



Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach	2
Vysokoškoláci cez obrazovku	3
Televízia, Správy RTVS, 16. 2. 2022, 19:31	
NA PRIJÍMAČKY PRIPRAVIA FAKULTY	4
Tlač, Prešovské noviny, 17. 2. 2022	
ZASPOMÍNALI SME SI	5
Tlač, Prešovské noviny, 17. 2. 2022	
Jozef Karaš: Poskytovanie prvej pomoci musí byť základnou zručnosťou populácie	6
Tlač, Zdravotnícke noviny, 17. 2. 2022	
Komplexný pohľad na hepatocelulárny karcinóm	8
Tlač, Lekárske listy, 17. 2. 2022	
Katka je zubárkou hviezdnych nemeckých futbalistov: Ak treba, poslušne čakajú, kazy aj u detí sú tu raritou	12
Online, interez.sk, 16. 2. 2022, 19:30	
Fakulty a ústavy UPJŠ	15
Vysokoškoláci cez obrazovku	16
Televízia, Správy RTVS, 16. 2. 2022, 19:31	
Jozef Karaš: Poskytovanie prvej pomoci musí byť základnou zručnosťou populácie	17
Tlač, Zdravotnícke noviny, 17. 2. 2022	
Komplexný pohľad na hepatocelulárny karcinóm	19
Tlač, Lekárske listy, 17. 2. 2022	
Katka je zubárkou hviezdnych nemeckých futbalistov: Ak treba, poslušne čakajú, kazy aj u detí sú tu raritou	23
Online, interez.sk, 16. 2. 2022, 19:30	



Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach



Vysokoškoláci cez obrazovku [↗](#)

📺 16. 2. 2022, 19:31, Relácia: **Správy RTVS**, Stanica: RTVS, Vydavateľ: **Rozhlas a televízia Slovenska**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**
Dosah: 136 363 GRP: 3,03 OTS: 0,03 AVE: 8999 Eur

Lubomír BAJANÍK, moderátor:

Vysokoškoláci začali letný semester opäť z domu. Mnohí z nich pre pandémiu nenavštevovali učebne vôbec alebo len niekoľko mesiacov. Vplyv to má na vzťahy, socializáciu, študentský život i aktivitu. Ministerstvo školstva sa problémom nezaobrá, slovo majú jednotlivé vysoké školy a univerzity.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Zuzana je v treťom ročníku na vysokej škole, chodila do nej len pár mesiacov. Návrat do školskej lavice by uvítala.

Zuzana, študentka:

Z môjho pohľadu je najväčšia nevýhoda online výučby nedostatok socializácie, určite je prezenčná výučba nenahraditeľná, lebo nám chýba prax.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Dištančné vzdelávanie nie je jednoduché ani pre vyučujúcich.

Ludmila ELBERT, prodekanica Právnickej fakulty **UPJŠ** v Košiciach:

Je to rovnako zaťažujúca ako pre študentov, o to viac, že my ako vyučujúci potrebujeme toho študenta na druhej strane zaujať tou materiálou tak, aby sme ho vedeli naozaj tých 90 minút minimálne udržať v pozornosti, prezenčné vzdelávanie je o niečom inom aj o sociálnych kontaktoch a podobne.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Podľa psychologičky je pri takejto forme výučby podstatné nastaviť si denný režim.

Zuzana KUNCOVÁ, psychologička:

Ráno vstať v bežnom obvyklom čase, venovať sa svojim každodenným povinnostiam, v škole učeniu, taktiež voľnočasovým aktivitám, mať pravidelný režim, čo sa týka jedla a spánku.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Vysoké školy od 19. januára vyhláškou neobmedzujú ani Úrad verejného zdravotníctva ani ministerstvo školstva, znamená to, že sa môžu otvoriť bez obmedzení, podľa vlastného uváženia.

písomné stanovisko: Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach:

"Prioritou univerzity je zabezpečenie bezpečnej realizácie výučby prezenčne od 28. februára v režime OTP."

písomné stanovisko: Min. školstva, vedy, výskumu a športu SR:

"Konečné rozhodnutie nastavenia režimu fungovania je na samotných vysokých školách, ktoré by svoje kroky mali konzultovať s miestne príslušným regionálnym úradom verejného zdravotníctva."

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Martina Genčurová, RTVS.



NA PRIJÍMAČKY PRIPRAVIA FAKULTY [↗](#)

☐ 17. 2. 2022, Zdroj: **Prešovské noviny**, Strana: 26, Vydavateľ: **Petit Press, a.s.**, Autor: **Jana Hambáľková**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**

Dosah: 203 116 GRP: 4,51 OTS: 0,05 AVE: 204 Eur

Budúci ekonómovia, lekári či právnici, ktorí sa chcú nachystať na prijímací pohovor čo najlepšie, sa môžu prihlásiť na prípravné kurzy, ktoré vedú priamo učitelia z vybranej fakulty.

Informácie o kurzoch sa dajú dohľadať na webových stránkach univerzít či priamo konkrétnej fakulty. Niektoré prebiehajú prezenčne, iné len online, prípadne sa škola rozhodne podľa aktuálnej pandemickej situácie.

Matematika aj angličtina

Kto plánuje študovať na Ekonomickej univerzite v Bratislave, môže si vyskúšať na webe spraviť vzorový test. Ak má záujem o doučovanie matematiky či angličtiny, môže sledovať na webovej stránke školy informácie o prípravných kurzoch.

V minulom roku univerzita „doučovala“ online stredoškolskú matematiku aj anglický jazyk od druhej polovice apríla až do začiatku júna. Za viac ako tri desiatky vyučovacích hodín si pýtala poplatok sto eur.

Aj pre právnikov

Prípravné kurzy organizujú aj právnické fakulty. „Predmetom kurzu je sprostredkovanie základných vedomostí z oblasti slovenských a svetových dejín, filozofie, základov práva a ústavného práva. Na záver účastníci absolvujú simulované prijímacie skúšky a budú mať možnosť vypracovať vzorový skúšobný test,“ informuje o prípravnom kurze Právnická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave.

Na kurz vedený učiteľmi z katedry právnych dejín, katedry teórie práva a ústavného práva sa treba prihlásiť do 15. marca. Začína sa 19. marca, pričom výučba prebieha päť týždňov v soboty v čase od 9.00 do 17.00 hod.

Kurz bude prebiehať v priestoroch univerzity alebo online, podľa situácie. Poplatok je 80 eur. Druhý prípravný kurz bude päťdňový, týždeň pred prijímacím konaním. Konkrétny termín bude zverejnený na stránke fakulty Trnavskej univerzity.

Budúci medici už od jesene

Kto sa chce stať lekárom, nemal by zaostávať v biológii a chémii. Kurzy pre záujemcov o štúdium na lekárskej fakulte ponúka napríklad Univerzita Komenského v Bratislave aj **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**.

V metropole východu sa začínalo už na konci septembra, resp. začiatkom októbra a kurzy vedené vysokoškolskými učiteľmi z fakulty prebiehajú vždy v sobotu až do začiatku júna, počas zimného aj letného semestra.

„Prípravný kurz je určený najmä študentom posledného ročníka gymnázia. Cieľom je poskytnúť záujemcom základné vedomosti z oblasti biológie a chémie a pripraviť ich na úspešné zvládnutie prijímacjej skúšky na bakalárske štúdium zdravotníckych odborov,“ informuje na webe lekárska fakulta.

V Bratislave sa na online kurz bolo treba prihlásiť do konca novembra, pričom kurz štartoval v polovici januára tohto roka a potrvá do začiatku mája. Vyučuje sa šesť hodín týždenne, po tri hodiny biológie a chémie. Poplatok je 150 eur, resp. 75 eur v prípade záujmu „doučovania“ len z jedného predmetu. Aj tu vyučujú pedagógovia fakulty, ktorí sa podieľajú aj na príprave podkladov pre prijímacie skúšky.

Autor: Jana Hambáľková



ZASPOMÍNALI SME SI [↗](#)

📅 17. 2. 2022, Zdroj: **Prešovské noviny**, Strana: 31, Vydavateľ: **Petit Press, a.s.**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 203 116 GRP: 4,51 OTS: 0,05 AVE: 108 Eur

Športu sa venoval do poslednej chvíle.

PREŠOV Pred osemdesiatimi rokmi, 4. februára 1942, sa v Prešove narodil profesor Milan Turek.

Dlhoročný vysokoškolský pedagóg sa venoval plávaniu a vodnému pólu. Celý jeho profesijný život bol spätý s Katedrou telesnej výchovy Pedagogickej fakulty **UPJŠ** v Prešove a Fakultou športu Prešovskej univerzity. V rokoch 1997 až 2003 bol dekanom Pedagogickej fakulty Prešovskej univerzity.

Voda bola jeho živel, bol plavcom a hral vodné pólo. V týchto športoch pôsobil aj ako tréner a rozhodca. Bol tiež trénerom akademikov Slovenska v plávaní.

Významná bola jeho vedecko-výskumná a publikačná činnosť. Venoval sa problematike transferu v motorickom učení, prognózovania v športe, zdatnosti a telesného vývinu detí predškolského a mladšieho školského veku, zameriaval sa tiež na problematiku výberu talentov a pohybovú výkonnosť mládeže a vrcholových športovcov. Patril medzi zakladajúcich členov Slovenskej vedeckej spoločnosti pre telesnú výchovu a šport aj Českej spoločnosti kinantropologickej. Za jeho prínos pre rozvoj vied o športe ho ocenili medzinárodné spoločnosti Sportkinetics a Sportmotorik. Prešovská univerzita v Prešove mu udelila Zlatú medailu Prešovskej univerzity.

Milan Turek zomrel 19. novembra 2020.

Foto: unipo.sk

Autor: (JAC)



Jozef Karaš: Poskytovanie prvej pomoci musí byť základnou zručnosťou populácie [✉](#)

☐ 17. 2. 2022, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 3, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 2498 Eur

Rubrika: Aktuálne

Vedie medicínske oddelenie a Edukačné tréningové centrum spoločnosti Merea – MUDr. Jozef Karaš MPH, MSc, s ktorým sme sa rozprávali o rôznych aspektoch vzdelávania odborníkov a laikov v oblasti poskytovania prvej pomoci.

Pod vašim vedením rozvíja Merea svoju medicínsku sekciu. Predstavte nám ju.

Základom činnosti spoločnosti Merea je dopravno-zdravotná služba a od nej sa odvíjajúce ďalšie služby ako je napríklad individuálna súkromná doprava pacientov či zdravotnícka asistencia. Medicínske oddelenie má jasnú organizačnú štruktúru, stabilizovaný personál na jednotlivých úsekoch s dobre definovanými procesmi riadenia a motiváciou ľudí. Edukačné a tréningové centrum organizuje rôzne formáty kurzov prvej pomoci pre laickú aj odbornú verejnosť. Spoluprácou s Fakultou zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Banskej Bystrici vzájomne využívame ľudské a materiálo-technické kapacity. Súčasťou činnosti oddelenia je aj riadenie mobilných ošetrovacích a očkovacích jednotiek, testovanie obyvateľov a očkovanie proti ochoreniu COVID-19.

Ako má Merea postavený systém vzdelávania a výučbové procesy pre laickú verejnosť?

Našou úlohou je pracovať s laickou verejnosťou v oblasti prvej pomoci čo najsystematickejšie. Zdravotnícke a záchranné systémy musia byť previazané na poskytovanie prvej pomoci laickou verejnosťou. Vtedy sa dosahujú lepšie výsledky v starostlivosti o ľudí v stavoch kritického ohrozenia zdravia a života. Kurzy prvej pomoci realizujeme v malých skupinách 6 – 12 ľudí z dôvodu najväčšej efektivity výuky. Napriek nestabilnej situácii pre pandémiu COVID-19 sme v roku 2020 a 2021 úspešne preškolili stovky laikov. Všetky činnosti vo vzdelávaní spĺňajú požadované parametre zadefinované ministerstvom zdravotníctva v nám pridelenej akreditácii. Kurzy sú vedené skúsenými inštruktormi s najmodernejším materiálo-technickým vybavením.

Vedia Slováci resuscitovať?

Vychádzajúc z výsledkov veľkej európskej štúdie, tzv. EuReCa 2020, do ktorej boli zahrnuté aj dáta zo Slovenska, každý rok v Európe má 360 000 tisíc ľudí z rôznych príčin náhle zastavenie obehu. Z tohto počtu, ak sa neposkytla prvá pomoc, prežilo iba 5 – 18 % postihnutých. Avšak ak sa vykonalo oživovanie, kardiopulmonálna resuscitácia, prežilo 10 – 45 % postihnutých. Je teda rozdiel, či z nemocnice po náhlom zastavení obehu odíde domov každý desiaty alebo každý druhý postihnutý. Výsledky kolíšu predovšetkým od vzdelanosti, pripravenosti laickej verejnosti reagovať na náhle vzniknuté situácie.

Čo vidíte ako zásadné pre prípravu populácie vo vzdelávaní v oblasti prvej pomoci?

Zamerať sa plánovane a systematicky na vzdelávanie mladej generácie. Čím skôr. Je vedecky dokázané, že už 12-ročné deti vedia poskytnúť adekvátnu prvú pomoc. Vzdelávanie v prvej pomoci robíme aj u malých detí. Najmä prostredníctvom tzv. zážitkových kurzov, kde deti s rodičmi alebo deti v materskej škole cvičia, ako postupovať pri oživovaní. Aj malé dieťa, ktoré dokáže zavolať na tiesňovú linku 155 alebo 112 môže zachrániť život. Poskytovanie prvej pomoci musí byť základnou zručnosťou populácie. Ak svedkovia udalosti neposkytnú prvú pomoc okamžite, tak už po 5 minútach pri náhlom bezvedomí s nedostatočným dýchaním odumiera mozog.

Merea je vyhľadávaným edukačným centrom aj pre vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Na čo kladiete dôraz pri edukácii tejto skupiny klientov?

Sme držiteľom akreditácie Ministerstva zdravotníctva SR na vykonávanie kurzov neodkladnej podpory životných funkcií. Kurz je zameraný na profesionálne poskytnutie prvej pomoci v rôznych zdravotných a život ohrozujúcich situáciách. Obsahovo má široký záber v rozsahu minimálne 8 hodín. Má svoju teoretickú a praktickú časť. Praktickú časť sa snažíme simulovať v podmienkach a s vybavením najbližším reálnej praxi jednotlivých špecialistov. Kurzy sú určené pre zdravotníckych pracovníkov, lekárov a sestry z rôznych oblastí ambulantnej aj nemocničnej sféry a za ich absolvovanie získajú kredity.

U zdravotníckych pracovníkov by poskytnutie prvej pomoci malo byť samozrejmosťou, vynára sa otázka, na čo by sa pre nich mali takéto kurzy vykonávať?

Iba malá časť zdravotníkov rieši denne náhle kritické stavy a má nadobudnuté vedomosti a zručnosti na ich riešenie. Väčšina z nich robí svoju špecializovanú činnosť mimo urgentnej medicíny. V ich dennej, rutinnej praxi sa nemusia stretávať so situáciami, keď je treba reagovať a riešiť náhle kritické stavy. Preto je nevyhnutné v pravidelných intervaloch si zopakovať, aktualizovať a zdokonaľovať, ale aj nadobudnúť nové poznatky a zručnosti. Okrem toho poznatky v oblasti medicíny rastú geometrickým radom. Vzdelávanie všetkých zdravotníckych pracovníkov je celoživotný proces. Kurz je kreditovaný profesijnými komorami a zapadá do systému kontinuálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.



Merea buduje e-learningový program vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Predstavte nám ho.

V rámci e-learningového programu vzdelávame odborníkov nielen v oblasti urgentnej medicíny a urgentnej zdravotnej starostlivosti, ale aj zdravotníkov, ktorí vo svojej praxi prídu do situácie, keď je nevyhnutné riešiť kriticky vzniknuté stavy. Každý účastník má svoj špecifický kód a individuálny prístup na našu webovú stránku. Študijný materiál má rozsah 7 – 10 strán, špičkovú odbornú úroveň. Po preštudovaní má účastník možnosť vykonať test. Ak je úspešný, získa potvrdenie o absolvovaní e-kurzu s jedným alebo dvoma kreditmi, podľa rozsahu a obťažnosti študijného materiálu. Ak v teste nie je úspešný, môže sa vrátiť k študijnému materiálu a opakovať test. Študijný materiál je obohatený o obrázkovú dokumentáciu a dopĺňovaný výukovými videami. E-learningové štúdium plánujeme nastaviť ako teoretickú prípravu na kurzy alebo workshopy. Po jeho absolvovaní budú pripravení pre praktickú časť a nácvik zručnosti.

Aj urgentná medicína a urgentná zdravotná starostlivosť sa vyvíjajú. To, čo platilo pred dvadsiatimi rokmi, dnes už nemusí byť považované za správne. Ako vnímate vývoj v týchto oblastiach?

Podľa môjho názoru kvalita prednemocničnej urgentnej medicíny a poskytovanej zdravotnej starostlivosti posledných 10 – 15 rokov stagnuje. Vychádzam z oficiálnych ukazovateľov zverejnených vo výročných správach Operačného strediska ZZS Slovenskej republiky, kde je uvádzané, že dostupnosť výjazdových skupín ZZS pre občanov Slovenska sa posledné roky dynamicky zhoršuje. Do systému sme vložili veľké finančné prostriedky, ale nemáme možnosť dáta, jednotlivé indikátory kvality činnosti systému, analyzovať a hodnotiť. Nevieme seriózne povedať, akú kvalitu starostlivosti poskytujeme, nevieme sa seriózne porovnať s inými krajinami a urobiť si tak závery a stanoviť jasné úlohy pre budúce systémové riešenia.

Aké výzvy stoja pred Mereou v oblasti medicínskych služieb a vo vzdelávaní v najbližšom období?

Najdôležitejšie je, aby pominula pandémia a aby sme sa vrátili k normálnej práci dopravnej zdravotnej služby. Chceme rozvíjať projekt individuálnej súkromnej dopravy pacientov a zdravotnícku asistenciu. Rovnako sa chceme vrátiť k vzdelávaniu. Základom ostanú kurzy prvej pomoci pre laickú verejnosť. Tie chceme vykonávať v širokom rozpätí. Na druhom mieste budú kurzy v neodkladnej podpore životných funkcií. K tomu pridáme kvalitný e-learningový program a tiež kurzy šité na mieru pre špecialistov v oblasti neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Jedným z kľúčových krokov aktuálneho roku bude úspešné etablovanie dopravnej zdravotnej služby na českom trhu, kde už intenzívne pracujeme aj na získaní akreditácie vzdelávania vodičov dopravných zdravotných služieb.

Merea a.s.:

Druhý najväčší prevádzkovateľ ambulancií dopravnej zdravotnej služby na Slovensku. Súčasťou služieb spoločnosti je aj individuálna súkromná doprava pacientov, zdravotnícka asistencija, ale aj edukácia zdravotníckych pracovníkov v neodkladnej podpore životných funkcií a laickej verejnosti v otázkach prvej pomoci. Má za sebou viac ako desaťročnú históriu. V roku 2019 úspešne ukončila kúpu aktív spoločnosti Falck Záchraná a v 2021 menila obchodné meno zo Záchranej zdravotnej služby SR na Merea. Intenzívne pomáha v boji s pandemiou COVID-19 pri očkovaní marginalizovaných skupín obyvateľstva či testovaním a očkovaním mobilnými tímami na území celého Slovenska.

MUDr. Jozef Karaš, MPH, MSc

Riaditeľ medicínskeho oddelenia. Patrí medzi popredné osobnosti slovenského záchranárstva. Absolvent Lekárskej fakulty **UPJŠ** v Košiciach. 25 rokov pracoval ako sekundárny lekár na ARO, neskôr ako primár ARO aj lekár na RLP. Absolvoval študijný pobyt na George Washington University vo Washingtone v odbore zdravotnícky manažment. Riadil nemocnicu v Starej Ľubovni a viac ako desaťročie pôsobil ako medicínsky a generálny riaditeľ vo Falck Záchraná. Vzdeláva zdravotníkov i laikov a venuje sa prednáškovej činnosti. Je autorom kníh z oblasti prednemocničnej urgentnej medicíny.

Foto: Merea, a.s.



Komplexný pohľad na hepatocelulárny karcinóm

17. 2. 2022, Zdroj: **Lekárske listy**, Strany: 19, 20, 21, 22, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **Dominik Šafčák**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**
Dosah: 14 000 AVE: 6662 Eur

Hepatocelulárny karcinóm (HCC) patrí medzi nádory gastrointestinálneho traktu so vzrastajúcou incidenciou. Podľa posledných údajov z GLOBOCAN 2020 bolo celosvetovo diagnostikovaných 906 000 prípadov a zaznamenaných cez 830 000 úmrtí. HCC je 6. najčastejšie diagnostikovaným nádorovým ochorením a 3. najčastejšou príčinou úmrtia na nádorové ochorenie. Posledné spracované dáta z Národného onkologického registra Slovenskej republiky z roku 2012 deklarujú 435 novodiagnostikovaných prípadov tohto ochorenia.

HCC je z hľadiska morbidity aj mortality 2- až 3-krát častejší u mužov než u žien. Najvyšší výskyt je pozorovaný vo východnej Ázii (z tohto regiónu dominuje najmä Mongolsko, s výrazne vyššou incidenciou aj mortalitou u oboch pohlaví), juhovýchodná Ázia, severná a západná Afrika. Aj napriek relatívne nižšej incidencii v Európe je celosvetový vzostupný trend pozorovaný aj v tomto regióne (graf). Takmer v 90 % novodiagnostikovaných prípadov je HCC dôsledkom chronického ochorenia, vo vyše 80 % prípadov vzniká v teréne cirhotickej prestavby pečene parenchýmu. Najčastejšími ochoreniami vedúcimi k vzniku tohto nádoru sú celosvetovo hepatitída B, hepatitída C, kontaminácia potravin aflatoxínom, abúzus alkoholu a nealkoholická steatohepatitída (NAFLD). Jednotlivé etiologické faktory podliehajú regionálnym rozdielom. Kým v najrizikovejších oblastiach (Čína, Kórea, subsaharská Afrika) prevažuje najmä hepatitída B a kontaminácia stravy aflatoxínom, v Japonsku, Egypte a Taliansku je častejší výskyt HCC na podklade hepatitídy C. Vo vyspelých krajinách predstavuje najväčšie riziko NAFLD. Z dát spracovaných v 8 slovenských centrách (onkologické kliniky, hepatologické ambulancie, interné oddelenia) z rokov 2010 - 2016, pre výskum prognostických faktorov bolo zaradených 484 pacientov, pričom 42,86 % prípadov HCC bolo dôsledkom abúzu alkoholu, druhou najčastejšou príčinou bola hepatitída C (13,66 %) a treťou NAFLD (11,18 %).

Diagnostika a klasifikácia

Základom diagnostiky HCC sú zobrazovacie metódy pečene s kontrastnou látkou. Biopsické vyšetrenie tumoru u všetkých pacientov nie je na rozdiel od väčšiny onkologických ochorení indikované. U pacientov s cirhózou a nodularitami priemeru nad 1 cm sú štandardom diagnostiky gadolíniové MR alebo 4-fázové CT vyšetrenie pečene, s patognomickým obrazom zosilnenia v arteriálnej fáze - APHE (arterial phase hyperenhancement), s následným wash-outom v neskej venóznej fáze. Pri nodularitách veľkosti od 10 do 20 mm je odporúčané zväziť použitie dvoch zobrazovacích techník pre výrazný pokles senzitivity pri použití iba jednej z nich. V prípade nejasného výsledku je odporúčané pristúpiť v druhom kroku k biopsii nádorového tkaniva. Pre doplnenie rozsahu nádorového ochorenia je nutné realizovať aj CT hrudníka, brucha a malej panvy.

V súčasnosti je najpoužívanejšou klasifikáciou Barcelonská klasifikácia (BCLC- Barcelona Clinic Liver Cancer), ktorá zohľadňuje okrem rozsahu nádorového ochorenia aj metabolickú funkciu pečene (v podobe Child-Pugh skóre) a výkonnostný stav pacienta definovaný podľa škály Eastern Cooperative Oncology Group – ECOG. Na základe týchto troch parametrov sú pacienti klasifikovaní do štádia BCLC 0 (veľmi včasné štádium) a BCLC A - D. Kým štádia BCLC 0 a BCLC A hodnotíme ako kuratívne, štádia BCLC B (lokálne pokročilé) a BCLC C (pokročilé) sú indikované na paliatívnu terapiu, v štádiu BCLC D je vzhľadom k zlému výkonnostnému stavu alebo zlej metabolickej funkcii indikovaná symptomatická terapia (schéma 1).

Možnosti liečby

Veľmi včasné štádium – BCLC 0, definované jednou nodularitou s priemerom do 2 cm, s dobrou funkciou pečene a včasné štádium BCLC A (1 tumor nad 2 cm alebo 3 nodularity, každá s priemerom do 3 cm, s dobrou metabolickou funkciou pečene, u pacienta v dobrom výkonnostnom stave) sú indikované na rádiofrekvenčnú abláciu (RFA), resekciu alebo transplantáciu.

Resekcia je metódou voľby v prípade výskytu solitárneho HCC v necirhotickej pečeni. V prípade cirhotickej prestavby pečene je pred resekciou nutné zohľadniť MELD skóre (Model of End Stage Liver Disease, skóre nad 9 hodnotené ako rizikové), prítomnosť portálnej hypertenzie (definovanej ako HPVG > 10 mm) a rozsah chirurgickej resekcie (resekcia 3 a viac segmentov). Odporúčané je pred zákrokom realizovať aj volumometriu, meranie tuhosti pečene cestou elastografie a dynamickej funkcie pečene pomocou ICG (indocyanine green kinetic) testu. Efekt resekcie vykazuje lepšie výsledky v porovnaní s rádiofrekvenčnou abláciou u pacientov s nodularitou nad 3 cm, v rozsahu 2 - 3 cm benefit nie je jasný. U pacientov v štádiu BCLC 0 nebolo pozorované zlepšenie prežívania pri porovnaní resekcie a rádiofrekvenčnej ablácie s ohľadom na parametre prežívania a rekurencie, prínos resekcie spočíva len v definovaní rizikových faktorov pre ďalšie sledovanie (mikrovaskulárna invázia, grade 3 a pod.). Rádiofrekvenčná ablácia predstavuje menej invazívnu metódu liečby HCC. Preferovaná je najmä u pacientov s vysokým rizikom komplikácií po resekcii. Okrem toho ostáva akceptovanou alternatívou resekcie pri nodularitách do 2 cm lokalizovaných hlboko v parenchýme, resp. centrálne v parenchýme pečene.

Transplantácia pečene predstavuje efektívnu liečebnú alternatívu najmä u pacientov spĺňajúcich Milánske kritériá (1 nodularita s priemerom do 5 cm alebo 3, každá s maximálnym priemerom do 3 cm). Použitie tejto modality je možné aj u pacientov s väčším rozsahom nádorového ochorenia, po down-stagingu do uvedených hodnôt, v ostatných prípadoch sú výsledky liečby v zmysle 5-ročného prežívania výrazne horšie. Dôležitú úlohu v tomto procese zohráva aj prioritizácia pacientov, v závislosti od MELD skóre, odpovede na lokoregionálnu terapiu použitú v rámci down-stagingu alebo tzv. „bridgingu“ (použitie lokoregionálnej terapie u pacientov, ktorí úvodne

splnili Milánske kritériá, pri zaradení do zoznamu čakateľov), prípadne časový aspekt progresie nádorového ochorenia počas evidovania pacienta v zozname čakateľov. U pacientov v štádiu BCLC B (multinodulárne postihnutie pečene, bez vzdialených metastáz, bez trombózy vény portae, s dobrou funkciou a dobrým výkonnostným stavom) je metódou voľby transarteriálna chemoembolizácia (TACE). V súčasnosti sú k dispozícii dve základne metódy. Pri konvenčnej TACE je po kanylácii vyživujúcej artérie do tumoru aplikovaná lipiodolová emulzia s chemoterapeutikom (najčastejšie doxorubicínom), s následnou embolizáciou. Pri tzv. „drug-eluting beads“ TACE sa používajú doxorubicín-viažuce mikrosféry, s lepšou selekciou nádorového tkaniva a permanentnou embolizáciou. Použitie tejto metódy v porovnaní s konvenčnou TACE prináša nižší výskyt nežiaducich účinkov, nemá však významný vplyv na parametre prežívania (1-ročné prežívanie 66,2 % vs 83,5 %, 2-ročné prežívanie 56,8 % vs 55,4 %) ani na počet realizovaných procedúr (schéma 1). Pacienti v štádiu BCLC C (s extrahepatálnym šírením alebo trombózou vena portae, s dobrou funkciou pečene a v dobrom výkonnostnom stave) sú indikovaní na systémovú liečbu. Od roku 2008 bol štandardom terapie sorafenib, tyrozínkinázový inhibítor blokujúci signálne dráhy VEGFR 1-3, PDGFR- α a β a c-RAF. V štúdií SHARP viedlo jeho použitie k významnému predĺženiu celkového prežívania (10,7 mes. vs 7,9 mes., $p < 0,001$, HR 0,69; 95 % CI 0,55 - 0,87) aj prežívania bez rádiologickej progresie (5,5 mes. vs 2,8 mes., $p < 0,001$, HR 0,58; 95 % CI 0,45 - 0,74), miera hodnotenej liečebnej odpovede dosiahla iba 2 %. Druhým tyrozínkinázovým inhibítorom používaným v 1. línii liečby je lenvatinib. V štúdií REFLECT preukázal v porovnaní so sorafenibom významné predĺženie prežívania bez progresie (7,4 mes. vs 3,7 mes., $p < 0,001$, HR 0,66; 95 % CI 0,57 - 0,77), bez vplyvu na celkové prežívanie (13,6 mes. vs 12,3 mes., HR 0,92; 95 % CI 0,79 - 1,06). Z hľadiska odpovede na liečbu došlo k zvýšeniu miery liečebnej odpovede, nie však miery kontroly ochorenia, vo výsledku s vyšším výskytom nežiaducich účinkov. Prvou dvojkombináciou, ktorá preukázala superioritu s ohľadom na celkové prežívanie, boli atezolizumab (PD-L1 blokátor) s bevacizumabom (anti-VEGF). Ich použitie viedlo taktiež k predĺženiu prežívania bez progresie (6,8 mes. vs 4,3 mes., $p < 0,001$, HR 0,59; 95 % CI 0,47 - 0,76), zlepšeniu miery liečebnej odpovede (28 % vs 12 %) a miery kontroly ochorenia (74 % vs 55 %). V súčasnosti na Slovensku táto dvojkombinácia nie je dostupná. V druhej línii liečby bol prvým tyrozínkinázovým inhibítorom s preukázanou účinnosťou regorafenib. V štúdií RESORCE preukázal významné predĺženie celkového prežívania (10,6 mes. vs 7,8 mes., $p < 0,001$, HR 0,63; 95 % CI 0,50 - 0,79) aj prežívania bez progresie (3,1 mes. vs 1,5 mes., $p < 0,001$, HR 0,46; 95 % CI 0,37 - 0,56). Do štúdie boli zaradení iba pacienti liečení sorafenibom, ktorí terapiu tolerovali. Ďalším tyrozínkinázovým inhibítorom použitým v druhej línii bol cabozantinib. Do štúdie CELESTIAL boli zaradení pacienti bez ohľadu na toleranciu sorafenibu, pričom použitie cabozantinibu preukázalo významné predĺženie celkového prežívania (8,0 mes. vs 5,2 mes., $p = 0,005$, HR 0,76; 95 % CI 0,63 - 0,92) a prežívania bez progresie (5,2 mes. vs 1,9 mes., $p < 0,001$, HR 0,44; 95 % CI 0,36 - 0,52). Nevýhodou bol najmä častý výskyt závažných nežiaducich účinkov – 3. a 4. stupňa podľa CTCAE až u 68 % pacientov. Jedinou monoklonálnou protilátkou s preukázaným benefitom v 2. línii liečby je ramucirumab (IgG1 protilátka proti VEGFR-2). Jeho aplikácia u pacientov s hladinou AFP ≥ 400 ng/ml viedla taktiež k predĺženiu celkového prežívania (8,5 mes. vs 7,3 mes., $p = 0,019$, HR 0,71; 95 % CI 0,53 - 0,95) – schéma 2.

Výskum prognostických faktorov a modelov u pacientov s HCC

Vývoj a používanie nových liečebných modalít vedie aj k výskumu prognostických a prediktívnych faktorov liečby. Cieľom tohto výskumu je stratifikovať pacientov do rizikových skupín, s ohľadom na parametre liečebnej odpovede, rekurencie, prežívania alebo toxicity na základe dosiahnutých výsledkov. Výskum prognostických faktorov prebieha na všetkých úrovniach. Existuje rad génových polymorfizmov (napr. A-4 génový podpis, CBX8, cytochróm P450 4A11), v krvi cirkulujúcich mikro-RNA (napr. mikro-RNA 200 rodina, mikro-RNA 150 u pacientov s hepatitídou B, mikro-RNA 451), vaskulárny-endotelálny rastový faktor VEGF, HGF proteínov. Využitie takýchto prognostických faktorov je v dennej klinickej praxi výrazne limitované najmä vysokou finančnou a časovou náročnosťou ich vyšetrenia. V publikovanej literatúre sa čoraz väčšmi dáva dôraz na vývoj prognostických indexov, skórovacích systémov a modelov, ktoré by boli vyšetriteľné z dostupných dát realizovaných v rámci stagingu a rutinného vyšetrenia. Prvou veľkou skupinou sú zápalové indexy – NLR (pomer neutrofilov a lymfocytov), PLR (pomer trombocytov a lymfocytov) a SII (systémový imuno-íflamačný index). Existuje množstvo prác, ktoré v závislosti od zvolenej metodiky a hraničnej hodnoty prezentovali významne lepšie celkové prežívanie u pacientov liečených resekciou, rádiofrekvenčnou abláciou, transplantáciou, transarteriálnou chemoembolizáciou aj systémovou liečbou. Ich nedostatkom pre klinickú prax je pomerne vysoký rozptyl hodnôt, ktorý bol definovaný ako hranica pre dosiahnutie štatisticky významného výsledku. Druhým nedostatkom je retrospektívny charakter väčšiny realizovaných štúdií. Kombináciou imunitnej zložky a hlavného ukazovateľa výživy - albumínu, došlo k vzniku prognostického nutričného indexu (PNI). Prínosom tohto indexu má byť kombinácia hodnotenia zápalovej aktivity (s dominanciou lymfocytov v mikroprostredí, ktoré nehodnotíme ako tzv. „vyhasnuté“) s nutričným stavom pacienta, ktorý významným spôsobom determinuje priebeh liečby (výskyt komplikácií po operácii, prípadne intervenčných rádiologických výkonoch, výskyt nežiaducich účinkov súvisiacich so systémovou liečbou). Nevýhody zavedenia tohto parametra do dennej klinickej praxe sú totožné so zápalovými indexami. Ďalším diskutovaným indexom je ALBI – kalkulovaný na základe hodnôt sérového albumínu a bilirubínu, následne stratifikovaný do 3 stupňov. Tento prognostický index preukázal efektivitu nezávislého ukazovateľa celkového prežívania prakticky pri použití všetkých liečebných modalít. Podľa práce Chonga a kol. (2018) dokáže rozdeliť pacientov v štádiu BCLC 0 až A do skupín vhodných na resekciu (ALBI grade 1) alebo preferenčne na rádiofrekvenčnú abláciu (ALBI grade 2 - 3). Pre zaradenie do rozhodovacieho algoritmu liečby je nutná ďalšia validácia získaných údajov.

Kombináciou viacerých sledovaných parametrov vznikajú komplexné modely. Ako premenné slúžia charakteristiky z hľadiska tumoru (veľkosť, počet, priemer ložiska) v kombinácii s nutričným stavom (hladina sérového albumínu, celkových bielkovín), zápalovej zložky, renálnych parametrov prípadne mineralogramu (najmä Na⁺). Ich podrobný opis a vplyv na celkové prežívanie liečených pacientov presahuje možnosti tejto publikácie. V práci publikovanej op den Winkelom a kol. (2019) bol porovnávaný M-TACE (Munich-TACE) s 9 existujúcimi modelmi, všetkými vypočítateľnými z rutinných výsledkov a tumorových charakteristík, pričom bol hodnotený ako



najefektívnejší prediktor celkového prežívania pacientov liečených transartériovou chemoembolizáciou. Tento skórovací systém pozostáva z hladiny AFP, CRP, celkového bilirubínu, PT (INR), kreatinínu a rozsahu nádorového postihnutia.

Projekt HeCaRe na Slovensku

Projekt HeCaRe (HEpatocellular CArcinoma REgistry) predstavuje prospektívnu investigátormi iniciovanú štúdiu prognostických faktorov HCC na Slovensku. Ciele tejto štúdie sú: zozbieranie údajov od pacientov s HCC diagnostikovaných a liečených na Slovensku, analýza použitej terapie pacientov, jej vplyv na liečebnú odpoveď, mieru kontroly ochorenia a parametre prežívania (prežívanie bez choroby, prežívanie bez progresie a celkové prežívanie), analýza vplyvu prognostických faktorov (vychádzajúcich z tumoru, predchorobia pacienta, zápalových indexov a nutričných indexov) na mieru liečebnej odpovede a parametre prežívania, externá validácia publikovaných prognostických modelov a skórovacích systémov na populácii pacientov liečených na Slovensku, vývoj unikátneho prognostického indexu, prípadne skórovacieho systému s vyššou senzitivitou a špecificitou. Sekundárnym cieľom je odber biologického materiálu (krv a stolica), jeho archivácia a následná analýza nových prognostických faktorov. Celý projekt prebieha pod dohľadom odborných garantov:

prof. MUDr. Peter Jarčuška, PhD., prof. MUDr. Michal Mego, DrSc., doc. MUDr. Ľubomír Skladaný, PhD. a MUDr. Igor Andrašina, CSc. Výskum začína od marca v nasledujúcich centrách: Národný onkologický ústav, a.s., Východoslovenský onkologický ústav, a.s., II. Interná klinika UNLP v Košiciach, I. Interná klinika SZU a UNB, Nemocnica Kramáre, V. Interná klinika SZU a UNB, Nemocnica Ružinov, FNŠP Banská Bystrica- II. Interná klinika, Onkologická klinika, Interná klinika – Fakultná nemocnica Nitra, Univerzitná nemocnica Martin – Gastroenterologická klinika. V pláne je rozšírenie výskumu o ďalšie onkologické a internistické pracoviská v priebehu roka. Vstupné dáta budú zadávané do databázy projektu HeCaRe cestou platformy [https:// www.project-redcap.org](https://www.project-redcap.org). V rámci sledovaných parametrov budú zaznamenávané parametre nádorového ochorenia (štádium veľkosť, spôsob diagnostiky a pod.), parametre predchorobia (etiológia, komorbidita, sprievodná medikácia), výsledky krvných testov v čase stanovenia diagnózy (parametre hematológie, biochémie, hemokoagulácie), spôsob liečby a efekt jednotlivých terapeutických línií. Pre pacienta neprináša účasť v projekte HeCaRe žiadne medicínske riziko, neovplyvňuje nijakým spôsobom priebeh jeho terapie. Získané dáta budú pravidelne aktualizované investigátormi participujúcich centier. Raz ročne je plánovaná globálna analýza priebehu výskumu, pričom priebežné výsledky budú kedykoľvek k dispozícii všetkým participujúcim lekárom pre individuálny rozbor, štatistickú analýzu a publikačnú činnosť. V prípade súhlasu subjektu s účasťou v prospektívnom zbere vzoriek je odber biologického materiálu (krvi, stolice, prípadne oboch, v závislosti od vôle subjektu) možný v centre, v ktorom je pacient liečený, alebo ktoromkoľvek centre projektu HeCaRe (v závislosti od materiálu no-technického vybavenia jednotlivých centier). Prvé očakávané štatistické výstupy sú plánované po dvoch rokoch fungovania projektu, analýza biologického materiálu sa začne po zozbieraní dostatočného množstva vzoriek.

HCC je nádorové ochorenie so stále vzrastajúcou incidenciou. Pre rozvoj početných liečebných modalít si v súčasnosti vyžaduje multidisciplinárny prístup tímu hepatológa, chirurga, intervenčného rádiológa, onkológa, nevyhnutná je koordinácia s transplantáčnym centrom.

Nepretržitý vývoj prognostických faktorov a modelov prispieva k stratifikácii pacientov, čo vedie k liečebnej optimalizácii a vo výsledku k predĺženiu života pacienta, spolu s minimalizáciou rizík spojených s terapiou. Cieľom projektu HeCaRe je prispieť k tejto vzájomnej koordinácii, poskytnúť možnosti aplikovať externé prognostické modely a skórovacie systémy na populácii slovenských pacientov, čo môže viesť k ich vylepšeniu a pomôcť k ich zavedeniu do dennej klinickej praxe. Okrem toho ponúka možnosti vývoja a výskumu prognostických faktorov, ktorých detekcia žiadnym spôsobom neohrozuje a nezaťažuje pacienta. Aplikácia poznatkov a dát zozbieraných v tejto štúdii môže pomôcť aj iným lekárske odboru k zlepšeniu liečebnej alebo preventívnej činnosti.

Graf: Incidencia HCC vo svete podľa GLOBOCAN 2020

Mongolsko Východná Ázia 26,9 8,9 Mongolsko Juhovýchodná Ázia 21,2 7,1 Severná Afrika 20,2 10,5 Mikronézia/Polynézia 17,1 4,7 Melanézia 13,8 9,0 Západná Afrika 11,4 5,6 Južná Európa 10,6 3,2 Severná Amerika 10,1 3,7 Austrália/Nový Zéland 9,5 2,9 Stredná Afrika 8,7 3,7 Západná Európa 8,6 2,6 Centrálna Amerika 6,9 5,7 Karibská oblasť 6,8 4,3 Severná Európa 6,8 3,2 Východná Európa 6,7 2,6 Južná Afrika 6,6 3,0 Východná Afrika 6,2 4,0 Západná Ázia 6,2 3,3 Južná Amerika 5,4 3,3 Juhocentrálna Ázia 4,0 2,0 Vekovo štandardizovaná incidencia na 100 000 Muži Ženy

Schéma 1: Aktuálne liečebné odporúčania pri HCC podľa EASL

HCC Štádium 0

PS 0, Child-Pugh A Veľmi včasné štádium (0) Jeden < 2 cm Jeden Portálny tlak/bilirubín Normálny

Resekcia

Včasné štádium (A) Jeden alebo 3 noduly < 3 cm, PS 0 Zvýšený Nie

Transplantácia pečene (CLT/ LDLT) Kuratívna liečba



3 noduly \leq 3 cm Áno

PEI/RF Štádium A – C

PS 0 - 2, Child-Pugh A - B Intermediárne štádium (B) Viacero nodulov V, PS 0 Asociované ochorenia

Chemoembolizácia Nekuratívna liečba

Pokročilé štádium (C) Portálna invázia N1, M1 PS 1 - 2

Sorafenib Štádium D

PS > 2, Child-Pugh C Terminálne štádium (D)

Symptomatická liečba

Schéma 2: Liečebné odporúčania podľa European Society for Medical Oncology (ESMO)

BCLC 0 - A

Resekcia LTX (III, A) SBRT Brachyterapia SIRT (III C) Ablácia (III, A) TACE (I, B)

BLCL B

LTX Resekcia (III, A) SIRT (III C) TACE (I, A)

Nevhodné na lokálnu liečbu

Systémová terapia (I A)

BLCL C

Štandard: Atezolizumab + bevacizumab (I, A; MCBS 5) Možnosť: Sorafenib (I A; MCBS 4) Lenvatinib (I A) Štandard po sorafenibe Cabozantinib (I A; MCBS 3)

Regorafenib (I A; MCBS 4) Ramucirumab (I A, MCBS 1) Možnosti po atezolizumabe + bevacizumabe/lenvatinibe Sorafenib (V C) Lenvatinib (V C) Cabozantinib (V C) Regorafenib (V C) Ramucirumab (V C)

BLCL D

BSC (III, A)

Rádiofrekvenčná ablácia predstavuje menej invazívnu metódu liečby

Autor: MUDr. Dominik Šafčák, PhD. VOÚ a.s. Košice, LF **UPJŠ**, Klinika rádioterapie a onkológie Literatúra u autora



Katka je zubárkou hviezdnych nemeckých futbalistov: Ak treba, poslušne čakajú, kazy aj u detí sú tu raritou

16. 2. 2022, 19:30, Zdroj: [interez.sk](https://www.interez.sk), Vydavateľ: Startitup s.r.o., Autor: Timotej Gašper, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 157 841 GRP: 3,51 OTS: 0,04 AVE: 1402 Eur

Katarína Örgvev vyštudovala zubné lekárstvo v Košiciach a od roku 2017 pracuje v krásnom prostredí nemeckého jazera Tegernsee. Ako zubárka pôsobí na klinike, ktorej špecializáciou je aj športové zubné lekárstvo a medzi tamojších pacientov tak patrí rada známych ľudí aj z lyžiarskeho či futbalového prostredia.

Množstvo mladých Slovákov sa v istom období života rozhodne odísť do zahraničia. Dôvodom môže byť lukratívnejšia pracovná ponuka, vyhliadka na lepšie živobytie, či odchod kvôli vzťahovým záležitostiam.

Po štúdiu zubného lekárstva sa pre odchod do Nemecka rozhodla aj Slovenka Katarína. Dnes je zamestnaná na zubnej klinike pri Tegernsee, kde ako zubná lekárka ošetruje viaceré svetoznáme osobnosti.

Foto: Katarína Örgvev, archív

Aj keď by si niekto mohol myslieť, že po rokoch už zahraničie považuje za svoju domovinu, tak je na veľkom omyle. Katka v našom rozhovore okrem iného naznačila, aká klientela jej často sedí v kresle, či ako sa stavia k otázke možného návratu na Slovensko.

V rozhovore s Katarínou Örgvev sa dočítate aj:

Kedy odišla do Nemecka a čo ju k tomu najviac presvedčilo?

Ako prebiehala adaptácia na zubnej klinike v zahraničí?

Či sú nároky na zubných lekárov v Nemecku odlišné od Slovenska.

Či plánuje návrat domov.

Aké osobnosti patria medzi ich pacientov?

Akí sú Nemci pacienti, či veria viac internetu alebo lekárovi?

Čo bolo dôvodom tvojho odchodu do zahraničia? Študovala si na Slovensku?

Študovala som odbor zubné lekárstvo na LF **UPJŠ** v Košiciach a ukončila som ho v roku 2016. Hneď po štátnych skúškach sa zrodil plán odísť do Nemecka, no iniciatíva však nevychádzala odo mňa, keďže som si nikdy netrúfala na okamžitý odchod do zahraničia za lekárskou prácou, a dokonca bez praxe.

Dôvodom bol môj už terajší manžel, cudzinec, ktorý tam svoje pracovné miesto už mal, a teda ďalší krok bol viac-menej na mne. Po promócii začiatkom leta som definitívne odišla.

Ako si spomínaš na úplné začiatky v Nemecku?

Pracovať som začala až v marci 2017, čo bolo približne deväť mesiacov od presťahovania sa sem, z toho šesť mesiacov trval celý proces od prihlásenia sa v príslušnej komore zubných lekárov, získania jazykového certifikátu, uznania diplomu až do získania aprobácie, čiže spôsobilosti vykonávať zubársku činnosť. Keďže sme ako krajina integrovaní v rámci EÚ, našťastie nebolo nutné opakovať aj odborné skúšky.

Sú na zubárov v Nemecku odlišné nároky ako u nás?

Vyhľadávaní sú lekári s praxou aj mladí absolventi, ktorí majú povinnosť dvojročnej praxe pod dohľadom skúseného zubného lekára ako tzv. lekári v príprave alebo lekár-asistent. Táto podmienka platí v prípade, ak chcete spolupracovať aj so štátnymi zdravotnými poisťovňami. Absolventi však môžu pôsobiť aj samostatne len v prípade, že ich pacienti sú klientmi súkromných zdravotných poisťovní.

Môj kolega, rovesník, či ďalší stážisti, ktorých som u nás stretla, proste absolventi nemeckých a rakúskych lekárskech univerzít, boli však viac odborne pripravení na výkon zubnolekárskej činnosti, čo sa týka manuálnych zručností, ale aj vedomostí.

Foto: Katarína Örgvev, archív

Už počas štúdia majú intenzívnejšiu klinickú prípravu, ak to mám porovnať s našou alma mater. Cítila som sa v začiatkoch ako dosť nevyrovnaný hráč, ale zmeniť som to mohla len vlastnou iniciatívou.

Ako vyzerali tvoje pracovné začiatky?



Mala som výhodu v nevýhode. Daná súkromná klinika krátko predtým získala licenciu na spoluprácu so štátnymi poisťovňami. Mínusom bolo už obsadené pracovné miesto iným absolventom a môj budúci šéf nemal aktuálne voľné miesto pre ďalšieho absolventa – lekára v príprave.

No prijal s mojím súhlasom, že začnem postupne nasávať atmosféru lekárskeho povolania v zahraničí, oboznámim sa pravdepodobne s iným prostredím, ako bola vysoká škola, a hlavne získam si prístup k jeho pacientom. Bolo to pre mňa vášnivé obdobie, bola som šťastná a nesmierne vďačná za takú pracovnú príležitosť, kde som sa mala najprv možnosť učiť, ako to celé v praxi funguje.

Na Slovensku platia pacienti u zubára takmer vždy značné čiastky peňazí, je to v Nemecku rovnako?

Neviem to porovnať úplne objektívne, keďže som nikdy nepracovala na Slovensku, ale samotné lekárske výkony vykazované poisťovňami sú z môjho pohľadu, čo sledujem v domácich odborných skupinách, honorované lepšie.

Foto: Katarína Örgen, archív

Na našej klinike, kde je podstatná väčšina pacientov poistená privátne, sa ponúka špičková starostlivosť a liečba, sú tu koncentrovaní rôznorodí špecialisti a aj zdravotnícky personál má potrebné vzdelanie. Za výkon sa účtuje takpovediac hodinový honorár. Práca zubného lekára a výkony s tým spojené sú vo všeobecnosti na našej klinike hodnotené za podstatne drahšie.

Dnes sa niektorí ľudia vďaka internetu "dozvedia" svoju diagnózu ešte pred návštevou lekára. Akí sú v tomto tvoji pacienti?

Našťastie, nestretávam sa s tým často, ale, samozrejme, tak ako každý lekár, aj ja som videla a ošetrovala aj exemplárnych pacientov. Mnohokrát už tušia, čo by problém mohol znamenať, ale sú trpezliví, nechajú vás diagnostikovať a vysvetliť. Často prídu aj s drobnosťami, o čom podľa mňa svedčí, že im na ústnom zdraví záleží.

Čo bolo pre mňa absolútnym high-lightom, je starostlivosť rodičov o detský chrup. Zubný kaz bol v nemeckej populácii detí takmer raritou, aj dokonca u detí slovenských rodičov, na čo som bola veľmi pyšná. Rovnako mám možnosť opakovane vidieť aj vlastný chrup pacientov seniorov, čo je pre nich normálne a bežné. Takže s celkovými protézami, čo sú tie vyberacie zuby, mám veľmi minimálnu až nulovú skúsenosť.

Vidíš zo subjektívneho pohľadu nejaký rozdiel medzi slovenským a zahraničným dentálnym lekárstvom?

Na Slovensku existujú naozaj špecializované centrá s nastaveným štandardom pre súčasné moderné zubné lekárstvo, rovnako porovnateľné sú aj služby a vidím aj obrovskú motiváciu mladších a mladých lekárov pre neustále vzdelávanie.

Možnosť kontinuálneho vzdelávania je však v Nemecku zrejme viac vzhľadom na veľkosť krajiny. Mala som už nespočetne veľa príležitostí zúčastniť sa rôznych edukačných kurzov, ktoré sú vedené uznávanými nemeckými ako aj zahraničnými odborníkmi.

Foto: Katarína Örgen, archív (na fotke s doktorom Siegfriedom Marquardtom)

Môj šéf je členom mnohých nemeckých aj zahraničných odborných spolkov a spoločností, je lektorom v oblasti chirurgie a implantológie či estetickej zubnej medicíny, organizuje kurzy a školenia pod záštitou jeho vzdelávacieho centra.

Som mu nesmierne vďačná, lebo ma takpovediac posúval vpred a dal mi mnoho príležitostí sa zlepšovať a jeho zásluhou som spoznala veľkých odborníkov aj úžasných ľudí. Stále mi hovorí, že vidí motiváciu a potenciál, ktorý treba využiť a rozvíjať.

Plánuješ niekedy návrat na Slovensko, prípadne odchod do inej krajiny?

Áno. Chceme sa definitívne vrátiť domov na Slovensko. Akokoľvek sa zdá byť zahraničie príťažlivé, časom zistíte, že vám chýbajú priatelia či rodina, s ktorými si jednoducho spontánne vypijete kávu.

Foto: Katarína Örgen, archív

Miestom výkonu tvojej práce je turistami vyhľadávané Tegernsee.

Zatiaľ, čo iní tu v krásnom Tegernsee dovolenkujú, my tu bývame, žijeme, pracujeme. Je to asi 40 kilometrov na juh od Mníchova a zároveň je to jedno z najkrajších centier turizmu Bavorska. To hlavne vďaka alpskej prírode a jazeru.

Do kresla ti často sadajú aj známe osobnosti zo športového prostredia...

Sme klinikou, ktorá sa zameriava aj na tzv. športové zubné lekárstvo s cieľom zvýšiť výkon športovcov pri športe, a tým aj podporiť mladé talenty. Klinika kooperuje aj s nemeckým lyžiarskym zväzom DSV a niektorých členov budete mať možnosť vidieť aj na tohtoročných ZOH v Pekingu.



Okrem toho mi v kresle sedeli už aj veľmi známi hráči slávneho nemeckého futbalového klubu. Napríklad medzi našich pacientov patrí pár hráčov tohto klubu vrátane známeho brankára a tiež tréner.

(Katarína nemôže kvôli pravidlám GDPR uvádzať v rozhovore konkrétne mená. Podľa fotografie, na ktorej je Katka s brankárom Manuelom Neuerom, je zrejme, že ide o Bayern Mníchov.)

Mala si nejaký zvláštny pocit pred tým, než si išla ošetrovať prvého viac známejšieho človeka?

Môj pocit bol úplne neutrálny na rozdiel od môjho šéfa. (Smiech). Keďže som nikdy nebola futbalovým fanúšikom, na začiatku som ani netušila, kto sem príde a sadne si do kresla.

Milióny ľudí sleduje ich výkony a pozná ich tváre, no ako sa známejšie osobnosti správajú pri takejto "citlivejšej" chvíľke?

Správajú sa rovnako ako ostatní pacienti, ak je nutné, tak aj poslušne čakajú. Ale väčšinou naozaj len chvíľku. Pri tejto časti sa musím zasmiať, lebo môj šéf by neprežil, keby čakali vôbec v čakárni. Keď tak, možno v ordinácii. Sú naozaj milí, priateľskí, nie sú vážni, skôr uvoľnení a ja sama som pri nich nikdy necítila neistotu.

Foto: Katarína Örgen, archív

Starajú sa prominentní pacienti dôkladne o svoj chrup?

Starajú. Dbajú o svoje ústne zdravie, preto aj prichádzajú a vedia, že ochorenia či už samotných zubov alebo ostatných tkanív v ústach môžu následne ovplyvniť ich celkový zdravotný stav. Sú obklopení tímom odborníkov, ktorí ich k tomu vedú a nato upozorňujú.

Je za ošetrovanie exkluzívnych hostí iné finančné ohodnotenie?

Nie je tam finančný rozdiel, ak mi v kresle sedí známy pacient, menej známy alebo neznámy. Pri každom jednotlivcovi je potreba stanoviť diagnózu, navrhnúť plán liečby a možnosti a už oni sami sa rozhodnú, či to je alebo nie je aj v ich záujme.

Rozdiel by bol znova v poisťovniach, pretože pri privátnom poistení bude podiel jeho vlastných nákladov nižší pri tom istom liečebnom pláne ako u pacienta poisteného v štátnej zdravotnej poisťovni.

Foto: Katarína Örgen, archív (na štadióne Bayernu Mníchov)

Pravidlo je, že čím viac robíš, tým máš vyšší obrat, čo sa potom odzrkadlí aj na tvojom brutto/netto zárobku. Ale tak všeobecne u lekárov-asistentov to začína asi pri 3 500-5 000 eurách v hrubom, čo je základná zložka platu a plus podiel na obrate, čo je tiež individuálne, to môže byť medzi 20-30 %.

Z platu netreba mať veľké vidiny, pretože aj ja som začínala dosť mierne. Vplyv má na to určite typ kliniky, skúsenosti a prax, potom neskôr špecializácia a aj oblasť Nemecka, čiže ten základný plat niekde začína oveľa vyššie.

Pozri aj:

Má 12 rokov a vďaka NFT sa stal milionárom. Benyamin predáva obrázky divných veľrýb, niektoré...

Autor: Timotej Gašper



Fakulty a ústavy UPJŠ



Vysokoškoláci cez obrazovku [↗](#)

📺 16. 2. 2022, 19:31, Relácia: **Správy RTVS**, Stanica: **RTVS**, Vydavateľ: **Rozhlas a televízia Slovenska**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **Právnická fakulta UPJŠ**

Dosah: **136 363 GRP**, **3,03 OTS**, **0,03 AVE**: **8999 Eur**

Lubomír BAJANÍK, moderátor:

Vysokoškoláci začali letný semester opäť z domu. Mnohí z nich **pre** pandémie nenavštevovali učebne vôbec alebo len niekoľko mesiacov. Vplyv to má na vzťahy, socializáciu, študentský život i aktivitu. Ministerstvo školstva sa problémom nezaobrá, slovo majú jednotlivé vysoké školy **a** univerzity.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Zuzana je v treťom ročníku na vysokej škole, chodila do nej len pár mesiacov. Návrat do školskej lavice by uvítala.

Zuzana, študentka:

Z môjho pohľadu je najväčšia nevýhoda online výučby nedostatok socializácie, určite je prezenčná výučba nenahraditeľná, lebo nám chýba prax.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Dištančné **vzdelávanie** nie je jednoduché ani **pre** vyučujúcich.

Ludmila ELBERT, prodekan **Právnickej fakulty UPJŠ** v Košiciach:

Je to rovnako zaťažujúca ako **pre** študentov, o to viac, že my ako vyučujúci potrebujeme toho študenta na druhej strane zaujať tou materiálou tak, aby sme ho vedeli naozaj tých 90 minút minimálne udržať v pozornosti, prezenčné **vzdelávanie** je o niečom inom aj o sociálnych kontaktoch **a** podobne.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Podľa psychologičky je pri takejto forme výučby podstatné nastaviť si denný režim.

Zuzana KUNCOVÁ, psychologička:

Ráno vstať v bežnom obvyklom čase, venovať sa svojim každodenným povinnostiam, v škole učeniu, taktiež voľnočasovým aktivitám, mať pravidelný režim, čo sa týka jedla **a** spánku.

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Vysoké školy od 19. januára vyhláškou neobmedzujú ani Úrad verejného zdravotníctva ani ministerstvo školstva, znamená to, že sa môžu otvoriť bez obmedzení, podľa vlastného uváženia.

písomné stanovisko: Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach:

"Prioritou univerzity je zabezpečenie bezpečnej realizácie výučby prezenčne od 28. februára v režime OTP."

písomné stanovisko: Min. školstva, vedy, výskumu **a** športu SR:

"Konečné rozhodnutie nastavenia režimu fungovania je na samotných vysokých školách, ktoré by svoje kroky mali konzultovať s miestne príslušným regionálnym úradom verejného zdravotníctva."

Martina GENČUROVÁ, redaktorka:

Martina Genčurová, RTVS.



Jozef Karaš: Poskytovanie prvej pomoci musí byť základnou zručnosťou populácie [✉](#)

☐ 17. 2. 2022, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 3, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Sentiment: Pozitívny, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **Lekárska Fakulta UPJŠ**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 2498 Eur

Rubrika: Aktuálne

Vedie medicínske oddelenie **a** Edukačné tréningové centrum spoločnosti Merea – MUDr. Jozef Karaš MPH, MSc, s ktorým sme sa rozprávali o rôznych aspektoch **vzdelávania** odborníkov **a** laikov v oblasti poskytovania prvej pomoci.

Pod vašim vedením rozvíja Merea svoju medicínsku sekciu. Predstavte nám ju.

Základom činnosti spoločnosti Merea je dopravno-zdravotná služba **a** od nej sa odvíjajúce ďalšie služby ako je napríklad individuálna súkromná doprava pacientov či zdravotnícka asistencia. Medicínske oddelenie má jasnú organizačnú štruktúru, stabilizovaný personál na jednotlivých úsekoch s dobre definovanými procesmi riadenia **a** motiváciou ľudí. Edukačné **a** tréningové centrum organizuje rôzne formáty kurzov prvej pomoci **pre** laickú aj odbornú verejnosť. Spoluprácou s Fakultou zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Banskej Bystrici vzájomne využívame ľudské **a** materiálno-technické kapacity. Súčasťou činnosti oddelenia je aj riadenie mobilných ošetrovacích **a** očkovacích jednotiek, testovanie obyvateľov **a** očkovanie proti ochoreniu COVID-19.

Ako má Merea postavený systém **vzdelávania a** výučbové procesy **pre** laickú verejnosť?

Našou úlohou je pracovať s laickou verejnosťou v oblasti prvej pomoci čo najsystematickejšie. Zdravotnícke **a** záchranné systémy musia byť previazané na poskytovanie prvej pomoci laickou verejnosťou. Vtedy sa dosahujú lepšie výsledky v starostlivosti o ľudí v stavoch kritického ohrozenia zdravia **a** života. Kurzy prvej pomoci realizujeme v malých skupinách 6 – 12 ľudí z dôvodu najväčšej efektivity výuky. Napriek nestabilnej situácii **pre** pandémie COVID-19 sme v roku 2020 **a** 2021 úspešne preškolili stovky laikov. Všetky činnosti vo vzdelávaní spĺňajú požadované parametre zadefinované ministerstvom zdravotníctva v nám pridelenej akreditácii. Kurzy sú vedené skúsenými inštruktormi s najmodernejším materiálnotechnickým vybavením.

Vedia Slováci resuscitovať?

Vychádzajúc z výsledkov veľkej európskej štúdie, tzv. EuReCa 2020, do ktorej boli zahrnuté aj dáta zo Slovenska, každý rok v Európe má 360 000 tisíc ľudí z rôznych príčin náhle zastavenie obehu. Z tohto počtu, ak sa neposkytla prvá pomoc, prežilo iba 5 – 18 % postihnutých. Avšak ak sa vykonalo oživovanie, kardiopulmonálna resuscitácia, prežilo 10 – 45 % postihnutých. Je teda rozdiel, či z nemocnice po náhlom zastavení obehu odíde domov každý desiaty alebo každý druhý postihnutý. Výsledky kolíšu predovšetkým od vzdelanosti, pripravenosti laickej verejnosti reagovať na náhle vzniknuté situácie.

Čo vidíte ako zásadné **pre** prípravu populácie vo vzdelávaní v oblasti prvej pomoci?

Zamerať sa plánuje **a** systematicky na **vzdelávanie** mladej generácie. Čím skôr. Je vedecky dokázané, že už 12-ročné deti vedia poskytnúť adekvátnu prvú pomoc. **Vzdelávanie** v prvej pomoci robíme aj u malých detí. Najmä prostredníctvom tzv. zážitkových kurzov, kde deti s rodičmi alebo deti v materskej škôlke cvičia, ako postupovať pri oživovaní. Aj malé dieťa, ktoré dokáže zavolať na tiesňovú linku 155 alebo 112 môže zachrániť život. Poskytovanie prvej pomoci musí byť základnou zručnosťou populácie. Ak svedkovia udalosti neposkytnú prvú pomoc okamžite, tak už po 5 minútach pri náhlom bezvedomí s nedostatočným dýchaním odumiera mozog.

Merea je vyhľadávaným edukačným centrom aj **pre vzdelávanie** zdravotníckych pracovníkov. Na čo kladiete dôraz pri edukácii tejto skupiny klientov?

Sme držiteľom akreditácie Ministerstva zdravotníctva SR na vykonávanie kurzov neodkladnej podpory životných funkcií. Kurz je zameraný na profesionálne poskytnutie prvej pomoci v rôznych zdravotných **a** život ohrozujúcich situáciách. Obsahovo má široký záber v rozsahu minimálne 8 hodín. Má svoju teoretickú **a** praktickú časť. Praktickú časť sa snažíme simulovať v podmienkach **a** s vybavením najbližším reálnej praxi jednotlivých špecialistov. Kurzy sú určené **pre** zdravotníckych pracovníkov, lekárov **a** sestry z rôznych oblastí ambulantnej aj nemocničnej sféry **a** za ich absolvovanie získajú kredity.

U zdravotníckych pracovníkov by poskytnutie prvej pomoci malo byť samozrejmosťou, vynára sa otázka, na čo by sa **pre** nich mali takéto kurzy vykonávať?

Iba malá časť zdravotníkov rieši denne náhle kritické stavy **a** má nadobudnuté vedomosti **a** zručnosti na ich riešenie. Väčšina z nich robí svoju špecializovanú činnosť mimo urgentnej medicíny. V ich dennej, rutinnej praxi sa nemusia stretávať so situáciami, keď je treba reagovať **a** riešiť náhle kritické stavy. Preto je nevyhnutné v pravidelných intervaloch si zopakovať, aktualizovať **a** zdokonaľovať, ale aj nadobudnúť nové poznatky **a** zručnosti. Okrem toho poznatky v oblasti medicíny rastú geometrickým radom. **Vzdelávanie** všetkých zdravotníckych pracovníkov je celoživotný proces. Kurz je kreditovaný profesijnými komorami **a** zapadá do systému kontinuálneho **vzdelávania** zdravotníckych pracovníkov.



Merea buduje e-learningový program **vzdelávania** zdravotníckych pracovníkov. Predstavte nám ho.

V rámci e-learningového programu vzdelávame odborníkov nielen v oblasti urgentnej medicíny **a** urgentnej zdravotnej starostlivosti, ale aj zdravotníkov, ktorí vo svojej praxi prídu do situácie, keď je nevyhnutné riešiť kriticky vzniknuté stavy. Každý účastník má svoj špecifický kód **a** individuálny prístup na našu webovú stránku. Študijný materiál má rozsah 7 – 10 strán, špičkovú odbornú úroveň. Po preštudovaní má účastník možnosť vykonať test. Ak je úspešný, získa potvrdenie o absolvovaní e-kurzu s jedným alebo dvoma kreditmi, podľa rozsahu **a** obťažnosti študijného materiálu. Ak v teste nie je úspešný, môže sa vrátiť k študijnému materiálu **a** opakovať test. Študijný materiál je obohatený o obrázkovú dokumentáciu **a** doplňovaný výukovými videami. E-learningové štúdium plánujeme nastaviť ako teoretickú prípravu na kurzy alebo workshopy. Po jeho absolvovaní budú pripravení **pre** praktickú časť **a** nácvik zručnosti.

Aj urgentná medicína **a** urgentná zdravotná starostlivosť sa vyvíjajú. To, čo platilo pred dvadsiatimi rokmi, dnes už nemusí byť považované za správne. Ako vnímate vývoj v týchto oblastiach?

Podľa môjho názoru kvalita prednemocničnej urgentnej medicíny **a** poskytovanej zdravotnej starostlivosti posledných 10 – 15 rokov stagnuje. Vychádzam z oficiálnych ukazovateľov zverejnených vo výročných správach Operačného strediska ZZS Slovenskej republiky, kde je uvádzané, že dostupnosť výjazdových skupín ZZS **pre** občanov Slovenska sa posledné roky dynamicky zhoršuje. Do systému sme vložili veľké finančné prostriedky, ale nemáme možnosť dáta, jednotlivé indikátory kvality činnosti systému, analyzovať **a** hodnotiť. Nevieme seriózne povedať, akú kvalitu starostlivosti poskytujeme, nevieme sa seriózne porovnať s inými krajinami **a** urobiť si tak závery **a** stanoviť jasné úlohy **pre** budúce systémové riešenia.

Aké výzvy stoja pred Mereou v oblasti medicínskych služieb **a** vo vzdelávaní v najbližšom období?

Najdôležitejšie je, aby pominula pandémia **a** aby sme sa vrátili k normálnej práci dopravnej zdravotnej služby. Chceme rozvíjať projekt individuálnej súkromnej dopravy pacientov **a** zdravotnícku asistenciu. Rovnako sa chceme vrátiť k **vzdelávaniu**. Základom ostanú kurzy prvej pomoci **pre** laickú verejnosť. Tie chceme vykonávať v širokom rozmere. Na druhom mieste budú kurzy v neodkladnej podpore životných funkcií. K tomu pridáme kvalitný e-learningový program **a** tiež kurzy šité na mieru **pre** špecialistov v oblasti neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Jedným z kľúčových krokov aktuálneho roku bude úspešné etablovanie dopravnej zdravotnej služby na českom trhu, kde už intenzívne pracujeme aj na získaní akreditácie **vzdelávania** vodičov dopravných zdravotných služieb.

Merea **a.s.**:

Druhý najväčší prevádzkovateľ ambulancií dopravnej zdravotnej služby na Slovensku. Súčasťou služieb spoločnosti je aj individuálna súkromná doprava pacientov, zdravotnícka asistencia, ale aj edukácia zdravotníckych pracovníkov v neodkladnej podpore životných funkcií **a** laickej verejnosti v otázkach prvej pomoci. Má za sebou viac ako desaťročnú históriu. V roku 2019 úspešne ukončila kúpu aktív spoločnosti Falck Záchraná **a** v 2021 menila obchodné meno zo Záchranej zdravotnej služby SR na Merea. Intenzívne pomáha v boji s pandemiou COVID-19 pri očkovaní marginalizovaných skupín obyvateľstva či testovaním **a** očkovaním mobilnými tímami na území celého Slovenska.

MUDr. Jozef Karaš, MPH, MSc

Riaditeľ medicínskeho oddelenia. Patrí medzi popredné osobnosti slovenského záchranárstva. Absolvent **Lekárskej fakulty UPJŠ** v Košiciach. 25 rokov pracoval ako sekundárny lekár na ARO, neskôr ako primár ARO aj lekár na RLP. Absolvoval študijný pobyt na George Washington University vo Washingtone v odbore zdravotnícky manažment. Riadil nemocnicu v Starej Ľubovni **a** viac ako desaťrocie pôsobil ako medicínsky **a** generálny riaditeľ vo Falck Záchraná. Vzdeláva zdravotníkov i laikov **a** venuje sa prednáškovej činnosti. Je autorom kníh z oblasti prednemocničnej urgentnej medicíny.

Foto: Merea, **a.s.**

Komplexný pohľad na hepatocelulárny karcinóm

17. 2. 2022, Zdroj: **Lekárske listy**, Strany: 19, 20, 21, 22, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **Dominik Šafčák**, Sentiment: **Ambivalentný**, Téma: **Fakulty a ústavy UPJŠ**, Kľúčové slová: **LF UPJŠ**

Dosah: 14 000 AVE: 6662 Eur

Hepatocelulárny karcinóm (HCC) patrí medzi nádory gastrointestinálneho traktu so vzrastajúcou incidenciou. Podľa posledných údajov z GLOBOCAN 2020 bolo celosvetovo diagnostikovaných 906 000 prípadov a zaznamenaných cez 830 000 úmrtí. HCC je 6. najčastejšie diagnostikovaným nádorovým ochorením a 3. najčastejšou príčinou úmrtia na nádorové ochorenie. Posledné spracované dáta z Národného onkologického registra Slovenskej republiky z roku 2012 deklarujú 435 novodiagnostikovaných prípadov tohto ochorenia.

HCC je z hľadiska morbidity aj mortality 2- až 3-krát častejší u mužov než u žien. Najvyšší výskyt je pozorovaný vo východnej Ázii (z tohto regiónu dominuje najmä Mongolsko, s výrazne vyššou incidenciou aj mortalitou u oboch pohlaví), juhovýchodná Ázia, severná a západná Afrika. Aj napriek relatívne nižšej incidencii v Európe je celosvetový vzostupný trend pozorovaný aj v tomto regióne (graf). Takmer v 90 % novodiagnostikovaných prípadov je HCC dôsledkom chronického ochorenia, vo vyše 80 % prípadov vzniká v teréne cirhotickej prestavby pečene parenchýmu. Najčastejšími ochoreniami vedúcimi k vzniku tohto nádoru sú celosvetovo hepatitída B, hepatitída C, kontaminácia potravin aflatoxínom, abúzus alkoholu a nealkoholická steatohepatitída (NAFLD). Jednotlivé etiologické faktory podliehajú regionálnym rozdielom. Kým v najrizikovejších oblastiach (Čína, Kórea, subsaharská Afrika) prevažuje najmä hepatitída B a kontaminácia stravy aflatoxínom, v Japonsku, Egypte a Taliansku je častejší výskyt HCC na podklade hepatitídy C. Vo vyspelých krajinách predstavuje najväčšie riziko NAFLD. Z dát spracovaných v 8 slovenských centrách (onkologické kliniky, hepatologické ambulancie, interné oddelenia) z rokov 2010 - 2016, pre výskum prognostických faktorov bolo zaradených 484 pacientov, pričom 42,86 % prípadov HCC bolo dôsledkom abúzu alkoholu, druhou najčastejšou príčinou bola hepatitída C (13,66 %) a treťou NAFLD (11,18 %).

Diagnostika a klasifikácia

Základom diagnostiky HCC sú zobrazovacie metódy pečene s kontrastnou látkou. Biopsické vyšetrenie tumoru u všetkých pacientov nie je na rozdiel od väčšiny onkologických ochorení indikované. U pacientov s cirhózou a nodularitami priemeru nad 1 cm sú štandardom diagnostiky gadolíniové MR alebo 4-fázové CT vyšetrenie pečene, s patognomickým obrazom zosilnenia v arteriálnej fáze - APHE (arterial phase hyperenhancement), s následným wash-outom v neskej venóznej fáze. Pri nodularitách veľkosti od 10 do 20 mm je odporúčané zvážiť použitie dvoch zobrazovacích techník pre výrazný pokles senzitivity pri použití iba jednej z nich. V prípade nejasného výsledku je odporúčané pristúpiť v druhom kroku k biopsii nádorového tkaniva. Pre doplnenie rozsahu nádorového ochorenia je nutné realizovať aj CT hrudníka, brucha a malej panvy.

V súčasnosti je najpoužívanejšou klasifikáciou Barcelonská klasifikácia (BCLC- Barcelona Clinic Liver Cancer), ktorá zohľadňuje okrem rozsahu nádorového ochorenia aj metabolickú funkciu pečene (v podobe Child-Pugh skóre) a výkonnostný stav pacienta definovaný podľa škály Eastern Cooperative Oncology Group – ECOG. Na základe týchto troch parametrov sú pacienti klasifikovaní do štádia BCLC 0 (veľmi včasné štádium) a BCLC A - D. Kým štádia BCLC 0 a BCLC A hodnotíme ako kuratívne, štádia BCLC B (lokálne pokročilé) a BCLC C (pokročilé) sú indikované na paliatívnu terapiu, v štádiu BCLC D je vzhľadom k zlému výkonnostnému stavu alebo zlej metabolickej funkcii indikovaná symptomatická terapia (schéma 1).

Možnosti liečby

Veľmi včasné štádium – BCLC 0, definované jednou nodularitou s priemerom do 2 cm, s dobrou funkciou pečene a včasné štádium BCLC A (1 tumor nad 2 cm alebo 3 nodularity, každá s priemerom do 3 cm, s dobrou metabolickou funkciou pečene, u pacienta v dobrom výkonnostnom stave) sú indikované na rádiofrekvenčnú abláciu (RFA), resekciu alebo transplantáciu.

Resekcia je metódou voľby v prípade výskytu solitárneho HCC v necirhotickej pečeni. V prípade cirhotickej prestavby pečene je pred resekciou nutné zohľadniť MELD skóre (Model of End Stage Liver Disease, skóre nad 9 hodnotené ako rizikové), prítomnosť portálnej hypertenzie (definovanej ako HPVG > 10 mm) a rozsah chirurgickej resekcie (resekcia 3 a viac segmentov). Odporúčané je pred zákrokom realizovať aj volumometriu, meranie tuhosti pečene cestou elastografie a dynamickej funkcie pečene pomocou ICG (indocyanine green kinetic) testu. Efekt resekcie vykazuje lepšie výsledky v porovnaní s rádiofrekvenčnou abláciou u pacientov s nodularitou nad 3 cm, v rozsahu 2 - 3 cm benefit nie je jasný. U pacientov v štádiu BCLC 0 nebolo pozorované zlepšenie prežívania pri porovnaní resekcie a rádiofrekvenčnej ablácie s ohľadom na parametre prežívania a rekurencie, prínos resekcie spočíva len v definovaní rizikových faktorov pre ďalšie sledovanie (mikrovaskulárna invázia, grade 3 a pod.). Rádiofrekvenčná ablácia predstavuje menej invazívnu metódu liečby HCC. Preferovaná je najmä u pacientov s vysokým rizikom komplikácií po resekcii. Okrem toho ostáva akceptovanou alternatívou resekcie pri nodularitách do 2 cm lokalizovaných hlboko v parenchýme, resp. centrálne v parenchýme pečene.

Transplantácia pečene predstavuje efektívnu liečebnú alternatívu najmä u pacientov spĺňajúcich Milánske kritériá (1 nodularita s priemerom do 5 cm alebo 3, každá s maximálnym priemerom do 3 cm). Použitie tejto modality je možné aj u pacientov s väčším rozsahom nádorového ochorenia, po down-stagingu do uvedených hodnôt, v ostatných prípadoch sú výsledky liečby v zmysle 5-ročného prežívania výrazne horšie. Dôležitú úlohu v tomto procese zohráva aj prioritizácia pacientov, v závislosti od MELD skóre, odpovede na lokoregionálnu terapiu použitú v rámci down-stagingu alebo tzv. „bridgingu“ (použitie lokoregionálnej terapie u pacientov, ktorí úvodne

splnili Milánske kritériá, pri zaradení do zoznamu čakateľov), prípadne časový aspekt progresie nádorového ochorenia počas evidovania pacienta v zozname čakateľov. U pacientov v štádiu BCLC B (multinodulárne postihnutie pečene, bez vzdialených metastáz, bez trombózy vény portae, s dobrou funkciou a dobrým výkonnostným stavom) je metódou voľby transarteriálna chemoembolizácia (TACE). V súčasnosti sú k dispozícii dve základne metódy. Pri konvenčnej TACE je po kanylácii vyživujúcej artérie do tumoru aplikovaná lipiodolová emulzia s chemoterapeutikom (najčastejšie doxorubicínom), s následnou embolizáciou. Pri tzv. „drug-eluting beads“ TACE sa používajú doxorubicín-viažuce mikrosféry, s lepšou selekciou nádorového tkaniva a permanentnou embolizáciou. Použitie tejto metódy v porovnaní s konvenčnou TACE prináša nižší výskyt nežiaducich účinkov, nemá však významný vplyv na parametre prežívania (1-ročné prežívanie 66,2 % vs 83,5 %, 2-ročné prežívanie 56,8 % vs 55,4 %) ani na počet realizovaných procedúr (schéma 1). Pacienti v štádiu BCLC C (s extrahepatálnym šírením alebo trombózou vena portae, s dobrou funkciou pečene a v dobrom výkonnostnom stave) sú indikovaní na systémovú liečbu. Od roku 2008 bol štandardnou terapiou sorafenib, tyrozínkinázový inhibítor blokujúci signálne dráhy VEGFR 1-3, PDGFR- α β a c-RAF. V štúdiu SHARP viedlo jeho použitie k významnému predĺženiu celkového prežívania (10,7 mes. vs 7,9 mes., $p < 0,001$, HR 0,69; 95 % CI 0,55 - 0,87) aj prežívania bez rádiologickej progresie (5,5 mes. vs 2,8 mes., $p < 0,001$, HR 0,58; 95 % CI 0,45 - 0,74), miera hodnotenej liečebnej odpovede dosiahla iba 2 %. Druhým tyrozínkinázovým inhibítorom používaným v 1. línii liečby je lenvatinib. V štúdiu REFLECT preukázal v porovnaní so sorafenibom významné predĺženie prežívania bez progresie (7,4 mes. vs 3,7 mes., $p < 0,001$, HR 0,66; 95 % CI 0,57 - 0,77), bez vplyvu na celkové prežívanie (13,6 mes. vs 12,3 mes., HR 0,92; 95 % CI 0,79 - 1,06). Z hľadiska odpovede na liečbu došlo k zvýšeniu miery liečebnej odpovede, nie však miery kontroly ochorenia, vo výsledku s vyšším výskytom nežiaducich účinkov. Prvou dvojkombináciou, ktorá preukázala superioritu s ohľadom na celkové prežívanie, boli atezolizumab (PD-L1 blokátor) s bevacizumabom (anti-VEGF). Ich použitie viedlo taktiež k predĺženiu prežívania bez progresie (6,8 mes. vs 4,3 mes., $p < 0,001$, HR 0,59; 95 % CI 0,47 - 0,76), zlepšeniu miery liečebnej odpovede (28 % vs 12 %) a miery kontroly ochorenia (74 % vs 55 %). V súčasnosti na Slovensku táto dvojkombinácia nie je dostupná. V druhej línii liečby bol prvým tyrozínkinázovým inhibítorom s preukázanou účinnosťou regorafenib. V štúdiu RESORCE preukázal významné predĺženie celkového prežívania (10,6 mes. vs 7,8 mes., $p < 0,001$, HR 0,63; 95 % CI 0,50 - 0,79) aj prežívania bez progresie (3,1 mes. vs 1,5 mes., $p < 0,001$, HR 0,46; 95 % CI 0,37 - 0,56). Do štúdie boli zaradení iba pacienti liečení sorafenibom, ktorí terapiu tolerovali. Ďalším tyrozínkinázovým inhibítorom použitým v druhej línii bol cabozantinib. Do štúdie CELESTIAL boli zaradovaní pacienti bez ohľadu na toleranciu sorafenibu, pričom použitie cabozantinibu preukázalo významné predĺženie celkového prežívania (8,0 mes. vs 5,2 mes., $p = 0,005$, HR 0,76; 95 % CI 0,63 - 0,92) a prežívania bez progresie (5,2 mes. vs 1,9 mes., $p < 0,001$, HR 0,44; 95 % CI 0,36 - 0,52). Nevýhodou bol najmä častý výskyt závažných nežiaducich účinkov – 3. a 4. stupňa podľa CTCAE až u 68 % pacientov. Jedinou monoklonálnou protilátkou s preukázaným benefitom v 2. línii liečby je ramucirumab (IgG1 protilátka proti VEGFR-2). Jeho aplikácia u pacientov s hladinou AFP ≥ 400 ng/ml viedla taktiež k predĺženiu celkového prežívania (8,5 mes. vs 7,3 mes., $p = 0,019$, HR 0,71; 95 % CI 0,53 - 0,95) – schéma 2.

Výskum prognostických faktorov a modelov u pacientov s HCC

Vývoj a používanie nových liečebných modalít vedie aj k výskumu prognostických a prediktívnych faktorov liečby. Cieľom tohto výskumu je stratifikovať pacientov do rizikových skupín, s ohľadom na parametre liečebnej odpovede, rekurencie, prežívania alebo toxicity na základe dosiahnutých výsledkov. Výskum prognostických faktorov prebieha na všetkých úrovniach. Existuje rad génových polymorfizmov (napr. A-4 génový podpis, CBX8, cytochróm P450 4A11), v krvi cirkulujúcich mikro-RNA (napr. mikro-RNA 200 rodina, mikro-RNA 150 u pacientov s hepatitídou B, mikro-RNA 451), vaskulárny-endotelálny rastový faktor VEGF, HGF proteínov. Využitie takýchto prognostických faktorov je v dennej klinickej praxi výrazne limitované najmä vysokou finančnou a časovou náročnosťou ich vyšetrenia. V publikovanej literatúre sa čoraz väčšmi dáva dôraz na vývoj prognostických indexov, skórovacích systémov a modelov, ktoré by boli vyšetriteľné z dostupných dát realizovaných v rámci stagingu a rutinného vyšetrenia. Prvou veľkou skupinou sú zápalové indexy – NLR (pomer neutrofilov a lymfocytov), PLR (pomer trombocytov a lymfocytov) a SII (systémový imuno-íflamačný index). Existuje množstvo prác, ktoré v závislosti od zvolenej metodiky a hraničnej hodnoty prezentovali významne lepšie celkové prežívanie u pacientov liečených resekciou, rádiofrekvenčnou abláciou, transplantáciou, transarteriálnou chemoembolizáciou aj systémovou liečbou. Ich nedostatkom pre klinickú prax je pomerne vysoký rozptyl hodnôt, ktorý bol definovaný ako hranica pre dosiahnutie štatisticky významného výsledku. Druhým nedostatkom je retrospektívny charakter väčšiny realizovaných štúdií. Kombináciou imunitnej zložky a hlavného ukazovateľa výživy - albumínu, došlo k vzniku prognostického nutričného indexu (PNI). Prínosom tohto indexu má byť kombinácia hodnotenia zápalovej aktivity (s dominanciou lymfocytov v mikroprostredí, ktoré nehodnotíme ako tzv. „vyhasnuté“) s nutričným stavom pacienta, ktorý významným spôsobom determinuje priebeh liečby (výskyt komplikácií po operácii, prípadne intervenčných rádiologických výkonoch, výskyt nežiaducich účinkov súvisiacich so systémovou liečbou). Nevýhody zavedenia tohto parametra do dennej klinickej praxe sú totožné so zápalovými indexami. Ďalším diskutovaným indexom je ALBI – kalkulovaný na základe hodnôt sérového albumínu a bilirubínu, následne stratifikovaný do 3 stupňov. Tento prognostický index preukázal efektivitu nezávislého ukazovateľa celkového prežívania prakticky pri použití všetkých liečebných modalít. Podľa práce Chonga a kol. (2018) dokáže rozdeliť pacientov v štádiu BCLC 0 až A do skupín vhodných na resekciu (ALBI grade 1) alebo preferenčne na rádiofrekvenčnú abláciu (ALBI grade 2 - 3). Pre zaradenie do rozhodovacieho algoritmu liečby je nutná ďalšia validácia získaných údajov.

Kombináciou viacerých sledovaných parametrov vznikajú komplexné modely. Ako premenné slúžia charakteristiky z hľadiska tumoru (veľkosť, počet, priemer ložiska) v kombinácii s nutričným stavom (hladina sérového albumínu, celkových bielkovín), zápalovej zložky, renálnych parametrov prípadne mineralogramu (najmä Na +). Ich podrobný opis a vplyv na celkové prežívanie liečených pacientov presahuje možnosti tejto publikácie. V práci publikovanej op den Winkelom a kol. (2019) bol porovnávaný M-TACE (Munich-TACE) s 9 existujúcimi modelmi, všetkými vypočítateľnými z rutinných výsledkov a tumorových charakteristik, pričom bol hodnotený ako



najefektívnejší prediktor celkového prežívania pacientov liečených transartériovou chemoembolizáciou. Tento skórovací systém pozostáva z hladiny AFP, CRP, celkového bilirubínu, PT (INR), kreatinínu a rozsahu nádorového postihnutia.

Projekt HeCaRe na Slovensku

Projekt HeCaRe (HEpatocellular CArcinoma REgistry) predstavuje prospektívnu investigátormi iniciovanú štúdiu prognostických faktorov HCC na Slovensku. Ciele tejto štúdie sú: zozbieranie údajov od pacientov s HCC diagnostikovaných a liečených na Slovensku, analýza použitej terapie pacientov, jej vplyv na liečebnú odpoveď, mieru kontroly ochorenia a parametre prežívania (prežívanie bez choroby, prežívanie bez progresie a celkové prežívanie), analýza vplyvu prognostických faktorov (vychádzajúcich z tumoru, predchorobia pacienta, zápalových indexov a nutričných indexov) na mieru liečebnej odpovede a parametre prežívania, externá validácia publikovaných prognostických modelov a skórovacích systémov na populácii pacientov liečených na Slovensku, vývoj unikátneho prognostického indexu, prípadne skórovacieho systému s vyššou senzitivitou a špecifitou. Sekundárnym cieľom je odber biologického materiálu (krv a stolica), jeho archivácia a následná analýza nových prognostických faktorov. Celý projekt prebieha pod dohľadom odborných garantov:

prof. MUDr. Peter Jarčuška, PhD., prof. MUDr. Michal Mego, DrSc., doc. MUDr. Ľubomír Skladaný, PhD. a MUDr. Igor Andrašina, CSc. Výskum začína od marca v nasledujúcich centrách: Národný onkologický ústav, a.s, Východoslovenský onkologický ústav, a.s., II. Interná klinika UNLP v Košiciach, I. Interná klinika SZU a UNB, Nemocnica Kramáre, V. Interná klinika SZU a UNB, Nemocnica Ružinov, FNŠP Banská Bystrica- II. Interná klinika, Onkologická klinika, Interná klinika – Fakultná nemocnica Nitra, Univerzitná nemocnica Martin – Gastroenterologická klinika. V pláne je rozšírenie výskumu o ďalšie onkologické a internistické pracoviská v priebehu roka. Vstupné dáta budú zadávané do databázy projektu HeCaRe cestou platformy [https:// www.project-redcap.org](https://www.project-redcap.org). V rámci sledovaných parametrov budú zaznamenávané parametre nádorového ochorenia (štádium veľkosť, spôsob diagnostiky a pod.), parametre predchorobia (etiológia, komorbidita, sprievodná medikácia), výsledky krvných testov v čase stanovenia diagnózy (parametre hematológie, biochémie, hemokoagulácie), spôsob liečby a efekt jednotlivých terapeutických línií. **Pre** pacienta neprináša účasť v projekte HeCaRe žiadne medicínske riziko, neovplyvňuje nijakým spôsobom priebeh jeho terapie. Získané dáta budú pravidelne aktualizované investigátormi participujúcich centier. Raz ročne je plánovaná globálna analýza priebehu výskumu, pričom priebežné výsledky budú kedykoľvek k dispozícii všetkým participujúcim lekárom **pre** individuálny rozbor, štatistickú analýzu a publikačnú činnosť. V prípade súhlasu subjektu s účasťou v prospektívnom zbere vzoriek je odber biologického materiálu (krvi, stolice, prípadne oboch, v závislosti od vôle subjektu) možný v centre, v ktorom je pacient liečený, alebo ktoromkoľvek centre projektu HeCaRe (v závislosti od materiál no-technického vybavenia jednotlivých centier). Prvé očakávané štatistické výstupy sú plánované po dvoch rokoch fungovania projektu, analýza biologického materiálu sa začne po zozbieraní dostatočného množstva vzoriek.

HCC je nádorové ochorenie so stále vzrastajúcou incidenciou. **Pre** rozvoj početných liečebných modalít si v súčasnosti vyžaduje multidisciplinárny prístup tímu hepatológa, chirurga, intervenčného rádiológa, onkológa, nevyhnutná je koordinácia s transplantáčnym centrom.

Nepretržitý vývoj prognostických faktorov a modelov prispieva k stratifikácii pacientov, čo vedie k liečebnej optimalizácii a vo výsledku k predĺženiu života pacienta, spolu s minimalizáciou rizík spojených s terapiou. Cieľom projektu HeCaRe je prispieť k tejto vzájomnej koordinácii, poskytnúť možnosti aplikovať externé prognostické modely a skórovacie systémy na populácii slovenských pacientov, čo môže viesť k ich vylepšeniu a pomôcť k ich zavedeniu do dennej klinickej praxe. Okrem toho ponúka možnosti vývoja a výskumu prognostických faktorov, ktorých detekcia žiadnym spôsobom neohrozuje a nezaťažuje pacienta. Aplikácia poznatkov a dát zozbieraných v tejto štúdii môže pomôcť aj iným lekárske odboru k zlepšeniu liečebnej alebo preventívnej činnosti.

Graf: Incidencia HCC vo svete podľa GLOBOCAN 2020

Mongolsko Východná Ázia 26,9 8,9 Mongolsko Juhovýchodná Ázia 21,2 7,1 Severná Afrika 20,2 10,5 Mikronézia/Polynézia 17,1 4,7 Melanézia 13,8 9,0 Západná Afrika 11,4 5,6 Južná Európa 10,6 3,2 Severná Amerika 10,1 3,7 Austrália/Nový Zéland 9,5 2,9 Stredná Afrika 8,7 3,7 Západná Európa 8,6 2,6 Centrálna Amerika 6,9 5,7 Karibská oblasť 6,8 4,3 Severná Európa 6,8 3,2 Východná Európa 6,7 2,6 Južná Afrika 6,6 3,0 Východná Afrika 6,2 4,0 Západná Ázia 6,2 3,3 Južná Amerika 5,4 3,3 Juhocentrálna Ázia 4,0 2,0 Vekovo štandardizovaná incidencia na 100 000 Muži Ženy

Schéma 1: Aktuálne liečebné odporúčania pri HCC podľa EASL

HCC Štádium 0

PS 0, Child-Pugh A Veľmi včasné štádium (0) Jeden < 2 cm Jeden Portálny tlak/bilirubín Normálny

Resekcia

Včasné štádium (A) Jeden alebo 3 noduly < 3 cm, PS 0 Zvýšený Nie

Transplantácia pečene (CLT/ LDLT) Kuratívna liečba



3 noduly ≤ 3 cm Áno

PEI/RF Štádium **A** – C

PS 0 - 2, Child-Pugh **A** - B Intermediárne štádium (B) Viacero nodulov V, PS 0 Asociované ochorenia

Chemoembolizácia Nekuratívna liečba

Pokročilé štádium (C) Portálna invázia N1, M1 PS 1 - 2

Sorafenib Štádium D

PS > 2, Child-Pugh C Terminálne štádium (D)

Symptomatická liečba

Schéma 2: Liečebné odporúčania podľa European Society for Medical Oncology (ESMO)

BCLC 0 - **A**

Resekcia LTX (III, **A**) SBRT Brachyterapia SIRT (III C) Ablácia (III, **A**) TACE (I, B)

BLCL B

LTX Resekcia (III, **A**) SIRT (III C) TACE (I, **A**)

Nevhodné na lokálnu liečbu

Systémová terapia (I **A**)

BLCL C

Štandard: Atezolizumab + bevacizumab (I, **A**; MCBS 5) Možnosť: Sorafenib (I **A**; MCBS 4) Lenvatinib (I **A**) Štandard po sorafenibe Cabozantinib (I **A**; MCBS 3)

Regorafenib (I **A**; MCBS 4) Ramucirumab (I **A**, MCBS 1) Možnosti po atezolizumabe + bevacizumabe/lenvatinibe Sorafenib (V C) Lenvatinib (V C) Cabozantinib (V C) Regorafenib (V C) Ramucirumab (V C)

BLCL D

BSC (III, **A**)

Rádiofrekvenčná ablácia predstavuje menej invazívnu metódu liečby

Autor: MUDr. Dominik Šafčák, PhD. VOÚ a.s. Košice, **LF UPJŠ**, Klinika rádioterapie a onkológie Literatúra u autora



Katka je zubárkou hviezdnych nemeckých futbalistov: Ak treba, poslušne čakajú, kazy aj u detí sú tu raritou [🔗](#)

📅 16. 2. 2022, 19:30, Zdroj: [interez.sk](#) [🔗](#), Vydavateľ: Startitup s.r.o., Autor: Timotej Gašper, Sentiment: Pozitívny, Téma: Fakulty a ústavy UPJŠ, Kľúčové slová: LF UPJŠ

Dosah: 157 841 GRP: 3,51 OTS: 0,04 AVE: 1402 Eur

Katarína Örgvev vyštudovala zubné lekárstvo v Košiciach a od roku 2017 pracuje v krásnom prostredí nemeckého jazera Tegernsee. Ako zubárka pôsobí na klinike, ktorej špecializáciou je aj športové zubné lekárstvo a medzi tamojších pacientov tak patrí rada známych ľudí aj z lyžiarskeho či futbalového prostredia.

Množstvo mladých Slovákov sa v istom období života rozhodne odísť do zahraničia. Dôvodom môže byť lukratívnejšia pracovná ponuka, vyhliadka na lepšie živobytie, či odchod kvôli vzťahovým záležitostiam.

Po štúdiu zubného lekárstva sa pre odchod do Nemecka rozhodla aj Slovenka Katarína. Dnes je zamestnaná na zubnej klinike pri Tegernsee, kde ako zubná lekárka ošetruje viaceré svetoznáme osobnosti.

Foto: Katarína Örgvev, archív

Aj keď by si niekto mohol myslieť, že po rokoch už zahraničie považuje za svoju domovinu, tak je na veľkom omyle. Katka v našom rozhovore okrem iného naznačila, aká klientela jej často sedí v kresle, či ako sa stavia k otázke možného návratu na Slovensko.

V rozhovore s Katarínou Örgvev sa dočítate aj:

Kedy odišla do Nemecka a čo ju k tomu najviac presvedčilo?

Ako prebiehala adaptácia na zubnej klinike v zahraničí?

Či sú nároky na zubných lekárov v Nemecku odlišné od Slovenska.

Či plánuje návrat domov.

Aké osobnosti patria medzi ich pacientov?

Akí sú Nemci pacienti, či veria viac internetu alebo lekárovi?

Čo bolo dôvodom tvojho odchodu do zahraničia? Študovala si na Slovensku?

Študovala som odbor zubné lekárstvo na LF UPJŠ v Košiciach a ukončila som ho v roku 2016. Hneď po štátnych skúškach sa zrodil plán odísť do Nemecka, no iniciatíva však nevychádzala odo mňa, keďže som si nikdy netrúfala na okamžitý odchod do zahraničia za lekárskou prácou, a dokonca bez praxe.

Dôvodom bol môj už terajší manžel, cudzinec, ktorý tam svoje pracovné miesto už mal, a teda ďalší krok bol viac-menej na mne. Po promócií začiatkom leta som definitívne odišla.

Ako si spomínaš na úplné začiatky v Nemecku?

Pracovať som začala až v marci 2017, čo bolo približne deväť mesiacov od presťahovania sa sem, z toho šesť mesiacov trval celý proces od prihlásenia sa v príslušnej komore zubných lekárov, získania jazykového certifikátu, uznania diplomu až do získania aprobácie, čiže spôsobilosti vykonávať zubársku činnosť. Keďže sme ako krajina integrovaní v rámci EÚ, našťastie nebolo nutné opakovať aj odborné skúšky.

Sú na zubárov v Nemecku odlišné nároky ako u nás?

Vyhľadávaní sú lekári s praxou aj mladí absolventi, ktorí majú povinnosť dvojročnej praxe pod dohľadom skúseného zubného lekára ako tzv. lekári v príprave alebo lekár-asistent. Táto podmienka platí v prípade, ak chcete spolupracovať aj so štátnymi zdravotnými poisťovňami. Absolventi však môžu pôsobiť aj samostatne len v prípade, že ich pacienti sú klientmi súkromných zdravotných poisťovní.

Môj kolega, rovesník, či ďalší stážisti, ktorých som u nás stretla, proste absolventi nemeckých a rakúskych lekárskech univerzít, boli však viac odborne pripravení na výkon zubnolekárskej činnosti, čo sa týka manuálnych zručností, ale aj vedomostí.

Foto: Katarína Örgvev, archív

Už počas štúdia majú intenzívnejšiu klinickú prípravu, ak to mám porovnať s našou alma mater. Cítila som sa v začiatkoch ako dosť nevyrovnaný hráč, ale zmeniť som to mohla len vlastnou iniciatívou.

Ako vyzerali tvoje pracovné začiatky?



Mala som výhodu v nevýhode. Daná súkromná klinika krátko predtým získala licenciu na spoluprácu so štátnymi poisťovňami. Mínusom bolo už obsadené pracovné miesto iným absolventom **a** môj budúci šéf nemal aktuálne voľné miesto **pre** ďalšieho absolventa – lekára v príprave.

No prijal s mojím súhlasom, že začnem postupne nasávať atmosféru lekárskeho povolania v zahraničí, oboznámim sa pravdepodobne s iným prostredím, ako bola vysoká škola, **a** hlavne získam si prístup k jeho pacientom. Bolo to **pre** mňa vášnivé obdobie, bola som šťastná **a** nesmierne vďačná za takú pracovnú príležitosť, kde som sa mala najprv možnosť učiť, ako to celé v praxi funguje.

Na Slovensku platia pacienti u zubára takmer vždy značné čiastky peňazí, je to v Nemecku rovnako?

Neviem to porovnať úplne objektívne, keďže som nikdy nepracovala na Slovensku, ale samotné lekárske výkony vykazované poisťovňami sú z môjho pohľadu, čo sledujem v domácich odborných skupinách, honorované lepšie.

Foto: Katarína Örgen, archív

Na našej klinike, kde je podstatná väčšina pacientov poistená privátne, sa ponúka špičková starostlivosť **a** liečba, sú tu koncentrovaní rôznorodí špecialisti **a** aj zdravotnícky personál má potrebné vzdelanie. Za výkon sa účtuje takpovediac hodinový honorár. Práca zubného lekára **a** výkony s tým spojené sú vo všeobecnosti na našej klinike hodnotené za podstatne drahšie.

Dnes sa niektorí ľudia vďaka internetu "dozvedia" svoju diagnózu ešte pred návštevou lekára. Akí sú v tomto tvoji pacienti?

Našťastie, nestretávam sa s tým často, ale, samozrejme, tak ako každý lekár, aj ja som videla **a** ošetrovala aj exemplárnych pacientov. Mnohokrát už tušia, čo by problém mohol znamenať, ale sú trpezliví, nechajú vás diagnostikovať **a** vysvetliť. Často prídu aj s drobnosťami, o čom podľa mňa svedčí, že im na ústnom zdraví záleží.

Čo bolo **pre** mňa absolútnym high-lightom, je starostlivosť rodičov o detský chrup. Zubný kaz bol v nemeckej populácii detí takmer raritou, aj dokonca u detí slovenských rodičov, na čo som bola veľmi pyšná. Rovnako mám možnosť opakovane vidieť aj vlastný chrup pacientov seniorov, čo je **pre** nich normálne **a** bežné. Takže s celkovými protézami, čo sú tie vyberacie zuby, mám veľmi minimálnu až nulovú skúsenosť.

Vidíš zo subjektívneho pohľadu nejaký rozdiel medzi slovenským **a** zahraničným dentálnym lekárstvom?

Na Slovensku existujú naozaj špecializované centrá s nastaveným štandardom **pre** súčasné moderné zubné lekárstvo, rovnako porovnateľné sú aj služby **a** vidím aj obrovskú motiváciu mladších **a** mladých lekárov **pre** neustále **vzdelávanie**.

Možnosť kontinuálneho **vzdelávania** je však v Nemecku zrejme viac vzhľadom na veľkosť krajiny. Mala som už nespočetne veľa príležitostí zúčastniť sa rôznych edukačných kurzov, ktoré sú vedené uznávanými nemeckými ako aj zahraničnými odborníkmi.

Foto: Katarína Örgen, archív (na fotke s doktorom Siegfriedom Marquardtom)

Môj šéf je členom mnohých nemeckých aj zahraničných odborných spolkov **a** spoločností, je lektorom v oblasti chirurgie **a** implantológie či estetickej zubnej medicíny, organizuje kurzy **a** školenia pod záštitou jeho vzdelávacieho centra.

Som mu nesmierne vďačná, lebo ma takpovediac posúval vpred **a** dal mi mnoho príležitostí sa zlepšovať **a** jeho zásluhou som spoznala veľkých odborníkov aj úžasných ľudí. Stále mi hovorí, že vidí motiváciu **a** potenciál, ktorý treba využiť **a** rozvíjať.

Plánuješ niekedy návrat na Slovensko, prípadne odchod do inej krajiny?

Áno. Chceme sa definitívne vrátiť domov na Slovensko. Akokoľvek sa zdá byť zahraničie príťažlivé, časom zistíte, že vám chýbajú priatelia či rodina, s ktorými si jednoducho spontánne vypijete kávu.

Foto: Katarína Örgen, archív

Miestom výkonu tvojej práce je turistami vyhľadávaný Tegernsee.

Zatiaľ, čo iní tu v krásnom Tegernsee dovolenkujú, my tu bývame, žijeme, pracujeme. Je to asi 40 kilometrov na juh od Mníchova **a** zároveň je to jedno z najkrajších centier turizmu Bavorska. To hlavne vďaka alpskej prírode **a** jazeru.

Do kresla ti často sadajú aj známe osobnosti zo športového prostredia...

Sme klinikou, ktorá sa zameriava aj na tzv. športové zubné lekárstvo s cieľom zvýšiť výkon športovcov pri športe, **a** tým aj podporiť mladé talenty. Klinika kooperuje aj s nemeckým lyžiarskym zväzom DSV **a** niektorých členov budete mať možnosť vidieť aj na tohtoročných ZOH v Pekingu.



Okrem toho mi v kresle sedeli už aj veľmi známi hráči slávneho nemeckého futbalového klubu. Napríklad medzi našich pacientov patrí pár hráčov tohto klubu vrátane známeho brankára **a** tiež tréner.

(Katarína nemôže kvôli pravidlám GDPR uvádzať v rozhovore konkrétne mená. Podľa fotografie, na ktorej je Katka s brankárom Manuelom Neuerom, je zrejme, že ide o Bayern Mníchov.)

Mala si nejaký zvláštny pocit pred tým, než si išla ošetrovať prvého viac známejšieho človeka?

Môj pocit bol úplne neutrálny na rozdiel od môjho šéfa. (Smiech). Keďže som nikdy nebola futbalovým fanúšikom, na začiatku som ani netušila, kto sem príde **a** sadne si do kresla.

Milióny ľudí sleduje ich výkony **a** pozná ich tváre, no ako sa známejšie osobnosti správajú pri takejto "citlivejšej" chvíľke?

Správajú sa rovnako ako ostatní pacienti, ak je nutné, tak aj poslušne čakajú. Ale väčšinou naozaj len chvíľku. Pri tejto časti sa musím zasmiať, lebo môj šéf by neprežil, keby čakali vôbec v čakárni. Keď tak, možno v ordinácii. Sú naozaj milí, priateľskí, nie sú vážni, skôr uvoľnení **a** ja sama som pri nich nikdy necítila neistotu.

Foto: Katarína Örgen, archív

Starajú sa prominentní pacienti dôkladne o svoj chrup?

Starajú. Dbajú o svoje ústne zdravie, preto aj prichádzajú **a** vedia, že ochorenia či už samotných zubov alebo ostatných tkanív v ústach môžu následne ovplyvniť ich celkový zdravotný stav. Sú obklopení tímom odborníkov, ktorí ich k tomu vedú **a** nato upozorňujú.

Je za ošetrovanie exkluzívnych hostí iné finančné ohodnotenie?

Nie je tam finančný rozdiel, ak mi v kresle sedí známy pacient, menej známy alebo neznámy. Pri každom jednotlivcovi je potreba stanoviť diagnózu, navrhnúť plán liečby **a** možnosti **a** už oni sami sa rozhodnú, či to je alebo nie je aj v ich záujme.

Rozdiel by bol znova v poisťovniach, pretože pri privátnom poistení bude podiel jeho vlastných nákladov nižší pri tom istom liečebnom pláne ako u pacienta poisteného v štátnej zdravotnej poisťovni.

Foto: Katarína Örgen, archív (na štadióne Bayernu Mníchov)

Pravidlo je, že čím viac robíš, tým máš vyšší obrat, čo sa potom odzrkadlí aj na tvojom brutto/netto zárobku. Ale tak všeobecne u lekárov-asistentov to začína asi pri 3 500-5 000 eurách v hrubom, čo je základná zložka platu **a** plus podiel na obrate, čo je tiež individuálne, to môže byť medzi 20-30 %.

Z platu netreba mať veľké vidiny, pretože aj ja som začínala dosť mierne. Vplyv má na to určite typ kliniky, skúsenosti **a** prax, potom neskôr špecializácia **a** aj oblasť Nemecka, čiže ten základný plat niekde začína oveľa vyššie.

Pozri aj:

Má 12 rokov **a** vďaka NFT sa stal milionárom. Benjamin predáva obrázky divných veľrýb, niektoré...

Autor: Timotej Gašper