráci v tejto oblasti s ďalšími zdravotníkmi, **akademickými a** vedeckými inštitúciami na Slovensku **a** v zahraničí.

Vrátili ste sa do VOÚ do pozície generálneho riaditeľa po 10 rokoch. Aké boli vaše prvé dojmy?

Od 1. júna 2021 som bol vymenovaný do pozície generálneho riaditeľa **a** predsedu predstavenstva. Napriek tomu, že nástup nebol ľahký, teda nebola nám odovzdaná žiadna agenda zo strany odvolaného vedenia, zo strany primárov, lekárov, sestier **a** ostatných zamestnancov, bolo **a** je cítiť chuť pracovať **pre** ústav.

Teda aké boli vaše prvé kroky po nástupe?

Zamerali sme na zabezpečenie hladkej kontinuity chodu ústavu, realizáciu začatých projektov **a** dôsledne sme sa venovali zmapovaniu reálnych potrieb jednotlivých oddelení, ktoré boli dlhodobo opomínané.

Čo tým myslíte?

Ústav sa dlhodobo prezentuje ako ekonomicky stabilný **a** profitabilný, čo je možné overiť z verejných zdrojov. Avšak posudzovanie úspešnosti spoločnosti len na základe tvorby zisku môže byť klamlivé, hlavne ak táto profitabilita bola dosahovaná extrémnym **a** nelogickým šetrením, čo malo za následok vytvorenie investičného dlhu v rámci technológií **a** zdravotníckej techniky. V súčasnosti už postupne dopĺňame všetko nevyhnutné vybavenie **pre** jednotlivé oddelenia podľa požiadaviek primárov tak, aby sme reálne podporili skvalitnenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Máme tu ďalšiu vlnu pandémie. Zmenili sa niektoré prístupy **a** procesy v zabezpečení liečby, oproti predchádzajúcim?

S dôslednou prípravou na aktuálnu vlnu pandémie sme začali už koncom leta. Ešte pred príchodom aktuálnej vlny pandémie sme postupne preverili **a** nanovo nastavili kontrolné procesy príjmu pacientov na lôžkové oddelenia, doplnili sme rozvody kyslíka k lôžkam, pripravili sme plán **a** priestory **pre** prípadnú reprofilizáciu lôžok **pre** pacientov s COVID-19, zabezpečili sme dostatok špeciálneho zdravotníckeho materiálu **a** osobné ochranné pracovné prostriedky **pre** personál **a** vytvorili sme vlastné MOM. Do súčasnej chvíle (rozhovor sa uskutočnil na konci novembra 2021) sme nemuseli obmedziť poskytovanie zdravotnej starostlivosti onkologickým pacientom.

Ako prebieha onkologická diagnostika **a** liečba počas pandémie COVID-19? Zaznamenali ste aj neskoré stanovenie diagnózy **a** horšiu dostupnosť terapie – či už zo strany pacientov, ktorí sa báli prísť alebo aj z hľadiska epidemiologických opatrení?

Od môjho nástupu sme zatiaľ z dôvodu pandémie nemuseli pristúpiť k obmedzovaniu diagnostiky alebo liečby onkologických pacientov vo VOÚ. Avšak evidujeme odkladanie diagnostických výkonov alebo nástupu na hospitalizáciu zo strany pacientov v súvislosti s pandemiou. Na druhej strane sme pripravení v prípade kritickej situácie reprofilizovať lôžka **pre** pacientov s týmto ochorením.

Máte dostatok lekárov **a** sestier?

Áno, ale... musíme sa pozerať smerom dopredu, **a** preto musíme dopĺňať tímy lekárov **a** sestier tak, aby ani v budúcnosti nedošlo k personálnej nestabilite z dôvodu odchodu do dôchodku alebo z iných dôvodov. Taktiež za veľmi dôležitý považujem odborný rozvoj



lekárov a sestier. Dôležitým predpokladom pre pokles úmrtnosti na nádorové ochorenia je kvalitné a kontinuálne vzdelávanie lekárov a sestier a jeho implementácia do diagnostických a terapeutických postupov do praxe. Vzdelávací systém v jednotlivých kategóriách zdravotníckych pracovníkov musí odrážať potreby ústavu a podporovať rozvoj jednotlivých oddelení.

Určite máte plány do budúcnosti. Na čo sú a budú zamerané?

Vzhľadom na dlhodobú nedostatočnosť priestorov, nevyhovujúce priestory pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti onkologickým pacientom a predpokladaný nárast onkologických ochorení (podľa NCZI), predstavenstvo VOÚ, vypracovalo investičný zámer, ktorého cieľom je získanie prebytočného pozemku vo vlastníctve štátu a v správe UNLP Košice. Následne na tomto pozemku chceme vybudovať nový pavilón chirurgických disciplín a diagnostiky, s ambulantnou zložkou pre onkologických a neonkologických pacientov. Hlavným cieľom tohto zámeru je okrem vyriešenia aktuálnych problémov s nevyhovujúcimi priestormi postupné rozširovanie činností VOÚ tak, aby bol schopný poskytnúť špičkovú komplexnú onkologickú starostlivosť pre svoju spádovú oblasť, a to tak s ohľadom na očakávané štrukturálne zmeny v dopyte po onkologickej starostlivosti vyplývajúce z pripravovanej „optimalizácie siete nemocníc“, ako aj s ohľadom na nové trendy v onkologickej liečbe.

MUDr. Tomáš Sieber, MPH Vizualizácia VOÚ, a.s.

Sme pripravení v prípade kritickej situácie reprofiliizovať lôžka

Autor: Zhovárala sa RNDr. Milica Šarmírová



Študenti v nemocniciach: pacienti sú agresívnejší

8. 12. 2021, 8:30, Zdroj: spravy.pravda.sk, Vydavateľ: PEREX, Autor: Jana Vargová, Jana Vargová, Sentiment: Pozitívny, Téma: Fakulty a ústavy UPJŠ, Kľúčové slová: Daniel Pell, Lekárska Fakulta UPJŠ

Dosah: 147 989 GRP: 3,29 OTS: 0,03 AVE: 1421 Eur

Študujú **a** popritom tvrdo pracujú. Aj v tretej vlne pandémie COVID-19 pomáhajú študenti **Lekárskej fakulty UPJŠ** v Košiciach v nemocniciach.

Aktuálne ich je najviac v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura Košice (UNLP), kde na základe dohôd o brigádnickej práci študentov pôsobí 198 medikov. V šačianskej nemocnici ich je deväť, iní vypomáhajú v regionálnych nemocniciach **a** v mobilných odberových miestach v blízkosti svojho bydliska či v regionálnych nemocniciach. Vo veľkokapacitnom odberovom mieste na Ipeľskej ulici pomáha aj 30 ďalších študentov 5. ročníka všeobecného lekárstva v týždenných blokoch bez nároku na odmenu.

Väčšina študentov však pracuje na lôžkových oddeleniach, vrátane reprofilizovaných kovidových pracovísk, ďalší sú na triáži. Okrem toho pôsobí 25 študentov fakulty v Intervenčnom tíme ministerstva zdravotníctva. Ide o projekt, v rámci ktorého sú realizované výjazdy do zariadení sociálnych služieb **pre** seniorov, **pre** ľudí so zdravotným postihnutím, v zariadeniach krízovej intervencie **a** marginalizovaných komunitách. V tomto tíme od jeho zriadenia v októbri minulého roka pôsobilo už celkovo viac ako päťdesiat študentov fakulty **a** asi dvadsať sú jeho stálou súčasťou.

Študenti v nemocniciach

Fotogaléria 8 fotiek

+5

Hlavne v noci **a** cez víkend

Šiestačka Ester Tomajková, členka **Akademického** senátu **lekárskej fakulty** za študentskú časť, pracuje na lôžkovom oddelení v UNLP **a** pomáha s očkovaním **a** testovaním.

„Nemocnice využívali pomoc medikov aj mimo pandémie, je to **pre** nich užitočná pracovná sila pomáhajúca najmä v nočných **a** víkendových službách na miestach ošetrovateľov. Pomoc medikov sa aktuálne presunula hlavne do mobilných odberových miest **a** k lôžkam pacientov,“ hovorí Ester.

Podotýka, že pacienti sú v porovnaní s prvou **a** druhou vlnou pandémie citeľne nepríjemnejší **a** agresívnejší voči zdravotníkom, aj keď sa u niektorých nájdu i slová vďaky. „Je to istá satisfakcia za našu prácu **a** vždy to poteší **a** povzbudí,“ dodáva.

Štvrtáčka Kristína Vargovčíková počas prvej vlny pomáhala vo Východoslovenskom onkologickom ústave v Košiciach. V druhej vlne pracovala na triáži v Detskej fakultnej nemocnici Košice **a** na Gynekologicko-pôrodníckom oddelení UNLP, kde je aj teraz. Popritom pomáha aj v očkovacom centre na Ipeľskej ulici.

„Prácu v zdravotníctve počas pandémie vnímam ako psychicky náročnú. Prichádzam do kontaktu s veľkým množstvom ľudí, ktorí nielenže nedôverujú vakcínam, ale často neveria ani faktu, že kovid existuje. Niektorí ľudia na nás neraz vykrikujú, že si hrozbu vírusu vymýšľame **a** či sa nemôžeme iba tváriť, že im robíme ten výter... Na druhej strane sú aj takí, čo sa poďakujú **a** poprajú pekný deň. **Pre** mňa je radosť hlavne práca s deťmi **a** veľmi sa teším, keď ich presvedčím, že odber nie je nič hrozné **a** odchádzajú nakoniec s úsmevom,“ poznamenáva Kristína.

Slzy kolegov

Piatak Martin Fedor pracoval počas predošlých vln pandémie ako dobrovoľník **pre** Polikliniku Terasa pri triáži pacientov **a** na jednotke intenzívnej starostlivosti Kliniky úrazovej chirurgie UNLP, ktorá sa pri nepriaznivej pandemickej situácii reprofilizuje na kovidové oddelenie anestéziológie **a** intenzívnej starostlivosti. Pomáhať druhým ho učí jeho viera **a** cíti povinnosť vrátiť iným to, čo sám dostal.

„Teraz mám skvelú príležitosť uskutočniť to aj s čiastkovými poznatkami študenta pri práci ošetrovateľa. Prírodzene, práca na kovidovom oddelení akútnej **a** intenzívnej medicíny je náročná po všetkých stránkach **a** keď po noci prebdenej v službe **a** prepotenej v skafandri idete ráno do školy, učíte sa na skúšky **a** pomedzi to riešite zdravotné problémy svojich blízkych, nie je to jednoduché,“ priznáva.

Najťažší **pre** neho je pohľad na slzy kolegov, ktorých považoval za neoblomných. „Niektorí sami ledva prežili, keď sa nakazili kovidom, alebo nemali oddych takmer dva roky **a** naozaj melú z posledného, zatiaľ čo ich mnohí laici nepekne osočujú, keď ako lekári hovoria pravdu. Je veľmi nepríjemné, že som sa stal svedkom toho, ako niektorí lekári **a** sestry stratili aj posledný kúsok citu **a** práca je **pre** nich už len mechanická povinnosť. Preto sa veľmi teším každej ústretovosti u širokej verejnosti, napríklad poriadne nasadenému respirátoru namiesto rúška pod nosom, čo prispieva k zvládnutiu situácie,“ konštatuje Martin.

Hodení do vody



Na kovidovom pracovisku oddelení akútnej a intenzívnej medicíny, reprofilizovanom z traumatologickej jednotky intenzívnej starostlivosti pracuje aj ďalší študent, piatak Peter Orémus. „Pár mesiacov od môjho nástupu za ošetrovateľa na jednotku intenzívnej starostlivosti prišla pandémia a my sme boli hodení do divokej vody bez prípravného kurzu,“ vysvetľuje. Aj keď je to psychicky aj fyzicky vyčerpávajúce, pomáha tak, ako mnohí iní medici. Cíti potrebu aj povinnosť byť nápomocný.

„Myslím, že študenti sa pri takomto kontakte s praxou a realitou môžu aj ako pomocní pracovníci veľa naučiť a získať veľké skúsenosti. Potrebné je však dbať na psychohygienu, keďže úmrtnosť na ‚are‘ je vysoká a človek sa so smrťou a vlastnou bezradnosťou nevyrovnáva ľahko. Môžem povedať, že som tu prehodnotil svoj život a uvedomil si, aké je zdravie krehké a cenné,“ podotýka Peter, ktorý si nad telami ľudí v umelom spánku, ktorí ležia na umelej pľúcnej ventilácii, kladie vždy otázku, prečo sa nedali zaočkovať a vybrali si tú ťažšiu cestu – ale nedostáva na ňu odpoveď.

Škola života

„Každého z nás k tomu priviedol iný životný príbeh,“ hovorí piatačka Alexandra Duláková, ktorá v predošlých vlnách pandémie pomáhala pri triáži v Detskej fakultnej nemocnici a teraz je aktívna v projektoch Spolku medikov mesta Košice, predovšetkým v projekte „Homeless not hopeless“, v rámci ktorého medici poskytujú základnú zdravotnú starostlivosť a asistenciu bezdomovcom. „Študenti sú v nemocniciach potrební, a preto podávajú svoju pomocnú ruku. Pomoc jedného takmer nevidieť, ale stovky študentov je už v systéme cítiť. Je to pre nás škola života, pri kontakte s pacientmi získavame nové skúsenosti a prípravu na budúce povolanie,“ myslí si.

Fakulta eviduje aj záujem zo strany zahraničných študentov o pomoc slovenskému zdravotníctvu počas ich štúdia. Podmienkou tejto práce je však veľmi dobrá znalosť slovenčiny, čo mnohí nezvládajú. Slovensky rozumejú, ale sami plynulo nehovoria. V Intervenčnom tíme ministerstva zdravotníctva pôsobí tretiačka Hima Kachroo pochádzajúca z Indie. V prípade jazykových problémov jej pomáhajú spolužiaci.

Podľa dekana **Lekárskej fakulty UPJŠ Daniela Pellu** pomáhajú študenti zdravotníctvu od začiatku pandémie viac ako kedykoľvek predtým kvôli potrebe byť osozní, ale aj získať skúsenosti z praxe. „Je to pre študentov náročné obdobie, a to tak fyzicky, ako aj psychicky, pretože museli a musia zvládať dištančné či prezenčné štúdium medicíny a iných zdravotníckych odborov s pracovným výkonom počas víkendov či v nočných službách. Zvlášť na kovidových oddeleniach sú konfrontovaní so smutnou realitou a musia sa vysporiadať s krehkosťou ľudských životov,“ konštatuje dekan.

Študenti v nemocniciach

pacienti Ester Tomajkova SMMK

Študenti v nemocniciach.

Študenti v nemocniciach. Peter Oremus.

Študenti v nemocniciach. Kristína Vargovčíková.

Študenti v nemocniciach. Ester Tomajková, SNMK.

Študenti v nemocniciach. Martin Fedor, JIS.

Študenti v nemocniciach. Dekan profesor **Daniel Pella**.

Študenti v nemocniciach. Ester Tomajková.

Študenti v nemocniciach. Alexandra Duláková.

Autor: Jana Vargová, Jana Vargová



Univerzitné pracoviská



SPOMIENKA

9. 12. 2021, Zdroj: **Prešovské noviny**, Strana: 30, Vydavateľ: **Petit Press**, Autor: **jac**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzitné pracoviská**, Kľúčové slová: **Slávia UPJŠ**

Dosah: 203 116 GRP: 4,51 OTS: 0,05 AVE: 104 Eur

Spomienka na Juraja Filčáka

PREŠOV Pred dvadsiatimi rokmi, 9. decembra 2001, vo veku 74 rokov opustila tento svet výrazná osobnosť československého a prešovského ženského basketbalu Juraj Filčák. Tejto hre zasvätil svoj život ako hráč, tréner, vysokoškolský pedagóg a funkcionár. Basketbal sa mu stal súčasťou života, telocvičňa vo vysokoškolskom areáli na Ul. 17. novembra v Prešove druhým domovom. Venoval mu celý svoj čas v klube aj na Katedre telesnej výchovy PdF UPJŠ v Prešove.

Mal veľký podiel na tom, že basketbalistky **Slávie UPJŠ** Strojstav Prešov robili dobré meno metropole Šariša v celom Československu aj v zahraničí. Pod jeho rukami vyrástli viaceré skvelé reprezentantky a tiež účastníčky olympijských hier, majstrovstiev sveta a Európy. V sezóne 1973/74 sa basketbalistky Slávie VŠ Strojstav Prešov pod jeho vedením stali majsterkami Slovenska.

V rokoch 1953 až 1960 trénoval mládež, v rokoch 1960 až 1987 družstvo žien v prvej československej lige a slovenskej národnej lige, v rokoch 1987 až 1993 mladšie a staršie dorastenky **Slávie UPJŠ** Prešov. S veľkým zanietením sa venoval aj výchove mladých basketbalistiek. Viedol aj družstvo vysokoškoláčok Československa a v roku 1973 bol asistentom trénera reprezentačného družstva žien Československa. V histórii prešovského ženského basketbalu bol najúspešnejším trénerom.

Jeho pôsobenie bolo ocenené udelením Ceny fair play Československého olympijského výboru.

Autor: (jac)



Odporúčania versus prax

9. 12. 2021, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strany: 11, 12, 13, 14, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **Alena Mosnářová**, Sentiment: **Negatívny**, Téma: **Univerzitné pracoviská**, Kľúčové slová: **Medipark**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 7682 Eur

Ako uviedol doc. MUDr. Ján Fedačko, PhD. (Centrum klinického a predklinického výskumu, **MEDIPARK** UPJŠ, Cardio D&R, Vedecko-výskumná základňa UPJŠ LF, Košice), on si nemyslí, že našich pacientov neliečime správne – naopak, robíme pre nich maximum, ale často nám, žiaľ, „spadnú do tzv. šedej zóny,” kedy im aj napriek najväčšiemu úsiliu nemáme čo dať. Boli totiž už vyčerpané všetky možnosti a indikačné a preskripčné obmedzenia nás limitujú tak, ako asi nikde vo svete. Ved' zatiaľ čo v okolitých krajinách sú indikačné obmedzenia pre inhibítory PCSK9 stanovené hranicou hladiny LDL-C nad 2,5 mmol/l, u nás sú to 4 mmol/l. Preto naši pacienti v záujme zníženia hladín LDL-C dostávajú vysoké dávky statínov a potom cca 60 – 80 % z nich má statínovú intoleranciu. Až potom sa u nich indikujú inhibítory PCSK9.

V rámci prezentácie randomizovaných klinických štúdií (RKŠ) často poslucháči apelujú, že ide o štúdiových pacientov, adjustované data a výsledky prezentované v prospech farmaceutických firiem. Opak je však väčšinou pravda a vidieť to aj v reálnej klinickej praxi, ktorá potvrdzuje, že tie lieky, tak ako v RKŠ, skutočne fungujú a zachraňujú životy pacientov. Štúdie venované hladinám LDL-C prebiehajú intenzívne od roku 1995 doteraz (WOSCOPS, CARE, AFCAPS, LIPID, HPS, IDEAL, TNT, JUPITER, IMPROVE-IT, HOPE-3, FOURIER, ODYSSEY Outcomes) a potvrdili pozitívny trend k potrebe redukcie hladín LDL-C a významnú koreláciu výšky hladiny LDL-C s KV príhodami v rámci primárnej i sekundárnej prevencie. Použitie statínov počas 30 rokov dokázalo ich významný benefit v rámci zlepšenia prognózy pacientov s ASKVO. Doc. Fedačko tu spomenul epidemiologickú kohortovú štúdiu SWEDEHEART (2020), ktorá dokázala počas mediánu sledovania 4 roky jednoznačný súvis medzi poklesom LDL-C pri liečbe statínom a významnou redukciou infarktu myokardu a MACE (veľkých príhod) – graf 1. Dôležitú úlohu tu zohráva aj zotrvanie na liečbe dlhodobo – adherencia pacienta. Niekedy na základe informácií z nesprávnych zdrojov pacienti liečbu statínmi odmietajú, čo má negatívny vplyv na prognózu. Aj statíny však majú v rámci znižovania LDL-C svoje limity a vtedy je potrebné použiť inhibítor PCSK9.

Gény pre PCSK9 sa skúmajú už približne 20 rokov. Existuje populácia ľudí s nonsense mutáciami tohto génu so stratou funkcie PCSK9, ktorí majú nižšie hladiny LDL-C (až o 28 %) a následne znížené riziko koronárnej choroby srdca až o 88 %. Objav inhibítorov PCSK9 zabezpečil inovatívnu liečbu, ktorá má jasnú pozíciu v odporúčaniach a pacienti by ju mali dostať čím skôr, pokiaľ je to možné (keď nie sme limitovaní autoritami). Odporúčania s praktickým postupom sú uvedené v schéme 1. Požadované cieľové hodnoty v závislosti od prítomnosti komorbidít zobrazuje schéma 2.

Interim analýza štúdie HEYMANS (K. K. Ray a kol.) zisťovala, či zodpovedalo užívanie evolokumabu v Európe odporúčaniam ESC/EAS o lipidoch z roku 2019. Išlo o observačnú multicentrickú kohortovú štúdiu v 12 krajinách Európy (Rakúsko, Belgicko, Bulharsko, ČR, Nemecko, Grécko, Taliansko, Portugalsko, Slovensko, Španielsko, Švédsko, Švajčiarsko) so zahrnutím diabetologických, internistických a kardiologických ambulancií. Analýza zachytáva údaje o 1896 dospelých pacientoch, ktorí začali liečbu evolokumabom po 1. auguste 2015. Exklúzne kritériá: pacienti zaradení do intervenčných štúdií s PCSK9i alebo ktorí dostali komerčne dostupný PCSK9i počas 12 mesiacov pred začatím liečby evolokumabom. Zber dát sa v štúdiu realizoval počas 30 mesiacov po začatí liečby evolokumabom. Výsledky analýzy ukázali, že priemerný vek pacientov bol 60 ($\pm 10,8$) rokov, väčšina pacientov (88 %) bola sledovaná 12 mesiacov; priemerná doba sledovania bola 16,3 mesiaca, väčšina (60 %) mala v anamnéze statínovú intoleranciu (čo sa zistilo aj v práci autora v rámci inej slovenskej štúdie, kde napriek vysokým dávkam statínov pretrváva hladina LDL-C nad 4 mmol/l a spĺňajú indikačné kritériá pre použitie evolokumabu) a väčšina pacientov (85 %) prekonala KV príhodu. U viac ako štvrtiny pacientov s dokázaným ASKVO (okrem FH) bolo pravdepodobné, že ich postihne fatálna alebo nefatálna KV príhoda v nasledujúcich 10 rokoch (graf 2). Podobne u jedného z 10 pacientov s dokázaným ASKVO (okrem FH) bolo pravdepodobné, že ich postihne fatálna KV príhoda v priebehu nasledujúcich 10 rokov (graf 3). Hladiny LDL-C poklesli do troch mesiacov od začatia liečby evolokumabom o 58 % a tento pokles bol veľmi rýchly po začiatku liečby a udržaný počas 12 – 18 mesiacov (graf 4). Väčšina pacientov dosiahla hladinu LDL-C pod 1,8 mmol/l; 58 % dosiahlo hladinu LDL-C pod 1,4 mmol/l (graf 5). Pacienti dostávajúci evolokumab v kombinácii so statínmi \pm ezetimib ľahšie dosahovali cieľové hodnoty LDL-C. Čiže v tejto analýze nešlo o „štúdiových”, ale reálnych pacientov z klinickej praxe a ukázalo sa, že liečba evolokumabom reálne funguje veľmi dobre. Doc. Fedačko z vlastných skúseností uviedol pozitívnu skúsenosť, kedy po zdôvodnení veľmi vysokým KV rizikom u pacientov s hladinou LDL-C okolo 2,5 mmol/l bola táto liečba zdravotnou poisťovňou schválená (s plnou alebo parciálnou úhradou). V tejto súvislosti poukázal aj na významnú publikáciu z tohto roku o optimálnom použití lipidy znižujúcej terapie u pacientov po akútnom koronárnom syndróme,

ktorej je spoluautorom (M. Banach a kol., Pharmacol Res 2021; 166; 105499). Zdôraznil pritom potrebu včasnej intenzifikácie hypolipemickej liečby u týchto pacientov (maximalizácia dávky statínu, pridanie ezetimibu a zväčšenie inhibítora PCSK9 už počas hospitalizácie). Ciele liečby podľa odporúčaní ESC/EAS 2019 sú jasné: 3 mmol/l pri nízkom KV riziku, 2,6 mmol/l pri strednom, 1,8 mmol/l pri vysokom a 1,4 mmol/l pri veľmi vysokom KV riziku. Tieto smernice odporúčajú nižšie LDL-C ciele a skoršiu intenzifikáciu liečby u pacientov s veľmi vysokým rizikom, ktorí zároveň nedosahujú ciele. Tri hlavné zmeny v odporúčaníach na zvládanie dyslipidémie u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom (AKS) sú: nižšie cieľové hladiny LDL-C; použitie PCSK9i na ďalšie zníženie LDL-C; skoré použitie PCSK9i po AKS udalosti.

Indikačné obmedzenie v našich podmienkach výrazne limituje včasné použitie evolokumabu



(tab. 1 a 2). Tu je potrebná určite iniciatíva zo strany Slovenskej kardiologickej spoločnosti alebo Spolku slovenských lekárov smerovaná na ministerstvo zdravotníctva a na zdravotné poisťovne, pretože máme veľa takýchto pacientov, chceme ich liečiť a v okolitých krajinách majú stanovené iné podmienky, čo sa týka dostupnosti liečby. „Nemali by sme sledovať len COVID semaforey, ale aj mapy poukazujúce na fakt, že Slovensko sa podľa údajov WHO nachádza vo farbe svedčiacej o vysokom KV riziku,“ uzavrel svoju prednášku doc. Fedačko

(obr.).

Graf 1: Štúdia SWEDEHEART – redukcia DL-C a zníženie KV príhod

MACE

HR 0,77 (95 % CI 0,70 – 0,84) Podiel kumulatívnej incidencie (%) Roky 0 3 6 9

IM

Podiel kumulatívnej incidencie (%) Roky 0 3 6 9 HR 0,81 (95 % CI 0,73 – 0,91)

Zmena LDL-C

Zníženie o 0,36 mmol/ Zníženie o 0,36 – 1,17 mmol/ Zníženie o 1,17 – 1,85 mmol/ Zníženie o 1,85 mmol/ Pacienti s väčšou absolútnou redukciou LDL-C (75. vs 25. percentil) mali 23 % pokles MACE a 19 % pokles IM

Eur Heart J 2020; 00: 1 – 10

Schéma 1: Odporúčaný postup v primárnej a sekundárnej prevencii

Posúdenie celkového KV rizika Východiskové hladiny LDL-C Indikácia farmakoterapie?

Áno

Určenie cieľovej hladiny Vysoko účinný STATÍN v odporúčanej/najvyššej tolerovanej dávke na dosiahnutie cieľa Dosiadnutá hladina LDL-C

Nie

Pridaj ezetimib Dosiadnutá hladina LDL-C

Nie

Pridaj inhibítor PCSK9 Primárna prevencia: pacienti vo veľmi vysokom riziku bez FH

Upravené podľa F. Mach a kol., Eur Heart J 2019; doi:10.1093/eurheartj/ehz455, Epub ahead

U vybraných nízko a stredne rizikových pacientov Modifikátory rizika, zobrazovacie techniky (subklinická ateroskleróza) Prehodnotenie rizika?

Áno

Kontrola raz ročne, ak je indikované, častejšie

Áno

Kontrola raz ročne, ak je indikované, častejšie Sekundárna KV prevencia Veľmi vysoké KV riziko Extrémne vysoké KV riziko Rada/úprava životného štýlu STATÍN

+

EZETIMIB

+

Inhibítor PCSK9 Primárna prevencia: pacienti s FH

Schéma 2: Cieľové hodnoty LDL-C



Cieľový LDL-C (mmol/l)

1,0 Sériové ischemické príhody

Agresívny priebeh

1,4

+ DM s poškodením cieľových orgánov SCORE 10 % Heterozygotná FH s KV ochorením + CKD eGFR < 30 ml/min Stabilná KCHS + prebiehajúce ASKVO pri zobrazovacom vyšetrení

1,8

DM ≥ 10 rokov alebo iný rizikový faktor SCORE 5 – 10 % Heterozygotná FH bez KV ochorenia CKD eGFR 30 – 59 ml/min LDL-C 4,9 TK 180/110 mmHg

KCHS = koronárna choroba srdca, CKD = chronické ochorenie obličiek Ch. Packard a kol., Heart 2021; 107: 1369 - 1375

Graf 2: Štúdia HEYMANS – väčšina pacientov prekonala KV príhodu

Podiel pacientov (%) Akákoľvek KV príhoda 85 AKS 28 STEMI 22 NSTEMI 16 PAO 12 Ischemická CMP 6 Hypertenzia 66 Aktuálni/bývalí fajčiari 51 Heterozyg FH 39 DM2 19 CKD 7 FH neznámeho typu 4 Homozyg. FH 2

K. K. Ray a kol.

Graf 3: KV príhody u pacientov s ASKVO

Priemerné odhadované 10-ročné riziko Akákoľvek KV príhoda 27,85 (95 % CI 27,06 – 28,64) Fatálna KV príhoda 10,89 (95 % CI 10,37 – 11,41)

K. K. Ray a kol.

Graf 4: Pokles hladín LDL-C pri liečbe evolokumabom

Medián LDL-C (mmol/l) Východisko n = 1707 3,98 Mesiac 1-3 n = 1187 1,62 Mesiac 4-6 n = 973 1,66 Mesiac 7-9 n = 866 1,63 Mesiac 10-12 n = 777 1,63 Mesiac 13-15 n = 328 1,71 Mesiac 16-18 n = 225 1,71

K. K. Ray a kol.

Graf 5: Podiel pacientov dosahujúcich cieľové hladiny LDL-C pri liečbe evolokumabom

Podiel pacientov dosahujúcich cieľové hladiny LDL-C (%) Celkovo (n = 1669) LDL-C 1,8 mmol/l 71% n = 1185 LDL-C 1,4 mmol/l 58% n = 968 Pridané k statínu a/alebo ezetimibu (n = 990) 80% n = 792 67% n = 663 Bez statínu alebo ezetimibu (n = 679) 57% n = 387 43% n = 292 K. K. Ray a kol.

Tab. 1: Evolokumab – indikačné obmedzenia

Pacienti s nonFH alebo zmiešanou dyslipidémiou S vysokým rizikom KV príhody LDL-C ≥ 4 mmol/l

a ktorí majú invazívnym alebo neinvazívnym vyšetrením (napr. koronarografia, záťažová echokardiografia, USG) dokumentované KV ochorenie:

AKS (predchádzajúci IM alebo nestabilnú AP vyžadujúcu hospitalizáciu) chronická ICHS ischemická NCMP PAO revaskularizačné výkony na koronárnych (PCI alebo CABG) a ostatných artériách)

S veľmi vysokým rizikom KV príhody LDL-C ≥ 3,5 mmol/l

t. j. pacienti s najmenej dvomi predchádzajúcimi KV príhodami alebo polyvaskulárnym ochorením

<http://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/DecisionDetails/4365>

Obr.: Non-COVID semafor... Rizikové oblasti podľa KV mortality (WHO)

Nízke riziko Stredné riziko Vysoké riziko Veľmi vysoké riziko



Tab. 2: Evolokumab – indikačné obmedzenia

PACIENTI S FH S vysokým rizikom KV príhody LDL-C \geq 3,5 mmol/l

a ktorí majú invazívnym alebo neinvazívnym vyšetrením (napr. koronarografia, záťažová echokardiografia, USG) dokumentované KV ochorenie:

AKS (predchádzajúci IM alebo nestabilná angína pectoris vyžadujúca hospitalizáciu) chronická ICHS ischemická NCMP periférne artériové ochorenie revaskularizačné výkony na koronárnych (PCI alebo CABG) a ostatných artériách

S veľmi vysokým rizikom KV príhody LDL-C \geq 3,5 mmol/l

t. j. pacienti s najmenej dvoma predchádzajúcimi KV príhodami alebo polyvaskulárnym ochorením

Bez KV ochorenia, u ktorých pretrváva hladina LDL-C \geq 5 mmol/l

<http://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/DecisionDetails/4365>

Na Slovensku je podľa údajov WHO vysoké KV riziko

doc. Fedačko

Autor: MUDr. Alena Mosnárová, CSc. Foto RNDr. Milica Šarmírová



Kassa megye lakosai dönthetik el, melyik projekt kapjon pénzügyi támogatást az önkormányzattól [☞](#)

📅 8. 12. 2021, 17:47, Zdroj: amikassa.sk [☞](#), Téma: Univerzitné pracoviská, Kľúčové slová: Slávia UPJŠ

Dosah: 20 GRP: 0,00 OTS: 0,00 AVE: 32 Eur

2021-12-08

WhatsApp

Újdonsággal rukkolt elő Kassa Megye Önkormányzata a lakosok számára. Mégpedig azzal, hogy szavazás által eldönthetik, melyik önkormányzat, polgári társulás, vagy non-profit szervezet által előterjesztett projekt kapjon pénzügyi támogatást a megvalósításához a költségvetésből. A projektekben az a közös, hogy valamilyen sportágazatot vagy tevékenységet hivatottak előremozdítani.

A szavazatokat december 6-tól 20-ig lehet leadni a következő oldalon: <https://rozhybanykraj.hlasobcanov.sk>. A 10, szakbizottság által elbírált, feltüntetett pályázatból összesen hármat lehet kiválasztani, a leadott szavazat pedig majd egy sms-kód segítségével kerül megerősítésre. Fontos, hogy a szavazó életkora meghaladja a 15 évet.

„A részvételi költségvetés egyik célja, hogy együttműködjünk a megye lakosaival, meghallgassuk őket és, hogy megvalósítsuk azokat a dolgokat, amelyeket a városokban és falvakban szeretnének létrehozni. Ezért döntöttünk úgy, hogy a megye kasszájából 100 ezer eurót olyan projektekre fordítunk, amelyet maguk a lakosok választanak ki.” – nyilatkozta Rastislav Trnka megyeelnök

Ez a lehetőség a további elmondása szerint azért is előnyös, mivel a pénzzuttatás által a sporttevékenységek kerülnek támogatásra, ezzel egyaránt a nyilvánosság bevonása a közpénz felhasználásba az átláthatóságot is növeli.

A legtöbb szavazatot kapók a 100 ezer eurós keretösszeg kimerülésétől függően kapnak támogatást. Az, hogy a fináléban hány projektet támogatnak, a projekt tervezett értékétől függ majd. A sikeres pályázatok megvalósítását a tervek szerint jövőre szeretnék véghezvinni.

A szavazásban résztvevő projektek:

Hernádszokoly Község– Fitnessworkout pálya Hernádszokolyban

A KVP lakótelep lakói – Sportoljunk modern módon

Zemplín Sportklub Nagymihály – Judo, o.z. részleg– A tornaterem korszerűsítése a judo játékosok számára

Futballklub Igló – Fű a régi SALAK helyett

KoryoTaekwondo **Slávia UPJŠ** Kassa – A tornaterem mellékhelyiségeinek rekonstrukciója és felújítása

AgroDiSCo s.r.o. – Western lovaglás a távoli keleten (Málca)

FLM s.r.o. – Klímaberendezés kiépítése a Sršňov Aréna téli stadion öltözőiben

Szabadidőközpont Gölnicbánya – Sportaktivitások – mindenki együtt

Város mozgásban – A rozsnói uszoda sportterületének és közlekedési játszóterének felújítása

ArtEst – Hátrányos helyzetű fiatalok poliesztétikai nevelése – Akadálymentes terem tele sporttal és szabadidős tevékenységekkel

Autor: F. Orsolya || F. Orsolya