

**UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
LEKÁRSKA FAKULTA**



**13. CELOSLOVENSKÁ INFEKTOLOGICKÁ
KONFERENCIA**

Zborník abstraktov



**Nitra
18. - 19. Október 2019**

Košice 2019

13. CELOSLOVENSKÁ INFEKTOLOGICKÁ KONFERENCIA
Zborník abstraktov

Editor:

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani jeho žiadnu časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

Za odbornú a jazykovú stránku tohto zborníka zodpovedajú autori jednotlivých abstraktov. Rukopis príspevkov neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

ISBN 978-80-8152-779-1

Slovenská spoločnosť infektológov SLS

pod odbornou garanciou spoločností:

**Fakultná nemocnica v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva pri UKF v Nitre**

Vás pozývajú na



**13. celoslovenskú infektologickú konferenciu v Nitre
s medzinárodnou účasťou**
s témou

**Kazuistiky
Vária**



**Nitra
18. - 19. október 2019**





Všeobecné informácie:

Miesto konania:

Nitra, Hotel Zlatý Kľúčik, Svätourbanská 27, Zobor

Certifikáty o účasti:

Kredity podľa kritérií SACCME pre kontinuálne medicínske vzdelávanie

Forma prezentácie:

prednášky

dĺžka prednášky:

10 minút

Účastnícky poplatok:

lekári 10 €

sestry 5 €

Platba pri registrácii v hotovosti

Vedecký výbor:

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

prof. MUDr. Ivan Schréter, CSc.

doc. MUDr. Katarína Holečková, PhD.

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD.

Organizačný výbor:

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD.

Mgr. Alžbeta Polčíková

MUDr. Veronika Vahalová

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

doc. MUDr. Katarína Holečková, PhD.

MUDr. Štefan Zamba

Organizačný výbor si vyhradzuje právo úpravy časového harmonogramu odborného programu

Kontaktné adresy: e-mail: piesecka@fnnitra.sk vahalova@fnnitra.sk polcikova@fnnitra.sk
tel.: 037/6545509, 037/6545579, 037/6545575



Slovenská spoločnosť infektológov SLS

**Fakultná nemocnica v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva pri UKF v Nitre**

Vás pozývajú na

**13. celoslovenskú infektologickú konferenciu v Nitre
s medzinárodnou účasťou**

s témou

**Kazuistiky
Vária**

doc. PhDr. Rastislav Rosinský, PhD.
dekan
FSVaZ pri UKF v Nitre

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.
prezident SSI SLS
odborný garant podujatia

Ing. Jarmila Mikušová
generálna riaditeľka
FN Nitra

Marek Hattas
primátor mesta Nitra

MUDr. Marián Bakoš, PhD., MHA
medicínsky riaditeľ
FN Nitra

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD.
prednostka
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre

PROGRAM: ŠTVRTOK 17.10.2019 20:00

Stretnutie členov výboru SSI SLS, krajských odborníkov, prednostov a primárov infekčných kliník a oddelení SR

PROGRAM: PIATOK 18.10.2019

07: 00 - 08:30 Raňajky

08: 30 - 12:00 Zasadnutie výboru SSI SLS, krajských odborníkov, prednostov a primárov infekčných kliník a oddelení

12: 00 - 12:45 Obed

13: 00 - 20:00 Odborný program

PROGRAM: SOBOTA 19.10.2019

07: 00 - 09:00 Raňajky

09: 00 - 14:00 Odborný program

PROGRAM: PIATOK 18.10.2019

13: 00 OTVORENIE KONFERENCIE, PRÍHOVORY HOSTÍ

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD.
doc. PhDr. Rastislav Rosinský, PhD.
prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.
prof. MUDr. Ivan Schréter, PhD.
Marek Hattas
Ing. Jarmila Mikušová
MUDr. Marián Bakoš, PhD., MHA

13:15 - 15:00 ODBORNÝ PROGRAM I.

Predsedníctvo: Hockicko J., Lužinský L., Soľavová M.

1. Quo vadis, homo sapiens, alebo Lymfská borelióza - " odpadkový koš medicíny?"

Lužinský L.

Infektologická ambulancia, Nemocnica Zvolen, a.s., člen skupiny Agel.

2. Anaplazmóza u pacientov KICM v Košiciach.

¹Hockicko J, ¹ Hockicková I, ²Víchová B, ²Blaňarová L, ²Zubříková D, ¹Novotný M.

¹Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice, ²Parazitologický ústav SAV Košice.

3. CXCL13 chemokín v diagnostike neuroboreliózy.

Koščálová A.^{1,2} Holečková K., ^{1,2} Sarvašová M.¹

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava¹, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava².

4. Výhody rýchlej diagnostiky kliešťovej encefalitídy.

^{1,3} Sarvašová M., ^{1,2}Koščálová A., ¹ Mujica R.

¹Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava, ²Katedra infektológie a geografickej medicíny LF SZU, ³LF UK.

5. Febrilná bicytopenia po zaklieštení ? (Hard tick relapsing fever).

Zelenák A., Kršáková A., Soľavová, M., Kutná, K

Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

6. Invazívne mykotické infekcie, liečba lipidovým komplexom amphotericínu B.

Nováková D.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou TEVA

7.Čo sa skrývalo za pneumóniami.

¹Lauková D., ²Piesecká Ľ., ²Vahalová V., ³Šípošová K.

¹Pneumologická ambulancia Internej kliniky FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra, ²Infekčná klinika FSVaZ pri UKF, FN Nitra, ³Interná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre.

Diskusia

15:00 - 15:10 Coffe-break

15:10 - 16:25 ODBORNÝ PROGRAM II.

Predsedníctvo: Kristián P., Schréter I., Strehárová A.

8.Hepatitída C- zo 48 na 8 týždňov.

Schréter I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou AbbVie s.r.o.

9.Naše skúsenosti s liečbou CHC bezinterferónovým režimom.

Strehárová A., Blažeková T.

Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

10.Možnosť liečby HCV pacienta po zlyhaní predchádzajúcej terapie.

Kristián P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

11.Eliminácia hepatitídy C - u nás a vo svete.

Hockicková I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

12.Skúsenosti s liečbou HCV v reálnej praxi vo svete a na Slovensku.

Piesecká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou AbbVie s.r.o.

Diskusia

16:25 - 16:35 Coffe-break

16:35 - 18:20 ODBORNÝ PROGRAM III.

Predsedníctvo: Holečková K., Hudáčková D., Urbančíková I.

13.Cervikálna aktinomykóza u 2,5-ročného dieťaťa.

Dická E.¹, Podracká Ľ.¹, Pavlovičová Z.²

Detská klinika LFUK a NÚDCH, Bratislava¹, Rádiologicko-diagnostické oddelenie NÚDCH, Bratislava².

14.Spôsobil to gonokok?

Pechočiaková Z., Volnenko T.
Klinika detí a dorastu FN Nitra.

15.Záhada kostnej echinokokózy.

¹Hudáčková D., ¹Urbančíková I., ²Petrášová M., ³Kosnáčová J., ⁴Béder I.

¹Detské infekčné oddelenie DFN Košice, ²Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice,
³Detská klinika LF UK a NÚDCH Bratislava , ⁴ Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH Bratislava.

16. 3-krát meningokoková infekcia.

Holečková K., Gabrišková S, Bukovinová P., Počarovská A.
Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

17..Chloramphenicol v liečbe abscesov mozgu.

Tureková I., Piesecká L., Vahalová V.
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

18.Meningokoky, možnosti prevencie.

Nováková D.
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.
Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Pfizer

19.Multimodálna intenzívna liečba akútnej myokarditídy. Kazuistika.

Bodáková D.
OAIM, NsP Sv. Lukáša Galanta, a.s.

Diskusia

18:20 - 18:30 Coffe-break

18:30 - 20:00 ODBORNÝ PROGRAM IV.

Predsedníctvo: Jarčuška P., Vahalová V., Vološinová D.

20.Infekce HIV v terminálním stadiu.

Jerhotová Z.
Infekční oddělení, HIV centrum, Nemocnice České Budějovice, a.s.

21.Skorý následok zahájenia antiretrovirusovej terapie u pacienta s AIDS.

Mujica R.
Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

22.Moderná trojkombinačná liečba HIV pacienta.

Jarčuška P.
Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.
Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

23.Potenciálne riziká interakcií u pacientov s HIV liečených antiretrovirotikami.

Goboova M.

Farmakologická ambulancia pri Internej klinike FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

24.Preukázaný dlhodobý profil bezpečnosti a účinnosti dolutegraviru v klinickej praxi.

Vahalová V.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

25.Dolutegravir v duálnej terapii - nový trend v liečbe HIV infekcie?

Piesecka Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

Diskusia

20:30 Diskusný večer na tému aktuálnych infekčných ochorení v priestoroch hotela

PROGRAM SOBOTA: 19. 10. 2019

09:00 - 10:45 ODBORNÝ PROGRAM V.

Predsedníctvo: Kršáková A., Špiláková N., Zamba Š.

26.Osýpky a ich komplikácie na východnom Slovensku počas epidémie v rokoch 2018 až 2019.

Čornej T., Zamba Š., Kaňuchová K., Daňová K.

Infektologické oddelenie NsP Š. Kukuru, Michalovce, a.s.

27.Cesta vlakom k diagnóze.

Rosol'anka R., Krkoška D.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

28.Máme sa riadiť silou podvedomia?

Kršáková A., Sol'avová, M.

Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

29.Neobvyklý patogén v kolene.

Kurjáková L., Lesňáková D., Špiláková N., Sinajová E.

Oddelenie infektologie FN sP J.A.Reimana Prešov.

30.Gastrointestinálna infekcia ako kľúčový faktor v etiopatogenéze chronickej urtikárie (kazuistika).

Zahornacký O.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

31.Lyellov syndróm - toxická epidermálna nekrolýza po užití amoxipenicilínu u 26 ročnej pacientky (kazuistika).

Paličková T., Pochybová M.

Infektologická klinika ÚVN SNP Ružomberok.

32.Zdravotníckí zamestnanaci a/verzus klienti nemocníc a ambulancií.

Lužinský L.

Infektologická ambulancia, Nemonica Zvolen, a.s., člen skupiny Agel.

Diskusia

10:45 - 10:55 Coffe-break

10:55 - 12:25 ODBORNÝ PROGRAM VI.

Predsediectvo: Jarčuška P., Káčerová H., Piesecká E.

33.Lemierrov syndróm vyvolaný *Klebsiella pneumoniae* komplikovaný epidurálnym abscesom.

Sabaka P, Káčerová H, Sarvašová M, Bendžala M.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

34.Meningitída vyvolaná *Streptococcus pyogenes* - kazuitika a stručný prehľad.

Sabaka P, Káčerová H, Sarvašová M, Stankovič I.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

35.Prevenia invázných meningokokových ochorení - Kedy? Ako? Prečo?

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

36.Očkovanie u pacientov s aspléniou - naše prvé skúsenosti.

Kropáčeková K., Modynets T., Vološinová D.

Oddelenie infektológie FN sP FDR Banská Bystrica.

37.Listeriová endokarditída – diagnostická a terapeutická výzva

Hockicková I.¹, Hockicko J.¹, Porubčin Š.¹, Nagyová P.²

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice¹, II. Kardiologická klinika, Východoslovenský ústav srdcových chorôb Košice.²

38.Čo sa skrývalo za akútnou gastritídou.

Andrašovičová Burdová J.¹, Piesecká E.¹, Pechočiaková Z.²

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre¹, FN Nitra, Klinika novorodencov, detí a dorastu FN Nitra².

Diskusia

12:25 - 12.35 Ukončenie konferencie

SEKCIA SESTIER

PIATOK 18.10.2019

13:00 spoločné otvorenie konferencie s lekármi

Predsedníctvo:

13:30 - 15:15 ODBORNÝ PROGRAM I.

Predsedníctvo: Beťková M., Jamrichová E., Polčíková A.

1. Herpetické infekcie.

Gažúrová G., Blahová S., Murcinová M.
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

2. Bezpečnosť pacienta v infektológii.

Jamrichová E., Sanches López F.
Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

3. Čo dokáže vírus.

Jankolová D., Pravňanová P.
Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

4. Manažment pacienta s HCV z pohľadu sestry.

Broškovičová B.
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

5. Kazuistika u pacienta s koinfekciou HIV/HCV.

Jatiová D.
Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

6. Doma je doma.

Trtílková E., Sajdáková B.
Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

7. ENVIBAG – ekologickejšia budúcnosť infúzných roztokov.

Knopová N.
Imuna PHARM.a.s. Šarišské Michaľany.

Diskusia

15:15 - 15:25 Coffe-break

15:25 - 17:00 ODBORNÝ PROGRAM II.

8. Dekubity.

Bočgay M., Suchá M., Petříková J., Eštoková N.
Infektologické oddelenie FNsp FDR Banská Bystrica.

9.KOIS pri spondylodiscitídach.

Baková L., Mináriková K.

Kardiologická klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

10.S kiahňami do nemocnice?

Kasalová M., Hudáková M.

Detské infekčné oddelenie DFN Košice.

11.Spondylodiscitída.

Frátriková M., Hoššová S.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

12.Význam sestry v prevencii nozokomiálnej infekcie.

Zaťková B., Hostovecká S., Korecová L.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

13.Správna hygiena rúk ako najúčinnější spôsob prevencie infekcií.

Kyjacová V., Janeková L.

Hartmann-Rico spol.s.r.o.

Nácvik dezinfekcie rúk a ich kontrola UV lampou – odhalenie kritických (a nedostatočne dezinfikovaných) miest – workshop.

Diskusia

17:00 - 17:10 Coffe-break

17:10 - 18:40 ODBORNÝ PROGRAM III

14.Čo parazituje na našej koži.

Kollárová H., Ozaniaková M.

Detské infekčné oddelenie DFN Košice.

15.Ošetrovateľská starostlivosť pri stafylokokovej infekcii.

Hrušková M., Libiaková D., Badáňová J.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

16.Spánok a jeho poruchy.

Trpišková L., Nochtová D., Baková L.

MediKlinik, Levice.

17.Bolest' - nepriateľ dieťaťa.

Ligačová K.¹, Polčíková A.², Suttoová A.²

Klinika novorodencov, detí a dorastu FSVaZ pri UKF v Nitre¹, Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra².

18.Pedikulóza – stále aktuálny problém.

Balintová E., Sekeráková A.

Detské infekčné oddelenie DFN Košice.

19. Vieme správne edukovať?

Tamásová N., Fulopová A., Galová J.
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Diskusia.

18:40 – 19:00 vyhodnotenie sesterskej sekcie

Abstrakty

1. Quo vadis, homo sapiens, alebo Lymeská borelióza - "odpadkový koš medicíny?"

Lužinský L.

Infektologická ambulancia Nemonica Zvolen, a.s., člen skupiny Agel.

Ako postupovať, aby sa lymeská borelióza (LB) nestala „odpadkovým košom medicíny“? To je v Slovenskej republike v skutočnosti toľko bezpríznakových, alebo chorých jedincov? Aká je skutočnosť? Aký je pokrok v laboratórnej diagnostike, v myslení lekárov, aké je povedomie pacientov a neinfikovaných laikov? Rozbor problematiky ambulantným lekárom.

2. Anaplazmóza u pacientov KICM v Košiciach.

Hockicko J.¹, Hockicková I.¹, Víchová B.², Blaňarová L.², Zubříková D.², Novotný M.¹

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice¹, Parazitologický ústav SAV Košice².

Anaplazmóza je celosvetovo rozšírené ochorenie, ktorého zvýšený výskyt pozorujeme v posledných rokoch aj na Slovensku. Prirodzeným rezervoárom intracelulárnej baktérie *Anaplasma phagocytophilum* sú divo žijúce cicavce, vektorom môžu byť rôzne druhy kliešťov. Pri anamnéze prisatia kliešťami a vzniku teplôt je stále nutné myslieť aj na túto ehrlichiozu. Prednáška prináša základnú charakteristiku ochorenia, typický klinický a laboratórny obraz. Na Klinike infektológie a cestovnej medicíny v Košiciach sme v priebehu posledných 3 rokov ošetrili 11 pacientov s potvrdenou anaplazmózou. V spolupráci s Parazitologickým ústavom SAV dokážeme v relatívne krátkom čase vyšetriť prítomnosť anaplasmie v krvi pacienta, ev. aj u prisateho kliešťa metódou PCR. V závere prednášky poukážeme na prípady duálnych infekcií v koincidencii s kliešťovou encefalitídou, či listériovou meningitídou.

3. CXCL13 chemokín v diagnostike neuroboreliózy.

Koščálová A.^{1,2}, Holečková K.,^{1,2} Sarvašová M.¹

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava¹, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava².

Neuroborelióza je postihnutie nervového systému spirochétou *Borrelia burgdorferi* senu lato. Súčasne dostupné diagnostické metódy na definitívne potvrdenie neuroboreliózy nie sú uspokojivé. Podozrenie na neuroboreliózu sa stanoví na základe anamnestických údajov a klinického obrazu. Na definitívne potvrdenie diagnózy je potrebný nález pleocytozy v likvore a potvrdenie intratekálnej tvorby boréliových protilátok.

Pleocytoza však môže v niektorých prípadoch chýbať a intratekálna syntéza boréliových protilátok môže byť negatívna, najmä v skoréj fáze ochorenia. Preto sú potrebné nové biologické markery, ktoré by zefektívnili diagnostiku včasnej neuroboreliózy. Ako najslubnejší diagnostický marker sa ukazuje chemokín CXCL13. Ide o účinný chemoreaktant pre B lymfocyty ktorý je v likvore prítomný už v skoréj fáze ochorenia. Metaanalýza osemnástich štúdií realizovaná v roku 2018 demonštrovala vysokú senzitivitu a špecifickosť vyšetrenia CXCL13 chemokínu v likvore, čo podporuje jeho klinický význam ako doplnkového diagnostického biomarkera na diagnózu včasnej neuroboreliózy. Väčšina štúdií stanovovala hladinu chemokínu CXCL13 pomocou metódy ELISA. Nevýhodou tejto metódy je potreba technického vybavenia a čas obdržania výsledku minimálne 24 hodín, v praxi aj

niekoľko dní. Nedávno zverejnená štúdia z roku 2018 demonštrovala porovnateľné výsledky pri vyšetrení chemokínu CXCL13 pomocou metódy ELISA a jednoduchým imunochromatografickým testom s možnosťou realizácie testu pri lôžku pacienta a dostupnosti výsledku do 20 minút po obdržaní likvoru. Výhoda takéhoto testu je nielen vyššia senzitivita v skorej fáze ochorenia ale aj výrazné skrátenie diagnostického procesu. V prípade potvrdenia klinického významu, má tento test potenciál stať sa metódou 1. voľby v diagnóze neroboreliózy.

Prezentujeme skúsenosti s vyšetrením chemokínu CXCL13 v rámci diagnostiky neuroboreliózy na Klinike infektológie a geografickej medicíny v Bratislave.

4.Výhody rýchlej diagnostiky kliešťovej encefalitídy.

^{1, 3} Sarvašová M., ^{1,2}Koščálová A., ¹ Mujica R.

¹Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava, ²Katedra infektológie a geografickej medicíny LF SZU, ³LF UK.

Kliešťová encefalitída je infekčné vírusové ochorenie, ktorého pôvodcom je arbovírus z čelade Flaviviridae. Rezervoárom tejto infekcie sú veľkí ale aj drobnícavci a vtáci. Nákazu prenášajú rôzne vývojové štádiá kliešťa rodu *Ixodes ricinus*. Človek sa najčastejšie nakazí po zaklieštení, menej často po konzumácii nepasterizovaných mliečnych výrobkov z nakazeného zvieratá.

Priebeh ochorenia je typický dvojfázový, ale časté sú popísané aj inaparentné priebehy.

Prezentujeme prípad 73 ročnej pacientky prijatej na Klinikum infektológie a geografickej medicíny koncom júla 2019 pre týždeň trvajúce teploty sprevádzajúce chrípkové príznaky. Sťažovala sa tiež aj na bolesti hlavy a neistú chôdzu, objektívne však ameningeálna s bilaterálnym tremorom viečok. Po neurologickom vyšetrení doplnené CT mozgu, kde bol incidentálny nález drobného lakunárneho postischemického ložiska v oblasti BG vpravo. Vzhľadom na epidemiologickú anamnézu pobytu v Nízkych Tatrách, konzumáciu nepasterizovaných syrov a žinčice na salaši, bolesti hlavy s teplotami myslíme na kliešťovú encefalitídu a hneď po prijatí realizujeme Reascanrapid test s pozitívnym nálezom protilátok triedy IgM, neskôr serologicky detekovaná pozitívita protilátok IgM a IgG. Pacientka bola liečená len symptomaticky nebola jej nasadená žiadna antibiotická liečba. Rýchlou diagnostikou sa znižujú náklady vynaložené na liečbu a takisto prispieva k lepším vzťahom medzi lekárom a pacientom.

5.Febrilná bicytopénia po zaklieštení ? (Hard tick relapsing fever).

Zelenák A., Kršáková A., Soľavová, M., Kutná, K
Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Predstavujeme kazuistiky 25-ročného pacienta a 42-ročnej pacientky, hospitalizovaných na našej klinike v rovnakom časovom období, prezentujúcich sa s febrilným stavom po zaklieštení, s laboratórnym obrazom trombocytopenie, leukopénie a hepatálnej lézie. 25-ročný pacient bol prijatý pre 3 dni trvajúce hyperpyrexie so zimnicou, v hemograme zachytená leukopénia a trombocytopenia, v anamnéze zaklieštenie. U pacienta sme suponovali možnú ehrlichiozu resp. anaplazmózu, preto indikovaná liečba doxycyklínom s efektom v zmysle postupnej normalizácie stavu. Sérologie na vírusové hepatitídy, hepatotropné herpesvírusy a

atypické agens vyzneli negatívne, rovnako vyznelo negatívne vyšetrenie rickettsióz, ehrlichiozy, anaplazmózy a babeziózy.

42-ročná pacientka prijatá s 3-dňovou anamnézou hyperpyrexii so zimnicou, myalgiami, cefaleou. V predchorobí pred 3 týždňami zaklieštenie, v hemograme prítomná leukopénia a trombocytopénia, frustná hepatálna lézia, elevácia CRP, hyponatriémia a hypochlorémia. Na symptomatickej liečbe sme registrovali úpravu laboratórnych markerov. Sérologické vyšetrenia na EBV, CMV, KE ako aj vyšetrenie rickettsióz, ehrlichiozy, anaplazmózy a babeziózy bolo negatívne.

U oboch pacientov sme zvažovali o relatívne novopopísanom kliešťami prenášanom ochorení, ktoré je príbuzné návratným horúčkam, spôsobené spirochétou *Borrelia miyamotoi*. Jeho diagnostika je však na Slovensku nemožná.

6. Invazívne mykotické infekcie, liečba lipidovým komplexom amphotericínu B.

Nováková D.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou TEVA

Invazívne mykotické infekcie sú závažné postihnutia orgánov a tkanív mikrobiologickými hubami, najčastejšie v dôsledku zníženia lokálnej alebo celkovej imunity. Môže ísť o fungémiu, fungiúriu, orgánové postihnutie alebo o chronickú diseminovanú formu. Systémové mykózy predstavujú narastajúci medicínsky problém nakoľko sa zvyšuje populácia imunokompromitovaných pacientov, stúpa počet nových invazívnych diagnosticko-terapeutických techník, mení sa citlivosť kvasiniek na niektoré antimykotiká. Najčastejšími patogénmi invazívnych mykóz je *Candida* a *Aspergillus*. V liečbe sa používajú polyény, azoly, echinokandíny, antimetabolity. V tejto prezentácii sa venujeme liečbe lipidovým komplexom amphotericínu B. Kazuistika prezentuje prípad 72-ročnej pacientky bez závažného predchorobia, ktorá bola na naše pracovisko preložená z Interného oddelenia v Nových Zámkoch ako susp. kryptokoková meningitída. Anamnesticky 3-týždňová anamnéza cefaley, suchého kašľa, zvracania, závratov. Epidemiologická anamnéza bola vstupne negatívna, dodatočne bol zistený údaj o práci pacientky na farme v produktívnom veku. V objektívnom náleze pri prijatí dominovala slabosť. Laboratórne bola prítomná nízka zápalová aktivita, nevýznamný deficit imunity. Od prijatia bola zahájená kombinovaná antimykotická liečba. Relizovaná bola paleta vyšetrení za účelom pátrania po etiológii tohto chorobného procesu, ktoré boli negatívne. Napriek zahájenej liečbe sa stav pacientky postupne komplikoval a zhoršoval, po 33-dňovej hospitalizácii sme konštatovali exitus letalis.

7. Čo sa skrývalo za pneumóniami.

Lauková D.¹, Piesecká E.², Vahalová V.², Šípošová K.³

Pneumologická ambulancia Internej kliniky FSVaZ pri UKF v Nitre¹, FN Nitra, Infekčná klinika FSVaZ pri UKF, FN Nitra², Interná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre³.

Autori prednášky prezentujú kazuistiky pacientov s pneumóniami, pričom problematické bývajú tzv. postobštrukčné pneumónie. Jednalo sa o hospitalizovaných pacientov, ktorí boli prijatí pre röntgenologický pľúcny nález s klinickými prejavmi zápalu pľúc s adekvátnym – úspešným efektom antibiotickej liečby. Pri následnej kontrole po prepustení došlo s recidívou röntgenologického nálezu.

Postobštrukčné pneumónie spôsobujú rôzne príčiny. Jednak vznikajú po vdýchnutí cudzieho telesa (často u detí, aj starších ľudí s poruchou prehĺtania). U ľudí s hojnou produkciou hlienov pri chronických pľúcnych chorobách s nedostatočnou expektoráciou ich

príčinou býva mukoidná impakcia alebo broncholít. Z infekcií to môže byť endobronchiálna tuberkulóza, aspergilóza (mycetómy v lúmene), nokardióza, histoplazmóza – najmä u imunokompromitovaných pacientov. U detí a dorastu sa môžeme s ňou stretnúť pri kongentitálnej lokálnej obštrukcii bronchu. Treba myslieť aj na polychondritídu a tracheobronchomaláciu. Jej príčinou raritne býva aj sarkoidóza a Wegenerova granulomatóza. Postobštrukčnú pneumóniu môžu spôsobiť aj benígne nádory rastúce ako endobronchiálne polypy, napr. lipóm, adenóm, cylindróm, leiomyóm. Lokalizovaná postobštrukčná pneumónia vzniká aj pri mediastinálnej a hĺlovej lymfadenopatii rôznej etiológie, pričom dochádza k extramurálnej obštrukcii bronchu. Avšak na prvom mieste treba myslieť na onkologickú etiológiu – malígnu obštrukciu primárnym alebo sekundárnym nádorom. Metastatickú obštrukciu bronchu môžu spôsobiť napríklad polypózne rastúce metastázy gynekologických malignít, plazmocytóm. Z primárnych nádorov dominujú nemalobunkové karcinómy pľúc, ale môžeme zistiť aj malígnu melanóm, atypický karcinoid, schwannóm. U onkologických pacientov sa môžeme stretnúť s postiradiačnou stenózou spôsobujúcou postobštrukčnú pneumóniu.

V prvej kazuistike autori prezentujú kazuistiku 50-ročného pacienta, fajčiara, s anamnézou STEMI prednej steny v roku 2018 s následným PCI – DES stentovaním s kompletnou revaskularizáciou. Pacient bol pre bilaterálny, prevažne pravostranný pľúcny nález so zápalovým syndrómom hospitalizovaný vo februári 2019 na Infekčnej klinike. Bola podávaná kombinovaná antibiotická liečba (potencovaný penicilín a makrolid) s pokračovaním liečby cefalosporínom, pričom sa klinický stav zlepšil a došlo k takmer totálnej regresii pľúcneho röntgenologického nálezu s malým rezíduom vpravo. Pacient prišiel na röntgenologickú kontrolu o dva mesiace, pričom sa zobrazilo zatienenie v pravom dolnom pľúcnom poli s podozrením na tumor pľúc. Nález na pľúcach v S4 vpravo s endobronchiálnym rastom potvrdilo aj CT a následne aj bronchoskopické vyšetrenie. Pacient bol konzultovaný na Klinike hrudníkovej chirurgie UNB s následnou pravostrannou strednou lobektómiou cestou VATS. Histologicky sa jednalo o typický karcinoid bez postihnutia hĺlových a mediastinálnych uzlín.

Druhá kazuistika popisuje prípad 50-ročného fajčiara s pozitívnou rodinnou anamnézou rakoviny pľúc u otca. Pacient mal vertebrogénne ťažkosti, pre ktoré mal realizované CT vyšetrenie. Pred nimi mal respiračné ťažkosti, bez lekárskeho vyšetrenia. Náhodne sa zistil ľavostranný hrotový (v S1+2) pľúcny nález s hrubostennou kavitou, v okolí ktorej sa nachádzali kalcifikované noduly a konsolidácie bez mediastinálnej a hĺlovej lymfadenopatie. Vzniklo podozrenie na tuberkulóznou infekciu pľúc, preto bol pacient hospitalizovaný na regionálnom pneumologickom a ftizeologickom oddelení. Založili sa aj spúta na BK, ktoré neskôr – po 6. týždňoch – vykázali negatívny výsledok. V úvode diferenciálnej diagnostiky sme realizovali MTX II test – 0 mm a Quantiferonový test – negatívny. Z laboratórnej analýzy bol zvýšený len onkomarker CEA (7,15; norma do 3,00), bez zápalovej aktivity. Počas hospitalizácie po 4. týždňoch hospitalizácie bola realizovaná fibrobronchoskopia s nálezom katarálnej bronchitídy. Kontrolné CT vyšetrenie hrudníka po 6. týždňoch hospitalizácie s podávanou antituberkulóznou liečbou pre podozrenie na špecifický pľúcny proces nepopisovalo dynamiku pľúcneho nálezu, ale kaudálne sa zobrazovali novodiferencované lézie nepravidelného tvaru s nemožnosťou vylúčenia špecifického procesu. Preto sa odporučilo pokračovanie v intermitentnom podávaní antituberkulózneho liečby (rifampicín a nidrazid) aj ambulantne po 6. týždňoch hospitalizácie. Po mesiaci od prepustenia sme pre popísaný CT nález z hospitalizácie zrealizovali ďalšie kontrolné CT vyšetrenie hrudníka. Týmto vyšetrením vzniklo podozrenie na malignitu pravdepodobne v teréne chronických, starších posttuberkulózných zmien na pľúcach. Tumorózna lézia už vyplňovala celú kavitáciu popisovanú v úvode, stále bez patologickej mediastinálnej a hĺlovej lymfadenopatie. Preto bol konzultovaný na Klinike hrudníkovej chirurgie UNB s následnou

ľavostrannou hornou lobektómiou. Histologicky sa potvrdil nemalobunkový – spinocelulárny karcinóm.

Kazuistikami autori chceli poukázať na nutnosť následných kontrol u pacientov s prekonanými pneumóniami. V našich prípadoch sme včas zachytili pľúčne malignity, ktoré boli úspešne operačne riešené.

8.Hepatitis C- zo 48 na 8 týždňov.

Schréter I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou AbbVie s.r.o.

Abstrakt nedodaný.

9.Naše skúsenosti s liečbou CHC bezinterferónovým režimom.

Strehárová A., Blažeková T.

Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Široká dostupnosť priamo účinkujúcich antivirotikv každodennej reálnej praxi zvýšila bezpečnosť a zjednodušila liečbu chronickej vírusovej hepatitídy C. Autori prezentujú skúsenosti s liečbou bezinterferónovými režimami(tzv.IFNfree) v súbore 42 pacientov.Priemerný vek bol 48 rokov (medián 19-59) s prevahou mužského pohlavia (66 %).V analyzovanom súbore bol najpočetnejší genotyp 1 (71,43%, z toho 19,47% G1a) genotyp 3 sa potvrdil u 12 pacientov, iné genotypysa nevyskytli. U oboch genotypov prevažoval nepriaznivý polymorfizmus IL B28 C/T , len jeden raz T/T. Pri voľbe jednotlivých režimov bol zohľadnený stupeň fibrózy (Metavir), komorbidity, indikačné obmedzenia a možné interakcie s inou medikáciou.Bezinterferónová liečba bola indikovaná u doteraz neliečených naivných, len v 4och prípadoch ako opakovaná liečba (2X nuloví responderi). Pangenotypová liečba bola indikovaná u Genotypu 3 kombináciou glecaprevir/pibrentasvir u 11 pacientov, 1X u pacientky s Fibrózou F3 kombináciou sofosbuvir/ velpatasvir. Všetci pac. dosiahli SVR 12 T po liečbe, len 1 prípad s „ diskutovanou „ zlyhanou liečbou prezentuje kazuistika.

10.Možnosť liečby HCV pacienta po zlyhaní predchádzajúcej terapie.

Kristián P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

Abstrakt nedodaný.

11.Eliminácia hepatitídy C - u nás a vo svete.

Hockicková I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

V posledných rokoch došlo k výraznému pokroku v liečbe hepatitídy C. Vďaka priamo pôsobiacim antivirotikám dnes vieme vyliečiť aj tých najťažších pacientov. Trvalú virologickú odpoveď pozorujeme u 95-100% pacientov v závislosti od genotypu vírusu hepatitídy C a od pokročilosti ochorenia. Aj vďaka tejto liečbe dnes môžeme hovoriť o eliminácii vírusovej hepatitídy C. Prednáška ponúka prehľad o možnostiach a rôznych postupoch eliminácie na Slovensku aj vo svete.

12. Skúsenosti s liečbou HCV v reálnej praxi vo svete a na Slovensku.

Piesecká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou AbbVie s.r.o..

Glekaprevir/pibrentasvir (G/P) je indikovaný na liečbu chronickej infekcie vírusom hepatitídy C (GT1-6) u dospelých a dospievajúcich vo veku 12 až < 18 rokov. V klinických štúdiách bola liečba G/P spojená s vysokou mierou dosiahnutia trvalej virologickej odpovede v 12. týždni po ukončení liečby (SVR12) a bola dobre tolerovaná. V súčasnosti pribúdajú štúdie s výsledkami liečby G/P v reálnej klinickej praxi (RWE údaje).

Metaanalýza RWE údajov účinnosti a bezpečnosti liečby G/P, ktorá zahŕňala prospektívne/retrospektívne štúdie (1. január 2017- 15. október 2018) a prezentácie z kongresov do 12. novembra 2018 preukázala výsledky v súlade s výsledkami klinických štúdií. ITT analýza zahŕňala pacientov liečených ≥ 1 dávkou študijnej medikácie a dostupnými údajmi SVR12, predčasným ukončením, alebo ktorí boli stratení zo sledovania. Modifikovaná ITT (mITT) analýza vylúčila pacientov, ktorí nedosiahli SVR12 z iných dôvodov ako virologické zlyhanie. Do metaanalýzy bolo zahrnutých 11 101 dospelých pacientov ($n \geq 20$) liečených G/P. SVR 12 u pacientov bez predchádzajúcej liečby a bez cirhózy liečených 8 týždňovým režimom G/P bolo celkovo 99,6% (mITT) a u pacientov bez predchádzajúcej liečby s cirhózou 98,9% (mITT). Najčastejšie nežiaduce účinky boli svrbenie (4,7%; 126/2698), únava (4,4%; 146/3305) a bolesti hlavy (2,7%; 102/3759). RWE údaje G/P zahŕňajú aj populáciu pacientov s aktívnym užívaním drog, či pacientov na opioidnej substitučnej terapii. V kohorte z reálnej praxe z Rakúska u pacientov infikovaných GT 1,3 a 4, liečených počas 8, 12, alebo 16 týždňov sa potvrdilo dosiahnutie vysokej miery SVR 12, kde pacienti so štandardným monitorovaním alebo pacienti s priamo pozorovanou terapiou dosiahli 100% SVR 12. Podobné výsledky sa dosiahli v retrospektívnej analýze RWE kohorty zo Škótska, kde u HCV infikovaných pacientov s anamnézou užívania drog vo viac ako 50% na opioidnej substitučnej liečbe sa dosiahlo 99% (mITT) SVR 12.

V súlade s výsledkami pozorovanými v klinických štúdiách aj RWE údaje naznačujú, že G/P je vysoko účinná pangenotypická možnosť liečby pre široké spektrum HCV infikovaných pacientov.

Na záver autorka prezentuje kazuistiky z vlastnej praxe.

13. Cervikálna aktinomykóza u 2,5-ročného dieťaťa.

Dická E.¹, Podracká Ľ.¹, Pavlovičová Z.²

Detská klinika LFUK a NÚDCH, Bratislava¹, Rádiologicko-diagnostické oddelenie NÚDCH, Bratislava².

Aktinomykóza je chronické granulomatózne ochorenie vyvolané aktinomycétami. Aktinomycéty sú súčasťou bežnej flóry sliznice dutiny ústnej, gastrointestinálneho traktu i reprodukčného traktu u žien. Rozlišujeme 4 základné formy: cervikofaciálnu, hrudníkovú, brušnú a panvovú formu. Neliečená aktinomykóza vedie vždy ku komplikáciám a vzniku abscesových ložísk. Výskyt ochorenia je väčšinou u dospelých populácie medzi 20.- 65. rokom života, u detí je výskyt ochorenia do 3 roku raritný, neskôr sa vyskytnú ojedinelé prípady spojené s kariéznymi zubami a imunosupresívnou liečbou. Prezentujeme kazuistiku 2,5 ročného imunokompetentného dieťaťa prijatého na hospitalizáciu pre predpokladanú akútnu pyelonefritídu, ktorá sa ďalšími vyšetreniami nepotvrdila, no príčinou febrilného stavu bol sonograficky aj CT vyšetrením verifikovaný absces v laloku štítnej žľazy s reaktívnou mediastinitídou. Po chirurgickej intervencii,

evakuácií ložiska s dlhodobou antibiotickou liečbou došlo k postupnej úprave klinického stavu. Kultivačným vyšetrením bol záchyt *Eikenella corrodens*, *Streptococcus intermedius* a *Actinomyces odontolyticus*.

14.Spôsobil to gonokok?

Pechočiaková Z., Volnenko T.

Klinika novorodencov, detí a dorastu FN Nitra.

14- ročná pacientka ambulantne liečená pre infekť močových ciest cefalosporínom II. generácie, prijatá na našu kliniku pre teplotu, dyzurické obtiaže a výrazne opuchnuté, bolestivé a začervenalé ľavé koleno s erytómom predkolenia a presiaknutím ľavého členka. V anamnéze je údaj o pohlavnom zneužívaní dieťaťa. Laboratórnymi vyšetreniami zisťujeme vysokú zápalovú aktivitu, v močovom sedimente je prítomná leukocytúria, avšak kultivácie moču sú opakovane negatívne, urobená punkcia ľavého kolena, punktát hodnotený ako septický a mikroskopiou sa zistila prítomnosť gram negatívnych diplokokov, kultivácia punktátu bola negatívna. Doplníme gynekologické vyšetrenie – patogén sa nepodarilo zachytiť. Vzhľadom na anamnestický údaj sexuálneho zneužívania pacientky predpokladáme prítomnosť *Neisseria gonorrhoe* a do liečby daný cefalosporín III. generácie a súčasne pre prítomnosť protilátok proti *Chlamydia trachomatis* do liečby pridaný chinolón. Pod touto terapiou dochádza k poklesu zápalových parametrov, gonitída ľavého kolena ustupuje a stav uzatvárame ako septická gonitída - najpravdepodobnejší vyvolávateľ *Neisseria gonorrhoe*. Na 8. týždeň hospitalizácie však dochádza znova k vzostupu zápalových parametrov, objavuje sa bolestivosť a opuch ale teraz pravého kolena, je výrazne zateplené, obmedzená hybnosť, bez zmeny farby kože. Urobená punkcia, v synoviálnej tekutine sú prítomné polymorfonukleárne leukocyty, mikroskopicky patogén zachytený nie je, kultivácia je negatívna. Doplníme vyšetrenie antigénu HLA B 27, ktorý je u pacientky prítomný. Na základe vyššie uvedeného predpokladáme, že došlo k následnému vývoju reaktívnej artritídy v.s. na podklade gonokokovej infekcie, i keď nevylučujeme i podiel infekcie *Chlamydia trachomatis*. Do liečby pridávame Sulfasalasin EN, kortikoidy, pokračujeme v podávaní nesteroidových antiflogistík. Klinický stav pacientky zatiaľ nie je uspokojivý, pretrvávajú synovitída pravého kolena a v súčasnosti pri snahe znížiť dávku kortikoidov dochádza k opuchu i ľavého kolena. Do úvahy by prichádzala liečba Metotrexátom, avšak vzhľadom na nevyhovujúce sociálne zázemie zatiaľ k tejto liečbe nepristupujeme.

15.Záhada kostnej echinokokózy.

Hudáčková D.¹, Urbančíková I.¹, Petrášová M.², Kosnáčová J.³, Béder I.⁴

Detské infekčné oddelenie DFN Košice¹, Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice², Detská klinika LF UK a NÚDCH Bratislava³, Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH Bratislava⁴.

Alveolárna echinokokóza (AE) je závažné parazitárne ochorenie ľudí spôsobené pásomnicou *Echinococcus multilocularis*. Primárna lokalizácia parazita je výlučne v pečeni, pričom v ojedinelých prípadoch môže dôjsť k sekundárnej diseminácii z primárneho ložiska a k vzniku sekundárnych ložísk v pľúcach, mozgu a iných orgánoch.

V roku 2015 sme prezentovali kazuistiku 9- ročného pacienta s kostnou formou alveolárnej echinokokózy, bez patologických zmien v pečeni a s nežiaducimi účinkami liečby albendazolom v zmysle ťažkej anémie, neutropénie a alopecie. Postupne bolo upravené dávkovanie albendazolu, ktoré pacient toleroval. U pacienta boli pravidelne vyšetřované titry protilátok proti *E. multilocularis* a realizované opakované zobrazovacie vyšetřenia (USG brucha, CT-PET, MRI). V sérologických vyšetřeniach sme zaznamenali klesajúce titry

protilátok s postupnou negativizáciou. Avšak po ...rokoch liečby sa na usg vyšetrení pečene zistil patologický nález popisovaný ako hemangióm a ďalšie nešpecifické drobné stacionárne lézie. Neskôr, vzhľadom na progresiu týchto lézií, bolo konzultované gastroenterologické a chirurgické pracovisko v NÚDCH v Bratislave.

Výsledkom doplňujúcich zobrazovacích vyšetrení bola diagnóza zriedkavého syndrómu, ktorý priniesol odpovede na otázky, ktoré sme si kládli od začiatku ochorenia. Prečo mal pacient kostnú formu echinokokózy bez primárneho ložiska v pečeni? Prečo mal tak závažné nežiaduce účinky liečby? Prečo sa neskôr objavili hepatálne lézie?

16. 3-krát meningokoková infekcia.

Holečková K., Gabrišková S, Bukovinová P., Počarovská A.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

Meningokokové infekcie sú celosvetovým problémom. Vyskytujú sa vo všetkých vekových skupinách predominantne u dojčiat a adolescentov.

Priebeh infekcie je ovplyvňovaný stavom imunity, vekom hostiteľa, veľkosťou infekčnej dávky, sérotypmi či subtypom pôvodcu, nižšou socioekonomickou úrovňou, pobytom v kolektíve či stresovou záťažou. Závisí od virulencie meningokoka, ako aj od schopnosti baktérie produkovať endotoxín. Koncentrácia endotoxínu v sére je úmerná závažnosti vzniknutej sepsy.

Endotoxín (LPS) vedie k uvoľneniu zápalových cytokínov, ktorými sú TNF, IL-1, IL-6, IL-8 - ich pôsobením sa aktivuje komplement, pôsobením na cievny epitel sa cez Hagemanov faktor spúšťa koagulačná kaskáda. Odpoveďou organizmu je systémová zápalová odpoveď, ktorú sprevádza DIC.

Keďže ochorenie vzniká náhle, priebeh môže byť peraktívny, často z plného zdravia. Na začiatku ochorenia býva klinický obraz necharakteristický. Na MIO treba myslieť v prípadoch febrilných pacientov s exantémom alebo prejavmi krvácania, s rýchlym vývojom závažného stavu s prejavmi sepsy.

Meningokoková sepsa je najrýchlejšie smrtiace ochorenie. Až polovica úmrtí je do 24 hod. od prvých príznakov a 12 hodín od prijatia na hospitalizáciu. Preto je dôležité zabezpečiť prednemocničnú starostlivosť o pacienta.

Na KIGM bolo počas posledných štyroch rokov hospitalizovaných 6 dospelých a 8 detských pacientov s meningokokovou inváznou chorobou. Autori popisujú kazuistiky troch pacientov s meningokokovým ochorením. Jedna pacientka 74 ročná, u ktorej potvrdenie infekcie bolo zaujímavým prekvapením a 2 deti, ktorých spoločným menovateľom bola nedostatočná prednemocničná starostlivosť.

17. Chloramphenicol v liečbe abscesov mozgu.

Tureková I., Piesecká E., Vahalová V.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Chloramphenicol bol zavedený do klinickej praxe v roku 1949. Napriek jeho širokospektrálnym účinkom na grampozitívne i gramnegatívne patogény je to však v dnešnej dobe zavrhané antibiotikum pre jeho toxické účinky na kostnú dreň. Okrem myelotoxicity, ktorá vzniká priamym účinkom na kostnú dreň a je reverzibilná, je nebezpečnejšia aplastická anémia, ktorá je idiosynkratická, čiže nepredvídateľná, nezávislá na dávke a tiež ireverzibilná s možnosťou fatálnych následkov. Napriek týmto skutočnostiam sme v dvoch prípadoch boli svedkami opodstatnenia použiteľnosti chloramphenicolu v praxi i dnes. A to v kazuistikách na príklade dvoch pacientov - muža a ženy, u ktorých bola predchádzajúca antibiotická liečba neefektívna. V týchto prípadoch nielenže liečba mozgových abscesov bola účinná, rovnako

sme však nezaznamenali hore uvedené žiaduce účinky, ktoré by boli ireverzibilné. Záverom prednášky je fakt, že stále existujú prípady, kedy sme nútení siahať aj po liekoch nesúcich riziká závažných nežiaducich účinkov, avšak v prípade prevýšenia benefitu nad rizikami sme schopní dospieť k úplnému vyliečeniu. Rovnako treba záverom poznamenať, že globálny problém rozvoja antibiotickej rezistencie vedie k obnove záujmu jeho používania.

18.Meningokoky, možnosti prevencie.

Nováková D.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Pfizer.

Invazívne meningokokové ochorenie patrí medzi relatívne málo časté ochorenie, ale jedná sa o ochorenie s hyperakútnym priebehom, nešpecifickými prejavmi, vznikajúcim náhle z plného zdravia, vekovo špecifickou incidenciou (deti od 0-4 roky, adolescenti), ktoré spôsobuje jediná baktéria *N. meningitidis* s rôznymi sérotypmi - najčastejšie A, C, B, W 135, Y. Rozlišujú sa 3 základné klinické formy: meningokoková sepsa (25% prípadov), meningokoková sepsa s meningitídou (50% prípadov) a meningokoková meningitída (25 % prípadov). Jedná sa o ochorenie, ktorému možno predchádzať vďaka primárnej prevencii v podobe očkovania. Vakcíny zatiaľ nie sú na Slovensku zaradené do plošného očkovania, ani hradené zdravotnými poisťovňami. Podľa Vyhlášky č. 585/2008 Z.z. v znení neskorších predpisov a kategorizácie sa povinné očkovanie realizuje u osôb v priamom kontakte s chorou osobou po nariadení epidemiológom. Odporúčané očkovanie proti meningokokovým ochoreniam je indikované u osôb patriacich do rizikových skupín (deti do 4 rokov, adolescenti), osobám so zdravotnými indikáciami (hyposplenizmus/asplenizmus, závažné primárne a sekundárne imunodeficientné stavy, autolónna a alogénna transplantácia krvotvorných buniek, prekonané meningokokové ochorenie), cestovateľom do endemických krajín, osobám v profesionálnom riziku. Na trhu sú dostupné tetravalentné vakcíny proti meningokokom séroskupín A, C, W, Y a proteínové vakcíny proti meningokokom séroskupiny B. V prednáške autor prezentuje kazuistiku pacienta s meningokokovou meningitídou séroskupiny B, u ktorého rýchla, včasná diagnostika a liečba, viedla k rýchlemu uzdraveniu pacienta bez následkov.

19.Multimodálna intenzívna liečba akútnej myokarditídy. Kazuistika.

Bodáková D.a kol.¹, Petřík O.²

OAİM NsP Sv. Lukáša Galanta¹, Neurologické oddelenie NsP Sv. Lukáša Galanta²

Myocarditis, also known as inflammatory cardiomyopathy, is inflammation of the heart muscle. Symptoms can include shortness of breath, chest pain, decreased ability to exercise, and an irregular heartbeat. The duration of problems can vary from hours to months. Complications may include heart failure due to dilated cardiomyopathy or cardiac arrest. Myocarditis is most often due to a viral infection. Other causes include bacterial infections, certain medications, toxins, and autoimmune disorders. Sever causes may lead to septic shock, sepsis and multiorgan failure.

Key words: cardiac and multiorgan failure; infection, macro- and microcirculation; strategy; management of sepsis.

Myokarditída, tiež známa ako inflamatórna kardiomyopatia je zápalové ochorenie srdcového svalu. Symptomatológia zahŕňa tachypnoé, bolesť na hrudníku, zníženie mobility a arytmie. Prodromálne príznaky môžu variovať od hodín do mesiacov. Komplikácie ochorenia zahŕňajú zlyhanie srdca s prechodom do dilatáčnej kardiomyopatie až po zastavenie srdca.

Najčastejšou formou myokarditídy je vírusový typ. Iným vyvolávateľom môže byť bakteriálna infekcia, polievková, toxická etiológia s autoimúnne ochorenia. Závažné formy môžu viesť k septickému šoku, sepe a multiorgánovému zlyhaniu.

Kľúčové slová: kardiálne a multiorgánové zlyhanie; makro- a mikrocirkulácia; stratégia; manažment sepsy.

Úvod

Akútna myokarditída je zápalové ochorenie myokardu s multiorgánovými konzekvenciami, s incidenciou 4 - 14 pacientov na 100 000 obyvateľov a s mortalitou 1,2 pacienta na 100 000 obyvateľov. Približne 1/3 pacientov utrpí dilatálnu kardiomyopatiu s ejekčnou frakciou ľavej komory s 30% mortalitou (1).

Etiológia

Medzi najčastejšie etiologické faktory patrí:

- *infekčná príčina* – vírusy (enterovírus, coxsackie B, adenovírus, chrípka, cytomegalovírus, Epstein - Barrov vírus, rubeola atď), baktérie (TBC, streptokoky, meningokoky, mykoplazmy), kvasinky (candida sp.), protozoá (toxoplazmóza, malária), parazity (trichinella, echinococcus),
- *fyzikálne účinky* – žiarenie, elektrický prúd, tlaková vlna, tupé poranenie, „omráčený myokard“
- *lieky* – doxorubicín, anthracyklíny, cyklofosfamid, metyldopa, katecholamíny, kokaín,
- *systémové zápalové ochorenia* – sarkoidóza, Kawasakiho choroba, M. Crohn, systémový lupus erythematosus, Wegenerova granulopamtóza, tyreotoxikóza, reumatoidná artritída, reumatická horúčka,
- *posttransplantačná rejekčná reakcia,*
- *popôrodná kardiomyopatia.*

Klinický obraz

Klinické príznaky ochorenia delíme na *prodromálne, systémové, lokálne a laboratórne*. Prodromálne príznaky kopírujú virózu: teploty, myalgie, artralgie, poruchy peristaltiky. Medzi systémové príznaky patrí: hyperdynamické štádium, hypovolémia, hypotenzia, arytmie, capillary leakage syndróm, reperfúzy fenomén, akútne renálne zlyhanie a v prípade fudrojantného priebehu septický šok, multiorgánová dysfunkcia (MODS) a multiorgánové zlyhanie (MOSF). Lokálne príznaky sú: krutá bolesť na hrudníku, parainfekčný APLS, pyróza, bolesť žalúdka, nauzea, vracanie, slabosť. V laboratórnom obraze pozorujeme zvýšenie septických markerov, urémie, hypoalbuminémii, neutrofilii a trombocytopéniu (1).

Diagnostika

Fyzikálnym vyšetrením identifikujeme a stanovujeme rozsah a stupeň poškodenia myokardu (EKG, ECHOkg, koronarografia, biopsia), zhodnocujeme lokálne a systémové symptómy. Diagnózu nám verifikujú zobrazovacie, laboratórne a mikrobiologické techniky (CT, MRI). Klasifikácia štádia ochorenia podľa klinického fenotypu a klinických kritérií.

Klasifikácia myokarditídy podľa fenotypu delí myokarditídy na *fulminantnú, akútnu a chronickú – perzistujúcu formu*.

Morfologické kritériá delíme na:

- *Dallasské morfologické kritériá* (infiltráty, nekrózy, giant cells),
- *WHF podielové kritériá* (infiltráty, nekrózy a giant cells v % podielovom vyjadrení),
- *Imunohistologické kritériá* (podiel IgM,A a G),
- *Terapeutické kritériá* (imunopresia u PCR negat. prípadov) (1).

Ďalším diagnostickým kritériom a prediktorom fulminantnej formy myokarditídy je akútne renálne zlyhanie s obštrukciou renálnych tubulov trombami a cirkulujúcimi

imunokomplexami s následnou tubulárnou nekrózou. Poškodenie obličky môže rezultovať z vazokonstrikcie a lézie tubulov nefrotoxickými substanciami. Stav ďalej progreduje do septického stavu, septicko – toxického šoku a multiorgánového zlyhania s orgánovými konzekvenciami. Mortalita fulminantnej formy myokarditídy so septickým šokom dosahuje rozsah 19-52%.

Bunková odpoveď jednotlivých orgánových systémov na zápal, hypoperfúziu a ischémiu má rôzne formy. Mnoho buniek (napr. oblička, GIT) sú schopné „hibernácie“, t.j. aktívne znížiť svoje metabolické nároky (2). Bunky iných orgánov (napr. myokard, neuróny) túto hibernačnú schopnosť nemajú. Sú odkázané na dodávku kyslíka cestou centralizácie obehu v iniciálnej fáze šoku. Tieto bunky prekonávajú membránové poškodenie s následným prienikom voľnej vody dovnútra bunky, tvorí sa celulárny edém s poruchou membránových energeticky závislých pumpových systémov, s akumuláciou toxínov a zápalových cytokínov.

Tekutinový manažment je kľúčovou kapitolou v liečbe pacienta so závažným kardiogénnym a septicko – toxickým šokom na podklade akútnej myokarditídy. Jeho hlavným cieľom je náhrada intravaskulárneho objemu za účelom optimalizácie tlaku krvi a dodávky kyslíka tkanivám. Voľba tekutín, objem a timing tekutinovej resuscitácie závisí od klinických skúseností a klinických korelátov hypoperfúzie a tkanivovej hypoxie ako tachykardia, hypotenzia, nízke pH, deficit báz a laktát. Kritický septický pacient okrem tekutinovej resuscitácie vyžaduje zachovanie normotermie, efektívne riešenie koagulačných porúch (plná krv, mrazená plazma, trombocytárne koncentráty, kryoprecipitáty, fVII.a, ATIII., fibrinogén).

Poškodenie tkanív septicko - toxickým šokom vzniká priamym pôsobením hypovolémie, hypoxie, únikom tekutín do interstícia, inflamatórnej energie, porušením integrity buniek hypoperfúziou a v konečnom dôsledku sekundárnou systémovou zápalovou odpoveďou organizmu na primárny inzult. Príčiny multiorgánového zlyhania v dôsledku septicko – toxického šoku ukazuje Tab. č.1.

| Príčina | Patofyziológia |
|--|---|
| Porucha ventilácie alebo pľúcne poškodenie | Porucha oxygenácie a hemodynamická instabilita |
| Tkanivový edém pri capillary leakage sy. | Nedostatočný transport kyslíka a strata cirkulujúceho objemu |
| Kardiálne príčiny | Zlyhanie srdca ako pumpy |
| SIRS | Porucha bunkového metabolizmu, capillary leakage, vazodilatácia |

Tab. č.1: Príčiny komplikácií septicko-toxického a hypovolemického šoku

Manažment terapie akútnej myokarditídy

- Podpora hemodynamiky / Fluid replacement, katecholamíny, doplnenie Hb a dodávka O₂/
- Antiarytmické intervencie, zavedenie dočasnej kardiostimulácie, kardioverzia
- UPV v kvalitnej analgosedácii
- Reperfúzia splanchnickej cirkulácie
- Podpora renálnych funkcií
- Parenterálna a enterálna výživa, inzercia nazojejunalnej sondy
- Obnovenie koagulačného potenciálu
- Imunostimulačná liečba
- Antibakteriálna a antivirotická liečba
- Eliminačné postupy
- ECMO, záložné device – techniky vrámci premostenia k transplantácii srdca

Kazuistika

- S.G. 64 - ročný pacient
- OA: diabetik na PAD, CVI Rutherford 4 bilat., PLM, BHP
- 19. - 20.08. opakovane na LSPP s teplotami a príznakmi virózy
- 21.08. prijatý na neurologické oddelenie s dg. susp. vírusová meningoencefalitída, CT negat., nízke zápalové markery, likvor sangvinolentný, P-C disociácia, glykorachia, mikroskopia negat., odoslaná kompletná sérológia, na odporúčenie infektológa ordinovaný cefotaxim a herpesin
- 23.08. pred polnocou progresia stavu do poruchy vedomia GCS 5-8b, hypotenzia, tachykardia, ECHOkg difúzna hypokinéza ĽK, PK i septa, EF 25%, rozvrat vnútorného prostredia, hyperglykémia, respiračná insuficiencia
- Preklad na OAIM, OTI, UPV, ordinovaná komplexná podpora vitálnych funkcií

V klinickom obraze dominujú: septický a kardiogénny šok, na EKG AVB III. stupňa s komorovou frekvenciou 50-60/minútu. Na CT obraze hrudníka obraz ARDS s ťažkým stupňom ventilačno-perfúzných pomerov s bilaterálnymi infiltrátmi, bilaterálny zatiaľ diskretný fluidothorax, výrazná kardiomegália. Prítomná hypokoagulácia, CRP a PCT zatiaľ bez progresie, postupná dynamika troponínu a NT pro BNP. Pacient už pri preklade oligoanurický, anasarka, capillary leakage sy., bez aktívnej peristaltiky, abdominálny compartment syndróm. Stav hodnotíme v spolupráci s kardiológom ako fulminantnú formu myokarditídy s kombinovaným septickým a kardiogénnym šokom s multiorgánovým zlyhaním.

Terapeutický plán

- **24.08.** - inzerovaný HD kaválny katéter do v. fem.sin., femorálny art. volume view katéter dx., inzercia termistora CVC do v. subclavia dx.
- Pacient anurický, hypovolemický, hypotenzný, extrapulmonálna voda (EPV) 40-45%, IAP 28 cm H₂O, EF 25%, CO 2 l/min, indikovaná podpora kombinácie katecholamínov (NOR, Empressin)
- Na EKG bradykardia, AVB III. stupňa, inzerovaný dočasný kardiostimulátor
- **25.08.** - indikovaná CVVHD (1) po dobu 72h, prietok 100-120 ml /min, UF 75-150 ml/h, celková UF 3200ml/24h, súčasne využívame osmotický ťah hypertonického NaCl a albumínu pri súčasnej ťažkej hypoalbuminémii,
- pacient anurický, nutná podpora katecholamínov, NOR + DOB, extrapulmonálna voda (EPV) 30 %, EF 30%, difúzna hypokinéza myokardu, CO 2,6-3,0 l/min
- Aplikácia Levosimendanu podľa protokolu bez úvodného bolusu v strednom dávkovaní 12-18 ml/h počas súčasnej CVVHD
- **28.08.** - CVVHD 48 hodín (2), prietok 120-150ml/h, UF 150ml/h (4800 ml), podpora už len minimálna dávka Empressinu, CO 3,8-4,2 l/min, EF 40-45%, EPV 15%
- Obnova diurézy 80-90ml/h
- IAP 15 cm H₂O, obnova peristaltiky, parenterálna výživa kombinovaná s enterálnou výživou (v úvode Intestamin)
- **30.-31.8.** – CVVHD (3) prietok 120ml/h, bez UF, IAP do 15 cm H₂O, EF 45%, EPV do 15%, bez podpory katecholamínov,
- **03.09.** – obnova diurézy a peristaltiky, beží enterálna výživa,
- **05.09.** – bez diuretickej stimulácie
- **06.09.** VAP Pseudomonas aeruginosa
- **09.09.** – tracheostómia pre predpoklad dlhodobej UPV,

- **10.09.** – vedomie – GCS 8b, spontánna dychová aktivita, nutná tlaková podpora a 50% FiO₂
- **19.09.** – rotácia ATB pre superinfekciu *Klebsiella pneumoniae*
- **26.09.** – uroinfekt *Proteus mirabilis*
- **04.10.** - pokles septických markerov, kolonizácia *Stenotrophomonas maltophilia*
- **04.10.** – **07.10.** – úspešný weaning, spontánna ventilácia, bakteriálny filter bez inspiračnej tlakovej podpory,
- 10.10. – extubovaný, preložený na Neurologickú JIS
- Prechod do anabolickej fázy metabolizmu
- Podiel perorálnej stravy
- Stanovený intenzívny RHB plán
- Psychiatrické vyšetrenie, nasadené antidepresíva

Ďalší priebeh po prepustení

- Implantovaný dvojkomorový trvalý kardiostimulátor
- Dilatačná kardiomyopatia EF do 30%,
- Opakovane hospitalizovaný na Internistickej JIS s chronickým kardiálnym zlyháváním
- Liečba: Aspirin protect, Eplerenon, Emtresto, Kaldyum

Patognomické vyšetrenia sú v prílohe

Mikrobiologický sampling

- Hemokultúra po príjme: sterilná
- BAL 06.09: *Pseudomonas aeruginosa*
- Likvor 06.09. sterilný
- Spútum 19.09. *Klebsiella pneumoniae*
- Moč 26.09. *Proteus mirabilis*
- Spútum 04.10. *Stenotrophomonas maltophilia*

ATB liečba

- Pri príjme: Cefotaxim, Herpesin
- 24.08.: Gentamycin, Metronidazol
- 08.09.: Biseptol, tazobactam, fluconazol
- 26.09.: Sulbactam
- 04.10.: kolonizácia, zápalové markery negat., ATB ex

Diskusia

64- ročný pacient sa po dôkladnej diagnostike podrobil multimodálnej multidisciplinárnej liečbe kombinovaného kardiogénneho a septického endotoxínového šoku s akútnym kardiálnym zlyhaním, vyžadoval masívnu podporu kombinácie katecholamínov a akútne kardiálne zlyhanie si vyžiadalo podanie Ca- senzitizera za účelom zvýšenia kardiálneho výdaja a ovplyvnenia makro- a mikrocirkulácie za dôkladného monitorovania hemodynamických parametrov prostredníctvom prístroja EV 1000, ktorého patofyziologické a klinické konzekvencie rozhodujúcim priaznivým spôsobom ovplyvnili klinický priebeh ochorenia. Dôsledky septicko – toxického šoku sa komplexnou intenzivistickou liečbou vrátane kontinuálnych eliminačných techník vďaka interdisciplinárnej spolupráci podarilo priaznivo vyriešiť. Pacient dnes žije život pacienta s chronickým kardiálnym zlyháváním na podklade dilatačnej kardiomyopatie pri zachovaní primeranej kvality prežívania.

„Having a wide array of monitors and therapeutic interventions within easy reach does not absolve the clinician of utilizing clinical skills. The power of the physical exam: watching, listening, understanding and laying hands on our patients has not yet been replaced !“

20. Infekce HIV v terminálním stadiu.

Jerhotová Z.

Infekční oddělení, HIV centrum, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Jde o příběh dvacetileté ženy, která byla téměř rok vyšetřována na různých pracovištích pro úporné průjmy, intermitentní subfebrilie až febrilie, celkové chátrání a významný váhový úbytek. Až po zjištění těžkého imunodeficitu byla vyšetřena a následně potvrzena infekce HIV. Základním etiologickým agens chronické enterokolitidy byly kryptosporidie. Po přijetí na naše oddělení jsme téměř měsíc bojovali o život této mladé pacientky. Bez úspěchu. A důvod? Diagnoza byla stanovena příliš pozdě – až ve stadiu hlubokého imunodeficitu, těžké malnutrice a naprostého vyčerpání orgánových rezerv. Poučení plynoucí z této kazuistiky je prosté – nerozpakujme se a testujme! Na věku a (dobrém) dojmu z nemocného nezáleží.

21. Skorý následok zahájenia antiretrovirusovej terapie u pacienta s AIDS.

Mujica R.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

Syndróm zápalovej rekonštitúcie imunitného systému (IRIS) je paradoxné klinické zhoršenie známej choroby alebo vznik novej patológie u HIV pozitívnych pacientov po zahájení antiretrovirusovej terapie (ART). Dôvodom je rýchle obnovenie imunitného systému s demaskovaním antigénov, ktoré neboli v kontexte závažnej imunosupresie nerozpoznané. Diagnostika tohto syndrómu je sťažená rozmanitým klinickým obrazom a chýbaním jednoznačných diagnostických kritérií. Diagnóza sa stanovuje per exclusionem. Medzi najčastejšie oportúnne infekcie zhoršujúce sa v rámci IRIS patria tuberkulóza, cytomegalovírusová a kryptokoková infekcia. Môžu sa však demaskovať aj neinfekčné ochorenia ako reumatoidná artritída, SLE, Guillain-Barrého syndróm, progresívna multifokálna leukoencefalopatia.

Prezentujeme prípad 39-ročného muža s novodiagnostikovanou HIV-1 infekciou v štádiu AIDS. Pacient sa sťažoval na bolesti hlavy, mal tranzitórnu epizódu dyzartrie, bol celkovo malátny. V laboratórnych parametroch bol výrazne znížený počet CD4 lymfocytov a veľmi vysoká vírusová nálož. Na MR mozgu boli prítomné známky multifokálneho postihnutia bielej hmoty svedčiace pre HIV encefalopatiu. Vyšetrením likvoru bola vylúčená neuroinfekcia a následne bola zahájená kombinovaná antiretrovirusová terapia. Na 8. deň od začatia liečby došlo k zhoršeniu stavu v zmysle febrilit, dezorientácie a pseudohalucinácií, ktoré sa nám ani po komplexnom vyšetrení pacienta nepodarilo objasniť. Pre podozrenie na možný IRIS sme po vylúčení infekčnej etiológie podali parenterálne kortikoidy, pri ktorých došlo k rýchlemu zlepšeniu stavu pacienta a to bez nutnosti vysadenia antiretrovirusovej liečby.

22.Moderná trojkombinačná liečba HIV pacienta.

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

Abstrakt nedodaný.

23.Potenciálne riziká interakcií u pacientov s HIV liečených antiretrovirotikami.

Goboova M.

Farmakologická ambulancia pri Internej klinike FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

Ak dva alebo viac liekov súčasne účinkujú na organizmus, navzájom sa môžu ovplyvňovať a môže vzniknúť lieková interakcia. Interakcie sa vyskytujú aj u farmakoterapeuticky správne užitého lieku, keď sa menia jeho predpokladané účinky v prítomnosti iného lieku alebo potravy, prípadne prostredia. Z klinického hľadiska, môžu viesť buď k zlyhaniu terapie alebo zvýšeniu farmakologického účinku, nežiaducim účinkom až k toxicite.

Počet potenciálnych liekových interakcií narastá exponenciálne s počtom ordinovaných liekov. Riziko liekových interakcií ďalej zvyšuje: dlhodobá liečba, nesprávne dávkovanie, kombinácia liekov s podobným účinkom, nevhodné kombinácie liekov, znížená aktivita enzýmov (izoformycytochrómu p 450), úzka terapeutická šírka liekov, samoliečba (OTC).

Najčastejšími interakciami v klinickej praxi sú farmakokinetické interakcie na úrovni metabolizmu. Hlavný enzýmový systém metabolizmu je cytochróm P-450. Jeho izoenzýmy sa podieľajú na procese biotransformácie u 56 % liekov.

Ďalšie často sa vyskytujúce interakcie v klinickej praxi sú na úrovni P- glykoproteínu. P- glykoproteíny objavili v súvislosti so štúdiom mechanizmu rezistencie niektorých nádorových buniek k vysokým dávkam chemoterapeutík. Fyziologicky sa P-glykoproteíny správajú ako „efluxné pumpy“, ktoré aktívne „pumpujú“ molekuly liečiv von z bunky.

Antivirotiká vstupujú do interakcií prostredníctvom cytochrómu P-450 aj P- glykoproteínu. Najväčší interakčný potenciál majú *inhibitory proteáz*. Väčšina interakcií prebieha na úrovni izoenzýmu CYP3A4 (inhibitory, indukory). Interakcie s antivirotikami môžu mať za následok zlyhanie terapie a nárast rezistencie antivirotik, zlyhanie účinku súčasne podávaných liekov, potenciálne nežiaducich účinkov antivirotik a súčasne podávaných liekov. Najzávažnejšie interakcie sú tie, ktoré môžu zvyšovať riziko predĺženia QT intervalu, krvácania a spôsobujú zlyhanie terapie. Informácie o nežiaducich účinkoch a potenciálnych liekových interakciách znižujú riziko vzniku nežiaducich účinkov a riziko zlyhania farmakoterapie.

V súčasnosti sa kladie dôraz nielen na účinnosť terapie, ale aj na jej bezpečnosť. Inovatívne lieky, ktoré sa dostávajú do klinickej praxe majú lepší bezpečnostný profil vzhľadom aj na potenciálne interakcie.

24.Preukázaný dlhodobý profil bezpečnosti a účinnosti dolutegraviru v klinickej praxi.

Vahalová V.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

Účinnosť dolutegraviru v liečbe HIV infekcie bola preukázaná v rozsiahlom programe medzinárodných klinických skúšaní. Štúdie boli realizované medzi naivnými pacientami, suprimovanými pacientami na ich súčasnom režime i pacientami s virologickým zlyhaním. Medzi doteraz neliečenými pacientmi DTG preukázala superiornú účinnosť oproti efavirenz

(EFV) a boostrovanému darunaviru (DRV) a porovnateľnú účinnosť s raltegravirom - inhibítor integrázy s dávkovaním dvakrát denne a bictegravirom. Okrem toho je DTG v porovnaní s NNRTI skupinou liečiv spojený s rýchlejšou supresiou vírusu a zvýšenou bariérou voči rezistencii. Je takisto účinný proti HIV-2 (ktorý je prirodzene do vysokej miery rezistentný na NNRTI). Ďalšie štúdie preukázali, že DTG ako súčasť ART je vysoko účinný v subpopuláciách, vrátane koinfikovaných pacientov s tuberkulózou (TB) v dávke DTG 50mg 2xdenne.

DTG je veľmi dobre tolerovaný liek. Najčastejšie hlásené nežiaduce účinky spojené s DTG sú nauzea, hnačka a bolesť hlavy. V rámci rizika liekových interakcií, či u starších pacientov užívajúcich viacero iných liekov alebo mladšej populácie holdujúcej rekreačným drogám, má dolutegravir nízky potenciál vzniku interakcií.

Podľa najnovších odporúčaní WHO je režim na báze dolutegraviru uvedený ako preferovaný režim v prvej línii pre všetkých dospelých a dospievajúcich ľudí s HIV. Usmernenia taktiež odporúčajú, aby ktokoľvek na zlyhávajúcom režime, ktorý neobsahuje dolutegravir, prešiel na preferovaný režim v kombinácii s dolutegravirom.

25. Dolutegravir v duálnej terapii - nový trend v liečbe HIV infekcie?

Piesecka Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

Možnosti liečby HIV infekcie sa od vzniku kombinovanej antiretrovirusovej terapie (cART) začiatkom 90 rokov značne zlepšili, čo prispelo k významnej redukcii morbidity a mortality spojenej s HIV. Dnes hovoríme o HIV infekcii ako o chronickom ochorení, pri ktorom sa priemerná dĺžka života pomaly približuje k normálu zdravej populácie. Napriek tomu, že pacienti s HIV žijú dlhšie výskumy ukazujú, že viac ako 80% pacientov s HIV nad 50 rokov užíva v priemere 5 a viac liekov vrátane cART. Riziko liekových interakcií, vzniku nežiaducich účinkov a dlhodobej toxicity je tak významne vyššie a závažnejšie. Preto sa kladie vysoký dôraz nielen na preukázanú vysokú antivírusovú účinnosť liečby, ale zároveň čoraz viac na bezpečnosť antiretrovirusovej terapie s minimalizovaním metabolických toxických účinkov pre organizmus.

Podľa medzinárodných odporúčaní je štandardom v liečbe kombinácia 3 aktívnych liečiv minimálne z 2 rôznych liekových tried. Neustále však narastá záujem o stratégie zjednodušenia liečby, ktoré zahŕňajú zníženie farmakologickej záťaže z 3 aktívnych látok na 2 najmä u virologicky suprimovaných pacientov. Cieľom tohto terapeutického prístupu je obmedziť alebo predchádzať dlhodobej toxicite, zvýšiť toleranciu liečby a minimalizovať liekovú záťaž. Práve dostupnosť novších vysoko účinných a dobre tolerovaných antiretrovirových nastolila záujem o tento prístup.

Dolutegravir predstavuje druhú generáciu INSTI so značnými výhodami, vrátane vysokej účinnosti, vysokej genetickej bariéry voči rezistencii vírusu na liečivo a nízkeho rizika liekových interakcií.

Prvé klinické štúdie fázy III. SWORD 1 a 2 preukázali porovnateľnú účinnosť práve dvojkombinácie dolutegravir a rilpivirín oproti štandardným 3 zložkovým režimom počas až 3 rokov u virologicky suprimovaných pacientov. Duálna terapia DTG/RPV je dobre tolerovaná a má preukázaný dlhodobý dobrý bezpečnostný profil s významným zlepšením hodnôt kostných biomarkerov oproti východiskovým hodnotám. Signifikantné zlepšenie renálnych tubulárnych funkcií bolo potvrdené práve po zmene liečby z režimov založených na TDF na kombináciu DTG + RPV.

26.Osýpky a ich komplikácie na východnom Slovensku počas epidémie v rokoch 2018 až 2019.

Čornej T., Zamba Š., Kaňuchová K., Daňová K.
Infektologické oddelenie NsP Š. Kukuru, Michalovce, a.s.

Cieľom autorov práce je prezentácia epidémie osýpok v rokoch 2018 až 2019 na východnom Slovensku.

Osýpky sú akútne horúčkové ochorenie charakterizované katarom horných dýchacích ciest a makulopapulóznym splývavým exantémom. Prameňom nákazy je chorý človek od začiatku katarálneho štádia až do 4.-5.dňa exantémového štádia. Prenos sa uskutočňuje predovšetkým kvapôčkovou cestou. Osýpky patria k najnákazlivejším ochoreniam vôbec.

Incidencia osýpok sa výrazne znížila pravidelným očkovaním od roku 1969. Za posledných dvadsať rokov sa ochorenie na území SR vyskytovalo len sporadicky. Od mája 2018 pozorujeme stúpajúci počet hlásených ochorení v Košickom a od roku 2019 aj v Prešovskom kraji a to nielen u neočkovaných, ale aj u očkovaných osôb.

Na Infektologickom oddelení NsP Michalovce sme od 6. mája 2018 do 6. mája 2019 hospitalizovali 559 pacientov s mierne alebo ťažšie komplikovaným priebehom osýpok. Pacienti s ľahkým priebehom mali izolačný režim v domácich podmienkach. Najpočetnejšou postihnutou vekovou skupinou boli deti do 1 roka. Jednalo sa takmer výlučne o osoby žijúce v nízkom hygienickom štandarde. V úvode teoretickej časti prezentácie sú charakterizované základné poznatky o etiopatogenéze, epidemiológii, klinickom obraze, diagnostike a liečbe osýpok. V praktickej časti prezentácie popisujeme výskyt osýpok a ich komplikácií na východnom Slovensku v rokoch 2018-2019. Sledované boli najmä komplikácie osýpok u hospitalizovaných pacientov, ich relatívny výskyt, ako aj výskyt komplikácií v jednotlivých vekových obdobiach. Hodnotili sme aj prítomnosť vybraných laboratórnych parametrov podporujúcich diagnózu osýpok a zaočkovanosť vo vybranej skupine pacientov.

Záver: V posledných rokoch je celosvetovo zaznamenaných množstvo epidémií osýpok napriek faktu, že vakcinácia proti morbilám je v mnohých štátoch zákonne povinná. Jedna z týchto epidémií zasiahla aj región východného Slovenska. Na základe množstva údajov, ktoré boli zaznamenané počas epidémie je nutné sa sústrediť na dôsledné dodržiavanie princípov povinného očkovania v našej republike. V opačnom prípade bude dochádzať k epidémiám infekčných ochorení čoraz častejšie a na podstatne väčšom území Slovenska.

27.Cesta vlakom k diagnóze.

Rosoľanka R., Krkoška D.
Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

Meningoencefalitída je ochorenie, s ktorým sa infektológ stretáva v každodennej praxi, a ktorá je skoro charakteristická pre odbor infektológia ako taký. Stretávame sa však aj s raritnými ochoreniami z iných odborov, pri ktorých sa uplatňuje sekundárne poškodenie CNS, čo môže dokonale imitovať meningoencefalitídu. V predkladanej kazuistike prezentujeme prípad pacienta, u ktorého stanovenie diagnózy od prvých príznakov trvalo približne 15 rokov. Pri správnej diagnóze bolo možné zahájiť adekvátnu liečbu, ktorá bola pre pacienta zároveň život zachraňujúca.

28.Máme sa riadiť silou podvedomia?

Kršáková A., Soľavová, M.
Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Predstavujeme kazuistiku 40-ročného pacienta, ktorý bol v minulosti liečený pre mykoplazmovú infekciu, hospitalizovaný s 5 - dňovou anamnézou febrilit do 38,3stC, striaškou, bez iných sprievodných ťažkostí. Vstupný objektívny nález bez pozoruhodností. V laboratórných parametroch vysoká zápalová aktivita, elevácia HT s dominanciou drenážnych enzýmov, na rtg snímke hrudníka v.s. bronchopneumónia. Indikovaná empirická liečba v kombinácii cefotaxim a klaritromycin pre možnú spoluúčasť atypickej etiológie. Kultivačný záchyt bol negatívny. Pre pretrvávanie febrilit, trojiciferné CRP a nejednoznačný rtg nález, dyspnoe, realizované statim CT vyšetrenie hrudníka a abdomenu s nálezom susp. čerstvého infiltrátu vpravo bazálne a ak. pankreatitídy Balthazar C. Pankreatické enzýmy len prechodne mierne zvýšené. Liečba modifikovaná na kombináciu pefloxacin s ampicilínsulbaktámom, zavedená diéta, hepatoprotektíva, konzultovaný internista preklad neindikoval vzhľadom na dobrý klinický stav. Pre suicidálne tendencie, výraznú úzkosť s vegetatívnou symptomatológiou /vracanie, tachykardia/ sme podávali anxiolytiká, konzultovali sme psychiatra. Následne na 5.deň pacient somnolentný, dysartrický, reaguje adekvátne, realizované statimové vyšetrenie mozgu s nálezom susp. edému mozgového parenchýmu O bilat., parc. T bilat., susp. edém cerebella, bez expanzívnych ložiskových zmien. Následne realizovaná dg LP - likvor svedčí pre purulentnú meningitídu. V kontrolnom laboratórnom skríningu registrujeme vzostup leukocytózy, trojiciferné CRP a pozit. procalcitonin, retenciu N- látok v.s. z prerenálnych príčin. Pacienta sme po konzultácii preložili na KAİM, tam bola opakovane modifikovaná terapia pre akútne renálne zlyhanie, rozvrat vnútorného prostredia, zmenená atb terapia aj pre NN a i napriek komplexnej intenzívnej starostlivosti dochádza k exitu. Pitevný protokol potvrdil všetky 3 diagnózy: bronchopneumóniu, pankreatitídu aj meningitídu.

29. Neobvyklý patogén v kolene.

Kurjaková L., Lesňáková D., Špiláková N., Sinajová E.
Oddelenie infektologie FNŠP J.A.Reimana Prešov.

Infekcia *Yersinia enterocolitica* prebieha vo väčšine prípadov ako akútna enterokolitída sprevádzaná febrilitami, krvavými hnačkami a bolesťami brucha, menej často sú pozorované komplikácie vo forme reaktívnej artritídy, erythemanodosum, Reitterovho syndrómu. Extrémne vzácny je výskyt extraintestinálnej formy infekcie s bakteriémiou alebo bez nej, prejavujúcej sa okrem iného ako septická artritída. Najčastejšie k bakteriémii dochádza u imunokompromitovaných alebo starších osôb, následkom čoho môžu vzniknúť metastatické ložiská infekcie v rôznych orgánoch.

V prezentovanej kazuistike uvádzame prípad 79-ročného pacienta, bez udania dyspeptických ťažkostí v predchorobí, s kultivačne potvrdenou septickou artritídou kolena spôsobenou infekciou *Yersinia enterocolitica*.

30. Gastrointestinálna infekcia ako kľúčový faktor v etiopatogenéze chronickej urtikárie (kazuistika).

Zahornacký O.

Klinika infektologie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Chronická urtikária je definovaná ako denný resp. takmer denný výskyt typických kožných eflorescencií - urtik, ktorý pretrváva 6 a viac mesiacov. Postihuje približne 1 % populácie s rôzne dlhým trvaním. Až v 70% prípadov prebieha ochorenie pod obrazom chronickej idiopatickej urtikárie bez objasňujúcej príčiny. Chronická gastritída vyvolaná infekciou *Helicobacter pylori* postihuje dve tretiny svetovej populácie a je jednou z najbežnejších chronických zápalových ochorení u ľudí. Medzi typické klinické príznaky patrí vredová

choroba so svojimi komplikáciami. Nedávne výskumy ukazujú, že infekcia *H. pylori* zohráva významnú úlohu aj v patogenéze iných, extraintestinálnych ochorení, napríklad ochorení kože. V prednáške autori opisujú kazuistiku 27 ročného pacienta s denným, pomerne výrazným urtikariárnym generalizovaným exantémom, s veľmi slabou reakciou na bežne podávané antihistaminiká, kortikoidy a ich kombinácie. V rámci diferenciálnej diagnostiky boli vylúčené systémové autoimunitné ochorenia, následne bol u pacienta vyšetrený aj antigén *H.pylori* v stolici s pozitívnym výsledkom. Po nasadení eradikačnej liečby sa klinický stav pacienta významne zlepšil, dochádza k regresii exantému, pacient pokračuje v udržiavacej liečbe antihistaminikami s postupnou detrakciou dávky. Kontrolné vyšetrenie antigén *H.pylori* v stolici je negatívne.

31.Lyellov syndróm - toxická epidermálna nekrolýza po užití amoxipenicilínu u 26 ročnej pacientky (kazuistika).

Paličková T., Pochybová M.

Infektologická klinika ÚVN SNP Ružomberok.

Toxická epidermálna nekrolýza (Lyellov syndróm), je veľmi vzácné závažné systémové ochorenie vznikajúce ako autoimunitná reakcia (najčastejšie na liek) s dominantným prejavom na koži a slizniciach. V tejto kazuistike prezentujeme aktuálny klinický prípad mladej pacientky odoslanej do Infektologickej kliniky internistom pre febrilný stav a celotelový toxoalergický exantém s podozrením na infekčnú mononukleózu.

Za našou pracovnou diagnózou infekčná mononukleóza sa v skutočnosti skrýval Lyellov syndróm. Spúšťačom ochorenia bolo pravdepodobne užitie 1 tablety amoxipenicilínu, predpísaného obvodným lekárom pre infekť horných dýchacích ciest v teréne značne imunokompromitovaného organizmu.

Cieľom tejto prednášky je pripomenúť si toto raritné ochorenie s dôrazom na dôležitosť multidisciplinárneho postupu nielen pri diagnostike tohto ochorenia, ale najmä v jeho liečbe.

Kľúčové slová: Lyellov syndróm, alergická reakcia, antibiotikum

32.Zdravotníckí zamestnanci a/verzus klienti nemocníc a ambulancií.

Lužinský L.

Infektologická ambulancia, Nemonica Zvolen, a.s., člen skupiny Agel.

Medzil'udské vzťahy sú v súčasnosti zložité, Závisa od mnohých faktorov, ktorými sa zaoberá sociálna psychológia a jej ideové zdroje. Závisia od sociálnej role jednotlivca (vonkajšie správanie, vedomosti, city), čo vytvára určitú architektúru citového správania. Sú zložité na Slovensku, vo V4, v Európe, ale aj na celom svete. V zdravotníctve majú navyše určité špecifikum. Konštatujem súčasné dianie, často nesúhlasím, návodna "zlepšenie" nenachádzam.

33.Lemierrov syndróm vyvolaný *Klebsiella pneumoniae* komplikovaný epidurálnym abscesom.

Sabaka P, Káčerová H, Sarvašová M, Bendžala M.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

Klebsiella pneumoniae je extrémne zriedkavým pôvodcom Lemierrovho syndrómu. Ten predstavuje orofaryngeálnu infekciu komplikovanú septickou trombózou vena jugularis interna a obyčajne je asociovaný s infekciou *Fusobacterium necrophorum*. V tejto práci prezentujeme prípad pacienta s Lemierrovým syndrómom vyvolaným *Klebsiella pneumoniae* komplikovaným epidurálnym abscesom. Podobný prípad v literatúre zatiaľ nebol opísaný.

Pacient navštívil infektologickú ambulanciu pre silné bolesti v nuchálnej oblasti, horúčku ktorej predchádzali mierne bolesti hrdla. Pri objektívnom vyšetrení výrazná opozícia šije imitovala meningitídu. Počítačová tomografia odhalila rozsiahli absces krku s trombózou vena jugularis interna vľavo a magnetická rezonancia krčnej chrbtice odhalila tekutinovú kolekciu v epidurálnom priestore. Kultivácia hnisu z abscesu ako aj hemokultúra odhalila *Klebsiella pneumoniae*. Pacient bol liečený kombináciou chirurgickej drenáže a potentnou kombinovanou antibiotickou liečbou a kompletne sa zotavil. Význam prezentácie tohoto prípadu spočíva vo vyzdvynutí dôležitosti pokrytia aj Gramm negatívnej aeróbnej flóry pri liečbe komplikovaných prípadov Lemierrovho syndrómu.

34.Meningitída vyvolaná *Streptococcus pyogenes* - kazuitika a stručný prehľad.

Sabaka P, Káčerová H, Sarvašová M, Stankovič I.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

Spreptokoky skupiny A sú veľmi vzácnym etiologickým agensom purulentnej meningitídy. Meningitída spôsobená *Streptococcus pyogenes* je asociovaná s výrazne vyšším rizikom komplikácií, smrti a reziduálnych neurologických príznakov. Táto prezentácia približuje prípad meningitídy vyvolanej *Streptococcus pyogenes* u dospelého muža a prináša stručný prehľad poznatkov o tomto ochorení.

35.Prevenia invázných meningokokových ochorení - Kedy? Ako? Prečo?

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice.

Pozn.: prednáška sponzorovaná firmou Glaxo.

Invázne meningokokové ochorenia (IMO) sú menej časté, ale život ohrozujúce ochorenia spojené s vysokou smrtnosťou (8-15% aj v prípade adekvátnej liečby) a častým výskytom celoživotných následkov (do 20%). Ich priebeh je často fulminantný a úmrtie môže nastať do 24-48 hodín po objavení prvých príznakov. Vyvolávateľmi IMO sú séroskupiny A, B, C, W135 a Y, pričom skupina B je u nás najčastejšou a v SR vyvoláva okolo 70% všetkých IMO. Rýchla progresia ochorenia spôsobená rýchlou replikáciou *N. meningitidis* v tele a často neskorá hospitalizácia necháva málo času na adekvátnu medicínsku intervenciu. Určité skupiny pacientov, ako napríklad dojčatá, malé deti, dospievajúci, asplenicí, pacienti s deficitom komplementu a iní, sú vo zvýšenom riziku vzniku IMO a preto je u nich potrebné venovať zvýšenú pozornosť aj prevencii týchto ochorení. Štvorzložková proteínová vakcína proti meningokokom séroskupiny B (4CMenB) je indikovaná na aktívnu imunizáciu jedincov vo veku od 2 mesiacov a starších proti IMO spôsobenému *N. meningitidis* skupiny B. Vývoj 4CMenB bol náročný kvôli štrukturálnej homológii kapsulárneho polysacharidu meningokoka B s ľudským tkanivom. Vakcína vďaka svojmu zloženiu môže sprostredkovať synergické usmrcovanie a zlepšiť pokrytie kmeňov meningokokov séroskupiny B, ktoré sú geneticky veľmi variabilné. Autor v prednáške poskytne prehľad klinických a epidemiologických charakteristík, rizikových skupín, informácie o možnostiach očkovania na Slovensku a taktiež údaje z použitia vakcíny 4CMenB v podmienkach reálneho života.

36.Očkovanie u pacientov s aspléniou - naše prvé skúsenosti.

Kropáčeková K., Modynets T., Vološinová D.

Oddelenie infektológie FNŠP FDR Banská Bystrica.

Asplénia je stav, kedy u pacienta definitívne chýba slezina (anatomická asplénia), resp. slezina definitívne stratila svoju funkciu (funkčná asplénia).

Anatomická asplénia najčastejšie vzniká operačným zákrokom – splenektómiou (posttraumatickou, resp. diagnosticko-terapeutickou pri niektorých hematologických ochoreniach), alebo je chýbanie sleziny kongenitálne.

Pacienti s aspléniou sú v celožitovne ohrození závažne prebiehajúcimi infekciami, najmä opuzdrenými baktériami – *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*. Život ohrozujúcim stavom u týchto pacientov je tzv. syndróm OPSI – Overwhelming Post Splenectomy Infection. Ide o syndróm fulminantne prebiehajúcej sepsy bez typickej klinickej manifestácie infekcie (sinusitída, otitída, pneumónia). Je spojený s pomerne vysokou mortalitou, najmä v prvých rokoch po splenektómii.

Okrem infekčných komplikácií majú pacienti s aspléniou zvýšené riziko trombotických komplikácií a v dlhodobom horizonte aj vyššie riziko vzniku nádorových ochorení.

V prevencii infekčných komplikácií u pacientov s aspléniou je, popri edukácii pacientov a ich blízkeho okolia, kľúčové očkovanie, profylaktická antimikrobiálna liečba a včasná empirická antimikrobiálna liečba febrilných epizód.

Očkovanie zahŕňa prednostne vakcínu proti pneumokokovým inváznym ochoreniam, meningokokové vakcíny, vakcínu proti *Haemophilus influenzae* typ b (t.č. na Slovensku nedostupná) a každoročné očkovanie proti chrípke. Ďalšie očkovania sa zvažujú individuálne. Na našom pracovisku sa očkovaniu pacientov s aspléniou venujeme od januára 2019. K dnešnému dňu evidujeme 12 pacientov pred alebo po splenektómii z rôznych indikácií. Realizujeme očkovanie proti pneumokokom a meningokokom a menežujeme profylaktickú antibiotickú terapiu. Odporúčame každoročné očkovanie proti chrípke a včasný menežment febrilných epizód. Cieľom do budúcnosti je zlepšiť osvetu u pacientov s aspléniou a u ich okolia, ale aj rozvinúť spoluprácu s praktickými lekármi, chirurgickými odborníkmi a hematológmi v menežmente týchto pacientov.

37. Listeriová endokarditída – diagnostická a terapeutická výzva

Hockicková I.¹, Hockicko J.¹, Porubčin Š.¹, Nagyová P.²

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice¹, II. Kardiologická klinika, Východoslovenský ústav srdcových chorôb Košice.²

Listeria monocytogenes je gram-pozitívna tyčinka, ktorá sa nachádza bežne v prírode. Človek sa infikuje buď požitím kontaminovanej potravy, alebo kontaktom so zvieratami. Ochorenie najčastejšie postihuje imunokompromitovaných pacientov, starších ľudí, tehotné ženy a deti do prvého roka života. Medzi najzávažnejšie klinické manifestácie listeriózy patrí hnisavá meningitída, septický stav pripomínajúci brušný týfus, nekrotizujúca angína. V našej prednáške prinášame kazuistiku raritnej klinickej manifestácie listeriózy u 62 ročného pacienta hospitalizovaného na Klinike infektológie a cestovnej medicíny v Košiciach, u ktorého bola diagnostikovaná listeriová endokarditída s veľmi závažným priebehom, ktorá vyústila až do emergentného kardiochirurgického výkonu.

38. Čo sa skrývalo za akútnou gastritídou.

Andrašovičová Burdová J.¹, Piesecká E.¹, Pechočiaková Z.²

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra¹, Klinika novorodencov, detí a dorastu FN Nitra².

Zvracanie je komplexný reflexný dej, pri ktorom dochádza k násilnému vypudeniu obsahu žalúdka cez pažerák a dutinu ústnu. Ide o častý príznak chorôb v detskom veku. Niekedy ide o nezávažný, inokedy o prvý príznak závažnej poruchy gastrointestinálneho traktu alebo celkovej choroby. Etiológia je pomerne široká a zahŕňa celú škálu ochorení a vyvolávajúcich príčin, ktoré postihujú tráviaci trakt. V diferenciálnej diagnostike zvracania

v detskom veku zohráva dôležitú úlohu samotný vek dieťaťa. Z príčin zvracania u detí ide najčastejšie o funkčné zvracanie, gastroezofageálny reflux, obštrukciu tráviaceho traktu, metabolické, respiračné, neurologické či renálne choroby, ako i choroby samotného gastrointestinálneho traktu, infekciu, u starších detí i lieky.

Autori prezentujú tri kazuistiky detí rôznej vekovej kategórie, ktoré boli prijaté na Infekčnú kliniku FN Nitra s pracovnou diagnózou akútnej gastritídy. U každého z nich sa diferenciálnou diagnostikou potvrdila pomerne netypická a najmä značne prekvapivá etiológia zvracania, čo poukazuje na fakt, že aj u detského pacienta je nutné myslieť aj na inú príčinu zvracania ako len na „gastritídu“.

Abstrakty sestier.

1. Herpetické infekcie.

Gažúrová G., Blahová S., Murcinová M.
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Infekcie vyvolané vírusom Herpes simplex patria medzi najčastejšie sa vyskytujúce vírusové ochorenia kože. Väčšina z nich prebieha latentne, bez prejavov, ale čoraz viac narastá počet klinicky manifestných ochorení spôsobených oboma formami vírusu – HSV1 aj HSV2. Herpes simplex vírus (HSV) postihuje pomerne veľkú časť populácie a je zodpovedný za širokú škálu klinických manifestácií od miernych prejavov, cez dyskomfort až po smrť pacienta.

Herpes simplex faciei – inkubačná doba je 2 – 5 dní. Po iniciálnom svrbení, pálení alebo bolesti sa na tvári v mieste drobných poranení tvoria herpetiformne usporiadané drobné vezikuly na erytematóznej spodine, ktoré postupne zasychajú alebo praskajú a menia sa na erózie. Tie sa potom kryjú krustami. Ložiská sa hoja bez jaziev. V niektorých prípadoch môže byť prítomný opuch regionálnych lymfatických uzlín. V prednáške prezentujeme 2 kazuistiky ako herpetická infekcia na tvári ovplyvnila pacientom kvalitu života.

2. Bezpečnosť pacienta v infektológii

Jamrichová E., Sanches López F.
Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Cieľom prezentácie je poukázať na faktory, ktoré nám bližšie špecifikujú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a z nich vychádzajúce zásady bezpečnosti. Bezpečnosť pacienta je všeobecne vnímaná ako základný atribút kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Cieľom modernej medicíny je analyzovať riziká a zamerať sa na kľúčové faktory, ktoré môžu negatívne ovplyvniť pacienta. Jedným z najrizikovejších sú ľudské zdroje. V rámci svojich možností môže sestra oveľa významnejšie ovplyvniť kvalitu ako sa na prvý pohľad zdá. Odporúčania sú zamerané na ošetrovatelstvo v infektológii vychádzajúce z dostupných štatistických ukazovateľov.

3. Čo dokáže vírus.

Jankolová D., Pravňanová P.
Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

Herpetické vírusy patria k najrozšírenejším v ľudskej populácii. Sú zodpovedné za široké spektrum ochorení od klinicky nezávažného labiálneho herpesu až po fatálne ochorenie typu herpetickej encefalitídy. Súčasnosť so sebou prináša celosvetovo stúpajúci počet herpetických ochorení, narastá i závažnosť ich klinického priebehu, zvlášť u pacientov s poruchou imunity.

4. Manažment pacienta s HCV z pohľadu sestry.

Broškovičová B.
Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

VHC je chronická vírusová infekcia, ktorú môžeme v súčasnosti úplne vyliečiť. Za posledné roky bol dosiahnutý dramatický skok v zmysle zvýšenia účinnosti protivírusovej liečby, zníženia nežiadúcich účinkov a skrátenia doby liečby.

Liečba VHC má svoju históriu od roku 1986, kedy sa aplikoval klasický IFN alfa. Až do roku 2010 boli všetky liečbené režimy VHC založené na podávaní IFN alfa, pegylovaného IFN a ribavirinu, následne sa podávala kombinácia tzv. priamo pôsobiacich antivirotik (DAAs) a v súčasnosti sa podáva pangenotypová antivírusová liečba.

Hodnotenie úspešnosti eradikácie vírusu je stanovené ako nedetekovateľná HCV RNA v dobe 12 a 24 týždňov po ukončení celkovej doby liečby (sustained virological response – SVR).

Prognóza ochorenia po dosiahnutí vyliečenia infekcie je definovaná stupňom pokročilosti pečenej fibrózy v okamžiku zahájenia liečby. Účinnosť liečby je relatívne najnižšia u pacienta s pokročilou dekompenzovanou cirhózou. U ostatných pacientov presahuje SVR 95%.

SVR vedie k poklesu mortality i morbidity a ku zlepšeniu kvality života. Pacienti, ktorí dosiahli SVR, majú nižšiu incidenciu všetkých hepatálnych komplikácií (pečeňová encefalopatia, ascites, krvácanie z varixov a pravdepodobne i HCC).

V prednáške autorka popisuje prácu sestry u pacienta s diagnostikovanou vírusovou hepatitídou.

5.Kazuistika u pacienta s koinfekciou HIV/HCV.

Jatiová D.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava.

koinfekcia- u pacienta znamená, že je infikovaný viac než jednou infekciou alebo chorobou. Veľmi častou koinfekciou u pacientov HIV pozitívnych býva hepatitída B, hepat. C, tuberkulóza, syfilis a iné pohlavné prenosné ochorenia. U HIV pozitívnych pacientov, čiže u imunokompromitovaných je zvýšené riziko koinfekcie, ktoré je spôsobené, oslabeným imunitným systémom. Vieme, že vírus hepat. C, sa prenáša krvou, preto, koinfekcia s HIV je veľmi častá. Koinfekcia HIV a hepat. C je rizikový faktor hepatocelulárneho karcinómu a preto je dôležité začať čo najskôr začať liečbu hepat. C.

Kazuistika - jedná sa o pacienta vietnamskej národnosti, bývalého drogového závislého, s pozitívitou HIV. Zistená hepat. C. Bol nastavený na liečbu.

6.Doma je doma.

Trtílková E., Sajdaková B.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

Zdravie je stav telesného, duševného a sociálneho blaha. Pre jedinca má zdravie obrovský význam. Pri strate zdravia sa veľakrát vraciame domov, kdemáme pocit istoty, bezpečia a rodinnej pohody. Nebolo to inak ani v prípade pacienta s rozvinutou HIV infekciou.

Prvé príznaky HIV infekcie sú ľahko zameniteľné s chrípkovým ochorením a objavujú sa 2–3 týždne od infikovania. Avšak človek nakazený vírusom HIV nemusí mať dlhú dobu žiadne zdravotné problémy a preto ani netuší, že je nosičom HIV vírusu, ale už v tomto období môže preniesť infekciu na ďalšie osoby. To sa stalo i nášmu pacientovi.

7.ENVIBAG – ekologickejšia budúcnosť infúzných roztokov.

Knopová N.

Imuna PHARM.a.s. Šarišské Michal'any.

Abstrakt nedodaný.

8. Dekubity.

Bočgay M., Suchá M., Petříková J., Eštoková N.
Infektologické oddelenie FNŠP FDR Banská Bystrica.

Abstrakt nedodaný.

9. KOIS pri spondylodiscitídach

Baková L., Mináriková K.
Kardiologická klinika, FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Spondylodiscitída je vzácna príčina bolestí chrbtice v porovnaní s primárne vertebrogénnou etiológiou na podklade funkčných a degeneratívnych zmien chrbtice, ale jej výskyt sa posledných 20 rokov v Európe stále zvyšuje. Za stúpajúcim výskytom spondylodiscitíd stojí predlžujúca sa dĺžka života, nárast imunosupresívnych pacientov ako aj mladých užívateľov drog.

Klinickému obrazu dominuje akútna bolesť, často spojená s poruchou hybnosti a svalového tonusu. Terapeutický prístup k pacientovi je vysoko individuálny najmä s ohľadom na neurologické postihnutie, prítomnosť nestability chrbtice a celkový stav pacienta. Cieľom je úplné vyliečenie zápalu. Podávaním antibiotík cielene a dlhodobo.

Z hľadiska komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je nutné si uvedomiť, že toto ochorenie predstavuje dlhodobú hospitalizáciu a že pacient je častokrát plne odkázaný na pomoc zdravotníckeho personálu. Ľudia často určujú svoj zdravotný a fyzický stav od schopnosti pohybovať sa, pretože aj ich duševné zdravie a efektívnosť telesných funkcií veľmi závisia od týchto vlastností. Schopnosť pohybovať sa ovplyvňuje sebaúctu i celkový vzťah tela a je základom nezávislosti. Ťažisko komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti spočíva v predchádzaní komplikácií z dlhodobého pobytu na lôžku, udržaní a zvyšovaní sebestačnosti pacienta.

10. S kiahňami do nemocnice?

Kasalová M., Hudáková M.
Detské infekčné oddelenie DFN Košice.

Ovčie kiahne sú akútne vírusové ochorenie, ktoré je charakteristické práve pre detský vek a je typické výskytom makulo-papulo-vezikulózných eflorescencií. Pôvodcom ochorenia je Herpes zoster vírus. Inkubačná doba je spravidla 14-21 dní. Pacient je infekčný pre svoje okolie už 2 dni pred výskytom prvých vyrážok až do premeny najneskôr vzniknutých eflorescencií na krusty – spravidla 7 dní.

Ochorenie spravidla prebieha v štádiách – prodromálne: trvá 1-2 dni a prejavuje sa miernou horúčkou. Exantémové štádium – plynulo nadväzuje na prodromy. Častejšie sa však ochorenie začína priamo vyrážkou. Najprv sú to drobné makuly, ktoré sa rýchlo menia na tmavoružové papulky, neskôr vezikuly, ktoré sú obklopené červeným lemom. Obsah pľuzgierika sa v priebehu 24 hodín skalí. Po prvom rozseve, nasledujú vo vlnách ďalšie erupcie, preto je na koži možné pozorovať všetky štádiá súčasne. Výsev pozorujeme najskôr na tvári, vlasatej časti hlavy, šíri sa na driek, končatiny. Charakteristické je nepríjemné svrbenie kože až bolesť, bolesti hlavy. Zvyčajne sú pacienti v domácej izolácii, ak sa vyskytnú komplikácie – je nutná izolácia v nemocnici.

Po prekonaní klinickej infekcie vírus pretrváva v organizme v latentnom stave. Pri záťaži organizmu chorobou, môže sa opäť aktivovať ako herpes zoster. Vzhľadom na rozšírenosť a nákazlivosť ochorenia je najúčinnnejším spôsobom ako mu predísť – očkovanie.

11.Spondylodiscitída.

Frátriková M., Hoššová S.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UN Martin.

Spondylodiscitída je zápalové ochorenie spôsobené infekciou, teda vniknutím mikroorganizmov do oblasti chrbtice.Zasahuje medzistavcovú platničku , kryciu dosku a telo stavca . Ochorenie spôsobuje poškodenie týchto časti.Ide o menej časté ochorenie.Častejšie postihuje mužov a najčastejšie vypukne po 50 roku života.

V prednáške je prezentovaná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta so Spondylodiscitídou so septickým priebehom.

12.Význam sestry v prevencii nozokomiálnej infekcie.

Zaťková B., Hostovecká S., Korecová L.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Sestra prichádza do kontaktu s infikovanými osobami, materiálom, pôsobia na ňu nepriaznivé vplyvy pracovného prostredia, ktoré môžu vyvolať frustračné stavy, vedomie ohrozenia a riziká profesionálneho poškodenia. Sestra vo fáze plánovania ošetrovateľskej starostlivosti si určuje priority, vytyčuje ciele a plánuje výsledné kritériá pre pacienta. Intervenciami sa zameria na riešenie konkrétnych problémov. Dodržiava zásady správnej dekontaminácie, ktorej úlohou je ničenie mikróbov a boj proti všetkým možným prenášačom. Ujasňuje si pojmy asepsy a antisepsy, dbá o hygienu rúk, aby sa minimalizovalo riziko prenosu infekcie. Je nutné dostatočné umývanie a dezinfekcia rúk zdravotného personálu, vhodná voľba mydla a dezinfekčného prostriedku.

13.Správna hygiena rúk ako najúčinnjší spôsob prevencie infekcií.

Kyjacová V., Janeková L.

Hartmann-Rico spol.s.r.o.

Nozokomiálne infekcie alebo infekcie súvisiace so zdravotníckou starostlivosťou sú neustále predmetom záujmu odbornej verejnosti. Tieto infekcie spôsobujú vážne zdravotné následky, úmrtie veľkého počtu pacientov, vysokú ekonomickú a sociálnu záťaž.V priemere 7 % pacientov v zdravotníckom zariadení v rozvinutých krajinách a 10 % v rozvojových získa aspoň jednu nozokomiálnu nákazu. Až 10 % postihnutých rizikových pacientov zomiera. Je preukázané, že jeden ošetrovací deň pacienta s nozokomiálnou nákazou je 2-násobne drahší a pobyt tohto pacienta je 3-násobne dlhší.

Najčastejším faktorom prenosu patogénov v zdravotníckom zariadení sú ruky zdravotníckych pracovníkov.V priemere 60-80% nozokomiálnych infekcií je prenesených práve rukami zdravotníkov.Správna hygiena rúk v zdravotníckom zariadení predstavuje najjednoduchší, najlacnejší a najefektívnejší spôsob ochrany a prevencie šírenia nozokomiálnych nákaz a antibiotickej rezistencie, avšak iba za predpokladu, že sa vykonáva správne a v správnom momente. Preto je veľmi dôležité vzdelávanie zdravotníckeho personálu v oblasti hygieny rúk a správne rozmiestnenie dávkovačov v zariadení.

Zvýšenie nákladov, či úspora financií? Nárast spotreby alkoholovej dezinfekciena ruky zvyšuje náklady na dezinfekčné prípravky, avšak v konečnom dôsledku znamená úsporu finančných prostriedkov. Znižuje sa spotreba antibiotík, klesá počet reoperácií, skracuje sa dĺžka pobytu pacienta a klesajú náklady na špeciálny zdravotnícky materiál.Množstvo štúdií potvrdilo, že dodržiavanie zásad hygieny rúk významným spôsobom znižuje výskyt nozokomiálnych nákaz.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) každoročne pri príležitosti Svetového dňa čistých rúk 5. mája vyzýva k zlepšeniu hygieny rúk za účelom ochrany verejného zdravia. Zvyšovanie povedomia o správnej dezinfekcii rúk má významnú úlohu pri znižovaní počtu infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou alebo získaných počas poskytovania zdravotnej starostlivosti. Cieľom kampane WHO „SaveLives: CleanYourHands“ („Dezinfikuj si ruky – zachrániš život“), je poukázať, že správna hygiena rúk patrí medzi najdôležitejšie spôsoby prevencie nozokomiálnych nákaz. Heslom Svetového dňa čistých rúk 2019 je „Bezpečná zdravotná starostlivosť – je to vo vašich rukách“.

14.Čo parazituje na našej koži.

Kollárová H., Ozaniaková M.

Detské infekčné oddelenie DFN Košice.

Parazit je organizmus, ktorý žije na úkor iného organizmu počas časti životnej etapy alebo celý život. Parazity môžu v hostiteľovi dospievať – hovoríme o definitívnom hostiteľovi, pohlavne nedospievať – medzihostiteľ, alebo parazity sa v hostiteľovi zhromažďujú a prežívajú – paratenický hostiteľ.

Blcha – bezkrídly hmyz, dožíva sa až 3 rokov, na hostiteľa dokáže čakať aj 1 rok, je rozšírená kozmopolitne – v sociálne a hygienicky zanedbanom prostredí, živí sa krvou hostiteľa a po bodnutí zanecháva na koži pupenec so stredovou krvavou škvrnou, ktorá svrbí, zvyčajne po 3 dňoch zmizne.

Ploštica – bezkrídly hmyz, dožíva sa približne 2 rokov, na hostiteľa dokáže čakať aj 140 dní, vyskytuje sa na miestach, kde sa strieda veľké množstvo ľudí, je svetloplachá -cez deň sa skrýva, bodnutie nie citelné, reakcia po vpichu môže trvať až 3 dni, na koži sa objavajú skupiny červených miest so stopami po vpichnutí.

Zákožka svrabová – mikroskopický roztoč, prežíva 3 – 6 týždňov, mimo ľudského tela 2-3 dni, vyvíja sa z vajíčka – neskôr larvy, ktoré na povrchu kože zaliezajú do vlasových vačkov a živia sa mazom. Celý vývoj trvá asi 14 dní.

Svrab – nákazlivé ochorenie kože, ktoré sa prenáša z človeka na človeka, inkubačná doba 1 – 3 týždne. Hlavnými klinickými príznakmi sú: svrbenie, vyrážky. Diagnostikuje sa podľa typického miesta postihnutia – vytvorenie chodbičiek na koži. Liečba spočíva v ošetrovaní kože celého tela počas 3 dní. Po liečbe nasleduje kúpeľ. Ak sú komplikácie – vyrážky sa infikujú, je potrebná antibiotická liečba.

15.Ošetrovateľská starostlivosť pri stafylokokovej infekcii.

Hrušková M., Libiaková D., Badáňová J.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Abstrakt nedodaný.

16.Spánok a jeho poruchy.

Trpišková L., Nochtová D., Baková L.

MediKlinik, Levice.

Spánok je dôležitý, dokonca oveľa dôležitejší ako si niektorí myslíme...

Je to stav organizmu charakterizovaný **odpočinkom a regeneráciou** a to tak z hľadiska fyziologického, ako aj z hľadiska psychického. Hlavným cieľom spánku je teda **oddych a regenerácia** celého organizmu. Dôsledky nedostatku spánku sú naozaj vážne, či už ide len o krátkodobú absenciu spánku alebo aj dlhodobú nespavosť.

To koľko by mal trvať zdravý spánok, je **veľmi individuálne a dôležitá je ale nielen kvantita** z hľadiska časového úseku, ale samozrejme aj kvalita spánku. Kvalitný spánok posudzujeme

podľa toho, ako sa nám vstáva, čo je subjektívne vnímanie. Objektívne je to čas medzi týmito momentmi. V súčasnosti sa kvalita spánku môže zmerať v spánkových laboratóriách. Vďaka ich rozvoju sa v posledných rokoch stále častejšie stretávame s diagnózou syndróm obštrukčného spánkového apnoe, ktorej je venovaná stále väčšia pozornosť. Z hľadiska mortality a morbidity ide o najčastejšiu poruchu dýchania v spánku.

Jeho dlhodobý nedostatok, ale tiež nadbytok, ako aj nekvalitný spánok zvyšuje riziko najrôznejších chorôb.

Môžeme teda povedať, že kľudný a dostatočný spánok je životne dôležitý a je jeden zo základných pilierov zdravia.

17.Bolesť - nepriateľ dieťaťa.

Ligačová K.¹, Polčíková A.², Suttoová A.²

Klinika novorodencov, detí a dorastu FSVaZ pri UKF v Nitre¹, Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra².

Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú prežívanie bolesti u dieťaťa patria: prostredie, zdravotnícky personál a rodičia. Skúmané faktory - prostredie, zdravotnícky personál, rodičia vo veľkej miere ovplyvňujú správanie a prežívanie bolesti u detského pacienta. Tieto faktory sú problémovou oblasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Negatívny vplyv nemocničného prostredia podnecuje strach a obavy pred samotným ošetrením. Túto situáciu do značnej miery pozitívne ovplyvňujú sestry svojím holistickým a profesionálnym prístupom a využívaním alternatívnych spôsobov pri tlmení detskej bolesti. Chýba spolupráca rodičov, ktorí nedokážu pripraviť svoje dieťa na bolesť, účinne ju zvládať, pretože nemajú dostatok informácií o tejto závažnej problematike.

Kľúčové slová: dieťa, bolesť, hodnotenie bolesti, faktory, liečba

18.Pedikulóza – stále aktuálny problém.

Balintová E., Sekeráková A.

Detské infekčné oddelenie DFN Košice.

Vši sú drobný, bezkrídly parazitický hmyz, hostiteľsky špecifický. Vývoj z vajíčka až po dospelú voš trvá približne 20 – 30 dní. Dospelý jedinec žije približne 40 dní.

Na človeku parazitujú tri druhy: voš detská hlavová – pediculus capitis, voš šatová – pediculus corporis, voš lonová – phthirus pubis.

Voš detská hlavová – vlasová žije vo vlasatej časti hlavy, ale aj na brade, fúzoch, obočí. Zdrojom nákazy je zavšivavený človek. Šíri sa priamo – dotykom, alebo nepriamo – prikrývkami hlavy, odevom, posteľnou bielizňou. Zavšivavenie sa prejavuje 1- 4 dni po nákuze, Dieťa sa škrabe, nemôže zaspáť. Rozškriabaná rana môže byť vstupnou bránou infekcie.

19.Vieme správne edukovať?

Tamášová N., Fulopová A., Galová J.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Edukácia je komplex aktivít zameraných na sústavné zvyšovanie zdravotného uvedomenia. Ide o mnohostrannú vzdelávaciu a výchovnú činnosť, ktorá formuje uvedomelé a zodpovedné správanie sa človeka v záujme rozvoja, zachovania a obnovenia jeho zdravia a práceschopnosti. Jej cieľom je získať pacientov, klientov, rodinu, komunitu pre individuálnu aj spoločenskú prevenciu v zmysle aktívnej účasti na procese podpory a ochrany zdravia,

utvárania zdravého životného prostredia, dodržiavania zásad správneho životného štýlu a osvojenia si vhodných zdravotných návykov.

GENERÁLNÍ PARTNERI



GSK ZASTUPUJE SPOLOČNOSŤ
ViiV HEALTHCARE V HIV OBLASTI

abbvie

ZLATÝ PARTNER



STRIEBORNÝ PARTNER



PARTNERI





13. CELOSLOVENSKÁ INFEKTOLOGICKÁ KONFERENCIA
Zborník abstraktov

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2019

Náklad: 200

Rozsah strán: 48

Rozsah AH: 2,83

Vydanie: prvé

Tlač: EQUILIBRIA, s.r.o.

ISBN 978-80-8152-779-1