

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA

Najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku

47. výročná konferencia SSVPL



ZBORNÍK ABSTRAKTOV

15. – 17. 10. 2026
Hotel Bellevue
Horný Smokovec



Bližšie informácie a registrácia:
www.idl.sk



www.ssvpl.sk

PROGRAM



APLIKÁCIA



47. výročná konferencia SSVPL 15.–17.10.2026

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

recenzenti:

MUDr. Peter Makara, MPH

Doc. PhDr. Jozef Babečka, PhD.

Prof. MUDr. M. Belovičová, PhD.

Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2026

ISBN 978-80-69061-16-3 brožované vydanie

ISBN 978-80-69061-17-0 on-line vydanie

47. výročná konferencia SSVPL

ZBORNÍK
ABSTRAKTOV

OBSAH

BLOK PRACOVNÉ LEKÁRSTVO

1. POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA: OD TEÓRIE K PRAXI
• Ahmadullah FATHI, Zuzana MAČUDOVÁ 7
2. POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOPELÝCH - KAZUISTIKY Z PRAXE
• Zuzana MAČUDOVÁ, Ahmadullah FATHI 8
3. ONKOLOGICKÉ OCHORENIA V SÚVISLOSTI S PRACOVNOU EXPOZÍCIOU • Slavomír PEREČINSKÝ 8
4. „QUO VADIS“ PRACOVNÉ LEKÁRSTVO • Ľubomír LEGÁTH 9

BLOK KAZUISTIKY Z PRAXE – MEDZINÁRODNÁ ÚČASŤ

5. UACR V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA – MALÉ VYŠETRENIE S VEĽKÝM VÝZNAMOM
• Stanislava MIKULOVÁ, Stanislava DARUĽOVÁ, Marián MOKÁŇ 11

BLOK CHRONICKÝ PACIENT

6. PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA V RUKÁCH VŠEOBECNÉHO LEKÁRA
• Annamária CAJCHANOVÁ 12

BLOK AKO PODPORIŤ IMUNITU

7. VYSOKODÁVKOVÝ INFÚZNY VITAMÍN C
AKO PODPORA V LIEČBE A PREVENCII INFEKČNÝCH OCHORENÍ • Beáta VANEKOVÁ 13
8. VYUŽITIE VYSOKODÁVKOVÉHO INFÚZNEHO VITAMÍNU C
V PRAXI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • Rastislav ZANOVIT 13

BLOK PNEUMOLÓGIA 2030 – NOVÉ VÝZVY PRE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

9. COVID-19 - ČO NÁS NAUČIL PRE PRAX • Zuzana MOJZEŠOVÁ 14

BLOK SLASTI A NERESTI A KRVNÝ TLAK

10. ALKOHOL A KARDIOVASKULÁRNÝ SYSTÉM • Jitka MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ 14
11. OTUŽOVANÍ, SAUNA – KREVNÍ TAK A KARDIOVASKULÁRNÝ ZDRAVÍ • Petra VYSOČANOVÁ 15

BLOK ÚZKOSŤ A DEPRESIA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA:
BEZPEČNÁ A RACIONÁLNA FARMAKOTERAPIA V PRAXI
SYMPOZIUM SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI SLS

12. AKO BEZPEČNE ZAČAŤ ANTIDEPRESÍVNU LIEČBU
V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA • Matúš VIRČÍK 16
13. GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA A DEPRESIA V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI:
KAZUISTICKÉ PRÍKLADY LIEČBY • Niké MAKAROVÁ 17
14. NA ROZHRAŇÍ FARMAKOTERAPIE A FYTOFARMÁK: MOŽNOSTI, LIMITY A RIZIKÁ
• Jozef DRAGAŠEK 17



BLOK NÁVRAT K ŠPORTU PO ONKOLOGICKEJ LIEČBE

15. ONKOLOGICKÝ PACIENT VČERA A DNES - OD FATÁLNEJ DIAGNÓZY K CHRONICKÉMU OCHORENIU
• Lucia VENGLARČIKOVÁ 18
16. NÁVRAT ONKOLOGICKÉHO PACIENTA K ŠPORTU – DOPORUČENIA A TRENDY PRE AMBULANCIU
VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • Milan VAHOVIČ, Michal KARÁSEK 19
17. HEART RATE VARIABILITY (HRV), AKTIVÁCIA PARASYMPATIKA A DYCHOVÁ REHABILITÁCIA
– ÚLOHA V PROCESE NÁVRATU K ŠPORTU U PACIENTOV SO ZNÍŽENOU ZDATNOSŤOU PO
ONKOLOGICKEJ LIEČBE • E. ZÁVADOVÁ, Katarína JEVČÁKOVÁ, Kubo BAČOVČIN, Daniela NEMTOC 20

BLOK STABILNÝ PACIENT: OD PREVENECIE PO DLHODOBÚ KONTROLU

18. HERPES ZOSTER - DIAGNOSTICKÉ DILEMY A OPTIMÁLNA TERAPIA V PRAXI • Eva ŠKUTILOVÁ 21
19. KALCIFEDIOL - ORANŽOVÁ VOĽBA PRI NEDOSTATKU VIT. D • Andrea ŠVRČKOVÁ 22
20. OD RÝCHLEHO NÁSTUPU K DLHODOBEJ ÚLAVE OD BOLESTI • Zuzana NEDELKOVÁ 23
21. SYNERGIA V LIEČEB HYPERTENZIE VYUŽITIE DUÁLNEHO MECHANIZMU ÚČINKU NEBIVOLOLU
• Peter SOLÍK 24

BLOK BLOK V4

22. THE ROLE AND RESPONSIBILITIES OF THE FAMILY PHYSICIAN IN THE HEALTHCARE SYSTEM:
THE EXAMPLE OF POLAND • Piotr POBROTYN, Robert SUSLO, Julia POBROTYN, Jarosław DROBNIK 25
23. EVOLUTION OF THE PUBLIC SYSTEM FOR PROVIDING CARE TO PATIENTS WITH HEART DISEASE
IN POLAND • Piotr POBROTYN, Jarosław DROBNIK, Tomasz SOWIŃSKI, Robert SUSŁO 26

BLOK BLOK PODPORENÝ SLOVENSKOU ANGIOLOGICKOU SPOLOČNOSŤOU

24. PACIENT S KRITICKOU KONČATINOVOU ISCHÉMIOU - VIEME VŽDY NÁJSŤ MOŽNOSŤ INTERVENECIE? •
Juraj MAĎARIČ, Ľubomír FLAK, Miroslav ŠIRILA, Lukáš VINCZE, Petr VAŘEJKA 29
25. PACIENT S OCHORENÍM PERIFÉRYCH CIEV V PREDOPERAČNEJ PRÍPRAVE
• Katarína DOSTÁLOVÁ, Katarína GAZDÍKOVÁ 30
26. KEDY ODOSLAŤ PACIENTA S CUKROVKOU NA CIEVNE VYŠETRENIE? • Iveta KOPALOVÁ, Tomáš KOPAL 33

BLOK ŽIVOTNÝ ŠTÝL AKO NÁSTROJ PREVENECIE: OD PRÍRODNÉHO PROSTREDIA PO MANAŽMENT OBEZITY

27. EXPOZÍCIA PRÍRODNÉMU PROSTREDIU AKO SÚČASŤ PRIMÁRNEJ PREVENECIE A PODPORY ZDRAVIA
• Jana BABJAKOVÁ, Michal PÁLENÍK, Diana VONDROVÁ, Ľubica ARGALÁŠOVÁ, Adela PENESOVÁ 34
28. OBEZITA U ŽIEN: OD POLYENDOKRINNÉHO METABOLICKÉHO OVARIÁLNEHO SYNDRÓMU (PMOS)
AŽ PO MENOPAUZU • Adela PENESOVÁ, Michal PÁLENÍK, Ivan HRIC, Viktor BIELIK, Jana BABJAKOVÁ 35
29. VPLYV POHYBOVEJ A NUTRIČNEJ INTERVENECIE NA SEXUÁLNE ZDRAVIE PACIENTOV S OBEZITOU
- PREDBEŽNÉ VÝSLEDKY • Michal PÁLENÍK, Jana BABJAKOVÁ, Adela PENESOVÁ 36

BLOK UROLOGICKÁ ONKOPREVENECIA A REPRODUKČNÉ ZDRAVIE MUŽA

30. MOŽNOSTI PRIMÁRNEJ UROLOGICKEJ ONKOPREVENECIE -SÚČASNÉ DÔKAZY A ODPORUČANIA
• Peter MINÁRIK, Daniela MINÁRIKOVÁ 37
31. REPRODUKČNÉ ZDRAVIE MUŽA A ONKOLOGICKÉ RIZIKÁ • Igor BARTL 39

BLOK ČO BY MOHLO ZAUJÍMAŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH?

32. OČKOVANIE PROTI HERPES ZOSTER • Zuzana KRIŠTÚFKOVÁ 40
33. VÍRUSOVÁ HEPATITÍDA TYPU A V PRAXI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA
• Jana KERLIK, Mária AVDIČOVÁ, Adriana MEČOCHOVÁ, Katarína TINÁKOVÁ 41
34. MANAŽMENT PACIENTOV S MULTIREZISTENTNÝMI KMEŇMI A ICH KONTAKTOV V AMBULANCI VLD
• Slavka LITVOVÁ, Mária ŠTEFKOVIČOVÁ, Janka PRNOVÁ 42

BLOK KARDIOLÓGIA

35. AMBULANTNÝ MANAŽMENT BOLESTI NA HRUDNÍKU PODĽA NOVÝCH ŠDTP
• Adriána JAROLÍMKOVÁ 43

BLOK MANAŽMENT A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA PACIENTOV PRI OCHORENIACH A ÚRAZOCH LAKŤA

36. MÁM ŤAŽKOSTI S LAKŤOM - AKO SPRÁVNE VYŠETRIŤ LAKEŤ A AKO POSTUPOVAŤ NA AMBULANCI VLD
• Peter KLEIN 43

BLOK ČO MÔŽEME PONÚKNUŤ NAŠIM PACIENTOM S BOLEŠŤOU CHRBTY ALEBO VENTRÁLNOU HERNIOU? NOVÉ MOŽNOSTI

37. ROBOTICKÝ MINIINVAZÍVNY PRÍSTUP V LIEČBE VENTRÁLNYCH HERNÍ V POROVNANÍ S KLASICKOU
OTVORENOU REKONŠTRUKCIOU • Ľudovít DANIHEL, Martin KUKUČKA, Karin GULBIŠOVÁ 45
38. PACIENT S BOLEŠŤOU CHRBTICE BEZ BLÚDENIA SYSTÉMOM • Martin BENČO, Miroslav Kmeť 46

BLOK SMEROVANIE ZÁUJMU MLADÝCH LEKÁROV

39. ALBUMINÚRIA: TICHÝ MARKER KARDIOVASKULÁRNEHO RIZIKA • Bianka TUŠÍMOVÁ 48
40. OCHRANA A REGENERÁCIA PAŽERÁKA U PACIENTA S GASTROEZOFAGEÁLNOU REFLUXNOU
CHOROBOU • Lukáš OLŠAVSKÝ 48
41. GLP-1 RECEPTOROVÉ AGONISTY: BENEFITY PRESAHUJÚCE REDUKCIU TELESNEJ HMOTNOSTI
• Miroslava PELOVÁ 49
42. TEHOTNÁ PACIENTKA V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA: PRAKTICKÉ ODPORUČANIA PRE
KAŽDODENNÚ PRAX • Adriána JAROLÍMKOVÁ 50

BLOK ZDRAVIE ŽENY – MENOPAUZA

43. MENOPAUZA BEZ MÝTOV • Rebeka GABAL 50
44. MODERNÝ MANAŽMENT (PERI)MENOPAUZY Z POHLADU PRAKTICKÉHO LEKÁRA • Leila ZAJAC 51



Sesterská sekcia

BLOK BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK SLOVENSKEJ ZDRAVOTNÍCKEJ UNIVERZITY V BRATISLAVE

45. HYPOVITAMINÓZY V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LÉKÁRA – NAŠE SKÚSENOSTI
• Mária BELOVIČOVÁ, Katarína DOSTALOVÁ, Pavol MATULA, Lucia ČEVENÁ, Mária POPOVIČOVÁ,
Nadežda JANKELOVÁ 53

BLOK DERMATOLOGICKÉ OCHORENIA V KAŽDODENNEJ KLINICKEJ PRAXI

46. HIDRADENITIS SUPPURATIVA: MALÉ SIGNÁLY - VEĽKÝ DOPAD • Vladimíra MROSKO 54

BLOK DIGITÁLNE ZDRAVIE A BUDÚCNOSŤ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

47. DIGITÁLNA EXKLÚZIA SENIOROV AKO DETERMINANT ZDRAVIA
• Mariana MAGERČIAKOVÁ, Katarína ZRUBÁKOVÁ 55
48. SESTRA A FYZIOTERAPEUT AKO KLÚČOVÍ ČLENOVIA TÍMU V PREVENCI SARKOPÉNIE
U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV
• Katarína ZRUBÁKOVÁ, Mariana MAGERČIAKOVÁ, Ivana AŠTARYOVÁ 55

BLOK MODERNÁ AMBULANTNÁ SESTRA: PRIPRAVENOSŤ, PREVENCIA A INOVÁCIE

49. KOMUNITNÉ OŠETROVATEĽSTVO V PREVENCI CIVILIZAČNÝCH OCHORENÍ
V PROSTREDÍ RÓMSKEJ KOMUNITY • Veronika PETREKOVÁ 57

Workshopy

50. BOLEŠŤ DOLNÉHO CHRBTU PRAKTICKY: NOVÉ ŠDTP KROK ZA KROKOM
• Adriána JAROLÍMKOVÁ 59
51. IDENTIFIKOVANIE FRILITY SYNDRÓMU – UMENIE DOBRE ZOSTARNÚŤ
• Zuzana MOJZEŠOVÁ 59

Postery

52. PACIENTKA S RECIDIVUJÚCIMI KRYPTOGENNÝMI ICMP
• Katarína TOKARČIKOVÁ 60

BLOK

PRACOVNÉ LÉKÁRSTVO

ABSTRAKT Č. 1

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LÉKÁRA: OD TEÓRIE K PRAXI

MUDr. Ahmadullah FATHI¹, MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ²

¹Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Svit

²Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Poprad

Posudková činnosť všeobecného lekára predstavuje významnú súčasť ambulantnej praxe, ktorá presahuje rámec klinického rozhodovania a vstupuje do oblasti medicínskoprávneho hodnotenia. V každodennej praxi lekár posudzuje zdravotnú spôsobilosť pacienta na výkon práce, vedenie motorového vozidla, držanie zbrane či vykonávanie ďalších činností. Tieto rozhodnutia majú zásadný dopad nielen na samotného pacienta, ale aj na bezpečnosť a ochranu verejnosti.

Prednáška sa zameriava na prepojenie teoretických východísk posudkovej činnosti s jej praktickou realizáciou. Osobitná pozornosť je venovaná praktickým aspektom výkonu posudkovej činnosti, vrátane komunikácie s pacientom a riešenia konfliktných situácií, ktoré môžu vzniknúť pri nesúhlase so záverom lekárskeho posudku. V tejto súvislosti je predstavený aj návrh legislatívnej úpravy umožňujúci odložené oznámenie záveru posudku s cieľom znížiť riziko bezprostredných negatívnych reakcií a zvýšiť bezpečnosť zdravotníckeho personálu.

Cieľom prednášky je zdôrazniť význam správneho, odborného a zodpovedného výkonu posudkovej činnosti, poukázať na jej praktické aspekty a prispieť k zvýšeniu kvality rozhodovania v tejto oblasti.

NÁVRH LEGISLATÍVNEJ ÚPRAVY

Navrhujeme sa doplniť zákon o poskytovaní zdravotnej starostlivosti o ustanovenie upravujúce výkon posudkovej činnosti všeobecného lekára.

1. Pri posudzovaní zdravotnej spôsobilosti nie je lekár povinný oznámiť záver lekárskeho posudku bezprostredne po vykonaní vyšetrenia.
2. Lekár je oprávnený vypracovať lekársky posudok v lehote do siedmich dní od vykonania vyšetrenia.
3. Lekársky posudok sa doručuje posudzovanej osobe do vlastných rúk, najmä poštou alebo iným preukázateľným spôsobom.

ODÔVODNENIE

Cieľom navrhovanej úpravy je:

- zníženie rizika konfliktných situácií v ambulancii,
- eliminácia bezprostredných negatívnych a agresívnych reakcií pacientov na záver posudku,
- vytvorenie časového priestoru na odborné a nezávislé vyhodnotenie zdravotného stavu,
- zabezpečenie objektívneho rozhodovania lekára bez tlaku pacienta.

Navrhovaná lehota umožňuje posudzovanej osobe spracovať výsledok mimo bezprostredného emočného zaťaženia, čím sa zvyšuje bezpečnosť zdravotníckeho personálu a zlepšuje

kvalita komunikácie medzi lekárom a pacientom.

Kľúčové slová: všeobecný lekár, posudková činnosť, návrh legislatívnej úpravy

ABSTRAKT Č. 2

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOPELÝCH - KAZUISTIKY Z PRAXE

MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ¹, MUDr. Ahmadullah FATHI²

¹Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Poprad

²Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Svit

Druhá prednáška nadväzuje na teoretické východiská posudkovej činnosti a prináša ich praktickú aplikáciu prostredníctvom vybraných kazuistik z ambulantnej praxe. Predstavené prípady pokrývajú rôzne oblasti posudzovania - od zdravotnej spôsobilosti na výkon povolania, cez vedenie motorového vozidla až po zbrojný preukaz. Každá kazuistika je analyzovaná z hľadiska medicínskeho aj právneho, so zreteľom na správnu dokumentáciu, možné

úskania, etické dilemy a právne dôsledky. Prednáška je určená najmä praktickým lekárom, ktorí chcú získať istotu pri vypracúvaní posudkov, ako aj inšpiráciu k riešeniu náročnejších prípadov pomocou overených postupov a interdisciplinárnej spolupráce.

Kľúčové slová: posudková činnosť, kazuistiky, medicínska a právna analýza prípadov

ABSTRAKT Č. 3

ONKOLOGICKÉ OCHORENIA V SÚVISLOSTI S PRACOVNOU EXPOZÍCIOU

doc. MUDr. Slavomír PEREČINSKÝ, PhD.

Klinika pracovného lekárstva a klinickej toxikológie UPIŠ LF a UN L. Pasterura, Košice

Onkologické ochorenia patria medzi civilizačné ochorenia a sú jednou z najčastejších príčin úmrtí. Predpokladá sa, že 50 - 90% zhubných nádorových ochorení súvisí s pôsobením exogénnych faktorov, predovšetkým fajčenie a nevhodná výživa. Významnou mierou sa však uplatňujú aj faktory pracovného prostredia. Údaje o epidemiológii nádorových

ochorení profesionálneho pôvodu však nie sú jednotné. Uvádza sa pomerne široké rozmedzie od 2 - 10%, niekedy dokonca ešte vyššie percento. V USA v roku 1981 Sir Richard Doll a Sir Richard Peto publikovali významnú 117 stranovú prácu, v ktorej zhrnuli komplexne etiológiu nádorových ochorení, pričom profesionálny pôvod odhadli na 4% prípadov.



Napriek zmenám pracovných podmienok a rozširovaniu poznatkov o profesionálnej karcinogénze zostáva tento odhad rádovo relevantný aj podľa novších epidemiologických analýz. Profesionálne nádorové ochorenia patria k najzávažnejším chorobám z povolania so zlou prognózou. Napriek tomu je týmto ochoreniam venovaná pomerne malá pozornosť.

Na Slovensku pritom Zoznam chorôb z povolania umožňuje hlásiť široké spektrum profesionálnych nádorov. Najčastejšie je postihnutý respiračný systém, kde dominujúcim orgánom sú pľúca a pleura pričom najvýznamnejším etiológickým agensom v našich podmienkach je radón a jeho dcérske produkty, polycyklické aromatické uhľovodíky (predovšetkým benzo(a)pyrén), azbest a kryštalický oxid kremičitý. Zriedkavejšie je postihnutý nos a paranazálne dutiny v súvislosti s expozíciou prachu z tvrdého dreva. Relatívne časté sú

leukémie v súvislosti s expozíciou ionizujúceho žiarenia a benzénu. Do úvahy prichádza karcinóm uropoetického systému, karcinóm kože, ale aj iné zriedkavejšie lokalizácie.

Cieľom prezentácie je poukázať predovšetkým na rizikové povolania a rizikové faktory, ktoré sa môžu podieľať na vzniku nádorových ochorení, upozorniť na význam dôsledne odobratej pracovnej anamnézy a priblížiť možnosti posudzovania ich profesionálnej etiológie. Osobitná pozornosť bude venovaná dlhej latencii medzi expozíciou karcinogénnemu faktoru a manifestáciou ochorenia, ako aj možným príčinám nedostatočného rozpoznávania profesionálnych nádorových ochorení v klinickej praxi.

Kľúčové slová: onkologické ochorenia, pracovná expozícia, Zoznam chorôb z povolania, rizikové povolania, rizikové faktory

ABSTRAKT Č. 4

„QUO VADIS“ PRACOVNÉ LEKÁRSTVO

doc. MUDr. Ľubomír, LEGÁTH, CSc.

Klinika pracovného lekárstva a toxikológie UJŠ LF a UN LP Košice, Slovenská

Autor v retrospektívnej štúdii prezentuje výskyt chorôb z povolania hlásených v Slovenskej republike za posledných 20 rokov s dôrazom na aktuálny stav hlásených profesionálnych poškodení zdravia v roku 2025. V sledovanom období v rokoch 2006–2025 bolo hlásených 7836 novovzniknutých chorôb z povolania, k najčastejšie hláseným ochoreniam patrili ochorenie horných končatín z dlhodobého nadmerného a jednostranného zaťaženia (46,1%), prenosné a parazitárne ochorenia (16,2%) a ochorenie horných končatín z vibrácií (16,1%).

V roku 2025 bolo v Slovenskej republike hlásených 308 prípadov hlásených chorôb z povolania a profesionálnych otráv, pričom z celkového počtu novozistených prípadov sa ženy podieľali 52,3 % (t. j. 161 prípadmi). K najčastejšie hláseným chorobám z povolania v r. 2025 patrili:

- ochorenie horných končatín z dlhodobého nadmerného a jednostranného zaťaženia (položka č. 29 zoznamu chorôb z povolania) bolo hlásené u 184 zamestnancov, t. j. u 59,7% zo všetkých hlásených chorôb z povolania v SR,



- prenosné a parazitárne ochorenia (položky č. 24 – 26 zoznamu chorôb z povolania) boli hlásené u 49 zamestnancov, t. j. u 15,9% zo všetkých hlásených chorôb z povolania v SR,
- ochorenie horných končatín z vibrácií (položka č. 28 zoznamu chorôb z povolania) bolo hlásené u 40 zamestnancov, t. j. u 12,9% zo všetkých hlásených chorôb z povolania v SR,
- profesionálne dermatózy (položka č. 22 zoznamu chorôb z povolania) boli hlásené u 11 zamestnancov, t. j. u 3,6% zo všetkých hlásených chorôb z povolania v SR,
- choroba zaprášenia pľúc prachom obsahujúcim oxid kremičitý (položka č. 33 zoznamu chorôb z povolania) bola hlásená u 5 zamestnancov, t. j. u 1,6% zo všetkých hlásených chorôb z povolania v SR,
- porucha sluchu z hluku (položka č. 38 zoznamu chorôb z povolania) bola hlásená u 4 zamestnancov, t. j. u 1,3% zo všetkých hlásených chorôb z povolania v SR,
- iné poškodenie zdravia z práce (položka č. 47 zoznamu chorôb z povolania) bolo hlásené u 4 zamestnancov, t. j. u 1,3% zo všetkých hlásených chorôb z povolania v SR.

Na celkovom počte chorôb z povolania sa najväčšou mierou opäť podieľali profesionálne ochorenia postihujúce podporno-pohybový a nervový systém zamestnancov vystavených pri práci dlhodobému nadmernému a jednostrannému zaťaženiu horných končatín, kde v porovnaní s rokom 2024, aj pri nižšom počte v absolútnych číslach, zaznamenáme výrazný vzostup v relatívnom zastúpení ku všetkým hláseným CHzP. V roku 2025 došlo k výraznému poklesu hlásených profesionálnych infekčných a parazitárnych ochorení, ktoré sa podobne ako v rokoch 2023 a 2024

dostali na 2. miesto hlásených chorôb z povolania v absolútnych a relatívnych číslach.

V sledovanom 20-ročnom období bol počet hlásených chorôb z povolania významnou mierou ovplyvnený zákonom č. 69/2020 Z.z. o mimoriadnych opatreniach v súvislosti so šírením nebezpečnej nákazlivej ľudskej choroby COVID-19 v oblasti zdravotníctva, ktorým v čase krízovej situácie špecializované pracoviská pracovného lekárstva nemohli posudzovať zdravotný stav fyzickej osoby na účely uznania alebo neuznania choroby z povolania, príslušné orgány verejného zdravotníctva neprešetrovali pracovné podmienky a spôsob práce pri podozrení na chorobu z povolania, nezasadala regionálna a celoslovenská komisia na posudzovanie chorôb z povolania.

Následne, vzhľadom k aktuálnej situácii vo svete, bolo možné posudzovať choroby z povolania per rolať v prípade ochorenia COVID-19 (hlavne s nepriaznivou prognózou), ale aj ďalšie život ohrozujúce ochorenia. V marci 2020 bola prijatá ďalšia novela zákona, kedy v závislosti od aktuálnej epidemiologickej situácii bolo možné zahájiť proces uznávania chorôb z povolania aj v iných prípadoch a život ohrozujúcich ochorení. Taktiež mohla zasadiť regionálna komisia, regionálna komisia na posudzovanie kožných chorôb z povolania a celoslovenská komisia pri posudzovaní choroby z povolania per rollam.

V rokoch 2021 - 2025 bol počet chorôb z povolania modifikovaný aj nárastom ochorení hlásených pod položkou 24 s diagnózou U071 (potvrdená infekcia COVID-19), ktorá bola v roku 2022 najčastejšie hlásenou chorobou z povolania a v rokoch 2021, 2023 a 2024 druhým a v roku 2025 šiestym najčastejším postihnutím zdravia z práce.

So zreteľom na problematiku hlásených akútnych foriem, definovaných podľa kritérií a požiadaviek EU, aktuálnou ostáva

problematika tzv. postcovidového syndrómu (U09.9 Stav po COVID-19, bližšie neurčený).

Diskutovanou otázkou ostáva implementácia „Programu 36 pracovné lekárstvo a toxikológia“ s poskytovanou medicínskou službou „Diferenciálna diagnostika, liečba a komplexný manažment ochorení z fyzikálnych, chemických, biologických a iných faktorov pracovného prostredia v pracovnom lekárstve“ v zmysle Vyhlášky MZ SR 531/2023 Z.z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti

v integrácii s koncepciou optimalizácie siete nemocníc v SR.

Stále aktuálnou ostáva manažment pracovných zdravotných služieb aj vo vzťahu k požiadavkám Európskej únie. S tým súvisí aj aktualizácia náplne lekárskeho preventívneho prehliadok.

Kľúčové slová: pracovné lekárstvo, hlásené choroby z povolania, COVID19, Z.z. o mimoriadnych opatreniach, Program 36 - pracovné lekárstvo a toxikológia

BLOK

KAZUISTIKY Z PRAXE – MEDZINÁRODNÁ ÚČASŤ

ABSTRAKT Č. 5

UAČR V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA – MALÉ VÝŠETRENIE S VEĽKÝM VÝZNAMOM

MUDr. Stanislava MIKULOVÁ, PhD.^{1,2}, MUDr. Stanislava DARUĽOVÁ¹,
prof. MUDr. Marián MOKÁŇ, DrSv. FRCP Edin ²⁾

¹Všeobecná ambulancia pre dospelých, Turčianske Teplice

²Jesseniova lekárska fakulta UK, Martin

Chronická choroba obličiek (CKD) sa v súčasnosti zaraďuje medzi vedúce príčiny morbidity a mortality celosvetovej populácie. V roku 2023 CKD postihovala 788 miliónov obyvateľov a bola deviatou vedúcou príčinou úmrtnosti pacientov. Medzi najvýznamnejšie rizikové faktory CKD patria arteriálna hypertenzia a diabetes mellitus, ktoré sú často primárne diagnostikované v ambulancii všeobecného lekára. Diagnostika CKD je jednoduchá a vyžaduje zistenie kategórie glomerulovej filtrácie a kategórie albuminúrie, pričom ich abnormality musia pretrvávajúť najmenej tri mesiace.

CKD je však ochorenie s rozmanitou etiológiou, často nenápadným nástupom

a dlhodobo asymptomatickým priebehom, preto v skorých štádiách ľahko unikne pozornosti. Práve tu zohráva významnú úlohu všeobecný lekár, ktorý ako lekár prvého kontaktu a rodinný lekár je s pacientom najčastejšie, pozná jeho osobnú a rodinnú anamnézu, a tak ľahko identifikuje prítomnosť rizikových faktorov vedúcich ku vzniku CKD. Pomer albumín: kreatinín v jednorazovej vzorke moča (UAČR) je dnes uznávaný, odporúčaný a efektívny nástroj na diagnostiku CKD. Pri dodržaní niekoľkých pravidiel odberu poskytuje spoľahlivé výsledky a predstavuje jednoduchšiu a rýchlejšiu alternatívu k stanoveniu mikroalbuminúrie z 24-hodinového zberu moča.



Skríningové vyšetrenie UACR u rizikových jedincov v primárnej zdravotnej starostlivosti je kľúčové k zlepšeniu včasného zachytu CKD, skoršiemu zahájeniu liečby, spomaleniu progresie ochorenia a k zvýšeniu kvality života a dĺžky prežívania pacientov.

Kľúčové slová: chronická choroba obličiek, UACR, primárna zdravotná starostlivosť

BLOK CHRONICKÝ PACIENT

ABSTRAKT Č. 6

PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA V RUKÁCH VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Annamária CAJCHANOVÁ

všeobecný lekár, psychosomatický lekár, Bratislava

Pacienti s pretrvávajúcimi a polymorfnými telesnými ťažkosťami predstavujú významnú časť ambulantnej praxe všeobecného lekára. Napriek pokroku diagnostických a terapeutických metód zostáva u mnohých z nich intenzita subjektívnych ťažkostí neprimeraná objektívnemu nálezu alebo pretrvávajú aj napriek adekvátnej liečbe základného ochorenia. Takéto klinické situácie predstavujú významnú diagnostickú, terapeutickú aj komunikačnú výzvu a sú častým zdrojom frustrácie a bezmocnosti na strane pacienta aj lekára.

Psychosomatická medicína nepredstavuje alternatívu k medicíne, ale jej odborné rozšírenie prostredníctvom dôslednej aplikácie bio-psycho-sociálneho modelu a princípov starostlivosti orientovanej na človeka (person-centred care). Psychosomatický prístup nevylučuje diferenciálnu diagnostiku ani organickú etiológiu ochorenia. Naopak, rozširuje klinické uvažovanie o biologické, psychologické a sociálne determinanty zdravia, ktoré môžu

významne ovplyvňovať vznik, pretrvávajúce priebeh telesných symptómov.

Prednáška predstaví možnosti využitia psychosomatického prístupu priamo v podmienkach primárnej starostlivosti. Venovať sa bude aktuálnemu pohľadu na manažment pacientov s perzistujúcimi telesnými symptómami a súčasnej terminológii.

Súčasťou prednášky bude aj pohľad na to, v čom sa líši somatický lekár, lekár s psychosomatickým prístupom a psychosomatický lekár.

Cieľom prednášky je ukázať psychosomatickú medicínu ako integrálnu súčasť medicíny, ktorá umožňuje lepšie porozumieť pacientovi v kontexte jeho biologických, psychologických a sociálnych súvislostí, podporuje efektívnejšiu komunikáciu a prispieva k racionálnejšiemu a koordinovanému manažmentu pacientov s perzistujúcimi telesnými symptómami.

Kľúčové slová: psychosomatická medicína, ambulancia všeobecného lekára, medziodborová spolupráca

BLOK

AKO PODPORIŤ IMUNITU

ABSTRAKT Č. 7

VYSOKODÁVKOVÝ INFÚZNY VITAMÍN C AKO PODPORA V LIEČBE A PREVENCII INFEKČNÝCH OCHORENÍ

MUDr. Beáta VANEKOVÁ

ID Clinic - Ambulancia infekčných a cudzokrajných chorôb, FN Nitra-Infekčná klinika

Infekčné ochorenia sprevádzané výraznou zápalovou odpoveďou a oxidačným stresom predstavujú významnú terapeutickú výzvu. Intravenózne vitamín C sa v posledných rokoch dostáva do popredia ako perspektívna adjuvantná liečba pri ochoreniach, ako sú COVID-19, chrípka (influenza), herpes zoster, bakteriálne pneumónie, ťažké septické stavy a ARDS. Jeho antioxidačné a imunomodulačné účinky podporujú funkciu vrodenej aj adaptívnej imunity, prispievajú

k regulácii zápalovej odpovede a ochrane endotelu. V prezentácii predstavujeme kazuistiky pacientov, u ktorých zaradenie intravenózneho vitamínu C do komplexnej liečby viedlo k významnému klinickému efektu a priaznivému ovplyvneniu priebehu ochorenia.

Kľúčové slová: vysokodávkový infúzny vitamín C, liečba a prevencia infekčných ochorení

ABSTRAKT Č. 8

VYUŽITIE VYSOKODÁVKOVÉHO INFÚZNEHO VITAMÍNU C V PRAXI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Rastislav ZANOVIT

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Námestovo

Prednáška predstaví výsledky dvoch komunitných projektov realizovaných v ambulancii všeobecného lekára zameraných na preventívne podávanie intravenózneho vitamínu C (7,5 g) rizikovým skupinám obyvateľstva. V roku 2024 boli do projektu zaradení klienti a zamestnanci CSS Terezia n. o. v Lokci, pričom sledovaným ukazovateľom bola úmrtnosť v priebehu 12 nasledujúcich mesiacov v porovnaní so všeobecnou populáciou. V roku 2025 nadviazal projekt Zdravá Vavrečka, do ktorého boli na dobrovoľnej báze zaradení obyvatelia

nad 60 rokov, pacienti s chronickými ochoreniami a zamestnanci školstva a zdravotníctva z obce. Prednáška prinesie vyhodnotenie oboch projektov, ich praktickú realizáciu v podmienkach ambulancie všeobecného lekára a diskusiu o možnostiach využitia komunitných preventívnych programov v primárnej zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: ambulancia všeobecného lekára, komunitné preventívne programy, vysokodávkový infúzny vitamín C

BLOK PNEUMOLÓGIA 2030
 – NOVÉ VÝZVY PRE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

ABSTRAKT Č. 9

COVID-19 - ČO NÁS NAUČIL PRE PRAX

MUDr. Zuzana MOJZEŠOVÁ, PhD.

Ambulancia VLD, Prešov

Iba reflektovaná skúsenosť sa stáva dobrou a poučnou. Ešte stále sme v období, kedy reflexia nad Covid-19 môže priniesť nové poznatky. Chceli by sme prezentovať niektoré výsledky monocentrickej retrospektívnej observačnej štúdie realizovanej v ambulancii VLD na vzorke 240 pacientov liečených na Covid-19 z obdobia delta vlny Covid-19, v ktorej malo Slovensko v rámci EU neslávne prvenstvo v počte nadpočetných úmrtí. Predovšetkým sa chceme podeliť o v slovenských podmienkach relatívne nový laboratórny parameter pomer neutrofilov ku lymfocytom v absolútnych číslach (NLR). NLR má prediktívnu hodnotu svedčiacu o závažnosti priebehu pri Covid-19, ale aj iných ochorení: KVS ochorenia, sepsa,

infekcie, CHOCHP a všetky stavy, kde sa aktívuje imunitný systém, pričom NLR reflektuje vrodené aj získané rameno imunitnej odpovede organizmu. Tieto údaje naša štúdia potvrdila ako štatisticky relevantné. NLR je bežne dostupný v praxi výpočtom z diferenciálneho krvného obrazu. Na vybraných kazuistikách tiež ukážeme, že implementácia NLR do praxe je výrazne nápomocná pri diagnostike a posudzovaní závažnosti niektorých ochorení.

Kľúčová slová: COVID-19, pomer neutrofilov k lymfocytom v absolútnych číslach (NLR), prediktívna hodnota závažnosti priebehu viacerých ochorení

BLOK SLASTI A NERESTI A KRVNÝ TLAK

ABSTRAKT Č. 10

ALKOHOL A KARDIOVASKULÁRNÝ SYSTÉM

prof. MUDr. Jitka MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, PhD.

II. interní klinika LF a FN v Plzni, Česká společnost pro hypertenzi

Konzumace alkoholu vede k celé řadě přímých i nepřímých efektů ovlivňujících kardiovaskulární systém. Publikováno bylo

několik stovek epidemiologických prací na toto téma. Tato přednáška se zabývá vlivem konzumace alkoholu na krevní tlak a na vývoj



kardiovaskulárních komplikací s ohledem na množství konzumovaného alkoholu a vzorec pití (nárazové vs. pravidelné pití mírného množství alkoholu). Konzumace alkoholu vede k narušení cirkadiánního rytmu a vyššímu výskytu maskované hypertenze. Nárazové pití je spojeno s vyšším výskytem arytmií

a alkoholové kardiomyopatie. Na závěr jsou shrnuta doporučení týkající se konzumace alkoholu Evropské hypertenzní a Evropské kardiologické společnosti.

Klíčové slová: konzumace alkoholu, kardiovaskulární systém, hypertenze

ABSTRAKT Č. 11

OTUŽOVÁNÍ, SAUNA – KREVŇÍ TAK A KARDIOVASKULÁRNÍ ZDRAVÍ

MUDr. Petra VYSOČANOVÁ

Interní kardiologická klinika, FN Brno, LF MU

Otužování a expozice studené vodě představují výrazný stresor, který nelze v současnosti považovat za nefarmakologickou léčbu hypertenze ani za doloženou kardioprotektivní intervenci. Akutní kontakt se studenou vodou vyvolává masivní sympatickou aktivaci s periferní vazokonstrikcí, což vede k okamžitému vzestupu systémové cévní rezistence, krevního tlaku i spotřeby kyslíku myokardem. Opakovaná expozice chladu tuto reakci zmírňuje a přechodně zvyšuje vagové ukazatele variability tepové frekvence (HRV). Neexistují přesvědčivé důkazy o spolehlivém snížení krevního tlaku při pravidelném otužování. Významné riziko představuje současná aktivace sympatiky a vagového reflexu, jež může vyvolat závažné arytmie, ischemii myokardu či plicní edém. U pacientů s nekontrolovanou hypertenzí či pokročilým kardiovaskulárním onemocněním se proto náhlé ponoření do studené vody nedoporučuje a u pacientů se stabilizovaným onemocněním je potřeba riziko individuálně,

zvážit dbát na postupné ochlazování a pravidelný trénink.

Saunování představuje na rozdíl od chladové expozice tepelný stres provázený kožní vazodilatací, poklesem periferní cévní rezistence, zvýšením srdeční frekvence a srdečního výdeje. Bezprostředně po sauně bývá pozorován přechodný pokles krevního tlaku a arteriální tuhosti. Dlouhodobý antihypertenzní účinek však zůstává nejistý. Finské prospektivní kohorty spojují častější saunování s nižší incidencí hypertenze, cévní mozkové příhody a kardiovaskulární mortality. Sauna může být u vhodně vybraných stabilních pacientů doplňkovou režimovou aktivitou, není však prokázanou léčbou hypertenze ani náhradou pohybu a farmakoterapie. Opatrnost je nutná zejména při hypotenzii, dehydrataci a nestabilním kardiovaskulárním onemocněním.

Klíčové slová: otužování, sauna, krevní tlak, kardiovaskulární zdraví, pozitiva a rizika



BLOK ÚZKOSŤ A DEPRESIA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA: BEZPEČNÁ A RACIONÁLNA FARMAKOTERAPIA V PRAXI

SYMPÓZIUM SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI SLS

Úzkostné a depresívne poruchy patria medzi najčastejšie psychické ťažkosti, s ktorými sa pacienti obracajú na všeobecného praktického lekára. Cieľom sympózia je ponúknuť praktický, klinicky použiteľný a bezpečný rámec farmakologickej liečby v ambulancii všeobecného praktického lekára - od iniciácie antidepresívnej liečby, cez dávkovanie, titráciu, manažment nežiaducich účinkov a liekových interakcií, až po rozpoznanie situácií, kedy je vhodná konzultácia alebo odoslanie pacienta k psychiatrovi.

Blok je koncipovaný prakticky a klinicky, s dôrazom na potreby všeobecného praktického lekára. Jeho cieľom nie je nahradiť

psychiatrickú starostlivosť, ale posilniť bezpečné rozpoznanie, začatie a vedenie liečby najčastejších úzkostných a depresívnych stavov v primárnej starostlivosti, vrátane včasného zachytenia rizikových situácií a vhodného nastavenia spolupráce so psychiatrom.

Súčasťou bloku budú aj kazuistické príklady liečby generalizovanej úzkostnej poruchy a depresie, ako aj pohľad na rozhranie medzi klasickou farmakoterapiou, fytofarmakami a rizikami samoliečby. Sympóziu má ambíciu podporiť bezpečné, racionálne a prakticky využiteľné rozhodovanie v primárnej starostlivosti.

ABSTRAKT Č. 12

AKO BEZPEČNE ZAČAŤ ANTIDEPRESÍVNU LIEČBU V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA

MUDr. Matúš VIRČÍK, MPH

Psychomedica, s. r. o., Michalovce

Prednáška sa zameria na praktické zásady iniciácie antidepresívnej liečby pri úzkostných a depresívnych poruchách. Predstaví základné princípy voľby lieku, dávkovania, titrácie a hodnotenia účinnosti, ako aj najčastejšie nežiaduce účinky a liekové interakcie, na ktoré je potrebné myslieť v ambulancii všeobecného praktického lekára. Dôraz bude kladený na

bezpečný začiatok liečby, komunikáciu s pacientom, očakávaný nástup účinku a situácie, ktoré si vyžadujú zvýšenú opatrnosť alebo psychiatrickú konzultáciu.

Kľúčové slová: antidepresívna liečba, bezpečnosť liečby, komunikácia, ambulancia všeobecného lekára

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA A DEPRESIA V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI: KAZUISTICKÉ PRÍKLADY LIEČBY

MUDr. Niké MAKAROVÁ

MEDI-PARMA, s. r. o., Snina

Kazuisticky orientovaný príspevok priblíži praktické rozhodovanie pri liečbe generalizovanej úzkostnej poruchy a depresívnej poruchy v ambulancii všeobecného praktického lekára. Na modelových klinických situáciách budú prezentované možnosti výberu dostupných terapeutických postupov vrátane SSRI a SARI, s dôrazom na individuálnu voľbu lieku podľa symptómového profilu pacienta,

tolerability, komorbidít a očakávaných rizík. Cieľom je ukázať, ako možno farmakologickú liečbu viesť racionálne, bezpečne a v spolupráci so špecialistom tam, kde je to potrebné.

Kľúčové slová: generalizovaná úzkostná porucha, depresia, kazuistiky, symptómový profil pacienta, farmakologická liečba

ABSTRAKT Č. 14

NA ROZHRAŇÍ FARMAKOTERAPIE A FYTOFARMÁK: MOŽNOSTI, LIMITY A RIZIKÁ

Mgr. MUDr. Jozef DRAGAŠEK, PhD., MHA

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

Príspevok sa bude venovať miestu fytofarmák a rastlinných prípravkov v kontexte liečby úzkostných a depresívnych symptómov. Zameria sa na racionálne možnosti ich využitia, hranice účinnosti, bezpečnosť kombinácií s psychofarmakami (ako SSRI, SARI, anxiolytiká, hypnotiká) a riziká liekových interakcií. Osobitná pozornosť bude venovaná potrebe cielej liekovej, doplnkovej a „samoliečbej“ anamnézy, keďže pacienti často užívajú

voľnopredajné prípravky, výživové doplnky alebo rastlinné extrakty bez toho, aby ich spontánne uviedli lekárovi. Cieľom prednášky je podporiť bezpečné klinické rozhodovanie a znížiť riziká neprehľadnej alebo nekoordinovanej samoliečby.

Kľúčové slová: farmakoterapia, fytofarmák, kombinácia s psychofarmakami, bezpečnosť



BLOK NÁVRAT K ŠPORTU PO ONKOLOGICKEJ LIEČBE

Onkologická diagnóza už nemusí znamenať koniec aktívneho života. Čoraz viac pacientov sa po liečbe vracia do práce, k pravidelnému pohybu aj k rekreačnému športu - často však bez jasného odborného vedenia. Práve všeobecný lekár môže zohrávať kľúčovú úlohu pri bezpečnom obnovení pohybovej aktivity a včasnom rozpoznaní možných rizík.

Prednáškový blok ponúkne praktický pohľad na súčasnú onkologickú starostlivosť, posudzovanie pripravenosti pacienta na fyzickú záťaž a odporúčania využiteľné priamo v ambulancii všeobecného lekára. Predstaví možnosti ambulantného monitorovania, funkčnej diagnostiky a rehabilitačných postupov, ktoré

môžu pacientom po onkologickej liečbe pomôcť bezpečne sa vrátiť k rekreačnému športu.

Blok vychádza z praktických skúseností a postupov uplatňovaných v Izraeli, Nemecku, Švajčiarsku a USA. Prezentované budú najmä diagnostické, monitorovacie a liečebno-rehabilitačné prístupy, ktoré sú už dostupné alebo sa v súčasnosti zavádzajú na pracoviskách na Slovensku a v Českej republike.

Cieľom nie je iba návrat k športu, ale predovšetkým bezpečný návrat k aktívnemu životu - so správnym načasovaním, individuálne nastavenou záťažou a rešpektovaním zdravotného stavu, následkov liečby a potrieb konkrétneho pacienta.

ABSTRAKT Č. 15

ONKOLOGICKÝ PACIENT VČERA A DNES - OD FATÁLNEJ DIAGNÓZY K CHRONICKÉMU OCHORENIU

MUDr. Lucia VENGLARČÍKOVÁ

Ambulancia klinickej onkológie, PALLON, s. r. o., Žiar nad Hronom

Onkologické ochorenie je nesporne diagnóza, ktorá vždy významne zasiahne do života našich pacientov. V prvom momente je to šok, ktorý každého uvedie do existenčnej neistoty a obavy z budúcnosti. Je skutočne veľmi náročné pre pacienta a jeho najbližších vyrovnať sa s realitou, ale aj prekonať všetky nástrahy osobného a pracovného života počas nasledujúcej protinádorovej liečby.

V súčasnosti je dostupná široká paleta komplexných diagnostických postupov a terapeutických liečebných intervencií. Chirurgická, hormonálna, chemoterapeutická, radioterapeutická či biologická liečba, ktoré postupne dokážu od oznámenia negatívnej správy

s nálepkou fatálnej diagnózy čoraz častejšie doviest pacienta do stavu, kde by sme ho označili nálepkou chronického ochorenia. Každé chronické ochorenie má však svoj potrebný liečebný režim, štatistiku a prognózu. V dnešnej dobe je pre pacienta pomerne jednoduché sa stratiť vo svete „zaručených, bezpečných a overených informácií“.

Významným partnerom pre onkologického pacienta počas protinádorovej liečby, pacienta v remisii ale aj v paliatívnom režime je okrem onkológa a paliatológa práve jeho všeobecný lekár. Táto súčinnosť všeobecného lekára s onkológom pacienta je kľúčová, pretože nie každé zhoršenie zdravotného stavu

súvisí s onkologickým ochorením alebo jeho priamou liečbou.

Vďaka prevencii, osvete a dostupnosti modernej diagnostiky je včasný záchyt onkologického ochorenia dôležitým prvkom. Stále však existujú konkrétne typy nádorov, kde je prognóza pacienta od stanovenia diagnózy skutočne veľmi nepriaznivá a prežívanie je v rádoch týždňov či mesiacov.

Na druhej strane sa čoraz častejšie stretávame s pacientami v dlhodobej remisii onkologického ochorenia, ktorí žijú svoj plnohodnotný život. Aj pacienti v režime paliatívnej liečby žijú svoj každodenný život s nástrahami, ktoré prinášajú aj iné chronické ochorenia. Je potrebné otvorene komunikovať problémy pacientov ako napríklad ich zaraďovanie sa do pracovného života, problémy v súkromí. Sú to často kladené otázky ohľadne stravy, očkovania, športovania, pracovného zaradenia,

potreby elektívnej operatívy alebo liečby chronickej bolesti. Otázok je obrovské množstvo a sú často pre nezaujím, nedostatok priestoru v ambulanciách alebo aj prirodzený ostych pacienta smerovaný na internetové fóra alebo kladené AI v snahe nájsť komplexnú odpoveď.

Onkologická diagnóza dnes nepredstavuje jednoznačne fatálnu diagnózu. Je to len historický fenomén a stigmatizácia. Aktuálne sme svedkami vysokoefektívnej a inovatívnej liečby, ktorá mení fatálnu diagnózu na chronické ochorenie, pri ktorom je potrebné sprevádzať pacienta na jeho ceste životom s cieľom spoločným úsilím lekára a pacienta dosiahnuť čo najdlhšiu a najlepšiu kvalitu života v súlade s medicínskymi poznatkami našej doby.

Kľúčové slová: onkologické ochorenie, chronické ochorenie, všeobecný lekár

ABSTRAKT Č. 16

NÁVRAT ONKOLOGICKÉHO PACIENTA K ŠPORTU – DOPORUČENIA A TRENDY PRE AMBULANCIU VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Milan VAHOVIČ^{1,2} MUDr. Michal KARÁSEK¹

¹ Ústav telovýchovného lekárstva UNLP Košice

² Oddelenie rehabilitácie a telovýchovného lekárstva, RehaCentrum Humenné a Prešov

„Pán doktor, môžem už začať behať?“

„Môžem znovu chodiť do posilňovne?“

„Je po chemoterapii bezpečný intenzívnejší šport?“

S podobnými otázkami sa po ukončení onkologickej liečby čoraz častejšie stretáva práve všeobecný lekár. Odpoveď pritom nie je ani jednoduché „áno“, ani preventívne „radšej nie“.

Moderný prístup k onkologickému pacientovi sa posúva od ochrany pred záťažou k bezpečnému návratu k pohybu, funkčnej

kapacite a podľa možností aj k športu. Rozhodujúca pritom nie je samotná onkologická diagnóza, ale typ absolvovanej liečby, jej následky, komorbidita, funkčný stav a reakcia organizmu na záťaž.

Prednáška ponúkne praktický pohľad telovýchovného lekára na otázky, ktoré môže všeobecný lekár riešiť priamo vo svojej ambulancii: **Ktorý pacient môže začať cvičiť bez ďalších vyšetrení? Kedy treba myslieť na kardiotoxicitu? Čo s pacientom po antracyklínoch, trastuzumabe alebo rádioterapii**



hrudníka? Znamenajú kostné metastázy zákaz pohybu? Je silový tréning bezpečný pri riziku lymfedému? A podľa čoho spoznáme, že pacient záťaž toleruje, alebo že už prekračujeme jeho aktuálnu schopnosť regenerácie?

Predstavený bude jednoduchý ambulantný rámec **Assess – Advise – Refer**, princípy postupného dávkovania aeróbného a odporového tréningu a kritériá, kedy pacienta odoslať na telovýchovné, funkčné alebo kardio-onkologické vyšetrenie.

Osobitná pozornosť bude venovaná novému konceptu „**readiness**“ – **pripravenosti organizmu na ďalšiu záťaž**. Okrem symptómov, únavy a pulzovej odpovede sa čoraz viac

diskutuje aj využitie variability srdcovej frekvencie (HRV) a individuálneho monitorovania regenerácie. Súčasná evidencia však zároveň upozorňuje, že univerzálne HRV hranice pre onkologických pacientov zatiaľ neexistujú a rozhodovanie musí zostať klinické a individuálne.

Cieľom prednášky je, aby si všeobecný lekár po jej skončení vedel pri pacientovi po onkologickej liečbe odpovedať na tri praktické otázky:

Môže začať? Ako má začať? A kedy ho mám poslať ďalej?

Kľúčové slová: onkologický pacient, šport, kardiotoxicita, variabilita srdcovej frekvencie

ABSTRAKT Č. 17

HEART RATE VARIABILITY (HRV), AKTIVÁCIA PARASYMPATIKA A DYCHOVÁ REHABILITÁCIA – ÚLOHA V PROCESE NÁVRATU K ŠPORTU U PACIENTOV SO ZNÍŽENOU ZDATNOSŤOU PO ONKOLOGICKEJ LIEČBE

doc. MUDr. E. ZÁVADOVÁ, PhD¹, Mgr. Katarína JEVČÁKOVÁ³, Bc. Kubo BAČOVČIN²,
Mgr. Daniela NEMTOC²

¹ I. LF UK Praha

² Oddelenie rehabilitácie a telovýchovného lekárstva, RehaCentrum Humenné a Prešov

Pacienti po onkologickej liečbe môžu pri návrate k fyzickej aktivite a športu vykazovať zníženú kardiorespiračnú zdatnosť, zvýšenú únavu, dyspnoe a poruchy autonómnej regulácie. Variabilita srdcovej frekvencie (HRV) predstavuje neinvazívny marker autonómnej kardiorespiračnej regulácie a môže vhodne dopĺňať funkčné hodnotenie pacienta v procese postupného návratu k fyzickej záťaži. V prednáške predstaví medzinárodné skúsenosti z tejto oblasti alergologička a imunologička doc. MUDr. Závadová z I. LF UK v Prahe.

Možnosti cielej regulácie respiračného cyklu prostredníctvom dychovej rehabilitácie,

podpory vagovo mediovanej regulácie, redukcie nadmerného respiračného úsilia a zlepšenia subjektívnej tolerancie záťaže predstavia fyzioterapeuti. Zamerajú sa na využitie týchto postupov v podmienkach ambulantnej zdravotnej starostlivosti aj špecializovanej fyzioterapie, pričom prepoja poznatky západnej medicíny s princípmi tradičných dychových a pohybových techník vychádzajúcich z jogy.

Prednáška sa zameria na praktické využitie HRV a respiračných techník pri individualizácii rehabilitácie a postupnom návrate k pohybovej aktivite a športu u pacientov po

onkologickej liečbe, vrátane možností monitorovania odpovede organizmu na záťaž a regeneráciu.

Kľúčové slová: variabilita srdcovej frekvencie, onkologickí pacienti, aktivácia parasympatika, dychová rehabilitácia

BLOK

STABILNÝ PACIENT:

OD PREVENIE PO DLHODOBÚ KONTROLU

ABSTRAKT Č. 18

HERPES ZOSTER - DIAGNOSTICKÉ DILEMY A OPTIMÁLNA TERAPIA V PRAXI

MUDr. Eva ŠKUTILOVÁ, MPH

Dermatovenerologická ambulancia, Bratislava

Cieľ prednášky: Vzdelávanie v oblasti diagnostiky, klinických prejavov a terapeutických modalít Herpes zoster

Teoretické základy prednášky: Herpes zoster (HZ) je ochorenie so známou etiológiou. Vzniká reaktiváciou varicella herpes vírusu (VZV) v ľudskom organizme, ktorý bol infikovaný najčastejšie v detstve s klinickým prejavom varicelly. Dnes - pri čiastočne očkovanej populácii vakcínou proti varicelle - môže dôjsť k výskytu herpes zoster aj u detí a mladých ľudí, ktorí neprekonali varicellu. Najfrekvencovanejšou skupinou chorých však ostávajú starší pacienti po 50. roku života. Priebeh ochorenia je objektívne aj - vzhľadom na subjektívne prežívanie - prísne individuálny. Často dramaticky rozsiahly nález na koži nie je spojený s veľkou bolestivosťou a naopak. Vezikulózný exantém postihuje jeden dermatóm - vzácne i viac. Z tohto dôvodu je dôležitá vedomosť

o anatomických predispozíciach klinických prejavov herpes zoster. O liečbe ochorenia platí, že čím skôr je pacientovi podaná účinná virostatická liečba - tým skôr dôjde k ústupu klinických prejavov a k ústupu bolesti. Včasným nastavením pacienta na terapiu je možné predísť postherpetickej neuralgii, ktorá je najčastejšou komplikáciou reaktivácie VZV infekcie.

Vzhľadom na nedostupnosť očkovania proti HZ v SR je správna diagnostika a účinná liečba pre pacienta rýchlou pomocou a prevenciou postherpetických komplikácií.

Jadro a základné výsledky prednášky: Diagnostika a účinná liečba herpes zoster s dôrazom na prevenciu postherpetickej neuralgie.

Kľúčové slová: Herpes zoster, postherpetická neuralgia liečba herpes zoster

KALCIFEDIOL - ORANŽOVÁ VOĽBA PRI NEDOSTATKU VIT. D

MUDr. Mgr. Andrea ŠVRČKOVÁ, MHA, MBA

Ortopedická ambulancia, Skalica

Cieľ prednášky: Rozšírenie možnosti v prevencii a liečbe nedostatku vitamínu D prostredníctvom kalcifediolu.

Teoretické základy prednášky: S deficitom vitamínu D sa spája veľa systémových dôsledkov, ktoré dopĺňajú známy pohľad na metabolizmus vápnika a kostí (tzv. extraskeletálne účinky). Súvisí so zvýšeným rizikom kardiovaskulárnych ochorení, diabetes mellitus, autoimúnnych chorôb, infekcií dýchacích ciest, astmy, neplodnosti a osteoporózy. Zatiaľčo optimálne cieľové koncentrácie sérového 25-hydroxyvitamínu D (25(OH)D) na udržanie zdravia alebo terapeutické účely sú stále predmetom diskusie, existuje rozumná zhoda, že hladiny 25(OH)D v sére <50 nmol/l (20 ng/ml) predstavujú nedostatok vitamínu D a stavy závažného nedostatku (hladiny 25(OH)D v sére <25-30 nmol/L ≈ 10-12 ng/ml) by mali byť liečené.

Hlavnými stratégiami na udržanie alebo zlepšenie stavu vitamínu D sú potravinové doplnky a terapeutické využitie liekových foriem vitamínu D. Cholekalciferol (vitamín D3) je celosvetovo najčastejšie používaným doplnkom vitamínu D a kalcifediol (25-hydroxyvitamín D3) sa ponúka ako jednoduchá a bezpečná alternatíva.

Jadro a základné výsledky prednášky: Farmakokinetické rozdiely dávajú kalcifediolu v určitých klinických situáciách predpokladané výhody oproti vitamínu D3-cholekalciferolu (dávkovanie, potenciál, predpokladaný efekt). Kalcifediol nevyžaduje hydroxyláciu v pečeni, je hydrofilnejší, má rýchlejší nástup účinku, lepšie sa vstrebáva z gastrointestinálneho traktu a nesekvestruje sa v tukovom tkanive. Klinické použitie a bezpečnosť kalcifediolu sa podrobnejšie skúmali prostredníctvom štúdií, ktoré ilustrujú jeho doplnkovú úlohu pri prevencii a liečbe ochorení súvisiacich s nedostatkom vitamínu D a podporujú jeho použitie u pacientov, u ktorých:

- existuje znížená 25-hydroxylázová aktivita
- absorpcia vitamínu D z čreva je znížená (napr. pri obezite)
- očakávame rýchlu úpravu sérovej koncentrácie 25(OH)D

Kalcifediol je o krok bližšie v metabolickej ceste k biologicky aktívnemu vitamínu D.

Kľúčové slová: kalcifediol, cholekalciferol, farmakokinetika, nedostatok vitamínu D, koncentrácie sérového 25-hydroxyvitamínu D

**OD RÝCHLEHO NÁSTUPU K DLHODOBEJ ÚĽAVE OD BOLESTI**

MUDr. Zuzana NEDELKOVÁ

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Piešťany

Cieľ prednášky: Cieľom prednášky je poukázať na obmedzenia tradičnej monoterapie pri liečbe akútnej bolesti a predstaviť klinické výhody multimodálnej analgézie. Hlavným zámerom je oboznámiť odbornú verejnosť s účinnosťou, farmakokinetikou a bezpečnostným profilom inovatívnej fixnej kombinácie dexketoprofenu a tramadolu a zdôvodniť jej využitie v bežnej klinickej praxi.

Teoretické základy prednášky: Teoretickým východiskom je definícia akútnej bolesti ako náhleho, vysoko intenzívneho stavu, pričom jej nedostatočná liečba predstavuje priame riziko prechodu do chronickej bolesti. Prednáška analyzuje úskalia klasickej monoterapie, a to najmä „stropový efekt“ nesteroidných protizápalových liekov (NSAID), pri ktorých zvyšovanie dávky už nevedie k vyššej analgézi, ale k nárastu toxicity, a taktiež obavy z nežiadúcich účinkov pri silných analgetikách. Ako preferovaný prístup je vysvetlená tzv. multimodálna analgézia – kombinovanie liečiv s rôznymi mechanizmami účinku, ktoré pôsobia aditívne alebo synergicky. Tento prístup znižuje potrebnú dávku jednotlivých liekov, čím sa dosahuje adekvátne zníženie bolesti pri minimalizácii nežiaducich účinkov.

Jadro a základné výsledky prednášky: Jadrom prezentácie je predstavenie duálneho zásahu do dráhy bolesti fixnou kombináciou rýchlo pôsobiaceho periférneho analgetika (dexketoprofen 25 mg) a centrálnie pôsobiaceho liečiva s prolongovaným účinkom (tramadol

75 mg). Táto kombinácia v pomere 1:3 vykazuje jasný synergický efekt.

Medzi kľúčové prezentované klinické výsledky patria:

- Vysoká účinnosť: Skupina liečená fixnou kombináciou dexketoprofenu/tramadolu dosiahla najvyššie percento reagujúcich pacientov (až 72 %) v porovnaní s monoterapiou alebo inými kombináciami.
- Rýchlejšia a dlhšia úľava od bolesti (TOTPAR): Pri priamom porovnaní vykazovala liečba dexketoprofenom a tramadolom významne vyššiu účinnosť a rýchlejší nástup analgézie ako známa kombinácia tramadolu s paracetamolom.
- Záchranná medikácia: Značne menší podiel pacientov v skupine dexketoprofen/tramadol si do 6 hodín vyžiadala ďalšiu „záchrannú“ liečbu od bolesti (33,8 % vs. 45,8 % pri tramadol/paracetamol).
- Bezpečnosť a forma: Kombinácia vykazuje priaznivý bezpečnostný profil bez nárastu závažných nežiaducich udalostí. Pre ešte rýchlejší nástup účinku je dostupná forma granulátu, pri ktorej sú detekovateľné hladiny dexketoprofenu už za 5 minút a maximálna koncentrácia je dosiahnutá za 17 minút

Kľúčové slová: akútna bolesť, multimodálna analgézia, fixná kombinácia, dexketoprofen, tramadol, synergický efekt, TOTPAR

SYNERGIA V LIEČEB HYPERTENZIE VYUŽITIE DUÁLNEHO MECHANIZMU ÚČINKU NEBIVOLOLU

MUDr. Peter SOLÍK, PhD.

Kardiologická ambulancia, Bratislava

Cieľ prednášky: Komplexné a aktuálne informácie v oblasti diagnostiky, terapeutických postupov a tým dosiahnutie lepšej starostlivosti o pacienta

Teoretické základy prednášky: Betablokátory sú trieda liečiv, ktoré kompetitívne antagonizujú účinky katecholamínov (napr. adrenalínu a noradrenalínu) na beta-adrenergných receptoroch. Selektívne betablokátory, ako napríklad bisoprolol alebo metoprolol, primárne blokujú β_1 -receptory v srdci, čo vedie k poklesu srdcovej frekvencie, kontraktility myokardu a zníženiu vodivosti A-V uzlom.

Lieky tretej generácie, ako nebivolol, majú navyše vazodilatačné účinky, často sprostredkované uvoľňovaním oxidu dusnatého (NO), čím prispievajú k ďalšiemu zníženiu systémového vaskulárneho odporu a krvného tlaku. Využívajú sa v terapii hypertenzie, anginy pectoris, srdcového zlyhávania, arytmií a po infarkte myokardu.

Jadro a základné výsledky prednášky: Nebivolol je liečivo pôsobiace na srdcovo-cievny systém a patrí do skupiny selektívnych betablokátorov. Zabráňuje zvýšenému srdcovému tepu a reguluje silu srdcových sťahov. Taktiež spôsobuje rozšírenie krvných ciev, čo

prispieva k zníženiu krvného tlaku. Možnosti terapie hypertenzie a kardiovaskulárnych rizík pacientov.

Vazodilatačné účinky majú aj iné betablokátory tretej generácie, nebivolol vyvoláva vazodilataciu cestou uvoľňovania NO. Antiischemický potenciál sa potvrdil v štúdiu SENIORS redukciami ischemických príhod u starších pacientov so srdcovým zlyháváním ischemickej etiológie, poklesom relatívneho rizika fatálnych i nefatálnych príhod až o 32%.

Nebivolol je vhodný aj u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc, ischemickou chorobou dolných končatín a u pacientov s metabolickým syndrómom/diabetes mellitus.

Nebivolol pre svoje vazodilatačné účinky, hydrofiliu a vysokú kardioselektivitu nemá nežiaduce účinky bežne užívaných konvenčných betablokátorov a ich incidencia je nízka a porovnateľná s placebom. Aktuálne je nebivolol dostupný aj v duálnej terapii s hydrochlórtiazidom a amlodipinom.

Kľúčové slová: betablokátory, nebivolol, vazodilatačné účinky, oxid dusnatý, štúdia SENIORS



THE ROLE AND RESPONSIBILITIES OF THE FAMILY PHYSICIAN IN THE HEALTHCARE SYSTEM: THE EXAMPLE OF POLAND

Dr.hab.n.med. Piotr POBROTYN, MD, PhD¹, Dr. n. med. Robert SUSLO², Associate Professor Julia POBROTYN, MD¹, Professor Jarosław DROBNIK, MD, PhD³

¹ Remedial specialistic Clinic „Pulsantis Sp z o.o.“

² Department of environmental Health, Occupational Medicine and Epidemiology, Wrocław Medical University

³ Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University

The role of the family physician, who is the cornerstone of primary healthcare in Poland, is defined in the Act of 27 October 2017 on Primary Healthcare (consolidated text, Journal of Laws 2025, item 515). This legislation specifies in detail the basic scope and responsibilities of this sector within the Polish healthcare system. The main tasks of primary healthcare, particularly those of the family physician, include providing healthcare to the patient and their family, coordinating healthcare services, assessing needs, and setting health priorities for patients and their families. This applies to patients under the care of a given family physician's practice or primary healthcare facility. The family physician is also responsible for identifying and addressing physical and mental health threats and problems, providing preventive healthcare and health promotion, as well as patient education.

The family physician, or equivalently the primary care physician, coordinates treatment together with the primary healthcare nurse and midwife. Thus, the family physician is the foundation of primary healthcare in Poland. The family physician's team performs their duties at the place of service delivery, i.e., in their clinic during working hours from 8:00 AM to 6:00

PM. If the patient's health condition requires it, care can also be provided at the patient's home or place of stay. If access to other elements of the Polish healthcare system is necessary, such as other medical entities or services, the family physician is authorized to issue referrals to these services for patients under their care. These referrals may be for hospital admission or outpatient specialist care.

In cases of emergency, the patient does not need to visit the family physician first. Emergency departments, hospital admission units, and specialist outpatient clinics have the authority to provide urgent care. In such cases, patients are admitted urgently to healthcare providers other than primary care. Emergency primary healthcare services are provided outside of regular family physician working hours by night and holiday healthcare services.

The services provided by family physicians within the Polish healthcare system during working days from 8:00 AM to 6:00 PM cover a basic range of tasks, including medical and nursing consultations, diagnostic imaging and laboratory tests, issuance of certificates and prescriptions. Family physicians are financed through a lump-sum annual capitation fee.



To increase accessibility and efficiency of family medicine facilities beyond the core tasks of the physician, the Polish system has introduced fee-for-service financing. This is based on the so-called entrusted budget, which finances preventive activities, including health assessments, determining health needs and priorities aimed at preventing diseases or enabling early detection of previously undiagnosed illnesses in patients under the care of the family physician's practice.

For the population served by the family physician, the scope of their competencies has also been extended under the so-called coordinated budget, which covers the provision of specialist services. The family physician receives funding to provide specialist consultations, diagnostics, and treatment within separately contracted agreements, in areas such as cardiology, endocrinology, pulmonology, diabetology, and nephrology.

The goal of this approach is to expand the role and competencies of the family physician in the Polish healthcare system. This key element — the family physician — has also been

empowered to coordinate specialist care, which is crucial considering the prevalent diseases in Poland. This aims to improve accessibility, reduce waiting times for specialists and hospitals, and optimize healthcare activities both in terms of quality and cost-efficiency.

Due to the still insufficient number of physicians specialized in family medicine, besides family medicine practices delivering primary care, other legal entities operate in Poland employing physicians who meet statutory criteria equivalent to family physicians. These mainly include pediatricians, general practitioners, or specialists in internal medicine who fulfill the relevant criteria.

In summary, family physicians in Poland form the foundation of citizens' health security, and the role of the family physician within the system is continuously evolving, with the scope of their tasks and responsibilities steadily expanding.

Key words: family physician, healthcare system, role and responsibilities, Poland

ABSTRAKT Č. 23

EVOLUTION OF THE PUBLIC SYSTEM FOR PROVIDING CARE TO PATIENTS WITH HEART DISEASE IN POLAND

Dr. hab.n.med. Piotr POBROTNYN, MD, PhD¹, Prof. Jarosław DROBNIK, MD, PhD in Medical and Health Sciences², Tomasz SOWIŃSKI, MSc³, Dr. n. med. Robert SUSLO, PhD.⁴

¹ Remedial specialistic Clinic „Pulsantis Sp z o.o”

² Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University

³ Endocare Medical Center, Simple Joins-Stock Company (J.S.J), Wrocław

⁴ Department of environmental Health, Occupational Medicine and Epidemiology, Wrocław Medical University

Heart disease in Poland is a serious social and systemic problem. Data published in the document „The Health Situation of the Polish Population and Its Conditions 2025,” edited by

Bogdan Wojtyniak and Anna Smaga¹, indicate that in the population over 45, heart disease was the leading cause of death in Poland in 2023. „Circulatory system diseases were responsible for

36.9% of deaths among the total Polish population in 2023, which is less than in 2019 (39.4%), and are almost 50% more life-threatening for men than for women.”²

Analyzing the systemic coverage of heart patients since the introduction of the healthcare reform in Poland in 1999, it should be noted that they were protected through specialized outpatient clinics and an uncontrolled proliferation of hospital wards. The next step was a systemic change in the pricing of interventional services, such as procedures performed in cardiac hemodynamics laboratories.

However, given the high death rate from heart disease in Poland, strategic decisions were made to increase early detection and access to cardiology care. As of October 1, 2022, within the so-called entrusted budget, primary care clinics were able to participate in the so-called coordinated care program, which included access for family physicians to specialist cardiology consultations and the ordering of additional diagnostic tests.

Pursuant to Annex 6 to the Regulation of the Minister of Health of September 24, 2013, on guaranteed services in the scope of primary health care (consolidated text: Journal of Laws of 2023, item 1427), as part of coordinated care services, primary care clinics may provide patients with diagnostics and treatment for hypertension, heart failure, chronic ischemic heart disease, and atrial fibrillation. As part of this scope of services, primary care physicians may order additional diagnostic tests for patients qualified for coordinated care:

- a. Stress ECG (stress ECG test),
- b. 24-, 48-, and 72-hour Holter ECG (24-, 48-, and 72-hour ECG recording),
- c. 24-hour Holter BP (24-hour blood pressure recording),
- d. Doppler ultrasound of the carotid arteries,
- e. Doppler ultrasound of the lower limb vessels,

- f. Transthoracic echocardiogram,
- g. BNP (NT-pro-BNP),
- h. albuminuria (urine albumin concentration),
- i. UACR (urine albumin/creatinine ratio);

Diagnostics are also supplemented by educational advice, specialist consultations, and dietary advice.

Patients diagnosed in a primary care clinic whose health condition requires in-depth diagnosis and specialist care are referred to the clinic for outpatient specialist care, or in demanding cases for hospital treatment.

In order to provide comprehensive patient care, in 2017, preferences were introduced for hospital units that, as part of their heart attack treatment, also offered comprehensive care, including cardiac rehabilitation departments — commonly known as „KOS-zawiał”.

On December 6, 2022, the National Cardiovascular Diseases Program for 2022–2032 was adopted in Poland — Resolution No. 247 of the Council of Ministers of December 6, 2022, on the establishment of a multiannual program entitled the National Cardiovascular Diseases Program for 2022–2032 (Journal of Laws of 2022, item 1265), the main goal of which is to reduce mortality due to heart disease and increase the detectability of this type of disease. The NPChUK strategy assumes the implementation of activities in five key areas:

1. Investments in human resources
2. Investments in education, prevention, and lifestyle
3. Investments in patients
4. Investments in science and innovation
5. Investments in the cardiovascular care system³

The planned investments in the indicated areas include:

- Increasing the number of physicians holding a specialization in the field of cardiovascular diseases (CVD);

- Enhancing the knowledge and competencies of medical personnel in health promotion, cardiovascular prevention, early detection of heart and vascular diseases, as well as prevention and care of patients with CVD;
- Supporting universal health education and the promotion of healthy lifestyles among children, adolescents, and adults, particularly with regard to physical activity, nutrition, and obesity prevention;
- Improving awareness among adult Poles of the impact of health-promoting behaviors on CVD, including the promotion of a tobacco- and alcohol-free lifestyle;
- Implementing legal regulations supporting healthy nutrition and anti-tobacco policies;
- Facilitating access to screening examinations;
- Engaging primary care physicians (PCPs) and occupational medicine physicians in the identification and assessment of CVD risk factors;
- Improving the quality of care for patients at high and very high cardiovascular risk or those requiring specialist care;
- Increasing opportunities for patients with CVD to participate in clinical trials;
- Improving the organization of the cardiovascular research system;
- Facilitating access to innovative therapies in cardiology and related fields associated with CVD;
- Expanding access to coordinated cardiac care for patients with CVD;
- Improving the quality of life of patients with CVD during and after completion of cardiological treatment, including better access to various forms of rehabilitation;
- Increasing access to modern medical equipment;

- Improving the organization of monitoring health needs, particularly through the establishment and development of medical registries and screening databases;
- Supporting the development of palliative and hospice care.⁴

A further step was the enactment in Poland of the Act of 4 June 2025 on the National Cardiology Network (NCN). The NCN is headed by the National Cardiology Council, established pursuant to the Act, composed of 13 members. The statute of the Council is defined by the Regulation of the Minister of Health of 18 August 2025 on the Statute of the National Cardiology Council.

Pursuant to Article 27 of the Act of 4 June 2025 on the National Cardiology Network:

„1. The Council shall consist of 13 members:

1. eight individuals holding a specialization in one of the following medical fields:
 - a) hypertensiology,
 - b) intensive care,
 - c) cardiac surgery,
 - d) cardiology,
 - e) pediatric cardiology,
 - f) cardiology and internal medicine,
 - g) medical rehabilitation,
 - h) public health;
2. a representative of the minister competent for health;
3. a representative of the coordinating center;
4. a representative of the National Health Fund;
5. a representative of the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System;
6. a representative of the Patient Rights Ombudsman.“

The provisions of the Act on the NCN also regulate healthcare entities authorized to provide services through hospital departments with a cardiology profile. The Act introduces three reference levels for these units. The reference



levels of healthcare providers forming part of the National Cardiology Network are defined in the Act, while the detailed qualification criteria are specified in the Regulation of the Minister of Health of 11 July 2025 on the detailed criteria for qualification to the National Cardiology Network (Journal of Laws of 2025, item 943).

The definition and designation of specific hospital departments authorized to provide services in the treatment of cardiovascular diseases are intended to improve quality and optimize the systemic organization of patient care at the highest possible standard, with the aim

of reducing excess mortality in Poland due to such conditions.

The overarching objective is to allocate public funds in a manner that ensures the most optimal healthcare system possible, guaranteeing the best achievable treatment outcomes.

An additional objective is to eliminate from the system those units with insufficient medical expertise and treatment outcomes that do not meet established standards and quality criteria.

Key words: public system, evolution, patients with heart disease, Poland

BLOK

BLOK PODPorený SLOVENSKOU ANGIOLOGICKOU SPOLOČNOSŤOU

ABSTRAKT Č. 24

PACIENT S KRITICKOU KONČATINOVOU ISCHÉMIOU - VIEME VŽDY NÁJSŤ MOŽNOSŤ INTERVENČIE?

doc. MUDr. Juraj MAĐARIČ, PhD., MPH, MUDr. Ľubomír FLÁK, PhD., MUDr. Miroslav ŠIRILA, MUDr. Lukáš VINCZE, MUDr. Petr VAŘEJKA

Klinika angiologie LF UK a NÚSCH, a. s., Bratislava

Úvod: Chronická končatinu ohrozujúca ischémia (chronic limb-threatening ischemia, CLTI) predstavuje najzávažnejšie štádium periférneho artériového ochorenia dolných končatin. V praxi všeobecného lekára sa môže manifestovať nenápadne - pokojovou bolesťou, nehojajúcim sa defektom, gangrénou alebo diabetickou léziou nohy. Včasný rozpoznanie je rozhodujúce, pretože oneskorená diagnostika významne zvyšuje riziko vysokej amputácie a mortality.

Cieľ: Cieľom príspevku je poukázať na súčasné možnosti diagnostiky a intervenčnej

liečby pacientov s CLTI a zdôrazniť, že aj u polymorbidných a vysokorizikových pacientov je potrebné aktívne hľadať možnosť revaskularizácie.

Metódy: Príspevok rozoberá klinické prejavy, neinvazívnu diagnostiku, hodnotenie závažnosti ischémie a anatomickej možnosti revaskularizácie. Osobitná pozornosť je venovaná intervenčným postupom od štandardnej endovaskulárnej revaskularizácie až po komplexné techniky.



Kľúčové poznatky: Pacient s CLTI nemá byť hodnotený len podľa rozsahu rany, ale komplexne – podľa stupňa ischémie, infekcie, anatomickej rekonštruovateľnosti tepnového riečiska a celkového biologického stavu. Aj pri zdanlivo nepriaznivej anatómii môže byť možná endovaskulárna intervencia, hybridný výkon alebo individuálne zvolená stratégia záchrany končatiny.

Záver: včasné rozpoznanie varovných príznakov CLTI a neodkladné odoslanie

pacienta na cieвне pracovisko zvyšuje šancu na záchranu končatiny. Včasná diagnostika a aktívne hľadanie možnosti intervencie môžu rozhodnúť o zachovaní končatiny aj kvality života pacienta.

Kľúčové slová: kritická končatinová ischémia, diagnostika, možnosti revaskularizácie, endovaskulárna intervencia, ambulancia všeobecného lekára

ABSTRAKT Č. 25

PACIENT S OCHORENÍM PERIFÉRYCH CIEV V PREDOPERAČNEJ PRÍPRAVE

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH, prof. MUDr. Katarína GAZDÍKOVÁ, PhD., MHA, MPH

Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, Univerzitná nemocnica, Bratislava

V roku 2026 uplynulo 12 rokov od prijatia Odborného usmernenia MZ SR o vykonávaní ambulantných vyšetrení pred plánovanými výkonmi. A zároveň uplynulo 10 rokov od začlenenia merania členkovo-ramenného indexu (ABI) do preventívnej prehliadky vykonávanej všeobecným lekárom. Tieto skutočnosti vytvárajú súčasť armamentária všeobecného praktického lekára umožňujúca efektívnejšie sa postarať o pacienta s vaskulárnymi ochoreniami v perioperačnom období.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anestéziologickej starostlivosti

Dňa: 11. júna 2014 Číslo: 12826/2014- SZ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona

č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva odborné usmernenie, ktorého účelom je ustanoviť jednotný postup prípravy pacienta pred plánovanými diagnostickými alebo liečebnými výkonmi s potrebou anestéziologickej starostlivosti, ktoré znesú odklad bez rizika z omeškania (ďalej len „plánované zdravotné výkony“) v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti v termíne stanovenom poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Odborné usmernenie nadobudlo účinnosť 25. 6. 2014.

Lekár vykonávajúci predoperačné vyšetrenie (POV) sa musí zamerať na predoperačnú prípravu, zvládnutie operačného výkonu ako aj pooperačné obdobie. Rozhodujúce je

stanovenie perioperačného rizika a predoperačný manažment. Postup by mal byť efektívny, bez zbytočného navyšovania nákladov za rešpektovania etiky s právnych aspektov. Takto koncipované postupy zohľadňujú dôležitý fakt, že popri anamnéze a klinickom vyšetrení majú ďalšie vyšetrenia zmysel vtedy, ak predpokladáme, že výsledok týchto vyšetrení má potenciál zmeniť perioperačný manažment, čo znamená, že ovplyvnia predoperačnú prípravu pacienta, formu anestézie, perioperačný monitoring, chirurgický postup a podobne.

Indikácie na operačný výkon

1. absolútne	operáciu sa musí vykonať
2. relatívne	zvažovanie iného terapeutického výkonu, resp. rizika výkonu
3. vitálne	bezprostredné ohrozenie života, ktoré môže výkon odvrátiť

Operačné výkony podľa závažnosti delíme na:

Stupeň závažnosti	Operačné výkony
1. stupeň	Diagnostické, endoskopické alebo laparoskopické výkony, biopsia prsníka
2. stupeň	inguinálna hernia, varixy dolných končatín, adenotomizilektómia, artroskopia kolena
3. stupeň	totálna abdominálna hysterektómia, transuretrálna resekcia prostaty, lumbálna diskotómia, tyreoidektómia
4. stupeň	totálna výmena kľbu, rekonštrukčné arteriálne výkony, resekcia čreva

POV prináša komplexný náhľad na kondíciu pacienta, vyhodnocuje individuálne riziko

vzhľadom na plánovaný operačný výkon. Na základe POV môžeme dospieť k rozhodnutiu o odložení výkonu či v záujme zníženia hrozby komplikácií navrhnúť opatrenia.

POV u všeobecného lekára či internistu?

Pacienti, u ktorých sa plánuje elektívny výkon, podľa doterajšieho vývoja zdravotného stavu a dominantného spôsobu zdravotnej starostlivosti môžeme rozdeliť na dve skupiny:

1. POV je možné vykonať všeobecným lekárom

Vyšetrení sú najprv chirurgom, ktorý indikuje operačný výkon a následne sú odoslaní na POV

- ochorenie je primárne chirurgickej povahy
- doteraz neboli pravidelne sledovaní pre žiadne chronické ochorenie v špecializovanej ambulancii
- doteraz u nich bola zabezpečovaná iba primárna zdravotná starostlivosť u všeobecného lekára.

Ak sa pacient nezúčastňoval preventívnych prehliadok, je možné, že POV odhalí doteraz nepoznané závažné ochorenia presahujúce pôsobnosť všeobecného lekára

2. POV by mal vykonať internista

Pacienti sledovaní a liečení pre chronické ochorenia, dispenzarizovaní v špecializovaných ambulanciách, opakovane kontrolovaní, vyšetrovaní, vrátane laboratórnych a iných vyšetrení. chirurgickú intervenciu je potrebné u nich vykonať:

- pri zhoršení základného ochorenia, vyčerpaní sa možnosti konzervatívnej terapie napr. bypass či intervencia u pacientov s PAO
- ku chronickým ochoreniam pridruží ochorenie vyžadujúce si primárne chirurgickú intervenciu



Pri POV nás môže zaskočiť závažné cievne ochorenia, ktoré mohli byť mylne interpretované pri diferenciálnej diagnostike:

Akútna končatinová ischémia (ALI) - potrebné rozpoznať a neodkladne referovať na angiologické či angiochirurgické pracovisko.

Akútna či prekonaná žilová trombóza - podľa rozsahu zaliečime a odošleme angiológovi či v proximálnej lokalizácii odošleme na hospitalizáciu.

Chronická končatinu ohrozujúca ischémia CLI -Fontaine III a IV, Rutherford 4,5,6 a diabetická noha - nutné rozpoznať a neodkladne referovať na angiologické či angiochirurgické pracovisko.

Títo pacienti bývajú polymorbidní, s polyvaskulárnym postihnutím a rozhodovanie, ktoré riešisko je potrebné prioritne intervenovať zväži až vyššie cievne pracovisko.

Radi by sme upozornili na závažnú skutočnosť, že na základe našich zistení až 60% pacientov na Oddelenia dlhodobo chorých (prevažne seniori, polymorbidní, imoboiní) s dekubitmi na päťach má prítomné závažné stenotizácie tepien dolných končatín, ktoré dovtedy boli nepoznané.

Súčasťou POV hlavne u pacientov s rizikovými faktormi aterosklerózy by malo byť precízne fyzikálne vyšetrenie dolných končatín vrátane palpácie pulzácií. Viac ako polovica všeobecných ambulancií je vybavená prístrojmi na meranie ABI, ktoré môžu byť nápomocné v rozhodovaní, či do POV zaradiť aj vyšetrenie u angiológa. Ak PAO ostane nepoznané v rámci POV, personál chirurgických oddelení či oddelení následnej starostlivosti je zaskočený vznikom preležanín, ktoré sa len ťažko zhoja, ak vôbec. U týchto pacientov je nutný dôsledný antidekubitálny režim: dôsledné polohovanie včasná mobilizácia a rehabilitácia, ošetrovanie kože, premasťovanie,

vysádzanie k jedlu k jedlu na minimálne hodinu, sledovať, aby tlak krvi nebol veľmi nízky

U pacientov zvažujeme v POV riziko venózneho trombembolizmu a jeho prevenciu. Režimové opatrenia sa týkajú všetkých (dôsledná hydratácia, pohybový režim - včasná vertikalizácia a rehabilitácia). Kompresné obvinadlá či pančuchy sú kontraindikované u závažného PAO, čo vieme vylúčiť meraním ABI.

Ak je pacient na antikoagulačnej liečbe, na limitované obdobie meníme na trombopropylaktickú. O rozsahu, dávkovaní a dĺžke trombopropylaxie rozhoduje operatér. Lekár vykonávajúci POV zväži riziko venózneho trombembolizmu, operatér trombopropylaxiu modifikuje vzhľadom na predpokladané krvácanie.

Je na zváženie pri každom preventívnom vyšetrení posúdiť, či zdravotný stav pacienta bude v blízkej vyžadovať väčší či menší chirurgický výkon. Následne usmernenie napr. ohľadom zníženia hmotnosti, zanechania fajčenia, zlepšenia kondičného stavu (napr. posilňovanie horných končatín pred TEP bedrového či kolenného kĺbu, aby pacient lepšie zvládol chôdzu o barľach a pod.), čo by mohlo vytvárať predpoklad úspešnejšieho zvládnutia operácie.

Pacient s lymfedémom hornej alebo dolnej končatiny nosieva kompresívnu panču chu alebo ramenný návlak, ktorý si prináša na hospitalizáciu. Končatina s lymfedémom by mala byť uchránená od intravenózneho aplikácie, merania tlaku krvi a pod.

Po operácii sa po prepustení pacient hlási s prepúšťacou správou u všeobecného lekára, ktorý by mal usmerniť pacienta v dodržiavaní odporúčaného spôsobu rekonvalescencie.

Skúsený všeobecný lekár v rámci predoperačného výkonu dokáže pacienta s ochorením periférnych ciev efektívne edukovať, aby svojím počínaním

a disciplinovanosťou prispel k dosiahnutiu optimálneho priebehu elektívneho výkonu.

Kľúčové slová: ochorenie periférnych ciev, predoperačná príprava, všeobecný lekár, odborné usmernenie MZ SR, meranie ABI, fyzikálne vyšetrenie dolných končatín

ABSTRAKT Č. 26

KEDY ODOSLAŤ PACIENTA S CUKROVKOU NA CIEVNE VYŠETRENIE?

MUDr. Iveta KOPALOVÁ¹, MUDr. Tomáš KOPAL²

¹ Oddelenie cievnej chirurgie UN Martin, Angiologická ambulancia

² Kožná ambulancia Angioderm, Žilina

Úvod: Pacienti s diabetes mellitus patria medzi skupiny s najvyšším rizikom aterosklerotických kardiovaskulárnych komplikácií vrátane periférneho artériového ochorenia a chronickej končatiny ohrozujúcej ischémie (CLTI). Včasné angiologické vyšetrenie umožňuje nielen identifikovať pacientov vyžadujúcich intenzívnu preventívnu liečbu aterosklerózy, ale aj rozpoznať ischemické a neuroischemické lézie, pri ktorých môže rýchlá revaskularizácia a odľahčenie defektu rozhodnúť o záchrane končatiny.

Cieľ: Cieľom príspevku je poskytnúť lekárom prvého kontaktu praktické odporúčania, kedy odoslať pacienta s diabetes mellitus na angiologické vyšetrenie, ako rozpoznať varovné príznaky CLTI a ktoré nálezy na nohe si vyžadujú urgentné alebo preventívne riešenie.

Metódy: Príspevok vychádza z aktuálnych metaanalýz dostupných dát, medzinárodných odporúčaní a klinických skúseností autorov. Zameriava sa na

1. klinické prejavy periférneho artériového ochorenia u diabetikov,
2. význam neinvazívnej cievnej diagnostiky a
3. identifikáciu stavov, pri ktorých je potrebná urgentná revaskularizácia alebo

preventívna podologická a dermatologická intervencia.

Kľúčové poznatky: Najčastejšími preventabilnými príčinami zlyhania manažmentu diabetickej nohy sú oneskorená diagnostika CLTI a podcenenie diabetických prelézií. U pacientov s diabetickou neuropatiou sa CLTI často manifestuje iba drobným defektom bez typických ischemických bolestí. Práve podcenenie týchto prejavov zo strany pacienta a častokrát aj lekára vedie k oneskoreniu diagnostiky a liečby, čím sa znižuje šanca na úspešnú revaskularizáciu a záchranu končatiny. Rovnako mozole (callus), kurie oká (clavus), ragády, zarastajúce nechty či onychomykóza predstavujú významné rizikové faktory vzniku neuropatických a neuroischemických ulcerácií, následnej infekcie až osteomyelitidy, ktoré vedú k amputácii, pričom ich včasná liečba je jednoduchou, lacnou a vysoko účinnou formou prevencie.

Diabetický vred nohy nie je len lokálny problém končatiny - je markerom závažného systémového vaskulárneho ochorenia. Súčasné dôkazy potvrdzujú, že amputácia dolnej končatiny u pacientov s cukrovkou je spojená s výrazným nárastom morbidít a mortality v nasledujúcich rokoch a prognóza pacientov



po amputácii je porovnateľná alebo horšia ako pri niektorých malignitách.

Záver: Včasná identifikácia pacientov s periférnym arteriálnym ochorením a diabetickými preležaninami, ich neodkladné odoslanie na angiologické vyšetrenie a iniciácia preventívnych opatrení môžu významne zlepšiť kardiovaskulárnu prognózu, zvýšiť šancu na záchranu

končatiny a znížiť zdravotnú, psychosociálnu aj ekonomickú záťaž syndrómu diabetickej nohy pre pacienta i spoločnosť.

Kľúčové slová: diabetes mellitus, cieвне vyšetrenie, chronická končatina ohrozujúca ischemia, prevencia, včasná identifikácia pacientov s periférnym arteriálnym ochorením

BLOK ŽIVOTNÝ ŠTÝL AKO NÁSTROJ PREVENČIE: OD PRÍRODNÉHO PROSTREDIA PO MANAŽMENT OBEZITY

ABSTRAKT Č. 27

EXPOZÍCIA PRÍRODNÉMU PROSTREDIU AKO SÚČASŤ PRIMÁRNEJ PREVENČIE A PODPORY ZDRAVIA

MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD., MPH¹, Mgr. Michal PÁLENÍK², RNDr. Diana VONDROVÁ, PhD.¹, prof. MUDr. Ľubica ARGALÁŠOVÁ PhD., MPH¹, doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.^{2,3}

¹ Ústav hygieny, LF UK v Bratislave

² Katedra biologických a lekárskech vied, FTVŠ UK v Bratislave

³ Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

Primárna prevencia chronických neprenosných chorôb predstavuje jednu z kľúčových priorít súčasného verejného zdravotníctva, najmä v kontexte rastúcej urbanizácie, sedavého životného štýlu a zvyšujúcej sa psychosociálnej záťaže populácie. Narastajúci počet dôkazov z epidemiologických štúdií naznačuje, že expozícia prírodnému prostrediu môže mať priaznivý vplyv na psychické aj somatické zdravie, najmä prostredníctvom redukcie stresu, úzkosti a depresívnych symptómov, ako aj zlepšenia niektorých kardiovaskulárnych, metabolických a iných ukazovateľov zdravotného stavu.

Expozícia mestskej zelene je konzistentne asociovaná s nižším výskytom niektorých poškodení zdravia, pričom významnú úlohu zohráva nielen celkové množstvo zelene, ale aj jej každodenná dostupnosť a vizuálna prítomnosť v prostredí človeka. Prístupy založené na systematickom „predpisovaní kontaktu s prírodným prostredím“ ako súčasť preventívnych intervencií ukazujú potenciál na podporu fyzickej aktivity, zlepšenie psychickej pohody a priaznivé ovplyvnenie vybraných parametrov.

Súčasne je potrebné interpretovať existujúce dôkazy opatrne, keďže ide prevažne o heterogénne štúdie s limitovanou možnosťou

kauzálného usudzovania a s relatívne krátkodobým sledovaním efektov. Napriek rastúcemu množstvu dôkazov zostávajú otvorené otázky týkajúce sa dlhodobých účinkov, štandardizácie intervencií a rovnosti v prístupe k prírodnému prostrediu v rôznych socioekonomických skupinách.

Tieto zistenia budú zároveň podporené výsledkami prebiehajúceho pilotného projektu MedHealth Study u študentov medicíny, v ktorom sme sa o.i. zamerali aj na analýzu vzťahov medzi expozíciou prírodnému prostrediu („greenery“) a vybranými ukazovateľmi životného štýlu, ako sú fajčenie, fyzická aktivita, stravovacie návyky a iné.

Celkovo expozícia prírodnému prostrediu predstavuje sľubný, nízkonákladový a široko

dostupný doplnok stratégií primárnej prevencie chronických ochorení a podpory duševného zdravia. Integrácia prírode orientovaných prístupov do verejného zdravotníctva a klinickej praxe všeobecných lekárov môže prispieť k zníženiu psychosomatickej záťaže populácie a podpore zdravšieho životného štýlu.

Kľúčové slová: prírodné prostredie, expozícia, prevencia chronických ochorení, verejné zdravotníctvo

Projekt bol čiastočne podporený - KEGA č. 029UK-4/2025 Využitie nových výučbových technológií pri inovácii výučby v oblasti ochrany a podpory zdravia pre študentov medicínskych odborov

ABSTRAKT Č. 28

OBEZITA U ŽIEN: OD POLYENDOKRINNÉHO METABOLICKÉHO OVARIÁLNEHO SYNDRÓMU (PMOS) AŽ PO MENOPAUZU

doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.^{1,2}, Mgr. Michal PÁLENÍK^{1,2}, Mgr. Ivan HRIC, PhD.^{1,2}, prof. RNDr. Viktor BIELIK, PhD.², MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD.: MPH³

¹ Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava

² Katedra biologických a lekárskech vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

³ Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Obezita je hlavným rizikovým faktorom pre PMOS (polyendokrinný metabolický ovariálny syndróm), ktorý predstavuje nový lekársky názov pre syndróm polycystických vaječníkov (PCOS). Globálne zdravotnícke organizácie (viac ako 50 patientskych a profesionálnych organizácií vrátane Endocrine society) oficiálne premenovali tento stav, aby presne odrážal jeho systémovú hormonálnu a metabolickú povahu. PMOS postihuje 1 z 8, čiže viac ako 170 miliónov žien na celom svete. PMOS a menopauza je v asociácii s prítomnou obezitou

vysoko rizikový faktor pre rozvoj kardiovaskulárnych ochorení aj onkologických ochorení najmä karcinómu prsníka, osobitne ak pacientky konzumujú alkohol. Vyššie riziko je aj pre vznik diabetes mellitus 2. typu.

PCOS bol dlho vnímaný predovšetkým ako gynekologické alebo ovariálne ochorenie avšak rastúci výskum, syntéza dôkazov a medzinárodné odporúčania ukázali, že PMOS je podporovaný endokrinnými poruchami, napr. inzulínovou rezistenciou, zvýšenou hladinou androgénov, neuroendokrinných a ovariálnych



hormónov. Príznaky môžu byť metabolické (t. j. obezita, prediabetes až diabetes mellitus 2. typu, hypertenzia, dyslipidémia, steatotické ochorenie pečene spojené s metabolickou dysfunkciou (MASLD), kardiovaskulárne ochorenia a spánkové apnoe), reprodukčné poruchy (poruchy ovulácie, nepravidelný menštruačný cyklus neplodnosť, komplikácie v tehotenstve a karcinóm endometria), psychické poruchy (depresia, úzkosť, zlá kvalita života a poruchy príjmu potravy) a dermatologické (akné, alopecia a hirsutizmus). BMI je vo všeobecnosti vyššie u pacientiek s PCOS ako u tých, ktorí nemajú toto ochorenie, a prispieva k jeho závažnosti. Celkovo má PCOS multisystémové zdravotné dopady a predstavuje rastúcu zdravotnú a ekonomickú záťaž. Kľúčovým sa javí prevencia a liečba obezity.

V manažmente je prvoradá zmena životného štýlu a redukcia hmotnosti. V liečbe PMOS

je stále odporúčaná hormonálna terapia, následne metformín a zatiaľ nie sú odporúčania pre liečbu inkretínovými analógmi. Avšak pri prítomnosti nadváhy (BMI nad 27 kg/m²) s komorbiditami je potrebné sa riadiť odporúčaniami pre liečbu obezity a v indikovaných prípadoch pridať liečbu antiobezitikami. V súčasnosti sú to najmä moderné lieky na báze analógov inkretínových hormónov ako je glukagónu podobný peptid (GLP-1 -glucagon-like peptid) a glukózo-dependentný inzulínotropný polypeptid (GIP).

Kľúčové slová: polyendokrinný ovariálny metabolický syndróm, menopauza, liečba obezity, hormonálna terapia, metformín, liečba inkretínovými analógmi, zmeny životosprávy

Podporené grantmi: APVV 22-0047; VEGA 2/0041/25

ABSTRAKT Č. 29

VPLYV POHYBOVEJ A NUTRIČNEJ INTERVENČIE NA SEXUÁLNE ZDRAVIE PACIENTOV S OBEZITOU - PREDBEŽNÉ VÝSLEDKY

Mgr. Michal PÁLENÍK¹, MUDr. Jana BABIAKOVÁ, PhD., MPH²,
doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.¹³

¹ Katedra biologických a lekárskech vied, FTVŠ UK v Bratislave

² Ústav hygieny, LF UK v Bratislave

³ Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

Obezita u mužov je spojená s nepriaznivými metabolickými, hormonálnymi a sexuálnymi dôsledkami. Cieľom štúdie bolo zhodnotiť vplyv 8-týždňovej kombinovanej pohybovej, nutričnej a edukačnej intervencie na telesnú kompozíciu, zdatnosť, metabolické a endokrinné parametre a sexuálne zdravie mužov s obezitou. Do štúdie boli zaradení muži v produktívnom veku s obezitou. Intervencia zahŕňala individualizovaný redukčný stravovací

režim, aeróbny a silový tréning, podporu dennej pohybovej aktivity a edukačno-motivačný program. Pohybová časť pozostávala z 32 tréningových jednotiek počas 8 týždňov. Sexuálne zdravie bolo hodnotené dotazníkom IIEF-5, telesná kompozícia bioimpedančne, kardiorespiračná zdatnosť spiroergometriou a funkčná zdatnosť motorickými testami. Laboratórne vyšetrenia zahŕňali metabolické, lipidové, zápalové a hormonálne parametre vrátane

testosterónu, estradiolu, inzulínu, HOMA-IR, SHBG a voľného testosterónu.

Výsledky: Predbežne spracovaná vstupná skupina zahŕňala 23 probandov s priemerným vekom 33,4 ± 5,5 roka, BMI 39,2 ± 5,5 kg/m², obvodom pásu 120,9 ± 11,8 cm, percentom telesného tuku (%BF) 37,1 ± 6,0 % a viscerálny tuk (VAT) 21,0 ± 5,0. Priemerné vstupné hladiny celkového testosterónu boli 12,85 ± 4,64 nmol/l, inzulínu 18,52 ± 7,56 mIU/l a HOMA-IR 4,28 ± 1,86. Po 8 týždňoch intervencie sa znížila telesná hmotnosť, BMI a BF aj VAT. Predbežné výsledky ukazujú aj zlepšenie hormonálnych a metabolických ukazovateľov. Záver:

Výsledky naznačujú, že krátkodobá štruktúrovaná pohybová a nutričná intervencia je u mužov s obezitou realizovateľná a môže priaznivo ovplyvniť telesnú kompozíciu, metabolické rizikové faktory a endokrinné parametre súvisiace so sexuálnym zdravím.

Kľúčové slová: obezita, sexuálne zdravie, testosterón, pohybová a nutričná intervencia, intervencia

Podporené grantom: APVV 22-0047, APVV 23-0028, VEGA 2/0041/25

BLOK

UROLOGICKÁ ONKOPREVENČIA A REPRODUKČNÉ ZDRAVIE MUŽA

ABSTRAKT Č. 30

MOŽNOSTI PRIMÁRNEJ UROLOGICKEJ ONKOPREVENČIE - SÚČASNÉ DŮKAZY A ODPORÚČANIA

doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., MHA, MPH^{1,2,3},

doc. PharmDr. Daniela MINÁRIKOVÁ, PhD., MHA, MPH^{1,3,4}

¹ Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

² V. Interná klinika LFUK a UNB, Nemocnica Ružinov, Bratislava

³ Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

⁴ Katedra organizácie a riadenia farmácie. Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

Úvod: Podľa aktuálnych odhadov je približne 30–50 % všetkých onkologických ochorení spojených s modifikovateľnými rizikovými faktormi životného štýlu, ako sú nadmerná telesná hmotnosť, nedostatočná fyzická aktivita, nevhodná strava, konzumácia alkoholu a fajčenie. Urologické nádory - karcinóm prostaty, obličky a močového mechúra - patria medzi

najčastejšie malignity a ich incidencia celosvetovo narastá. Cieľom prednášky je poskytnúť prehľad súčasných dôkazov a odporúčaní pre primárnu prevenciu týchto nádorov.

Obezita a telesná hmotnosť: Podľa Tretej expertnej správy WCRF/AICR (2018) existujú presvedčivé dôkazy o tom, že nadmerná telesná hmotnosť zvyšuje riziko karcinómu

obličky (renálneho karcinómu), a pravdepodobné dôkazy aj pre pokročilý karcinóm prostaty. Metaanalýzy uvádzajú u obéznych jedincov zvýšenie rizika u karcinómu obličky o 20–82 %, karcinómu močového mechúra o 10–19 % a pokročilého karcinómu prostaty o 6–14 %. IARC (2016) zaradila karcinóm obličky medzi 13 malignít s dostatočným dôkazom kauzálneho vzťahu s obezitou. Americká onkologická spoločnosť (ACS, 2020) odporúča udržiavať zdravú telesnú hmotnosť počas celého života ako kľúčový preventívny faktor.

Fyzická aktivita: Rozsiahla metaanalýza 95 štúdií (Xie et al., 2026; Nature Communications; > 11 miliónov účastníkov) preukázala, že vysoká úroveň fyzickej aktivity je spojená so znížením rizika urologických nádorov celkovo o 9 %, karcinómu močového mechúra o 13 %, karcinómu prostaty o 6 % a karcinómu obličky o 11 %. WCRF/AICR a ACS odporúčajú minimálne 150–300 minút stredne intenzívnej alebo 75–150 minút intenzívnej fyzickej aktivity týždenne.

Strava a výživa: Odporúčania WCRF/AICR (2018) a ACS (2020) zdôrazňujú rastlinne orientovanú stravu bohatú na zeleninu, ovocie, celozrnné obilniny a strukoviny, s obmedzením červeného a spracovaného mäsa, vysoko spracovaných potravín a sladených nápojov. Príjem vlákniny by mal dosahovať minimálne 30 g denne. Konzumácia alkoholu by sa mala obmedziť, ideálne vylúčiť. Pre karcinóm obličky

je najlepšou výživovou stratégiou udržiavanie zdravej hmotnosti; pre karcinóm prostaty niektoré štúdie naznačujú protektívny vplyv stredomorskej stravy a stravy bohatej na rastlinné potraviny.

Fajčenie: Fajčenie je najvýznamnejším modifikovateľným rizikovým faktorom karcinómu močového mechúra s populačným atribútovateľným rizikom približne 50 %. Aktuálni fajčiari majú 3–4-násobne vyššie riziko v porovnaní s nefajčiarmi. Zanechanie fajčenia znižuje riziko o viac ako 30 % v priebehu 1–4 rokov a o viac ako 60 % po 25 rokoch, avšak riziko sa nikdy úplne nevráti na úroveň nefajčiarov. Fajčenie je tiež rizikovým faktorom karcinómu obličky (RR 1,31).

Záver: Komplexná adherencia k odporúčaniam WCRF/AICR a ACS je spojená so signifikantným znížením celkového onkologického rizika o 14–20 %. Pre karcinóm obličky bola preukázaná redukcia rizika až o 38 %, pre karcinóm močového mechúra o 15 %. Urológ má jedinečnú príležitosť aktívne komunikovať preventívne stratégie s ich pacientmi - **a to kontrolu hmotnosti, pravidelnú fyzickú aktivitu, zdravú stravu a zanechanie fajčenia** - ako integrálnu súčasť starostlivosti o pacienta.

Kľúčové slová: onkoprevencia, urologické nádory, obezita, fyzická aktivita, strava, fajčenie

REPRODUKČNÉ ZDRAVIE MUŽA A ONKOLOGICKÉ RIZIKÁ

MUDr. Igor BARTL, PhD.

Urologická klinika LF UK a UNB Bratislava, Nemocnica Ružinov, Slovenská republika
V. Interná klinika LF UK a UNB Bratislava, Nemocnica Ružinov, Slovenská republika

Koordinovaná starostlivosť naprieč odborami je nevyhnutná pre úspešnú implementáciu hodnotenia rizika rakoviny u neplodných mužov. Hoci majú andrológovia dominantnú pozíciu pre včasnú diagnostiku mužov, ktorí sú ohrození, význam spolupráce s lekármi primárnej starostlivosti, onkológmi, endokrinológmi, reprodukčnými genetikmi a ďalšími špecialistami reprodukčnej medicíny môže výrazne zlepšiť stratifikáciu a liečbu rizikových skupín. Zhoršená plodnosť mužov sa dlho považovala predovšetkým za problém reprodukčného zdravia, v súčasnosti sa čoraz viac zdôrazňuje, že môže slúžiť aj ako klinický rovný signál systémového ochorenia spojeného s vyššou chorobnosťou a úmrtnosťou. Spomedzi týchto systémových rizík predstavuje rakovina jednu z najvýznamnejších a klinicky najrelevantnejších korelácií. Škandinávске registre poskytli prvý dôkaz o tom, že muži s nízkou kvalitou spermií mali výrazne zvýšené riziko nádorov germinálnych buniek semenníkov (TGCT) v porovnaní s kontrolami. Škála druhov rakoviny spojených s neplodnosťou sa v novších štúdiách rozšírila a teraz zahŕňa hematologický, kolorektálny, prostatový a melanómový karcinóm. Neplodnosť by preto mohla byť skorým indikátorom systémovej genomickej nestability, ktorá sa časovo vyskytuje oveľa skôr ako diagnostikovaná rakovina prostaty, a nie teda ako jej dôsledok. Testikulárne mikroprostredie môže byť zmenené v dôsledku chronickej hormonálnej dysregulácie, zvýšeného oxidačného stresu (OS) a zhoršenej opravy DNA.

Okrem neplodnosti, agresívnych typov rakoviny prostaty a metabolických abnormalít, ktoré môžu zvýšiť riziko vzniku rakoviny, sa s týmito stavmi spája aj nízka hladina testosterónu v sére - typický nálež u hypogonádálnych mužov. Hyperestrogénizmus však môže podporovať aberantnú proliferáciu buniek a zvyšovať riziko rakoviny pri stavoch, ako je Klinefelterov syndróm. Endokrinná funkcia, reprodukčné zdravie a systémové ochorenia sú úzko prepojené, pričom hormonálna nerovnováha slúži ako dôsledok zhoršenej spermatogenézy a zároveň ako možný faktor sprostredkujúci rozvoj rakoviny.

Pokroky v genomike, transkriptomike, epigenomike, proteomike a metabolomike poskytujú nebyvalé príležitosti na odhalenie biologických väzieb medzi zhoršenou spermatogenezou a onkogenézou. Prenesenie prognostických markerov do praxe si však vyžaduje upgrade celosvetových usmernení a presne štruktúrované algoritmy sledovania s využitím kompozitných biomarkerov. Benefitom komplexného a vzájomne koordinovaného prístupu k reprodukčnému a aj sexuálnemu zdraviu mužov je nielen prevencia onkologických ochorení, ale aj zlepšenie celkovej kvality života smerujúcej k longlife so signifikantným poklesom celej škály v súčasnosti progredujúcich senilných demencií

Kľúčové slová: reprodukčné zdravie muža, rakovina prostaty, rakovina semenníkov, systémová genomická instabilita, hormonálna nerovnováha, kompozitné biomarkery, kvalita života, longlife, senilné demencie.

**BLOK ČO BY MOHLO ZAUJÍMAŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA
PRE DOSPELÝCH?**

ABSTRAKT Č. 32

OČKOVANIE PROTI HERPES ZOSTER

prof. MUDr. Zuzana KRIŠTÚFKOVÁ

Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava

Úvod: Herpes zoster (HZ) je spôsobený reaktiváciou latentného vírusu varicella zoster, ktorým sa v detstve infikuje väčšina populácie. Vírus pretrváva v latentnom štádiu v senzoryckých gangliách miechy. Pri oslabení imunity sa vírus znovu aktivuje a šíri sa pozdĺž nervu smerom ku koži. Spôsobuje veľmi bolestivý vezikulárny exantém.

Cieľ: Podať informácie o možnosti prevencie HZ očkovaním. Zdôvodniť potrebu očkovania údajmi o výskyte a klinickej závažnosti HZ v SR v rokoch 2022 - 2024.

Metodika: Informácie o očkovacej látke sme získali zo štúdií a SPC. Výskyt a klinickú závažnosť HZ sme zisťovali z publikovaných štúdií, v SR analýzou MKCh diagnóz, pod ktorými lekári HZ vykazovali, v spolupráci s IZA, MZ SR z údajov od 3 zdravotných poisťovní cestou NCZI.

Výsledky: Na Slovensku je dostupná neživá, rekombinantná, subjednotková vakcína proti HZ. Obsahuje antigén - glycoprotein E, ktorý umožňuje vstup vírusu do buniek, očkovaním teda tomu zabránime. Antigén je vyrobený technológiou rekombinantnej DNA v ovariálnych bunkách čínskeho škrečka. Vakcína obsahuje aj adjuvantný systém AS01. Indikovaná je u osôb vo zvýšenom riziku HZ: osoby vo veku 50 a viac rokov, osoby s oslabenou imunitou, vystavené nadmernému stresu s chronickým ochorením, pred plánovanou operáciou, po

prekonaní herpes zoster. Podávajú sa 2 dávky v rozpätí 2-6 mesiacov.

Vakcíny podávané v detstve obsahujú živý, oslabený kmeň vírusu varicelly zoster. Chránia pred ovčimi kiahňami tým, že znižujú riziko vniknutia divého vírusu do organizmu a „usadenia“ v gangliách. Znižujú teda aj pravdepodobnosť vzniku herpes zoster, ale nie na 100 %. Oslabený vakcinálny vírus varicelly ojedinelo môže zostať v gangliách a po rokoch vyvolať herpes zoster, zvyčajne s miernejším priebehom. Očkovanie proti herpes zoster je priama a silnejšia ochrana.

V rokoch 2022–2024 ošetrili lekári 76 295 osôb s HZ, chorobnosť sa pohybovala 450 – 506/100 000. Takmer 35% ochorení prebehlo s komplikáciou. Zistili sme, že 2/3 ochorení vzniká u žien, štatisticky významne viac u osôb vo veku 50 a viac rokov ($p < 0.0000001$). Komplikovaný priebeh malo 34,7% chorých (2024) a 1,84% pacientov (2023) bolo hospitalizovaných. Aspoň jednu komorbiditu malo v roku 2024 32,4 % pacientov, najčastejšie CHOCHP, diabetes a nádorové ochorenie.

Záver: Herpes zoster je ochorenie s vysokou chorobnosťou, zaťažujúce pacientov, zdravotný systém vrátane všeobecných lekárov pre dospelých. Na Slovensku je dostupná vakcína proti HZ, je potrebné ju kategorizovať a využívať k ochrane zdravia.

Kľúčové slová: herpes zoster, prevencia, očkovanie

ABSTRAKT Č. 33

VÍRUSOVÁ HEPATITÍDA TYPU A V PRAXI VŠEOBECNÉHO LEKÁRAMUDr. Jana KERLIK, PhD.¹, doc. MUDr. Mária AVDIČOVÁ, PhD.^{1,2,3},PhDr. Mgr. Adriana MEČOCHOVÁ, MPH³, MUDr. Mgr. Katarína TINÁKOVÁ, MPH, MHA⁴¹ Odbor epidemiológie, Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici² Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave³ Odbor epidemiológie, Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky⁴ Odbor epidemiológie, Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Nitre

Cieľ: Príspevok predkladá postup všeobecného lekára pri záchyťe pacienta s vírusovou hepatitídou typu A (VHA), ako aj protiepidemické opatrenia, ktoré je potrebné v ambulancii zabezpečiť pri zvýšenom výskyte ochorenia. Zároveň vysvetľuje povinnosti všeobecného lekára a popisuje jeho spoluprácu s regionálnym úradom verejného zdravotníctva (RÚVZ).

Metodika a vlastný text: Prípady VHA boli analyzované za roky 2022–2025 z dát Epidemiologického informačného systému. Na Slovensku pretrváva dlhodobo cirkulácia vírusu VHA, pričom epidemický výskyt nastáva v pravidelných 5 až 6-ročných cykloch. Od konca roka 2022 sa zaznamenal nárast počtu hlásených prípadov, ktorý dosiahol maximum v roku 2024 s počtom takmer 9 000 ochorení VHA. Začiatkom roka 2026 bol publikovaný „Manuál pre zabezpečenie protiepidemických opatrení u osôb chorých na VHA a osôb podozrivých z nákazy“, ktorý poskytuje odporúčania aj ošetrovúcim lekárom v rámci ambulantnej starostlivosti s cieľom obmedziť šírenie

ochorenia. Manuál vysvetľuje postup lekára u osôb podozrivých z ochorenia. Osoby podozrivé z nákazy (úzke kontakty s chorým) určuje príslušný RÚVZ, ktorý následne rozhodnutím nariaďuje lekárske dohľad, prípadne zvýšený zdravotný dozor, ak ide o osoby vykonávajúce epidemiologicky závažnú činnosť.

Záver: V rokoch 2024 a 2025 sa Slovensko zaradilo medzi európske krajiny s najvyšším výskytom VHA. Riziko opakovaných epidémií zostáva na našom území vysoké z dôvodu existencie rizikových komunít ako aj absencie celoplošného povinného očkovania u detí. S ochorením VHA preto môže prísť do kontaktu každý všeobecný lekár, a to nielen v regiónoch s rizikovými komunitami.

Odkaz na manuál: https://www.uvzsr.sk/documents/d/uvz/manual-vha_15-01-2026-pdf

Kľúčové slová: vírusová hepatitída typu A, všeobecný lekár, protiepidemické opatrenia, manuál

MANAŽMENT PACIENTOV S MULTIREZISTENTNÝMI KMEŇMI A ICH KONTAKTOV V AMBULANCII VLD

PhDr. Slavka LITVOVÁ, PhD.^{1,2}, prof. MUDr. Mária ŠTEFKOVIČOVÁ, PhD. MPH²,
PhDr. Janka PRNOVÁ, PhD. MPH¹

¹ Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Trenčíne

² Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

KONTROLA ŠÍRENIA MULTIREZISTENTNÝCH MIKROORGANIZMOV V PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Cieľom príspevku je poskytnúť lekárom primárneho kontaktu prehľad aktuálnych postupov pri identifikácii a manažmente osôb podozrivých z nákazy - úzkych kontaktov a zabezpečení nediskriminačného prístupu u pacientov infikovaných resp. kolonizovaných multirezistentnými mikroorganizmami v celom spektre zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Príspevok ponúka praktický prehľad aktuálnych odporúčaní pri manažmente pacientov s kolonizáciou alebo infekciou spôsobenou CPE so zameraním sa na postupy a kompetencie všeobecného lekára pri identifikácii rizikových pacientov po hospitalizácii, skríningu, zabezpečovaní následnej starostlivosti a efektívnom prenose informácií medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Pri kontrole šírenia rezistentných mikroorganizmov je interdisciplinárna spolupráca medzi všeobecnými lekármi, epidemiológmi,

mikrobiológmi a pracovníkmi zariadení sociálnych služieb kľúčová.

Kolonizácia multirezistentnými mikroorganizmami nepredstavuje dôvod na odmietnutie prijatia pacienta do zariadenia sociálnych služieb či iného zariadenia dlhodobej starostlivosti. Rozhodovanie o umiestnení pacienta musí vychádzať z jeho zdravotného stavu, rozsahu potrebnej starostlivosti a individuálneho posúdenia rizika. Informácia o kolonizácii má slúžiť na zabezpečenie kontinuity starostlivosti a ochranu verejného zdravia s ohľadom na princípy rovnakého prístupu k zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Záver: Narastajúci výskyt multirezistentných mikroorganizmov, predovšetkým enterobaktérií produkujúcich karbapenemázy (CPE), predstavuje výzvu nielen pre nemocničnú sféru, ale aj pre primárnu zdravotnú starostlivosť a zariadenia poskytujúce následnú a dlhodobú starostlivosť.

Kľúčové slová: Multirezistentné mikroorganizmy, CPE, primárna zdravotná starostlivosť. Kolonizácia, skríning



AMBULANTNÝ MANAŽMENT BOLESTI NA HRUDNÍKU PODĽA NOVÝCH ŠDTP

MUDr. Adriána JAROLÍMKOVÁ, MHA

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ a Fakultnej nemocnice AGEL Košice - Šaca

Bolesť na hrudníku patrí medzi najnáročnejšie symptómy v ambulancii všeobecného lekára. Zahŕňa široké spektrum príčin od benigných muskuloskeletálnych alebo gastrointestinálnych ťažkostí až po bezprostredne život ohrozujúce stavy, ako sú akútne koronárny syndróm, pľúcna embólia, disekcia aorty, tenzný pneumotorax a tamponáda srdca.

Prednáška predstaví praktický diagnostický algoritmus podľa nových ŠDTP so zameraním na rýchle zhodnotenie stability pacienta, identifikáciu red flags, cieľnú anamnézu

a fyzikálne vyšetrenie, realizáciu EKG a základnú rizikovú stratifikáciu. Pozornosť bude venovaná rozhodnutiu, kedy je potrebné okamžite privolať záchranu zdravotnú službu a kedy možno pokračovať v ambulantnom dovyšetrovaní a manažmente. Cieľom je podporiť bezpečné, systematické a časovo efektívne rozhodovanie všeobecného lekára pri pacientovi s bolesťou na hrudníku.

Kľúčové slová: bolesť na hrudníku, manažment v ambulancii, ŠDTP

MÁM ŤAŽKOSTI S LAKŤOM - AKO SPRÁVNE VYŠETRIŤ LAKEŤ A AKO POSTUPOVAŤ NA AMBULANCII VLD

MUDr. Peter KLEIN, MBA. LL.M.

Ortopedická ambulancia, Prešov

LAKEŤ V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA: DIAGNOSTIKA, LIEČBA, PREVENIA A ROZHODOVANIE O ODOSLANÍ K ŠPECIALISTOVI

Praktické „grify“, ako pri bolesti lakťa bezpečne rozlíšiť bežné preťaženie od stavu, ktorý



vyžaduje urgentné dovýšetrenie alebo konzultáciu u špecialistu.

Bolesť lakťa patrí medzi časté ťažkosti v ambulancii všeobecného lekára. Môže ísť o preťaženie, pracovné alebo športové poškodenie, zápalové ochorenie, neurologický útlak, ale aj o úraz s rizikom trvalého obmedzenia funkcie hornej končatiny. Cieľom nášho bloku je poukázať na praktický rozhodovací postup: čo možno bezpečne diagnostikovať a liečiť v ambulancii VLD, kedy doplniť zobrazovacie vyšetrenie, kedy pacienta sledovať a kedy ho odoslať na špecializované vyšetrenie.

Dôraz bude kladený na objasnenie diagnostiky v praxi VLD. Základom je presná anamnéza so zameraním na mechanizmus vzniku ťažkostí, úrazový dej, pracovnú a športovú záťaž, trvanie bolesti, lokalizáciu bolesti, provokačné pohyby, nočnú bolesť, rannú stuhnutosť, opuch, teplotu, začervenanie, neurologické príznaky a funkčné obmedzenie ruky. Pri klinickom vyšetrení je potrebné posúdiť rozsah aktívneho a pasívneho pohybu, blokádu extenzie alebo flexie, palpačnú citlivosť laterálneho a mediálneho epikondylu, olekranonu, hlavičky rádia a kubitálneho kanála, stabilitu lakťa, úchop, silu prstov, citlivosť v oblasti n. ulnaris a n. medianus, pulzáciu a periférne prekrvenie.

Ak bolesť vznikla bez úrazu, je lokalizovaná na laterálny alebo mediálny epikondyl, zhoršuje sa pri úchope, extenzii alebo flexii zápästia proti odporu a nie je prítomný opuch, deformita, teplota ani neurologický deficit, ide často o stav vhodný na úvodnú konzervatívnu liečbu v ambulancii VLD.

Ak je prítomná blokáda pohybu, výrazný opuch po úraze, nemožnosť aktívnej extenzie, deformita, porucha citlivosti, slabosť ruky, porucha prekrvenia alebo rýchlo sa zhoršujúca bolesť, ide o varovné príznaky vyžadujúce urgentné dovýšetrenie alebo odoslanie.

Red flags: medzi ne patria úraz s deformitou alebo výrazným opuchom, podozrenie na luxáciu alebo zlomeninu, porucha pulzácie alebo prekrvenia, necitlivosť prstov, slabosť úchopu, podozrenie na ruptúru šľachy, horúčka, začervenanie a teplý opuch lakťa, rýchla progresia bolesti, nočná pokojová bolesť, nevysvetlený úbytok hmotnosti, onkologická anamnéza, imunosupresia, septický stav a odmietanie používania končatiny. V týchto situáciách nie je vhodné čakať na efekt symptomatickej liečby, je rozhodujúci vývoj v čase.

Ak pacient nemá red flags, má zachovaný rozsah pohybu, bez neurologického a cievného deficitu, bez systémových príznakov a klinický obraz zodpovedá preťaženiu, je primerané začať edukáciou, úpravou záťaže, krátkodobou analgetickou liečbou, lokálnou liečbou, ortézou podľa diagnózy a fyzioterapiou.

Kontrola má zhodnotiť zmenu bolesti, funkcie, sily úchopu a návrat k bežnej záťaži. Ak sa stav nezlepšuje, recidivuje, trvá viac týždňov, obmedzuje prácu alebo bežné denné činnosti, je vhodná konzultácia špecialistu.

Liečba v ambulancii VLD má byť racionálna a bezpečná. Cieľom je odovzdať praktický algoritmus pre každodennú ambulanciu: lokalizovať bolesť, rozlíšiť preťaženie od úrazu, aktívne hľadať red flags, správne indikovať ďalšie vyšetrenia, začať bezpečnú konzervatívnu liečbu a včas rozhodnúť o konzultácii u špecialistu.

Rozhodovací grif pri lakti

1. Úraz alebo bez úrazu?

Úraz, opuch, deformita, blokáda pohybu znamená: najprv myslieť na RTG a traumatologické zhodnotenie.

2. Hýbe pacient lakťom aktívne aj pasívne?

Výrazne obmedzený alebo blokovaný pohyb je podozrivý. Bežná epikondylalgia zvyčajne neblokuje celý rozsah pohybu.

3. Je neurovaskulárny nález čistý?

Citlivosť prstov, sila úchopu, hybnosť

prstov, pulzácia, kapilárny návrat. Ak nie, nečakať.

4. Jelakeť teplý, červený, opuchnutý, febrilný?

Myslieť na infekciu, septickú burzitídu alebo artritídu.

5. Bolí pri odpore alebo aj v pokoji v noci?

Bolesť pri odpore skôr preťaženie. Pokojová a nočná progresívna bolesť je varovnejšia.

6. Zlepšuje sa stav po 2 až 6 týždňoch rozumnej liečby?

Ak nie, konzultácia je namieste.

Kľúčové slová: bolesť lakťa, diagnostika v ambulancii VLD, praktický diagnostický postup, spolupráca so špecialistom

BLOK

ČO MÔŽEME PONÚKNUŤ NAŠIM PACIENTOM S BOLEŠŤOU CHRBT ALEBO VENTRÁLNOU HERNIOU? NOVÉ MOŽNOSTI

ABSTRAKT Č. 37

ROBOTICKÝ MINIINVAZÍVNY PRÍSTUP V LIEČBE VENTRÁLNYCH HERNÍ V POROVNANÍ S KLASICKOU OTVORENOU REKONŠTRUKCIOU

doc. MUDr. Ľudovít DANIHEL, PhD. MPH^{1,2}, Martin KUKUČKA, PhD.¹, MUDr. Karin GULBIŠOVÁ^{1,2}

¹ BORY Pentahospitals, Bratislava

² Lekárska Fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Úvod: Klasická otvorená rekonštrukcia ventrálnych hernií (technika sublay) dlhodobo predstavovala zlatý štandard liečby, avšak je spojená s rozsiahlou traumatizáciou tkanív a vyšším rizikom infekcií. Moderné robotické prístupy prenášajú rovnaké princípy anatomickej rekonštrukcie do miniinvazívneho priestoru, čo zásadne mení pooperačný priebeh pacienta.

Cieľ práce: Cieľom práce je porovnať klinické výsledky, dĺžku hospitalizácie, výskyt pooperačných komplikácií a dĺžku rekonvalescencie u pacientov operovaných roboticky s kontrolnou skupinou pacientov, ktorí podstúpili klasický otvorený operačný výkon.

Materiál a metódy: Retrospektívne sme analyzovali a porovnali dva súbory pacientov operovaných pre ventrálnu herniu na našom pracovisku za rok 2026:

- 1. Robotická skupina:** Pacienti operovaní roboticky TARUP.
- 2. Kontrolná skupina (otvorená):** Pacienti operovaní klasickým otvoreným prístupom s implantáciou retro-muskulárnej siete.

Sledovali sme dĺžku operácie, intenzitu pooperačnej bolesti (škála VAS), výskyt komplikácií v rane (SSI, infekcie, séromy, hematomy) a dĺžku hospitalizácie.



Výsledky: V porovnaní s klasickým otvoreným prístupom preukázala miniinvazívna skupina tieto signifikantné výhody:

- **Výrazný pokles ranových komplikácií:** robotický prístup bez nutnosti rozsiahleho podkožného odklápania tkanív (ako pri otvorenej operácii) viedol k minimálnemu výskytu infekcií v mieste rezu (SSI) a séromov.
- **Menej pooperačnej bolesti:** Absencia fixácie sieťky transfixačnými stehmi a šetrná preparácia minimalizovali spotrebu analgetík (skóre VAS).
- **Kratšia hospitalizácia:** Pacienti po miniinvazívnych výkonoch dosiahli rýchlejšiu

mobilizáciu, čo umožnilo skrátiť dĺžku hospitalizácie v priemere o 3 dni.

Záver: Robotická technika ponúka rovnakú mechanickú pevnosť a anatomickú kvalitu rekonštrukcie ako klasický otvorený prístup, no s neporovnateľne nižšou morbiditou operačnej rany. Tieto moderné metódy minimalizujú pooperačnú bolesť, redukujú výskyt infekcií, dĺžku hospitalizácie a skracujú rekonvalescenciu, pre čo by mali byť preferovanou voľbou u indikovaných pacientov.

Kľúčové slová: robotický miniinvazívny prístup, ventrálne hernie, klasická otvorená rekonštrukcia

ABSTRAKT Č. 38

PACIENT S BOLEŠŤOU CHRBTICE BEZ BLÚDENIA SYSTÉMOM

MUDr. Martin BENČO, PhD.^{1,2}, MUDr. Miroslav Kmeť, MPH, MBA³

¹Ambulancia Fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Neurorehabilitácia, s. r. o., budova polikliniky Senium Medica, ul. Prieložtek 1, Martin, 036 01

²Neurochirurgická ambulancia, Neurorehabilitácia, s. r. o., tiež budova polikliniky Senium Medica, s. r. o., ul. Prieložtek 1, Martin, 036 01

³Všeobecný lekár pre dospelých, Martin

Možnosti pružnej a rýchlej spolupráce všeobecného lekára, MRI pracoviska, neurochirurga, FBLR ambulancie a FBRL oddelenia, s následnou možnosťou podania ambulantnej Facetovej blokády (proti-bolestivý cieleň injektívny obštrek na chrbtici)

Bolesti chrbtice patria medzi najčastejšie dôvody návštevy všeobecného lekára a významne ovplyvňujú kvalitu života pacientov. V praxi sa však pacient často stretáva s extrémne dlhými čakacími dobami, nejasnou nadväznosťou jednotlivých vyšetrení a opakovaným presúvaním medzi odbornými pracoviskami. Takýto postup vedie

k oneskoreniu stanovenia diagnózy aj oneskorenému zahájeniu účinnej liečby.

Prednáška predstaví model pružnej, rýchlej a okamžitej spolupráce (s minimálnymi čakacími dobami) pre všeobecného lekára so:

- 1.) špecializovaným zobrazovacím MRI pracoviskom – a to BEZ ŽIADANKY na MR vyšetrenie (stačí vystavenie tzv. Výmenného lístka v papierovej podobe od Všeobecného lekára),
- 2.) ako aj s ambulantným neurochirurgickým pracoviskom – klinické vyšetrenie chrbtice (neurochirurg si popíše MR snímky sám),
- 3.) FBLR pracoviskom (ambulancia + oddelenie), ktorý umožňuje komplexné

posúdenie pacienta s bolestivými vertebrálnymi ťažkosťami bez zbytočného „blúdenia systémom“. Na príklade nášho pracoviska bude prezentovaný spôsob organizácie starostlivosti, kde sú v jednom procese prepojené odborné vyšetrenie neurochirurgom a rehabilitačným lekárom, nimi vykonané hodnotenie MRI nálezov v klinickom kontexte ako aj mini-intervenčné proti-bolestivé (blokady vykonávané ambulantne) a/alebo cieleň a špecializovaná rehabilitácia.

- 4.) V prípade vhodnej indikácie – a to po stanovení správnej indikácie skúsenými lekármi v špecializáciách Neurochirurgia a FBRL, vykonávajú títo špecialisti – spravidla v ten istý deň v popoludňajších hodinách – aj šetrný proti-bolestivý obštrek daného segmentu chrbtice – pod kontrolou RTG C ramena – tiež v tej istej budove (Facetová blokáda)
- 4.) Pre tzv. cezpoľných pacientov zo vzdialenejších okresov je celý hore uvedený komplex spomínaných diagnostických a terapeutických úkonov možné spravidla vykonať aj počas jedného pracovného dňa (všetky pracoviská sú umiestnené v jednej budove polikliniky Senium Medica v Martine)

Osobitná pozornosť bude venovaná situáciám, v ktorých môže všeobecný lekár profitovať z priamej a rýchlej konzultácie špecialistu, správnej indikácii MRI vyšetrenia a identifikácii pacientov vyžadujúcich skoré neurochirurgické riešenie (naši ambulantní

neurochirurgovia dokážu v prípade potreby sprostredkovať aj nemocničné operačné riešenie – ale len ak to bude indikované.)

Prednáška predstaví praktické algoritmy a výsledky liečby u najčastejších bolestivých vertebrálnych stavov, vrátane radikulárnych syndrómov s irádiáciou bolesti do dolných končatín a degeneratívnych ochorení chrbtice.

Cieľom prednášky je ukázať, že dobre koordinovaná spolupráca všeobecného lekára, MRI pracoviska, neurochirurga a FBLR špecialistu môže významne skrátiť cestu pacienta k diagnóze a liečbe, obmedziť počet zbytočných vyšetrení a **ev. sa VYHNÚŤ VÁČŠIEMU OPERAČNÉMU ZÁKROKU NA CHRBTICI** a zároveň zabezpečiť, aby sa informácia o výsledku vyšetrenia a ďalšom terapeutickom postupe včas vrátila späť k všeobecnému lekárovi.

Takýto model prináša výhody nielen pacientovi, ale aj všeobecným lekárom, ktorí sú častokrát zúfalí, lebo čakacie doby k neuroológovi, ortopédovi, FBRL lekárovi (teda k tým špecialistom, ktorí môžu pacienta nielen vyšetriť, ale ktorí môžu vystaviť ŽIADANKU NA MR VYŠETRENIE) sú niekoľko týždňové – až niekoľko mesačné – podľa jednotlivých regiónov na území SR, plus k tomu niekoľko mesačné objednávacie doby na zobrazovacie MR vyšetrenie (navyše na popis snímkov sa čaká ďalšie cca 2 týždne).

Kľúčové slová: pacient s bolesťou chrbtice, všeobecný lekár, interdisciplinárna spolupráca



BLOK SMEROVANIE ZÁUJMU MLADÝCH LEKÁROV

ABSTRAKT Č. 39

ALBUMINÚRIA: TICHÝ MARKER KARDIOVASKULÁRNEHO RIZIKA

MUDr. Bianka TUŠÍMOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ a Fakultnej nemocnice AGEL Košice - Šaca

Albuminúria už dávno nie je považovaná výlučne za prejav poškodenia obličiek. Súčasné dôkazy ju charakterizujú ako citlivý marker generalizovanej endoteliálnej dysfunkcie a skorého vaskulárneho poškodenia, ktorý dokáže identifikovať zvýšené kardiovaskulárne riziko ešte pred rozvojom manifestného ochorenia. Aj nízke hodnoty albuminúrie, tradične považované za fyziologické, sú v epidemiologických štúdiách spájané s vyšším výskytom arteriálnej hypertenzie, ischemickej choroby srdca, cievnej mozgovej príhody, chronického ochorenia obličiek aj predčasnej mortality. Prednáška predstavuje aktuálne poznatky o vzťahu albuminúrie ku kardiovaskulárnemu riziku, vaskulárnemu starnutiu a subklinickému

poškodeniu cieľových orgánov. Poukazuje na význam skorého záchytu albuminúrie v ambulancii všeobecného lekára a diskutuje jej potenciál ako jednoducho dostupného biomarkera využiteľného pri individualizácii preventívnych a terapeutických stratégií. Osobitná pozornosť je venovaná konceptu nízkostupňovej albuminúrie ako perspektívneho ukazovateľa budúceho kardiovaskulárneho rizika a smerovaniu súčasného epidemiologického výskumu v primárnej zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: albuminúria, kardiovaskulárne riziko, endoteliálna dysfunkcia, vaskulárne starnutie, primárna zdravotná starostlivosť

ABSTRAKT Č. 40

OCHRANA A REGENERÁCIA PAŽERÁKA U PACIENTA S GASTROEZOFAGEÁLNOU REFLUXNOU CHOROBOU

MUDr. Lukáš OLŠAVSKÝ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ a Fakultnej nemocnice AGEL Košice - Šaca

Gastroezofageálna refluxná choroba patrí medzi najčastejšie ochorenia tráviaceho traktu, s ktorými sa stretávame v ambulancii všeobecného lekára. Nejde len o nepríjemný pocit pálenia záhy, ale o chronický stav, ktorý môže viesť k závažnému poškodeniu sliznice

pažeráka a zníženiu kvality života pacienta. V prednáške autor rozoberá možnosti nielen konvenčnej farmakologickej liečby zameranej na potlačenie sekrécie kyseliny, ale predovšetkým inovatívne prístupy zamerané na ochranu a mechanickú regeneráciu sliznice

pažeráka. Budúcnosťou liečby sú moderné prístupy k ochrane a regenerácii sliznice pažeráka u pacientov s refluxnými ťažkosťami. Dôraz sa bude klásť na možnosti podpornej terapie v rámci samoliečby, ktorá môže pomôcť k zmierneniu nepríjemných symptómov ako

napríklad aj nočného refluxu a podpore fyziologického hojenia.

Kľúčové slová: gastroezofageálna refluxná choroba, GERD, regenerácia sliznice, mukoprotektíva, pálenie záhy

ABSTRAKT Č. 41

GLP-1 RECEPTOROVÉ AGONISTY: BENEFITY PRESAHUJÚCE REDUKCIU TELESNEJ HMOTNOSTI

MUDr. Miroslava PEĽOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ a Fakultnej nemocnice AGEL Košice - Šaca

Agonisty receptora pre glukagónu podobný peptid-1 (GLP-1 RA) predstavujú významný pokrok v liečbe obezity a diabetu mellitus 2. typu. Ich klinický prínos však ďaleko presahuje redukciu telesnej hmotnosti a kontrolu glykémie, pričom čoraz viac dôkazov podporuje ich využitie v prevencii a liečbe širokého spektra kardiometabolických a ďalších ochorení. Prednáška bude zameraná na aktuálne poznatky o benefitoch GLP-1 agonistov, najmä na ich kardiovaskulárne a renoprotektívne účinky, priaznivý vplyv na metabolicky asociovanú steatotickú chorobu pečene (MASLD), syndróm obštrukčného spánkového apnoe a ďalšie komplikácie obezity. Súčasťou prednášky bude aj problematika pacientiek so syndrómom polycystických ovárií (PCOS), u ktorých liečba

vedie k zlepšeniu inzulínovej rezistencie, obnoveniu ovulačných cyklov a zvýšeniu šance na spontánne otehotnenie. Predstavené budú tiež najnovšie poznatky o možnom vplyve GLP-1 agonistov na riziko vzniku niektorých malignít asociovaných s obezitou.

Cieľom prednášky je poskytnúť prehľad najnovších dôkazov o komplexných účinkoch GLP-1 agonistov, poukázať na ich rastúce postavenie v modernej medicíne a ich racionálne využitie v každodennej klinickej praxi nad rámec samotnej liečby obezity a diabetu.

Kľúčové slová: GLP-1 agonisty, obezita, kardiometabolické ochorenia, kardiovaskulárne a renoprotektívne účinky



ABSTRAKT Č. 42

TEHOTNÁ PACIENTKA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA: PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA PRE KAŽDODENNÚ PRAX

MUDr. Adriána JAROLÍMKOVÁ, MHA

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ a Fakultnej nemocnice AGEL Košice - Šaca

Tehotná pacientka predstavuje pre všeobecného lekára špecifickú výzvu, ktorá si vyžaduje bezpečný a na dôkazoch založený prístup k prevencii, diagnostike aj liečbe. Prednáška ponúkne prehľad aktuálnych odporúčaní pre primárnu zdravotnú starostlivosť so zameraním na očkovanie počas gravidity, manažment najčastejších akútnych infekcií, zásady racionálnej farmakoterapie a rozpoznanie varovných príznakov vyžadujúcich urgentné odoslanie pacientky na vyššie pracovisko. Súčasťou budú praktické algoritmy a odporúčania založené na súčasných medzinárodných

usmerneniach s dôrazom na ich využitie v každodennej ambulantnej praxi.

Cieľom prednášky je poskytnúť všeobecným lekárom stručný a praktický návod na bezpečný manažment tehotnej pacientky, podporiť správne rozhodovanie pri indikácii očkovania a liečby akútnych ochorení a zvýšiť istotu pri riešení najčastejších klinických situácií v primárnej starostlivosti.

Kľúčové slová: gravidita, farmakoterapia v tehotenstve, manažment tehotnej pacientky, všeobecné lekárstvo

BLOK ZDRAVIE ŽENY – MENOPAUZA

ABSTRAKT Č. 43

MENOPAUZA BEZ MÝTOV

MUDr. Rebeka GABAL

Gynekologicko-pôrodná ambulancia, Bratislava

Menopauza je fyziologickou etapou života ženy, jej prejavy však môžu významne ovplyvňovať kvalitu života, pracovnú výkonnosť i dlhodobé zdravie. Prednáška sa zameria na najčastejšie mýty spojené s diagnostikou menopauzy, menopauzálnou hormonálnou terapiou (MHT) a hodnotením jej rizík. Objasní, kedy možno diagnózu stanoviť klinicky

a v ktorých situáciách je potrebné hormonálne alebo ďalšie laboratórne vyšetrenie. Pozornosť bude venovaná vazomotorickým symptómom, poruchám spánku, zmenám nálady, sexuálnym ťažkostiam a genitourinárnemu syndrómu menopauzy, ktoré zostávajú v ambulantnej praxi často poddiagnostikované. Systémová MHT predstavuje najúčinnnejšiu

liečbu vazomotorických symptómov a súčasne pôsobí preventívne proti úbytku kostnej hmoty. Jej bezpečnosť nemožno posudzovať paušálne, ale individuálne podľa veku ženy, času od menopauzy, prítomných rizikových faktorov, typu hormónov, dávky a spôsobu podania. U zdravých symptomatických žien mladších ako 60 rokov alebo do desiatich rokov od začiatku menopauzy spravidla prevahuje priaznivý pomer prínosu a rizika MHT. Prediskutované budú rozdiely medzi perorálnou a transdermálnou liečbou, význam ochrany endometria gestagénom a reálne kardiovaskulárne, tromboembolické a onkologické riziká. Samostatná časť sa bude venovať lokálnej vaginálnej estrogénovej liečbe, nehormonálnym možnostiam a manažmentu žien s kontraindikáciami systémovej MHT.

Prednáška poukáže aj na význam včasného rozpoznania predčasnej ovariálnej insuficiencie, pri ktorej hormonálna liečba nepredstavuje iba symptomatickú terapiu, ale dôležitú súčasť prevencie dlhodobých následkov hypogestrogenizmu. Cieľom prednášky je poskytnúť odborný a súčasne použiteľný rámec na vedenie rozhovoru o menopauze, základné posúdenie rizík a včasné odoslanie pacientky ku gynekológovi. Správne informovaná a individualizovaná starostlivosť umožňuje nahradiť obavy a mýty spoločným rozhodovaním založeným na dôkazoch a preferenciách pacientky.

Kľúčové slová: menopauza, menopauzálna hormonálna terapia, riziká menopauzálnych hormonálnych terapií, ovariálna insuficiencia, individualizovaná starostlivosť

ABSTRAKT Č. 44

MODERNÝ MANAŽMENT (PERI)MENOPAUZY Z POHĽADU PRAKTICKÉHO LEKÁRA

PharmDr. Leila ZAJAC

Perimenopauza je multisystémová, bio-psycho-socio-kultúrna zmena, ktorá sa v klinickej praxi často zanedbáva. Ženy sa so svojimi príznakmi - od porúch spánku a nálady, až po mozgovú hmlu a zmeny libida - čoraz častejšie obracajú aj na svojho praktického lekára/lekárku, ako lekára prvého kontaktu, no zároveň často bez jasného rámca, ako v tejto téme adekvátne poradiť.

Prednáška predstaví aktuálnu situáciu na Slovensku na základe dát z vlastného prieskumu (podľa Green Climacteric Scale, N = 6276, zber dát jún-október 2025), ktorý mapuje výskyt a závažnosť perimenopauzálnych príznakov u slovenských žien.

Na tomto podklade sa vo svojej prednáške zameriam na to, čo by mal praktický lekár vedieť rozpoznať, vrátane odlišenia perimenopauzálnych príznakov od iných možných príčin, aké otázky sa pýtať a kedy odporučiť ženu ďalej, ako sa orientovať v základných otázkach o menopauzálnych hormonálnych terapiách so zreteľom na komorbiditu a súbežnú medikáciu pacientky (kontraindikácie, bezpečnostné mýty), a ako pristupovať k odporúčaniu doplnkov výživy.

Perimenopauza zároveň predstavuje dôležité okno príležitosti pre prevenciu - kardiovaskulárnu, kognitívnu, metabolickú aj kostnú - ktorú môže praktický lekár zahrnúť



do svojich preventívnych prehliadok, edukovať a včasne zachytiť rizikové faktory.

Cieľom je ukázať, že praktický lekár/lekárka má aktívnu a dôležitú rolu v starostlivosti o ženy v perimenopauze.

Kľúčové slová: perimenopauza, manažment, praktický lekár

SESTERSKÁ SEKCIA

BLOK

BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK SLOVENSKEJ ZDRAVOTNÍCKEJ UNIVERZITY V BRATISLAVE

ABSTRAKT Č. 45

HYPOVITAMINÓZY V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA – NAŠE SKÚSENOSTI

prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ PhD^{1,2}, MUDr. Katarína DOSTALOVÁ, PhD. MPH²,
doc. RNDr. Pavol MATULA³, Mgr. Lucia ČEVENÁ², doc. PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, PhD., MBA.⁴
prof. Ing. Nadežda JANKELOVÁ, PhD. MPH.²

¹ Interná ambulancia so zameraním na choroby pečene, poliklinika Červený Kríž, Bardejov

² FVZ SZU Bratislava

³ VOÚ, klinika Radioterapie, Košice

⁴ Katolícka univerzita, Ružomberok

Hypovitaminózy – čiastočný nedostatok určitého vitamínu v tele, ktorý je ľahkou formou avitaminózy. Príčinou vzniku je zlá strava, zlé vstrebávanie, vyššia potreba vitamínov. Medzi najčastejšie hypovitaminózy v bežnej populácii, na ktoré by sme mali myslieť, patria: hypovitaminoza D, hypovitaminoza C, hypovitaminoza B12 a nedostatok kys. listovej.

Vitamín D má významný vplyv na naše zdravie. Je to vitamín rozpustný v tukoch (ukladá sa v tukovom tkanive). Vitamín D je steroidný hormón, reguluje funkciu vyššie 200 génov a zúčastňuje sa na vyše 200 metabolických reakciách.

Vitamín D zabezpečuje fyziologický vývoj a metabolizmus kostí, je veľmi dôležitý aj pre správne fungovanie kardiovaskulárneho systému a metabolizmu lipidov. Vitamín D je aj významným faktorom prevencie kardiovaskulárnych ochorení. Znižuje riziko hypertenzie, endotelovej dysfunkcie, zvyšuje koncentráciu

HDL cholesterolu, redukuje markery zápalu (C-reaktívny proteín) a je účinný v prevencii aterosklerózy. Vitamín D poskytuje účinnú prevenciu aj pred onkologickými ochoreniami (rakovina hrubého čreva, pankreasu, prostaty a prsníka).

Faktory, ktoré prispievajú ku vzniku hypovitaminózy: a) práca prevažne v interiéri; b) vyhýbanie sa slnečným lúčom (oblečenie, opaľovacie krémy) najmä počas peaku UVB (10 a.m.-3 p. m.); c) znečistenie vzduchu; d) staršia populácia - nižšia tvorba vit. D v koži. So stúpajúcim vekom sa schopnosť kože syntetizovať vitamín D znižuje - vo veku nad 65 rokov je táto schopnosť znížená až o 75 %.

Autori v prezentácii rozoberajú rôzne typy hypovitaminózy a ako príklad uvádzajú situáciu v ambulancii v bežnej populácii, u ktorej sme v rámci vyšetrenia odoberali krv na vitamíny od 3/2026-6/2026.

Lekár špecialista ako aj obvodný lekár by mali myslieť na rizikové skupiny populácie,

vyšetrovať im hladinu vitamínov a edukovať ich o význame ich používania.

Kľúčové slová: hypovitaminóza D, C, B12, nedostatok kys. listovej, edukácia, ambulancia špecialistu a všeobecného lekára

BLOK DERMATOLOGICKÉ OCHORENIA V KAŽDODENNEJ KLINICKEJ PRAXI

ABSTRAKT Č. 46

HIDRADENITIS SUPPURATIVA: MALÉ SIGNÁLY - VEĽKÝ DOPAD

Mgr. Vladimíra MROSKO

Nemocnica Poprad, a. s., Dermatovenerologický stacionár a ambulancia

Hidradenitis suppurativa (HS) je chronické zápalové ochorenie kože, ktoré napriek typickým klinickým prejavom zostáva často dlhodobo nerozpoznané. Pacienti opakovane prichádzajú s bolestivými zápalmi, abscesmi či jazvením v typických lokalitách, pričom prvý kontakt so zdravotníckym systémom býva často práve v ambulancii všeobecného lekára.

Prednáška ponúkne stručný pohľad na históriu ochorenia, základné klinické prejavy a typické lokalizácie HS so zameraním na praktické rozpoznanie v každodennej klinickej praxi. Dôraz bude kladený na význam včasnej diagnostiky, citlivého odoberania anamnézy

a jednoduchých otázok, ktoré môžu pomôcť odhaliť opakujúci sa charakter ochorenia.

Cieľom prednášky nie je priniesť komplexný dermatologický pohľad na liečbu HS, ale upriamiť pozornosť na „malé signály“, ktoré môžu výrazne ovplyvniť ďalší osud pacienta.

Včasné rozpoznanie a správne nasmerovanie pacienta môžu významne znížiť diagnostické oneskorenie a predísť nezvratným následkom ochorenia.

Kľúčové slová: hidradenitis suppurativa, ambulancia všeobecného lekára, včasná diagnostika



BLOK

DIGITÁLNE ZDRAVIE A BUDÚCNOSŤ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

ABSTRAKT Č. 47

DIGITÁLNA EXKLÚZIA SENIOROV AKO DETERMINANT ZDRAVIA

PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD., MPH, MBA, univ. Doc.,

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Digitálna transformácia spoločnosti prináša nové možnosti v oblasti podpory zdravia, prístupu k zdravotnej starostlivosti a sociálnej participácie, zároveň však vytvára riziko prehlbovania nerovností medzi jednotlivými skupinami obyvateľstva. Seniori patria medzi populácie najviac ohrozené digitálnou exklúziou, ktorá sa prejavuje obmedzeným prístupom k digitálnym technológiám, nedostatočnými digitálnymi zručnosťami alebo nízkou mierou využívania elektronických služieb. Digitálna exklúzia môže významne ovplyvňovať zdravie a kvalitu života starších ľudí, a to najmä v súvislosti s dostupnosťou zdravotných informácií, využívaním elektronických zdravotníckych služieb, telemedicíny, teleošetrovateľstva a digitálnych nástrojov podporujúcich samostatnosť a selfmanagement zdravia.

V období rastúcej digitalizácie zdravotníctva sa digitálna gramotnosť stáva dôležitým sociálnym determinantom zdravia, ktorý môže podmieňovať schopnosť jednotlivca orientovať sa v zdravotných informáciách,

komunikovať so zdravotníckymi pracovníkmi a využívať dostupné zdravotnícke služby. Príspevok sa zameriava na problematiku digitálnej exklúzie seniorov ako významného determinantu zdravia, analyzuje faktory prispievajúce k digitálnemu vylúčeniu starších osôb a poukazuje na jeho dôsledky pre zdravotný stav, zdravotnú gramotnosť a sociálnu inklúziu. Súčasne diskutuje možnosti podpory digitálnej inklúzie seniorov prostredníctvom vzdelávania, rozvoja digitálnych kompetencií a tvorby používateľsky prístupných digitálnych zdravotníckych riešení. Posilňovanie digitálnej gramotnosti seniorov predstavuje dôležitý predpoklad znižovania zdravotných nerovností a podpory aktívneho a zdravého starnutia v podmienkach digitálnej spoločnosti. Príspevok prináša aj náčrt intervencií sestier v oblasti minimalizácie digitálnej exklúzie seniorov, predovšetkým v kontexte digitálnej zdravotnej gramotnosti.

Kľúčové slová: digitálna exklúzia, senior, zdravie, determinant, intervencie.

ABSTRAKT Č. 48

SESTRA A FYZIOTERAPEUT AKO KĽÚČOVÍ ČLENOVIA TÍMU V PREVENCII SARKOPÉNIE U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

doc. PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.,



PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD., MPH, MBA, univ. Doc. ¹,
Mgr. Ivana AŠTARYOVÁ, PhD.^{1,2}

¹Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku

²Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Ústredná vojenská nemocnica SNP
Ružomberok-FN

Úvod: Sarkopénia predstavuje progresívne ochorenie/syndróm charakterizované úbytkom svalovej hmoty, sily a fyzickej výkonnosti. U onkologických pacientov je jej výskyt častý v dôsledku samotného ochorenia, systémového zápalu, malnutrície a nežiadúcich účinkov protinádorovej liečby. Prítomnosť sarkopénie je spojená s vyšším rizikom komplikácií, zníženou toleranciou liečby, predĺženou rekonvalescenciou a zhoršenou kvalitou života. Významnú úlohu v jej prevencii zohráva interdisciplinárna spolupráca sestry a fyzioterapeuta.

Cieľ: poukázať na efekt spolupráce sestry a fyzioterapeuta v prevencii sarkopénie u onkologicky chorých v ambulantnej a ústavnej liečbe. Prezentovať možnosti diagnostiky a priebežného monitorovania funkčného stavu onkologicky chorých. Vyzdvihnúť efekt cielenej nutričnej podpory, fyzickej aktivácie a cvičenia v terapii onkologického ochorenia.

Materiál a metodika: hlavnou metódou bolo štruktúrované pozorovanie doplnené o skriningové hodnotenie rizika sarkopénie. U pacientov boli sledované vybrané ukazovatele svalovej sily, fyzickej výkonnosti a nutričného stavu pomocou krátkej batérie fyzickej výkonnosti, SARC-F testu, testu svalovej sily, MNA alebo NRS-2002, profesionálneho analyzátoru ľudského tela, pred realizáciou intervencií a po nich. Intervencie zahŕňali edukáciu, individuálne nastavenú pohybovú aktivitu, rehabilitačné techniky a nutričnú podporu.

Súborom pilotného prieskumu boli onkologickí pacienti - n 5 (3 ženy, 2 muži), vekový priemer 54,3 dispenzarizovaní na Klinike radiačnej a klinickej onkológie ÚVN SNP Ružomberok-FN.

Výsledky: U 4 pacientov došlo po realizácii intervencií k zlepšeniu sledovaných parametrov svalovej sily a fyzickej výkonnosti. Pozorovalo sa zvýšenie úrovne pohybovej aktivity, stabilizácia alebo zlepšenie nutričného stavu a zníženie subjektívne vnímanej únavy. Pravidelný skrining realizovaný sestrou umožnil včasnú identifikáciu rizikových pacientov a nastavenie cielenej intervencie v spolupráci s fyzioterapeutom a ošetrovateľom.

Záver: Výsledky pozorovania potvrdzujú význam včasného skriningu sarkopénie, pravidelného monitorovania nutričného stavu a cielenej rehabilitácie u onkologických pacientov. Interdisciplinárna spolupráca sestry a fyzioterapeuta predstavuje efektívny prístup k prevencii a manažmentu sekundárnej sarkopénie v ambulantnej starostlivosti o pacienta s onkologickým ochorením.

Kľúčové slová: monitoring pri onkologickom ochorení, onkologickí pacienti, prevencia sarkopénie, sekundárna sarkopénia, spolupráca sestra - fyzioterapeut

Kontaktné údaje:

doc. PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

katarina.zrubakova@ku.sk

BLOK

MODERNÁ AMBULANTNÁ SESTRA: PRIPRAVENOSŤ, PREVENCIA A INOVÁCIE

ABSTRAKT Č. 49

KOMUNITNÉ OŠETROVATEĽSTVO V PREVENCII CIVILIZAČNÝCH OCHORENÍ V PROSTREDÍ RÓMSKEJ KOMUNITY

Mgr. Veronika PETREKOVÁ, MBA.

Kúpele Vyšné Ružbachy

Úvod: Rómska kultúra sa považuje za jednu z najbohatších a najtemperamentnejších kultúr na svete. Rómovia majú svoj životný štýl, svoje zaužívané zvyky a tradície, svoju autonómiu a odlišnosť v mnohých pohľadoch na život. Kočovní život prinášal do života Rómov mnoho starostí, stretávali sa s novými vecami, novým spôsobom života, ale aj s novými ochoreniami. Dnes sú tiež vystavení ochoreniam, ktoré so sebou priniesla doba, zlá životospráva, životný štýl, stres, nevhodné životné podmienky a znečisťovanie prírody, klímy a ovzdušia. Hovoríme o civilizačných ochoreniach.

Cieľ práce a prieskumná vzorka: Cieľom našej práce bolo poskytnúť aktuálny pohľad na problematiku rómskej komunity v súvislosti so zabezpečením zdravotníckej starostlivosti; zistiť, aké z civilizačných ochorení najviac ohrozuje respondentov; poukázať na význam prevencie civilizačných ochorení a edukovať o správnych návykoch a zmene životného štýlu. Nami zvolená prieskumná vzorka pozostávala z respondentov z rómskej komunity. Výber respondentov bol zámerný. Prieskumný súbor sa skladal z 1000 respondentov: muži (470), ženy (530) od 18 rokov a rôzneho vzdelania.

Metodika: Metódou našej práce bol nami vypracovaný neštandardizovaný dotazník. Bol tvorený z 30 otázok, ktoré postupovali od

sociálne - demografických otázok po otázky o životnom štýle, zlovykoch, o ochoreniach a o tom, či respondenti vykonávajú preventívne opatrenia proti civilizačným ochoreniam. Prácu s respondentmi sme doplnili o pozorovanie, váženie, meranie hodnôt glykémie, tlaku, obvodu pásu a rozhovor. Údaje sme spracovali a následne sme ich vložili do tabuľky na porovnanie a pre lepšiu interpretáciu výsledkov a vyhodnotenie hypotéz. Pre potreby vyplnenia dotazníka a aktívnej spolupráce nám bola poskytnutá budova požiarnej stanice v obci a budova Rómskeho komunitného centra v obci. Tam sme mali možnosť koordinovať jednotlivé skupiny respondentov, ktorí postupne prichádzali a vyplňali dotazník.

Výsledky: Testovanie respondentov v rómskej komunite poukázalo na závažný problém vysokej chorobnosti na civilizačné ochorenia. Medzi najčastejšie ochorenia, ktoré respondenti označovali v dotazníku patrili: arteriálna hypertenzia, obezita, hypercholesterolémia, diabetes mellitus 2. typu a psychické ochorenia. Iné ochorenia, ktoré respondenti vypisovali, boli nádorové a kožné ochorenia. Pri psychických ochoreniach sme zaznamenali výskyt popôrodnej depresie u mladých žien v rómskej komunite, schizofréniu a u respondentov, ktorí užívajú omamné látky, sme pozorovali delirantné stavy a zmeny v správaní, blúznenie a zvýšenú agresivitu. Priemerné hodnoty



TK boli v rómskej komunite 145/ 90 mmHg. Pri glykémii sa priemerná hodnota pohybovala okolo 9,2 mmol/l. Z výpočtu, ktorý sme realizovali z otázok o výške a váhe respondentov, sme vypočítali hodnotu BMI. Podváhou netrpel žiaden z respondentov. Fyziologickú váhu malo 27% respondentov, nadváhou trpelo 41% respondentov a obezitou trpelo 33% z respondentov.

V hypotézach sme sa utvrdili v tom, že ošetrovateľstvo má v komunite svoje miesto. Vzhľadom na výsledky hypotéz je potrebné venovať sa prevencii a eliminácii civilizačných ochorení. Čím viac informácií a edukačnej činnosti bude mať pacient k dispozícii tým lepšie bude dosahovať výsledky v snahe predchádzať civilizačným ochoreniam. Zároveň upozorňujeme na fakt, že aj keď výsledky v hypotézach v súvislosti s pohlavím boli len málo rozdielne, predsa len je potrebné u pohlaví zvoliť iný druh edukačnej činnosti.

Záver: Zdravotná gramotnosť na vzorke 1000 respondentov z rómskej komunity ohľadne civilizačných ochorení, rizikových faktoroch, prevencii a liečbe sú relatívne

nízke, ale medzi priority komunity riešenie ich zdravotného stavu nepatrí. Získavanie informácií, záujem o spoluprácu, učíť sa o svojom zdraví a snaha zlepšiť svoje návyky má súvislosť so vzdelaním respondentov a je rozdielna aj u pohlaví. Dôležitá je preto prítomnosť sestry v komunite, zapájanie respondentov do procesu ošetrovateľskej starostlivosti a vytvorenie multidisciplinárneho tímu, ktorý by spolupracoval na aktivitách v súvislosti so zdravím a prevenciou ochorení v komunite. Nedostatočná komunikácia medzi jednotlivými zložkami systému môže viesť k zníženiu efektivity zdravotnej starostlivosti, zhoršeniu zdravotného stavu pacientov a zvýšeniu ekonomickej záťaže zdravotníckeho systému. Významnou súčasťou governance je aj vytváranie preventívnych programov, monitorovanie zdravotného stavu obyvateľstva a pravidelné vyhodnocovanie účinnosti realizovaných opatrení.

Kľúčové slová: civilizačné ochorenia, metabolické ochorenia, rómska komunita, sestra, prevencia

WORKSHOPY

ABSTRAKT Č. 50

BOLEŠŤ DOLNÉHO CHRBTU PRAKTICKY: NOVÉ ŠDTP KROK ZA KROKOM

MUDr. Adriána JAROLÍMKOVÁ, MHA

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ a Fakultnej nemocnice AGEL Košice - Šaca

Bolešť dolného chrbta patrí medzi najčastejšie dôvody návštevy ambulancie všeobecného lekára. Workshop ponúkne praktický a interaktívny prechod novým ŠDTP od prvého kontaktu s pacientom až po rozhodnutie o ďalšom manažmente. Účastníci si na modelových kauzistikách precvičia identifikáciu red flags a yellow flags, základné klinické a orientačné neurologické vyšetrenie, rozlíšenie nešpecifické bolesti, radikulárnej symptomatiky a špecifickej

príčiny, ako aj indikácie zobrazovacích vyšetrení. Pozornosť bude venovaná nefarmakologickej a farmakologickej liečbe, edukácii pacienta, práceneschopnosti, kontrole a kritériám odoslania k špecialistovi. Cieľom je preniesť odporúčania ŠDTP do každodennej ambulantnej praxe všeobecného lekára.

Kľúčové slová: bolesť dolného chrbta, ŠDTP, workshop

ABSTRAKT Č. 51

IDENTIFIKOVANIE FRAILTY SYNDRÓMU – UMENIE DOBRE ZOSTARNÚŤ

MUDr. Zuzana MOJZEŠOVÁ, PhD.

ambulancia VLD, Prešov

Často sa na ambulanciách VLD stretávame so seniori, ktorí stratili záujem o záhradku, ktorí si musia utiahnuť opasok, lebo začali bez príčiny chudnúť a akosi im horšie chutí, už nechodia na prechádzku a prestávajú byť tak aktívni, ako to bolo predtým. Ide často o subtilné príznaky včasného frailty syndrómu. Je to obdobie, kedy treba správne terapeuticky intervenovať tak, aby sa funkčný stav seniorov zachoval čo najdlhšie a v čo najlepšom stave. Ide vlastne o umenie dobre zostarnúť. Táto intervencia,

ktorá často môže byť iniciovaná VLD, je komunitného charakteru. Okrem diagnózy a terapeutických intervencií, kde patrí aj depreskripčia, do starostlivosti o seniora s frailty syndrómom majú byť zapojení najmä príbuzní a optimálne aj širšia komunita. Budeme sa rozprávať o diagnostických kritériách frailty syndrómu a o niektorých terapeutických intervenciách.

Kľúčové slová: frailty syndrome, diagnostika, terapeutické intervencie

POSTER

ABSTRAKT Č. 52

PACIENTKA S RECIDIVUJÚCIMI KRYPTOGÉNNYMI ICMP

MUDr. Katarína TOKARČÍKOVÁ, PhD.

IV. interná klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice¹; Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Kryptogénne CMP tvoria až 30% z ischemických CMP, ich etiológia nie je rutinnými vyšetrovacími metódami objasnená. Opisuujeme prípad 77-ročnej pacientky s anamnézou arteriovej hypertenzie, dyslipidémie, autoimunitnej tyreoiditídy, chronickej urátovej TIN, hyperurikémie, po TEP kolenného kĺbu, CHE, HYE, TE, recentných recidivujúcich kryptogénnych ICMP v ľavom karotickom povodí (10/2024, 11/2024, 01/2025), 2x s ústupom ťažkostí po systémovej trombolýze, 1x systémovej trombolýza nepodaná pre time-delay s MR verifikovaným ischemickým iktom frontálneho a insulárneho kortexu vľavo. Na Neurologickom oddelení realizovaný USG ECC, CT mozgu, CTAG ICC a ECC, MR mozgu, MRAG ICC a ECC, EKG Holter, EEG, LP, neobjasnili príčinu. Prijatá na IV. internú kliniku v Košiciach. Pretrváva ľahký neurologický deficit (expresívna fatická porucha reči, centrálna lézia n. VII l.dx. ľahkého stupňa). Laboratórne normocytová normochrómna anémia ľahkého stupňa, skrátené APTT, elevácia D-diméru, elevácia lipoproteínu(a). Ako zdroj tromboembólie zvažujeme oblúk aorty, i keď plát sa pri CT aortografii javí už stabilný (pacientka užívala vysokodávkový statín aj duálnu antiagregačnú liečbu). 24-hodinový EKG Holter zaznamenáva paroxysmy supraventrikulárnej tachykardie, TEE

foramen ovale patens, ktorý vzhľadom na hemodynamickú nezávažnosť a vek nad 65 rokov neindikovaný k uzáveru. Trombofilný stav, reumatologická príčina vylúčená. TTE vylúčilo infekčnú endokarditídu. K monoantiagregačnej liečbe indikujeme liečbu antikoagulačnú, pokračujeme v liečbe vysokodávkovaným statínom, ezetimibom, pridaný propafenón. Pre ľahkú anémiu, predĺžené APTT a idiopatickú eleváciu faktora VIII doplnené hematologické vyšetrenie nepotvrdilo syndróm lepiivých trombocytov, infekčná a paraneoplastická príčina vylúčená. V rámci onkoskríningu realizujeme gastroscopiu, zisťujeme 2 vredy žalúdka, bulbitídu. Kolonoskopia, gynekologický nález, USG prsníkov, RTG hrudníka, USG abdomenu bez patológie. USG ciev DKK bez flebotrombózy či stenózy, USG ECC bez stenózy či oklúzie. V kontexte realizovaných vyšetrení ICMP hodnotíme ako kardioembolickej etiológie.

*Táto práca bola podporená grantom VEGA
1/0050/24*

Kľúčové slová: ICMP, kardioembólia, diferenciálna diagnostika

MIESTO NA POZNÁMKY

MIESTO NA POZNÁMKY

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO
LEKÁRSTVA SSVPL

Najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku

48. výročná konferencia SSVPL



14. – 16. 10. 2027
Hotel Bellevue
Horný Smokovec



www.ssvpl.sk
www.idl.sk

Bližšie informácie a registrácia:
www.idl.sk





Inovácie v modernom všeobecnom lekárstve

8. Dni mladých praktikov



9. – 10. 4. 2027

Hotel Patria,
Štrbské Pleso



Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu

13. ročník



16. – 17. 4. 2027

Hotel Dukla, Prešov



Najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku

48. výročná konferencia SSVPL

14. – 16. 10. 2027

Hotel Bellevue
Horný Smokovec



Bližšie informácie a registrácia:
www.idl.sk



www.ssvpl.sk