




O B S A H

Editorial

-  MORICOVÁ, Š.: **Verejné zdravotníctvo – hlavné úlohy a ciele**

Originálne práce:

-  BORSÁNYIOVÁ, M., BOPEGAMAGE, S.: **Enterovírusy I: Ich význam vo verejnom zdravotníctve**
-  ILLÉŠOVÁ, E., DEMEŠ, M., DOSTÁLOVÁ, K., KUKUČKOVÁ, L., MORICOVÁ, Š.: **Chronická obličková choroba - významný celosvetový zdravotný problém**
-  BOŽÍKOVÁ, M.: **Verejné zdravie v práve Európskej únie po Lisabonskej zmluve**

Prehľadné referáty

-  FÜLÖPOVÁ, A., GAJDOŠOVÁ, M.: **Rozvíjanie komunikačných zručností v zdravotníctve na Slovensku**

Správy

-  PLAŠIENKOVÁ, Z., TOMAN, M.: **Sympóziu Bolest' a utrpenie**

Verejné zdravotníctvo – hlavné úlohy a ciele

Štefánia Moricová

Verejné zdravotníctvo vnímame ako jeden z hlavných vektorov určujúcich smerovanie starostlivosti o verejné zdravie a spolu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uskutočňuje politiku zdravia vo všeobecnosti.

Verejné zdravotníctvo je treba chápať ako systém, ktorý spája politickú štruktúru, ekonomickú moc, zdravotnícke štruktúry a sociálne správanie obyvateľov pre plnenie hlavného cieľa zdravie obyvateľov chrániť a podporovať.

Čo si teda predstavujeme pod pojmom verejné zdravotníctvo?

- vedu a umenie chrániť a zlepšovať zdravie komunity s pomocou zdravotnej výchovy, podpory zdravia, výskumu a stratégií prevencie ochorení. Je to poznanie a aplikácia multidisciplinárnych populačne založených metód výskumu, výučby, realizácie zahrňujúc rôzne akademické disciplíny, predchádzať chorobám, predlžovať život a podporovať zdravie cestou organizovaného úsilia spoločnosti,
- vedu a umenie predchádzať chorobám, predchádzať chorobám, predlžovať život a podporovať zdravie cestou organizovaného úsilia spoločnosti,
- organizačný a riadiaci systém, ktorý sa snaží komplexne, konzistentne, kompetentne a efektívne o zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva pomocou podpory a rozvoja zdravia, ochranou zdravia a prevenciou pred ochoreniami.

Verejné zdravotníctvo vyžaduje od pracovníkov schopnosti medicínskeho uvažovania, štatistického hodnotenia a manažérskych zručností.

Podľa novej stratégie v oblasti zdravia v Európskom spoločenstve, na základe rozhodnutia prijatého spoločne európskym parlamentom a radou z 23. októbra 2007, sa stanovuje druhý akčný program EÚ v oblasti zdravia na obdobie 2008 – 2013:

1) Demografickými zmenami vrátane, starnutia obyvateľstva, sa mení štruktúra chorôb a zaťažuje udržateľnosť systémov zdravotníctva v EÚ. Podpora starnutia v dobrom zdraví znamená podporovať zdravie počas celého života, aby sa predchádzalo zdravotným problémom a postihnutiam od skorého veku, i riešiť nerovnosti v oblasti zdravia súvisiace so sociálnymi, hospodárskymi a environmentálnymi faktormi.

Starnutie obyvateľstva, ktorého príčinou je nízka pôrodnosť a rastúca priemerná dĺžka života sa stalo dobre známou skutočnosťou. Do roku 2050 stúpne o 70% počet osôb v EÚ vo veku 65 rokov a viac. Skupina osôb vo veku 80 rokov a starších vzrastie o 170%.

Zlepšením zdravia detí, dospelých v produktívnom veku a starších ľudí prispeje k dosiahnutiu zdravého aktívneho obyvateľstva a podporí sa starnutie v zdraví teraz i v budúcnosti. Starnutie v zdraví je takisto podporované realizáciou činností na podporu zdravého spôsobu života a zníženie škodlivých návykov a na predchádzanie určitým chorobám a ich liečenie vrátane genetických porúch. Vývoj geriatrickej medicíny treba aktívne podporovať, pričom by sa mal klásť dôraz na individualizovanú starostlivosť.

2) Pandémie, väčšie fyzické a biologické incidenty a bioterorizmus predstavujú potenciálne vážne ohrozenie zdravia. Zvýšený obchod a cestovanie priniesli so sebou nové riziká, keďže uľahčili šírenie prenosných chorôb. Boj proti pandémiami alebo biologickým incidentom a reagovanie na ohrozenia bioterorizmom si vyžadujú spoluprácu a koordináciu členských štátov a medzinárodných aktérov. Potrebná je aj činnosť v oblasti vznikajúcich ohrození zdravia, ako napríklad v súvislosti so zmenou klímy, aby sa riešil ich možný dosah na verejné zdravie a systémy zdravotnej starostlivosti. Okrem uvedenej problematiky je nevyhnutné presadzovať ako jednu z celospoločenských priorít chronické ochorenia, ktoré sú dominantnými príčinami mortality. Model determinantov zdravia pripisuje vplyvom prostredia na zdravotný stav populácie 20 – 30%.

3) Potenciál vnieť revolučné zmeny do oblasti zdravotnej starostlivosti a systémov zdravotníctva a prispieť k ich budúcej udržateľnosti majú nové technológie. Elektronickým zdravotníctvom, genomikou a biotechnológiami možno zlepšiť prevenciu chorôb, poskytovanie liečby a podporiť presunutie ťažiska z nemocničnej starostlivosti na prevenciu a základnú lekársku starostlivosť. Nové technológie sa však musia primerane hodnotiť, okrem iného z hľadiska nákladovej efektívnosti a spravodlivosti. Musí sa zväžiť odborná príprava kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov a ich kapacity. Nové a málo známe technológie môžu vyvolávať etické obavy a je potrebné preskúmať otázky spojené s dôverou a vierou občanov.

Poznatky založené na dôkazoch vo verejnom zdravotníctve, v klinickej medicíne a v ostatných odboroch a rezortoch umožňujú poznať široko spektrálnu problematiku zdravia, prevencie a podpory zdravia.

Zdravotný stav obyvateľstva a hospodársky stav národa sú úzko späté a zdravie je jedným z ukazovateľov vývojového a hospodárskeho rozvoja každého národa.

Funkcie verejného zdravotníctva v oblasti zdravia spoločnosti:

- identifikovať a riešiť problémy zdravia,
- formulovať prognózy a modely vývoja zdravia v spoločnosti,
- formulovať stratégie ochrany a podpory zdravia,
- identifikovať ekonomické, sociálne a politické problémy zdravia v spolupráci s ostatnými odvetvami,
- determinovať integrovaný prístup všetkých odvetví k problému zdravia.

Zvládnutie týchto funkcií a reagovanie na požiadavky si vyžadujú dlhodobý prístup.

Adresa autora:

doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH, mim. prof.

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 12

833 03 Bratislava

e-mail: dekanat.fvz@szu.sk

Enterovírusy I: Ich význam vo verejnom zdravotníctve.

Mária Borsányiová, Shubhada Bopegamage

Súhrn

Infekčné ochorenia vyvolané vysoko patogénnym potenciálom mikroorganizmov predstavujú stálu hrozbu vplývajúcu na zdravie ľudí, zvierat a dokonca rastlín. Výskyt nových prenosných ochorení a znovu sa objavujúce ochorenia, ktoré boli v minulosti pod kontrolou, komplikujú globálnu situáciu ohrozaním zdravia obyvateľstva. Často im venujeme pozornosť až po prepuknutí klinických príznakov, kedy je už liečba komplikovanejšia. V poslednej dobe sa zameriava pozornosť výskumu na hľadanie nových stratégií prevencie a terapie. Medzi najčastejšími pôvodcami vírusových infekcií u ľudí majú svoje nepopierateľne miesto enterovírusy. Tieto vírusy patria do jednej z najväčších a dôležitých vírusových čeľadí *Picornaviridae*, sú celosvetovo rozšírené. V posledných rokoch sa enterovírusovým infekciám a ochoreniam nimi spôsobenými kladie väčší význam pre ich asociáciu s chronickými ochoreniami postihujúcimi rôzne orgány, ako srdce a pankreas.

Kľúčové slová:

patogénny, enterovírusy, klasifikácia

Infekčnými ochoreniami sa často zaoberáme až po ich zjavnej klinickej manifestácii. Vznikajú ako dôsledok prítomnosti patogénneho mikrobiálneho agens, vrátane patogénnych vírusov, baktérií, húb, protozoa, mnohobunkových parazitov a bielkovinových infekčných častíc – priónov. Patogény vyvolávajú ochorenia ľudí, živočíchov a /alebo rastlín. Infekčná patológia sa zvyčajne kvalifikuje ako nákazlivé (prenosné) ochorenie na základe potenciálneho medziľudského alebo medzidruhového prenosu. Infekčné ochorenie sa prenáša priamym fyzickým kontaktom s infikovanou osobou (jej telovými tekutinami), ingesciou, nedostatočnou hygienou rúk, prostredníctvom kontaminovaných predmetov dennej hygieny, inhaláciou infikovaného aerosólu (1,2) a inokuláciou. Možný je aj prenos prostredníctvom múch alebo iného hmyzu. Vírusy sú obligátne intracelulárne parazity, rozmnožujúce sa na úkor hostiteľa. Vírusové infekcie často prebiehajú asymptomaticky, a preto ostávajú nepovšimnuté; mnohým infekciám sa venuje pozornosť až keď sú klinicky evidentné a následky katastrofálne.

Infekčné ochorenia vyvolané vysoko patogénnym potenciálom mikroorganizmov predstavujú stálu hrozbu vplývajúcu na zdravie ľudí, zvierat a dokonca rastlín. Výskyt nových prenosných ochorení a znovu sa objavujúce ochorenia, ktoré boli v minulosti pod kontrolou, komplikujú globálnu situáciu ohrozaním zdravia obyvateľstva. Podľa Indikátora vodou prenosných patogénov (3) Indicators for Waterborn Pathogens sa na vývoji nových ochorení podieľa viacero humánnych a enviromentálnych faktorov: *Zmeny v ľudskej demografii* – Narastá množstvo „náchylnejšej subpopulácie“ ako novorodenci, deti, tehotné ženy, starší a imunokompromitovaní ľudia (napr. pacienti trpiaci na AIDS), ktorí sú zvlášť vnímaví na infekcie a závažnosť ochorení je u nich väčšia ako u bežnej populácie. *Zmeny v ľudskom správaní* – V dôsledku urbanizácie vidieckych oblastí sa pôvodne izolované, nepovšimnuté lokality menia na husto osídlené miesta, umožňujúce vzostup infekcií. *Zlyhanie systému verejného zdravotníctva* – Hoci verejné zdravotníctvo kontroluje pitné a odpadové vody v snahe minimalizovať expozíciu obyvateľstva vodou prenosnými patogénmi a redukovať tak incidenciu vodou prenosných nákaz, tieto systémy môžu z času na čas zlyhať – často s rozsiahlym dopadom na zdravie obyvateľov. Takého zlyhania poskytujú vhodné podmienky pre návrat znovu sa objavujúcich patogénov. *Adaptácia mikroorganizmov* – mikroorganizmy

sa neustále prispôsobujú zmenám svojho vonkajšieho prostredia. V posledných rokoch zaznamenávame nadmerné používanie antibiotík a liekov, s čím súvisí aj ich uvoľňovanie sa do životného prostredia a vodných plôch. Následne sa zvýšila izolácia a identifikácia na antibiotiká - a lieky - rezistentné kmene mikroorganizmov. *Zmeny v poľnohospodárskej praxi* – Intenzívne poľnohospodárske prevádzky (najmä koncentrované/stiesnené chovy zvierat) produkujú animálny odpad vo vysokej koncentrácii, ktorý prispieva ku kontaminácii vôd a životného prostredia (zámerné/náhodne). Tento problém sa týka záujmu verejného zdravotníctva, nakoľko kvantum patogénov bežne obsiahnutých vo fekáliách sa môže prenášať na ľudskú populáciu nedostatočne upravenou pitnou vodou alebo pri rekreačných vodných športoch. Turistika a interkontinentálny transport tiež zohrávajú svoju úlohu pri zmenách ľudského správania.

Na základe výsledkov vedeckého výskumu môžeme konštatovať, že výsledný stav vírusovej infekcie v organizme závisí na jednej strane od imunitného stavu hostiteľa, jeho genetickej predispozície, veku, pohlavia, výživy a životného štýlu ako aj od prítomnosti vírusu a jeho genetických vlastností, brány vstupu, na druhej strane od aktuálnej interakcie vírus-hostiteľ. Nepatrné odlišnosti hostiteľa môžu mať za následok veľké zmeny virulencie patogénna. Weiss vo svojej recenzii „Virulence and Pathogenesis“ (4) pripomína, že na virulenciu a patogenézu sa nemožno pozerat' šablónovite z aspektu vírusu (sú ako dve strany jednej mince) a jeho ďalšieho pôsobenia v hostiteľovi. Autor prichádza k záveru, že je potrebné vyvinúť koncept virulencie a patogenézy vírusu so zreteľom na pochopenie patogenézy na molekulárnej úrovni, ktorá sa mení v dôsledku zmeny životného štýlu ľudskej populácie a enviromentálnych podmienok. Pochopenie patogenézy vírusových infekcií je dôležité pre prevenciu a liečbu vírusových ochorení. Výskum v oblasti infekčných chorôb je progresívny, zameraný na pochopenie mechanizmu ochorenia na úrovni hostiteľ - patogén. V poslednom čase sa koncentruje na hľadanie nových a moderných stratégií prevencie a terapie (5).

Enterovírusy

Rod Enterovírus (EV) zahŕňa 7 druhov infikujúcich ľudskú populáciu (Enterovírus ľudí A, Enterovírus ľudí B, Enterovírus ľudí C, Enterovírus ľudí D, Rinovírus ľudí A, Rinovírus ľudí B a Rinovírus ľudí C; Poliovírus ľudí sa zaraďuje do skupiny Enterovírus ľudí C a ako samostatný druh už neexistuje). Spolu s ďalšími 11 rodmi (Cardiovírus, Aphthovírus, Hepatovírus, Parechovírus, Erbovírus, Kobuvírus, Teschovírus a Sapelovírus, Senecavírus, Tremovírus a Avihepatovírus) patrí do radu *Picornavirales*, čeľade *Picornaviridae*, ktorá predstavuje veľkú skupinu malých, neobalených vírusov jednovláknovej RNA pozitívnej polarít. Z hľadiska klinickej závažnosti ochorení ľudí sú významné rody Enterovírus, Parechovírus, Hepatovírus a Kobuvírus. *Picornaviridae* obsahuje 12 rodov s 28 druhmi a 306 sérotypmi (6,7). Klasifikácia enterovírusov sa stále mení, upresňuje a modernizuje. Súčasná klasifikácia enterovírusov je založená na porovnávaní sekvencií genómov jednotlivých sérotypov, molekulárna taxonómia je dôležitá z hľadiska molekulárno-epidemiologických štúdií enterovírusových ochorení. Vďaka pribúdajúcim genetickým dátam sa predpokladá, že bude obsahovať až 22 rodov so 45 druhmi.

Na základe sérologických štúdií rozdelíme enterovírusy na sérotypy. Identifikácia vírusových izolátov sa robí v neutralizačných testoch pomocou hyperimúnných sér. Pretože variabilita sérotypov je veľká, typizačné sérum by malo byť polyklonálne, pripravené z kmeňov, ktoré majú široké spektrum neutralizačných epitopov. Významnú úlohu v diagnostike zohralo spájanie monotypových referenčných konských sér do zmesí, ktoré sa používajú na identifikáciu izolátov na základe typu neutralizačných protilátok (8). Proces typizácie sa značne zjednodušil zavedením jednotných medzinárodne štandardizovaných hyperimúnných antisér v zmesiach (9). Doteraz sa používajú zmesi podľa Lim a Benyesh-

Melnick (10), v skratke „LBM-pools“ (11). Všetky izolačné a identifikačné metódy sú časovo i finančne náročné. V snahe šetrenia času sa do praxe zavádzajú citlivejšie a rýchlejšie imunoenzymatické testy na pevnej fáze (ELISA) s typovo-špecifickými antisérmi (12,13), imunoelektrónová mikroskopia s polyvalentnými a typovo-špecifickými antisérmi (14,15) alebo včasná detekcia enterovírusových antigénov v bunkových kultúrach pomocou nepriamej imunofluorescencie alebo enzymatických imunoreakcií s monoklonálnymi protilátkami voči skupinovo-reagujúcim (16-20) či typovošpecifickým determinantom (20-23).

Na základe patogenézy enterovírusových infekcií u ľudí a experimentálnych zvierat sa pôvodne klasifikovali do 4. skupín: Poliovírusy (PV), Coxsackievírusy A (CVA), Coxsackievírusy B (CVB) a Echovírusy (ECHO). Táto klasifikácia presahovala biologické vlastnosti vírusov. Neskôr diagnostikované enterovírusy boli pomenované systémom po sebe nasledujúcich čísel (ako Enterovírus 68, 69, 70, 71). Porovnávaním nukleotidov a korešpondujúcich sekvencií aminokyselín na 5'konci vírusového proteínu 2 (VP2) sa identifikovali 4 významné fylogenetické skupiny rodu Enterovirus: vírusy podobné CVA16 (klaster A), vírusy podobné CVB a Echovírusom ako CVA9 a EV69 (klaster B), vírusy podobné poliovírusom (klaster C) a EV68 a EV70 (klaster D). Párové zoskupenia a fylogenetické analýzy v týchto skupinách demonštrujú, že nukleotidové sekvencie VP2 nie celkom korelujú so sérotypom vírusu a preto zoskupovanie do klastrov nie je najsprávnejším riešením.

Enterovírusy sa stali ideálnym komplexným objektom na vedecké štúdium patogenézy vďaka ich schopnosti vyvolať široké spektrum klinických ochorení, ich virulencii a perzistencii, ako aj využívaniu rôznych bunkových receptorov na väzbu. Pre tieto vírusy je charakteristické šírenie sa fekálno-orálnou cestou, menej často vdýchnutím infekčného aerosólu. Po počiatočnom pomnožení vírusu v bunkách lymfatického tkaniva horných dýchacích ciest alebo tráviaceho traktu, sa dostáva do krvného riečiska, primárnou virémiou dosahuje retikuloendotelový systém a preniká k cieľovým orgánom (mozog, meningy, miecha, myokard, koža a pankreas), ktoré majú bunkové receptory potrebné na adsorpciu vírusu. Replikácia vírusu v bunkách cieľového orgánu hostiteľa vedie k sekundárnej virémii a ku vzniku klinických symptómov ochorenia. Tropizmus týchto vírusov a replikácia v špecifických orgánoch úzko súvisí so stavom hostiteľa (vekom, imunitným stavom a genetickým vybavením) a od vírusových faktorov (genetika, patogenita, virulencia).

EV možno izolovať zo stolice, faryngeálneho výplachu, likvoru, miechy, mozgu, srdca, krvi, spojovky a jej exudátov, kožných lézií a mukoidných membrán. Intenzívny je prenos v uzavretých komunitách (domácnosť, škôlky, preplnené ubytovne). Nepredpokladá sa, že by voda zohrávala dôležitú úlohu pri šírení EV infekcií vo vyspelých krajinách, na druhej strane v rozvojových krajinách sa tento faktor prenosu uplatňuje pomerne často. Vyššia incidencia nákaz sa zaznamenáva v lete a na jeseň. Najčastejšie sú postihnutí novorodenci, deti a imunokompromitovaní ľudia. Klinické a patologické manifestácie enterovírusových ochorení sú rôzne (24): poliomyelitídy, aseptické meningitídy, paralýzy, encefalitídy, syndróm chronickej únavy, epidemická pleurodynia (Bornholmská choroba), kongenitálne a neonatálne infekcie, ochorenia srdca, herpangína, aftózna stomatitída s vezikulárnymi erupciami na rukách a nohách (detské ochorenie), akútna hemoragická konjunktivitída, respiračné ochorenia, zápal stredného ucha, diabetes, zriedkavejšie gastroenteritídy a hepatitídy. Infekcie vyvolané týmito vírusmi prebiehajú prevažne asymptomaticky, bez zjavných príznakov alebo len s miernym priebehom. Väčšina pacientov sa spontánne uzdraví, u menšej časti infikovaných sa po niekoľkých dňoch objaví sekundárne postihnutie orgánov, ojedinele môžu vyvolať paralýzy alebo smrť. *Nie-polio* (non-polio) vírusy majú celosvetové rozšírenie, patria medzi najčastejšie ľudské vírusové infekcie. Napriek tomu, že pre enterovírusy je charakteristický prevažne subklinický priebeh a infekcie často ostávajú

nepovšimnuté, vyskytnú sa však aj prípady akútnych a chronických ochorení ojedinele končiace fatálne.

Podakovanie: Práca bola podporená Projektom nórskeho finančného mechanizmu (NFM), Finančného mechanizmu EHP (FM EHP) a Úradu vlády SR číslo SK0082.

Literatúra

1. Couch, R.C., Cate, T.R., Gerone, P.J., Fleet, W.F., Lang, D.J., Griffith, E.R., Knight, V.: Production of illness with a small-particle aerosol of coxsackie A21. In: *Journal of Clinical Investigation* 1965, 44: 535-542.
2. Morag, A., Morgalith, M., Haberschaim, N., Fattal, B.: Antibodies to coxsackieviruses and hepatitis A viruses in populations exposed to waste water utilisation. In: *Monograf of Virology* 1984, 15:207-215.
3. Indicators for Waterborne Pathogens. In: Committee on Indicators Indicators for Waterborne Pathogens, Board on Life Sciences, Water Science and Technology Board, Division on Earth and Life Studies, National Research Council of The National Academies., Washington D.C. 2004, www.nap.edu
4. Weiss, A.: Virulence and pathogenesis. In: *Trends in Microbiology* 2002, 10:314-317.
5. Hammerschmidt, S., Hacker, J., Klenk, H.D.: Threat of infection: microbes of high pathogenic potential-strategies for detection, control and eradication. In: *International Journal of Medical Microbiology* 2005, 3: 141-151.
6. Rajčáni, J.: Čeľaď Picornaviridae. In: Rajčáni, J., Čiampor, F. (eds): *Lekárska virológia*, Bratislava: Veda 2006, 402-420.
7. <http://www.picornaviridae.com/>
8. Kapsenberg, J.G.: Picornaviridae: The Enteroviruses (Polioviruses, Coxsackieviruses, Echoviruses). In: Lennette, E.H., Halonen, P., Murphy, F.A.(eds): *Laboratory Diagnosis of Infectious Diseases. Principles and Practice*, vol II Viral, Rickettsial, and Chlamidial Diseases, New York: Springer-Verlag 1988, 692-722.
9. Melnick, J. L., Rennick, V., Hampil, B., Schmidt, N. J., Ho, H. H.: Lyophilized combination pools of enterovirus equine antisera: preparation and test procedures for the identification of field strains of 42 enteroviruses. In: *Bulletin WHO* 1973, 48: 263 – 268.
10. Lim, K. A., Benyesh-Melnick, M.: Typing of viruses by combinations of antiserum pools: application to typing of enteroviruses (Coxsackie and echo). In: *Journal of Immunology* 1960, 84: 309 –317.
11. Bendig, J., Earl, P.: The Lim Benyesh-Melnick antiserum pools for serotyping human enterovirus cell culture isolates-still useful, but may fail to identify current strains of echovirus 18 .In *Journal of Virological Methods* 2005, 127: 96 - 99.
12. Yolken, R.H., Torsch, V.M.: Enzyme-linked immunosorbent assay for detection and identification of coxsackieviruses A. In: *Infection and Immunity* 1981, 31:742-750.
13. Edevag, G., Wahren, B., Osterhaus, D.M.E., Sunquist, V.A., Grandstorm, M. Enzym-linked immunosorbent assay – based inhibition test for neutralising antibodies to polioviruses as an alternative to the neutralisation test in tissue culture. In: *Journal of Clinical Microbiology* 1995, 38:2927-2930.
14. Narang, H. K., Codd, A. A.: Enterovirus typing by immune electron microscopy using low-speed centrifugation. In: *Journal of Clinical Pathology* 1980, 33: 191 - 194.
15. Lee, T. W, Megson, B., Kurtz, J. B.: Enterovirus typing by immune electron microscopy. In: *Journal of Medical Microbiology* 1996, 44: 151 - 153.
16. Yousef, G.E., Brown, I.N., Mowbray, J.F.: Derivation and biochemical characterisation of an enterovirus group-specific monoclonal antibody. In: *Intervirology* 1987a, 28: 163-170.

17. Yousef, G.E., Mann, G.F., Brown, I.N., Mowbray, J.F.: Clinical and research application of an enterovirus group-reactive monoclonal antibody. In: *Intervirology* 1987b, 28: 199-205.
18. Hofner, M.C., Carpenter, W.C., Lyons, S.A., Hamblin, C: An indirect sandwich ELISA for the identification of bovine enteroviruses. In: *Journal of Virological Methods* 1993, 41: 239-244.
19. Trabelsi, A., Grattard, F., Nejmeddine, M., Aouni, M., Bourlet, T., Pozzetto, B.: Evaluation of an enterovirus group-specific anti-VP1 monoclonal antibody, 5-D8/1, in comparison with neutralisation and PCR for rapid identification of enteroviruses in cell culture. In: *Journal of Clinical Microbiology* 1995, 33: 2454-2457.
20. Klespeis, S.L., Cebula, D.E., Kelley, C.L., Galehouse, D., Maurer, C.C.: Detection of enteroviruses from clinical specimens by spin amplification shell vial culture and monoclonal antibody assay. In: *Journal of Clinical Microbiology* 1996, 34: 1465-1467.
21. Muir, P., Nicholson, F., Tilzey, A.J., Signy, M., English, T.A.H., Banatvala, J.E.: Chronic relapsing pericarditis and dilated cardiomyopathy: Serological evidence of persistent enterovirus infection. In: *Lancet* 1989, 1: 804-807.
22. Bastis, D., Simonet, S., Patterson, M.A., Neill, S.: Identification of enteroviruses by indirect immunofluorescence using monoclonal antibodies. In: *Clinical and Diagnostic Virology* 1995, 3: 83-93.
23. Cohen-Abbo, A., Culley, B.S., Sannella, E.C., Wright, P.F.: Diagnostics tests for poliovirus infection: a comparison of neutralisation and immunofluorescence for the identification and typing of stools isolates. In: *Journal of Virological Methods* 1995, 52: 35-39.
24. Minor, P.D.: Picornaviruses: Topley and Wilson's microbiology and microbial infections. In: Mahy, B.W.J., Collier, A.C. (eds): *Virology London: I. Arnold* 1998, 485 -510.

Adresa autora:

Mgr. Mária Borsányiová, PhD.

Laboratórium pre enterálne vírusy

Oddelenie virológie SZU

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

e-mail: maria.borsanyiova@szu.sk

vedúca oddelenia: MUDr. Anna Petrovičová, CSc.

Chronická obličková choroba - významný celosvetový zdravotný problém

Eva Illéšová¹, Martin Demeš², Katarína Dostálová³, Lucia Kukučková¹, Štefánia Moricová³

1-Oddelenie dlhodobo chorých, Nemocnica akad. L.Dérera, UNB, Bratislava

2-I. interná klinika SZU a Nemocnica akad. L. Dérera, UNB, Bratislava

3- Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Súhrn

Epidemiologické štúdie ukazujú, že chronickou obličkovou chorobou - chronic kidney disease (CKD) trpí v súčasnosti takmer 10% populácie, pričom asi 5% má významne zníženú glomerulovú filtráciu. Frekvencia chronickej obličkovej choroby aj prevalencia renálneho zlyhania kontinuálne na celom svete narastá. Aj napriek možnosti jednoduchej a včasnej diagnostiky u veľkej časti chorých zostáva CKD nedagnostikovaná, a teda aj neliečená. Stráca sa tým možnosť na spomalenie jej ďalšej progresie. Viaceré epidemiologické štúdie potvrdili poddiagnostikovanosť CKD. Dokazuje to aj skutočnosť, že menej ako 40% pacientov, ktorí sú už v 4. štádiu CKD bolo u svojich lekárov s touto diagnózou evidovaných. CKD sa vo vyspelých krajinách vyskytuje najčastejšie v súvislosti s ochoreniami, ktoré majú civilizačný charakter - artériovou hypertenziou, diabetes mellitus a kardiovaskulárnymi ochoreniami. Vzhľadom k častému výskytu by CKD mala byť v rizikových skupinách aktívne vyhľadávaná s cieľom včasného začatia adekvátnej liečby. Už samotné včasné začatie kontroly krvného tlaku a glykémie prispieva k spomaleniu progresie CKD a významne znižuje aj riziko kardiovaskulárnej morbidity a mortality, ktoré je u pacientov s CKD mnohonásobne zvýšené.

Kľúčové slová:

chronická obličková choroba, definícia, prevalencia, včasná diagnostika - skrining, preventívna nefrológia

Chronická obličková choroba je vzhľadom na častý asymptomatický priebeh zradná, lebo v skorých štádiách nemá subjektívne príznaky – napríklad nebolí a prvé príznaky sa začínajú objavovať až v štádiu, kedy už obličky stratili časť zo svojich funkcií. Zároveň sa v neskorších štádiách stráca aj možnosť na významnejšie ovplyvnenie jej ďalšej progresie.

Pomeme veľkým problémom zostáva aj presné stanovenie rozsahu poškodenia obličkových funkcií. Samotná **koncentrácia sérového kreatinínu** nie je na posúdenie obličkových funkcií dostatočná. Koncentrácia sérového kreatinínu sa začína zvyšovať až pri poklese GF o viac ako polovicu. Z uvedeného vyplýva, že na základe koncentrácie sérového kreatinínu nemôžeme rozoznať včasné štádiá poklesu glomerulovej filtrácie.

V súčasnosti sa za najlepší indikátor obličkovej funkcie, aj v súlade s aktuálnymi **odporúčaniami National Kidney Foundation v Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF- K/DOQI)**,

považuje stanovenie kalkulovanej GF z koncentrácie sérového kreatinínu. Ide o tzv. **odhad glomerulovej filtrácie (estimated GF- eGF)**. Preferuje sa namiesto klasického stanovenia klírensu endogénneho kreatinínu z moču zbieraného počas určitého časového úseku. Ten je až v 40% zaťažený chybovosťou pre nespoluprácu pacienta.

V praxi sa pre odhad GF u dospelých osvedčila **rovnica podľa Cockcrofta - Gaulta** a v súčasnosti medzinárodnými odporúčaniami viac preferovaná **rovnica vychádzajúca z MDRD study** (Modified Diet in Renal Diseases study) v jej zjednodušenej podobe so 4 premennými (koncentrácia kreatinínu v sére, vek, pohlavie a rasa) (Schüick, 2008).

Podľa medzinárodných odporúčaní majú laboratória automaticky doplňovať hodnotu eGF podľa MDRD vzorca ku všetkým stanoveným koncentráciám kreatinínu v sére.

Chronická obličková choroba (CHOC, Chronic Kidney Disease- CKD) je podľa aktuálne platnej definície NKF z roku 2002 v K/DOQI zaoberajúcej sa jej hodnotením, klasifikáciou a stratifikáciou definovaná ako:

- Poškodenie obličiek trvajúce viac ako 3 mesiace, charakterizované štrukturálnymi alebo funkčnými abnormalitami obličiek zistenými pomocou ultrasonografie (USG) alebo ak sa manifestujú patologickými abnormalitami pri laboratórnom vyšetrení krvi alebo moču, bez ohľadu na glomerulovú filtráciu (GF).
- Ako CKD označujeme aj viac ako 3 mesiace trvajúce zníženie funkcie obličiek s GF nižšou ako 1 ml/s/1,73 m^2 bez ohľadu na prítomnosť iných markerov poškodenia obličiek. Toto štádium CKD sa spája v priemere s viac ako 50% poklesom funkcie obličiek, ktoré už môže byť asociované s rozvojom početných komplikácií.

Podľa tejto klasifikácie je pre diagnostiku CKD potrebná kalkulácia GF vychádzajúca zo sérovej koncentrácie kreatinínu - tzv. eGF.

Cieľom klasifikácie je definovať chronické ochorenie obličiek s rozdelením do jednotlivých štádií podľa hodnoty GF, bez ohľadu na vyvolávajúcu príčinu, posúdiť vzťah medzi hodnotou glomerulovej filtrácie a výskytom komplikácií chronického ochorenia obličiek, ako aj stratifikácia rizika progresívnej straty obličkových funkcií a vývoja kardiovaskulárnych komplikácií (NKF-K/DOQI, 2002). Klasifikácia pomohla odhaliť skutočnosť, že ochorenie obličiek nepredstavujú len stavy ireverzibilného poškodenia obličiek, ale že ide o pomerne rozsiahlu skupinu ochorení v rôznom štádiu vývoja nefropatie s rôzne závažnými klinickými prejavmi, ktoré možno liečebne ovplyvniť (Davis, Harmon, 2008, Merta, Tesar, 2008). Klasifikácia (NKF K/DOQI) za zníženu GF považuje GF menšiu ako $1,5 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ (NKF-K/DOQI, 2002).

Tab. 1- Klasifikácia štádií CKD - ciele a klinická manifestácia (NKF-K/DOQI, 2002)

| Št. | Opis | GF (ml/sec/1,73 m ²) | Cieľ | Klin. manifestácia |
|-----|---|----------------------------------|---|--|
| 1 | Poškodenie obličiek s normálnou al. vyššou GF | > 1,5 | Diagnostika, terapia nefropatie a jej progresie, terapia sprievodných ochorení, znížiť kardiovaskulárne ochorenia s cieľom spomaliť progresiu | Znaky poškodenia (nefrotický a nefritický syndróm, tubulopatie, asymptomatický nález pri zobrazovacích vyšetreniach), nefrogénna hypertenzia |
| 2 | Poškodenie obličiek | 1 – 1,49 | Určenie progresie | Mieme komplikácie |

| | | | | |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------|
| | s miernou zníženou GF | | | |
| 3 | Stredne znížená GF | 0,5 – 0,99 | Zhodnotenie a liečba komplikácií | Stredne vážne komplikácie |
| 4 | Ťažké zníženie GF | 0,25 – 0,49 | Príprava na dialýzu a Tx | Závažné komplikácie |
| 5 | Obličkové zlyhanie | < 0,25 alebo dialýza | Dialýza, Tx (ak prítomná urémia) | Urémia, KVS ochorenia |

Veľký význam v diagnostike obličkového poškodenia predovšetkým u diabetikov a hypertonikov má **stanovovanie pretrvávajúcej mikroalbuminúrie**, ktorá nie je detekovateľná bežnými semikvantitatívnymi metódami na zistenie proteinúrie, ale je prvou pozorovateľnou patologickou zmenou v spektre bielkovín (Viklický, Dusilová Sulková, 2007). **V súčasnosti sa v rámci skríningu preferuje vyšetrenie z jednorazovej, najlepšie prvej rannej vzorky moču, v ktorej sa stanoví pomer albumínu v mg na mmol vylúčeného kreatinínu.**

V rámci skríninového vyšetrenia je prípustné aj vyšetrenie mikroalbuminúrie semikvantitatívne pomocou reagenčných prúžkov, ktoré detegujú albuminúriu vyššiu ako 15 ug/l. Referenčné hodnoty sú uvedené v tabuľke č. 2.

Tab. 2- Klasifikácia albuminúrie (Pont'uch, 2005)

| | Albumín/kreatínin v moči (mg/mmol) |
|-------------------------------|------------------------------------|
| normoalbuminúria | < 2,5 (M) < 3,5 (F) |
| mikroalbuminúria (MAU) | 2,5 (3,5) – 35 |
| nízka MAU | 2,5 (3,5) – 10 |
| vysoká MAU | 10 – 35 |
| klinická albuminúria | > 35 |

Pretrvávajúca albuminúria je dôvodom na pátranie po všetkých kardiovaskulárnych rizikových faktoroch a následné začatie liečby (Stevens, Lewey, 2009).

Skríning CKD

V roku 2006 sa v Amsterdame konala konferencia KDIGO, ktorá sa zaoberala skríninom CKD. Z jej záverov vyplývajú niektoré odporúčania.

Skríning sa neodporúča robiť plošne, ale so zameraním na rizikové skupiny s cieľom včasného záchytu CKD. Ide o pacientov s arteriálnou hypertenziou, diabetes mellitus, kardiovaskulárnymi ochoreniami, tiež u pacientov s rodinnou anamnézou nefropatií, s metabolickým syndrómom, hyperlipoproteinémiou a obezitou, fajčiarov, pacientov s recidivujúcimi infekciami močových ciest u jedincov s expozíciou nefrotoxickým látkam a u osôb starších ako 60 rokov a onkologických pacientov (Levey, Atkins, 2007).

Skríninový test pozostáva zo stanovenia sérovej koncentrácie kreatinínu s odhadom GF a jednorázového chemického vyšetrenia moču semikvantitatívne, ktoré je zamerané najmä na detekciu proteinúrie, prípadne hematúrie. Ak je bielkovina negatívna u rizikových pacientov vyšetrujeme mikroalbuminúriu.

Ak je výsledok skríningu u daného jedinca negatívny, treba ho opakovať s odstupom 1 roka, ak bol výsledok pozitívny, treba pokračovať v diagnostickom procese. Odhad GF by sa mal u pacientov s CKD vyšetrovať aspoň jedenkrát ročne. Častejšie stanovenie je potrebné u pacientov s eGF nižšou ako 1 ml/s/1,73m², pri rýchlejšom poklese GF (viac ako 0,067 ml/s/1,73m²/rok), rizikových faktoroch rýchlejšej progresie, počas liečby, ktorá má spomaliť progresiu CKD a expozícii rizikovým faktorom akútneho zhoršenia obličkových funkcií (NKF-K/DOQI, 2002).

Prevenia CKD

Súčasťou **primárnej prevencie** CKD je prevencia samotného vzniku CKD aktívnym vyhľadávaním jedincov s rizikovými faktormi a ovplyvnením faktorov vedúcich priamo k poškodeniu obličiek. Príkladom môže byť striktná kontrola glykémie u diabetika a dosiahnutie cieľových hodnôt krvného tlaku, ktoré vedú k zníženiu kardiovaskulárneho rizika a výskytu diabetickej nefropatie.

Cieľom **sekundárnej prevencie** sú opatrenia zamerané na včasnú detekciu CKD u jedincov s rizikovými faktormi pre jej vznik a spomalenie jej progresie so vznikom komplikácií, vrátane kardiovaskulárnej morbidita (Andrew, Levey, Stevens, 2009). Medzi rizikové faktory podieľajúce sa na progresii ochorenia patria manifestná proteinúria, nekontrolovaná artériová hypertenzia, zlá metabolická kompenzácia diabetu, fajčenie. Niektoré rizikové faktory sú v určitej miere ovplyvniteľné - napr. môžeme zlepšiť glykemickú kompenzáciu, upraviť antihypertenzívnu liečbu, znížiť proteinúriu, alebo sú neovplyvniteľné - napr. vek, pohlavie, rodinná anamnéza. Nízka sérová koncentrácia albumínu, významná proteinúria, vysoký krvný tlak, nedostatočná kontrola diabetu a fajčenie sú asociované s rýchlym poklesom GF.

Z komplikácií chronickej obličkovej choroby sa snažíme pozitívne ovplyvniť hypertenziu, anémiu, stavnutricie, kostnú chorobu s poruchami kalcium - fosfátového metabolizmu, neuropatiu a v neposlednom rade aj kvalitu života (Levey, Coresh, 2003).

Medzi opatrenia, ktoré môžu spomaliť progresiu chronickej obličkovej choroby patrí najmä dobrá metabolická kontrola diabetu a veľmi dobrá kontrola krvného tlaku, s nižšími cieľovými hodnotami tlaku krvi v porovnaní s bežnou populáciou. Menej ako polovica pacientov s CKD je liečená ACEI alebo blokátormi AT1 receptorov pre angiotenzin II a len menej ako 30% liečených pacientov v bežnej klinickej praxi dosahuje cieľové hodnoty krvného tlaku menej ako 140/90 mmHg. Pričom z hľadiska progresie obličkovej choroby a kardiovaskulárnych ochorení sa za významnejší považuje systolický TK s cieľovou hodnotou nižšou ako 130 mmHg. Priaznivý efekt má aj diéta s obmedzením bielkovín, hypolipidemická terapia, liečba renálnej anémie a liečba poruchy kalcio-fosfátového metabolizmu. Tieto rizikové faktory možno terapeuticky priaznivo ovplyvniť, a tým spomaliť rýchlosť progresie chronickej obličkovej choroby.

Prevenia progresie obličkového ochorenia je aj prevenciou kardiovaskulárnej morbidita a mortality. Spočíva v odstraňovaní a liečbe klasických rizikových faktorov a v prevencii a liečbe chronickej obličkovej choroby s udrжанím dobrej glomerulovej funkcie.

Kľúčovými pre **terciárnu prevenciu** sú opatrenia a liečba zameraná na oddialenie rozvoja renálneho zlyhania, ktoré sa spája so zvýšenou morbiditou a mortalitou. Jej súčasťou je aj včasné odovzdanie pacienta

s renálnym ochorením do starostlivosti nefrológa a plánovaná príprava pacienta na liečbu nahrádzajúcu funkciu obličky. V prípade diabetickej nefropatie s proteinúriou väčšou ako 0,5 g/24 hod terciárna prevencia znižuje progresiu manifestnej diabetickej nefropatie do renálneho zlyhania (Pont'uch, Bobocká, 2009).

Na základe informácií z Národného centra zdravotníckych informácií mala v SR v roku 2007 z diagnóz, ktoré viedli ku chronickému zlyhaniu obličiek, najvyššie zastúpenie diabetická nefropatia (29,1%) a tubulointerstiálna nefropatia (20%), významné zastúpenie mala aj vaskulárna nefroskleróza u pacientov s artériovou hypertenziou (7,1%). Najväčší pokles v percentuálnom zastúpení bol zaznamenaný u chronickej glomerulonefritídy (16,7%). V príčinách úmrtí pacientov vyžadujúcich si liečbu nahrádzajúcu funkciu obličky dominovali kardiovaskulárne ochorenia (27,1% zomrelo na chronické srdcové zlyhanie, 16,6% na cievnu mozgovú príhodu) (Demeš, 2009). Informácie z US Renal Data System a z NIDDK z roku 2007 potvrdili, že diabetická nefropatia má na nových prípadoch ESRD (End-stage renal disease) 45% a vaskulárna nefroskleróza 26% podiel (Collins, Vassalotti, 2009).

Epidemiológia

Epidemiologické štúdie zaoberajúce sa prevalenciou CKD ukazujú, že jej prevalencia sa pohybuje medzi 4,7% (Coresh, Astor, 2003) až 11,2% (Chadban, Brigant, 2003) a že jej výskyt exponenciálne stúpa s vekom. V starších populáciách vyspelých krajín sa preto predpokladá, že sa prevalencia CKD, najmä v pokročilých štádiách bude postupne zvyšovať. CKD je často spojená s ďalšími závažnými komorbiditami a vysokou celkovou a kardiovaskulárnou mortalitou. Štúdie z posledných rokov ukazujú, že kardiovaskulárne riziko je zvýšené aj u pacientov s mierne zníženou GF, v porovnaní so zdravou populáciou, alebo so skupinami chorých s rôzne definovaným zvýšeným kardiovaskulárnym rizikom (Henry, Kostense, 2002, Mann, Gerstein, 2001).

Výsledky retrospektívnej štúdie NEOERICA vychádzajúcej z elektronickej databázy praktických lekárov z určitých oblastí Veľkej Británie predpokladajú 8,5% prevalenciu CKD v tejto oblasti. Napriek tomu bolo s diagnózou chronického ochorenia obličiek vedených len 1,6% sledovanej populácie a zo skupiny pacientov s GF nižšou ako 0,5 ml/s/1,73 m² len 19,2% (Stevens, 2007). Toto zistenie, v súlade aj s inými epidemiologickými štúdiami potvrdzuje poddiagnostikovanosť CKD. Ďalšia štúdia poukazuje na zanedbané vyhľadávanie poškodenia funkcie obličiek u rizikových skupín pacientov. Dôkazom toho je skutočnosť, že len 1 z 5 pacientov s diabetes mellitus, 1 pacient z 50 s artériovou hypertenziou a 1 zo 4 pacientov, ktorí majú diabetes a aj artériovú hypertenziu, majú v priebehu roka vyšetrenú albuminúriu (Collins, Shu-Cheng, 2009).

Postavenie lekára prvého kontaktu je z hľadiska tzv. preventívnej nefrológie vzhľadom k skutočnosti, že 20-30% pacientov s potrebou chronickej dialyzačnej liečby prichádza do dialyzačného centra „z ulice“ významné (Schück, 2002). **Prognóza pacientov zaradených do chronickej dialyzačnej liečby „z ulice“ je v porovnaní s pacientmi, ktorí sú na liečbu vopred pripravovaní významne horšia.**

Jedným z dôvodov neskorého stanovenia diagnózy chronickej obličkovej choroby, ako aj neskorého odovzdania do špecializovanej starostlivosti nefrológa v minulosti bolo zrejme aj chýbanie klasifikácie štádií chronickej obličkovej choroby. Klasifikácia a doporučené postupy vypracované nefrologickými

spoločnosťami majú okrem iného prispieť aj k zlepšeniu spolupráce a koordinácie medzi lekármi prvého kontaktu, internistami a nefrológmi, ale aj v rámci širokej medicínskej verejnosti. Práve lekár prvého kontaktu môže prispieť k včasnej diagnostike a prevencii CKD. V spolupráci s nefrológom prispieva u dispenzarizovaných „stabilizovaných“ pacientov v 3. štádiu CKD efektívnou liečbou artériovej hypertenzie, diabetes mellitus a motiváciou k úprave životného štýlu aj k spomaleniu progresie CKD a zníženiu kardiovaskulárneho rizika. Prospešné by bolo vydanie odporúčania, ktoré by presnejšie definovalo parametre najoptimálnejšieho odovzdania pacienta do výhradnej špecializovanej nefrologickej starostlivosti. Mali by to byť pacienti v 3. štádiu CKD s rizikom rýchlejšej progresie a komplikáciami, ako aj pacienti v 4. štádiu CKD s predpokladom potreby liečby nahrádzajúcej funkciu obličky. Správne načasované odovzdanie pacienta do špecializovanej starostlivosti nefrológa znižuje z krátkodobého aj dlhodobého hľadiska morbiditu a mortalitu a je významným pri jeho adekvátnej príprave na liečbu nahrádzajúcu funkciu obličky.

Ekonomické hľadisko

Náklady spojené s hospitalizáciou z akýchkoľvek príčin sú u pacientov s CKD v porovnaní s pacientmi bez CKD trojnásobne vyššie. Adekvátna dlhodobá farmakoterapia a včasné odovzdanie pacienta do špecializovanej starostlivosti nefrológa oddiaľuje zaradenie pacientov do finančne neporovnateľne náročnejšej dialyzačnej liečby a zlepšuje kvalitu života. Udáva sa, že náklady na liečbu, hospitalizáciu a náklady vynaložené v súvislosti s práceneschopnosťou pacienta s chronickým ochorením obličiek v dlhodobom stabilizovanom stave sú až 10-krát nižšie, ako u pacientov v dialyzačnom programe (Teplan, 2001).

Záver

Choroby obličiek predstavujú nielen medicínsky problém, ale vzhľadom k ich stúpajúcej prevalencii aj problém verejného zdravotníctva. Definovanie štádií chronickej obličkovej choroby prinieslo poznanie, že sú oveľa častejšie, než sme sa v minulosti domnievali. S cieľom upriamiť pozornosť širokej medicínskej ako aj laickej verejnosti a štátnych orgánov k problematike pandemického nárastu ochorení obličiek, bol v marci v roku 2006 Medzinárodnou spoločnosťou pre nefrológiu a Medzinárodnou federáciou nadácií zaoberajúcich sa ochorením obličiek (International Society of Nephrology, International Federation of Kidney Foundations) vyhlásený Svetový deň obličiek. Ide o celosvetovú zdravotnú kampaň, ku ktorej sa v 2. štvrtok v mesiaci marec pripájajú aj národné spoločnosti vrátane Slovenska.

Chronická obličková choroba (CKD) je obvykle asymptomatická až kým nedosiahne pokročilé štádium. U významnej časti pacientov sa preto stanoví diagnóza CKD len krátko pred manifestáciou príznakov zlyhania obličiek, kedy už sú preventívne opatrenia zamerané na zníženie progresie ochorenia výrazne limitované. **Skríning má preto u jedincov so zvýšeným rizikom CKD kľúčový význam.** Terapeutickou intervenciou v skorom štádiu CKD môžeme účinne predchádzať rozvoju jej komplikácií a tým zlepšiť kvalitu života a prežívanie jedincov s CKD. Prevencia vzniku CKD a jej úspešný manažment so zainteresovaním špecialistov je predovšetkým v rukách lekárov prvého kontaktu, ktorí poznajú rizikové faktory jej vzniku, včas diagnostikujú diabetes mellitus a jeho komplikácie, správne

kontrolujú krvný tlak svojich pacientov, liečia infekcie močových ciest a tým sa podieľajú na prevencii progresie do ireverzibilného poškodenia obličiek.

Literatúra

1. ANDREW, S., LEVEY, AS., STEVENS, LA., CORESH, J.: Conceptual model of CKD: Applications and Implications. *Am Journal Kidney disease*, 53, 2009, Suppl 3, s. 4-19.
2. COLLINS, AJ., SHU- CHENG, GILBERTSON, DT., FOLEY, RN.: CKD Surveillance Using Administrative Data: Impact on Health Care System. *Am Journal Kidney Disease*, 53, 2009, Suppl 3, s.27-36.
3. COLLINS, AJ., VASSALOTTI, JA., CHANGCHUN WANG, MS., SUYING L., GILBERTSON, DT. et al.: Who should be targeted for CKD Screening? Impact of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 53, 2009, č. 3, Suppl., s. 71-77.
4. CORESH, J., ASTOR, BC., GREENE, T. et al.: Prevalence of CKD and decreased kidney function in the adult US population. Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Disease*, 41, 2003, s. 1-12.
5. DAVIS, CL., HARMON, WE., HIMMELFARB, J. et al.: Am Soc of Nephrol Public Policy Board. World Kidney Day 2008. Think globally, speak locally. *Journ Am Soc Nephrol*, 19, 2008, s. 413-416.
6. DEMEŠ, M.: Nefrologická aktivita v SR v roku 2007, *Lek Obz*, 58, 2009, č.6, s. 268-269.
7. HENRY, RMA., KOSTENSE, PJ., BOS, G. et al.: Mild renal insufficiency is associated with increase cardiovascular mortality. The Hoom study. *Kidney Int*, 62, 2002, s. 1402-1407.
8. CHADBAN, SJ., BRIGANT, EM., KERR, PJ. Et al.: Prevalence of kidney damage in Australian adults. The Aus Diab Study. *J Am Soc Nephrol*, 14, 2003, s. 131-138.
9. LEVEY, AS., ATKINS, R., CORESH, J. et al.: Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives- A position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int*, 72, 2007, s. 247-259.
10. LEVEY, AS., CORESH, J.: Controversies in Nephrology. Should the K/DOQI definition of chronic kidney disease be changed? *Am J Kidney Dis*, 42, 2003, s. 626-630.
11. MANN, LF., GERSTEIN, HC., POGUE, J. et al.: Renal insufficiency as a predictor of cardiovascular outcomes and the impact of ramipril: the HOPE randomized trial. *Ann Intern Med*, 2001, s. 629-636.
12. MERTA, M., TESAŘ, V.: Perspektivy: Světový den ledvin. *Postgraduální nefrologie*, 6, 2008, č. 2, s. 18-20.
13. NKF-K/DOQI, Guidelines, http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/toc.htm
14. PONŤUCH, P., BOBOCKÁ, K., KALUŽAY, J.: Účinná liečba artériovej hypertenzie a diabetes mellitus spomaľujú vývoj diabetickej nefropatie. *Lek Obz*, 58, 2009, č.6, s.256-259.
15. PONŤUCH, P.: Mikroalbuminúria a metabolický syndróm. *Cardiology*, 2005, s. 236-240.
16. SCHŮCK, O. a kol.: Možnosti posouzení změn glomerulární filtrace na podklade předikčních formulí. *Vnitřní lékařství*, 54, 2008, č. 4, s. 346-351.
17. SCHŮCK, O.: Nefrologické vyšetřovací postupy z hlediska praktického lékaře. *Aktuality v nefrologii*, 8, 2002, s. 51-60.

18. STEVENS, PE., DONOGHUE, DJ., de LUSIGNAN, S. et al.: CKD management in the United Kingdom. NEOERICA project results. *Kidney Int*, 72, 2007, s. 92-99.
19. STEVENS, LA., LEWEY, AS.: Current status and future perspectives for CKD testing. *American Journal of Kidney Diseases*, 53, 2009, č. 3, Suppl., s.17-26.
20. TEPLAN, V.: Konzervatívny liečenie chronickej renálnej insuficencie. *Aktuality v Nefrologii*, 7, 2001, s. 134-140.
21. VIKLICKÝ, O., DUSILOVÁ, SULKOVÁ, S., RYCHLÍK, I.: *Vyšetrovací metody v nefrologii a jejich klinická aplikace*, TIGIS spol. s.r.o., 2007, 182 s.

Adresa autora:

MUDr. Eva Illéšová
Oddelenie dlhodobo chorých
Nemocnica akad. L. Déreya, UNB
Limbová 5
833 05 Bratislava

Verejné zdravie v práve Európskej  nie po Lisabonskej zmluve

Marcela Božiková

Súhrn

 lanok poskytuje pohľad na problematiku verejného zdravia a verejného zdravotníctva po prijat  Lisabonskej zmluvy a zdôrazňuje význam právneho poriadku Európskej  nie a jeho dopad na agendu verejného zdravia.

Kľúčové slová:

verejné zdravie, verejné zdravotníctvo, Lisabonsk  zmluva, právny poriadok Európskej  nie, Druh  ak n  program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013), Charta základných práv Európskej  nie.

Lisabonsk  zmluva podp san  v Lisabone 13. decembra 2007, ktor  nadobudla platnosť 1. decembra 2009, pat  do kategórie medzinárodných zmlúv, ktor  podpísali zástupcovia členských štátov Európskej  nie po tom, ako ich splnomocnili k tomuto podpisu jednotlivé n rodn  parlamenty. Priniesla niekoľko systémových zmien, ktorých poznanie je d le it  pre pochopenie procesov, ktor  nastúpili po nadobudnut  platnosti Lisabonskej zmluvy, nap klad

- zmenila zakladajúce zmluvy Zmluvu o Európskej  nii, Zmluvu o zalo en  Európskeho spoločenstva pre at mov  energiu a Zmluvu o zalo en  Európskeho spoločenstva, ktor  premenovala na Zmluvu o fungovaní Európskej  nie;
- zrušila Európske spoločenstvo, ktor  nahradila Európska  nia ako riadny subjekt medzinárodného práva;
- umožnila členskému štátu vystúpiť z Európskej  nie;
- zachovala napriek pôvodnému plánu počet členov Európskej na princípe „ka d  štát- jeden komisár“;
- zvy ila význam Európskeho parlamentu v legislatívnom procese;
- vytvorila základ pre striktn j ie uplatňovanie zásady subsidiarity a proporcionality v snahe vytvárať legislatívu Európskej  nie len v odôvodnených prípadoch;
- posilnila jednotnosť vystupovania Európskej  nie na svetovej scéne zriaden m Európskej služby pre vonkajšiu činnosť;
- priznala Chartu základných práv Európskej  nie, ktor  bola dovtedy nezáväzným politickým dokumentom, rovnak  záväznosť, ako majú zakladajúce zmluvy;
- zakotvila iniciatívu občanov, ktor  umožní aspoň jednému mil onu občanov Európskej  nie požiadať Európsku komisiu, aby predložila v určitej oblasti legislatívny návrh.¹⁾

Lisabonsk  zmluva našla  inn  liek a spoľahliv  riešenie na nielen zlo it  a neprehľadn  právny r amec fungovania Európskej  nie a jej diverzifikovan  inštitucionálny r amec, ale aj na ne pln  spolo n  zahrani n  politiku a obranu členských štátov, hospodársku krízu a  inn  rozhodovacie mechanizmy. Aj z Preambuly Lisabonskej zmluvy vyplýva, že jedným zo  elan  je „*dokon it  proces za at  Amsterdamskou zmluvou a Zmluvou z Nice s cieľom posilniť efektívnosť a demokratick  legitimitu Európskej  nie a zlepšiť s dr znosť jej činnosti*“.

Aj keď sa navonok zdá, že Lisabonsk  zmluva nemá na agendu verejného zdravia dopad, opak je pravdou.

Lisabonsk  zmluva našla odraz v  itateľnej om konsolidovanom ( plnom) znení Zmluvy o Európskej  nii a Zmluvy o fungovaní Európskej  nie, ktor  boli uverejnen  v  radnom vestníku Európskej  nie (ďalej len „ . v. E “) C 83 z 30. 3. 2010.

Z pôvodného článku 152 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva pod nadpisom „Verejné zdravie“ sa stal nový článok 168 s rovnakým nadpisom v Zmluve o fungovaní Európskej únie a s rozšíreným obsahom týkajúcim sa agendy verejného zdravia. Z oficiálnej terminológie „Európske spoločenstvo a Európska únia“, a to aj vo vzťahu k právnemu poriadku, vypadlo slovné spojenie „Európske spoločenstvo“, čo spôsobilo, že z pôvodného „právneho poriadku Európskeho spoločenstva a Európskej únie“ sa stal „právny poriadok Európskej únie“.

Táto terminologická zmena zatiaľ nenašla odozvu v Ústave Slovenskej republiky, najmä v článku 7 ods. 2, ktoré *„umožňuje Slovenskej republike medzinárodnou zmluvou, ktorá bola ratifikovaná a vyhlásená spôsobom ustanoveným zákonom, alebo na základe takej zmluvy preniesť výkon časti svojich práv na Európske spoločenstvá a Európsku úniu.“* a súčasne vyjadruje *„prednosť právne záväzných aktov Európskych spoločenstiev a Európskej únie pred zákonmi Slovenskej republiky.“* Prednosť právne záväzného aktu Európskych spoločenstiev a Európskej únie pred zákonmi Slovenskej republiky znamená aj prednosť používania novej terminológie zavedenej Lisabonskou zmluvou pred terminológiou používanou v Ústave Slovenskej republiky a vo všeobecne záväzných právnych predpisoch Slovenskej republiky uverejnených v Zbierke zákonov Slovenskej republiky. Je otázkou času, keď nová terminológia zavedená Lisabonskou zmluvou nájde odozvu aj v právnom poriadku Slovenskej republiky.

Právny poriadok Európskej únie,²⁾ veľmi často tiež označovaný ako „*acquis communautaires*“ alebo jeho poslovenčená terminologická podoba „komunitárne právo“, ako každý právny poriadok poskytuje uzavretý systém právnej ochrany na riešenie konfliktov v ňom vznikajúcich a jeho presadzovanie; určuje vzťahy medzi Európskou úniou a členskými štátmi. Členské štáty musia prijať všetky opatrenia vhodné na splnenie povinností, ktoré vyplývajú zo zmlúv alebo konania orgánov Európskej únie. Ich úlohou je tiež uľahčovať pôsobenie Európskej únie a zdržať sa konania, ktoré by mohlo ohroziť dosiahnutie zmluvných cieľov. Členské štáty zodpovedajú občanovi Európskej únie za všetky škody, ktoré boli spôsobené porušením právneho poriadku Európskej únie.

V bežnom živote sa právny poriadok Európskej únie vníma ako systém právnych predpisov v podobe nariadení, smerníc a všeobecných rozhodnutí a individuálnych rozhodnutí, ktorých tvorbu na základe spoločne prejavenej vôle členské štáty preniesli z orgánov členských štátov na orgány Európskej únie. Nariadenia, smernice a všeobecné rozhodnutia a individuálne rozhodnutia sú súčasťou sekundárneho práva; musia byť v súlade so všetkými zakladajúcimi zmluvami vrátane ich zmien a dodatkov, ktoré sú súčasťou primárneho práva ako práva, ktoré má najvyššiu právnu silu.

Nariadenie sa v hierarchii dôležitosti právne záväzných aktov Európskej únie považuje za tzv. komunitárny zákon, ktorým môžu orgány Európskej únie najhlbšie zasahovať do národnej legislatívy členského štátu; nariadenie

- platí jednotne a úplne vo všetkých členských štátoch bez ohľadu na štátne hranice; členský štát nemôže vykonávať niektoré ustanovenie čiastočne alebo sa rozhodnúť, že v národnej legislatíve nejaké ustanovenie nebude vykonávať vôbec, pretože v schvaľovacom procese s týmto ustanovením nesúhlasil alebo toto ustanovenie je dokonca v rozpore s národnou legislatívou; členský štát sa tiež nemôže vyhnúť záväznosti nariadenia s odkazom na úpravu v národnej legislatíve,
- sa vykonáva (uplatňuje) priamo; členský štát nemusí nariadenie implementovať do národnej legislatívy, ale pre každého občana Európskej únie z nariadenia vyplývajú práva a povinnosti a musí ich tak isto dodržiavať ako keby išlo o úpravu v národnej legislatíve.

Smernica (odpor u anie) je najdôležitejším právnym nástrojom popri nariaden . Pok sa sa vytvoriť spojenie medzi snahou o nevyhnutn  jednotnosť právneho poriadku Európskej  nie na jednej strane a o zachovanie rozmanitosti národných osobitostí na druhej strane. Prvoradým cieľom nie je zjednocovanie práva ako v prípade nariadenia, ale jeho prispôsobenie smerujúce k odstráneniu protirečení medzi národnými legislat vami. Smernica je z v zn  pre  lensk  štát len do tej miery, pokiaľ ide o vyt y en  cieľ, ale v rámci národnej legislatívy prenecháva členskému štátu výber formy a prostriedkov, akým komunitárny cieľ dosiahne. Takto m   lensk  štát možnosť zohľadniť n rodn  osobitosti pri naplňan i komunitárnych cieľov Európskej  nie, pretože ustanovenia smernice nenastupuj  automaticky namiesto národnej legislatívy, ale  lensk  štát je zaviazan  prispôsobiť n rodn  legislatívu ustanoveniam komunitárny smernice. Slovensk  republika pln  t to povinnosť prispôsobenia národnej legislatívy (implementácia) vydan m zákona alebo nariadenia vlády Slovenskej republiky.

Rozhodnutie je právnym nástrojom, prostredníctvom ktorého sa rieši konkrétny prípad voči menovite označenému alebo voči určitému adresátovi v oblasti ( lensk  štát a viac členských štátov), v ktorých sú orgány Európskej  nie zodpovedn  za výkon práva Európskej  nie. Rozhodnutie je vo všetkých jeho častiach z v zn  pre jeden menovite ur en   lensk  štát alebo viac menovite určených členských štátov a na rozdiel od smernice, ktor  je z v zn  pre všetky členské štáty, je rozhodnutie z v zn  pre menovite ur en  členské štáty.

Právnymi zdrojmi právneho poriadku Európskej  nie na samom začiatku bola motivácia na vytvorenie práva smerujúceho k vôli zachovávať mier a cestou ekonomických väzieb vytvoriť lepšiu Európu. Práve týmto dvom momentom vď  i Európska  nia za svoj vznik. V právnickom jazyku sa však právnym zdrojom rozumie p vod práva a jeho zakotvenie. Z tohto pohľadu právnymi zdrojmi právneho poriadku Európskej  nie sú

- primárne právo, ktoré tvoria tzv. zakladajúce zmluvy - Zmluva o zaloen i Európskeho hospodárskeho spoločenstva, Zmluva o zaloen i Európskeho spoločenstva uhlia a ocele a Zmluva o zaloen i Európskeho spoločenstva pre at mov  energiu, Jednotn  európsky akt, akty o prist pen i nových členských štátov (pr stupov  zmluvy), Zmluva o f ziii, Zmluva o Európskej  unii, Charta základných práv Európskej  nie;
- sekundárne právo, ktoré tvoria nariadenia, smernice (odpor u ania) a rozhodnutia;
- rozhodnutia Súdneho dvora Európskych spoločenstiev; po nadobudnut i platnosti Lisabonskej zmluvy Súdneho dvora Európskej  nie;
- v seobecn  právne zásady.

V aplikačnej praxi sa najviac stretávame so sekundárnym právom v podobe nariaden , smerníc a rozhodnut .

Vymedziť miesto právneho poriadku Európskej  nie v celkovom systéme práva ako aj určenie hraničnej  iary medzi právnym poriadkom Európskej  nie a národnou legislatívou členského štátu nie je jednoduch . Právny poriadok Európskej  nie nie je možné považovať za oby ajny súbor medzištátnych dohovorov, ani za časť alebo prívesok národnej legislatívy členského štátu. M  však svoje charakteristick  znaky, ktoré umožňujú určiť jeho miesto a hrani n   iaru oddeľujúcu ho od národnej legislatívy. Jeho znalosť je nevyhnutn  aj na lepšiu orientáciu v národnej legislatíve členského štátu.

Aj vnímanie  lanku 168 Zmluvy o fungovan i Európskej  nie v kontexte teórie práva Európskej  nie môže znamenať v znamn  posun vo vn man i toho, čo sa rozumie v Európskej  unii verejným zdrav m.

V citovanom  lanku pod nadpisom „Verejn e zdravie“ je vymedzen  cel  obsah

toho, čo sa v Európskej únii rozumie pod týmto pojmom. Agenda, resp. politika členského štátu zameraná na „verejné zdravie“ sa definovala nielen ako politika zameraná na zlepšenie zdravia, prevenciu chorôb a odstraňovanie zdravotných rizík zahŕňajúcich boj proti najzávažnejším chorobám podporou výskumu ich príčin, prenosu a prevencie, zdravotnícke informácie a osvetu, ktoré v Slovenskej republike historicky patria pod „verejné zdravotníctvo“, ale aj organizáciu zdravotníctva a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti, ktoré zase historicky patria pod agendu „zdravotníctvo“, a to bez ohľadu na to, že Európska únia plne rešpektuje zodpovednosť členského štátu za organizáciu zdravotníctva a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti.

O použití pojmu „verejné zdravie“ v už zmienenej Zmluve o fungovaní Európskej únie, resp. jej predchodkyňi Zmluve o založení Európskeho spoločenstva, ktoré sú terminologickou databázou aj pre národnú legislatívu, možno diskutovať rovnako ako o tom, či pojem „verejné zdravie“ je totožný s pojmom „verejné zdravotníctvo“. Pri použití prekladového slovníka sa s tvarom podstatného mena „the public“ spája slovenské podstatné meno „(široká) verejnosť, národ, obyvateľstvo“. Pojem „public health“ pri potrebe použitia gramatického prekladu naozaj môže vyvolať dojem, že slovenský pojem „verejné zdravie“ zodpovedajúci anglickému pojmu „public health“ je správny. Až poznanie obsahu tohto pojmu v právnom poriadku Európskej únie a v aplikačnej praxi Slovenskej republiky nás môže doviesť k tomu, že cieľom nie je verejné zdravie a jeho ochrana, ale zdravie verejnosti alebo obyvateľstva ako celku a jeho ochrana v ucelenom systéme a že v takom prípade by v nadpise článku 168 bol prijateľnejšie terminologické vyjadrenie „verejné zdravotníctvo“ ako súhrn agend politik členských štátov zabezpečujúcich obsah pojmu „verejné zdravie“.

Založenie správnej terminológie je tým najlepším základom pre pochopenie nielen samotného pojmu, ale aj jeho obsahu. Ak sa terminológia tvorí len gramatickým prekladom bez pochopenia obsahu konkrétneho pojmu a jeho uplatňovania v národnej legislatíve členského štátu, založenie a následné používanie nesprávnej terminologickej praxe je už len nechceným dôsledkom, ktorý môže spôsobiť celkové nepochopenie a množstvo problémov v aplikačnej praxi.

Rozdelené a navzájom na sebe nezávislé systémy tzv. verejného zdravotníctva zastrešovaného Úradom verejného zdravotníctva Slovenskej republiky a regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva a tzv. systémom zdravotníctva zastrešovaného Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky preukazujú nepochopenie pôvodného článku 152 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva a nového článku 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie v Slovenskej republike. A to aj napriek tomu, že sme členským štátom Európskej únie od 1. mája 2004.

Článok 168 ods. 1 Zmluvy o fungovaní Európskej únie spresnil a zároveň rozšíril predstavu Európskej únie o vysokej úrovni ochrany ľudského zdravia zameraním sa na „*zlepšenie verejného zdravia, prevenciu ľudských chorôb a ochorení, a na odstraňovanie zdrojov nebezpečenstva pre telesné a duševné zdravie zahŕňajúce boj proti najzávažnejším chorobám podporou výskumu ich príčin, prenosu a prevencie, ako aj zdravotnícke informácie a osvetu, monitorovanie závažných cezhraničných ohrození zdravia, včasné varovanie a boj proti nim.*“

Hoci čl. 168 ods. 7 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (pôvodný článok 152 ods. 5 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva) „*rešpektuje zodpovednosť členských štátov za vymedzenie ich zdravotnej politiky, za organizáciu a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti*“, neznamená to nezáujem Európskej únie o tieto zodpovednosti členských štátov. Zodpovednosťou sa pritom rozumie „*správa zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti, ako aj rozdeľovanie zdrojov, ktoré sú im pridelené.*“

Nové znenie odseku 7 zrozumiteľne identifikuje, že zdravotná politika, organizácia a poskytovanie zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti, správa zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti, ako aj rozdeľovanie finančných zdrojov sú súčasťou vnútroštátnej politiky členského štátu, ktorej prostredníctvom sa zabezpečuje vysoká úroveň ochrany ľudského zdravia. Táto zásada je súčasťou agendy „verejné zdravie“ resp. „verejné zdravotníctvo“. To znamená, že členský štát je oprávnený v rámci agendy „verejné zdravie“ resp. „verejné zdravotníctvo“ mať takú zdravotnú politiku, ktorá bude napĺňať všetky zásady článku 168 a vytvoriť si vlastný systém fungovania zdravotníckych služieb a poskytovania zdravotnej starostlivosti ako aj rozsahu úhrady za ne. Členský štát má právo sa rozhodnúť, či náklady za poskytovanú zdravotnú starostlivosť sa budú uhrádzať zo štátneho rozpočtu, t. j. z daní platených obyvateľmi tohto členského štátu, zo systému, do ktorého plynú povinne platené príspevky na budúce poskytnutie zdravotnej starostlivosti napr. systému sociálneho poistenia alebo verejného zdravotného poistenia alebo dokonca sa nevylučuje ani systém, v ktorom osoba, ktorej sa poskytla zdravotná starostlivosť, si celkom alebo čiastočne uhradza náklady sama. Napriek uvedenej voľnosti však členský štát nemá neobmedzenú slobodu. Pripojením podpisu pod prístupovú zmluvu sa členský štát vzdal čiastočne svojej suverenity v prospech Európskej únie, keď okrem záväzkov v oblasti verejného zdravia sa zaviazal rešpektovať aj typické znaky práva Európskej únie, akými sú jeho priama uplatniteľnosť a prednosť pred národnou legislatívou. Priamu uplatniteľnosť práva Európskej únie zabezpečujú aj rozsudky Súdneho dvora Európskej únie (pôvodný Súdny dvor Európskeho spoločenstva), ktorých je niekoľko aj na vykonanie článku 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (pôvodný článok 152 ods. 5 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva).

Vnímanie verejného zdravia v príslušných inštitúciách Európskej únie zodpovedá obsahu článku 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie. Potvrďuje to aj Európska stratégia zdravia, ktorej prostredníctvom sa Európska únia zameriava

- na zlepšovanie verejného zdravia, prevenciu chorôb a ochorení a zisťovanie zdrojov ohrozenia ľudského zdravia;
- na zaistenie bezpečnosti pacienta a kvality zdravotnej starostlivosti, aby sa zlepšilo poskytovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, ako aj mobilita zdravotníckeho personálu a pacientov.

Európska únia spája politiku zdravia a ochranu spotrebiteľa. Bezpečnosť tovarov, vrátane bezpečnosti potravín a systému rýchleho varovania pre potraviny, a bezpečnosť služieb, za ktoré sa považuje aj zdravotná starostlivosť, majú vysoký stupeň priority.³⁾

Európska únia má mandát dopĺňať vnútroštátne opatrenia v oblasti zdravia. Prostredníctvom Európskej komisie uplatňuje v oblasti zdravia na obdobie rokov 2008 - 2013 stratégiu prezentovanú v Bielej knihe s názvom Spoločne za zdravie: strategický prístup Európskej únie na obdobie 2008 – 2013. Cieľom tejto stratégie je doceliť konkrétne zlepšenia zdravia v Európskej únii. Podstatou tejto stratégie sú štyri hlavné zásady a tri strategické ciele na zlepšenie zdravia v Európskej únii.

Upriamanie úsilia na spoločné hodnoty zdravia, záujmy pacientov a odstraňovanie nerovností, uznanie prepojenia medzi zdravím a hospodárskou prosperitou, začlenenie zdravia do všetkých oblastí politiky a posilnenie postavenia Európskej únie na poli globálneho zdravia užšou spoluprácou s medzinárodnými organizáciami sa považujú za štyri zásady určujúce smerovanie politiky v nasledujúcich rokoch.

Posilňovanie dobrého zdravia v starnúcej Európe, ochrana ľudí pred zdravotnými hrozbami, akými sú prenosné, neprenosné a zriedkavé ochorenia, očkovanie, pripravenosť a reakcia na zdravotné hrozby a podpora dynamických systémov

zdravotníctva a nových technológií posudzovaním zdravotníckej technológie, posilňovaním práv pacientov na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť a bezpečnosti pacientov sú strategickými cieľmi určenými v oblasti zdravia na obdobie 2008 – 2013.⁴⁾

Politiku Európskej únie pri zabezpečovaní vysokej úrovne ochrany ľudského zdravia podporuje aj druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013) prijatý Rozhodnutím Európskeho parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES z 23. októbra 2007. Tento akčný program so zreteľom na Zmluvu o založení Európskeho spoločenstva a najmä na jej článok 152 (nový článok 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie) nadväzuje na politiky Európskej únie v oblasti zdravia a „*nad'alej sa usiluje o splnenie cieľov, ktoré Spoločenstvo už stanovilo v oblasti verejného zdravia.*“ Za súčasť tejto politiky akčný plán považuje podľa odseku 17 aj „*zdravotnícke služby, za ktoré sú v prvom rade zodpovedné členské štáty, ale spolupráca na úrovni Spoločenstva môže byť prínosom pre pacientov aj zdravotnícke systémy. Činnosti financované v rámci programu, ako aj nové návrhy vypracované v ich dôsledku by mali náležite zohľadniť závery Rady o spoločných hodnotách a zásadách v zdravotníckych systémoch Európskej únie prijaté v júni 2006, ktoré schvaľujú vyhlásenie o spoločných hodnotách a zásadách zdravotníckych systémov Európskej únie a vyzývajú inštitúcie Európskej únie, aby ich pri svojej práci rešpektovali. Program by mal náležite zohľadniť budúci vývoj v súvislosti s činnosťou Spoločenstva v oblasti zdravotníckych služieb, ako aj činnosť skupiny na vysokej úrovni pre zdravotnícke služby a zdravotnú starostlivosť, ktorá je dôležitým fórom pre spoluprácu a výmenu najlepších postupov medzi zdravotníckymi systémami členských štátov.*“

Realizácia druhého akčného programu v oblasti zdravia sa v Slovenskej republike realizuje v operačnom programe Zdravotníctvo, o ktorom Európska komisia v Bruseli 8. novembra 2007 vydala rozhodnutie. Slovenská republika môže v programovom období 2007 - 2013 čerpať v oblasti zdravotníctva 250 000 000 Eur z Európskeho fondu regionálneho rozvoja. O tieto zdroje sa uchádzajú vybrané zariadenia ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti z regiónov, ktorých hrubý domáci produkt na obyvateľa meraný paritou kúpnej sily za obdobie rokov 2000 – 2002 je menší ako 75 % priemeru Európskej únie 25. V Slovenskej republike toto kritérium spĺňajú všetky regióny s výnimkou Bratislavského kraja. Riadiacim orgánom pre Operačný program Zdravotníctvo je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Jeho globálnym cieľom je „Zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva Slovenskej republiky prostredníctvom zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci zdravotníckej infraštruktúry.“

Finančné prostriedky je možné využiť v prípade prioritnej osi 1 „Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc“ na výstavbu nových kapacít, likvidáciu starých kapacít, rekonštrukciu a modernizáciu budov, na dodávku zdravotníckej techniky, prístrojového vybavenia a na budovanie infraštruktúry pre informatizáciu zdravotníctva na úrovni poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Finančné prostriedky je možné využiť v prípade prioritnej osi 2 „Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám“ na rekonštrukciu a modernizáciu budov, dodávku zdravotníckej techniky, prístrojového vybavenia a na budovanie infraštruktúry pre informatizáciu zdravotníctva na úrovni poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Časť zdrojov bude alokovaná na financovanie národných projektov.⁵⁾

V závere nemožno opomenúť ani právo občanov na prístup k preventívnej zdravotnej starostlivosti a právo využívať lekársku starostlivosť uznávanú Chartou základných práv Európskej únie. Táto charta predstavuje katalóg ľudských práv založený na tradíciách členských štátov a judikatúre Súdneho dvora Európskej únie. Do prijatia Lisabonskej zmluvy bola charta len nezáväzným „politickým“ dokumentom. Na

základe Lisabonskej zmluvy sa stala súčasťou primárneho práva a má rovnakú záväznosť ako zakladajúce zmluvy.

Verejné zdravie má v právnom poriadku Európskej únie svoje nezastupiteľné miesto. Je zrejmé, že nielen politiky členských štátov zamerané na zlepšenie verejného zdravia, prevenciu ľudských chorôb a ochorení, a odstraňovanie zdrojov nebezpečenstva pre telesné a duševné zdravie, ale aj zdravotnícke systémy jednotlivých členských štátov považuje Európska únia za hlavnú súčasť vysokého stupňa sociálnej ochrany v Európe a prispievateľa k sociálnej súdržnosti a sociálnej spravodlivosti, ako aj k trvalo udržateľnému rozvoju; sú takisto súčasťou širšieho rámca služieb všeobecného záujmu.

Zoznam použitej literatúry:

1. Budúcnosť Európskej únie: Lisabonská zmluva a Slovensko (vydané pre potreby Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky): Bratislava 2009; EUROIURIS – Európske právne centrum, ISBN 978-80-89406-02-9; EAN 9788089406029.
2. BORCHARDT, K.D: ABC komunitárneho práva. Delegácia Európskej komisie v Slovenskej republike: Lexikón, Bratislava 2002.
3. http://eur-lex.europa.eu/sk/dossier/dossier_36.htm.
4. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_sk.pdf.
5. Operačný program Zdravotníctvo 2007 – 2013; <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo-zd>.

Adresa autora:

JUDr. Marcela Božíková, PhD., MPH
Katedra manažmentu a ekonomiky zdravotníctva
Fakulta verejného zdravotníctva
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Limbová 12, 833 03 Bratislava
e-mail: marcela.bozikova@szu.sk
vedúci katedry: PhDr. RNDr. Andrej Kováč, PhD., MPH

Rozvíjanie komunikačných zručností v zdravotníctve na Slovensku

Alexandra Fülöpová, Mária Gajdošová

Súhrn

V článku sme sa zamerali na prieskum rozvíjania komunikačných zručností v zdravotníctve na Slovensku vo vzdelávacích inštitúciách. Zdrojmi pre informácie na náš prieskum boli internetové portály jednotlivých inštitúcií. Prieskum sa konal na prelome rokov 2009 a 2010. Naše zistenia prinášame v nasledujúcom článku.

Kľúčové slová: komunikačné zručnosti, zdravotníctvo

Úvod

Komunikačné zručnosti patria k najdôležitejším mäkkým zručnostiam, pretože sú neodmysliteľnou súčasťou života človeka, osobného i profesijného. Komunikujeme neustále, a to i vtedy, keď nič nehovoríme. Komunikácia v oblasti ako je zdravotníctvo má veľmi dôležitú funkciu, je neodmysliteľná a neustála. Či už ide o komunikáciu medzi lekárom a pacientom, alebo verejným zdravotníkom a zamestnancami firiem.

Preto sme sa rozhodli zmapovať stav výučby komunikačných zručností na školách so zdravotníckym zameraním a následne ich ďalšiemu rozvíjaniu v rámci sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a doplnkového vzdelávania v súkromnej sfére. Údaje, ktoré poskytujeme, sme pre náš prieskum získali z internetových portálov v období od mája 2009 a marca 2010.

Komunikácia ako predmet vzdelávania na SZŠ

MZ SR podľa § 6 Zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov, vydáva štátne vzdelávacie programy pre zdravotnícke študijné odbory pripravujúce budúcich absolventov na výkon zdravotníckeho povolania na stredných zdravotníckych školách. Zoznam štátnych vzdelávacích programov pre zdravotnícke študijné odbory na SZŠ je uvedený na stránke www.health.gov.sk. Z uvedených dokumentov vyplýva, že predmet „Psychológia, pedagogika a profesijná komunikácia“ je zaradený do študijného plánu ako povinný predmet na všetkých zdravotníckych školách. Predmet je členený na teoretickú časť a na praktické cvičenia.

Na webových stránkach viacerých SZŠ rozvrh vyučovania pre jednotlivé odbory nebol uverejnený. Niektoré školy napriek tomu, že daný predmet je povinný pre výučbu, ho do rozvrhu vyučovania nezaradili. Je teda otázne, či sa komunikácia na SZŠ vyučuje, a akým spôsobom.

Praktická časť predmetu by sa mala vyučovať tak v školách, ako aj v mieste praktického výcviku, priamo v zdravotníckom zariadení. Na mieste je otázka, či sa vôbec študentom v rámci praktickej výučby priamo pri pacientoch niekto venuje v oblasti komunikácie, alebo sa študenti zameriavajú len na zdravotnícku starostlivosť.

Komunikácia ako predmet vzdelávania v pregraduálnom štúdiu

Zisťovali sme situáciu s výučbou komunikácie aj na šiestich univerzitách a vysokých školách. Údaje o štúdiu na konkrétnych VŠ boli uverejnené na webových stránkach jednotlivých VŠ. Ponúkame ich stručný prehľad.

Na *Fakulte zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka* sa predmet Komunikácia vyučuje v odboroch Fyzioterapia, Laboratórne vyšetrovacie metódy a Ošetrovateľstve.

Katolícka univerzita Fakulta zdravotníctva vyučuje predmet Komunikácie len v odbore Ošetrovateľstvo. V odboroch tejto fakulty, ako je Pôrodná asistencia a Urgentná zdravotná starostlivosť, sa daný predmet v učebnom pláne nenachádzal.

Trnavská univerzita Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce vyučuje predmet Komunikácia v ošetrovateľstve a v odbore Verejné zdravotníctvo predmet Komunikácia rozširuje o zručnosť tímovú spoluprácu.

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach lekársku fakultu s rôznymi odborními. Komunikácia a rétorika, ako samostatný predmet, sa však vyučuje len v odbore Verejné zdravotníctvo. Predmet Psychológia a medicínska komunikácia je zaradený v doktorandskom štúdiu odboru Všeobecné lekárstvo. V ďalších odboroch ako sú ošetrovateľstvo, pôrodná asistencia, laboratórne a vyšetrovacie metódy alebo doktorandské štúdium zubné lekárstvo, sa predmet komunikácia v akejkoľvek podobe nevyučuje.

Univerzita Komenského v Bratislave Farmaceutická fakulta výučbu komunikácie nemá zaradenú v žiadnom predmete. *Lekárska fakulta* komunikáciu zaraďuje do učebného plánu v predmete Lekárska psychológia a komunikácia len pre doktorandské štúdium a to formou stáži. Odbory Všeobecné lekárstvo a Ošetrovateľstvo komunikáciu nevyučujú. *Jeséniova lekárska fakulta UK v Martine* vyučuje predmet Psychológia a základy komunikácie pre odbory Verejné zdravotníctvo a Pôrodná asistencia, predmet Komunikácia sa vyučuje v odbore Ošetrovateľstvo. Všeobecné lekárstvo komunikačné zručnosti neposkytuje.

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií v odboroch Ošetrovateľstvo a Sociálna práca vyučuje Komunikáciu ako samostatný predmet. V ďalších odboroch /fyzioterapia, pôrodná asistencia, fyziológia a klinická výživa/ komunikáciu nevyučuje. *Fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií* odbor Všeobecné lekárstvo vyučuje

predmet Techniky komunikácie a do výučby na *Fakulte verejného zdravotníctva* je zaradený predmet Komunikácia. Na *Fakulte zdravotníctva v Banskej Bystrici* sa komunikácia nevyučuje.

V rámci vysokých škôl humanitného smeru je už takmer bežnou praxou, že sa vyučuje komunikácia ako samostatný predmet, alebo je začlenená do iných predmetov. V oblasti vysokých škôl zameraných na zdravotníctvo sme našli určité nedostatky. V odbore Ošetrovateľstvo sa síce vyučuje Komunikácia temer na všetkých školách, výnimkou sú len dve školy, Fakulta zdravotníctva v Banskej Bystrici SZU a Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach. Môžeme to považovať za nedostatok, pretože ošetrovateľstvo je odbor, v ktorom je zdravotnícky pracovník v neustálom kontakte s pacientom a je nútený s ním komunikovať.

V odbore Pôrodná asistencia sa komunikácia vyučuje len na jedinej vysokej škole. Univerzita Komenského v Bratislave, ako jediná, zaradila komunikáciu do výučby v tomto odbore. Zarážajúci je fakt, že komunikácia sa vôbec nevyučuje vo viacerých odboroch práve na tejto univerzite v Bratislave, konkrétne na Lekárskej fakulte, na Jeseniovej lekárskej fakulte v Martine a ani na Farmaceutickej fakulte. Absolventi práve týchto fakúlt sú v najužšom kontakte s pacientom, a preto je nepochopiteľné, že takéto dôležité odbory sú bez výučby komunikácie. Z oblasti predmetu komunikácie najlepšie vyšiel odbor Verejné zdravotníctvo. Na všetkých školách, kde sa daný odbor vyučuje, je zaradená do študijného plánu komunikácia, či už ako samostatný predmet alebo doplnený o základy psychológie.

Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

Po získaní odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností v zdravotníctve nasleduje ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v rámci celoživotného vzdelávania. Ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov usmerňuje a riadi Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Jeho poradným orgánom v oblasti ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov je Akreditačná komisia Ministerstva zdravotníctva. Podľa Zákona č. 578/2004 je sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov definované ako „priebežné obnovovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania.“ (Zákon 578/2004, §42, ods.2)

Slovenská lekárska komora (SLeK)

Na svojej webovej stránke www.slek.sk uverejňujú zoznam vzdelávacích aktivít organizovaných komorou. V roku 2009 organizovala SLeK 2 vzdelávacie akcie zamerané na komunikáciu a komunikačné zručnosti:

Apríl 2009 – *Ako asertívne s úsmevom zvládať krízové situácie.*

November 2009 – *Komunikácia v tíme.*

Marec 2010 - *Efektívna komunikácia a využitie asertivity v praxi.*

Slovenská lekárska komora (SLK)

Na stránke SLK www.lekom.sk v čase nášho prieskumu nebola plánovaná žiadna vzdelávacia aktivita na rok 2010. V roku 2009 nebola uskutočnená žiadna vzdelávacia akcia zameraná na komunikáciu alebo komunikačné zručnosti.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSAPA)

Organizuje každoročne množstvo vzdelávacích aktivít zameraných na komunikačné kompetencie a zručnosti sestier. Tieto aktivity sú väčšinou na miestnej úrovni, napr. v rámci jedného zdravotníckeho zaradenia alebo zariadenia sociálnych služieb spolu s ďalšími subjektmi (napr. Hartmann, Kimberly-Clark alebo SCA Tena). V novembri 2009 komora spoluorganizovala odborné podujatie s názvom „Komunikačné a psychoterapeutické prístupy v ošetrovatelstve“. Hlavným organizátorom akcie bola Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity.

Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov (SKIZP)

V roku 2009 mala v pláne niekoľko vzdelávacích aktivít zameraných na komunikáciu, ale nakoniec sa nekonali. V čase nášho prieskumu komora na rok 2010 ešte nemá schválený plán vzdelávacích aktivít.

Doplňkové vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

V súčasnej dobe je veľmi rozsiahla sieť vzdelávacích inštitúcií v komerčnej sfére. Táto ponuka vzdelávacích aktivít je pre zdravotnícky personál nedostačujúca. Väčšina z nich sa zameriava len na čiastkové oblasti, a to pre zdravotníckych pracovníkov nie je vyhovujúce. V oblasti komunikačných zručností ponuka vzdelávacích programov pre zdravotníckych pracovníkov takmer neexistuje. Väčšina sa zameriava na medicínskych reprezentantov, nie na zdravotníkov, ktorí prichádzajú do styku s pacientom.

Čo sa týka vzdelávacích aktivít organizovaných stavovskými organizáciami, situácia je obdobná, aktivít v oblasti komunikácie je málo. Buď neexistujú (čo sa týka sústavného vzdelávania napr. lekárov), alebo sú zamerané skôr na obchodné zručnosti týkajúce sa predaja (lekárnici a farmaceutickí laboranti).

Záver

Na základe výsledkov nášho prieskumu musíme konštatovať, že výučba predmetu Komunikácie je na Slovensku v zdravotníckom odbore neuspokojivá. Je nutné skvalitniť ju vo všetkých zdravotníckych odbor na stredných a vysokých školách. Predmet Komunikácia či Komunikačné zručnosti by mal byť zameraný praktickým spôsobom a na nácvik komunikačných zručností pre všetky situácie, v ktorých sa zdravotnícky personál môže ocitnúť.

Adresa autora:

Mgr. Alexandra Fülöpová

Katedra manažmentu a ekonomiky zdravotníctva

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 12

833 03 Bratislava

e-mail: alexandra.fulopova@szu.sk

vedúci katedry: PhDr., RNDr. Andrej Kováč, PhD., MPH

BOLESTĽ A UTRPENIE

Dňa 15. októbra 2010 zorganizovala Katedra medicínskej etiky SZU v Bratislave pod záštitou rektorky Slovenskej zdravotníckej univerzity prof. PhDr. Dany Farkašovej, CSc. odborné sympóziu na tému *Bolest' a utrpenie*. Okrem Katedry medicínskej etiky, ktorá je organickou súčasťou Ústavu spoločenských vied a cudzích jazykov, vedeného prednostom doc. MUDr. Jaroslavom Hinštom, CSc., mim. prof., sa na podujatí organizačne spolupodieľali Lekárska fakulta SZU pod vedením dekana prof. MUDr. Tibora Šagáta, CSc., Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU pod vedením dekanke doc. PhDr. Márie Musilovej, PhD., mim. prof. a Fakulta verejného zdravotníctva SZU pod vedením dekana doc. MUDr. Romana Kováča, CSc., mim. prof. Za ich veľkú podporu a ústretovosť sa aj touto cestou chceme úprimne poďakovať.

Bolest' a utrpenie sú neodmysliteľne späté nielen s profesiou lekárov, ošetrovateľov či zdravotníckych pracovníkov, ale predstavujú aj základnú individuálnu skúsenosť každého človeka. Reflexia problematiky bolesti a utrpenia je preto aktuálnou výzvou v každej dobe, pre všetkých ľudí i spoločnosť. Jej osvetlenie je možné priblížiť z rôznych perspektív: medicínskej, ošetrovateľskej, paliatívnej, ale tiež psychologickkej, sociálnej, filozoficko-etickkej a ďalších. Aj preto si toto odborné sympóziu kládlo za cieľ poskytnúť čo najkomplexnejší pohľad na problematiku bolesti a utrpenia a sprostredkovať rozličné chápanie týchto fenoménov poslucháčom všetkých fakúlt SZU, ako aj celej akademickej obci.

Sympóziu otvorila a moderovala vedúca Katedry medicínskej etiky doc. PhDr. Zlatica Plašienková, PhD., ktorá vo svojom úvodnom príhovore srdečne privítala všetkých predstaviteľov vedenia SZU, vzácneho hosťa – čestného rektora SZU prof. MUDr. Jána Štencla, CSc., ako aj všetkých prednášateľov a auditórium.

Program odborného sympózia bol rozdelený do dvoch tematických blokov, ktorým predchádzali ešte slávnostné príhovory a nastolili tak žičlivú pracovnú atmosféru. V prvom tematickom bloku odzneli referáty, ktoré reflektovali problematiku sympózia predovšetkým v konkrétnom medicínskom, ošetrovateľskom, paliatívnom a algeziologickom kontexte, zatiaľ čo druhý blok pozostával z referátov, ktoré priblížili problematiku v univerzálnejšom, teoreticko-všeobecnejšom rámci, a to najmä z psychologického a filozoficko-etického hľadiska. Iba zlúčením oboch tematických častí sympózia bolo možné rozšíriť a zároveň prehĺbiť pohľad na fenomény bolesti a utrpenia.

Odborný program sympózia otvoril úvodnou prednáškou s názvom *Bolest' a kvalita života* dekan FVZ SZU, pán doc. MUDr. Roman Kováč, CSc., mim. prof. Nastolil v nej veľa zaujímavých otázok, ktoré sú centrom pozornosti, keď sa skúma problematika kvality života, jej objektívna a subjektívna stránka a najmä súvislosť so zdravím a bolesťou, ktoré sú súčasťou samotného chápania kvality života.

Referát doc. MUDr. Terézie Krčméryovej, PhD. na tému *Bolest' v jednotlivých obdobiach života človeka*, sa zakladal na východiskovom tvrdení, že neexistuje človek bez bolesti a z perspektívy odboru ošetrovateľstva a zdravotníckych štúdií položila otázku, či sú absolventi týchto odborov dostatočne pripravení na stretnutie sa s bolesťou pri výkone svojho povolania. Pri hľadaní odpovedí na túto ťažkú otázku poukázala na možnosti, ktoré v rámci štúdia jednotlivých odborov na fakulte sú a ktoré možno využiť v rámci pedagogickej a praktickej výučby aj za účelom takejto prípravy.

MUDr. Adriana Kollerová vo svojom príspevku *Bolest' u detských pacientov* ponúkla niekoľko veľmi závažných pohľadov na problémy, ktoré sú spojené s vnímaním, hodnotením, metodikou vyhodnocovania bolesti u pacientov v detskom veku, ako aj s možnosťami ich terapie a zvládania bolesti v súčasnej dobe.

O tom, akým spôsobom sa liečia onkologické ochorenia a v čom spočíva paliatívna starostlivosť, hovorila MUDr. Kristína Križanová, CSc. v príspevku pod názvom *Význam*

a zvládnutie bolesti u onkologických pacientov. Zvlášť zdôraznila významnú myšlienku, že nechať pacienta neznesiteľne trpieť je z medicínskeho hľadiska neetické.

Záver prvého bloku referátov patrilo prednáške MUDr. Igora Martuliaka, PhD. *Algeziológia – diagnostika a liečba chronickej bolesti*. Jeho príspevok poukázal nielen na diagnostikovanie a detailný prehľad o možných postupoch pri zmierňovaní chronickej bolesti, ale zároveň oboznámil audítórium so založením a rozvíjaním odboru algeziológie na Slovensku.

Druhý blok prednášok otvoril svojím príspevkom prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc., Dr.h.c., v ktorom upriamil pozornosť na tému *Etické aspekty bolesti a utrpenia*. Poukázal na to, že v dnešnom depersonalizovanom svete sa objavujú tendencie určitého deficitu empatie voči utrpeniu a bolesti iných. Jeden z dôvodov tohto stavu súvisí aj s tým, že jednoducho nevieme, čo si máme myslieť o týchto fenoménoch a preto sa tejto otázke, pokiaľ nie sme s ňou priamo konfrontovaní, radšej vyhýbame. V príspevku pán profesor poukázal aj na problematiku chápania utrpenia z hľadiska určitých štádií, s ktorými súvisí napríklad tiež zmena postojov samotných pacientov k utrpeniu a bolesti, ako aj zmena súcitiacich a empatických postojov okolia voči nim.

Zvládnutím a prežívaním psychickej bolesti sa zaoberal referát doc. PhDr. Juraja Štencla, PhD. s názvom *Psychologické aspekty bolesti a utrpenia*. Predstavil v ňom veľmi zaujímavý pohľad, ktorý ukázal, že psychologický ponor do problematiky môže presiahnuť iba individuálnu rovinu chápania psychickej bolesti, pretože môžeme hovoriť aj o pozícii historického tvarovania psychickej bolesti. Inými slovami, psychologicky dokážeme pochopiť aj utrpenie, ktoré sme nezažili (napríklad v zmysle utrpenia iných národov a pod.).

V príspevku Mgr. Milana Tomana *Reflexia bolesti z dejinno-filozofického hľadiska* boli načrtnuté tri dejinno-filozofické pohľady na to, ako je možné vyrovnáť sa s prítomnosťou bolesti v živote človeka. Tieto tri pohľady súviseli s tromi základnými postojmi k bolesti, ako sa s nimi stretávame na pozadí starozákonného spisu Jób a dvoch antických filozofických prúdov – stoicizmu a epikureizmu.

Poslednou prednášajúcou bola doc. PhDr. Zlatica Plašienková, PhD., ktorá vo svojom referáte pod názvom *Zmysel bolesti a utrpenia v živote človeka* poukázala na filozoficko-etické rozmery danej problematiky. Akcentovala najmä skutočnosť, že pochopiť bolesť a utrpenie patrí k základnému ľudskému údely, ktorý vychádza z jednoty ľudskej skúsenosti s týmito fenoménmi, a to napriek tomu, že táto skúsenosť je vždy individuálna a špecifická a odhaľuje ich vnútornú paradoxnosť. Predstavila tak základné významové roviny tejto skúsenosti a viaceré podoby paradoxnosti bolesti a utrpenia. V závere vystúpenia zhrnula, že cez bolesť a utrpenie *dovidíme akosi ďalej*, čo ale neznamená, že nás nevyhnutne robia lepšími alebo horšími, lebo tieto fenomény nie sú ani etické, ani neetické, ale takými sa stávajú naše postoje k nim.

V záverečnej diskusii, ktorou odborné sympóziu vyvrcholilo, zazneli ešte niektoré ďalšie zaujímavé aspekty, ktoré sa týkali reflektovanej problematiky. Diskutovalo sa napríklad aj o smutnom fakte, že bolesť alebo utrpenie môže spôsobovať pacientovi aj zdravotnícky personál, ale pripomenul sa aj radostnejší fakt, že napríklad pôrodná bolesť je jediná bolesť, z ktorej vzniká nový život. Diskusia naznačila, že problematika sympózia bola veľmi zaujímavá a že zostáva mnoho s ňou súvisiacich tém a otvorených otázok, ktoré by v budúcnosti mohli byť opätovne hodné usporiadania ďalších sympózií.

O vydarenosti odborného sympózia **Bolesť a utrpenie** svedčí nielen kvalita všetkých podnetných referátov a následná diskusia, ale tiež skutočnosť, že daná problematika našla svoje publikum, čoho dôkazom bol aj veľký počet poslucháčov v audítóriu a najmä to, že mnohí prítomní odchádzali obohatení o nové pohľady, znalosti a vedomosti.

Ostáva len dúfať, že takéto podujatia sa stanú pravidelnou aktivitou Katedry medicínskej etiky na pôde SZU v Bratislave.

doc. PhDr. Zlatica Plašienková, PhD., Mgr. Milan Toman
Katedra medicínskej etiky SZU
Limbová 12, 833 03 Bratislava