

DIA

spectrum

časopis pre zdravý a aktívny život s diabetom

Číslo 2/2018 | Ročník VII. | Nepredajné

DIABETIK A CHRÍPKA

AKTIVITY ZDS V ROKU 2019

POTREBA MERANIA HLADINY CUKRU V KRVÍ

Váš spoľahlivý partner v diabetológii vdďaka svetovým inováciám u vás doma



Číslo 2/2018, ročník VII.

Vydavateľ:



Šéfredaktor:

Mgr. Lucia Demková, tel.: 0915 904 106

Predseda redakčnej rady: Mgr., Ing. Jozef Borovka

Redakčný tím:

Doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD., Marek Gajdoš,
Monika Hlavatá

Redakčná rada:

MUDr. Silvia Dókušová
MUDr. Jozef Lacka, PhD., MBA
Doc. MUDr. Emil Martinka, PhD.
prof. MUDr. Marián Mokáň, DrSc., FRCP Edin.
prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.
Doc. MUDr. Zbynek Schroner, PhD.
Doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
MUDr. Vladimír Uličiansky

Jazyková korekcia:

Monika Hlavatá

Grafická úprava a tlač: RENOMA s. r. o. Michalovce

Rozširuje: Zväz diabetikov Slovenska

Vydavateľ a adresa redakcie:

Zväz diabetikov Slovenska
Súťažná 18/15, 821 08 Bratislava 2
e-mail: zds.zds1@gmail.com

Zväz diabetikov Slovenska
je členom International Diabetes Federation.



Časopis je distribuovaný zadarmo prostredníctvom
Zväzu diabetikov Slovenska a vychádza 2x ročne.

NEPREDAJNÝ

Za obsah inzercie a PR článkov zodpovedajú inzerenti. Na všetky články sa vzťahuje autorské právo a sú duševným vlastníctvom autorov, nemôžu byť kopírované na komerčné účely, poskytované ďalej, ani zmenené bez súhlasu autorov a uverejnené inde.

Registračné číslo MK SR: EV 4657/12

ISSN: 1337-592X

IČO vydavateľa: IČO 00641 332

Dátum vydania periodickej tlače: 10. november 2018

Časopis vychádza s podporou dotácie MPSVaR SR.

EDITORIAL



Milí čitatelia,

Práve otvárate prvú stránku nášho nového čísla časopisu, ktorým sa snažíme poukázať na niektoré skutočnosti súvisiace s cukrovkou a so životom s týmto ochorením.

Už pred 6 000 rokov p.n.l. Konfucius žijúci v Číne, ako obyčajný, jednoduchý človek položil základy fungovania rodiny, spolunažívania ich členov a určil zásady vzťahov v tejto základnej komunite. Od tohto dávnoveku sa veľa nezmenilo. Zmenili sa len formy fungovania rodiny. Čo sa ale nezmenilo, že si musia všetci jej členovia pomáhať v dobrom aj v zlom. Položte si však ruku na srdce, je to aj vo Vašom prípade? Nie ste na svoju chorobu sami? Verím, že takýchto diabetikov je málo. Rodiny a komunity, v ktorých žijú sú im nápomocní v zdolávaní tohto celoživotného ochorenia. Sme tu ale aj my, Zväz diabetikov Slovenska, so svojimi organizačnými zložkami a veľkou armádou dobrovoľníkov, ktorí na úkor svojho voľného času sú vždy ochotní a pripravení Vám pomáhať či už rekondično – integračnými a rehabilitačnými pobytmi, poradenstvom, edukačnými stretnutiami, ako sú Diabetologické dni, Festival diabetu, ale aj regionálnymi stretnutiami diabetikov. Naša pomoc je aj vydávaním tohto časopisu, ktorého obsahom Vás chceme edukovať, sociálne pomáhať a informovať.

Prajem Vám príjemné čítanie strán a riadkov tohto časopisu v týchto jesenných už dlhých večeroch. Verím, že aj Vy si nájdete to, čo potrebujete a dozviete sa veľa nového.

Mgr., Ing. Jozef Borovka
prezident ZDS

KONTROLUJE SI PULZ?
VYBERÁ ĎALŠIU PIESEŇ?
KONTROLUJE SI SVOJU
HODNOTU GLUKÓZY!



GUARDIAN™ CONNECT

Systém kontinuálneho monitorovania glukózy (CGM)

**JEDNODUCHO INTELIGENTNEJŠÍ
SPÔSOB AKO MAŤ NÁSKOK PRED
VYSOKÝMI ALEBO NÍZKYMI HODNOTAMI**

**JEDINÝ DOSTUPNÝ CGM SYSTÉM, KTORÝ VÁS
UPOZORNÍ 10 AŽ 60 MINÚT PRED DOSIAHNUTÍM
VYSOKÝCH ALEBO NÍZKYCH HODNÔT**

- Upozorní vás 10 až 60 minút pred dosiahnutím vysokých alebo nízkych hodnôt v závislosti od individuálnych nastavení
- Zasiela údaje o hodnote glukózy každých 5 minút do vášho smartfónu
- Umožňuje zdieľať výstrahy s rodinou alebo blízkymi cez SMS v reálnom čase

Ďalšie informácie nájdete na stránke:
www.medtronic-diabetes.sk



Zoznam indikácií, kontraindikácií, predbežných opatrení,
výstrah a možných nežiaducich účinkov nájdete v návode na použitie.

UC201807938SK © Medtronic Inc. 2017.
Všetky práva vyhradené. Vytlačené v Európe.

Medtronic
Further. Together



OBSAH

ZO ŽIVOTA

Diabetikov ohrozujú vážne komplikácie v súvislosti s chrípkou	6
Dia Deň 2018 v Lipanoch	8

TÉMA

Aktivity ZDS v roku 2019	9
Na zamyslenie	9
VŠZP v ústrety k pacientovi	10

OKOM ODBORNÍKA

Špecifiká edukácie dia dieťaťa	12
Diabetická retinopatia	14
Potreba merania hladiny cukru v krvi	17
Stukovatenie pečene a obezita – novodobý „strašiak“ pre pacientov s diabetom mellitom 2. typu	18
Spiritualita ako podstatný faktor vplyvajúci na proces vyrovnania sa pacientov s chorobou diabetes mellitus	20
Klasifikácia cukrovky	22

DIABETIKOV OHROZUJÚ VÁŽNE KOMPLIKÁCIE V SÚVISLOSTI S CHRÍPKOU

Ročne na Slovensku ochorie na chrípku okolo 1 600 000 ľudí, na komplikácie chrípky umrie každý rok približne 1 000 ľudí. Najväčšie ohrozenie predstavuje chrípka pre chronických pacientov, ktorí sú náchylnejší na infekčné ochorenia a riziko vzniku závažných komplikácií je u nich vyššie. Napriek tomu ide o najviac podceňované ochorenie.

Chrípka a diabetes

Častými komplikáciami súvisiacimi s chrípkou u diabetikov sú zápal pľúc, sinusitída, bronchitída, ušné infekcie. Chrípka môže spôsobiť špecifické neprijemnosti ako je zvýšenie, alebo výrazné kolísanie glykémie, akútne komplikácie (diabetická ketoacidóza, hyperosmolárny neketotický syndróm s potrebou akútnej hospitalizácie), ale aj zvýšené riziko mozgovej príhody a infarktu.

„Pacienti s diabetes mellitus predstavujú populáciu so zvýšenou chorobnosťou a úmrtnosťou, a to aj v súvislosti s infekčnými ochoreniami ako je chrípka. Obzvlášť náchylná je populácia starších pacientov vo veku > 65 rokov, kde podobne ako pri iných chronických ochoreniach je priebeh chrípky zaťažovaný častejšou potrebou hospitalizácie a častejšími komplikáciami, vrátane úmrtia,“ hovorí doc. MUDr. Emil Martinka, PhD., primár diabetologického oddelenia Národného endokrinologického a diabetologického ústavu v Ľubochni.

Najrizikovejší diabetici sú pacienti starší ako 65 rokov, pacienti s dlhodobou zlou, alebo nedostatočnou glykemickou kontrolou, prítomnosťou komplikácií diabetu (poškodenie obličiek, kardiovaskulárne problémy, neuropatia), klienti domovov sociálnych služieb a doliečovacích zariadení a pacienti, ktorí sú často hospitalizovaní, alebo často navštevujú zdravotnícke zariadenia.

Dodržiavajte preventívne opatrenia

Počas chrípkového obdobia je dôležité udržiavať hladinu cukru v krvi čo najbližšie k normálnym hodnotám. Zníži sa tak riziko nákazy chrípkou. Hodnoty, ktoré je potrebné dosiahnuť, by mal určiť ošetrojúci lekár individuálne podľa typu cukrovky, veku, pohlavia a celkového zdravotného stavu.

Chrípka sa šíri vzduchom z človeka na človeka, preto je tiež vhodné vyhýbať sa priestorom, kde sa zdržiava veľa ľudí. V domácnosti pomáha časté vetranie.

Diabetes je dobrým dôvodom na očkovanie

Diabetológovia odporúčajú dať sa preventívne očkovať proti chrípke. Hoci očkovanie nezabezpečí diabetikovi stopercentnú ochranu, významne znižuje riziko rozvoja komplikácií počas približne šiestich mesiacov. Očkovanie



Pacienti s cukrovkou sú jednou z najrizikovejších skupín. Hospitalizácia v súvislosti s chrípkou je u nich až 6 krát častejšia a 2-4 násobne sú ohrození rizikom infarktu myokardu.

proti chrípke tiež môže znížiť počet hospitalizácií diabetikov až o 79 %.

„Existuje dostatok dôkazov, že pacienti s diabetom majú na očkovanie vo všeobecnosti dobrú protilátkovú imunitnú odpoveď a ochrana vďaka vakcinácii je podobná ako u nediabetikov,“ dodáva doc. MUDr. Emil Martinka, PhD.

Aj keď sa očkovanie často spomína v súvislosti so staršou populáciou, výskumy ukazujú, že u mladších diabetikov je podanie vakcíny rovnako dôležité. Vakcíny obsahujú neaktívne časti vírusu, preto z nich očkovaný chrípku dostať nemôže. Ochranný efekt sa rozvíja už dva týždne po vakcinácii. Optimálnym časom na očkovanie je október – november.

Očkovanie proti chrípke u pacientov s diabetes mellitus:

- znižuje počet hospitalizácií počas chrípkových epidémií (o 54 - 90 %)
- znižuje výskyt život ohrozujúcich komplikácií v súvislosti s chrípkou
- znižuje výskyt úmrtí v súvislosti s chrípkou (o 36 - 58 %)

Očkovanie je pre pacientov s diabetom schválené s dlhodobými bezpečnostnými záznamami. Nežiaduce účinky sú rovnaké ako u zdravých ľudí. Najčastejšie ide o začervenanie a bolesť miesta vpichu, môže sa vyskytnúť bolesť svalov či zvýšená teplota. Tieto nežiaduce účinky však na rozdiel od ochorenia odznejú do dvoch až troch dní.

Redakcia

LEPŠIA KONTROLA GLYKÉMIE PRI DIABETES MELLITUS S

Glucerna® SR

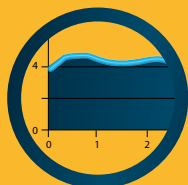
Nízkokalorická výživa s vlákninou,
 ω -3 mastnými kyselinami
a patentovanou zmesou pomaly
vstrebávajúcich sa sacharidov

O UŽÍVANÍ
SA INFORMUJTE
U SVOJHO
OŠETRUJÚCEHO
DIABETOLÓGA

- ✓ Znižuje hladinu glykémie po jedle^{1,2}
- ✓ Pozitívne ovplyvňuje krvný tlak²
- ✓ Pomáha predchádzať komplikáciám spojeným s diabetom²



**CUKOR POD
KONTROLOU**



**NÍZKY
GLYKEMICKÝ
INDEX**



**PRÍCHUTE
ČOKOLÁDA
VANILKA
JAHODA**



Literatúra: 1. Patrizio Tatti et. al. Effect of a low – calorie high nutritional value formula on weight loss in type 2 diabetes mellitus. *Mediterr J Nutr Metab* 3:65-69,2010. 2. Elia M, Ceriello A, Laube H, Sinclair AJ, Engfer M, Stratton RJ. Enteral nutritional support and use of diabetes-specific formulas for patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2005;28:2267-2279.

Potravina na osobitné lekárske účely.

Abbott Laboratories Slovakia s.r.o., Karadžičova 8, 821 08, Bratislava

Abbott

DIA DEŇ 2018 V LIPANOCH



Diabetes mellitus je chronické metabolické ochorenie, ktorého symptómom je vysoká hladina glukózy v krvi. Na príčine je poškodenie buniek podžalúdkovej žľazy, pankreasu, ktoré za normálneho stavu produkujú inzulín. Pacienti sa musia zmieriť s celoživotným údelom diabetika.

Diabetes mellitus v Európskej únii postihuje desať percent populácie. Je hlavnou príčinou slepoty, zlyhania obličiek s potrebou dialyzačnej liečby a tiež amputácií dolných končatín. Oproti zdravým ľuďom sa u pacientov s diabetom objavujú častejšie aj srdcovocievne ochorenia.

Na Slovensku má diabetes asi 400-tisíc ľudí, pričom každoročne pribúda 20-tisíc nových pacientov, čo nie je vôbec zanedbateľné číslo. Alarmujúce je, že lekári predpokladajú, že ďalších 100 až 200 tisíc ľudí o svojom zdravotnom probléme zatiaľ ani netuší. Neodhalená cukrovka môže pritom výrazne skrátiť život a v niektorých prípadoch znamenať aj smrť. Odhaliť ju možno vďaka jednoduchému vyšetreniu a upozorňovať na ňu môže aj viacero príznakov, aj keď niekedy môže dlhšie bežať aj bezpríznakovo.

Lekári odporúčajú každému človeku po 45. roku života dať si vyšetriť hladinu krvného cukru aspoň raz za dva až tri roky. Ak je pacient obézny, má vysoký krvný tlak, vysoké hladiny krvných tukov alebo prekonal infarkt či cievnú mozgovú príhodu, mal by preventívne vyšetrenie absolvovať každý rok.

Cieľom Dia Dňa, podujatia, ktoré organizuje základná organizácia Zväzu diabetikov Slovenska, je informovať širokú verejnosť o rozmáhajúcom sa fenoméne cukrovky a civilizačných chorôb.

História Dia Dní siaha do roku 2015, kedy ZO ZDS DIASABI zorganizovala svoj prvý DD. Konal sa v Sabinove. Dňa 11. 10. 2018 sa v Lipanoch konal už štvrtý ročník. Miesto konania sme sa rozhodli zmeniť práve z dôvodu informácie o tomto ochorení, možnosti zlepšiť život s cukrovkou, edukovať najbližších príbuzných pacienta a v neposlednom rade možno objaviť nových „cukrovkárov“, ako sa tejto chorobe hovorí. V neposlednom rade predstaviť našu organizáciu pôsobiacu v okrese Sabinov.

Viac ako sedemdesiat prítomných si mohlo vypočúť hodnotné prednášky, pozrieť a ochutnať produkty zdravej výživy, výživové doplnky alebo dať si zhotoviť zdravotnú obuv.

Na podujatí sme privítali vzácných hostí, prezidenta ZDS pána Mgr., Ing. Jozefa Borovku, primátora mesta Lipany pána Ing. Vladimíra Jánošíka.

Dia Deň prebiehal v priestoroch Galérie pod záštitou MsÚ Lipany.

Program bol rozdelený na časti:

- Edukačná – odborné prednášky
- Preventívno-informačná – merania glykémie, cholesterolu, krvného tlaku
- Prezentačná – prezentácia výrobkov uľahčujúcich život s cukrovkou

Z hodnotných prednášok zameraných na plnohodnotný život diabetika vyplynulo, že zdravá strava nie je vždy dobrá strava, denná strava má byť rozdelená na tri dávky a obsahovať musí zeleninu, proteíny a sacharidy samozrejme s dostatkom tekutín.

Pre nediabetikov boli určené prednášky o diabete, príčinách vzniku a následného vývoja.

Zlá kompenzácia cukrovky má za následok okrem iného aj poškodenie zraku a posledné štádium – slepotu. Témou poslednej prednášky boli práve ochorenia oka.

Merania ukázali, že vysoký tlak bol nameraný u prítomných vo vekovej kategórii 60-70 rokov, v ostatných vekových kategóriách priemerný tlak bol 145/80.

Hraničná hodnota hladiny krvného cukru u nediabetikov 7 mmol/l je varovným signálom, že sa niečo deje v organizme. Namerané hodnoty u diabetikov boli v rozpätí od 15 - 22 mmol/l. Sú to zväčša diabetici vo vekovej kategórii do 50 rokov a 50-60 rokov. Hodnoty nameraného cholesterolu ukázali, že s našim zdravím to nie je celkom uspokojivé. Musíme prehodnotiť naše stravovacie návyky a životný štýl. Viac sa hýbať, zdravo jesť, mať čas na zábavu a oddych. Pravidelné preventívne lekárske prehliadky by mali byť samozrejmosťou v boji s touto „vernou dámu“ – cukrovkou.

Úspešný Dia Deň 2018 sa uskutočnil za podpory MsÚ Lipany a mnohých sponzorov z Lipian a Sabinova, ktorých vymenovanie by spôsobilo rozšírenie mesačníka o jednu stranu.

Srdečná vďaka patrí všetkým Vám za bohatú tombolu, kultúrny program žiakom ZŠ, edukátorom, organizátorom, členom ZO ZDS DIASABI Sabinov p. Anne Adamkovej, Antónii Varšovej, Ružene Štofánikovej, Petrole Kollárovej.

Mgr. Marko Urdzík
predseda ZO ZDS DIASABI

AKTIVITY ZDS V ROKU 2019

1. Rekondičný pobyt – dospelí – I. turnus

Miesto: Demänovská dolina

Termín: 4.5. – 10.5.2019

2. Rekondičný pobyt – dospelí – II. turnus

Miesto: Demänovská dolina

Termín: 19.5. – 25.5.2019

3. Rekondičný pobyt – dospelí – III. turnus

Miesto: Demänovská dolina

Termín: 25.5. – 31.5.2019

4. XXIX. Diabetologické dni

Miesto: Liptovský Mikuláš

Termín: 1.6.2019

5. Detský letný Dia-tábor

Miesto: Žiarska dolina

Termín: 29.6. – 5.7.2019

6. Rekreačia diabetikov a rodina – IV. turnus

Miesto: Žiarska dolina

Termín: 5.7. – 11.7.2019

7. Medzinárodný tábor mládeže Európy (organizujeme pre zahraničných diabetikov Európy) – V. turnus

Miesto: Žiarska dolina

Termín: 14.7. – 20.7.2019

8. 55. Kongres EASD

Miesto: Barcelona, Španielsko

Termín: 16.9. – 20.9.2019

9. Rekondičný pobyt – dospelí – VI. turnus

Miesto: Demänovská dolina

Termín: 15.9. – 21.9.2019

10. Rekondičný pobyt – dospelí – VII. turnus

Miesto: Demänovská dolina

Termín: 21.9. – 27.9.2019

11. Rekondičný pobyt – dospelí – VIII. turnus

Miesto: Demänovská dolina

Termín: 29.9. – 5.10.2019

12. Rekondičný pobyt – dospelí – IX. turnus

Miesto: Demänovská dolina

Termín: 5.10. – 11.10.2019

13. XIV. Festival diabetu

Miesto: Banská Bystrica

Termín: 16.11.2019

14. IDF kongres 2019

Miesto: Busan, Južná Kórea

Termín: 1.12. – 6.12.2019

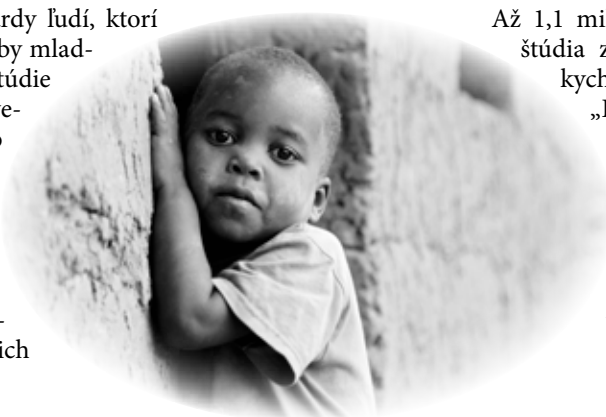
Viac informácií a termíny nahlasovania
nájdete na www.zds.sk

Pre rok 2019 ZDS pripravil
súťaž o najlepšiu ZO ZDS

1. cena - poukazy pre 12 účastníkov na rekondičný pobyt v Demänovskej doline
2. cena - poukazy pre 8 účastníkov na rekondičný pobyt v Demänovskej doline
3. cena - poukazy pre 4 účastníkov na rekondičný pobyt v Demänovskej doline

NA ZAMYSLENIE

Zhruba polovica z 1,3 miliardy ľudí, ktorí žijú v chudobe, sú deti, teda osoby mladšie ako 18 rokov. Vyplýva to zo štúdie vykonanej v 104 krajinách sveta. Zohľadňuje ukazovatele, ako sú zdravie, vzdelanie či životná úroveň. Podľa tejto štúdie 1,3 miliardy ľudí nemá prístup k základným potrebám, ako sú pitná voda, hygiena, elektrina, primeraná výživa, základné vzdelanie, pričom 662 miliónov z nich sú deti.



Až 1,1 miliardy z ľudí, ktorých označuje štúdia za chudobných, žije vo vidieckych oblastiach, kde je podľa indexu „Rozvoja programu OSN“ miera chudoby štyrikrát vyššia ako v mestách. V roku 2015 Svetová banka stanovila prah chudoby na 1,9 dolára v prepočte 1,61 eur na osobu a deň.

Zamyslime sa a vážme si to, čo máme.

Mgr., Ing. Jozef Borovka

VŠZP V ÚSTRETY K PACIENTOVI

Zvyšujeme komfort našich poistencov, s lekárom budú môcť chatovať

VŠZP v spolupráci so Združením všeobecných lekárov spustila pilotný projekt eOrdinácia. Pacienti môžu priamo so svojimi lekármi elektronicky konzultovať svoj zhoršený zdravotný stav z pohodlia domova, môžu zdieľať dokumenty, obrázky, aj priamo četovať. Projekt eOrdinácia by mal priniesť úsporu času pre lekára i pacienta, menej fyzických návštev ordinácií, efektívnejší manažment najmä chronicky chorých pacientov.



S cieľom zvýšiť komfort liečby, VŠZP finančne podporila aj návštevu pacienta v domácom prostredí. Agentúram domácej ošetrovateľskej služby od júla navýšila platby o 25% v porovnaní s rokom 2017, čo je nárast v priemere o 381 tisíc eur mesačne.

Zmeny sa dotkli aj dopravnej služby. VŠZP navýšila platby za 1 km pri každom type jász o 13 centov (okrem BA), čo v priemere predstavuje navýšenie o 0,5 mil. eur mesačne oproti roku 2017. Od júla navýšuje platby o ďalšie dva centy za prepravu imobilných pacientov, ktorí potrebujú asistenciu pri presune z domu do vozidla alebo opačne.

Od júla sa môžu tešiť aj všetci, ktorí radi cestujú. Len poistenci VŠZP získavajú zľavy od ČSOB Poisťovne na dlhodobé cestovné poistenie až do výšky 60%. Ide o najvýhodnejší benefit tohto druhu na trhu s cestovným poistením.

Na limity v ambulanciách špecialistov od júla zabudnite, VŠZP ich zrušila

Dlhé čakanie poistencov na termín u odborného lekára s odôvodnením, že zdravotná poisťovňa im už vyšetrenie

tento mesiac nezaplatí, sa stáva minulosťou. VŠZP na pol roka uvoľnila limity pre všetkých špecialistov. V ambulantnej sfére od 1. 7. 2018 dochádza aj k ďalším zásadným zmenám. Čo prinesú pacientom, ale i samotným ambulanciám špecialistov, **vysvetľuje riaditeľka odboru nákupu zdravotnej starostlivosti JUDr. Petra Fiala.**

Všetky zmeny majú spoločný motív. Zvýšiť našim poistencom dostupnosť ambulantných špecialistov a riešiť praktické situácie, s ktorými sa bežne stretávajú, najmä v podobe dlhých čakacích lehôt na vyšetrenie u lekára.

Pre poistencov je to nepochybne viac ako dobrá správa. Prečo však limity rušíte len na pol roka?

Pretože po tomto období chceme ambulanciám navrhnúť systémovejšie riešenie, ktoré si už teraz overujeme v piatich medicínskych odbornostiach. Je to nový, kombinovaný úhradový mechanizmus, ktorý sme od 1. 7. 2018 ponúkli internistom, neurológom, endokrinológom, imunoalergiológom a ORL lekárom. Ak sa v ambulantnej sfére v rámci pilotného projektu osvedčí, zavedieme ho vo všetkých odbornostiach.

O čo ide pri tomto novom kombinovanom systéme úhrady?

Princíp spočíva v tom, že doterajšia úhrada vo výške 100 % sa rozdelí na dve časti. 70 % bude tvoriť fixná zložka, ktorá sa vypočíta z priemerných nákladov na poistenca a z počtu ošetrovaných poistencov v danej ambulancii, a 30 % úhrady platba za výkony. Výkonová zložka má motivovať lekárov ošetriť viac pacientov a VŠZP garantuje, že im zaplatí všetky potrebné vyšetrenia. Zvýšené príjmy od zdravotnej poisťovne môžu lekári následne využiť napríklad na modernizáciu ambulancií, nákup nových prístrojov a podobne, čo určite ocenia aj pacienti. Výhodou pre nich je aj oštenenie bez poplatkov, ktoré je podmienkou nového systému úhrady zdravotnej starostlivosti.

Kvalitnejšie vybavené ambulancie zaplatíme lepšie a v rámci zdokonaľovania tohto systému uvažujeme napríklad aj o vyššej platbe za tzv. prvovýšetrenia pacientov, ktorí do ambulancie prichádzajú prvýkrát, alebo opäť po viac ako 24 mesiacoch od poslednej návštevy.

Čo vás inšpirovalo zmeniť doterajší už roky zaužívaný systém platieb v ambulantnom sektore?

Snaha reagovať na skutočné problémy, s ktorými sa pri návšteve ambulancií naši poistenci stretávajú. Kombinovaný systém úhrad sme od začiatku tohto roka zaviedli v nemocniciach, limity sme zrušili aj stomatológom, čelústnyim ortopédom a od apríla i v jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Prvé skúsenosti naznačujú, že to bolo správne rozhodnutie. Prečo ho teda nevyužiť aj v ambulanciách?

Viac peňazí i kompetencií pre všeobecných lekárov

Vo svete je bežné, že až 80 % zdravotných problémov rieši pacient v ambulancii všeobecného lekára. Tomuto trendu sa snaží priblížiť aj Slovensko. Od 1. 7. 2018 môžu poistenci VŠZP absolvovať u svojho všeobecného lekára viac vyšetrení. S väčším komfortom, bez zbytočného čakania a objednávaní sa k špecialistom. **Vysvetľuje MUDr. Beata Havelková, MPH, riaditeľka odboru zdravotného a revízneho.**

Veríme, že aj takýmto spôsobom sa nám postupne podarí zmeniť mylnú predstavu časti verejnosti, že všeobecný lekár len preposiela pacientov do odborných ambulancií. Vytvárame priestor na to, aby sme posilnili vážnosť postavenia všeobecného lekára v systéme tak, ako je to bežné vo vyspelej Európe.

Aké vyšetrenia teda pribudnú napríklad v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých?

Novinkou je manažovanie porúch metabolizmu tukov. Po dobrých skúsenostiach s manažovaním liečby hypertenzie

sprístupňujeme pacientom ďalšiu dostupnú komplexnú liečbu priamo v ambulancii všeobecného lekára.

Ako sa najnovšie zmeny dotknú ambulancií všeobecných lekárov pre deti?

Tu sme sa zamerali na najmenších poistencov a prvú preventívnu prehliadku u pediatra, ktorá sa robí v domácom prostredí dieťaťa. Cieľom je, aby sme čo najskôr zachytili prípadné vývinové chyby v psychomotorickom vývoji dieťaťa, najmä preto sme zvýšili platbu za toto vyšetrenie.

Čo dostanú pacientky navyše v gynekologickej ambulancii?

Preventívnu prehliadku sme rozšírili o kolposkopiu, vyšetrenie, ktoré je súčasťou prevencie rakoviny krčka maternice. Novinkou je aj možnosť pre tehotné poistienky absolvovať očkovanie proti chrípke priamo v gynekologickej ambulancii. Gynekológovia budú dostávať kapitačnú platbu už za poistenky od 15. roku veku. VŠZP zaplatí navyše aj štvrté sonografické vyšetrenie tesne pred pôrodom.

Prevzaté z časopisu Partnerstvo, č. 3

ViaDIA



Aj s cukrovkou život pretancujem
www.viadia.sk

Informačný portál o živote s diabetom

SANOFI  Empowering Life

sanofi-aventis Pharma Slovakia, s.r.o. | Einsteinova 24 | 851 01 Bratislava
Tel.: +421 2 33 100 100 | Fax: +421 2 33 100 199 | E-mail: recepacia@sanofi.com | www.sanofi.sk

Určené pre laickú verejnosť.
Dátum prípravy materiálu: február 2018
SACS.DIA.18.02.0132

ŠPECIFIKÁ EDUKÁCIE DIA DIEŤAŤA

Pri edukácii detí s diagnózou diabetes mellitus si vyžaduje rešpektovanie všetkých osobitostí súvisiacich s ich ochorením. Jej cieľom je vzdelávať a vychovávať dieťa tak, aby si osvojilo všetky potrebné informácie o ochorení a potrebné manuálne zručnosti týkajúce sa ochorenia, aby bolo schopné samostatne, bez pomoci svojich rodičov či zdravotníkov, vykonávať pre diabetika život zachraňujúce zručnosti ako sú selfmonitoring alebo aplikácia inzulínu, a tieto poznatky vedelo aj reálne využiť vo svojom každodennom živote; dôležité je dieťa viesť k tomu, aby plne spolupracovalo pri liečbe svojho ochorenia, získané vedomosti a zručnosti dokázalo preniesť až do dospelého veku, v ktorom ako dospelý jedinec musí prevziať plnú zodpovednosť za svoj život a akceptovať svoju spoluúčasť pri udržiavaní dobrého zdravotného stavu; dôležité je dodržiavať práva dieťaťa, prihliadať na jeho genézu a vývinové obdobie, ktorým prechádza, akceptovať jeho špecifiká a individualitu ako plnohodnotnej osobnosti, ktorá si zaslúži rešpekt; je dôležité podporiť dieťa v procese vlastného pozitívneho sebahodnotenia, ktoré vytvára rovnováhu medzi psychickou stránkou dieťaťa a jeho ľudskou integritou. Edukácia má zásadný význam a postavenie v liečbe diabetu a môže riziko neskorých komplikácií i ekonomických následkov nielen znížiť, ale tiež pomôcť dieťaťu s diagnózou diabetes mellitus viesť kvalitný život. Okrem zlepšenia kvality života vedie dlhodobá, systematická edukácia ku zlepšeniu kompenzácie diabetu, nižšiemu výskytu komplikácií a spolu s ďalšími liečebnými prostriedkami sa uplatňuje v prevencii neskorých komplikácií diabetu (Popovičová, 2016).

Sebahodnotenie dieťaťa je silne podmienené spätnou väzbou zo sociálneho prostredia, dôležité je posilniť postavenie dia-dieťaťa v rodine, v škole, v skupine svojich vrstovníkov, aby bolo schopné plniť si bežné povinnosti a nedochádzalo k narušeniu kompetencií, ktoré sa prejavujú v nižšej miere sebestačnosti, či závislosti na pomoci iných. Michálek (2008) uvádza, že dia-dieťa musíme neustále správne motivovať a využívať

prítom princíp zásluhovosti pre dieťa. Ak dieťa dodržiava rady a odporúčania lekára, môže vykonávať rovnocenne všetky aktivity, či už vzdelávacie, športové alebo záujmové na rovnakej úrovni, ako jeho zdraví rovesníci. *„Žiadne dieťa sa nemá identifikovať s tým, že je iné ako ostatní. Čím sa proces edukácie začína neskôr, tým je menej úspešný“* (Lechta, 2012, s. 15).

V modernej medicíne sa presúva veľká miera zodpovednosti a kompetencií z lekára na rodiča, či priamo na dieťa s diabetom. Michálek (2008) uvádza, že v okamihu, keď je dieťaťu diagnostikované ochorenie diabetes mellitus a dieťa je stabilizované, musia dia-dieťa i jeho rodičia podstúpiť edukáciu v nemocničnom zariadení, ktorá je v súčasnej dobe redukovaná iba na zvládnutie základných teoretických a jednoduchých manuálnych zručností použitia zdravotníckych pomôcok. Menšia pozornosť sa venuje takým závažným veciam, ako je schopnosť reagovať na rôzne vážne patofyziologické ohrozenia, či bežné každodenné situácie, ktoré sú spojené s ochorením. Michálek (2008) ďalej uvádza, že pri edukácii detského diabetika je *„nutné používať názorné edukačné pomôcky, ktoré môžu proces edukácie výrazne uľahčiť, ale nikdy nemôžu nahradiť vzťah a priamy osobný vplyv edukátora a edukanta.“* Vzťah edukátora a dieťaťa musí mať individuálny rozmer, založený na odovzdávaní kvalitných profesionálnych informácií a pozitívnych sociálnych skúseností s výrazným terapeutickým účinkom. Podľa Gajdošíkovej Zeleiovej (2012) musí vzťah napĺňať tieto základné princípy: nevtieravosť, založená na prirodzenom rešpekte a nenútenom postoji; cieľavedomosť, plánovaná činnosť zameraná na schopnosť posúdiť ako, kedy a akým spôsobom robiť potrebné kroky; autentickosť, rovnováha a zhoda v procese prejavu a prežívania; bezpečnosť, vyžadujúca si naplnenie pocitov bezpečia, istoty a jasnosti; výlučnosť, nezamieňanie si sociálnych rolí pred deťmi.

V každom edukačnom vzťahu musíme brať do úvahy aj širšie sociálne prostredie edukanta a jeho sociálny stav. Ak je dieťa v období predškolského veku, je

nevhodné ho zaťažovať náročným výkladom, odbornými pojmami a zákazmi, nakoľko ešte nie je rozumovo ani emočne dostatočne zrelé. Pri edukácii dieťaťa predškolského veku je dôležitá spolupráca s jeho rodičmi, ktorí musia dohliadať na svoje dieťa a vedieť, akú mieru kompetencie zvládne. Dieťaťu poskytujeme iba základné informácie jednoduchou formou, čím vytvárame predpoklad, že dieťa nášmu výkladu porozumie a dokáže ho pochopiť. Ako účinnú formu edukácie dieťaťa považujeme u dieťaťa metódu hravého a nenúteného rozhovoru, v ktorom sa snažíme získať si priazeň dieťaťa a zaujať ho. Využívame pri tom jeho prirodzený detský potenciál založený na detskej hravosti, zvedavosti, súťaživosti a prirodzenej pohybovej aktivite, preto musíme zvoliť pri výklade aj hravé edukačné metódy, napríklad svet hračiek, rozprávok a detských hier, ktoré sú dieťaťu blízke, a s ktorými sa dieťa v ranom období detstva identifikuje. *„Pre hru je príznačná akcia – rozhodovanie, konanie, spolupráca, prítomné sú v nej aj prvky ako sú napätie, uvoľnenie a zážitok. Hra v sebe zahŕňa aj vzťah k okolitej skutočnosti. Hrou poznávame lepšie svoje okolie i sami seba, tak obohacujeme vlastnú osobnosť a zdokonaľujeme si komunikáciu, ktorá je súčasťou našich životných zručností. Hra dáva človeku možnosť vyjadriť sa, prejavíť silu a dôvtip, odvahy, vytrvalosť, fantáziu, tvorivosť, zmysel pre sociálne a estetické cítenie“* (Kollárová, 2011, s. 143). Ako účinnú formu edukácie u dieťaťa môžeme využiť jeho detskú hravosť, zvedavosť, súťaživosť a prirodzenú pohybovú aktivitu.

Školopovinné dieťa dokáže pochopiť odborné informácie týkajúce sa jeho ochorenia, vzájomné súvislosti, rozumie komplikáciám ochorenia, aj rizikám pri nedodržiavaní pokynov lekára. U dieťaťa tohto veku vykonávame praktickú a názornú výučbu jednoduchých úkonov súvisiacich so selfmonitoringom. Niektoré deti školského veku sú také zručné, že si dokážu samé, bez akejkoľvek pomoci aplikovať inzulín. Staršie školopovinné deti okolo 12. – 13. roku života už dokážu pochopiť a v praxi uplatňovať všetky pravidlá

súhry inzulínovej liečby, diéty a pohybu. Pri edukácii detí školského veku využívame detskú zručnosť, ale aj ich túžbu a zvedavosť po nových vedomostiach. Charakteristika edukácie dieťaťa v školskom veku je založená na konceptoch podpory dieťaťa pri postupnom osamostatňovaní sa a upevňovaní jeho pocitu sebavedomia, že je schopné samostatne zvládať krízové situácie spojené s jeho ochorením a napomôcť mu pri prirodzenom zaradení sa do kolektívu a sociálneho prostredia, v ktorom sa dieťa vyvíja (Brázdová, 2003).

Pri komunikácii s detským klientom je nevyhnutné, aby sme dodržali princíp takzvanej eliminácie zrakového vrchu - k dieťaťu sa postavíme alebo sa posadíme tak, aby sa naše oči nachádzali približne na rovnakej úrovni, čím mu dávame najavo, že je náš rovnocenný partner. Pri metóde rozhovoru s chorým dieťaťom musíme nevyhnutne dodržať tieto pravidlá:

- primerané oslovenie dieťaťa, najlepšie jeho krstným menom, zdrobneninou;
- aktívne počúvanie, primeraný očný kontakt a mimika;
- povzbudenie dieťaťa, úsmev;
- nezlahčovanie problému dieťaťa, všetko, čo dieťa trápi, je vážne;
- aktívna reakcia pri akomkoľvek názna-ku, verbálnom alebo neverbálnom, že dieťa s nami chce komunikovať;
- nepoužívanie autoritatívneho prístupu;
- poskytnutie informácií, ktoré sú pre dieťa jednoduché, zrozumiteľné, primerané jeho veku a intelektovej úrovni, používanie primeraného jazyka;
- dávanie dieťaťu najavo, že nikdy nebude osamotené so svojím problémom;
- oboznámenie dieťa s vykonaním lekárskeho zákroku, ktoré by mu mohlo vyvolať bolesť alebo stres, dieťa psychicky pripraviť na jeho zvládnutie;
- oboznámenie dieťaťa o všetkých vyšetreniach, ako prebehnú a ako dlho budú trvať;
- nestratenie dôvery dieťaťa zamlčaním dôležitých informácií alebo klamstvom;
- nesmieme dávať deťom najavo, že ich názory neberieme do úvahy a sú nepodstatné, lebo sú „iba deťmi“;
- vysvetlenie informácií týkajúcich sa dieťaťa a jeho ochorenia hravou for-

mou, využiť prirodzenú detskú zvedavosť;

- využívanie metód názornosti a vizualizácie, aby dieťa jasnejšie pochopilo všetky informácie týkajúce sa jeho ochorenia, života s jeho ochorením a v procese nácvikov situácií, ktoré môžu dieťaťu zachrániť život;
- dieťa nikdy nesmieme ignorovať, lutovať ho, vyčítať mu jeho správanie alebo konanie;
- pochvala dieťaťa a jeho pozitívne povzbudenie sú najúčinnnejšou formou motivácie;
- vždy si musíme s dieťaťom vytvoriť harmonický vzťah (Kristová, 2004).

Obdobie dospievania diabetika je veľmi náročné pre adolescenta samotného i pre jeho okolie. Edukátor musí obzvlášť citlivo pristupovať k osobnosti klienta. Obdobie adolescence diabetikov je charakteristické vysokou zraniteľnosťou, emočnou labilitou, znížením odolnosti na stres a dotváraním identity. Pre mladých ľudí s diabetes mellitus, ako aj s inými chronickými chorobami je toto obdobie zvlášť kritické. Toto obdobie genézy je kritické, nakoľko zmýšľanie a správanie mladého človeka so sebou prináša prvky nezodpovednosti k svojmu vlastnému ochoreniu, ktoré sa prejavujú v jeho zhoršenej metabolickej kontrole a nerešpektovaní pravidiel určených lekárom i rodičom. Keďže mladý nezrelý človek ešte nie je schopný naplno odolávať stresovým situáciám, častý je aj výskyt pridružených psychiatrických ochorení, akými sú depresia, poruchy v správaní alebo poruchy pri prijímaní potravy. V takomto prípade je nevyhnutná pomoc a podpora smerujúca z rodiny, školy, odborná konzultácia s diabetológom, v prípade potreby a nutnosti aj pomoc psychológa.

Výbornou školou diabetu je pre dieťa-diabetika možnosť zúčastniť sa detských dia-táborov, v ktorých sa dieťa na jednej strane učí zábavnou formou teoreticky aj prakticky zvládnuť svoje ochorenie, na strane druhej má možnosť sa terciálne socializovať a stretávať rovesníkov s rovnakou diagnózou, obdobnými problémami či starosťami. Necíti sa osamotené alebo choré, stáva sa rovnocenným členom a súčasťou sociálnej skupiny a komunity, v ktorej nadobúda pocit sebavedomia i ľudskej spolupatričnosti. *„Tábory sú jedným z efektívnych prostriedkov, ktoré pomáhajú vrátiť deťom pocit stratenej slobody*

a v ktorých sa učia žiť kvalitne i napriek svojmu ochoreniu. Cieľom pobytov je spojenie najrôznejších športových aktivít v súlade s potrebami diabetu“ (Brázdová, 2003, s. 338).

V rámci detských dia-táborov sa vykonávajú všetky aktivity spojené so selfmonitoringom: vyšetrenie hladiny cukru, aplikácia inzulínu pred a po jedle, zabezpečená je deťom diabetická strava a všetky aktivity „správneho“ tábora, akými sú prechádzky a spoznávanie prírody, dni plné zábavy v bazénoch a vodných tobožanoch, diskotéka, karneval, opekačka, športové a spoločenské hry a podobne. Dia-tábor má nezabudnuteľnú atmosféru pre všetkých zúčastnených, deti i dospelých, ktorí sa starajú o diabetické deti a všetky strasti, ale aj radosti týchto detí, prežívajú spoločne s nimi (Búranová a kol., 2014).

V procese edukácie dieťaťa nesmieme zabúdať na skutočnosť, že najvýznamnejšiu úlohu v živote dieťaťa – diabetika zohráva najmä jeho rodina, ktorá musí byť dieťaťu neustálou oporou a povzbudením, svojou blízkosťou musí takémuto dieťaťu zabezpečiť naplnenie všetkých jeho životných potrieb, a to nielen materiálnych, ale hlavne uspokojiť u neho zvýšenú potrebu lásky a starostlivosti, vrátane pocitu bezpečia, istoty, s uistením jeho celoživotnej podpory. Človek, ktorý sa dokáže vysporiadať s týmto ochorením, so svojim osudom i napriek obmedzeniam, ktoré mu z jeho ochorenia plynú si zaslúži uznanie. Na to by mal pamätať on sám aj jeho rodina.

RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

PhDr. Miroslav Semeš, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BRÁZDOVÁ, L. 2003. Zvláštnosti edukácie diabetikov 1. typu v detskom veku. In PERUŠIČOVÁ, J. 2008. Diabetes mellitus 1. typu. 2. vyd. Praha: Geum. 2008. 615 s. ISBN 978-80-8625-662-7. s. 331 – 341.
- BÚRANOVÁ, S. – BUBÁNOVÁ, T. – RIMÁROVÁ, R. a kol. 2014. Detský letný DIA tábor Zväzu diabetikov Slovenska. In DIA spektrum. ISSN 1337-592X, 2014, roč. III., č. 2, s. 6 – 7.
- GAJDOŠIKOVÁ ZEJLEJOVÁ, J. 2012. Psychosociálne faktory tvorby inkluzívneho sociálneho prostredia v triede. In LECHTA, V. a kol. 2012. Inkluzívna edukácia ako multidimenzionálny výchovný problém. 2. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo IRIS. 2012. 233 s. ISBN 978-80-89256-82-2. s. 76 – 85.
- KOLLÁROVÁ, D. 2011. Tvorivá dramatika vo vyučovaní alebo cesta ku komunikácii, samotnému mysleniu a sociálnemu vnímaniu. In PETLÁK, E. a kol. 2011. Kapitoly z súčasnej edukácie. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo IRIS. 2011. 169 s. ISBN 978-80-89256-62-4. s. 139 – 140.
- KRISTOVÁ, J. 2004. Komunikácia v ošetrovatelstve. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
- LECHTA, V. 2012. Výchovný aspekt inkluzívnej edukácie a jeho dimenzie: uvedenie do problematiky. In LECHTA, V. a kol. 2012. Inkluzívna edukácia ako multidimenzionálny výchovný problém. 2. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo IRIS. 2012. 233 s. ISBN 978-80-89256-82-2. s. 9 – 22.
- MICHÁLEK, J. 2008. Diabetes mellitus v detskom veku a adolescencii. In MO-KÁN, M. – MARTINKA, E. – GALAJDA, P. a kol. Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia. Martin: P+M Túrany, 2008. 1003 s. ISBN 978-80-9697-13-9-8. s. 851 – 860.
- POPOVIČOVÁ, M. – KOVÁČOVÁ, B. 2016. Význam glykémie nalačno a postprandiálnej glykémie v prevencii diabetického retinopatie. In Florence. Praha: Ambit Media, a. s., ISSN 1801-464X, 2016, roč. 7, č. 11., s. 18-22.

DIABETICKÁ RETINOPATIA

Diabetes mellitus je celoživotné ochorenie, ktoré so sebou prináša množstvo komplikácií a obmedzení (Barkasi, 2018). Diabetes mellitus je skupina multifaktoriálnych, heterogénnych a multigenetických metabolických ochorení, charakterizovaná chronickou hyperglykémiou, ktorá zasahuje do homeostázy metabolizmu sacharidov, bielkovín a tukov. Chronická hyperglykémia je rizikom mikro a makrovaskulárnych komplikácií s prejavmi špecifických orgánových degeneratívnych procesov. Ochorenie po rokoch trvania vedie k ireverzibilným zmenám postihujúcim jednotlivé tkanivá organizmu. Jednou z jeho najzávažnejších komplikácií je zrak ohrozujúce postihnutie sietnice – **diabetická retinopatia** (Valovičová, 2005). V prípade, že pacient nedodržiava zásady liečby diabetes mellitus a hodnota glykémie nie je pod kontrolou, hyperglykémia postupne vedie k poškodeniu vnútornej štruktúry ciev. Prvé príznaky ochorenia sa prejavujú bez toho, aby to pacient vedel, alebo mal pocit choroby (Šupínová, 2012).

Výskyt diabetickej retinopatie sa teda viaže na dĺžku trvania diabetu.

- **Zatiaľ čo u diabetikov s I. typom diabetu** pozorujeme rozvoj očných komplikácií asi po 3 – 5 rokoch, u druhej, početnejšej skupiny, býva práve očný nález prvotným signálom existujúceho diabetu.
- **U diabetikov II. typu** je však mnohokrát náročné zistiť dobu vzniku ochorenia, čím následne nemožno presnejšie vymedziť interval, za ktorý sa rozvinie diabetická retinopatia. Po 20 rokoch trvania oboch typov diabetu sa však retinopatia rozvinie bezmála v 100% prípadov. Po 15 rokoch trvania diabetu I. typu sa rozvinie proliferatívne štádium u 25 – 50% pacientov, pri diabete II. typu sú tieto čísla oveľa nižšie.

Diabetická retinopatia sa zaraďuje medzi degeneratívne ochorenia neurálnej sietnice spojeným so zmenami neuronálnych funkcií ešte pred vznikom klinicky detekovateľných vaskulárnych zmien (Máliš, 2008). Je najčastejšou príčinou praktickej slepoty populácie

v produktívnom veku vo vyspelých krajinách. Predĺžovaním dĺžky života diabetikov narastá aj jej incidencia, z čoho vyplýva zvýšená potreba intenzívnej spolupráce diabetológov, internistov, oftalmológov a v neposlednom rade pacientov. Prevažná väčšina pacientov (85 – 90 %) trpí diabetom II. typu, ktorý sa objavuje v čoraz mladšom veku. Ostatných 10 – 15 % pacientov trpí diabetom I. typu (Kuchynka et al., 2007).

Diagnostika a liečba diabetickej retinopatie

V našich podmienkach je **diagnostika** diabetickej retinopatie v rukách oftalmológov. Diabetológ by mal očného lekára informovať o dobe vzniku metabolického ochorenia, o jeho trvaní, liečbe, a najmä kompenzácií diabetu. Na základe týchto údajov je oftalmológ schopný nastaviť liečbu a časť následných očných kontrol, ktorých frekvencia závisí od prítomnosti či neprítomnosti diabetickej retinopatie, od štádia ochorenia a od kompenzácie diabetu. Pacienti bez známk diabetickej retinopatie by mali byť vyšetrení oftalmológom aspoň raz ročne. U neproliferatívnej formy retinopatie závisia návštevy od závažnosti ochorenia, buď každého pol roka alebo každé 3 – 4 mesiace. U proliferatívnej formy je kontrola indikovaná každé 1 – 3 mesiace (Rencová, 2003).

Základnými vyšetrovacími metódami pri diabetickej retinopatii sú vyšetrenie centrálnej zrakové ostrosti do diaľky aj do blízka, vyšetrenie pohyblivosti bulbov, biomikroskopické vyšetrenie predného segmentu oka, tonometria, perimetria a priama alebo nepriama oftalmoskopia. Vyšetrenie farbocitu, hlavne dokázanie poruchy modrej zložky, má význam pre určenie prognózy vývoja diabetickej retinopatie (Molnárová, 2008).

- **Špeciálne zobrazovacie vyšetrovacie metódy** slúžia na správnu klasifikáciu diabetickej retinopatie, na indikáciu správnej liečby a sledovanie ochorenia. Tieto metódy sú jednoduché, bezpečné a schopné odlíšiť pacienta s diabetickou retinopatiou a bez nej. Všetky vyšetrenia očného pozadia sa vykonávajú po farmakologickej dilatácii

cii zrenice pomocou 2,5 % fenylefrinu (sympatomimetikum) a 1 % tropikamidu (parasympatolytikum).

- **Biomikroskopické vyšetrenie na štrbinovej lampe** je dostatočne citlivá metóda na stanovenie diagnózy diabetickej retinopatie, novotvorených ciev na dúhovke, na zistenie prítomnosti zhrubnutia sietnice v oblasti makuly a neovaskulárnych zmien na papile či kdekoľvek na sietnici. Vyšetrenie sa vykonáva za pomoci asferickej šošovky o sile 90 dioptrií alebo ďalšími typmi bezkontaktných ale i kontaktných šošoviek (Kalvodová et al., 2011).
- Na diagnostiku diabetickej retinopatie je nevyhnutné **stereoskopické vyšetrenie fundu** a stereofotografia fundu, ktorá umožňuje veľmi dobre posudzovať oblasti zhrubnutej sietnice a vzťah sietnicových zmien k foveálnej oblasti (Molnárová, 2008).
- Na správne zatriedenie retinopatie do uvedených štádií je okrem ich teoretického a praktického poznania a skúseností veľmi dôležitá **fluoresceínová angiografia**. Ide o vyšetrenie cievovky a sietnice po intravenóznom podaní kontrastnej látky – fluoresceínu. Táto vyšetrovacia metodika získava na dôležitosti hlavne v štádiu pokročilej neproliferatívnej retinopatie. Dokáže spoľahlivo zobraziť nepravidelnosti, odhaliť miesta ciev s netesnou presakujúcou stenou, odhaliť veľkosť edému makuly, odlíšiť mikroaneuryzmy od bodkovitých hemorágií a výrazne zobrazí aj rozsah poškodennej ischemickej sietnice (Máliš, 2008).
- Ďalšou dôležitou diagnostickou technikou je optická **koherentná tomografia**, pomocou ktorej je možné zobraziť sietnicu ako na histologickom reze s jej jednotlivými vrstvami. Slúži na diagnostiku ochorení sietnice a makuly a na monitorovanie ich vývoja. Mimoriadny význam má pri hodnotení edému makuly, pri vyhodnocovaní jeho dynamiky a monitorovaní efektivity jeho medikamentóznej, laserovej či chirurgickej liečby

(Molnárová, 2008).

- **Ultrasonografia** je najmodernejšou metódou, ktorá umožňuje zobrazenie sietnicových štruktúr s vysokou rozlišovacou schopnosťou až 3 µm formou rezu. S využitím A-scanu umožňuje základné merania na oku a lokalizáciu prípadných zmien. Vlastnosti ultrazvukového vyšetrenia B-scanom sa využívajú na diagnostiku zmien štruktúr oka pri diabetickej retinopatii. Vyšetrenie je neinvazívne a môže sa vykonať s vysokou rýchlosťou bez nutnosti rozšírenia zrenice (Kolář et al., 2003).

Hlavnou podmienkou **správnej liečby** diabetickej retinopatie je správna kompenzácia diabetu. V liečbe ochorenia je teda na prvom mieste **stabilizácia hladiny glykémie**, ale dôležitú úlohu zohráva aj liečba pridružených príznakov metabolického ochorenia, teda krvných lipidov a kontrola krvného tlaku. Z medikamentózne liečby by mohli určitú úľavu prinášať vazoprotektíva a venotoniká, avšak účinné farmakum nie je doposiaľ objavené. Prebieha výskum s anti-VEGF, kortikosteroidmi a ďalšími preparátmi (Kalvodová, 2011).

Možnosti špecializovanej oftalmologickej liečby sú toho času obmedzené len na symptomatickú liečbu, ktorá zahŕňa laserovú koaguláciu sietnice a pars plana vitrektómiu. Obe liečebné metódy majú svoje nezastupiteľné miesto v spomalení progresie diabetickej retinopatie. Ak je však kompenzácia diabetu nedostatočná, diabetickej retinopatie progreduje aj napriek laserovému ošetreniu sietnice či prevedeniu pars plana vitrektómie za vzniku vážnych komplikácií vedúcich k oslepnutiu (Rencová, 2003).

Laserová koagulácia sietnice bola zavedená do liečby v roku 1950. Intenzívne laserové žiarenie je absorbované bunkami pigmentového epitelu sietnice, xantofylom makuly a hemoglobínom v červených krvinkách a je premenené na teplo. Koaguláciou sa inaktivujú zóny, ktoré by mohli produkovať vaskulárny endoteliálny rastový faktor, miesta s masívnym presakovaním. Indikovaná je v štádiu pokročilej NPDR, v štádiu PDR a diabetickej makulopatie, pri rubeóze dúhovky a počínajúcim neovaskulárnym glaukóme. Najčastejšie je vykonávaná panretinálna laserfotokoagulácia (PRF), ktorá slúži na zmenšenie plochy hypoxickej sietnice. Hypoxické tkanivo je totiž terénom podnecujúcim vznik

a pôsobenie rastových faktorov, ktoré sú zodpovedné za vznik neovaskularizácie. Cieľom laserovej liečby je teda tento nepriaznivý vplyv zmierniť a stenčením bezcievnej vrstvy sietnice umožniť výživu vnútorných vrstiev sietnice difúziou z cievy. Používa sa pri tom argónový laser vlnovej dĺžky 488 alebo 514 nm, ktorý koaguluje len vrstvu pigmentového epitelu a neuroepitelu, pričom vnútornú sietnicu ponecháva neporušenú (Rybka, 2007). K pokrytiu plochy sietnice potrebujeme 800-2 000 zásahov, ktoré sa aplikujú na perifériu sietnice v niekoľkých sedeniach s cieľom koagulovať perifériu sietnice a presmerovať tak krvný tok do najdôležitejšej časti sietnice – do makuly (Máliš, 2008). Dostatočná laserová koagulácia sa prejaví zmenšením alebo až vymiznutím ložiskových zmien a zúžením žíl. Cieľom laserovej panretinálnej koagulácie je teda zabrániť progresii diabetickej retinopatie smerom k vývoju neovaskularizácie. Ak nestačí panretinálna koagulácia k uzáveru prítomných novovytvorených ciev, môžeme vykonať aj ich priamu koaguláciu. Laserovým lúčom sa potom mieri priamo na stenu patologickej cievy (Kuchynka et al., 2007).

Výsledky laserovej koagulácie, overené multicentrickými štúdiami: The Diabetic Retinopathy Study (1978) a The Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (1991) sú nasledovné:

- laserová liečba znižuje riziko straty zraku pacientov s klinicky signifikantným makulárnym edémom behom troch rokov o 50 %;
- panretinálna koagulácia obmedzuje oslepnutie pacientov s PDR behom piatich rokov o 90 % (Rencová, 2003).

Ak fotokoagulácia nie je úspešná, je neskoro prevedená alebo nedostatočná, diabetickej retinopatie progreduje do závažných, zrakov ohrozujúcich štádií – do PDR a jej komplikácií alebo do chronického makulárneho edému. V tomto prípade sa jedinou liečebnou možnosťou stáva **pars plana vitrektómia (PPV)**. Ide o operačnú metódu, ktorá je indikovaná pri hemoftalmuse, trakčnom odlúčení sietnice, neovaskulárnom glaukóme, rubeóze dúhovky s opacifikáciou médií znemožňujúcou panretinálnu fotokoaguláciu sietnice, makulárnym edémom či progredujúcej neovaskularizácii nereagujúcej na laser (Patel et al., 2006).

Do oka sa malými otvormi v pars plana corporis ciliaris zavádza tromi sklerotómiami infúzný roztok, zdroj

studeného svetla a vlastný nástroj. Vykonáva sa odstránenie sklovcového gélu a operácia sietnice. Operatér odsáva sklovcový gél, ktorý nahrádza vodným roztokom a odstraňuje väzivové tkanivo. V princípe ide o mikrogilotínu, ktorá nasáva a seká. Tak sa odstraňujú sklovcové hemorágie, sklovcové neovaskularizácie a proliferácie väziva (Máliš, 2008). V ťažších prípadoch, napr. pri odlúpnutí sietnice s trhlinou, býva pri pars plana vitrektómii sklovcová dutina vyplňovaná silikónovým olejom alebo expanzívnymi plynmi. Účelom týchto výplní je pritlačenie odlúpnutej sietnice k ďalším vrstvám. V prípade expanzívnych plynov na niekoľko týždňov do vstrebania plynu a v prípade výplne nevstrebateľným silikónovým olejom je na rozhodnutí operátora, za akú dobu je pri ďalšej operácii odstránený olej z oka (Rybka, 2007).

Strata zraku spôsobená retinopatiou má závažné psychosociálne dôsledky na kvalitu života pacientov a ekonomické dôsledky pre spoločnosť. Takto postihnutým pacientom hrozí strata zamestnania, sociálneho postavenia, rozpad osobných vzťahov. Oslepnutie je pre diabetika aj z dôvodu aplikácie inzulínu či merania glykémie veľkým problémom. Zrakovo postihnutí pacienti sa stávajú závislými od svojho okolia, majú problémy s každodennými aktivitami, pohyblivosťou, sú náchylnejší k zraneniam. So zhoršujúcou sa zrakovou ostrosťou sa zhoršuje i psychický stav pacientov – cítia sa byť zraniteľní, majú väčšie riziko vzniku depresie a suicidálneho konania, a preto je treba tejto komplikácii predchádzať.

PhDr. Mária Popovičová, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety

PhDr. Miroslav Semeš, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BARKASÍ, D. 2018. Poradenstvo pre diabetikov. In: DIA nádej. ISSN 2453-9821. č. 2/2018. ročník II. s. 9.
- KALVODOVÁ, B., SOSNA, T., ŘEHÁK, J., KOLÁŘ, P., ERNEST, J., PITROVÁ, Š. 2011. Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu diabetickej retinopatie [online]. 2011[cit. 2014-04-24]. Dostupné na internete: <http://www.diab.cz/dokumenty/standard_ocaspe>.
- KOLÁŘ, P., ŠTARHA, P., HÁJEK, D., VLKOVÁ, E., DRUCKMÜLLER, M. 2003. Význam matematického zpracování obrazu sítnice u diabetickej retinopatie. In: Česká a Slovenská oftalmologie. ISSN 1211-9059, 2003, roč. 6, č. 3, s. 160-170.
- KOVÁČOVÁ, B. 2014. Význam glykémie nalačno a postprandiálnej glykémie v prevencii diabetickej retinopatie : Rigoróza práca. Trnava : TU FZaSP, 2014. 100 s.
- KUCHYNKA, P. et al. 2007. Oční lékařství. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 812 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
- MÁLIŠ, V., JAVORKOVÁ, N. 2008. Diabetes mellitus z pohľadu oftalmológa. In: Via practica. ISSN 1336-4790, 2008, roč. 5, č. 7-8, s. 319-322.
- MOLNÁROVÁ, M., IZÁK, M. 2008. Diabetickej retinopatie. In: MOKÁŇ, M., MARTIN, K. A. E., GALAJDA, P. a kol. Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia. 2. vyd. Martin: P+M, 2008. ISBN 978-80-969713-9-8. s. 565-584.
- PATEL, J. I., HYKIN, P. G., SCHATZ, M., LOUG, V., FITZKE, F., GREGOR, Z. J. 2006. Pars plana vitrectomy with and without peeling of the inner limiting membrane for diabetic macular edema. In: Retina. ISSN 0275-004X, 2006, vol. 26, no. 1, p. 5-13.
- RENCOVÁ, E., ROZŠIVAL, P. 2003. Diabetickej retinopatie. In: PERUŠÍČOVÁ, J. et al. Diabetickej makulopatie a mikroangiopatie. 1. vyd. Praha : Galén, 2003. ISBN 80 7262 187-4. s. 201-235.
- RYBKA, J. 2007. Diabetes mellitus - komplikace a pridružená onemocnění: Diagnostické a léčebné postupy. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 317 s. ISBN 978-80-247-1671-8.
- ŠUPINOVÁ, M., ŠICHTOVÁ, A. 2012. Vplyv kompenzácie glykémie na vznik diabetickej retinopatie u osôb s diabetes mellitus 2. typu. In: Ošetrovateľstvo. ISSN 1338-6263, 2012, roč. 2, č. 4, s. 125-130.
- VALOVÍČOVÁ, E. 2005. Problémy pri prevencii a diagnostike diabetes mellitus 2. typu. In: Via practica. ISSN 1336-4790, 2005, roč. 2, č. 1, s. 11-16.

ZO ZDS	Predseda	E-mail	Telefonický kontakt
Banská Bystrica DIABANBY	Ing. Marián Murgaš	diabanby@gmail.com	0903 180 140
Bánovce nad Bebravou DIABAN	Anna Páleníková	a.palenikova@gmail.com	0915 776 500
DIAPETRŽALKÁ, Bratislava 5	Mgr. Ivan Lenorák	diapetrz@gmail.com	0948069730
Dolný Kubín DIAORAVA	Mgr. Anna Laliková	diaorava@gmail.com	0915 830 836
Dubnica nad Váhom DIADUB	Dana Žiačková	dankaziackova@gmail.com	0904 587 787
DIAHENN Humenné	Štefan Dlužanin	diahenn.he@gmail.com	0905 626 817
Košice - dospelí	Ing. Ruščinová Darina	darina.ruscinova@gmail.com	0907 624 150, 055/391 00 55
Košice - deti	Janka Pučková	jankapuckova77@gmail.com	0918 755 407
Kremnica DIAKREM	Daniela Plankenbuchlerová	zozdsdiakrem@gmail.com	0911 552 547, 0911 490 159
ZDS - ZO Levice	Magdaléna Kunyová	zdslevice@gmail.com	0907 282 173, 0917 619 875
Liptovský Mikuláš DIALIPTOV	Zuzana Štrícová	dstric@stvorec.sk	0918 719 586, 044/55 277 71
DIAMART Martin	PhDr. Andrea Bukovská	bukovska@unm.sk	0904 836 695, 043/42 384 83
Michalovce DIAMI	Mgr., Ing. Jozef Borovka	ecmichalovce@gmail.com	0908 293 043, 0905 253 951
DIANMV Nové Mesto nad Váhom	Libor Luščik	lupino2l@stonline.sk	0911 512 776, 032/77 144 98
Piešťany	Ing. Marian Ručkay	marian.ruckay@gmail.com	0905 718 551
Prešov	Mgr. Mária Koložváryová	dia.presov@gmail.com, mkolozvaryova@azet.sk	0911 552 700, 051/77 184 92
Prievidza DIAPREUGE	Mgr. František Čizmadia	diaprievidza@gmail.com	0940 653 997, 0907 986 567
Ružomberok RUŽA	Zuzana Slávkovská	bevos@bevos.sk	0908 837 508
Sabinov DIASABI	Mgr. Marko Urdzík	diasabi@centrum.sk	0907 534 441, 0902 624 023
Spišská Nová Ves DIASPIŠ	Monika Havrillová	monika.havrillova@gmail.com	0904 380 258, 053/44 686 38
Svidník	František Kostka	f.kostka12@gmail.com	0915 332 912, 054/75 203 35
Trebišov, DIATV	Mgr. Bc. Oktávia Marcincáková	diatvtrebisov@gmail.com	0904 415 750
Trenčín DIAVIA	Silvia Beňovičová	zds.diavia.trencin@gmail.com	0917 448 743
Trnava DIATYRNAVIA	Mgr. Miroslava Šamajová	samajovam@gmail.com	0904 313 342
Zlaté Moravce	Anna Gubová	pacalajovae@gmail.com	0905 821 999
Zvolen	MUDr. Ľuba Chlupisová	lubachlu@gmail.com, darinafrindtova@gmail.com	0903 525 306, 045/54 596 45
ZDS ZO DIAŽACA Žarnovica	Mgr., Ing. Jozef Zimmermann	jozef.zimmermann@lesy.sk	0918 334 607, 045/68 125 23
ZO ZDS DIAŽIARA	Jarmila Valová	diaziaara021@gmail.com	0904 904 764
Žilina DIAZIL	Ivan Ďuriš	diaklubzilina@gmail.com	0915 258 848, 041/72 428 14
Centrá sociálneho poradenstva a edukácie diabetikov			
Ľubochňa	Mgr. Anna Laliková	eclubochna@gmail.com	0915 830 836
Michalovce	Mgr. Lucia Demková	ecmichalovce@gmail.com	0908 293 043
Prešov	Bc. Viera Ignacová	vignacova@centrum.sk	0911 576 139
Trebišov	Mgr. Lucia Demková	ecmichalovce@gmail.com	0908 293 043

POTREBA MERANIA HLADINY CUKRU V KRVÍ

Základné informácie, prečo by si mal diabetik pravidelne merať svoju hladinu cukru v krvi

Jedným z problémov spojených s cukrovkou je to, že nemôžete vidieť, ba v mnohých prípadoch aj cítiť ďalšie zdravotné problémy. Práve preto by si mal diabetik merať svoju hladinu cukru v krvi. Pravidelné meranie hladiny cukru v krvi vám pomôže zistiť, čo sa deje a pomôže vám identifikovať, či hladina glukózy v krvi dosahuje cieľové hodnoty. Je to veľmi dôležité, ak chceme mať cukrovku pod kontrolou.

Prečo by som si mal merať hladinu cukru v krvi?

- identifikovať hladinu cukru v krvi,
- identifikovať a vyhodnocovať faktory, ktoré môžu spôsobovať vysokú, alebo nízku hladinu cukru v krvi,
- hodnotiť vplyv stravovacieho režimu, fyzickej aktivity, práce a stresu na vašu hladinu cukru v krvi,
- identifikovať či je potrebné upraviť vaše lieky alebo liečbu.

Zásady pri odbere kontrolnej vzorky krvi

- odberné pero je určené pre jednu osobu, nikdy si ho nepožičiavajte,
- aby som získal dostatočné množstvo krvi, masírujem si prst smerom k špičke prsta,
- ruky si umyjem vo vlažnej vode s mydlom. Dôkladne si ich vysušime!
- vzorku krvi si odoberieme z boku špičky prsta. Nikdy si neprepichujeme bruško prsta,
- aby ste redukovali bolesť, neprepichujte si palec ani ukazovák,



- lancetu na odber krvi z palca použite najviac 3 krát. Potom lancetu vymeňte, nakoľko sa hrot poškodzuje.
- pri každom odbere meňte prst a stranu špičky prsta.

Komplikácie spojené s cukrovkou

Krátkodobá komplikácia je spojená s nízkou hladinou cukru v krvi. Zvyčajne je pod 3,9 mmol/l a vyžaduje okamžitú liečbu zvýšením hladiny glukózy v krvi na pôvodnú hladinu. Prejavom nízkej hladiny cukru v krvi je bledá pokožka, trasenie, hlad, potenie, ospalosť, malátnosť, závraty a otupenosť.

Dlhodobé komplikácie môžu ovplyvňovať rôzne systémy v tele a možno ich odhaliť po stanovení diagnózy alebo až po mnohých rokoch cukrovky. Vysoká hladina cukru v krvi môže spôsobovať riziko ich výskytu. Je známe a vedecky dokázané, že pravidelnou kontrolou hladiny cukru v krvi a krvného tlaku sa zníži riziko výskytu

dlhodobých komplikácií. Medzi dlhodobé komplikácie patria:

- srdcové ochorenia,
- retinopatia, alebo diabetická choroba očí. Je to poškodenie sietnice vplyvom dlhodobej hyperglykémie. Zisťuje sa vyšetrením očného pozadia. Vyšetrenie je potrebné urobiť 1 krát za rok.
- nefropatia, alebo poškodenie obličiek vplyvom dlhodobej hyperglykémie. Je to najzávažnejšia komplikácia cukrovky, pretože ohrozuje diabetika priamo na živote. Vyšetrenie je potrebné urobiť 1 krát za rok.
- neuropatia, alebo poškodenie nervov vplyvom dlhodobej hyperglykémie. Zisťuje sa pomocou špeciálnych vyšetrení. Prejavuje sa stratou citlivosti na nohách, neskôr aj na predkoleniach a končekoch prstov rúk. Základné vyšetrenie je potrebné urobiť 1 krát za rok.

*Mgr., Ing. Jozef Borovka
Michalovce*

STUKOVATENIE PEČENE A OBEZITA – NOVODOBÝ „STRAŠIAK“ PRE PACIENTOV S DIABETOM MELLITOM 2. TYPU

NAFLD - Non- Alcoholic Fatty Liver Disease – Nealkoholová tuková choroba pečene - je charakterizovaná prítomnosťou steatózy pečene, t.j. excesívnym nahromadením tuku v tkanive pečene (steatóza musí byť prítomná vo viac ako 5% hepatocytov), ktoré je spojené s inzulínovou rezistenciou (IR). NAFLD je považovaná za benígnu, neprogresívnu formu choroby, zatiaľ čo NASH - **Non- Alcoholic Steatohepatitis** – Nealkoholová steatohepatitída - predstavuje progresívnu formu s rozvojom fibrogenézy, s vysokým rizikom vzniku cirhózy pečene a hepatocelulárneho karcinómu pečene (Belovičová, M., 2018).

Kľúčové etiopatogenetické faktory pre vznik NAFLD sú: príjem vysoko kalorickej potravy, nadbytok saturovaných tukov, rafinovaných cukrov, sladených nápojov, vysoký príjem fruktózy, sedavý spôsob života, nízky podiel fyzickej aktivity a tzv. západný typ diéty. Nadmerný príjem fruktózy môže zvýšiť riziko vzniku NASH a pokročilej fibrózy. Nezdravý životný štýl zohráva dôležitú úlohu pri rozvoji a progresii NAFLD. Preto zhodnotenie stravovacích návykov a fyzickej aktivity je súčasťou rozsiahleho skríningu NAFLD. Genetická predispozícia pre NAFLD/NASH je prítomná u 1/3 postihnutých, zvyšné 2/3 predstavujú faktory prostredia (EASL Guideline, 2016).

Stukovanie pečene môže byť **primárne alebo sekundárne**. Diagnostika primárnej NAFLD vyžaduje histologické potvrdenie alebo **vylúčenie jej sekundárnych foriem:** a) **nadmerné užívanie alkoholu** (množstvo alkoholu > 20g denne pre ženy a > 30g denne pre mužov); b) **užívanie liekov, ktoré prispievajú k stukovateniu pečene** (napr. tetracyklíny, estrogény, glukokortikoidy, cytostatiká, metotrexát, valproát sodný, salicyláty, warfarín, nifedipín, tamoxifén, amiodaron, meopenem, lieky na HIV, veľké dávky vitamínu A, atď.); c) **strata hmotnosti**; d) **lipodystrofia**; e) **dĺhodobá infekcia HCV genotyp 3**; f) **endokrinné choroby:** znížená činnosť štítnej žľazy, znížená činnosť hypofýzy; g)

hemochromatóza, choroba Wilsona, abeta-a-hypobetalipoproteinémia, celiakia, choroba Wolmana.

NAFLD je najčastejšou chorobou pečene v hospodársky rozvinutých krajinách. Prevalencia sa pohybuje v rozmedzí 17 - 46% v závislosti od diagnostických postupov, etnickej príslušnosti, veku, pohlavia (EASL Guideline, 2016). U detí súvisí prevalencia NAFLD s vekom dieťaťa: 3-10%, u obéznych detí však dosahuje hodnoty 40-70% (Leite, NC et al., 2014). **Prevalencia NAFLD stúpa s vekom, pretože pacienti vo vyššom veku majú viac rizikových faktorov metabolického syndrómu.** Vo všeobecnosti sa usudzuje, že progresia NAFLD do steatohepatitídy, resp. fibrózy vyplýva skôr z pridružených ochorení a dĺžky ich trvania ako z veku samotného (Vernon, G. et al., 2011). **Rizikovými faktormi pre rozvoj NAFLD sú: obezita, diabetes mellitus (DM) 2. typu, hypertriglyceridémia** (Bellantani, S., 2011, Dvořák, K., 2012, Brúha, R., 2015). NAFLD však môže byť prítomná u 7% osôb, ktoré obezitu nemajú. Musí byť však prítomná akumulácia viscerálneho tuku.

Diabetes mellitus je civilizačné ochorenie, ktoré negatívne ovplyvňuje a ohrozuje našu spoločnosť. Ochorenie má neustále stúpajúci charakter, a tým sa stáva vážnym a celospoločenským problémom, ktorý je neprehliadnuteľný. Riziko tohto ochorenia sa prejavuje i v neúmerne rýchlom a vzrastajúcom počte nových pacientov vo všetkých vekových kategóriách obyvateľstva. Spôsobuje somatické, psychické, zdravotné problémy, vážne pridružené zdravotné komplikácie, ťažké zdravotné postihnutie či smrť. Ochorenie v dôsledku svojho pôsobenia produkuje zároveň aj veľké množstvo sociálno-ekonomických problémov (Barkasi, D., 2017).

Obezita je definovaná ako zvýšená telesná hmotnosť zapríčinená nadmerným hromadením tuku. Zvyčajne sa definuje podľa indexu telesnej hmotnosti (BMI - body mass index - hmotnosť v kg / (výška v m)²). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO)

hovorí o celosvetovej epidémii obezity. V roku 2015 sa predpokladal výskyt 700 miliónov obéznych ľudí vo veku nad 15 rokov (Avdičová, M., 2013). Podľa údajov IASO (International Association for the Study of Obesity) bolo v roku 2002 na Slovensku 45% žien a takmer 60% mužov s nadhmotnosťou a obezitou, reálne obéznych bolo 14% žien a 16% mužov. V roku 2009 sa v krajinách OECD, kam patrí aj Slovensko, pohyboval priemer výskytu obéznych jedincov okolo 16,9%, ktorý dosahuje aj naša krajina (Krahulec, B., 2014).

Epidemiologické štúdie poukázali na to, že pacienti s NAFLD majú vyššiu celkovú mortalitu než bežná populácia. Je to ovplyvnené nielen samotnou cirhózou, ale predovšetkým kardiovaskulárnymi chorobami a extrahepatálnymi malignitami (karcinóm hrubého čreva a karcinóm prsníka). Potrebný je preto aktívny skrining kardiovaskulárnych chorôb u pacientov s NAFLD nezávislé od prítomnosti rizikových faktorov. Veľkú pozornosť vyžaduje sledovanie adolescentných a pediatrických pacientov s NAFLD ako aj metabolických rizikových faktorov (Targher, G.-Day, CP - Bonora, E., 2010, Pacifico, L.-Chiesa, C.-Anania, C. et al., 2014).

U pacienta so známym metabolickým syndrómom je preto potrebné cielene pátrať po pečevom ochorení v rovnakej miere ako sa dnes pátra po komplikáciách diabetu (Brúha, R., 2015).

Zistenie pokročilej fibrózy alebo cirhózy má pre osud pacienta s DM 2. typu podstatný význam - prinajmenšom v tom, že pacient môže byť zaradený do programu skríningu hepatocelulárneho karcinómu (HCC) a prítomnosti rizikových pažerákových varixov (Belovičová, M. - Adamcová - Selčanová, S., 2017). NAFLD je druhá najčastejšia príčina indikácie na transplantáciu pečene u pacientov s HCC. **Diabetici so steatózou pečene majú signifikantne častejší výskyt ischemickej choroby srdca, náhlejšej cievnej mozgovej príhody, periférnych cievnych**

ochorenie v porovnaní s diabetikmi bez steatózy (Brúha, R. – Dvořák, K. – Petrtyl, J., 2013, Tolman, KG – Fonseca, V. – Dalpiaz, A. – Ment, HT, 2007). **Choroby pečene sú 4. najčastejšou príčinou mortality u pacientov s diabetom.**

Štandardom pre potvrdenie diagnózy a prognózy NAFLD bola doteraz pečenná biopsia. V súčasnosti sú však dostupné aj neinvazívne metodiky. Jednou z nich je **tranzientná elastografia (Fibroscan)**. Odlišenie jednoduchej steatózy od steatohepatitídy má pre pacienta zásadný význam: steatóza je benígne ochorenie, NASH však až u 20% pacientov prechádza prostredníctvom procesu fibrózy do štádia cirhózy pečene (Brúha, R. - Dvořák, K. - Petrtyl, J., 2013).

Tranzientná elastografia (TE) je neinvazívna nebolestivá metodika, ktorá meria tuhosť tkaniva pečene (liver stiffness). Hodnotí rýchlosť šírenia nárazovej vlny v pečeni. (Belovičová, M. - Mašterová, V., 2016). Bola prijatá a štandardizovaná na výročnom európskom hepatologickom kongrese v Kodani v roku 2009 a odporúčaná EASL ako štandardná a bezpečná metóda na stanovenie stupňa fibrózy pri vybraných chorobách pečene.

Výšetrenie TE je technicky jednoducho realizovateľné, rýchle, pacientom dobre tolerované (pacient nemusí byť pred vyšetrením nalačno). Ultrazvuková sonda vysiela vibračné vlny s nízkou frekvenciou (50 MHz) a nízkou amplitúdou do pečenného tkaniva. Na základe rôznej elasticity či tuhosti pečenného tkaniva sa vlna odráža späť a zachytáva sa prístrojom. Rýchlosť odrazenej vlny priamo závisí od elasticity tkaniva. Čím je rýchlosť väčšia, tým je pečenný parenchým tuhší. Výsledkom vyšetrenia je hodnota elasticity parenchýmu pečene udaná v kilopascaloch (kPa). Pacient počas vyšetrenia leží na lôžku, vyšetrujeme ho cez medzirebrový priestor v oblasti pravého laloka pečene. Medián z 10 validných meraní s mierou úspešnosti minimálne 60% reprezentuje výslednú hodnotu tuhosti pečene (Belovičová, M., 2018). Limitáciou používania TE je nemožnosť dosiahnuť adekvátne meranie u pacientov s ascitom (tekutinou v bruchu). Neodporúča sa vykonávať vyšetrenie u tehotných žien a u pacientov s kardiostimulátorom (aj napriek

tomu, že neboli popísané žiadne nežiadúce účinky).

NAFLD je považovaná za pomaly progredujúce chronické ochorenie pečene u dospelých i u detí. Fibróza až v 20% prípadov progreduje rýchlo. Stupeň progresie sa udáva 1 stupeň za 14 rokov u NAFLD, kým u NASH to predstavuje 7 rokov a je dvakrát rýchlejší u pacientov so súčasným výskytom artériovej hypertenzie. NASH je asociovaná so zvýšenou štandardizovanou mortalitou v porovnaní so všeobecnou populáciou. **Choroby pečene sú považované za 3. najčastejšiu príčinu úmrtí v produktívnom veku na Slovensku (za kardiovaskulárnymi ochoreniami a onkologickými chorobami)** (Janičko, M., 2016). NAFLD u detí je považovaná za významný problém z dôvodu závažných komplikácií spojených s chorobami pečene. Boli zistené prípady cirhózy pečene NASH etiologie už u 8-ročných detí.

Liečebná stratégia pri NAFLD sa väčšinou opiera o **režimové opatrenia a liečbu jednotlivých zložiek metabolického syndrómu**. Je dokázané, že redukcia hmotnosti o 10% počas 6-12 mesiacov vedie u jedincov s NASH k zlepšeniu inzulínovej rezistencie aj histologického nálezu v pečeni (Brúha, R. – Dvořák, K. – Petrtyl, J., 2013). Zníženie hmotnosti o 4-14% vedie k štatisticky významnému zníženiu triglyceridov v pečeni a to o 35-81%. Miera ich zníženia je závislá od veľkosti redukcie hmotnosti. Potrebná je samozrejme aj pravidelná fyzická aktivita, ktorá podporí úsilie o redukciu hmotnosti a pomôže pri jej udržaní. Je totiž dokázané, že pacienti s NASH vykazujú menej než polovičnú fyzickú aktivitu v porovnaní s kontrolami. Pacientov však treba upozorniť na to, že príliš rýchla redukcia hmotnosti (napr. pri veľmi nízkokalorickej diéte) môže zvyšovať riziko progresie choroby pečene a dokonca viesť k zlyhaniu pečene.

Pohybová aktivita má význam nielen v liečbe NAFLD, ale aj v jej primárnej prevencii. Pohybová aktivita podporuje tvorbu aktívnej telesnej hmoty, bráni nežiaducej redukcii svalovej hmoty pri redukčnej diéte, znižuje diétou navodený pokles kľudového energetického výdaja, priaznivo ovplyvňuje výšku postprandiálneho energetického výdaja, zvyšuje mobilitu tukov z tukových zásob.

Pravidelná pohybová aktivita prispieva k redukcii hmotnosti a zlepšeniu metabolických komplikácií spojených s NAFLD: zlepšuje činnosť kardiovaskulárneho aparátu, znižuje hodnoty krvného tlaku (ako systolického tak aj diastolického tlaku o 2,5-10 mmHg), prehlbuje dýchanie, bráni vzniku osteoporózy, zlepšuje metabolizmus tukov a cukrov - zvyšuje HDL cholesterol, znižuje hodnoty celkového cholesterolu, triacylglycerolov, LDL cholesterolu. Na zvýšenie HDL-cholesterolu je však potrebný väčší objem pohybovej aktivity. U obezných diabetikov 2. typu vedie pohybová aktivita k zlepšeniu glykemického profilu. Pohybová aktivita taktiež znižuje incidenciu novovzniknutého diabetes mellitus 2. typu pri komplexnej intervencii životného štýlu u jedincov s poruchou glukózovej tolerancie. Okrem toho nezanedbateľný je pozitívny vplyv pohybovej aktivity na psychiku človeka.

Najúčinnejšou metódou v prevencii obezity a NAFLD/NASH je **cieľená intervencia zameraná na zlepšenie stravovacích návykov, zvýšenie fyzickej aktivity a zmenu životného štýlu**.

Doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.

Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene, Remedium s.r.o.

*VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava
Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, Bardejov*

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- AVDIČOVÁ, M a kol. 2013. Monitorovanie rizikových faktorov chronických chorôb v SR. Súdnic. Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie Svidník 2013. 175 str. ISBN: 80-971460-0-9.
- BARKASI, D., 2017. Sociálny pracovník ako súčasť multidisciplinárneho tímu pri zvládání ochorenia diabetes mellitus. Zborník príspevkov Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu 15.-16.06.2017, s. 9-21. 1. Vyd. Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum Sp. z o.o. ISBN 978-83-7520-221-2.
- BELLANTANI, S., SCAGLIONE, F., MARINO, M., BEDROUZI, G. 2010. Epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease. Dig. Dis. 2010; 28: 155161. ISSN 0257-2753.
- BELOVIČOVÁ, M. 2018. Vybrané choroby pečene a ich dopad na verejnú zdravie. 1. Vyd. Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie. 159 str. ISBN 978-80-971460-6-1.
- BELOVIČOVÁ, M., MAŠTEROVÁ, V. 2016. Nealkoholová tuková choroba pečene - závažná komorbidita diabetu. Forum Diab-2016 5(1): 45-48. ISSN 1805-3807.
- BELOVIČOVÁ, M., ADAMCOVÁ-SELČANOVÁ, S. 2017. Obezita a choroby pečene. Zborník príspevkov Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu 15.-16.06.2017, 22-33. 1. Vyd. Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum Sp. z o.o. ISBN 978-83-7520-221-2.
- BRUHA, R., DVOŘÁK, K., PETRTYL, J. 2013. Onemocnění jater u diabetiků. Vnitřní Lék 2013; 59(7): 546-550. ISSN 0042-773X.
- BRUHA, R. 2015. Screening jaterního poškození u pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Gastroent Hepatol 2015; 69(4): 365-367. ISSN 1804-7874.
- DVOŘÁK, K. 2012. Nealkoholická steatohepatitida (NASH) - týká se nás všech. Gastroent Hepatol 2012; 66, str. 377-383. ISSN 1804-7874.
- EASL-EASO Clinical Practice Guidelines: For the management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. [online] J Hep 2016; <http://dx.doi.org/10.2016/j.jhep.2015.11.004>.
- JANIČKO, M. 2016. Zvýšená aktivita pečenných enzymů - signál vážného problému. Nové léky - časopis o lécích. Bratislava, 2016. Ročník III (samostatná príloha): 3-5. ISSN 1339-8091.
- KRAHULEC, R. 2014. Obezita a diabetes mellitus. Dni praktickej obezitológie 2014. Zborník abstraktov konferencie, str. 49-50. ISSN 97880-971460-1-6.
- LEITE, N. C., VILLEA-NOGUEIRA, C. A., CARDOSO, C. R. L., SALLES, G. F. 2014. Non-alcoholic fatty liver disease and diabetes. From pathophysiological interplay to diagnosis and treatment. WJG. 2014; 14: 8377/8392. ISSN 1007-9327.
- PACIFICCO, L., CHIESA, C., ANANIA, C. et al. 2014. Nonalcoholic fatty liver disease and the heart in children and adolescents. World J Gastroenterol 2014; 20:9055-9071. ISSN 1007-9327.
- TARGHER, G., DAY, C. P., BONORA, E. 2010. Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease. N Engl J Med 2010; 363: 1341-1350. ISSN 0028-4793.
- TOLMAN, KG, FONSECA, V., DALPIAZ, A., MENT, HT. 2007. Spectrum of liver disease in type 2 diabetes and management of patient with diabetes and liver disease. Diabetes Care 2007; 30: 734-743.
- VERNON, G., BARANOVA, A., YOUNOSIL, Z. M. 2011. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults. Aliment Pharmacol Ther. 2011; 34: 274-285. ISSN online: 1365-2036.

SPIRITUALITA AKO PODSTATNÝ FAKTOR VPLÝVAJÚCI NA PROCES VYROVNANIA SA PACIENTOV S CHOROBOU DIABETES MELLITUS

Cielom nášho príspevku je poukázať na spirituálne možnosti ako sa vyrovnáť s chorobou diabetes mellitus. V príspevku poukážeme na samotnú spiritualitu, ktorá je základnou zložkou trichotómie človeka. Spirituálne zdôvodnenie choroby je veľmi dôležité pre človeka/pacienta a uvádzame, akoby mal veriaci človek hľadiť na svoju chorobu. Proces vyrovnania sa s chorobou po psychickej a spirituálnej stránke je jedinečný u každého človeka. Popisujeme fázy vyrovnávania sa s chorobou a spirituálne štýly zvládania choroby. Nakoniec uvádzame filozofiu prístupu k pacientovi s diagnózou diabetes mellitus.

V dnešnej dobe spiritualita už nie je tabu, to znamená, fenomén, o ktorom sa na verejnosti nesmelo hovoriť. I napriek tomu patrí u človeka medzi tajomné vnútorné dimenzie jeho osobnosti. Spiritualita vedie človeka k viere vo večný život a pomáha človeku zvládajť aj jeho životné situácie, napríklad chorobu diabetes mellitus.

Spiritualita

Duchovný život má rozhodný vplyv na náš vzťah k druhým ľuďom, ale i k nerozumnej prírode. Z toho vyplýva, že posledným cieľom človeka je zduchovenie, ktoré sa u rozumných bytostí prejavuje mravným poriadkom. V trichotómii, ako vysvetľuje sv. Irenej, sa Duch spája s dušou a skrze dušu aj s telom, aby vytvorili dokonalého človeka.

Je potrebné akcentovať, že spiritualita je právom a slobodnou voľbou možnosti a nie nutnosti každého človeka (o to viac pacienta s diagnózou diabetes mellitus) žiť svoj duchovný život. A ako každá potreba, i táto potreba je prejavom bytostného želania. Potreba je určitá sila, ktorá hýbe s človekom a posúva ho smerom k inému človeku alebo k činnosti. Potrebov sa nerozumie len to, čo človeku chýba, ale hlavne to, k čomu skrze potrebu jediniec smeruje.

Spirituálne zdôvodnenie choroby

Duchovnú dimenziu ľudia spravidla pociťujú počas choroby oveľa intenzívnejšie než inokedy. Duchovná orientácia vplýva na mentálnu, citovú a somatickú odpoveď na chorobu, utrpenie a umieranie. Preto uspokojovanie duchovných potrieb slúži

na redukciu existenciálnej úzkosti, je dôležitým zdrojom vyrovnávania sa.

Reakcia človeka/pacienta na oznámenie diagnózy diabetes mellitus je, že človek si dáva základnú otázku: „Prečo práve ja som dostal túto chorobu.“ Človek/pacient takto hľadá nielen medicínske zdôvodnenie svojej choroby, ale predovšetkým transcendentálne, to znamená, odkiaľ má jeho choroba pôvod.

Podľa kardinála Špidlíka, v antike bol rozšírený názor, že choroba pochádza z nejakého princípu zla. Populárny bol manicheizmus, ktorý učil, že príslušníci ríše tmy napadli ríšu svetla, zmocnili sa nejakých čiastočiek svetla a pomiešali ich s hmotou, ktorá je zlá. Takto povstal viditeľný svet, v ktorom je pomiešané dobro i zlo. Dobro treba vyslobodzovať podľa učenia Ježiša Krista, ktorý prišiel zo slnka od boha svetla. Vyslobodzovanie sa deje trojakou pečaťou. Zapečatené majú byť ústa (nepožívať mäso ani alkohol), ruka (chrániť život zvierat a rastlín), lono (chrániť sa manželstva a potomstva).

Pacienta s chorobou diabetes mellitus sa môže zmocniť pokušenie, ktoré dolieha na neho vo forme fatalizmu, to znamená, že to osud chcel, aby dostal túto chorobu. Tento pohľad potom môže človeka viesť k rezignácii na uzdravenie, respektíve na dodržiavanie liečby.

Veľmi často je aj u veriacich ľudí rozšírený názor, že choroba je trestom za hriech. Tento názor podľa Špidlíka zodpovedá antickému zmýšľaniu. Kresťanskému duchu zodpovedá myšlienka Božieho trestu ako činnosť dobrého Boha, ktorý je lekárom. Tresty v rukách Božích sú ako liek v rukách lekárov. Tresty sú akoby novou teofániou,

zjavením sa Boha a trest v hriešnikovi prebudí bázeň k Bohu a súčasne spôsobuje aj odpustenie hriechov, teda zbavuje zla a je príčinou ospravedlnenia. Keď sa pacient s diabetes mellitus nájde v tomto kresťanskom duchu, mal by prosiť milosrdného Boha o odpustenie hriechov, ale aj o trpezlivosť znášať chorobu.

Sedláček uvádza, že to môže byť moment skúšky, kde hovoríme Bohu: „Pane Bože, čo robíš? Nechal si ma tak, ostávaš ticho, som tu, nechal si ma samého...“ V chorobe by sme aj napriek neprijemnému pocitu, že sme vydaní nepriazni osudu, mali pamätať na to, že Otec nás zahŕňa svojou láskou aj keď trpíme. Nie sme bábkou v jeho rukách.

Pacient s chorobou diabetes mellitus, ktorý pri dôkladnej sebareflexii nenachádza vo svojom živote nejaké vážne previnenie sa tiež môže pýtať, prečo práve ja. Podľa kardinála Špidlíka utrpenie spravodlivého je pre svet svedectvom jestvovania Boha. Často čítame z dôb prenasledovania prvých kresťanov, že mučeníci sú nasledovníci trpiaceho Krista. Mučeník je ten, kto položil svoj život pre vieru. Vo východnej zbožnosti sú tzv. strastoterpci – tí, ktorí trpeli prenasledovanie, alebo napr. malé deti, ktoré boli zavraždené bez dôvodu. Utrpenie podľa Dostojevského má hodnotu vykúpenia.

Proces vyrovnania sa s chorobou

Podľa Mráza osobné prežívanie utrpenia má svoju jedinečnosť a neopakovateľnosť, tak ako je jedinečná a neopakovateľná ľudská osoba. Z tohto dôvodu nie je možné vytvoriť všeobecné platné schémy prežívaného utrpenia, ani podať jednoznačné

recepty na jeho prekonanie. Je možné poukázať na niektoré spoločné črty a východiská. V tomto procese psychológovia rozoznávajú niekoľko fáz prežívania choroby:

1. Výkrik – citová reakcia človeka na podnet, udalosť, správu, čím je v tomto prípade správa o ťažkom ochorení. Táto citová reakcia má často charakter paniky, prejavujúcim sa zdesením, kolapsom, extrémnym vyhrotením pocitov a zmätenosťou. Fáza výkriku sa môže navonok prejavovať nariekaním, plačom, hysterickým krikom, malomyselnosťou a depresiami.
2. Popretie choroby – táto fáza je charakterizovaná snahou o potlačenie krízovej situácie. Daný človek koná, akoby sa nič nestalo, akoby to nebola pravda. Preto si vymýšľa všetky možné i nemožné argumenty, aby mu pomohli poprieť skutočný stav.
3. Intrúzia – určitá doba obsesie. Človek postihnutý chorobou sa neustále zaoberá danou situáciou až tak, že jeho myseľ si nemôže odpočinúť ani vo dne, ani v noci.
4. Vyrovnanie – obdobie hľadania inej cesty, iných alternatív a možností, než predstavuje vzniknutá situácia. Nejde tu o jednorazové vyrovnanie, ale o celú sériu pokusov, pretože chorý stojí pred úplne novými a neznámymi problémami, ktoré musí spoznať a riešiť. Je to fáza adaptácie, ktorá smeruje k uľahčeniu svojho údely a má pasívnu a aktívnu zložku.
5. Zmierenie – vedie k nájdeniu riešenia vzniknutej krízovej situácie, pričom človek musí prijať určitý fakt a handicap. Často musí prijať radikálne iný spôsob života než mal predtým, pričom je schopný myslieť na kritickú udalosť a situáciu bez toho, že by ho to príliš deprimovalo.

V každej z týchto fáz je nesmierne dôležitá úloha okolia, najmä príbuzných a zdravotníkov, ich záujem, ochota vypočuť, pomôcť, poslúžiť v rôznych oblastiach.

Spirituálne štýly zvládania choroby a utrpenia

Štýl zvládania choroby Křivohlavý definuje ako „tendenciu jednat

v stresujúcej situácii určitým spôsobom.“ Je možné, že daný štýl zvládania choroby charakterizuje daného človeka. Keď sa dostane do stresovej situácie, očakávame, že sa bude správať určitým spôsobom, ktorý sme u neho predtým niekoľkokrát videli. Křivohlavý uvádza tieto štýly, ktoré sa týkajú spirituality:

1. Katarzia – snaha vyrozprávať iným ľuďom, čo človek v živote prežil a vytrpel. Obyčajne to prinesie človeku úľavu a to má svoju hodnotu. Keď človek nemá možnosť druhým vyrozprávať čo sa mu stalo, dochádza k psychickým ťažkostiam. Zvláštnym úkonom katarzie je spoveď. V tejto sviatosti môže spovedník kajúcnikovi dodať odvalu k pokojnému a dobremu životu. Kajúcnik nosí v sebe veľakrát falošné presvedčenie o Bohu a svojom živote, oddáva sa fatalizmu, ktorý paralyzuje vôľu a deštruktívne na neho pôsobí. Spovedník má posilniť presvedčenie chorého, že život je Božím darom, treba ho prijať v pokore a láske. Celá účinnosť pokánia je v tom, že kajúcnikovi navracia Božiu milosť a spája ho s Bohom v dokonale priateľstve.
2. Meditácia – pri meditácii sa človek/pacient hlbšie zamýšľa nad určitou myšlienkou, Biblickým podobenstvom, citátom alebo výrokom svätca. Jestvujú meditačné nahrávky, ktoré môžu povzbudiť pacienta. Meditácia vplýva predovšetkým na vnútorné upokojenie pacienta.

Filozofia prístupu k pacientovi s ochorením diabetes mellitus

Východiskom pre prácu s chorým človekom je salutogenetický prístup, ktorý vychádza z koncepcie zdravia podľa Aarona Antonovského. Cieľom tohto prístupu je vysvetliť prepojenosť a význam zostávajúceho zdravia a reálnej choroby. Ide o dva protiklady zdravia a choroby, ktorých výsledkom je optimistický pohľad na chorého a samotnú odbornú prácu s chorým človekom. V priamej práci to znamená, že lekár, ošetrovateľ/ka nevníma chorého človeka ako diagnózu, ale v prvom rade ako človeka s chorobou diabetes mellitus. Je to podstatný postoj k pacientovi. Čiže ide o akési vnútorné nastavenie profesionála (lekára, ošetrovateľa/ku, sociálneho pracovníka

pri výkone liečenia, ošetrovania a starostlivosti. Ak sa na osobu (napr. s amputovanou dolnou pravou končatinou, z dôvodu diabetes mellitus pozeráme ako na človeka, ktorý má funkčné horné končatiny a ktorý dokáže sám vykonávať rannú hygienu a pomáhajúci profesionál klienta povzbudzuje a podporuje vo vykonávaní činnosti, znamená to, že pomáhajúci profesionál aplikuje salutogenetický prístup v starostlivosti. V laickej verejnosti sa často stretávame s postojom ľutovania človeka, že má „chudák“ amputovanú nohu, a že sa o neho musíme postarať, ráno ho umyť, potom ho nakŕmiť..., lebo on to má teraz ťažké a podobne. Takýto prístup sa nazýva patogenéza.

Keď Ježiš uzdravil slepého od narodenia, jeho učeníci sa ho opýtali: „Rabi, kto zhrešil on alebo jeho rodičia, že sa narodil slepý?“ Ježiš odpovedal: „Nezhrešil ani on, ani jeho rodičia, ale majú sa na ňom zjaviť Božie skutky.“ (Jn 9, 2-3). Podľa vtedajšej mienky každé nešťastie, choroba, postihnutie bolo Božím trestom za hriechy. Ježiš túto mienku vyvrátil a inými slovami povedal, že Bohu je milý aj chorý človek. Preto vzťah s Bohom má zmysel, nakoľko otvára človeku perspektívu v jeho chorobe, takto choroba dostáva zmysel a hodnotu.

Doc. ThDr. PETER VANSÁČ,
PhD., mim. prof.

VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Detašované pracovisko bl. Metoda
Dominika Trčku, Michalovce

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- AUGUSTYN, J.: Umenie spovedať, Poradca pre kňazov aj laikov, Dobra kniha Trnava Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2010, s. 436, ISBN 978-80-7162-8444-6
- BAGIN, A a kol.: Malý teologický lexikón, SSV Trnava 1997.
- BÁRTOVÁ, S. Etika v práci s klienty zbavenými svedčnosťou. Brno, 2006, 72 s., príl. Diplomová práca. Masarykova univerzita, Fakulta sociálnych štúdií Brno.
- Katechizmus katolíckej cirkvi, Trnava, 1999, s. 918, ISBN 80-7162-259-12007.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemoci, Grada Publishing, Praha 2002, 200 s., ISBN 8024701790
- KURIPLACHOVÁ, G., PAVELKOVÁ, M.: Existenciálne a spirituálne potreby onkologických chorých, In: JUDÍČÁKOVÁ M. a kol. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov, Zborník referátov z 3. Slovenského chirurgického dňa v Košiciach, Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, Prešov 2010, s. 31 – 35, ISBN: 978-80-555-0261-8
- MRÁZ, M.: Problém utrpenia a jeho riešenie v medicínskej etike, Dobrá kniha, Trnava 2000, s. 133, ISBN 80-7141-301-1
- TOKOVSKÁ, M.: Starostlivosť o človeka v kontexte vybraných pomáhajúcich, Pedagogická fakulta Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Banská Bystrica 2013, s. 10 – 11, ISBN 978-80-557-0528-6
- SEDLÁČEK, J. 2014. Otcovské rany. Šťnásť skutočných príbehov o tom, ako a prečo bolia (O identite muža s ranami), DON BOSCO 2015,2. vydanie 2016, Bratislava 2016, 360 s.,
- Sväté písmo Starého i Nového zákona, Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, ISBN 80-7162-236-2
- Sväté písmo Starého i Nového zákona, Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, ISBN 80-7162-236-2
- ŠPIDLÍK, T.: Spiritualita křesťanského východu, Řím – Křesťanská akademie Velehrad 1983, s. 437.

KLASIFIKÁCIA CUKROVKY

Cukrovka je jednou z metabolických ochorení, ktorej základným znakom je hyperglykémia. Ochorenie je spojené s poruchou sekrécie inzulínu, poruchou účinku inzulínu, prípadne ich kombináciou. Základné typy cukrovky sú:

Diabetes mellitus I. typu

Dochádza tu ku imunitnej deštrukcii **B** – buniek pankreasu. Vedie to k nedostatku inzulínu a tým aj

k životnej závislosti na inzulíne podávanom zvonku. Vyskytuje sa prevažne u detí a mladých ľudí. Príčina vzniku ochorenia nie je známa.

Diabetes mellitus II. typu

Dochádza tu k inzulínovej rezistencii. Vzniká väčšinou u ľudí nad 40 rokov. Najviac sa vyskytuje u obéznych a u ľudí pod stálym stresom. Začiatok ochorenia je pomalý, nebadaný. Diagnostika býva často náhodná. Príznaky

sú nevýrazné v mnohých prípadoch žiadne. Liečba býva vo väčšine prípadoch tabletkami a niekedy aj inzulínom z dôvodu zabráneniu hyperglykémii.

Gestačný diabetes mellitus

Tento typ cukrovky sa zistí počas tehotenstva. Liečba býva vo väčšine prípadoch diétou a vo výnimočných prípadoch aj inzulínom. Po tehotenstve sa väčšinou stráca, ale ženy ostávajú pod odbornou kontrolou diabetika aj naďalej.

Inzulíny podľa účinku

Inzulíny podľa dĺžky účinku poznáme:

- Dlhouúčinkujúci inzulín má začiatok účinku 2 hodiny po vpíchnutí. Najväčší účinok je medzi 4 až 8 hodinou.
- Rýchloúčinkujúci inzulín má začiatok pôsobenia 15 až 20 minút po vpíchnutí. Najvyšší účinok je medzi 1 až 3 hodinou.
- Analógy rýchloúčinkujúcich inzulínov majú začiatok účinku 15 minút po vpíchnutí. Jeho účinok je prvú hodinu.

Hypoglykémia

Hypoglykémia sa u diabetikov považuje hladina cukru v krvi pod 3,9 mmol/l. Hodnota medzi 4 až 5 mmol/l sa považuje za zníženu hladinu cukru v krvi. Nie je hypoglykémia. Následkom častých hypoglykémii dochádza k poškodeniu mozgu. Hypoglykémiiu delíme na:

- Lhká hypoglykémia – 3 až 3,9 mmol/l. Diabetik si ju môže poriešiť aj sám. Prejavy sú spavosť, reaguje na meno.
- Stredná hypoglykémia – 2 až 3,8 mmol/l. Vníma len silné podnety.
- Ťažká hypoglykémia – nižšia ako 2 mmol/l. V tomto prípade musí diabetikovi pomôcť len druhá osoba a lekár. Môže nastať kóma – bezvedomie.

Príčiny vzniku hypoglykémie sú:

- Vysoká dávka inzulínu.
- Nezvyčajná fyzická aktivita bez preventívnych opatrení.

Viac ako 140 rokov robíme život lepším.



Lilly

1876 – 2018



Aby ste sa v diabete nestratili, zavolajte nám na **bezplatnú infolinku 800 112 122**.

- Alkohol vo väčšom množstve.
- Nesprávny prepočet sacharidových jednotiek.
- Vysoká dávka antidiabetík a iné.

Príznaky hypoglykémie sú potenie, tras rúk, hlad (vlčí), búšenie srdca, bolesti hlavy, trpnutie okolo očí, slabosť, únava, závraty, úzkosť, poruchy videnia, ťažkosti pri rozprávaní, nesústreďenosť, podlamovanie kolien, bledosť, zmeny nálady.

Čo robiť pri hypoglykémii

- Lahká, stredná hypoglykémia – 2 dcl ovocného džúsu, hroznový cukor, 2 dcl Coca cola, 4 sáčky kryštálového cukru (á 5 g), 4 kocky cukru. Nikdy nepodávať DIA a light nápoje!
- Ťažká hypoglykémia – Glukagón Hypokit injekcia – podať po nariadení do svalu (aj cez odev – záchrana života !!!) Nikdy nedávať nič jesť ani zapiť!

Hyperglykémia

Hyperglykémia znamená zvýšenie hladiny cukru v krvi, väčšinou nad 10 mmol/l. Chronická hyperglykémia vedie po čase ku ketoacidóze a k poškodeniu orgánov v tele.

Príčiny vzniku hyperglykémie sú:

- Chyby v aplikácii inzulínu.
- Nízka dávka inzulínu, vynechanie, zabudnutie.
- Nesprávne podanie inzulínu (povrchový vpich, únik inzulínu, u inzulínových púmp zapchatie kanyly, nalomenie kanyly.
- Zlé vstrebávanie inzulínu (aplikovanie do miest, kde je opuch, zatvrdnutie a pod.).
- Stres – zmena pravidelného režimu dňa.
- Závažné diétne chyby (prejedanie sa, nesprávne stravovanie).
- Nízka, alebo žiadna fyzická aktivita.
- Choroba, vysoká teplota, infekcia a pod.

Príznaky hyperglykémie sú nadmerný smäd, nadmerný príjem tekutín, častejšie močenie, únava, slabosť, ospalosť, nechúť do jedla alebo aj hlad, suchosť pokožky, bolesti hlavy, časté infekcie kože a pod. Ak hyperglykémia trvá dlhšie, sú prítomné jej príznaky vo forme nechutenstva, bolesti brucha, vracanie, ťažké a hlboké dýchanie (acetónový zápach z úst).

Čo robiť pri hyperglykémii:

- Pátrať po príčine vzniku a odstrániť príčinu hyperglykémie.
- Pokračovať v intenzívnej liečbe cukrovky a v meraní hladiny cukru v krvi.
- Piť dostatočné množstvo tekutín (zavodňovanie organizmu).
- Ak nie ste hladný alebo nemôžete jesť, nahraďte jedlo tekutou stravou.
- Poradte sa so svojim diabetológom a po dohode upravte liečbu.

*Mgr. Lucia Demková
Sociálny pracovník
Zväzu diabetikov Slovenska*



BIOPTON®
LIGHT THERAPY SYSTEM By Zepter Group

„V nemocniciach prakticky neexistuje oddelenie či ambulancia, kde by terapia svetlom BIOPTON nenašla svoje uplatnenie.“

MUDr. Miroslav Gašpar, špecialista na fyziatriu, balneológiu a liečebnú rehabilitáciu

Fototerapia je moderná liečebná metóda, ktorá využíva najprirodzenejší zdroj energie - svetlo. Prístroj BIOPTON® pracuje s polarizovaným svetlom v spektrálnom pásme 480-3400 nm. Tieto vlnové dĺžky navodzujú v organizme predovšetkým **biostimulačný, analgetický a protizápalový efekt**. Polarizované svetlo nachádza uplatnenie v rade medicínskych odborov.

Medzi najdôležitejšie indikácie patrí:

1. **kožné afekcie (vredy predkolenia, dekubity, pooperačné jazvy, akné, herpes),**
2. **ochorenia pohybového aparátu** (bolesti chrbtice, artrotické postihnutie kĺbov, artritídy, epikondylitídy),
3. **gynekológia a pôrodnictvo** (strie v období tehotenstva, jazvy po epiziotómii, prasklinky prsných bradaviek, mastitídy).

Používanie prístroja BIOPTON je veľmi bezpečné a nie je viazané len na zdravotnícke zariadenia, ale je veľmi vhodné aj v domácom prostredí. Medzi ďalšie výhody terapie svetlom BIOPTON patrí veľké množstvo indikácií, cenová dostupnosť a možnosť liečenia aj v období tehotenstva.

www.bioptron.sk

ZEPTER SLOVAKIA spol. s r. o.
Karadžičova 7610/16, 821 08 Bratislava
Tel.: 0905 806 484

zepter®
INTERNATIONAL
LIVE BETTER • LIVE LONGER



ĎAKUJEME NAŠIM PARTNEROM

Generální partneri:



Hlavní partneri:



Partneri:

