

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



VÁS POZÝVAJÚ NA

16. CELOSLOVENSKÚ INFEKTOLOGICKÚ KONFERENCIU

S TÉMOU

- KAZUISTIKY
- VÁRIA

NITRA

12. – 14. október 2023

 **SLOVENSKÁ
SPOLOČNOSŤ
INFEKTOLÓGOV**

Všeobecné informácie:

Miesto konania:

Nitra, Hotel Mikado

Rokovacie jazyky: slovenčina, čeština, angličtina

Technika prezentácie: dataprojektor, videoprojekcia

Certifikáty o účasti:

Podujatie zaradené do systému kontinuálneho medicínskeho vzdelávania a účastníkom bude pridelený prislúchajúci počet kreditov CME.

Forma prezentácie:

prednášky

dĺžka prednášky: 10 minút a podľa vyžiadania

Organizačné zabezpečenie konferencie:

SKITRAVEL – PROEVENTS s.r.o.

e-mail: slovakia@skitravel.sk, info@proevents.sk

registrácia: www.infektologia2023.sk

Odborný garant:

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

prezident SSI

Organizačný výbor:

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD.

Mgr. Alžbeta Polčíková

MUDr. Veronika Vahalová

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

doc. MUDr. Katarína Holečková, PhD.

MUDr. Ondrej Záhornacký, PhD.

Organizačný výbor si vyhradzuje právo úpravy časového harmonogramu odborného programu

Kontaktné adresy:

piesecka@fnnitra.sk | 037/65 45 509

polcikova@fnnitra.sk | 037/65 45 579



Slovenská spoločnosť infektológov SLS

Fakultná nemocnica v Nitre

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

VÁS POZÝVAJÚ NA

**16. celoslovenskú
infektologickú konferenciu
v Nitre**

s témou

Kazuistiky
Vária

prof. PhDr. Tomáš Sollár, PhD.
dekan
FSVaZ pri UKF v Nitre

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

Mgr. Michal Fajin, MBA, LL.M, MPH
Riaditeľ
FN Nitra

Marek Hattas
primátor mesta Nitra

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

PROGRAM: ŠTVRTOK | 12.10.2023 | 20:00

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

PROGRAM: PIATOK | 13.10.2023

07:00 – 08:30 Raňajky
08:30 – 12:00 Zasadnutie výboru SSI SLS, krajských
odborníkov, prednostov a primárov
infekčných kliník a oddelení
12:00 – 12:45 Obed
13:00 – 19:40 Odborný program
20:30 Diskusný večer v priestoroch hotela,
na tému budúcnosti infektológie
a aktuálnych infekčných ochorení

PROGRAM: SOBOTA | 14.10.2023

07:00 – 08:30 Raňajky
08:30 – 13:50 Odborný program
13:50 Obed

PROGRAM: PIATOK | 13.10.2023

13: 00 OTVORENIE KONFERENCIE, PRÍHOVORY HOSTÍ

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD.

prof. PhDr. Tomáš Sollár, PhD.

prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

Marek Hattas

Mgr. Michal Fajin, MBA, LL.M, MPH

PhDr. Romana Tamášová

13:30 – 14:30 ODBORNÝ PROGRAM I.

Predsedenstvo: Holečková K., Sabaka P.,
Urbančíková I., Vološinová D.

1. COVID-19, chrípka alebo RSV?

10 min.

Vološinová D.

Oddelenie infektológie, FNsP FDR Banská Bystrica.

2. Vzácna príčina poruchy vedomia pri COVID-19.

10 min.

Sabaka P.

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

3. Novinky v očkovaní

proti respiračným ochoreniam.

10 min.

^{1,2,3}Urbančíková I., ¹Halánová M.

¹Ústav epidemiológie LF UPJŠ Košice, Ústav epidemiológie,
Lekárska fakulta, UPJŠ Košice,

²Centrum pre očkovanie detí s komplikáciami po očkovaní
a kontraindikáciami očkovania, DFN Košice,

³Očkovacie centrum, Klinika infektológie a cestovnej medicíny,
Lekárska fakulta, UPJŠ a UNLP Košice.

4. Koronavírusová infekcia a myalgie.

10 min.

^{1,2}Holečková K., ²Gojdič

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

Diskusia 20 min.

14:30 – 14:40 Coffee break

14:40 – 16:10 ODBORNÝ PROGRAM II.

Predsedníctvo: Jarčuška P., Piesecká Ľ.

5. Výskyt subtypov a rezistencie HIV na ART u HIV infikovaných pacientov v SR.

10 min.

Kovářová A., Valkovičová Staneková D., Hábeková M., Takáčová M., Drobková T.

Národné referenčné centrum pre prevenciu HIV/AIDS,
Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava.

6. Generalizovaná psoriáza u HIV pozit. pacienta.

10 min.

Kročková L.

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

Diskusia 10 min.

**SATELITNÉ SYMPÓZIUM PODPorenÉ SPOLOČNOSŤOU
GLAXOSMITHKLINE A PHOENIX.**

Quo vadis moderný ART manažment?

Predsedaajúci: Piesecká Ľ.

7. Dvojzložkové režimy v manažmente Slovenských HIV+ pacientov – Kde sme a kam smerujeme?

45 min.

Jarčuška P.

8. Panelová diskusia o trojročných skúsenostiach s DTG/3TC na Slovensku. 15 min.

16:10 – 16:20 Coffee break

16:20 – 17:30 ODBORNÝ PROGRAM III.

SATELITNÉ SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU ABBVIE S.R.O.

Dôležité aspekty v eliminácii hepatitídy C na Slovensku

Predsedníctvo: Schréter I.

9. Teória vs. realita eliminácie hepatitídy C 15 min.
Kristian P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

10. Skúsenosti s liečbou hepatitídy C u migrantov 15 min.
Piešacká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Diskusia 10 min.

Predsedníctvo: Kristian P., Schréter I., Vahalová V.

11. Strata HBsAg po antivírusovej liečbe u pacientov s chronickou hepatitídou B. 10 min.

Lami F., Hockicková I., Kristian P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

12. Je možné predísť izonizidom indukovanej hepatopatii? 10 min.

¹Shiratori B., ²Lauková D., ³Piešacká Ľ., ¹Rác M., ^{1,4}Vaňo I.

¹Interná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra,

²Ambulancia pneumológie a ftizeológie Internej kliniky FN Nitra,

³Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra,

⁴Katedra ošetrovateľstva FSVaZ pri UKF v Nitre.

Diskusia 10 min.

17:30 – 17:40 Coffee break

17:40 – 18:40 ODBORNÝ PROGRAM IV.

SATELITNÉ SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU GILEAD SCIENCES SLOVAKIA S.R.O.

Predsedníctvo: Jarčuška P.

13. Súčasná pozícia remdeziviru v liečbe hospitalizovaného pacienta s COVID-19. 15 min.

Koščálová A.

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

14. Chronická hepatitída C v roku 2023 na Slovensku. 15 min.

Hockicková I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

15. HIV v súčasnosti. 15 min.

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Diskusia 15 min.

18:40 – 19:40 ODBORNÝ PROGRAM V.

SATELITNÉ SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU PFIZER LUXEMBOURG SARL, O.Z.

Predsedníctvo: Jarčuška P., Záhornacký O.

16. Multirezistentné baktérie – čo s nimi? 20 min.

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

PREDNÁŠKA PODPORENÁ SPOLOČNOSŤOU PFIZER LUXEMBOURG SARL, O.Z.

**17. Kedy a komu antivirotickú liečbu
v súvislosti s COVID 19?**

20 min.

Záhornacký O.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Diskusia 20 min.

**20:30 Diskusný večer na tému budúcnosti infektológie
a aktuálnych infekčných ochorení v priestoroch hotela**

PROGRAM: SOBOTA | 14.10.2023

08:30 - 11:20 ODBORNÝ PROGRAM VI.

Predsedníctvo: Andrašovičová Burdová J., Holečková K.,
Kršáková A., Paraličová Z.

**18. Sekundárna bakteriálna
infekcia kože pri varicelle.**

10 min.

Modynets T., Shandor V., Vološinová D.

Oddelenie infektológie, FNsP FDR Banská Bystrica.

**19. Komplikovaný priebeh varicelly
v detskom veku.**

10 min.

Andrašovičová Burdová J., Morvayová B.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

20. Niečo nám v tom nose rastie.

10 min.

Issiali H., Kršáková A., Soľavová M., Fedorová M.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

21. Infekčné komplikácie u pacientov s biologickou liečbou z pneumologického hľadiska. 10 min.

¹Lauková D., Piešacká Ľ., Andrašovičová Burdová J., ¹Vaňo I., ¹Rác M.

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

22. Rizikové faktory vzniku CDI a ich vplyv na mortalitu. 10 min.

Hockicko J., Hockicková I., Schréter I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

23. Komunitné formy klostrídiovej kolitídy. 10 min.

Sučík M., Rosol'anka R.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

24. Efektivita fekálnej bakterioterapie v liečbe klostrídiovej kolitídy. 10 min.

Javorská D., Novotný M., Hockicko J.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

25. Antibiotická rezistencia a schopnosť tvoriť biofilm toxín-pozitívneho izolátu Clostridium septicum zhoršila prognózu pacienta. 10 min.

Palcová L.^{7*}, Kuzma J.^{1,2,*}, Guadalupe Zavala S.-Meneses^{3,4}, Skultety L.^{1,3}, Chmelar D.^{2,5}, Ficik J.⁶

¹Biomedical Research Center of Slovak Academy of Sciences, Bratislava, Slovakia; ²Faculty of Medicine, Institute of Laboratory Medicine, University of Ostrava, Ostrava; ³Institute of Microbiology of the Czech Academy of Sciences; ⁴Faculty of Science, Charles University, Prague; ⁵Anaerobic Bacteria Reference Laboratory, Faculty of Medicine, Institute of Laboratory Medicine, University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic; ⁶Laboratory of Clinical Microbiology, Faculty Hospital; and ⁷Science and Research Department, Faculty Hospital, Central Military Hospital, Ruzomberok, Slovakia

26. Crohnova choroba ako suvení z Indie?

10 min.

^{1,2}Koščálová A., ³Kaščák M., ⁴Žaťko M., ¹Kigen I.

^{1,2}Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava,

²Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, ³Fakultná nemocnica

Trenčín, ⁴Diagnosticke centrum patológie Unilabs.sk, Topoľčany.

27. Lymská borelióza.

10 min.

^{1,2}Holečková K., ^{1,2}Koščálová A., ²Gabrišková S.

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

28. Diagnostické úskalia v gravidite

10 min.

Paraličová Z.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP Košice

29. Anabáza liečby chronickej osteomyelitídy u diabetika.

10 min.

Lužinský L.

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

Diskusia 50 min.

11:20 - 11:30 Coffee break

11:30 - 13:50 ODBORNÝ PROGRAM VII.

Predsedníctvo: Čupková M., Novotný M.,
Soľavová M., Zamba Š.

30. Úspešná liečba mozgových absceov CMP.

10 min.

Morvayová B., Piesecká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

31. Závažný priebeh leptospirózy s multiorgánovým zlyhaním.

10 min.

Záhornacký O., Porubčin Š., Rovňáková A., Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

PREDNÁŠKA PODPorená SPOLOČNOSŤOU PFIZER LUXEMBOURG SARL, O.Z.

32. Q horúčka. 10 min.

Kročková L.

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

33. Súčasný pohľad na alveokokózu. 10 min.

Shandor V.

Oddelenie infektológie, FNsP FDR Banská Bystrica.

**34. Atypický priebeh neuroinfekcie
v teréne Devicovej choroby.** 10 min.

Zelenák A., Soľavová M., Rolincová L., Koričanská A.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

**35. Streptokoková fasciitída ako ťažká forma hlbkej
infekcie mäkkých tkanív v spojení so syndrómom
streptokokového toxického šoku.** 10 min.

Hatalová L., Miškovič Ľ., Drľová A., Šuranská A.

Infekčné oddelenie FN Trenčín.

**36. CMV infekcia ako komplikácia
ulceróznej kolitídy.** 10 min.

Zamba Š., Lešová A., Čornej T., Kaňuchová K., Kobová I.

Infektologické oddelenie NsP Štefana Kukuru Michalovce.

37. Karcinóm vs. Parazitóza. 10 min.

Čupková M., Špaňo L., Rosol'anka R.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

38. Čo sa skrývalo za bolesťou v krížovej oblasti? 10 min.

Kozárová M., Piesecká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Diskusia 50 min.

Záver, odborné vyhodnotenie konferencie

Prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.

Prof. MUDr. Pavol Kristian, PhD.

SEKCIA SESTIER

PROGRAM: PIATOK | 13.10.2023

13:00 spoločné otvorenie konferencie s lekármi

13:30 – 15:30 ODBORNÝ PROGRAM I.

Predsedníctvo: Jamrichová E., Kucharová D., Polčíková A.

1. "Zabudnutá choroba?"

Baková L., Špurnajová B., Polin M.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

2. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s tracheostómiou so zameraním na komplikácie.

Bečková P., Králová K.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

3. Prvá pomoc pri bezvedomí.

Krajčovičová J., Gríková M., Slováková I.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

4. Varicella.

Hostovecká S., Urgeová A., Balková A.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

5. Kvalita života pacientov s chronickou ranou.

Hoffmannová D., Plesková E., Lefflerová M.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

6. Kazuistika HCV pozitívneho pacienta so statusom „migrant“.

Broškovičová B.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

PREDNÁŠKA PODPORENÁ SPOLOČNOSŤOU ABBVIE S. R. O.

Diskusia

15:30 – 15:40 Coffee break

15:40 – 17:10 ODBORNÝ PROGRAM II.

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

7. Vždy treba veriť (kazuistika).

Jankolová D., Pravňanová P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

8. Čo sa môže skrývať za bolesťami brucha.

Bányiová T., Korecová L., Gažúrová G.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

9. Úloha sestry u pacienta s plánovaným výkonom selektívna koronárna angiografia.

Sovičová Z.

Kardiologická klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

10. Ako sme prežili covid-19 u nás.

Pravňanová P., Jankolová D.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

11. Monoklonálne protilátky.

Frátriková M., Pavlíková A.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

12. Pacient a prostredie.

Mihalíková B., Hostovecká S.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Diskusia

17:10 – 17:20 Coffee break

17:20 –18:30 ODBORNÝ PROGRAM III.

13. Porfýria cutanea tarda.

Križanová G., Švihoríková E., Černá M.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

14. Kontaktný ekzém.

Slamková L.

Kožná ambulancia FN Nitra.

15. Borelióza.

Pavlíková A., Frátriková M.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

16. Salmonelóza.

Kováčsová P., Houdková N., Hunková K.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

17. Ošetrovateľské diagnózy v infektológii.

Polčíková A., Blahová S., Fulopová A.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Diskusia

PROGRAM – ABSTRAKTY

1.COVID-19, chrípka alebo RSV?

Vološinová D.

Oddelenie infektológie, FNsP FDR Banská Bystrica.

COVID-19 sa postupne stáva endemickým ochorením a musíme sa ho naučiť presne odlíšiť od sezónnej chrípky a chrípke podobných ochorení. COVID-19, chrípka, RSV sú interhumánne prenášané respiračné ochorenia, avšak spôsobené rôznymi vírusmi. Pacient môže byť nakazený aj viacerými respiračnými vírusmi súčasne. Len na základe klinických príznakov môže byť v niektorých prípadoch ťažké rozlíšiť, ktorý vírus spôsobil u človeka ochorenie. Všetky tri majú veľa spoločných príznakov, ale existujú niektoré kľúčové rozdiely medzi nimi, ktoré umožňujú odlíšiť COVID-19 od chrípky na základe symptómov u pacientov v komunite. Ani testovanie nie je smerodajné v rozhodovaní sa o správnej diagnóze a následnej liečbe. V súčasnosti máme dôkazy, že aj pacient infikovaný SARS-CoV-2, s pozitívnym testom, nemusí mať klinické príznaky. V prezentácii autori uvádzajú kazuistiky dvoch pacientov s koinfekciou vírusom SARS-CoV-2 a vírusom chrípky. Cieľom prezentácie nie je stanoviť presné a nemenné kritéria, ale upozorniť na nutnosť diferenciálnej diagnostiky a z toho sa odvíjajúcej následnej terapie s dôrazom na individuálny prístup u každého pacienta. Musíme definovať podobnosti a rozdiely medzi COVID-19 a chrípkou, resp. chrípke podobným ochorením. Mali by sme sa zamyslieť nad otázkami, či koinfekcia COVID-19 - chrípka zvyšuje riziko prebiehajúceho ochorenia, alebo má vplyv na vylučovanie vírusu, či nie je v dôsledku koinfekcií reálna hrozba ťažších sezónnych epidémií. Vo svete prebiehajú štúdie, ktoré sa zameriavajú na možnosti odlíšenia týchto ochorení, avšak skôr na úrovni epidemiologickej a teoretickej.

2. Vzácna príčina poruchy vedomia pri COVID-19.

Sabaka P.

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

Encefalitída patrí medzi vzácne komplikácie ochorenia COVID-19. Jej patogenéza nie je podrobne prebádaná a zrejme sa jedná o širšie spektrum klinických stavov ktorým jedinými spoločnými menovateľmi sú neurologické symptómy a prítomnosť ochorenia COVID-19. Počas ochorenia alebo po odznení COVID-19 môže zriedkavo dôjsť k rozvoju autoimunitných chorôb. Je možné, že niektoré s COVID-19 asociovaných encefalitíd má aj autoimunitný pôvod. Prezentujeme prípad mladej ženy bez komorbidít u ktorej v rámci ochorenia COVID-19 došlo k rozvoju encefalitídy s poruchou vedomia a kŕčmi. Prítomnosť autoprotilátok a odozva na imunosupresívnu liečbu nasvedčovala pre autoimunitný patomechanizmus.

3. Novinky v očkovaní proti respiračným ochoreniam.

^{1,2,3}Urbančíková I., ¹Halánová M.

¹Ústav epidemiológie LF UPJŠ Košice,

²Centrum pre očkovanie detí s komplikáciami po očkovaní a kontraindikáciami očkovania, DFN Košice,

³Očkovacie centrum, Klinika infektológie a cestovnej medicíny, LF UPJŠ a UNLP Košice.

Respiračné infekcie sú celosvetovo najrozšírenejšie nákazy, ktoré majú veľmi rôznorodú etiológiu. Zároveň sú najčastejšou príčinou vysokej chorobnosti obyvateľstva vzhľadom na jednoduchý spôsob prenosu vzdušnou cestou. Respiračné infekcie sa vyskytujú vo všetkých vekových kategóriách, pričom v priebehu života sa tieto infekcie často opakujú.

Najefektívnejším prostriedkom na zníženie chorobnosti je primárna prevencia v zmysle očkovania, pokiaľ je dostupná. Vakcínou indukovaná imunita poskytuje nielen individuálnu ochranu jednotlivca, ale aj kolektívnu ochranu pri dosiahnutí dostatočného počtu imúnnych osôb. Očkovanie proti pneumokokovým invazívnym ochoreniam patrí od roku 2009

medzi povinné pravidelné očkovania dojčiat, avšak výskyt sérotypov pneumokokov sa mení pod vplyvom rôznych faktorov. V súčasnosti sú na Slovensku dostupné dve nové registrované konjugované pneumokokové vakcíny s rozšíreným počtom sérotypov *S. pneumoniae*. Pre deti od 6 týždňov veku je indikovaná 15-valentná konjugovaná pneumokoková vakcína a pre dospelých je indikovaná 20-valentná konjugovaná pneumokoková vakcína. Vakcíny proti IPO sú univerzálne, nevyžadujú (okrem výnimiek) pravidelné preočkovanie a je ich možné aplikovať v priebehu celého roka. Na rozdiel od pneumokokových infekcií, chrípka a COVID-19 sú sezónne ochorenia, ktoré vyžadujú aplikáciu špecifických adaptovaných vakcín. Proti chrípke sa odporúča očkovanie každoročne na začiatku sezóny. V ostatných rokoch sa aplikujú 4-valentné inaktivované vakcíny, ktoré sú určené pre osoby od 6 mesiacov veku. V súčasnosti je dostupná aj 4-valentná živá intranazálna chrípková vakcína, ktorá sa používa u detí od 2 do 18 rokov veku. Očkovanie je aj jednou z centrálnych stratégií úspešného zvládnutia pandémie COVID-19. Pôvodné očkovacie látky boli navrhnuté na základe štruktúry S proteínov prvých cirkulujúcich kmeňov vírusu, zatiaľ čo novšie varianty vírusu nadobudli mutácie v S proteíne, ktoré redukovávajú ich citlivosť voči neutralizácii očkovaním indukovanými protilátkami. Takýto vývoj poukázal na potrebu úpravy existujúcich vakcín, ktoré svojim zložením odrážajú aktuálnu epidemiologickú situáciu. Racionálne využívanie dostupných možností prevencie a liečby respiračných nákaz zásadným spôsobom zlepšuje kvalitu zdravotnej starostlivosti pre deti, seniorov a rizikových pacientov.

4. Koronavírusová infekcia a myalgie.

^{1,2}Holečková K., ²Gojdič

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

6-ročné dieťa bolo prijaté za účelom vylúčenia infekčnej etiológie suspektného zápalového procesu CNS v zmysle encefalitídy, polyradikuloneuritídy, evententúálne myelitídy s myalgiami a artralgiami, krátkou anamnézou vracania, riedkych stolíc s

febrilitami do 38,5stC. Dieťa pred prijatím vyšetrené cestou OUP, kde realizované neurologické vyšetrenie so záverom zmiešaná paraparézy, s hyporeflexiou na dolných končatinách a iritáciou pyramídových dráh bilaterálne s pozitívnymi dolnými meningeálnymi príznakmi. Pri prijatí bolo dieťa subfebrilné, ameningeálne, plne pri vedomí, orientované, reagovalo s latenciou, bolo ubolené, odmietalo stáť a chodiť. Vo vstupných laboratórnych vyšetreniach nízka zápalová aktivita, mierne zvýšená hodnota urey, v krvnom obraze lymfopénia. V likvore prítomná oligocytóza s prevahou monocytov, proteinorachia v norme, neprítomná celková intratkeálna tvorba protilátok, neporušená hematoencefalická bariréra, pan PCR panel negatívny. Počas hospitalizácie pacient subfebrilný, malátny, s rinofaryngitídou, riedke stolice. Čo sa skrývalo za ochorením dieťa popisujú autori v prezentácii.

5. Výskyt subtypov a rezistencie HIV na ART u HIV infikovaných pacientov v SR.

Kovářová A., Valkovičová Staneková D., Hábeková M., Takáčová M., Drobková T.

*Národné referenčné centrum pre prevenciu HIV/AIDS,
Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava.*

ÚVOD: Vírus HIV vyvolávajúci ochorenie AIDS (syndróm získanej imunodeficiencie), naďalej patrí celosvetovo medzi najzávažnejšie zdravotné riziká. Slovensko patrí ku krajinám Európskej únie s najnižšou prevalenciou infekcie HIV, avšak so stále stúpajúcou incidenciou.

CIELE: Cieľom práce bolo popísať a fylogeneticky analyzovať výskyt subtypov a rezistencie vírusu HIV na antiretrovírusovú terapiu (ART) u novo diagnostikovaných HIV-pozitívnych pacientov na Slovensku v rokoch 2019 – 2021.

MATERIÁL A METÓDY: Sledovaný súbor tvorili HIV-pozitívni pacienti novo diagnostikovaní v r. 2019 – 2021. V práci boli použité metódy ELISA, western blot, PCR, sekvenovanie.

VÝSLEDKY: V skupine 184 HIV-pozitívnych osôb bolo 169 (91,85 %) mužov a 15 (8,15 %) žien. Priemerný vek osôb bol 38 (20 – 75)

rokov. Najčastejšou cestou prenosu bol sexuálny styk muža s mužom (MSM) (125: 67,93 %), v menšej miere heterosexuálny kontakt (44: 23,91 %) a neznáma cesta prenosu (15: 8,15 %). Detegovali sme prítomnosť 25 mutácií asociovaných s rezistenciou HIV voči ART u 9,24 % (17/184) osôb. Najčastejšia rezistencia bola zistená voči NNRTI, a to u 7,07 % (13/184) osôb. Mutácie spojené s rezistenciou voči NRTI boli prítomné u 1,09 % (2/184) osôb a voči NRTI aj NNRTI tiež u 1,09 % (2/184) osôb. Mutácie spojené s rezistenciou voči PI sme zistili u 1,66 % (3/181) osôb a voči INSTI u 1,32 % (2/151) osôb. U 1 pacienta sme zistili prítomnosť mutácie K70R a M184V vytvárajúcich rezistenciu voči liekom používaných v PrEP. Potvrdili sme najvyšší výskyt subtypu B (129; 70,11 %) a nižší výskyt non-B subtypov, z čoho najrozšírenejší bol subtyp A (48; 26,09 %).

ZÁVER: Výsledky našej práce môžu slúžiť ako podklad pre plánovanie preventívnych aktivít v SR zameraných najmä na skupiny vo vysokom riziku infekcie HIV a vedúcich k zníženiu incidencie nových prípadov infekcie HIV ako aj HIV rezistentných kmeňov u novo diagnostikovaných pacientov v SR.

KĽÚČOVÉ SLOVÁ: HIV, subtyp B, non-B subtypy, rezistencia, MSM
kontaktná adresa prvého autora: alexandra.kovarova@szu.sk

6. Generalizovaná psoriáza u HIV pozit. pacienta.

Kročková L.

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

Text abstraktu: Vírusom HIV sa od začiatku epidémie HIV/AIDS nakazilo približne 85,6 milióna ľudí, 40,4 milióna ľudí na AIDS zomrelo. Slovenská republika našťastie stále patrí medzi krajiny s relatívne nízkou prevalenciou infekcie HIV, najnižšou v krajinách Európskej únie, hoci v posledných rokoch došlo k nárastu počtu nových prípadov, najmä v skupine mužov, ktorí majú styk s mužmi. Obsahom kazuistiky je prezentácia 36 – ročného pacienta novodiagnostikovaného v štádiu AIDS, u ktorého došlo recentne v poslednom mesiaci k zhoršovaniu celotelového kožného nálezu v teréne už v minulosti diagnostikovanej psoriázy, objaveniu sa febrilít a artralgií s obmedzenou hybnosťou. Psoriáza je chronické

zápalové ochorenie kože, nechťov a kĺbov, postihuje približne 1 až 3 percentá ľudí s HIV infekciou. Vrcholom liečebných možností psoriázy je biologická liečba, ktorá je veľmi účinná, dlhodobo bezpečná, indikovaná pre stredne ťažkú alebo ťažkú formu psoriázy po vyčerpaní všetkých ostatných možností systémovej liečby. Náš pacient vzhľadom na generalizovanú formu psoriázy spĺňal kritériá podania biologickej liečby bimekizumabom, avšak z dôvodu akútneho horúčkovitého ochorenia, vysokých zápalových parametrov pri septickom stave spôsobeného baktériou *Staphylococcus aureus*, bola v úvode hospitalizácie biologická liečba kontraindikovaná. Podľa našich informácií sa jedná o 1. Publikovaný prípad HIV pozitívneho pacienta v štádiu AIDS s generalizovavou formou psoriázy liečeného biologickou liečbou. Cieľom kazuistiky je výzva k častejšiemu a včasnejšiemu zvažovaniu infekcie HIV a k jeho následnému testovaniu pri atypických a ťažkých priebehoch ochorení.

7. Dvojzložkové režimy v manažmente Slovenských HIV+ pacientov – Kde sme a kam smerujeme?

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP Košice.

Abstrakt nedodaný.

8. Panelová diskusia o trojročných skúsenostiach s DTG/3TC na Slovensku.

9. Teória vs. realita eliminácie hepatitídy C.

Kristian P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP Košice.

Abstrakt nedodaný.

10. Skúsenosti s liečbou hepatitídy C u migrantov.

Piesecká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Európa je najväčšou destináciou pre migrantov a predstavuje 30,9 % celosvetovej populácie migrantov. Najčastejšie prichádzajú migranti, ktorých cieľová destinácia je SR z Ukrajiny, Srbska, Rumunska, Ruska, Bulharska.

Mnohé z krajín pôvodu migrantov majú vysokú prevalenciu infekcie HCV. Celosvetovo sa odhaduje prevalencia HCV u migrantov od 1–12%.

Autorka prezentuje vlastný súbor migrantov s chronickou VHC v rokoch 2019 – 2023.

Spolu bolo liečených IFN free liečbou 24 pacientov.

Liečbu pacienti dobre tolerovali, nevyskytli sa žiadne komplikácie a po liečbe mali úpravu HT do normy a neprítomnosť virémie.

11. Strata HBsAg po antivírusovej liečbe u pacientov s chronickou hepatitídou B.

Lami F., Hockicková I., Kristian P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Cieľom antivírusovej liečby chronickej hepatitídy B je dosiahnuť výraznú supresiu replikácie vírusu a zastavenie progresie ochorenia. Ideálny výsledok je strata povrchového antigénu HBsAg so sérokonverziou, tzv. funkčné vyliečenie. V hepatologickej poradni KICM v Košiciach sme zaznamenali vymiznutie HBsAg po dlhodobej antivírusovej liečbe u 9 pacientov, 3 mužov a 6 žien.

Priemerný vek pacientov v čase vymiznutia HBsAg bol 55,9 roka, pričom 6 pacientov bolo liečených tenofovirom, 2 entecavirom, 1 pacientka adofovirom. V 4 prípadoch absolvovali pacienti aj predchádzajúcu liečbu pegylovaným interferónom alfa-2a.

Priemerné trvanie liečby do vymiznutia HBsAg bolo 7,6 roka. U 8 z 9 pacientov došlo aj ku sérokonverzii s vytvorením anti-HBs protilátok. Päť pacientov bolo na začiatku liečby HBeAg pozitívnych. U všetkých došlo k vymiznutiu HBeAg, priemerne za 2,6 roka od začiatku liečby. V čase HBsAg sérokonverzie a

ukončenia liečby bolo štádium fibrózy hodnotené u 1 pacienta ako pokročilé (F4), v 1 prípade ako stredne ťažké (F2-F3), ostatní pacienti mali minimálnu fibrózu (F0-F1). Dosiahnutá aktivita ALT bola v 8 prípadoch v norme, u 1 pacienta ľahko zvýšená. Prezentovaný súbor dokumentuje, že antivírusová liečba chronickej hepatitídy B je účinná a aj keď relatívne zriedkavo, môže po dlhodobej terapii dôjsť nie len ku kontrole vírusovej replikácie, ale aj k tzv. funkčnému vyliečeniu, teda HBsAg sérokonverzii. Výskum nových antivirov má ambíciu dosiahnuť práve tento cieľ.

12. Je možné predísť izonizidom indukovanej hepatopatii?

¹Shiratori B., ²Lauková D., ³Piesecká Ľ., ¹Rác M., ^{1,4}Vaňo I.

¹Interná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra,

²Ambulancia pneumológie a ftizeológie Internej kliniky FN Nitra,

³Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra,

⁴Katedra ošetrovateľstva FSVaZ pri UKF v Nitre.

Štvrtina svetovej populácie je infikovaná mikroorganizmom *Mycobacterium tuberculosis*, avšak infekcia najčastejšie prebieha bez známkov aktívneho ochorenia, čiže v stave označovanom ako latentná tuberkulózná infekcia (LTBI). Riziku reaktívácie LTBI sú vystavení imunokompromitovaní jedinci, ku ktorým patria aj pacienti na biologickej liečbe. Pacienti s LTBI sú podľa medzinárodného štandardu na liečbu tuberkulózy indikovaní na preventívnu chemoprophylaxiu.

V tejto kazuistike prezentujeme prípad liekového poškodenia pečene v súvislosti s novodiagnostikovanou LTBI. Opisujeme prípad 73-ročnej pacientky so psoriázou liečenej guselkumabom, ktorá mala v priebehu rokov 2020 – 2022 negatívny IGRA test. Pre pozitivitu IGRA testu v roku 2023 jej bola indikovaná terapia izoniazidom. Po troch mesiacoch užívania tejto terapie došlo k vzniku výrazného ikteru, nechutenstva a chudnutia. Laboratórne bola prítomná výrazná hyperbilirubinémia, elevácia prevažne cytolytických hepatálnych enzýmov, hyperamoniémia a hypokoagulačný stav. Zahájili sme diferenciálnu diagnostiku ikteru, pri ktorej sme po vylúčení infekčnej, obštrukčnej a

autoimunitnej etiológie predpokladali toxickú etiológiu spôsobenú izoniazidom. Pacientke sme pauzovali izoniazid a pri komplexnej liečbe hepatoprotektívami, N-acetylcysteinom podľa 21 hodinového protokolu, kortikoidmi, laktulózou, rifaximinom a enterálnej výžive došlo postupne k stabilizácii klinického stavu pacientky, k úprave hepatálnych enzýmov a amoniémie, avšak hyperbiliribinémia pretrvávala niekoľko týždňov. Pacientka špecializovanú liečbu v HEGITO Banská Bystrica odmietla. Nedávno realizovanou retrospektívnou analýzou skupiny našich pacientov na biologickej liečbe s LTBI užívajúcich izoniazid sme zistili, že až tretina pacientov nemohla v terapii pokračovať, pričom najčastejšou príčinou prerušenia terapie bola izoniazidom indukovaná hepatopatia. Skoré rozpoznanie nežiadúcich účinkov chemoprophylaxie u LTBI pacientov pomôže predísť ťažkým komplikáciám a môže byť život zachraňujúce.

13. Súčasná pozícia remdeziviru v liečbe hospitalizovaného pacienta s COVID-19.

Koščálová A.

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

Abstrakt nedodaný

14. Chronická hepatitída C v roku 2023 na Slovensku.

Hockicková I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Abstrakt nedodaný

15. HIV v súčasnosti.

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Abstrakt nedodaný

16. Multirezistentné baktérie – čo s nimi?

Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Abstrakt nedodaný

17. Kedy a komu antivirotickú liečbu v súvislosti s COVID 19?

Záhornacký O.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Začiatok pandémie ochorenia COVID-19 bol charakterizovaný vysokými počtami nakazených pacientov v krátkom časovom okamihu. Pandémia si vyžiadala akútnu potrebu nájsť účinnú medikamentóznú liečbu zameranú najmä na zastavenie replikácie vírusu a rovnako aj zabránenie progresie ochorenia do závažného stavu.

Perorálne antivirotiká v súčasnosti predstavujú najjednoduchšiu možnosť ambulantnej liečby ochorenia COVID-19. Perorálnym liekom voľby v ambulantných podmienkach je kombinácia nirmatrelviru s ritonavírom. Liečba týmito antivirotikami musí byť iniciovaná najneskôr do 5 dní od začiatku klinických príznakov ochorenia a je indikovaná u pacientov bez pneumónie, ktorí nevyžadujú hospitalizáciu a však majú vysoké riziko progresie ochorenia do závažného stavu (vek nad 60 rokov, BMI > 35, s chronickými ochoreniami, na imunosupresívnej liečbe atď.). Okamžitá iniciácia antivirotickej liečby u rizikových pacientov znižuje riziko hospitalizácie a úmrtia o 89 % v porovnaní s placebom (štúdia EPIC-HR). Okrem toho vedie včasná iniciácia antivirotickej k zníženiu vírusovej nálože na sliznici dýchacích ciest, čím znižuje riziko ďalšieho prenosu infekcie a rovnako znižuje riziko rozvoja postCOVID syndrómu.

Ďalšou možnosťou antivirotickej liečby je použitie parenterálneho antivirotika remdesivir, ktorého podávanie by sa malo zvážiť u pacientov so závažnejším priebehom ochorenia COVID-19, najmä u tých ktorí vyžadujú oxygenoterapiu s nižším prietokom kyslíka a u vysokorizikových pacientov (najneskôr do 7-10 dní). V súčasnosti má dáta poukazujúce na benefit v liečbe ochorenia

COVID-19 – skracuje celkovú dobu do klinického zotavenia, v porovnaní so štandardnou terapiou mal štatisticky významný vplyv na zníženie rizika úmrtia alebo progresie do závažného stavu.

18. Sekundárna bakteriálna infekcia kože pri varicelle.

Modynets T., Shandor V., Vološinová D.

Oddelenie infektológie, FNsP FDR Banská Bystrica.

Varicela je vysokokontagioznejšie ochorenie ktoré sa vyvoláva vírusom VZ. Väčšinou prebieha bez komplikácií ale u pacientov z oslabenou imunitou môže byť príbeh ochorenia ťažší. U detí je pomerne častou komplikáciou sekundárna bakteriálna infekcia vyrážok.

Kazuistika: 13-mesačné dievčatko prijaté k nám na hospitalizáciu ako varicella s rozsiahlym kožným nálezom pri sekundárnej stafylokokovej infekcie kože. Ochorela 29.06 – prejavy varicelly, v úvode febrility do 39,5°C, kožný nález ošetrovaný Tantum Verde, od 02.07 poobede rodičia pozorujú kožný nález s tvorbou rýchlo praskajúcich pľuzgierov a následnou tvorbou rán. Počas hospitalizácie konzultovaná dermatológom so záverom: stafylokokové impetigo pri Varicelle. V úvode nasadená liečba Herpesinom 5 dní, Amoksiklavom celkovo do 7 dní–cielená liečba na *Staphylococcus aureus*, na liečbe stav sa výrazne zlepšil, kožný nález v regresii. Po prepustení klinický nález stabilizovaný.

19. Komplikovaný priebeh varicelly v detskom veku.

Andrašovičová Burdová J., Morvayová B.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Varicela je jedným z najčastejších detských infekčných ochorení, k väčšine primoinfekcií vírusom varicella-zoster (VZV) dôjde v detskom veku a priebeh je spravidla benígny. Komplikácie očakávame u dospelých, najmladších detí a imunokompromitovaných pacientov či v súvislosti s graviditou, ale stretávame sa s nimi aj u doteraz zdravých detí. Pre rizikové skupiny je typický častejší výskyt pneumonitídy. Závažným

problémom je bakteriálna superinfekcia výsevu s dominantným zastúpením bakteriálnej superinfekcie výsevu so zastúpením streptokokovej a stafylokokovej etiológie, ktorá môže viesť ku ložiskovému postihnutiu mäkkých tkanív či závažnej generalizovanej infekcii. Z neurologických komplikácií sa u detí najčastejšie vyskytuje benígna cerebelárna ataxia. Vzácná VZV vaskulitída môže byť príčinou ischemickej cievnej mozgovej príehody. Najúčinnnejším spôsobom redukcie počtu závažných komplikácií varicelly v detskej populácii zostáva aktívna imunizácia.

V kazuistikách autorky prezentujú prípady priebehu infekcie varicella zoster u detí hospitalizovaných na Infekčnej klinike v krátkom časovom priebehu, u ktorých priebeh ochorenia ako i pridružené komplikácie boli prekvapením nielen pre rodičov týchto detí. Poukazujú na nutnosť včasného terapeutického zásahu, potreby multidisciplinárnej spolupráce a diagnostiky ako i potrebu správne volenej celkovej ale i lokálnej liečby.

20. Niečo nám v tom nose rastie.

Issiali H., Kršáková A., Sol'avová M., Fedorová M.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Prezentujeme kazuistiku 39-ročnej pacientky, bez chronického ochorenia, pôvodne prijatej na kliniku infektológie so 4-dňovou anamnézou kašľa, zahlienenia, nádchy s pridružením intenzívnych bolestí hlavy, 2-dňovou anamnézou opakovaného zvracania a početných vodnatých stolíc (6x denne) a krátkou anamnézou výrazných bolestí C chrbtice s febrilitami do 39°C. Objektívne pri prijatí pacientka hypotenzná s nutnosťou vazopresorické podpory NoA, normosaturačná, afebrilná, s opozíciou šije na 2 prsty, dýchanie vezikulárne, bez VDF, tapottement. negat. Na RTG hrudníka v.s. redistribúcia v MKO, inak pľúcny parenchým bez ložiskových a infiltratívnych zmien. Na CT mozgu obraz pansinusitídy a veľmi diskretný pneumocephalus – v diff dg. meningitída/subdurálny empyém. Vo vstup. lab. skríningu leukocytóza s neutrofíliou, porucha hemokoagulácie, AKI v.s. z prerenálnych príčin, trojciferné CRP s vysokopozitívnym PCT,

hyponatrémia, hypokaliémia, hypochlorémia a v moči pyúria a bakteriúria. Realizovaná LP s negatívnym cytobiochemickým nálezom, PCR panel rovnako vyznel negatívne. Stav sme v úvode hodnotili ako septický šok kombinovanej etiológie pri urosepse a pansinusitíde. Indikovali sme rehydratačnú liečbu, kortikoterapiu hydrocortisonom, LMWH v profylaktickej dávke a ATB liečbu v dvojkombinácii cefotaximu a ciprofloxacinu. Napriek zavedenej komplexnej liečbe, u pacientky dochádza k progresii klinického stavu s rozvojom septického šoku a MODS, preto po dohovore preložená na KAIM. Následný priebeh ochorenia ako aj záverečnú diagnózu sa dozviete účasťou na prednáške

21. Infekčné komplikácie u pacientov s biologickou liečbou z pneumologického hľadiska.

¹Lauková D., ²Piesecká Ľ., ²Andrašovičová Burdová J.,
¹Vaňo I., ¹Rác M.

¹Pneumofyzioelekčná ambulancia Internej kliniky FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra,

²Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

V súčasnosti podávaná biologická liečba sa dostáva čoraz viac do popredia vo viacerých medicínskych odboroch. V porovnaní s tradičnou imunosupresívnou liečbou je efektívnejšia a prináša pomerne rýchly profit pre pacienta, ak je personalizovaná. Klinické štúdie sa zameriavajú okrem ich možných onkologických, autoimunitných a kardiovaskulárnych nežiaducich účinkov aj na ich infekčné komplikácie pre ich zásah do imunitnej kaskády. V určitých prípadoch sa pred jej zahájením odporúča preventívne očkovanie, profylaktické užívanie antimikrobiálnych liekov (napr. acyklovir, trimetoprim/sulfametoxazol) alebo monitoring vírusovej nálože či zisťovanie abacilárnej, latentnej tuberkulózne (TBC) infekcie pomocou IGRA testov. IGRA testy stanovujú prítomnosť interferónu gama ($\text{INF } \gamma$) produkovaného T-lymfocytmi pacienta in vitro po stimulácii antigénmi podobnými špecifickým mykobaktériovým proteínom (ESAT6, CFP-10, TB7.7), čím s vysokou pravdepodobnosťou odhalí prítomnosť latentnej formy TBC infekcie. Oslabenie aktivity $\text{TNF}\alpha$, ale aj blokádou iných imunitných dráh zvyšuje susceptibilitu k infekcii a riziko reaktivácie

tuberkulózy alebo iných infekčných ochorení vyvolávajúcich granulomatózne reakcie až s fulminantným, ťažkým priebehom. Autori prednášky prezentujú dva prípady infekčných komplikácií asociovaných s podávanou imunomodulačnou, imunosupresívnou liečbou. V prvom prípade prezentujú prípad 53-ročného pacienta so seropozitívnou reumatickou artritídou, u ktorého došlo po 4-mesačnom podávaní infliximabu k vývoju neurologickej symptomatiky. Preto bol hospitalizovaný na Neurologickej klinike vo FN Nitra, kde sa CT skriningovým vyšetrením potvrdila okrem ložiskového nálezu mozgu aj miliárna infekcia pľúc s vysokou pravdepodobnosťou TBC etiológie. Biologická liečba bola hneď vysadená. TBC mozgu a pľúc sa neskôr počas hospitalizácie na II. PaF oddelení ŠN Zobor aj potvrdila. Včasnou a dlhodobou antituberkulóznou liečbou došlo k vyliečeniu pacienta. Druhá kazuistika sa venuje 62-ročnému pacientovi so seropozitívnou reumatoidnou artritídou na biologickej liečbe od 2013 roku. Inciálne bol nastavený na adalimumab (monoklonálna protilátka anti-TNF), aktuálne pred prejavmi abscedujúcej pneumónie na perorálne podávaný inhibítor JAK, upadacitinib. Pre respiračné symptómy so závažným priebehom bol inčiálne hospitalizovaný v rajóne internom oddelení (vysadená biologická liečba), následne preložený na Internú kliniku FN Nitra pre ďalšie extrapulmonálne infekčné prejavy – hepatálne abscesy, infradiaphragmatický absces a vs objemnú retrokaválnu abscedujúcu LAP. Realizovala sa aj punkcia solídneho suprarenálneho ložiska pod CT kontrolou s histologicky potvrdenou nekrózou a regresívných zmien hepatálneho tkaniva. Po stabilizácii klinického stavu a rozsiahlej diferenciálnej diagnostike bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti. Pre pretrvávajúcu purulentnú expektoráciu (pretrvávajúce *Pseudomonas aeruginosa* v spúte) pri rozsiahlom pľúcnom náleze s anemizáciou pacient bol hospitalizovaný na II. PaF oddelení ŠN Zobor, kde nepotvrdili pri zvýšených hladinách NSE a CYFRA-21 malígnu etiológiu, pre pomaly sa regredujúcu bronchopneumóniu l.dx. preliečili parenterálne podávanými antibiotikami. Doplnením serologických vyšetrení sa potvrdila echinokokóza heparu a pľúc (*E. granulosus*,

E. multilocularis), preto bola nasadená liečba albendazolom. Stav pacienta sa postupne stabilizuje.

Infekčné pneumologické komplikácie u pacientov s biologickou liečbou sa nevyskytujú často (sú pomerne raritné). Treba na ne myslieť a vyhnúť sa včasnou diagnostikou a liečbou ich ťažkému až fatálnemu priebehu. Ich výskyt závisí často od druhu biologického lieku, socioekonomického zázemia pacienta, dodržiavania hygienických pravidiel, endemického výskytu infekčných ochorení, migrácie obyvateľstva. Preto je potrebný skrining infekčných ochorení pred aj počas podávania biologickej liečby alebo jej zmeny na inú biologickú liečbu.

22. Rizikové faktory vzniku CDI a ich vplyv na mortalitu.

Hockicko J., Hockicková I., Schréter I.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

ÚVOD: *Clostridioides difficile* patrí v súčasnosti medzi najčastejších vyvolávateľov nozokomiálnych infekcií. Samotnému ochoreniu predisponujú rizikové faktory, ktorých včasné určenie zlepšuje prognózu pacienta.

CIEĽ PRÁCE: Vyhodnotiť úspešnosť liečby, prítomnosť úmrtí u pacientov s dokázanou klostrídiovou kolitídou (CDI) u pacientov liečených na Klinike infektológie a cestovnej medicíny v Košiciach v rokoch 2011–2019. Stanoviť rizikové faktory, korelovať ich s letalitou.

VÝSLEDKY: V rokoch 2011–2019 bolo hospitalizovaných 348 pacientov, priemerné ATLAS skóre mali 4,85 bodov ($\pm 1,8$). V diagnostike bol v 95,4% prítomný pozitívny toxín *C. difficile*, 37,1% antigén a 15% pacientov malo potvrdenú CDI kolonoskopicky. Najčastejšie sa vyskytujúce antibiotiká predchádzajúce CDI boli cefalosporíny (41,1%), fluorchinolóny (33,3%) a linkosamidy (19,3%). Vankomycín v liečbe CDI bol použitý v 70,7%, metronidazol v 46,0% a fidaxomicín v 25,9%. V korelácii s mortalitou štatisticky významné bolo užívanie antibiotík vo všeobecnosti ($p=0,05$) a najmä užívanie 3-generačných cefalosporínov ($p=0,01$) a kolistínu ($p=0,01$). Ďalšie štatisticky významné rizikové faktory vplývajúce na mortalitu bolo užívanie antacid v predchorobí ($p=0,039$) a

prítomnosť malígneho ochorenia ($p=0,001$). Ak boli pacienti hospitalizovaní pred vznikom CDI, mali vyššiu pravdepodobnosť úmrtia na CDI ($p=0,027$), najmä po hospitalizácii na OAIM ($p=0,003$). Ďalšími parametrami významne ovplyvňujúce mortalitu boli vyšší vek, počet leukocytov, albumínu, CRP a prokalcitonínu.

ZÁVER: Infekcie spôsobené *Clostridioides difficile* so svojou závažnosťou a častými recidívami veľmi vyčerpávajú samotných pacientov aj personál nemocničných zariadení. Je v prvoradom záujme rýchlo identifikovať rizikové faktory, určiť adekvátnu liečbu a tým znížiť mortalitu pacientov.

23. Komunitné formy klostrídiovej kolitídy.

Sučík M., Rosol'anka R.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

Výsledky štúdií z posledných rokov poukazujú na zmenu epidemiologického charakteru klostrídiovej kolitídy. Táto infekcia bola tradične vnímaná ako nozokomiálna nákaza, ktorá v typických prípadoch vzniká ako komplikácia u pacientov vo vyššom veku počas, respektíve po skončení liečby širokospektrálnymi antibiotikami. Znepokojivým trendom sa však stáva nárast počtu prípadov tejto infekcie v podmienkach komunity. Pokým v deväťdesiatych rokoch minulého storočia boli komunitné formy klostrídiovej kolitídy popisované len ako raritné lokálne epidémie, v súčasnosti už podľa výsledkov štúdií zo Spojených štátov atakujú počty infekcií vznikajúcich v čase hospitalizácie alebo v súvislosti s ňou. U pacientov s komunitnými formami klostrídiovej kolitídy navyše mnohokrát absentujú obvyklé rizikové faktory. Infekcia sa tak v komunite často popisuje aj u mladých a inak zdravých ľudí, ktorí v predchorobí neužívali antibiotiká. Alarmujúcim je aj stúpajúci počet prípadov klostrídiovej kolitídy v detskej populácii, u ktorých reprezentujú práve komunitné prípady dominantný epidemiologický variant tejto infekcie.

24. Efektivita fekálnej bakterioterapie v liečbe klostrídiovej kolitídy.

Javorská D., Novotný M., Hockicko J.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Vysoká incidencia recidív klostrídiovej kolitídy (rCDI) po adekvátnej antibiotickej terapii vedie k neustálej potrebe hľadania účinných liečebno-preventívnych možností liečby. Fekálna bakterioterapia je metóda, ktorej úlohou je obnovenie diverzity črevnej mikrobioty, a tak zabránenie rozvoju rCDI. Retrospektívne sme analyzovali súbor 35 pacientov, u ktorých bola počas sledovaného intervalu piatich rokov (2017–2021) vykonaná transplantácia črevnej mikrobioty na Klinike infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP v Košiciach. Telefonické kontaktovanie pacientov po fekálnej bakterioterapii (follow-up) bolo realizované v období od 6 do 58 mesiacov po liečbe. Cieľom štúdie bola analýza efektivity fekálnej bakterioterapie v liečbe a prevencii rCDI. Efektivitu terapie sme vyhodnocovali o 8 týždňov, respektíve o 6 mesiacov od jej podania. V období do 2 mesiacov od výkonu bola terapia úspešná u 80% pacientov. Po uplynutí 6 mesiacov sa efektivita terapie pohybovala na úrovni 75,86 %. Ako rizikový faktor zlyhania fekálnej bakterioterapie bol na základe štatistickej analýzy výsledkov identifikovaný vyšší počet rekurencií ochorenia pred samotnou terapiou. V rámci follow-up časti štúdie sme nezaznamenali výskyt komplikácií, či vznik nových ochorení súvisiacich s podaním fekálneho transplantátu. Fekálna bakterioterapia sa javí ako efektívna, dobre tolerovaná a bezpečná metóda využívaná v liečbe a prevencii recidívy klostrídiovej kolitídy.

PODPORENÉ PROJEKTOM TRANSFEC – 2019/34 UPJŠ-6

25. Antibiotická rezistencia a schopnosť tvoriť biofilm toxín-pozitívneho izolátu *Clostridium septicum* zhoršila prognózu pacienta.

Palcová L⁷, Kuzma J^{1,2}, Guadalupe Zavala S.-Meneses^{3,4}, Skultety L^{1,3}, Chmelar D.^{2,5}, Ficik J.⁶

¹Biomedical Research Center of Slovak Academy of Sciences, Bratislava, Slovakia; ²Faculty of Medicine, Institute of Laboratory Medicine, University of Ostrava, Ostrava; ³Institute of Microbiology of the Czech Academy of Sciences; ⁴Faculty of Science, Charles University, Prague; ⁵Anaerobic Bacteria Reference Laboratory, Faculty of Medicine, Institute of Laboratory Medicine, University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic; ⁶Laboratory of Clinical Microbiology, Faculty Hospital; and ⁷Science and Research Department, Faculty Hospital, Central Military Hospital, Ruzomberok, Slovakia

A total of 78 *Clostridium septicum* (CLSE) isolates were screened for genes encoding: α -toxin, flagellin, and resistance to vancomycin (VANg). The isolates were also tested for their ability to form biofilm and their antibiotic susceptibility. All isolates were positive for α -toxin and flagellin genes. However, only 19 isolates (24.3%) showed prevalence for VANg. We observed the strongest capacity to form a biofilm (100%) in isolates from patients with oncologic or septic and febrile diagnoses. This percentage was also very high in patients with colitis and gastrointestinal hemorrhage (72.7%). No less than 43 isolates showed antibiotic resistance, and 21 were multidrug-resistant (MDR). Interestingly, our studies showed a correlation between antibiotic resistance and biofilm formation. A statistically significant difference was observed between biofilm-forming MDR isolates and those with low/no biofilm-forming ability. However, the most impressive observation was the correlation with mortality rate. While the overall mortality rate for CLSE infections was 16.7% (13/78), the mortality rate for patients infected with MDR isolates forming biofilm moderately or strongly reached 38.1% (8/21). This number increased

even further when only infections with the biofilm-forming VAng-positive isolates were considered (61.5%; 8/13). Therefore, the ability of a VAng-positive CLSE isolate to form a biofilm has been suggested as a biomarker of poor prognosis. **Key words:** Alpha toxin; antibiotic resistance; biofilm; Clostridium septicum; flagellin

26. Crohnova choroba ako suvení z Indie?

^{1,2}Koščálová A., ³Kaščák M., ⁴Žaťko M., ¹Kigen I.

^{1,2}Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK, LF SZU a UN Bratislava, ²Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava,

³Fakultná nemocnica Trenčín, ⁴Diagnosticke centrum patológie Unilabs.sk, Topoľčany.

Úvod Prezentujeme prípad amébového abscesu pečene ako komplikácie amébovej kolitídy, ktorá bola pôvodne pôvodne diagnostikovaná ako Crohnova choroba.

Opis prípad 53-ročný pacient, s bohatou cestovateľskou anamnézou, po splenektómii v detstve, s recentne diagnostikovanou Crohnovou chorobou, bol prijatý pre 8 dní trvajúce febrilitu do 40°C, ikterus a bolesti brucha. Na USG brucha boli popisované štyri hypoechogénne ložiská s maximálnym priemerom 41mm. Vzhľadom na nedávne cesty do Maroka, Indie a Mexika gastroenterológ v rajóne suponoval amébový absces pečene a pacienta odoslal na našu kliniku. Diagnóza bola následne potvrdená sérologicky. V anamnéze pacient dodatočne spomenul, že počas cesty do Indie vo februári 2023 mal krátku epizódu krvavých hnačiek s následnými chronickými ťažkosťami v zmysle nadúvania a bolestí brucha, ktoré viedli ku kolonoskopii s nálezom granulomatóznej ileokolitídy, histologicky hodnotenej ako morbus Crohn. Vzhľadom na diagnózu amébového abscesu pečene bola diagnóza Crohnovej choroby prehodnotená. Pri opakovanom vyšetrení vzorky z tenkého a hrubého čreva patológ popísal ložiská nekróz, hlienu a fibrínu, s množstvom améb, ktoré boli pôvodne považované za makrofágy s penovitou cytoplazmou v rámci nešpecifického zápalového procesu.

Záver Prípad nášho pacienta poukazuje na potrebu podrobnej cestovateľskej anamnézy u pacientov nielen s akútnymi, ale aj s chronickými črevnými ťažkosťami.

Kľúčové slová: amebóza, morbus Crohn

27. Lymská borelióza

^{1,2}Holečková K., ^{1,2}Koščálová A., Gabrišková S.²

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

Lymská choroba je celkové infekčné ochorenie s fenoménom prírodnej ohniskovosti s celosvetovým výskytom.

Je infekciou prebiehajúcou subakútne až chronicky, rozvíjajúcou sa od lokálnych zmien, k formám generalizovaným, ktoré sa prejavujú veľmi pestrými príznakmi zo strany rôznych orgánov.

A práve z tohoto dôvodu, je často zahrňovaná do širokej diferenciálnej diagnostiky mnohých ochorení. U detí je často vyšetrowanie protilátok proti B. burgdorferi indikované lekármi prvého kontaktu pri bolestiach hlavy, pri zvýšenej únave, pri bolestiach končatín a pod.

Často práve pediatri odosielajú pacientov na vyšetrenie na našu kliniku ako možnú choronickú formu boreliózy pri bolestiach hlavy s „nejakými protilátkami“.

Neostáva iné ako vyšetriť mozgomiechový mok a vylúčiť alebo potvrdiť neuroboreliózu.

Zo 14 detí, za ostatný rok, ktorým sme vyšetřili likvor, intratekálnu produkciu protilátok, či chemokín CXCL 13, sme ani jednému nepotvrdili neuroboreliózu.

28. Diagnostické úskalia v gravidite.

Paraličová Z

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UNLP Košice.

Exaktná diagnostika je obzvlášť dôležitá v gravidite, kedy je nesmierne dôležité posúdiť, či tehotná žena má alebo nemá akútnu infekciu, aké je riziko pre plod a ako manažovať pacientku. Práve počas gravidity sa stretávame s falošne pozitívnymi výsledkami častejšie ako v bežnej populácii, a to hlavne pri protilátkach triedy IgM, ktoré sa používajú ako skriningová

metóda na dôkaz akútnej infekcie. Podľa štúdií, len približne 30% žien s pozitívou IgM anti CMV aj anti Toxoplazmových protilátok malo potvrdenú akútnu infekciu. Príčinou falošnej positivity IgM protilátok je niekoľko: 1. pretrvávajúca protilátková odpoveď aj dlhšie ako 1 rok, 2. nízka špecificita testov, 3. prítomnosť protilátok v sére, ktoré skrížene reagujú s mikrobiálnymi antigénmi použitými v teste alebo prítomnosť interferujúcich látok, ktoré interagujú so zložkami testu. Ďalším problémom je, že diagnostika v gravidite nie je štandardizovaná a je ťažké posúdiť dynamiku hladiny protilátok pri výsledkoch, ktoré pochádzajú z rôznych laboratórií. Predkladáme kazuistiky pacientiek u ktorých nejednoznačnosť výsledkov bola naozaj diagnostickým orieškom.

29. Anabáza liečby chronickej osteomyelitídy u diabetika.

Lužinský L.

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

Všetko začalo nenápadne v r. 2017. Ošetrovanie „kurieho oka“ na nohe u zdravého jedinca sa nezvykne komplikovať. Iné je to u diabetika 2. typu na inzulíne, navyše s vysokým indexom telesnej hmotnosti.

Po zlyhaní ošetrovania ADOS bol pacient hospitalizovaný vo FNŠP F.D.Roosevelta – chirurgická klinika s chronickou osteomyelitídou Shopartovho kĺbu a metatarzálnych kostí ľavej nohy. Zápalový proces zastavila komplexná liečba, ale pre pokročilú deštrukciu súčasne aj Lisfrankovho kĺbu bola pacientovi navrhnutá amputácia distálneho predkolenia, s čím nesúhlasil. Celková a lokálna liečba pokračovala na pracovisku Oddelenia infektológie. Vykonali sa odbery kostného tkaniva na mikrobiologické vyšetrenie. Ambulantne sme pokračovali v cielenej ATB liečbe, ktorá bola doplnená Imunorom, aplikáciou autovakcín a hyperbarickou oxygenoterapiou. Závažnejší imunodeficit nebol potvrdený. Defekt plosky nohy je dlhodobo uzavretý. MR a gamagrafické vyšetrenie skeletu sú náležité priebehu chronickej osteomyelitídy v teréne Charcotovej neuroosteoarthropatie. Pacient je kontrolovaný v chirurgickej ambulancii nemocnice. Intermitentná ATB liečba pokračuje. Ako dlho budeme úspešní?

30. Úspešná liečba mozgových absceov CMP.

Morvayová B., Piesecká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Absces mozgu je hnisavé ložisko v mozgovom parenchýme, u ktorého prišlo k centrálnej nekróze a kolikvácii. Kolikvovaná tkáň je prestúpená polymorfonukleármi.

Môže vzniknúť priamym prestupom infekcie pri zápale okolitých štruktúr, napr. pri sinusitíde, mastoiditíde, osteomyelitíde, takto vznikne asi 45% prípadov, ďalej hematogennym rozsevom z primárneho ložiska, ktoré nesúvisí s CNS, napr. infekčná endokarditída, porušením bariér pri úraze alebo neurochirurgickom výkone, kryptogenne. U kryptogenne vzniknutých abscesov sa žiadny fokus nezistí. Predpokladá sa, že absces sa vytvorí infekciou drobného a často klinicky nemého hematómu pri asymptomatickej bakteriémii (môže k nej prísť i pri čistení zubov).

Kauzálna liečba spočíva v podávaní antibiotík a chirurgickej evakuácii ložiska. Pri úvodnej alebo empirickej terapii sa používajú rôzne schémy ATB (cefalosporíny 3., 4. generácie, glykopeptidy, karbapenemy, chloramfenikol)

V ATB liečbe mozgových abscesov, najmä pri ich prevalenii, treba mať na zreteli zmiešanú flóru v etiológii, s pomerne častým výskytom nesporelujúcich anaeróbných mikróbov vrátane vysokorezistentných bakteroidov. V týchto prípadoch sa k ATB pridáva metronidazol.

Chloramfenikol je širokospektré bakteriostatické antibiotikum, ve vysokých dávkach pôsobí baktericidne.

Mechanizmus účinku: inhibuje proteosyntézu, viaže sa na 50S podjednotku ribozómu.

Spektrum účinku: citlivá je väčšina aeróbných G+ i G- baktérií, G+ i G- anaeróbných baktérií, vrátane *Bacteroides fragilis*, *Rickettsia*,

Chlamydie, mykloplazmat, ďalej Neisseria meningitidis a salmonely.

Doporučenie pre indikáciu chloramfenikolu pri mozgovom abscese je pre jeho mimoriadnu farmakokinetiku, prienik napriek dvom bariéram – HEB a stene abscesu.

Chloramfenikol nekombinujeme s liekmi tlmiacimi kostnú dreň (aminofenazon, karbimazol, warfarin, rifampicin..) Počas liečby kontrolujeme krvný obraz vrátane retikulocytov 2x týždenne. CMP nepodávame opakovane, je potrebné evidovať liečbu v dokumentácii. Pri renálnej insuficiencii nie je nutné redukovať dávku, nie je nutné navyšovať pri dialýze, nedávame ho pri pečenej insuficiencii.

Autorky vo svojej prednáške popisujú kazuistiky dvoch pacientov s abscesmi mozgu liečených chloramfenikolom, u ktorých predchádzajúce ATB liečby neviedli k úspechu so zreteľom dodržania zásad antibiotikoterapie. Liečba bola v oboch prípadoch úspešná.

Chloramfenikol nepatrí do histórie, má unikátne vlastnosti a správne indikovaný môže byť život zachraňujúcim liekom.

31. Závažný priebeh leptospirózy s multiorgánovým zlyhaním.

Záhornacký O., Porubčin Š., Rovňáková A., Jarčuška P.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN Košice.

Leptospiróza je ochorenie patriace medzi zoonózy vyvolané patogénnymi baktériami z rodu *Leptospira*. Infekcia sa vyskytuje najmä v rozvojových krajinách tropického pásma a krajinách s nižším hygienickým štandardom. Najvyšší výskyt je vo svete pozorovaný najmä v prostredí spojenom s vyšším výskytom hlodavcov, hlavne potkanov, ktoré sú potenciálnym rezervoárom infekcie. Klinické prejavy a závažnosť leptospirózy sú veľmi variabilné. Uvedená kazuistika popisuje prípad 53-ročného pacienta bez komorbidít, ktorý bol prijatý na Klinikum infektológie a cestovnej medicíny v Košiciach pre ikterus, celkovú slabosť a febrilitu v domácich podmienkach. Vo výsledkoch vstupných laboratórnych vyšetrení dominovala najmä výrazná hyperbilirubinémia s hepatopátiou, laboratórne prejavy akútneho

renálneho zlyhania a ťažká trombocytopénia. Na RTG hrudníka prítomné postihnutie pľúcneho parenchýmu v zmysle bilaterálnej intersticiálnej pneumónie. Iniciovaná empirická antibiotická liečba v dvojkombinácii (ceftriaxón a klaritromycín). Počas hospitalizácie bolo na základe anamnézy a výsledkov laboratórnych vyšetrení vyslovené podozrenie na diagnózu leptospirózy, ktorá bola následne aj sérologicky potvrdená (ELISA + imunochromatografický test). V liečbe infekcie sme pokračovali v podávaní cefalosporínu III. generácie (ceftriaxón) v monoterapii s dobrým laboratórnym a klinickým efektom. Pacient bol po celkovo 18 dňoch hospitalizácie prepustený v stabilizovanom klinickom stave do domácej liečby.

32. Q horúčka.

Kročková L.

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

Text abstraktu: Febrilný stav je jedným z najčastejších dôvodov návštevy u všeobecného lekára a hospitalizácie na infekčnom oddelení. Jarné a letné mesiace sú obdobím, kedy narastá počet kliešťom prenosných ochorení. Patrí medzi ne aj Q – horúčka – celosvetovo rozšírená zoonóza spôsobená gramnegatívnou intracelulárnou baktériou *Coxiella burnetti*. Rezervoármi sú hlodavce, z ktorých sa infekcia prenáša na domáce zvieratá alebo človeka prostredníctvom kliešťov. Človek sa nakazí konzumáciou surového mlieka infikovaných oviec, kráv, kôz a pri manipulácii s ovčou vlnou, resp. pri starostlivosti o dobytok. Inkubačná doba je 2–4 týždne. Akútna Q – horúčka môže mať formu pľúcnu, ktorá vzniká po inhalácii aerosolu pod obrazom atypickej bronchopneumónie s prudkým začiatkom so suchým kašľom, s pleuritickou bolesťou na hrudi až rozvojom ARDS. V prípade prevládania flu – like symptómu hovoríme o chrípkovej forme. Pri preniknutí infekcie alimentárnou cestou prebieha ochorenie pod obrazom gastroenteritídy s rozvojom granulomatóznej hepatitídy. Chronická Q – horúčka vedie často k endokarditíde u imunokompromitovaných osôb a u osôb s predchádzajúcim chlopňovým ochorením. Obsahom kazuistiky je

prezentácia 26 – ročného pacienta prijatého pre vysoké febrility, eleváciu zápalových parametrov, D – diméru, hepatopatiu s pozitívnou epidemiologickou a cestovateľskou anamnézou bez efektu na ambulantne podávanú perorálnu antibiotickú liečbu cefuroximom. Cieľom kazuistiky je poukázať na potrebu včasnej diagnostiky a adekvátnej liečby Q – horúčky, keďže len správna ATB liečba pacientov s týmto ochorením pôsobí preventívne proti ťažkému priebehu s rozvojom endokarditídy, ARDS či granulomatóznej hepatitídy.

33. Súčasný pohľad na alveokokózu.

Shandor V.

Oddelenie infektológie FNsP FDR Banská Bystrica.

Alveolárna echinokokóza (AE) je helmintické zoonotické ochorenie vyvolané larválnymi štádiami pásomnice *Echinococcus multilocularis*, charakterizované pomalým infiltratívnym rastom primárne v pečeni, s poškodením ciev a žľazových ciest. Je stálym smrteľným ochorením pre symptomatických pacientov bez adekvátnej liečby. AE sa vyskytuje na severnej pologuli, v endemických oblastiach západnej a strednej Európy, v strednej a východnej Ázii, najmä v Číne. Na Slovensku sa za endemické oblasti považujú severné okresy, od roku 2012–2022 bolo potvrdených 40 prípadov ochorenia, pričom prevažná väčšina z nich pochádzala z endemických, severných častí republiky. Predpokladá sa však, že skutočný počet pacientov je niekoľkonásobne vyšší. Navyše vďaka priaznivým klimatickým podmienkam, premnoženiu líšok a ich vysokej premorenosti možno očakávať nárast počtu nových prípadov ochorenia u ľudí. Cieľom práce je zhrnúť súčasný stav poznatkov v diagnostike a monitorovaní pacientov s alveolárnou echinokokózou pomocou sérologických testov a zobrazovacích techník a na základe prehľadu literatúry prezentovať najnovšie terapeutické odporúčania. Včasná diagnostika a multidisciplinárny prístup v manažmente pacienta s alveokokózou je základom pre optimálne riešenie ochorenia, zlepšenie prognózy a kvality života.

Kľúčové slová: Alveokokóza. Liečba alveokokózy. Zobrazovacia

diagnostika alveokokózy. Multidisciplinárne riešenie alveokokózy. Albendazol.

34. Atypický priebeh neuroinfekcie v teréne Devicovej choroby.

Zelenák A., Sol'avová M., Rolincová L., Koričanská A.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Prezentujeme kazuistiku 34-ročnej pacientky sledovanej v SM centre pre Devicovu chorobu na biologickej liečbe rituximabom, preloženej na našu kliniku pre suspektnú seróznú meningitídu, pôvodne prijatú na Neurologické oddelenie NsP Skalica s 3-dňovou anamnézou febrilit, meningizmu a hypotenzie, s pozitivitou likvoru v zmysle serózneho zápalu, objektívne ľahká asymetrická paraparéza DK s prevahou vľavo a ataktický syndróm vľavo. Pri preklade k nám došlo k zhoršeniu stavu v zmysle dekortikačného postavenia, poruchy vedomia na úrovni soporu, ťažkej chabej asymetrickej kvadruparézy, preto pacientka následne preložená na KAIM, kde po neúspešnej realizácii MR mozgu a miechy pre poruchu dýchania zaintubovaná. O ďalšom priebehu sa dozviete účasťou na prednáške.

35. Streptokoková fasciitída ako ťažká forma hlbokkej infekcie mäkkých tkanív v spojení so syndrómom streptokokového toxického šoku.

Hatalová L., Miškovič Ľ., Drľová A., Šuranská A.

Infekčné oddelenie FN Trenčín.

Streptokoková fasciitída dolných končatín je vzácne, no vzhľadom na svoj dramatický priebeh závažné až život ohrozujúce infekčné ochorenie najmä v spojitosti s rozvojom syndrómu streptokokového toxického šoku (STSS – Streptococcal toxic shock syndrom). Je podskupinou agresívne prebiehajúcich infekcií kože a mäkkých tkanív (SSTIs – Skin and soft tissue infections). V našej kazuistike predstavujeme prípad 55-ročnej pacientky bez závažnejšieho predchorobia a v dobrej fyzickej kondícii. Prijatá bola 30.5.2023 na naše Infekčné odd. FN Trenčín s 3 dňmi trvajúcimi ťažkosťami – TT cez 39°C, výrazná bolestivosť ľavého stehna s

opuchom a nevýrazným začervenaním. Deň pred vznikom ťažkostí udáva intenzívnejšie cvičenie na stacionárnom bicykli, inak bez anamnézy úrazu. V deň prijatia bola vyšetrená 2x chirurgom, ortopédom i dermatológom. V hodnotení nálezu sa prejavuje názorová nejednotnosť v diagnóze – flegmóna verus eryzipel. Z infektologického hľadiska sa však o eryzipel nejednalo. Laboratórne je pacientka bez leukocytózy, ale CRP, prokalcitonín a IL-6 sú vo vysokých hodnotách. Realizujeme urgentné CT ľavého stehna – zistené je presiaknuté podkožie mediálne, voľná tekutina intermuskulárne, abscesové ložiská nezistené, fascia bez bližšieho popisu. ATB – na našom oddelení podávame kombináciu flukloxacilín + klindamycín + meropenem i.v. Pacientka je už pri prijatí s hraničným TK, v priebehu hodín nastáva progresia do septického šoku, postupne podávame 2-kombináciu vazopresorov. Lokálny nález plošne progreduje, objavujú sa buly s hemoragickou zložkou, pacientka zvracia. Je prítomný významný nesúlad medzi nie veľmi výrazným makroskopickým nálezom na stehne a výraznou bolestivosťou stehna v spojení s celkovo závažným stavom. Vzhľadom na obehovú nestabilitu pacientku prekladáme na chirurgickú JIS. Službukonajúci chirurg správne hodnotí dynamiku zhoršujúceho sa lokálneho nálezu ako aj celkového stavu a stanovuje pracovnú dg. nekrotizujúca fasciitída. Hneď po preklade (do 24 hodín od prijatia) realizuje urgentný výkon. Peroperačne sa potvrdila dg. fasciitídy ako ťažkej formy hlbokkej infekcie mäkkých tkanív. Nasleduje preklad na OAIM. Kultivačne je potvrdená etiológia *Streptococcus pyogenes*. Liečbu deeskalujeme na PNC-G v kombinácii s klindamycínom i.v. vo vysokých dávkach. Vzhľadom na potvrdenú streptokokovú etiológiu možno stav hodnotiť aj ako syndróm streptokokového toxického šoku. Po jeho zvládnutí je pacientka preložená späť na chirurgické odd. Počas hospitalizácie opakovane podstúpila rozsiahle nekrektómie kože a hlbokého podkožia v celkovej anestéze. Snaha o resutúru rany je neúspešná, hojenie rany je komplikované infekciou *Pseudomonas aeruginosa*. Pretrváva hlboký defekt až po svaly. K jeho ďalšej liečbe je preložená na špecializované chirurgické pracovisko. Prepustená bola po dlhej hospitalizácii v septembri 2023.

36. CMV infekcia ako komplikácia ulceróznej kolitídy.

Zamba Š., Lešová A., Čornej T., Kaňuchová K., Kobová I.

Infektologické oddelenie NsP Štefana Kukuřu Michalovce.

Cytomegalovírus patrí medzi herpetické vírusy . Klinická variabilita súvisí u človeka s vekom , imunitným stavom a takisto s pridruženými ochoreniami . Odhaduje sa , že infekciou cytomegalovírusom je počas života infikovaných takmer 100% ľudí. Problémové sú však aj prenatálne infekcie s možným ťažkým priebehom a závažnými orgánovými komplikáciami.

Kolektív autorov predkladá kazuistiku 31 – ročného pacienta, liečeného imunosupresívami a mesalazínom pre ulceróznú kolitídu, prijatého na Infektologické oddelenie pre diferenciálnu diagnostiku 19- dní trvajúcich febrilit, pridružených riedkych stolíc, kašľa. Objektívne bol v popredí subikterus sklér, mierna lymfadenopatia krku, elevácia zápalových testov, hepatálnych aminotransferáz, bilirubínu, prítomná leukopénia. Zobrazovacími vyšetreniami bola dokumentovaná splenomegália, paraaortálna a mezenterická lymfadenopatia, solitárne zväčšená lymfatická uzlina v ľavej axile. V imunofenotype periférnej krvi dokumentujeme pokles CD3/CD4+ lymfocytov. Laboratórne bola potvrdená CMV infekcia s vysokou vírusovou náložou. Pacient preliečený valgancyklovirom s pozitívnou klinickou, aj laboratórnou terapeutickou odozvou. Celkový stav pacienta sa pomaly upravil, ustúpili febrility , postupne došlo k redukcii počtu stolíc. Po prepustení následne ambulantným gastroenterológom bola zdokumentovaná i regresia základného ochorenia.

37. Karcinóm vs. Parazitóza.

Čupková M., Špaňo L., Rosol'anka R.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

V kazuistike pojednávame o súbore diferenciálno –diagnostických postupov vedúcich k stanoveniu diagnózy a následnej liečbe pacienta. Zaoberáme sa zložitou a úskaliami stanovenia diagnózy echinokokózy.

38. Čo sa skrývalo za bolesťou v driekovej oblasti?

Kozárová M., Piesecká Ľ.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Bolešť je definovaná ako subjektívne vnímaný nepríjemný pocit alebo emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo možným poškodením tkaniva. . Na základe patofyziológie rozoznávame bolesť nociceptívnu, neuropatickú a psychogénnu, podľa etiológie nádorovú a nenádorovú . Bolešť je signálom upozorňujúcim človeka na to, že s ním nie je niečo v poriadku. Väčšina ľudí bolesť netoleruje a už pri minimálnom, resp. miernom pociť diskomfortu siaha po liečivách s analgetickým účinkom. Zo štatistických prehľadov spotreby humánných liekov boli v r. 2017 na Slovensku najviac predávanými voľnopredajnými liečivami práve analgetiká.

V dennej klinickej praxi sa veľmi často stretávame s bolesťami, ktoré môžu sprevádzať ochorenia rôznych tkanív či orgánov. V mnohých prípadoch ide o nezávažné stavy, resp. tzv. funkčné ťažkosti. V nasmerovaní k určeniu správnej diagnózy je kľúčové úvodné odobratie kvalitnej anamnézy, ktorá sa v súčasnej ére moderných zobrazovacích vyšetrení zvykne podceňovať. V rámci iniciálnej diferenciálnej diagnostiky treba prihliadať na vek a pohlavie pacienta.

Bolešť v krížovej oblasti môže byť spôsobená zápalom sedacieho nervu, reumatickými ochoreniami, metastázami kostí, zápalmi alebo zlomeninami stavcov, úrazmi. Tiež môže ísť o prenesenú bolesť pri iných ochoreniach, napr. pri žlčníkových alebo obličkových kameňoch. Veľmi častá je bolesť krížov v tehotenstve spôsobená nadmernou váhou, tiež treba myslieť na vysunutú platničku.

Autorky popisujú kazuistiku 66 ročnej pacientky s bolesťou chrbtice v driekovej oblasti a SI-kĺbu vpravo s vyžarovaním do hrudnej chrbtice. Podávanie analgetík parenterálne predhospitalizačne bolo bez efektu.

Vyšetrenia v rámci diferenciálnej diagnostiky odhalili pokročilé onkologické ochorenie.

PROGRAM – ABSTRAKTY

SESTERSKÁ SEKCIA

1. "Zabudnutá choroba?"

Baková L., Špurnajová B., Polin M.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Tuberkulóza – možno povedať, že toto ochorenie je staré ako ľudstvo samo, veď prvé správy o tuberkulóze (TBC) pochádzajú ešte z čias, keď ľudia začali vytvárať väčšie sociálne celky. Už nálezy kostier z mladšej doby kamennej potvrdzujú existenciu kostnej formy tuberkulózy.

TBC je závažné, vysoko infekčné a špecifické ochorenie, ktoré je vzhľadom na svoju osobitosť a závažnosť sledované oddelene od ostatných infekčných chorôb.

WHO vyhlasuje každoročne 24. marec za svetový deň boja proti tuberkulóze. V tento deň presne pred 141 rokmi objavil nemecký lekár a mikrobiológ Robert Koch pôvodcu tuberkulózy (baktériu *mycobacterium tuberculosis*). Za svoj objav a boj proti tejto smrteľnej chorobe neskôr získal Nobelovu cenu.

Mykobaktériami je infikovaná približne jedna tretina svetovej populácie. Najčastejšou vstupnou bránou je dýchací trakt, o čom svedčí aj vysoký podiel pľúcnej TBC, ktorá tvorí až 80 – 90 % všetkých foriem TBC. Mykobaktérie sa šíria vzdušnou cestou a do organizmu vstupujú dýchacími cestami inhaláciou drobných kvapôčok, ktoré vznikajú pri kašli, kýchaní alebo spievaní a pretrvávajú v ovzduší niekoľko hodín. Zriedkavejší je digestívny prenos alebo prenos kontaktom. Vo svete ročne na tuberkulózu zomiera približne 1,3 milióna ľudí a je celosvetovo druhou hlavnou príčinou úmrtí na infekčný agens po COVID-19, stále zostáva hlavnou príčinou smrti ľudí s infekciou HIV.

Na Slovensku je situácia v dnešnej dobe stabilizovaná. V roku 2022 bolo do Národného registra tuberkulózy vo Vyšných Hágoch nahlásených 155 prípadov.

2. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s tracheostómiou so zameraním na komplikácie.

Bečková P., Králová K.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Prezentácia sa zameriava na problematiku ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s tracheostómiou so zameraním najmä na možné komplikácie. Cieľom daného príspevku je poukázať na potenciálne komplikácie u pacienta s tracheostómiou, na rizikové faktory, manažment starostlivosti o pacienta a najmä prevenciu vzniku týchto jednotlivých komplikácií. V úvode prezentácie objasňujeme aj samotnú tracheostómiu, typy tracheotómií a ich indikácie.

Kvalitná, bezpečná a efektívna starostlivosť je neoddeliteľnou súčasťou odboru ošetrovateľstva a v súčasnosti sa dostáva čoraz viac do popredia. Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi s tracheostómiou môže do značnej miery ovplyvniť riziko vzniku potencionálnych komplikácií. Komplexným prístupom k pacientovi, sledovaním a posudzovaním tracheostómie a jej okolia a včasnou diagnostikou, môže setra predchádzať množstvu pooperačných komplikácií, či v akútnych situáciách zabrániť ďalšiemu reverzibilného alebo ireverzibilnému poškodeniu pacienta. Preto je potrebné, aby mali sestry odborné znalosti a skúsenosti, boli schopné identifikovať možné komplikácie, adekvátne na ne reagovať a poskytovali tak pacientom kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Naším príspevkom sa pokúsime predstaviť a objasniť najnovšie poznatky z odboru o komplikáciách tracheostómie a ich prevencii a podeliť sa o prípadné možné postrehy a skúsenosti v danej oblasti.

Kľúčové slová: tracheostómia, indikácie, komplikácie, ošetrovateľská starostlivosť, prevencia

3. Prvá pomoc pri bezvedomí.

Krajčovičová J., Gríková M., Slováková I.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Pacienti v bezvedomí si vyžadujú včasný a správny manažment prístupu obsahujúceho stabilizáciu vitálnych funkcií a stanovenie príčiny vzniku bezvedomia. Poruchy vedomia pokrývajú široké spektrum prejavov – od zníženej bdlosti až po hlboké bezvedomie bez reakcie na podnety – kvantitatívne poruchy vedomia, prípadne zmeny vnímania reality – kvalitatívne poruchy vedomia. Bezvedomie je vždy urgentná situácia, náročná na včasnú stabilizáciu vitálnych funkcií a včasnú diagnostiku príčiny, čo je pre výsledný stav pacienta kľúčové. Všeobecnými prístupmi v úvodnom zhodnotení stavu sú anamnéza a fyzikálne vyšetrenie. Nevyhnutný je systematický a štruktúrovaný postup a to uvoľnenie dýchacích ciest, obnovenie dýchania, stabilizácia krvného obehu a privolanie odbornej zdravotníckej pomoci. Kľúčové slová: bezvedomie, príčiny, anamnéza, zhodnotenie, stabilizácia,

4. Varicella.

Hostovecká S., Urgeová A., Balková A.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Ovčie kiahne, varicella, sú vysoko nákazlivou infekčnou chorobou, ktorá postihuje hlavne deti. 90% ľudí do veku 20 rokov prekonalo ovčie kiahne. Deti ochorejú na ovčie kiahne hlavne v kolektívnych zariadeniach. Vyskytuje sa v každom veku, najviac u deti do 6 rokov.

Zdrojom infekcie je choré dieťa, ktoré je nákazlivé už 48 hodín pred výsypom. Vírus sa šíri kvapôčkovou infekciou až na vzdialenosť 10m a dotykom s kožnými puchierikmi ale aj vzduchom pri rozprávaní, kýchaní, slinami.

Nákaza sa do tela dostane sliznicami nosa, oči, úst, odtiaľ do pľúc, z pľúc do krvného obehu, pečene a sleziny. Krvou sa dostane do kože, kde spôsobuje kožné zmeny. Inkubačná doba je približne 14 – 21 dní, priemerne 17 dní.

Ovčie kiahne patria na Slovensku medzi najčastejšie vírusové ochorenie, ktoré postihuje najmä deti. Sú vysoko nákazlivé a ohrozený je prakticky každý, kto ich ešte neprekonal. Je známe, že závažnejší priebeh ovčích kiahní majú dospelí, ktorí chorobu neprekonali v detstve a u zdravých detí kiahne zvyčajne prebehnú bez komplikácií. V prezentovanej kazuistike autorky práve poukazujú na prípad komplikácií varicelly u 6- ročného dieťaťa s dôležitosťou správne volenej lokálnej liečby.

5. Kvalita života pacientov s chronickou ranou.

Hoffmannová D., Plesková E., Lefflerová M.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Cieľom liečby a manažmentu chronických rán je vytvorenie optimálnych podmienok pre procesy hojenia rany a tým zvyšovanie komfortu a kvality života pacientov. Hlavný cieľ je posúdenie celkovej kvality života pacientov s chronickou ranou pomocou dotazníka Wound-QoL. Pre realizáciu kvantitatívneho prieskumu bola použitá metóda zberu empirických údajov pomocou štandardizovaného dotazníka Wound-QoL, ktorý bol doplnený tromi vlastnými otázkami, ako pohlavie, vek respondentov, druh rany a dĺžka hojenia rany. Vyhodnotením údajov musíme zhodnotiť, že pacienti s chronickou ranou majú zníženú kvalitu života vo všetkých troch doménach, bez ohľadu na to aká chronická rana im bola diagnostikovaná. Najväčšie zníženie kvality života sme zaznamenali v psychickom zdraví a sociálnej oblasti a vo fyzickom zdraví sme zaznamenali najmenšie zníženie kvality života. Kvalita života bola ovplyvnená u všetkých pacientov bez ohľadu na typ rany. Včasná reakcia zdravotníckeho personálu môže pozitívne ovplyvniť kvalitu života pacienta s chronickou ranou.

Kľúčová slová: kvalita života, chronická rana, Wound-QoL, pacient

6. Kazuistika HCV pozitívneho pacienta so statusom „migrant“

Broškovičová B.

Infekčná klinika FSVaZ UKF v Nitre, FN Nitra.

Európa je najväčšou destináciou pre migrantov. V našom centre pre chronické hepatitídy sme zaznamenali najväčší počet migrantov z Ukrajiny.

Aurorka popisuje kazuistiku 35 ročného pacienta z Ukrajiny, ktorý žije na Slovensku 8 rokov.

U pacienta boli náhodne zistené zvýšené hepatálne testy, vysoká virémia potvrdená PCR HCV RNA, kvantitatívne 7 190 000 IU/ml, genotyp 2.

Pri MRelastografii sa zistila fibróza v štádiu 2–3 st.

T.č. pacient v IFN free liečbe glekaprevirom/pibrentasvirom.

7. Vždy treba veriť (kazuistika).

Jankolová D., Pravňanová P.

Klinika infektologie a cestovnej medicíny JLF UK a 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. Čo sa môže skrývať za bolesťami brucha.

Bányiová T., Korecová L., Gažúrová G.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Gastroenteritídy tvoria veľkú skupinu akútnych zápalových ochorení gastrointestinálneho traktu u detskej aj u dospeléj populácie, taktiež tvoria veľké percento diagnóz prijatých na Infekčné kliniky. Akútna gastroenteritída nie je vždy primárnou príčinou ťažkostí pacienta, ale častokrát sa vyskytuje ako

sekundárny príznak práve prebiehajúceho závažného, prípadne život ohrozujúceho ochorenia.

9. Úloha sestry u pacienta s plánovaným výkonom selektívna koronárna angiografia.

Sovičová Z.

Kardiologická klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Podľa dát Národného centra zdravotníckych informácií je stúpajúci trend výskytu kardiologických ochorení. Kardiologickým ochorením trpí viac ako stotisíc pacientov na území slovenskej republiky. V dnešnej dobe kardiologické ochorenia postihujú čím ďalej tým viac mladších ľudí, jedná sa o ochorenia ako je Ischemická choroba srdca, Nestabilná angína pectoris alebo infarkt myokardu. V diagnostike a liečbe týchto ochorení zohráva veľkú rolu vyšetrenie koronárnych ciev takzvaná selektívna koronárna anigiografia (SKG). SKG patrí medzi invazívne zákroky a môžu sa vyskytnúť určité riziká, preto sa SKG vykonáva počas krátkej hospitalizácie. Úlohou sestry je preto dôkladne poznať komplikácie, stav pacienta. Preto je potrebné postupovať podľa ošetrovateľských štandardov

10. Ako sme prežili covid-19 u nás.

Pravňanová P., Jankolová D.

Klinika infektologie a cestovnej medicíny JLF UK a UN Martin.

Vo februári 2020 bola na KlačM 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.

11. Monoklonálne protilátky.

Frátriková M., Pavlíková A.

Klinika infektologie a cestovnej medicíny JLF UK a 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.

12. Pacient a prostredie.

Mihalíková B., Hostovecká S.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Nemocnica je komplex systémov a oddelení, ktoré poskytujú liečbu a starostlivosť chorému človeku. Nemocničné prostredie je pre človeka špecifické a on je nútený osvojiť si novú sociálnu rolu – rolu pacienta. Vedecké štúdie poukazujú na to, že pocit psychickej pohody pozitívne ovplyvňuje zdravotný stav pacienta a urýchlí jeho celý liečebný proces. Dôležitým psychickým aspektom v tomto procese je stres, ktorý negatívne vplýva na všetky funkcie, ktoré majú zásluhu na liečebnom procese. Psychika teda zohráva dôležitú úlohu pri začiatku choroby a zásadne ovplyvňuje jej priebeh a liečenie.

Pickerov inštitút sa zameriava na vedecký výskum v oblasti „patient- centered care“ (starostlivosť orientovaná na pacienta). Základné požiadavky nemocničného prostredia zhrnuli do piatich základných bodov: prostredie umožňujúce priamy kontakt s prírodou a svetlom, prostredie nehučné a nerušivé, prostredie podporujúce pocit priestorovej orientácie, prostredie poskytujúce možnosti pozitívneho rozptýlenia a prostredie umožňujúce blízky byť súčasťou liečebného procesu.

Vhodné nemocničné prostredie nie je len odrazom snahy o vytváranie estetických interiérov, ale aj procesom, ktorý sa prioritne zameriava na psychický stav pacienta a súčasne procesom, ktorý umožňuje personálu vykonávať svoju prácu čo najefektívnejšie. Ide jeden spoločný cieľ – dosiahnuť psychickú pohodu a udržať pocit vlastnej identity pacienta v inštitucionálnom modeli nemocničnej starostlivosti.

13. Porfýria cutanea tarda.

Križanová G., Švihoríková E., Černá M.

Klinika infektológie FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita.

Porfýria cutanea tarda rozoberá diagnostické aj terapeutické postupy zriedkavého ochorenia vyskytujúceho sa v dnešnej dobe. Ochorenie charakterizujúce špecifickými a veľakrát podobnými príznakmi ochorenia kože a pečene, preto je diagnostické riešenie precízne a veľmi detailné od samotnej anamnézy, laboratórneho skrínungu a dôležitou súčasťou je aj presná anamnéza získaná od pacienta. Nie každá hepatopatia je hepatopatiou, kedy pečenné testy ukazovali odchýlky od normálu, ale ešte nebolo možné určité ochorenie rozpoznať. Dnes sa termín viac menej už neužíva, pretože disponujeme prostriedkami, ktoré dokážu presne identifikovať konkrétnu diagnózu. Hepatopatiou súhrnne označujeme skupinu nenádorových ochorení pečene. V diagnostike ochorenia porfýrie vystupoval do popredia výsev ružových neostroohraničených eflorescencií, väčších pľuzgierov, mierna hereditálna hemochromatóza, kedy je železo dobrý sluha a zlý pán. Potvrdenie diagnózy určil pozitívny test prítomnosti porfýrií v moči. V spolupráci s kožným a hematologickým oddelením diagnóza potvrdená a nastavená liečba Plaquenilom a po opakovaných venepunkciách úprava hepatálnej lézie a mierna hypertrichóza – zvýšený rast ochlpenia na tvári a tele. Porfýria cutanea tarda ako zriedkavého ochorenia neunikne pozornosti skúsenému lekárovi a včasná diagnostika a liečba vylúči iné ochorenia a nastavenie liečby zmierni symptómy ochorenia. Úlohou sestry je dôkladné sledovanie kožných prejavov v diagnostickom riešení, ktoré sú často spúšťačom viacerých iných ochorení, nielen chorôb pečene.

Kľúčové slová: hepatopatia, pacient, diagnóza, symptómy, liečba, porfýria

14. Kontaktný ekzém.

Slamková L.

Kožná ambulancia FN Nitra.

Kontaktná dermatitída alebo teda kontaktný ekzém, označuje kontaktnú alergickú reakciu pokožky na určitý alergén. Tento typ dermatitídy sa prejavuje s časovým odstupom niekoľkých hodín či dokonca dní od kontaktu s alergénom. Medzi najčastejšie spúšťače kontaktného ekzému patria: soli kovov, napríklad niklu, kobaltu alebo chrómu, chemické látky používané pri výrobe gumy, zložky kozmetických prípravkov, konzervačné látky, prírodné a syntetické živice a podobne. Kontaktný ekzém tvorí 5 –15% všetkých dermatóz. Zložky kozmetických prípravkov sú častou príčinou kontaktného ekzému.

15. Borelióza.

Pavlíková A., Frátriková M.

Klinika infektologie a cestovnej medicíny JLF UK a 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.

16. Salmonelóza.

Kováčsová P., Houdková N., Hunková K.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

V našej prezentácii sa zaoberáme s témou salmonela. Opisujeme charakteristiku tohto infekčného ochorenia, ako aj príznaky, príčiny, rizikové faktory, diagnostiku a prevenciu.

Salmonela patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia

tráviaceho systému. Patrí k najčastejším hnačkovým ochoreniam detí aj dospelých. A jeho riziko sa zvyšuje najmä počas letných mesiacov.

Ochorenie vyvoláva baktéria z rodu *Salmonella*, ktorou sa môžeme nakaziť po konzumácii kontaminovaných potravín. Tieto baktérie sú schopné množiť sa aj pri chladničkových teplotách. Môžu dokonca prežívať v mrazených potravinách. Baktérie salmonel sú citlivé na dlhšie pôsobenie teplôt nad 70°C. V našej prezentácii sa zaoberáme s témou salmonela. Opisujeme charakteristiku tohto infekčného ochorenia, ako aj príznaky, príčiny, rizikové faktory, diagnostiku a prevenciu

17. Ošetrovateľské diagnózy v infektológii.

Polčíková A., Blahová S., Fulopová A.

Infekčná klinika FSVaZ pri UKF v Nitre, FN Nitra.

Zdravotná dokumentácia je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Je súborom údajov o zdravotnom stave osoby, o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti tejto osobe. Ošetrovateľská dokumentácia je súhrn všetkých písomných, grafických a iných záznamov sestry súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti. Je to tematické zaznamenávanie ošetrovateľskej starostlivosti poskytované sestrou – údaje o zdravotnom stave, potrebách a problémoch osoby z ošetrovateľského hľadiska. Je nutné používať obsahovo jednotnú ošetrovateľskú dokumentáciu, zaistiť kontinuitu a chronologický prehľad o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

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. Súhrn charakteristických vlastností lieku. Dátum schválenia 26. apríl 2023. Dostupné na: https://www.sukl.sk/hlavna-stranka/slovenska-verzia/pomocne-stranky/detail-lieku?page_id=386&lie_id=9547D2 2. Hammond J, et al. *N Engl J Med*. 2022; 386:1397-1408

Informácie určené pre zdravotníckych pracovníkov. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred predpisávaním lieku si, prosím, preštudujte informácie o lieku.

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU (SIOI)

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 proteázy, *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 upozornení 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 ohrožujúcimi reakciami. Alfuzosín, ranolazín, amiodarón, dronedarón, flekainid, propafenón, chinidín, kyselina fuzidová, neratibín, venetoklas, kolchicín, terfenadín, klozapín, lurazidolín, pimozid, kvetiapín, silodosín, eplerenón, ivabradín, dihydroergotamín, ergonovín, ergotamín, metylelgermetrín (metylergonovín), cisaprid, voklosporín, lovastatín, simvastatín, lomitapín, eletriptán, avanafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil, klorazepát, diazepam, estazolam, flurazepam, perorálny midazolam a triazolam, tolvaptán. Lieky, ktoré sú silnými indukčiami CYP3A, pretože významne redukovávajú plazmatické koncentrácie nirmatrelviru/ritonaviru môžu súvisieť s potenciálnou stratou virologickej odpovede a možnou rezistenciou. Rifampicín, apalutamid, karbamazepín, fenobarbital, fenytoín, Lubovnik bodkovaný (*Hypericum perforatum*). Paxlovid sa nesmie začať užívať ihneď po ukončení používania indukčtov CYP3A4 z dôvodu oneskoreného vymiznutia účinku nedávno vysadeného indukčtov CYP3A. Na určenie adekvátneho načasovania začatia liečby Paxlovidom by sa mal zvažovať 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. Súbežné podávanie Paxlovidu s inhibítormi kalcineurínu a inhibítormi mTOR: Na zvládnutie komplexnosti tohto súbežného používania je potrebná konzultácia multidisciplinárnej skupiny, s dôkladným a pravidelným monitorovaním sérových koncentrácií a úpravy dávky v súlade s najnovšími usmerneniami. 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 ohrožujúcim 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 použitie 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 precitlivosťou. 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 pečeňových transamináz, klinická hepatitída a žltica. Preto je potrebná opatnosť, keď sa Paxlovid podáva u pacientov s prítomnými ochoreniami pečene, abnormálnymi pečeňovými 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 nedиагностиčovanou infekciou HIV-1. Pomocné látky: tablety nirmatrelviru obsahujú laktózu. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózy, 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 redukovat 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 glukukoridáciu a oxidáciu prostredníctvom CYP1A2, CYP2C8, CYP2C9 a CYP2C19. Na základe *in vitro* štúdií existuje potenciál nirmatrelviru inhibovať MDR1, MATE1, OCT1 a OAT-P1B1 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 a ako preventívne opatrenie ešte počas 7 dní po ukončení liečby Paxlovidom sa má dojenie prerušiť. Nie sú k dispozícii žiadne údaje o vplyve Paxlovidu (nirmatrelvir a ritonavir) alebo samotného ritonaviru na fertilitu 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 skrátené informácie o lieku: 3. máj 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 26. apríla 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, 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/eskadral> alebo miestnemu zástupcovi držiteľa rozhodnutia o registrácii ľudského 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-0080, dátum prípravy: máj 2023

GENERÁLNÍ PARTNERI



HLAVNÝ PARTNER



GILEAD

Creating Possible

PARTNERI

abbvie



VYSTAVOVATELIA



Heaton SK

