

OBSAH LEKÁRSKY OBZOR 7-8/2003 - SÚHRNY

Lubomír LISÝ, Ivan GOGOLÁK, Lubomír LIPOVSKÝ, František CIBULCÍK
AKÚTNE LEUKOENCEFALOPATIE

SÚHRN:

Akútne leukoencefalopatie predstavujú etiologicky heterogénnu skupinu chorôb centrálného nervového systému s predilekčným postihnutím bielej hmoty. Rôznorodost príčin, ako aj akútnosť ich priebehu kladú značné nároky na ich urýchlenú diferenciálnu diagnostiku. Táto sa opiera nielen o klinický obraz ale aj o celý rad pomocných laboratórnych diagnostických metód. V práci sa uvádzajú najčastejšie typy akútnych leukoencefalopatií, ich odlišnosti a možnosti diferenciálnej diagnostiky. Dôraz sa kladie najmä na zápalové a toxické formy postihnutia s možnosťami ich terapeutického ovplyvnenia.

K l ú c o v é s l o v á : leukoencefalopatia – sclerosis multiplex – akútna idiopatická zápalová demyelinizačná encefalomyelitída – Marburgova choroba – neuromyelitis optica (Devic) – Schilderova choroba – radiacná encefalopatia.

František CIBULCÍK, Ivan GOGOLÁK, Lubomír LIPOVSKÝ, Lubomír LISÝ
BOLEST HLAVY - PRÍZNAK ZÁVAŽNÉHO NEUROLOGICKÉHO OCHORENIA

SÚHRN:

Diferenciálna diagnóza bolesti hlavy je jednou z najzložitejších v klinickej medicíne a zahrna viac ako 300 typov bolesti hlavy a jej príčin. Väčšina z nich môže pre pacienta znamenať výrazné subjektívne ťažkosti, ale len niektoré sú spojené s rizikom závažnejšieho ohrozenia zdravia a života. Rýchle a presné odhalenie tejto skupiny je kľúčovým problémom. Cestou k minimalizácii diagnostických omylov je kvalitné neurologické a somatické vyšetrenie. Spolu s anamnestickými údajmi poskytnú možnosť bližšej charakteristiky bolesti a vytypovaniu rizikových typov. Patrí k nim cefalea typu „o prvýkrát v živote“, novovzniknutá bolesť hlavy vo veku nad 50 rokov, subakútne sa horšiaci cefalea, cefalea spojená s horúčkou, meningovým syndrómom a s vracaním, cefalea u pacientov s nádorovým ochorením alebo s pozitivitou testov na vírus HIV a

bolest hlavy iná ako migréna s aurou spojená s abnormálnym neurologickým ložiskovým nálezom, kognitívnym deficitom alebo s edémom papily zrakového nervu. Klasickým príkladom život a zdravie vážne ohrozujúcich chorôb prejavujúcich sa niektorým z uvedených typov bolestí hlavy je subarachnoidálne krvácanie, tumory mozgu a arteriitis temporalis.

K l ú c o v é s l o v á : akútna bolesť hlavy – subarachnoidálne krvácanie – arteriitis temporalis.

Ivan GOGOLÁK, Lubomír LIPOVSKÝ, František CIBULCÍK, Lubomír LISÝ
DIAGNOSTIKA A LIECBA NETRAUMATICKÉHO MOZGOVÉHO KRVÁCANIA

SÚHRN:

Spontánne mozgové krvácania tvoria menej ako 1/5 všetkých cievnych mozgových príhod. Ich najčastejšiou príčinou je dlhodobá neliečená artérová hypertenzia. Dalšími častými príčinami sú cievne anomálie, nádory, mozgová amyloidová angiopatia, poruchy zrážavosti krvi a antitrombotiká, drogy a sekundárne krvácania do ložiska akútneho mozgového infarktu. Klinický obraz závisí od lokalizácie a veľkosti krvácania. Diagnostika vyžaduje dostupnosť urgentného CT-vyšetrenia. Cerebrálna angiografia, resp. MRI sú indikované na prípadné objasnenie zdroja atypického krvácania. Väčšina pacientov sa lieči konzervatívne. Nie sú stanovené jednoznačné kritériá pre chirurgickú liečbu mozgového krvácania. Evakuácia hematómov sa odporúča v nasledujúcich indikáciách: 1. povrchovo lokalizované hemisferálne hematómy s objemom 20 – 80 ml pri zhoršovaní neurologického stavu, relatívne mladom veku pacienta alebo pri expanzívnom správaní sa hematómu, 2. mozčkové hematómy s priemerom > 3 cm alebo spôsobujúce hydrocefalus. Jednoznačnou indikáciou je zhoršovanie klinického stavu u pacienta prijatého v dobrom stave bez poruchy vedomia. Chirurgická liečba nie je indikovaná u pacientov v dobrom stave s malým hematómom (o/ < 2 cm) a u zomierajúcich pacientov (Glasgow Coma Scale < 5).

Kľúčové slová: mozgové krvácanie – hypertenzné krvácania – arteriovenózne malformácie – anomálie – intraventrikulárne krvácanie – evakuácia intracerebrálneho hematómu.

Ivan GOGOLÁK, Lubomír LIPOVSKÝ, František CIBULCÍK , Lubomír LISÝ

Diagnostika a liečba subarachnoidového krvácania

SÚHRN:

Spontánne subarachnoidové krvácanie (SAK) je závažnou chorobou, ktorej najčastejšou príčinou je ruptúra intrakraniálnej aneurizmy. Rôčná incidencia je asi 5 – 10/100 000 obyvateľov. Väčšina pacientov je mladšia ako 60 rokov. Príznaky krvácania do subarachnoidového priestoru sa manifestujú apoplekticky. Kardinálnym príznakom je náhla prudká, tzv. explozívna bolesť hlavy, ktorej vznik často sprevádza vracanie, zmätenosť až záchal vedomia a meningový syndróm. Ložiskové príznaky bývajú pri recidívach, keď krvácanie roztriešťa mozgové tkanivo alebo sa zjavia neskôr ako prejav ischemického poškodenia mozgu z vazospazmov mozgových ciev. Diagnóza aneurizmového SAK sa opiera o apoplektický vznik klinického syndrómu a definitívne sa potvrdí urgentným CT-vyšetrením, ktoré zobrazí zakrvácanie v subarachnoidových priestoroch, resp. nálezom krvavého likvoru pri lumbálnej punkcii. Vždy je indikované angiografické vyšetrenie mozgových ciev, ktorým sa zistí, či ide o krvácanie z aneurizmy. Cieľom liečby je rýchle a pokiaľ možno úplné chirurgické vyradenie aneurizmy z intrakraniálnej cirkulácie. Platí to obzvlášť pre pacientov v dobrom klinickom stave (I. – III. štádium podľa Hunta a Hessa). Je dôležité neodkladať operáciu aneurizmy na neskoršie, nakoľko súčasná úroveň prevencie sekundárnych ischemických komplikácií dovoľuje operovať nielen vo včasnom období (do 72 h), ale aj v období výskytu vazospazmov (4. – 14. den) bez zvýšenia rizika horších výsledkov operacnej liečby.

K l ú c o v é s l o v á : aneurizmatické subarachnoidové krvácanie (SAK) – benígne perimezencefalické SAK – klipovanie aneurizmy – endovaskulárna liečba – nimodipín.

František CIBULCÍK, Ivan GOGOLÁK, Lubomír LIPOVSKÝ, Lubomír LISÝ

KRANIOCEREBRÁLNA TRAUMA

SÚHRN:

Kraniocerebrálna trauma patrí k najzávažnejším príčinám úmrtia a invalidizácie mladých ľudí. Traumatické poškodenie mozgového tkaniva delíme na primárne a sekundárne. Primárne vzniká

bezprostredne pocas traumatickeho deja, poznáme jeho dve formy – difúzne axonálne poškodenie a mozgovú kontúziu. Sekundárne poškodenie súvisí so systémovými odozvami organizmu na traumou a vzniká v období minút až dní po úraze. Úlohu pri tom hrajú faktory intrakraniálne (hematómy, edém) a systémové (najmä artérová hypotenzia a hypoxia). Zabrániť primárnemu poškodeniu môžeme len prevenciou úrazov ako takých. Naopak sekundárne poškodenie môžeme často úspešne ovplyvniť včasnou liečbou. Ovplyvnenie intrakraniálnych faktorov spočíva v chirurgickej evakuácii expanzívnych lézií a kontrole intrakraniálneho tlaku. Systémové príčiny hrajú rolu najmä vo včasnom poúrazovom období, dajú sa ovplyvniť zabezpečením kvalitných cirkulačných a respiračných funkcií. Práve tieto systémové opatrenia hrajú kľúčovú úlohu v prognóze pacientov so závažnou kraniocerebrálnou traumou.

K l ú c o v é s l o v á : kraniocerebrálna trauma – primárne a sekundárne poškodenie – intrakraniálne krvácanie – intrakraniálna hypertenzia – hypotenzia – hypoxia.

Ivan GOGOLÁK, Lubomír LIPOVSKÝ, František CIBULCÍK, Lubomír LISÝ
LIECBA AKÚTNÝCH ICHEMICKÝCH CIEVNÝCH MOZGOVÝCH PRÍHOD

SÚHRN:

Ischemické cievne mozgové príhody (CMP) patria medzi urgentné medicínske stavy a ich následky sa dajú zlepšiť okamžitými všeobecnými opatreniami a trombolytickou liečbou na špecializovaných jednotkách intenzívnej starostlivosti (JIS). Optimálna základná liečba a intravenózna trombolýza začatá do 3 hodín od vzniku prvých príznakov CMP signifikantne zlepšuje výsledky liečby. Priaznivé terapeutické výsledky včasnej trombolytickej liečby jednoznačne prevyšujú jej riziká. Jednoznačne sa potvrdil význam zriadenia špecializovaných jednotiek pre urgentný príjem pacientov s akútnymi CMP. Liečba pacientov na iktových jednotkách špecializovaným odborným personálom zlepšuje funkčné výsledky iktov aj tým, že umožňuje dôrazné predchádzanie a liečbu aspirácie, respiračných infekcií, flebotrombózy ochrnutých dolných končatín, pľúcnej embólie, uroinfekcií, preležanín a ďalších potenciálne fatálnych extracerebrálnych afekcií komplikujúcich priebeh cievnych mozgových príhod. Lakunárne ikty sa vyznačujú menej závažným ischemickým postihnutím mozgu, nízkou úmrtnosťou, nízkou frekvenciou recidívy, nižším výskytom komplikácií vyžadujúcich

interdisciplinárnu intervenciu a nevyžadujú zvýšenú rehabilitačnú starostlivosť. Nepotrebnú preto poskytovanie ďalšej liečby na iktových jednotkách.

K l ú c o v é s l o v á : Ischemické CMP – trombolýza – rt-PA – ancrod – heparín – urgentná perkutánna transluminálna angioplastika.

Lubomír LIPOVSKÝ, Lubomír LISÝ, Ivan GOGOLÁK Ivan, František CIBULCÍK **LIECBA EPILEPTICKÉHO STATUSU**

SÚHRN:

V priebehu epilepsie alebo pri vzniku akútneho porušenia funkcie mozgu sa vytvoria podmienky pre epileptický status. Liečba sa zameriava najmä na prevenciu trvalého poškodenia mozgu prebiehajúcim epileptickým statusom. Riziko poškodenia progresívne narastá po 1 – 2 hodinách trvania statusu. Priebeh v case a prejavy v klinickom obraze a v monitorovaných funkciách dovoľujú určiť liečbu v jednotlivých štádiách statusu.

K l ú c o v é s l o v á : status epilepticus – epilepsia – generalizované konvulzie – epileptické záchvaty – benzodiazepíny – fenytoín – lorazepám – fenobarbital.

Peter VALKOVIC, Ján BENETIN **VASKULÁRNY PARKINSONIZMUS**

SÚHRN:

Cerebrovaskulárne choroby spôsobujú 3 – 6 % všetkých prípadov parkinsonizmu. Diagnóza vaskulárneho parkinsonizmu (VP) je častá, ale názory na túto entitu nie sú jednotné. Heterogénny charakter definícií, klinických charakteristík a nálezov na zobrazovacích vyšetreniach poukazuje na potrebu spresnenia diagnostických kritérií. Väčšina prípadov VP je vyvolaná ischemickými léziami subkortikálnej bielej hmoty a lakunárnymi infarktmi bazálnych ganglií na podklade aterosklerózy mozgových tepien. Klinický obraz charakterizuje prevaha postihnutia dolnej polovice tela s poruchami postoja a chôdze, zriedkavý výskyt pokojového trasu, rigidity s fenoménom ozubeného kola a absencia

odpovede na dopaminergnú liečbu. Diferenciálne diagnosticky je potrebné v prvom rade odlíšiť Parkinsonovu chorobu. Liečba je zameraná na vyvolávajúcu príčinu. Clánok podáva aktuálny prehľad o histórii, epidemiológii, etiológii, patofyziológii, klinickom obraze, diferenciálnej diagnostike a navrhuje súčasné možnosti liečby VP.

K l ú c o v é s l o v á : vaskulárny parkinsonizmus – Parkinsonova choroba.

Peter ŠPALEK

NEUROLÓGIA FYZIOLOGICKÉHO STARNUTIA

SÚHRN:

U mnohých jedincov sa vo vyššom veku bez súčasnej prítomnosti neurologickej choroby vyvíjajú príznaky, ktoré sú prejavom fyziologického starnutia. Je nutné dobre ich poznať a vedieť ich odlíšiť od príznakov, ktoré sú prejavom neurologickej choroby. Presbyopiu spôsobujú vo vyššom veku viaceré preretinálne a retinálne faktory. Videnie zhoršuje aj obmedzenie vertikálnych pohybov očí smerom nahor. Presbyakúza sa prejavuje najmä progresívnym zvyšovaním akustického prahu. Po 70. roku života sa vyvíja ako prejav fyziologického starnutia postupný pokles objemu a sily svalstva a pokles v rýchlosti a koordinácii pohybov. Ich príčina je multifaktorová, hlavnú rolu hrá neurogénna zložka – chronická parciálna denervácia. Z kvality citlivosti pozorovať v staršom veku zmeny hlbokjej citlivosti, resp. pokles vibracnej citlivosti, čo zhoršuje istotu postoja a chôdze. Pri súčasnom znížení svalovej sily má chôdza u zdravých jedincov v pokročilom veku prívlastky ako pri parkinsonizme – chôdza má širšiu bázu, kroky sú mierne skrátené, súhyby rúk znížené, sklon k držaniu tela je v anteflexii. S pokročilým vekom sa vyvíja posturálny tremor, často označovaný ako senilný tremor. Správna interpretácia neurologických príznakov v pokročilom veku je veľmi dôležitá. Neurológ musí poznať príznaky, ktoré sú fakultatívnou alebo obligátnou normou fyziologického starnutia, a nie príznakom patologického neurologického ochorenia.

K l ú c o v é s l o v á : fyziológia starnutia – na pokročilý vek viazané neurologické príznaky – odlíšenie normy vekových zmien od patologických príznakov neurologického ochorenia.

ESENCIÁLNE MEDIKAMENTY - pokračovanie

OBSAH LEKÁRSKY OBZOR 9/2003 - SÚHRNY

Jozef PACÁK, Viliam FRIDRICH, Stanislav MIZERA, Ján MALÍK, Igor RIECANSKÝ NAŠE SKÚSENOSTI S INTERVENČNÝM RIEŠENÍM BIFURKACNÝCH STENÓZ

SÚHRN:

Úvod: Perkutánne koronárne intervencie (PCI) bifurkacných stenóz sú technicky náročné. Za ostatných 10 rokov pri zlepšení inštrumentária, získaní poznatkov na základe intravaskulárneho ultrazvuku a štúdií nastalo podstatné zlepšenie intervenčného riešenia týchto stenóz. V práci uvádzame naše výsledky a včasné komplikácie pri riešení bifurkacných stenóz v období od januára 2002 až do marca 2003.

Súbor a metódy. Z celkového počtu vykonaných 770 angioplastík sme dilatovali 40 bifurkacných stenóz u 40 pacientov (5,2 %). Deväti z nich (22,5 %) sa takto liečili v rámci akútneho koronárneho syndrómu. Stent sme implantovali pri 35 léziách (87,5 %). Prevažne sme použili tzv. B typ postupu, keď sa stentovala hlavná vetva a cez oko stentu sa kissing-technikou dilatovala vedľajšia vetva. Dominovala dilatácia v oblasti vetvenia ramus interventricularis ant. (25 lézií – 62 %).

Výsledky: U všetkých pacientov bola úspešne dilatovaná hlavná vetva, u dvoch pacientov vznikol uzáver bočných vetiev s následným periprocedurálnym infarktom myokardu (5 %). Celková úspešnosť PCI v riešení bifurkacných stenóz bola teda 95 %. Nezaznamenali sme vývoj Q-infarktu myokardu ani úmrtie vo včasnom období (30 dní). U dvoch pacientov sme zistili včasnú restenózu (5 %).

Záver: Aj keď je PCI bifurkacných stenóz technicky, materiálovo a finančne náročná, je v dnešnej dobe technicky možná s malým výskytom včasných závažných koronárnych komplikácií. Akútna angiografická úspešnosť je vysoká za predpokladu dostupného kvalitného inštrumentária a pri dostatočných skúsenostiach s riešením tohto typu stenóz.

Kľúčové slová: Perkutánna koronárna intervencia – stent – bifurkacné stenózy – kissing stent.

Ján ZELENAY, Viliam FRIDRICH, Igor RIECANSKÝ

PERKUTÁNNÁ TRANSLÚMENOVÁ PULMONÁLNA VALVULOPLASTIKA U DOSPELÝCH

SÚHRN:

Východisko: Izolovaná chlopnová pulmonálna stenóza (ICHPS) je vrodená choroba srdca, ktorá sa vyskytuje aj v dospelosti. V súčasnosti ju možno veľmi úspešne liečiť nechirurgicky, intervencným spôsobom.

Súbor a metódy: Do retrospektívnej štúdie sme zaradili 18 pacientov s priemerným vekom 32,5 r. (medián 33 r.), z toho bolo 11 žien (61,1 %) a 7 mužov (38,9 %), u ktorých sa hodnotila anatomicko-morfologická, hemodynamická a funkčná úspešnosť perkutánnej translúmenovej pulmonálnej valvuloplastiky (PTPV). Ako významná sa hodnotila zúžená pulmonálna chlopna s vrcholovým systolickým gradientom (VSG) PK-AP nad 50 mmHg, s indexom vnútrokomorových tlakov ISVKT nad 0,5 a s indexom plochy pulmonálnej chlopne IPPCH (APVAI) menej ako 0,79 cm²/m².

Výsledky: Pred PTPV bol priemerný VSG 96,5 ± 35,6 mmHg. Po PTPV poklesol na 39,8 ± 15,4 mmHg (p < 0,001). Priemerný ISVKT bol pred intervencným výkonom 1,06 ± 0,2, po výkone 0,47 ± 0,1 (p < 0,0001). Priemerný IPPCH (APVAI) pred PTPV bol 0,46 ± 0,1 cm²/m², po PTPV sa zaznamenal vzostup na 0,80 ± 0,1 (p < 0,001). Pri dlhodobom sledovaní z liečby profituje 83,3 % pacientov (priemerná funkčná klasifikácia NYHA 2,0).

Záver: Perkutánná translúmenová pulmonálna valvuloplastika je v liečbe IPCHS vzhľadom k liečebným výsledkom, nižším nákladom a menšej náročnosti metódou prvej a prevažne tiež definitívnej voľby.

K l ú c o v é s l o v á : izolovaná chlopnová pulmonálna stenóza – perkutánna translúmenová pulmonálna valvuloplastika.

Juraj MADARIC, Augustín MISTRÍK, Martin VRŠANSKÝ, Jozef PACÁK, Ivan VULEV, Igor RIECANSKÝ

STANOVENIE PRIECHODNOSTI MAMÁRNO-KORONÁRNYCH BY-PASSOV

POMOCOU FAREBNEJ DUPLEXNEJ ULTRASONOGRAFIE – SÚČASNÉ VYUŽITIE V KLINICKEJ PRAXI

SÚHRN:

Východisko: Cieľom práce je opísať prietokové charakteristiky mamárno-koronárnych by-passov získané pomocou farebnej duplexnej ultrasonografie a určiť súčasné miesto tejto neinvazívnej vyšetrovacej metodiky v diagnostike pacientov po by-passovej revaskularizácii myokardu.

Súbor a metódy: Pomocou farebnej duplexnej ultrasonografie sme vyšetřili 451 pacientov po revaskularizácii myokardu mamárno-koronárnym artériovým by-passom, použijúc ultrazvukové prístroje Hewlett Packard 2500 a 5500. Lineárnou sondou 7,5 MHz sme zobrazili ľavú mamárnu artériu (LIMA – left internal mammary artery) zo supraklavikulárneho prístupu. Stanovili sme absolútne prietokové rýchlosti a ich pomery - maximálnu systolickú rýchlosť (VS_{max} - cm/s), maximálnu diastolickú rýchlosť (VD_{max} – cm/s) a koncovú - end-diastolickú rýchlosť (VD_{end} - cm/s) pomer max. systoly k max. diastole (SD – systolic to diastolic velocity ratio) a rezistencný index RI (VS_{max} - VD_{end} / VS_{max}). V podskupine pacientov bol LIMA by-pass vyšetřený aj angiograficky.

Výsledky: Dostatočne kvalitné zobrazenie LIMA by-passu sme dosiahli u 426 pacientov (94,46 %). Pre priechodný a funkčný by-pass je typický bifázický prietok nízkorezistencného typu s dominantným prietokom v diastole, ktorý je odrazom plnenia koronárneho rieviska. V prípade dysfunkčných by-passov (20 nálezov potvrdených angiograficky) sme zistili významnú redukciu diastolickej zložky prietoku s poklesom VD_{max} a vzostupom SD a RI ($p < 0,001$). Na konkrétnych kazuistikách ilustrujeme súčasné využitie metodiky v klinickej praxi.

Záver: Farebná duplexná ultrasonografia je akceptovateľnou neinvazívnou metodikou v diagnostike priechodnosti a funkčného stavu mamárno – koronárnych by-passov. Jej hlavný význam je v predikcii dysfunkcie LIMA by-passu, t. j. v skorej diagnostike a predovšetkým v skorej indikácii invazívneho angiografického vyšetřenia.

Kľúčové slová: duplexná ultrasonografia – revaskularizácia myokardu – ľavá mamárna artéria – mamárno-koronárny by-pass.

Ján MALÍK, Branislav LÍŠKA, Stanislav MIZERA, Jozef PACÁK, Vasil HRICÁK, Igor RIECANSKÝ, Viliam FRIDRICH

PERKUTÁNNÁ KORONÁRNA INTERVENCIA U PACIENTOV S AKÚTNYM INFARKTOM MYOKARDU NA ODDELENÍ INTERVENECNEJ KARDIOLÓGIE SÚSCH V ROKU 2002

SÚHRN:

Východisko: Reperfúzna liečba pacientov s akútnym infarktomyokardu je dnes všeobecne akceptovaným liečebným postupom. V práci uvádzame prvé skúsenosti s perkutánnou koronárnou intervenciou ako reperfúznou metódou liečby akútneho infarktu myokardu na našom pracovisku.

Súbor: Sledovaný súbor tvorilo 110 pacientov s akútnym infarktomyokardu (muži: 78, vek: $56 \pm 9,7$ rokov a ženy: 32, vek $63 \pm 9,7$ rokov).

Metódy: Pacientov s diagnostikovaným akútnym infarktomyokardu sme vyšetrili selektívnou koronárnou angiografiou, podľa anatomických pomerov koronárneho rieciska sme realizovali perkutánnu koronárnu intervenciu, urgentné aortokoronárne premostenie alebo sme indikovali konzervatívny terapeutický postup. Zhodnotili sme demografické charakteristiky, „časové okná“ a výskyt komplikácií v sledovanom súbore pacientov.

Výsledky: Perkutánnu koronárnu intervenciu sme realizovali u 106 pacientov s akútnym infarktomyokardu (priama PTCA 78 pacientov, úspešnosť 87,2 %, záchranná PTCA 28 pacientov, úspešnosť 96,3 %)/, neintervenovali sme u 4 pacientov. Globálny „time-delay“ v súbore bol 267 min, čas „door to balloon“ bol 136 min. Výskyt komplikácií u intervenovaných pacientov bol 9,4 %.

Záver: Perkutánnu koronárnu intervenciu je vysoko efektívna a bezpečná reperfúzna metóda, ktorá by sa mala v čo najkratšom case stať metódou voľby u väčšiny pacientov s diagnostikovaným akútnym infarktomyokardu.

Kľúčové slová: akútny infarkt myokardu – perkutánnu koronárnu intervenciu.

Dana ŠKULTÉTYOVÁ, Slavomíra FILIPOVÁ, Igor RIECANSKÝ, Ján ŠKULTÉTY, Eva ZÁVADOVÁ

HODNOTENIE ENDOTELOVEJ DYSFUNKCIE A TRANSFORMUJÚCEHO RASTOVÉHO FAKTORA-B U PACIENTOV S ISCHEMICKOU CHOROBOU SRDCA

SÚHRN:

Východisko: Cieľom práce bolo hodnotenie endotelovej dysfunkcie a transformujúceho rastového faktora-b (TGF-b) u pacientov s ischemickou chorobou srdca (ICHS).

Súbor a metódy: 35 pacientom s ICHS sme pomocou ultrasonografie vyšetrili arteria brachialis, kde sme hodnotili vazodilatačnú odpoveď závislú a nezávislú od endotelu. TGF-b sme vyšetrili pomocou metódy ELISA (Immunotech, Biomedica).

Výsledky: V súbore pacientov sme zistili významnú poruchu endotelovej funkcie. V 60. a v 90. sekunde reaktívnej hyperémie sme zistili zníženú dilatáciu, závislú od prietoku – FMD, kým u zdravých FMD bola v rozpätí normálnych hodnôt (skupina s ICHS: FMD v 60. a v 90. s: – 2,9%; kontrolná skupina: FMD v 60. s: 8,8 %, v 90. s: 7,7 %). Zachovanú vazodilatačnú odpoveď, nezávislú od endotelu, sme zistili v oboch skupinách. Prietok sa zvýšil v 90. s u pacientov s ICHS o 33,3 %, v kontrolnej skupine o 55,7 %. Koncentrácia TGF-b bola významne zvýšená u pacientov s ICHS (skupina s ICHS: TGF- 28±1,6 ng/ml, kontrolná skupina: TGF-b 18,61± 2,53 ng/ml, p< 0,01).

Záver: U pacientov s ICHS sme zistili významnú poruchu endotelovej funkcie. Zachovaná bola dilatácia odpoveď, nezávislá od endotelu. Koncentrácia TGF-b bola u chorých významne zvýšená.

Kľúčové slová: endotelová dysfunkcia – ultrasonografia – transformujúci rastový faktor-b – ischemická choroba srdca.

Iveta ŠIMKOVÁ, Igor RIECANSKÝ, Tatiana SLEZÁKOVÁ
INFEKCIA, ZÁPAL A ATROSKLERÓZA

SÚHRN:

V určitej populácii pacientov nedokážu tradicné rizikové faktory vysvetliť prítomnosť koronárnej aterosklerózy. Realizované štúdie v ostatných rokoch potvrdili asociáciu aterosklerózy so zápalovými markermi, ale aj s infekciou bežnými mikroorganizmami (Chlamydia pneumoniae, cytomegalovírusom). Predpokladá sa, že u niektorých zrejme geneticky vnímavých jedincov by tieto infekčné činidle mohli viesť k lokalizovanej infekcii a k chronickej zápalovej reakcii cievnej steny. Zatiaľ však neexistuje všeobecne akceptovateľný dôkaz o priamej patogenetickej úlohe infekcie v procese aterosklerózy.

Kľúčové slová: infekcia – ateroskleróza – Chlamydia trachomatis – cytomegalovírus – cytokíny

Peter MARGITFALVI

PRIMÁRNA A SEKUNDÁRNA PREVENCIA NÁHLEJ KARDIÁLNEJ SMRTI POMOCOU IMPLANTABILNÝCH DEFIBRILÁTOROV

SÚHRN:

Náhla kardiálna smrť sa stáva významným problémom verejného zdravotníctva. Významným prínosom k liečbe sa ukázali implantabilné kardiovertery-defibrilátory (ICD). V článku je prehľad aktuálneho postavenia ICD v primárnej a sekundárnej prevencii náhlej kardiálnej smrti (NKS). Viaceré randomizované klinické štúdie ukázali, že ICD v sekundárnej profylaxii výrazne prevyšujú najlepšie dostupnú antidysrhythmickú terapiu. V oblasti primárnej prevencie prebehli a prebiehajú klinické štúdie, ktoré pomôžu definovať úlohu ICD v tejto oblasti a povedú k rozšíreniu indikácií tejto život zachranujúcej liečby.

Kľúčové slová: náhla srdcová smrť – implantabilný kardioverter-defibrilátor – primárna a sekundárna prevencia.

OBSAH LEKÁRSKY OBZOR 10/2003 - SÚHRNY

Štefan KRAJCÍK, Tatiana HANISKOVÁ, Katarína SLOBODOVÁ

GERIATRIA NA ZACIATKU 21. STOROCIA

SÚHRN:

Pocet starých ľudí sa v priebehu prvej polovice 21. storočia zdvojnásobí. Prírastok počtu starších ľudí bude najväčší v najvyšších vekových skupinách („dvojité starnutie populácie“). Súčasne sa znižuje počet ekonomicky cenného obyvateľstva. Dobrá zdravotná starostlivosť znížila výskyt disability v USA, hoci výskyt mnohých chorôb sa zvyšuje. Neúspešná je prevencia zlomenín a následkov úrazov a nedarí sa znížiť výskyt diabetu, obezity a inaktivity. Ukazujú sa, naopak, možnosti prevencie demencie. V geriatrickej prevencii je dôležitá zraniteľnosť (frailty), vyvolávajúca alebo zhoršujúca disability. Jej hlavnými príčinami sú poruchy výživy, inaktivita, multimorbidita, geriatrické syndrómy. Tieto problémy sa nevyhýbajú ani starým ľuďom žijúcim na Slovensku. Existencia geriatrickej medicíny ako súčasť odboru vnútorného lekárstva je preto nepopierateľná a musí sa jej rozvoju prikladať väčší dôraz ako doposiaľ.

Kľúčové slová: geriatrickej medicíny – disability – prevencia.

Ian HASTIE

VZDELÁVANIE V GERIATRICKEJ MEDICÍNE V EURÓPE

SÚHRN:

Hoci problémom starnutia sa zaoberala medicína už od najstarších čias, geriatrickej medicíny ako klinický odbor sa vyvinula až v 20. storočí v dôsledku rastúceho počtu starých ľudí. V súčasnosti ju ako samostatný odbor alebo pododbor uznávajú v 11 z 15 štátov EÚ. Medzi jednotlivými štátmi však existujú veľké rozdiely v postgraduálnej výchove, preto geriatrickej medicíny sekcia UEMS publikovala svoje smernice – Vzdelávanie v geriatrickej medicíny v EÚ (Training in Geriatric Medicine in the EU). Dalším cieľom sekcie je dosiahnuť uznanie geriatrickej medicíny ako medicínskemu odboru vo všetkých

clenských štátoch.

Kľúčové slová: postgraduálne vzdelávanie – geriatra.

Pavel WEBER, Vlasta POLCAROVÁ, Hana MELUZÍNOVÁ, Hana KUBEŠOVÁ
JE OBEZITA PROBLÉMOM STARŠÍCH DIABETIKU?

SOUHRN:

Obezita skrácuje život a proto se výskyt obesity ve stáří snižuje, ale i ve stáří je obezita významným rizikovým faktorem vzniku diabetu.

Kľúčová slová: staroba - obezita - diabetes mellitus.

Ladislav HEGYI

ÚSKALIA DIAGNOSTIKY V GERIATRII

SÚHRN:

Geriatrická diagnostika vychádza zo zvláštností chorôb vo vyššom veku a má svoje charakteristické znaky. Je súčasťou perignostického zhodnotenia, ktoré zohľadňuje posúdenie domácnosti starého cloveka, jeho funkčný profil, samostatnosť alebo závislosť. Vyšetrenie zahŕňa exaktnú anamnézu, dôkladné fyzikálne vyšetrenie doplnené laboratórnym a indikovaným prístrojovým vyšetrením, ale tiež zistením sociálneho prostredia chorého, jeho psychického stavu a jeho funkčnej kapacity a sebestačnosti. Geriatrické vyšetrenie používa na zhodnotenie funkčných porúch v somatickej, mentálnej a sociálnej oblasti celú škálu rôznych testov. Jedným zo základných problémov pri diagnostike je odlíšenie procesu fyziologického starnutia od patologickej poruchy. Diagnostika každej choroby u staršieho pacienta môže byť sťažená zvláštnosťami chorôb vo vyššom veku. Patrí k nim polymorbidita, zmenená symptomatológia a priebeh chorôb, sklon ku komplikáciám, sklon k adaptacnému zlyhaniu a sociálny rozmer chorôb v starobe.

K hlavným zásadám diagnostického procesu v geriatrii patrí: V geriatrii nie sú vekom

kontraindikované vyšetrenia. Starý pacient toleruje aj náročný rad vyšetrení, ak prebiehajú pomalším tempom a po starostlivej príprave. Je dôležité staršieho pacienta na vyšetrenie pripraviť, pravdivo mu vykresliť, z čoho pozostáva. Často je dôležité pacientovi poskytnúť na vyšetrenie sprievodcu z vlastného ošetrojúceho personálu. Základom hodnotenia nálezov je schopnosť odlíšiť patologické hodnoty od fyziologického starnutia. V geriatrickej medicíne má komplexný bio-psycho-sociálny pohľad na pacienta zásadný význam aj v diagnostickom procese. Interpretácia výsledkov vyšetrení, najmä biochemických parametrov, vyžaduje určitú klinickú skúsenosť s geriatrickými pacientmi. Biochemické vyšetrenia môžu byť skreslené nespôsobnosťou pacienta v prípravnej fáze. Indikácia náročných vyšetrení musí zohľadňovať ich účelnosť a prínos (cost/benefit). Z etických dôvodov preto nie je správne indikovať zbytočné vyšetrenia u umierajúcich ľudí v terminálnej fáze choroby. I v geriatrickej diagnostike platí povinnosť zachovávať zákonom definované práva pacientov. Diagnostika nemá byť samoúčelná, má vždy viesť k intervencii (terapii).

Kľúčové slová: starý pacient – diagnostika – odporúčania.

Ladislav HEGYI, Markéta VLADÁROVÁ

PAUPERIZÁCIA SENIOROV A ICH ZDRAVIE

SÚHRN:

Početné epidemiologické štúdie preukázali v ostatných rokoch, že všetky ukazovatele porúch zdravia reagujú citlivo na dva javy sociálnej sféry: na rozdiely v ekonomickom štandarde obyvateľov triedených podľa sociálneho statusu a na rozdiely v kultúrnych a psychosociálnych charakteristikách ľudí. Význam rozdielov v ekonomickom štandarde obyvateľov potvrdila americká štúdia, ktorá ukázala, že úmrtnosť v skupine s najnižším príjmom bola dvakrát vyššia než v skupine najbohatších (81 a 41 na 10 000). Skutočnosť, že čím sú väčšie rozdiely v príjmoch a životnej úrovni, tým väčšími sa prehlbujú rozdiely v zdravotnom stave populácie, potvrdzuje Giniho koeficient, ktorý odzrkadľuje rozdielnosť úrovne príjmov medzi domácnosťami v danej krajine.

V práci citované zistenia Štatistického úradu SR za posledných 10 rokov dokazujú pomerne rýchlu pauperizáciu dôchodcov, o čom svedčí pokles reálnych príjmov na člena rodiny, vyššie

životné náklady, než sú príjmy, pokles pracovnej aktivity dôchodcov v dôsledku nepriaznivého vývoja na trhu práce, pokles výdavkov na volnecasové aktivity a nárast Giniho koeficientu z 18 na 25 bodov. V priebehu roku 2003 a 2004 sa dá očakávať ďalšie zhoršenie sociálnej situácie dôchodcov. Súbežne s tým sa bude zhoršovať ich zdravotný stav, čo povedie k udržovaniu chorobnosti a k nárastu úmrtnosti, ale tiež k zhoršovaniu kvality života. Zdravotníctvo na tento vývoj nie je dostatočne pripravené.

Kľúčové slová: geriatría – sociálne faktory – chudoba – úmrtnosť seniorov.

Zdenek ZADÁK

VITAMINY A STOPOVÉ PRVKY – VHODNÉ A NEVHODNÉ INDIKACE VE STÁRÍ

SOUHRN:

Autor prináša prehľad indikácií mikronutrientu ve stáří

Kľúčové slova: staroba – výživa – vitamíny - stopové prvky.

Hana MELUZÍNOVÁ, Pavel WEBER, Hana KUBEŠOVÁ

MAKROCYTÁRNÍ ANÉMIE VE STÁRÍ - DIAGNOSTICKÝ PROBLÉM?

SÚHRN:

Autori ve svém sdelení přehledným způsobem referují o problematice makrocytárních anémií ve vyšším věku z komplexního pohledu. Upozorňují přitom v úvodu na morfologii i metabolismus erytrocytu obecně a se zvláštním zretelem na problematiku etiopatogeneze makrocytárních anémií. V kontextu tohoto přehledného článku zvláště zdurazňují vyšší výskyt perniciozní anémie ve stáří, specifika klinického obrazu, laboratorních nálezů, průběhu a možných komplikací v seniu. V závěru článku kladou důraz na potřebu správné diagnostiky této anémie, její možná diferenciálně diagnostická úskalí a terapeutické postupy, možnou efektivitu a úspěšnost léčby při včas a správným způsobem zahájené terapii.

Kľúčové slova: makrocytární anémie – hemoglobin – starší lidé – diagnostika anémií.

Jana BLAHOVÁ, Kvetoslava KRÁLIKOVÁ, Vladimír KRCMÉRY Sr., Marta BABÁLOVÁ, Radko MENKYNA, Libuša GLOSOVÁ, Helena KNOTKOVÁ, Anna LIŠKOVÁ, Mária MOLOKÁCOVÁ, Alena VACULÍKOVÁ
MONITOROVANIE REZISTENCIE NA ANTIBIOTIKÁ U BAKTERIÁLNYCH KMENOV Z BAKTERIÉMIÍ V SR

SÚHRN:

Východisko: Liečba bakteriémií je značne náročná najmä u pacientov s výskytom rezistencie a multirezistencie kauzálnych mikróbov na antibiotiká. Sústavné monitorovanie rezistencie a sledovanie výskytu multirezistencie na antibiotiká týchto kmenov je základom pre následné ciele opatrenia na riešenie uvedenej problematiky.

Metódy: Mikrobiologická diagnostika sa robila podľa štandardizovaných metód. Citlivosť na antibiotiká sa pri izolovaných mikróboch robila štandardnou diskovou metódou podľa National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS). Od každého pacienta sa do monitorovania zahrnul len prvý izolovaný mikrób.

Výsledky: V 421 kmenoch z bakteriémií v piatich centrách fakultných a krajských nemocníc prevládali grampozitívne baktérie, s veľkou prevahou stafylokokov. Na rozdiel od nálezov v zahraničí pneumokoky sa na sledovaných pracoviskách vyskytovali ako pôvodcovia bakteriémií zriedkavo (0,7 %). Výraznú multirezistenciu vykazovali kmene gramnegatívnych baktérií, ktoré boli pomerne častými vyvolávateľmi bakteriémií (54 %). Obzvlášť výrazne sa prejavila ich rezistencia na cefalosporíny, fluorochinolóny a, čo je znepokojujúce, pri kmenoch *Pseudomonas aeruginosa* a *Acinetobacter baumannii* spôsobujúcich bakteriémiu sa už vyskytuje rezistencia aj na meropeném. Zistil sa značný podiel kmenov klebsiel s produkciou b-laktamáz s rozšíreným spektrom účinku (ESBL) z bakteriémií a ich prenosný charakter na ďalšie druhy baktérií, čo signalizuje pri týchto kmenoch riziko pre ďalšiu účinnosť penicilínov a cefalosporínov.

Záver: Racionálne užívanie antibiotík, najmä fluorochinolónov a meropenému, bezpodmienečná nutnosť rýchlej a presnej identifikácie kauzálnych baktérií a ich citlivosti na antibiotiká spolu so systematickým monitorovaním výskytu rezistencie a multirezistencie na antibiotiká pri baktériách

vyvolávajúcich bakteriémie sú nevyhnutnou podmienkou pre spoľahlivú účinnosť sledovaných antibiotík.

Kľúčové slová: surveillance rezistencie na antibiotiká – rezistencia na antibiotiká – bakteriémie.

ESENCIÁLNE MEDIKAMENTY – pokračovanie

OBSAH LEKÁRSKY OBZOR 11/2003 - SÚHRNY

Olga CERVEŠOVÁ, Andrea CERNIANSKA, Daniela MIKLOVICOVÁ, Mária CHOCHOLOVÁ, Marta VIVODOVÁ, Pavol BÜCHLER, Radovan VAŠATKA, Vladimír POLÁK, Oto WASSERMAN

DIAGNOSTICKÉ POSTUPY PRI OBŠTRUKČNÝCH UROPATIÁCH V DETSKOM VEKU

SÚHRN:

Východisko: Postnatálny ultrasonografický (USG) skríning obštrukčných uropatií sa začal v SR vykonávať koncom osemdesiatych rokov 20. storočia. Stále sa hľadajú optimálne vyšetrovacie postupy, ktoré by definovali správny čas na vyšetrenie a prípadné urologické riešenie.

Súbor: Od roku 1990 do konca roku 2002 sme hospitalizovali 997 novorodencov a dojciat do prvého roku života s podozrením na obštrukčnú uropatiu. Išlo o deti, ktoré mali III. a IV. stupeň dilatácie USG podľa Hofmanna. Deti s nižším stupňom dilatácie sme sledovali ambulantne. Sledovali sa baktériové komplikácie po cystografii, cystoskopii a po chirurgických výkonoch.

Metódy: U detí sme sledovali stupeň dilatácie pomocou USG, v prípade podozrenia na obštrukciu pyeloureterovej junkcie sme vykonali dynamickú scintigrafiu s furosemidom. U detí sa vyšetřoval moc chemicky a sediment spravidla v mesačných intervaloch.

Výsledky: Pri I. stupni dilatácie sme zistili vrodenú vývojovú chybu len u 1 %, pri II. stupni u 8 %, pri III. stupni u 66 % a pri IV. stupni u 100 % pacientov. Najčastejšie (29,3 %) išlo o obštrukciu pyeloureterovej junkcie. Sledované baktériové komplikácie boli častejšie u pacientov do tretieho mesiaca života.

Záver: Diagnostické postupy pre I. a II. stupeň dilatácie sa opierajú o USG-vyšetřenie. Pri III. stupni dilatácie je vhodná dynamická scintigrafia a až po dôkaze obštrukcie pred chirurgickým výkonom kontrastné rtg. vyšetřenie. Štvrtý stupeň dilatácie patrí na špecializované pracovisko, pretože vyžaduje urgentnú urologickú starostlivosť.

Kľúčové slová: algoritmus – obštrukčné uropatie – ultrasonografia – skríning uropatií.

**Danica STANEKOVÁ, Monika HÁBEKOVÁ, Silvia MADOLOVÁ, Miloš MOKRÁŠ,
Vlastimil MAYER**

VPLYV ANTIRETROVÍRUSOVEJ TERAPIE HIV- INFIKOVANÝCH PACIENTOV NA HODNOTY LABORATÓRNYCH PROGNOSTICKÝCH MARKEROV

SÚHRN:

Východisko: Cielom práce bolo porovnať vplyv antiretrovírusovej terapie na laboratórne prognostické markery u pacientov bez antiretrovírusovej terapie (ART), u liečených pacientov a u pacienta, ktorému sa nasadila skorá terapia v primárnom štádiu infekcie HIV.

Súbor a metódy: Monitorovali sme 11 HIV-infikovaných pacientov po dobu 20 – 28 mesiacov, a to 4 neliečených pacientov, 2 pacientov s iniciálnou 2-kombináciou ART/2 nukleozidový inhibítor reverznej transkriptázy (nucleoside/tide reverse transcriptase inhibitor – NIRT), 4 pacientov s 3-kombináciou ART/2 NIRT + 1 nenukleozidový inhibítor reverznej transkriptázy (non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor – NNIRT) a 1 pacienta s 2-kombináciou ART (2 NIRT) v primárnom štádiu choroby. Počet vírusových kópií sme stanovili pomocou testu Amplicor HIV-1 Monitor™ Test, version 1.5 (Roche Diagnostics Systems) a počet CD4-lymfocytov pomocou prietokovej cytometrie.

Výsledky: Pocas 20 mesiacov sledovania sme pozorovali postupné zväčšenie vírusovej záťaže a zníženie počtu CD4-lymfocytov v skupine neliečených pacientov. U dvoch pacientov z nich sa na základe týchto zmien pristúpilo k nasadeniu antivírusovej terapie. Postupné zmenšenie vírusovej záťaže a zvýšenie počtu CD4-lymfocytov sme pozorovali vo všetkých skupinách pacientov liečených antiretrovírusovou terapiou. Maximálny stupeň regenerácie CD4-lymfocytov sme zistili u pacienta v skorom štádiu infekcie, ktorý sa liečil s 2 NIRT, a v skupine pacientov liečených iniciálnou terapiou. Počty CD4-lymfocytov zostali nízke a bez zmien u pacientov liečených 3-kombináciou, čo bolo pravdepodobne spôsobené pokročilým štádiom choroby pacientov. Pozorovali sme zmenšenie vírusovej záťaže vo všetkých 3 skupinách liečených pacientov následne po nasadení antiretrovírusovej terapie. Hodnoty vírusovej záťaže zostali opakovane zvýšené počas 1 – 2 rokov sledovania v skupinách pacientov liečených 2- a 3-kombináciou. Nezaregistrovali sme ani v jednej skupine liečených pacientov zmenšenie vírusovej záťaže pod detekčný limit (400 kópií/ml plazmy).

Záver: Zmeny hodnôt laboratórných markerov, ako je vírusová záťaž a počty CD4-lymfocytov, poukazujú na úspešnosť ART v liečbe HIV-pozitívnych pacientov. Na základe našich pozorovaní ART potláča množenie vírusu a prispieva k regenerácii imunitného systému. Tieto skutočnosti tiež vyzdvihujú potrebu testovania rezistencie u HIV-pozitívnych pacientov počas ako i pred nasadením antiretrovírusovej terapie.

Kľúčové slová: HIV – vírusová záťaž – počty CD4-lymfocytov – antiretrovírusová terapia.

Ladislav VIRÁG, Pavol JARCUŠKA, Ivan SCHRÉTER

PATOGENÉZA HIV INFEKCIE

SÚHRN:

HIV pochádza z celade lentivírusov (pomalých vírusov) zo skupiny retrovírusov. Detailné analýzy dostupných sekvenčných dát dokazujú, že pôvod HIV-1 infekcie je u šimpanzov. Na základe porovnania - sekvenčnej analýzy – HIV-1 a SIVcpz (simian immunodeficiency virus) je možné predpokladať, že prenos HIV na ľudí nastal niekedy v rokoch 1920 až 1930.

Z hľadiska patogenézy sa poukazuje na význam koreceptorov CCR-5 a CXCR-4 pri preniknutí HIV do bunky formou endocytózy, alebo fúziou vírusového obalu s povrchom bunky.

Úloha prozápalových cytokínov (IL-1, TNF α , IL-6) spočíva v tom, že aktivujú imunitný systém, podporujú proliferáciu HIV v lymfocytoch T a makrofágoch. Denne sa v infikovanom organizme vytvorí a zanikne do 1010 partikul vírusu. Životný polčas HIV-1 v plazme je len 1 až 2 dni, polčas infekčných viriónov niekoľko minút.

Polčas života infikovaných produktívnych lymfocytov je približne 1,2 dna. V priebehu HIV infekcie ubúdajú viac tzv. naivné (CD45RA) lymfocyty CD4 $^{+}$ a v terminálnych štádiách sú lymfocyty CD4 $^{+}$ predstavované prakticky len pamäťovými bunkami.

Kľúčové slová: HIV – patogenéza.

Anna KELEOVÁ, Ema PAULOVICOVÁ

LABORATÓRNA DIAGNOSTIKA ALERGIE

Súhrn:

Práca opisuje prehľad laboratórnych možností diagnostiky alergických chorôb a indikácie na vyšetrenie špecifických IgE. Vyšetrovanie I. typu precitlivenosti – sprostredkovaného IgE, ktoré sa v praxi najčastejšie vyskytuje, opisuje metódy stanovenia špecifického IgE vrátane hodnotenia a interpretácie výsledkov. Paletu metód in vitro doplna vyšetrenie solubilných a bunkových mediátorov alergického zápalu i nové prístupy k diagnostike alergie.

K l ú c o v é s l o v á : diagnostika alergie – metódy in vitro - špecifický IgE – mediátory.

Katarína GAZDÍKOVÁ, František GAZDÍK

HYPOKALIEMICKÉ RENÁLNE TUBULÁRNE SYNDRÓMY S NORMOTENZIOU**SÚHRN:**

Oblicky zohrávajú významnú úlohu v regulácii homeostázy elektrolytov, ktorá je pod kontrolou hormonálnej regulácie. Pri dedičných tubulárnych chorobách vznikajú funkčné poruchy, ktoré sa pri ich neúplných formách často nediagnostikujú a adekvátne neliečia. K takýmto chorobám patrí aj hypokaliemické renálne tubulárne syndrómy, sprevádzané normotenziou, respektíve hypotenziou - Bartterov a Gitelmanov syndróm. Ide o autozómovo recesívne choroby, ktoré charakterizuje kombinácia vodných, elektrolytových a hormonálnych porúch. Bartterov syndróm sprevádzajú straty kálie, nátrie a chloridov v moci, hypokaliémia, hyperaldosteronizmus, hyperreninémia a fyziologická alebo znížená hodnota krvného tlaku. Gitelmanov syndróm viacerí autori označujú ako hypokalciurický a hypomagneziemický variant Bartterovho syndrómu, aj keď sa v súčasnosti akceptuje ako samostatný syndróm. Diagnostika oboch syndrómov sa zakladá na ich laboratórnom a klinickom obraze. Liečba sa zameriava na korekciu vodných, elektrolytových a hormonálnych zmien.

Kľúčové slová: renálne tubulárne syndrómy - hypokaliémia - Bartterov syndróm - Gitelmanov syndróm - metabolická alkalóza - hyperreninémia - hyperprostaglandinizmus.

Tomáš HORVÁTH, Štefan ŠTEMPEL, Boris MAJESKÝ, Branislav DELEJ, Patrik JAVORCÍK, Ján BEREČ

OBROVSKOBUNKOVÝ KOSTNÝ NÁDOR - NÁHRADA DISTÁLNEHO RÁDIA PROXIMÁLNOU ČASŤOU FIBULY

SÚHRN:

V uvedenej kazuistike sa opisuje prípad pacienta s histologicky verifikovaným obrovskobunkovým kostným nádorom distálnej časti ľavého rádia. Pre potenciálnu malignitu nádoru sa prikrócilo k radikálnej operacnej liečbe. Vykonala sa resekcia postihnutého úseku rádia a jeho náhrada autoštepom z proximálnej časti fibuly. Hodnotenie výsledného stavu sa vykonáva s odstupom 3 rokov od operácie.

Kľúčové slová: obrovskobunkový kostný nádor - resekcia – autotransplantát.

Ludmila PAVLÍKOVÁ, Alica KAPELLEROVÁ

Z DEJÍN PRÍPRAVY PEDIATROV NA LEKÁRSKEJ FAKULTE UNIVERZITY KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

SÚHRN:

Pred päťdesiatimi rokmi (v školskom roku 1952/1953) vznikom pediatrického smeru štúdia sa začala na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave špecializovaná odborná príprava pediatrov. Výučbu pediatrického smeru štúdia zabezpečovala II. detská klinika. V priebehu 38 rokov (školské roky 1952/1953 až 1989/1990) absolvovalo štúdium pediatrie takmer 2500 študentov. V praxi sa uplatnili nielen ako detskí lekári. Mnohí z nich sú primármi i riaditeľmi významných zdravotníckych zariadení. Viacerí úspešne pôsobia ako vysokoškolskí učitelia na lekárskech fakultách na Slovensku aj v zahraničí.

K l ú c o v é s l o v á: detská klinika – pediatrický smer štúdia.

OBSAH LEKÁRSKY OBZOR 12/2003 - SÚHRNY

Michal HORÁK, Augustín BÁRDOŠ

INVAZÍVNE NÁDORY MOCOVÉHO MECHÚRA: ANALÝZA KLINICKÉHO SÚBORU

SÚHRN

Východisko: Kuratívnu liečbu invazívnych nádorov mocového mechúra predstavuje radikálna cystektómia a rádioterapia s alebo bez adjuvantnej chemoterapie. Pre lokálne, medicínske a psychologické dôvody sú tieto postupy u časti pacientov kontraindikované. Cieľom práce je zistiť charakteristiku pacientov, spôsob liečby, podiel pacientov vhodných na kuratívnu liečbu a dôvody pre paliatívne postupy.

Súbor: V rokoch 1997 – 2001 sa u nás liečilo 111 pacientov s invazívnymi nádormi mocového mechúra. Invázia svaloviny bola prítomná v case diagnózy u 90 (81,1 %) pacientov, u ostatných povrchový nádor mocového mechúra progredoval do štádia invazívneho nádoru mocového mechúra.

Metódy: V retrospektívnej štúdii sa hodnotila charakteristika pacientov, spôsob liečby s kuratívnym úmyslom a dôvody pre indikácie paliatívnych postupov.

Výsledky: Priemerný vek pacientov bol $64,6 \pm 12,1$ rokov, sprievodné choroby boli u 75 (67,6 %) pacientov, u 36 závažné. Spôsob liečby: radikálna cystektómia 39 (35,1 %) a rádioterapia 24 (21,6 %); s kuratívnym úmyslom sa liečilo spolu 63 (56,8 %) pacientov. Paliatívnu liečbu podstúpilo 40 (36 %) pacientov a 8 (7,2 %) pacientov liečbu odmietlo. Tri roky od začiatku liečby prežilo 16 (21,6 %) zo 74 pacientov.

Záver: Liečbu s kuratívnym úmyslom podstúpilo 63 (56,8 %) pacientov, u ostatných boli možné iba paliatívne postupy.

K l ú c o v é s l o v á: invazívne nádory mocového mechúra – liečba – rádioterapia – cystektómia.

Miroslav MIKULECKÝ

SEZÓNNOST PÔRODOV V CELEJ SLOVENSKEJ POPULÁCI

SÚHRN:

Východisko: Distribúcia frekvencie pôrodov v priebehu kalendárneho roka javí často rozdiely medzi jednotlivými mesiacmi. Jej charakter sa v rôznych krajinách mení. V práci sa opisuje stav na Slovensku.

Súbor: Spracúvajú sa úplné údaje za roky 1974 až 1997. Zahrňajú 1 017 270 chlapcov a 970 406 dievčat narodených v tomto časovom období.

Metódy: Všetky pôrody boli zhrnuté do jednotlivých mesiacov jedného pomyselného roku, osobitne pre každé pohlavie. Po premene na pomerné hodnoty, ktorých celoročný súčet sa rovná jedna, sa spracovali Halbergovou kosinorovou regresiou. Testovala sa prítomnosť 12- a 6-mesacnej periodicity. Tak sa definoval bodový odhad aproximujúcej regresnej funkcie s koridorom jeho 95 % spoľahlivosti a tolerancie.

Výsledky: Významne nadpriemerné mesacné počty narodených sa zistili od februára po júl s vrcholom v júni, významne znížené od septembra do decembra, s výrazným minimom v októbri.

Záver: Sezónnosť pôrodov na Slovensku je podobná ako v ostatnej Európe. Jej presná znalosť je potrebná k štúdiám prípadnej sezónnosti v pôrodoch detí s neskoršími rôznymi chorobami.

K l ú c o v é s l o v á : Slovensko – populácia – pohlavie – pôrody – sezónnosť.

Jana BLAHOVÁ, Kvetoslava KRÁLIKOVÁ, Vladimír KRCMÉRY, sen.,

Radko MENKYNA

ENTEROKOKY A STAFYLOKOKY REZISTENTNÉ NA VANKOMYCÍN –

– NASTÁVA SÚMRAK CHEMOTERAPIE?

SÚHRN:

V článku sa uvádzajú najnovšie poznatky z monitorovania rezistencie na antibiotiká pri 3 druhoch baktérií (pneumokoky, enterokoky a stafylokoky) v 900 nemocniciach v krajinách EÚ, získané v celoeurópskej štúdií EARSS. Poukazuje sa na vážny problém výskytu

multirezistentných druhov baktérií najmä u pacientov na jednotkách intenzívnej starostlivosti (JIRS) a na rýchle šírenie sa multirezistencie na antibiotiká, ktorá už spôsobuje vážne problémy v chemoterapii infekcií spôsobených týmito baktériami. Uvádzajú sa mechanizmy získavania nových génov rezistencie u kmenov *Staphylococcus aureus* rezistentných na meticilín (MRSA), rezistentných na vankomycín, najmä u pacientov na exponovaných oddeleniach nemocníc.

Autori zdôrazňujú nutnosť racionalizácie spotreby antibiotík, nutnosť monitorovania rezistencie a multirezistencie na antibiotiká a ďalších opatrení na zachovanie dobrej účinnosti antibiotík.

K l ú c o v é s l o v á : rezistencia na antibiotiká – pneumokoky – enterokoky – stafylokoky.

Štefan HRKOTÁČ

NIEKOLKO POZNÁMOK K 50. VÝROCIU ZALOŽENIA ZDRAVOTNÍCKEHO ŠKOLSTVA

I. cast – postgraduálne vzdelávanie

SÚHRN:

V roku 1953 vzniklo Školské stredisko Povereníctva zdravotníctva pre doškolenie lekárov v Trenčíne. V roku 1957 sa zmenil názov na Slovenský ústav pre doškolenie lekárov so sídlom v Trenčíne. Jeho úlohou bolo vypracovať systém postgraduálneho štúdia lekárov, farmaceutov a iných odborných pracovníkov v zdravotníctve s vysokoškolským vzdelaním. Špecializačným systémom prípravy lekárov a farmaceutov prešlo vtedy niekoľkotisíc zdravotníckych pracovníkov, čo prispelo ku skvalitnovaniu zdravotnej starostlivosti. V ďalších rokoch svojej činnosti prešiel ústav niekoľkými štruktúrnymi zmenami vrátane názvov: Inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov, potom Slovenská postgraduálna akadémia medicíny a teraz Slovenská zdravotnícka univerzita.

K l ú c o v é s l o v á : postgraduálna výchova – Školské stredisko Povereníctva zdravotníctva pre doškolenie lekárov – Slovenský ústav pre doškolenie lekárov – Inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov – Slovenská postgraduálna akadémia medicíny – Slovenská zdravotnícka univerzita.

ESENCIÁLNE MEDIKAMENTY – pokračovanie