



5. edícia Univerzitných Majstrovstiev SR v e-športoch prichádza do finále! Kto zabojuje o titul?	2
Online, zones.sk, 25. 1. 2023, 8:03	
Svet okolo nás	4
Rozhlas, Svet okolo nás, 25. 1. 2023, 9:37	
V sobotu sa hrali dve dohrávky, uspeli Košice a Humenné	5
Online, basket.zoznam.sk, 25. 1. 2023, 10:50	
STOP DEKUBITOM – poraďte sa v UNLP	6
Online, lekarskenoviny.sk, 25. 1. 2023, 11:58	
STOP PRELEŽANINÁM – môžete sa poradiť v UNLP	8
Online, svetmobility.sk, 25. 1. 2023, 15:40	
Košická nemocnica zavádza nový projekt manažmentu starostlivosti a prevencie dekubitov u rizikových pacientov	10
Online, mediweb.hnonline.sk, 25. 1. 2023, 16:01	
Lekár Šóth: Ambulancie sa musia zachraňovať samy	12
Tlač, Trend, 26. 1. 2023	
Aká je záťaž ochorenia psoriatických pacientov so včasnou oligoartritídou	14
Tlač, Kompendium medicíny, 26. 1. 2023	
Pozícia apremilastu v liečbe psoriázy, moderovaný pohľad na tému	17
Tlač, Kompendium medicíny, 26. 1. 2023	
Jan Patočka — pražský Sokrates, hosť večera: Robo Stojka	20
Online, kamdomesta.sk, 26. 1. 2023, 1:41	
ROZHOVOR Starších ľudí neprávom odsúvame na druhú koľaj: Psychologička radí, ako ich začleniť späť do kolektívu	..
Online, plnielanu.zoznam.sk, 26. 1. 2023, 5:20	



5. edícia Univerzitných Majstrovstiev SR v e-športoch prichádza do finále! Kto zabojuje o titul? [🔗](#)

📅 25. 1. 2023, 8:03, Zdroj: [zones.sk](#) [🔗](#), Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, UPJŠ

Dosah: 61 912 GRP: 1,38 OTS: 0,01 AVE: 1130 Eur

Streda, 25.01.2023 08:00 redakcia

Už od utorka sa začnú Univerzitné majstrovstvá SR v hrách TeamFight Tactics, Rocket League, League of Legends a Counter-Strike: Global Offensive. UNI MSR potrvá až do nedele, pričom vysielací režim bol odetý do nového kabátu.

Vrchol univerzitnej sezóny v e-športe je tu. Už o pár dní bude zahájená piata edícia Univerzitných majstrovstiev SR. Sily si zmerajú tímy, ktoré ovládli dianie v Slovenskej univerzitnej ešportovej ligy s prívlastkom Masters.

Do hry sa zapoja Slovenská technická univerzita v Bratislave, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Žilinská univerzita v Žiline, Ekonomická univerzita v Bratislave, Technická univerzita v Košiciach, **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Univerzita Komenského v Bratislave alebo dvojica nitrianskych univerzít – Univerzita Konštantína Filozofa, respektíve Slovenská poľnohospodárska univerzita.

Reprezentanti týchto škôl sa zapoja do boja o prizepool vo výške 3080 €, ktorý bol rozdelený medzi tieto hry:

League of Legends powered by Accenture CS:GO powered by Innovation Capability Center Rocket League powered by Henkel Slovensko TeamFight Tactics powered by IBM

TeamFight Tactics powered by IBM je v tomto ročníku novinkou, UNI MSR zaháji práve tento herný titul. Stane sa tak v utorok 24.1. od 18:00, pričom o status univerzitného šampióna sa stretne 8 najlepších hráčov zo základnej časti SUEL Masters. V hre je prizepool 350 € a účasť v prestížnom medzinárodnom turnaji UNIVERSITY Extreme Masters. Sledujte livestream na [twitch.tv/yzonesk](#).

24.1. – 1. lobby, 18:00 24.1. – 2. lobby, 19:00 24.1. – 3. lobby, 20:00 24.1. – 4. lobby, 21:00

O deň neskôr, teda v stredu od 18:00, bude nasledovať hra Rocket League powered by Henkel Slovensko. Práve od tohto času začína vysielanie na platforme Twitch.tv, pričom do hry sa zapojí napríklad obhajca titulu z minulej edície UNIZA Esports (Žilinská univerzita v Žiline).

Medzi najlepšiu trojicu sa rozdelí prizepool 630 €, víťaz berie takisto miestenku v UNIVERSITY Esports Masters.

Viac o UNI MSR v Rocket League powered by Henkel Slovensko nájdete tu.

25.1. – 1. semifinále, 18:00 – ESTUBA vs. UCM TEDI Bears Rubby 25.1. – 2. semifinále, 19:00 – UNIZA Esports vs. ESTUBA Muffinz 25.1. – O 3. miesto, 20:00 25.1. – Finále, 21:00

Posledné dve hry budú rozdelené medzi štyri hracie dni – 26.1. uvidíme oba semifinálové zápasy v League of Legends powered by Accenture, hneď nasledujúci deň je na programe zápas o 3. miesto a samotné finále. V hre je prizepool 1050 € a možno postupu na UNIVERSITY Esports Masters. Podarí sa organizácii ESTUBA znovu ovládnuť UNI MSR alebo uvidíme v hre LOL nového šampióna?

Viac o UNI MSR v League of Legends powered by Accenture nájdete tu.

26.1. – 1. semifinále, 18:00 - ESTUBA vs. UNIZA Herolds 26.1. – 2. semifinále, 20:00 - Esport TUKE Red vs. EUBA A 27.1. – O 3. miesto, 18:00 27.1. – Finále, 20:00

Podobný scenár platí aj pre Counter-Strike: Global Offensive powered by Innovation Capability Center. Finálová štvorica sa zapojí do dvoch hracích dní, pričom nechýba obhajca z trnavskej univerzity UCM. V prvom semifinále UCM TEDI Bears Indigo vyzvú svojho bratislavského rivala v podobe ESTUBA. Hrať sa bude takisto o prizepool 1050 €.

Viac o UNI MSR v CS:GO powered by Innovation Capability Center nájdete tu.

28.1. – 1. semifinále, 18:00 - UCM TEDI Bears Indigo vs. ESTUBA 28.1. – 2. semifinále, 20:00 - Esport **UPJŠ** vs. Esport TUKE 29.1. – O 3. miesto, 18:00 29.1. – Finále, 20:00

Všetky vysielania budú dostupné v spomínané časy na platforme Twitch. Okrem sledovania zápasov sa diváci budú môcť zapojiť aj do rôznych súťaží, ktoré vznikli pre každú hru v spolupráci s partnermi Slovenská sporiteľňa, Accenture, Takeda Innovation Capability Center a Henkel Slovensko.

Pre viac informácií sledujte sociálne siete Y-Games Slovakia alebo Slovenský univerzitný e-šport.



Titulárnym partnerom Univerzitných majstrovstiev SR v elektronických športoch je Slovenská sporiteľňa. Partnerom UNI MSR je Crazy Wolf.

Autor: (c) Tím Zones.sk – Najväčší študentský portál – kontakt.zones.sk



Svet okolo nás [🔗](#)

📅 25. 1. 2023, 9:37, Relácia: **Svet okolo nás**, Stanica: **Rádio Regina (východ)**, Vydavateľ: **Rozhlas a televízia**

Slovenska, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**

Dosah: **11 836 GRP**; **0,26 OTS**; **0,00 AVE**; **503 Eur**

[strojový prepis] ... **Jozefa Šafárika v Košiciach**. Začneme napríklad tým, čo znamenajú tri písmenka VV. Na začiatku internetových adries ľudovo povedané internet alebo Orave tá naša celosvetová pavučina navzájom prepojených počítačov sieti zariadení je v podstate jeden obrovský komplex spojených vecí. Teda máme zariadenia, ktoré si vieme predstaviť. Povedzme, volajme ich počítače, z...



V sobotu sa hrali dve dohrávky, uspeli Košice a Humenné [📄](#)

📅 25. 1. 2023, 10:50, Zdroj: basket.zoznam.sk [📄](#), Vydavateľ: Zoznam, s.r.o., Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 1 774 GRP: 0,04 OTS: 0,00 AVE: 275 Eur

Publikované: 25.01.2023 Autor: basket.sk Foto: fb BKM SPU Nitra

Jedna dohrávka sa týkala 5. kola skupiny GOLD, druhá 9. kola skupiny SILVER Východ, obe stretnutia vyhrali hostia z Východného Slovenska.

V skupine GOLD vycestoval košický Diawin do Nitry za juniormi klubu BKM SPU a dá sa povedať, že sa s domácimi od úvodu príliš nepáral. V prvej štvrtine si vytvoril 15-bodový náskok a vyzeralo to tak, že dlhá cesta nemala vplyv na výkon Východniarov. V druhej časti hry, ale hostia trochu stratili iskru a stratili aj tri body zo svojho vedenia. Druhá polovica duelu, už bola v rukách Košičanov, tretiu periódu vyhrali o 14 a poslednú o 6 bodov. V zápase žiaril Ukrajinec Dmitro Sokolovskiy s 21 bodmi, 8 doskokmi, 7 asistenciami a 3 získanými loptami.

Juniori U19 2022/23, Skupina GOLD – 5. kolo, dohrávka

BKM SPU Nitra – DIAWIN Košice 51:83 (26:38)

Najviac bodov: Barina 11, Fehér 10, Šintál 8 – Sokolovskiy 21, Janura 15, Seman a Kollár po 11

Priebežná tabuľa skupiny GOLD:

Skóre

Rozdiel

1. Inter Bratislava 10 19 9 1 90,0 % 807:548 259 2. ŠBK Junior Levice 9 16 7 2 77,8 % 808:666 142 3. DIAWIN Košice 8 14 6 2 75,0 % 593:507 86 4. BKM Iskra Svit 10 14 4 6 40,0 % 702:756 –54 5. MBA Prievidza 9 12 3 6 33,3 % 610:692 –82 6. BKM SPU Nitra 10 12 2 8 20,0 % 630:799 –169 7. 1.BK Michalovce 8 11 3 5 37,5 % 514:566 –52 8. BK Lokomotíva Sereď 8 10 2 6 25,0 % 562:692 –130

V skupine SILVER Východ sa v dohrávanom stretnutí 9. kola stretli domáci MBK Liptovský Mikuláš s 1. BK Humenné, začiatok duelu vyznel výrazne pre Humenné, prvú časť jeho hráči vyhrali o 20 bodov a zdalo sa, že domáci inkasujú poriadny debakel. Vývoj skóre však v ďalšom priebehu nebol až taký nevyrovnaný, druhú štvrtinu vyhrali domáci o 4 body, tretiu hostia o 7 a poslednú opäť domáci o 9 bodov. V konečnom dôsledku Východniari vyhrali súboj na Liptove o 14 bodov.

Juniori U19 2022/23, Skupina SILVER – 9. kolo, dohrávka

MBK Liptovský Mikuláš – 1.BK Humenné 52:66 (19:35)

Najviac bodov: Kubány 23, Repa 11 (16 doskokov), Jančuška 9 – Pankovčín 20, Balogáč 13 (13 doskokov), Zeleňák 10

Priebežná tabuľa skupiny SILVER Východ:

Poradie

Skóre

Rozdiel

1. BK 04 AC LB Spišská Nová Ves 10 20 10 0 100,0 % 838:416 422 2. TYDAM **UPJŠ** KOŠICE 10 16 6 4 60,0 % 777:497 280 3. 1.BK Humenné 10 16 6 4 60,0 % 743:493 250 4. MBK Liptovský Mikuláš 9 14 5 4 55,6 % 721:473 248 5. BK UNIPO Akademik Prešov 9 11 2 7 22,2 % 334:895 –561 6. BK MŠK Mileo Kežmarok 10 10 0 10 0,0 % 397:1036 –639

Autor: DANNAX, spol. s r.o. || Publikované: 25.01.2023 Autor: basket.sk Foto: fb BKM SPU Nitra



STOP DEKUBITOM – poraďte sa v UNLP [↗](#)

📅 25. 1. 2023, 11:58, Zdroj: [lekarskenoviny.sk](#) [↗](#), Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 343 GRP: 0,01 OTS: 0,00 AVE: 110 Eur

Redakcia

Košice, 25. januára 2023 – Dekubity – preležaniny – vznikajú u pacientov na rôznych častiach tela, na ktoré pôsobí dlhší čas tlak. Prejavujú sa najmä u dlhodobo ležiacich pacientov, ale nezriedka aj u imobilných ľudí na vozíčku. Odborníci počas preventívnej akcie v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura STOP DEKUBITOM vysvetľovali laickej verejnosti, ako preležaninám predchádzať. Nechýbali inštruktážne ukážky správneho polohovania pacienta a osvedčené postupy starostlivosti našich zdravotníkov aj odborníkov spoločnosti Hartmann, ktorá sa špecializuje na zdravotnícke antidekubitárne pomôcky.

Bežná verejnosť by mala vedieť, čo je to DEKUBIT – preležanina

„Aby ich následne nebolo potrebné liečiť na dekubity. Pokiaľ je potrebné liečiť pacienta doma, je dôležité, aby aj blízki, ktorí sa oňho starajú, vedeli, ako odľahčiť dané časti tela, aby nevznikli dekubity. Prípadne, aby sa zahojili čím skôr, pokiaľ ich už pacient má,“ rozpráva fyzioterapeutka z Kliniky fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie na Rastislavovej 43, Mgr. Miroslava Vysocká.

Starostlivosť o pacientov s dekubitmi je náročná. Ideálne podľa nej je, keď sa o takéhoto človeka doma starajú dvaja ľudia a môžu sa striedať. „Vždy je dobré, keď s takýmto pacientom manipulujú dvaja, v nemocnici to nie je problém. Náročnejšie je to doma. Ale narábanie s takýmto pacientom vie zvládnuť aj jeden človek, keď sa naučí s pacientom manipulovať a správne ho polohovať,“ pokračuje.

Pomôžu aj zdravotnícke pomôcky

Existuje možnosť zakúpiť alebo požičať si domov polohovateľnú posteľ s úhradou zdravotnej poisťovne. „Ideálne je, ak máme pacienta na polohovateľnej posteli, pretože si ju vieme upraviť na našu výšku. Ak sa totiž dlhodobo staráme o takéhoto rodinného príslušníka, náš chrbát trpí. Takže je dôležité vedieť, ako dvíhať pacienta, ako ho presúvať, ako ho otáčať. Nielen kvôli samotnému pacientovi, ale musíme si chrániť aj svoje zdravie, aby sme si nespôsobili vlastné zdravotné problémy,“ vysvetľuje fyzioterapeutka Mirka.

Pokiaľ ide o dočasnú, krátkodobú starostlivosť, pomôžeme si dekami, vankúšmi. Ak ide o dlhodobú starostlivosť, nevyhnutné sú pomôcky na polohovanie pacienta. Na trhu sa už dajú bez problémov kúpiť.

RADA skúsenej fyzioterapeutky: Vyskúšajte si najskôr sami na sebe polohu, v ktorej budete mať pacienta. Pokiaľ nie je pohodlná pre vás, nebude ani pre pacienta.

Polohovanie pacienta závisí od jeho diagnózy a od funkčného stavu. Napríklad pre pacientov, ktorí majú zápal pľúc, či problémy s dýchaním, nie je vhodná poloha – ležanie na chrbte. Vhodnejšia je taká, pri ktorej je vyvýšený hrudník.

Naši zdravotníci pomôžu aj rodine pacienta

„Komunikujeme aj s rodinou, vieme inštruovať rodinu, ako sa starať, ako polohovať, poradíme, čo je potrebné robiť, kde prípadne získať zdravotnícke pomôcky pre dlhodobo ležiaceho pacienta. Buď, aby sa predišlo vzniku preležanín, alebo aby sa odľahčilo pacientovi, keď už dekubity má,“ dodáva Mirka Vysocká. Dekubity sú pre každého pacienta veľkým rizikom, predlžujú jeho liečbu a celkový pobyt v nemocnici. Úmrtnosť pacientov s dekubitmi je až 4-krát vyššia než u tých, ktorí nimi netrpia.

Liečba dekubitov je finančne veľmi náročná

Širšia osveta v prevencii dekubitov má význam nielen pre zdravotnícke zariadenia, ale aj pre samotných pacientov a ich príbuzných. „Prevencia je vždy lacnejšia, ako riešenie dôsledkov. Ale musí sa začať už pri prvých štádiách. V zahraničí sa dekubitom dokonca predchádza skôr, než je pacient hospitalizovaný v nemocnici. Na Slovensku zatiaľ nemáme takéto možnosti,“ vysvetľuje MUDr. Marián Rošák, PhD. z Kliniky úrazovej chirurgie.

„Najlacnejšie dekubity sú žiadne dekubity. Ak už vzniknú, v prvom a druhom štádiu sú náklady 700 – 800 eur za 3 mesiace ich liečby. Ak sú dekubity vyššieho štádia, teda 3. až 4., vychádza to na 7.000 – 8.000 eur za 7 až 8 mesiacov následnej liečby. Čiže tie náklady sú neporovnateľné,“ dodáva skúsenejší lekár na prevenciu a liečbu dekubitov.

Dekubity môžu získať nielen starší ľudia, či ležiaci seniori

Dostať ich môže aj 20-ročný človek po ťažkej polytraume alebo ochrnutý pacient po neurochirurgickom výkone. „Riziková je aj detská či mladá generácia, pri dlhom ležaní môže vzniknúť dekubit na záhlaví. Pri staršej generácii vznik dekubitov závisí od mobility človeka. Všeobecne ich vznik podmieňuje celkový zdravotný stav pacienta. Sú rôzne pravidlá pre pacienta hospitalizovaného v nemocnici, v domove sociálnych služieb či doma. Dôležité je, aby sa aj laická verejnosť vedela poradiť, aby ľuďom, ktorí sa o dlhodobo ležiacich príbuzných či blízkych starajú doma, mal kto pomôcť,“ uzatvára MUDr. Rošák.



Až v 90 % sa dekubitom dá predísť. „Komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorej neoddeliteľnou súčasťou je pravidelné a správne polohovanie pacientov. V posledných dvoch rokoch kladieme v UNLP na to veľký dôraz, zabezpečovaním rôznych antidekubitných pomôcok na lôžkové oddelenia, ktoré uľahčujú ošetrovateľskému personálu manipuláciu s pacientom a zabezpečujú im vyšší komfort,“ hovorí Vlasta Kostovská, sestra pri lôžku na Neurochirurgickej klinike, ktorá je súčasťou Ranového tímu (pracovná skupina pre ošetrovanie chronických rán a dekubitov pri UNLP v Košiciach).

Preveniu pred dekubitmi chceme v UNLP posilniť

Prevenia dekubitov je súčasťou komplexnej starostlivosti o pacienta a UNLP pracuje podľa vypracovaných štandardov. „Na oboch pracoviskách nemocnice – Tr. SNP aj Rastislavova 43 – venujeme tejto problematike veľkú pozornosť. Pripravili sme preto nový moderný projekt manažmentu starostlivosti a prevencie dekubitov u rizikového pacienta, ktorý nám pomôže efektívnejšie eliminovať faktor vzniku dekubitov,“ hovorí námestníčka UNLP pre ošetrovateľstvo PhDr. Alena Kellnerová, MPH.

Za kľúčové pritom považuje vytvorenie pracovných skupín pre prevenciu a liečbu dekubitov – lekár a sestra na všetkých lôžkových pracoviskách. „Vo väčšej miere plánujeme do prevencie zapojiť aj fyzioterapeutov, ktorí sa priamo podieľajú na polohovaní pacienta. A tiež pravidelné vzdelávanie a školenia zdravotníkov v tejto oblasti, ktorá neustále prináša nové poznatky, ako pri ošetrovaní tak pri vývoji rôznych pomôcok či antidekubitárnych prípravkov,“ pokračuje A. Kellnerová.

Pri tvorbe ošetrovateľskej dokumentácie UNLP aktívne spolupracuje s Ústavom ošetrovateľstva LF **UPJŠ** Košice, pod vedením prof. PhDr. Lucie Dimunovej, PhD. „Spolupráca pomôže najmä pri školení zdravotníckeho personálu, ale aj pri vzniku nového manuálu na ošetrovanie rán,“ uzatvára námestníčka UNLP.

Súčasťou preventívnej akcie STOP DEKUBITOM bol v UNLP aj seminár pre lekárov a sestry MANAŽMENT CHRONICKÝCH RÁN – DEKUBITY, ktorý sa uskutočnil pod záštitou námestníčky Aleny Kellnerovej. Odborným garantom podujatia bol námestník liečebno-preventívnej starostlivosti pre chirurgické odbory MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH.

Zdroj: UNLP, TS

Autor: Redakcia || Redakcia



STOP PRELEŽANINÁM – môžete sa poradiť v UNLP [🔗](#)

📅 25. 1. 2023, 15:40, Zdroj: svetmobility.sk [🔗](#), Autor: **Ivan Chabada**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: **40 GRP: 0,00 OTS: 0,00 AVE: 35 Eur**

25. januára 2023 Chabada Ivan 0 komentárov

U pacientov môžu vzniknúť na rôznych častiach tela, na ktoré pôsobí dlhší čas tlak, dekubity – preležaniny. Vyskytnú sa najmä u dlhodobo ležiacich pacientov, ale aj u imobilných ľudí na vozíčku. Počas preventívnej akcie v Univerzitetnej nemocnici L. Pasteura STOP DEKUBITOM, vysvetľovali odborníci laickej verejnosti, ako preležaninám predchádzať. Boli prezentované aj inštruktážne ukážky správneho polohovania pacienta a osvedčené postupy starostlivosti našich zdravotníkov aj odborníkov spoločnosti Hartmann, ktorá sa špecializuje na zdravotnícke antidekubitárne pomôcky.

Medzi bežné poznatky verejnosti by mala byť i znalosť, čo to DEKUBIT je

„Aby ich následne nebolo potrebné liečiť na dekubity. Pokiaľ je potrebné liečiť pacienta doma, je dôležité, aby aj blízki, ktorí sa oňho starajú, vedeli, ako odľahčiť dané časti tela, aby nevznikali dekubity. Prípadne, aby sa zahojili čím skôr, pokiaľ ich už pacient má,“ hovorí fyzioterapeutka z Kliniky fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie na Rastislavovej 43, Mgr. Miroslava Vysocká.

Ošetrovanie pacientov s dekubitmi je náročné. Ideálne podľa Mgr. Vysockej je, keď sa o takéhoto človeka doma starajú dvaja ľudia a môžu sa striedať. „Vždy je dobré, keď s takýmto pacientom manipulujú dvaja, v nemocnici to nie je problém. Náročnejšie je to doma. Ale narábanie s takýmto pacientom vie zvládnuť aj jeden človek, keď sa naučí s pacientom manipulovať a správne ho polohovať,“ oboznamuje.

Nápomocné sú aj zdravotnícke pomôcky

Je tu možnosť zakúpiť alebo požičať si domov polohovateľnú posteľ s úhradou zdravotnej poisťovne. „Ideálne je, ak máme pacienta na polohovateľnej posteli, pretože si ju vieme upraviť na našu výšku. Ak sa totiž dlhodobo staráme o takéhoto rodinného príslušníka, náš chrbát trpí. Takže je dôležité vedieť, ako dvíhať pacienta, ako ho presúvať, ako ho otáčať. Nielen kvôli samotnému pacientovi, ale musíme si chrániť aj svoje zdravie, aby sme si nespôsobili vlastné zdravotné problémy,“ vysvetľuje fyzioterapeutka Mirka.

V prípade ak ide o dočasnú, krátkodobú starostlivosť, pomôžeme si dekami, vankúšmi. Ak však ide o dlhodobú starostlivosť, nevyhnutné sú pomôcky na polohovanie pacienta. Na slovenskom trhu sa už dajú bez problémov kúpiť.

Skúsená fyzioterapeutka radí:

Skúste si najskôr vyskúšať sami na sebe polohu, v ktorej budete mať pacienta. Ak nie je pohodlná pre vás, nebude ani pre pacienta.

Od diagnózy pacienta a od funkčného stavu závisí aj jeho polohovanie. Napríklad pre pacientov, ktorí majú zápal pľúc, či problémy s dýchaním, nie je vhodná poloha – ležanie na chrbte. Poloha spĺňajúca požiadavky tejto diagnózy je taká, pri ktorej je vyvýšený hrudník.

Zdravotníci pomôžu aj rodine pacienta

„Komunikujeme aj s rodinou, vieme inštruovať rodinu, ako sa starať, ako polohovať, poradíme, čo je potrebné robiť, kde prípadne získať zdravotnícke pomôcky pre dlhodobo ležiaceho pacienta. Buď, aby sa predišlo vzniku preležanín, alebo aby sa odľahčilo pacientovi, keď už dekubity má,“ vysvetľuje Mirka Vysocká. Pre každého pacienta sú dekubity veľkým rizikom, predlžujú jeho liečbu a celkový pobyt v nemocnici. Dokonca je až 4-krát vyššia úmrtnosť pacientov s dekubitmi ako u tých, u ktorých sa nevyskytujú.

Finančne veľmi náročná liečba dekubitov

Význam širšej osvetly v prevencii dekubitov je dôležitý nielen pre zdravotnícke zariadenia, ale aj pre samotných pacientov a ich príbuzných. „Prevencia je vždy lacnejšia, ako riešenie dôsledkov. Ale musí sa začať už pri prvých štádiách. V zahraničí sa dekubitom dokonca predchádza skôr, než je pacient hospitalizovaný v nemocnici. Na Slovensku zatiaľ nemáme takéto možnosti,“ vysvetľuje MUDr. Marián Rošák, PhD. z Kliniky úrazovej chirurgie.

„Najlacnejšie dekubity sú žiadne dekubity. Ak už vzniknú, v prvom a druhom štádiu sú náklady 700 – 800 eur za 3 mesiace ich liečby. Ak sú dekubity vyššieho štádia, teda 3. až 4., vychádza to na 7.000 – 8.000 eur za 7 až 8 mesiacov následnej liečby. Čiže tie náklady sú neporovnateľné,“ dodáva skúsený lekár na prevenciu a liečbu dekubitov.

Dostať dekubity môžu nielen starší ľudia, či ležiaci seniory

Môže nimi trpieť aj 20-ročný človek po ťažkej polytraume alebo ochrnutý pacient po neurochirurgickom výkone. „Riziková je aj detská či mladá generácia, pri dlhom ležaní môže vzniknúť dekubit na záhlaví. Pri staršej generácii vznik dekubitov závisí od mobility človeka. Všeobecne ich vznik podmieňuje celkový zdravotný stav pacienta. Sú rôzne pravidlá pre pacienta hospitalizovaného v nemocnici, v



domove sociálnych služieb či doma. Dôležité je, aby sa aj laická verejnosť vedela poradiť, aby ľuďom, ktorí sa o dlhodobo ležiacich príbuzných či blízkych starajú doma, mal kto pomôcť," uzatvára MUDr. Rošák.

Dekubitom sa dá predísť až v 90%. „Komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorej neoddeliteľnou súčasťou je pravidelné a správne polohovanie pacientov. V posledných dvoch rokoch kladieme v UNLP na to veľký dôraz, zabezpečením rôznych antidekubitných pomôcok na lôžkové oddelenia, ktoré uľahčujú ošetrovateľskému personálu manipuláciu s pacientom a zabezpečujú im vyšší komfort,“ hovorí Vlasta Kostovská, sestra pri lôžku na Neurochirurgickej klinike, ktorá je súčasťou Ranového tímu (pracovná skupina pre ošetrovanie chronických rán a dekubitov pri UNLP v Košiciach).

V UNLP chceme posilniť prevenciu pred dekubitmi

UNLP pracuje podľa vypracovaných štandardov. Preto prevencia dekubitov je súčasťou komplexnej starostlivosti o pacienta. „Na oboch pracoviskách nemocnice – Tr. SNP aj Rastislavova 43 – venujeme tejto problematike veľkú pozornosť. Pripravili sme preto nový moderný projekt manažmentu starostlivosti a prevencie dekubitov u rizikového pacienta, ktorý nám pomôže efektívnejšie eliminovať faktor vzniku dekubitov,“ vysvetľuje námestníčka UNLP pre ošetrovateľstvo PhDr. Alena Kellnerová, MPH.

Vytvorenie pracovných skupín pre prevenciu a liečbu dekubitov – lekár a sestra na všetkých lôžkových pracoviskách, považujú za kľúčové. „Vo väčšej miere plánujeme do prevencie zapojiť aj fyzioterapeutov, ktorí sa priamo podieľajú na polohovaní pacienta. A tiež pravidelné vzdelávanie a školenia zdravotníkov v tejto oblasti, ktorá neustále prináša nové poznatky, ako pri ošetrovaní tak pri vývoji rôznych pomôcok či antidekubitárnych prípravkov,“ pokračuje A. Kellnerová.

Súčasne UNLP aktívne spolupracuje s Ústavom ošetrovateľstva LF **UPJŠ** Košice, pod vedením prof. PhDr. Lucie Dimunovej, PhD. pri tvorbe ošetrovateľskej dokumentácie. „Spolupráca pomôže najmä pri školení zdravotníckeho personálu, ale aj pri vzniku nového manuálu na ošetrovanie rán,“ upozorňuje na záver námestníčka UNLP.

Súčasťou preventívnej akcie STOP DEKUBITOM bol v UNLP aj seminár pre lekárov a sestry MANAŽMENT CHRONICKÝCH RÁN – DEKUBITY, ktorý sa uskutočnil pod záštitou námestníčky Aleny Kellnerovej. Odborným garantom podujatia bol námestník liečebno-preventívnej starostlivosti pre chirurgické odbory MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH.

Zdroj: UNLP.sk

Autor: Ivan Chabada



Košická nemocnica zavádza nový projekt manažmentu starostlivosti a prevencie dekubitov u rizikových pacientov

📅 25. 1. 2023, 16:01, Zdroj: mediweb.hnonline.sk , Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: mt, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa

Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 1 567 GRP: 0,03 OTS: 0,00 AVE: 258 Eur

Kľúčové sú pracovné skupiny pre prevenciu a liečbu preležanín na všetkých lôžkových pracoviskách.

Univerzitná nemocnica L. Pasteura v Košiciach UNLP postupuje pri prevencii a liečbe dekubitov podľa vypracovaných štandardov.

„Na oboch pracoviskách nemocnice – Triede SNP aj Rastislavova 43 – venujeme tejto problematike veľkú pozornosť. Pripravili sme preto nový moderný projekt manažmentu starostlivosti a prevencie dekubitov u rizikového pacienta, ktorý nám pomôže efektívnejšie eliminovať faktor vzniku dekubitov,“ informovala námestníčka pre ošetrovateľstvo PhDr. Alena Kellnerová, MPH.

Spolupráca

Za kľúčové pritom považuje vytvorenie pracovných skupín pre prevenciu a liečbu dekubitov – lekár a sestra na všetkých lôžkových pracoviskách.

„Vo väčšej miere plánujeme do prevencie zapojiť aj fyzioterapeutov, ktorí sa priamo podieľajú na polohovaní pacienta. A tiež pravidelné vzdelávanie a školenia zdravotníkov v tejto oblasti, ktorá neustále prináša nové poznatky, ako pri ošetrovaní tak pri vývoji rôznych pomôcok či antidekubitárnych prípravkov,“ pokračuje A. Kellnerová.

Pri tvorbe ošetrovateľskej dokumentácie UNLP aktívne spolupracuje s Ústavom ošetrovateľstva LF **UPJŠ** Košice, pod vedením prof. PhDr. Lucie Dimunovej, PhD. „Spolupráca pomôže najmä pri školení zdravotníckeho personálu, ale aj pri vzniku nového manuálu na ošetrovanie rán,“ dodáva námestníčka.

Význam prevencie

Širšia osвета v prevencii dekubitov má význam nielen pre zdravotnícke zariadenia, ale aj pre samotných pacientov a ich príbuzných.

„Prevencia je vždy lacnejšia ako riešenie dôsledkov. Ale musí sa začať už pri prvých štádiách. V zahraničí sa dekubitom dokonca predchádza skôr, než je pacient hospitalizovaný v nemocnici. Na Slovensku zatiaľ nemáme takéto možnosti,“ vysvetľuje MUDr. Marián Rošák, PhD. z Kliniky úrazovej chirurgie.

„Najlacnejšie dekubity sú žiadne dekubity. Ak už vzniknú, v prvom a druhom štádiu sú náklady 700 – 800 eur za 3 mesiace ich liečby. Ak sú dekubity vyššieho štádia, teda 3. až 4., vychádza to na 7 000 – 8 000 eur za 7 až 8 mesiacov následnej liečby. Čiže tie náklady sú neporovnateľné,“ dodáva MUDr. Rošák.

Riziko aj pre mladých pacientov

Dekubity môžu získať nielen starší ľudia či ležiaci seniori. Dekubity ohrozujú aj mladého pacienta po ťažkej polytraume alebo ochrnutí po neurochirurgickom výkone.

„Riziková je aj detská či mladá generácia, pri dlhom ležaní môže vzniknúť dekubit na záhlaví. Pri staršej generácii vznik dekubitov závisí od mobility človeka. Všeobecne ich vznik podmieňuje celkový zdravotný stav pacienta. Sú rôzne pravidlá pre pacienta hospitalizovaného v nemocnici, v domove sociálnych služieb či doma. Dôležité je, aby sa aj laická verejnosť vedela poradiť, aby ľuďom, ktorí sa o dlhodobu ležiacich príbuzných či blízkych starajú doma, mal kto pomôcť,“ zdôrazňuje MUDr. Rošák.

Osveta

Počas preventívnej akcie v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura Stop dekubitom zdravotníci vysvetľovali laickej verejnosti, ako preležaninám predchádzať. Nechýbali inštruktážne ukážky správneho polohovania pacienta a osvedčené postupy starostlivosti s použitím zdravotníckych antidekubitárnych pomôcok.

Až v 90 percentách prípadov sa dekubitom dá predísť. „Komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorej neoddeliteľnou súčasťou je pravidelné a správne polohovanie pacientov. V posledných dvoch rokoch kladieme na to veľký dôraz, zabezpečovaním rôznych antidekubitných pomôcok na lôžkové oddelenia, ktoré uľahčujú ošetrovateľskému personálu manipuláciu s pacientom a zabezpečujú im vyšší komfort,“ hovorí Vlasta Kostovská, sestra pri lôžku na Neurochirurgickej klinike, ktorá je súčasťou Ranového tímu, pracovnej skupiny pre ošetrovanie chronických rán a dekubitov.

Výskyt

Prevalencia dekubitov vo svete predstavuje 8,8 – 53,2 % a incidencia predstavuje ročne 7 – 71,6 %.



Výskyt dekubitov na Slovensku sa podľa odborníkov pohybuje medzi 10 a 68 %. Ide väčšinou o lokálne prierezové dáta. Len necelých 60 % preležanín v 3. štádiu sa počas 6 mesiacov zhojí, v štvrtom štádiu počas 6 mesiacov až 1 roka zomrie 30 – 50 % chorých na dekubitálnu sepsu. NCZI a poisťovne v kontexte súčasných legislatívnych predpisov deklarujú celkovú incidenciu dekubitov cca 1,4 na 1 000 hospitalizovaných pacientov za rok.

Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán upozornila, že výskyt dekubitov je na Slovensku citlivou témou. Dôvodom je, že dekubity sú jedným z indikátorov kvality. V dôsledku vysokej incidencie dekubitov môžu byť dané zariadenie alebo poskytovaná starostlivosť hodnotené ako nekvalitné s rizikom udelenia sankcií.

Autor: mt



Lekár Šóth: Ambulancie sa musia zachraňovať samy [✉](#)

📅 26. 1. 2023, Zdroj: **Trend**, Strany: 52, 53, Vydavateľ: News and Media Holding a.s., Autor: Benita Feketeová, 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: 3249 Eur

Rubrika: SPOLOČ NOSTĚ

Poplatky v ambulanciách sa stávajú realitou. Ak štát situáciu nevyrieši, pacienti si budú plne hradiť zdravotnú starostlivosť

Problémy slovenského zdravotníctva sa každoročne prehľbujú. Nedostatok personálu, vysoké ceny energií a zlé manažovanie sektora sa začínajú prejavovať a pociťujú to najmä pacienti. Súkromné ambulancie sú nútené robiť zúfalé rozhodnutia. To, aké sú príčiny vyberania poplatkov od pacientov, prezradil v rozhovore prezident Asociácie súkromných lekárov Marián Šóth.

Ambulancie začali vyberať poplatky. Aké dôvody uvádzajú?

V prvom rade ide o veľmi ťažkú situáciu pre nás, ambulantných poskytovateľov. Niektorí poskytovatelia už pristúpili k vyberaniu poplatkov preto, lebo naše ekonomické oprávnené náklady sú natoľko vysoké, že zdravotné poisťovne, z ktorých dostávame platbu za naše výkony, sú nedostatočné. Preto museli ambulancie pristúpiť aj k takým zúfalým krokom, ako je vyberanie poplatkov.

Máte informácie o tom, koľko ambulancií začalo vyberať poplatky?

Zatiaľ vieme o desiatkach ambulancií. Z hľadiska Asociácie súkromných lekárov sme inštruovali našich členov tak, že čakáme ešte na druhý míľnik tohto roku.

O aký míľnik ide?

Ide o to, ako budú vyzeráť dodatky k zmlúvam so zdravotnými poisťovňami od prvého februára.

Ako to zatiaľ vyzerá?

Zatiaľ to nevyzerá veľmi dobre, pretože sa držia striktné rozpočtu, ktorý hovorí o zvýšení pre ambulantných poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti o šesť percent a vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti o sedem percent.

Čo je v tomto objeme obsiahnuté?

V tejto sume je aj sanácia za vysoké ceny energií, čo je absolútne nedostatočné. Napríklad rozpočet o personálnom náklade pre nemocnice hovorí o 26 percentách. Je to skutočne obrovská diskriminácia medzi tým, ako pracuje jeden lekár a druhý lekár. A pritom obaja poskytujú zdravotnú starostlivosť.

Spomínali ste dodatky so zdravotnými poisťovňami. Hrozí, že ich niektoré ambulancie nepodpíšu?

Samozrejme. Informujeme našich členov, že pre nás je prvotným krokom podpísať dodatky na tri mesiace a začať vyberať poplatky. V prípade, že sa zo strany štátu nič neudeje a ambulanciám to nebude stačiť, budeme nútení ísť do situácie, keď vypovieme zmluvy zdravotným poisťovňam.

Čo by nasledovalo?

Následne by si pacienti museli hradiť celú zdravotnú starostlivosť sami a žiadať zdravotné poisťovne o refundáciu.

Prečo vôbec hrozí to, že niektoré ambulancie nepodpíšu tieto dodatky?

Dostávame sa do veľmi ťažkej situácie z hľadiska personálneho nákladu a stabilizácie personálu v ambulanciách, akými sú ambulancie jednodňovej chirurgie, bežné ambulancie, dialyzačné strediská či laboratória. Zvýšenie personálneho nákladu v nemocniciach o 26 percent spôsobí, že najmä stredný zdravotnícky personál, teda laboranti či sestry, odídu do nemocníc a my zostaneme bez personálu. My ambulantní poskytovatelia máme zákonnú povinnosť mať personálne vybavenie ambulancie. V prípade nedodržania personálneho nákladu musíme požiadať vyšší územný správny celok o zrušenie povolenia.

V akých sumách sa pohybujú poplatky, ktoré začali ambulancie v súčasnosti vyberať?

Je to veľmi rozdielne v závislosti od toho, v ktorom regióne a v akej finančnej kríze sa ambulancia, respektíve poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nachádza. My sme svojich členov inštruovali tak, aby sa poplatky pohybovali vo výške poplatku ambulantnej pohotovostnej služby alebo ústavnej pohotovostnej služby. Ak nepríde k dofinancovaniu sektora, tak od prvého februára určite začneme vyberať poplatky v sume dve až desať eur.

Povoľuje zákon vyberanie takýchto poplatkov?



Ide o poplatok, ktorý oznámime na vyšší územný celok ako obsahovú stránku poplatku. Cena poplatku je pritom iba v kompetencii daného poskytovateľa. Ak to nie je za zdravotnú starostlivosť, takýto poplatok je možné vyberať v ambulancii, respektíve u poskytovateľa ambulantnej zdravotnej služby.

Hrozí, že niektoré ambulancie pre zľú situáciu zatvoria?

Myslím si, že je tu veľká možnosť, že áno. Pretože zhruba 40 percent poskytovateľov je v dôchodkovom veku. Ani jeden z poskytovateľov, ktorý má šancu odísť do dôchodku, nebude váhať. Ináč by mu mohlo hroziť exekučné konanie alebo personálne problémy.

Parlament v decembri schválil rozpočet, ktorý sľubuje presun 740 a 80 miliónov eur do kapitoly zdravotníctva. Nezachráni situáciu ani tieto financie?

Bohužiaľ, nás ambulantných poskytovateľov nezachráni, pretože tak, ako uviedol premiér Eduard Heger, cieľom bolo, aby všetky tieto finančné zdroje išli do nemocníc. Podľa jeho slov však my ambulantní poskytovatelia sme podnikatelia a žijeme zo zisku. Zdravotné poisťovne vykázali minulý rok stratu. Ani nepredpokladám, že niekto z ambulantných poskytovateľov by vykázal zisk. My zisky nemáme z čoho vytvoriť. Pretože sme zmluvní lekári zdravotných poisťovní, a preto je táto situácia pre nás katastrofálna. Podobné vyjadrenia politikov vnímame ako ťažké zavádzanie občanov v tejto situácii. Ak hovoríme o rozpočte pre zdravotníctvo. O 26 percent sa zvyšujú platby pre nemocnice. Rozpočet pre ambulantných poskytovateľov hovorí o šiestich a siedmich percentách.

Koľko financií má ísť na sanovanie cien energií?

Zhruba 80 miliónov eur, pričom 53 miliónov z toho zhltnú nemocnice. Ambulantní poskytovatelia potrebujú ďalších 50 miliónov eur na to, aby dokázali asanovať ceny energií. Týmto sa dostávame do ťažkej situácie z toho hľadiska, že máme personálnu krízu a energetickú krízu súčasne. A navyše absolútne nepochopenie vlády v tom, ako ambulantný sektor funguje.

Máte informácie o tom, koľko financií by bolo potrebných na riešenie problému ambulancií?

Myslím si, že z tejto stránky ministerstvo zdravotníctva túto situáciu monitorovalo veľmi dobre. Suma, ktorú komunikuje ministerstvo zdravotníctva, teda 320 miliónov eur na dofinancovanie ambulantného sektora, je pravdivá.

Rokovali zástupcovia ambulancií o zvládnutí vysokých cien energií s ministerstvom zdravotníctva?

Samozrejme. Aj ako Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení sme túto tému otvorili ešte 12. októbra minulého roku na Hospodárskej a sociálnej rade SR, keď sa hovorilo o rozpočte pre zdravotníctvo. Už vtedy sme mali ambíciu nepodporiť rozpočet pre zdravotníctvo v rámci celej asociácie. Preto sme ho podpísali iba s podmienkou, že príde k dofinancovaniu ambulantného sektora aj k dofinancovaniu celého zdravotníctva.

Dostávame sa do veľmi ťažkej situácie z hľadiska personálneho nákladu a stabilizácie personálu v ambulanciách

26 %

o toľ ko sa zvyšujú platby pre nemocnice

Marián Šóth

Je absolventom Lekárskej fakulty Univerzity Karlovej v Hradci Králové, štúdium ukončil na Lekárskej fakulte **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, kde získal titul MUDr. Od roku 2005 prevádzkuje svoju vlastnú ambulanciu v odbornosti všeobecný lekár pre dospelých v Nitre. V súčasnosti už ôsmy rok vykonáva funkciu prezidenta Asociácie súkromných lekárov SR. Je aktívnym členom medzinárodných zdravotníckych organizácií E.A.N.A. – European Working Group of Practitioners and Specialists in Free Practice so sídlom v Luxemburgu – a UEMO – European Union of General Practitioners so sídlom v Bruseli.

Foto – Jaroslav Novák

Autor: Benita Feketeová

Aká je záťaž ochorenia psoriatických pacientov so včasnou oligoartritídou

26. 1. 2023. Zdroj: **Kompéndium medicíny**, Strán: 3, 4, 5, 6, 7, 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: 1099 Eur

Psoriáza (PsO) predstavuje komplexný chronický zápalový stav s mnohými manifestáciami, povedala na úvod prof. MUDr. Želmíra Macejová, PhD., MPH (I. interná klinika LF **UPJŠ** a UNLP Košice). Psoriáza sa môže manifestovať na viacerých miestach tela. Najčastejšie sú ložiskové lézie vo vlasatej časti hlavy (80 %) a na laktôch (78 %). Ďalšími predilekčnými miestami sú kolená (57 %), nechty (55 %) a trup (53 %) – obr. 1. Psoriázu majú 2 až 3 % celosvetovej populácie. 30 % pacientov so psoriázou má aj psoriatickú artritídu (PsA).

Psoriatická artritída (PsA) je multidoménové ochorenie s variabilným klinickým prejavom. PsA má množstvo manifestácií a symptómov, ktoré sa vyskytujú v rôznych kombináciách a majú rôznu závažnosť. PsA sa často prejavuje ako opuchy kĺbov, entezipítida, daktylitída, axiálne poškodenie, poškodenie nechtov alebo ložisková psoriáza, chronická únava (obr. 2). Psoriáza je dôsledkom chronickej, systémovej a pretrvávajúcej zápalovej odpovede, ktorá vedie k nahromadeniu prozápalových cytokínov v sére. Cirkulujúce cytokíny zvyšujú riziko subklinického zápalu v rôznych orgánových systémoch, vrátane kĺbov. U 30 % pacientov s ložiskovou psoriázou sa môže rozvinúť PsA. Aj keď neexistuje priama súvislosť medzi intenzitou kožných zmien a intenzitou kĺbových zmien, a tiež jednoznačná súvislosť medzi tým, o akú manifestáciu psoriázy ide, a tým, o aký prejav PsA ide, sú indície, že pri určitom postihnutí kože je vyššie riziko rozvoja PsA. Psoriáza vo vlasatej časti hlavy je asociovaná so 4-násobne vyšším rizikom rozvoja PsA. Nechtová psoriáza je asociovaná s 3-násobne vyšším rizikom rozvoja PsA

(obr. 3). UPLIFT prieskum potvrdil, že mnohí pacienti s ložiskovou psoriázou, ktorí majú symptómy naznačujúce PsA (napr. bolesť kĺbov), nemali ešte diagnostikovanú PsA. Až 58 % pacientov so psoriázou trpí bolesťou kĺbov. Najčastejšie prejavy, ktoré títo pacienti majú a ktoré hovoria o tom, že by mohlo ísť o PsA, sú daktylitída, opuch kĺbov, postihnutie nechtov a ranná stuhnutosť, ktorá je typická pre zápalové postihnutie kĺbov. Je potrebné podotknúť, že nie každý pacient so psoriázou, ktorý má bolesť kĺbov, má automaticky PsA. Veľa pacientov so psoriázou, najmä starších, má aj artrózu, čiže degeneratívne postihnutie kĺbov, najmä váhonosných kĺbov (kolenných a bedrových). Ide o koincidienciu 2 ochorení – PsA a artrózy, ktoré navzájom nesúvisia. Preto je potrebné vyšetrenie reumatológom, ktorý odlíši, či ide o zápalovú alebo degeneratívnu bolesť kĺbov.

Vývoj PsA u pacientov so psoriázou má určité fázy.

Až u 30 % pacientov so psoriázou sa rozvinie PsA. U 75 – 80 % pacientov sa vyvinie psoriáza pred výskytom ochorenia kĺbov. U ostatných pacientov vznikajú kožné a kĺbové prejavy naraz a zriedkavo vzniká PsA skôr ako psoriáza. V klasickom prípade, čiže ak psoriáza predchádza PsA, po diagnostikovaní psoriázy prebieha predklinická PsA. Nasleduje subklinická PsA, prodromálna PsA a PsA s príznakmi a symptómami, ktoré spĺňajú diagnostické kritériá CASPAR (obr. 4). Je dôležité identifikovať pacientov so psoriázou, ktorí majú zvýšené riziko rozvoja PsA. Podľa 2018 PAMPA Consensus Terminology môžu byť pacienti v predklinickej fáze PsA opísaní nasledovne: Pacienti s psoriázou s zvýšeným rizikom PsA majú príbuzného prvého stupňa s PsA s akýmkoľvek súvisiacim génom ako napr. HLA-B*08, HLA-B*27, HLA-B*38 alebo HLA-B*39, a majú ďalšie rizikové faktory ako napr. obezita, závažná psoriáza, uveitída, nechtová psoriáza, psoriáza vo vlasatej časti hlavy a artralgie. Pacienti so psoriázou a so zobrazenými asymptomatickými synovio-enteziálnymi abnormalitami (MR, USG). MR nálezy zahŕňajú entezipítidu, edém kostnej drene, synovitídu, tendinitídu, kostné erózie a formáciu novej kostnej hmoty; USG nálezy zahŕňajú entezipítidu, synovitídu, tendinitídu a kostné erózie. Pacienti so psoriázou a muskuloskeletálnymi symptómami (bolestivé päty, stuhnutosť a/alebo artralgia), ktoré nie sú podložené inou diagnózou. Oneskorenie diagnózy PsA o viac ako 6 mesiacov môže viesť k ireverzibilným zmenám

– erozívne ochoreniu kĺbov, funkčnému postihnutiu, deformáciám kĺbov, sakroileitíde, mutilujúcej artritíde.

Pacienti so psoriázou a PsA majú množstvo komorbidít – zvýšené kardiovaskulárne riziko a kardiovaskulárne ochorenia, zvýšený výskyt infekcií, osteoporózu, gastrointestinálne choroby a psychiatrické choroby.

Nie všetky triedy liečby PsA sú účinné na všetky kľúčové domény PsA. Nesteroidové antiflogistiká (NSA) ovplyvňujú len periférnu artritídu. Intraartikulárne steroidy ovplyvňujú tiež len periférnu artritídu. Lokálna liečba ovplyvňuje len kožné zmeny. Konvenčné syntetické antireumatiká (csDMARD) ako metotrexát, cyklosporín A, sulfasalazín a leflunomid ovplyvňujú periférnu artritídu aj kožné prejavy. Nové lieky ovplyvňujú všetky domény PsA, napr. ciele syntetické antireumatiká (tsDMARD), inhibítory PDE-4 (apremilast), biologické lieky – inhibítory TNF. Ďalšie biologické lieky ako inhibítory IL-12/23, inhibítory IL-23p19 a inhibítory IL-17 sú schopné ovplyvniť väčšinu domén PsA. Oligoartikulárna PsA (= stredne ťažká alebo stredne aktívna PsA) znamená, že pacient má postihnutý viac ako 1 kĺb, ale nemá polyartikulárnu formu ochorenia, pri ktorej je postihnutých 5 a viac kĺbov. Pri oligoartikulárnej PsA sú rovnaké komorbidity ako pri polyartikulárnej PsA. Oligoartikulárna PsA má rovnakú záťaž chorobou ako polyartikulárna PsA a vyžaduje adekvátnu a účinnú liečbu. Stredne aktívna PsA je definovaná ako skóre kompozitného indexu klinickej aktivity ochorenia cDAPSA > 13 až ≤ 27. cDAPSA (clinical Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis) je kombináciou počtu opuchnutých kĺbov (SJC – swollen joint count), počtu citlivých kĺbov (TJC – tender joint count), hodnotenia bolesti pacientom pomocou vizuálnej analógovej škály (VAS – visual analog scale) a globálneho hodnotenia aktivity ochorenia pacientom (PGA – patient global assessment). Podľa výsledkov prieskumov UPLIFT a MAPP bolo u pacientov s PsA pozorované podobné percento daktylitíd a postihnutia kĺbov. V oboch prieskumoch bol pozorovaný podobný podiel

polyartikulárneho a oligoartikulárneho postihnutia. Podiel pacientov s oligoartikulárnym postihnutím bol 44 % v prieskume UPLIFIT a 40 % v prieskume MAPP vs 56 % resp. 60 % pacientov s polyartikulárnym postihnutím.

Podľa Odporúčaní Európskej aliancie reumatologických spoločností (EULAR) na liečbu PsA by sa csDMARD mali zväziť u pacientov s oligoartikulárnou PsA, ktorí majú zlé prognostické faktory. Údaje špecifické pre oligoartikulárnu PsA a csDMARD sú obmedzené. Liečba biologickými chorobu modifikujúcimi antireumatickými liekmi (bDMARD) by sa mala začať u pacientov s PsA, ktorí mali nedostatočnú odpoveď na aspoň jeden csDMARD. Liečba bDMARD sa má zväziť u pacientov s jednoznačnou entezitídou a nedostatočnou odpoveďou na NSA alebo lokálne injekcie glukokortikoidov. Je potrebných viac údajov špecifických pre oligoartikulárnu PsA a bDMARD. EULAR odporúča apremilast – perorálny inhibítor PDE-4 u pacientov s miernym ochorením a nedostatočnou odpoveďou na aspoň jeden csDMARD, u ktorých nie je vhodný bDMARD a ani inhibítor JAK. Apremilast preukazuje lepšiu účinnosť u pacientov so stredne závažnou/oligoartikulárnou PsA ako u pacientov so závažnejším ochorením. Podľa Odporúčaní Skupiny pre výskum a hodnotenie psoriázy a PsA (GRAPPA) je postavenie apremilastu v liečbe periférnej artritídy na úrovni spolu s csDMARD (metotrexát, sulfasalazín, leflunomid) a bDMARD (inhibítory TNF, inhibítory IL-12/23, inhibítory IL-17). Apremilast má svoje postavenie aj v liečbe entezitídy na úrovni bDMARD a na úrovni switchu bDMARD. Efekt apremilastu bol potvrdený pri liečbe daktylitídy na úrovni csDMARD a bDMARD. Apremilast je účinný aj pri kožnom postihnutí a postihnutí nechtov. Veľké randomizované klinické štúdie (RKŠ) potvrdili, že inhibícia PDE-4 je obzvlášť účinná u pacientov s nízkou a strednou aktivitou ochorenia. Apremilast v 52. týždni sledovania významne zlepšil klinickú odpoveď hodnotenú pomocou cDAPSA a klinické zlepšenie pretrvávalo v priebehu celého sledovania (graf).

Aké sú výsledky štúdií, ktoré doplnia mozaiku dát o apremilaste? Prebiehajúca štúdia FOREMOST sleduje účinnosť apremilastu v dávke 30 mg 2x denne u pacientov so včasnou oligoartikulárnou PsA (> 1, ale ≤ 4 postihnuté kĺby) v porovnaní s placebom. Ide o multicentrickú, randomizovanú, dvojito zaslepenú, placebom kontrolovanú štúdiu fázy 4. Pacienti sú randomizovaní do 2 ramien – v prvom ramene užívajú apremilast ± NSA a ≤ csDMARD, v druhom ramene placebo ± NSA a ≤ csDMARD. V 24. týždni sledovania placebová skupina prechádza do aktívnej skupiny. Primárnym koncovým parametrom je minimálna aktivita ochorenia (MDA – minimal disease activity) v 16. týždni. Sekundárne cieľové parametre sú zmeny oproti východiskovému stavu v 16. týždni v cDAPSA, PGA, hodnotení bolesti pacientom, 12-položkovom dotazníku hodnotiacom dopad PsA (PsAID-12 – Psoriatic Arthritis Impact of Disease 12-item) a v skóre aktivity PsA (PASDAS – Psoriatic Arthritis Disease Activity Score). Doposiaľ sú známe výsledky analýzy kĺbovej distribúcie opuchnutých a citlivých kĺbov. Viac ako 20 % postihnutých kĺbov sú drobné kĺby rúk – metakarpofalangeálne (MCP), proximálne interfalangeálne (PIP), ale aj distálne interfalangeálne (DIP) a drobné kĺby nôh – metatarzofalangeálne (MTP). Iná prebiehajúca štúdia je štúdia MOSAIC, ktorá skúma vplyv apremilastu v monoterapii na MRI zmeny u pacientov s aktívnou PsA. Primárnym cieľom je zmena oproti východiskovej hodnote v zloženom skóre, ktoré sleduje tieto MRI zmeny (synovitída, tendosynovitída) v 24. týždni. Sekundárne ciele sa budú vyhodnocovať v 24. a 48. týždni. Na záver prof. Macejová povedala, že včasná a cieleňá liečba v klinickej praxi vedie k signifikantnému zlepšeniu stavu pacientov. Dôležitá je včasná diagnostika pri multidisciplinárnej spolupráci. Problémom sú mono- a oligoartikulárne formy PsA, ich hodnotenie a liečba. Inhibícia PDE-4 je efektívna na mierne formy PsA a má svoje miesto v GRAPPA aj EULAR odporúčaníach. PDE-4 inhibícia sa osvedčuje aj v prípadoch s kontraindikáciou bDMARD (malignity, TBC, srdcové zlyhávanie), ale aj v prípadoch pokročilých foriem PsA.

Psoriáza je dôsledkom chronickej, systémovej zápalovej odpovede Až u 30 % pacientov so psoriázou sa rozvinie PsA Inhibícia PDE-4 je obzvlášť účinná u pacientov s nízkou a strednou aktivitou ochorenia

Obr. 1: PsO predstavuje komplexný chronický zápalový stav s mnohými manifestáciami

PsO sa môže manifestovať na mnohých miestach na tele3 Frekvencia pacientov s ložiskovými léziami na jednotlivých miestach na tele

Vlasatá časť hlavy: 80 %3 Lakte: 78 %3 Nechty: 55 %3 Kolená: 57 %3 Trup: 53 %3 2 – 3 % celosvetovej populácie majú PsO – postihuje 2,1 % dospelých v USA ~ 80 % pacientov s PsO má ložiskovú PsO3 – ložisková PsO sa môže manifestovať ako vyvýšené, šupinaté, dobre ohraničené lézie na koži 2,5

1. J. E. Greb a kol., Nat Rev Dis Primers 2016; 2: 16082; 2. W. B. Kim a kol., Can Fam Physician 2017; 63: 278 - 285; 3. National Psoriasis Foundation. www.psoriasis.org/pocket-guide. Accessed July 15, 2022; 4. National Psoriasis Foundation. www.psoriasis.org/psoriasis-statistics. Accessed June 20, 2022; 5. F. O. Nestle a kol., NEJM 2009; 361: 496 - 509.

Obr. 2: PsA má množstvo manifestácií a symptómov

PsA je multidoménové ochorenie s variabilným klinickým prejavom

PsA predstavuje heterogénny stav zahŕňajúci muskuloskeletálny systém, ktorý sa môže prejavovať ako opuchy kĺbov, entezitída, daktylitída, axiálne poškodenie, poškodenie nechtov alebo ložisková PsO; únava. 1,2 Opuchnuté kĺby3 Entezitída4 Daktylitída Axiálne poškodenie Poškodenie nechtov Ložisková PsO5 Únava

Individuálna kombinácia symptómov a závažnosti ochorenia.



1. L. C. Coates a kol., Clin Med (Lond) 2017; 17: 65 - 70; 2. National Psoriasis Foundation. www.psoriasis.org/about-psoriatic-arthritis/. Accessed June 20, 2022; 3. Reproduced with permission from R. K. Kataria a kol., Am Fam Physician 2004; 69: 2853 - 2860; 4. Reproduced with permission from A. Gottlieb a kol., J Am Acad Dermatol 2008; 58: 851 - 864; 5. Reproduced with permission from S. J. Mounsey a kol., Br J Hosp Med (Lond) 2018; 79: C114 - C117.

Obr. 3: Psoriáza a PsA

PsO vo vlasatej časti hlavy je asociovaná s

Konsenzus IPC pre systémovú kandidatúru definuje špeciálne oblasti ako tvár, dlane, spodná časť chodidiel, genitálie, vlasatá časť hlavy alebo nechty⁴

Nechtová PsO je asociovaná s

vyšším rizikom rozvoja PsA 1,2

Pacienti s PsO s postihnutím určitých špeciálnych oblastí môžu mať zvýšené riziko vzniku PsA 1-3 IPC = International Psoriasis Council

1. F. C. Walesan a kol., Arthritis Rheum 2009; 61: 233 - 239; 2. A. Gottlieb a kol., J Dermatolog Treat 2022; 33: 1907 - 1915; 3. A. Zabotti a kol., Rheumatol Ther 2021; 8: 1519 - 1534; 4. B. Strober a kol., J Am Acad Dermatol 2020; 82: 117 - 122.

Obr. 4: U pacientov s PsO sa PsA môže rozvinúť v nasledujúcich fázach

CESTA PROGRESIE PsA MÔŽE BYŤ RÔZNA

PsO

GENETICKÉ FAKTORY ENVIRONMENTÁLNE VPLYVY AŽ u 30 % pacientov s PsO sa rozvinie PsA2 U 75 – 80 % pacientov sa vyvinie PsO pred výskytom ochorenia kĺbov, hoci kĺbové symptómy sa môžu vyskytnúť aj v neprítomnosti ochorenia kože³ PsA sa často rozvinie 7 - 12 rokov po spustení PsO, ale môže sa objaviť aj skôr³

Predklinická PsA Aberantná fáza imunitnej aktivity Subklinická PsA + Sérológia, zobrazovanie Tichá zápalová fáza

Biomarkery (CXCL10, ITGβ5, M2BP, periostín)

Zápalové zmeny (erózie, entezeitída) detegované pomocou ultrazvuku a MR DRUHÝ ÚDER

Prodromálna PsA + Symptómy Prodromálna fáza

Artralgia Únava Stuhnutosť

PsA + Príznaky a symptómy Diagnostikovatelná PsA

Splnené kritériá CASPAR1 Štrukturálne zmeny detegované pomocou röntgenových snímok1 Príznaky a symptómy detegované pomocou PEST4

CASPAR = klasifikačné kritériá pre psoriatickú artritídu; CXCL10 = CSC-chemokine ligand 10 1. J. U. Scher a kol., Nat Rev Rheumatol 2019; 15: 153 - 166; 2. National Psoriasis Foundation. www.psoriasis.org/pocket-guide. Accessed July 15, 2022; 3. P. J. Mease a kol., Drugs 2014; 74: 423 - 441; 4. J. Bagel a kol., Am J Clin Dermatol 2018; 19: 839 - 852.

Graf: Výsledok veľkých RKŠ: Inhibícia PDE-4 je obzvlášť účinná u pacientov s nízkou a strednou aktivitou ochorenia

PALACE 1-3: skóre cDAPSA u pacientov, ktorí dostávali apremilast 30 mg BID od začiatku do 52. týždňa podľa kategórie cDAPSA v 52. týždni

REM (n = 25) LDA (n = 106) Mod (n = 152) HDA (n = 92) Priemerné cDAPSA 70 60 57,2 50 48,12 46,73 40,97 41,76 38,54 40 33,86 30 28,48 23,82 30,74 19,79 18,23 20 16,57 13,11 10,66 10 8,9 6,16 4,19 8,54 2,01 0 0 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 Čas (týždne)

cDAPSA = klinická aktivita psoriatickej artritídy, REM = remisia, LDA = nízka aktivita ochorenia, Mod = stredná aktivita ochorenia, HDA = vysoká aktivita ochorenia, BID = 2-krát denne Upravené podľa P. J. Mease a kol., Arthritis Care Res (Hoboken) 2020; 72: 814 – 821

prof. Macejová

Pozícia apremilastu v liečbe psoriázy, moderovaný pohľad na tému

☐ 26. 1. 2023, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strany: 9, 10, 11, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Sentiment: **Positívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 14 000 GRP; 0,31 OTS; 0,00 AVE; 1099 Eur

MUDr. Tomáš Kampe, MPH (Klinika dermatovenerológie LF **UPJŠ** a UNLP Košice) sa venoval viac definícii psoriázy a jej závažnosti. Podľa Eu rópskeho konsenzu sa kategórie závažnosti psoriázy hodnotia podľa plochy postihnutia (BSA – Body Surface Area, PASI – Psoriasis Area and Severity Index). BSA a PASI sú postavené na objektívnom zhodnotení rozsahu klinických prejavov choroby. V posledných rokoch sa objavil aj pohľad pacienta so psoriázou v podobe dotazníka, ktorý hodnotí kvalitu života (DLQI – Dermatology Life Quality Index). Hodnotenie závažnosti psoriázy je oblasť, ktorej sa v poslednej dobe venuje pomerne veľká pozornosť, pretože existuje veľmi silná potreba reklasifikácie. Pacienti musia mať zvyčajne PASI > 10 a BSA > 10 %, aby boli vhodní na systémovú liečbu. Pritom pacienti s PASI ≤ 10 a BSA ≤ 10 % môžu zaznamenať veľmi významné zhoršenie kvality života (QoL – Quality of Life). Reklasifikácia by umožnila špecifickejšie kritériá klinickej závažnosti, ktoré by mohli viesť klinické rozhodovanie tak, aby bolo praktickejšie, zmyslupnnejšie a lepšie zosúladené s pacientovou závažnosťou ochorenia. Existuje návrh nového delenia, ktoré pozná len 2 skupiny pacientov so psoriázou:

kandidáti na topickú liečbu; kandidáti na systémovú terapiu. Kandidáti na systémovú terapiu sú tí, ktorí spĺňajú aspoň jedno z nasledujúcich kritérií: BSA > 10 %; psoriáza postihuje špeciálne oblasti; zlyhanie lokálnej liečby. Existuje množstvo súčasných a nových terapií na liečbu stredne ťažkej až ťažkej psoriázy: konvenčné systémové terapie (cyklosporín, metotrexát, acitretín), ktoré sa už niekoľko dekád uplatňujú v klinickej praxi; biologiká (TNFi – certolizumab pegol, infliximab, etanercept, adalimumab; anti-IL-17 – sekukinumab, ixekizumab, brodalumab, bimekizumab; anti-IL-23 – tildrakizumab, risankizumab, guselkumab; anti-IL-12/23 – ustekinumab); nekonvenčné a nebiologické terapie (PDE4i – apremilast) – obr. Keďže psoriáza je chronické, multisystémové ochorenie, pri voľbe vhodnej liečby je potrebné brať do úvahy aj komorbiditu a špecifické situácie. Niektoré systémové liečby môžu stav komorbidít zhoršovať a niektoré sú kontraindikované. Čo hovoria najnovšie dáta? Miernejšie ochorenie na začiatku a skorá liečba apremilastom boli spojené s vyšším dosahovaním liečebných cieľov. Išlo o výsledky analýzy 3 klinických štúdií vrátane pivotnej štúdie ESTEEM, ktoré hodnotili efektívnosť liečby apremilastom v 16. týždni u pacientov s trvaním ochorenia < 5 rokov a ≥ 5 rokov (graf 1).

U pacientov s obmedzeným postihnutím kože môžu prejavy plakovej psoriázy v špeciálnych oblastiach, ako sú pokožka hlavy, nechty, dlane a pohlavné orgány, viesť k značnej chorobe a zhoršeniu kvality života. Odpoveď na lokálne terapie je u týchto pacientov nedostatočná. Preto môže byť u pacientov s prejavmi plakovej psoriázy v špeciálnych oblastiach potrebná systémová liečba.

Štúdia EMBRACE hodnotila vplyv apremilastu 30 mg 2-krát denne na QoL (primárny koncový ukazovateľ) u pacientov s prejavmi plakovej psoriázy v špeciálnych oblastiach, s obmedzeným postihnutím kože a zhoršenou QoL. Do štúdie boli zaradení pacienti s chronickou ložiskovou psoriázou, ktorá nebola kontrolovaná lokálnou liečbou, s nedostatočnou odpoveďou, kontraindikáciou alebo intoleranciou na konvenčnú systémovú liečbu prvej línie. Hodnota PASI bola ≥ 3 až ≤ 10, skóre DLQI > 10. Pacienti mali postihnutie ≥ 1 špeciálnej oblasti (definované ako lézie na viditeľných miestach, pokožka hlavy, nechty, genitálie a palmoplantárne oblasti). Súbežné podávanie liekov na psoriázu nebolo povolené. Štúdia EMBRACE bola nadnárodná, randomizovaná, dvojito zaslepená, placebom kontrolovaná štúdia s paralelnými skupinami, fázy 4. V prvých 16 týždňoch išlo o placebom kontrolovanú fázu, v ďalších 36 týždňoch prebiehala aktívna liečba. Zaradených bolo 277 pacientov, z toho 185 bolo v ramene s apremilastom a 92 v placebovom ramene. 16. týždeň štúdie ukončilo 221 pacientov. Primárny cieľový ukazovateľ, ktorým bolo ≥ 4-bodové zníženie DLQI oproti východisku, dosiahol významne väčší podiel pacientov liečených apremilastom v porovnaní s placebom v 16. týždni (73,3 % vs 41,3 %) – graf 2. Významné zlepšenie sa týkalo aj numerickej stupnice hodnotiacej svrbenie, vizuálnej analógovej stupnice kožného nepohodlia, resp. bolesti, indexu prínosu pre pacienta pri liečbe apremilastom vs placebo. Apremilast významne zlepšil QoL v porovnaní s placebom u pacientov s obmedzeným postihnutím kože a psoriázou na špeciálnych miestach.

Bezpečnostný profil apremilastu bol v súlade s výsledkami bezpečnosti v predchádzajúcich štúdiách s apremilastom. Liečba apremilastom je bezpečná. Významne väčšie zlepšenie sa týkalo aj BSA a PASI pri liečbe apremilastom v porovnaní s placebom v 16. týždni. PASI < 3 dosiahol 39,7 % pacientov liečených apremilastom vs 26,3 % pacientov na placebe v 16. týždni (graf 3). Apremilast má svoje postavenie nielen pri psoriáze, ale aj pri psoriatickej artritíde.

Na záver MUDr. Kampe uviedol kazuistiku 42-ročného muža, zamestnaného, ženatého, otca 2 detí. Rodinná anamnéza bola bez pozoruhodností. V osobnej anamnéze mal pacient viaceré komorbidity ako dyslipidémiu, abdominálnu obezitu, bronchiálnu astmu a stav po cholecystektómii. Z terajšieho ochorenia, od roku 2005 bol liečený pre psoriatickú artritídu typu asymetrickej oligoartritídy metotrexátom a sulfasalazínom. Súčasne mal lokalizované prejavy psoriázy v kapilíciu, na genitáliách a predilekčných oblastiach končatín. Napriek systémovej terapii mal stredne závažnú psoriázu s PASI 8,2, ale s veľmi významným dopadom na QoL, DLQI 22. V roku 2019 bola z reumatologickej indikácie začatá liečba adalimumabom, ktorá bola prerušená pre zhoršenie astmy. V októbri 2018 bola začatá liečba apremilastom v dávke 30 mg 2-krát denne.

Po 16 týždňoch liečby apremilastom došlo k výraznému zlepšeniu svrbenia a kožného dyskomfortu, BSA bolo menej ako 1 %. Z artrologického hľadiska pacient nemal žiadnu bolesť kĺbov, žiadne opuchnuté kĺby a na USG neboli žiadne prejavy synovitídy.

Obr.: Existuje množstvo súčasných a nových terapií na liečbu stredne ťažkej až ťažkej PsO



Systémová liečba stredne ťažkej až ťažkej PsO schválená EMA Konvenčné systémové terapie

Cyklosporín² Metotrexát³ Acitretín⁴

Biologiká TNFi Certolizumab pegol⁵ Infliximab⁶ Etanercept⁷ Adalimumab⁸ Anti-IL-17 Sekukinumab⁹ Brodalumab¹¹ receptory

Ixekizumab¹⁰ Bimekizumab¹² Anti-IL-23 Tildrakizumab¹³ Risankizumab¹⁴ Guselkumab¹⁵ Anti-

Ustekinumab¹⁶

IL-12/23 Nekonvenčné a nebiologické terapie PDE4i

Apremilast¹⁷

EMA = Európska lieková agentúra; IL = interleukín; PsO = psoriáza; TNFi = inhibítor tumor nekrotizujúceho faktora 1. E. Sbidian a kol., Cochrane Database Syst Rev 2022; 5: CD011535; 2. Cyclosporin. SmPC. Jun 2022; 3. Methotrexate. SmPC. Feb 2022; 4. Acitretin. SmPC. Nov 2020; 5. Certolizumab pegol. SmPC. Nov 2021; 6. Infliximab. SmPC. Mar 2022; 7. Etanercept. SmPC. Jun 2022; 8. Adalimumab. SmPC. Jun 2022; 9. Secukinumab. SmPC. Jun 2022; 10. Ixekizumab. SmPC. Feb 2022; 11. Brodalumab. SmPC. May 2022; 12. Bimekizumab. SmPC. May 2022; 13. Tildrakizumab. SmPC. May 2022; 14. Risankizumab. SmPC. Jan 2022; 15. Guselkumab. SmPC. Mar 2022; 16. Ustekinumab. SmPC. Apr 2022; 17. Apremilast. SmPC. Oct 2021.

Graf 1: Miernejšie ochorenie na začiatku a skorá liečba apremilastom boli spojené s vyšším dosahovaním liečebných cieľov – analýza 3 štúdií vrátane pivotnej štúdie ESTEEM

Dosiahnutie liečebného cieľa PASI v 16. týždni (pozorované dáta) Systémová liečba-naivní pacienti

PASI ≤ 13,1 % n/N = 10/27 37 % 60/137 43,8 % 15/50 30 % 68/252 27 % PASI > 13,1 %

Predchádzajúca systémová liečba

PASI ≤ 13,1 % 5/6 83,3 % 14/55 25,5 % PASI > 13,1 % 4/28 14,3 % 58/370 15,7 % ESTEE LIBERATE UNVEIL Trvanie ochorenia < 5 rokov Trvanie ochorenia ≥ 5 rokov

Graf 2: Výsledky štúdie EMBRACE

Signifikantne väčší podiel pacientov liečených APR dosiahol odpoveď DLQI (DLQI ≥ 4-bodové zníženie, primárny cieľový ukazovateľ) v porovnaní s PBO v 16. týždni Liečebný rozdiel (95 % CI): 31,9 % (18,6 % - 45,2 %)

Miera odpovede *p < 0,0001 vs PBO (CMH test) PBO (n = 92) 41,3 % APR (n = 185) 73,3 % Priemerná zmena DLQI oproti východisku

Významný rozdiel v liečbe -5,3 (APR – PBO) sa pozoroval pre priemernú zmenu DLQI LS od východiskovej hodnoty do 16. týždňa Liečebný rozdiel (95 % CI): -5,3 (-7,2 - -3,4)

PBO (n = 92) -3,4 APR (n = 185) -8,7 *p < 0,0001 vs PBO (Ancova)

ANCOVA = analýza kovariancie; APR = apremilast 30 mg 2x denne; CMH = Cochran–Mantel–Haenszel; DLQI = Dermatology Life Quality Index; PBO = placebo. Mrowietz a kol., Efficacy and Safety Results From the EMBRACE Trial of Apremilast in Patients With Plaque Psoriasis in ≥ 1 Special Area, Limited Skin Involvement, and Impaired Quality of Life; Presented at: the Psoriasis: From Gene to Clinic Congress; December 9–11, 2021; London, UK

Graf 3: Výsledky štúdie EMBRACE

Ďalšie výsledky účinnosti a bezpečnosti Výrazne väčšie zlepšenie postihnutia kože (vrátane špeciálnych a nešpeciálnych oblastí) sa pozorovalo pri APR v porovnaní s PBO v 16. týždni BSA zmena od východiskových hodnôt v 16. týždni

Priemerná percentuálna zmena BSA oproti východisku

Liečebný rozdiel (95 % CI): -38,4 % (-66,6 % - -10,1 %)

PBO (n = 92) 18,5 % APR (n = 185) -19,8 % *p = 0,0085 vs PBO (Ancova)

BSA zmena od východiskových hodnôt v 16. týždni

Miera odpovede



Liečebný rozdiel (95 % CI): 13,5 % (1,1 % - 25,8 %)

PBO (n = 92) 26,3 % APR (n = 185) 39,7 % *p = 0,0328 vs PBO (CMH test)

ANCOVA = analýza kovariancie; APR = apremilast 30 mg 2x denne; BSA = body surface area; CMH = Cochran–Mantel–Haenszel; PASI = Psoriasis Area and Severity Index; PBO = placebo. Mrowietz a kol., Efficacy and Safety Results From the EMBRACE Trial of Apremilast in Patients With Plaque Psoriasis in ≥ 1 Special Area, Limited Skin Involvement, and Impaired Quality of Life; Presented at: the Psoriasis: From Gene to Clinic Congress; December 9–11, 2021; London, UK

MUDr. Kampe

Autor: MUDr. Denisa Semková Článok objednaný spoločnosťou Amgen Slovakia s.r.o. kód: SVK-407-0123-80004 Dátum vyhotovenia: január 2023



Jan Patočka — pražský Sokrates, hosť večera: Robo Stojka [📄](#)

📅 26. 1. 2023, 1:41, Zdroj: kamdomesta.sk [📄](#), Sentiment: Neutrálny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 2 773 GRP: 0,06 OTS: 0,00 AVE: 341 Eur

Nahlásiť podujatie

Košice-Staré Mesto, Čavango

Štvrtok 26.01.2023, 19:00

Igrici na koberci

téma večera: Jan Patočka — pražský Sokrates

hosť večera: Robo Stojka, popularizátor Patočkovho odkazu

štvrtok 26. január 2023 o 19.00

(čajovňa Čavango Košice)

V novom roku s novým predsavzatím pod starou hlavičkou. Igrici na koberci je formát moderovaných večerov s ambíciou vytvárať priestor pre autorskú tvorbu. Za 10 rokov sporadicky pravidelného fungovania si našiel svoje publikum, ktoré naplňa všetky predpoklady mestskej subkultúrnej komunity. V novom roku som si povedal, že by stálo za to pokúsiť sa overiť si praxou, či aj komunitné formáty môžu mať mienkotvorný dosah. Takže januároví igrici na koberci budú venovaní téme filozofického odkazu Jána Patočku. Decentne sa tak budeme prekrývať s aktivitami akademickej pôdy, keďže hosťom večera bude Robo Stojka, autor publikácie — Patočkova filozofia dejín. Robo prednáša na Filozofickej fakulte **UPJŠ** v Košiciach, je to muzikant a v našom geopriestore aj vzácny endemit.

Januároví igrici budú tentokrát viac o hovorenom slove a aby to nevyznievalo ako pozvánka na filozofickú prednášku, prídem s gitarou a môj hudobný brat Peťo Trnka prinesie varhany a dažďovú palicu.

Pozývam vás zažiť autentickú atmosféru moderovaného večera so šálkou čaju uprostred komunity hľadajúcich.

Svetozár Šomšák

dramaturg a organizátor igricov na koberci

Vstupné: dobrovoľné.

Portál www.kamdomesta.sk nie je organizátorom uverejňovaných podujatí a preto nezodpovedá za zmeny uskutočnené organizátormi. Odporúčame preveriť si vopred termín a čas konania podujatia priamo u organizátora. Na niektoré akcie je potrebné sa prihlásiť vopred.

Zdroj: [facebook.com / Igrici na koberci](https://facebook.com/Igrici.na.koberci)

Miesto konania



ROZHOVOR Starších ľudí neprávom odsúvame na druhú koľaj: Psychologička radí, ako ich začleniť späť do kolektívu



📅 26. 1. 2023, 5:20, Zdroj: plnielanu.zoznam.sk 📄, Vydavateľ: Zoznam, s.r.o., Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v

Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 28 489 GRP: 0,63 OTS: 0,01 AVE: 873 Eur

Ageizmus je termín označujúci diskrimináciu ľudí staršieho veku (Zdroj: GettyImages)

Generačné rozdiely tu vždy boli a vždy budú. V posledných rokoch však aj na Slovensku pociťujeme, že starší ľudia, najmä seniori, už nepatria do kolektívu. O tejto diskriminácii hovorí pojem ageizmus. Čo presne vyjadruje, ako si starší ľudia hľadajú pracovné príležitosti a čo by mali robiť mladí, aby sa necítili ako piate kolo na voze? Spýtali sme sa psychologičky Beáty Ráczovej.

Čo je ageizmus?

Pojem ageizmus zadefinovali v 60. rokoch minulého storočia a vyjadruje diskrimináciu starých ľudí zo spoločnosti, najmä zo sociálneho a pracovného prostredia. K starším ľuďom začíname pristupovať bez hlbšieho rešpektu, úcty a najmä bez lásky. Mladší ich vidia ako odlišných od seba samých a preto ich nepokladajú ako plnohodnotných členov spoločnosti.

Aj na Slovensku sa, žiaľ, prejavuje ageizmus. Hlbšie sme ho začali vnímať najmä počas koronakrízy a jeho nepríjemné dôsledky stále neustali. Na tému ageizmu a opätovného začlenenia seniorov do spoločnosti sme sa spýtali vedúcej Katedry psychológie FF **UPJŠ** v Košiciach Beáty Ráczovej.

Čím je podľa vás zapríčinené, že sa čoraz viac prehľbuje generačná medzera medzi mladými ľuďmi a seniori? Môžu za to len technológie, rýchla doba alebo niečo iné?

Téma generačných rozdielov nie je nová a v tomto ohľade sa história pravidelne opakuje. Sú totiž prirodzenou súčasťou vývoja a pripomínanie toho, že vo veci starnutia sme si všetci rovní, ani rokmi nestráca na význame. Čo môže situáciu vnímania rozdielov dnes zhoršovať, je celkový celospoločenský nárast diskriminácie.

Na trhu práce to nie je iné – tolerancia voči diskriminácii starších ľudí na základe veku za posledné roky vzrástla, a to pravdepodobne aj v súvislosti s rastom nezamestnanosti. Predstava, že starší ľudia sa stávajú pre mladších konkurenciou je neopodstatnená a klamivá. Príčinou môže byť aj stupňovanie demografickej paniky, kedy sú starší ľudia vnímaní ako príťaž spoločnosti a ekonomické bremeno.

Čo to v konečnom dôsledku spôsobuje?

K prehľbovaniu rozdielov prispieva aj skutočnosť, že sa znižuje frekvencia blízkeho kontaktu medzi mladými a staršími ľuďmi, klesá počet viacgeneračných rodín žijúcich v spoločnej domácnosti a narastá izolácia seniorov. Stráca sa medzigeneračná kontinuita a solidarita. Situáciu môže zhoršovať aj životný štýl, ktorý prináša obrovské množstvo zmien za relatívne krátky čas a seniori nemajú dostatok času na adaptáciu.

ROZHOVOR Slovensko nie je iba o bryndzi a horách: Ktoré miesta by podľa Tomáša mohli pritiahnúť zahraničných filmárov?

Podobne negatívne môže pôsobiť aj rýchlosť, s akou sa objavujú stále nové technologické inovácie. Je občas ťažko znesiteľná aj pre mladých ľudí, takže nie je prekvapivé, že starší ľudia môžu v tomto ohľade zaostávať. Nehovoriac o tom, že podpora k vytváraniu pozitívnych postojov k starnutiu je na úrovni spoločnosti taktiež málo citeľná, čo sa nedá povedať o takzvanom kulte mladosti, zdôrazňovaní fyzickej krásy, výkonnosti a produktivity.

To len umocňuje strach zo starnutia a smrti a posilňuje ageistickú predstavu o starobe ako o období celkového úpadku, strát a zhoršenej kvality života.

Docentka Beáta Ráczová (Zdroj: UPJS)

Nielen na Slovensku je bežné, že sa ľudia (no najmä ženy) po päťdesiatke stretávajú v práci s diskrimináciou. Čo má žena v tomto veku, ktorá si hľadá prácu, robiť?

Je dôležité to slovíčko bežné, čo znamená, že je to takmer vnímané ako norma a nemala by byť. Na základe štatistík Slovenského centra pre ľudské práva možno povedať, že zamestnávateľia najhoršie vnímajú kombináciu vyšší vek, žena, etnicita a zdravotný hendikep. V tejto súvislosti je výstižný pojem „sklenený strop“. Je metaforou pre zdôraznenie neviditeľných prekážok, na ktoré ženy narazia na svojej kariérnej ceste.

Vek je len jedna z takýchto prekážok a ženy vo veku 45+ (teda ženy v preddôchodkovom veku) sú na trhu práce vystavené okrem rodovej nerovnosti aj viacnásobnej diskriminácii, napríklad nerovnaké platové podmienky, viackrát prerušovaná kariérna cesta, keďže je aj napriek zmenám, ku ktorým došlo, stále výrazne ovplyvnená rodičovstvom, množstvo neplatenej práce, starostlivosť o ostatných členov rodiny...



Rôzne nerovnosti na trhu práce sa kumulujú a znevýhodňujú ženy v neskorších fázach života, vrátane zvyšujúceho sa ohrozenia chudobou. Vo vekovej skupine 65+ je riziko chudoby žien v porovnaní s mužmi takmer 2,5-násobne vyššie.

Čo sa s tým môže žena ako jednotlivec urobiť?

Otázkou by nemalo byť len to, čo by mali ženy po 50-ke robiť, aby sa zamestnali, ale je to aj záležitosť zamestnávateľov, respektíve podpory štátu. Je úlohou zamestnávateľov uvedomiť si, že počet ľudí nad touto vekovou hranicou celkovo stúpa, je to teda časť populácie, ktorá „ostáva v hre“ a nemožno s nimi prestať počítať.

ROZHOVOR Soňa pečie a zdobí nádherné vianočné medovníky: Aký je jej tajný recept?

Ženy v tomto veku sú stále aktívne, motivované, s chuťou pracovať, s množstvom zručností a dlhoročných skúseností a menšími záväzkami. To všetko tvorí skrytý potenciál, ktorý je možné využiť napríklad v poradenských, mentorských a supervíznych aktivitách. Celkovo prepájanie generácií v pracovných podmienkach, zužitkovanie ich potenciálu, vzájomné zdieľanie informácií a podpora tímovej spolupráce umožňuje zvyšovať odolnosť organizácií voči neočakávaným zmenám a udržať stabilný výkon.

Rozmanitosť pracovného tímu podporuje rôznorodosť názorov, zvyšuje kreativitu a priestor pre poznávanie a pochopenie vekovo odlišných ľudí čo môže viesť k vytváraniu vzájomnej solidarity medzi generáciami.

Práca na svojom osobnom kapitále by mala byť prácou celoživotnou. V staršom veku sa to nemení. Vzdelávanie, zvyšovanie úrovne zručností, posilňovanie kompetencií či osvojovanie nových a to nielen technologických zručností umožňuje (nielen) ženám flexibilne reagovať na potreby trhu práce.

Ak sa teda človek neustále vzdeláva, má potom aj väčšiu šancu na trhu práce?

Je dôležité uvedomovať si vlastné silné stránky a byť otvorený voči novým veciam, je to totiž aj cesta k väčším možnostiam zamestnať sa, a to nielen pri strate práce, ale aj hľadaní práce, ktorá by viac napĺňala potreby ľudí vo vyššom veku a zvyšovala ich spokojnosť. Na to je potrebné dostatočné sebaopoznanie a revízia vlastných cieľov.

Väčšiu šancu nájsť si prácu zvyšuje aj dobrý životopis, práca na sebaaprezentácii a príprava na pohovor – nenechať veci na náhodu, informovať sa o potenciálnom zamestnávateľovi, vybrať to najdôležitejšie zo svojho profesionálneho života, dokázať upozorniť na svoje silné stránky a úspechy, zdôrazniť množstvo skúseností a ostať pri jasnom, zrozumiteľnom, vecnom a pozitívnom prejave. Je tiež dobré nevyhýbať sa sociálnym kontaktom a oprášiť napríklad staré vzťahy či rozširovať sociálne siete, ktoré môžu priniesť neočakávané príležitosti.

Pri šedom zákale hrozí slepota: Aké sú príčiny jeho vzniku a ako sa dá liečiť?

Skúsím sa najskôr vrátiť k spomínaným medzigeneračným rozdielom. V tomto kontexte vnímam ako omnoho dôležitejšie zamerať sa na hľadanie toho, čo generácie spája ako toho, čo ich rozdeľuje. Inšpiratívnym príkladom iniciatívy, ktorej cieľom je vytváranie príležitostí pre stavbu mostov medzi generáciami, je napríklad OZ Zrejme.

Medzigeneračné projekty, ktorým sa venujú, pomáhajú k integrácii starších ľudí do rodiny, komunity a spoločnosti a pomáhajú tak zmierňovať dopady ageizmu. Podobné aktivity realizuje aj iniciatíva Spolu to zvládneme. Prepájanie generácií cez spoločné aktivity, či už ide o starostlivosť o komunitnú záhradu, o deti, trávenie voľného času, kreatívne dielne, aktivity, ktoré podporujú odovzdávanie tradícií, to všetko vytvára priestor pre vzájomné poznávanie a pochopenie.

Medzigeneračné programy sú nástrojom medzigeneračného učenia a posilňujú vzťahy. Príkladom dobrej praxe ako spájať generácie je aj krásny „instagramový projekt“ Blue grandma, ktorý vznikol v prvých mesiacoch pandémie. Jeho tvorcom je fotograf Marek Pupák, ktorý ako vnuk dokumentuje svoj láskavý vzťah k starej mame. V tom čase sa stal pre mladých inšpiráciou a pripomenutím, aby nezabúdali na svojich starých rodičov.

Na rôznych úrovniach sa realizuje aj projekt Adoptuj si svojho seniora a jeho alternatíva Adoptuj si svojho starého rodiča – ide o dobrovoľnícku činnosť, ktorá zvyšuje nielen kvalitu života seniorov, ale prináša vzájomné obohatenie. Vzájomné poznávanie a pochopenie vedú k zvyšovaniu rešpektu voči starším ľuďom, k prejavom úcty a pomáhajú začleniť seniorov do kolektívu a komunity.

Zmenil Covid vnímanie seniorov v spoločnosti? Ak áno, ako?

Pandémia Covidu-19 najmä upozornila na zraniteľnosť starších ľudí. V Globálnej správe o ageizme z roku 2021 WHO uvádza, že pandémia nielenže pripravila o život mnohých starších ľudí, ale odhalila aj ageizmus v rôznych prostrediach – napríklad diskrimináciu v prístupe k zdravotnej starostlivosti, nedostatočnú ochranu starších ľudí v zariadeniach pre seniorov.

Na druhej strane upozorňuje na diskrimináciu v oblasti duševného zdravia mladých ľudí a stereotypné zobrazovanie v médiách, čo stavia tieto generácie proti sebe. Boj proti ageizmu sa preto stal jednou zo štyroch akčných oblastí Dekády zdravého starnutia (2021 – 2030),



ktorá sa už začala.

Zdroj: plniealnu.sk, Beáta Ráczová

Prihláste sa a dostávajte tie najlepšie články priamo do vašej e-mailovej schránky:

E-mailová adresa

Autor: Design | | kennymax | , Coding | | Webikon || Rudolf || Webikon.sk || Rudolf