



PROGRAM

II. SLOVENSKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

06. - 07. 12. 2024 DoubleTree by Hilton, Košice

Organizátor podujatia:

Slovenská gastroenterologická spoločnosť



www.gastrokongres.sk



II. SLOVENSKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

06. - 07. 12. 2024 DoubleTree by Hilton, Košice

www.gastrokongres.sk

VEDECKÝ VÝBOR

PREZIDENT KONGRESU

Doc. MUDr. **Sylvia Dražilová**, PhD.

Doc. MUDr. **Peter Bánovčín**, PhD.

MUDr. **Dušan Baláž**

MUDr. **Janka Božíková**

MUDr. **Iveta Čierna**, PhD.

MUDr. **Martin Ďuriček**, PhD.

MUDr. **Anna Gojdičová**, PhD.

MUDr. **Miloš Greguš**, PhD.

Prof. MUDr. **Tibor Hlavatý**, PhD.

MUDr. **Michal Honko**

MUDr. **Martin Huorka**, PhD.

prof. MUDr. **Peter Jarčuška**, PhD.

MUDr. **Branislav Kunčak**

MUDr. **Boris Pekárek**, PhD.

Doc. MUDr. **Eduard Veseliny**, PhD.

MUDr. **Andrej Vrzgula**, PhD.

MUDr. **Mária Zakuciová**

MUDr. **Jozef Záh**, PhD.

Doc. MUDr. **Zuzana Zelinková**, PhD

PARTNERI PODUJATIA

GENERÁLNI PARTNERI



HLAVNÍ PARTNERI

Johnson&Johnson



VYSTAVOVATELIA

abbvie

ABIVAX



Alfasigma Czech s.r.o.; o.z. Slovensko

KRKA Slovensko s.r.o.

Berlin-Chemie / A. Menarini
Distribution Slovakia s. r. o.

Nestlé Česko s. r. o.

Crosstec GmbH

Sandoz d.d.

Endored s.r.o.

SERVIER SLOVENSKO spol. s r.o.

Ewopharma, spol. s r. o.

STADA PHARMA Slovakia, s.r.o

IMEDEX SLOVAKIA s.r.o.

Swixx BioPharma Slovakia

InterMedical Plus, s.r.o.

ULTRAMED s.r.o

ZENTIVA a.s.

MEDIÁLNY PARTNERI



HLAVNÉ TÉMY PODUJATIA

- **vlastné vedecké práce v oblasti gastroenterológie, endoskopie, hepatológie a gastrointestinálnej chirurgie**
- **odborné diskusné témy v oblasti gastroenterológie, endoskopie, hepatológie a gastrointestinálnej chirurgie**
- **okružle stoly zahraničných expertov**
- **sekcia sestier**

KREDITY

Odborné podujatie je zaradené do sústavného medicínskeho vzdelávania CME, účastníkom budú pridelené kredity elektronicky.

Podujatie je zaradené do aktivít sústavného vzdelávania SK SaPA a v zmysle Vyhlášky MZ SR č. 74/2019 Z.z. budú sestram pridelené kredity.

TERMÍNY

Skorá registrácia do	31.10.2024 (vrátane)
Neskorá registrácia a registrácia na mieste	od 1.11.2024
Podávanie abstraktov - vlastných prác	do 15.10.2024
Oznámenie autorom o zaradení prezentácie	31.10.2024
Dodanie podkladov pre zverejnenie inzercie v programe podujatia - vystavovatelia	do 31.10.2024

VENUE:

DoubleTree by Hilton Košice

Hlavná 1
040 01 Košice
Slovenská republika



REGISTRAČNÉ POPLATKY:

	Do 31. 10. 2024	Od 1. 11. 2024 / na mieste
aktívny účastník - 1.autor	0 €	0 €
lekár člen SGS	99 €	129 €
lekár nečlen SGS	149 €	189 €
zdravotná sestra člen SGS	29 €	49 €
zdravotná sestra nečlen SGS	59 €	79 €
študent / lekár do 35 rokov člen SGS	39 €	59 €
lekár do 35 rokov nečlen SGS	79 €	99 €
zástupca vystavujúcej spoločnosti	149 €	189 €
zástupca biomedicínskej spoločnosti bez partnerstva	460 €	575 €

V registračnom poplatku je zahrnuté: coffe breaks, vstup na podujatie a kongresové materiály.

Registračný poplatok je nevratný. Prví autori sú oslobodení od platby registračného poplatku.

Spôsob platby:

- pri online registrácii budete presmerovaný na platobnú bránu, kde môžete registračný poplatok uhradiť online. Po úhrade Vám bude zaslané potvrdenie o registrácii a faktúra za uhradené služby na e-mailovú adresu, ktorú ste zadali pri registrácii.
- pri registrácii na mieste je možné platiť v hotovosti alebo platobnou kartou.

8.30 – 08:45 **SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE A PRIVÍTANIE**

Hlavatý T., Dražilová S., Jarčuška P.

8.45 – 9.00 **MEMORIÁLOVÁ ĎURIŠOVA PREDNÁŠKA**

predsedajúci: **Hlavatý T.**

prednáška: **Veseliny E.**

• **ENDOSKOPIA ŽLČOVÝCH CIEST
- KDE SME A KAM KRÁČAME**

9.05 – 10.05 **ORIGINÁLNE PRÁCE 1.**

predsedajúci: **Greguš M., Huorka M.**

9.05 – 9.15 prednáška: **Gombošová L., Krivuš J., Hornová J., Norek B., Fojtová A., Havlíčková Z., Valachová I., Šprláková J., Ondrušová M.** (Košice, Martin, Bratislava, Banská Bystrica):

• **VYHODNOTENIE EFEKTIVITY LIEČBY TEDUGLUTIDOM
U PACIENTOV SO SYNDRÓMOM KRÁTKEHO ČREVA,
MULTICENTRICKÁ EPIDEMIOLOGICKÁ ŠTÚDIA
NA SLOVENSKU**

9.15 – 9.25 prednáška: **Vojtko M., Ďuriček M., Demeter M., Vnučáková, Bánovčin P.** (Martin):

• **RTG PASÁŽ PAŽERÁKOM V POSTINTERVENČNOM
MANAŽMENTE PACIENTOV PO PERORÁLNEJ
ENDOSKOPICKEJ MYOTÓMII (POEM)
- retrospektívna analýza**

9.25 – 9.35 prednáška: **Fillová I., Ďuriček M., Kolarovszki B., Bánovčin P.** (Martin):

• **PRÍNOS FARYNGEÁLNEJ HR MANOMETRIE
V MANAŽMENTE PACIENTOV S OROFARYNGEÁLNOU
DYSFÁGIU**

9.35 – 9.45 prednáška: **Janičko M., Kaťuchová J., Kučma R., Kmecová D., Dražilová S., Jarčuška P.** (Košice):

• **MULTIDISCIPLINÁRNY PRÍSTUP V MENEŽMENTE
LOŽÍSK PEČENE, NAŠE PRVÉ SKÚSENOSTI**

9.45 – 9.55 prednáška: **Juríček R., Kunčák B.** (Bratislava):

• **ANALGOSEDÁCIA - AKO TO ROBÍME MY
(predstavenie gastroenterologie nem. Bory, Bratislava)**

9.55 – 10.05 **Diskusia**

10.10 – 10.50 **DISKUSNÁ TÉMA 1.**

**ÚSKALIA DIAGNOSTIKY LOŽISKOVÝCH
LÉZIÍ PANKREASU**

moderátor: **Veseliny E.**

10.10 – 10.20 prednáška: **Berecová Z.**

• **ÚSKALIA DIAGNOSTIKY LOŽISKOVÝCH LÉZIÍ
PANKREASU**

10.20 – 10.50 **panelová diskusia
(Kaťuchová J., Šafčák D., Záh J.)**

10.50 – 11.10 **PRESTÁVKA**

11.10 – 11.25 **STATE OF THE ART 1.**

predsedajúci: **Dražilová S.**

Lukáš M. (Praha):

• **DTT - IBD (DIFFICULT TO TREAT -IBD) KLASIFIKACE
A KLINICKÝ PRÍSTUP**

11.30 – 12.10 **DISKUSNÁ TÉMA 2.
INOVATÍVNA LIEČBA IBD V ROKU 2024**

moderátor: **Hlavatý T.**

11.30 – 11.40 prednáška: **Gojdičová A.**

• **INOVATÍVNA LIEČBA IBD V ROKU 2024**

11.40 – 12.10 **panelová diskusia
(Dražilová S., Greguš M., Šturdík I.)**

12.15 – 13.00 **MANAŽMENT LIEČBY UC:
V HLAVNEJ ÚLOHE IL-23**
**SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU
ELI LILLY SLOVAKIA S.R.O.**
Predsedajúci: **Hlavatý T.**
Prednáška: **Dražilová S.**
ČO PRINÁŠA INHIBÍCIA DRÁHY IL-23?
Diskusný panel:
**ZAOSTRIME POHĽAD NA INOVATÍVNE
TERAPEUTICKÉ CIELE**
Moderátor: **Dražilová S.**
Diskutujúci: **Gojdičová A., Greguš M., Baláž J.**
Prednáška: **Bortlík M.**
ZKUŠENOSTI S INHIBITOREM IL-23P19 V PRAXI (ČR)

13.00 – 14.00 OBED + diskusia pri posteroch

14.00 – 14.40 **DISKUSNÁ TÉMA 3.**
**SKRÍNING KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU
NA SLOVENSKU**
moderátor: **Orságh A.**

14.00 – 14.10 prednáška: **Trautenbergger Ricová J.**
•
**AKTUÁLNY STAV SKRÍNINGU KOLOREKTÁLNEHO
KARCINÓMU NA SLOVENSKU A VÝZVY
DO BUDÚCNOSTI**

14.10 – 14.40 panelová diskusia
(**Bačíková Z., Makara P., Ngo O., Vrbíková M.**)

14.45 – 15.15 **SUBKUTÁNNY INFLIXIMAB
– 2 ROKY PRAXE**
**SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU
CELLTRION HEALTHCARE SK**
Moderátor: **Hlavatý T.**

14.45 – 14.55 Prednáška: **Gombošová L.**
ZMENY V SPC A ICH DOPAD NA REÁLNU PRAX
14.55 – 15.15 Panelová diskusia
(**Baláž J., Gojdičová A., Greguš M., Lietava P.**)

15.20 – 15.35 **STATE OF THE ART 2.**
Predsedajúci: **Zakuciová M.**
Vrzgula A. (Košice):
•
**MINIINVAZÍVNE POSTUPY V CHIRURGICKOM
RIEŠENÍ CROHNOVEJ CHOROBY**

15.40 – 16.20 **DISKUSNÁ TÉMA 4.**
**CIPO, WILKIE, OGILVIE A INÉ KOMPRESÍVNE
SYNDRÓMY GITU**
moderátor: **Bánovčín P.**

15.40 – 15.50 prednáška: **Bánovčín P.**
•
**CIPO, WILKIE, OGILVIE A INÉ KOMPRESÍVNE
SYNDRÓMY GITU**
15.50 – 16.20 panelová diskusia
(**Lipták P., Janík J., Trabalková Z.**)

16.20 – 16.40 PRESTÁVKA

16.40 – 17.10. **POSÚVAME HRANICE**
**SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU
SANDOZ D.D.**
Predsedajúci: **Dražilová S.**

16.40 – 16.53 Prednáška: **Dražilová S.**
**USTEKINUMAB V LIEČBE CROHNOVEJ CHOROBY:
KOMU A KEDY?**

- 16.53 – 17.05 Prednáška: **Bortlík M.**
**USTEKINUMAB V LÉČBĚ CROHNOVY NEMOCI:
 CO NÁM ŘÍKAJÍ DATA Z REGISTRŮ?**
- 17.05 – 17.10 **Diskusia**
- 17.15 – 17.55 **DISKUSNÁ TÉMA 5.**
**ENDOSKOPIA PRI CIRHÓZE PEČENE
 - RIZIKÁ A ŠPECIFIKÁ**
 moderátor: **Dražilová S.**
- 17.15 – 17.25 prednáška: **Dražilová S.**
**ENDOSKOPIA PRI CIRHÓZE PEČENE
 - RIZIKÁ A ŠPECIFIKÁ**
- 17.25 – 17.55 **panelová diskusia**
(Baláž J., Jarčuška P., Kunčák B.)
- 18.00 – 18.45 **VČASNOSŤ A SEKVENCIA LIEČBY IBD
 - IMUNOLOGICKÉ MECHANIZMY
 A KLINICKÉ SKÚSENOSTI**
(Panelová diskusia)
**PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU
 TAKEDA PHARMACEUTICALS SLOVAKIA S.R.O.**
 Diskutujúci: **Zelinková Z., Gojdičová A., Greguš M.**
Diskusné témy:
AKO IMUNOLÓGIA FORMUJE LIEČBU IBD
**ČO NÁM KLINICKÉ DÁTA PREZRÁDZAJÚ
 O JEJ ÚČINNOSTI**
**AKÉ SKÚSENOSTI Z PRAXE NÁM POMÁHAJÚ
 OPTIMALIZOVAŤ LIEČEBNÉ POSTUPY**

- 18.50 – 19.20 **KVALITNÁ PRÍPRAVA JE PREDPOKLADOM
 KVALITNEJ KOLONOSKOPIE**
**SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU
 SWIXX BIOPHARMA SLOVAKIA**
 Predsedajúci: **Gojdičová A.**
- 18.50 – 18.55 Prednášajúci: **Gojdičová A.**
**ÚVOD DO PROBLEMATIKY PRÍPRAVY
 NA KOLONOSKOPIU 1L PEG**
- 18.55 – 19.05 Prednášajúci: **Hyrdel P.**
**VYUŽITIE 1L PEG PRI DIAGNOSTICKEJ KOLONOSKOPII
 VO VODNOM PROSTREDÍ**
- 19.05 – 19.15 Prednášajúci: **Polák D.**
DIAGNOSTIKA A TERAPIA POLYPOV V PROSTREDÍ CO2
- 19.15 – 19.20 Predsedajúci: **Gojdičová A.**
ZÁVER + DISKUSIA

SESTERSKÁ SEKCIA**14.30 – 16.00 BLOK I. ENDOSKOPIA**predsedajúci: **Šturdík I.**14.30 – 14.40 prednáška: **Milová M., Takáčsová M.** (Bratislava):

- **PRAKTICKÁ SESTRA NA PRACOVISKU DIGESTÍVNEJ ENDOSKOPIE**

14.40 – 14.50 prednáška: **Katunská D.** (Košice):

- **ÚLOHA SESTRY V MANAŽMENTE PACIENTA NA ERCP**

14.50 – 15.00 prednáška: **Vančová M., Lackovičová M., Bírová Z.** (Bratislava):

- **ASISTENCIA PRI ENDOSKOPICKEJ SUBMUKÓZNEJ DISEKCII**

15.00 – 15.10 prednáška: **Medek A.** (Ružomberok):

- **SYSTÉM FTRD A NAŠE SKÚSENOSTI S NÍM NA NAŠOM PRACOVISKU**

15.10 – 15.20 prednáška: **Temešinková D.** (Martin):

- **NAŠE SKÚSENOSTI S PLNE AUTOMATIZOVANÝM REPROCESSINGOM ENDOSKOPOV – PREDNÁŠKA PODPorená FIRMOU ENDORED**

15.20 – 15.30 prednáška: **Kišoňová Z., Bačková M.** (Bratislava):

- **MENEŽMENT PRACOVISKA INTERVENČNEJ ENDOSKOPIE Z POHLADU ENDOSKOPICKEJ SESTRY**

15.30 – 16.00 **Diskusia**16.00 – 16.15 **PRESTÁVKA****16.15 – 17.45 BLOK II. BIOLOGICKÁ LIEČBA, VÝŽIVA**predsedajúci: **Gojdičová A.**16.15 – 16.25 prednáška: **Lizáková I.** (Košice):

- **PICC – KEDY A AKO?**

16.25 – 16.35 prednáška: **Beerová M.** (Košice):

- **PARENTERÁLNA VÝŽIVA DOMA – AKO NA TO...**

16.35 – 16.45

-

prednáška: **Ondrejková A.** (Ružomberok):**EDUKÁCIA PACIENTA PRI SUBKUTÁNEJ APLIKÁCII BIOLOGICKÉHO LIEČIVA**

16.45 – 17.00

-

prednáška: **Stasinková K.** (Bratislava):**ÚSKALIA ŽIVOTA S ULCERÓZNOU KOLITÍDOU... PREDNÁŠKA PODPorená FIRMOU ELI LILLY**

17.00 – 17.10

-

prednáška: **Kračunová I.** (Košice):**ČO MA NAUČIL PROJEKT SIRIUS?**

17.10 – 17.20

-

prednáška: **Demikátová J.** (Ružomberok):**NOCEBO EFEKT A EFEKTÍVNA KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM**

17.20 – 17.45

Diskusia

8.30 – 9.15	NA ČASE ZÁLEŽÍ SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU ABBVIE S.R.O. Predsedajúci: Dražilová S.
8.30 – 8.45	Prednáška: Gombošová L. NEČAKAJME V LIEČBE CD
8.45 – 9.00	Predáška: Gojdičová A. NA SLIZNIČNOM ZHOJENÍ ZÁLEŽÍ
9.00 – 9.15	Prednáška: Dražilová S. SÚBOJ S ČASOM V LIEČBE NAŠICH PACIENTOV
9.20 – 10.20	ORIGINÁLNE PRÁCE 2. predsedajúci: Ďuriček M., Zelinková Z.
9.20 – 9.30	prednáška: Vážanová D., Ďuriček M., Oppová D., Kvaššayová J., Čelková P., Bánovčin P. (Martin):
	• ZMENY MUKOCILIÁRNEHO KLÍRENSU NEODRÁŽAJÚ REFLUXNÚ ZÁŤAŽ U PACIENTOV S LARYNGOFARYNGEÁLNYM REFLUXOM
9.30 – 9.40	prednáška: Kúšiková N., Kužela L. (Bratislava):
	• VYUŽITIE DIÉT V TERAPII IBD V KLINICKEJ PRAXI
9.40 – 9.55	prednáška: Jeseňák M., Bobčáková A. (Bratislava, Martin):
	• GASTROINTESTINÁLNE PREJAVY HEREDITÁRNEHO ANGIOEDÉMU - STRUČNÉ REPETITÓRIUM PRE GASTROENTEROLÓGOV
9.55 – 10.05	prednáška: Trabalková Z., Krkoška A., Demeter M., Ďuriček M., Zeleňák K., Bánovčin P. (Martin):
	• SKORÝ POST-PROCEDURÁLNY MANAŽMENT PACIENTOV PO POEM-E PRE ACHALÁZIU Z POHLADU RÁDIOLÓGA A RÁDIOLOGICKY DETEGOVATELNÉ KOMPLIKÁCIE POEM-U
10.05 – 10.20	Diskusia
<hr/>	
10.20 – 10.40	PRESTÁVKA

10.40 – 11.20	DISKUSNÁ TÉMA 6. DEKONTAMINÁCIA A REPROCESSING ENDOSKOPOV moderátor: Baláž D.
10.40 – 10.50	prednáška: Baláž D.
	• VŠETKO, ČO STE CHCELI VEDIEŤ O REPROCESSINGU, ALE BÁLI STE SA OPÝTAŤ...
10.50 – 11.20	panelová diskusia (Červeňová T., Kišoňová Z., Temešinková D., Vaňková M.)
11.25 – 12.05	DISKUSNÁ TÉMA 7. TIPY A TRIKY POLYPEKTOMIE moderátor: Pekárek B.
11.25 – 11.35	prednáška: Pekárek B.
	• TIPY A TRIKY POLYPEKTOMIE
11.35 – 12.05	panelová diskusia (Kunčák B., Polák D., Grega T.)
12.10 – 12.30	UKONČENIE KONGRESU, VYHLÁSENIE VÍTAZOV SÚŤAŽE O NAJLEPŠÍ POSTER A PREDNÁŠKU ORIGINÁLNEJ PRÁCE

**STREDOEURÓPSKE
GASTROENTEROLOGICKÉ
FÓRUM**

Generálny partner
Stredoeurópskeho Gastroenterologického Fóra
Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.



**8.00 – 10.00 COLORECTAL CARCINOMA SCREENING
IN CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN
COUNTRIES:
EXPERIENCES AND BEST PRACTICES**

moderátori: **Orságh A., Hlavatý T.**

8.00 – 8.10 prednáška: **Orságh A.**
• **COLORECTAL CARCINOMA SCREENING IN SLOVAKIA:
EXPERIENCES AND BEST PRACTICES**

8.10 – 8.20 prednáška: **Stefanovič M.**
• **SLOVENIAN SCREENING PROGRAM FOR THE EARLY
DETECTION AND PREVENTION OF COLON
AND RECTAL CANCER**

8.20 – 8.30 prednáška: **Hofer H.**
• **COLORECTAL CARCINOMA SCREENING IN AUSTRIA**

8.30 – 8.40 prednáška: **Wosiewicz P.**
• **COLORECTAL CARCINOMA SCREENING IN POLAND**

8.40 – 8.50 prednáška: **Grega T.**
**COLORECTAL CARCINOMA SCREENING
IN CZECH REPUBLIC**

8.55 – 10.00 **panelová diskusia**
(zástupcovia odborných spoločností
zo strednej a východnej Európy):

prof. MUDr. Tibor Hlavatý, PhD. (Slovakia),
MUDr. Andrej Orságh (Slovakia),
MUDr. Tomáš Grega, PhD. (Czech rep.),
Prof. Marek Hartleb, MD (Poland),
Dr. Piotr Wosiewicz (Poland),
prim. Milan Stefanovič, dr.med (Slovenia),
Prof. Dr. Marcel Vasile TANȚĂU (Romania),
Univ.-Prof. Dr. Harald Hofer (Austria),
Prof. Dr. Arnulf Ferlitsch (Austria),
Tibor Gyökeres MD, PhD. (Hungary)

**10.05 – 12.05 CARE FOR IBD PATIENTS
IN CENTRAL AND EASTERN
EUROPEAN COUNTRIES:
ORGANISATION OF CARE, REIMBURSEMENTS,
AVAILABILITY OF SPECIALTY CARE**

moderátori: **Gojdičová A., Hlavatý T.**

10.05 – 10.15 prednáška: **Gojdičová A.**
• **CARE FOR IBD PATIENTS IN SLOVAKIA:
ORGANISATION OF CARE, REIMBURSEMENTS,
AVAILABILITY OF SPECIALTY CARE**

10.15 – 10.30 prednáška: **Ferlitsch A.**
• **IBD CARE IN AUSTRIA**

10.30 – 10.45 prednáška: **Bortlík M.**
• **CARE FOR IBD PATIENTS IN CZECH REPUBLIC**

10.45 – 11.00 prednáška: **Ocepek A.**
• **IBD CARE IN SLOVENIA**

11.05 – 12.05 **panelová diskusia**
(zástupcovia odborných spoločností
zo strednej a východnej Európy):

prof. MUDr. Tibor Hlavatý, PhD. (Slovakia),
MUDr. Anna Gojdičová, PhD. (Slovakia),
doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD. (Czech rep.),
Andreja Ocepek, dr.med (Slovenia),
Prof. Dr. Marcel Vasile TANȚĂU (Romania),
Univ.-Prof. Dr. Harald Hofer (Austria),
Prof. Dr. Arnulf Ferlitsch (Austria),
Tibor Gyökeres MD, PhD. (Hungary)

POSTEROVÁ SEKCIA

- **Bednaříková H., Gábová K.** (Olomouc, Česká republika):
**INFORMÁCIA O PROJEKTE HOVORY O ZDRAVÍ,
MODUL “CROHNOVA NEMOC A ULCEROZNNÍ KOLITIDA”
VENOVANÝ PRÍBEHOM PACIENTOV S IBD**
- **Harhovský M., Gazda J., Adamcová – Selčanová S.,
Skladany L., Dražilová S.** (Košice, Banská Bystrica):
**TRANSPLANTÁCIA PEČENE PRE PRIMÁRNU
SKLEROTIZUJÚCU CHOLANGITÍDU, ASOCIÁCIA S IBD
- ANALÝZA SLOVENSKEHO TRANSPLANTAČNEHO
REGISTRA**
- **Horváthová D., Vrško M., Vaňová N.** (Košice):
INÝ UHOL POHLADU NA DYSPEPSIU
- **Juríček R., Džongov M., Pobjíáková M.,
Kunčák B.** (Bratislava):
**STEREOTAKTICKÁ RÁDIOTERAPIA KARCINÓMU
PANKREASU: KOMU, KEDY A AKO?**
- **Németh F., Čierna I., Székyová D.,
Staníková D.** (Bratislava):
**WILKIEHO SYNDRÓM U DETÍ
- KAZUISTIKA 2 PACIENTOV**
- **Polák D., Váňová A., Gulas R., Bašo J., Haupt P.,
Bednáriková D., Pytliaková M., Váňa J.** (Žilina):
**PREVENCIA KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU
V 5-ROČNOM SLEDOVANOM OBDOBÍ**
- **Tkáčik M., Tkáčik J.** (Brezno):
**ANALÝZA ÚČINNOSTI PROKINETÍK U PACIENTOV
S DIABETICKOU GASTROPARÉZOU A ICH VPLYV
NA KVALITU ŽIVOTA V PRAXI**



II. SLOVENSKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

06. - 07. 12. 2024 DoubleTree by Hilton, Košice

Organizátor podujatia:
Slovenská gastroenterologická spoločnosť



www.gastrokongres.sk

PODUJATIE SA KONÁ POD ZÁŠTITOU

prof. MUDr. **Petra Jarčušku**, PhD.
dekana lekárskej fakulty UPJŠ, Košice

ORGANIZAČNÉ ZABEZPEČENIE:

TAJPAN s.r.o.

Vážska 1, 821 07 Bratislava

IČO: **35 910 828**

DIČ: **2021915357**

IČ DPH: **SK2021915357**



KONTAKTNÁ OSOBA:

Mgr. Art **Peter Slovák**

Mobil: **+421 911 454 294**

e-mail: **peter.slovak@tajpan.com**

SEKRETARIÁT SGS:

**kontakt pre zasielanie
prihlášok vystavovateľov:**

Ing. Romana Ondrušová

Mobil: **+ 421 905 566 150**

e-mail: **sekretariat@sges.sk**



PARTNERSKÝ PROGRAM 2024

ĎAKUJEME TOUTO CESTOU SVOJIM **PARTNEROM**
A TEŠÍME SA NA SPOLUPRÁCU V ROKU 2024



ZLATÍ PARTNERI SGS



Celltrion Healthcare SK



Eli Lilly Slovakia s.r.o.



PRO.MED.CS Praha a.s.

STRIEBORNÍ PARTNERI SGS



FERRING Slovakia, s.r.o.



Takeda Pharmaceuticals
Slovakia s.r.o.

BRONZOVÝ PARTNER SGS



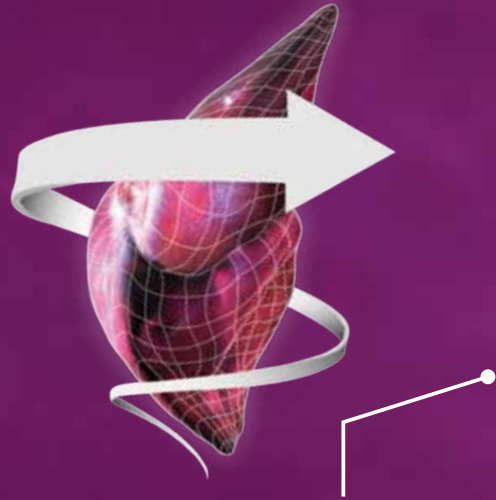
AbbVie, s.r.o.

NOVINKA

URSOSAN®

urzodeoxycholová kyselina

VYŠŠIA SILA 400 mg Kyseliny URZODEOXYCHOLOVEJ



pre lepšiu compliance pacienta

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: URSOSAN 400 mg filmom obalené tablety

Zloženie: Každá filmom obalená tableta obsahuje 400 mg kyseliny urzodeoxychovej. **Indikácie:** Na rozpuštenie cholesterolových žlčových kameňov v žlčníku. Žlčové kamene sa nesmú na röntgenových snímkach zobrazovať ako tieň a nesmú mať v priemere viac ako 15 mm. Napriek žlčovým kameňom musí byť žlčník funkčný. Na symptomatickú liečbu primárnej biliárnej cholangitídy (PBC), za predpokladu neprítomnosti dekompenzovanej cirhózy pečene. **Pediatrická populácia:** Hepatobiliárna porucha súvisiaca s cystickou fibrózou u detí vo veku od 6 rokov a mladších ako 18 rokov. **Kontraindikácie:** URSOSAN sa nemá používať u pacientov s precitlivosťou na žlčové kyseliny alebo na ktorukoľvek z pomocných látok; akútnym zápalom žlčníka a žlčových ciest; oklúziou žlčových ciest; častými epizódami žlčnikovej kolkiky; kalcifikovanými žlčovými kameňmi; zhoršenou kontraktilitou žlčníka. **Pediatrická populácia:** neúspešná portoenterostómia alebo neobnovenie správneho prietoku žlče u detí s biliárnou atreziou. **Nežiaduce účinky:** niekedy stolica alebo hnačka, bolesť v pravej hornej časti brucha (u pacientov s primárnou biliárnou cholangitídou). **Interakcie:** URSOSAN sa nemá podávať súčasne s cholestyramínom, kolestipólom alebo antacidami s obsahom hydroxidu hlinitého a/alebo smektitu (oxidu hlinitého), pretože môžu znížiť absorpciu UDCA. URSOSAN môže ovplyvniť absorpciu cyklosporínu z čreva. **Interakcie:** boli ďalej pozorované s: ciprofloxacínom, rosuvastatínom, nifedipínom a klofibrátom. **Upozornenie:** Počas prvých troch mesiacov liečby má lekár každé 4 týždne sledovať parametre pečenej funkcie AST, ALT a GGT a následne každé 3 mesiace. Pacienti, ktorí užívajú URSOSAN na rozpuštenie žlčových kameňov, majú používať účinnú nehormonálnu antikoncepciu. Ak sa vyskytne hnačka, dávka sa musí znížiť a v prípadoch pretrvávajúcej hnačky sa má liečba ukončiť. **Dávkovanie:** URSOSAN je vhodný pre pacientov s telesnou hmotnosťou 47 kg a viac. Filmom obalené tablety sa majú užívať pravidelne, nerozuté a majú sa zapíť tekutinou. Na rozpuštenie cholesterolových žlčových kameňov: Približne 10 mg/kg/deň, večer pred spaním. Na symptomatickú liečbu primárnej biliárnej cholangitídy (PBC): Denná dávka závisí od telesnej hmotnosti a pohybuje od 12 do 16 mg/kg/deň (tj. od 2 do 4 filmom obalených tabliet). Počas prvých 3 mesiacov liečby sa má URSOSAN užívať v rozdelených dávkach v priebehu dňa nepretržite. U pacientov s PBC sa v zriedkavých prípadoch môžu klinické príznaky na začiatku liečby zhoršiť. V takom prípade sa má dávka URSOSANU znížiť na ½ tablety. Liečba má postupne pokračovať (zvyšovanie dennej dávky o ½ filmom obalené tablety týždenne), až kým sa opäť neobstiahne dávka, ktorá bola naplánovaná v príslušnom pláne dávkovania. Deti s cystickou fibrózou (od 6 do 18 rokov) 20 mg/kg/deň v 2-3 samostatných dávkach, s ďalším zvyšovaním dávky na 30 mg/kg/deň, ak je to potrebné. **Balenie:** 10 až 100 filmom obalených tabliet (na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia). Pred predpisovaním lieku si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku. **Dátum poslednej revízie textu:** 08/2022. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika.

PRO.MED.CS Praha a.s.

Obchodné zastúpenie SK: PROM.MEDIC.SK spol. s r.o., Galvaniho 15/B, 821 04 Bratislava
<https://sk.promedcs.com/sk>

35^{years}
CARE & INNOVATION

PRO.MED.CS
Praha a.s.

OMVOH®

PRVÝ IL-23p19 INHIBÍTOR

schválený na liečbu pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou ulceróznou kolitídou^{1,2}

omvoh®
mirikizumab

Polovica pacientov
bola po roku liečby
v klinickej remisii. 98%
z nich neužívalo kortikoidy.³

Ústup symptómov vrátane
črevnej urgencie už
od 2. týždňa^{1,3}

Výskyt nežiaducich účinkov
bol podobný placebu³



¹Definované ako žiadna liečba glukokortikoidmi počas najmenej 12 týždňov pred 40. týždňom udržiavacej liečby.

Percento pacientov v klinickej remisii v 40. týždni udržiavacej liečby: 49,9% mirikizumab vs. 25,1% placebo (p<0,001).³

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek v súčasnosti nie je hrađený z verejného zdravotného poistenia.

Pred predpisovaním sa prosím zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. Podrobné informácie o lieku sú dostupné na internetovej stránke Európskej agentúry pre lieky <http://www.ema.europa.eu>, alebo na adrese: Eli Lilly Slovakia s.r.o., Svätoplukova II. 18892/2 A, 821 08 Bratislava - mestská časť Ružinov, tel.: +421 2 2066 3111

Referencie:

1. SPC Omvoh. 2. Keam SJ. Mirikizumab: First Approval. Drugs. 2023 Jul;83(11):1045-1052. doi: 10.1007/s40265-023-01909-1. PMID: 37389706. 3. D'Haens G, et al. Mirikizumab as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. N Engl J Med 2023; 388:2444-2455 DOI: 10.1056/NEJMod2207940.

Tento materiál je určený výhradne pracovníkom z zdravotníctva.

Dátum schválenia materiálu 03/2024.

Eli Lilly Slovakia s.r.o.

Svätoplukova II. 18892/2 A, Bratislava - mestská časť Ružinov 821 08, tel.: +421 2 2066 3111

PP-MR-SK-0013

Pre zobrazenie SPC si, prosím, naskenujte QR kód.



Lilly

Oslobod'te pacientov od parenterálnej podpory*



Revestive® zvyšuje výšku kĺkov a hĺbku črevnej žľazy epitelu čreva.^{1,2}

Po 2,5 roku liečby 60 % pacientov dosiahlo redukciiu týždennej potreby parenterálnej podpory o tri a viac dní a 33 % dosiahlo úplnú nezávislosť.^{1,2,**}

Revestive®
teduglutide

Revestive® je indikovaný na liečbu pacientov vo veku 4 mesiace korigovaného gestačného veku a viac so syndrómom krátkeho čreva (Short Bowel Syndrome, SBS). Pacienti musia byť stabilizovaní po období črevnej adaptácie po operácii.¹

Referencie: 1. SPC Revestive®, 2024. 2. Schwartz LK, O'Keefe SJD, Fujioka K, et al. Clin Transl Gastroenterol. 2016;7:e142. doi:10.1038/ctg.2015.69.

* Parenterálna podpora = parenterálna výživa/i.v. tekutiny (PV/i.v.). ** V pivotnej, 24-týždňovej, dvojito zaslepanej, placebom kontrolovanej štúdiu u pacientov s SBS teduglutid v dávke 0,05 mg/kg/deň významne redukoval objem parenterálnej výživy (definovaný ako > 20 % zníženie v týždni 20 a 24). Štúdia STEPS-2 bola 2-ročná, nezaslepené rozšírenie tejto štúdie s cieľom zhodnotiť dlhodobú bezpečnosť a účinnosť teduglutidu v dávke 0,05 mg/kg/deň oproti placebo.



Pred predpísaním lieku si, prosím, preštudujte informáciu o lieku. Úplnú informáciu o lieku Revestive® nájdete na webovej stránke: <https://takeda4health.sk/syndrom-kratkeho-creva/o-produkte/syndrom-kratkeho-creva> Pre jej zobrazenie naskenujte priložený QR kód.

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie.

Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.
Svätoplukova II, 18892/2 A, 821 08 Bratislava
www.takeda.sk, www.takeda4health.sk



Remsima® 120 mg
Infliximab

1. subkutánny infliximab¹⁻⁴

Pre lepšiu kvalitu života s väčšou slobodou a s menšími obmedzeniami.⁵⁻¹²

1. [https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/remxima2/byunhg,et.al.appl.health.ecoh.health.policy.2021.19\(5\):735-745.3](https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/remxima2/byunhg,et.al.appl.health.ecoh.health.policy.2021.19(5):735-745.3) European Commission Grants/Marketing Authorisation For World's First Subcutaneous Formulation Of Infliximab Remsima SC For An Additional Five Indications Including For Use In Inflammatory Bowel Disease And Ankylosing Spondylitis. <https://www.biosimilardevelopment.com/doc/european-commission-grants-marketing-authorisation-for-world-s-first-subcutaneous-00012021>. 4. Data on File. Celltrion Healthcare. 2021. 5. Schreiber Setal. Gastroenterology. 2021;160(7):2340-2353. 6. Solitano V, et al. Gastroenterology. 2021;160(7):2244-2247. 7. Overton PM, et al. Patient Preference Adherence. 2021;15:811-834. 8. Westhovens R, et al. Rheumatology (Oxford). 2021;60(5):2277-2287. 9. Combe B, et al. Arthritis Res Ther. 2021;23(1):119-130. 10. Caporali R, et al. Expert Rev Clin Immunol. 2021;17(1):85-99. 11. Smith PJ, et al. J Crohns Colitis. 2021;15(Suppl_1):S480-S481. 12. Schreiber S, et al. Switching from intravenous to subcutaneous infliximab in patients with active inflammatory bowel disease: Post-hoc analysis of pre-/post-switch outcomes from a multicentre, randomized controlled pivotal trial. Poster (P0472). Presentované na UEG Week Virtual 2021.

Skrátená informácia o lieku:

Remsima 120 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke, Remsima 120 mg injekčný roztok naplnený v injekčnom pere

Zloženie: Každá/é 1 ml naplnená injekčná striekačka/naplnené pero s jednorazovou dávkou obsahuje 120 mg infliximabu. **Indikácie:** Reumatoidná artritída, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, ankylozujúca spondylitída, psoriatická artritída, psoriáza. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Doporučené dávkovanie pri udržiavacej liečbe je 120 mg s.c. každý 2. týždeň. Udržiavaciu liečbu je potrebné začať 4 týždne po poslednom podaní 2 intravenózných infúzií infliximabu 5 mg/kg (3 mg/kg pri liečbe reumatoidnej artritídy) podaných v rozmedzí 2 týždňov. U vybraných indikáciách nespecifických zápalových ochorení čriev je možné o 4 týždne po 2. infúzií podať ďalšiu infúziu 5mg/kg. Pri reumatoidnej artritíde je možné liečbu začať úvodnou dávkou 120 mg s.c. nasledovanou ďalšou dávkou 120 mg s.c. v 1., 2., 3. a 4. týždni po podaní prvej injekcie, a potom pokračovať v obvyklom dávkovaní. Pri prechode z udržiavacej liečby infliximabom i.v. na s.c. formu, sa infliximab s.c. môže podať v termíne nasledujúceho podania infliximabu i.v. U pacientov s Crohnovou chorobou, ktorí na začiatku odpovedali na dávkou 5 mg/kg, ale potom u nich došlo k strate odpovede, je povolená úprava dávky subkutánneho infliximabu na 240 mg. Ďalšie podrobnosti vrátane dávkovania pre zvláštne skupiny pacientov sú uvedené v SPC. **Kontraindikácie:** Hypersenzitíva na liečivú látku, na iné myšie proteíny alebo na ktorúkoľvek pomocnú látku, aktívna tuberkulóza alebo iné závažné infekcie, ako je sepsa, abscesy a oportúnne infekcie, stredne závažné alebo závažné srdcové zlyhanie (NYHA trieda III/IV). **Osobitné upozornenia a opatrenia pre používanie:** V záujme lepšej sledovateľnosti biologických liekov je potrebné dôsledne zaznamenať názov a číslo šarže podávaného lieku. Užívanie infliximabu bolo spojené s akútnymi reakciami súvisiacimi s injekciou, vrátane anafylaktického šoku, a oneskorenými hypersenzitívnymi reakciami. Pacienti užívajúci TNF-antagonistov sú viacej náchylní na závažné infekcie, vrátane sepsy, pneumónie, oportúnnych infekcií (invazívne mykotické, vírusové), tuberkulózy, listeriózy, kandidózy, pneumocystózy a ďalších. U pacientov, ktorí sú chronickými nositeľmi vírusov, môže dôjsť k reaktivácii hepatitídy B. Infliximab môže zriedkavo spôsobiť demyelinizačné ochorenie CNS, poruchy pečene a žľazových ciest, imunosupresiu, maligne ochorenie, tiež bolo pozorované zhoršenie srdcového zlyhania a s tým súvisiacej zvýšenej mortality. Viac informácií viď platné SPC. **Liekové a iné interakcie:** Liek sa neodporúča kombinovať s inou biologickou liečbou používanou na liečbu rovnakých ochorení, vrátane anakinry a abataceptu. Súčasne s liekom sa neodporúča aplikovať živé vakcíny. Viac informácií viď platné SPC. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie infekcie horných dýchacích ciest, sinusitída, vírusové infekcie (napr. chrípkové ochorenia, infekcie vírusom herpes simplex), bolesť hlavy, bolesť brucha, nauzea, reakcie spojené s injekciou, bolesť v mieste aplikácie a ďalšie, viď platné SPC. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uskladnite v chladničke (2 °C - 8 °C). Chráňte pred mrazom. Uskladnite v pôvodnom obale, aby bol liek chránený pred svetlom. Liek je možné uskladniť pri teplotách maximálne až 25 °C po dobu až 28 dní. **Balenie:** 1 ml x 1 naplnená injekčná striekačka alebo 1 naplnené pero. **Spôsob výdaja lieku:** Viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. **Registračné čísla:** EU/1/13/853/009 a EU/1/13/853/012. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Celltrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony, Maďarsko. **Dátum schválenia súhrnu charakteristických vlastností lieku:** 22.11.2019. **Podrobné informácie o lieku:** sú dostupné na internetovej stránke štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (ŠUKL) <http://www.sukl.sk>. **Skrátená informácia o lieku bola pripravená v: 7/2024. Držiteľ v SR zastupuje:** Celltrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony, Maďarsko. **Skôr ako liek predpíšete, oboznámte sa prosím s úplnou informáciou o lieku (SPC).**

Celltrion Healthcare Hungary Kft.

1062 Budapešť, Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony,
Maďarsko, tel.: +36 1 231 0493, healthcare.hu@celltrionhc.com

CELLTRION

C-APROM/ŠK/RE/0068

Dátum prípravy: 09/2024

FAMOSAN®

Famotidín

Exaktne ku zdravému tráveniu.

JEDINÝ
DOSTUPNÝ
famotidín
v 40 mg sile
na slovenskom
trhu.¹

Účinná a bezpečná liečba širokého spektra ochorení tráviaceho traktu spojených so žalúdočnou hypersekréciou a hyperaciditou.*



SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O PRÍPRAVKU - FAMOSAN 20 mg filmom obalené tablety, FAMOSAN 40 mg filmom obalené tablety

Zloženie: Famotidín 20 mg alebo 40 mg v 1 filmom obalenej tablete. **Indikácie:** Liečba všetkých chorobných stavov so žalúdočnou hypersekréciou a hyperaciditou: liečba i profylaxia rôznych lokalizácií a foriem peptickej vredovej choroby; stresový vred; vred vyvolaný liečbou kortikoidmi a nesteroidovými antireumatikami; Zollingerov - Ellisonov syndróm; hemoragická gastropatia; refluxná ezofagitída; funkčná gastropatia spojená s hyperaciditou a pyrózou. Profylaktická liečba pred celkovou anestéziou u chorých ohrozených aspiráciou kyslého obsahu. Podporný liečebný prostriedok v terapii akútnej pankreatitídy. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo, podobné inhibitory H₂-receptorov alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Dojčenie. Deti do 6 rokov. **Nežiaduce účinky:** Famotidín je veľmi dobre tolerované liečivo. Vyskytujú sa bolesti hlavy, závrat, zápcha, hnačka, suchosť v ústach, nauzea a/alebo vracanie. **Interakcie:** Nežistili sa žiadne klinicky významné liekové interakcie. Úprava pH žalúdka môže ovplyvniť biologickú dostupnosť atazanaviru, ketokonazolu a itraconazolu. Ketokonazol sa má podávať 2 hodiny pred podaním famotidínu. Antacída (hydroxid horčičnatý a hliníty) môžu znížiť absorpciu famotidínu. Famotidín sa preto má užívať 1–2 hodiny pred podaním antacid. Existuje riziko straty účinnosti uhlíkatu vápennatého, ak sa podáva ako viazač fosfátov u hemodialyzovaných. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Pred začatím liečby žalúdočného vredu je potrebné vylúčiť jeho prípadný malígny charakter. V prípade dlhodobej liečby vysokými dávkami sa odporúča monitorovať krvný obraz a funkciu pečene. V prípade dlhodobej vredovej choroby je potrebné po zmierení príznakov vyhnúť sa náhlemu ukončeniu liečby. Tento liek obsahuje monohydrát laktózy. Ak je kŕmenie kreatinínu nižší ako 10 ml/min, je potrebné znížiť dennú dávku lieku. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Pri vredovej chorobe žalúdka alebo dvanástnika je obvyklá dávka 2-krát denne 1 tableta po 20 mg (interval 12 hodín), alebo 40 mg jednorazovo na noc počas 4–8 týždňov. Pri profylaxii recidív vredu je obvyklá dávka 20–40 mg famotidínu na noc. Pri Zollingerovom-Ellisonovom syndróme je to 20–40 mg každých 6 hodín až do klinického zlepšenia. Maximálna celková denná dávka nemá prekročiť 480 mg famotidínu. Liečba tohto ochorenia je dlhodobá. Pri ostatných uvedených indikáciách je najčastejšou voľbou liečba v dávkach 2-krát denne 20 mg (interval 12 hod.), alebo 20–40 mg famotidínu jednorazovo na noc. Filmom obalené tablety sa prehliadajú nerozhrýznuté a zapíjajú sa vodou. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uchovávať pri teplote 15–25 °C v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom a vlhkosťou. **Obsah balenia:** 20 alebo 50 filmom obalených tabliet po 20 mg; 10, 20 alebo 50 filmom obalených tabliet po 40 mg. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. Prípravok je viazaný na lekársky predpis a nie je hradený z prostriedkov zdravotného poistenia. **Dátum revízie textu:** 07/2023. S podrobnejšími informáciami o prípravku sa zoznámte v SPC. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika. **Pred predpísaním lieku si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku.**

Literatúra: 1. Portál www.adc.sk

* FAMOSAN nie je vhodný na liečbu rôznych klinických príznakov funkčnej žalúdočnej dyspepsie, keď nejde o žalúdočnú hypersekréciu a hyperaciditu.

Obchodné zastúpenie SK: PROM.MEDIC.SK spol. s r.o., Galvaniho 15/B, 821 04 Bratislava

Kód: 0215112109 Dátum výroby: júl 2023

PRO.MED.CS
Praha a.s.

DOPRAJTE VAŠIM PACIENTOM
**Konečne
ticho!**
DLHODOBÚ REMISIU UC A CD



Entyvio® vaším
pacientom poskytuje:¹

- dlhodobú perzistenciu preukázanú v klinickej štúdií, ako aj v klinickej praxi,^{2,5}
- dobre známy priaznivý bezpečnostný profil,^{1,2}
- klírens ochorenia pri UC a viditeľné transmurálne zhojenie pri CD.⁶⁻⁸

Entyvio
vedolizumab

Začnite
liečiť včas

JEDINÉ
črevo selektívne
biologikum
i.v. a s.c.
forme¹



Entyvio® i.v. + s.c.: liečba stredne ťažkej až ťažkej formy aktívnej ulceróznej kolitídy alebo stredne ťažkej až ťažkej formy aktívnej Crohnovej choroby u dospelých pacientov, ktorí mali na konvenčnú liečbu alebo na liečbu antagonistom tumor nekrotizujúceho faktoru alfa (tumour necrosis factor α 1, TNF α) neprimeranú odpoveď, alebo u ktorých došlo k strate odpovede, alebo ktorí neznášali takúto liečbu. Entyvio® i.v.: liečba dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou formou aktívnej chronickej pouchitídy, ktorí podstúpili proktokolektómiu a análnu anastomózu ileálneho púzdra vytvoreného kvôli ulceróznej kolitíde a mali neprimeranú alebo žiadnu odpoveď na liečbu antibiotikami.

Skrátenú informáciu o lieku nájdete na webovej stránke: <https://takeda4health.sk/gastroenterologia/nepesficke-zapalove-ochorenia-creva-ibd/entyvio/>. Pre jej zobrazenie naskenujte priložený QR kód.

Referencie: 1. SPC Entyvio, 2024. 2. Loftus EV Jr, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2020 Oct;52(8):1353-1365. 3. Pudipeddi A, et al. Therap Adv Gastroenterol. 2022 Mar 8;15:17562848221080793. 4. Bressler B, et al., Journal of Crohn's and Colitis, 2021, 1–13. 5. Patel H, et al. Crohn's & Colitis 360 Volume 1, Number 2, July 2019. 6. Danese S, et al. P271. J Crohn's Colitis. 2021;15: (Supplement 1) S305–S305. 7. Danese S et al. Gastroenterology 2019; 157: 1007–18.e7. 8. Rimola J et al. United European Gastroenterol J 2018; 6(Suppl 1): A68, Abstr OP175

Dátum prípravy: 05/2024, C-APROM/SK/ENTY/0340

Takeda

Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.
Svätoplukova II. 18892/2 A, 821 08 Bratislava,
Slovenská republika

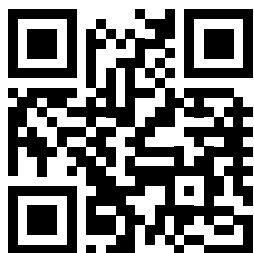
Entyvio®
vedolizumab

XELJANZ
[tofacitinib citrát]

SCHVÁLENÝ
v 5
INDIKÁCIÁCH¹

RA PsA UC JIA AS

RA – Reumatoidná artritída, PsA – Psoriatická artritída, AS – Ankylozujúca spondylitída, UC – Ulcerózna kolitída, JIA – Juvenilná idiopatická artritída



Pred predpísaním alebo podaním lieku si prosím preštudujte úplné znenie súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC) XELJANZ.

SPC lieku XELJANZ je dostupné na internetovej stránke: www.pfi.sr/spc-xeljanz alebo zosnímaním tu vytlačenej QR kódu pomocou fotoaparátu (prípadne na to určenej aplikácie) mobilného zariadenia (napr. telefónu alebo tabletu) s prístupom na internet. Po namierení hľadáča na QR kód sa zobrazí URL adresa pre príslušné SPC. Po kliknutí na ňu sa zobrazí SPC. Ak nemáte k dispozícii internetové pripojenie alebo zariadenie na zosnímanie QR kódu, prosíme, vyžiadajte si SPC v tlačenej forme od lekárskeho zástupcu spoločnosti Pfizer.

Táto informácia o lieku je určená osobám oprávneným predpisovať alebo vydávať lieky. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania.

▼ 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, SK-825 08 Bratislava, tel.: +421 2 507 01 206, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk. Tlačivo na hlásenie podozrenia na nežiaduci účinok lieku je na webovej stránke www.sukl.sk v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie podozrení na nežiaduce účinky liekov. Formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sukl.sk/eskada/>. Hlásenie môžete zasláť aj miestnemu zástupcovi držiteľa rozhodnutia o registrácii: Pfizer Luxembourg SARL, o. z., Pribinova 25, 811 09 Bratislava, e-mail: SVK.AEReporting@pfizer.com.

Literatúra:

1. Súhrn charakteristických vlastností lieku Xeljanz, Október 2023.

XELJANZ
[tofacitinib citrát]
5 mg tablety



PFIZER LUXEMBOURG SARL,
Avenue J.F. Kennedy 51, Luxemburg L-1855, Luxembursko, právna forma: spoločnosť s ručením obmedzeným,
zapísaná v Registri obchodu a spoločností Luxemburg pod číslom: B 84 125 vykonávajúca podnikateľskú činnosť
v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky podnikateľa zahraničnej osoby
PFIZER LUXEMBOURG SARL,
organizačná zložka, Pribinova 25, 811 09 Bratislava, IČO 35885696, zapísaná v obchodnom registri vedenom
Mestským súdom Bratislava III, oddiel Po, vložka č. 1164/B

CCMA kód: PP-XEL-SVK-0136; Dátum prípravy: júl 2024

ZBORNÍK ABSTRAKOTOV

OBSAH

1. Prínos faryngeálnej HR manometrie v manažmente pacientov s orofaryngeálnou dysfágiou X
2. Wilkieho syndróm u detí - kazuistika 2 pacientov X
3. RTG pasáž pažerákom v postintervenčnom manažmente pacientov po perorálnej endoskopickej myotómii (POEM) - retrospektívna analýza X
4. Prevencia kolorektálneho karcinómu v 5-ročnom sledovanom období X
5. Vyhodnotenie efektivity liečby teduglutidom u pacientov so syndrómom krátkeho čreva, multicentrická epidemiologická štúdia na Slovensku X
6. Multidisciplinárny prístup v menežmente ložísk pečene, naše prvé skúsenosti. X
7. Využitie diét v terapii IBD v klinickej praxi X
8. Iný uhol pohľadu na dyspepsiu X
9. Analýza účinnosti prokinetik u pacientov s diabetickou gastroparézou a ich vplyv na kvalitu života v prax X
10. Zmeny mukociliárneho klirensu neodrážajú refluxnú záťaž u pacientov s laryngofaryngeálnym refluxom X
11. Informácia o projekte Hovory o zdraví, modul "Crohnova nemoc a ulcerózna kolitída" venovaný príbehom pacientov s IBD X
12. Stereotaktická rádioterapia karcinómu pankreasu: komu, kedy a ako? X
13. Analgosedácia - ako to robíme my (predstavenie gastroenterologie nemocnice Bory, Bratislava) X
14. Gastrointestinálne prejavy hereditárneho angioedému - stručné repetitívum pre gastroenterológov X
15. Skorý post-procedurálny manažment pacientov po POEM-e pre achaláziu z pohľadu rádiológa a rádiologicky detegovateľné komplikácie POEM-u X
16. Transplantácia pečene pre primárnu sklerotizujúcu cholangitídu, asociácia s IBD - analýza Slovenského Transplantačného registra X

1. PRÍNOS FARYNGEÁLNEJ HR MANOMETRIE V MANAŽMENTE PACIENTOV S OROFARYNGEÁLNOU DYSFÁGIU

Fillová I.¹, Ďuriček M.², Kolarovszki B.², Bánovčin P.²

¹ Neurochirurgická klinika JLF UK a UNM

² Interná klinika – gastroenterologická JLF UK a UNM

Orofaryngeálna dysfágia predstavuje multiodborový problém, ktorý vyžaduje spoluprácu gastroenterológa, klinického logopéda, ORL špecialistu ako aj špecialistov ďalších odborov. Je dôsledkom anatomickej a funkčnej dezintegrity orgánov podieľajúcich sa na hltacom akte, centrálnej nervovej sústavy aj periférnych nervov. V rámci interdisciplinárneho diagnostického procesu, ktorý je nutný v manažmente tejto heterogénnej skupiny pacientov sa nedávno etablovala faryngeálna manometria s vysokým rozlíšením a impedanciou (high resolution pharyngeal impedance manometry – HRPIM). Vyšetrenie prináša dôležité informácie ohľadne mechaniky prehĺtania: sila kontrakcie faryngeálneho svalstva, relaxačná schopnosť horného pažerákového zvierača a jeho priepustnosť pre bolus. Cielená intervencia klinického logopéda s návrikom posturálnych techník a kompenzačných manévrov zlepšuje dysfagické symptómy a je esenciálnou súčasťou terapie týchto pacientov. Stanovenie príčiny dysfágie motilitným meraním umožňuje personalizovať klinicko-logopedickú terapeutickú intervenciu.

Prezentujeme prvotné výsledky našej medziodborovej spolupráce v manažmente pacientov s orofaryngeálnou dysfágiou. Jedná sa o sériu prípadových štúdií pacientov referovaných na Internú kliniku – gastroenterologickú a na Neurochirurgickú kliniku v rámci diferenciálnej diagnostiky orofaryngeálnej dysfágie. Poukazujeme na rôznorodé patofyziologické aj etiologické mechanizmy vzniku dysfagických ťažkostí (detegované pomocou HRPIM) s následnou cieľenou intervenciou klinického logopéda.

Naše skúsenosti s používaním HRPIM v rámci manažmentu pacientov s orofaryngeálnou dysfágiou prezentujeme v prípadových štúdiách (1) pacienta so Zenkerovým divertikulom po Z-POEME a recidívou dysfagickej symptomatológie, (2) pacienta s postextubačnou dysfágiou po operácii disekovanej aneurizmy aorty a (3) pacienta s ventrálnymi osteofytmi krčnej chrčtice. U týchto pacientov dokumentujeme významné zmiernenie subjektívne pociťovanej dysfágie, ako aj objektívne nameraných motilitných parametrov na základe cieľenej klinicko-logopedickej intervencie.

Faryngeálna manometria s vysokým rozlíšením a impedanciou predstavuje novú diagnostickú modalitu, ktorá sa uplatňuje v manažmente pacientov s orofaryngeálnou dysfágiou. Má význam v diagnostickom procese stanovením patofyziologického podkladu prehĺtacej poruchy, čím umožňuje efektívnu klinicko-lo-

gopedickú intervenciu.

Navyše, umožňuje dokumentovať subjektívne udávané zlepšenie stavu pacientov zlepšením objektívnych parametrov prehĺtacieho aktu, a tým sledovať efekt liečby.

Podporené Grantom VEGA 1/0060/23.

2. WILKIEHO SYNDRÓM U DETÍ - KAZUISTIKA 2 PACIENTOV

Németh F.¹, Čierna I.^{1,2}, Székyová D.^{1,2}, Staníková D.¹

1 Detská klinika LFUK a Národný ústav detských chorôb Bratislava

2 Gastroenterologické centrum junior Bezručova, Poliklinika Bezručova, Bratislava

Syndróm arteria mesenterica superior (SAMS) alebo Wilkieho syndróm je zriedkavou príčinou obštrukcie hornej časti gastrointestinálneho traktu. Presná incidencia tohto stavu zostáva neznáma, v literatúre sa uvádza incidencia 1-3:1000 v adultnej populácii, 1:10 000 v pediatrickej populácii s prevahou u dievčat. Výsledkom obštrukcie je kompresia tretej časti dvanástnika medzi arteria mesenterica superior a aortou. Je všeobecne známe, že nedostatok podkožného tkaniva v tejto oblasti môže precipitovať obštrukciu tým, že výrazne zmenší aortomesenterický uhol. Wilkieho syndróm predstavuje klinicko-diagnostickú výzvu, pretože pacienti spočiatku zostávajú nediagnostikovaní s recidivujúcimi epizódami bolesti v hornej časti brucha a vracaním.

Kazuistika 2 pacientov z Detskej kliniky LFUK a NÚDCH. V prednáške uvádzame kazuistiku dvoch pacientov Detskej kliniky LFUK a NÚDCH s diagnózou syndróm AMS s rôznym klinickým obrazom, liečbou a prognózou. Pri chronických bolestiach brucha a vracaní v rámci diferenciálnej diagnostiky treba myslieť aj na Wilkieho syndróm.

3. RTG PASÁŽ PAŽERÁKOM V POSTINTERVENČNOM MANAŽMENTE PACIENTOV PO PERORÁLNEJ ENDOSKOPICKEJ MYOTÓMII (POEM) - RETROSPEKTÍVNA ANALÝZA

Vojtko M., Ďuriček M., Demeter M., Vnučáková G., Bánovčin P.

Interná klinika gastroenterologická UNM,

Jesseniova lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského

Perorálna endoskopická myotómia (POEM) je etablovanou metódou liečby achalázie. Perorálna výživa sa zvyčajne iniciovala po vylúčení submukózneho úniku kontrastnej látky RTG kontrastným vyšetrením pažeráka. Vzhľadom na zriedkavosť závažných komplikácií, ktoré sú obvykle symptomatické, sa význam rutinného RTG vyšetrenia ako preventívneho opatrenia ukázal ako sporný. V našom centre sme od roku 2015 realizovali POEM s rutinným použitím RTG kontrastného vyšetrenia. Neskôr sme, kvôli jeho nedostupnosti, začali iniciovať perorálny príjem na základe klinického stavu pacienta. Obe stratégie sme porovnali z hľadiska miery komplikácií a dĺžky hospitalizácie.

Ide o retrospektívnu analýzu dát z terciárneho centra s vysokým objemom výkonov. Hodnotili sme (1) mieru peri- a postprocedurálnych komplikácií a (2) dĺžku hospitalizácie u pacientov podstupujúcich POEM pre achaláziu pažeráka v rokoch 2015–2023. Pacienti boli rozdelení do dvoch skupín: „RTG skupina“ (perorálna výživa po RTG vyšetrení 1. deň po zákroku) a „klinická skupina“ (perorálna výživa zahájená na 2. pooperačný deň alebo neskôr podľa inštitucionálneho protokolu).

Zanalyzovali sme 274 POEM zákrokov (129 mužov, 145 žien). Priemerný vek pacientov bol 52,3±16 rokov. RTG vyšetrenie sa realizovalo u 102 pacientov (37,2 %), alimentácia na základe klinického rozhodnutia sa realizovala u 172 pacientov (62,8 %). Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 7,2±2,9 dňa v röntgenovej skupine a 6,5±1,4 dňa v klinickej skupine (p<0,004). Komplikácie sa vyskytli v röntgenovej skupine u 8 pacientov (7,7 %), z nich v 3 prípadoch (2,9 %) sa jednalo o postprocedurálne komplikácie. V jednom prípade sa na röntgenovom kontrastnom vyšetrení, na druhý deň po zákroku, zistil submukózný únik kontrastnej látky v dôsledku uvoľneného kľipu v slizničnom vstupe. V klinickej skupine sa komplikácie zaznamenali u 10 pacientov (5,9 %), z nich v 1 prípade išlo o postprocedurálnu komplikáciu – perforáciu s pleurálnym výpotkom zistenú na CT vyšetrení na 3. pooperačný deň.

Závažné komplikácie po POEMe sú zriedkavé. V oboch podskupinách (RTG podskupine vs. klinickej podskupine) sa vyskytla jedna postprocedurálna komplikácia, pri ktorej RTG vyšetrenie pomohlo alebo mohlo pomôcť pri jej včasnom odhalení (1 vs. 0,6 %). Dĺžka hospitalizácie v skupine s klinickým rozhodnutím bola výrazne kratšia ako v skupine s röntgenom. Naše výsledky nefavorizujú potrebu rutinného RTG kontrastného vyšetrenia v rámci postprocedurálneho manažmentu pacientov po POEMe.

4. PREVENIA KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU V 5-ROČNOM SLEDOVANOM OBDOBÍ

Polák D.¹, Váňová A.¹, Gulas R.¹, Bašo J.¹, Haupr P.¹, Bednáriková D.¹, Pytliaková M.¹, Váňa J.²

¹ Gastroenterologické Centrum - Fakultná nemocnica s Poliklinikou Žilina

² Chirurgické oddelenie - Fakultná nemocnica s Poliklinikou Žilina

Za cieľ sme si dali zistiť, ako prebiehala sekundárna prevencia kolorektálneho karcinómu na našom pracovisku v 5-ročnom sledovanom období. Zaujímalo nás, koľko sme vykonali preventívnych kolonoskopických vyšetrení pred pandémiou koronavírusu v roku 2019. Ďalej, ako prebiehala prevencia počas pandémie a ako sa opäť etabluje po jej skončení, koľko vykonávame preventívnych kolonoskopií po skončení pandémie a koľkí pacienti majú pri preventívnej kolonoskopii nález malígneho ochorenia s potrebou chirurgickej terapie, čiže aká je morbidita v sledovanej skupine pacientov.

V práci sme sa zamerali na analýzu preventívnych kolonoskopických vyšetrení od začiatku roku 2019 do začiatku roku 2024. V roku 2019, prebiehali kolonoskopie a sekundárna prevencia kolorektálneho karcinómu na našom pracovisku v štandardnom režime. Nasledujúce roky 2020 a 2021 boli poznačené pandémiou. Zaujímavé sú výsledky z roku 2022 aj 2023. Postupne sa vytratili pandemické opatrenia a preventívne kolonoskopické vyšetrenia sa výrazne rozbíhali. Retrospektívne sme zhodnotili 5 ročné obdobie. Záznamy z kolonoskopických vyšetrení a operačných protokolov z gastroenterologického a chirurgického pracoviska sme následne štatisticky vyhodnotili.

Celkový počet preventívne kolonoskopicky vyšetrených pacientov v roku 2019 bol 184. Kolorektálny karcinóm s potrebou chirurgickej terapie malo 6,9% pacientov. V roku 2020 sme vykonali o 42 menej preventívnych kolonoskopií ako v roku 2019. 50 pacientom sa preventívne vyšetrenie v roku 2020 pre prísne pandemické opatrenia zrušilo. V roku 2020 sme u preventívne kolonoskopicky vyšetrených pacientov kolorektálny karcinóm s potrebou operačnej terapie diagnostikovali 12% pacientom. Z 50 zrušených preventívnych kolonoskopických vyšetrení v roku 2020, sme v roku 2021 vyšetřili 21 pacientov. Ostatní sa na vyšetrenie nedostavili. V tejto skupine pacientov vyšetrených v roku 2021 malo kolorektálny karcinóm 17,6% pacientov. Potvrďuje to nárast morbidity v skupine pacientov s odloženou kolonoskopiou. V roku 2022 bol celkový počet preventívnych kolonoskopických vyšetrení 163 a 14,67% pacientov malo kolorektálny karcinóm s potrebou operácie. Zaujímavý je nárast celkového počtu preventívnych kolonoskopických vyšetrení v roku 2023. V roku 2023 sme vykonali až 688 preventívnych kolonoskopií. Ukazuje to nárast záujmu o prevenciu kolorektálneho karcinómu v našej populácii. Zároveň sme na našom pracovisku rozšírili možnosti a kapacity absolvovať preventívnu kolonoskopiou. Kolorektálny karcinóm s potrebou operačného riešenia v roku 2023 malo 4,65% pacientov.

Kolorektálny karcinóm sa vyvíja z prekancerózných lézií, čiže polypov. Odstránenie týchto polypov je najefektívnejší spôsob, ako zabrániť rozvoju kolorektálneho karcinómu. Diagnostika a terapia kolorektálnych lézií teda priamo súvisí s kolonoskopickým vyšetrením. Efektívne fungujúcim a dostatočne kapacitne zvládnutým kolonoskopickým skriningovým programom vieme v praxi redukovat' nárast kolorektálneho karcinómu v slovenskej populácii. Kľúčová ostáva správna selekcia pacientov na kolonoskopické vyšetrenia. Tu sa zdá byť veľmi sľubný nový krvný test s názvom Shield.

5. VYHODNOTENIE EFEKTIVITY LIEČBY TEDUGLUTIDOM U PACIENTOV SO SYNDRÓMOM KRÁTKEHO ČREVA, MULTICENTRICKÁ EPIDEMIOLOGICKÁ ŠTÚDIA NA SLOVENSKU

Gombošová L.¹, Krivuš J.², Hornová J.³, Norek B.⁴, Fojtová A.⁴, Havlíčeková Z.⁵, Valachová I.⁶, Šprláková J.⁷, Ondrušová M.⁸

¹ II.interná klinika UNLP a LF UPJŠ Košice

² I.interná klinika UN Martin

³ Národný ústav detských chorôb Bratislava

⁴ GE klinika Nemocnica sv Cyrila a Metoda UNBA

⁵ Pediatrická klinika UN Martin

⁶ II.pediatrická klinika SZU Banská Bystrica

⁷ Gastro a hepatologické oddelenie Detskej nemocnice Košice

⁸ PharmIn Bratislava a SZU Bratislava

Vyhodnotenie efektivity liečby GLP2 analógom teduglutidom u detských aj dospelých pacientov so syndrómom krátkeho čreva na Slovensku. Primárnym cieľom tejto štúdie bolo charakterizovať profily všetkých pacientov so SBS, ktorí boli liečení teduglutidom na Slovensku v definovaných časových bodoch a opísať výsledky liečby teduglutidu pri 12-týždňových a 6-mesačných kontrolách. Primárnym výsledkom štúdie bolo postupné odpájanie od domácej parenterálnej výživy (DPV). Sekundárnym cieľom bolo sledovanie kvantitatívnych parametrov, nepriamo dokumentujúcich efekt postupného znižovania závislosti pacientov od DPV.

Realizovali sme neintervenčnú retrospektívnu kohortovú štúdiu, ktorá hodnotila chronologické zdravotné záznamy pacientov dlhodobo sledovaných špecialistami (gastroenterologické/ hepatologické a pediatrické pracoviská na Slovensku). Údaje boli zozbierané z elektronických a fyzických zdravotných záznamov a zadávané do štandardizovaného formulára. Posledná aktualizácia údajov bola realizovaná 4. novembra 2023. Vyšetrovanú populáciu tvorila všeobecná (neselektívna) vzorka, t. j. všetci pacienti so SBS liečení teduglutidom v ambulanciách na Slovensku, ktorí splnili kritériá výberu (n = 16). Išlo o prípadovú case cross-over štúdiu s dizajnom, kde každý pacient bol sám sebe kontrolou. Boli zozbierané údaje o všetkých pediatrických a dospelých pacientoch s diagnózou SBS, ktorých prvá liečba teduglutidom (indexový dátum) bola medzi 9. septembrom 2020 a 16. novembrom 2022 a ktorí ukončili najmenej 6-mesačnú liečbu teduglutidom. Pacienti boli liečení odporúčanou dávkou 0,05 mg/kg/deň teduglutidu.

Pozorovali sme štatisticky významnú redukciu príjmu i.v. hydratácie a i.v. kalorického príjmu v dospelej populácii, čo potvrdzuje pozitívny účinok teduglutidu na zníženie závislosti od DPV. Významný pokles oboch charakteristík sme registrovali už po 12 týždňoch liečby.

Po 6 mesiacoch liečby bola u všetkých dospelých pacientov redukovaná i.v. hydratácia až úplné vysadenie. Pozorovali sme mieru odstavenia od DPV v 6,67 %

po 6 mesiacoch a 35,71 % po 1 roku pre celú populáciu a 12,50 % po 6 mesiacoch a 57,14 % po 1 roku u dospelých. Nezaznamenali sme žiadne varovné signály, ani vážne nežiaduce účinky pri tejto liečbe.

Teduglutid, glukagón like peptide 2 analóg, je efektívny a bezpečný pri liečbe syndrómu krátkeho čreva u detí aj dospelých, a umožňuje dosiahnuť črevnú autonómiu s tzv. weaningom, t.j. odpojením od domácej parenterálnej výživy.

6. MULTIDISCIPLINÁRNY PRÍSTUP V MENEŽMENTE LOŽÍSK PEČENE, NAŠE PRVÉ SKÚSENOSTI

Janičko M.¹, Kaľuchová J.², Kučma R.³, Kmecová D.⁴, Dražilová S.¹, Jarčuška P.¹

¹ II. interná klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

² I. chirurgická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

³ Klinika rádiodiagnostiky a zobrazovacích metód UPJŠ LF a UNLP Košice

⁴ Oddelenie rádiodiagnostiky a zobrazovacích metód UNLP Košice

Cieľom práce je popísať význam, zavedenie a prvé skúsenosti s menežmentom ložiskových zmien pečene cestou multidisciplinárneho tímu (MDS).

Retrospektívna observačná kohortová štúdia zahŕňala všetkých pacientov konzultovaných v rámci MDS od 09/2023 do 09/2024. Údaje pacientov získané zo zdravotnej dokumentácie boli zhromaždené v špeciálnej novovytvorenej databáze. Hlavné výsledky sledovania boli prehľad diagnóz indikovaných na MDS, prehľad výstupov z MDS vrátane definitívnej diagnózy a odporúčanej liečby a zhoda medzi indikáciou a definitívnou diagnózou.

Multidisciplinárny tím vznikol pri 2. internej klinike UPJŠ LF v septembri 2024. V súčasnosti je členom tímu zástupca chirurgie, onkológie, diagnostickej a intervenčnej rádiológie a hepatológie. V budúcnosti je potrebné začleniť aj patológa avšak momentálne nie sme personálne dostatočne vybavení v tejto oblasti. Stretnutie je minimálne 1x mesačne, avšak podľa potreby sa zvyčajne stretáva častejšie. Stretnutia prebiehajú v osobnej forme.

V priebehu sledovaného obdobia bolo v rámci multidisciplinárneho tímu konzultovaných 40 pacientov, priemerný vek bol 69.2 +/- 3.35 rokov, 23 mužov a 16 žien. Dôvodom konzultácie bol v 25 prípadoch HCC a v 15 prípadoch iné ložisko pečene, najčastejšie echinokoková cysta (4x) alebo metastáza v pečeni a adenóm (3x). Pri prehodnotení nálezu bola zhoda s originálnou diagnózou konštatovaná v 29 prípadoch a nález bol prehodnotený v 11 prípadoch.

Hepatocelulárny karcinóm bol prítomný v 24 prípadoch. Najčastejšie bolo štádium BCLC A (14 prípadov, B (5), C (2), štádium 0 a D bolo v jednom prípade. Z toho odporúčaná liečba bola najčastejšie lokoregionálna (8 prípadov), resekcia (9), systémová liečba (5), transplantácia v 1 a podporná liečba v 1 prípade.

Podľa aktuálnych odporúčaní všetkých odborných spoločností je multidisciplinárny tím v starostlivosti o pacientov s ložiskami pečene a hlavne HCC kriticke dôležitý a liečba mimo MDS je považovaná za non lege artis. V prípade konzultácií obrazového materiálu v časti prípadov dochádza k prehodnoteniu základnej diagnózy a častej indikácii potenciálne kuratívnej liečby. Najväčšou výzvou je príprava dokumentácie za účelom prezentácie pacientov pred MDS a následne realizácia odporúčaného postupu.

7. VYUŽITIE DIÉT V TERAPII IBD V KLINICKEJ PRAXI

Kúšiková N., Kužela L.

Slovenská Zdravotnícka Univerzita

V súčasnosti sa čoraz viac preukazuje nezameniteľná úloha stravy v manažmente IBD. Diéta je úzko prepojená s funkciou gastrointestinálneho traktu a časté výživové nedostatky u pacientov s IBD môžu zhoršiť priebeh ochorenia. Preto je dôležité zahrnúť diétu ako plnohodnotnú súčasť liečby. Štúdie naznačujú, že viaceré terapeutické diéty, ako sú eliminačné alebo diéty zamerané na podporu črevného mikrobiómu, môžu účinne zmierňovať symptómy, samotný zápal a takisto zamedziť vzniku možných komplikácií. Tieto diéty môžu pôsobiť ako doplnok k farmakologickej liečbe, čo pomáha znižovať potrebu liekov a ich nežiaducich účinkov. Je dokázané, že takéto diétne prístupy môžu významne zlepšiť kvalitu života pacientov s IBD.

Cieľom našej práce bolo preskúmať aktuálne využívanie a vnímanie diét, ktoré sú odporúčané alebo je dokázaný ich priaznivý efekt na priebeh IBD. Chceli sme takisto identifikovať oblasti kde je potrebné zvýšiť edukáciu v tejto problematike. V neposlednom rade sme toutou prácou chceli získať priamo informácie od pacientov a posunúť ich ďalším pacientom a takisto prispieť poznatkami do klinickej praxe.

Ako metódu získavania informácií priamo z praxe od pacientov sme využili kvantitatívny anonymný dotazník. Dotazník bol v papierovej podobe rozdávaný pacientom s IBD, ktorí podstupujú pravidelnú zdravotnú starostlivosť na GEK SZU a UNB. O vyplnenie dotazníka boli požiadaní pacienti (n=125), ktorí absolvovali vyšetrenie v ambulanciách GEK v termíne od 29.1. 2024 do 29.3.2024. Sústredili sme sa na to akú váhu v rámci svojej terapie pacienti prikladajú diétnym opatreniam a teda, či ich považujú za plnohodnotnú súčasť terapie a zároveň, či dodržiavajú odporúčania. Zisťovali sme s akými konkrétnymi diétami majú pacienti skúsenosti, a aké zmeny svojho zdravotného stavu pozorovali po nasledovaní danej diéty/diét. Pacientom sme v dotazníku ponúkli aj priestor na vyjadrenie, kde mohli napísať svoje pozorovania a skúsenosti, ktoré nadobudli počas priebehu svojej terapie. Na záver sme im v našom dotazníku ponúkli možnosť dobrovoľne zanechať svoju e- mailovú adresu, aby sme ich po vyhodnotení mohli kontaktovať a informovať o výsledkoch a prípadných odporúčaníach.

Dotazník vyplnilo celkovo 125 pacientov z toho 44 žien (35% zo všetkých opýtaných) a 81 mužov (65%). Priemerný vek opýtaných pacientov bol 43 rokov. V otázke dodržiavania odporúčaných diét sme dospeli ku priaznivým výsledkom, diétne odporúčania dodržiava až 69% opýtaných pacientov. Pacienti, ktorí diétne odporúčania skôr nedodržiavajú alebo vôbec nedodržiavajú najčastejšie uviedli, že je to preto, že im diéta nevyhovuje alebo nepostrehli žiadne zmeny. Ku podobnému pozitívnemu výsledku sme dospeli aj v otázke vnímania diéty

ako plnohodnotnej súčasť terapie, kde sa celkovo kladne odpovedalo až 77% opýtaných pacientov. Zistenia týkajúce sa využitia konkrétnych diét ukazujú, že väčšina pacientov (82) nedodržiava ani nedodržiavalo žiadnu špecifickú diétu. Najčastejšie dodržiavanou diétou v skupine opýtaných pacientov je bezgluténová diéta (8 pacientov), nasledovaná rastlinnou stravou (7 pacientov) a mediteránskou diétou (MED) (4 pacienti). Ďalšie spôsoby stravovania na podporu mikrobiómu (SCD, Low-FODMAP) označili 2 pacienti. Pacienti, ktorí označili možnosť bezgluténova diéta najčastejšie uviedli zlepšenie symptómov (bolesti, hnačky, zápchy a pod.) a zvýšené množstvo energie. V prípade dodržiavania mediteránskej diéty pacienti uviedli taktiež zlepšenie symptómov, ďalej aj zlepšenie výsledkov parametrov u lekára a s tým spojenú aj zníženie potreby rozsahu farmakologickej liečby a podobne ako pri bezgluténovej diéte aj zvýšené množstvo energie. Pacienti, ktorí nasledovali rastlinnú stravu podobne ako pri predošlých diétach uviedli v najväčšom množstve zlepšenie symptómov, ďalej takisto zlepšenie výsledkov parametrov u lekára a zvýšené množstvo energie. Diéta je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej terapie pri IBD, a preto je nevyhnutné jej venovať dostatočnú pozornosť. Správne nastavená výživová stratégia môže významne prispieť k redukcii zápalových procesov, udržaniu remisie a zlepšeniu celkového klinického priebehu ochorenia. Dozvedeli sme sa, že MED, ktorá je Americkou gastroenterologickou asociáciou odporúčaná ako diéta 1. voľby pre všetkých IBD pacientov zaradilo doposiaľ do svojho životného štýlu len minimum opýtaných pacientov. Rovnaké výsledky boli pozorované aj pri ostatných diétnych postupoch. Toto zistenie naznačuje, že existuje potreba zlepšiť edukáciu a informovanosť pacientov o výhodách diétnych postupov, ako je MED, ktorá je považovaná za jednu z najefektívnejších diét pri IBD. Pozoruhodným zistením nášho dotazníka je, že aj keď len malé percento pacientov deklarovalo dodržiavanie MED, títo pacienti zaznamenali pozitívny terapeutický účinok na priebeh ich ochorenia.

Hoci odpovede z nášho dotazníka ukazujú, že pacienti vo veľkej miere považujú stravovanie za plnohodnotnú súčasť terapie, nedostatočné začlenenie týchto diétnych stratégií do praxe môže byť dôsledkom obmedzeného povedomia o ich prínosoch. Tento stav podčiarkuje potrebu optimalizácie komunikácie a vzdelávania pacientov v oblasti nutričných intervencií, aby sa zabezpečilo, že pacienti nielen uznávajú význam diéty, ale aj efektívne aplikujú odporúčané diétné postupy vo svojej liečbe.

Je dôležité zamerať sa na pochopenie dôvodov, prečo pacienti nedodržiavajú odporúčané diéty, keďže tieto faktory môžu zásadne ovplyvniť ich motiváciu a úspešnosť terapie. Pravidelné monitorovanie a individuálne prispôbovanie diétnych plánov sú kľúčové pre podporu dlhodobého dodržiavania výživových odporúčaní a zlepšenie výsledkov liečby.

8. INÝ UHOL POHLADU NA DYSPEPSIU

Horváthová D., Vrško M., Vaňová N.

Interná klinika NEMOCNICA AGEL Košice – Šaca

Syndróm arteria mesenterica superior (SMAS) alebo Wilkieho syndróm je vzácné ochorenie, ktoré je charakterizované mechanickou kompresiou D3 duodena medzi brušnú aortu a arteria mesenterica superior. Incidencia ochorenia sa odhaduje medzi 0.013-0.3%.

prezentácia kazuistiky

Kazuistika opisuje prípad 28-ročnej ženy s chronickými postprandiálnymi bolesťami brucha, pocitom plnosti s exacerbáciami a opakovaným zvracaním nestrávenej potravy a hmotnostným úbytkom. Vrámcami diferenciálnej diagnostiky bola prevedená gastroduodenoskopia, kolonoskopia, sonografické vyšetrenie brucha, natívny RTG snímok brucha a aj CT irigografické vyšetrenie, ktoré neodhalilo príčinu ťažkostí pacientky. Bola doplnená CT angiografia s potvrdením Wilkieho syndrómu, následne zvolený konzervatívny manažment – hyperalimentácia za účelom nárastu hmotnosti s pozitívnym efektom na klinický stav pacientky. Účelom danej liečby je zväčšenie viscerálneho tuku v aortomesenterickom uhle s cieľom dekompresie štruktúr v danej lokalite. Pacientka pri 3 a 6 mesačnej kontrole subjektívne bez dyspeptických ťažkostí, BMI 20,55 kg/m², celkový hmotnostný prírastok za obdobie 6 mesiacov 6 kg.

Pacienti s chronickou formou SMAS majú spravidla dlhodobé ťažkosti s akútnymi exacerbáciami. Problematikou tejto raritnej diagnózy je, že nemusí byť priekazná, pokiaľ nie je vykonaná v čase klinických ťažkostí. Práve to býva dôvodom, prečo v niektorých prípadoch diagnóza nie je nikdy stanovená. Ťažkosti pretrvávajú a sú pripísané inému ochoreniu, čo významne ovplyvňuje a znižuje kvalitu života pacientov a preto je dôležitý multidisciplinárny prístup.

9. ANALÝZA ÚČINNOSTI PROKINETÍK U PACIENTOV S DIABETICKOU GASTROPARÉZOU A ICH VPLYV NA KVALITU ŽIVOTA V PRAXI

Tkáčik M., Tkáčik J.

Gastroenterologická ambulancia Brezno

V posledných rokoch sa výrazne zvyšuje nielen počet pacientov s diabetes mellitus, ale aj pacientov s komplikáciami tohto ochorenia. Mnohí z týchto pacientov trpia okrem iného aj rôznymi dyspeptickými ťažkosťami ako sú pocit postprandiálnej plnosti, nauzea či meteorizmus, ktoré znižujú kvalitu života. Jednou z príčin týchto ťažkostí býva aj diabetická gastroparéza, čo je syndróm charakterizovaný abnormálnou funkciou žalúdka, ktorý vedie k jeho spomalenému vyprázdňovaniu, bez evidentnej mechanickej obštrukcie. Cieľom tejto analýzy bolo zistiť účinnosť prokinetik, najmä itopridu, na dlhodobý vplyv na trávacie ťažkosti v reálnej praxi a ich toleranciu pacientmi.

Na ambulancii sme náhodne vybrali 70 pacientov dlhodobo liečených na diabetes mellitus, bez ohľadu na 1. alebo 2. typ ochorenia. Jednalo sa o pacientov s diabetickou gastroparézou, u ktorých bola v priebehu jedného roka vykonaná endoskopia a USG brucha, čím bola vylúčená iná organická príčina dyspepsie. Výrazná väčšina z nich mala v liečbe itoprid, len malá časť z nich ostala na liečbe metoklopramidom od praktického lekára. Pomocou krátkych dotazníkov sme im položili otázky na účinnosť liečby prokinetikami, ktoré vyplnili pri odchode z ambulancie. Následne sme analyzovali tieto odpovede a ich závery boli presvedčivé.

80% pacientov vyjadrilo výrazný ústup svojich ťažkostí, najmä zvýšenie chuti do jedla, zmenšenie pocitu na zvracanie či ústup meteorizmu. Viac ako 10% pacientov potvrdilo dočasné zlepšenie, alebo sa ich ťažkosti zmiernili. Len menej ako 7% pacientov nezbadalo výrazný rozdiel pri dlhšom užívaní prokinetik, u nich sme pridali do liečby aj pankreatické enzýmy pre exokrinnú pankreatickú insuficienciu. Väčšina pacientov bola spokojných s podávaním itopridu pre svoju dobrú toleranciu ako aj bezpečnosť, a to súčasne aj pri užívaní iných liečiv. Väčšina z nich tiež potvrdila celkové zlepšenie kvality života (spánok, pracovné nasadenie, rodinná pohoda). Pacienti s metoklopramidom boli vo výraznej menšine, preto je hodnotenie ich liečby limitované.

Pomocou tejto analýzy sme potvrdili účinnosť prokinetik, najmä itopridu, u pacientov s diabetickou gastroparézou v klinickej praxi. Pri liečbe itopridom v trvaní viac ako 3 mesiace spolu s inhibítorom protónovej pumpy došlo u väčšiny z nich k výrazným ústupom dyspeptických ťažkostí, ktoré výrazne zlepšili celkovú kvalitu života.

10. ZMENY MUKOCILIÁRNEHO KLÍRENSU NEODRÁŽAJÚ REFLUXNÚ ZÁŤAŽ U PACIENTOV S LARYNGOFARYNGEÁLNYM REFLUXOM

Vážanová D.¹, Ďuriček M.¹, Oppová D.², Kvaššayová J.², Čelková P.², Bánovčin P.¹

¹Interná klinika gastroenterologická UNM a JLF UK

²Klinika detí a dorastu UNM a JLF UK

Gastroezofageálny reflux je zodpovedný za viaceré laryngofaryngeálne symptómy, ktoré súhrnne označujeme ako laryngofaryngeálny reflu (LPR). Medzi najčastejšie patrí kašeľ, potreba odkašľávať, pocit cudzieho telesa v krku a zachrípnutie. V patofyziológii ochorenia stojí priame pôsobenie refluxátu na oblasť horného aerodigestívneho traktu a jeho nepriame pôsobenie prostredníctvom stimulácie aferentných nociceptívnych vlákien distálnej časti pažeráka. Predpokladajú sa aj ďalšie mechanizmy medzi pôsobením refluxátu a laryngofaryngeálnymi ťažkosťami, ktoré sú doposiaľ neznáme. V našej predchádzajúcej práci sme zistili, že pacienti s LPR majú zmeny v mukociliárnom klírense epitelu horných dýchacích ciest. Domnievame sa, že uvedené môže prispievať k perzistencii zápalu a vzniku symptómov. Preto sme sa rozhodli zistiť či parametre refluxnej záťaže detekované 24-hod. pH metriou s impedanciou korelujú s frekvenciou ciliárneho pohybu (CBF)- hlavného merateľného aspektu mukociliárneho klírensu.

Zaradeným pacientom, u ktorých sme potvrdili LPR 24-hod. pH metriou s impedanciou sme zrealizovali ster nazálneho epitelu cytologickou kefkou. Hodnoty CBF sme získali vyhodnotením materiálu v digitálnom vysokorychlostnom videomikroskope a softvérovej aplikácii Ciliary analysis (NI LabVIEW). Ako kontrolnú skupinu sme použili zdravých dobrovoľníkov bez pažerákových a mimopažerákových ťažkostí. Skupina pacientov aj zdravých dobrovoľníkov musela splniť inklúzne kritéria, ktoré zahŕňali absenciu respiračného infektu v období predchádzajúcich 3 mesiacov a pacienti s LPR boli bez liečby inhibítormi protónovej pumpy minimálne 10 dní. Sledovali sme hodnoty maximálnej, minimálnej a strednej hodnoty CBF. Následne sme realizovali korelačné analýzy medzi hodnotami času expozície kyseliny (AET), počtom refluxov, nočnými baseline impedanciami (MNBI) vo všetkých impedančných segmentoch a frekvenciou ciliárneho pohybu.

Zaradili sme 32 pacientov s LPR potvrdeným na základe Reflux symptom index dotazníka (RSI). Z nich malo 12 pacientov pozitívne hodnoty času expozície kyseliny (AET>6%) a/alebo abnormálny počet refluxov (>80). V prvom kroku sme potvrdili naše predchádzajúce výsledky zníženej frekvencie ciliárneho pohybu u pacientov s LPR v porovnaní so zdravými dobrovoľníkmi (6,37±2,17 vs. 10,9±1,9; p<0.0001). Zmeny CBF medzi pacientami s LPR a dokázanou GERD a pacientami bez GERD sme nepozorovali (6,26±2,53 vs. 6,43±1,94; p=0,42). Ďalej sme realizovali korelačné analýzy medzi hodnotami AET/počtom refluxom a hodnotami

CBF. Signifikantnú koreláciu medzi refluxnou záťažou a priemerou frekvenciou ciliárneho pohybu sme nepozorovali ($N=32$, $R=-0.18$, $p=NS$ and $R=0.05$, $p=NS$ pre AET a počet refluxov). V treťom kroku sme zrealizovali korelačné analýzy medzi CBF a MNBI hodnotami vo všetkých impedančných segmentoch. Signifikantné korelácie sme nepozorovali ($N=32$, $R=-0.16$, 0.09 , 0.28 , 0.01 , 0.14 for Z1, Z2, Z3, Z4, Z5, Z6, resp., $p=NS$ vo všetkých segmentoch).

Nezistili sme zmeny v hodnotách CBF medzi pH pozitívnymi a pH negatívnymi pacientami. Refluxná záťaž zistená na pH metrickom vyšetrení nekorelovala s frekvenciou ciliárneho pohybu. Nepozorovali sme signifikantnú koreláciu medzi hodnotami MNBI v impedančných segmentoch a mediánom CBF. K zisteniu predpokladaných mechanizmov medzi refluxom a porušeným CBF je potrebné realizovať viacero ďalších štúdií.

11. INFORMÁCIA O PROJEKTE HOVORY O ZDRAVÍ, MODUL “CROHNOVA NEMOC A ULCERÓZNÍ KOLITIDA” VENOVANÝ PRÍBEHOM PACIENTOV S IBD

Bednaříková H., Gábová K.

Inštitút sociálneho zdravia, UP Olomouc, ČR

Prezentovať výskum a informovať odbornú verejnosť o projekte hovoryozdravi.cz, ktorý sa venuje príbehom pacientov s rôznymi zdravotnými kondíciami. Jedným z modulov je web venovaný Crohnovej chorobe a ulceróznej kolitíde. Predstavíme postup, ako bol projekt pripravovaný a oboznámime s výsledkami.

Použitá bola oxfordská metodika DIPEX, čo je metodika kvalitatívneho výskumu. Kvalitatívny výskum sa praktizuje často v psychológii a sociológii s cieľom poznania prežívania, motivácie a postojov participantov. Metodika DIPEX má vysoké etické a vedecké štandardy. 36 mužov a žien z celej ČR absolvovalo seminárntívne interview, ktoré boli následne spracované.

Výsledky môžeme rozdeliť do dvoch skupín:

Praktickým výsledkom pre širokú verejnosť je webová stránka, roztriedená do rôznych kategórií, ako “Vyšetrenia”, “Cesta k diagnóze”, “Pracovný život”, “Partnerstvo” apod., ktorá systematicky mapuje skúsenosť participantov s IBD. Najdeme tam aj profily jednotlivých participantov a participantiek a užitočné odkazy pre celú ČR ale aj Slovensko. Web používajú IBD pacienti, ich blízki, ale aj študenti pri výučbe.

Druhou aktivitou bolo čisto vedecké skúmanie naratív a publikácia vedeckých článkov, o čom by sme tiež chceli informovať odbornú verejnosť.

Projekt Hovory o zdraví realizovaný v ČR má prenosnosť aj pre slovenskú populáciu a môže byť užitočným nástrojom či pri edukácii pacienta ako aj výučbe odborníkov venujúcim sa tejto problematike.

12. STEREOTAKTICKÁ RÁDIOTERAPIA KARCINÓMU PANKREASU: KOMU, KEDY A AKO?

Juríček R.¹, Džongov M.², Pobjíáková M.², Kunčák B.¹

¹Gastroenterologické oddelenie, Nemocnica Bory, Bratislava

²Pracovisko radiačnej onkológie, Nemocnica Bory, Bratislava

Autori prehľadne zhrnú súčasné postavenie a možnosti stereotactickej rádioterapie karcinómu pankreasu a popíšu prvý prípad aj s ohľadom na praktické aspekty spolupráce radiačného onkológa a gastroenterológa.

Case-report

13. ANALGOSEDÁCIA - AKO TO ROBÍME MY (PREDSTAVENIE GASTROENTEROLOGIE NEMOCNICE BORY, BRATISLAVA)

Juríček R., Kunčák B.

Gastroenterologické oddelenie Nemocnice Bory, Bratislava

Už viac ako 30 rokov je sedácia pomocou benzodiazepínov, s /alebo bez kombinácie s opiátmi, štandardom pri gastrointestinálnej endoskopii. Rozdiely v podávaných liečivách a ich kombinácii sa líšia nielen medzi krajinami vrámci EÚ, ale aj na Slovensku medzi jednotlivými pracoviskami. V apríli 2023 sa otvorilo nové pracovisko gastroenterológie v nemocnici Bory v Bratislave. Za takmer rok a pol prevádzky sme vybudovali fungujúci systém vyšetrení v analgosedácii, ktorý by sme radi predstavili ostatným kolegom z iných pracovísk na Slovensku.

Spätnou analýzou dát vyšetrení za posledný rok prevádzky, po uplynutí nábehu pracoviska, zmapovať počty výkonov, percento výkonov v analgosedácii, prípadne zmapovať komplikácie.

Aktuálny systém fungovania analgosedácie na našom pracovisku priniesol priaznivý efekt - spokojní pacienti a kvalitné vyšetrenia, s minimom nežiadúcich účinkov.

Analgosedácia je v súčasnej dobe nedeliteľnou súčasťou gastrointestinálnej endoskopie. Vyšetrenia v analgosedácii neprinášajú len priaznivé hodnotenie vyšetrenia zo strany pacientov, ale v neposlednom rade zvyšujú kvalitu výkonu, ktorý možno vykonávať v dostatočnej dĺžke tak, aby bol zachovaný vysoký štandard a minimalizovalo sa riziko prehliadnutia potenciálne malígnych lézií. Dobre fungujúci systém podávania analgosedácie je aj bezpečný s minimom nežiadúcich účinkov.

14. GASTROINTESTINÁLNE PREJAVY HEREDITÁRNEHO ANGIOEDÉMU – STRUČNÉ REPETITÓRIUM PRE GASTROENTEROLÓGOV

Jeseňák M., Bobčáková A.

Centrum pre hereditárny angioedém, Klinika pneumológie a ftizeológie, Jesseniova lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Univerzitná nemocnica Martin

Hereditárny angioedém (HAE) je zriedkavé geneticky podmienené ochorenie spojené s opakovanými epizodickými záchvatmi angioedému kože, sliznice dýchacích ciest, brucha či genitálu. Brušné záchvaty HAE často napodobňujú iné diagnózy a sú preto nezriedka nesprávne diagnostikované a liečené. Najčastejšou príčinou HAE je deficit významnej regulačnej bielkoviny – C1 inhibítora (C1-INH; je kódovaný génom SERPING1). V súčasnosti poznáme aj ďalších 7 druhov HAE, ktoré nie sú asociované s deficitom C1-INH, ale sú veľmi raritné. Aktuálne je na Slovensku evidovaných viac než 130 žijúcich pacientov s týmto zriedkavým ochorením. Veľký diagnostický problém predstavujú práve pacienti s izolovanými brušnými atakmi, ktoré majú nezriedka obraz až náhlej brušnej príhody. Medzi základné laboratórne vyšetrenia zamerané na potvrdenie alebo vylúčenie HAE I. a II. typu patrí stanovenie koncentrácie a funkcie C1 inhibítora a koncentrácie C4 zložky komplementu. Včasný stanovenie diagnózy a odoslanie pacienta do Centra pre HAE zásadne mení prognózu ochorenia, najmä v kontexte moderných terapeutických možností.

V našej práci sme sa zamerali na analýzu symptómov HAE v slovenskej kohorte pacientov so zameraním na brušné ataky. Pacienti sú evidovaný v dvoch Centrách pre HAE (Martin, Bratislava) a údaje sú zadávané do Národného registra pre HAE (RHAPSODY).

Celá kohorta zahŕňala 154 pacientov, kompletná informácia bola dostupná pre 116 pacientov (HAE-1 103 pacientov, HAE-2 13 pacientov; 52 mužov/64 žien; 14 detí), ktorí boli zahrnutí vo finálnej analýze. Celkovo 7 pacientov zomrelo, z toho 6 pacientov na laryngeálny atak angioedému. Žiadne úmrtie nebolo zapríčinené abdominálnym atakom HAE. Abdominálny záchvaty boli prítomné u 60 pacientov (51,7 % pacientov, vrátane 5 detí) a boli častejšie u žien (40 žien, t. j. 62,5 % všetkých žien; 20 mužov, t. j. 38,5 % všetkých mužov) a u pacientov s HAE-1 (56,3 % pacientov s HAE-1; 15,4 % pacientov s HAE-2). Brušné symptómy zahŕňali bolesť brucha, angioedém brušnej steny, nauzeu, vomitus, hnačku, meteorizmus, retenciu moča, symptómy pripomínajúce náhlu brušnú príhodu, akútnu/chronickú pankreatitídu a rekurentnú gastroenteritídu. Spolu 12 pacientov (4 muži a 8 žien) absolvovalo laparotómiu v dôsledku podozrenia na náhlu brušnú príhodu, 3 pacienti absolvovali cholecystektómiu a 1 pacient apendektómiu. Najnižšia nameraná koncentrácia C1-inhibítora sa významne nelíšila medzi pacientami s anamnézou brušných atakov a tými, ktorí brušné prejavy nemali.

Gastrointestinálne prejavy a brušné záchvaty sú relatívne časté u pacientov s HAE, ale môžu byť nesprávne vyhodnotené a neadekvátne liečené. Zvýšenie povedomia o brušných atakoch HAE je potrebné nielen u pacientov s HAE, ale tiež u zdravotných pracovníkov rôznych špecializácií. HAE by mal byť zvážený v rámci diferenciálnej diagnostiky závažnej rekurentnej abdominálnej bolesti.

15. SKORÝ POST-PROCEDURÁLNY MANAŽMENT PACIENTOV PO POEM-E PRE ACHALÁZIU Z POHLADU RÁDIOLÓGA A RÁDIOLOGICKY DETEGOVATEĽNÉ KOMPLIKÁCIE POEM-U

Trabalková Z.¹, Krkoška A.¹, Demeter M.², Ďuríček M.², Zeleňák K.¹, Bánovčín P.²

¹ Rádiologická klinika JLF UK a UN Martin

² Interná klinika gastroenterologická JLF UK a UN Martin

POEM aktuálne zažíva veľkú mieru rozmachu ako úspešná, miniinvazívna alternatíva liečby achalázie. Dosahuje excelentný terapeutický efekt, avšak ako každá intervencia, prináša so sebou aj riziko vzniku komplikácií. Bežnou súčasťou včasnej pozáškrovej starostlivosti je preto realizácia zobrazovacích vyšetrení na ich vylúčenie. POEM by mal byť kvôli svojej technickej náročnosti vykonávaný výlučne v špecializovaných centrách. Cieľom prednášky je preto predstaviť zobrazovacie možnosti – RTG pasáž pažerákom a CT vyšetrenie, ich protokol na našom pracovisku, výhody a negatíva. Druhá časť prednášky je venovaná rádiologicky detegovaným komplikáciám v našom súbore pacientov a prezentácii súboru nálezov, ktoré možno po výkone považovať za primeraný nález.

Ide o retrospektívnu analýzu v rámci jedného pracoviska. Revidovali sme záznamy zo zákroku a post-procedurálne rádiologické zobrazovacie vyšetrenia pacientov, ktorí podstúpili liečbu achalázie pomocou POEM-u v našej nemocnici v čase od marca 2015 do decembra 2018. V tomto období bola achalázia diagnostikovaná u 125 pacientov a POEM úspešne absolvovalo 121 pacientov. Všetky zákroky boli realizované jediným gastroenterológom, podľa 4-krokovej techniky predstavenej profesorom Inoue a kol. Za komplikáciu bol považovaný nález vedúci k akejkoľvek intervencii alebo k predĺženiu doby hospitalizácie.

Zaznamenaná incidencia výskytu rádiologicky zobrazených komplikácií v našom súbore bola 6,8%, vrátane tých, ktoré viedli k predčasnemu ukončeniu výkonu. Vážne, život ohrozujúce komplikácie, perforácia a mediastinitída, sa vyskytli u 2,4% pacientov. U pacientky s mediastinitídou po úspešnom POEM-e bol zaznamenaný aj vznik mimoriadne zriedkavej komplikácie - ezofago-bronchiálnej fistuly. Pre s problematikou neoboznámeneho rádiológa by mohol byť znepokojujúci aj nález pneumoperitonea či pneumomediastína. Tie sú však v drvivej väčšine prípadov maloobjemové a ide o jav asociovaný s insufláciou CO₂ počas zákroku. V našom súbore nebol zaevidovaný jediný prípad, kedy by akákoľvek intervencia bola indikovaná na základe ich nálezu na zobrazovacom vyšetrení. Boli preto považované za primeraný nález.

Predstavenie POEM-u v roku 2008 znamenalo prelom v liečbe achalázie. Vzhľadom k svojej komplikovanosti by však tento zákrok mal byť centralizovaný a

vykonávaný skúseným a vyškoleným invazívnym endoskopickým tímom. Výskyt s výkonom súvisiacich závažných komplikácií je zriedkavý, čo potvrdzujú aj výsledky našej retrospektívnej štúdie. Úloha rádiológa v skorom post-procedurálnom manažmente pacientov po POEM-e je oddiferencovanie očakávaných post-procedurálnych nálezov a možných komplikácií, najmä prítomnosti extraluminálneho úniku kontrastnej látky ako rizikového faktora rozvoja mediastinitídy. Rádiológ by preto mal poznať technický princíp tejto procedúry a mal by byť oboznámený s priebehom výkonu, čo vyžaduje úzku spoluprácu intervenčného endoskopistu a rádiológa.

16. TRANSPLANTÁCIA PEČENE PRE PRIMÁRNU SKLEROTIZUJÚCU CHOLANGITÍDU, ASOCIÁČA S IBD - ANALÝZA SLOVENSKEHO TRANSPLANTAČNÉHO REGISTRA

Harhovský M.¹, Gazda J.¹, Adamcová - Selčanová S.², Skladaný L.², Dražilová S.¹

¹ II. interná klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

² II. interná klinika SZU FNŠP F.D. Roosevelta Banská Bystrica

Pacienti s IBD, osobitne s UC, majú zvýšené riziko PSC, ktorá zhoršuje ich prognózu. Prirodzený priebeh PSC je variabilný a ťažko predvídateľný a na rozdiel od iných chronických ochorení pečene nie je daný len známou kaskádou fibróza – cirhóza – portálna hypertenzia - hepatocelulárny karcinóm, ale aj koincenciou s nešpecifickým črevným zápalom, recidivami akútnych cholangitíd a vyšším rizikom cholangiocelulárneho a kolorektálneho karcinómu. Jedinou kauzálnou liečebnou modalitou pre pacientov s PSC je transplantácia pečene, ktorá má svoje špecifiká. Rizikom v potransplantačnom priebehu je PSC - rekurencia, ktorá ovplyvňuje prognózu pacientov.

Retrospektívna analýza dát slovenského registra transplantácií pečene. V sledovanom období rokov 2008 - 2024 bolo na Slovensku podrobených transplantácii pečene 412 pacientov, 51 z nich pre primárnu sklerotizujúcu cholangitídu, čo predstavuje 12,3% všetkých transplantovaných pacientov. Medián veku v čase transplantácie bol 39 (13) rokov, 73% pacientov transplantovaných pre PSC tvorili muži, 18% pacientov malo overlap PSC/AIH. U 16% pacientov bola indikáciou ku transplantácii pečene rekurentná cholangitída. 82% pacientov trpelo nešpecifickým črevným zápalom, z nich 86% pacientov malo ulceróznu kolitídu. Iba 14% všetkých pacientov s IBD bolo liečených biologickou liečbou. Ani jeden pacient neužíval JAK – inhibítory. 26% pacientov malo relaps IBD po transplantácii. U 24% pacientov vznikla v potransplantačnom priebehu rekurentná PSC. 14% pacientov podstúpilo retransplantáciu pečene, u 43% z nich bola dôvodom retransplantácie rekurentná PSC. U žiadneho z predpokladaných faktorov rekurencie sme nezistili štatistickú významnosť, čo súvisí s nedostatočnou veľkosťou súboru.

Primárna sklerotizujúca cholangitída je radená medzi raritné ochorenia, napriek tomu je relatívne častou indikáciou na transplantáciu pečene. Správny timing transplantácie a identifikácia rizikových faktorov rekurencie ochorenia po transplantácii vrátane konkomitantnej IBD ostávajú medicínskou výzvou. K získaniu relevantných dát sú potrebné nadnárodné registre.

www.gastrokongres.sk

www.gastrokongres.sk

