



V Aule SAV udelili vedecké hodnosti doktor vied	2
Online, sav.sk, 19. 12. 2022, 14:31	
KARDIOLÓG A OBEZITOLÓG: OBEZITA JE CHOROBA MOZGU	4
Tlač, Prešovské noviny, 20. 12. 2022	
NA PREŠOVSKÉJ UNIVERZITE VRCHOLILI OSLAVY JEJ 25. VÝROČIA	8
Tlač, Prešovské noviny, 20. 12. 2022	
Skúsenosti s liečbou tabletami kladribínu v Košiciach a Martine	10
Tlač, Komentium medicíny, 20. 12. 2022	
Ak to neviete odmerať, nemôžete to zlepšiť	14
Tlač, Komentium medicíny, 20. 12. 2022	



V Aule SAV udelili vedecké hodnosti doktor vied

19. 12. 2022, 14:31, Zdroj: sav.sk, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Dosah: 7 824 GRP: 0,17 OTS: 0,00 AVE: 568 Eur

Osobnosti slovenskej vedy si prevzali vedecké hodnosti doktor vied

19. 12. 2022 | zhladené 497-krát

V Aule Univerzity Komenského (UK) v Bratislave sa v piatok 16. decembra 2022 konalo slávnostné odovzdávanie diplomov doktorov vied. Titul získalo 23 špičkových vedeckých osobností. Vedeckú hodnosť doktor vied (DrSc.) udeľuje slovenská komisia pre vedecké hodnosti na základe kvality a významu vedeckých výstupov či stanoviska rešpektovanej osobnosti zo zahraničia.

V Slovenskej akadémii vied obhájili titul 15 vedci, v UK traja odborníci, zo Slovenskej technickej univerzity v Bratislave dvaja a po jednom v Univerzite P. J. Šafárika v Košiciach, Slovenskej poľnohospodárskej univerzite v Nitre a Univerzite veterinárneho lekárstva a farmácie v Košiciach. Celkovo titul získali štyri ženy.

Slávnosť bola výnimočná niekoľkými významnými osobnosťami, ktoré sa stali doktormi vied. Diplom si prevzal aj predseda Slovenskej komisie pre vedecké hodnosti a podpredseda SAV pre 2. oddelenie vied, botanik Karol Marhold, rektor Univerzity Komenského v Bratislave a expert na občianske právo Marek Števec či dekan Prírodovedeckej fakulty UK a entomológ Peter Fedor.

Titul DrSc. na rozdiel od akademických titulov neudeľuje vysoká škola, ale Slovenská komisia pre vedecké hodnosti. Osobnosti schvaľuje vedecká rada výskumnej inštitúcie. Vedecká hodnosť doktora vied vyjadruje zvlášť vysokú vedeckú kvalifikáciu preukázanú vytvorením závažných vedecky originálnych prác dôležitých pre rozvoj bádania v určitom vednom odbore alebo pre spoločenskú prax a charakterizujúcich vyhranenú vedeckú osobnosť.

Na Slovenskej akadémii vied titul získali:

diplom doktora biologických vied

RNDr. Štefan Číkoš, DrSc., z Ústavu fyziológie hospodárskych zvierat Centra biovied SAV, v. v. i., v Košiciach,

diplom doktora biologických vied

MMedSc. Eliyhu Dremencov, DrSc., z Ústavu molekulárnej fyziológie a genetiky Centra biovied SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora biologických vied

prof. RNDr. Peter Fedor, DrSc., z Prírodovedeckej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave,

diplom doktora základných lekárskych a farmaceutických vied

RNDr. Peter Gál, DrSc., MBA, z Lekárskej fakulty **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**,

diplom doktora biologických vied

Ing. Jozef Hanes, DrSc., z Neuroimunologického ústavu SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora ekologických vied

Ing. Richard Hrivnák, DrSc., z Botanického ústavu Centra biológie rastlín a biodiverzity SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora biologických vied

RNDr. Ivica Hromadová, DrSc., z Parazitologického ústavu SAV, v. v. i., v Košiciach,

diplom doktora ekologických vied

Ing. Rastislav Jakuš, DrSc., z Ústavu ekológie lesa SAV, v. v. i., vo Zvolene,

diplom doktora lekárskych vied

prof. Ing. Igor Jurišica, DrSc., z Neuroimunologického ústavu SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora technických vied



Dr. h. c. prof. Ing. Stanislav Kmeť, DrSc., zo Stavebnej fakulty Technickej univerzity v Košiciach,

diplom doktora technických vied

RNDr. Vladimír Kovaľ, DrSc., z Ústavu materiálového výskumu SAV, v. v. i., v Košiciach,

diplom doktora technických vied

prof. Ing. Tibor Kvačkaj, DrSc., z Fakulty materiálov, metalurgie, a recyklácie Technickej univerzity v Košiciach,

diplom doktora biologických vied

Ing. Juraj Majtán, DrSc., z Ústavu molekulárnej biológie SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora biologických vied

prof. RNDr. Karol Marhold, DrSc., z Botanického ústavu Centra biológie rastlín a biodiverzity SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora chemických vied

doc. Ing. Ján Moncol, DrSc., z Ústavu anorganickej chémie SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora technických vied

Dr. rer. nat. Peter Šiffalovič, DrSc., z Fyzikálneho ústavu SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora historických vied

PhDr. Ján Steinhubel, DrSc., z Historického ústavu SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora geologických vied

Mgr. Adam Tomašových, DrSc., z Ústavu vied o Zemi SAV, v. v. i., v Bratislave,

diplom doktora technických vied

prof. RNDr. Vladimír Zeleňák, DrSc., z Prírodovedeckej fakulty **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**,

diplom doktora matematických vied

Mgr. Andrea Zemánková, DrSc., z Matematického ústavu SAV, v. v. i., v Bratislave.

Fotogaléria z podujatia

Spracovala: Andrea Nozdrovická

Zdroj: uniba.sk

Foto: Martin Bystriansky

Súvisiace články

Autor: CSC - VS SAV



KARDIOLÓG A OBEZITOLÓG: OBEZITA JE CHOROBA MOZGU 📄

📅 20. 12. 2022. Zdroj: **Prešovské noviny**, Strany: 6, 7, Vydavateľ: Petit Press, a.s., Autor: **Mária Dudová-Bašistová**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 203 116 GRP: 4,51 OTS: 0,05 AVE: 1779 Eur

Polovica onkoochorení, na ktoré zomierame, je spôsobená obvodom pásu.

MUDr. IVAN MAJERČÁK je špecialista na vnútorné lekárstvo, kardiológiu a psychoterapiu, prezident Ligy proti obezite, pochádza z Košíc. Viac ako 25 rokov sa venuje liečbe obezity, aktívne bojuje za prevenciu a venuje sa osvete tohto fenoménu, ktorým trpí čím ďalej, tým viac ľudí už aj na Slovensku. Porozprávali sme sa o tom, aké sú aktuálny stav v otázke obezity na Slovensku, aký je najlepší pacient v otázke redukcie hmotnosti aj o tom, ako ľudí s obezitou vníma spoločnosť aj to, prečo je tak dôležité to, aký máme obvod pásu a koľko chorôb môže jeho vysoké číslo spôsobiť.

Čo robiť pre to, aby sme si uchovali zdravé srdce?

Je to veľmi jednoduché číslo, volá sa to kód zdravého života. Niekoľko číslíc, ktoré svojho času mali byť široko medializované, ale asi sa celkom nepodarilo. Ten kód je 0-30-5-120/80-70-80/94.

Tak si to poďme rozmeniť na drobné.

0 cigariet. 30 je 30 minút nejakého pohybu denne. 5 je horná hranica celkového cholesterolu. 120/80 je optimálna hodnota tlaku v pokoji. Nikto nás nenapaprčil, chlap nevidel peknú babu, nevidel som niekoho v televízii z našich poslancov. Mali by sme mať tep do 70, nemali by sme mali mať v pokoji vyššiu frekvenciu srdca. 80/94 je obvod pásu pre ženu a muža. Toto je reálne. Srdcovo-cievne ochorenia sú v podstate mozaika. Rizikové faktory fajčenie, pohyb, tlak, cholesterol a keď sa všetky poskladajú, tak riziko stúpa a existuje nejaká tabuľka, skóre, kde sa dá určiť z týchto čísel, aká je percentuálna pravdepodobnosť, že človek zomrie na srdcovo-cievnu príčinu v najbližších 10 rokoch.

Pri vás som pri hľadaní informácií natrafila na veľmi zaujímavé tvrdenie, ktorého ste autorom: „Povedzte mi svoj obvod pásu a ja vám poviem, ako dlho budete žiť.“ Naozaj to platí?

My najčastejšie zomierame na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia. Prevažnú väčšinu srdcovocievnych ochorení nám v podstate robí obvod pásu. Ten predbehol fajčenie aj vysoký tlak. Väčšinou ľudia vedia, že nemáme mať vysoký cholesterol. Že nemajú fajčiť, tiež vedia. Cholesterol, že vieme rozdeliť na zlý a dobrý, tiež väčšina populácie vie. Ale to, že ich zabije obvod pásu, vie relatívne málokto.

Je ten obvod pásu natoľko smerodajný faktor zdravia?

Polovica onkologických ochorení, na ktoré zomierame, je spôsobená obvodom pásu. Tukové bunky v bruchu vylučujú látky, ktoré nám spôsobia rakovinu. Karcinofóbia (chorobný strach z ochorenia na rakovinu, pozn. red.) v populácii je obrovská. Ale prežívanie, povedzme, pri karcinóme prsníka alebo prostaty je oveľa lepšie ako je prežívanie pri chronickom srdcovom zlyhávaní. Cholesterol neboli, vysoký krvný tlak tiež, väčšinou nerobí nejakú šarapatu. Ľudia fajčia, aj keď vedia, že im to škodí, no majú vedomosť. Ale to, že ich zabije obvod pásu, je niečo, čo si väčšina ľudí vôbec neuvedomí. A keď im to aj zavadzia, aj keď majú chorobu, ktorá sa volá obezita, tak je niekedy problém presvedčiť ich, že oni za to nemôžu, že sú chorí. Že je to diagnóza. A za tú oni nemôžu.

Ale tak ak nie je niekto „pri sebe“, má nadváhu alebo obezitu, zvyčajne je vnímaný ako ten, čo nič so sebou nerobí...

Väčšinou sa na nich spoločnosť pozerá ako na lenivých, pažravých. Aj oni si povedia, že je to ich chyba. Mňa presvedčajú – je to moja chyba, ja viem všetko, čo mám robiť, len to nerobím. Ale pritom my vieme, že obezita je choroba, ktorá má svoju diagnostiku, má svoju konzervatívnu, chirurgickú liečbu. Ale nie je ako choroba vnímaná. A to nielen laikmi, my máme tak trochu problém aj s lekármi, aby vôbec akceptovali obezitu ako chorobu, ktorú treba liečiť. A pritom obezita je choroba mozgu.

Ako to myslíte?

Reálne pociť plnosti, hladu, uspokojenia sa s množstvom prijatého jedla je v centrách v mozgu. Máme tam hneď niekoľko centier, ktoré regulujú náš apetít, chuť do jedla, hlad. A časť z nich je tzv. hedonické jedenie – ja niečo zajedám. Niektoré tie centrá nevieme vôľou kontrolovať, nie sú pod našou kontrolou. Aj prevažná väčšina liekov, ktoré sú predpísané na recept na liečbu obezity, funguje v mozgu.

Čo to znamená v praxi?

Mám dve rovnako obézne pacientky. Jedna sa prejedá, keď je v strese. Druhá zas v strese má tak stiahnutý žalúdok, že nevypije ani pohár vody. Ona sa jedlom odmeňuje. Ale hmotnostne sú rovnaké. Jednu potrebujeme naučiť to, ako riešiť stres inak ako jedlom, druhú zas to, ako sa odmeniť inak ako jedlom. Liek, ktorý dostane, funguje v mozgu, v centre odmeňovania. Dokáže sa odmeniť menším množstvom jedla. Nezakážeme jej jesť, ale liek jej v mozgu pomôže v tom, že sa dobre najeda.

Opäť platí, že všetko je v hlave?



Keď by som to mal povedať veľmi jednoducho, tak obezita je choroba v mozgu. Tam sú všetky centrá, ktoré rozhodujú o chuti do jedla a uspokojení sa s jeho množstvom. Niekedy tak preženiem – to, že ten svoj smútok zajedáte, je vždy lepšie, ako by ste boli na kokaíne či alkohole. Centrum, ktoré máme, môžeme uspokojiť sladkým, jedlom, ale možno aj niečím iným. Veľmi často pacienti, ktorí majú ťažký pocit obezity, majú v kolónke hlad 0. Nie sú hladní. Niektorí má vonkajšie spúšťače – situácia, vôňa, niektorí vnútorné, napríklad zajedá samotu, stres. Niektorí pekne redukujú, dosiahnu to lepšie percento tuku aj hmotnosť, s ktorou sú už spokojní, ale to, že na udržanie potrebujú ešte nejakú psychoterapiu, to je im už také trošku ako keby cudzie. Už sú spokojní s tým, čo dosiahli, a keď si nedajú povedať, tak to riziko, že sa im to vráti, je pomerne veľké. My im zmeníme stravovací vzorec, do istej miery pohybový vzorec, ale aby to udržali, tak reálne tá dlhodobá udržateľnosť je zase v hlave.

Teda okrem toho, ako schudnúť, učíte aj to, ako zotrvať v móde udržania si hmotnosti?

Je to u každého iné. Ak má niekto vonkajšie a vnútorné spúšťače, vždy riešime to, prečo vlastne je. Spracujeme jedálniček troch pacientov. Jeden zje ozaj energeticky veľa, ale takých pacientov je čím ďalej, tým menej. Pred 20 rokmi bolo skutočne viac tých, ktorí jedli energeticky veľa. To je najmenší problém. Ja mu nič nemením, on sa hýbe, zje to, čo doteraz, len postupne mu o 400 – 500 kJ znižujem dávku jedla.

Oveľa častejší sú iní pacienti. Energetické hodnoty sú napísané na obaloch, čiže povedomie o energetickej denzite jedla je oveľa lepšie ako pred 20-25 rokmi. No títo pacienti majú zlé zastúpenie jednotlivých živín. Ja to volám košíčky. A tak im meníme teda zloženie stravy. Veľmi jednoducho: na tanier nakreslím – polovica zelenina, štvrtina bielkovina a štvrtinu im nechám na tú ich prílohu. Nech má tie dve knedle. Ale nieže trištvrte taniera sú knedle a potom bravčové a kopec kapusty. Tu meníme len pomer živín. A tretia skupina pacientov, čo je dnes moderné, sú tí, ktorí majú, povedzme, energiu v poriadku, dokonca aj zloženie stravy je v poriadku, ale všetko to zjedia od 19. do 22. hodiny večer. Z medicínskeho hľadiska je to isté jedlo, má rovnaké energetické hodnoty. Ale je rozdiel, či to zjem ráno, či večer. Ak nemám zmenovú prácu, tak to, čo zjem ráno, tak z toho priberiem menej ako z toho, čo zjem večer. Reálne im postupne ako keby najprv treba vytvoriť pocit hladu ráno a dostať sa aspoň na tri denné jedlá. A nemeníme vôbec zloženie.

Je ľahšie teda liečiť toho, kto zje veľa, alebo toho, kto zje menej?

Pacient povie, ja strašne rád jem, ja som strašný pacient. Nie ste. Ste výborný pacient. Pacient na liečbu obezity, pre ktorého je jedlo nepriateľ, ktoré „spráska“ za 3 minúty, sa ťažšie lieči ako človek, ktorý sa na jedlo teší. My ich učíme sa tešiť na jedlo. „Načanáčať“, nachystať, ovoňať, venovať sa mu, nechať mu čas. Trvá 15 – 20 minút, kým črevo pošle signál do mozgu, že už som najedený. Ale keď ja ho zjem za 5 minút, tak nemám šancu to dosiahnuť. Akonáhle si to nachystám, vyzerá to pekne, farebne, vonia to, uvedomím si to, teším sa na to. Jedlo nie je nepriateľ.

Reálne predstava o tom, že ja všetko viem a rozumiem tomu, čo mám jesť, ale robím to zle, je pomýlená. Nás nikdy nikto neučil, čo je zdravá strava. Tá obezita je vnímaná, lebo je viditeľná. Cholesterol nevidno, tlak nevidno. Človek, ktorý fajčí, ale nie pred vami, tak ani neviete, že je fajčiar. Obezitu však ako chorobu vidno. Keď človek vojde do miestnosti, vidia to všetci.

Dnes sa veľmi veľa hovorí, že obezita je ako stigma. Ľudia sú v podstate ponižovaní. Aj oni sami majú vyhýbavé správanie, nejdú na kúpalisko, na stretnutie po maturite, lebo sa nechcú ukázať. Oni sami sa vytesňujú zo spoločenských situácií a aj sú nenápadne vytesňovaní. A nemusí to byť iba dospelý človek, môže to byť napríklad už dieťa, ktoré nepreskočilo kozu.

Obezitológ konštatuje: Žijeme v obezitogénnom prostredí.

Stretávate sa s tým pri pacientoch?

Mal som 40-ročnú ženu, ktorá má biľag od základnej školy, keď sa strepala z kozy a telocvikár jej povedal: „Ježiš, ty tučná krava, ty si tam sadni, ešte sa mi dolámeš.“ A nikdy ju nevybrali na vybíjanú ani na nič podobné. Tam v nej ostalo, že je tučná, „nemogavá“ a to sa s ňou ťahalo. Má 40 rokov, ale tú historku si pamätala. To isté urobí doktor, keď povie schudnite. Bolia vás kolená? Jasne, a sa divíte? Tá stigmatizácia obéznych je daná často aj nami lekármi, aj spoločnosťou. Nemali by sme hovoriť obézny človek, ale pacient s obezitou. Človek s obezitou, on má tú diagnózu. A pritom je na neho pozerané ako na lenivého. Aj on sám sa pozrie do zrkadla a kde sa díva? Na partie, ktoré mu vadia. A sám sebe sa nepáči. No žite v telesnej schránke, ktorú nemáte rada. Jedna časť psychoterapie je učiť sa mať rád samého seba. Mimochodom, v súčasnosti medicína napočítala 236 chorôb, ktoré spôsobuje samotný obvod pásu.

To je obrovské číslo.

Aby človek vôbec začal uvažovať o zmene, potrebuje si pripustiť, že má problém a dostane sa do tzv. štádia rozjímania, to je kontemplačné štádium. Asi by bolo dobré s tým niečo urobiť. A tam stále je tá komunikácia pre a proti – čo získam a čo stratím.

Ďalšie štádium je príprava na zmenu. Až tam majú význam edukačné príručky. Následne je to stanovenie si reálnych cieľov, kde sa už pracuje aj na uvedomení si vlastnej zodpovednosti. Pacient potrebuje uveriť, že je schopný to dosiahnuť.



Štvrté štádium je, že už konkrétne zmení životný štýl. My máme dotazníky, na základe ktorých môžeme aspoň približne odhadnúť, v akom štádiu sa aktuálne pacient nachádza a podľa toho s ním vieme komunikovať. Ak komunikujem v danom štádiu zle, tak spadne naspäť do toho predošlého štádia a bude robiť to, čo robí množstvo z nás. Aj tí, čo máme nadváhu, aj tí, čo ju nemáme – prokrastinovať. Kedy začnem cvičiť? Od zajtra. A náš mozog tak funguje. Už som spokojný, lebo od zajtra budem.

„Budem“ si síce poviem, ale nebudem. Rovnako aj ako „začnem cvičiť po sviatkoch, od nového roka“.

Keď robíme rozhovor pred Vianocami a Novým rokom, tak to ja hovorím – kašlite na svoj stravovací vzorec, diéty a záväzky cez Vianoce a Nový rok. Vianoce nie sú taký nezdravý sviatok. Najnezdravší sviatok na Slovensku je Veľká noc. 40 dní sa ľudia postia a potom zjedia slaninu, klobásky, tučný syrek. Tam sú akurát chren a cvikla zdravé.

Vianoce sú ryby, šalát nemusí byť s majonézou, môže byť s nízkotučným jogurtom, kapustnica nemusí byť plná slaniny a klobásky, na stromčeku môžem mať ovocie. Vianoce nie sú až taký nezdravý sviatok a sú viac o tom, že je rodina pokope.

Má teda zmysel dávať si záväzky na Nový rok?

To je jedno kedy, stále je to choroba, doživotné ochorenie. Človek, aj keď bude spokojný s obvodom pásu, on sa reálne bude o svoju chorobu starať do konca života. Prirovnávam to k alkoholizmu. Alkoholik, ktorý 30 rokov abstínuje, je stále alkoholik. Len abstínuje. Každý deň. A pacient, ktorý si lieči obezitu, on neredukuje ani obvod pásu, ani hmotnosť, ale udržiava ten zmenený režim. Keď sa vráti späť, kde bol, tak zase priberie. V priemere človek 3 – 4-krát za život zrelapsuje. Nepriberie späť 40 kíl, ale vie, že keď má nazad 3, 4, 5 kg, treba sa prihlásiť. My ich pripravujeme na to, že je to celoživotné ochorenie. Na Nový rok si povie – od zajtra diétujem a idem do fitka? Tam vám v januári povedia, že predajú permanentiek do 'bludu'. Ale ľudia zas do toho idú hrrr – na vysokej tepovej frekvencii, je tam riziko úrazu. Pohybová aktivita, ktorá je cielená na liečbu obezity, vyzerá úplne inak, ako ponúka väčšina fitiek. Je na nižšej tepovej frekvencii, dlhšie trvajúca. Stačí chôdza, netreba žiadne fitká, žiadne činky. Stačí chodiť.

Takže súhlasíte s tým známym, že človek by mal prejsť pre zdravie minimálne 10 000 krokov denne?

V zásade reálne 30 minút pohybu denne zlepšuje život. Netreba pritom nič extra, ešte možno, keby som chodil s palicami. Ale v zásade pre tých, ktorí majú ťažké stupne obezity, je aj pohyb vo vode vďačný, lebo tam kĺby trpia menej. Také to záväzkové pnutie a kaziť si Vianoce rozhodnutiami? Vianoce sú o tom, že mám mať pohodu. To jedlo aj u tých, ktorí sa dopredu obávajú, že prídu Vianoce a s ním aj jedlo, tak ak sa opýtate, čo pre nich znamenajú Vianoce, tak jedlo je úplne na konci alebo vôbec. Netešia sa primárne na to. Sú pacienti, pre ktorých sú Vianoce stres. Zas sa chytím s mamou, nestíham. Ale primárne to nie je stres z jedla. Sú tam iné konotácie. A zas je to v hlave. Obezita ako chorobe nemá pacient ako rozumieť. A prečo je to povedomie také, aké je, tak na to skôr odpovedia sociológovia.

Tak ako obezita môže byť pôvodcom pre spomínaných 236 chorôb, existujú aj nejaké faktory, ktoré by mohli byť pôvodcom pre samotné ochorenie obezity?

O tom, či daný človek bude mať riziko vzniku obezity, rozhoduje to, koľko mala hmotnosť alebo obvod pásu vaša mamka, keď otehotnela, koľko pribrala počas tehotenstva, či ste sa narodili spontánne alebo cisárskym rezom, akú ste mali pôrodnú hmotnosť a čo vám dávali jesť prvé dva roky. Máte dva roky a môžete mať 6 rizikových faktorov na to, že budete v dospelosti obézna. A to ešte ani netušíte, že ste na svete. Čiže keby som mal hovoriť o primárnej prevencii, tak by sme začínali v Centre pre liečbu obezity Lekárskej fakulty **UPJŠ** s neonatológmi.

A keď si zoberiete, že pred 25 rokmi nám rodili 20 – 25-ročné zdravé štíhle ženy a kde sa nám to posunulo? V zásade nám to bude len stúpať. Pri prevencii, ak je napríklad dieťa obézne, tak 70 – 80 % si to zoberie aj do dospelosti. Z začať treba už niekde na úrovni dieťaťa, napríklad pri dĺžke kojenia. Čím je dlhšie kolené, tým má nižšie riziko, že bude obézne.

A čo ak nebolo kolené vôbec?

Má vysoké riziko, že bude mať obezitu. To je silný vzťah, je to lineárna závislosť. Neviete nahradiť materské mlieko. Keby sme sa chceli veľmi dostať do odborných diskusií, tak druhý rozum máme v bruchu. Baktérie, ktoré má dieťa v bruchu, sú iné, keď sa narodilo spontánnym pôrodom, a iné, keď sa narodilo sekciou. Inak vyzerá jeho mikrobióm, keď dostávalo materské mlieko, inak keď kravské a inak, keď sunar. Iný je, keď zje jablko, ktoré vyrástlo do 30 km od miesta bydliska, iné, keď je dovezené zďaleka a 10-krát nastriekané. Faktorov je veľké množstvo. Väčšinou to vôbec nie je tom, že je človek lenivý.

Uvedme si konkrétny prípad úspešnej liečby obezity z vášho centra. Príklad nejakého vášho úspešného pacienta, ktorý mal istý štýl života, ten zmenil a schudol.

Mal som pacienta, riaditeľa strednej veľkej firmy. Jeho jedálniček bol káva, ciga, ciga, káva, koňak, ciga, káva, káva. Večer mal tak vzornú, chystala mu ju manželka, že sa to dalo fotiť do žurnálu o zdravej strave. Ale potom to, čo pozobal pri telke, tie veвериčkoviny, bolo energeticky oveľa vyššie ako to zdravé, čo mu predtým nachystala.



Počas redukcie išiel ako hodinky – dva kilogramy zásobného tuku za mesiac, čo je priemerná rýchlosť. Optimum je pol kila zásobného tuku za týždeň. Pacientom sa neraz zdá málo 2 kilá za mesiac, ale za rok je to už 20 kíl. V obezitológii je totiž 2krát 12 celkovo 20. Kto redukuje 2 kilá za mesiac, dá za rok dole 20 kíl, lebo vždy je jeden-dva mesiace, keď nepriberie ani neschudne, len si udržuje úbytok – Veľká noc, dovolenka. A 20 kíl nie je málo, dajte si to do vaku.

A tento pacient, keď redukoval, bol jeho energetický príjem na deň ešte asi o 400 kJ vyšší ako keď priberal. Prečo? Lebo sa postupne nastavil na 5 denných jedál. V mobile mal pripomienku, že sa má najesť. Sekretárka mu doniesla na stôl, zjedol. Mal vyšší príjem ako predtým, ale rozdelený do 5 jedál.

Takže aj keď jedol viac, paradoxne aj chudol?

Keď to isté množstvo zjete naraz, tak iba raz denne pustíte pažerák, žalúdok, črevá a to je kopec hladkého svalstva, ktoré sa hýbe a míňate energiu na trávenie jedla.

On tým, že to, čo zjedol večer, sme mu rozdelili do 5 denných jedál, tak redukoval. Využíval energiu na trávenie jedla. Naučili sme ho ďalšie drobnosti – mali 3 poschodia vo firme, tak nech nechodia ľudia k nemu, ale on ide za nimi. Mal tak aj lepší prehľad o firme, nevolal si ich k sebe. A ako povedal, známi, ktorí dovtedy za ním chodili, zamestnanci, tak sa divili, ako je možné, že chudne a stále je. Predtým ho jesť roky nikto nevidel. Teraz sme ho jesť naučili a on krásne zredukoval.

Jedlo nemá byť nepriateľ, na jedlo sa máme tešiť.

Obezita je dnes rozšíreným ochorením. Foto: (TASR)

PACIENT, KTORÝ JEDÁVA VEĽMI RÁD, JE NA CHUDNUTIE NAJLEPŠÍ PACIENT

Kardiológ a obezitológ Ivan Majerčák. Foto: (M. Dudová-Bašistová)

Autor: Mária Dudová-Bašistová



NA PREŠOVSKÉJ UNIVERZITE VRCHOLILI OSLAVY JEJ 25. VÝROČIA

20. 12. 2022, Zdroj: **Prešovské noviny**, Strana: 11, Vydavateľ: **Petit Press, a.s.**, Autor: **Anna Polačková**, Sentiment: **Positívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 203 116 GRP: 4,51 OTS: 0,05 AVE: 608 Eur

Ide o univerzitu so stabilným a významným miestom.

PREŠOV V Prešove si v roku 2022 pripomínajú štvrtstoročie od zriadenia samostatnej univerzity. Pri príležitosti 25. výročia jej vzniku sa uskutočnilo slávnostné zasadnutie akademickej obce, na ktorom rektor univerzity udelil pamätnú medailu vybraným osobnostiam, ktoré významnou mierou prispeli k rozvoju spolupráce s univerzitou a k šíreniu jej dobrého mena.

História samostatnej Prešovskej univerzity sa začala písať 1. januára 1997. Jej vznik bol od začiatku pokračovaním činnosti štyroch prešovských fakúlt bývalej veľkej Univerzity Pavla Jozefa Šafárika (**UPJŠ**). Už od samotného vzniku **UPJŠ** v roku 1959 existovala jedna z dvoch jej zakladajúcich fakúlt v Prešove a v čase rozdelenia pôsobila v meste už polovica fakúlt tejto univerzity.

Dlhoročná tradícia vysokoškolského vzdelávania v Prešove

„Napriek tomu, že vznik novej akademickej inštitúcie na Slovensku síce nie všetci vítali, už v prvých rokoch existencie Prešovská univerzita ukázala svoju životaschopnosť a opodstatnenosť pôsobenia na poli vedy a edukácie. Podarilo sa jej dosiahnuť pozoruhodné výsledky v oblasti vedeckého výskumu, zvýšiť a spestriť paletu ponúkaných študijných programov, vytvoriť nové akademické pracoviská, vybudovať si sieť vlastných medzinárodných kontaktov a zaujať pevné miesto v slovenskom akademickom priestore,“ uviedol vo svojom príhovore rektor PU Peter Kónya. Zároveň zdôraznil, že túto úspešnú dvadsaťpäťročnú akademickú cestu by univerzita nemohla absolvovať bez už existujúcej stáročnej tradície vysokoškolského vzdelávania v meste Prešov.

„Tradícia prešovského vysokého školstva je ešte podstatne staršia a siaha viac ako trisťpäťdesiat rokov do minulosti. Pred 355 rokmi, v jeseni 1667 začalo v Prešove pôsobiť Kolégium hornouhorských stavov, ako vzdelávacia inštitúcia, poskytujúca komplexné vzdelanie od elementárneho po prvý, neuniverzitný stupeň vysokoškolského, v teológii, práve a filozofii. Naše mesto sa vtedy stalo sídlom tretej vysokej školy na území dnešného Slovenska,“ priblížil rektor. Prešovská univerzita je tak priamou pokračovateľkou Kolégia hornouhorských stavov a ďalších vysokoškolských inštitúcií, najmä **UPJŠ** a jej fakúlt, pôsobiacich počas tri a pol storočia v meste Prešov.

Univerzita má stabilné miesto v akademickom priestore

Prešovská univerzita v priebehu štvrtstoročia svojej existencie vyrástla na jednu z popredných slovenských verejných vysokých škôl. So svojimi ôsmimi fakultami a viac ako osem a pol tisícom študentov je štvrtou najväčšou vysokou školou na Slovensku.

Ponúka štúdium v celej škále bakalárskych, magisterských a doktorandských študijných programov, vďaka ktorým je na tretej až štvrtej priečke v záujme o štúdium medzi slovenskými študentmi.

V posledných rokoch výrazne vzrástol počet jej zahraničných študentov, ešte donedávna sa vyskytujúcich len veľmi vzácné. S počtom takmer 1300 zahraničných študentov je PU na štvrtom mieste v rebríčku internacionalizácie. V medzinárodných rankingoch vedeckovýskumnej činnosti sa už dlhodobo umiestňuje v prvej polovici slovenských vysokých škôl. Štruktúru univerzity dopĺňajú tri centrá excelentnosti, kompetenčné centrum a nedávno vytvorený vedecko-výskumný park, z prostriedkov štrukturálnych fondov. V posledných rokoch sa univerzite po viac ako polstoročí podarilo realizovať komplexnú rekonštrukciu študentských domovov, atletického štadióna, ako aj prestavby a dostavby mladších objektov, ako športová hala, fakulta manažmentu, ekonomiky a obchodu či fakulta zdravotníckych odborov.

„Za všetko, čo naša alma mater v uplynulom štvrtstoročí dosiahla, patrí úcta generáciám našich predchodcov a vďaka jej vedecko-pedagogickým a ďalším zamestnancom i desiatkam tisíc študentov, ktorí na mieste svojho pôsobenia prispievajú k šíreniu jej dobrého mena. K dvadsiemu piatemu výročiu by som chcel našej univerzite zaželať predovšetkým ďalšie úspechy na poli výskumu a vzdelávania, veľa šikovných, nadaných študentov a pracovitých, oddaných pedagógov, výskumníkov i ďalších pracovníkov,“ vyzdvihol Kónya.

Ocenenie osobností pamätnou medailou

Pri príležitosti slávnostného zasadnutia akademickej obce k 25. výročiu PU udelil rektor pamätnú medailu vybraným osobnostiam, ktoré významnou mierou prispeli k rozvoju spolupráce s univerzitou a k šíreniu jej dobrého mena. Medailu si z rúk rektora prevzali konzuli, štátni tajomníci a poslanci NR SR, predstavitelia samosprávy, cirkvi a náboženských spoločností, rektori domácich i zahraničných univerzít, predstavitelia domácim i zahraničným vysokoškolským inštitúcií, pracovníci akademických grémií, zástupcovia vzdelávacích, kultúrnych i profesijných organizácií v regióne, ako aj zamestnanci univerzity, ktorí významnú časť svojho profesijného života spojili s touto univerzitou.

Slávnostnú atmosféru podujatia za prítomnosti takmer 300 hostí z domova a zahraničia umocnili aj vystúpenia umeleckých telies PU. V jednotlivých vstupoch sa predstavili Spevácky zbor Pravoslávnej bohosloveckej fakulty PU a vysokoškolský komorný orchester Camerata



academica.

Univerzita si jubileu pripomenula aj vydaním dvoch publikácií (Prešovská univerzita 25 a Profesori) a jedného umeleckého diela – grafiky od akademického maliara Petra Kocáka. Program akademických slávností následne pokračoval adventným koncertom s názvom Čakanie na lásku.

Počas slávnostného odovzdávania ocenení. Foto: (PU/Roman Kazimír) Odovzdávanie ocenenia profesorke Daniele Slančovej. Foto: (PU/Roman Kazimír)

Autor: Anna Polačková, hovorkyňa PU



Skúsenosti s liečbou tabletami kladribínu v Košiciach a Martine [✉](#)

20. 12. 2022, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strany: 8, 9, 10, Vydavateľ: **MAFRA Slovakia, a.s.**, Autor: **Denisa Semková**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**, Kľúčové slová: **UPJŠ**

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 6334 Eur

Kohortu pacientov liečených tabletami kladribínu na neurologických klinikách v Košiciach a v Martine predstavila doc. MUDr. Jarmila Szilasiová, PhD. (**UPJŠ** LF a UNLP Ko šice; spoluautorka doc. MUDr. Ema Kantorová, PhD., JLF UK a UN Martin), ktorá zároveň poďakovala všetkým kolegom za spoluprácu a poskytnutie dát o pacientoch, u ktorých indikovali liečbu kladribínom. Niektorí pacienti končia 4. rok liečby a posúvajú sa do 5. roku. To znamená, že vybrali 2 cykly liečby a 2 roky sú sledovaní. Preto vzniká otázka, čo ďalej. Zamýšľame sa nad tým, že ak efekt lieku je priekazný a významný a pacient je v NEDA3, či môžeme tento liek nasadiť znova, ak sa objaví aktivita ochorenia. Reálne skúsenosti s tabletami kladribínu sa hromadia od schválenia Európskou liekovou agentúrou (EMA) v roku 2017. Niektorí pacienti liečení v Európe aj u nás dosiahli 5. rok od začatia liečby. Na riešenie možnosti liečby po 4. roku bolo publikovaných niekoľko odborných stanovísk alebo konsenzov. Dlhodobý manažment po 4. roku by mal byť klinickým rozhodnutím založeným na prehodnotení benefitu verzus rizika u každého jednotlivého pacienta. Nemecký konsenzus sa zaoberal možnosťami liečby pre pacientov s trvalou odpoveďou na tablety kladribínu. Medzinárodný konsenzus sa zaoberal manažmentom pacientov s dôkazom novej/znovu sa objavujúcej aktivity ochorenia po 4. roku liečby kladribínom.

Stanovisko expertov v Nemecku na pokračovanie liečby tabletami kladribínu hovorí nasledovné:

Opakované podanie tabliet kladribínu po 4. roku je realizovateľnou možnosťou a je v súlade so schválenou indikáciou (lieku MAVENCLAD). Ak bol pacient stabilný počas 3. a 4. roku, môže byť opäť liečený tabletami kladribínu. Ak je pacient opätovne liečený kladribínom, odborníci uprednostňujú úplný liečebný cyklus zahŕňajúci dva roky liečby v súlade so súhrnom charakteristických vlastností (lieku MAVENCLAD).

V prípade opakovanej liečby kladribínom odborníci odporučili kumulatívnu liečebnú dávku 3,5 mg/kg v súlade s SPC. Španielska publikácia expertov zaoberajúca sa pokračovaním liečby tabletami kladribínu v klinickej praxi odporúča: U pacientov, ktorí dostali dva cykly kladribínu (úplná liečba) a nemajú žiadnu aktivitu ochorenia do 5. roku, zvážiť pokračovanie liečby kladribínom. Podľa SPC lieku neexistuje žiadna kontraindikácia na podávanie ďalších cyklov kladribínu ani maximálny počet cyklov. Údaje o bezpečnosti až štyroch cyklov kladribínu naznačujú, že neexistujú žiadne bezpečnostné riziká.

V 5. roku a po ňom musí byť sledovanie aktivity ochorenia ako u každého pacienta so SM podstupujúceho liečbu. Dáta z registračných štúdií naznačujú, že liek je účinný pri liečbe SM. Má sľubný profil bezpečnosti a znášanlivosti. Potrebné sú však dáta z dlhodobého sledovania pacientov. Cenné informácie sú dáta z reálnej praxe z pohľadu účinnosti a bezpečnostného profilu lieku.

V nasledujúcej časti prednášky doc. Szilasiová prezentovala

výsledky retrospektívnej analýzy zameranej na účinnosť a bezpečnosť liečby tabletami kladribínu v dvoch SM centrách Slovenska. Kohorta zahŕňala 93 pacientov s relapsujúcou SM (RSM) liečených v Košiciach a v Martine od decembra 2018 do mája 2022. Hodnotenú kategóriu pred liečbou a počas liečby kladribínom: výskyt relapsov; funkčné zneschopnenie (skóre EDSS – Expanded Disability Status Scale); MR aktivita; predchádzajúca liečba DMT (disease-modifying therapy); nežiaduce prejavy počas liečby. Z 93 pacientov bolo 7 pacientov s rýchlo sa rozvíjajúcou závažnou RSM (treatment-naivní) a 86 pacientov s vysoko aktívnou RSM (už liečení DMT). Prvý pacient začal liečbu kladribínom v decembri 2018. Jeden pacient bol vylúčený pre nemožnosť ďalšieho sledovania z dôvodu zmeny bydliska mimo Slovenska. Všetci pacienti podstúpili 2. cyklus liečby alebo majú plánovaný 2. cyklus liečby. V porovnaní s kohortou pacientov v štúdií CLARITY mali pacienti v kohorte Košice-Martin vyšší priemerný vek – 44 rokov (vs 37,9 roka v štúdií CLARITY). Podiel žien v kohorte Košice-Martin bol 71 % vs 68,8 % v štúdií CLARITY. Priemerné trvanie choroby od prvých prejavov bolo dlhšie v kohorte Košice-Martin – 11,6 roka (vs 7,9 roka v štúdií CLARITY). Podiel pacientov s relapsom v predošlom roku v kohorte Košice-Martin bol 97,8 % vs 100 % v štúdií CLARITY. Priemerné skóre v stupnici EDSS bolo 4,4 v kohorte Košice-Martin vs 2,8 v štúdií CLARITY. Priemerný počet predchádzajúcich DMT v kohorte Košice-Martin bol 1,96. Podiel pacientov s aktivitou na MR (Gd+ enhancujúce lézie) v kohorte Košice-Martin pred začatím liečby kladribínom bol 25,8 %. 7 % pacientov boli treatment-naivní. Najčastejšie predchádzajúce lieky boli teriflunomid a dimetylfumarát.

Analýza účinnosti liečby v kohorte Košice-Martin. Z hľadiska relapsov a MR aktivity v 1. roku liečby, čiže po 1. cykle liečby, malo jeden relaps iba 11 pacientov zo 78 hodnotených pacientov (14 %). 86 % pacientov nemalo žiadny relaps (67/78). 2 a viac relapsov nemal žiadny pacient. Z hľadiska MR malo aktivitu 21 % pacientov (15/73) a bez aktivity bolo 79 % pacientov (58/73). 7 % pacientov (5/73) malo Gd+ lézie, 15 % pacientov (11/73) malo nové T1/T2 lézie (graf 1). V 2. roku liečby 83 % pacientov nemalo relaps a 92 % pacientov nemalo MR aktivitu. V 3. roku liečby 93 % pacientov nemalo relaps a 88 % pacientov nemalo MR aktivitu (graf 2). Z hľadiska skóre EDSS v 1. roku liečby 96 % pacientov (74 pacientov zo 77 vyhodnotených) nemalo nárast EDSS pri liečbe tabletami kladribínu, čiže zneschopnenie sa nezvýraznilo (graf 3). V 2. roku liečby 80 % pacientov (41 pacientov z 51 vyhodnotených) nemalo nárast EDSS pri liečbe tabletami kladribínu. V 3. roku liečby 96 % pacientov (27 pacientov z 28 vyhodnotených) nemalo nárast EDSS pri liečbe tabletami kladribínu (graf 4). Analýza bezpečnosti liečby v kohorte Košice-Martin.



V celom súbore sa po začatí liečby tabletami kladribínu nevyskytol žiadny prípad lymfopénie 4. stupňa. Lymfopéniu 2. stupňa malo 41 % pacientov vs 37,7 % pacientov v štúdiu CLARITY (tab.). Z nežiaducich prejavov sa v 1. roku liečby vyskytol 1 prípad malignity (karcinóm prsníka) a 1 prípad prekancerózy (dysplázia krčka maternice), vyskytol sa 1 prípad tehotenstva. Z nežiaducich prejavov dominovala lymfopénia, na druhom mieste to boli infekcie horných dýchacích ciest. Nasledovali iné infekcie, kde boli zaradené herpes labialis a herpes zoster, únava, bolesti chrbta, artralgie a artritída, bolesti hlavy, nauzea, COVID-19. V 2. roku liečby sa zachytil v rámci skríningu gynekologických ochorení 1 prípad prekancerózy (dysplázia krčka maternice). Z nežiaducich účinkov opäť dominovala lymfopénia. Nasledovali únava, iné infekcie, bolesti chrbta, COVID-19, artralgia a artritída, infekcie horných dýchacích ciest. Na základe bezpečnostného profilu je liek kladribín vysoko bezpečný. Lymfopénia 4. stupňa nebola pozorovaná. Lymfopénia 2. stupňa sa vyskytovala najčastejšie (41 %). Vyskytli sa 1 prípad karcinómu prsníka a 2 prípady prekancerózy (dysplázia krčka maternice) po 1. roku liečby, liečba bola ukončená. Najčastejšie nežiaduce prejavy boli lymfopénia, infekcie horných dýchacích ciest, COVID-19, únava, bolesti chrbta a artralgia.

Na záver doc. Szilasiová zhrnula, že výsledky nášho pozorovania potvrdili vysokú dlhodobú účinnosť kladribínu v kohorte pacientov so SM. Stav NEDA-3 (žiadny relaps, žiadna MRI aktivita a bez progresie EDSS skóre) bol po liečbe kladribínom u hodnotiteľných pacientov dosiahnutý nasledovne: po 1. roku liečby – 77 % pacientov (60/78); po 2. roku liečby – 70 % pacientov (37/53); po 3. roku liečby – 90 % pacientov (27/30). Vzhľadom na relatívne riziko malignity sú nutné preventívne lekárske prehliadky pacientov.

Po 2. roku liečby kladribínom bolo bez ataku 96,4 % pacientov

Graf 1: Kladribín tablety - kohorta pacientov UNLP Košice a UN Martin: interim analýza účinnosti liečby v prvom roku

Prvý rok: 86 % pacientov nemalo relaps a 79 % pacientov nemalo MR aktivitu Relapsy 0 % 86 % 14 % MR lézie 79 % 7 % 15 % Relapsy v prvom roku 11/78 pacientov (14 %)

Žiadny relaps 67 (86 %) 1 relaps 11 (14 %) ≥ 2 relapsy 0 (0 %)

MR aktivita v prvom roku 15/73 pacientov (21 %)*

Žiadna MR aktivita 58 (79 %) Gd+ lézie 5 (7 %) Nové T1/T2 lézie 11 (15 %)

Gd+ = gadolinium enhancing, *u jedného pacienta boli prítomné Gd+ lézie a aj nové T2 lézie

Kantorova, Szilasiova a kol.,ECTRIMS 2022 – ePoster 1085

Graf 2: Kladribín tablety - kohorta pacientov UNLP Košice a UN Martin: interim analýza účinnosti liečby v treťom roku

Tretí rok: 93 % pacientov nemalo relaps a 88 % pacientov nemalo MR aktivitu Relapsy 3,5 % 3,5 % 93 % MR lézie 7 % 7 % 88 % Relapsy v treťom roku 2/30 pacientov (7 %)

Žiadny relaps 28 (93 %) 1 relaps 1 (3,5 %) ≥ 2 relapsy 1 (3,5 %)

MR aktivita v treťom roku 3/26 pacientov (12 %)*

Žiadna MR aktivita 23 (88 %) Gd+ lézie 2 (7 %) Nové T1/T2 lézie 2 (7 %)

Gd+ = gadolinium enhancing, *u jedného pacienta boli prítomné Gd+ lézie a aj nové T2 lézie

Kantorova, Szilasiova a kol.,ECTRIMS 2022 – ePoster 1085

Graf 3: Kladribín tablety - kohorta pacientov UNLP Košice a UN Martin: skóre EDSS v prvom roku

96 % (3/77) pacientov nemalo nárast EDSS pri liečbe kladribín tabletami EDSS skóre v prvom roku liečby

EDSS skóre

Priemer

Baseline

4,44

Follow-up

4,42 Podiel pacientov v prvom roku liečby bez nárastu skóre EDSS podľa predchádzajúcej DMT



0 – 1 (n = 2/29)

93 %

2 (n = 0/21)

100 %

> 2 (n = 1/27)

96 % Predchádzajúca DMT

Graf 4: Kladribín tablety - kohorta pacientov UNLP Košice a UN Martin: skóre EDSS v treťom roku

96 % (27/28) pacientov nemalo nárast EDSS pri liečbe kladribín tabletami EDSS skóre v prvom roku liečby

EDSS skóre

Priemer

Baseline

4,30

Follow-up

4,30 Podiel pacientov v treťom roku liečby bez nárastu skóre EDSS podľa predchádzajúcej DMT Predchádzajúca DMT

0 – 1 (n = 0/11)

100 %

2 (n = 0/7)

100 %

> 2 (n = 1/10)

90 %

Tab.: Kladribín tablety - kohorta pacientov UNLP Košice a UN Martin: lymfopénia po začiatku liečby kladribín tabletami

Lymfopénia 4. stupňa sa nevyskytla v celom súbore pacientov Lymfopénia, n (%) Stupeň 0 LLN Stupeň 1 $0,8 \times 10^9 /l$ –LLN Stupeň 2 $0,5 - 0,8 \times 10^9 /l$ Stupeň 3 $0,2 - 0,5 \times 10^9 /l$ Stupeň 4 $< 0,2 \times 10^9 /l$ Kohorta Košice-Martin 1. rok liečby1 (n = 90)

30 (33 %) 19 (21 %)

37 (41 %)

4 (5 %) 0

Kohorta Košice-Martin 2. rok liečby1 (n = 64)

17 (26 %) 9 (14 %)

26 (41 %) 12 (19 %)

0

CLARITY štúdia Kladribin tablety 3,5 mg/kg group2 (n = 430)

44 (10,2) 113 (26,3) 162 (37,7)

107 (24,9) 3 (0,7) LLN = lower limit of normal.

1. Kantorova, Szilasiova a kol., ECTRIMS 2022 – ePoster 1085 2. G. Giovannoni a kol., N Engl J Med 2010; 362: 416 – 426 (Suppl.)



doc. Szilasiová

Autor: MUDr. Denisa Semková, Foto RNDr. Milica Šarmírová



Ak to neviete odmerať, nemôžete to zlepšiť

20. 12. 2022, Zdroj: **Kompendium medicíny**, Strany: 9, 10, 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: 2654 Eur

V prvej prednáške sa MUDr. Ivan Majerčák, MPH (Centrum pre liečbu obezity, LF **UPJŠ** Košice) zamerlal na súčasnú situáciu s morbiditou a mortalitou na KV ochorenia na Slovensku v porovnaní s Európou a na nový skórovací systém KV rizika. Podľa údajov OECD z roku 2019 sú KV ochorenia spolu s onkologickými ochoreniami v krajinách EÚ vedúcimi príčinami úmrtnosti. Na KV ochorenia zomrelo v roku 2015 v EÚ 1 900 000 ľudí. Mortalita štandardizovaná podľa veku je o 40 % vyššia u mužov ako u žien. Na Slovensku podľa Stratégie hospodárskej politiky SR do roku 2030 z roku 2018 takisto dominujú ako zdravotný problém KV ochorenia, ktoré sú dlhodobo aj najčastejšími príčinami úmrtí. V roku 2016 tvorili úmrtia mužov na KV ochorenia 42,2 % a úmrtia žien 54,3 % všetkých úmrtí. Dominujúcou diagnózou bol chronický koronárny syndróm, ktorý mal v priemere 45 % zastúpenie zo všetkých KV ochorení. Pokiaľ ide o infarkt myokardu, Slovensko sa podľa OECD v roku 2019 spomedzi sledovaných krajín OECD nachádzalo na 4. mieste od konca, aj keď od roku 2000 už došlo k významnému zlepšeniu, a to o 33 %. V prípade úmrtnosti na cerebrovaskulárne ochorenia sa Slovensko nachádza na 5. mieste od konca, a v správe sa uvádza, že tu došlo oproti iným krajinám len k miernemu, 13 % zlepšeniu. Vysoká prevalencia rizikových faktorov v populácii SR vyplýva z veľmi nízkej úrovne ich kontroly. To je hlavná príčina, prečo má Slovensko jednu z najvyšších úmrtností na KV ochorenia v OECD. Štúdia EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) je jedna z najväčších kohortových epidemiologických štúdií na svete, ktorá skúmala faktory ako strava, stav výživy, životný štýl a environmentálne faktory a ich vplyv na výskyt onkologických ochorení a chronických ochorení. Keď sa skúmalo, ktorý merateľný parameter najlepšie vystihuje výšku KV rizika, tak z troch merateľných biometrických údajov (objem pásu, pomer obvodu pás - boky (WHtR) a BMI) mal najvyššiu výpovednú hodnotu objem pásu. Štúdia ukázala, že ľudia s abdominálnou obezitou majú vyššie riziko vývoja rôznych chronických ochorení v strednom a vyššom veku, bez ohľadu na hodnotu BMI. Žena s obvodom pásu viac ako 88 cm a muž s obvodom pásu viac ako 102 cm majú vyššie riziko ako ľudia s úzkym pásom. Pomer obvodu pásu a výšky (WHtR) je ešte presnejším parametrom, ktorý vypovedá o KV riziku, riziku diabetu a cievej mozgovej príhody ako BMI, pretože tento merateľný parameter berie do úvahy veľkosť človeka aj distribúciu tuku. Abdominálny tuk ovplyvňuje nepriaznivo funkciu srdca, pečene aj obličiek a zvyšuje kardiometabolické riziko viac ako tuk okolo bokov. Ako sa v tejto kohortovej štúdii ukázalo, BMI bol najhorším a WHtR najlepším ukazovateľom KV rizika u oboch pohlaví, rizika vývoja hypertenzie, diabetu a dyslipidémie. Hodnota menšia ako 0,5 znamená, že telesné proporcie sú fyziologické a nehrozí riziko predčasnej KV smrti alebo mortality. Naopak, hodnoty nad 0,6 predstavujú vysoké riziko. Medzi faktory KV zdravia (tzv. matrice podstatnej pre život) sa podľa Lloyd-Jonesa a kol. (2022) najnovšie zaradil aj nový faktor, a to zdravý spánok (tab.). V súčasnosti sa v prevencii KV ochorení neodporúčajú multivitamíny. Posledné vydanie USPSTF (US Preventive Services Task Force) uvádza, že nemáme jednoznačný dôkaz pre odporúčanie multivitamínov a minerálov v prevencii KV ochorení a onkologických ochorení a v prípade betakaroténu a vitamínu E sa ich užívanie skôr neodporúča. Okrem úpravy stravovacieho vzorca, kvality spánku, pohybovej aktivity, kontroly obvodu pásu, krvného tlaku, hladiny glukózy a lipidov sa odporúčajú nutraceutiká, ktoré podporuje aj medicína dôkazov.

Nutraceutiká sú definované ako „potravina“, ako „doplňok výživy“, ktorý prináša medicínske alebo zdravotné benefity vrátane prevencie a/alebo liečby ochorenia. Nutraceutikum môže byť definované ako zlúčenina s farmaceutickou aktivitou, ktorá sa používa na zlepšenie zdravotného stavu v dávkach, ktoré väčšinou presahujú dávky získané v potrave. Efektívne nutraceutikum znižuje KV riziko, zlepšuje funkciu endotelu a znižuje zápal. Nutraceutiká sú indikované v primárnej prevencii u pacientov, ktorí majú zvýšené KV riziko, ale ešte nie sú indikované na liečbu statínom (t. j. sú v štádiu, kedy by lekár odporučil vyskúšať najskôr režimové opatrenia) a v primárnej prevencii u pacientov netolerujúcich statínovú liečbu. U nás najpoužívanejším nutraceutikom v KV prevencii sú omega-3-mastné kyseliny. V tejto súvislosti na záver svojej prednášky MUDr. Majerčák uviedol dáta zo štúdie ASCEND, ktorá sledovala 15 480 diabetikov bez KV ochorenia (priemer sledovania bol 7,4 roka), pričom 7740 užívalo nenasýtené mastné kyseliny a 7740 placebo (olivový olej). Výsledkom bolo zistenie, že za uvedený priemerný čas sledovania sa nedosiahol žiadny významný rozdiel vo výskyte závažných KV príhod. Závery tejto štúdie potvrdila aj metaanalýza 10 randomizovaných štúdií zahŕňajúcich 78 000 pacientov z Cochrane databázy (tretina pacientov mala diabetes mellitus alebo pre-diabetes).

Najpoužívanejším nutraceutikom v KV prevencii sú omega-3-mastné kyseliny

Tab.: Podstatné pre život - 8 faktorov podľa Lloyd-Jonesa (2022)

Diéta/zmena stravovacích návykov Pohybová aktivita Abstinencia fajčenia Zdravý spánok BMI/hmotnosť Krvné lipidy/cholesterol Glukóza v krvi Krvný tlak

MUDr. Majerčák