

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta

Univerzitná nemocnica L.Pasteura v Košiciach

Detská fakultná nemocnica v Košiciach

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek



VÁS POZÝVAJÚ NA

XXVI. SLOVENSKO-ČESKÝ KONGRES O INFEKČNÝCH CHOROBÁCH

TÉMY KONGRESU:

LEKÁRSKA SEKCIA

- VYBRANÉ ČESKÉ A SLOVENSKÉ PRENÁŠKY
- COVID 19
- ANTIMIKROBIÁLNA LIEČBA, RESPIRAČNÉ INFEKCIE
- VÍRUSOVÉ HEPATITÍDY
- PARAZITÁRNE A MYKOTICKÉ INFEKCIE
- INFEKCIE KOŽE A MÄKKÝCH TKANÍV, NEUROINFEKCIE, VARIA

SEKCIA ZDRAVOTNÝCH SESTIER

- NOVINKY V OŠETROVATEĽSTVE
- VARIA

ŠTRBSKÉ PLESO
26. – 28. apríl 2023

Všeobecné informácie:

Miesto konania:

Hotel Patria – Štrbské Pleso

Rokovacie jazyky:

Slovenčina, čeština, angličtina (bez tlmočenia)

POKYNY PRE AKTÍVNYCH ÚČASTNIKOV KONGRESU:

Dodržiavanie časového limitu (meranie časomierou),
prezentácie prineste vo formáte MS Power Point na
ľubovoľnom multimedialnom nosiči (USB, CD, DVD a iné)

KREDITY::

Podujatie je zaradené do kontinuálneho medicínskeho
vzdelávania a účastníkom kongresu budú pridelené
kredity podľa zásad CME pre medzinárodné kongresy

Prezident kongresu:

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

prezident SSI

Vedecský výbor:

Doc. MUDr. Olga Džupová, PhD.

Doc. MUDr. Katarína Holečková, PhD.

MUDr. Aleš Chrdle

Prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

Doc. MUDr. Pavol Kristian, PhD.

MUDr. Kümpel Petr

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD

Doc. MUDr. Stanislav Plíšek, PhD.

Doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

Prof. MUDr. Ivan Schréter, CSc.

Doc. MUDr. Ingrid Urbančíková, PhD., MPH

MUDr. Diana Vološinová, PhD., MBA

Všeobecné informácie:

Organizačný výbor:

MUDr. Ivana Hockicková, PhD.
MUDr. Ján Hockicko
MUDr. Dana Hudačková, PhD.
PhDr. Jana Jacková, MPH
MUDr. Gabriela Kissová
Mgr. Monika Nigutová
MUDr. Martin Novotný PhD.
doc. MUDr. Zuzana Paraličová, PhD.
MUDr. Alena Rovňáková
MUDr. Štefan Zamba

ORGANIZAČNY SEKRETARIAT, REGISTRÁCIA, TECHNICKÉ A UBYTOVACIE ZABEZPEČENIE

SKITRAVEL – PROEVENTS s.r.o.
e-mail: slovakia@skitravel.sk, info@proevents.sk
registrácia: www.infektologia2023.sk

PROGRAMOVY PREHĽAD KONGRESU

PROGRAM: STREDA | 26.04.2023

10:00 – 15:00	Registrácia / Check in
11:30 – 13:00	Obed v hotelovej reštaurácii Patria
13:00 – 13:15	Slávnostné otvorenie
13:15 – 14:45	BLOK I – Vybrané české a slovenské prednášky
14:45 – 15:00	Prestávka
15:00 – 16:00	BLOK II – COVID 19
16:00 – 17:00	Sympóziu podporené spoločnosťou AbbVie, s.r.o. 50 minút otázok o hepatitíde C
17:00 – 17:15	Prestávka
17:15 – 18:45	BLOK III – Antimikrobiálna liečba, respiračné infekcie
18:45 – 19:45	Plenárne zasadnutie výboru SSI SLS
19:00 – 21:30	Večera reštaurácia slnko hotel Patria
21:30	Okrúhly stôl, diskusný večer – Aktuálne problémy infektológie

PROGRAM: ŠTVRTOK | 27.04. 2023

08:30 – 09:30	BLOK IV. – Vírusové hepatitídy
09:30 – 09:45	Prestávka
09:45 – 10:30	Sympóziu podporené z finančného príspevku GSK/Phoenix Slovensko
10:30 – 11:30	Sympóziu podporené spoločnosťou Pfizer
11:30 – 11:45	Prestávka
11:45 – 12:45	Sympóziu sponzorované spoločnosťou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.
13:00 – 14:30	Obed v hotelovej reštaurácii Patria
13:00 – 14:00	Spoločné zasadnutie výborov SSI SLS a SIL ČLS JEP
14:30 – 17:15	Voľná diskusia pri posteroch
19:00 – 21:30	Večera reštaurácia slnko hotel Patria
21:30	Okrúhly stôl, diskusný večer – Infectology team working

PROGRAM: PIATOK | 28.04. 2023

08:30 – 09:00	ADYTON medica devices Sk s.r.o.:
	Možnosti izolácie pacientov v Rediroom
09:00 – 10:00	BLOK V – Parazitárne a mykotické infekcie
10:10 – 10:30	Prestávka
10:30 – 12:15	BLOK VI – Infekcie kože a mäkkých tkanív, neuroinfekcie, varia
12:15 – 12:30	Záver konferencie
12:30 – 14:00	Obed v hotelovej reštaurácii Patria
do 12:00	Check out

LEKÁRSKA SEKCIA

PROGRAM: STREDA | 26.04. 2023

13:00 – 13:15 SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE

Jarčuška Pavol, prezident SSI SLS

Chrdle Aleš, místopředseda SIL ČLS JEP

Schréter Ivan, hlavný odborník

pre infektológiu a trop.medicínu MZ SR

BLOK I.

13:15 – 14:45 Vybrané české a slovenské prenášky

Predsedníctvo: Chrdle Aleš, Jarčuška Pavol,

Plíšek Stanislav, Holečková Katarína

1. Covid-19 v intenzivní péči: analýza pandemického souboru nemocných

10 min

Džupová Olga, Fejerová Monika

Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a FN Bulovka, Praha

2. Manažment vysoko nebezpečných nákaz na Slovensku: sme pripravení?

10 min

Koščálová Alena¹, ²Vološinová Diana³, Jarčuška Pavol^{4,5}

¹Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika infektológie a geografickej medicíny

²Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

³Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

⁴Univerzitná nemocnica L.Pasteura, Košice

⁵Lekárska fakulta, Univerzita P.J. Šafárika, Košice

3. Chřipka v sezóně 2022/2023 na Klinice infekčního lékařství Ostrava

10 min

Gondová Andrea, Petroušová Lenka,

Klinika infekčního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava, LF Ostravská univerzita

4. Diferencie medzi námi

10 min

Petroušová Lenka, Martinková Irena

Klinika infekčného lékařství FN Ostrava, Krajská hygienická stanice
Moravskoslezského kraje

5. Antibiotická politika v UNB Kramáre

10 min

Soják Ľubomír

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, SZU a UNB

**6. Použitie informačno-komunikačných technológií
v racionálnej preskripcii antibiotík.**

10 min

Jarčuška Pavol, Porubčin Štefan,

Rovňaková Alena, Zahornacký Ondrej

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

**7. Extrémní nárůst počtu pacientů v HIV centru FN Plzeň v důsledku
války na Ukrajině**

10 min

Sedláček Dalibor, Kubiska Miroslav

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, LF UK a FN Plzeň

8. Novinky v prevencii infekčných ochorení očkovaním

10 min

Urbančíková Ingrid,

Centrum pre očkovanie detí s komplikáciami po očkovaní a kontraindikáciami
očkovania, Detská fakultná nemocnica Košice, Ústav epidemiológie LF UPJŠ Košice

Diskusia

10 min

14:45 – 15:00 Prestávka

BLOK II.

15:00 – 16:00 COVID 19

Predsedníctvo: Rožnovský Luděk, Piesecká Ľubica,
Džupová Olga, Rosol'anka Róbert

9. Perzistencia gastrointestinálnej symptomatiky 6 mesiacov po akútnej COVID-19 infekcii. 10 min

Rosolanka Róbert, Lipták Peter, Ďuríček Martin, Šimeková Katarína, Bánovčín Peter

Klinika Infektológie a cestovnej medicíny Univerzitnej nemocnice v Martine,
Interná klinika – Gastroenterologická Univerzitná nemocnica v Martine,
Jesseniova lekárska fakulta v Martine

10. Léčba remdesivirem u pacientů s covid-19 na infekční klinice v Ostravě 10 min

Rožnovský Luděk, Petroušová Lenka,
Jagošová Kristýna, Gondová Andrea

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

11. Naše skúsenosti s antivirotikom remdesivir pri liečbe Covid 19. 10 min

Morvayová Barbora, Piesecká Ľubica

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, Infekčná klinika FN Nitra

12. Molnupiravir v liečbe ochorenia COVID-19 10 min

Zahornacký Ondrej, Porubčín Štefan,
Rovňáková Alena, Jarčuška Pavol

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP

13. Celulárna imunita, CD4+ lymfocyty a Covid 19. Čo nám prinášajú skúsenosti z liečby sekundárnych imunodeficitov? 15 min

Jačuška Pavol, Zahornacký Ondrej,
Rovňáková Alena, Semenovová Daria

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

Diskusia

**16:00 – 17:00 Sympóziu podorené spoločnosťou AbbVie, s.r.o.
50 minút otázok o hepatitíde C**

Predsedníctvo: Kristian Pavol

Rezistentné varianty v liečbe HCV – zaujímajú nás ešte?

Kristian Pavol

Eliminácia HCV vo väzniciach – utópia alebo realita?

Hockicková Ivana

Eliminácia HCV jedného z hniezd – máme hotovo?

Kirschner Peter

17:00 – 17:15

Prestávka

BLOK III.

17:15 – 18:45 Antimikrobiálna liečba, respiračné infekcie

Predsedníctvo: Kümpel Petr, Koščálová Alena,
Sedláček Dalibor, Novotný Martin

14. Postavení chloramfenikolu v dnešní klinické praxi

10 min

Džupová Olga, Beneš Jiří,

Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a FN Bulovka, Praha

**15. Liečba stafylokokových infekcií vyvolaných metilín-citlivými
kmeňmi stafylokokov.**

15 min

Jarčuška Pavol, Porubčin Štefan, Schréter Ivan

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

**16. Miesto monoklonálnych protilátok v liečbe recidivujúcich
klostrídiových kolitíd**

20 min

Novotný Martin

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

17. Bolavé ucho – kazuistika

10 min

Prokopová Daniela, Chrdle Aleš

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

**18. Preventívna liečba infekčných
ochorení obetí sexuálneho násillia**

10 min

Koščálová Alena^{1,2,3}, Roussier Lucia³, E. Dedinská Eva¹

¹Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika infektológie a geografickej medicíny,

²Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

³Občianske združenie Equita, Bratislava

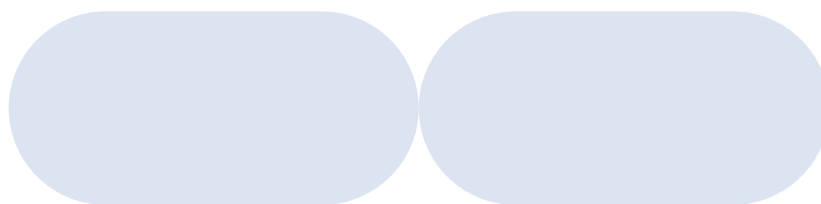
19. Budúcnosť bez dymu

15 min

Kačmárová Jana

Diskusia

18:45 – 19:45 Plenárne zasadnutie výboru SSI SLS



PROGRAM: ŠTVRTOK | 27.04. 2023

BLOK IV.

8:30 – 9:30 Vírusové hepatitídy

Predsedníctvo: Petroušová Lenka, Kristian Pavol,
Škárek Josef, Schréter Ivan

20. Vybrané epidemiologické charakteristiky vírusovej hepatitídy A u hospitalizovaných detských pacientov počas epidémie 2022 – 2023

10 min

Beshirová Aida, Šofranková Lucia, Ďurkovičová Veronika,
Hudáčková Dana, Kissová Gabriela

Detské infekčné oddelenie, Detská fakultná nemocnica Košice

21. Genotypy vírusu hepatitídy B a ich vplyv na priebeh ochorenia

10 min

Hockicková Ivana¹, Kristian Pavol¹, Hockicko Ján¹, Janičko Martin²,
Logoida Maria³, Halánová Monika³

¹Klinika infektológie a cestovnej medicíny, LF UPJŠ a UNLP Košice, Slovensko,

²II. Interná klinika, LF UPJŠ a UNLP Košice, Slovensko,

³Ústav epidemiológie, LF UPJŠ, Košice, Slovensko

22. Chronická hepatitída C a její léčba u dětí v Ostravě

10 min

Rožnovský Luděk, Kabieszová Libuše, Orságová Irena, Petroušová
Lenka, Konečná Michaela, Mrázek Jakub, Kloudová Alena

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava,

Centrum klinických laboratoří, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

23. Je Slovensko takmer bez hepatitídy D?

10 min

Kristian Pavol¹, Hockicková Ivana¹, Lenártová Patrícia¹, Halánová
Monika², Žilincanová D.³, Rác M.⁴, Schréter Ivan¹

¹Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UN LP Košice,

²Ústav epidemiológie UPJŠ Košice,

³HEGITO, II. Interná klinika SZU FNŠP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica,

⁴Interná klinika, Fakultná nemocnica Nitra

**24. Terapie hepatitidy D bulevirtidem
u prvého pacienta v ČR Škárek Josef**

10 min

Infekční oddělení Nemocnice Jihlava

Prednáška sponzorovaná Gilead Sciences s.r.o.

Diskusia

9:30 – 9:45 Prestávka

**9:45 – 10:30 Sympóziu podorené z finančného príspevku
GSK/Phoenix Slovensko**

**Klinické úvahy v každodennej praxi – DTG/3TC dáta
verzus vlastná skúsenosť**

30 min

Jarčuška Pavol

10:30 – 11:30 Sympóziu podorené spoločnosťou Pfizer

Predsedníctvo: Jarčuška Pavol, Mačaj Matúš

**Aktuálne trendy v prevencii a liečbe
COVID-19 – koho, kedy a prečo?**

30 min.

Jarčuška Pavol

**Dvanásť rokov skúseností s pneumokokovým zápalom
stredného ucha v ére konjugovaných vakcín.**

Pohľad otorinolaryngológa

20 min.

Mačaj Matúš

11:30 – 11:45 Prestávka

11:45 – 12:45 Sympóziu sponzorované spoločnosťou Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

Predsedníctvo: Jarčuška Pavol

Súčasná pozícia remdeziviru v liečbe COVID-19 15 min
Jarčuška Pavol

Infekcia HCV: čo je nové? 15 min
Kristian Pavol

Klinické skúsenosti s liečbou BIC/FTC/TAF 10 min
Soják Ľubomír

**Naděje vkládané do nové lékové třídy:
první zástupce – lenakapavir** 10 min
Jilich David

13.00 – 14.00 Spoločné zasadnutie výborov SSI SLS a SIL ČLS JEP

14:30 – 17:15 Voľná diskusia pri posteroch

PROGRAM: PIATOK | 28.04. 2023

8.30. – 9.00 ADYTON Medica Devices Sk s.r.o.: Možnosti izolácie pacientov v Rediroom

BLOK V.**9:00 – 10:00 Parazitárne a mykotické infekcie**

Predsedenstvo: Prášil Petr, Stejskal František,
Urbančíková Ingrid, Vahalová Veronika

25. Importovaná malária ve východočeském regionu v letech 2001–2022

10 min

Prášil Petr, Prášilová Zuzana

Klinika infekčních nemocí lékařské fakulty University Karlova a Fakultní nemocnice
Hradec Králové, Lékařská fakulta UK v Plzni

26. Novinky v diagnostice a léčbě importovaných střevních protozoárních infekcí

10 min

Stejskal František^{1,2,3}, Trojánek Milan⁴, Grebenyuk Vyacheslav^{1,4},
Tůmová Pavla², Perglerová Aneta², Zicklerová Ivana⁵, Nohýnková Eva²

¹Klinika infekčních nemocí,

²LF UK a FN Bulovka, Praha, ³Ústav imunologie a mikrobiologie, 1. LF UK, Praha,

³Infekční oddělení KN Liberec,

⁴Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, 3. LF UK a FN Motol, Praha,

⁵Oddělení klinické mikrobiologie FN Bulovka, Praha

27. Nepříznivý průběh tropické malárie**10 min**

Plíšek Stanislav¹, Prášil Petr¹, Dostál Pavel², Žák Pavel³,
Voxová Barbora⁴, Ryšková Lenka

Klinika infekčních nemocí, KARIM², IV. interní hematologická klinika³,
ÚKM⁴, FN a LF UK, Hradec Králové

28. Who wants to be a good physician**10 min**

Prášil Petr, Kračmarová Renata, Hermannová Zuzana

Klinika infekčních nemocí lékařské fakulty University Karlova
a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Diskusia

10:00 – 10:30 Prestávka

BLOK VI.

10:30 – 12:15 Infekcie kože a mäkkých tkanív, neuroinfekcie, varia

Predsedníctvo: Vološinová Diana, Džupa Valér,
Zamba Štefan, Sol'avová Mária

29. Mikrobiologická diagnostika infekcií páteře 10 min

Džupová Olga,

Klinika infekčných nemocí 3. LF UK a FN Bulovka, Praha

30. Infekční komplikace po osteosyntéze zlomenin pánve jako závažný mezioborový problém 10 min

Džupa Valér¹, Český Richard¹, Šídlo Kryštof¹, Martin Salášek²

¹Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha,

²Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN, Plzeň

31. CXCL13 v diagnóze neuroboreliózy: finálne výsledky retrospektívnej observačnej štúdie 10 min

Koščálová Alena^{1,2}, Kováč Andrej³, Holečková Katarína^{1,2},
Gazdíková Katarína²

¹Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika infektológie a geografickej medicíny

²Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

³Neuroimunologický ústav Slovenskej akadémie vied, Bratislava

32. Meningokoková meningitida u pacientky s anomálií CNS 10 min

Jagošová Kristýna, Petroušová Lenka, Matoušek Petr

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava, Klinika otorhinolaryngologie FN Ostrava

33. Meningitídy v útlom detskom veku 10 min

Zamba Štefan¹, Kaňuchová Kristína¹, Čornej Tomáš¹,
Jurečková Dana², Kunč Peter³

¹Infektologické oddelenie NsP Š Kukurú Michalovce,

²Detské odd. NsP Š. Kukurú Michalovce,

³Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec

34. iGAS v NEMCB 2023 – Nová nemoc?

10 min

Volfová Kateřina

Infekční oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

35. Dynamika protilátkovej odpovede a riziko smrti pri COVID-19 – prospektívna štúdia

10 min

Jurenka Ján, Nagyová Anna, Dababseh Mohammad, Mihalov Peter, Stankovič Igor, Boža Vladimír, Kravec Marián, Palkovič Michal, Čaprnda Martin, Sabaka Peter

Klinika infektológie a geografickej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave; Ústav patologickej anatómie LF UK, I. interná klinika LF UK, Ústav aplikovanej informatiky, Matematická fakulta UK, Bratislava

36. Stane sa COVID-19 s respiračnou insuficienciou recidivujúcim ochorením?

10 min

Sabaka Peter, Dababseh Mohammad, Kajanová Ivana, Jurenka Ján, Mihalov Peter, Marešová Eliška, Ganderáková Michaela, Stankovič Igor

Klinika infektológie a geografickej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave; Virologický ústav, Bomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied

37. Hrozí Slovensku ďalšia epidémia osýpok?

10 min

Paraličová Zuzana

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP Košice

Diskusia

12:15 – 12:30 Záver kongresu

Jarčuška Pavol, prezident SSI SLS

Chrdle Aleš, místopředseda SIL ČLS JEP

Kristian Pavol, vedecký sekretár SSI SLS

SESTERSKÁ SEKCIA

PROGRAM: STREDA | 26.04. 2023

10:00 – 15:00 Registrácia

13:00 – 13:15 Spoločné slávnostné otvorenie v lekárskej sekcii

BLOK I.

13:30 – 15:00 Sekcia sestier

Predsedenstvo: Jacková Jana, Szakácsová Marcela,
Radačovská Valéria

**1. Ambulantný manažment pacienta s chronickou vírusovou
hepatítidou C** **15 min**

Szakácsová Marcela

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

2. Liečba HIV – aj na kvalite života záleží **15 min**

Jacková Jana

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

3. Práca sestry na ambulancii cestovnej medicíny **15 min**

Grigová Mária

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

4. Kvalita života pacientov so psoriázou **15 min**

Dudová Libuša

Klinika dermatovenerológie, UN L. Pasteura Košice

5. Spondylodiscitidy **15 min**

Sochová Martina

Neurochirurgická klinika UN L. Pasteura Košice

Diskusia

PROGRAM: ŠTVRTOK | 27.04. 2023

BLOK II.

9:00 – 10:30 Sekcia sestier

Predsedníctvo: Kubalová Dana, Szakácsová Marcela,
Pravňanová Petra

6. Covid 19 – krok do neznáma

15 min

Radačovská Valéria

Oddelenie infektológie, FNŠP J.A.Reimana Prešov

7. Vždy treba veriť

15 min

Janklová Dagmar, Pravňanová Petra

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

8. Ako sme prežili Covid-19 u nás

15 min

Pravňanová Petra, Janklová Dagmar

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

9. Monoklonálne protilátky

15 min

Frátriková Martina, Tarabová Andrea

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

10. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s pneumóniou

15 min

Kytýrová Anna

Oddelenie infektológie, FNŠP J.A.Reimana Prešov

Diskusia

10:30 – 10:45 Prestávka

BLOK III.

10:45 – 12:15 Sekcia sestier

Predsedníctvo: Radačovská Valéria, Jacková Jana,
Jankolová Dagmar

11. Kazuistika pacienta s dg. anaplazmoza 15 min

Radačovská Valéria

Oddelenie infektológie, FNŠP J.A.Reimana Prešov

12. Borelióza 15 min

Tarabová Andrea, Frátriková Martina

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

**13. Ako vie detské ochorenie
potrápiť nie jedného dospeláka 15 min**

Kovaľová Renáta

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

14. Bolesť ako aktuálny ošetrovateľský problém 15 min

Pigová Vlasta

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

**15. Bariérová ošetrovateľská starostlivosť
z pohľadu legislatívy 15 min**

Kubalová Dana

Klinika infektológie, FN ÚVN SNP Ružomberok

Diskusia

12:15 – Ukončenie sesterskej sekcie

PROGRAM – ABSTRAKTY

1. Covid-19 v intenzivní péči: analýza pandemického souboru nemocných

Džupová Olga, Fejerová Monika

Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a FN Bulovka, Praha

Cíl studie: Popsat soubor pacientů s covid-19 léčených v režimu intenzivní péče.

Metody: Do prospektivní observační studie provedené na jednotkách intenzivní péče Kliniky infekčních nemocí FN Bulovka od 1.3.2020 do 31.5.2022 byli zařazeni dospělí pacienti s infekcí SARS-CoV-2. U nemocných s projevy respirační insuficience byla zaznamenána demografická, anamnestická, klinická, laboratorní a radiologická data, léčebné postupy, komplikace a výsledky léčby. **Výsledky:** Intenzivní péče byla poskytnuta 240 nemocným, z nichž 219 mělo projevy respirační insuficience. Jejich věkové rozmezí bylo 19–88 let, medián 67 (IQR 58–73) let, poměr žen a mužů 60 vs. 159 (27 vs. 73 %). Sto šedesát čtyři pacienti (75 %) měli alespoň jednu ze sledovaných interních komorbidit, 116 (53 %) bylo obézních. Doba od začátku příznaků do přijetí činila 7 a více dní u 125 osob (58 %). Medián saturace při přijetí do nemocnice byl 83 % (IQR 75–89), bilaterální infiltráty na RTG snímku plic byly zjištěny u 187 (85 %) pacientů. Alespoň jedna z forem ventilační podpory byla poskytnuta 210 pacientům (96 %). Eliminační metody byly použity u 29 pacientů (13 %). Během hospitalizace na akutním nebo následném lůžku zemřelo 106 pacientů (48 %).

Závěry: Výsledky studie potvrdily známé skutečnosti, jako je vysoká letalita u varianty delta, u seniorů, uměle ventilovaných, s komplikujícím renálním selháním. Přinesly však i některá zajímavá zjištění: nejvyšší letalita byla u osob s normální hmotností, nejnižší letalita byla spojena s krátkou dobou NIV před připojením k UPV, nejlepšího přežití bylo dosaženo při léčbě kombinací remdesivir a dexametazon, případně remdesivir a jakýkoli kortikoid.

2. Manažment vysoko nebezpečných nákaz na Slovensku: sme pripravení?

Koščálová Alena^{1,2}, Vološinová Diana³, Jarčuška Pavol^{4,5}

¹Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika infektológie a geografickej medicíny

²Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

³Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

⁴Univerzitná nemocnica L.Pasteura, Košice

⁵Lekárska fakulta, Univerzita P.J. Šafárika, Košice

Vysoko nebezpečná nákaza (VNN) je „interhumánne“ rýchlo sa šíriaca infekčná nákaza, ktorá predstavuje významné zdravotné riziko (závažný klinický priebeh, vysoká smrtnosť), môže mať závažný verejno-zdravotný dosah a vyžaduje vyšší stupeň biologickej bezpečnosti a úroveň technického zabezpečenia pri práci s pacientom a v laboratóriu (BSL3 – BSL4). Mimoriadnu pozornosť si zaslúžia najmä dve skupiny ochorení s potrebou izolácie, ktorá je nad rámec možností štandardných infektologických oddelení. Jedná sa o hemoragické horúčky s vysokým potenciálom nozokomiálneho prenosu (napr. Ebola, Marburg, Lassa) ako aj o závažné respiračné ochorenia spôsobené vírusmi SARS, MERS, alebo novým subtypom chrípky. V manažmente pacienta s podozrením na VNN je kľúčová jeho včasná identifikácia, izolácia a rýchla diagnostika. Úlohy a koordinácia všetkých zainteresovaných aktérov musia byť jasne definované a záväzné. Pri potvrdení VNN je nevyhnutné zabezpečiť komplexnú zdravotnícku starostlivosť v prislúchajúcom izolačnom režime. Zásadné je udržiavať v móde pripravenosti adekvátne materiálne technické vybavenie ako aj vysoko erudovaný, pravidelne školený, motivovaný personál, ktorý je ochotný dobrovoľne sa podieľať na manažmente VNN. Cieľom príspevku je zhodnotiť súčasný stav reálnej pripravenosti na manažment pacienta s podozrením na VNN v kontexte Slovenskej republiky (SR) a identifikovať problematické oblasti ohľadne platnej legislatívy, koordinácie činností a súčinnosti rôznych rezortov, materiálne technického vybavenia a personálneho zabezpečenia. Diskutujeme tiež možné scenáre, ambície a potrebné krátkodobé a dlhodobé investície za účelom zefektívnenia manažmentu pacienta s VNN so zohľadnením aktuálnych možností v SR.

3. Chřipka v sezóně 2022/2023

na Klinice infekčního lékařství Ostrava

Gondová Andrea, Petroušová Lenka,

Klinika infekčního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava, LF Ostravská univerzita

Cíl: Zhodnocení klinického průběhu a rizikové faktory pacientů s chřipkou hospitalizovaných na Klinice infekčního lékařství v Ostravě během roku 2022 a začátku roku 2023. Materiál a metody: Onemocnění bylo potvrzeno polymerázovou řetězovou reakcí (PCR), stěrem z nosohltanu, vždy bylo provedeno stanovení typu viru chřipky. Současně měli všichni pacienti provedené vyšetření metodou PCR k vyloučení onemocnění covid-19 a infekce respiračním syncytiálním virem. U všech pacientů byl vyhodnocen komorbidita, klinický stav, délka hospitalizace, vakcinační status.

Výsledky: Soubor pacientů zahrnoval celkem 62 pacientů. Věkový průměr byl 47 let (2-87 let), nejpočetnější byli pacienti ve věku 71-80 let a děti do 10 let věku, shodně 11 pacientů (18 %). Komorbidity byly přítomny u 44 pacientů (71 %), většina pacientů měla více jak jedno přidružené onemocnění. Nejčastěji se vyskytovala hypertenze u 21 pacientů (34 %) a asthma bronchiale u 17 pacientů (27 %). Důvodem k přijetí u většiny pacientů byla dehydratace, 60 pacientů (97 %) bylo léčeno infuzní rehydratací. Pneumonie byla rozvinuta u 10 pacientů (16 %), z toho 6 pacientů potřebovala oxygenoterapii. U 3 pacientů s pneumonií byla zachycena koinfekce to u 1 pacienta RS virus a u 2 pacientů SARS-CoV-2. Průměrná doba hospitalizace byla 6 dnů (1-16 dnů). V celém souboru zemřeli 3 pacienti (5 %). U 50 pacientů (80 %) byla prokázán virus chřipky A, u 12 pacientů (20 %) virus chřipky B. Žádný z pacientů v souboru nebyl očkován proti sezónní chřipce.

Závěr: Vzhledem k závažnosti onemocnění v nejmladší a nejstarší věkové skupině je žádoucí propagace vakcinace napříč věkovým spektrem.

4. Difterie mezi námi

Petroušová Lenka, Martinková Irena

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava, Krajská hygienická stanice
Moravskoslezského kraje

Corynebacterium diphtheriae je primárně lidský patogen, *C. ulcerans* a *C. pseudotuberculosis* je primárně zvířecí patogen. Je odolné vůči zevním vlivům, v prachu, zaschlé pabláně nebo v hlenu vydrží plně virulentní i několik týdnů. Inkubační doba onemocnění je 2–5 dnů, osoba léčená antibiotiky přestává být infekční po 48 hodinách. Klinicky se difterie projevuje postižením nosu, faryngu nebo laryngu nebo kůže. Nejzávažnější formou je maligní difterie se septickým průběhem a postižením dýchacích cest. Komplikace záškrtu jsou neurologické, kardiologické a renální. Očkování bylo v našich zemích zahájeno v roce 1946. V současnosti je difterie součástí pravidelného očkování dětí a výskyt v ČR je velmi vzácný. V evropském prostoru byl v roce 2022 zaznamenán vyšší výskyt difterie v souvislosti s uprchlickou krizí mezi migranty, nebylo zaznamenáno šíření do širší populace. Ve sdělení jsou prezentovány kazuistiky kožní formy difterie, která se vyskytla v Ostravě ve vyloučené lokalitě, onemocnění bylo prokázáno u 3 členů domácnosti, bylo zajištěno dalších 22 kontaktů. Další manifestní případy zaznamenány nebyly. Vzhledem k závažnosti difterie je žádoucí udržet vysokou proočkovanost v celé populaci.

5. Antibiotická politika v UNB Kramáre

Soják Ľubomír

Klinika infektologie a geografickej medicíny LF UK, SZU a UNB

Antibiotiká hrajú ústrednú úlohu v medicíne, či už v liečbe komunitných alebo nozokomiálnych infekcií, ale aj v chirurgických disciplínach, a sú neoddeliteľnou súčasťou súčasného pokroku v transplantačnej medicíne a onkológii pri liečbe infekcií u imunokompromitovaných pacientov. 21. storočie je charakteristické krízou antibiotickej účinnosti, pozorujeme významný nárast antibiotickej rezistencie najmä v prípade gramnegatívnych baktérií a jedným z nástrojov boja proti narastajúcej rezistencii je racionálna

antibiotická preskripcia, tzv. antimikrobiálny stewardship, pri ktorom je nevyhnutná multidisciplinárna spolupráca, ideálne s vedením skúseným infektológom, čo môže zlepšiť prognózu u jednotlivých pacientov a zároveň znížiť škody a zachovať antimikrobiálnu účinnosť pre celú populáciu. Dôležitá je medziodborová spolupráca infektológa (alebo klinického farmakológa) s farmaceutom a ďalšími špecialistami pri dodržiavaní zásad politiky. Cieľom autora prednášky je predstaviť koncept antibiotickej politiky v univerzitnej nemocnici v Bratislave na Kramároch, na ktorú dohliada antibiotická komisia pod vedením infektológa. Cieľom komisie je nastavenie a kontrola zásad racionálnej preskripcie antibiotík so snahou o zachovanie citlivosti súčasných antibiotík, zníženie rizika vedľajších účinkov z antibiotickej liečby, rozvoja rezistencie a taktiež špecifických komplikácií antibiotickej liečby (ako je postantibiotická kolitída alebo následná invazívna infekcia rezistentnou baktériou) pri zachovanej účinnosti liečby bez negatívneho vplyvu na pacienta.

6. Použitie informačno-komunikačných technológií v racionálnej preskripcii antibiotík.

Jarčuška Pavol, Porubčin Štefan,
Rovňaková Alena, Zahornacký Ondrej

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

Slovensko je krajinou s výrazne vyššou rezistenciou mikroorganizmov proti antibiotikám (jednou z najvyšších v EÚ). Výskyt nozokomiálnych infekcií, ktoré dlhodobo nie sú adekvátne hlásené je výrazne podhodnocovaný a podceňovaný lekármi. Veľkým problémom je šírenie multirezistentných baktérií, pričom takéto baktérie sa šíria počas hospitalizácie pacienta. Na Slovensku neexistuje centrálny systém monitoringu, vyhodnocovania a alertingu šírenia multirezistentných baktérií. Cieľom IKT programu pre monitorovanie antimikrobiálnej rezistencie (AMR) je vytvorenie reportov a korelačných mechanizmov v nasledujúcich oblastiach: 1. Liečebné postupy – Modul poskytujúci elektronickú asistenciu pri preskripcii a medikácii antiinfektív pomocou odporúčaných epidemiologických alebo liečebných postupov súvisiacich s výskytom antimikrobiálnej rezistencie alebo nozokomiálnych infekcií. 2. Šírenie AMR – modul

zabezpečujúci vizualizáciu šírenia multirezistentných mikroorganizmov primárne vo forme mapových podkladov v reálnom čase. 3. Reporting AMR – reportovací nástroj generujúci spracované a vyhodnocované dáta v preddefinovaných formátoch podľa jednotlivých cieľových skupín prijímateľov. 4. Monitoring AMR – zabezpečuje komplexnú funkcionálnu monitorovania kľúčových parametrov týkajúcich sa najmä výskytu a šírenia multirezistentných kmeňov baktérií. 5. AMR Mem cache – implementácia registrov a číselníkov ako lokálna kópia z dôvodu zabezpečenia výkonnosti riešenia. Je to architektonický princíp pre každý samostatný IS, aby vedel vykonať synchronizáciu s centrálnymi registrami.

Podporené projektom AKARDIO COVID-19 ITMS 2014+ 313011AUB1, OpenMED II ITMS 2014+ 313011V455

7. Extrémní nárůst počtu pacientů v HIV centru FN Plzeň v důsledku války na Ukrajině

Sedláček Dalibor, Kubíška Miroslav

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, LF UK a FN Plzeň

V souvislosti s válečným konfliktem na Ukrajině do řady evropských zemí emigrovalo mnoho osob z válkou zasažených oblastí. Mezi nimi je i řada osob žijících s HIV (PLWH). Na Ukrajině před vypuknutím války úřady registrovaly asi 270tisíc PLWH. Kromě Polska, pobaltských republik a Slovenska přibýlo mnoho PLWH i do ČR. V průběhu roku 2022 přicházely PLWH do HIV českých center nerovnoměrně. HIV centrum FN Plzeň do vzniku konfliktu registrovalo 314 PLWH, ale v průběhu roku 2022 postupně přibýlo 96 imigrantů – PLWH (žen, mužů i dětí). Většina z těchto osob znala svůj status a již před válkou byla léčena antiretroviroty (ART) dle mezinárodně přijatých standardů. Základem byl lamivudin, tenofovir disoproxyl a dolutegravir (3TC+TDF+DTG). Výjimečně ještě kombinace obsahující efavirenz nebo ritonavirem potencovaný lopinavir. Pozitivním zjištěním pro nás bylo, že osoby řádně léčené měly většinou nedetekovatelné hladiny HIV RNA (VL) a uspokojivé počty CD4+ lymfocytů T. Nárůst počtu pacientů o více než 1/3 pro nás znamenal

nutnost rozšíření ordinačních dnů a navýšení počtu personálu v HIV centru. Problém zpočátku vyvstal také v komunikační bariéře, kterou jsme naštěstí mohli rychle vyřešit pomocí elektronických překladačů a také díky našim kmenovým zdravotníkům ukrajinské národnosti. Jindy se pacienti neohlášení dostavili urgentně mimo ordinační dny (např. o víkendech, kdy nefunguje ústavní lékárna) z důvodu chybějících léků. I tyto situace se podařilo zvládnout využitím rezerv. Postupně se počet docházejících pacientů stabilizoval. Někteří se vrátili domů, jiní se odstěhovali za prací, ale další přišli a stále přicházejí.

8. Novinky v prevencii infekčních ochorení očkováním

Urbančíková Ingrid,

Centrum pre očkovanie detí s komplikáciami po očkovaní a kontraindikáciami očkovania, Detská fakultná nemocnica Košice, Ústav epidemiológie LF UPJŠ Košice

Očkovanie predstavuje jeden z najvýznamnejších postupov modernej preventívnej medicíny a zároveň ho považujeme za jeden z najväčších objavov imunológie. V priebehu rokov došlo k vývoju bezpečných a účinných vakcín, ale predovšetkým k objasneniu detailných procesov postvakcinačnej imunitnej odpovede, ktorá efektívne zabezpečuje ochranu očkovanej osoby. Aj napriek tomu, že v súčasnosti majú dominantné postavenie v celkovej morbidite a mortalite chronické, neinfekčné ochorenia, existuje široké spektrum infekčných chorôb, ktoré aj napriek dostupným diagnostickým a terapeutickým možnostiam ohrozujú ľudí na celom svete. Riziko ich vzniku ovplyvňuje mnoho faktorov. Pribúdajú nové patogény, ktoré sa šíria v nových geografických oblastiach alebo v novej skupine hostiteľov, k čomu napomáhajú najmä klimatické a ekologické zmeny, prudký nárast populácie, vrátane zvýšenej migrácie obyvateľstva. K rozvoju výskumu vývoja vakcín prispeli nielen pribúdajúce vedomosti o pôvodcoch infekčných ochorení, ale aj poznatky z imunológie. Výskum sa začal sústrediť na hľadanie a rozpoznávanie antigénnych štruktúr infekčných pôvodcov na báze molekulárnej biológie, vrátane sledovania a vyhodnocovania imunitnej odpovede na konkrétne antigény. Najväčší rozvoj vývoja vakcín začal v druhej polovici minulého storočia s pribúdaním

poznatkov v oblasti genetiky. Pri vývoji vakcín sa začali využívať nové moderné technológie na báze génového inžinierstva, vďaka ktorým sú v súčasnosti dostupné viaceré rekombinantné vakcíny, génové mRNA a DNA vakcíny. Na základe odporúčaní WHO, CDC a národných imunizačných komisií sa používajú v rizikových krajinách napríklad vakcíny proti malárii, dengue, mpox. Používanie mnohých vakcín je však ešte obmedzené, pretože závisí od ich registrácie liekovými agentúrami, ako aj od ich dostupnosti. Výskum v oblasti vývoja nových vakcín však naďalej pokračuje.

9. Perzistencia gastrointestinálnej symptomatiky 6 mesiacov po akútnej COVID-19 infekcii.

Rosoľanka Róbert, Lipták Peter, Ďuríček Martin, Šimeková Katarína, Bánovčin Peter

Klinika Infektológie a cestovnej medicíny Univerzitnej nemocnice v Martine,
Interná klinika – Gastroenterologická Univerzitná nemocnica v Martine,
Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Po niekoľkých rokoch pandémie COVID-19 sa hromadí postupne viac vedeckých ako aj klinických dôkazov, že u signifikantnej proporcie pacientov malo prekonanie infekcie SARS-CoV-2 dlhodobý negatívny vplyv na ich zdravie. Post-kovidové symptómy vznikajú hlavne s dôvodu poškodenia funkcií respiračného traktu, ale pre dlhšie zmieňovaný multi-orgánový efekt SARS-CoV-2 môžu byť ovplyvnené aj iné orgánové systémy ako je napríklad gastrointestinálny trakt. Z tohto dôvodu bola v Univerzitnej nemocnici v Martine realizovaná prospektívna štúdia hodnotiaca vplyv akútnej infekcie vírusom SARS-CoV-2 na perzistenciu gastrointestinálnych symptómov po viac ako pol roku od prekonania akútnej fázy.

10. Léčba remdesivirem u pacientů s covid-19 na infekční klinice v Ostravě

Rožnovský Luděk, Petroušová Lenka, Jagošová Kristýna, Gondová Andrea

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Na infekční klinice v Ostravě bylo od března 2020 do konce ledna 2023 hospitalizováno 2773 pacientů s covid-19, zemřelo 495 pacientů (18 %). Starších 60 let bylo 67 % hospitalizovaných pacientů, zemřelých 93 % pacientů. Dalších 1908 pacientů s covid-19 bylo ošetřeno ambulantně, z nichž 56 % bylo starších 60 let. Remdesivir byl podáván ve 2 schválených indikacích v České republice, a to preventivně po dobu 3 dnů na počátku onemocnění k zabránění progresi covid-19 nebo léčebně po dobu 5 dnů u pacientů s kovidovou pneumonií s nutností oxygenoterapie, první den se aplikovalo 200 mg remdesiviru, v následujících dnech 100 mg remdesiviru. Remdesivir byl podán u 1240 pacientů, z nichž bylo 921 hospitalizovaných a 319 ambulantních pacientů. K úmrtí došlo u 137 hospitalizovaných (15 % z 921), starších 60 let bylo 90 % pacientů. Preventivně po dobu 3 dnů byl remdesivir podán u 683 pacientů, a to u 376 hospitalizovaných a 307 ambulantních pacientů, nejčastější indikace zahrnovaly věk nad 65 let, obezitu, hypertenzi, diabetes a onkologickou léčbu. Zemřelo 43 hospitalizovaných pacientů (11 % z 376), starších 60 let bylo 95 % zemřelých. Léčebně po dobu 5 dnů byl remdesivir podán u 557 pacientů, a to u 545 hospitalizovaných a 12 ambulantních pacientů. Zemřelo 94 hospitalizovaných (17 % z 545), starších 60 let bylo 89 % pacientů. Na infekční klinice v Ostravě byl remdesivir podáván pacientům s covid-19 v preventivní i léčebné indikaci, nižší počet úmrtí byl zaznamenán zejména při preventivním podání na počátku onemocnění.

11. Naše zkušenosti s antivirotem remdesivir při léčbě Covid 19.

Morvayová Barbora, Piesecká Ľubica

Infekční klinika FSVaZ při UKF v Nitre, Infekční klinika FN Nitra

Názov koronavírus bol zavedený v roku 1975. Odráža elektronmikroskopicky nález vírusových častíc so špicatými glykoproteínmi, ktoré sa zobrazujú ako koruna (corona). Tento charakteristický znak umožnil rýchlu identifikáciu agens pri epidémii SARS (severe acute respiratory syndrome) v roku 2003 a bol označený ako SARS-CoV.

Koronavírus bol prvýkrát izolovaný v roku 1937 z kuraťa. V roku 1965 bol vírus izolovaný z nosového výplachu dieťaťa, ktoré malo prejavy

nachladnutia („common cold“). Súčasne bol vírus úspešne prenesený na zdravých dobrovoľníkov, čím sa dokázala jeho patogenita.

Koronavírusy spôsobujú každú zimu väčšinu nachladnutí prevažne u dospelých. Výskyt týchto

Vírus SARS pravdepodobne pred rokom 2002 nevyvolával ochorenie u ľudí. Predpokladaným zdrojom infekcie je zvierací vírus, ktorý sa stal patogénnym pre človeka. Potvrďuje to skutočnosť, že prví chorí boli v kontakte so zvieratami alebo konzumovali exotickú čínsku stravu. Vírus bol detekovaný zo stolice zvierat predávaných na tržniciach a SARS-like vírus bol dokázaný u himalájskch cibetiek a mývalov, ktoré sú medzihostiteľmi. Primárny zvierací hostiteľ bol netopier.

SARS bolo vysoko infekčné ochorenie a spôsobilo epidémiu. Rozšírilo sa z Číny (Kuang-tung), zaznamenalo sa asi v 30 štátoch, ochorelo cca 8000 ľudí, úmrtnosť bola cca 10%. Ochorenie sa prejavovalo hlavne horúčkou, únavou, suchým kašľom, dušnosťou a zápalom pľúc. Inkubačná doba bola 2-14 dní. Najčastejšou cestou prenosu bol blízky kontakt.

O 10 rokov, v rokoch 2012 až 2015 vznikla nová epidémia, MERS (middle east respiratory syndrome). Ochorenie sa rozšírilo z arabského poloostrova a bolo zaznamenané v 27 štátoch.

Postihnutých bolo asi 2500 ľudí, ale smrtnosť bola podstatne vyššia ako pri SARS, a to 34%. Primárnym hostiteľom bol opäť netopier, medzihostiteľom ťavy. Inkubačná doba bola 2 až 15 dní. Klinické prejavy ochorenia: horúčka, cefalea, myalgie, kašeľ, dušnosť, zápal pľúc, MODS. Ochorenie sa podarilo zastaviť prísnou karenténou.

Po 7-8 rokoch prichádza nová koronavírusová epidémia, SARS, za ktorú je zodpovedný nový koronavírus 2019-CoV2, ktorý je geneticky odlišný od koronavírusov SARS-CoV a MERS-CoV. Primárnym hostiteľom je opäť netopier a medzihostiteľmi sú zvieratá na miestnych trhoch. Prenos sa uskutočňuje aerosolom alebo kontaminovanými predmetmi. Medzi klinické príznaky patrí horúčka, slabosť, suchý kašeľ, dušnosť, zápal pľúc, ale aj zlyhávanie obličiek, MODS. V prípade komplikácií môže končiť úmrtím.

Rýchle šírenie po celom svete viedlo WHO k vyhláseniu globálnemu stavu núdze, ktorý je definovaný ako „výnimočná udalosť“, ktorá

predstavuje riziko pre iné krajiny a vyžaduje si koordinovanú medzinárodnú reakciu.

Cieľom prezentácie je oboznámiť účastníkov s priebehom COVID-19 infekcie na Infekčnej klinike FN Nitra, prezentujú skúsenosti s antivirotickou liečbou remdesivirom.

Záver: Úspech liečby závisí od viacerých faktorov, ako klinický priebeh infekcie, laboratórne výsledky, od komorbidít pacienta, od známej poruchy imunity, od anamnézy tromboembolických príhod, compliance pacienta.

Možno však konštatovať, že včasná liečba skracuje hospitalizáciu, vedie k rýchlejšej regenerácii pacienta, zmierňuje post-COVID-syndróm.

12. Molnupiravir v liečbe ochorenia COVID-19

Zahornacký Ondrej, Porubčin Štefan,

Rovňáková Alena, Jarčuška Pavol

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP

Molnupiravir je ribonukleozidový prekursor N-hydroxycytidínu (NHC), ktorý vykazuje antivírusovú aktivitu proti vírusu SARS-CoV-2. Po perorálnom podaní sa NHC intracelulárne fosforyluje na trifosfát-NHC, ktorý je začlenený do vírusovej RNA prostredníctvom RNA polymerázy na miesto gaunínu alebo adenínu počas vírusovej replikácie, čo vedie k akumulácii chýb vo vírusovom genóme a k predčasnému ukončeniu vírusovej replikácie. Podávanie molnupiraviru je indikované u ambulantne liečených pacientov s miernym až stredne závažným ochorením COVID-19, s vysokým rizikom progresie ochorenia, s dĺžkou trvania symptómov menej ako 5 dní. V tejto súvislosti autori poukazujú na skúsenosti s použitím molnupiraviru u ambulantne liečených, COVID-19 pozitívnych pacientov. V sledovanom časovom období (1.11.2021 – 31.7.2022) sme ambulantne podávali molnupiravir celkovo 141 pacientom.

Priemerný vek 72 rokov, priemerná dĺžka trvania symptómov 2,6 dňa, priemerná hodnota ct čísla PCR vyšetrenia 17,18. Najčastejšou indikáciou podávania molnupiraviru bol vek nad 60 rokov, diabetes mellitus, ischemická choroba srdca, či onkologické ochorenie. Po podaní antivirotickej liečby vyžadovalo hospitalizáciu 66 pacientov

(46,81%), avšak len 40 pacientov (28,37%) z dôvodu zhoršenia klinického stavu na vrub infekcie COVID-19. K rozvoju pneumónie došlo u 28 pacientov (19,86%; n=17 neočkovaní; n=11 očkovaní). Mortalita v sledovanom súbore bola na úrovni 4,26% (n=6), z toho 5 pacientov zomrelo na vírusovú pneumóniu, jeden pacient zomrel na základné onkologické ochorenie.

Podporené projektom AKARDIO COVID-19 ITMS 2014+ 313011AUB1, OpenMED II ITMS 2014+ 313011V455

13. Celulárna imunita, CD4+ lymfocyty a Covid 19. Čo nám prinášajú skúsenosti z liečby sekundárnych imunodeficitov?

Jačuška Pavol, Zahornacký Ondrej,
Rovňaková Alena, Semenovová Daria

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

Súčasťou ambulantnej liečby COVID 19 je liečba virostatikami, protizápalová liečba, imunomodulačná liečba, antiagregčná/ev. antikoagulačná liečba a podporná symptomatická liečba. U pacientov so závažným priebehom ochorenia COVID 19 bola pozorovaná výrazne horšia kvalita bunkovej imunity, predovšetkým nižšie hladiny CD4+, CD8+ a CD 19+ lymfocytov. Lymfopénia s nízkym absolútnym a relatívnym počtom CD4+ lymfocytov je silným prediktorom mortality u pacientov s Covid 19. U pacientov s COVID 19 s počtom CD4+ lymfocytov nižším ako 200/ul, u ktorých pri opakovanom vyšetrení nestúpil počet CDR+ lymfocytov na 200/ul bola celková mortalita 13x vyššia ako u pacientov s normálnym a stúpajúcim počtom CD4+ lymfocytov. Esenciálne je včasné začatie imunomodulačnej liečby u pacientov s COVID 19 s nízkym počtom lymfocytov, pomerom neutrofilov k lymfocytom vyšším ako 3 a u pacientov s počtom CD4+lymfocytov pod 200/ul. V štandardnom protokole KICM UNLP je u týchto pacientov podanie azoximér bromidu v dávke 6 mg intramuskulárne. U pacientov s hladinou CD4+ lymfocytov pod 200/ul pridávame do liečebného protokolu transfer faktor. Azoximér bromid aktivuje neadaptívnu aj adaptívnu imunitnú odpoveď. Stimuluje fagocytové a baktericídne funkcie makrofágov aj mikrofágov, podporuje migráciu hemopoetických

progenitorových buniek z centrálnych do periférnych imunitných orgánov, má modulujúce účinky na cytotoxickú aktivitu NK-buniek (zvyšuje nízku cytotoxicitu a potláča ich nadmernú aktivitu), normalizuje počty lymfocytov (CD3+4+, CD3+8+, CD16+, CD22+), reguluje a podporuje vzájomné interakcie a kooperácie medzi T- a B- lymfocytmi s následným posilnením tvorby protilátok a podieľa sa na eliminácii cirkulujúcich imunokomplexov, zároveň moduluje tvorbu prozápalových, protizápalových a regulačných cytokínov.

Podporené projektom AKARDIO COVID-19 ITMS 2014+ 313011AUBI, OpenMED II ITMS 2014+ 313011V455

14. Postavení chloramfenikolu v dnešní klinické praxi

Džupová Olga, Beneš Jiří,

Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a FN Bulovka, Praha

Chloramfenikol je antibiotikum se širokým spektrem účinku a výborným průnikem do tkání. V klinické praxi se hojně používal do 70. let minulého století, avšak v dalších letech byl kvůli své potenciální myelotoxicitě nahrazen jinými antibiotiky. Cíl studie: Zjistit, jak je chloramfenikol v současnosti používán v České republice a s jakými zkušenostmi. Metody: V roce 2022 byl proveden dotazníkový průzkum, kterým byli osloveni primáři lůžkových infekčních oddělení, nemocniční infektologové a konzultující mikrobiologové z antibiotických středisek ve velkých fakultních nemocnicích bez infekčního oddělení. Výsledky: Studie se zúčastnilo 35 z 39 oslovených pracovišť, návratnost dotazníků byla 90 %. Chloramfenikol se používá v 37 % zúčastněných nemocnic s frekvencí do 10 léčených pacientů za rok. Nejčastějšími indikacemi jsou mozkový absces, purulentní meningitida, nitrobřišní, pánevní a plicní abscesy a smíšené infekce s podílem anaerobů. Téměř vždy je chloramfenikol podán jako alternativní antibiotikum z důvodu polyvalentní alergie, bakteriální rezistence a selhání předchozí léčby. Dvě třetiny respondentů zaznamenaly spolehlivý nebo částečně spolehlivý účinek, 34 % účinek nehodnotilo. S myelotoxickými účinky chloramfenikolu se 60 % respondentů v praxi nesetkalo nebo nemohlo hodnotit, 37 % zaznamenalo reverzibilní útlum dřeně a

jediný respondent uvedl aplastickou anémiu.

Závěr: V České republice se chloramfenikol v současné době používá v méně než polovině nemocnic. Pro svoje unikátní vlastnosti má místo i v dnešní antiinfekční léčbě. Ve správné indikaci a po zvážení benefitu a rizika může být vhodným, případně i život zachraňujícím lékem

15. Liečba stafylokokových infekcií vyvolaných metilín-citlivými kmeňmi stafylokokov.

15 minút

Jarčuška Pavol, Porubčin Štefan, Schréter Ivan

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

Zlatým štandardom v liečbe stafylokokových infekcií v minulosti bol oxacilín, ktorý v súčasnosti v SR nie je dostupný. Jeho výhodou bol dobrý prienik do koncových tkanív – pľúca, koža, podkožné tkanivá, moč. V súčasnosti je v SR dostupný flukloxacilín, ktorý účinkuje na metilín-citlivé stafylokoky (MSS), ako sú MSSA, a koaguláza-negatívne MSS (*S.epidermidis*, *S.heamolyticus*). Využiť ho môžeme v liečbe nasledujúcich infekcií: – infekcie kože a mäkkých tkanív, vrátane rozsiahlych infekcií u popálenin, infekcie horných a dolných dýchacích ciest, infekcie kostí a kĺbov, endokarditída, ostatné infekcie vyvolané metilín-citlivými kmeňmi stafylokokov. Dávkovanie u dospelých pacientov je 3-8 gramov denne, rozdelených do 3 – 4 denných dávok. Dávkovanie u detí do 12 rokov je 25 – 100 mg/kg hmotnosti denne, rozdelených do 3 – 4 denných dávok. Prezентujeme kazuistiku pacienta s abscedujúcou pneumóniou, úspešne liečeného oxacilínom.

Podporené projektom AKARDIO COVID-19 ITMS 2014+ 313011AUB1, OpenMED II ITMS 2014+ 313011V455

16. Miesto monoklonálnych protilátok v liečbe recidivujúcich klostrídiových kolitíd

Novotný Martin

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP Košice

Recidivujúca klostridiova kolitída (rCDI) je neustále veľkou medicínskou výzvou, napriek pomerne širokému spektru terapeutických možností liečby CDI. Každý infektológ počas svojej kariéry zažil zlyhanie celej plejády liečebných postupov rCDI. Ďalšou možnosťou liečby rCDI na Slovensku je použitie monoklonálnych protilátok (mAb) proti toxínu B *Clostridioides difficile*. Odporúčané postupy liečby CDI národných a nadnárodných spoločností infektologov sa rovnako ako v antibiotickej liečbe nezhodujú ani v otázke FMT ani v odporúčaní liečby mAb. Bezlotoxumab je humánna monoklonálna protilátka, ktorá sa viaže na toxín B *C. difficile*. Tento registrovaný ale nekategorizovaný liek je indikovaný na prevenciu rekurentnej infekcie *C. difficile*. Témou práce je priniesť ucelený prehľad možností indikácie v intenciách posledných svetových guideline-ou liečby rCDI.

Podporené projektom TRANSFEC – 2019/34 UPJŠ-6

17. Bolavé ucho – kazuistika

Prokopová Daniela, Chrdle Aleš

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

V této kazuistice představujeme 18letého pacienta, u něhož byla diagnostikovaná závažná komplikace středoušního zánětu. Dosud plně zdravý mladý muž udával týden trvající bolesti pravého ucha s hnisavou sekrecí. K lékaři i přes přetrvávající obtíže nešel. Následně byl nalezen doma otcem s poruchou vědomí a horečkami. ZZS přivezla pacienta do nemocnice. Vstupně bylo provedeno CT a MR vyšetření s nálezem hydrocefalu, subdurálního empyému a prosáknutí sklípkového systému a středouší vpravo. V likvoru byl obraz purulentního zánětu. Stav pacienta vyžadoval péči na JIP, neurochirurgické a ORL operace, ventilační podporu a antibiotickou terapii. Klinicky byl stav vyjádřen pravostrannou hemiparézou,

parézou VII. a VIII. hlavového nervu vpravo. Pacient byl hospitalizován po dobu 41 dnů. Postupně docházelo ke zlepšení hybnosti pravostranných končetin, stability chůze i ke zlepšení řeči. Nemocný byl následně přeložen k další péči do odborné léčebny. U našeho pacienta byl zjištěn netypický patogen *Fusobacterium necroforum*, gramnegativní anaerobní tyčka, která je součástí mikrobiomu horních dýchacích cest, zažívacího a pohlavního ústrojí. Tato bakterie byla prokázána v hemokultuře, likvoru a obsahu empyému. Akutní zánět středouší je běžné dětské onemocnění. Neléčený zánět ucha může vést k velmi závažným komplikacím, které vyžadují přesnou diagnostiku a adekvátní terapii. Zdroje uvádějí, že incidence akutních komplikací středoušního zánětu je 0,3–1/100000/rok. Nejčastější bakteriální původci jsou *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, méně často i další bakterie, jako právě v případě našeho pacienta. Tato kazuistika si klade za cíl ukázat, jaká komplikace může při zánětu středouší vzniknout a nastínit možnosti i obtíže diagnostiky a léčby.

18. Preventívna liečba infekčných ochorení obetí sexuálneho násillia

Koščálová Alena^{1,2,3}, Roussier Lucia³, E. Dedinská Eva¹

¹Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika infektológie a geografickej medicíny,

²Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava,

³Občianske združenie Equita, Bratislava

Komplexný manažment obetí sexuálneho násillia vyžaduje citlivý prístup a súčinnosť viacerých špecialistov. Štandardný postup pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie schválený Ministerstvom zdravotníctva v roku 2022 zahrňuje diagnostické úkony, ktoré sú potrebné pre získanie dôkazového materiálu pre potreby polície SR. Zároveň obsahuje aj zdravotnícke činnosti nasmerované od akútneho ošetrovania k stanoveniu ďalšieho terapeutického plánu pre obeť sexuálneho násillia. V danom kontexte definuje najmä úlohy gynekológa, urológa, traumatológa a chirurga. Štandardný postup okrajovo spomína aj potrebu prevencie a liečby sexuálne prenosných ochorení (Sexually Transmitted Infections – STI), nešpecifikuje však protokol prevencie a liečby STI a tiež nedefinuje, kto by mal danú starostlivosť zastrešiť. Nakoľko je potrebné, aby

všetky činnosti spojené s akútnym manažmentom obetí sexuálneho násilia boli poskytované v urgentnom režime 24/7, v príspevku diskutujeme možnosť zapojenia infektologických ambulancií do poskytovania preventívnej liečby infekčných ochorení obetí sexuálneho násilia. Prezentujeme v zahraničí aplikovaný protokol prevencie HIV a iných STI, ako aj hepatitídy B a tetanu. Rozsah preventívnej liečby infekčných ochorení obetí sexuálneho násilia, vrátane podávania antiretrovirotik, antibiotík a očkovania proti hepatitíde B a tetanu závisí najmä od času, ktorý uplynul od incidentu, ale aj od rizika prenosu daného ochorenia. Vyšetrenie protilátok proti HIV, HBV, HCV a syfilisu pred začatím preventívnej liečby je odporúčané, nie je však podmienkou v poskytnutí preventívnej liečby spomínaných ochorení. V príspevku tiež prinášame praktické odporúčania ohľadne zjednodušenia cesty pacienta a zabezpečenia potrebných liekov a vakcín priamo v infektologickej ambulancii z dôvodu minimalizácie stresovej záťaže obetí sexuálneho násilia

19. Budúcnosť bez dymu

Kačmárová Jana

Philip Morris Slovakia, s.r.o.

Cieľom je na vedeckých štúdiách ukázať rozdiel medzi klasickými cigaretami a kategóriou produktov so zahrievaným tabakom ako alternatívou so zníženým rizikom pre fajčiarov, ktorí nevedia, alebo nechcú prestať fajčiť. Materiál a metodika: Základné fakty o fajčení na Slovensku a celosvetovo, Chemické zloženie aerosólu, Toxicita aerosolu v laboratorných podmienkach, Štúdia o systémovej toxicite, teda o dopade na ochorenia srdcovo-cievneho a dýchacieho systému u laboratórnych myší, Klinické štúdie: farmakokinetická, štúdia o znížení expozície, testovanie vplyvu aerosólu na kvalitu ovzdušia v uzatvorených priestoroch, štúdia hodnotiaca odpoveď na zníženú expozíciu. Výsledky: Prechodom z klasických cigariet na produkty so zahrievaným tabakom dochádza k úprave klinických parametrov ako keby bolo od nefajčenia úplne upustené. Záver: Poznajme dopady fajčenia a užívania alternatívnych nikotínových produktov na ľudské zdravie. Vo fajčiarskej anamnéze je potrebné

rozlišovať fajčiarov od užívateľov iných nikotínových produktov, aby sme získali korektné epidemiologické údaje, ktoré by boli zdrojom pre následné sledovanie a hodnotenie zdravotných, ekonomických a sociálnych dopadov fajčenia.

20. Vybrané epidemiologické charakteristiky vírusovej hepatitídy A u hospitalizovaných detských pacientov počas epidémie 2022 – 2023

Beshirová Aida, Šofranková Lucia, Ďurkovičová Veronika,
Hudáčková Dana, Kissová Gabriela

Detské infekčné oddelenie, Detská fakultná nemocnica Košice

Vírusová hepatitída A (VHA) je akútne ochorenie pečene, ktoré sa prenáša predovšetkým fekálno-orálnou cestou, a je preto typickým predstaviteľom choroby špinavých rúk. Vyskytuje sa celosvetovo, pričom rozsiahle epidémie vznikajú najmä v komunitách s nízkym hygienickým a sociálno-ekonomickým štandardom. VHA, tak ako aj iné diagnózy, počas pandémie Covid-19 zdanlivo vymizla z mapy infekčných ochorení, ale už koncom roka 2022 sa opäť objavuje v podobe epidémie na východe Slovenska. V prednáške autori prezentujú súbor 185 pacientov s VHA, ktorí boli hospitalizovaní na Detskom infekčnom oddelení v Košiciach v období od decembra 2022 do konca marca 2023 počas aktuálne prebiehajúcej epidémie v Košickom kraji. V rámci epidémie boli identifikované dve ohniská nákazy, obe medzi marginalizovanou skupinou obyvateľstva. Prvé vzniklo v Košiciach v mestskej časti Luník IX v decembri 2022, druhé v Moldave nad Bodvou, kde sa prvý prípad potvrdil v druhej polovici februára 2023. Zo súboru hospitalizovaných pacientov 49,2% pochádzalo z Luníka IX, 46,5% z Moldavy nad Bodvou a 4,3% pacientov malo adresu trvalého bydliska mimo uvedené ohniská nákazy. Zastúpenie chlapcov a dievčat medzi hospitalizovanými deťmi bolo 1:1, s najvyššou chorobnosťou v skupine 5 – 9 ročných detí. Z klinických príznakov sa najčastejšie vyskytovali ikterus, bolesti brucha a vracanie, v 14 prípadoch bol priebeh infekcie asymptomatický. Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 7,37 dní. V prevencii šírenia VHA je k dispozícii účinný a bezpečný nástroj vo forme vakcíny. Vo vybraných rizikových skupinách obyvateľstva

patrí očkovanie proti VHA medzi odporúčané očkovania, s možnou plnou úhradou zdravotnej poisťovne. Vzniku rozsiahlych epidémií by sa tak dalo predchádzať informovanosťou dotknutej rizikovej populácie a súčinnosťou lekárov prvého kontaktu.

21. Genotypy vírusu hepatitídy B a ich vplyv na priebeh ochorenia

Hockicková Ivana¹, Kristian Pavol¹, Hockicko Ján¹, Janičko Martin², Logoida Maria³, Halánová Monika³

¹Klinika infektológie a cestovnej medicíny, LF UPJŠ a UNLP Košice, Slovensko,

²II. Interná klinika, LF UPJŠ a UNLP Košice, Slovensko,

³Ústav epidemiológie, LF UPJŠ, Košice, Slovensko

Úvod: Pri víruse hepatitídy B rozlišujeme 10 genotypov. Odlišné genotypy môžu mať vplyv na priebeh ochorenia. Cieľ: Zistiť distribúciu genotypov a ich vplyv na vybrané parametre u pacientov sledovaných v dvoch centrách pre liečbu CHB v Košiciach. Materiál a metódy: Do štúdie bolo zahrnutých 202 pacientov s potvrdenou chronickou HBV infekciou alebo hepatítidou. Následne boli zozbierané demografické dáta, odobratá krv na laboratórne parametre, na DNA izoláciu a stanovený genotyp HBV. Dáta boli vyhodnotené štatisticky.

Výsledky: Z celkového súboru, bola väčšina mužov (60,4%), priemerný vek bol 46 rokov. Až 96,0% pacientov pochádzalo z EU-regiónu. Stotrinásť pacientov (55,9%) boli diagnostikovaní ako „asymptomatickí nosiči“, zvyšní 89 pacienti patrili do skupiny CHB. Túto skupinu sme ešte rozdelili na HBeAg-pozitívnu CHB (11 pacientov) a HBeAg-negatívnu CHB (78 pacientov). Najčastejším genotypom v našom súbore bol genotyp A (50,2%), následne genotyp D (36,7%) a A/D (6,3%). U pacientov z EU regiónu štatisticky významne prevládal genotyp A a D v porovnaní s pacientami z iných regiónov, kde prevládali genotypy B a C ($p < 0.0001$). Vzhľadom na nízke počty pacientov s inými genotypmi, v následnej analýze sme porovnávali len pacientov s genotypom A alebo D. Pacienti s genotypom D a A/D signifikantne častejšie uvádzali ako rizikový faktor prenosu tetovanie v porovnaní s pacientami s genotypom A ($p = 0.043$). U pacientov s genotypom A sa potvrdilo dlhšie trvanie infekcie ($p = 0.003$). Zo sledovaných laboratórnych parametrov sa

potvrdil vplyv genotypu na qHBsAg, ktorého hladina bola signifikantne vyššia u neliečených pacientov s genotypom A ($p < 0.0001$).

Práca bola podporená grantom APVV-18-0171.

22. Chronická hepatitida C a její léčba u dětí v Ostravě

Rožnovský Luděk, Kabieszová Libuše, Orságová Irena, Petroušová Lenka, Konečná Michaela, Mrázek Jakub, Kloudová Alena

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava,
Centrum klinických laboratoří, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Na infekční klinice v Ostravě byla prokázána chronická virová hepatitida C u 17 dětí. Vertikální přenos byl zjištěn u 13 dětí, při intravenózní aplikaci drog se infikovaly 3 děti ve věku 16 až 17 let, poslední chlapec se nakazil ve 13 letech po autonehodě a aplikaci krevních derivátů. Protivirová léčba byla podána u 10 dětí, a to u 6 dětí infikovaných vertikálně, 3 adolescentů s aplikací drog a chlapce infikovaného po autonehodě. Režimy s interferonem alfa byly použity v letech 1995–2016 u 6 dětí ve věku 5–17 let. Pět dětí bylo léčeno konvenčním interferonem alfa, jedno současně s ribavirinem, šestému dítěti byl podán pegylovaný interferon alfa s ribavirinem. K trvalému vyloučení viru došlo u 5 dětí. Dítě s neúspěšnou léčbou konvenčním interferonem alfa bylo podruhé neúspěšně léčeno pegylovaným interferonem alfa s ribavirinem, k vyloučení viru došlo po podání elbasviru s grazoprevirem v 18 letech věku. Tolerance interferonové léčby byla uspokojivá, u jednoho chlapce ve věku 5 let se rozvinula hypotyreóza. U 4 dětí byla v letech 2020–2022 podána přímo působící antivirotika. Chlapec ve věku 16 let užíval 8 týdnů glekaprevir s pibrentasvirem, po léčbě trvale vyloučil virus. Protivirová léčba byla úspěšná u 3 dětí s vertikálním přenosem viru léčených 12 týdnů sofosbuvirem s velpatasvirem. Desetileté dítě s hmotností 36 kg obdrželo tablety užívané při léčbě dospělých, dvě šestileté děti s hmotností 20 a 26 kg byly léčeny tabletami s polovičním obsahem účinných látek. Podání přímo působících antivirotik bylo dobře tolerováno, pouze šestiletý chlapec udával hořkou chuť rozkousaných tablet.

23. Je Slovensko takmer bez hepatitídy D?

Kristian Pavol¹, Hockicková Ivana¹, Lenártová Patrícia¹,
Halánová Monika², Žilinčanová D.³, Rác M.⁴, Schréter Ivan¹

¹Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UN LP Košice,

²Ústav epidemiológie UPJŠ Košice,

³HEGITO, II. Interná klinika SZU FNSP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica,

⁴Interná klinika, Fakultná nemocnica Nitra

Prevalencia HDV infekcie vo svete sa odhaduje na 4,5–13% medzi HBsAg pozitívnymi osobami, v Európe sa predpokladá asi 3%-ná prevalencia. Cieľom práce bolo zhodnotiť výskyt hepatitídy D na Slovensku na základe vyšetrenia markerov HDV infekcie zo všetkých dostupných zdrojov. Vyhodnotili sme súbor 343 pacientov, 213 mužov a 130 žien. Tvorilo ich 86 pacientov z východného Slovenska vyšetrených pri pilotnom projekte na prevalenciu HDV v roku 2008, 206 z tohto regiónu zaradených do štúdie B-MARK v rokoch 2019–2022, 37 zo stredného a 14 zo západného Slovenska. Celkovo 184 pacientov malo chronickú hepatitídu B (CHB), 31 akútnu hepatitídu B, 126 bolo asymptomatických nosičov a 2 pacienti boli po transplantácii pečene od HBsAg pozitívneho darcu. HBeAg pozitívni boli 22 z 257 pacientov (8,6%). Protilátky anti-HDV IgG malo stanovené 329 pacientov (206 aj anti-HDV IgM), zvyšných 14 bolo vyšetrených na prítomnosť HDV RNA. Zo všetkých vyšetrení sme zachytili anti-HDV IgG pozitivitu v 3 prípadoch (0,9%), anti-HDV IgM a HDV RNA pozitivitu ani v jednom prípade. Anti-HDV IgG pozitívni pacienti boli muži vo veku 65, 49 a 48 rokov, dvaja s diagnózou HBeAg negatívnej CHB liečení antivirotikami s nízkou hladinou HBV DNA, jeden s diagnózou HBeAg pozitívnej CHB bez známej liečby a hraničnou HBV DNA. Hepatitída D je na Slovensku podľa našich zistení mimoriadne zriedkavá, protilátky má menej ako 1% HBsAg pozitívnych pacientov. Testovanie na HDV infekciu sa v praxi indikuje len ojedinele, preto je potrebné zvýšiť skriningové úsilie hlavne u rizikových osôb.

Práca bola podporená grantom Agentúry na podporu výskumu a vývoja (APVV-18-0171).

24. Terapie hepatitidy D bulevirtidem u prvního pacienta v ČR

Škárek Josef

Infekční oddělení Nemocnice Jihlava

Virová hepatitida D (HDV) je způsobena satelitním virem, který je závislý na biologické pomoci viru hepatitidy B, přičemž přirozená infekce se vyskytuje pouze u HBsAg+ pozitivních jedinců. Dle řady mezinárodních doporučení by se měl u pacientů s chronickou hepatitidou B dělat screening na přítomnost protilátek anti-HDV a v pozitivním případě vyšetřit HDV RNA pomocí PCR. Přítomnost nukleové kyseliny pak potvrzuje diagnózu chronické HDV infekce. Virus hepatitidy D je přenášen krví, kdy se člověk může infikovat sexuálním stykem, při tetování, nitrožilní aplikaci drog či kontaktem s kontaminovanou krví. Svým průběhem představuje nejzávažnější typ ze všech chronických virových hepatitid, jelikož v případě koinfekce HBV/HDV je progresse onemocnění mnohem rychlejší. K rozvoji cirhózy může dojít v průběhu 5 let, k hepatocelulárnímu karcinomu pak během 10 let od počátku onemocnění. HDV infekce je zatím v podmínkách České republiky ojedinělá, převážně se jedná o osoby s původem z endemických oblastí (asijské země), ale s rostoucí migrací lze očekávat i nárůst incidence onemocnění. Na našem pracovišti jsme recentně zahájili léčbu hepatitidy delta u první pacientky novou léčivou látkou bulevirtidem. Přednáška je podpořena společností Gilead Sciences s.r.o.

25. Importovaná malárie ve východočeském regionu v letech 2001–2022

Prášil Petr, Prášilová Zuzana

Klinika infekčních nemocí lékařské fakulty University Karlova a Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská fakulta UK v Plzni

Diagnóza importované malárie je vždy závažným onemocněním vyžadujícím naši vysokou pozornost. Za období posledních 12 let bylo na Klinice infekčních nemocí LF UK a FN Hradec Králové hospitalizováno celkem 39 těchto pacientů, což představuje více jak 11,5 % nemocných s touto diagnózou hospitalizovaných v České republice. V drtivé většině převazovala tropická malárie s importem

z Afriky. Jednoznačně převažovala anamnéza pracovního pobytu v malarických oblastech. Výše parazitémie jednoznačně determinuje tíži onemocnění. Alarmující je fakt, že více jak 88 % cestovatelů neužívalo antimalarickou profylaxi. Selhání profylaxe bylo zaznamenáno téměř ve 12 %, ale pouze jedna osoba tuto profylaxi užívala v kombinaci s dalšími opatřeními jako jsou repelenty, moskytiéra apod., což poukazuje na nutnost komplexnosti doporučení v centrech cestovní medicíny a při dodržení těchto zásad je riziko akvizice malárie velmi nízké. Rizikovou skupinou jsou cestovatelé, kteří vyjíždějí do malarických oblastí opakovaně a jejich compliance k profylaxi významně klesá – v našem souboru se jednalo o více než 33 %. Při předpokladu obnovení a dalšího nárůstu osob, které cestují do malarických oblastí je třeba apelovat na zlepšení práce center cestovní medicíny a obecnou osvětu v této oblasti.

26. Novinky v diagnostice a léčbě importovaných střevních protozoárních infekcí

Stejskal František^{1,2,3}, Trojánek Milan⁴, Grebenyuk Vyacheslav^{1,4},
Tůmová Pavla², Perglerová Aneta², Zicklerová Ivana⁵, Nohýnková Eva²

¹Klinika infekčních nemocí, 2. LF UK a FN Bulovka, Praha,

²Ústav imunologie a mikrobiologie, 1. LF UK, Praha,

³Infekční oddělení KN Liberec,

⁴Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, 3. LF UK a FN Motol, Praha,

⁵Oddělení klinické mikrobiologie FN Bulovka, Praha

Střevní protozoární infekce patřily v minulosti mezi naše nejrozšířenější parazitózy. Zvláště počet každoročně diagnostikovaných případů giardiózy ještě před 30 lety přesahoval jeden tisíc a nákazy byly obzvláště časté u dětí. Vzhledem k neustále se zlepšujícím hygienickým podmínkám a veterinárním kontrolám potravin i chovů hospodářských zvířat dochází k trvalému poklesu většiny střevních infekcí včetně parazitárních. S výrazným nárůstem počtu osob cestujících do epidemiologicky rizikových oblastí se ale zvýšily počty importovaných nálezů střevními prvoky. Každoročně léčíme několik desítek pacientů s giardiózou i cestovatele se střevní a mimostřevní amébozou, nejčastěji ve formě jaterního abscesu. Pravidelně se setkáváme s jednotlivými případy importované

cyklosporózy, cystoisosporózy a kryptosporidiózy. V diagnostice střevních protozoárních i helmintických infekcí se nově již rutinně využívají molekulárně-biologické metody. Na trhu jsou komerční kity s multiplexním uspořádáním metody „real-time“ PCR k identifikaci střevních infekcí vyvolaných *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis*, *Cryptosporidium* sp., *Cyclospora cayetanensis*, *Cystoisospora belli*, *Dientamoeba fragilis* a *Blastocystis hominis*. Zvláště užitečné jsou u cestovatelů s protrahovanými gastrointestinálními potížemi a imunosuprimovaných osob s průjemovým onemocněním. Využíváme je také ke kontrole úspěšnosti léčby a při vyšetřování rodinných či jiných těsných bezpříznakových kontaktů cestovatelů. K léčbě amébiózy a giardiózy se používají 5-nitroimidazolové preparáty, především metronidazol. Cystoisosporózu a cyklosporózu lze léčit kotrimoxazolem nebo ciprofloxacinem. V případě bezpříznakového nosičství *Dientamoeba fragilis* a *Blastocystis hominis* obvykle není třeba chemoterapeutika nasazovat. Celoevropským problémem je častá rezistence importovaných případů giardiózy k metronidazolu. Přesné mechanismy rezistence známé nejsou. U importovaných izolátů *G. Intestinalis* se zaměříme na detekci markerů rezistence a genetickou variabilitu genů, které se metabolismu metronidazolu účastní. Tento příspěvek byl částečně podpořen projektem AZV ČR NU23-05-00441

27. Nepříznivý průběh tropické malárie

Plíšek Stanislav¹, Prášil Petr¹, Dostál Pavel², Žák Pavel³,
Voxová Barbora⁴, Ryšková Lenka

Klinika infekčních nemocí¹, KARIM², IV. interní hematologická klinika³, ÚKM⁴,
FN a LF UK, Hradec Králové

Malárie je akutní, event. chronické horečnaté parazitární onemocnění přenášené komárem rodu *Anopheles*, často se závažnými až život ohrožujícími komplikacemi. Jedná se o jednu z nejrozšířenějších nemocí v tropické a subtropické oblasti. Ročně onemocní více než 300 miliónů lidí a z nich cca 1,5 miliónů onemocnění podlehne. V České republice je ročně diagnostikováno okolo 30 případů malárie. Majoritně se jedná o nákazu *P. falciparum*

a *P. vivax*. V našem sdělení prezentujeme kazuistiku 48 letého muže, který pobýval pracovně v Ghaně (neužíval antimalarickou profylaxi) a nakazil se tropickou malárií. U pacienta byla zachycena extrémní parazitémie 57 %. I přes poskytnutou adekvátní léčbu nemocný umírá po 2 dnech hospitalizace.

28. Who wants to be a good physician

Prášil Petr, Kračmarová Renata, Hermannová Zuzana

Klinika infekčních nemocí lékařské fakulty University Karlova a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Léčba kryptokokové meningitidy u imunosuprimovaného pacienta není jednoduchou záležitostí a přináší mnohá úskalí. Rozhodování o terapeutických schématech je vždy komplikované, obecné doporučované postupy mohou selhávat a jsme nuceni volit i nestandardní postupy. Typ léčby a doba terapie musí vždy respektovat celkový stav nemocného, jeho komorbiditu a nežádoucí účinky léčby. Zvláště důležitá je pak compliance nemocného, která může i determinovat naše terapeutické úsilí.

29. Mikrobiologická diagnostika infekcí páteře

Džupová Olga,

Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a FN Bulovka, Praha

Infekce páteře – spondylitida, discitida a spondylartritida – představují závažný medicínský problém. Jejich incidence celosvětově narůstá. Diagnostika je nesnadná, klinické projevy málo specifické a běžné vyšetřovací metody málo citlivé. Léčba je dlouhodobá a nákladná a výsledky v mnoha případech neuspokojivé. Zásadní význam pro diagnostiku mají zobrazovací a mikrobiologické metody. Průkaz etiologického agens je základním předpokladem pro cílenou antibiotickou léčbu. Antibiotická léčba páteřních infekcí je relativně dlouhá, což zvyšuje riziko nežádoucích účinků a cenu léčby. Léčba cílená na patogen je výhodnější z řady důvodů. Zlatým standardem mikrobiologické diagnostiky infekcí páteře je stále hemokultivace a kultivace dalších dostupných materiálů (moče, likvoru). Antibiotická léčba má být zahájena až po

určení etiologie. Empirická antibiotická léčba má být podána pouze pacientům s projevy sepse nebo neurologického deficitu. Při opakované negativitě hemokultivace je doporučeno provést CT navigovanou punkční biopsii postiženého disku a materiál vyšetřit kulturačně, PCR a histologicky. Současně se provádí CT navigovaná punkce paravertebrálních a svalových abscesů a dalších hnisavých kolekcí. Při negativitě hemokultur a punktátů je doporučeno opakovat punkční biopsii disku nebo provést chirurgickou biopsii kosti, která zvyšuje citlivost kultivace na 90 %. U pacientů s rizikovými faktory je třeba provést cílená vyšetření materiálů na vzácné infekce, jako je tuberkulóza, brucelóza a mykózy. Molekulárně genetické metody mají význam při vyšetření bioptických nebo chirurgických materiálů. Jejich hlavní výhodou je vyšší senzitivita a neovlivnění již zahájenou antibiotickou léčbou, nevýhodou je vyšší riziko kontaminace a nutnost invazivního odběru materiálu. Využitelnost molekulární diagnostiky z hemokultury nebo přímo z krve pacienta s páteří infekcí je zatím předmětem výzkumu.

30. Infekční komplikace po osteosyntéze zlomenin pánve jako závažný mezioborový problém

Džupa Valér¹, Český Richard¹, Šídlo Kryštof¹, Martin Salášek²

¹Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha, ²Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN, Plzeň

Infekční komplikace je jedním z nejzávažnějších problémů operační léčby zlomenin. Nastane-li po osteosyntéze pánve, jedná se vždy o závažný klinický stav vyžadující opakované operace a intenzivní péči s účastí řady oborů. Cílem studie bylo identifikovat rizikové faktory vzniku této komplikace. Sledován byl věk, pohlaví, mechanismus poranění a jeho závažnost, typ zlomeniny, přidružená poranění a způsob operačního řešení. Retrospektivně byly zhodnoceny údaje o 189 pacientech (71 žen, 118 mužů) operovaných v průběhu 11 let. Infekt se vyskytl u 24 (13 %) pacientů (7 žen, 17 mužů). Pohlaví ($p = 0,1307$) ani věk ($p = 0,8368$) nebyly samostatně rizikovými faktory, avšak jejich kombinace prokázala vyšší počet infekčních komplikací u žen starších 50 let ($p = 0,0322$). Dalším kombinovaným rizikovým faktorem bylo ženské pohlaví a urogenitální poranění ($p = 0,0031$).

Vysoká energia úrazu ($p = 0,7181$), polytrauma ($p = 0,2963$) ani nestabilní zlomenina ($p = 0,5880$) neznamenal samostatně riziko pro vznik infekčních komplikací. Multivariační analýza pěti faktorů (věk, pohlaví, vysoká energie, polytrauma, nestabilní zlomenina pánve) však prokázala jako nezávislý faktor pro riziko infekční komplikace mužské pohlaví do 50 let věku ($p = 0,0056$) s nestabilní zlomeninou pánve ($p = 0,0016$). Nečekaným zjištěním byl nižší výskyt infekce při použití dvou dlah u osteosyntézy předního segmentu pánve ve srovnání s jinými způsoby stabilizace ($p = 0,0186$). Je to potvrzení skutečnosti, že stabilní osteosyntéza je základem pro nekomplikované hojení zlomenin. Studie prokázala vyšší výskyt infekčních komplikací po osteosyntéze zlomenin pánve u starších žen s poraněním dolních močových cest a mladších mužů s nestabilní zlomeninou.

31. CXCL13 v diagnóze neuroboreliózy: finálne výsledky retrospektívnej observačnej štúdie

Koščálová Alena^{1,2}, Kováč Andrej³, Holečková Katarína^{1,2}, Gazdíkova Katarína²

¹Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika infektológie a geografickej medicíny

²Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

³Neuroimunologický ústav Slovenskej akadémie vied, Bratislava

Úvod: Chemokín CXCL13 sa ukazuje ako vhodný doplnkový marker v diagnóze neuroboreliózy (LNB). **Metódy:** Do retrospektívnej prípadovej štúdie sme zaradili 139 pacientov prijatých na Klinikum infektológie a geografickej medicíny v Bratislave s podozrením na neuroinfekciu v čase september 2019 až apríl 2022. Pacientov sme rozdelili do štyroch skupín: A) prípady s potvrdenou LNB (32), B) prípady s pravdepodobnou LNB (6), C) prípady s možnou LNB (17) a D) kontroly s nepravdepodobnou LNB (84). V čase diagnózy sme CXCL13 v likvore vyšetrili imunochromatografickým rýchlotestom. Zo zmrazených vzoriek sme následne stanovili jeho koncentrácie metódou ELISA. Zhodnotili sme senzitivitu, špecifickosť, ako aj koreláciu oboch testov. **Výsledky:** V súbore boli zaradení pacienti vo veku 5 až 87 rokov, 53% tvorili ženy, 35% pacientov bolo mladších ako 18 rokov. Pri porovnaní výsledkov CXCL13 pacientov s potvrdenou LNB s

kontrolami malo vyšetrenie CXCL13 rýchlotestom senzitivitu 81,3% a špecificitu 97,6%. Nárast senzitivity na 92,3% sme zaznamenali, keď sme z analýzy vylúčili 29 pacientov, ktorí pred hospitalizáciou užívali ATB. Naopak pokles senzitivity na 50,9% sme zaznamenali pri použití širšej diagnózy LNB (potvrdená, pravdepodobná a možná). Pri rovnako nastavených cut-off hodnotách (250 pg/ml) sme zaznamenali výbornú koreláciu medzi vyšetrením CXCL13 rýchlotestom a metódou ELISA ($k=0,818$), v prípade použitia cut-off hodnôt daných výrobcami bola korelácia medzi testami výrazne nižšia ($k=0,554$). ELISA vykazovala vyššiu senzitivitu, výhodou rýchlotestu bol výsledok dostupný do 30 minút od začiatku vyšetrenia.

Záver: CXCL13 je vhodný doplnkový marker v diagnóze LNB. Kľúčová je správna indikácia testu, zohľadnenie užívania ATB pred realizáciou vyšetrenia a rýchla dostupnosť výsledku.

32. Meningokoková meningitída u pacientky s anomálií CNS

Jagošová Kristýna, Petroušová Lenka, Matoušek Petr

Klinika infekčného lékařství FN Ostrava, Klinika otorhinolaryngologie FN Ostrava

Neisseria meningitidis je typickým patogenem pro dětský a adolescentní věk, může však postihnout i jiné věkové skupiny. **Kazuistika:** Prezentovaná kazuistika se týká 73leté pacientky u níž byla diagnostikována meningokoková meningitída způsobená původcem *Neisseria meningitidis* typ W135. Pacientka byla léčena cefotaximem, průběh byl komplikován rozvojem toxoalergického exantému, proto byla změněna léčba na chloramfenikol do celkových 7 dnů. Na CT vyšetření CNS bylo prokázáno zastření etmoidů, zastření v oblasti nosní dutiny vpravo a sfenoidálního sinu vpravo, proto byla doplněna NMR PND. Nálezem na NMR bylo v pravém sfenoidálním sinu popsána patologická formace s propagací do nosní dutiny a nasofaryngu, následně byla histologicky potvrzena polypóza. Dalším nálezem byla meningoencefalokéla temporálního laloku vpravo bez propagace do dutiny nosní a třetím nálezem bylo podezření na komunikující meningokélu v oblasti lamina cribrosa vlevo, což bylo verifikováno CT cisternografií. Pacientka byla indikována k resekci meningokély a

plastice likvorové píštěle ve spolupráci ORL a neurochirurgů. Pacientka byla léčena 7 dnů antibiotiky pro meningokokovou meningitidu, klinický stav se upravil do normy, onemocnění proběhlo bez neurologického deficitu. Po upřesnění nálezu v CNS byla ponechána na profylaktické antibiotické terapii do chirurgického výkonu. Výkon je naplánován na duben 2023. Před výkonem proběhlo očkování proti pneumokokům, meningokokům a hemofilovým nákazám. V anamnéze pacientky následně zjištěno, že prodělala meningitidu před 18 lety a cíleným dotazem zjištěna i možnost intermitentní likvorey.

Závěr: Komunikace v CNS je výrazný rizikový faktor pro rozvoj infekce, pacienti jsou indikováni k operačnímu řešení a současně vakcinaci.

33. Meningitídy v útlom detském veku

Zamba Štefan¹, Kaňuchová Kristína¹, Čornej Tomáš¹,

Jurečková Dana², Kunč Peter³

¹Infektologické oddelenie NsP Š Kuku Michalovce,

²Detské odd. NsP Š. Kuku Michalovce,

³Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec

Meningitída je život ohrozujúci stav , ktorý i pri správnej a včasnej liečbe môže zanechať vážne trvalé následky pre pacienta. Priebeh ochorenia je značne modifikovaný vekom pacienta . Súvisí to s nezrelosťou orgánových štruktúr , ďalším limitujúcim faktorom je postupná diferenciácia a vyzrievanie imunitného systému , ktorý sa od narodenia vyvíja a dozrieva v korelácii s postupným kontaktom s noxami vonkajšieho prostredia.

Meningitídy v útlom detském veku majú svoje špecifiká z pohľadu možných najčastejších etiologických agens . Úvod ochorenia a následný klinický priebeh má svoje špecifiká práve s ohľadom na nízky vek detí .

Očkovanie prinieslo pokrok v zamedzení vzniku týchto ochorení , zavedením povinnej vakcinácie vybraných ochorení došlo k poklesu výskytu neuroinfekcií v detském veku , s určitosťou však možno povedať , že nedošlo k úplnému vymiznutiu tohto typu ochorení. V našom súbore prezentujeme kazuistiky výskytu meningitíd v kojeneckom a batolivom veku ,ktoré sa v poslednom období vyskytli

v našej klinickej praxi. Neuroinfekcie boli vyvolané rôznymi pôvodcami. V závere možno znovu zvýrazniť rokmi overený poznatok, že základom úspechu liečby týchto ochorení môže byť len včasná diagnostika a relevantné určenie etiologického agens.

34. iGAS v NEMCB 2023 – Nová nemoc?

Volfová Kateřina

Infekční oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

iGAS neboli invazivní infekce způsobené streptokoky skupiny A, konkrétně *Streptococcus pyogenes*, se v zimním období 2022/2023 na infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. vyskytly ve zvýšené míře oproti předchozím obdobím. Zvýšený výskyt závažných onemocnění způsobených *Str. pyogenes* byl podnětem ke zjišťování možných příčin vzniku. Epidemiologická situace se mění nejen v České republice, ale i v dalších evropských státech, a proto je nutné na toto onemocnění pomýšlet a nepodceňovat jej. Tři kazuistiky pacientů hospitalizovaných na našem pracovišti přiblíží konkrétní případy invazivních onemocnění způsobené *Streptococcus pyogenes* v méně typických lokalizacích. Jedná se o subdurální empyém s poruchou vědomí a těžkou hemiplegií, nekrotizující fasciitidu a orbitocelulitidu. Většina našich pacientů s iGAS prošla péčí na intenzivních lůžkách při septickém průběhu (hemodynamická nestabilita s nutnou vazopresorickou podporou a porucha vědomí). Takto probíhající infekce jsou pro pacienta velmi zatěžující, navíc mohou zanechat i mutilující následky. Problematický je také rychlý rozvoj infekce s nedostatečně rychlým efektem podávaných antibiotik, konkrétně penicilinu jako antibiotika první volby často do kombinace s linkosamidy (při alergii jsou druhou volbou makrolidy, zvažovat lze i podání linezolidu k potlačení proteosyntézy). V případě závažných infekcí bývají často nutné chirurgické intervence. Vzhledem k četnosti běžných streptokokových infekcí s možným zvratem do závažné formy by se tyto skutečnosti měly dostat více do povědomí lékařů a dostatečně dbát na preventivní opatření i při ošetření pacienta, včasnou diagnostiku a dostatečnou léčbu

35. Dynamika protilátkovej odpovede a riziko smrti pri COVID-19 – prospektívna štúdia

Jurenka Ján, Nagyová Anna, Dababseh Mohammad, Mihalov Peter, Stankovič Igor, Boža Vladimír, Kravec Marián, Palkovič Michal, Čaprnda Martin, Sabaka Peter

Klinika infektológie a geografickej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita

Kiomenského v Bratislave; Ústav patologickej anatómie LF UK, I. interná klinika LF

UK, Ústav aplikovanej informatiky, Matematická fakulta UK, Bratislava

Súvislosť medzi závažnosťou COVID-19 a dynamikou protilátkovej odpovede nieje prebádaná. V našej prospektívnej štúdii sme sa zamerali na posúdenie vzťahu medzi protilátkovou odpoveďou proti S-proteínu SARS-CoV-2 v čase začiatku hospitalizácie a dlhodobé prežívanie pacientov. Zardený boli hospitalizovaný pacienti s primoinfekciou COVID-19. Prítomnosť anti-S SARS-CoV-2 IgM a IgG sa hodnotila pomocou testu laterálneho prietoku v čase prijatia. Pacienti boli následne sledovaní s cieľom posúdenia dlhodobého prežívania. Zaradených bolo 554 pacientov. Celkovo 63 % pacientov malo pozitívne IgG alebo IgM anti-S SARS-CoV-2 protilátky v čase prijatia. Počas pobytu v nemocnici zomrelo 8,5 % pacientov s pozitívnymi protilátkami a 22,3 % pacientov s negatívnymi protilátkami pri prijatí ($p = 0,0001$). Medián trvania sledovania bol 21 mesiacov. Počas sledovania po prepustení z nemocnice zomrelo 3,6 % pacientov s pozitívnymi protilátkami v čase prijatia a 9,1 % pacientov s negatívnymi protilátkami v čase prijatia ($p = 0,027$). V multivariačnej analýze boli negatívne anti-S SARS-CoV-2 protilátky v čase prijatia spojené s vyšším rizikom úmrtia počas hospitalizácie (OR 3,800; 95 % CI 1,844–7,829; $p = 0,0001$) a s vyšším rizikom smrti počas následného sledovania (OR 2,863; 95 % CI 1,110–7,386; $p = 0,030$). Tieto asociácie boli nezávislé od veku, dĺžky trvania symptómov pred začiatkom hospitalizácie, CRP, D-diméru, počtu komorbidít, závažnosti ochorenia v čase začiatku hospitalizácie a liečby baricitinibom. Naša štúdia dospela k záveru, že negatívne anti-S SARS-CoV-2 IgM a IgG protilátky v čase začiatku hospitalizácie sú spojené s vyššou nemocničnou mortalitou a spôsobujú vyššie riziko smrti z akejkoľvek príčiny počas sledovania po prepustení.

36. Stane sa COVID-19 s respiračnou insuficienciou recidivujúcim ochorením?

Sabaka Peter, Dababseh Mohammad, Kajanová Ivana,
Jurenka Ján, Mihalov Peter, Marešová Eliška,
Ganderáková Michaela, Stankovič Igor

Klinika infektológie a geografickej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita
Klomenského v Bratislave; Virologický ústav, Bomedicínske centrum, Slovenská
akadémia vied

Intersticiálna pneumónia vedúca k respiračnému zlyhaniu je načastejšou fatálnou komplikáciou COVID-19. Rizikové faktory jej rozvoja predstavujú najmä vysoký vek, kardiovaskulárne komorbidity, obezita, diabetes mellitus a poruchy imunity. Tieto rizikové faktory zostávajú prítomné vzäčša dlhodobo. Preto sa naskýta otázka, či sa bude ťažký priebeh ochorenia COVID-19 opakovať. Špecifická celulárna imunita zrejme zohráva významnú rolu v ochrane pred ťažkým priebehom COVID-19 a oproti špecifickej humorálnej imunite je menej ovplyvnená zmenami štruktúry S-proteínu. Trvácnosť bunkovej imunity po prekonaní COVID-19 však nie je dostatočne prebádaná. Realizovali sme pilotnú prierezovú štúdiu zameranú na hodnotenie celulárnej imunity u pacientov viac ako 18 mesiacov po prekonaní ochorenia COVID-19 alebo po očkovaní. Špecifická imunita bola vyšetrovaná pomocou merania expresie chemokýnov CXCL-9 a CXCL-19 po stymulácii S-proteínom SARS-CoV-2. Do pilotnej štúdie bolo zatiaľ zaradených 24 pacientov. 14 pacientov prekonalo ťažký priebeh ochorenia COVID-19, ktorí vyžadoval hospitalizáciu. Zvyšok pacientov malo ľahký alebo stredne ťažký priebeh ochorenia COVID-19. U všetkých pacientov, ktorí prekonali ťažký priebeh bola detekovaná špecifická bunková imunita proti SARS-CoV-2 aj po viac ako 18 mesiacoch od prekonania ochorenia. Pacienti so stredne ťažkým a ľahkým priebehom mali až na 2 prípady taktiež detekovateľnú špecifickú bunkovú imunitu a u týchto pacientov bol prítomný trend k nižšej expresii chemokínov po stymulácii S-proteínom SARS-CoV-2. Na zákalde výsledkov tejto pilotnej štúdie predpokladáme, že špecifická bunková imunita chrániaca pred ťažkým priebehom COVID-19 je prítomná aj viac ako 18 mesiacov po prekonaní COVID-19 a u pacientov, ktorí prekonali ťažký priebeh COVID-19 je zrejme robustnejšia.

37. Hrozí Slovensku ďalšia epidémia osýpok?

Paraličová Zuzana

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP Košice

Osýpky je jedno z najnákazlivejších infekčných ochorení a trápia svet už od pradávna. Pred érou očkovania sa endemicky vyskytovali na celom svete. Zavedenie globálneho očkovania viedlo k výraznému poklesu výskytu osýpok, no napriek značným snahám sa WHO nedarí zrealizovať cieľ eradikovať osýpky ani dosiahnuť globálnu i regionálnu preočkovanosť nad 95%. Osýpky zostávajú epidemickou chorobou prakticky na celom svete. V roku 2019 došlo až k 50% nárastu počtu úmrtí na osýpky v porovnaní s rokom 2016. V súčasnosti hlavné dôvody na obavy z návratu osýpok súvisia s pandémiou COVID-19, ktorá viedla ku zmene priorít v národných protiepidemických programoch mnohých krajín, ďalej je to zvýšená migrácia v súvislosti s vojenskými konfliktami a nárast antivakcinačných aktivít. Na Slovensku bolo zavedené povinné očkovanie proti osýpkam v roku 1969 a o 30 rokov v roku 1999 bola deklarovaná eliminácia osýpok. V rokoch 2018–2019 však došlo ku epidémii na východnom Slovensku s viac ako 500 prípadmi. Nemôžeme sa nechať učiť učiť dosiahnutými úspechmi ako vysoká zaočkovanosť či vysoká séroprevencia protilátok proti osýpkam. Zaočkovanosť proti osýpkam v roku 2021 síce dosiahla celoplošne viac ako 95% – 95,4 % (pokles oproti predošlému roku z 96,4 %), avšak klesla pod 95% v Banskobystrickom kraji na 94,2 % a na okresnej úrovni 95 % hranicu zaočkovanosti nedosiahlo až 27 okresov. Výsledky imunologického prehľadu z roku 2018 zistili proporciu anti morbilli IgG pozitívnych 88,02%. Najnižšia proporcia bola u detí do jedného roku – ešte nezaočkovaných (55,14%) a potom u 35–39 ročných (68,27%). Tieto fakty poukazujú na to, že ďalšia epidémia na Slovensku zostáva stále reálnou hrozbou.

Podporené projektom AKARDIO COVID-19 ITMS 2014+ 313011AUB1, OpenMED II ITMS 2014+ 313011V455

PROGRAM – ABSTRAKTY

SESTERSKÁ SEKCIA

1. Ambulantný manažment pacienta s chronickou vírusovou hepatítidou C

Szakácsová Marcela

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

Od roku 1993 je hepatálna poradňa na našej klinike zaradená medzi centrá pre diagnostiku a liečbu chronických vírusových hepatítid. Manažment pacienta s chronickou vírusovou hepatítidou sa riadi podľa Metodického usmernenia MZ.

U pacientov realizujeme potrebné vyšetrovacie metódy k stanoveniu a potvrdeniu chronickej hepatitídy C a k samotnej liečbe. Zhodnotenie celkového zdravotného stavu pacienta, výsledky jednotlivých vyšetrení pomáhajú nastaviť adekvátnu liečbu toho ktorého pacienta.

Úspešnosť liečby chronickej hepatitídy C je v dnešnej dobe vysoká, no však základom sú nie len lieky, ale hlavne dostupnosť pacienta k vyšetrovacím metódam a spolupráca pacienta so zdravotníckym personálom

2. Liečba HIV – aj na kvalite života záleží

Jacková Jana

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

Slovenská republika patrí v rámci EU k štátom s najnižšou incidenciou HIV infekcie. Cieľom prednášky je poukázať na aktuálne možnosti liečby HIV infekcie a benefity, ktoré prináša nielen pre konkrétneho pacienta, ale aj pre komunitu vo forme zníženia rizika prenosu na iné osoby.

Úlohou zdravotníkov je získanie pacienta pre spoluprácu. Infekcia HIV dnes patrí medzi chronické ochorenia, ktoré nie je možné vyliečiť. Avšak vhodne nastavenou antiretrovirusovou liečbou pacienta a

dodržiavaním režimových opatrení pacient môže prežiť nielen dlhý ale aj kvalitný život.

3. Práca sestry na ambulancii cestovnej medicíny

Grigová Mária

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

Centrum cudzokrajných chorôb a cestovnej medicíny v Košiciach vykonáva lekárske prehliadky pre cudzineckú políciu, očkuje cestovateľov a vykonáva lekárske prehliadky pred odchodom a po príchode zo zahraničia. Cudzinci, ktorí k nám prichádzajú kvôli lekárskemu posudku pre políciu ostávajú na Slovensku najčastejšie ako: študenti, pracujúci, alebo kvôli zlúčeniu rodiny. Očkovanie robíme najčastejšie u Slovákov cestujúcich do Ázie, Afriky a Južnej Ameriky. Očkujeme ich na Hepatitidu A a B, Brušný tyfus, Meningokoky, Besnotu, Žltú zimnicu, tetanus a odporúčame antimalarika. Zároveň absolvujú konzultácie, kde sú informovaní o rizikách a ďalšej ochrane v zahraničí. Lekárske prehliadky robíme aj u ľudí s ťažkosťami pri návrate z trópov a subtrópov, pri odchode diplomatov na ambasády v zahraničí, vysťahovanie do Kanady, pracovné cesty. Väčšina našich klientov sú samoplatci, aj napriek tomu, že majú na Slovensku verejné zdravotné poistenie. Na ambulancii máme objednávací systém. Klienti sa môžu objednať osobne, telefonicky alebo emailom.

4. Kvalita života pacientov so psoriázou

Dudová Libuša

Klinika dermatovenerológie, UN L. Pasteura Košice

Prednáška je výsledok prieskumu na Klinike dermatovenerológie o aspektoch kvality života pacienta s chronickým ochorením psoriasis vulgaris. Poukazuje ako títo pacienti ev. ľudia s týmto ochorením vnímajú svoje miesto v prostredí, v ktorom žijú, ich hodnoty vo vzťahu k sebe samým i voči okoliu.

5. Spondylodiscitidy

Sochová Martina

Neurochirurgická klinika UN L. Pasteura Košice

Spondylodiscitída ochorenie, ktorého incidencia narastá.

Spondylodiscitída – zápal medzistavcových platničiek – príznaky, diagnostika, liečba.

Hospitalizovaný pacient – ošetrovateľská starostlivosť, prevencia ošetrovateľských komplikácií, holistický prístup a edukácia pacienta.

6. Covid 19 – krok do neznáma

Radačovská Valéria

Oddelenie infektológie, FNŠP J.A.Reimana Prešov

Cieľom príspevku bolo priblížiť začiatky a priebeh Covid 19 pandémie z pohľadu sestry na Oddelení infektológie. Zistili sme, že pandémia ochorenia Covid 19 poukázala nielen na problémy, ale najmä na potreby pohotovej a adekvátnej reakcie na novú situáciu, ktorú bolo potrebnú riešiť. Naučila nás flexibilitu, kreativitu. Ukázala nám krehkosť ľudského života, ale aj nepoznanú hrdinkosť ľudí. Poukázala na skutočnosť, že aj dnes existujú nebezpečné infekčné ochorenia s neistým priebehom.

7. Vždy treba veriť

Jankolová Dagmar, Pravňanová Petra

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

Globálne epidémie sú staré ako ľudstvo samo. Keď sa ľudia pred stáročiami dali do pohybu po zemeguli, spolu s nimi sa začali presúvať aj nákazlivé choroby. Pandemické ochorenia vo svete od ich zaevidovaného počiatku po súčasnosť, stručný priebeh a opis. Pacient pre pozitívny výsledok SARS-CoV-2 PCR preložený z interného odd. NsP Žilina na KLaCM do UN Martin. Kazuistika ochorenia so šťastným koncom.

8. Ako sme prežili Covid-19 u nás

Pravňanová Petra, Janklová Dagmar

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

Text abstraktu: Vo februári 2020 bola na KLaCM v UNM prvá hospitalizácia pacientov s podozrením na Covid -19. Naši pracovníci nemali na výber, museli poskytovať špeciálnu ošetrovateľskú starostlivosť, aj keď nevedeli presne s akým ochorením sa stretnú. Náš kolektív pracovníkov sa počas celého obdobia stretával s ťažkými situáciami, v každej službe so stresom a strachom o svojich blízkych. Neustále nás čakali nové pokyny, nariadenia, výzvy. Pracovali sme s pacientami vystresovanými a častokrát veľmi nepríjemnými, boli sme tí prví na rane.

9. Monoklonálne protilátky

Frátriková Martina, Tarabová Andrea

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

V tretej vlne pandémie, koncom októbra v roku 2021 sa v našej republike zhoršila epidemická situácia ochorenia Covid 19. Znamenalo to, že 80 % hospitalizovaných pacientov bolo neočkovaných a z týchto neočkovaných pacientov 86 % skončilo na umelej pľúcnej ventilácii. Z týchto vážnych dôvodov štát pristúpil k nákupu a aplikácii monoklonálnych protilátok. Monoklonálne protilátky – sú laboratórne vyrábané účinné látky z kategórie proteínov. Fungujú na podobnom princípe ako prirodzené protilátky tvorené v ľudskom tele. Zaraďujeme ich medzi biologické lieky.

10. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s pneumóniou

Kytýrová Anna

Oddelenie infektológie, FNŠP J.A.Reimana Prešov

Cieľom našej prednášky bolo v krátkosti vysvetliť pojem pneumónia, príčiny vzniku, klinický obraz, vyšetrovacie metódy, laboratórne vyšetrenia, liečbu a prevenciu tohto aj v dnešnej dobe závažného zápa-

lového ochorenia. Zvlášť sme sa zamerali na komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť (ošetrovateľský manažment) o pacienta v lôžkovom zariadení, stanovenie sesterských aktuálnych a potenciálnych dg., zamerali sme sa na ošetrovateľský proces, popísali jednotlivé fázy oš. dg. pri vybratej aktuálnej sesterskej dg.

11. Kazuistika pacienta s dg. anaplazmoza

Radačovská Valéria

Oddelenie infektológie, FNŠP J.A.Reimana Prešov

Cieľom príspevku bolo priblížiť priebeh ochorenia u 20 ročného pacienta s potvrdenou infekciou *Anaplasma phagocytophilum*, poukázať ako je dôležité správne určenie dg a voľba účinnej liečby.

Chceme poukázať na to, aké je dôležité dodržiavať preventívne opatrenia k maximálnemu zníženiu rizika uhryznutia kliešťom, ktoré sú rizikové pre naše zdravie, hlavne z dôvodu, že môžu prenášať rozličné ochorenia a preto je potrebné sa pred nimi dostatočne chrániť.

12. Borelióza

Tarabová Andrea, Frátriková Martina

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN Martin

Lymfická borelióza je celkové infekčné ochorenie s celosvetovým výskytom. Patrí medzi najčastejšie vyskytujúce sa zoonózy prenášané kliešťami. Toto infekčné ochorenie môže napodobňovať rozmanitú skupinu chorôb. Preto sú našimi pacientmi často práve ľudia s týmto ochorením. Borelióza je multisystémové infekčné ochorenie vyvolané baktériami *Borrelia burgdorferi* zo skupiny spirochét. Môže napadnúť ktorýkoľvek orgán, rovnako ako nervový systém, kĺby a tkanivá. Preto sa v prednáške zameriavame na definíciu tohto ochorenia, príznaky, prevenciu, správnu a včasnú liečbu.

13. Ako vie detské ochorenie potrápiť nie jedného dospeláka

Kovaľová Renáta

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

Ovčie kiahne poznáme ako typicky detské ochorenie, ktorého hlavným rysom sú nepríjemné svrbivé vyrážky. Choroba sa ale nevyhýba ani dospelým, u ktorých máva spravidla horší priebeh. Na pozore by sa pred kiahňami mali mať najmä tehotné ženy a osoby s oslabenou imunitou

14. Bolesť ako aktuálny ošetrovateľský problém

Pigová Vlasta Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UN L. Pasteura Košice

Ako tému svojej prezentácie na tento kongres som si zvolila bolesť ako subjektívny ošetrovateľský problém a to z toho dôvodu, že skoro každé ochorenie je sprevádzané určitým druhom bolesti. Je to oblasť ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je pre zdravotníckych pracovníkov z hľadiska identifikácie náročná vzhľadom k tomu že je to subjektívny pocit pacienta a zdravotník môže len pozorovaním a vlastným úsudkom tento problém identifikovať. V prednáške sa nachádza krátke rozdelenie bolesti, jej diagnostika, liečba.

15. Bariérová ošetrovateľská starostlivosť z pohľadu legislatívy

Kubalová Dana

Klinika infektológie, FN ÚVN SNP Ružomberok

ÚVN SNP Ružomberok – FN, Klinika infektológie

Text abstraktu: ABSTRAKT Príspevok je zameraný na predstavenie platných zákonov, vyhlášok, výnosov, odborných usmernení, týkajúcich sa bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry ako obhajkyne práv pacientov majú príležitosť na zlepšenie štandardov starostlivosti o pacienta poznaním požiadaviek platnej legislatívy zameranej na bariérové ošetrovateľstvo a izolačnú starostlivosť, ktorú môžu zabezpečiť implementáciou preventívnych opatrení na zabránenie šíreniu infekcie. Sestry sú aj nositeľkami zmien, ktoré môžu ovplyvniť zlepšenie bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. Dodržiavanie pravidiel bariérovej ošetrovacej techniky, hygienických a

protiepidemických zásad je nevyhnutné pre sestry, lekárov a všetkých zdravotníckych pracovníkov. Pri ošetrovaní, liečení, operáciách a ďalších zdravotníckych úkonoch sa riadia základnými pravidlami bariérovej ošetrovateľskej techniky. Bariérovou ošetrovateľskou technikou nazývame používanie takých režimových opatrení a pracovných postupov, ktorých cieľom je prevencia šírenia infekcie medzi pacientmi, prevencia prenosu patogénnych mikroorganizmov medzi pacientmi alebo na personál, prevencia šírenia polyrezistentných kmeňov v nemocničnom zariadení a ochrana vnímavých jedincov. Zabezpečenie základných hygienických požiadaviek pre chod nemocnice vychádza z odborných doporučení a legislatívy SR platnej pre danú oblasť ako je Vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia a Vyhláška MZ SR č. 192/2015, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia. Kľúčové slová: Bariérová ošetrovacia technika. Sestra. Pacient. Legislatíva.



RAKOVINA, KTOREJ VIEME PREDCHÁDZAŤ

Skutočnosť, že vírus HPV je zodpovedný za takmer všetky prípady rakoviny krčka maternice, je už dlhodobo overená. Napriek tomu, že rakovina krčka maternice je najčastejšie sa vyskytujúcou rakovinou spôsobenou vírusom HPV, nie je to jediné ochorenie, ktoré tento vírus vyvoláva. HPV infekcia sa týka rovnako mužov, žien aj detí.

Aké môžu byť následky nákazy HPV vírusom?

- Vírus HPV môže spôsobiť rakovinu krčka maternice, ale aj iné nádory, napr. rakovinu vulvy, vagíny alebo konečníka, tiež môže byť príčinou genitálnych bradavíc.
- Zatiaľ čo existuje skrining rakoviny krčka maternice, neexistujú žiadne rutinné skriningové testy na iné typy rakoviny súvisiacej s HPV, ktoré sa často nezistia, kým nespôsobia zdravotné problémy.
- HPV infekcia môže spôsobiť rôzne typy rakoviny aj dlhú dobu po nákuze vírusom.
- HPV vírusom sa môžu nakaziť aj muži, u ktorých vírus môže spôsobiť napr. rakovinu konečníka alebo genitálne bradavice.



O prevencii pred HPV infekciou sa informujte u svojho lekára

Dôležitou súčasťou prevencie u žien je pravidelný skrining u gynekológa. Pri ňom však lekár môže zistiť problém, až keď je na svete. U mužov, bohužiaľ nie sú dostupné skriningy na odhalenie HPV vírusu.

Ľudský papilomavírus – HPV (Human Papillomavirus) je infekčný vírus, ktorý sa prenáša sexuálnym stykom, ale aj kontaktom slizníc alebo kože. Je taký bežný, že sa s ním za život stretne skoro každý. Existuje viac ako 150 typov tohto vírusu. Niektoré sú neškodné, iné môžu spôsobiť rakovinu.

Aké sú formy prevencie?

Následkom HPV infekcií sa dá včas predísť:

- u dospelých sú účinnou prevenciou preventívne prehliadky napríklad u gynekológa, urológa, dermatovenerológa a očkovanie.
- u detí je účinnou prevenciou očkovanie.

Kto môže byť očkovaný?

- Vakcína je vhodná pre všetky vekové kategórie a obe pohlavia od 9 rokov.
- HPV očkovanie je najlepšie aplikovať pred začiatkom sexuálnej aktivity.
- Očkovanie proti HPV je plne hrazené zo zdravotného poistenia pre 12-ročné deti.
- Ak už je človek nakazený jedným typom HPV, očkovacia látka ho môže ochrániť pred zvyšnými HPV typmi obsiahnutými vo vakcíne proti HPV.

VIAC NA WWW.HPV.SK





**School of
Infectious
Diseases**

**Virtual Symposium
16th–17th May 2023**



MSD

INVENTING FOR LIFE



School of Infectious Diseases

REGISTER NOW



Paxlovid™

(nirmatrelvir 150 mg tablety | ritonavir 100 mg tablety)



ODTERAZ REGISTROVANÝ NA AMBULANTNÚ LIEČBU OCHORENIA COVID-19

PAXLOVID je indikovaný dospelým na liečbu ochorenia spôsobeného koronavírusom 2019 (COVID-19), ktorých stav si nevyžaduje podpornú liečbu kyslíkom, a u ktorých je prítomné zvýšené riziko progresie k závažnému ochoreniu COVID-19.^{1,2}

Referencie: 1. Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir) súhrn charakteristických vlastností lieku, február 2023. Dostupné na: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_sk.pdf. Posledný prístup: marec 2023 2. Hammond J, et al. *N Engl J Med.* 2022; 386:1397-1408

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU (SIOL) Paxlovid 150 mg + 100 mg filmom obalené tablety

***Zloženie:** každá ružová filmom obalená tableta obsahuje 150 mg nirmatrelviru. Každá biela filmom obalená tableta obsahuje 100 mg ritonaviru. ***Farmakoterapeutická skupina:** antivirová, na systémové použitie, inhibitory proteáz, *ATC kód: J05AE30. **Indikácie:** Paxlovid je indikovaný dospelým na liečbu ochorenia spôsobeného koronavírusom 2019 (COVID-19), ktorých stav si nevyžaduje podpornú liečbu kyslíkom, a u ktorých je prítomné zvýšené riziko progresie k závažnému ochoreniu COVID-19. **Dávkovanie a spôsob podávania:** na perorálne použitie. Odporúčané dávkovanie je 300 mg nirmatrelviru (dve 150 mg tablety) so 100 mg ritonaviru (jedna 100 mg tableta), všetky užívané spolu perorálne každých 12 hodín počas 5 dní. Paxlovid sa má podať čo najskôr po diagnostikovaní ochorenia COVID-19 a do 5 dní od nástupu príznakov. Ak pacient vynechá dávku Paxlovidu a ubehlo menej ako 8 hodín od času, keď ju zvyčajne užíva, musí ju užiť čo najskôr a znova obnoviť normálny harmonogram podávania. Ak pacient vynechá dávku a ubehlo viac ako 8 hodín, nesmie užiť vynechanú dávku a namiesto toho má užiť nasledujúcu dávku v normálne naplánovanom čase. Pacient nesmie užiť dvojnásobnú dávku, aby sa nahradila vynechaná dávka. **Osobitná pozornosť u pacientov so stredne závažnou poruchou funkcie obličiek:** denný blister obsahuje dve samostatné časti, z ktorých každá obsahuje dve tablety nirmatrelviru a jednu tabletu ritonaviru, čo zodpovedá dennému užívaniu v štandardnej dávke. Preto pacienti so stredne závažnou poruchou funkcie obličiek majú byť upozorení na skutočnosť, že každých 12 hodín sa má užiť iba jedna tableta nirmatrelviru spolu s tabletou ritonaviru. Bezpečnosť a účinnosť Paxlovidu u pacientov mladších ako 18 rokov neboli stanovené. Nirmatrelvir sa musí užívať súbežne s ritonavírom. Ak sa nirmatrelvir nebude užívať správnym spôsobom súbežne s ritonavírom, nebudú plazmatické hladiny nirmatrelviru postačovať na dosiahnutie požadovaného terapeutického účinku. ***Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok tohto prípravku. Nižšie uvedené lieky predstavujú sprievodný zoznam a nemajú byť považované za úplný zoznam všetkých možných liekov, ktoré sú kontraindikované s Paxlovidom. Lieky, ktorých klírens výrazne závisí od CYP3A, a ktorých zvýšené koncentrácie sa spájajú so závažnými a/alebo život ohrozujúcimi reakciami. Alfuzosín, ranolazín, amiodarón, dronedarón, flekainid, propafenón, chinidín, kyselina fuzidová, neratinib, venetoklas, kolchicín, terfenadín, klozapín, lurazidón, pimozid, kvetapín, silodosín, eplerenón, ivabradín, dihydroergotamín, ergonovín, ergotamín, metylergometrín (metylergonovín), cisaprid, voklosporín, lovastatín, simvastatín, lomitapid, eletriptán, avanafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil, klorazepát, diazepam, estazolam, flurazepam, perorálny midazolam a triazolam, tolaptán. Lieky, ktoré sú silnými indukčiami CYP3A, pretože významne redukujú plazmatické koncentrácie nirmatrelviru/ritonaviru môžu súvisieť s potenciálnou stratou virologickej odpovede a možnou rezistenciou. Rifampicín, apalutamid, karbamazepín, fenobarbital, fenytoín, lubovník bodkovaný (*Hypericum perforatum*). Paxlovid sa nesmie začať užívať ihneď po ukončení používania indukčtorov CYP3A4 z dôvodu oneskoreného vymiznutia účinku nedávno vysadeného indukčtoru CYP3A. Na určenie adekvátneho načasovania začatia liečby Paxlovidom by sa mal zvážiť multidisciplinárny prístup. Prosím, pozrite si plné znenie SPC lieku. ***Osobitné upozornenia:** manažment liekových interakcií u vysokorizikových pacientov s ochorením COVID-19, ktorí súbežne užívajú viaceré lieky, môže byť zložitý a vyžaduje si dôkladné porozumenie povahy a rozsahu interakcie so všetkými súbežne používanými liekmi. Začatie liečby Paxlovidom, inhibítorom CYP3A, u pacientov, ktorí užívajú lieky metabolizované prostredníctvom CYP3A, alebo začatie liečby liekmi metabolizovanými prostredníctvom CYP3A u pacientov, ktorí už užívajú Paxlovid, môže zvyšovať plazmatické koncentrácie liekov metabolizovaných prostredníctvom CYP3A. Začatie liečby liekmi, ktoré inhibujú alebo indukujú CYP3A, môže zvyšovať, respektíve znižovať koncentrácie Paxlovidu. Tieto interakcie môžu viesť k nasledujúcemu: klinicky významné nežiaduce reakcie, ktoré potenciálne vedú k závažným, život ohrozujúcim udalostiam alebo úmrtiu v dôsledku vyšších expozícií súčasne používaným liekom; klinicky významné nežiaduce reakcie spôsobené vyššími expozíciami Paxlovidu; strata terapeutického účinku Paxlovidu a možný vývoj rezistencie voči vírusu. Lieky, ktoré sú kontraindikované na súbežné používanie s nirmatrelvirom/ritonavírom, a pre potenciálne významné interakcie s inými liekmi, prosím, pozrite plné znenie SPC lieku Paxlovid. Pri používaní Paxlovidu bola hlásená anafylaxia a iné reakcie z precitlivosti. Závažná porucha funkcie obličiek: nie sú k dispozícii klinické údaje u pacientov so závažnou poruchou funkcie obličiek (vrátane pacientov s ESRD). Paxlovid sa preto nemá používať u pacientov so závažnou poruchou funkcie obličiek (eGFR < 30 ml/min, vrátane pacientov s ESRD podstupujúcich hemodialýzu). Závažná porucha funkcie pečene: nie sú k dispozícii farmakokinetické a klinické údaje u pacientov so závažnou poruchou funkcie pečene. Paxlovid sa preto nemá používať u pacientov so závažnou poruchou funkcie pečene. U pacientov užívajúcich ritonavir sa vyskytli zvýšené hladiny pečenejých transamináz, klinická hepatitída a žltka. Preto je potrebná opatnosť, keď sa Paxlovid podáva u pacientov s prítomnými ochoreniami pečene, abnormálnymi pečenejými enzýmami alebo hepatitídou. Keďže sa nirmatrelvir užíva súbežne s ritonavírom, môže existovať riziko vývoja rezistencie HIV-1 voči inhibítorom HIV proteázy u jedincov s nekontrolovanou alebo nediagnostikovanou infekciou HIV-1. Pomocné látky: tablety nirmatrelviru obsahujú laktózu. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózyovej intolerancie, celkovým deficitom laktázy alebo glukózo-galaktóзовou malabsorpciou nemajú užívať tento liek. Tablety nirmatrelviru, aj tablety ritonaviru obsahujú menej ako 1 mmol sodíka. ***Liekové a iné interakcie:** nirmatrelvir a ritonavir sú substrátmi CYP3A. Súbežné používanie Paxlovidu a liekov, ktoré indukujú CYP3A môže znižovať plazmatické koncentrácie nirmatrelviru a ritonaviru a redukovať terapeutický účinok Paxlovidu. Súbežné používanie Paxlovidu s liekom, ktorý inhibuje CYP3A4, môže zvyšovať plazmatické koncentrácie nirmatrelviru a ritonaviru. Súbežné používanie Paxlovidu s liekmi, ktoré sú substrátom pre CYP2D6 môže zvýšiť plazmatické koncentrácie liekov, ktoré sú substrátom pre CYP2D6. Paxlovid má tiež vysokú afinitu k P-glykoproteínu (P-gp) a inhibuje tento transportér. Preto sa má v prípade súbežnej liečby postupovať s opatnosťou. Paxlovid môže indukovať glukuronidáciu a oxidáciu prostredníctvom CYP1A2, CYP2C8, CYP2C9 a CYP2C19. Na základe *in vitro* štúdií existuje potenciál nirmatrelviru inhibovať MDR1, MATE1, OCT1 a OATP1B1 v klinicky relevantných koncentráciách. Zoznam liekov, ktoré sú kontraindikované alebo môžu interagovať s nirmatrelvirom/ritonavírom nájdete v SPC lieku Paxlovid. ***Gravidita a laktácia:** nie sú k dispozícii žiadne údaje o používaní Paxlovidu u gravidných žien, na základe ktorých by sa dalo informovať o výsledných rizikách nežiaduceho vývoja plodu spájajúceho sa s týmto liekom. Ženy vo fertilnom veku nesmú počas liečby Paxlovidom otehotnieť, a ako preventívne opatrenie ani počas 7 dní po ukončení liečby Paxlovidom. K dispozícii sú obmedzené údaje o použití Paxlovidu u gravidných žien. Paxlovid sa neodporúča počas tehotenstva a u žien vo fertilnom veku, ktoré nepoužívajú antikoncepciu, pokiaľ liečbu Paxlovidom nevyžaduje klinický stav. Nie sú k dispozícii žiadne údaje o použití Paxlovidu u dojčiacich žien. Počas liečby Paxlovidom ako preventívne opatrenie ešte počas 7 dní po ukončení liečby Paxlovidom sa má dojčenie prerušiť. Nie sú k dispozícii žiadne údaje o vplyve Paxlovidu (nirmatrelvir a ritonavir) alebo samotného ritonaviru na laktáciu u ľudí. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** očakáva sa, že Paxlovid nemá žiadny vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. ***Nežiaduce účinky:** najčastejšie nežiaduce reakcie hlásené počas liečby Paxlovidom užívaným každých 12 hodín počas 5 dní a počas 34 dní po prvej dávke boli dysgeúzia (5,6 %), hnačka (3,1 %), bolesť hlavy (1,4 %), vracanie (1,1 %) a nauzea. **Predávkovanie:** liečba predávkovania Paxlovidom musí pozostávať zo všeobecných podporných opatrení zahŕňajúcich monitorovanie životných funkcií a pozorovanie klinického stavu pacienta. Nie je k dispozícii žiadne špecifické antidotum v prípade predávkovania Paxlovidom. ***Uchovávanie:** tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne podmienky na uchovávanie. ***Všimnite si, prosím, zmenu v súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC).** Táto skrátená informácia o lieku je určená pre odbornú verejnosť. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred podaním lieku sa zoznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). Dátum aktualizácie skrátenej informácie o lieku: 20. február 2023. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgicko. Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii: PFIZER Luxembourg SARL, o.z., tel.: +421 2 3355 5500. Registračné číslo: EU/1/22/1625/001. Upravené podľa SPC schváleného Európskou liekovou agentúrou dňa 15. februára 2023.

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie je potrebné hlásiť na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná 11, 82Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie je potrebné hlásiť na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná 11, 825 08 Bratislava 26, tel.: +421 2 507 01 206, internetová stránka: <http://www.sukl.sk/sk/bezpecnost-liekov>, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk, formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sukl.sk/eskadra/> alebo miestnemu zástupcovi držiteľa rozhodnutia o registrácii humánneho lieku: spoločnosti Pfizer Luxembourg SARL, o.z., Pribinova 25, 811 09 Bratislava, e-mail: SVK.AEReporting@pfizer.com.





PFIZER Luxembourg SARL, o.z.
Pribinova 25, 811 09 Bratislava, tel.: 02/3355 5500, www.pfizer.sk

PP-PAX-SVK-0062, dátum prípravy: marec 2023



VEKLURY® je indikovaný na liečbu koronavírusového ochorenia 2019 (COVID-19):

 **dospelým a pediatrickým pacientom (s telesnou hmotnosťou najmenej 40 kg), ktorí nepotrebujú suplementáciu kyslíkom a ktorí sú vystavení zvýšenému riziku progresie do závažného ochorenia COVID-19³,**

 **dospelým a pediatrickým pacientom (vo veku najmenej 4 týždne a s telesnou hmotnosťou najmenej 3 kg) s pneumóniou vyžadujúcou suplementáciu kyslíkom (kyslík s nízkym alebo vysokým prietokom alebo inú neinvazívnu ventiláciu na začiatku liečby)³.**

Znižuje riziko progresie^{1,3}

Pre rýchlejšie zotavenie^{2,3}

Ak pacient s COVID-19 potrebuje nemocničnú starostlivosť, zvážte včasné podanie antivirovika VEKLURY.

Klinická štúdia PINETREE (GS-US-540-9012): VEKLURY® znižuje riziko progresie ochorenia do závažného stavu u nehospitalizovaných rizikových pacientov s COVID-19. Primárnym ukazovateľom bol podiel pacientov s hospitalizáciou súvisiacou s ochorením COVID-19 alebo 28-dňovou mortalitou z akejkolvek príčiny. Bolo preukázané 87 % zníženie počtu hospitalizácií pre ochorenie COVID-19 alebo mortality v porovnaní s placebom (pomer rizika 0,134 (95 % IS; 0,031 až 0,586); p = 0,0076). Na 28. deň sa nevyskytli žiadne úmrtia.¹

Klinická štúdia ACTT-1 (CO-US-540-5776): VEKLURY® skracuje čas do zotavenia, definovaný ako prepustenie z nemocnice alebo hospitalizácia, ale bez potreby suplementácie kyslíkom, ktorá si už nevyžaduje nepretržitú lekársku starostlivosť. Liek VEKLURY® významne skracoval medián času do zotavenia o 5 dní v porovnaní s placebom v celkovej populácii (pomer rýchlosti zotavenia 1,29 (95 % IS 1,12-1,49), p<0,001). U pacientov s ťažkou formou ochorenia bol medián času do zotavenia skrátený o 7 dní oproti placebu (pomer rýchlosti zotavenia 1,34 (95 % IS 1,14-1,58), p<0,001).²

Reference: 1. Gottlieb RL, Vaca CE, Paredes R, et al. Early Remdesivir to Prevent Progression to Severe Covid-19 in Outpatients. N Engl J Med.2022;386(4):305-315. doi:10.1056/NEJMoa2116846. 2. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al. Remdesivir for the treatment of Covid-19 – final report. Supplementary appendix. N Engl J Med. 2020;383(19):1813–1826. 3. SPC Veklury 100 mg prášok na koncentrát na infúziu roztok.

www.aileadovid19.sk



Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Informácie o tom, ako hlásiť nežiaduce reakcie, nájdete v časti 4.8.

VEKLURY® SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Názov: Veklury 100 mg prášok na koncentrát na infúziu roztok.

Zloženie lieku: Jedna injekčná liekovka obsahuje 100 mg remdeziviru (roztok 5 mg/ml).

Indikácie: Na liečbu koronavírusového ochorenia 2019 (COVID-19):

– dospelým a pediatrickým pacientom (vo veku najmenej 4 týždne s telesnou hmotnosťou najmenej 3 kg) s pneumóniou vyžadujúcou suplementáciu kyslíkom (kyslík s nízkym alebo vysokým prietokom alebo inú neinvazívnu ventiláciu na začiatku liečby)

– dospelým a pediatrickým pacientom (s telesnou hmotnosťou najmenej 40 kg), ktorí nepotrebujú suplementáciu kyslíkom a ktorí sú vystavení zvýšenému riziku progresie do závažného ochorenia COVID-19.

Dávkovanie a spôsob podávania: Pacientov je potrebné počas podávania remdeziviru dôkladne monitorovať. Odporúčané dávkovanie remdeziviru u dospelých a pediatrických pacientov (s telesnou hmotnosťou najmenej 40 kg): 1. deň – jednorazová úvodná dávka 200 mg remdeziviru podávaná formou intravenózneho infúzie; Od 2. dňa – dávka 100 mg remdeziviru podávaná jedenkrát denne formou intravenózneho infúzie. Odporúčané dávkovanie remdeziviru u pediatrických pacientov vo veku najmenej 4 týždne (s telesnou hmotnosťou najmenej 3 kg, ale menej ako 40 kg): 1. deň – jednorazová úvodná dávka 2,5 mg/kg remdeziviru podávaná formou intravenózneho infúzie; Od 2. dňa – dávka 2,5 mg/kg remdeziviru podávaná jedenkrát denne formou intravenózneho infúzie. Dĺžka liečby: Dospelí a pediatrickí pacienti (s telesnou hmotnosťou najmenej 40 kg) s pneumóniou vyžadujúcou suplementáciu kyslíkom: Denne po dobu najmenej 5 dní, nie však viac ako 10 dní. Pediatrickí pacienti (s telesnou hmotnosťou najmenej 40 kg), ktorí nepotrebujú suplementáciu kyslíkom a sú vystavení zvýšenému riziku progresie do závažného ochorenia COVID-19: Denne po dobu 3 dní, začať čo najskôr po stanovení diagnózy ochorenia COVID-19 a do 7 dní od nástupu príznakov. Starší pacienti: U pacientov starších ako 65 rokov sa nevyžaduje úprava dávky remdeziviru. Porucha funkcie obličiek: Remdezivir sa nemá používať u pacientov s hodnotou eGFR < 30 ml/min.

Remdezivir sa podáva formou intravenózneho infúzie po ďalšom zriedení. Nesmie sa podávať ako intramuskulárna (i.m.) injekcia.

Kontraindikácie: Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok.

Osobitné upozornenia: Precitlivosť vrátane reakcií súvisiacich s podávaním infúzie a anafylaktických reakcií: Prejavajú sa príznaky môžu zahŕňať hypotenziu, hypertenziu, tachykardiu, bradykardiu, hypoxiu, horúčku, dyspnoe, sipot pri dýchaní, angioedém, vyrážku, nauzeu, vracanie, diaforézu a triašku. Ako možnú prevenciu týchto prejavov a príznakov je možné zvážiť pomalšiu rýchlosť infúzie s maximálnou dĺžkou trvania infúzie až do 120 minút. Ak sa vyskytnú prejavu a príznaky klinicky významnej reakcie z precitlivosti, podávanie remdeziviru sa má ihneď ukončiť a má sa začať s príslušnou liečbou. **Zvýšenie hladiny transamináz:** Remdezivir sa má u pacientov s poruchou funkcie pečene používať iba vtedy, ak je potenciálny prínos liečby väčší ako potenciálne riziko. Remdezivir sa nemá začať podávať alebo sa má podávanie ukončiť pacientom s hladinou alaninaminotransferázy (ALT) ≥ 5-násobku hornej hranice normy. Liečba sa môže znova začať, ak je hladina ALT < 5-násobok hornej hranice normy. Podávanie remdeziviru sa má tiež ukončiť u pacientov, u ktorých sa vyskytne zvýšenie hladiny ALT sprevádzané prejavmi alebo príznakmi zápalu pečene alebo zvyšujúcou sa hladinou konjugovaného bilirubínu, alkalického fosfatázy alebo zvyšujúcim sa medzinárodným normalizovaným pomerom (INR). **Porucha funkcie obličiek:** Pred začatím liečby remdezivrom a v priebehu podávania sa má všetkým pacientom stanoviť hodnota eGFR, ak je to klinicky vhodné. Remdezivir sa nemá používať u pacientov s hodnotou eGFR < 30 ml/min. **Riziko zníženého antivírusového účinku pri súbežnom podávaní s chlorochinom alebo hydroxychlorochinom:** Súbežné podávanie remdezivru a chlorochinu-fosfátu alebo hydroxychlorochinumu-sulfátu sa neodporúča na základe *in vitro* údajov dokazujúcich antagonizujúci účinok chlorochinu na intracelulárnu metabolickú aktiváciu a antivírusový účinok remdezivru. **Imunokompromitovaní pacienti:** Nie je jasné, či trvanie liečby tri dni je dostatočné na odstránenie vírusu u imunokompromitovaných pacientov, u ktorých sa vyskytuje predĺžené šírenie vírusu. **Východiskový sérotest:** V súčasnosti nie sú k dispozícii žiadne informácie o účinnosti a bezpečnosti remdezivru podľa východiskového sérotestu. **Pomocné látky:** Veklury

obsahuje sodnú soľ sulbutoxybetadexu, ktorá sa vylučuje obličkami a hromadí sa u pacientov so zníženou funkciou obličiek, čo môže potenciálne nepriaznivo ovplyvniť funkciu obličiek.

Interakcie: S remdezivrom sa uskutočnila štúdia liekových interakcií (cyklosporín a karbamazepín). Ďalšie možné interakcie viď úplná verzia SPC.

Fertilita, gravidita a laktácia: Remdezivir sa nemá používať počas gravidity, pokiaľ klinický stav žien nevyžaduje liečbu remdezivrom. Ženy vo fertilnom veku musia počas liečby používať účinnú antikoncepciu. Vzhľadom na potenciál prenosu vírusu na dojenčatá negatívne na SARS-CoV-2 a nežiaducich reakcií lieku u dojčených detí sa rozhodnutie, či ukončiť dojčenie alebo ukončiť/prerušit liečbu remdezivrom má urobiť po zvážení prínosu dojčenia pre dieťa a prínosu liečby pre ženu.

Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje: Predpokladá sa, že remdezivir nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje.

Nežiaduce účinky: Najčastejšou nežiaducou reakciou u zdravých dobrovoľníkov bola zvýšená hladina transamináz. Najčastejšou nežiaducou reakciou u pacientov s ochorením COVID-19 bola nauzea. Podrobnosti o nežiaducich účinkoch, pozri úplná verzia SPC.

Predávkovanie: Liečba predávkovania remdezivrom má pozostávať zo základných podporných opatrení, ktoré zahŕňajú monitorovanie životných funkcií a sledovanie klinického stavu pacienta. Neexistuje žiadne špecifické antidotum pri predávkovaní remdezivrom.

Uchovávanie: Prášok na koncentrát: Žiadne špeciálne upozornenia na uchovávanie. Rekonštituovaný a zriedený infúziu roztok: maximálne 24 hodín pri teplote 20 °C – 25 °C alebo 48 hodín v chladničke (2 °C až 8 °C).

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Gilead Sciences Ireland UC, Carrigrohilly, County Cork, T45 DP77, Írsko.

Registračné čísla: EU/1/20/1459/002.

Dátum aktualizácie textu: 10/2022.

Dátum prípravy materiálu: 01/2023.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

Viac informácií si pozrite v úplnej verzii Súhrnu charakteristických vlastností lieku.

GENERÁLNÍ PARTNERI



HLAVNÝ PARTNER

abbvie

VYSTAVOVATELIA



ŽIVOT

BEZ DYMU