

# KOMPENDIUM MEDICÍNY

EXTRA

Review z odborných kongresov a skúsenosti expertov

ročník 2024

## Novinky zo 45. výročnej konferencie SSVPL

10. – 12. OKTÓBER 2024 VYSOKÉ TATRY



Odborná príloha Zdravotníckych novín  
**Kompendum medicíny patrí do portfólia produktov HN**

**ŠÉFREDAKTORKA:**

MUDr. Alena Mosnárová, CSc.  
 mobil: 0903 237 521  
 e-mail: alena.mosnarova@mafraslovakia.sk

**GRAFIKA:**

Simona Kahlerová

**mafra** slovakia

**VÝKONNÝ RIADITEĽ:**

Vladimír Mužík

**FINANČNÝ RIADITEĽ:**

Martin Mráz, tel.č. 02/48 238 442

**OBCHODNÁ RIADITEĽKA:**

Katarína Michalechová,  
 katarina.michalechova@mafraslovakia.sk

**RIADITEĽ DIGITÁLNYCH MÉDIÍ:**

Peter Haluška, tel.: 02/48 238 442

**RIADITEĽ STRATÉGIE, MARKETINGU A PR:**

Ivan Netík, tel.: 02/48 238 141

**OBCHODNÉ MANAŽÉRKY**

**PRE ZDRAVOTNÍCKE TITULY:**

Mgr. Katarína Michalechová  
 katarina.michalechova@mafraslovakia.sk  
 MUDr. Alena Mosnárová, CSc.  
 mobil: 0903 237 521

**PREDPLATNÉ:**

tel.: 0948/987 958 , 0917/238 238  
 e-mail: predplatne@mafraslovakia.sk  
 online: <http://predplatne.hnonline.sk>

**MAFRA Slovakia, a. s.,**

je druhým najsilnejším  
 vydavateľstvom na Slovensku.  
 Vydáva viac ako 50 printových titulov,  
 prevádzkuje 14 webových portálov  
 a internetovú televíziu.

**ADRESA VYDAVATEĽSTVA:**

MAFRA Slovakia, a. s.  
 Kalinčiakova 33, 831 04 Bratislava  
 tel.: 02/48 238 100  
 IČO: 51904446

**TLAČ:** KASICO, a.s.

**FOTO:** archív vydavateľstva, dreamstime.com,  
 shutterstock.com, autori

ISSN 1336-4871  
 MK SR EV 3683/09

© Copyright MAFRA Slovakia, a. s. Autorské práva sú vyhradené a vykonáva ich vydavateľ. Autori článkov zverejnených v tomto vydaní si v zastúpení vydavateľom vyhradzujú právo udeľovať súhlas na rozmnožovanie a na verejný prenos článkov, ako aj na verejné rozširovanie rozmnoženiny týchto článkov v zmysle § 33 ods. 1 písm. a) a d) autorského zákona.

## Novinky zo 45. výročnej konferencie SSVPL



Pripravili

MUDr. Alena Mosnárová, CSc.

RNDr. Milica Šarmírová

**Vplyv ESH odporúčaní na efektívnu kontrolu hypertenzie. Kde sú prínosom a kde nepomáhajú?** 3 - 5

**Cesta pacienta so steatózou od praktického lekára k hepatológovi** 5 - 7

**Telmisartan/amlodipín/HCT – inovatívna a spoľahlivá fixná kombinácia na liečbu hypertenzie** 7 - 9

**Domino efekt hypertenzie – pohľad kardiológa, geriatra, diabetológa a všeobecného lekára pre dospelých** 9 - 14

**Aktuálne trendy v skríningu onkologických ochorení v ČR: výzvy a perspektívy** 14 - 16

**Harm reduction – dôkazy o znižovaní užívania tabaku a nikotínu** 16 - 18

**Ak chceme roztopiť ľadovec dyslipidémie, musíme poznať, čo sa skrýva pod hladinou** 18 - 19

**Lekárska prehliadka k posúdeniu zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla** 19 - 22

# Novinky zo 45. výročnej konferencie SSVPL

V dňoch 10. - 12. októbra 2024 sa v Grand Hoteli Bellevue v Hornom Smokovci uskutočnilo najväčšie odborné podujatie všeobecných lekárov na Slovensku – 45. výročná konferencia SSVPL (Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva). Trojdňová konferencia mala bohatý program plný odborných prednášok, diskusií a workshopov vedený nielen členmi SSVPL, ale aj kolegami z iných špecializácií.



MUDr. Makara

Čitateľom prinášame viacero zaujímavých tém, ktoré vybral prezident SSVPL **MUDr. Peter Makara, MPH.** a vedenie SSVPL. Sledovanie pokroku v medicíne a špeciálne vo všeobecnom praktickom lekárstve je predpokladom vysokej odbornej kvality lekára prvého kontaktu. To, že sa lekári potrebujú kontinuálne vzdelávať znamená, že medicína neustále robí pokroky, zlepšuje sa. „A my sa zlepšujeme spolu s ňou. Táto myšlienka dlhodobo rámcuje činnosť Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva. Určovala aj prípravu najväčšieho odborného podujatia všeobecných lekárov na Slovensku - 45. výročnej konferencie SSVPL. Bohatý odborný program, ktorý sme pripravili, vytvoril priestor na prezentáciu nových medicínskych poznatkov a trendov nielen z oblasti všeobecného praktického lekárstva, ale aj ďalších špecializácií, napríklad nefrológie, kardiológie, neurológie, psychiatrie, pneumológie, gastroenterológie a ďalších. Vystúpili aj zaujímaví zahraniční hostia. MUDr. Norbert Král, PhD. z Prahy o skríningu onkologických ochorení v Českej republike. Vzhľadom k príprave nových skríningových programov karcinómu pľúc a prostaty na Slovensku ide o mimoriadne zaujímavú tému. Neodmysliteľnou súčasťou konferencie boli diskusie, výmena informácií a názorov.

ktoré ESC pravidelne realizuje pre svoje veľké odporúčania. Obidva dokumenty sú schválené viacerými veľkými odbornými spoločnosťami. Klinické odporúčania sú podobné, ako sú vreckové vydania – málo strán, ale veľa hutného obsahu. Európska kardiologická spoločnosť (ESC) vydala v auguste 2024 nové odporúčania na liečbu zvýšeného tlaku krvi a hypertenzie. Prvé odporúčania vydala ESH v roku 2003. Vystávajú viaceré otázky: **Ako máme tieto dva dokumenty používať? Čo je v nich zásadné nové? Ako má postupovať všeobecný lekár pre dospelých, keďže v jeho rukách je v prvej línii pacient – hypertonik? Kto má čítať ESC 2024 odporúčania a prečo? Aký je ich prínos? Kde nám nepomôžu?** Slovenská hypertenziologická spoločnosť (SHS) je kolektívnym členom ESH, v rámci toho sa SHS aktívne podieľa na tvorbe ESH odporúčaní, 2023 ESH guidelines sú endorsovane (schválené) ISH (International Society of Hypertension) a ERA (European Renal Association). Tie skrátene vydania 2024 ESH Clinical practice guidelines sú endorsovane ISH, ERA aj EFIM (European Federation of Internal Medicine). **ESH 2023 plná verzia** je rozsiahla (198 časopiseckých strán), obsahuje podrobné zdôvodnenia a citácie (1736 citácií) pre každú kapitolu/tému, má 22 veľkých kapitol s množstvom

## Vplyv ESH odporúčaní na efektívnu kontrolu hypertenzie. Kde sú prínosom a kde nepomáhajú?



doc. Filipová

Ako uviedla **doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC.** (Klinika kardiológie a angiológie, Centrum Excelencie ESH pre artériovú hypertenziu, NÚSCH, Bratislava), Európska hypertenziologická spoločnosť (ESH) vydala v roku 2023 odporúčania na manažment arteriálnej hypertenzie (AH), ktoré majú rozsiahly obsah. Tí istí autori vydali v roku 2024 ich skrátene vydanie. Teda je to materiál podobný ako sú dobre známe „vreckové vydania“



Miesto konania - hotel Bellevue vo Vysokých Tatrách

Slovenská hypertenziologická spoločnosť je kolektívnym členom ESH

**Slovenská hypertenziologická spoločnosť je kolektívnym členom ESH**

podkapitol, venuje sa detailom (napr. manažment AH onkologických pacientov, renálna denervácia, karotická baroreflexná stimulácia, liečba neplodnosti žien a AH, AH indukovaná inými liekmi a pod.). Budme realistami, je málo pravdepodobné, že každý všeobecný lekár, ale napr. aj internista alebo kardiológ, si prečíta celý dokument. Vzdelaný všeobecný lekár a špecialista v indikovaných konkrétnych prípadoch si naštuduje príslušný problém v danej kapitole.

**ESH 2024...clinical practice... krátka verzia** je vytvorená rovnakými autormi, je stručná (15 časopiseckých strán, má jedinú citáciu - 2023 ESH Guidelines), je **názorná – 10 prehľadných obrázkov a je zameraná na hlavné diagnostické a liečebné postupy a rozhodovania. Môj názor: Prečítať s porozumením celý tento materiál je „POVINNÁ JAZDA“ pre všeobecných lekárov, internistov a geriatrov. Všeobecným lekárom aj dotknutým špecialistom pomôže ujasniť, kde je ich miesto v manažmente hypertonikov.** V skrátenej verzii je veľmi jednoduchý algoritmus – ESH MASTER (hlavný) plán v manažmente hypertenzie (tab. 1).

● **Meranie TK a diagnóza je základ.** Európske odporúčania hovoria, že sa lekári môžu oprieť pri stanovení diagnózy o opakované ambulantly meranie TK a ambulantly monitorovanie TK. Domáci monitoring je veľkou pomocou, pri spolupráci pacienta. Zatiaľ nie je kľúčovým diagnostickým základom. Pacienti používajú rôzne tlakomery, majú ich rôzne validované. Odporúčania hovoria, ako merať TK v ambulancii doma. Meranie TK nemá byť na chodbe ambulancie. Alebo pacient dobehne do ambulancie a rýchlo, rýchlo sa meria tlak. Na meranie TK treba vytvoriť pokojné podmienky – v ambulancii alebo v domácom prostredí.

● **Posúdenie pacienta je ďalší krok.** Posúdenie je: 1. základné; 2. rozšírené; 3. kedy odporučiť k špecialistovi alebo na hospitalizáciu. Do základného vyšetrenia patrí osobná

anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, základné laboratórne testy a 12-zvodové EKG. Rozšírené posúdenie znamená cieľené pátranie po hypertenzii navodenom orgánovom poškodení (na myokarde, obličkách, krvných cievach, pľúcach, mozgu, očnom pozadí a pod.). Veľmi dôležité je rozhodnúť sa správne, kedy pacienta posunúť k špecialistovi a kedy ho poslať na hospitalizáciu (jednoznačne keď je to ťažká hypertenzia, ktorá nie je zvládnuteľná liečbou, pri CMP, pri podozrení na aneurizmu aorty, akútnom srdcovom zlyhávaní, akútnom obličkovom zlyhávaní, atď.). **Rozšírené posúdenie hypertenziou navodeného orgánového poškodenia (HMOD) sa môže vykonať, ak sa to považuje za potrebné a vyšetrenie je dostupné.** Poznámky: Časový faktor nie je určený, podľa indikácie, ak je suspektná sekundárna AH, podľa rizikového profilu, podľa dostupnosti vyšetrení. Vyšetrenie by sa malo realizovať podľa závažnosti ochorenia do 3, maximálne 6 mesiacov.

**Nezabúdajme na diferenciálnu diagnostiku! Diagnóza esenciálnej artériovej hypertenzie je definitívne stanovená až po vylúčení sekundárnej hypertenzie.** Na to je stanovený protokol, ktorý upozorňuje, ako pátrať po ochoreniach, kde hypertenzia je len sprievodným symptómom v rámci syndrómu ochorenia sekundárnej hypertenzie. **Kedy myslieť u pacientov na sekundárnu hypertenziu?** Závisí to hlavne od veku pacienta. U mladých jedincov sú to hlavne vrodené chyby ako je koarktácia aorty. V strednom veku prichádzajú do úvahy renoparenchýmové ochorenia. Toto vedie k sekundárnej nefrogénnej hypertenzii – fibromuskulárna dysplázia a v neskoršom veku je to už aterosklerotický proces. Sekundárna hypertenzia, hlavne renovaskulárna, môže nasadnúť na sekundárnu hypertenziu najmä u starších pacientov. V neskoršom veku, keď sa vyskytne stav, že doteraz zvládaná hypertenzia sa stáva nezvládnuteľnou, treba myslieť na postihnutie renálnych artérií, na feochromocytóm, paraganglióm alebo na primárny aldosteronizmus. V odporúčaniach sa nezmenilo stanovenie KV rizika podľa stupňa a štádia hypertenzie. Ale odporúča sa, aby sa robila stratifikácia každého pacienta s hypertenziou podľa nového skórovacieho systému, použiť v štádiu 1 už nové skórovanie SCORE 2 a SCORE 2 – OP (starší pacienti).

● **Vyber terapiu.** V tomto kroku sú odporúčané hlavné skupiny antihypertenzív podľa ESH Odporúčaní 2023. Aké sú preskripčné zásady podľa Odporúčaní ESH 2023? V zásade sú 4 skupiny antihypertenzív - **ACE inhibítory** (preferované u pacientov s AH a koronárnou chorobou srdca, u pacientov s AH a SZ s redukovanou EF LK) a **ARB (sartany), blokátory kalciových kanálov (BKK), beta-blokátory (BB) a diuretiká.** BB môžu byť použité už v prvej línii v monoterapii alebo ktoromkoľvek kroku liečby ich možno pridať do kombinácie. **U väčšiny hypertonikov sa preferuje čo najskôr začatie liečby fixnou dvojkombináciou.** Monoterapia sa u hypertonikov preukázala vo veľkých klinických štúdiách ako nedostatočne efektívna. **Odporúča sa podávať v dvojkombinácii ACEi alebo ARB + BKK alebo diuretiká. Keď to nestačí, treba dať fixnú trojkombináciu ACEi alebo ARB + BKK + diuretiká.** Ak má pacient napriek trojkombinácii zle kontrolovanú hypertenziu, potom je podozrenie, že trpí pravou rezistentnou hypertenziou. Pravých rezistentných hypertenzií nie je

**Tab. 1: ESH MASTER (hlavný) plán v manažmente hypertenzie**

1. **M**eranie TK + diagnóza
2. **A**ssess – posúdiť pacienta
3. **S**elektuj (vyber) Terapiu
4. **E**valuate Response – vyhodnoť odpoveď na liečbu



**U väčšiny hypertonikov sa preferuje čo najskôr začatie liečby fixnou dvojkombináciou**

**Tab. 2: Cieľové hodnoty TK u liečených hypertonikov****Prvotný cieľ**

TK &lt; 140/80 mmHg u väčšiny pacientov

U väčšiny pacientov vo veku 18 - 79 rokov

120 - 129/70 - 79 mmHg

(ak je liečba dobre tolerovaná)

U pacientov vo veku ≥ 80 rokov

130 - 139/70 - 79 mmHg

(ak je liečba dobre tolerovaná),

zvýšená opatrnosť je potrebná pri dTK &lt; 70 mmHg

G. Mancina a kol, 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023 Dec 1; 41 (12): 1874 - 2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480. Epub 2023 Sep 26. PMID: 37345492.



MUDr. Koller

až tak veľa. Zistilo sa, že až 90 % tzv. pravých rezistentných hypertenzií tvoria pacienti, ktorí sú nesprávne liečení alebo neužívajú predpísanú liečbu. **Skutočne rezistentní hypertonici by mali byť poslaní k špecialistovi. V odporúčaníach sa zdôrazňuje, že BB môžu byť pridané v akejkoľvek fáze liečby.** Antihypertenzíva sa majú titrovať do maximálnej tolerovanej dávky. Preferované sú fixné kombinácie, s podaním jedenkrát denne, preferčne ráno.

**Keďže pribúda staršia populácia, je dôležitý výber liečby pre pacientov nad 80 rokov.** Treba zvážiť, či pacient je fyzicky a psychicky na výbornej alebo dobrej úrovni. Alebo je to pacient, ktorý už má problémy s aktivitou, najmä telesnou. Alebo je to pacient krehký, málo sa pohybuje, pacienti na vozíčku.

● **Posledný krok patrí v rámci odporúčaní patrí vyhodnoteniu liečby.** Po troch mesiacoch sa zhodnotí terapia – úspešnosť, samozrejme, v závislosti od komorbidít, zistených rizikových faktorov. Pacientov je možné kontrolovať raz za 3 mesiace, pri stabilizovanom stave stačí kontrola raz za rok. Dlhotrvajúca kontrola hypertenzie u dobre nastaveného pacienta stačí raz za rok.

**Cieľové hodnoty TK u liečených hypertonikov sú uvedené v tab. 2.** Od ESH odporúčaní nemožno očakávať riešenie všetkých otázok (legislatívnych, organizačných, ekonomických, vplyv zdravotnej politiky v jednotlivých štátoch, preskripčné obmedzenia a pod.). K niektorým špecifickým témam ESH vydáva stanoviská (STATEMENTS), napr. k sekundárnej hypertenzii, renálnej denervácii a pod. ESH vydáva aktualizácie – prehodnotenia (REAPRAISALS) medzi jednotlivými odporúčaniami. Tvorba vlastných odporúčaní sa deje v niektorých európskych krajinách (ako hybrid ESH odporúčaní a vlastných stanovísk).

## Cesta pacienta so steatózou od praktického lekára k hepatológovi

Ako uviedol doc. MUDr. Tomáš Koller, PhD. (Gastroenterologické a hepatologické odd. V. Interná klinika LF UK a UN Bratislava, Nemocnica – Ružinov), cesta od všeobecného lekára k špecialistovi býva niekedy veľmi kľukatá. Odhad štandardizovanej prevalencie steatózy pečene je, že asi 31 % populácie Slovenska má steatózu podľa striktnějších kritérií (čo je 1,3 milióna ľudí), pričom 80 % z nich má steatózu preto, lebo má metabolický syndróm a 20 % má steatózu preto, lebo má metabolický syndróm aj

konzumuje alkohol. Z tých ostatných pacientov, ktorí nemajú steatózu, má 50 % metabolický syndróm. Asi 10 % vyšetrovaných konzumuje alkohol a nemá steatózu (Projekt SIRIUS Berme svoju pečeň vážne). Steatóza je rizikovým faktorom chorôb pečene, najmä fibrózy a cirhózy. Metaanalýza nedávno kvantifikovala, že steatóza je aj rizikový faktor kardiovaskulárnych ochorení (infarkt myokardu, CMP, srdcové zlyhávanie). Rizikové faktory sa kumulujú - metabolický syndróm, steatóza pečene a alkohol. Ak má jedinec steatózu, metabolický syndróm a stačí jedenkrát za týždeň nárazové (binge) pitie 5 alkoholických nápojov za poldeň, tak je riziko zhoršenia ochorenia takmer 5-násobné.

**Čo môže pre včasný záchyt ochorenia pečene urobiť všeobecný lekár pre dospelých?** Už anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, základné laboratorné testy a ultrasonografia dajú vedieť o tom, v akom riziku je pacient. Veľmi dôležitá je anamnéza – aký BMI má pacient, aký má obvod pása, glykémiu nalačno, či má diabetes, aké sú hodnoty HDL-C, TAG. Vhodné je zistiť aj množstvo zvyčajnej konzumácie alkoholu. To sa robí pomocou dotazníka AUDIT C (Ako často si dáte alkoholický nápoj? Koľko pohárikov si dáte bežne? Ako často si dáte 6 pohárikov a viac pri jednej príležitosti?). V projekte SIRIUS malo 15 % vyšetrovaných pozitívny dotazník AUDIT C. Podľa skúseností je to však podhodnotený ukazovateľ a v skutočnosti je omnoho viac pozitívnych (**tab.**).

**Diferenciálna diagnostika steatotickej choroby pečene.** Najčastejšie príčiny steatózy pečene sú metabolický syndróm (MASLD), alkohol (ALD), metabolický syndróm + alkohol (Met-ALD), iné príčiny (iné).

**Algoritmus diagnostiky steatotickej choroby.** Ak má pacient steatózu na sonografickom/MR vyšetrení, má kardio-metabolický rizikový faktor a nekonzumuje alkohol viac ako 20 g/žena a 30 g/muž, tak má MASLD. Ak jedinec konzumuje alkohol v rozpätí 20 až 50 g u žien a 30 až 60 g u mužov, potom ▶

**Steatóza je rizikovým faktorom chorôb pečene, najmä fibrózy a cirhózy**

**Tab. 1: Skrining škodlivého pitia**

**AUDIT C dotazník, 3 otázky**

Otázka	0	1	2	3	4
1. Ako často si dáte alkoholický nápoj?	nikdy	mesačne alebo menej	2- až 4-krát/mesiac	2- až 3-krát/mesiac	4- a viac-krát/týždeň
2. Koľko pohárikov si dáte bežne?	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9	10 a viac
3. Ako často si dáte 6 pohárikov a viac pri jednej príležitosti?	nikdy	menej ako mesačne	mesačne	týždenne	denne alebo takmer denne

Ženy ≥ 4, Muži ≥ 5 bodov = riziková spotreba áno/nie

**SIRIUS 15 % pozit.**

M. Szantová, Psychiatr. prax, 2013, 14 (3): 114 – 119

má kombinovanú chorobu pečene metabolickú aj alkoholovú = **Met-ALD**. Ak jedinec konzumuje denne nad 50 g alkoholu u žien a nad 60 g u mužov, má alkoholovú chorobu pečene = **ALD**. Medzi ďalšie možné príčiny steatózy pečene patria niektoré lieky, genetické faktory, hepatitída typu C či Wilsonova choroba. **Ako stratifikovať steatotickú chorobu pečene?** Z hepatologického hľadiska vieme, že u pacientov, ktorí majú nízky stupeň fibrózy (0 - 2), dominuje kardiovaskulárne riziko. Treba riešiť komponenty metabolického syndrómu. Keď sa pacient dostane do štádia 3 - 4 stupňa fibrózy, tak vieme, že sú to pacienti, ktorí potom prídu s cirhózou, karcinómom pečene, zvyšuje sa riziko mortality, u niektorých z nich bude potrebná transplantácia pečene.

**Nástroj Hepkalkulacka.sk je propagovaný už niekoľko rokov.** Čo táto dôležitá pomôcka prináša? Poukazuje na tri údaje: ● BMI; ● fatty liver index (FLI); ● FIB-4. **FLI - index stukovatenia (steatózy) pečene** je neinvazívny test hodnotiaci prítomnosť steatózy pečene s 84 % senzitivitou a 97 % špecifitou pozostávajúci z algoritmu 4 vstupných parametrov: BMI, obvod pásu, TG, GGT (gama-glutamyltransferáza). Hodnotenia výsledku: škála hodnotenia je 0 - 100 bodov. Menej ako 30 bodov znamená negatívnu predikciu steatózy, ≥ 60 predikuje steatózu pečene. Treba zvažovať ďalšie kroky a vyšetrenia pacienta. **FIB-4** je jednoduchý, neinvazívny ukazovateľ pre predpoveď významnej fibrózy pečene u pacientov so steatózou pečene alebo s HCV infekciou. Hodnotenia výsledku: menej ako 1,45 = 90 % negatívna predikcia pokročilej fibrózy, 1,45 až 3,25 = neurčitý výsledok - šedá zóna bez možnosti klasifikácie, > 3,25 = 65 % pozitívna predikcia pokročilej fibrózy, s 97 % špecifitou. Predikcia fibrózy: ak má pacient hodnotu < 1,3, je to nízkorizikový pacient a netreba sa báť, že bude mať do 1 až 2 rokov cirhózu. Ak má pacient FIB-4 > 1,3, treba spozornieť a posunúť sa v diagnostike.

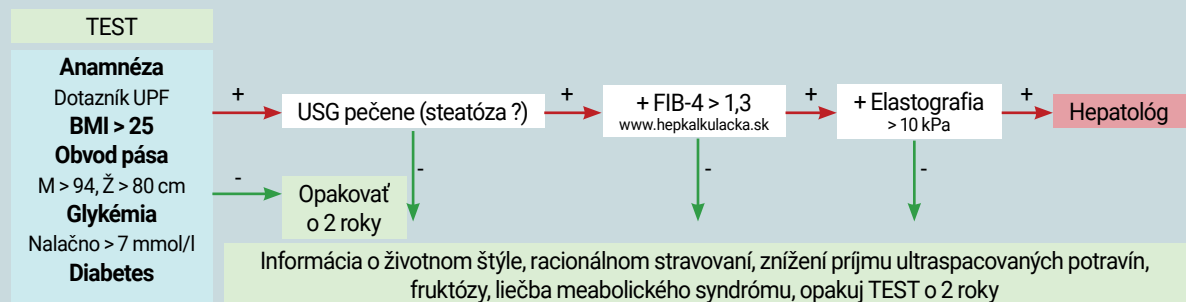
**Elastografia** je významné diagnostické vyšetrenie. V projekte SIRIUS sa približne u 550 pacientov urobilo elastografické vyšetrenie. Je to dobrý marker na to, aby sa vylúčila fibróza. Len 2,4 % pacientov bolo falošne negatívnych. Zo všetkých 550 vyšetrených malo 32 tuhosť pečene viac ako 10 kPa (kiloPascalov), čo je F3 - F4.

**Liver screen project**, ktorého sa zúčastnilo 14 726 ľudí, prišiel s novým The liver risk score, ktoré obsahuje parametre: vek, pohlavie, glukóza nalačno, cholesterol, AST, ALT, GGT, trombocyty. Skóre sa interpretuje ako vysoké riziko (riziko úmrtia na choroby pečene), stredné riziko, nízke riziko a minimálne riziko. Toto skóre sa postupne doladuje. Ak sa u pacienta zistí steatóza pečene, tak pacient má FIB-4 a podľa toho ho treba stratifikovať na nízke alebo vysoké riziko. Ak má FIB-4 > 1,3, mal by byť poslaný na elastografiu. Snahou je, aby elastografické vyšetrenie bolo stále viac dostupnejšie, pretože má veľký význam (**obr.**).

**Manažment steatózy.** Odporúča sa zmena životného štýlu. 1. pilier je úprava hmotnosti. Ciele straty hmotnosti vykazujú takéto zlepšenie: ≥ 5 % redukcia hmotnosti znamená zníženie steatózy, pri znížení o ≥ 7 - 10 % dochádza k redukcii zápalu a fibrózy. Indikuje sa **medikamentózna liečba agonistami GLP-1 receptorov alebo aj bariatrické procedúry**. 2. pilier sú **diétne opatrenie** - preferuje sa stredomorská diéta, treba minimalizovať spracované mäso, ultraprocesované potraviny a sladené nápoje. 3. pilier je **fyziická aktivita**, ktorá

**Ak má pacient FIB-4 > 1,3, mal by byť poslaný na elastografiu**

**Obr.: Skrining chorôb pečene**



by mala byť ušitá na mieru, minimalizovať sedetárny čas, 150 min/týždeň strednej námahy a 75 min/týždeň intenzívnej fyzickej aktivity, odporúča sa **stop fajčenie a alkoholu**.

**Manažment MASLD.** Medikamentózna liečba – ak má pacient diabetes, mal by byť liečený (metformín, semaglutid, liraglutid, dulaglutid, tirzepatid, prípadne pri dekompenzácii cirhózy inzulín) a ak má dyslipidémiu, mal by dostať statíny. V súčasnosti do hepatológie prichádzajú aj rôzne iné látky, ktoré sú targetované na pečeň.

**Statíny a hepatotoxicita.** Všetky statíny boli asociované s mierou alebo stredne ťažkou **prechodnou** asymptomatickou eleváciou aminotransferáz, zvyčajne sa normalizujú počas trvania liečby bez úpravy dávky. Všetky statíny boli asociované aj s **raritne** sa objavujúcim a klinicky zjavným akútnym poškodením pečene. Latencia nástupu môže byť do 3 mesiacov, ale aj viac ako 6 mesiacov až niekoľko rokov. Najčastejšie ide o cytolytické (elevácia prevažne ALT), menej cholestatické (elevácia ALP) prejavy. Niektoré prípady mali aj znaky autoimunitného poškodenia (atorvastatín, simvastatín, rosuvastatín, fluvastatín, alebo kombinácie s ezetimibom alebo inhibítorom absorpcie cholesterolu). Treba však zdôrazniť pleiotropné účinky statínov - redukujú riziko hepatocelulárneho karcinómu, znižujú zápalovú aktivitu v pečeni, znížením LDL môžu znižovať riziko steatózy pečene a znižujú portálny tlak u pacientov s cirhózou. Biobanka vo Veľkej Británii zistila, že riziko novej choroby pečene bolo nižšie o 15 % u tých pacientov, ktorí užívali statín, smrť z hepatálnej príčiny bola nižšia o 28 % a hepatocelulárny karcinóm bol znížený o 40 %. Podmienkou zistenia bola skutočnosť, že statín bol užívaný minimálne 1 rok. Väčší benefit sa ukázal u mužov než u žien.

**Záver pradášky doc. Koller zhrnul do niekoľkých bodov:**

- cesta pacienta so steatitickou chorobou pečene je dlhá a veľmi často pacient nemusí opustiť starostlivosť VPL;
- bremeno steatózy je u cca 31 % populácie;
- steatóza zvyšuje KV riziko aj hepatálnu morbiditu a mortalitu;
- diagnostika a diferencálna diagnóza steatózy je možná úplne v kompetencii VPL;
- stratifikácia steatózy pomocou FIB-4 a elastografie je zatiaľ najlepším (aj keď nie ideálnym) spôsobom hľadania rizikových osôb;
- elastografiu by potrebovalo cca 36 % pacientov (treba zvýšiť jej dostupnosť);
- existujú už nové skórovacie systémy (Liver risk score);
- manažment steatózy je multidisciplinárny = VPL + adekvátni špecialisti;
- liečba statínmi je bezpečná aj pri steatóze.

## **Telmisartan/amlopidín/HCT – inovatívna a spoľahlivá fixná kombinácia na liečbu hypertenzie**



**MUDr. Števlík**

**V rámci sympózia spoločnosti Krka Slovensko vystúpil s prednáškou MUDr. Ján Števlík, PhD. (V. interná klinika LF UK a UN Bratislava).** Ako uviedol, v roku 2025 bude mať hypertenziu 1,56 miliardy ľudí na celom svete. V prevencii kardiovaskulárnych ochorení (KVO) je u miliónov ľudí veľkou premeškanou príležitosťou práve neuspokojivá kontrola tlaku krvi (TK). Spomedzi dospelých vo veku 30 - 79 rokov s hypertenziou sa odhaduje, že 54 % z nich má diagnostikovanú hypertenziu, 42 % sa lieči na hypertenziu a iba 21 % má kontrolovanú hypertenziu. Diagnostika, liečba a pokrytie účinnou liečbou sa líšia podľa



pohlavia, regiónu a úrovne príjmu krajiny. V každom regióne a vo všetkých krajinách okrem štyroch mali ženy s hypertenziou vyššiu pravdepodobnosť, že sa budú liečiť, ako muži. Celosvetovo sa odhaduje, že percento žien s hypertenziou, ktoré sa v súčasnosti liečia, je 47 % v porovnaní s iba 38 % mužov. Rovnaká rodová štruktúra platí aj pre pravdepodobnosť diagnostikovania a pravdepodobnosť kontrolovanej hypertenzie. Odporúčania, ktoré vydala Európska kardiologická spoločnosť, sú ambiciózne ciele. Všetci pacienti  $\geq 140/90$  mmHg sú rizikoví (hypertenzia), v skupine pacientov so zvýšeným TK sú zaradení tí, ktorí majú TK 120 - 139/70 - 89 mmHg a rizikové faktory. Pri liečbe hypertenzie sa prelínajú 3 faktory: **Lekár** – pracuje v časovom strese, môže podliehať terapeutickému inercii, je riziko poddávania a obavy z tolerability, môžu sa vyskytnúť nedostatky v cieľovej liečbe (užitej na mieru pacienta). **Pacient** – môže nastať nízka adhérenca a perzistencia, má obavy zo záplavy tabliet či nízke zdravotné uvedomenie. **Zdravotnícky systém** – má nedostatočné kapacity, chýbajú skríningové programy, zápasí s tým, že sa zvyšujú náklady. Tieto problémy nie sú iba na Slovensku, ale aj v zahraničí. Hlavnou výzvou pre lekárov je suboptimálna liečba. Napríklad v Belgicku zostalo až 50 % pacientov po 8 rokoch liečby na monoterapii. V Holandsku 10 % hypertenikov nemalo kontrolovaný TK pre terapeutickú inerciu.

**Ako zlepšiť mieru kontroly TK so súčasným splnením potrieb pacienta?** Najmenej 30 % pacientov potrebuje 3 anti-hypertenzíva na adekvátnu kontrolu TK. Pacienti potrebujú čo najjednoduchšiu liečbu, aby dodržiavali predpísaný režim. Ukazuje sa, že stále je nedostatočné využívanie kombinanej liečby lekármi a tiež využívanie fixnej kombinácie. **Čo je potrebné zmeniť v liečbe hypertenzie?** Používať kombinovanú liečbu u väčšiny pacientov, využívať fixné kombinácie, používať jednoduchý a pragmatický algoritmus = fixná kombinácia ako iniciálna liečba. Sartany sú antihypertenzíva s **najlepšou adhérenciou**. Napriek tomu dominujú fixné kombinácie (FK) s ACEi (máme F2K ARB s tiazidom, iba niekoľko F2K s amlodipínom). Pri nedostatočnej kontrole TK s F2K sa **odporúča 3-kombinácia, optimálne v 1**

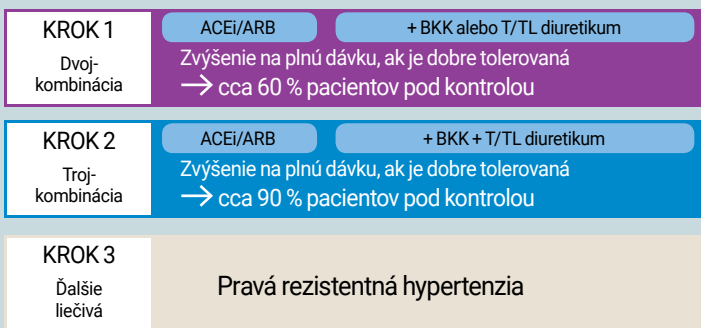
**U väčšiny pacientov  
je vhodné využívať  
fixné kombinácie**

**tabletky** (zatiaľ je v SR iba jedna fixná 3-kombinácia s ACEi a jedná fixná 3-kombinácia 1 s ARB). FK zabezpečuje lepšiu adhérenciu a rýchlejšie dosiahnutie cieľového TK. Táto zdánlivo iba evolučná zmena môže mať **potenciál zdvojnásobiť (na 80 %) podiel dobre kontrolovaných hypertonikov a má revolučný dosah na zníženie KV, cerebrovaskulárnych a renálnych príhod**. Počet užívaných tabletiiek hrá dôležitú úlohu. Napríklad ak pacienti berú 5 tabletiiek, tak po roku je neadherentných až 49 % z nich, kým pri jednej tablete sú po roku neadherentné len 3 % z nich (**schéma**).

**Prečo sú ARB (sartany) antihypertenzívmi voľby:** ● rovnaká účinnosť; ● lepšia tolerabilita; ● lepšie vytrvanie v lieč-

be; ● preukázané pleiotropné účinky. Je zaznamenaná rovnaká účinnosť ARB s ACEi v dlhodobej prevencii KV príhod súvisiacich s hypertenziou (infarkt myokardu, CMP, srdcové zlyhávanie, združené KV udalosti). V prospech sartanov sa ukázala vyššia adhérenca, pacienti neukončili liečbu, pretože mali najmenej možných vedľajších účinkov (**tab.**). Fixná kombinácia telmisartan/amlopidín vykazuje stabilnú 24-hodinovú kontrolu TK. Hodnoty TK počas dňa a noci sú prevažne pod cieľovými hodnotami (cieľové hodnoty 135/85 mmHg počas dňa, 120/70 mmHg počas noci). Nočný pokles je zachovaný a ranný vzostup TK pod kontrolou. K dispozícii sú fixné kombinácie telmisartanu s diuretikom (telmi-

**Schéma: ESH 2023: Kombináčna terapia je potrebná a odporúčaná u väčšiny hypertonikov, preferenčne fixná kombinácia**



Upgrade liečby, ak je fixná 2-kombinácia nedostatočná. Potrebné u cca 30 % pacientov s hypertenziou

Napr. vo fixnej trojkombinácii (F3K): telmisartan/amlopidín/HCT  
valsartan/amlopidín/HCT

T/TL = tiazid/tiazidom podobný, BKK = blokátory kalciových kanálov, ARB = blokátory angiotenzinových receptorov, ACEi = inhibatory angiotenzin konvertujúceho enzymu, HCT = hydrochlorotiazid

G. Mancia a kol., 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023; 41 (12): 1874 - 2071.

**Tab.: Ak podávame ARB, telmisartan sa stáva sartanom voľby**

- Najviac študovaný ARB s overenými pleiotropnymi účinkami v celom kardialnom a renálnom kontinuu
- Stabilná 24-hodinová kontrola TK
- Prevencia KV morbidity a mortality
- Unikátne indikácie na redukciu KV rizika



Aký klinický stav?	Ktoré zvoliť?	
	ARB prvej voľby s pozitivnymi účinkami	ARB s moznymi priaznivými účinkami
Kardiovaskulárna ochrana	telmisartan	losartan
Zlyhávanie srdca	valsartan candesartan losartan	
Infarkt myokardu	valsartan	telmisartan
Cievna mozgová príhoda	losartan	telmisartan candesartan
Atriálna fibrilácia	telmisartan	losartan candesartan valsartan
Diabetes mellitus	telmisartan valsartan	losartan irbesartan candesartan
Diabetická nefropatia	losartan irbesartan	telmisartan valsartan candesartan
Metabolicky syndróm	telmisartan	valsartan
Hyperurikemia	losartan	irbesartan
Erektillna dysfunkcia	valsartan losartan irbesartan	

**Porucha kognitivnych funkciı**  
candesartan  
irbesartan  
losartan  
valsartan  
telmisartan

1. A. P. Kumar a kol., Bioinformation 2021; 17 (6): 652 – 659. 2. D. Galzerano a kol., Vascular Health and Risk Management 2010; 6: 113 - 133. 3. P. Patel, Telmisartan: clinical evidence across the cardiovascular and renal disease continuum 2017; 33: 77 - 87. 4. J. G. Wang a kol., Vasc Health Risk Manag 2014; 10: 189 - 200. 5. E. V. Sayutina a kol., Cardiovasc Ther Prev 2020; 19 (1): 106 - 117. 6. L. M. Ruilope, Curr Med Res Opin 2011; 27 (8): 1673 - 1682. 7. C. A. Dezis, Am J Cardiovasc Drugs 2016 Aug; 16 (4): 255 - 266.



sartan a hydrochlórotiazid) a s blokátorom kalciových kanálov - BKK (telmisartan a amlodipín). Týmto dvojkombináciami sa dosahuje kontrolovaný TK u 60 % pacientov. **Od decembra 2024 bude k dispozícii aj fixná trojkombinácia telmisartan s BKK a diuretikom (telmisartan, amlodipín, hydrochlórotiazid).** Fixná trojkombinácia má nasledujúcu silu: 40/5/12,5 mg; 80/5/12,5 mg; 80/10/12,5 mg; 80/10/25 mg. Očakáva sa zlepšenie kontroly TK u pacientov a to až u 90 %. **Fixnou 3-kombináciou telmisartan/amlodipín/HCT dosiahneme želané ciele na 3 úrovniach.** Z pozície lekára je to nová terapeutická možnosť na dosiahnutie a udržanie kontroly TK a KV ochrany. Pre pacienta ide o jednoduché užívanie s vysokou bezpečnosťou, tolerabilitou a adherenciou. Pre zdravotnícky systém je tento trend významný - fixné kombinácie majú trend výhodnejšej ceny oproti voľným kombináciám. Tieto pozitíva v spojení s rýchlym dosiahnutím cieľového TK a nižším výskytom nežiaducich účinkov sú garantom naplnenia **hlavného cieľa = zníženia kardio- a cerebro-vaskulárnej morbidity/mortality** u pacientov s doteraz nekontrolovanou hypertenziou.

## Domino efekt hypertenzie – pohľad kardiológa, geriatra, diabetológa a všeobecného lekára pre dospelých

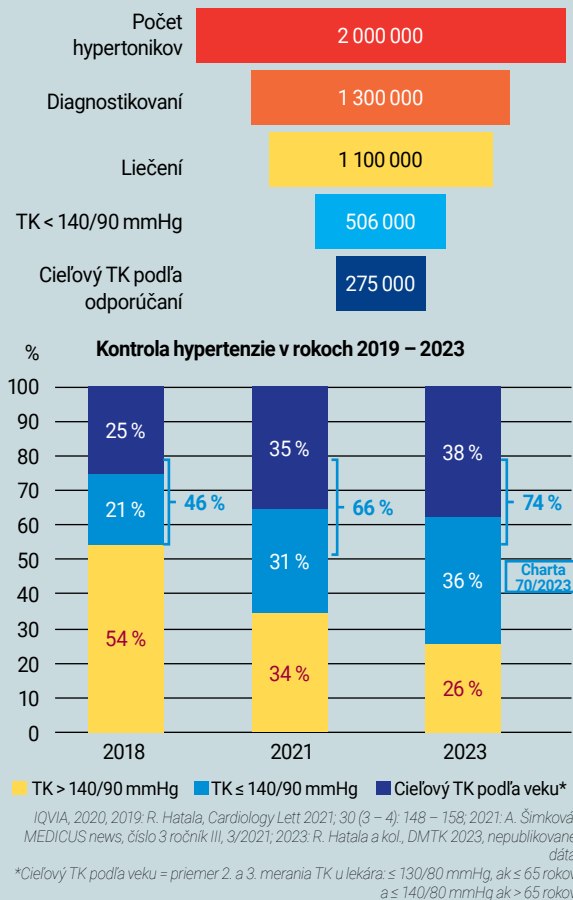
MUDr. Peter Mikuš, PhD. (Bratislava) privítal účastníkov sympózia, ktoré sa venovalo domino efektu artériovej hypertenzie. Podporila ho spoločnosť Servier a uskutočnilo sa formou panelovej diskusie.

**MUDr. Peter Makara, MPH,** prezident Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) uviedol, že **na Slovensku sú 2 milióny hypertonikov. Z toho je diagnostikovaných 1 300 000 a liečených je iba 1 100 000 pacientov.** Mnohí pacienti aj preto, že nechodia včas na kontrolu. Tlak krvi (TK)  $\leq 140/90$  mmHg dosahuje iba 506 000 pacientov a cieľový TK podľa odporúčaní iba 275 000 pacientov. Mnohí všeobecní lekári sa zapojili do užšieho sledovania hypertonikov a výsledky ukazujú, že v roku 2019 malo vyšší tlak ako 140/90 mmHg až 54 % pacientov, v roku 2021 to kleslo na 34 % a v roku 2023 na 26 % (graf 1). To znamená, že aktivity všeobecných lekárov týchto pacientov zachytávajú, sledujú a dávajú im kvalitnú liečbu, čo má priaznivé výsledky. Stále však ostáva veľký počet pacientov, ktorí nemajú nižší tlak ako 140/80 mmHg. **Zistenia DMTK 2023 (domáceho monitoringu TK v roku 2023):** ● zmena štruktúry liečby v prospech FK (fixnej kombinácie liekov) (2- a 3-kombinácie) a polypill; ● zmena terapeutického schémy s vyšším počtom účinných látok pri nižšom počte tabliet a denných dávok (intenzifikácia, racionalizácia); ● dosiahlo sa **zníženie TK o 5,5/3 mmHg** medzi kontrolami, čo znamená o 18 % viac pacientov pod kontrolou; ● zníženie TK o 5 mmHg znamená o 10 % menej závažných kardiovaskulárnych príhod, o 13 % menej CMP (cievných mozgových príhod), o 13 % menej srdcových zlyhávaní, o 8 % menej ischemických chorôb srdca a o 5 % nižšiu KV mortalitu; ● **cieľové hodnoty TK podľa veku nedosahuje 62 % pacientov;** ● **zistilo sa, že až 68 % hypertonikov má dyslipidmiu, ktorej liečba je tiež v kompetencii všeobecných lekárov pre dospelých.**



MUDr. Makara

Graf 1: Hypertonici na Slovensku 2019 - 2023



**MUDr. Zuzana Ferenciková,** primárka kardiocentra v Nitre, uviedla kazuistiky dvoch pacientov s KV príhodami, u ktorých keby sa zasiahlo skôr do manažmentu hypertenzie a pridružených rizikových faktorov, ich životný príbeh by mohol vyzerať inak. A na otázku, ako vieme týmto KV komplikáciám zabrániť, odpovedali ďalší prednášajúci.



prim.  
Ferenciková



MUDr. Mikuš

**MUDr. Peter Mikuš, PhD.,** prednosta geriatrickej kliniky SZU a UN Bratislava poukázal na to, ako predísť komplikáciám zle liečenej hypertenzie. V prvom rade treba artériovú hypertenziu včas a správne diagnostikovať a dobre liečiť. Na to je potrebný skrining. Zásady sú zhrnuté v odporúčaní Európskej hypertenziologickej spoločnosti pre manažment artériovej hypertenzie a v odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti pre manažment zvýšeného tlaku krvi a artériovej hypertenzie. **Na zistenie TK treba správnu techniku merania TK (pacient má byť aspoň 5 minút v pokoji) a používanie validovaných tlakomerov.** Treba klásť dôraz na meranie TK mimo ambulancie (diagnostika, manažment pacienta). Meranie TK sa odporúča vždy, keď je to možné ( $< 40$  rokov minimálne každé 3 roky,  $\geq 40$  rokov minimálne

každý 1 rok). Pri prvom vyšetrení by sa mal TK merať na oboch ramenách, ak je rozdiel v systolickom tlaku viac ako 10 mmHg, treba robiť ďalšie vyšetrenia. Domáce meranie TK je veľmi dôležité z hľadiska manažmentu pacienta a zvyšuje adhérenciu pacienta k liečbe. Pacient by mal robiť správny záznam, vrátane užívania liekov.

**Aký je protokol na potvrdenie zvýšeného TK a hypertenzie?**

Je potrebné urobiť a vyhodnotiť skríning v ambulancii. Na potvrdenie diagnózy sa vychádza z ambulantného merania tlaku krvi (AMTK) a domáceho merania tlaku krvi (DMTK). Pri stanovení diagnózy sa zohľadňuje TK ± SCORE2. Osobitný dôraz je kladený na použitie prístupu založeného na hodnotení KV rizika pre pacientov so zvýšeným TK s cieľom identifikovať pacientov, ktorí budú mať väčší úžitok zo zníženia TK. Nezvýšený TK znamená menej ako 120/70 mmHg. Kategória zvýšeného TK predstavuje hodnoty 120 - 129/70 - 89 mmHg. Vtedy treba zhodnotiť individuálne KV riziko. U pacienta zisťujeme, či má prítomné nejaké KV ochorenie a ďalšie prípadné rizikové faktory KV ochorenia (nadváha, diabetes, fajčenie, alkohol, cholesterol...). SCORE2 zaradí pacienta do skupiny a umožňuje sprasnú terapiu. Úžitok zo správnej terapie zvýšeného TK majú už títo pacienti a pritom nemusia mať výraznú hypertenziu.

**Aké sú cieľové hodnoty TK?** Cieľové hodnoty TK sú pre väčšinu pacientov (vrátane tých, ktorí trpia diabetom, chronickým ochorením obličiek, pokiaľ prekonalí CMP alebo TIA alebo majú prítomné KV ochorenie) nasledujúce: sTK má byť 120 - 129 mmHg. Predtým boli odporúčané hodnoty 130 - 140 mmHg a potom ísť pod 130 mmHg. Tu sú odporúčania jednoznačné - u pacienta dosiahnuť sTK 120 - 129 mmHg. Cieľový dTK by mal byť 70 - 79 mmHg. DMTK je preferované pred meraním TK v ambulancii. Ak je sTK 120 - 129 mmHg a dTK  $\geq$  80 mmHg, liečba by sa mala zintenzívniť, s cieľom dosiahnuť cieľovú hodnotu dTK 70 - 79 mmHg. Ak sTK 120 - 129 mmHg nie je tolerovaný alebo v špecifických prípadoch (symptomatická ortostatická hypotenzia pred liečbou a/alebo vek nad 85 rokov, klinicky významná stredne ťažká až závažná krehkosť v akomkoľvek veku a/alebo obmedzená predpokladaná dĺžka života (< 3 roky)), sTK by mal byť čo najnižší, ako je to rozumne dosiahnuteľné (ideálne < 140 mmHg).

**Ako liečiť pacientov?** Máme nasledujúce hlavné skupiny liekov. ● ACEi alebo ARB (sartany); ● dihydropyridínové BKK (blokátory kalciových kanálov); ● tiazidové alebo tiazidom podobné diuretiká (DIU). Tieto tri skupiny preukázali najefektívnejšie zníženie TK a KV príhod, a preto sú odporúčané ako liečba prvej línie. Beta-blokátory (BB) v súčasnosti už nie sú v prvej línii, avšak je ich možné kombinovať s ktoroukoľvek z hlavných tried liekov na zníženie TK, ak existujú ďalšie indikácie na ich použitie (angína pectoris, stav po IM, srdcové zlyhávanie so zníženou EF (HFrEF), alebo na kontrolu srdcovej frekvencie - SF (sínusová tachykardia a tachykardia).

**Liečba fixnými kombináciami (FK) sa odporúča v ktoromkoľvek štádiu:** ● u pacientov užívajúcich kombinovanú liečbu na zníženie TK (IB); ● ACEi (ARB, ak sú ACEi netolerované) sú preferovanou voľbou u pacientov so symptomatickým SZ s redukovanou EF/ SZ s mierne redukovanou

EF; ● odporúča sa, aby liečebná stratégia na zníženie TK pri prevencii CMP zahŕňala blokátor RAS a BKK alebo tiazidu podobné DIU. Polypill (obsahuje dve antihypertenzíva a statín) zlepšuje kontrolu TK a adhérenciu, KV ochranu (trieda I), je dostupný na rutinnú liečbu hypertonikov s dyslipidémiou. Fixnou kombináciou sa dá dosiahnuť lepšia kontrola TK, zvyšuje sa adhérenca k liečbe a predchádza sa zvyšovaniu KV ochorení.

Algoritmus liečby je uvedený v **tab. U pacientov s hypertenziou** začať s dvojkombináciou v nízkej dávke (ACEi alebo ARB/BKK/DIU), následne trojkombinácia v nízkej dávke (ACEi alebo ARB/BKK/DIU). Namiesto zvyšovania dávky počiatočnej dvojkombináciej liečby titrácia maximálnej tolerovanej trojkombináciej liečby, ak TK nie je stále kontrolovaný nízkodávkovou trojkombináciou liekov. **U dospelých so zvýšeným TK a vysokým rizikom KV ochorenia** treba zväziť iniciálne monoterapiu, ak je ich sTK  $\geq$  130 mmHg. Iniciálna monoterapia sa odporúča len v špecifických situáciách (stredne ťažká až ťažká krehkosť, pacienti s ortostatickou hypotenziou, starší dospelí - od 85 rokov).

**U väčšiny pacientov by mali byť cieľové hodnoty sTK (120 - 129 mmHg) dosiahnuté v priebehu 3 mesiacov.** Ak je liečba na zníženie TK zle tolerovaná a nie je možné dosiahnuť sTK (120 - 129 mmHg), treba sa snažiť dosiahnuť hodnotu sTK, ktorá je „tak nízka, ako je rozumne možné dosiahnuť“ (princíp ALARA). Ak to je možné, tak aspoň pod 140 mmHg.

**Starší a krehkí pacienti - nové odporúčania (2024 ESC).** Starších pacientov (< 85 rokov), ktorí nie sú krehkí, liečte rovnako ako mladších ľudí, ak je zníženie TK tolerované. Skríning úrovne krehkosti treba urobiť podľa potreby. Zväzte vyššiu prahovú hodnotu TK pri začatí liečby a miernejšie ciele u osôb  $\geq$  85 rokov ± stredne ťažká až ťažká krehkosť alebo s ortostázou alebo obmedzenou dĺžkou života. U pacientov vo veku  $\geq$  85 rokov ± stredne ťažká až ťažká

**Tab.: Algoritmus liečby**

**Pacienti s hypertenziou**

- začať s dvojkombináciou v nízkej dávke (ACEi alebo ARB/BKK/DIU)
- následne trojkombinácia v nízkej dávke (ACEi alebo ARB/BKK/DIU),

(namiesto zvyšovania dávky počiatočnej dvojkombináciej liečby; titrácia maximálnej tolerovanej trojkombináciej liečby, ak TK nie je stále kontrolovaný nízkodávkovou trojkombináciou liekov)

U dospelých so **zvýšeným TK a vysokým rizikom KVO** zväziť iniciálne **monoterapiu** ak je ich sTK  $\geq$  130 mmHg

**Iniciálna monoterapia sa odporúča len v špecifických situáciách:**

- stredne ťažká až ťažká krehkosť
- pacienti s ortostatickou hypotenziou
- starší dospelí ( $\geq$  85 rokov)

U väčšiny pacientov cieľové hodnoty **sTK (120 - 129 mmHg)** by mali byť dosiahnuté **v priebehu 3 mesiacov**

Ak je liečba na zníženie TK zle tolerovaná a nie je možné dosiahnuť 120 - 129 mmHg, treba sa snažiť dosiahnuť hodnotu sTK, ktorá je „**tak nízka, ako je rozumne možné dosiahnuť**“ (princíp ALARA)

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension (European Heart Journal; 2024 - <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>)

**DMTK je preferované pred meraním TK v ambulancii**

# TRIPLIXAM<sup>®</sup>

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

## TROJITÁ SILA JEDNO VÍTAZSTVO<sup>1-4</sup>



24-hodinová  
**KONTROLA TK**<sup>1-2</sup>

24-hodinová  
**KV OCHRANA**<sup>3</sup>

podporená lepšou  
**ADHERENCIOU**<sup>4</sup>



Uplatíte SPC lieku nájdete tu:  
[bit.ly/Triplixam\\_SPC](http://bit.ly/Triplixam_SPC)



Liek Triplixam má indikáciu súbežného liečenia na liečbu esenciálnej hypertenzie u pacientov, ktorí si už kontrolovanú kombináciu liekov dávky perindoprilu/indapamid a amlodipínu, podávanými v rovnakých dávkach. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek je uvoľňovaný s hrádzačkou na základe bezpečného zdravotného postavenia. Dátum prípravy materiálu: 11/2014. Materiál je určený výlučne pre osoby opakovanne predpisované alebo vydávateľ lieku.

Literatúra: 1. Tóth K et al. PANDIST Investigators. Am J Cardiovasc Drugs. 2014;14:137-145. 2. PALD et al. Triple Combination Therapy in Hypertension: The Anti-hypertensive Efficacy of Treatment with Perindopril, Amlodipine, and Indapamide SR. Clin Drug Investig. 2014;34(10):701-708. 3. Chalmers J, Arima H, Woodward M et al. Hypertension 2014;63:259-264. 4. Xia L et al. Medication adherence and adherence comparison of hypertensive patients treated with single-, double- and triple-pill combination therapy. Current Medical Research & Opinion Vol. 30, No. 12, 2014, 2415-2422.

**SERVIER**  
moved by you

SERVIER SLOVENSKO spol. s r.o., Batočova 2A, 811 09 Bratislava,  
tel.: +421 2 59 20 41 11, [www.servier.sk](http://www.servier.sk)



krehkosť zväzťe dlhodobo pôsobiace BKK alebo RAS, následne DIU v nízkej dávke. Ak sa TK znižuje v dôsledku krehkosti, zväzťe vysadenie liekov na znižovanie TK. Ak má pacient napr. 80 rokov a doteraz užíval lieky na hypertenziu a ich dobre toleroval, tak ich netreba meniť. Nové odporúčania sú zamerané na novodiagnostikovaných pacientov. Doterajšie odporúčania preferovali u starých ľudí BKK a diuretiká.

Štúdia HYVET otvorila okno náhľadu, či má zmysel liečiť. Štúdia je z roku 2008 a skúmala ľudí nad 80 rokov (takmer 4000 respondentov) od 2. stupňa hypertenzie (od sTK  $\geq$  180 mmHg) a cieľová hodnota bola dosiahnutie sTK pod 150 mmHg. Základná liečba bola indapamidom SR a pokiaľ sa nedosiahli cieľové hodnoty TK, pridával sa perindopril (75 % pacientov užívalo aj perindopril). **Terapia indapamid SR  $\pm$  perindopril redukovala výskyt:** ● celkovej mortality o 21 % ( $p = 0,02$ ); ● KV mortality o 23 % ( $p = 0,06$ ); ● mortality v dôsledku CMP o 39 % ( $p = 0,046$ ); ● fatálneho a nefatálneho SZ o 64 % ( $p < 0,001$ ); ● KV príhod o 34 % ( $p < 0,001$ ); demencie o 13 %.



doc. Fábryová

**Doc. MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD., MPH** (Metabol KLINIK, s.r.o., Bratislava) sa venovala prevencii komplikácií zle liečenej hypertenzie z pohľadu diabetológa. So zvyšujúcimi sa hodnotami TK, samozrejme, dochádza k zvýšeniu KV rizika. U jedincov s vyšším rizikom KV ochorení je pravdepodobnejšie, že budú mať absolútny prospech z liečby zameranej na zníženie TK. V nových odporúčaníach je pozornosť zameraná na hodnotenie rizika u osôb so **zvýšeným TK**, ide o osoby, ktoré

majú **TK 120 - 139/70 - 89 mmHg**. Títo pacienti sú odosielaní domov s režimovými opatreniami a následne ich dodržiavajú 3 mesiace. Ak nedôjde po 3 mesiacoch k zlepšeniu nameraných hodnôt, musí nasledovať aktívna farmakologická liečba. Aké sú kroky k cieľovému TK je uvedené v **tab. 1**. Monitoring domáceho monitorovania TK ukázal, že priemerný vek hypertonika je 61,5 roka. Sú to pacienti, ktorí sa v priemere liečia na artériovú hypertenziu 9 rokov. Priemerná výška pacienta je 169,9 cm, hmotnosť 85 kg a obvod pása je 98,6 cm (viscerálna obezita). Pacienti majú vyšší cholesterol (3,23 mol/l) aj triglyceridy, glykémiu mierne nad normou. Priemerný TK 133,7/80,2 mmHg meraný na ambulancii lekára pri výstupnej

**Tab. 1: 4 kroky k cieľovému TK**

- **TK > 140/90 mmHg = hypertenzia = vysoké KV riziko**
  - je potrebná zmena životného štýlu + **farmakologická liečba okamžite**.
  - **Zvýšený TK: 120 - 139/70 - 89 mmHg = hodnotenie KV rizika**
  - odporúča sa zmena životného štýlu na 3 mesiace
    - **130 - 139/80 - 89 mmHg + prítomné ďalšie KV rizikové faktory**
  - prítomné KV ochorenie, chronické ochorenie obličiek, HNOP (hypertenziu navodené orgánové poškodenie), DM, SZ
  - SCORE2 > 10 %
  - SCORE 5 - 10 % + modifikátory KV rizika
  - poslať na vyšetrenie špecialistovi.
  - **Vysokorizikovým jedincom so zvýšeným TK** sa odporúča **zmena životného štýlu** a po 3 mesiacoch, ak je TK  $\geq$  130/80 mmHg, je odporúčaná **farmakologická liečba na zníženie TK**

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension (European Heart Journal, 2024 - <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>)

kontrole je celkom dobrý, ale vzhľadom na priemerný vek by mal byť pod 130/80 mmHg a blížiť sa skôr k dolnej odporúčanej hodnote 120/70 mmHg. Až 81 % hypertonikov má preobezitu/ obezitu, 68 % hypertonikov má aj dyslipidémiu, 20 % DM 2. typu, SCORE 2: ženy 6 - 12 %, muži 8 - 13 %. Zaujímavá je pulzová frekvencia. Sú to pacienti s vysokým až veľmi vysokým KV rizikom, tu by sme mali začať liečbu artériovej hypertenzie s iniciálnou liečbou dvojkombináciou. Začína sa nízkou dávkou kombinácie ACEi alebo ARB (pokiaľ nie sú tolerované ACEi) a blokátorov kalciových kanálov alebo diuretík. Mohli by sme síce ísť do maximálnej dávky dvojkombinácie, ale lepšie je potom prejsť na fixnú trojkombináciu liečby hypertenzie a titrovať dávkou liekov. **Významné je že s fixnou 2-kombináciou sa dosiahne cieľový TK u 60 % pacientov, s fixnou 3-kombináciou až u 90 % pacientov.**

Terapia založená na indapamide (diuretikum) zlepšuje KV prognózu. Indapamid je metabolicky neutrálny. Metaanalýza 4 štúdií s 12 113 pacientmi (PATS, Progress, Hyvet, Advandse) ukázala, že liečba založená na indapamide signifikantne redukuje riziko celkovej mortality, KV mortality a fatálnej CMP. Vo všetkých štúdiách bol ako ACEi použitý originálny perindopril. Kombinácia indapamidu a perindoprilu zabezpečila redukcii celkovej mortality o 15 %, KV mortality o 21 % a fatálnej CMP o 37 %. **Správna voľba pre hypertonika s diabetom je terapia pomocou originálneho perindoprilu + indapamidu pridaná k súčasnej antihypertenzívnej liečbe, ktorá zabezpečí lepšiu redukciiu TK.** Terapia originálny perindopril + indapamid v štúdiu Advance (viac ako 11 000 pacientov) signifikantne redukovala riziko mikro- a makrovaskulárnych príhod (o 9 %), riziko KV mortality (o 18 %) a celkovej mortality (o 14 %) - **tab. 2**.

**S fixnou 3-kombináciou sa dosiahne cieľový TK až u 90 % pacientov**

## Tab. 2: Štúdia ADVANCE - správna voľba pre hypertonika s diabetom

- Terapia originálny perindopril + indapamid pridaná k súčasnej antihypertenzívnej liečbe zabezpečila lepšiu redukciu TK
- Terapia originálny perindopril + indapamid signifikantne redukovala:

ADVANCE	- o 9 % riziko mikro- a makrovaskulárnych príhod
viac ako <b>11 000</b> pacientov	- o 18 % riziko KV mortality - o 14 % riziko celkovej mortality

ADVANCE Collaborative group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 829 - 840

## Graf: Včasná intenzifikácia liečby fixnou 3-kombináciou perindopril/indapamid/amlopidín



- 9 z 10 hypertonikov kontrolovaných do 3 mesiacov
- o 24 % nižšia incidencia smrti a KV príhod v porovnaní s voľnou kombináciou

Kobalava a kol. *Kardiologia* 2018; 58 (9): 21 - 30. DOI: 10.18087/cardio.2018.9.10170. Snyman a kol. *J Hypertens* 2024; Jan 1; 42 (1): 136 - 142

Až 68 % hypertonikov má aj dyslipidémiu. Ovplyvnenie **viacerých rizikových faktorov** súčasne vedie k **významnému zníženiu KV rizika**. Keď použijeme fixnú kombináciu liekov alebo polypill, pacient má väčšiu adherenciu k liečbe. Keď sa ovplyvní hypertenzia a dyslipidémia, redukuje sa vplyv rizikových faktorov a v konečnom dôsledku takýto postup vedie k zníženiu KV rizika. Polypill kombinácia **atorvastatín/perindopril/amlopidín** významne znižuje riziko KV príhod – až o **42 %**. Polypill atorvastatín + perindopril + amlopidín je esenciálny liek pre prevenciu aterosklerotických KV ochorení dostupný pre rutinnú liečbu hypertonikov s dyslipidémiou. Redukuje o 10 % TK, o 10 % celkový cholesterol, čo sa rovná 45 % redukcii ICHS. **Polypill atorvastatín/perindopril/amlopidín je uvedený na zozname esenciálnych liekov podľa WHO. Má byť využívaný v bežnej rutinnej liečbe hypertonikov s dyslipidémiou.**



MUDr. Makara

**MUDr. Peter Makara, MPH**, prezident SSVPL, predniesol na záver prednášku **Zastavme domino efekt hypertenzie a zabráňme odvrátiateľným úmrtiam**. Na Slovensku každý rok pribudne 80 000 novodiagnostikovaných hypertonikov. Podľa údajov z jari 2024 (Manažment novodiagnostikovaného pacienta s AH na Slovensku) všeobecní lekári pre dospelých mesačne identifikujú len 1 až 4 pacientov s hypertenziou. Tento stav je alarmujúci vzhľadom na fakt, že sa odhaduje až

700 000 nedidiagnostikovaných hypertonikov. **Preto je potrebné sa zamerať na meranie TK u každého pacienta pri každej novej príležitosti.** Všetky odporúčania (ESH, ESC) sa zhodujú v tom, že liečba hypertenzie sa má začať okamžite a fixnou 2-kombináciou ACEi a BKK v optimálnej dávke, pretože zabezpečí rýchlejšiu kontrolu TK ako monoterapia a podporí dlhodobú adherenciu pacienta k liečbe. **Iniciácia liečby fixnou 2-kombináciou redukuje KV príhody o 16 %, srdcové zlyhávajúce o 35 %, cerebrovaskulárne príhody o 15 %, ICHS o 20 % a smrť o 20 %.**

Fixná 2-kombinácia perindopril arginín/amlopidín 3,5 mg/2,5 mg rýchlo a účinne redukuje TK u novodiagnostikovaných hypertonikov. Až 70 % pacientov dosiahlo cieľový TK (čo je aj v súlade s víziou iniciatívy Charta 70/2023). Až u 95 % pacientov bola preukázaná dobrá compliance a liečbu tolerovalo až 99,8 % pacientov. Tiež je možné v ambulancii všeobecného lekára predpísať fixnú trojkombináciu perindopril/indapamid/amlopidín. **Až 9 z 10 hypertonikov je kontrolovaných do 3 mesiacov.** Zistila sa až o **24 % nižšia**

incidencia smrti a KV príhod v porovnaní s voľnou kombináciou (**graf**).

Po 3-mesačnej liečbe fixnou kombináciou (FK) perindopril arginín/indapamid/amlopidín poklesol **TK v ambulancii** signifikantne z priemerných vstupných hodnôt 165,5/96,2 mmHg na **127,6/78,3 mmHg** (p < 0,001), nastala redukcia sTK o 37,9 mmHg a dTK o 17,9 mmHg, p < 0,001. Po 3-mesačnej liečbe FK perindopril arginín/indapamid/amlopidín poklesol **TK pri DMTK** signifikantne z priemerných vstupných hodnôt 146,8/86,4 mmHg na **128,6/78,2 mmHg** (p < 0,001). **Cieľové hodnoty TK** dosiahol vďaka FK perindopril arginín/indapamid/amlopidín **87 % pacientov v ambulancii** (< 140/90 mmHg) a 68,1 % pacientov pri DMTK (< 135/85 mmHg). Hypertonic so zvýšenou srdcovou frekvenciou profituje z liečby fixnou 2-kombináciou bisoprolol + perindopril. Zistenia poukazujú na redukciu TK o 31/16 mmHg na cieľové hodnoty 127/77 mmHg a redukciu SF o 18 úderov/minútu - na 65. Táto FK prináša menej KV príhod s následnou hospitalizáciou, vyššiu adherenciu k liečbe a nižšie náklady na zdravotnú starostlivosť.

**Čo odhalilo domáce monitorovanie TK u slovenských hypertonikov?** Iba 20 % hypertonikov má primeraný cieľový TK. Primeraná edukácia pacienta, zapojenie pacienta prostredníctvom DMTK, plánovaná kontrola a správna



metodika merania TK môžu zlepšiť mieru kontroly hypertenzie. Už rozdiel medzi dvoma kontrolami môže byť závažný. Pri prvej kontrole mali pacienti v priemere TK 139,5/83 mmHg. Pri druhej kontrole, pokiaľ boli dobre nastavení na liečbu, bol TK 134/80 mmHg. Takmer 19 % pacientov dosiahlo cieľový TK podľa veku. Zníženie sTK o 5 mmHg znamená významnú redukciu závažných KV príhod o 10 %, CMP o 13 %, SZ o 13 %, ICHS o 8 %, KV mortality o 5 %, bez ohľadu na predchádzajúce diagnózy, KV ochorenia alebo výšku TK.

**Je tu nová výzva, nový cieľ Charta 70/2028, znamená to u 70 % pacientov dosiahnuť optimálny TK. Do roku 2028 chceme dosiahnuť, aby aspoň 70 % hypertonikov malo cieľové hodnoty TK podľa odporúčaní prispôbené veku a komorbiditám.** Nový prístup je systematická kontrola pacientov, vrátane novodiagnostikovaných, systematická racionalizácia farmakoterapie v súlade s odporúčaniami – nekontrolovaní aj kontrolovaní pacienti pre dosiahnutie dlhodobej adherencie (SPC/polypill stratégia), prehodnotenie aspoň 1 pacienta denne na zníženie KV záťaže populácie, znížiť klinickú inerciu malými zmenami v preskripcných návykoch a manažmente pacientov s hypertenziou, s veľkým dosahom na ich prognózu. **Ide o celospoločenskú záležitosť pod záštitou MZ SR, na projekte pracuje 5 lekárske odborných spoločností (SHS, SSVPL, SKS, SIS, SOA), sestry (SKSaPA), lekárnici (SLeK), lekárske fakulty (LF UK), patientska organizácia Únia pre zdravšie srdce a je to podporované aj zdravotnými poisťovňami.**

## Aktuálne trendy v skríningu onkologických ochorení v ČR: výzvy a perspektívy



MUDr. Král

**Ako uviedol MUDr. Norbert Král, PhD. (Ústav všeobecného lekárstva 1. LF UK Karlovej Univerzity Praha, Pankrác s.r.o.), český všeobecní praktický lekár (VPL) a tiež slovenský VLP zohrávajú kľúčovú úlohu v prevencii.** Je jedinečná v európskom meradle. Systematické preventívne prehliadky po 2 rokoch sú hrazené z verejného zdravotného poistenia a určené sú celej populácii. Na prevenciu sú naviazané skríningové programy. **Skríningové programy v ČR zahŕňajú:**

- skríning kolorektálneho karcinómu;
- mamografický skríning;
- skríning karcinómu krčka maternice;
- včasný záchyt karcinómu pľúc;
- včasný záchyt karcinómu prostaty. Hovorí sa už aj o včasnom záchyť karcinómu pankreasu a včasnom záchyť karcinómu žalúdka (TOGAS). Od 1. januára 2025 budú mať v Česku aj skríning aneuryzmy abdominálnej aorty.

Skríning znamená plošné vyšetrenie populácie za účelom detekcie liečiteľného ochorenia v jeho včasných štádiách, kedy pacienti ešte nemajú problémy a príznaky. Efektívny skríning vedie k: **• zníženiu úmrtnosti:** vďaka včasnému



odhaleniu a včasnej liečbe ochorenia; **• zníženiu výskytu ochorení:** vďaka identifikácii a liečbe ich prekursorov (t. j. čo tomu predchádza); **• zníženiu závažnosti ochorení:** vďaka vyhľadaniu ľudí s ochorením a ponuke účinnej liečby; **• zvýšeniu možnosti výberu:** vďaka identifikácii ochorení alebo rizikových faktorov vo včasnom štádiu, kedy je k dispozícii viac možností liečby. Treba si uvedomiť, že skríning nie je diagnostická metóda, ale veľmi hrubé „sito,“ napríklad veľa nálezov u všeobecných lekárov vykazuje pozitívny test na okultné krvácanie, ale nádor nie je diagnostikovaný. Veľké množstvo skríningových metód je zatažených falošnou pozitivitou.

Základy skríningu: musí spĺňať určité pravidlá, musí dávať zmysel a musí byť bezpečný. Napríklad ochorenie by malo **predstavovať závažný zdravotný problém**, mala by existovať prijateľná liečba pre pacientov s rozpoznávaným ochorením, mali by byť k dispozícii **zariadenia pre diagnostiku a liečbu**, ďalej by mala existovať **rozpoznateľná latentná alebo včasná symptomatická fáza**, mal by existovať vhodný test alebo vyšetrenie a test by mal byť pre populáciu prijateľný. Prirodzený priebeh ochorenia, vrátane vývoja z latentného k deklarovaneému ochoreniu, by mal byť dostatočne pochopený. Náklady na vyhľadávanie prípadov (vrátane diagnózy a liečby diagnostikovaných pacientov) by mali byť **ekonomicky vyvážené vo vzťahu k možným výdavkom na lekársku starostlivosť ako celok**. Skríning karcinómu krčka maternice je uznávaný v európskom meradle, pri skríningu karcinómu prostaty sa však vyskytujú trecie plochy (PSA všeobecne má veľmi vysokú falošnú pozitivitu).

Podľa Evidence Based Medicine niektoré skríningy a vyšetrenia nemajú zmysel - u fajčiarov pravidelne uskutočňovať RTG pľúc, realizovať preventívne sonografické vyšetrenie brucha, realizovať skríning štítnej žľazy, nemá sa uskutočňovať celotelový MR sken ako skríningový nástroj, realizovanie ultrazvuku podbruška ako skríning karcinómu vajecníkov u nerizikových žien, realizácia EKG u zdravých jedincov. Podľa optimistov sú charakteristiky a výhody onkologického skríningu nasledujúce: včasnejšia diagnóza (alebo dokonca prevencia invazívneho karcinómu), lepšia prognóza (dĺžka a kvalita života), zníženie úmrtnosti, menej invazívna liečba, nižšie liečebné náklady. Pesimista si povie, že čo keď to tak nefunguje, často sa vyskytne lead time bias. To znamená, že pacient má včasnejšiu detekciu nádorov, ale s tou diagnózou žije rovnako dlho, len o nej vie

**Základy skríningu: musí spĺňať určité pravidlá, musí dávať zmysel a musí byť bezpečný**

skôr. **Až pri 51 % úmrtí na zhubné novotvary išlo o nádory priedušnice, priedušiek a pľúc, kolorektálny karcinóm, nádory pankreasu, nádory prsníkov, prostaty. Určite je dobrý mať skríningové programy na tieto ochorenia, ktoré majú taký významný podiel na mortalite.**

V Českej republike je **Národné skríningové centrum (NSC)**, ktoré má oddelenie riadenia skríningových programov a oddelenie správy a analýzy dát projektov. Zbiera dáta a údaje už veľa rokov a zavádza najnovšie a overené postupy pre včasný záchyt ochorení. VLP dostane informácie o skríningových vyšetreniach svojich pacientov. Dátová základňa a evaluácia je dostupná na stránke: <https://nsc.uzis.cz/data>. Česko sa môže pochváliť, že incidencia (21. miesto v Európe, Slovensko 7. miesto v Európe) aj mortalita na kolorektálny karcinóm významne klesajú (36. miesto v Európe, Slovensko 3. miesto. V ČR dosahuje prevencia 75 000 pacientov. Pokrytie skríningom je 30 %. Záchyt v štádiu I - II je nízky - 40 %. Relatívne 5-ročné prežítie v ČR je 52,5 % (Európa 57 %). Pacient si vo veku 50 rokov môže vybrať skríningovú kolonoskopiu. Nepriaznivé je, že po pozitívnom TOKS chýba 30 % kolonoskopií. Tieto fakty môžu devalvovať skríning. Je to faktor, ktorý odráža celkovú kvalitu skríningového programu. Významným míľnikom skríningu kolorektálneho karcinómu bol rok 2009, keď sa začal používať imunochemický test, druhý míľnik bol rok 2014, keď prišlo adresné pozývanie občanov na skríning. Každá táto zmena priniesla zvýšenie počtu pacientov o cca 5 %. Test na okultné krvácanie v stolici by mal byť jednotný, inak to skresľuje výsledky. Zistili napríklad u 10 všeobecných lekárov, že každý mal iný imunochemický test na okultné krvácanie. Testy pre objektivitu by mali byť jednotné. V niektorých regiónoch sú dlhé čakacie doby na kolonoskopiu, čo môže byť až 6 mesiacov. Napriek tomu, **vdďaka skríningovému programu klesla mortalita a incidencia kolorektálneho karcinómu za posledných 10 rokov o 25 %**. Mamografický skríning je tiež dôležitá súčasť prevencie. Pri **karcinóme prsníka je incidencia stabilizovaná** (7200 žien v roku 2018, 133/100 000). ČR je v Európe na 23. mieste a Slovensko na 27. mieste. **Mortalita vykazuje dlhodobý pokles** (1600 žien v roku 2018, 30/100 000). V Európe je Česko na 37. mieste (Slovensko na 5. mieste). Prevalencia je 80 000 žien. Pokrytie skríningom je 61,4 %. **Dôležité je, že záchyt v štádiu I je 75 %** (v roku 2018 51,6 %). Relatívne 5-ročné prežítie v ČR je 77,9 % (Európa 81,8 %). Doplnujúce UZV vyšetrenie je indikované u 6,6 % žien. Mamografický skríning je realizovaný v 2-ročných intervaloch. Žiadanku môže vydať VPL a gynekológ. Napríklad ženy po 65. roku veku už niektoré nechodia ku gynekológovi, ale k všeobecnému lekárovi chodia. Tam je úloha VPL poslať ženu na mamografiu. Treba zdôrazniť, že na mamografických pracoviskách sa uskutočňuje dôrazná kontrola kvality.

**Skríning karcinómu krčka maternice.** Tu je účasť 50 - 60 %. Cytológia sa realizuje 1-krát ročne. U žien vo veku 35, 45 a 55 rokov je uskutočnené aj vyšetrenie na prítomnosť HPV v cervikálnom stere. Vízia je, aj v Európe, že sa test nahradí iným a nebude ročný skríning, ale v intervale 1-krát za 3 - 5 rokov. Do budúcnosti bude namiesto cervikovaginálnej cytologie vyšetrenie prítomnosti nukleovej kyseliny **vysoke**



**rizikových typov HPV** v cervikálnom stere. Treba zohľadňovať, že proti HPV sa očkuje už takmer 3 dekády. V Európe sa zistilo, že pri nových testoch – ak sa urobia na gynekológii alebo doma si test urobí žena - výsledky sú rovnaké. Je možné, že odovzdanie testu a odosielanie vzoriek do laboratórií bude aj v kompetencii všeobecného lekára.

**Na Slovensku sa pripravuje skríning karcinómu pľúc. Je to najčastejší karcinóm vo svete, s najvyššou mortalitou a má nízke 5-ročné prežítie. Bronchogénny karcinóm mal v ČR v roku 2018 incidencia 6459 (7,4 % všetkých zhubných nádorov), mortalitu 5401 (19,4 %), prevalenciu 12 322, muži/ženy 3 : 1.** Celosvetovo incidencia trvalo narastá. Ďalšie charakteristiky: pokles incidence u mužov, nárast u žien (prispelo fajčenie tabakových výrobkov), priemerný vek je 69 rokov, karcinóm pľúc má narastajúcu prevalenciu. Väčšina osôb je zachytená v štádiu III - IV (10 % šanca na vyliečenie). 5- ročné prežítie je iba 17,8 %. Tieto dáta poukazujú na to, aby sa hľadala cesta zlepšenia situácie. V Česku je to tak, že keď pacient príde k VPL, tak mu lekár ponúkne účasť v programe. Týka sa ľudí v kategórii od 55 do 74 rokov. Medzi vstupné kritériá patrí, že bol fajčiar alebo stále je. Pacient by mal splniť 20 balíčkorokov – 20 rokov fajčil v priemere 20 cigariet denne. Alebo 40 rokov 10 cigariet denne V praxi to vyzerať nasledujúco: pacient príde k VPL a ten ho odošle k pneumológovi, ktorý by ho mal poslať na LDCT (CT s veľmi nízkou radiáciou), ktoré má asi 5-krát nižšiu radiáciu než normálne CT. Je to veľmi variabilné, lebo sú okresy, kde nie je pneumológ a praktik nemá kam poslať pacienta. Skríningovému programu sa najviac darí v krajských mestách. Minimálne 30 % fajčiárov (20 rokov fajčiacich) odoslaných k pneumológovi má CHOCHP. Program rozbehli od 1. januára 2022 a zapojilo sa 36 % všeobecných lekárov. Praktickí lekári oslovili takmer 23 000 osôb a zapojilo sa 50 %. Takmer 10 000 osôb absolvovalo LDCT. Podarilo sa zachytiť 3,8 % nádorových ochorení. Čo je dôležité, až 50 % pacientov bolo zachytených v I. štádiu. Viac informácií o skríningu je na stránke <https://prevenceproplce.cz>.

**Včasný záchyt karcinómu prostaty** je témou, ktorá najviac rezonuje v Európe v rámci určitých kontroverzií. Karcinóm prostaty v ČR: incidencia 8044 mužov (2019), 150/100 000 a trvalo rastie. Mortalita je 1524 mužov (2020), 29/100 000 a narastá v posledných rokoch. Prevalencia je 71 500 mužov. Pokrytie testovaných pomocou PSA v ČR: 33 – 66 % podľa veku (vo veku 50 - 69 rokov 43 %). Záchyt v štádiu I je ▶

**Mortalita na karcinóm prsníka vykazuje dlhodobý pokles**

40,1 % (v II je 27,2 %). Relatívne 5-ročné prežívanie v ČR je 77,9 % (Európa 81,8 %). Už v minulosti indikoval vyšetrenie PSA všeobecný lekár. Organizovaný skrining by mal priniesť aj úsporu finančných prostriedkov. Včasný záchyt karcinómu prostaty v rámci skriningu začal v ČR v roku 2024. Testovanie PSA je určené pre mužov od 50 do 70 rokov, interval je 2 roky a do programu sa zapája VPL a urológ. Zahranické skúsenosti však poukazujú na to, že je riziko over testing, over diagnosis. Že pacient bude žiť rovnakú dobu či už so skriningom alebo bez skriningu. Na toto treba dať pozor a skriningové programy by mali byť priebežne prehodnocované.

**Rozhodnutie o tom, či skrínovať populáciu, je extrémne komplexné rozhodnutie a určité patrí do multiodborového rozhodovania.** Takýto tím by určite ale mal predkladať čo najkvalitnejšie údaje, mal by mať analýzy toho, či máme potrebné zdroje finančné i ľudské, mali by sme mať kvalifikovaný odhad, koľko nás bude stáť jeden zachránený rok života a akého života. Všetkým – v prvom rade lekárom, ale ešte viac pacientom – by malo byť jasné, že skrining všeobecne nemá vždy iba pozitíva, ale často i negatíva a nie zriedkavo sa ukáže, že naše snaha predchádzať chorobe nielenže nebola úspešná, ale dokonca viac pacientov poškodila a navyše to stálo obrovské množstvo zdrojov.

## Harm reduction – dôkazy o znižovaní užívania tabaku a nikotínu



MUDr. Vinklerová

**Ako uviedla MUDr. Jana Unar Vinklerová, PhD., MBA (Centrum excellence CREATIC LF MU, Brno), prevalencia fajčenia cigariet dosiahla celosvetovo svoje plató v roku 1990 a od tej doby výrazne nerastie, ale ani neklesá.** V roku 2022 podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) celosvetovo fajčilo cca 1,25 miliardy obyvateľov planéty. Fajčenie cigariet je jednou z hlavných preventabilných príčin morbidít a mortality. Najviac úmrtí zapríčinených fajčením je spojených s kardiovaskulárnymi ochoreniami, malignitami a CHOCHP.

V Českej republike je miera populácie fajčiarov 30 %, na Slovensku je 25 %, takže SR je na tom trochu lepšie.

**Áké sú formy užívania tabaku a nikotínu v ČR?** Prevažne ide o klasické cigarety. Potom nasledujú elektronické cigarety s 10,2 % (v kategórii 15 – 24 rokov až takmer 25 %), nahrievaný tabak dosahuje 6,6 %, bezdymový tabak 5 % a nikotínové vrecká bez obsahu tabaku takmer 3 % (z toho v kategórii 15 – 24 rokov 9 %). Bezdymové produkty dodania nikotínu rozlišujeme podľa toho, či sa používajú inhalačne alebo orálne a podľa toho, či sú na báze tabaku alebo nikotínu. Orálne na báze tabaku sú orálny tabak, snus. Orálne na báze nikotínu sú nikotínové vrecká. Na báze inhalačnej a na báze tabaku je nahrievaný tabak. Na báze inhalačnej a na báze nikotínu sú elektronické cigarety. Výrobky nie

sú bez rizika, sú určené ako alternatíva iba pre dospelých fajčiarov. **Pri klasickej cigarete dochádza k horeniu, a teda k spalovaniu tabaku a tak vzniká cigaretový dym, kde je identifikovaných viac ako 6000 zložiek, z nich približne 100 je klasifikovaných ako škodlivých alebo potenciálne škodlivých.** Potenciálne škodlivé látky sa viac uvoľňujú pri vyšších teplotách - okolo 500 stup. Celzia. Ale, keď sa tabak bude iba nahrievať, čo sú teploty okolo 350 stup. Celzia, tak škodlivé a potenciálne škodlivé látky sa uvoľňujú v omnoho menšej miere a niektoré sa neuvolňujú vôbec. To je princíp znižovania škodlivosti. **V porovnaní s cigaretovým dymom obsahuje aerosól z nahrievaného tabaku a e-cigariet vďaka absencii horenia o 90 – 99 % menej potenciálne škodlivých látok** (vedených v zoznamoch WHO, FDA a Health Canada). Nahrievaný tabak je produkt s modifikovaným rizikom. V júli 2020 americký Úrad pre kontrolu liečiv (FDA) vydal rozhodnutie o tabakovom výrobku s modifikovaným rizikom (Modified Risk Tobacco Product – MRTP) pre výrobky s nahrievaným tabakom THS (IQOS a tri HeatSticks variety) na základe žiadosti predloženej spoločnosťou Philip Morris International (PMI) v decembri 2016. FDA uvádza, že tabakový výrobok s modifikovaným rizikom so zníženou mierou expozície je vhodný k podpore ochrany verejného zdravia a má potenciál prospieť zdraviu populácie ako celku. Keď sa fajčiari nedokážu odnaučiť fajčiť, tak je im ponúkaná alternatíva, ktorá vie riziko znižovať. Toto rozhodnutie sa zakladá na vyhodnotení balíčka rozsiahlych vedeckých dôkazov poskytnutých spoločnosťou PMI úradu FDA v decembri 2016 za účelom podpory žiadosti o MRTP. Snahou je znižovanie rizika užívania tabaku v 21. storočí. Prijateľne znížiť riziko znamená umožniť dospelým fajčiarom, ktorí nedokážu, nemôžu alebo nechcú prestať fajčiť, užívanie nikotínu vo výrobkoch s nižším rizikom škôd na zdraví. Ročné výsledky prechodu z cigariet na nahrievaný tabak sú podľa štúdie Exposure Response study zlepšenie všetkých 8 sledovaných biomarkerov rizika. Sú porovnateľné s účinkom abstinencie od fajčenia. Dvojročné výsledky prechodu na nahrievaný tabak sú uvedené v **tab.**

**Tab.: Recentná prierezová štúdia biomarkerov rizika ochorení spôsobených fajčením**

### Sledované biomarkery klinického rizika

Metabolizmus lipidov	HDL-C
Zrážanlivosť	11-DTX-B2
Endotelálne funkcie	siCAM-1
Akútny efekt	COHb
Zápal	leukocyty
Oxidačný stres	8-epi-PGF2alfa
Plúcne funkcie	FEV <sub>1</sub> (%)
Genotoxicita	celkový NNAL

### Výsledky

- Užívanie nahrievaného tabaku v období najmenej 2 rokov bolo u bývalých fajčiarov konvenčných cigariet spojené s významným zlepšením hodnôt biomarkerov rizika ochorení súvisiacich s fajčením
- Profil biomarkerov rizika bol podobný ako u bývalých fajčiarov, ktorí od užívania tabaku/nikotínu abstinovali po dobu aspoň 2 rokov

(The study is registered at [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov). Study Identifier: NCT05385055. The study is being prepared for publication).

**Na Slovensku fajčí asi 25 % populácie**



Počet publikovaných štúdií je takmer 300. Ukazuje sa, že výrobky s nahrievaným tabakom môžu byť po pri e-cigaretách rovnocenným doplnkom arzenálu nástrojov k odvykaniu od fajčenia. **V roku 2024 na kongrese ASCO (Americká spoločnosť klinickej onkológie) sa po prvýkrát v programe kongresu objavili nasledujúce informácie** (prof. Ann McNeill, Ben Youdan a prof. Kenneth E. Warner: The Place of E-Cigarettes in Smoking Cessation Treatment and Policy: Approaches From Around the World (Education Session):

- e-cigarety majú dôkazy o významne nižšom obsahu škodlivých látok oproti cigaretám;
- e-cigarety sú určené výhradne pre dospelých fajčiarov, regulácia ich dostupnosti sa v jednotlivých krajinách rozlišuje – od liberálneho prístupu po absolútny zákaz (napr. v Brazílii);
- krajiny s vyššou dostupnosťou e-cigariet sú väčšinou bližšie k cieľu stať sa smokefree „krajinou bez dymu“ (< 5 % fajčiarov cigariet v populácii);
- e-cigarety s obsahom nikotínu majú dôkazy o účinnosti pri odvykani od fajčenia, ich úspešnosť je v porovnaní s nikotínovou substitučnou terapiou vyššia;
- niektoré lekárske spoločnosti a národné vlády (napr. v Anglicku) preto využitie e-cigariet zaraďujú do odborných odporúčaní liečby závislosti na tabaku;
- existuje potreba správneho vyváženého úžitku e-cigariet pre dospelých fajčiarov oproti riziku, že ich začnú užívať deti a mladiství.

Prof. Ann McNeill, PhD. (King's College London, The Place of e-Cigarettes in Smoking Cessation Treatment and Policy: Approaches From Around the World (Education Session) urobila metaanalýzu 413 štúdií (58 na bunkových modeloch, 81 na zvieratách a 275 na ľuďoch a výsledkom bolo, že pri užívaní e-cigariet dochádza k zníženiu expozície toxickým látkam. Existujú dôkazy s vysokou mierou istoty, že e-cigarety s nikotínom zvyšujú podiel odvykania od fajčenia v porovnaní s nikotínovou substitučnou terapiou, a dôkazy so stredným podielom istoty, že zvyšujú podiel odvykania od fajčenia v porovnaní s elektronickými cigaretami bez nikotínu. Smokefree England 2030 je vládnu stratégiou v programe „Swap to Stop“ (Vymeň, aby si prestal). Milión anglických fajčiarov bude vyzvaných, aby vymenili konvenčné cigarety za e-cigarety v rámci programu „Swap to Stop“ – celosvetovo prvého národného programu svojho druhu. Každému z nich bude poskytnutá štartovacia sada obsahujúca e-cigaretu a náplne do nej (liquidy) spolu s behaviorálnou podporou, ktorá im pomôže prestať s fajčením.

**V programe tohtoročného kongresu Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC) sa hovorilo o inovatívnych tabakových a nikotínových výrobkoch** (Dr. Dimitri Richter: Is vaping better than smoking? Differences between the UK and European countries). Medzi najdôležitejšie body, o ktorých sa na ESC hovorilo v súvislosti s fajčením tabakových výrobkov, patrili:

- inovatívne tabakové a nikotínové výrobky (elektronické cigarety, nahrievaný tabak, nikotínové vrecúška) predstavujú nové, náročné témy pre lekárov;
- pribúdajú dôkazy, že tieto výrobky môžu fajčiarom pomôcť obmedziť alebo úplne zanechať fajčenie;
- nezávislé štúdie, hodnotenia regulačných orgánov (USA/FDA, v Grécku) a epidemiologické údaje



zo Švédska ukazujú, že tieto výrobky môžu užívateľom znížiť expozíciu toxickým látkam a pravdepodobne znížiť zdravotné riziká;

- trh s inovatívnymi tabakovými a nikotínovými výrobkami musí byť striktné regulovaný, aby boli nefajčiari, predovšetkým mladiství, chránení pred zahájením užívania tabaku/nikotínu a zároveň aby boli tieto inovatívne výrobky dostupné dospelým fajčiarom, ktorí nemôžu alebo nechcú prestať fajčiť a motivovať ich k nahradeniu konvenčných cigariet;
- stále platí, že fajčenie zabíja a že najlepšou voľbou je úplne zanechať užívanie tabaku.

Na ESC kongrese prof. Ignatios Ikonomidis, PhD. v prednáške Differential effects of heat-not-burn, electronic cigarettes and conventional cigarettes on endothelial glyco-calyx priblížil túto štúdiu s dôrazom na nahrievaný tabak a reparáciu vaskulárnej integrity u fajčiarov cigariet. 50 aktívnych dospelých fajčiarov bolo randomizovaných k užívaniu nahrievaného tabaku (n = 25) alebo e-cigaret (n = 25). Ďalších 25 dospelých fajčiarov pokračovalo vo fajčení cigariet bez kontroly. Bola meraná perfundovaná hraničná zóna (PBR) sublingválnych arteriálnych mikrociev, koncentrácia CO vo vydychovanom vzduchu a hladiny kotininu v krvi. Výsledky:

- prechod na nahrievaný tabak po 1 mesiaci signifikantne zlepšil vaskulárnu integritu v mikrocievach o priemere 20 – 25 µm v porovnaní s východiskovou hodnotou (PBR20–25 2,55 vs 2,34 µm, p = 0,002);
- pri prechode na e-cigarety bol stav bez zmeny, pri pokračujúcom fajčení cigariet nastalo ďalšie významné zhoršovanie (p > 0,05). Hladiny metabolitu kotininu (hlavný metabolit nikotínu) boli vo všetkých skupinách podobné. Poškodenie vaskulárnej integrity u fajčiarov cigariet teda bolo nezávislé na spotrebe nikotínu a pravdepodobne súviselo s vyššou expozíciou toxickým emisiám v cigaretovom dyme v porovnaní s aerosólom z bezdymových alternatív.

**Údaje zo Švédska sú inšpirujúce. Vláda v tejto krajine dôsledne uplatňovala nástroje kontroly tabaku:**

- dôsledné uplatňovanie tradičných nástrojov kontroly tabaku spolu so zdravotnou osvetou populácie;
- zaistenie dostupnosti všetkých alternatívnych nikotínových produktov v širokej ponuke rôznych príchutí a koncentrácií nikotínu, ktoré sú pre fajčiarov dostatočne prijateľné, aby k nim prešli od klasických cigariet;
- odstupňovanie zdanenia tabakových výrobkov podľa miery ich zdravotného rizika „menej rizika = menej daní“. Vo Švédsku je len 5,6 % fajčiarov, kým priemerne v krajinách EÚ je ich 23 %.

**V porovnaní s EÚ má**

**Stále platí, že fajčenie zabíja  
a že najlepšou voľbou je úplne  
zanechať užívanie tabaku**

Švédsko o 44 % menej úmrtí súvisiacich s tabakom, o 41 % nižší výskyt karcinómu pľúc a o 38 % menej úmrtí na onkologické ochorenia.

## Ak chceme roztopiť ľadovec dyslipidémie, musíme poznať, čo sa skrýva pod hladinou



MUDr. Hazucha

Ako uviedol MUDr. Henrich Hazucha (Ambulancia všeobecného lekára, Hriňová) v rámci sympózia spoločnosti Viatris, ICHS a CMP sú celosvetovo najčastejšie príčiny úmrtí. V Európe má kardiovaskulárne ochorenie (KVO) 49 miliónov ľudí, čo je naozaj veľká záťaž pre ekonomické systémy jednotlivých krajín. Na Slovensku je prevalencia hypertenzie okolo 41 %, dyslipidémiu má viac ako 30 % ľudí a diabetes mellitus cca 6,5 %.

Z rizikových faktorov KVO treba ovplyvniť modifikovateľné faktory - arteriálnu hypertenziu, dyslipidémiu, fajčenie, nadváhu alebo obezitu, nízku fyzickú aktivitu, nezdravú stravu či, abúzus alkoholu. Zvýšené hladiny LDL-C a triglyceridov (TG) so zníženou hladinou HDL-C môžu viesť k veľkým aterosklerotickým KV príhodám, ak nie sú dostatočne manažované. Zvýšené hladiny LDL-C a TG a znížená hladina HDL-C sú markerom aterogénnej dyslipidémie. Výskyt KV príhod je u pacientov s diabetes mellitus 2. typu (DM2) a vysokou hladinou TG zvýšený napriek kontrole hladiny LDL-C. Definícia aterogénnej dyslipidémie je prítomnosť vysokých hladín TG ( $\geq 2,3$  mmol/l) a nízkeho HDL-C ( $\leq 1,00$  muži a  $\leq 1,3$  mmol/l ženy) u pacientov s vysokým KV rizikom pri maximálne tolerovanej dávke statínov. DM2 má vysokú koreláciu s výskytom KVO a metabolický syndróm zvyšuje výskyt KVO dvojnásobne.

**Reziduálne KV riziko je riziko rekurencie KV ochorenia po iniciácii liečby rizikových faktorov a dosiahnutí cieľových hodnôt.** Je mimoriadne vysoké u diabetikov s cievnym postihnutím. Je možné ho kalkulovať nástrojmi pre stratifikáciu rizika pre sekundárnu prevenciu - skóre

SMART (Secondary Manifestation of Arterial Disease). Príčiny hypertriglyceridémie sú primárne (genetické) a sekundárne/získané. Sem patria metabolické ochorenia, životný štýl lieky. Hypertriglyceridémiu má 1/3 dospelých s dyslipidémiou, v spojení s nízkou hladinou HDL-C je označovaná ako **aterogénna dyslipidémia**.

Liečba dyslipidémie je nefarmakologická (zmena životného štýlu) a farmakologická. **V ambulanciách všeobecných lekárov sú dostupné statíny - hlavná skupina liekov na zníženie LDL-C a inhibítory absorpcie cholesterolu - ezetimib, samostatne alebo v kombinácii so statínmi. Fibráty sú primárne používané na zníženie hladín TG.**

Fenofibráty sú schopné znížiť hladinu triglyceridov o 29 %, celkový cholesterol o 19 %, LDL -C o 21 % a zvýšiť HDL-C cholesterol o 11% v priemere. Ešte lepšie výsledky sa dosahujú, pokiaľ sa k fenofibrátu pridá statín. Simvastatin 40 mg a fenofibrát 145 mg – táto kombinácia ešte významnejšie znižuje LDL-C, TG a zvyšuje HDL-C. Fixná kombinácia rosuvastatin 20 mg + fenofibrát 145 mg je efektívnejšia v redukcii aterogénnych lipidových frakcií a zvyšuje hladinu HDL-C v porovnaní s vysokodávkovaným rosuvastatínom 40 mg a má lepší bezpečnostný profil. TG znižuje až o viac ako 18 %. **Štúdia LENS Collaborative Group** z roku 2024 vyhodnotila 1151 pacientov s diabetickou retinopatiou/makulopatiou, ktorí boli sledovaní počas 4 rokov. **Fenofibrát znížil riziko progresie diabetickej retinopatie alebo makulopatie v porovnaní s placebom o 27 %.**

**MUDr. Hazucha predstavil aj kauzistiku 41-ročného pacienta.** Už v roku 2018 mal kombinovanú dyslipidémiu s prevahou hypertriglyceridémie, po nasadení farmakoterapie kombináciou fenofibrát/simvastatin sa dosiahol len čiastočný efekt, cieľové hodnoty boli dosiahnuté až kombináciou rosuvastatin 10 mg, ezetimib 10 mg a fenofibrát 160 mg.

**Aký má byť postup v ambulantej praxi, ukazuje tab. 1.** Pri liečbe treba poznať aj kontraindikácie, či už absolútne

**Reziduálne KV riziko je mimoriadne vysoké u diabetikov s cievnym postihnutím**

Tab. 1: Postup v ambulantej praxi

### Krok 1:

#### Profil pacienta

- zhodnoť kardiovaskulárne riziko
- určí lipidový profil

### Krok 2:

#### Ciele liečby

- určí cieľové hodnoty pre LDL-C, príp. ďalšie ciele liečby



### Krok 3:

#### Liečba

- zníženie LDL-C (primárne statínom)
- zväž prídanie ezetimibu alebo inhibítora PCSK9
- pri TG > 200 mg/dl) s nízkym HDL-C zväž použitie fibrátov
- u pacientov s DM alebo metabolickým syndrómom zväž liečbu fenofibrátom (aterogénna dyslipidémia)

### Krok 4

#### Monitoring a zmena

- monitoruj lipidový profil a celkový zdravotný stav
- uprav liečbu na základe dosahovaných cieľov a tolerancie pacienta

### Krok 5

#### Podpora a spolupráca

- poskytni pacientovi edukáciu
- zväž zapojenie dietológa alebo špecialistu na zmeny životného štýlu



Tab. 2: Kontraindikácie a interakcie

	fenofibrát	fenofibrát/simvastatín
<b>Absolútne kontraindikácie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pečennová nedostatočnosť</li> <li>• ochorenie žlčníka</li> <li>• závažná obličková nedostatočnosť (eGFR &lt; 30 ml/min)</li> <li>• chronická pankreatitída</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+</li> <li>• renálna insuficiencia (eGFR &lt; 60 ml/min)</li> <li>• gravidita</li> </ul>
<b>Relatívne kontraindikácie</b>	Mierne až stredne závažná renálna insuficiencia (upraviť dávku)	Lahká renálna insuficiencia, vek ≥ 65 rokov, ženy, genetické predispozície pre myopatiu
<b>Interakcie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antikoagulantmi (zvyšuje účinok)</li> <li>• Cyklosporín (reverzibilné poruchy renálnej funkcie)</li> <li>• Statíny (riziko myopatie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silné inhibitory CYP3A4</li> <li>• cyklosporín, danazol, elbasvir/grazoprevir</li> </ul>
<b>Iné upozornenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorovanie funkcie pečene a svalovej toxicity, alergie na sóju alebo arašidy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+</li> <li>• grapefruitový džús</li> </ul>

alebo relatívne (tab. 2), prípadne interakcie. Dôležité je, aby sa pri týchto skupinách liekov myslelo: ● na ochorenia pečene, žlčníka, pankreasu a obličiek, ● na interakcie liekov s potravinami, ● alergie, ● graviditu.

**Ako zvýšiť pacientovu adhérenciu k liečbe?** Treba ho edukovať, oboznámiť s možnosťami liečby, zapojiť do rozhodovania, monitorovať, zjednodušiť dávkové schémy. **Ktorému pacientovi prinesie benefit fenofibrát:** ● keď je diagnostikovaná aterogénna dyslipidémia so zvýšeným LDL-C, zvýšenými TG a zníženým HDL-C; ● v primárnej prevencii po dosiahnutí LDL-C cieľa s TG >2,3 mmol/l v kombinácii so statínom; ● keď je intolerancia, nedostatočný účinok, nedostupnosť liekov prvej voľby; ● pacienti s TG > 10 mmol/l. **Záver:** ● Personalizuj prístup – určí lipidový profil pacienta a postupuj v zmysle EBM; ● Integruj prístup – spájaj zmeny životného štýlu s farmakoterapiou. ● Monitoruj, uprav, monitoruj – vyhodnoť zmeny, uprav prístup (alebo konzultuj), vyhodnoť efekt.

## Lekárska prehliadka k posúdeniu zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla



MUDr.  
Mačudová

**Ako uviedla MUDr. Zuzana Mačudová (všeobecná lekárka pre dospelých, Poprad), základným dokumentom, s ktorým pracujeme pri posudzovaní, je Zákon o cestnej premávke a o zmene a doplnení niektorých zákonov.** Zaujímajú nás predovšetkým paragrafy: ● § 86 Zdravotná spôsobilosť; ● § 87 Lekárska prehliadka; ● § 88 Psychická spôsobilosť; ● § 89 Povinnosti vodiča, doklady o zdravotnej a psychickej spôsobilosti; ● § 90 Písomnosti.

**§ 86 Zdravotná spôsobilosť** - zdravotnou spôsobilosťou sa rozumie telesná a duševná schopnosť viesť motorové vozidlo. Zdravotne spôsobilý je ten, kto spĺňa minimálne požiadavky na zdravotnú spôsobilosť. Je to v prílohe č. 5 k vyhláske č. 9/2009 Z. z. Minimálne požiadavky na úroveň telesnej schopnosti a duševnej schopnosti na vedenie motorových vozidiel. Zdravotne spôsobilý je ten, kto spĺňa minimálne po-

žiadavky na zdravotnú spôsobilosť. Sú tu uvedené minimálne požiadavky na zrak, minimálne požiadavky na sluch, zdravotná spôsobilosť osôb s obmedzenou pohyblivosťou, zdravotná spôsobilosť a kardiovaskulárne choroby, zdravotná spôsobilosť a choroby, chyby alebo stavy nervovej sústavy a syndróm obštrukčného spánkového apnoe, zdravotná spôsobilosť a duševné poruchy, zdravotná spôsobilosť a závislosť od alkoholu, zdravotná spôsobilosť a iné návykové látky a liečivá, zdravotná spôsobilosť a choroby, chyby a stavy spôsobené vážnou nedostatočnosťou činnosti obličiek, zdravotná spôsobilosť a stavy súvisiace s transplantáciou orgánu alebo umelého implantátu, ďalšie choroby, chyby a stavy, ktoré môžu mať vplyv na zdravotnú spôsobilosť.

§ 86 Zdravotná spôsobilosť upozorňuje, že zdravotná spôsobilosť môže byť na základe zdravotného stavu osoby podmienená: **a) použitím zdravotníckej pomôcky pri vedení motorového vozidla; b) možnosťou viesť len technicky upravené vozidlo; c) pravidelným podrobovaním sa lekárskej prehliadke; d) inými obmedzeniami podľa záverov lekárskej prehliadky.** Ak je zdravotná spôsobilosť podmienená, zapisuje sa to **pomocou harmonizovaných kódov.** Tie sú uvedené v Prílohe č. 9 k vyhláske č. 9/2009 Z. z. Ďalšie podmienky pre vodiča alebo úpravy motorového vozidla sú Harmonizované kódy. Tu je uvedený harmonizovaný kód pre okuliare, čo je 01.01. Ďalej 01.06. je kód pre okuliare alebo kontaktné šošovky a 03.01. je kód pridelený protéze alebo ortéze hornej končatiny. V legislatíve sú však uvedené aj kódy pre používanie s obmedzeniami. **C. Kódy pre používanie s obmedzeniami.** Napr. 61 Obmedzenie viesť vozidlo len počas dňa. 62. Obmedzenie jazdy v okruhu 50 km od miesta bydliska, držiteľa preukazu alebo len vnútri mesta/regiónu. 63. Vedenie vozidla bez spolucestujúcich, 64. Obmedzenie na jazdu rýchlosťou maximálne napr. 50 km za hod. 65. Vedenie vozidla povolené len vtedy, keď je spolucestujúci držiteľom vodičského preukazu minimálne rovnocennej skupiny. 67. Jazda po diaľnici a rýchlostnej ceste nepovolená. Používajú sa aj národné kódy. Kód 500 ▶

**Zdravotne spôsobilý je ten, kto spĺňa minimálne požiadavky na zdravotnú spôsobilosť**

znamená pravidelnú lekársku prehliadku podľa paragrafu 86 ods. 2 písm. c) zákona. Kód 600 je pravidelné psychologické vyšetrenie. Pravidelným lekárskeým prehliadkam každých 5 rokov a po dosiahnutí veku 65 rokov každé dva roky sú povinní podrobiť sa: a) vodiči, ktorí sú držiteľmi vodičského preukazu SR a ktorí vedú motorové vozidlo skupiny C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D a DE; b) vodiči, ktorí sú držiteľmi vodičského preukazu SR a ktorí vedú vozidlo s právom prednostnej jazdy, motorové vozidlo využívané na zasielateľstvo a taxislužbu a na poskytovanie poštových služieb. **Ostatní vodiči, ktorí sú držiteľmi vodičského preukazu SR a ktorí dovърšili vek 65 rokov, sú povinní podrobiť sa pravidelným lekárskeým prehliadkam každých 5 rokov.**

Osoba, ktorej zdravotná spôsobilosť je podmienená podľa § 86 ods. 2 písm. c) (pravidelným podrobovaním sa lekárskej prehliadke), je povinná podrobiť sa lekárskej prehliadke v lehote určenej posudzujúcim lekárom. Ešte pred samotnou lekárskou prehliadkou je posudzovaná osoba povinná preukázať svoju totožnosť, predložiť čestné vyhlásenie k jej zdravotnému stavu. Tu je veľmi dôležité rozdelenie a zaradenie do skupiny 1 a 2: **a) žiadatelia o udelenie a držítelia vodičského oprávnenia skupiny AM, A1, A2, A, B1, B, BE a T patria do skupiny 1; b) žiadatelia o udelenie a držítelia vodičského oprávnenia skupiny C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D a DE patria do skupiny 2.** Toto rozdelenie do skupín je rozdelené preto, lebo požiadavky v skupine 2 sú o niečo prísnejšie. Osoba, ktorá je podľa tohto zákona povinná podrobiť sa lekárskej prehliadke, je povinná posudzujúcemu lekárovi pred vykonaním lekárskej prehliadky predložiť čestné vyhlásenie k jej zdravotnému stavu a preukázať svoju totožnosť. **Čestné vyhlásenie obsahuje:** ● meno a priezvisko osoby; ● dátum narodenia osoby; ● adresu pobytu osoby; ● skupiny vodičských oprávnení, o ktorých udelenie osoba žiada; ● skupiny vodičských oprávnení, ktorých je osoba držiteľom; ● skupinu, do ktorej posudzovaná osoba patrí podľa odseku 7; ● vyhlásenie osoby k jej zdravotnému stavu vo vzťahu k zdravotnej spôsobilosti, k pravidelnému užívaniu liekov, k užívaniu alkoholu alebo iných návykových látok; ● dátum a miesto spisania čestného vyhlásenia a podpis osoby.

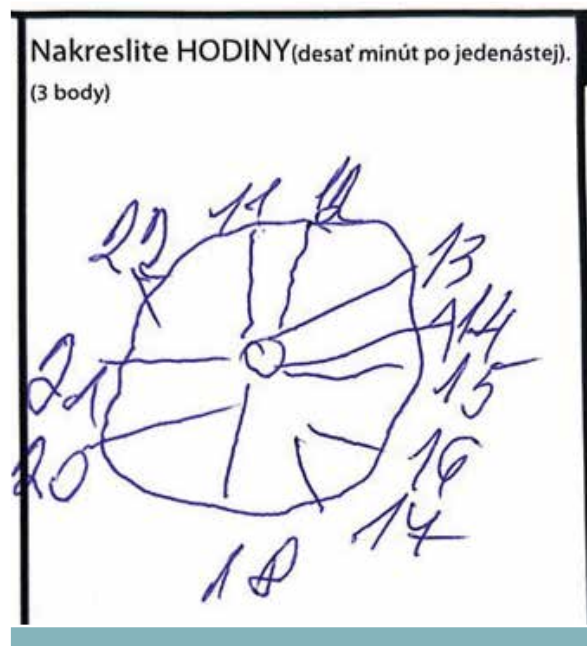
**Predmetom lekárskej prehliadky je posúdenie zdravotného stavu posudzovanej osoby so zameraním na choroby a poruchy, ktoré zdravotnú spôsobilosť na vedenie motorových vozidiel vylučujú alebo podmieňujú.** V prípade, že u posudzovanej osoby existuje podozrenie na chorobu, alebo poruchu, ktorá by mohla zdravotnú spôsobilosť podmieniť alebo vylúčiť, požiadava posudzujúci lekár o odborné vyšetrenie. Náplň lekárskej prehliadky je daná odborným usmernením MZ SR o náplni preventívnych lekárskeých prehliadok vo vzťahu k práci. **Obligatórne vyšetrenie obsahuje:** ● anamnézu vrátane podrobnej pracovnej anamnézy; ● kompletné fyzikálne vyšetrenie vrátane orientačného vyšetrenia zmyslových funkcií a orientačného neurologického vyšetrenia, EKG, očné vyšetrenie vrátane vyšetrenia perimetra, otorinolaryngologické vyšetrenie vrátane audiometrického vyšetrenia; ● psychologické vyšetrenie špecialistom s certifikovanou pracovnou činnosťou v odbore dopravná psychológia; ● laboratórne vyšetrenie: krvný obraz a diferenciálny počet leukocytov, FW, biochemický skríng (kreatinín v sére, AST, ALT, GMT, glykémia nalačno), moč chemicky. Fakultatívne vyšetrenia: neurologické, psychiatrické, kardiologické, nefrologické, ergometria.

**Na odborných fórach zaznieva otázka, či žiadateľ patriaci do skupiny 1 je povinný podrobiť sa očnému vyšetreniu?** Pri skupine 1 nemáme legislatívou danú náplň lekárskej prehliadky, ale vždy zisťujeme, či posudzovaný spĺňa minimálne požiadavky, pozrime príklad: V minimálnych požia-

davkách na zrak je napísané, že žiadateľ a osoba patriaca do skupiny 1 v rámci minimálnej požiadavky na zrak: a) musí mať binokulárnu zrakovú ostrosť s hodnotou aspoň 0,5 pri súčasnom používaní oboch očí, a to aj v prípade použitia korekčných šošoviek (vnútročné šošovky sa nepovažujú za korekčné šošovky) a b) zároveň musí mať horizontálne zorné pole binokulárne najmenej 120° s dostatočným rozsahom najmenej 50° dolava a doprava a 20° smerom nahor a nadol, pričom v rozsahu centrálného zorného poľa 20° nesmú byť prítomné žiadne výpadky zorného poľa.

**Ďalšiu veľkú skupinu predstavujú vodiči, ktorí dovърšili vek 65 rokov a patria do skupiny 1.** Vieme, že sa môžu vyskytnúť kognitívne poruchy, ktoré môžu zdravotnú spôsobilosť podmieniť alebo vylúčiť. V zákone nie je dané, že sa posudzovaní musia podrobiť psychologickému vyšetreniu. Všeobecný lekár by mal orientačne psychologické vyšetrenie uskutočniť priamo v ambulancii. Pomáha k tomu MoCA test, ktorý je známy z preventívnych prehliadok, ale môže sa používať aj pri takýchto indikáciách. Treba upozorniť aj na test kreslenia hodín, ktorý je najprínosnejším testom MoCA testu. Posudzovaní musí pochopiť požadovanú objednávku: „Nakreslite hodiny, ktoré označujú takú hodinu“. Naplánovať. Postarať sa o motorický výkon. Prispôbiť svoje vizuálne vnímanie, vizuomotorickú koordináciu a vizokonštruktívnu kapacitu. Kognitívna efektívnosť vyžadovaná testom hodín ho robí jedným z najužitočnejších testov, najmä ak ho porovnáme s inými zložitejšími a menej spolahlivými testami.

**Kazuistika:** OA: Pacient 73 rokov. Arteriálna hypertenzia 2. st. ESH/ESC s VVKVR. DM 2. typu na PAD. Dyslipidémia v liečbe statínom. LAH nejasného dáta. SVES dysrytmia v liečbe beta-blokátorom. Lézia nervus oculomotorius l dx. Diabetická retinopatia. Angiosclerosis ret. hypertonica o.u. St. po ischemickej CMP s kmeňovým syndrómom, diplopiou, vestibulárny syndróm, léziou n. oculomotorius vpravo s ľavostrannou instabilitou 05/2022 Lézia nervus oculomotorius l dx. Angiosclerosis ret. hypertonica o.u. Hypacusis. Už počas anamnézy bol pozorovateľný kognitívny deficit. Kreslenie hodín dopadlo takto:





Váš partner pre odborné podujatia



**Kongresy, konferencie,  
semináre, webináre**

Pacient teda nie je spôsobilý na vedenie motorových vozidiel. Našťastie si to nechal vysvetliť a do ambulancie chodí pešo alebo na bicykli. Otázkou je však, koľko takýchto vodičov nám brzdí naše cesty? Treba tieto testy urobiť.

**Zdravotná spôsobilosť u osoby s DM, ktorá patrí do skupiny 1.** V minimálnych požiadavkách je napísané, že osoba, ktorá má diabetes mellitus a užíva lieky, ktoré môžu vyvolať hypoglykémiu, môže byť považovaná za zdravotne spôsobilú, iba ak: **a)** sa pravidelne podrobuje lekárskej prehliadke zameranej na diabetes mellitus a **b)** preukáže čestným vyhlásením, že chápe riziko spojené s hypoglykémiou, tento stav dokáže primerane ovládať, čo preukazuje pravidelným denným monitorovaním glukózy. Všetky náležitosti, čestné vyhlásenie a dokumenty sú voľne dostupné **na stránke infodoktor.sk**. Interval medzi jednotlivými lekáarskymi prehliadkami sa určuje primerane každému prípadu, pričom nesmie presiahnuť 5 rokov. Zdravotná spôsobilosť osoby, ktorá má diabetes mellitus, je vylúčená: **a)** ak sa vyskytuje opakovaná ťažká hypoglykémia; **b)** ak taká osoba má diagnostikovaný syndróm nevedomenia si hypoglykémie, alebo c) v prípade opakovanej ťažkej hypoglykémie neuplynuli tri mesiace od poslednej príhody.

**Osoba, ktorá patrí do skupiny 2 a má diabetes mellitus vyžadujúci liečbu inzulínom alebo inými liekmi,** môže byť považovaná za zdravotne spôsobilú na základe stanoviska z odborného vyšetrenia a ak: **a)** sa u takej osoby v predchádzajúcich 12 mesiacoch nevyskytla opakovaná ťažká hypoglykémia; **b)** u takej osoby nebol diagnostikovaný syndróm nevedomenia si hypoglykémie; **c)** taká osoba preukáže čestným vyhlásením, že tento stav dokáže primerane ovládať, a to pravidelným monitorovaním glukózy v krvi najmenej dvakrát denne a v čase, keď vedie motorové vozidlo, **d)** taká osoba preukáže čestným vyhlásením, že si uvedomuje riziko vyplývajúce z hypoglykémie, **e)** u takej osoby neexistujú iné obmedzujúce komplikácie v súvislosti s diabetes mellitus, **f)** sa taká osoba pravidelne podrobuje lekárskej prehliadke zameranej na diabetes mellitus a závery lekárskej prehliadky zdravotnú spôsobilosť nevyklúčujú. Diabetes mellitus a zdravotná spôsobilosť u osoby patriacej do skupiny 2. Pozor: Interval medzi jednotlivými lekáarskymi prehliadkami sa určuje primerane každému prípadu, **nesmie presiahnuť 2 roky**.

**Zdravotná spôsobilosť na vedenie motorového vozidla a duševné poruchy.** Duševné poruchy vylučujúce zdravotnú spôsobilosť na vedenie motorového vozidla u osoby patriacej do skupiny 1 alebo do skupiny 2. Sú to choroby alebo stavy, ktoré spôsobujú také zdravotné komplikácie alebo odchýlky, ktoré sú nebezpečné pre premávku na pozemných komunikáciách: ● schizofrénia, bipolárna afektívna porucha; ● organická porucha osobnosti; ● demencia každého druhu; ● trvalé ťažké psychické zmeny na podklade somatických ochorení; ● psychotické poruchy; ● organické poruchy osobnosti, konania, emotivity a myslenia v dôsledku chronickej intoxikácie; ● duševná zaostalosť a iné. Duševné poruchy ovplyvňujúce bezpečnosť premávky na pozemných komunikáciách, pri ktorých možno osobu patriacu do skupiny 1 alebo do skupiny 2 uznať za zdravotne spôsobilú na vedenie motorového vozidla **len na základe záverov odborného vyšetrenia a za podmienky, že sa pravidelne podrobuje lekárskej prehliadke zameranej na duševné poruchy a výsledok lekárskej prehliadky zdravotnú spôsobilosť nevyklúčuje:** a) duševné poruchy vrodené spôsobené chorobou, úrazom alebo neurochirurgickými operáciami; b) vážne poruchy správania spôsobené starnutím alebo c) poruchy osobnosti vedúce k vážnym poruchám úsudku, správania alebo adaptability, d) a iné.

**Zdravotná spôsobilosť na vedenie motorového vozidla a závislosť od alkoholu.** Zdravotná spôsobilosť na vedenie



motorového vozidla je vylúčená u osoby patriacej do skupiny 1 alebo do skupiny 2, ktorá je závislá od alkoholu alebo nie je schopná zdržať sa vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu. Za zdravotne spôsobilú možno uznať osobu patriacu do skupiny 1 alebo do skupiny 2, ktorá bola v minulosti závislá od alkoholu len na základe záverov odborného vyšetrenia a za podmienky, že je nespochybniteľné, že dôsledne a trvale abstínuje po dobu aspoň 2 rokov, pravidelne sa podrobuje lekárskej prehliadke na závislosť od alkoholu a závery lekárskej prehliadky zdravotnú spôsobilosť nevyklúčujú. Osobu patriacu do skupiny 1 alebo do skupiny 2, u ktorej boli zistené opakované akútne intoxikácie v anamnéze, je možné uznať za zdravotne spôsobilú len na základe odborného vyšetrenia a za podmienky, že sa pravidelne podrobuje lekárskej prehliadke zameranej na závislosť od alkoholu a závery lekárskej prehliadky zdravotnú spôsobilosť nevyklúčujú. K posúdeniu patria tlačivá na stránke infodoktor.sk a s ich vyplnením môžu pomôcť aj zdravotné sestry.

**Dokumentácia.** Správne vedená dokumentácia je dôkazom nielen vykonanej práce, ale predstavuje tiež právnu ochranu lekára. S MUDr. Ahmadullahom Fathim, všeobecným lekárom vo Svite, sme vytvorili dekurz, ktorý obsahuje všetky potrebné náležitosti. Doklad o zdravotnej spôsobilosti vydaný osobe na základe lekárskej prehliadky podľa § 87 ods. 2 písm. a) a ods. 3 až 6 vyhotovuje posudzujúci lekár v dvoch výtlačkoch, pričom jeden výtlačok sa vydáva posudzovanej osobe a druhý výtlačok zašle posudzujúci lekár orgánu Policajného zboru SR príslušnému podľa miesta pobytu tejto osoby, a to do piatich pracovných dní odo dňa vykonania lekárskej prehliadky. Posudzujúci lekár a posudzujúci psychológ vedú evidenciu vydaných dokladov o zdravotnej spôsobilosti a dokladov o psychickej spôsobilosti. Iný lekár alebo psychológ, ako je uvedený v odseku 1 alebo odseku 2, ktorý u držiteľa vodičského oprávnenia zistí skutočnosť podmieňujúcu alebo vylučujúcu zdravotnú spôsobilosť mimo lekáarskych prehliadok podľa § 87 alebo skutočnosť podmieňujúcu alebo vylučujúcu psychickú spôsobilosť mimo psychologických vyšetrení podľa § 88, je povinný najneskôr do piatich pracovných dní odo dňa zistenia oznámiť túto skutočnosť orgánu Policajného zboru príslušnému podľa miesta pobytu osoby, u ktorej bola táto skutočnosť zistená. **Všeobecní lekári by mali postupovať podľa daných právnych predpisov a dôkladne vyšetriť posudzovaného a potom vystaviť spôsobilosť alebo nespôsobilosť na vedenie motorového vozidla.**

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ  
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO  
LEKÁRSTVA SSVPL

Najväčšie odborné podujatie  
všeobecných lekárov na Slovensku

# 46. výročná konferencia SSVPL



[www.ssvpl.sk](http://www.ssvpl.sk)

[www.idl.sk](http://www.idl.sk)

16.–18. október 2025  
Hotel Bellevue  
Horný Smokovec





**SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ  
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO  
LEKÁRSTVA**



# **PODUJATIA SSVPL V ROKU 2025**

**01**

**4. – 5. 4. 2025**

**Dni praktickej obezitológie  
a metabolického syndrómu**

Hotel Alexander, Bardejovské Kúpele

**02**

**25. – 26. 4. 2025**

**6. Dni mladých praktikov**

Residence Hotel, Donovaly

**03**

**16. – 18. 10. 2025**

**46. Výročná konferencia SSVPL**

Grandhotel Bellevue, Horný Smokovec