



Lekárske fakulty budú môcť prijať viac študentov	2
Online, akcnezeny.sk, 24. 1. 2024, 8:54	
AKTUÁLNE :24	3
Televízia, AKTUÁLNE :24, 24. 1. 2024, 13:00	
Medička Banovčanová: 150 medikov navyše nedostatok lekárov nevyrieši, frustrovaní ľudia uvažujú o odchode	4
Online, dennikn.sk, 24. 1. 2024, 17:24	
Lekárske fakulty budú môcť v ďalšom roku prijať na štúdium o 150 študentov viac	9
Tlač, Zdravotnícke noviny, 25. 1. 2024	
MRI ako posledný kúsok mozaiky dát apremilastu u pacienta so psoriatickou artritídou	10
Tlač, Kompendium medicíny, 25. 1. 2024	
XXXI. Slovenský angiologický kongres	13
Tlač, Lekárske listy, 25. 1. 2024	
Staèi pozerat' pri psoriáze iba na kožu?	15
Tlač, Kompendium medicíny, 25. 1. 2024	



Lekárske fakulty budú môcť prijať viac študentov [🔗](#)

📅 24. 1. 2024, 8:54, Zdroj: akcnemamy.akcnezeny.sk [🔗](#), Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Dosah: 2 333 GRP: 0,05 OTS: 0,00 AVE: 327 EUR

Lekárske fakulty na Slovensku budú môcť prijať o 150 študentov viac už pri najbližších prijímacích pohovoroch.

„Oproti pôvodným plánom sa pri najbližších prijímacích pohovoroch bude čiara úspešnosti posúvať tak, aby v súčte na jednotlivých fakultách bolo prijatých do prvého ročníka o 150 študentov navyše oproti bežnému stavu, ktorý dnes máme,“ uviedol Peter Pellegrini.

Prečítajte si: [Záujem o homeschooling na Slovensku rastie](#)

Minister školstva Tomáš Drucker tvrdí, že Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave by mala v budúcom školskom roku prijať o 45 študentov viac, Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine o 30 študentov viac, Lekárska fakulta **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach** o 45 a Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave o 30 študentov viac. Do nového akademického roka chce rezort fakultám poskytnúť na tento účel zhruba milión eur. „Dohodu musia schváliť akademické senáty jednotlivých škôl,“ dodal.

Tomáš Drucker zdôraznil, že navýšenie počtu študentov nie je riešením nedostatku lekárov v nemocniciach, ale záväzkom ďalej zdokonaľovať vzdelávací systém a pokračovať v opatreniach. V tejto súvislosti podotkol, že vláda s vedeniami fakúlt hovorí o ďalších projektoch, a to napríklad o renovácii výučbových pracovísk, modernizácii internátov či budovaní simulačných centier. Do budúca rezort plánuje podporiť štúdium zahraničných študentov.

Zdroj Freepik

Ministerka zdravotníctva Zuzana Dolinková potvrdila, že prípravou ďalších projektov, ktoré by mohli zatraktívniť štúdium medicíny, sa zaoberá pracovná skupina. Poukázala napríklad na realizáciu praktickej výučby mimo lekárske fakulty pre študentov od 4. ročníka.

„Od roku 2024 budú študenti šiesteho ročníka takúto praktickú výučbu v slovenských nemocniciach absolvovať.“

Spomínaná pracovná skupina tiež hovorí o tom, ako budú definované kompetencie medikov počas štúdia. Potrebne riešiť aj nedostatok sestier a študentov ošetrovateľstva. Aktuálne prebiehajú rokovania o úprave kompetencií a vzdelávania v oblasti ošetrovateľstva.

Zdroj Freepik

Prečítajte si: [Stav v slovenských reedukačných centrách je tragický](#)

Dekan Lekárskej fakulty UK Juraj Payer a rektor SZU Peter Šimko zmeny vítajú. Deklarujú, že fakulty sú na navýšenie počtov pripravené. „Myslím, že ak budú k tomu vytvorené všetky spomenuté predpoklady, budú na to všetky fakulty prispôsobené,“ povedal Šimko.

Payer zároveň ocenil, že vláda sa chce venovať aj problematike s pedagógmi na lekárske fakultách, či získať peniaze na renováciu priestorov alebo simulačnú medicínu.

Viac aktuálnych informácií pre rodičov nájdete tu .

Autor: Redakcia



AKTUÁLNE :24 [🔗](#)

📺 24. 1. 2024, 13:00, Relácia: **AKTUÁLNE :24**, Stanica: RTVS 24, Vydavateľ: Rozhlas a televízia Slovenska, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Pavol Jarčuška

[strojový prepis] ...*To boli nefektolvo infektológ **Pavol Jarčuška**, ďakujeme, že ste si naši čas. Ďakujem m. V ruskej Belgorodskej oblasti neďaleko Ukrajiny sa zrútilo vojenské lietadlo Iljušin 76. Na palube malo byť 65 ukrajinských vojnových zajatcov a ďalších deväť ľudí vrátane posádky. Ruské ministerstvo obrany tvrdí, že stroj zostrelili Ukrajinci a pád nikto neprežil...*



Medička Banovčanová: 150 medikov navyše nedostatok lekárov nevyrieši, frustrovaní ľudia uvažujú o odchode [📄](#)

📅 24. 1. 2024, 17:24, Zdroj: [dennikn.sk](#) [🌐](#), Vydavateľ: N Press, s.r.o., Autor: Veronika Folentová, Sentiment: Ambivalentný, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Dosah: 362 019 GRP: 8,04 OTS: 0,08 AVE: 2189 EUR

Veronika Folentová

Foto – archív Laura Banovčanová

Laura Banovčanová je prezidentka Slovenskej asociácie študentov medicíny. Kritizuje ministerstvá školstva a zdravotníctva, že tvrdili, že študenti súhlasili s prijatím 150 medikov navyše. Koalícia s nimi podľa nej nehovorila.

➡️ [🎧](#) Počúvanie podcastov Denníka N je najpohodlnejšie v aplikácii Denníka N. Zvuk Vám nepreruší, ani keď zmeníte stránku, a počúvať môžete aj bez pripojenia na internet. Sťahujte kliknutím sem .

Tento text načítal neurálny hlas. Najlepšie sa počúva v aplikácii Denník N , aj s možnosťou stiahnutia na počúvanie offline. Našli ste chybu vo výslovnosti? Dajte nám vedieť .

Minister školstva Tomáš Drucker, ministerka zdravotníctva Zuzana Dolinková a predseda parlamentu Peter Pellegrini (všetci Hlas) minulý týždeň ohlásili, že od nového školského roka lekárske fakulty budú prijímať o 150 medikov viac.

Študenti upozorňujú, že už dnes nemajú medici na internátoch dosť miest. Najprv sa podľa nich treba zamerať na bývanie študentov a zvýšenie kvality vzdelávania a až potom prijímať viac študentov. Prezidentka Slovenskej asociácie študentov medicíny Laura Banovčanová hovorí:

aké problémy majú dnes medici na lekárske fakultách;

prečo sa ženy v medicíne stále stretávajú s poznámkami;

čo mladých ľudí odrádza ostať v slovenskom zdravotníctve;

ale aj to, či 150 medikov navyše môže vyriešiť personálny nedostatok lekárov.

Ako vnímate, že budúci rok majú lekárske fakulty prijať o 150 medikov viac?

Boli by sme radi, ak by sme v prvom rade videli iniciatívu, ktorá stabilizuje kvalitu vzdelávania. Uvítali by sme dostatok peňazí pre naše fakulty, aby sa mohli adekvátne venovať kvalite, svojim cieľom a plánom. Navyšovanie počtu študentov prichádza v čase, keď majú na fakulty prísť peniaze na to, aby sa existujúce problémy začali riešiť.

Čo ako študentka vnímate ako najväčšie problémy?

Nedostatočné kapacity internátov, platí to hlavne v Bratislave a Košiciach. Rokujeme s ministerstvom zdravotníctva, aby sme našli riešenia nedostatočných výučbových priestorov, zabezpečili priestor pre kvalitnú klinickú prax a adekvátne motivovali personál k tomu, aby sa stali čo najlepšimi vyučujúcimi.

Ako vyzerajú priestory, v ktorých sa učíte?

Fakulty sa medzi sebou líšia. Ja študujem v Martine a máme relatívne najmenší problém s ubytovaním, i keď registrujeme, že miest nie je toľko ako v minulosti. Naši spolužiaci v Košiciach a Bratislave si často ubytovanie nájsť nevedia. A to už teraz, bez navýšenia o 150 študentov. Aj výučbové priestory závisia od fakulty, ale niektorí z nás sa stretávajú s problémami so šatňami a s tým, že učebne kapacitne nezodpovedajú počtu študentov. To ovplyvňuje, ako bude vyzeráť rozvrh. Niektorí naši spolužiaci sa pomerne často stretávajú s krádežami v šatniach.

Aké je učiť sa v takýchto podmienkach?

Jednoznačne to neprispieva k tomu, aby tu časť medikov chcela zostať. Treba riešiť problémy, ktoré pri výučbe máme. Tým, že navýšime počet študentov, nezabezpečíme, že po skončení štúdia tu budú chcieť zostať. Rozhodujeme sa aj podľa toho, do akého zdravotníctva po absolvovaní fakúlt máme prísť.

Ministerstvo školstva a zdravotníctva pripúšťajú, že vyučujúci často nemajú čas a kapacity na študentov. Aké máte skúsenosti, koľko času vám vedeli venovať lekári a vyučujúci?

Je to problém úväzkov, ktoré vyučujúci majú. Rokujeme o tom v rámci pracovnej skupiny na ministerstve. Ide o to, ako nastaviť, pod koho spadajú zamestnanci v univerzitných nemocniciach. Časť našich vyučujúcich je zamestnaná len v nemocnici, a tak sa venujú prioritne liečbe a nie výučbe. Naši vyučujúci sa podieľajú aj na chode oddelení, čo znamená, že keď máme praktické cvičenia, oni sa často starajú



o pacientov a riešia štandardnú prácu lekárky či lekára. Pri súčasnom nastavení si nemôžu dovoliť z toho celého vypadnúť a venovať sa len medicíne.

Čiže na výučbu neostáva priestor?

Závisí to od jednotlivých kliník a od ich systému. Máme aj dobré skúsenosti. Aj vďaka našej iniciatíve vznikli od roku 2022 dve nové centrá pri Lekárskej fakulte UK v Bratislave a Lekárskej fakulte **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. Venujú sa medicínskemu vzdelávaniu. Jedno – pri JLF UK v Martine – existovalo už predtým, na poslednom (Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity) ešte pracujeme. Ak máme šťastie, na klinike sú motivovaní zamestnanci a majú kapacity si nás rozdeliť napríklad do dvojíc. To je svetlá výnimka, ktorú si veľmi vážime. Nie je však pravidlom, že by výučba vyzerala takto.

Aký je štandard?

Spravidla je to okolo 15, v hraničných prípadoch viac než 20 ľudí v jednom krúžku.

Ako sa pri takomto počte dá dostať k pacientovi a niečo praktické sa naučiť?

Záleží na tom, ako si vyučujúci nastaví hodinu. Ak sa rozhodne, že to bude iba diskusia v učebni, k pacientom nejdeme. Väčšinou si máme spracovať anamnézu od jedného z pacientov, a ak zostane čas, diskutujeme o tom, ale to nie je aktívne podieľanie sa na chode oddelení a sledovanie pacientov. Chýba nám učenie sa celého manažmentu pacientov od prijímania cez podieľanie sa na diagnostike, liečbe, poučení a prepúšťaní.

Navýšenie študentov o 150 ohlásili ministerstvá školstva a zdravotníctva, na tlačovej besede bol aj predseda parlamentu a kandidát na prezidenta Peter Pellegrini. Ešte o tom budú hovoriť akademické senáty, kde majú aj študenti svoje zastúpenie. Ako sa k tomu v senátoch postavíte?

Je veľmi smutné, akým spôsobom bolo navyšovanie prezentované na tlačovej besede. Odznelo tam, že Slovenská asociácia študentov medicíny sa na rozhodnutí podieľala, čo vôbec nie je pravda. Pracovná skupina sa síce zaoberá témami, akými je nedostatok vyučujúcich či kvalita štúdia, ale nie je pravda, že by bol súčasťou rokovaní bolo navyšovanie. Počas tlačovej besedy sa niektorí zúčastnení vyjadrili, akoby bolo hlasovanie senátov len technikáliou, ale to je absolútne nevhodné – akademické senáty sú dôležitým rozhodovacím orgánom na fakultách a univerzitách a nemyslíme si, že by mali byť považované len za nejakú „technikáliu“ v rozhodovacom procese. Slovenská asociácia študentov združuje členské organizácie, ktoré nie sú totožné so študentskými časťami akademických senátov. Študenti môžu byť v oboch týchto orgánoch, nie je to však pravidlo.

Ako ste teda vnímali tú tlačovú besedu?

Vzhľadom na fakt, že na fakultách ešte neprebehlo schvaľovanie, je načasovanie veľmi podozrivé. Bolo to unáhlené, chýbali stretnutia a rokovania so študentmi. Nie je to namieste, lebo práve študenti sú denne súčasťou praktickej výučby a vidíme, ako v skutočnosti vyzerať. Preto by sme pri takýchto rokovaníach nemali byť vynechávaní.

Ste za to, aby lekárske fakulty prijali o 150 študentov viac?

Principiálne nám neprekáža, že sa v budúcnosti počet študentov môže zvýšiť. Pre nás je dôležité, aby sme reálne zabezpečili kvalitu. Keď prijmú o 150 študentov viac v súčasnosti, znamená to, že budeme posúvať čiaru potrebného bodového zisku na to, aby sa takýto počet mohol zabezpečiť. Ide o študentov, ktorí by sa dnes, bez zvýšeného počtu, na fakultu nedostali, lebo by nemali dosť bodov. Toto však nie je dobrý krok na zvýšenie atraktivity lekárskeho štúdia pre šikovných stredoškóľakov, ktorí by sa medicíne chceli venovať možno aj na Slovensku.

Nebude 150 študentov navyše znamenať, že sa ešte prehĺbia problémy, ktoré už dnes vidíte?

Áno, to sme tvrdili už v našej tlačovej správe z roku 2022, že máme obavu, či to nezhorší kvalitu výučby, na ktorej už teraz potrebujeme pracovať. Do istej miery rozumieme našim fakultám, ktoré potrebujú peniaze navyše; na druhej strane si myslíme, že proces, akým to prebehlo, nie je korektný.

Ste súčasťou pracovnej skupiny na ministerstve, ako funguje?

Táto skupina je zriadená ministerstvom zdravotníctva, na stretnutí bol aj zástupca ministerstva školstva. Stretli sme sa dvakrát, z toho raz deň pred tlačovou konferenciou, kde zverejnili plán navýšenia počtu medikov. Rokujeme o tom, ako pre študentov zabezpečiť vyhovujúcu praktickú výučbu a ako to celé zvládnuť priestorovo, ako vytvoriť podmienky, aby si študenti budovali vzťahy so slovenskými nemocnicami. Apelujeme na to, aby bola kvalita prípravy budúcich zdravotníckych profesionálov prioritou. Aby sa len neschvaľovali návrhy na papier, ale veci sa skutočne pohli k lepšiemu.

Ako si vysvetľujete, že ste na pracovnej skupine deň pred tlačovkou nehovorili o navýšovaní počtu študentov?



Pracovná skupina nie je zameraná na túto tému. Hovoríme o inováciách obsahu a formy vzdelávania v našom študijnom programe. Nás zarazilo, že na tlačovej besede odznelo, že sme sa podieľali na rozhodovaní, čo rozhodne nebola pravda. Napriek tomu, že sme obe ministerstvá kontaktovali už v novembri 2023, keď prebehla prvá tlačová beseda na túto tému, ani z jedného sme nedostali odpoveď.

Foto – archív Laura Banovčanová

Ako si to vysvetľujete?

Môžeme len špekulovať, ale nastavujeme jasné zrkadlo toho, ako výučba a podmienky našich fakúlt vyzerajú. Nie je príjemné počúvať to, najmä ak ste za tento proces zodpovední. Dá sa očakávať, že s takýmto návrhom nebudeme súhlasiť.

Čo sa vám od roku 2022 podarilo presadiť?

Z našich návrhov sú najúspešnejšie tie, ktoré smerujú k spolupráci s fakultami. Ministerstvu sme predložili návrh o kompetenciách medikov v nemocniciach. Je to krok k tomu, aby študenti nemuseli byť limitovaní kompetenciami sanitárov, ale naozaj sa mohli podieľať na starostlivosti na adekvátnej úrovni k ich dosiahnutému vzdelaniu. Aby sa eliminovala obrovská medzera, keď je človek šesť rokov len študentom, prípadne sanitárom a potom zrazu lekárom.

Ako sa k vám správajú lekári, sestričky, pacienti? Ako sa ako medička cítite v nemocnici?

Mnoho lekárk a lekárov sa naozaj snaží nás učiť. Nápomocné majú byť práve inštitúcie medicínskeho vzdelávania, ktoré majú pomôcť, aby výučba bola efektívna. Nemôžem povedať, že by som mala bežne skúsenosť s aroganciou voči študentkám a študentom. Problém je, že nás je v skupinách veľa a ľudia v nemocniciach sú preťažení. Pacienti sú tiež veľmi nápomocní. S odmietnutím sa stretávame, keď sa opakujú návštevy študentov, lebo je málo lôžok.

Čo by pomohlo zvýšiť kvalitu výuky? Sú peniaze najväčší problém?

Je to skôr otázka na fakulty, ale predpokladám, že peňazí od štátu aktuálne nemôže byť dostatok. Rozbiehajú sa aj kurzy, ktoré vyučujúcich pripravujú, ako učiť študentov, ktorí sú dospelými ľuďmi. Paradoxne, ak niekto učí v materskej či na základnej alebo strednej škole, musí byť pripravený ako pedagóg. Ak však vyučujete na vysokej škole, žiadnu prípravu na učenie povinne mať nemusíte. Každý sa snaží najlepšie, ako vie, ale myslíme si, že je zo strany fakúlt nevyhnutné, aby v tomto smere podporovali rozvoj svojich zamestnancov.

Stretli ste sa s ministrom Tomášom Druckerom a ministerkou Zuzanou Dolinkovou, odkedy sú vo funkcii? Rozprávali ste sa s nimi?

S ministrom Druckerom som bola v kontakte raz. Povedal mi, že je vo fáze, keď sa už rozhodnutie o navýšení počtu študentov nedá zmeniť. S ministerkou Dolinkovou sme v kontakte neboli.

Štát sľúbil, že na študentov navyše pôjde viac peňazí ako na ostatných. Ako to vnímate?

Toto je veľmi dobrý krok. Na každého študenta medicíny by mali fakulty dostať vyššiu finančnú podporu. Otázka je, či bude efektívne, ak peniaze prídu až v období, keď prídu aj desiatky študentov navyše.

Mali by prísť skôr?

Áno. Fakultám pomôžu, ale nie je možné zo dňa na deň zrekonštruovať či rozšíriť internáty a učebne. Veci by predsa mali byť pripravené, už keď príde viac študentov, plánovanie musí byť strategickjšie.

Aby sa nestalo, že nastúpia študenti a nebudú mať miesto na internáte?

Napríklad.

Ako môže pomôcť prijatie študentov navyše k tomu, aby sme reálne mali viac lekárov v systéme?

Kým nebude prostredie, kam majú nastúpiť, atraktívne, problém nedostatku lekárov sa nevyrieši. Preto apelujeme na kvalitu – veríme, že lekárske fakulty na Slovensku by sa nemali stať iba vstupenkou do zahraničia, ale mali by poskytovať konkurencieschopnú kvalitu v európskom meradle. Malo by to prebiehať tak, aby študentka či študent počas štúdia videli, že je to prostredie, v ktorom by chceli zostať. Inak vyšší počet nemusí viesť k žiadnemu zlepšeniu.

Plánujete zostať na Slovensku, keď doštudujete?

Ak bude taká možnosť, veľmi rada by som zostala na Slovensku. Záleží mi na tom, akým smerom sa naša krajina posunie. Aj keď pre viacerých je dianie a fungovanie krajiny v týchto dňoch prinajmenšom frustrujúce a absentuje vysvetlenie mnohých alarmujúcich rozhodnutí.



Čo vás najviac frustruje?

Chcem zostať, pretože mám pocit, že som súčasťou skupiny, ktorá chce a môže zmeniť veci. Naopak, odchod zvažujem, keď vidím, že niektoré veci v spoločnosti aktuálne perspektívu nemajú. Nerada by som zachádzala do politických vyjadrení, pretože primárne reprezentujem komunitu študentstva, vo všeobecnosti však vidím viaceré diskutabilné rozhodnutia, ktoré budú mať veľký dosah na našu spoločnosť. Chýba nám diskusia o tom, či sú tieto rozhodnutia naozaj správne.

O čo ide? Vnímate napríklad ako medička, že sa v martinskej Univerzitnej nemocnici vymenil riaditeľ zo dňa na deň a bez udania dôvodu?

Áno. Vidíme, že mnohé projekty na Slovensku, ktoré by pomohli veciam, sú z najrôznejších dôvodov neúspešné. V spoločnosti chýbajú aktívne zverejňované príklady, keď by sa veci naozaj zásadnejšie pohlili k lepšiemu. Otvárame témy, o ktorých sa nehovorilo – napríklad rovnosť pohlaví. Sú to témy, ktoré môžu znieť vágne, keď sa o nich rozpráva, ale pre človeka, ktorý je priamo v tom dianí, je to niečo, s čím sa štandardne stretáva a trápí ho to. Fakt, že sa takéto veci začínajú riešiť, má veľký vplyv na to, ako sa človek rozhodne.

Je ťažšie pre mladú lekárku nájsť si prácu v nemocnici? Neobávate sa toho?

Osobne som sa na pohovoroch s takýmto správaním nestretla. V našich podnetoch sa s tým však stretávame pomerne často a mám pocit, že sa to aj vďaka verejnej diskusii aspoň drobnými krokmi posúva k lepšiemu. Takéto témy mali byť v dnešnej spoločnosti už dávno vyriešené. Študentky sa stretávajú s nekorektným prístupom už počas štúdia, neskôr pri pracovných pohovoroch a potom v pozíciách lekárov na pracovisku.

Ako to vyzerá?

Ide o nevhodné pripomienky a komentáre smerované na ženy, študentky. Potom sú to situácie, keď nemocnice evidentne viac preferujú našich spolužiakov.

Odrádza to niektoré mladé medičky? Robíte si prieskumy, prečo tak veľa absolventov odchádza zo Slovenska?

Nemáme takéto štatistiky, ale existujú prieskumy mienky medikov. Najčastejšie sa opakuje, že neodchádzajú pre platy, ale preto, kto vedie oddelenia, preto, že nemajú priestor na ďalšie vzdelávanie. Medikom záleží, aby v kolektíve boli odborníci, ktorí sa s nimi podelia o vedomosti a pomôžu im rozvíjať sa. A dôvodom na odchod je aj vyváženosť pracovného a osobného času.

Je to pre mladých lekárov šok, koľko práce a nadčasov majú po nastúpení do nemocnice?

Je. Ak však napríklad počas štúdia pracujete ako sanitár v nemocnici, vidíte, ako oddelenia fungujú. Študenti, ktorí sú na klinike len pár hodín denne, to vidia len minimálne.

O zdravotníctve sa na verejnosti aj v médiách hovorí najmä negatívne. Vieme, že sú nemocnice zadlžené; hovorí sa, že v Martine napríklad možno nebude v marci na platy; vidíme nedostatky v ambulantnom sektore. Ako to pôsobí na človeka, ktorý chce do toho systému vstúpiť?

To sú dôvody, pre ktoré študenti odchádzajú. Študenti sú od začiatku do konca štúdia nezriedka vystavovaní nie práve motivujúcim momentom. Potom komunikujú s nemocnicami, keď to často nie je príjemné, a tak sa mnoho študentov rozhodne odísť. Často do českých nemocníc.

Ako s tým bojujete vy, keď chcete ostať?

Mám aj mnoho pozitívnych skúseností. Mala som šťastie na pracoviská, ktoré so mnou komunikovali veľmi aktívne a korektne. Zároveň som aj prostredníctvom mimoškolských aktivít mala možnosť spoznať desiatky motivovaných a inšpiratívnych ľudí.

Sú lekári v nemocniciach frustrovaní?

Áno. Stretávame sa s tým, že mnoho lekárov zvažuje, že odíde do zahraničia. Hlavne mladší, s ktorými sme v kontakte. Na druhej strane je časť z nás, ktorá by ešte chcela zabojsť, aby to bolo lepšie, a sme ochotní ešte to skúsiť. Preto sme sa, ak dostaneme reálnu možnosť, rozhodli zostať. Máme študentov, ktorí sú veľmi aktívni. Nechcú iba prežiť šesť rokov a v tichosti medzi kamarátmi kritizovať, neskôr odísť do nemocnice a v tichosti kritizovať tam. Je tu komunita nielen mladých ľudí, ktorým záleží na tom, ako veci vyzerajú, a uvedomujú si zodpovednosť, ktorú v spoločnosti majú.

Laura Banovčanová (25)

Študentka záverečného ročníka pregraduálneho štúdia na Jesseniovej lekárskej fakulte UK v Martine, odbor všeobecné lekárstvo, program v slovenskom jazyku. Je prezidentka Slovenskej asociácie študentov medicíny a dobrovoľníčkou v organizáciách venujúcich sa



rozvojovým projektom v zahraničí.

Máte pripomienku alebo ste našli chybu? Prosíme, napíšte na .

Vstúpiť do diskusie

Autor: Veronika Folentová



Lekárske fakulty budú môcť v ďalšom roku prijať na štúdium o 150 študentov viac [🔗](#)

📅 25. 1. 2024, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 5, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: TASR, Sentiment: Pozitívny, Téma: Rektorát UPJŠ, Kľúčové slová: rektor UPJŠ

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 1360 EUR

Rubrika: Vzdelávanie

Na tento účel má ísť fakultám zhruba 1,3 milióna eur. Dohodu musia schváliť akademické senáty škôl

O

150 viac medikov budú môcť prijať lekárske fakulty už pri najbližších prijímacích pohovoroch. Na stredajšej tlačovej konferencii o tom informoval predseda Národnej rady SR Peter Pellegrini (Hlas-SD). Je to prvý krok pri plnení záväzku vlády SR zabezpečiť objednávku štátu na zvýšenie počtu študentov zo Slovenska vo vybraných študijných programoch a odboroch vysokoškolského vzdelávania.

„Oproti pôvodným plánom sa pri najbližších prijímacích pohovoroch bude čiara úspešnosti posúvať tak, aby v súčte na jednotlivých fakultách bolo prijatých do prvého ročníka o 150 študentov navyše oproti bežnému stavu, ktorý dnes máme,“ uviedol.

Minister školstva Tomáš Drucker (Hlas-SD) priblížil, že Lekárska fakulta Univerzity Komenského (UK) v Bratislave by mala v budúcom školskom roku prijať o 45 študentov viac, Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine o 30 študentov viac, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika (UPJŠ) v Košiciach o 45 a Slovenská zdravotnícka univerzita (SZU) v Bratislave o 30 študentov viac. „Vzhľadom na to, že podmienky prijímacích konaní sú už zverejnené, dohodu musia schváliť akademické senáty jednotlivých škôl,“ dodal. Ozrejmil, že do nového akademického roka chce rezort fakultám poskytnúť na tento účel zhruba 1,3 milióna eur. Navýšiť sa majú aj celkové zdroje na jedného študenta.

Zdôraznil, že navýšenie počtu študentov nie je riešením nedostatku lekárov v nemocniciach, ale záväzkom ďalej zdokonaľovať vzdelávací systém a pokračovať v opatreniach. V tejto súvislosti podotkol, že vláda s vedeniami fakúlt hovorí o ďalších projektoch, a to napríklad o renovácii výučbových pracovísk, modernizácii internátov či budovaní simulačných centier. Do budúca tiež rezort podľa Druckera plánuje podporiť aj štúdium zahraničných študentov.

„Rada by som vyzvala aj samotných študentov, ktorí zvažujú kariéru v zdravotníctve a v najbližších dňoch si budú posielat' prihlášky na vysoké školy, aby neváhali a rozhodli sa pre toto jedinečné poslanie,“ povedala ministerka zdravotníctva SR Zuzana Dolinková (Hlas-SD). Už v decembri vyhlásila, že plánuje aj spustenie kampane a nábora budúcich zdravotníkov už na základných školách.

Ministerka potvrdila, že prípravou ďalších projektov, ktoré by mohli zatriktívniť štúdium medicíny, sa zaoberá pracovná skupina. Poukázala napríklad na realizáciu praktickej výučby mimo lekárske fakulty pre študentov od 4. ročníka. „Od roku 2024 budú študenti šiesteho ročníka takúto praktickú výučbu v slovenských nemocniciach absolvovať,“ ozrejmila. Skupina tiež podľa nej hovorí o tom, ako budú definované kompetencie medikov počas štúdia. Zdôraznila, že je potrebné riešiť aj nedostatok sestier a študentov ošetrovateľstva. „Prebiehajú aj rokovania o úprave kompetencií a možno vzdelávania v oblasti ošetrovateľstva,“ dodala.

Reakcia škôl

Dekan Lekárskej fakulty UK prof. Juraj Payer a rektor SZU prof. Peter Šimko zmeny vítajú. Deklarujú, že fakulty sú na navýšenie počtov pripravené. „Myslím, že ak budú k tomu vytvorené všetky spomenuté predpoklady, budú na to všetky fakulty prispôsobené,“ povedal prof. Šimko. Prof. Payer zároveň ocenil, že vláda sa chce venovať aj problematike s pedagógmi na lekárske fakultách, či získať peniaze na renováciu priestorov alebo simulačnú medicínu.

„Nie je to len otázka prijatia vyššieho počtu medikov. Treba sa pozrieť na to, prečo tu množstvo absolventov neostáva pracovať a prečo mladí lekári často nemajú chuť sa vrátiť na Slovensko,“ upozornila v decembri pre Zdravotnícke noviny Zuzana Marčeková, PR manažérka Jesseniovej lekárskej fakulty.

V akademickom roku 2022/23 mali napríklad na Jesseniovej lekárskej fakulte UK v Martine v programe všeobecné lekárstvo 119 absolventov v slovenčine a 86 absolventov v angličtine. Na LF UK v Bratislave to bolo 299 absolventov v slovenčine a 124 v angličtine.

Predseda NR SR Peter Pellegrini, vľavo ministerka zdravotníctva Zuzana Dolinková a vpravo minister školstva Tomáš Drucker počas tlačovej konferencie ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu k navýšeniu počtu študentov lekárske fakulty.

Foto: TASR/Pavel Neubauer

Autor: (tasr, red)



MRI ako posledný kúsok mozaiky dát apremilastu u pacienta so psoriatickou artritídou

25. 1. 2024. Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strany: 3, 4, 5, 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: 6094 EUR

Rubrika: apremilast

Ako uviedla prof. MUDr. Želmíra Macejová, PhD., MPH (I. interná klinika **UPJŠ** LF a UNLP Košice), psoriáza (PsO) predstavuje komplexný chronický zápalový stav s mnohými manifestáciami. Veľmi často je postihnutá vlasatá časť hlavy (80 %). Nemenej často sú postihnuté lakte (78 %), ale aj kolená (57 %) a trup (53 %). PsO postihuje 2 až 3 % celosvetovej populácie, pričom 80 % pacientov s PsO má ložiskovú PsO. Ložisková PsO sa manifestuje ako vyvýšené, šupinaté, dobre ohraničené lézie na koži. Psoriatická artritída (PsA) je ochorenie, ktoré má množstvo manifestácií a symptómov. PsA je multidoménové ochorenie s variabilným klinickým prejavom (opuchy kĺbov, entezeitída, daktylitída, axiálne postihnutie, postihnutie nechtov, ložisková PsO, únava). Aj keď neexistuje priama korelácia medzi PsO a PsA, sú indície, že ak pacient trpí určitou formou PsO, má vyššie riziko rozvoja PsA. Napríklad PsO vo vlasatej časti hlavy je asociovaná so 4-násobne vyšším rizikom rozvoja PsA. Nechtová forma PsO je asociovaná s 3-násobne vyšším rizikom rozvoja PsA. U väčšiny pacientov (75 – 80 %) sú najprv prítomné kožné zmeny a PsA sa vyvinie až po niekoľkých rokoch. V niektorých prípadoch sa PsO a PsA objavujú naraz. Veľmi zriedkavo sú najprv prítomné kĺbové prejavy a až neskôr sa objavia kožné prejavy. Genetické faktory a environmentálne vplyvy u pacientov s PsO môžu spôsobovať preklinickú PsA, ktorá neskôr prechádza do subklinickej PsA. Pri subklinickej PsA sú prítomné erózie, ktoré sa dajú zistiť pomocou ultrazvuku (USG) alebo magnetickej rezonancie (MRI). Nasleduje prodromálna PsA (artralgie, únava, stuhnutosť) až PsA, ktorá spĺňa diagnostické CASPAR kritériá.

Je dôležité identifikovať pacientov s PsO, ktorí majú zvýšené riziko rozvoja PsA. Podľa 2018 PAMPA Consensus Terminology môžu byť pacienti v preklinickej fáze PsA opísaní nasledovne:

Pacienti s PsO so zvýšeným rizikom pre 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, alebo majú ďalšie rizikové faktory, ako napr. obezitu, závažnú PsO, uveitídu, nechtovú PsO, PsO vo vlasatej časti hlavy a artralgii. Pacienti s PsO a so zobrazenými asymptomatickými synovio-enteziálnymi abnormalitami. MRI nálezy zahŕňajú entezeitídu, edém kostnej drene, synovitídu, tendonitídu, kostné erózie a formáciu novej kostnej hmoty. USG nálezy zahŕňajú entezeitídu, synovitídu, tendonitídu a kostné erózie.

Pacienti s PsO a s muskuloskeletálnymi symptómami nepodloženými inou diagnózou.

Muskuloskeletálne symptómy zahŕňajú bolestivé päty, stuhnutosť a/alebo artralgii nepodloženú inou diagnózou.

Oneskorenie diagnózy PsA môže viesť k oneskoreniu začatia liečby. Oneskorený začiatok liečby môže viesť k erozívnomu ochoreniu, funkčnému postihnutiu, deformitám kĺbov, sakroileitíde, mutilujúcej artritíde (obr.). Nie všetky triedy liečby PsA sú účinné vo všetkých kľúčových doménach PsA (periférna artritída, kožné a/alebo nechtové ochorenie, axiálne postihnutie, daktylitída, entezeitída). Nové lieky ovplyvňujú všetky domény PsA, napr. cieleňé 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. Pri oligoartikulárnej PsA je počet postihnutých kĺbov obmedzený na 1 – 4. Pri polyartikulárnej PsA je počet postihnutých kĺbov ≥ 5 . Pacienti s oligoartikulárnou PsA majú rovnaké komorbidity ako pacienti s polyartikulárnou PsA. Aj oligoartikulárna PsA znamená značnú záťaž chorobou, ktorá si vyžaduje adekvátnu liečbu.

Asymetrická oligo- (alebo mono-) artritída by mala byť považovaná za jeden z najčastejších charakteristických znakov PsA. Na definovanie klinickej aktivity PsA sa používa index cDAPSA (Clinical Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis). cDAPSA je kombináciou počtu opuchnutých kĺbov (SJC – swollen joint count), počtu citlivých kĺbov (TJC – tender joint count), hodnotenia bolesti pacientom (VAS Pt pain) a globálneho hodnotenia aktivity pacienta (VAS Pt GA). Stredne aktívna PsA je definovaná ako skóre cDAPSA > 13 až ≤ 27 . Skóre cDAPSA > 27 znamená vysokú aktivitu ochorenia, skóre cDAPSA > 4 až ≤ 13 znamená nízku aktivitu ochorenia a skóre cDAPSA ≤ 4 znamená remisiu ochorenia. Aj pacienti so stredne aktívnou PsA sú kandidátmi na pomerne účinnú liečbu.

Odporúčania EULAR (Európska aliancia reumatologických spoločností) na liečbu PsA zahŕňajú nesteroidové antiflogistiká (NSA) a steroidy, konvenčné syntetické chorobu modifikujúce antireumatické lieky (csDMARD) a biologickú liečbu (bDMARD). NSA sa môžu podávať na zmiernenie muskuloskeletálnych príznakov a symptómov. Lokálne injekcie steroidov by sa mali zväziť ako doplnková liečba. Systémové podávanie steroidov sa môže používať opatrne pri najnižšej účinnej dávke počas čo najkratšej doby. K dispozícii sú obmedzené údaje o účinnosti NSA pri liečbe entezeitídy. csDMARD by sa mali zväziť u pacientov s oligoartikulárnou PsA so zlými prognostickými faktormi. Údaje špecifické pre oligoartikulárnu PsA a csDMARD sú obmedzené. bDMARD by sa mali podávať u pacientov s PsA, ktorí mali nedostatočnú odpoveď na aspoň jednu terapiu csDMARD. Liečba bDMARD sa má zväziť u pacientov s jednoznačnou en teziťdou a nedostatočnou odpoveďou na NSA alebo lokálne injekcie glukokortikoidov. Je potrebných viac údajov špecifických pre oligoartikulárnu PsA a bDMARD.



EULAR odporúča PDE4 inhibítor u pacientov s oligoartikulárnou PsA: u pacientov s miernym ochorením a nedostatočnou odpoveďou na aspoň jeden csDMARD, u ktorých nie je vhodný ani bDMARD, ani inhibítor JAK (Janusovej kinázy), možno zvážiť použitie inhibítora PDE4.

Apremilast preukazuje lepšiu účinnosť u pacientov so stredne závažnou/oligoartikulárnou PsA ako u pacientov so závažnejším ochorením. Aj GRAPPA (Skupina pre výskum a hodnotenie psoriázy a PsA) odporúčania pre liečbu PsA odporúčajú apremilast takmer v každej doméne PsA.

Veľké randomizované klinické štúdie (RKŠ) PALACE 1-3 potvrdili, že inhibícia PDE4 je obzvlášť účinná u pacientov s nízkou a strednou aktivitou ochorenia. Skóre cDAPSA výrazne pokleslo už v 16. týždni liečby apremilastom a tento pokles pretrvával počas celého obdobia sledovania až do 52. týždňa (graf). Mozaiku dát o účinnosti apremilastu doplnili výsledky fázy 4 štúdie MOSAIC, do ktorej bolo zahrnutých 122 pacientov. Išlo o jednoramennú, multicentrickú, otvorenú štúdiu fázy 4. Štúdia MOSAIC bola prvá globálna štúdia, ktorá hodnotila vplyv apremilastu na výstupy MRI u pacientov s PsA založených na PsAMRIIS (skóre zobrazenia magnetickou rezonanciou pre PsA) a WB-MRII (celotelové zobrazenie magnetickou rezonanciou). Hlavným cieľom štúdie bolo zhodnotiť účinnosť apremilastu na zápal pomocou MRI ruky. MRI ruky sledovalo tenosynovitídu, synovitídu, edém kostnej drene, periartikulárny zápal. Pacienti užívali apremilast v dávke 30 mg 2x denne počas 48 týždňov. Kontrastné MRI sa hodnotilo vo východisku, v 24. a 48. týždni. Pacienti mali aktívnu PsA (≥ 3 mesiace a ≤ 5 rokov od stanovenia diagnózy, spĺňali klasifikačné kritériá CASPAR pre PsA). Primárnym koncovým ukazovateľom bola zmena zloženého zápalového skóre ruky BME, synovitídy, tenosynovitídy v 2. – 5. prste podľa PsAMRIIS v 24. týždni oproti východisku. Východiskové charakteristiky: ženy tvorili 55 %; priemerný vek bol 47 rokov; priemerný BMI bol 30 kg/m²; priemerná dĺžka trvania PsA bola 1,9 roka; priemerný počet opuchnutých kĺbov bol 7; priemerný počet bolestivých kĺbov bol 13; 48 % pacientov malo miernu aktivitu ochorenia; 49 % pacientov malo vysokú aktivitu ochorenia. Výsledky štúdie boli nasledovné:

PsAMRIIS skóre v 24. a 48. týždni ukázalo, že liečba apremilastom u pacientov s PsA zmiernila zápal a nedošlo k významnej štruktúrálnej progresii. Pacienti liečení apremilastom mali v 24. a 48. týždni významné klinické zlepšenie merané pomocou cDAPSA oproti východisku.

Po liečbe apremilastom mali pacienti so strednou klinickou aktivitou v 24. a 48. týždni výraznejšie zlepšenie zápalových skóre na MRI oproti východisku ako pacienti s vysokou klinickou aktivitou. Liečba apremilastom takisto nebola u pacientov so strednou klinickou aktivitou v 48. týždni spojená s významným štruktúrnym poškodením. V závere štúdie bolo konštatované, že pacienti liečení apremilastom sa zlepšili v objektívnych znakoch zápalu na MRI posúdených pomocou PsAMRIIS v sledovanej ruke v 24. a 48. týždni a nebola pozorovaná významná štruktúrna progresia. Liečba apremilastom počas 48 týždňov viedla u pacientov so strednou aktivitou PsA k lepšej kontrole zápalového ochorenia bez významnej štruktúrálnej progresie oproti pacientom s vysokou aktivitou PsA. Na záver prof. Macejová zhrnula, že včasná a cielená liečba v klinickej praxi vedie k signifikantnému zlepšeniu stavu pacientov. Dôležitá je včasná diagnostika pri multiodborovej spolupráci. Problémom sú mono- a oligoartikulárne formy PsA, ich hodnotenie a liečba. Inhibícia PDE4 je efektívna na mierne formy PsA a má svoje miesto v GRAPPA aj EULAR odporúčaníach. Štúdia MOSAIC potvrdzuje účinnosť apremilastu na zápal a štruktúrnú progresiu aj zobrazením pomocou MRI. PDE4 inhibícia sa osvedčuje aj v prípadoch s kontraindikáciou bDMARD (malignity, TBC, kardiálne zlyhávanie), ale aj v prípadoch pokročilých foriem PsA.

Štúdia MOSAIC potvrdzuje účinnosť apremilastu na zápal a štruktúrnú progresiu Ak pacient trpí určitou formou PsO, má vyššie riziko rozvoja PsA

Obr.: Oneskorenie diagnózy PsA môže viesť k eróziám kĺbov a dlhodobej zlej fyzickej funkcii

Klinické prediktívne znaky PsA1 Vlasová PsO Inverzná PsO Nechtová PsO Oneskorenie v diagnostike > 6 mesiacov2 Klinické znaky spojené s > 6-mesačným oneskorením diagnózy u pacientov s PsA (n = 283) Erozívne ochorenie OR 4,6 Funkčné postihnutie OR 2,2 Deformované kĺby OR 2,3 Sakroileitída OR 2,3 Arthritis mutilans OR 10,6 Bez DMARD/TNFi OR 0,4

DMARD = chorobu modifikujúci antireumatický liek; OR = odds ratio; TNFi = inhibítor tumor nekrotizujúceho faktora. 1. J. U. Scher a kol., Nat Rev Rheumatol 2019; 15: 153 – 166; 2. M. Haroon a kol., Ann Rheum Dis 2015; 74: 1045 – 1050

Graf: Výsledok veľkých RKŠ - inhibícia PDE4 je obzvlášť účinná u pacientov s nízkou a strednou aktivitou ochorenia

PALACE 1–3: skóre cDAPSA u pacientov, ktorí dostávali apremilast 30 mg 2-krát denne od začiatku do 52. týždňa podľa kategórie cDAPSA v 52. týždni

Čas (týždne) 0 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 Priemerné cDAPSA (SEM)

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

cDAPSA = klinická aktivita PsA; HDA = vysoká aktivita ochorenia; LDA = nízka aktivita ochorenia; Mod = stredná aktivita ochorenia; PDE4 = fosfodiesteráza 4; REM = remisia; SEM = štandardná odchýlka priemeru; RKŠ = randomizovaná klinická štúdia Upravené podľa:



P. J. Mease a kol., Arthritis Care Res (Hoboken) 2020; 72: 814 – 821.

prof. Macejová



XXXI. Slovenský angiológický kongres

☐ 25. 1. 2024, Zdroj: **Lekárske listy**, Strany: 8, 9, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **Helena Rusnáková Angiológická**. Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**
Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 3999 EUR

Rubrika: Varia

V dňoch 14. - 16. septembra 2023 sa uskutočnil na Táloch v Nízkych Tatrách v hoteli Partizán v poradí XXXI. Slovenský angiológický kongres. Organizátorom kongresu bola Slovenská angiológická spoločnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti a bol zaradený do sústavného medicínskeho vzdelávania kreditovaných podujatí, pridelených mu bolo 16 kreditov. Čitateľom prinášame dokončenie tohto článku.

Farmakoterapia na báze oligonukleotidov – kde sme a kam spejeme? (doc. MUDr. J. Bultas, Ústav farmakológie 3. LF UK, Praha). Dlhú dobu vo farmakológii dominovalo použitie klasických malomolekulových liečiv. Koncom minulého storočia nastala explózia tzv. biologickej liečby, najmä monoklonálnych protilátok a ich fragmentov. Posledné desaťročie nastupuje farmakoterapia na báze nukleových kyselín, inhibujúcich či aktivujúcich oligonukleotidov. V klinickom použití sú inhibujúce krátke nukleotidové reťazce troch typov: ASO (antisense oligonucleotids), sRNA (short interfering RNA alebo sírany) a aptamery. Vo fáze klinického hodnotenia je tiež editácia génu PCSK9 metódou CRISPR/ CAS9. Výhodou liekov na báze oligonukleotidov je vysoká špecifita liečby, absencia interakcií na úrovni farmakokinetiky v porovnaní s monoklonálnymi protilátkami, nižšie výrobné náklady a veľmi dlhá doba pôsobenia zaisťujúca stabilný účinok. Nevýhodou je pomalý nástup účinku počas 2 - 4 týždňov. Iba aptamery, „protilátky“ na báze RNA či DNA blokujúce funkciu, účinkujú ihneď. V angiológii sa s jednotlivými typmi liečby stretávame v rámci liečby dyslipidémie. Už sa používa síran inhibujúci syntézu proproteínovej konvertázy PCSK9 (inklisiran). V klinickom hodnotení sú oligonukleotidy typu ASO či aptamerov. Aj v inhibícii syntézy apolipoproteínu (a) dominujú oligonukleotidy – sRNA (olpasiran) či ASO (pelacarsen). V liečbe hypertriglyceridémie je preverovaný oligonukleotid typu ASO (vupanorsen) inhibujúci syntézu angiopoetin-like 3 proteínu s aktiváciou lipoproteínovej lipázy. V antikoagulačnej liečbe blokujúcej vnútornú cestu kaskády cestou faktora XI je preverovaná inhibícia transkripcie mRNA oligonukleotidom typu ASO (fedomersen) alebo sRNA, resp. inhubícia faktora aptamery (feliap).

Inklisiran v liečbe pacientov s periférnym artériovým ochorením dolných končatín (MUDr. M. Moščovič, PhD., Klinika angiológie LF **UPJŠ** a VÚSCH, Košice). Aterosklerotické komplikácie sú najčastejšou príčinou KV morbidity a mortality na svete. Každú minútu zomiera na svete 34 ľudí s aterosklerózou na IM alebo CMP. Bolo dokázané, že celoživotná nižšia koncentrácia LDL-C vedie k signifikantnému zníženiu rizika výskytu KV príhod. Každý pokles hladiny LDL-C o 1 mmol/l sa spája s približne 20 % znížením KV príhod. Odporúčania ESC/EAS z roku 2019 pre primárnu a sekundárnu prevenciu KV ochorení ohľadom znižovania LDL-C uvádzajú, že cieľom liečby je zníženie LDL o $\geq 50\%$ a LDL $\leq 1,8$ mmol/l u pacientov vysokým rizikom. V prípade pacientov s ASKVO alebo veľmi vysokým rizikom je cieľom liečby zníženie LDL o $\geq 50\%$ a LDL $\leq 1,8$ mmol/l. Aterosklerotické KVO je definované ako klinické prejavy/zobrazovacie vyšetrenie vrátane PAO stenózy karotických ochorení. Prečo pacienti nedosahujú cieľové hodnoty LDL-C? Pre nízku adhérenciu k statínom, ktoré sú základným pilierom liečby, pre relatívne vysoké množstvo nežiaducich účinkov. Mnoho pacientov liečených statínom nie je schopných trvalejšie dosiahnuť a udržiavať cieľové hodnoty LDL-C. U pacientov, ktorí nevedia dosiahnuť a udržať cieľové hodnoty LDL-C statínmi a majú zvýšené riziko KV príhod, sú potrebné doplnkové spôsoby liečby, na ktoré dostatočne nemyslíme (ezetimib, PCSK9 inhibítor, inklisiran).

Inklisiran je malá interferujúca dvojláknová RNA, ktorá zabraňuje tvorbe PCSK9. Účinkuje v hepatocyte na úrovni cytoplazmy. Degraduje pôvodnú RNA, nahradzuje ju a zabraňuje tvorbe proteínu PCSK9. Aký je jeho mechanizmus účinku? Je to prvý a jediný liek, ktorý využíva mechanizmus účinku malej interferujúcej RNA na zníženie LDL-C. Inklisiran napodobňuje proces RNA interferencie v tele na zvýšenie LDL receptorov na povrchu pečene, čím zvyšuje odstraňovanie LDL-C z cirkulácie. Chemické modifikácie umožňujú dosiahnutie efektívneho zníženia LDL-C, ktorý sa udržiava aj počas predĺženého dávkovacieho intervalu. Aktuálne prebieha 3. fáza klinického skúšania inklisiranu v štúdií ORION-9, 10 a 11. Časté dávkovanie liekov zhoršuje adhérenciu a priemerné zníženie LDL-C v priebehu času.

Inklisiran má svoje indikačné obmedzenia. Môže sa indikovať u pacientov s dyslipidémiou s veľmi vysokým rizikom KV príhody, ktorí majú dokumentované aterosklerotické KV ochorenie, ischemickú náhlu cievnu mozgovú príhodu alebo revaskularizačné výkony na koronárnych alebo ostatných artériách. Pri indikácii sa súčasne vyžaduje splnenie aspoň jednej z týchto podmienok: 1. Pacient liečený maximálne tolerovanými dávkami hypolipidemickej liečby v trvaní minimálne troch mesiacov (3 mesiace liečby statínom alebo 2 mesiace liečby statínom a 1 mesiac liečby ezetimibom), u ktorého aj napriek liečbe pretrváva hladina LDL-C $\geq 2,6$ mmol/l. 2. Pacient s dokumentovanou kontraindikáciou na statíny alebo intoleranciou na minimálne dva rozličné statíny v najvyšších tolerovaných dávkach, u ktorého pretrváva hladina LDL-C $\geq 2,6$ mmol/l. 3. Pacient s dokumentovaným terapeutickým efektom biologickej hypolipemickej liečby. Podmienkou hradenej liečby je abstinencia alkoholu a fajčenia. Ak do 6 mesiacov od úvodu terapie nedôjde k poklesu LDL-C aspoň o 40 % z východiskovej hodnoty u pacientov bez predchádzajúcej biologickej, hypolipemickej liečby, ďalšia liečba nie je hradenou liečbou. Hradená liečba podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.

Záver: mnoho pacientov liečených statínmi nie je schopných trvalejšie dosiahnuť a udržať cieľové hodnoty LDL-C. Inklisiran zabezpečuje účinné a pretrvávajúce zníženie LDL-C približne o 50 %. Nežiaduce účinky súvisiace s liečbou boli podobné v skupine s inklisiranom a placebom, s výnimkou reakcie v mieste podania injekcie, ktoré boli častejšie v skupine s inklisiranom.



Neurovaskulárny blok

Neurovaskulárny blok sa venoval karotickej/vertebrálnej ateroskleróze, hodnoteniu symptómov a rizikovosti aterosklerotického plaku, technike trombektómie pri akútnej ischemickej CMP a karotickému stentingu v roku 2023.

Asymptomatická stenóza karotídy

(MUDr. Z. Goldenberg, I. Neurologická klinika UK Bratislava). Takto sa definuje prítomnosť aterosklerotického zúženia internej karotídy (ACI) o $\geq 50\%$ na úrovni bifurkácie u jedincov bez anamnézy nedávnej (v priebehu posledných 6 mesiacov) ischemickej cievnej príhody/TIA, zahŕňajúcej ipsilaterálnu karotídu. $50 - 69\%$ zúženie = mierna stenóza, $\geq 70\%$ zúženie = závažná stenóza. Najčastejšou príčinou stenóz je ateroskleróza, je spojená so zvýšeným rizikom ischemickej CMP, akútnych koronárnych príhod a cievnej smrti. Neodporúča sa rutinný skrining asymptomatickej stenózy karotíd (ACS) u osôb bez cerebrovaskulárnych symptómov alebo významných rizikových faktorov (úroveň 1B). Najlepšia zobrazovacia metóda na skrining karotickej AS u asymptomatických pacientov je duplexná USG pred CTA, MRA alebo inými zobrazovacími metódami (1B). Hemodynamicky významné stenózy môžu existovať aj v neprítomnosti šelestu, môže to znamenať úplnú oklúziu krčnej tepny. Hodnotenie šelestu má pre klinicky významnú stenózu senzitivitu $63 - 76\%$ a špecifitu $61 - 76\%$. Zistilo sa, že auskultácia karotických šelestov má nízku presnosť na detekciu karotickej stenózy alebo CMP a nepovažuje sa za primeraný skriningový postup. V diagnostike sa používa duplexná USG, ide o neinvazívne vyšetrenie, prakticky bez komplikácií, je ľahko dostupné a rýchlo vykonateľné, so 70% citlivosťou. CT angiografia má dobré rozlíšenie, ale vyžaduje odborné znalosti na interpretáciu. Takisto je ľahko dostupná a rýchlo vykonateľná. Komplikácie môžu byť spojené s podaním i.v. kontrastu. MR angiografia vyžaduje takisto odborné znalosti na interpretáciu, má dobré rozlíšenie. Problémom môže byť klaustrofóbia, pacient musí pokojne ležať asi 20 - 30 minút. Zlatým štandardom je digitálna subtrakčná angiografia. Ide o invazívnu metódu, komplikácie súvisia s i.v. podaním kontrastu. Hlavnou príčinou TIA aj ischemickej CMP u pacientov so stenózou karotíd je embolizmus. Priama vizualizácia embolizácie je možná pomocou transkraniálnej dopplerovskej USG - TCD. Ako nestabilný karotický AS plak sa hodnotí krvácanie do vnútra plaku, povrchová ruptúra plaku a luminálna trombóza. V poslednom desaťročí prebieha veľká diskusia o skutočnom prínose invazívnej liečby ACS. Nevyriešenou otázkou je, či karotická endarterektómia (CEA) alebo stentovanie plus najlepšia medikamentózna terapia (BMT) sú stále lepšie ako osamotená BMT v prevencii CMP u pacientov s ACS.

Je tento aterosklerotický plak/stenóza karotickej artérie riziková? (prof. MUDr. J. Piňha, PhD, Klinika kardiológie/ Laboratórium pre výskum aterosklerózy, IKEM Praha). Klinickým následkom postihnutia karotických tepien sú ischemické cievne mozgové príhody a zníženie kognitívnych schopností. Medzi najčastejšie metódy zobrazenia zmien v karotických artériách patria: duplexná USG vrátane intrakraniálneho USG, CT angiografia, multislice CT, magnetická rezonancia, pozitronová emisná tomografia alebo kombinácia týchto metód. Hodnotenie stupňa stenózy podľa USG je nasledovné: $70 - 90\%$ stenóza – systolická rýchlosť nad 230 cm/sec a diastolická do $90 - 100\text{ cm/sec}$, nad 90% - diastolická rýchlosť nad 100 cm/sec . V prípade stenózy $30 - 60\%$ je preferovaná farmakoterapia, pri stenózach $60 (70) - 90\%$ by mala byť preferovaná revaskularizačná terapia, Možno zhrnúť, že ako nebezpečný plak sa hodnotí plak hemodynamicky vysoko významný, s diastolickou rýchlosťou nad 100 cm/sec progredujúci do významnosti s malou mozgovou cirkulačnou rezervou a embolizujúci. Morfológicky sa za nestabilitu považujú ulcerácie, krvácanie do plaku, mikrokalcifikácie, zápalové procesy a pravdepodobne plak „v tele muža“.

Technika trombektómie pri akútnej ischemickej CMP (MUDr. D. Kučera, Kardiologická klinika FN Kráľovské Vinohrady a 3. LF UK Praha). Príčinou uzáveru pri iCMP je aterotrombóza alebo embólia. Indikáciou k mechanickej trombektómii je: akútny neurologický deficit, uzáver veľkej tepny, absencia rozvinutých rozsiahlych ischemických zmien, časové okno (čas od začiatku symptómov < 6 hodín, resp. < 24 hodín pri dôkaze penumbry) a dobrý premorbídny neurologický stav. Aká je príprava pacienta na katetrizačný výkon? Fixácia hlavy a končatín, prístupová cesta AFC, lokálna anestézia, sedácia (nie celková anestézia), monitorovanie TK, EKG, možná asistancia ARO a na záver uzatvorenie AFC. Používa sa systém dlhých obturačných katétrov alebo neobturačných zavádzačov. Trombektómia je možná za pomoci stent retrieverov, aspiračných katétrov či kombináciou. Primárna úspešnosť mechanickej trombektómie je vysoká – 90% . Medzi komplikácie mechanickej trombektómie patrí periférna embolizácia ($3 - 6\%$), symptomatická intracerebrálna hemorágia ($4 - 6\%$). $30 - 40\%$ pacientov s rekanalizáciou TIC1 2b, 3 má zlý klinický výsledok. Záver: endovaskulárna mechanická trombektómia je prelomovou metódou liečby akútnej iCMP, s vysokou primárnou úspešnosťou - okolo 90% , s priaznivým klinickým follow-up cca 50% .

Nasledujúci, v poradí XXXII. slovenský angiologický kongres, sa uskutoční v dňoch 12. - 14. septembra 2024 takisto v hoteli Partizán na Táloch v Nízkych Tatrách.

Každý pokles hladiny LDL-C o 1 mmol/l sa spája s 20% znížením KV príhod Primárna úspešnosť mechanickej trombektómie je 90%

Autor: MUDr. Helena Rusnáková Angiologická ambulancia ProCare, Košice



Stačí pozeráť pri psoriáze iba na kožu?

25. 1. 2024, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strany: 8, 9, 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: 3944 EUR

Ako uviedol MUDr. Tomáš Kampe, PhD., MPH (Klinika dermatovenerológie LF **UPJŠ** a UNLP Košice), holistický prístup k liečbe psoriázy (PsO) vyžaduje zhodnotenie mnohých premenných/faktorov, ako sú fenotyp, závažnosť ochorenia, fyzická, psychická a sociálna záťaž, ktorú predstavuje choroba pre pacienta, aktívny skrining komorbidít, dlhodobý a interdisciplinárny manažment týchto asociovaných porúch. Najčastejšou komorbiditou PsO je PsA. Ďalšími komorbiditami sú kardiometabolické choroby ako kardiovaskulárne ochorenia (KVO), cievna mozgová príhoda (CMP), diabetes mellitus (DM), steatóza pečene, dyslipidémia, obezita, ktoré významne zvyšujú morbiditu a mortalitu pacientov s PsO, a iné choroby ako chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) a spánkové apnoe, Crohnova choroba a ulcerózna kolitída, ochorenie obličiek, lymfóm/malignity, depresia a úzkosť (obr.). Podľa prieskumu medzinárodného hodnotenia PsO a PsA (MAPP) v roku 2012 bolo schválených niekoľko systémových liečebných postupov pre PsO alebo PsA. Populačný prieskum UPLIFT sa uskutočnil s cieľom pochopiť, ako sa vyvíjalo vnímanie výsledkov súvisiacich s liečbou najmä u pacientov s miernou až stredne ťažkou PsO a/alebo PsA a u ich dermatológov. Tento populačný webový prieskum sa uskutočnil v roku 2020 v Severnej Amerike, Európe a Japonsku. Zahrnutí boli dospelí pacienti, ktorí boli náhodne vybraní z databázy, a dermatológovia z reprezentatívnych lekárskech panelov, ktorí strávili aspoň 50 % času liečbou pacientov a liečili viac ako 20 pacientov s PsO mesačne. Najčastejšie hlásenými komorbiditami boli artériová hypertenzia, DM 2. typu, srdcové ochorenia a ochorenia pečene. Prieskum odhalil pomerne odlišné vnímanie závažnosti choroby, cieľov a výsledkov liečby medzi dermatológmi a pacientmi. Existuje príležitosť zosúladiť toto vnímanie pacientov a dermatológov s cieľom optimalizovať manažment PsO a PsA. Napriek rastúcej sume údajov o rizikách komorbidít pri PsO zostáva určitá kritická medzera v poznatkoch o tom, do akej miery môže objektívne meraná závažnosť PsO ovplyvniť prevalenciu závažných medicínskych komorbidít. Viaceré štúdie odhalili významné súvislosti medzi závažnosťou PsO a každým z uvedených komorbidných ochorení. Priemerný index komorbidít narastal so závažnosťou PsO. Celkovo bola PsO spojená s vyššou prevalenciou chronických pľúcnych chorôb, DM a DM so systémovými komplikáciami, infarktu myokardu, peptického vredu, ochorení periférnych ciev, steatohepatitídy, renálneho postihnutia.

Záťaž špecifických komorbidných ochorení sa zvyšuje so zvyšujúcou sa závažnosťou PsO. Prítomnosť klasických rizikových faktorov KVO nevysvetľuje zvýšenú prevalenciu kardiometabolických komorbidít. Prítomnosť zápalových dráh, sekrécia adipokínov, inzulínová rezistencia, angiogénéza, oxidačný stres a hyperkoagulabilita môžu mechanicky vysvetliť súvislosť medzi PsO a kardiometabolickými poruchami. Rôzne štúdie tiež ukázali, že systémová liečba PsO môže mať negatívny vplyv na KV riziko, ale môže ho aj znižovať. PsO je spojená so zvýšeným rizikom cievnych príhod, ako sú infarkt myokardu a CMP. Zistilo sa, že u pacientov s PsO sa v porovnaní s bežnou populáciou miera úmrtí zväčšila a očakávaná dĺžka života sa skrátila. 10-ročné riziko hlavných KV udalostí PsO navyše o 6 %. Pacienti s PsO majú 30-krát vyššiu pravdepodobnosť vývoja závažných nežiaducich KV udalostí (MACE) ako pravdepodobnosť vzniku malígneho melanómu. Koreláciu medzi PsO a KVO doteraz skúmali viaceré štúdie. Výsledky niektorých boli rozporuplné, hoci 2 metaanalýzy zhrnuli vzťah medzi PsO a KV výsledkami. Na potvrdenie tohto vzťahu bola potrebná aktualizácia. Metaanalýza z roku 2022 odhalila, že PsO je spojená so všetkými nepriaznivými KV výsledkami, hlavne u pacientov s ťažkým postihnutím. PsO je nezávislým rizikovým faktorom nepriaznivých KV výsledkov. Farmakoterapia používaná pri PsO má v zásade dvojaký účinok na KV rizikový profil. Napríklad cyklosporín je účinná liečba PsO, ale je silne spojený so zhoršovaním hypertenzie. Základným dôvodom prevahy esenciálnej hypertenzie pri liečbe cyklosporínom je predovšetkým rozvoj chronického ochorenia obličiek. Cyklosporín mení funkciu cievneho endotelu potlačením vazodilatátorov, ako sú prostacyklín a NO, zatiaľ čo vazokonstrikčné látky sú katalyzované zvýšením hladín endotelínu. Kumulatívne účinky vazokonstrikcie, retencie sodíka, zníženia glomerulárnej filtrácie spoločne pôsobia ako prekursor zhoršovania hypertenzie. Z tohto dôvodu sa odporúča používať cyklosporín len na krátke obdobie.

Nevhodná je napríklad liečba acitretínom u pacientov s dyslipidémiou, metotrexátom pri obezite atď. Druhým aspektom nevhodnosti týchto modalít je dosahovanie cieľov liečby. Nie je to len prítomnosť kardiometabolických komorbidít, ale aj prítomnosť malígnit, nešpecifických zápalových črevných ochorení, PsA a ďalších ochorení, ktoré ovplyvňujú výber terapie. Vedecké prístupy k hodnoteniu vplyvu liečby PsO na KV riziko sú dvojaké. Hodnotením KV biomarkerov sa zaoberajú observačné a randomizované kontrolované štúdie (RKŠ). Tieto štúdie sa zaoberajú aj hodnotením KV udalostí (infarkt myokardu, CMP, sMRI). Doteraz prebehli a prebiehajú RKŠ skúmajúce vplyv viacerých molekúl na cievny zápal a KV biomarkery. Jedným z prístupov, ako sa dá na základe výsledkov štúdií pozitívne ovplyvniť nielen aktivitu PsO a PsA, ale aj zlepšenie inzulínovej rezistencie cez ovplyvnenie viacerých rizikových faktorov, je inhibícia fosfodiesterázy-4 (PDE4). V poslednej dobe bolo publikovaných viacero štúdií u pacientov s PsO alebo PsA vrátane štúdií realizovaných v podmienkach bežnej praxe, ktoré skúmali účinky inhibície PDE4 pomocou apremilastu na telesnú hmotnosť, vaskulárnu funkciu a aktivitu ochorenia pri psoriatickom ochorení. Prospektívna, otvorená štúdia IMAPA skúmala účinnosť liečby apremilastom 30 mg 2-krát denne u dospelých pacientov ako súčasť rutínnej starostlivosti o PsO alebo PsA. Kardiometabolické, antropometrické hodnotenia a hodnotenie aktivity ochorenia sa uskutočnilo na začiatku, v 1., 3. a 6. mesiaci sledovania. Apremilast bol spojený s miernym úbytkom hmotnosti a zníženou aktivitou ochorenia počas 6 mesiacov. Nezдалo sa, že by došlo k významnej zmene funkcie endotelu, ale išlo o relatívne malý počet pacientov a mnohí pacienti mali východiskové hodnoty v norme.

Zlepšenia aktivity ochorenia pri liečbe apremilastom boli nezávislé od telesnej hmotnosti.



Súvislosť medzi liečbou apremilastom a cievnym zápalom aorty hodnoteným pomocou pozitronovej emisnej tomografie (PET), resp. počítačovej tomografie (CT), kardiometabolickými markermi, brušným tukom hodnotila jednoramenná, otvorená, intervenčná, nerandomizovaná klinická štúdia VIP-A. Zistenia tejto štúdie naznačujú, že apremilast má neutrálne spojenie s cievnym zápalom aorty a je spojený so znížením podkožného a viscerálneho tuku, čo naznačuje, že liek môže mať celkový prínos pre pacientov s PsO a kardiometabolickým ochorením. V 16. týždni boli pozorované potenciálne prospešné zníženia IL-1 β , fetuínu A, valínu, leucínu, izoleucínu, aminokyselín s rozvetveným reťazcom. V 52. týždni sa v porovnaní s východiskovým stavom pozorovali potenciálne prospešné zníženia feritínu, acetónu, ketónu a zvýšenia ApoA1. Štúdia z reálnej praxe OM-1 v USA hodnotila zmeny v kardiometabolickom stave a vo výsledkoch aktivity ochorenia pri de novo liečbe apremilastom počas 6-mesačného obdobia sledovania u pacientov s PsO a PsA v rôznych štádiách obezity. V štúdiu prevažovali ženy, priemerný vek pacientov bol 55,2 roka, vyšší podiel tvorili černosi a hispánci. U pacientov s obezitou bol vyšší výskyt hypertenzie, dyslipidémie, prediabetu a DM 2. typu, ale aj depresie. Štúdia ukázala významnú záťaž obezitou u pacientov s PsO a PsA. Výsledky štúdie naznačili, že apremilast môže mať priaznivé účinky na kardiometabolické markery a výstupy nezávisle od stavu obezity. Po 6 mesiacoch liečby boli pozorované zníženia hmotnosti, hladín glykovaného hemoglobínu (HbA1c) a aktivity ochorenia nezávisle od diabetu.

Poznanky z klinickej praxe potvrdzujú, že 1/3 pacientov s PsO má stredne závažné postihnutie. Pre mnohých pacientov kožné postihnutie nie je jediným faktorom podmieňujúcim záťaž chorobou.

Pacienti s PsO sú vo zvýšenom riziku komorbidít, ktoré nie sú prítomné iba pri závažnom postihnutí. Včasná diagnostika a komplexný manažment pacienta môžu znížiť celkovú morbiditu a mortalitu. Inhibícia PDE4 apremilastom predstavuje potenciálny prínos v ovplyvnení kardiometabolických biomarkerov a PsA ako najčastejšej komorbidity, konštatoval na záver MUDr. Kampe.

Zlepšenia aktivity ochorenia apremilastom boli nezávislé od telesnej hmotnosti

Obr.: Spektrum komorbidít

Psoriatická artritída

U \approx 30 % ľudí s PsO sa vyvinie PsA Môže mať rôzne fenotypy

Kardiometabolické choroby

Kardiovaskulárne ochorenie CMP Diabetes Steatóza pečene, dyslipidémia Obezita

Iné choroby

CHOCHP a spánkové apnoe Crohnova choroba a ulcerózna kolitída Ochorenie obličiek Lymfóm/malignita Depresia a úzkosť

C. A. Elmets a kol., J Am Acad Dermatol 2019; 80: 1073 - 1113

MUDr. Kampe