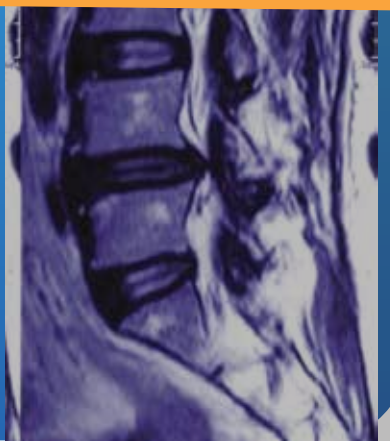


Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie UNLP Košice
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Regionálna lekárska komora Košice

organizuje

Slovenské vertebrologické sympózium



13. - 14. 11. 2026
KONGRES Hotel Roca Košice

PROGRAM
ZBORNÍK ABSTRAKTOV

SLOVENSKÉ VERTEBROLOGICKÉ SYMPÓZIUM

13. - 14. 11. 2026, KONGRES Hotel Roca Košice

ORGANIZÁTOR

Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie UNLP Košice
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice

SPOLUORGANIZÁTOR

Regionálna lekárska komora Košice

PREZIDENT SYMPÓZIA

MUDr. Miriam Dziaková, PhD.

ORGANIZAČNÝ A VEDECKÝ VÝBOR

MUDr. Miriam Dziaková, PhD.
MUDr. Ivana Baraníková
MUDr. Anna Dobrovičová, PhD.
doc. MUDr. Jana Šimonová, PhD., MPH
prof. MUDr. Vladimír Kaťuch, PhD., MBA
prof. MUDr. Marek Lacko, PhD.
MUDr. Piotr Pedowski, MPH
Mgr. Kornélia Adamová
Bc. Slavomíra Šestáková
Mgr. Mariana Palšová

HLAVNÉ TÉMY

Funkčné poruchy pohybového aparátu
Význam operačnej liečby vertebrogénnych ochorení
Nové postupy v liečbe vertebrogénnych ochorení

DÁTUM, MIESTO A FORMA KONANIA

13. - 14. 11. 2026, KONGRES Hotel Roca, Južná trieda 117, Košice, prezenčne

JAZYKY PODUJATIA

slovenský, český

POZNÁMKY PRE PREDNÁŠAJÚCICH

Trvanie prednášok: 10 minút (podľa rozhodnutia vedeckého výboru)

SLOVENSKÉ VERTEBROLOGICKÉ SYMPÓZIUM

13. - 14. 11. 2026, KONGRES Hotel Roca Košice

HARMONOGRAM ODBORNÉHO PROGRAMU

13. 11. 2026 piatok **8:30 - 17:30 Odborný program**
14. 11. 2026 sobota **8:30 - 15:30 Odborný program**

WORKSHOPY PRE ÚČASTNÍKOV

Poplatok: 20,- €/workshop, kapacita max. 45 účastníkov
Registrácia na workshopy je možná v priebehu online registrácie na podujatie. Registráciou a úhradou vopred je miesto na workshope pre účastníka garantované. Na mieste bude registrácia možná iba v prípade voľnej kapacity.

REGISTRÁCIU, ORGANIZÁCIU A UBYTOVANIE ZABEZPEČUJE

PROGRESS CA, s.r.o., Krivá 23, 040 01 Košice
Bc. Ivana Čižmárová
Mobil: +421 905 674 562
e-mail: ivana.cizmarova@progress.eu.sk

REGISTRÁCIA A REGISTRAČNÉ POPLATKY

online: www.svs2026.sk
na mieste: 13. 11. 2026 od 7:30 – 17:00
14. 11. 2026 od 8:00 – 11:00

Registračný poplatok pre účastníkov	do 31. 08. 2026	od 01. 09. 2026 do 16. 10. 2026	od 17. 10. 2026 a na mieste
Lekári, sestry, fyzioterapeuti	120,- €	140,- €	160,- €
Aktívna účasť - prednášajúci	bez poplatku	bez poplatku	bez poplatku

Registračný poplatok zahŕňa vstup na odborné prednášky, kongresové materiály a občerstvenie počas prestávok.
Registrácia je podmienená úhradou registračného poplatku.
Prihlasovanie online na pasívnu účasť bude ukončené 26. 10. 2026.
Odporúčame registráciu vopred. Kapacita kongresovej sály je obmedzená.
V prípade naplnenia kapacity registrácia na mieste nebude možná.

SPÔSOB PLATBY

Po prihlásení sa k účasti online prostredníctvom webových stránok www.svs2026.sk Vám bude e-mailom zaslaná predfaktúra, na základe ktorej prosíme uhradiť objednané služby. Objednané služby je možné uhradiť platobnou kartou bezprostredne po registrácii alebo bankovým prevodom v lehote splatnosti uvedenej na predfaktúre.
Telefonické prihlásenie na podujatie nebude akceptované.

POKYNY PRE NAPÍSANIE ABSTRAKTOV

Štruktúra abstraktu:
NÁZOV PRÁCE, autor(i), pracovisko(á)
Maximálny rozsah: 250 slov, formát: MS Office - Word, písmo Times New Roman, veľkosť písma: 12, riadkovanie: 1. Definitívne zaradenie do programu prednášok si vyhradzuje organizačný výbor podujatia. Informácia o zaradení Vášho abstraktu do odborného programu Vám bude zaslaná na Vašu e-mailovú adresu. Garanti a prednášajúci sú povinní deklarovať konflikt záujmu priamo vo svojej prednáške. Neuvedenie konfliktu záujmov môže byť dôvodom na spätné zamietnutie pridelenia kreditov za prednášku.

STRAVOVANIE

13. 11. 2026 Obed 17,- € Diskusný večer, Kongres Hotel Roca 60,- €
14. 11. 2026 Obed 17,- €

UBYTOVANIE (ZABEZPEČUJE PROGRESS CA, s.r.o.)

	Jednolôžková izba	Dvojlôžková izba
Hotel Roca	89,- €	113,- €

Uvádzané ceny sú vrátane raňajok formou bufetu a platnej sadzby DPH.
Mestský poplatok 3,50 €/osoba/noc nie je zahrnutý v cene ubytovania.
Termín rezervácie ubytovania je najneskôr do: 30. 09. 2026.
Ubytovanie je možné od 12. 11. - 14. 11. 2026.

KREDITY

Podujatie je zaradené do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania ARS CME.
Registrovaní účastníci dostanú potvrdenie o účasti v posledný deň podujatia.

SLOVENSKÉ VERTEBROLOGICKÉ SYMPÓZIUM

13. - 14. 11. 2026, KONGRES Hotel Roca Košice

ODBORNÝ PROGRAM

PIATOK 13. 11. 2026

8:30 – 9:00 OTVORENIE

9:00 – 10:00 1. BLOK

Predsedníctvo: ***Hako R., Lepej J., Kollová A.***

1. *Haková I., Hako R. (Košice):* **Riziká indikovaných RTG, CT a MR vyšetrení v rádiológii**
2. *Lepej J., Marin I. (Košice):* **Prínos nukleárnej medicíny k identifikácii generátorov bolesti pohybového aparátu**
3. *Kollová A., Pataky F., Sedláková M. (Košice):* **Interpretácia zobrazovacích metód chrbtice z pohľadu neurochirurga**
4. *Janči J. (Košice-Šaca)***: Bolesť LS chrbtice - symptóm alebo diagnóza? Keď hernia disku nie je odpoveďou.**

DISKUSIA

Prestávka 10 min.

10:10 – 11:20 2. BLOK

Predsedníctvo: ***Pataky F., Popluhár J., Šefčíková D.***

1. *Popluhár J., Hartel M. (Žilina):* **Spondylochirurgia deformít chrbtice. Indikácie operačnej liečby podľa etiológie, veku, operačné postupy**
2. *Šaffo M., Rusnák R., Sloboda T., Dudášová Z. (Ružomberok):* **Vplyv rozsahu operačného zásahu na biomechaniku driekovej chrbtice a následnú rehabilitáciu**
3. *Benčo M. (Martin):* **Výsledky rehabilitačnej liečby pacientov po operácii pre syndróm cauda equina**
4. *Pataky F., Kaťuch V., Lacko F. (Košice):* **Ankylozujúce spondylopatie z pohľadu neurochirurgie a fyziatrie – príklad medziodborovej spolupráce v rámci UNLP KE**
5. *Jančiová B., Sekeráková Z., Barľak J., Adamová K., Dziaková M. (Košice):* **Rehabilitácia pacientky po operačnom riešení fraktúry krčnej chrbtice – kazuistika**

DISKUSIA

Prestávka 15 min.

SLOVENSKÉ VERTEBROLOGICKÉ SYMPÓZIUM

13. - 14. 11. 2026, KONGRES Hotel Roca Košice

11:35 – 13:00 3. BLOK

Predsedníctvo: ***Obšitníková M., Konečný P., Šingliarová H.***

1. *Konečný P., Doleželová M. (Olomouc):* **Kontroverzia cervikobrachiálního syndrómu a syndrómu karpalného tunela**
2. *Matanin S. (Košice):* **Chronická osteomyelitída a infekcie chrbtice: diagnostické úskalia a terapeutické výzvy – kazuistiky**
3. *Malay M. (Trenčín):* **Kontraindikácie fyzikálnej terapie z pohľadu nových poznatkov**
4. *Lešková M. (Košice):* **Indikácie a význam špecializovaného otoneurologického vyšetrenia**
5. *Obšitníková M. (Bratislava):* **BPPV a jeho komplexný manažment**
6. *Burnik M.:* **Od neuroplasticity k udržateľnej klinickej praxi. Rehabilitačný ekosystém BTL – od klinických princípov k úspešnej implementácii**
   (Prednáška podporená spoločnosťou BTL SLOVAKIA s.r.o.)

DISKUSIA

13:00 – 15:00 Prestávka na obed (obed sa vydáva do 14:30)

13:00 – 14:00 WORKSHOP

Gembalová M., Kuruczová A., Peniašková M. (Banská Bystrica):
Rehabilitačná liečba parézy nervus laryngeus recurrens

14:00 – 15:00 WORKSHOP

Škvara P. (Stará Ľubovňa): **Funkčné poruchy temporomandibulárneho kĺbu**

15:00 – 16:20 4. BLOK

Predsedníctvo: ***Šimonová J., Ogurčáková D., Kočan L.***

1. *Kočan L., Rapčan R., Mláka J. (Košice, Bardejov):* **Sakroiliakálny kĺb a posteriorný sakroiliakálny komplex ako zdroj chronickej bolesti - nové pohľady na diagnostiku a intervenčnú liečbu**
2. *Poliak Ľ., Kočan L., Rapčan R. (Bardejov, Košice):* **Trigeminálna neuralgia - zhodnotenie intervenčných terapeutík**
3. *Cifraničová L. (Trebišov):* **Bolesť a obezita - nielen estetický problém**
4. *Ogurčáková D., Šujanová A. (Košice):* **Keď únava bolí: chronický únavový syndróm v klinickej praxi**
5. *Šimonová J. (Košice):* **Fibromyalgia: známa – neznáma**
6. *Dobrovičová A., Dziaková M. (Košice):* **Význam rehabilitácie u pacienta s fibromyalgiou**

DISKUSIA

Prestávka 15 min.

16:35 – 17:00 5. BLOK

Predsedníctvo: ***Chamutyová K., Lukáčová D.***

1. *Novák V., Puškár V., Karásek M., Bednarčíková L., Michalíková M., Polák M., Hudák R., Demjanovič-Kendrová L., Gajdoš M. (Košice, Prešov):* **Mobilný skríning pohybového aparátu – od merania k individuálnemu riešeniu**
   (Prednáška podporená spoločnosťou EGAMED, spol. s r.o.)

WORKSHOP

Mobilný skríning pohybového aparátu

17:00 – 17:15 WORKSHOP

Dziaková M., Šefčíková D., Chamutyová K.: **Katalóg zdravotných výkonov v odbore FBLR. Pravidlá kódovania v ambulancii**

17:15 – 17:30 WORKSHOP

Dziaková M., Javorská V., Šingliarová H.: **Kódovanie pacienta na lôžku FBLR v rámci DRG, aktuálne problémy v odbore FBLR**

19:00 Diskusný večer

SLOVENSKÉ VERTEBROLOGICKÉ SYMPÓZIUM

13. - 14. 11. 2026, KONGRES Hotel Roca Košice

SOBOTA, 14. 11. 2026

8:00 – 9:00 WORKSHOP

Želinský Ľ. (Košice): **Kompresívne neuropatie – (nedocenené) možnosti fyziatra - diagnostika a terapia**

9:00 – 10:20 6. BLOK

Predsedníctvo: ***Cvengrošová A., Sabolová P., Olšák P.***

1. *Kaučáková B., Dziaková M. (Košice):* **Podľa chôdze spoznáš človeka**
2. *Majerník J., Dziaková M., Dudová K., Ali T., Šišková S., Živčák J. (Košice):* **Kinematická analýza pohybu ako nástroj hodnotenia rehabilitačných techník**
3. *Olšák P. (Brno):* **Krátkodobé a dlhodobé výsledky liečby elektroakupunktúrnou metódou AC-TIVE ENF® u kvadruparetických pacientov**
4. *Sabolová P. (Košice):* **Integrácia elektroakupunktúry AC-TIVE ENF® do komplexnej liečby neurologických deficitov – kazuistiky**
5. *Cvengrošová A., Fecenko B. (Prešov):* **Od akútneho lôžka k funkčnej obnove pacientov preložených z neurológie na OFBLR Košice**
6. *Bundzel M., Dziaková M., Kolcun D., Szabóová M., Hliboký M., Magyar J., Balara V. (Košice):* **Platforma Rehapiano – funkcie, dosiahnutý pokrok a výsledky experimentálneho testovania**

DISKUSIA

Prestávka 15 min.

10:35 – 11:30 7. BLOK

Predsedníctvo: ***Sabolová P., Kaučáková B.***

1. *Pavlíková E. (Nové Mesto nad Váhom):* **Silový tréning seniorov - cesta k funkčnej nezávislosti**
2. *Nemcová K. (Prešov):* **Myofasciálne spúšťové body – diagnostický mýtus alebo realita? – kazuistika**
3. *Zavatčanová J., Kampeová S., Csizmárová M., Dziaková M. (Košice):* **Keď bolí sedieť. Kokcygodýnia v ambulancii lekára FBLR**
4. *Ciberejová B., Jariabková J., Jariabka P., Šimková M., Dziaková M. (Štós):* **Bioklimatický monitoring kúpeľného miesta Štós - objektivizácia uznaných klimatických podmienok vhodných na liečenie**

DISKUSIA
11:30 –13:00 Prestávka na obed

11:30 –12:30 WORKSHOP
Golla F. (Opava): **Trakcia a aproximácia v manuálnej medicíne**

12:30 –13:30 WORKSHOP
Konečný P. (Olomouc): **Funkčná diagnostika a liečba cervikogénneho syndrómu**

13:30 –14:30 WORKSHOP
Jancová B. (Košice): **Infiltračné techniky v liečbe spúšťových bodov vybraných svalov**

14:30 –15:30 WORKSHOP
Dobrovičová A. (Košice): **Diagnostika a terapia spasticity**

15:30 UKONČENIE SYMPÓZIA

PARTNERI PODUJATIA

Hlavní partneri: **B. Braun MEDICAL s.r.o.**
BTL SLOVAKIA, s.r.o.
EGAMED, spol. s r.o.

Partneri: **IPSEN PHARMA SAS**
MagnaPharm SK, s.r.o.
Reha-CARE, s.r.o.
SERVIS INVO spol. s r.o.
STARGEN EU s.r.o.
THUASNE SK, s.r.o

B|BRAUN SHARING EXPERTISE

BTL

egamed

IPSEN

MagnaPharm One Team. One Solution.

Reha-CARE Oprite sa do nás | Zdravotnícke pomôcky

SERVIS INVO ... pre nezávislý spôsob života

STARGEN EU s.r.o.

THUASNE®

13. - 14. 11. 2026, KONGRES Hotel Roca Košice

ZBORNÍK ABSTRAKTOV



Slovenské vertebrologické sympózium

13. – 14. 11. 2026
KONGRES Hotel Roca Košice

1.1 Haková I.[1], Hako R.[2]

[1]*Flexstone Slovakia s.r.o. - Oddelenie rádiológie, Poliklinika pri Radnici, Strojárenská 11/A 040 01 Košice*
[2]*Oddelenie rádiológie UPJŠ LF a Železničnej nemocnice s poliklinikou Košice, Železničné zdravotníctvo AGEL Košice, Masarykova 9, 040 01 Košice*

RIZIKÁ INDIKOVANÝCH RTG, CT A MR VYŠETRENÍ V RÁDIOLÓGII

Moderná medicína posúva dlhovekosť a s tým spojené častejšie potreby diagnostiky a liečby aj ochorení muskuloskeletálneho systému u pacientov, čo prináša zvýšenú potrebu využitia diagnostických metód a teda aj reálnej šance možných posterapeutických a postdiagnostických následkov rôznych opakovaných rádiologických vyšetrení.
Ochorenia pohybového aparátu sú hlavným faktorom vedúcim k zdravotnému postihnutiu na celom svete a vyskytujú sa počas celého života od detstva až po vyšší vek. Včasná a presná diagnostika je kľúčová pre jednotný postup a včasnú efektívnu liečbu, ktorá znižuje riziká trvalého a dlhodobého poškodenia a pokročilých stavov.
Prezentácia sa venuje rôznym rizikovým faktorom pri indikovaných zobrazovacích metódach v rádiológii.
Pri CT a RTG vyš. je hlavným zdrojom rizikového iónizujúceho zaťaženia rozptýlené Comptonovo žiarenie, ktoré pri opakovaných CT vyšetreniach zvyšuje riziko možných postradiačných následkov.
Kontrastné látky používané pri mnohých CT a MR vyšetreniach predstavujú určité riziko pri súbehu viacerých faktorov u niektorých pacientov na čo pri indikáciách zobrazovacích metód netreba zabúdať.
Využívanie zobrazovacích metód by malo byť preto vždy uvážené, zmysluplné, a to obzvlášť u mladého pacienta.

Kľúčové slová: muskuloskeletálne ochorenia, RTG diagnostika, CT, MR, indikácie, ožiarenie, kontrastné látky

1.3 Kollová A.[1], Pataky F.[1], Sedláková M.[2]

[1]*Neurochirurgická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice*
[2]*Klinika rádiológie a zobrazovacích metód UPJŠ LF a UNLP Košice*

INTERPRETÁCIA ZOBRAZOVACÍCH METODÍK CHRBTICE Z POHĽADU NEUROCHIRURGA

Prednáška je venovaná klinickému pohľadu na zobrazovacie metodiky chrbtice- MR a CT pri použití rádiologických škálovacích systémov:
pre degeneratívne zmeny krčnej chrbtice Kangova škála, pre driekovú chrbticu Schizasova škála, pre degeneráciu platničky v LS oblasti Modicova klasifikácia. Pri zlomeninách, predovšetkým osteoporotických, grafické známky instability podľa AO Spine klasifikácie a Denisovej klasifikácie.

1.4 Janči J.

Neurologické oddelenie, Fakultná nemocnica AGEL, Lúčna 57, Košice - Šaca

BOLESŤ LS CHRBTICE – SYMPTÓM ALEBO DIAGNÓZA? KEĎ HERNIA DISKU NIE JE ODPOVEĎOU

Bolesť lumbosakrálnej chrbtice patrí medzi jednu z najčastejších zdravotných ťažkostí, s ktorými sa stretávame v každodennej klinickej praxi, a predstavujú významnú príčinu funkčného obmedzenia, pracovnej neschopnosti a zníženia kvality života. Hoci bývajú často pripisované degeneratívnym zmenám alebo hernii medzistavcovej platničky, ich etiológia môže byť podstatne širšia. Cieľom prednášky je poukázať na význam klinického vyšetrenia, využitia laboratórnych a zobrazovacích metód pri diferenciálnej diagnostike bolesti v lumbosakrálnej oblasti.
Okrem vertebrogénneho pôvodu bolesti LS chrbtice môžu byť príčinou bolesti aj rôzne zápalové, vaskulárne ochorenia, infekčné, nádorové či iné patologické procesy. Správne stanovenie diagnózy je nevyhnutným predpokladom cielenej liečby, prevencie komplikácií a včasného odhalenia potenciálne život ohrozujúcich stavov. Prednáška zdôrazňuje potrebu individuálneho prístupu k pacientovi a význam prepojenia anamnézy, klinického nálezu, laboratórnych parametrov a zobrazovacích metód pri diagnostike bolestí LS chrbtice.

Kľúčové slová: bolesť, lumbosakrálna chrbtica, diferenciálna diagnostika

2.1 Popluhár J., Hartel M.

Oddelenie pediatrickej ortopédie, Spondylochirurgické oddelenie FNsP Žilina

SPONDYLOCHIRURGIA DEFORMÍT CHRBTICE. INDIKÁCIE OPERAČNEJ LIEČBY PODĽA ETIOLÓGIE, VEKU, OPERAČNÉ POSTUPY

Vo FNsP Žilina sa venujeme operačnej liečbe deformít chrbtice 23 rokov po predchádzajúcej viacročnej príprave v zahraničí. V roku 2015, na základe žiadosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne, bolo v FNsP Žilina zazmluvnené Spondylochirurgické oddelenie s požiadavkou operačne liečiť aj degeneratívne deformity chrbtice u dospelých pacientov.
Oddelenie drží krok so zahraničnou spondylochirurgickou školou, predovšetkým s Českou spondylochirurgickou spoločnosťou, s ktorou v roku 2026 oslávime 30 výročie rozvoja česko-slovenskej pediatrickej spondylochirurgie.
Ročne operačne odliečime 100-110 spondylochirurgických pacientov. Najmladší pacient bol 17 mesačný s tuberkulóznou spondylodiscitídou. Vrodené deformity liečime operačne v 2-3 rokoch života. V tomto veku sa tieto ochorenia operujú najideálnejšie a s najlepšími výsledkami. Najstarší pacienti sú pacienti cca 60 roční s degeneratívnymi deformitami s útlakom durálneho vaku a neurologickými komplikáciami, kde neurochirurg dekomprimuje miešny kanál a naše pracovisko v jednom sedení aplikuje dlhé stabilizácie.
Cieľom našej prezentácie je poskytnúť informácie o indikácii k operačnej liečbe deformít bez ohľadu na vek a etiológiu. Stále k nám chodia pacienti so zanedbanými deformitami s extrémnym zakrivením, ktorých operačná liečba je omnoho náročnejšia, u ktorých sa už nedá dosiahnuť požadovaný výsledok a operačný výkon aj pooperačné obdobie je vystavené mnoho väčším rizikám.
V prezentácii predkladáme bohatú fotodokumentáciu, ktorá je výlučne z materiálu nášho oddelenia.

2.2. Šaffo M.[1], Rusnák R.[1], Sloboda T.[1], Dudášová Z.[2]

[1]Klinika neurochirurgie, UVN SNP-FN, Ružomberok
[2]Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, UVN SNP-FN, Ružomberok

VPLYV ROZSAHU OPERAČNÉHO ZÁSAHU NA BIOMECHANIKU DRIEKOVEJ CHRBTICE A NÁSLEDNÚ REHABILITÁCIU

Práca je koncipovaná ako odborné anatomicko-funkčné porovnanie vybraných operačných techník. Hodnotený je rozsah prístupu a poškodenia paravertebrálneho svalstva, rozsah kostnej resekcie, zásah do facetových kĺbov a zadného ligamentózneho komplexu, zachovanie segmentálnej stability a v prípade TLIF dôsledky instrumentovanej stabilizácie a intersomatickej fúzie. Na základe týchto rozdielov sú jednotlivé techniky porovnané z pohľadu pooperačnej bolesti, možnosti včasnej vertikalizácie, rozsahu pohybových obmedzení a postupného zaťažovania pacienta počas rehabilitácie.
Pooperačná rehabilitácia po operáciách driekovej chrbtice nemôže byť založená iba na diagnóze pacienta, ale mala by rešpektovať charakter a rozsah vykonaného operačného výkonu. Pri endoskopických a mini-invazívnych dekompresných výkonoch zostáva stabilizačný aparát chrbtice vo väčšej miere zachovaný, čo spravidla umožňuje skoršiu mobilizáciu a rýchlejšiu progresiu rehabilitácie. Stabilizačné výkony typu TLIF predstavujú zásadnejšiu zmenu biomechaniky operovaného segmentu a vyžadujú odlišný rehabilitačný prístup s rešpektovaním rozsahu výkonu, hojenia mäkkých tkanív a procesu kostnej fúzie. Znalosť konkrétnej operačnej techniky je preto dôležitým predpokladom bezpečného a individuálne vedeného rehabilitačného programu.

Kľúčové slová: drieková chrbtica; endoskopická diskektómia; mikrodiskektómia; hemilaminektómia; TLIF; stabilizácia chrbtice; pooperačná rehabilitácia

2.3 Benčo M.[1]

[1] *Ambulancia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Neurorehabilitácia s.r.o., Prieložtek 1, 036 01 Martin, email: benco.martin@gmail.com*

VÝSLEDKY REHABILITAČNEJ LIEČBY PACIENTOV PO OPERÁCII PRE SYNDRÓM CAUDA EQUINA

Úvod: Syndróm cauda equina je spojený so závažným neurologickým deficitom, ktorý môže pretrvávať aj po adekvátnej chirurgickej dekompresii. Motorický deficit na dolných končatinách patrí medzi významné funkčné následky tohto syndrómu. Cieľom práce bolo zhodnotiť pretrvávanie motorického deficitu po chirurgickej liečbe syndrómu cauda equina a posúdiť zmenu svalovej sily po absolvovaní rehabilitačnej liečby. Súčasne bola hodnotená stranová distribúcia motorického deficitu a vplyv pravidelnosti rehabilitačnej liečby na jeho zlepšenie.
Metodika: Práca bola realizovaná u pacientov operovaných pre syndróm cauda equina v dôsledku hernie driekovej medzistavcovej platničky. Do súboru bolo zaradených 10 pacientov, u ktorých boli dostupné kompletné údaje o svalovom teste jeden mesiac a deväť mesiacov po operačnej liečbe. Svalová sila bola hodnotená štandardným svalovým testom, pričom sledovaná bola dorzálna a plantárna flexia na ľavej a pravej dolnej končatine. Na posúdenie normality rozdelenia výsledkov bol použitý Shapiro-Wilkov test, na štatistické hodnotenie použité neparametrické testy – Wilcoxonov párový test a Mann-Whitneyho U test. Hladina štatistickej významnosti bola stanovená na $\alpha = 0,05$.
Výsledky: Jeden mesiac po operačnej liečbe bol v sledovanom súbore preukázaný štatisticky významný motorický neurologický deficit na dolných končatinách v porovnaní s normálnou hodnotou svalového testu stupňa 5 ($p < 0,01$). Pri porovnaní ľavej a pravej dolnej končatiny nebol pred začatím rehabilitačnej liečby preukázaný štatisticky významný rozdiel v stupni svalovej sily ($p > 0,423$). Po absolvovaní rehabilitačnej liečby došlo k štatisticky významnému zvýšeniu stupňa svalového testu v porovnaní so stavom pred rehabilitáciou ($p < 0,01$). Ani deväť mesiacov po operácii nebol medzi ľavou a pravou stranou preukázaný štatisticky významný rozdiel ($p > 0,248$).
U pacientov, ktorí realizovali pohybovú liečbu pravidelne, bolo v porovnaní s pacientmi s nepravidelnou rehabilitáciou preukázané štatisticky významnejšie zlepšenie svalovej sily ($p < 0,01$).

Záver: Výsledky poukazujú na pretrvávanie motorického neurologického deficitu aj jeden mesiac po chirurgickej liečbe syndrómu cauda equina. Po absolvovaní rehabilitačnej liečby došlo k významnému zlepšeniu svalovej sily dolných končatín. Motorický deficit nevykazoval štatisticky významnú stranovú asymetriu ani pred, ani po rehabilitačnej liečbe. Pravidelná denná rehabilitačná liečba bola spojená s významnejším zlepšením svalovej sily v porovnaní s nepravidelnou rehabilitáciou. Výsledky podporujú význam systematickej a pravidelnej rehabilitačnej liečby v dlhodobej starostlivosti o pacientov po chirurgickej liečbe syndrómu cauda equina.

2.4 Pataky F., Kaťuch V., Lacko F.

Neurochirurgická klinika UPJŠ Lekárskej fakulty a Univerzitnej nemocnice L. Pasteura, Košice

ANKYLOZUJÚCE SPONDYLOPATIE Z POHĽADU NEUROCHIRURGIE A FYZIATRIE – PRÍKLAD MEDZIODBOROVEJ SPOLUPRÁCE V RÁMCI UNLP KE

Ankylozujúce spondylopatie, s dominantným zastúpením Bechterevovej choroby (ankylozujúcej spondylitídy) a difúznej idiopatickej kostnej hyperostózy (DISH), predstavujú špecifickú skupinu ochorení chrbtice spojenú s jej progresívnou rigiditou. Hoci majú odlišnú etiopatogenézu a radiologický obraz, ich spoločným menovateľom je výrazne zmenená biomechanika chrbtice. Rigidný spinálny stĺpec funguje pri úrazoch ako dlhá páka, čo vedie k nestabilným zlomeninám aj pri mechanizmoch s nízkou energiou úrazu.

Prvá časť prednášky sa venuje patofyziologickým a diagnostickým rozdielom medzi Bechterevovou chorobou a DISH so zameraním na neurochirurgické a fyziatrické aspekty. V druhej časti prezentujeme prípad pacientky s ankylozujúcou spondylopatiou, u ktorej po úraze došlo k viacnásobným nestabilným zlomeninám rigidnej krčnej a hrudníkovej chrbtice spojeným s rozvojom neurologického deficitu.

Kazuistika demonštruje, že pri komplexných traumách rigidnej chrbtice je len úzka a nadväzujúca medziodborová spolupráca neurochirurga a fyziatra zárukou úspešného manažmentu a uspokojivého výsledku pre pacienta.

2.5 Jančiová B., Dziaková M., Sekeráková Z., Barľák J., Adamová K.

Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, UNLP Košice, Tr. SNP 1, 040 11 Košice

REHABILITÁCIA PACIENTKY PO OPERAČNOM RIEŠENÍ FRAKTÚRY KRČNEJ CHRBTICE – KAZUISTIKA

Viacpočetné fraktúry chrbtice komplikované neurologickým deficitom predstavujú závažný stav s výrazným dopadom na mobilitu, sebestačnosť a kvalitu života pacienta. Komplexná rehabilitácia je neoddeliteľnou súčasťou liečby a jej cieľom je maximalizácia funkčného potenciálu, obnova pohybových schopností a dosiahnutie čo najvyššej miery samostatnosti.
V tejto práci chceme poukázať na náročnosť rehabilitačnej liečby u pacientky po viacpočetných fraktúrach stavcov krčnej a hornej hrudnej chrbtice sprevádzaných fraktúrou plecového kĺbu a rozvojom ťažkej kvadruparézy pri lézii miechy. Cieľom komplexnej rehabilitácie bolo zlepšiť motorické funkcie, svalovú silu, posturálnu kontrolu a lokomočné schopnosti s dosiahnutím čo najvyššej možnej miery funkčnej samostatnosti v bežných denných aktivitách. Rehabilitačný program zahŕňal individuálne vedenú liečebnú telesnú výchovu (LTV), fyzikálnu terapiu a roboticky asistovanú rehabilitáciu.
Prípad poukazuje na význam komplexného, individualizovaného a interdisciplinárneho rehabilitačného prístupu u pacientov s ťažkým neurologickým deficitom po poranení chrbtice. Kombinácia LTV, fyzikálnej a roboticky asistovanej rehabilitácie predstavovala súčasť liečebného procesu zameraného na zlepšenie funkčného stavu a podporu návratu k vyššej miere samostatnosti.
Kľúčové slová: kvadruparéza, fraktúry stavcov, komplexná rehabilitácia, liečebná telesná výchova, fyzikálna terapia, roboticky asistovaná rehabilitácia**.**

3.1 Konečný P., Doleželová M.

Ústav klinickej rehabilitácie, Fakulta zdravotníckych vied, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika
Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc, Česká republika
Centrum liečebnej rehabilitácie, Nemocnice AGEL, Prostějov, Česká republika

KONTROVERZIA CERVIKOBRACHIÁLNEHO SYNDRÓMU A SYNDRÓMU KARPÁLNEHO TUNELU

Úvod: Bolesť a parestézie hornej končatiny predstavujú častý diagnostický problém. Kľúčovou otázkou je rozlíšenie cervikálnej radikulopatie, periférnej neuropatie, syndrómu karpálneho tunelu a ich možného súčasného výskytu. Cervikobrachiálny syndróm je predovšetkým klinickým popisom ťažkostí a nie definitívnou etiologickou diagnózou.
Cieľ: Prezentovať hlavnú diagnostickú a terapeutickú kontroverziu cervikobrachiálneho syndrómu a syndrómu karpálneho tunelu so zameraním na diferenciálnu diagnostiku a koncept „double-crush".
Hlavná myšlienka: Diagnóza musí vychádzať z korelácie anamnézy, neurologického nálezu, klinických testov a podľa indikácie elektrofyziologického, či zobrazovacieho vyšetrenia. Samotný nález degeneratívnych zmien na MRI ani izolovaný provokačný test nie sú dostačujúce. Súčasné proximálne a distálne postihnutie nervu je možné, avšak každá lézia musí byť doložená samostatne.
Rehabilitácia má byť aktívna a multimodálna: edukácia, motorická kontrola, cielené cvičenie, neurodynamika a manuálna terapia. Pri progresívnom motorickom deficite, svalovej atrofii alebo známkach myelopatie nesmie konzervatívna liečba oddialiť neurologické, či chirurgické riešenie.
Záver: Zásadné je neliečiť len obrazový nález, ale presne lokalizovať zdroj ťažkostí a terapiu individualizovať podľa klinického a funkčného nálezu.
Konflikt záujmov: Autor deklaruje, že nemá konflikt záujmu.

3.2 Matanin S., Filip V., Diheneščíková B., Sokol D.

Klinika ortopédie a traumatológie pohybového ústrojenstva, UPJŠ LF a UNLP Košice

CHRONICKÁ OSTEOMYELITÍDA A INFEKCIE CHRBTICE: DIAGNOSTICKÉ ÚSKALIA A TERAPEUTICKÉ VÝZVY – KAZUISTIKY

Úvod: Chronická osteomyelitída a infekčné ochorenia chrbtice vrátane spondylodiscitídy predstavujú závažné infekčné ochorenia muskuloskeletálneho systému, ktorých diagnostika a liečba sú často komplikované nešpecifickým klinickým obrazom, pridruženými ochoreniami a rizikom recidívy. Včasné stanovenie diagnózy a adekvátne zvolený terapeutický postup sú zásadné pre dosiahnutie priaznivého klinického výsledku.
Cieľ: Cieľom práce je prostredníctvom vybraných klinických kazuistík poukázať na diagnostické úskalia a terapeutické možnosti chronickej osteomyelitídy a spondylodiscitídy, zdôrazniť význam mikrobiologickej diagnostiky, zobrazovacích vyšetrení a multidisciplinárneho prístupu.
Materiál a metódy: Prezentujeme súbor vybraných kazuistík pacientov liečených na Klinike ortopédie a traumatológie pohybového ústrojenstva UNLP Košice. Súčasťou prezentácie sú prípady chronickej osteomyelitídy dlhých kostí, komplikovanej infekcie pri syndróme diabetickej nohy, implantátom asociovanej infekcie a spondylodiscitídy. Hodnotíme klinický priebeh, laboratórne parametre, výsledky zobrazovacích a mikrobiologických vyšetrení, zvolené terapeutické postupy a následné sledovanie pacientov.
Výsledky a diskusia: Prezentované kazuistiky poukazujú na variabilitu klinických prejavov kostných infekcií a význam včasnej diagnostiky aj pri nevýrazných laboratórnych zápalových parametroch. Dôležitú úlohu zohráva magnetická rezonancia, mikrobiologická identifikácia patogénu a následná cielená antibiotická liečba. Pri chronickej osteomyelitíde s prítomnosťou abscesu, nekrotického kostného tkaniva alebo infekcie spojenej s implantátom je často nevyhnutná chirurgická intervencia zahŕňajúca debridement, lokálnu aplikáciu antibiotík a podľa potreby rekonštrukčné výkony. Pri spondylodiscitíde je zásadné včasné rozpoznanie neurologického deficitu, epidurálneho abscesu a mechanickej instability chrbtice, ktoré môžu predstavovať indikáciu operačnej liečby.

Záver: Chronická osteomyelitída a spondylodiscitída majú spoločné diagnostické a terapeutické princípy, pričom lokalizácia infekcie významne ovplyvňuje výber liečebnej stratégie. Kľúčom k úspešnej liečbe je včasná diagnostika, identifikácia infekčného agens, adekvátna antibiotická terapia a správne načasovaná chirurgická intervencia. Multidisciplinárna spolupráca a dlhodobé sledovanie pacientov sú nevyhnutné vzhľadom na riziko perzistencie a recidívy infekcie.

Kľúčové slová: chronická osteomyelitída, spondylodiscitída, infekcie chrbtice, chirurgická liečba, kazuistiky, antibiotická liečba

3.3 Malay M.[1], Gabrhel J.[1,2]

[1]Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín
[2]Súkromná ordinácia liečebnej rehabilitácie, Trenčín

KONTRAINDIKÁCIE FYZIKÁLNEJ TERAPIE Z POHĽADU NOVÝCH POZNATKOV

Úvod: V posledných rokoch využívame vo fyzikálnej terapii nie len klasické možnosti ale aj nové typy elektroterapie a fototerapie. Vedecký výskum nám dáva nové alternatívy ako napríklad vysokovýkonnú laseroterapiu v rôznych modifikáciách, vysokofrekvenčnú magnetoterapiu a rázovú vlnu. Cieľom príspevku je ozrejmiť kritický pohľad na kontraindikácie hlavne vysokovýkonnej laseroterapie MLS v neštandardnej terapii postradiačnej radiodermatitídy, postcovidových syndrómov a nešpecifických pľúcnych ochorení na kontraindikácie magnetoterapie a rázovej vlny.
Metodika: Prehľadný popis nových foriem fyzikálnej terapie z pohľadu nových poznatkov o kontraindikáciách.
Výsledky: V bežnej rehabilitačnej praxi akceptujeme kontraindikácie, ktoré sú v dostupnej literatúre a manuáloch jednotlivých prístrojov. Kontraindikácie v manuáloch prístrojov a starších zdrojoch je potrebné vnímať s určitou rezervou. Hlavne pri elektroterapii a fototerapii došlo k prehodnoteniu kontraindikácií pri onkologických ochoreniach, prítomnosti kovu v mieste aplikácie a pri implantovanom kardiostimulátore. Vysokovýkonný MLS laser sa už používa ako prevencia radiodermatitídy v priebehu rádioterapie onkologických ochorení, aktuálne je k dispozícii nový MLS laser M-RB1 špeciálne konštruovaný pre onkologických pacientov. Kardiostimulátor nie je kontraindikáciou pri aplikácii fototerapie. Kovy máme diamagnetické a feromagnetické. Feromagnetické sa už prakticky pri implantátoch nepoužívajú a aj v prípade ich prítomnosti v tele nie sú kontraindikáciou pre nízkofrekvenčnú magnetoterapiu.
Pri vysokoinduktívnej magnetoterapii je akýkoľvek kov kontraindikáciou. Staršie informačné zdroje je potrebné priebežne prehodnocovať s akceptovaním nových informačných zdrojov.
Záver: Fyzikálna terapia prináša výhody u pacientov z hľadiska zníženia bolesti, zlepšenia funkčného stavu a tým aj kvality života pacientov. Nové formy fyzikálnej terapie sú výhodné pre pacienta aj terapeuta, sú efektívne a menej časovo náročné s redukovaným množstvom kontraindikácií.

3.5 Obšitníková M.

OFBLR, Poliklinika Podunajské Biskupice, Univerzitná nemocnica Bratislava

BPPV A JEHO KOMPLEXNÝ MANAŽMENT

Závrat je jedným z najčastejších symptómov, s ktorými pacienti vyhľadajú lekára, nakoľko má významný dopad na kvalitu ich života a v geriatrickej populácii vedie k zhoršovaniu mobility, sebestačnosti a veľmi často až k pádom.
Benígne paroxyzmálne polohové vertigo (BPPV) je najčastejšou príčinou vestibulárneho vertiga. Diagnostické testy pre toto ochorenie sú vysoko senzitívne aj špecifické a terapeutické manévre majú v rukách erudovaného lekára vysokú účinnosť, pričom liečba je kauzálna. Na ich realizáciu nie je potrebné prístrojové vybavenie a sú časovo nenáročné. Prednáška sa venuje komplexnému manažmentu tohto ochorenia podľa aktuálnych klinických praktických odporúčaní a najnovších poznatkov z relevantných klinických štúdií.

3.6 Burnik M.

OD NEUROPLASTICITY K UDRŽATEĽNEJ KLINICKEJ PRAXI REHABILITAČNÝ EKOSYSTÉM BTL – OD KLINICKÝCH PRINCÍPOV K ÚSPEŠNEJ IMPLEMENTÁCII

Úspešná neurorehabilitácia si vyžaduje viac než len pokročilé technológie. Zmysluplná obnova neurologických a motorických funkcií závisí od špecifického, repetitívneho a dostatočne intenzívneho tréningu, ktorý je pacientovi poskytovaný systematicky a dlhodobo.
Táto prezentácia prepája základné princípy neuroplasticity s moderným rehabilitačným ekosystémom BTL. Demonštruje, ako dokážu komplementárne technológie efektívne reagovať na rôznorodé potreby pacientov, podporiť ich funkčné ciele a prispôsobiť sa špecifikám jednotlivých fáz rehabilitácie.
Záver prezentácie je venovaný kľúčovej otázke z reálnej praxe:
Čo nasleduje po zavedení technológie na pracovisko? Sú to práve istota klinického tímu, jasne definované kompetencie, optimalizácia rehabilitačného procesu pacienta, kapacitné plánovanie a plynulá integrácia do každodennej rutiny, ktoré rozhodujú o tom, či sa technológia stane udržateľnou súčasťou klinickej praxe. Iba tak dokáže vytvoriť skutočnú hodnotu pre pacientov aj samotné zdravotnícke zariadenie – a to vo všetkých aspektoch, od merateľných klinických výsledkov a lepšej pacientskej skúsenosti až po maximálne využitie prístrojov
a ekonomickú udržateľnosť.

4.1 Kočan L.[1, 2], Rapčan R.[2, 3, 4], Mláka J.[2]

[1]Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny Univerzity Pavla Jozefa Šafárika Lekárska fakulta Košice a Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb, a. s. Košice, Slovenská republika, email: ladislav.kocan@upjs.sk
[2]EuroPainClinics, Poliklinika Terasa, Košice, Slovenská republika
[3]EuroPainClinics, Bardejov, Slovenská republika
[4]EuroPainClinics, Umeå, Švédsko

SAKROILIAKÁLNY KĺB A POSTERIORNÝ SAKROILIAKÁLNY KOMPLEX AKO ZDROJ CHRONICKEJ BOLESTI: NOVÉ POHĽADY NA DIAGNOSTIKU A INTERVENČNÚ LIEČBU

Úvod: Sakroiliakálny (SI) kĺb predstavuje významný, často prehliadaný zdroj chronickej bolesti v lumbosakrálnej oblasti. Odhaduje sa, že sa podieľa na vzniku bolesti približne u 15–30 % pacientov s chronickou axiálnou bolesťou dolnej časti chrbta. Tradičný pohľad na sakroiliakálnu bolesť ako na izolované intraartikulárne ochorenie sa postupne mení. Súčasné anatomické a klinické poznatky zdôrazňujú význam posteriorného sakroiliakálneho komplexu, ktorý zahŕňa zadné ligamentózne štruktúry, kĺbové puzdro a ich nociceptívnu inerváciu.
Metodika: Práca prináša prehľad súčasných anatomických a klinických poznatkov o posteriornom sakroiliakálnom komplexe so zameraním na diagnostiku a možnosti intervenčnej liečby. Súčasťou je prezentácia výsledkov vlastnej prospektívnej multicentrickej observačnej štúdie porovnávajúcej endoskopickú denerváciu (n = 22) a perkutánnu kryoneurolýzu (n = 21). Do štúdie boli zaradení pacienti s chronickou sakroiliakálnou bolesťou a pozitívnou prognostickou blokádou dorzálnej vetvy L5 a laterálnych sakrálnych vetiev S1–S3. Intenzita bolesti a kvalita života boli hodnotené počas 12-mesačného sledovania.
Výsledky: Anatomické poznatky potvrdzujú význam dorzálnej vetvy L5 a laterálnych sakrálnych vetiev S1–S3 v nociceptívnej inervácii posteriorného sakroiliakálneho komplexu. Ich výrazná anatomická variabilita predstavuje výzvu pre diagnostiku aj intervenčnú liečbu. Provokačné testy nedokážu spoľahlivo rozlíšiť intraartikulárny a extraartikulárny zdroj bolesti, preto nadobúdajú význam obrazom navigované prognostické blokády.
V našej štúdii viedli endoskopická denervácia aj kryoneurolýza k významnej redukcii bolesti a zlepšeniu kvality života počas 12 mesiacov ($p < 0,001$).

Priemerné zníženie intenzity bolesti na škále NRS po 12 mesiacoch predstavovalo 4,86 bodu po endoskopickej denervácii a 3,62 bodu po kryoneurolýze. Napriek numericky priaznivejším výsledkom endoskopickej denervácie sa štatisticky významný rozdiel medzi technikami nepreukázal.

Záver: Súčasný pohľad na sakroiliakálnu bolesť zdôrazňuje význam posteriorného sakroiliakálneho komplexu ako samostatného nociceptívneho zdroja. Výsledky našej štúdie podporujú využitie anatomicky cielenej denervácie u starostlivo selektovaných pacientov. Presná identifikácia zdroja bolesti, prognostická blokáda a adekvátne anatomické zacielenie intervencie predstavujú kľúčové predpoklady úspešnej liečby. Výber technológie by mal zohľadňovať individuálne anatomické a klinické charakteristiky pacienta.

4 .2 Poliak Ľ.[1], Kočan L.[2,3], Rapčan R.[1,2]

[1]EuroPainClinics, Štefánikova 1599/82, 085 01 Bardejov, Slovenská republika
[2]EuroPainClinics, Poliklinika Terasa, Toryská 1, 040 11 Košice, Slovenská republika
[3]Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny Univerzity Pavla Jozefa Šafárika Lekárska fakulta Košice a Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb, a. s. Košice, Slovenská republika

TRIGEMINÁLNA NEURALGIA - ZHODNOTENIE INTERVENČNÝCH TERAPEUTICKÝCH POSTUPOV ZA POSLEDNÉ ROKY PRÁCE

Úvod: Liečba neuralgie trojklaného nervu si často vyžaduje multidisciplinárny prístup zahŕňajúci neurológov, fyzioterapeutickú starostlivosť, špecialistov na bolesť a niekedy aj chirurgov. Je dôležité, aby pacienti úzko spolupracovali so svojím zdravotníckym tímom, aby našli najefektívnejšiu kombináciu liečby na zvládnutie ich stavu a zlepšenie kvality života. Neuralgia trojklaného nervu (TN) patrí medzi najbolestivejšie poruchy. Je vysoko invalidizujúca, charakterizovaná veľmi závažnými opakujúcimi sa záchvatmi jednostrannej bolesti tváre v distribučnej oblasti jednotlivých vetiev trojklanného nervu. Ostré, bodavé, elektrizujúce bolesti trvajúce od zlomku sekundy do 2 minút sú vyvolávané podnetmi ako ľahký dotyk tváre, rozprávanie, žuvanie, čistenie zubov, umývanie, pitie či holenie. Je spojená s významne zníženou kvalitou života, anxietou, depresiou a suicidálnymi sklonmi. Diagnostika je založená na typickej anamnéze. Neurologické vyšetrenie zriedka ukáže abnormality pri idiopatickej forme TN. Magnetická rezonancia je potrebná na potvrdenie neurovaskulárneho konfliktu, resp. na vylúčenie iných príčin sekundárnej TN ako tumor vo fossa cranialis posterior, či skleróza multiplex. Po neefektívnej farmakoterapii je mikrovaskulárna dekompresia chirurgickou terapiou prvej voľby hlavne u mladších pacientov s potvrdeným trigeminálnym neurovaskulárnym konfliktom. Základným cieľom fyzioterapie je znížiť sprievodné svalové napätie, zlepšiť funkciu kranio-cervikálnej oblasti a podporiť toleranciu bežných denných aktivít bez vyvolávania bolestivých záchvatov. Fyzioterapia má najväčší význam vtedy, keď sa okrem neuralgie vyskytuje aj zvýšené napätie žuvacích a krčných svalov, obmedzená pohyblivosť krku, porucha funkcie čeľuste alebo strach z pohybu pre očakávanú bolesť. U rizikových alebo starších pacientov je indikovaná paliatívna neuroablatívna intervenčná terapia.

Z ablačných procedúr sú v súčasnosti vykonávané: Stereotaktická radiačná terapia (Gamma nôž), perkutánna balóniková mikrokompresia, perkutánna glycerolová rizolýza, perkutánna rádiofrekvenčná (RF) liečba Gasserovho ganglia a neuromodulácia/stimulácia Gasserovho ganglia. Na našom pracovisku vykonávame balónikovú kompresiu ganglia, čo je relatívne rýchla a hlavne bezpečná metóda. Po zavedení Fogartyho 4F katétra do Meckellovej kavity a následnej insuflácii kontrastnej látky pod kontrolou RTG dôjde k ischemickej denervácii trigeminálneho ganglia. Cieľom tejto prezentácie je zhodnotenie viacročnej práce a prezentácia výsledkov za posledné roky. Stále platí, že na komplexnejší záver je nutný väčší počet pacientov a dlhšia doba sledovania.
Metodika: Prezentujeme viacročné skúsenosti nášho pracoviska s perkutánnou balónikovou kompresiou Gasserovho ganglia u pacientov s farmakorezistentnou neuralgiou trojklaného nervu. Výkon spočíva v zavedení 4F balónikového katétra cez foramen ovale do Meckelovej dutiny pod fluoroskopickou kontrolou. Následná insuflácia balónika kontrastnou látkou vyvoláva mechanickú kompresiu trigeminálneho ganglia a jeho koreňových vlákien s cieľom prerušenia patologického prenosu bolesti. Hodnotíme klinickú účinnosť liečby, trvanie analgetického efektu, výskyt recidív a komplikácií.
Výsledky: Perkutánna balóniková kompresia predstavuje relatívne rýchlu, miniinvazívnu terapeutickú metódu, ktorú možno využiť aj u starších a polymorbídnych pacientov. V prezentácii uvádzame klinické skúsenosti a výsledky pacientov liečených na našom pracovisku v posledných rokoch so zameraním na dosiahnutú úľavu od bolesti, potrebu pokračovania farmakoterapie, výskyt recidív a bezpečnostný profil výkonu. Na kvantitatívne vyhodnotenie účinnosti je potrebné doplniť konkrétne výsledky sledovaného súboru.
Záver: Perkutánna balóniková kompresia Gasserovho ganglia predstavuje etablovanú intervenčnú možnosť liečby farmakorezistentnej neuralgie trojklaného nervu, predovšetkým u pacientov nevhodných na mikrovaskulárnu dekompresiu. Výhodou je krátke trvanie výkonu, miniinvazívny charakter a možnosť jeho opakovania pri recidíve bolesti. Na objektívne zhodnotenie dlhodobej účinnosti a bezpečnosti metódy v našom súbore je potrebný väčší počet pacientov a dlhšie sledovanie.

4.3 Cifraničová L.

Algeziologická ambulancia NsP Trebišov a.s. PentaHospitals

BOLESŤ A OBEZITA – NIELEN ESTETICKÝ PROBLÉM

Podľa WHO sa obezita považuje za najrozšírenejšie civilizačné ochorenie 21.storočia. Je to chronická choroba, vyúsťujúca do multiorgánového poškodenia, ovplyvňujúc morbiditu, aj kvalitu a dĺžku života.
Terapia obezity:
- režimové opatrenia, zdravé a vyvážené stravovanie, pravidelná fyzická aktivita. Behaviorálnym prístupom je možné dosiahnuť redukciu hmotnosti o cca 5%.
- farmakoterapia – analógy GLP-1, kombinované agonisti GLP-1 a GIP receptora, inhibítory gastrointestinálnych lipáz, naltrexon/bupropión. Hmotnostný úbytok 5-22%.
- chirurgická liečba – liposukcia, bandáž žalúdka. Endoskopické zákroky 12-20% úbytku hmotnosti, bariatrická operácia 20-30% úbytku hmotnosti.
Dlhodobá farmakoterapia by mala byť neoddeliteľnou súčasťou liečby. Semaglutid- analóg GLP -1 sa využíva v liečbe DM 2. typu. No začal sa využívať aj pri liečbe nadhmotnosti a obezity aj u detí nad 12 rokov. Mechanizmom účinku semaglutidu je kontrola chuti do jedla. Semaglutid je humánny GLP -1 analóg s 94% homológiou s ľudským GLP-1. Polčas je cca týždeň. Mechanizmus účinku spočíva vo zvýšení sýtosti, zlepšení kontroly chuti do jedla, znížení hladu, frekvencie túžobných pocitov jesť, znížení príjmu energie. Užívanie semaglutidu vedie k priaznivým zmenám zloženia tela pri zachovaní funkcie svalov. Semaglutid zmierňuje bolesť a zlepšuje fyzické fungovanie ľudí s obezitou a osteoartrózou kolena, čo bolo potvrdené aj v randomizovanej dvojito zaslepenej, placebom kontrolovanej, multicentrickej štúdii.
Obezita zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť a nepriamo zvyšuje náklady spojené s práceneschopnosťou a invalidizáciou.
„Nežijeme preto, aby sme jedli, jeme preto, aby sme žili."

4.4 Ogurčáková D.[1], Šujanová A.[2]

[1]Ambulancia chronickej bolesti, ALGMED s. r. o.
[2]Ambulancia chronickej bolesti, ProCare/Pentra Hospitals

KEĎ ÚNAVA BOLÍ: CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDRÓM V KLINICKEJ PRAXI

Úvod: Chronický únavový syndróm, označovaný aj ako myalgická encefalomyelitída (ME/CFS), predstavuje komplexné, závažné multisystémové ochorenie, ktoré výrazne ovplyvňuje kvalitu života a funkčnú kapacitu pacientov. Napriek narastajúcim poznatkom o jeho patofyziológii zostáva diagnostika aj liečba významnou výzvou v klinickej praxi.
Metodika: Ochorenie charakterizuje pretrvávajúca, odpočinkom nezmierniteľná únava, zhoršenie symptómov po fyzickej alebo psychickej záťaži (post-exertional malaise – PEM), neosviežujúci spánok, kognitívna dysfunkcia a ortostatická intolerancia. Významnú súčasť klinického obrazu tvorí chronická bolesť, najmä myalgie, artralgie a bolesti hlavy. Prekrývanie symptómov s fibromyalgiou a ďalšími chronickými bolestivými stavmi komplikuje diferenciálnu diagnostiku a môže viesť k oneskorenému rozpoznaniu ochorenia.
Výsledky: Súčasné poznatky poukazujú na možnú úlohu imunitnej dysregulácie, neuroendokrinných zmien, porúch energetického metabolizmu a autonómnej dysfunkcie. Diagnostika je založená predovšetkým na klinických kritériách a dôslednom diferenciálnodiagnostickom zhodnotení, keďže špecifický diagnostický biomarker zatiaľ nie je dostupný. Vzhľadom na absenciu preukázanej kauzálnej liečby sa terapeutický manažment zameriava na zmiernenie symptómov, rešpektovanie individuálnej tolerancie záťaže, energetický manažment (pacing) a multidisciplinárnu spoluprácu. Osobitný význam má prevencia zhoršenia stavu po nadmernej fyzickej aktivite.
Záver: Cieľom prednášky je priblížiť aktuálne poznatky o ME/CFS s dôrazom na jeho vzťah k chronickej bolesti, možnosti diferenciálnej diagnostiky a praktické aspekty manažmentu pacientov v každodennej klinickej praxi.
Kľúčové slová: chronický únavový syndróm, myalgická encefalomyelitída, chronická bolesť, fibromyalgia, post-exertional malaise, diferenciálna diagnostika, manažment pacienta.

4.5 Šimonová J.

1. *Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny UPJŠ LF a UN L. Pasteura v Košiciach*

FIBROMYALGIA: ZNÁMA - NEZNÁMA

Úvod: Fibromyalgia je chronické ochorenie charakterizované chronickou bolesťou postihujúcou viaceré oblasti tela, často spojené s únavou, poruchami spánku a nálady, rôznym stupňom kognitívnych dysfunkcií a ďalšími príznakmi. Uvádzaná globálna prevalencia fibromyalgie je 2,7 %, s častejším výskytom u žien 3:1. Jej diagnostika spočíva v klinickom vyšetrení spolu s využitím skórovacích dotazníkov (WPI, SSS). Nezastupiteľné je vyšetrenie reumatológom, ktorý vylúči iné systémové ochorenie. Liečba a celkový manažment pacientov však ostáva výzvou. Cieľom prednášky je sumarizovať aktuálne poznatky o patofyziologických mechanizmoch ochorenia a poskytnúť prehľad moderných terapeutických stratégií, s primárnym dôrazom na možnosti pohybovej a fyzikálnej liečby.
Metodika: Práca je koncipovaná ako naratívny prehľad literatúry. Vychádza z analýzy aktuálnych medzinárodných usmernení (EULAR) a výsledkov štúdií publikovaných v databázach PubMed a Scopus zameraných na neurobiológiu chronickej bolesti a liečbu fibromyalgie.
Výsledky: V patofyziológii fibromyalgie sa v súčasnosti do popredia dostáva koncept centrálnej senzitizácie a dysfunkcie descendentných inhibičných dráh bolesti. Tzv. neurozápal (s dokumentovanými zmenami hladín rôznych cytokínov v mozgovomiechovom moku a krvi) sa považuje za akýsi katalyzátor senzitizácie periférnych i centrálnych nervových dráh bolesti. Toto ochorenie teda aktuálne zaraďujeme medzi nociplastickú bolesť. Z hľadiska manažmentu literatúra jednoznačne favorizuje nefarmakologické prístupy ako liečbu prvej línie, čím sa fyziater dostáva do centra multidisciplinárneho tímu. Pohybová aktivita je totiž spolu s psychologickými intervenciami jednou zo silne odporúčaných liečebných stratégií tohto ochorenia. Kombinácia aeróbneho cvičenia a posilňovania preukázateľne znižuje bolesť a zlepšuje fyzickú kondíciu. Kombinácia vzdelávania pacientov, úpravy ich životného štýlu (aj úprava diéty, redukcia hmotnosti) a psychologickej podpory (pre zvládanie chronickej bolesti a stresu sa odporúča kognitívno-behaviorálna terapia) šitá na mieru konkrétnemu pacientovi je rovnako dôležitá. Farmakoterapia (antidepresíva, antikonvulzíva, centrálne pôsobiace svalové relaxans cyklobenzaprín) zohráva len podpornú úlohu zameranú na tlmenie špecifických symptómov.

Transkraniálna mozgová stimulácia jednosmerným prúdom môže u niektorých pacientov prispieť k zníženiu intenzity bolesti a vhodne tak dopĺňať fyziatrickú starostlivosť. Nezastupiteľnú úlohu majú tiež pacientske organizácie, ktoré vedia byť pacientom významne nápomocné.
Záver: Úspešný manažment pacienta s fibromyalgiou si vyžaduje odklon od čisto biomedicínskeho modelu smerom k biopsychosociálnemu prístupu. Kľúčom k zlepšeniu kvality života pacientov a ich funkčnej nezávislosti je včasná diagnostika, multidisciplinárna spolupráca a najmä aktívne zapojenie pacienta do liečebného procesu. Fyziater zohráva nezastupiteľnú úlohu v komplexnom multidisciplinárnom manažmente pacienta. Jeho cieľom je nielen zbaviť pacienta bolesti, ale naučiť pacienta zručnostiam, ako získať späť kontrolu nad svojím životom.
Kľúčové slová: fibromyalgia; centrálna senzitizácia; chronická bolesť; multidisciplinárny prístup; fyziatria; pohybová liečba.

4.6 Dobrovičová A., Dziaková M.

Oddelenie FBLR, UNLP Košice, Trieda SNP 1, 040 11 Košice

VÝZNAM REHABILITAČNEJ LIEČBY U PACIENTOV S FIBROMYALGIOU

Fibromyalgia (FM) je chronický syndróm generalizovanej bolesti, charakterizovaný narušeným spracovaním bolestivých podnetov. Jej výskyt je výrazne vyšší u žien ako u mužov a postihuje približne 3–10 % svetovej populácie. Presná príčina vzniku FM zostáva neznáma, avšak na jej vzniku sa podieľa viacero faktorov.

Ochorenie je charakterizované chronickou generalizovanou muskuloskeletálnou bolesťou spolu s ďalšími príznakmi, ku ktorým patria poruchy spánku, únava, kognitívna dysfunkcia a ďalšie somatické príznaky, ktoré negatívne ovplyvňujú fyzické a duševné funkcie a znižujú kvalitu života. Nedostatočné poznanie etiopatogenézy ochorenia výrazne sťažuje vývoj účinných terapeutických postupov.

V liečbe FM je dôležitý multidisciplinárny prístup, ktorý zahŕňa farmakologické aj nefarmakologické intervencie, zamerané na zmiernenie symptómov. Nezastupiteľné miesto má rehabilitačná liečba s individuálnym prístupom, primeraná fyzická aktivita a kognitívno-behaviorálna terapia.

Vo väčšine štúdií sa preukázala účinnosť aktívnych aj pasívnych rehabilitačných intervencií pri zmierňovaní príznakov FM. Najlepšie výsledky boli pozorované pri kombinovaných tréningových programoch aeróbnom cvičení a silových tréningoch za účelom zlepšenia fyzickej zdatnosti a funkcie, zníženia príznakov fibromyalgie a zlepšenia kvality života. Skúmali sa však aj iné formy cvičenia (napr. taiči, joga, severská chôdza, vibračné techniky).

Výhody cvičenia pre pacientov s FM sú dobre zdokumentované a vedú k zmierneniu bolesti, úzkosti, depresie a zlepšeniu celkového zdravia a fyzickej kondície. Pre dosiahnutie optimálnych výhod a zabezpečenie dlhodobého dodržiavania je potrebné dbať na to, aby sa predišlo bolesti, únave a muskuloskeletálnym poraneniam súvisiacim s cvičením.

Hoci je v liečbe FM odporúčaný multidisciplinárny prístup, lekári v primárnej starostlivosti by mali zabezpečiť, aby ich pacienti s FB boli iniciovaní a podporovaní v osvojení si aktívneho životného štýlu, ktorý zahŕňa pravidelné cvičenie.

Kľúčové slová: fibromyalgia, nefarmakologická terapia, manažment bolesti, cvičenie, fyzická aktivita

5.1 Novák M.[1], Puškár V.[1], Karásek M.[2], Bednarčíková L.[3], Michalíková M.[3], Polák M.[3], Hudák R.[3], Demjanovič Kendrová L.[4], Gajdoš M.[4]

[1]EGAMED, spol. s.r.o.
[2]Ústav telovýchovného lekárstva UPJŠ LF a Univerzitnej nemocnice L. Pasteura Košice
[3]Katedra biomedicínskeho inžinierstva a merania, Strojnícka fakulta, TUKE
[4]Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

MOBILNÝ SKRÍNING POHYBOVÉHO APARÁTU – OD MERANIA K INDIVIDUÁLNEMU RIEŠENIU

Prednáška predstaví možnosti mobilného skríningu pohybového aparátu s využitím moderných diagnostických technológií. Zameria sa na objektívne meranie, odborné vyhodnotenie výsledkov a formulovanie individuálnych odporúčaní, zahŕňajúcich funkčný tréning, zlepšenie pohybového rozsahu a možnosť zhotovenia ortopedických vložiek na mieru. Osobitná pozornosť bude venovaná praktickému využitiu mobilného skríningu a jeho prínosu pri komplexnom hodnotení funkčných odchýlok pohybového aparátu (mobilná dodávka bude pristavená počas kongresu k praktickému vyskúšaniu merania).

6.1 Kaučáková B., Dziaková M.

Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, UNLP Košice, Tr. SNP 1, 040 11 Košice

PODĽA CHÔDZE SPOZNÁŠ ČLOVEKA

Chôdza je najkomplexnejší pohybový stereotyp ľudského tela potrebný na zabezpečenie základných životných potrieb. Základnou jednotkou chôdze je krokový cyklus, ktorý rozdeľujeme na opornú a švihovú fázu. Na realizácii a regulácii chôdze sa podieľajú všetky úrovne nervového systému, muskuloskeletárny aparát a kardiorespiračné funkcie.
Základnou vyšetrovacou metódou chôdze je vizuálne pozorovanie, pri ktorom hodnotíme časopriestorové parametre chôdze. Ďalej na hodnotenie chôdze využívame štandardizované kvantitatívne klinické testy. Najdetailnejšie informácie získame prístrojovou analýzou kinematiky a kinetiky tela. Chôdza je významným ukazovateľom zdravotného stavu, odráža osobnostné rysy či etnické rozdiely. Vedecké štúdie dokázali vysokú mieru individuálnosti stereotypu chôdze porovnateľnú s inými biometrickými prvkami.
Kľúčové slová: chôdza, krokový cyklus, analýza chôdze

6.2 Majerník J.[1], Dziaková M.[2], Dudová K.[3], Ali T.[3], Šišková S.[3], Živčák J.[3]

[1]Ústav lekárskej informatiky a simulátorovej medicíny, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska fakulta v Košiciach
[2]Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
[3]Katedra biomedicínskeho inžinierstva a merania, Strojnícka fakulta, Technická univerzita v Košiciach

KINEMATICKÁ ANALÝZA POHYBU AKO NÁSTROJ HODNOTENIA REHABILITAČNÝCH TECHNÍK

Úvod: Kinematická analýza pohybu, ako jedna zo štyroch hlavných zložiek komplexnej analýzy pohybu človeka, prešla v období posledných dvoch až troch dekád výraznými technologickými i metodickými zmenami, ktoré odzrkadľovali možnosti danej doby. Vďaka týmto pokrokom, prišli aj do prostredia rehabilitácie a fyzioterapie efektívne možnosti objektívneho hodnotenia stavu pacienta, či jednotlivých rehabilitačných techník.
Metodika: Pomocou kinematickej analýzy pohybu je tak možné zabezpečiť napríklad objektivizáciu a kvantifikáciu motoriky, exaktné a kinematické hodnoty, zachytenie mikro-kompenzácie a asymetrie chôdze, klinické rozhodovanie založené na dôkazoch, presné vyhodnocovanie účinnosti fyzioterapeutických intervencií, ortopedických pomôcok, či robotických ortéz pred a po terapii, personalizáciu rehabilitácie, či biofeedback.
S príchodom nositeľnej senzoriky a tzv. markerless video systémov sa analýza presunula z umelých laboratórií do prirodzeného prostredia pacienta. Vývoj však napreduje a nové možnosti využitia komplexnej pohybovej analýzy prichádzajú s čoraz viac dostupnými AI-poháňaným technológiami.
Výsledky: V rámci klinického využitia a overovania možnosti uplatnenia video-analýzy pohybu človeka v našich podmienkach sme v tomto technologickom posune uplatňovali prechod od finančne nákladného laboratória k prostrediu pacienta, od komplikovaného multikamerového systému k jednoduchým riešeniam šitým na mieru potrebám danej štúdie a od zdĺhavej prípravy subjektu na meranie k priamemu záznamu jeho pohybovej aktivity, primárne chôdze.
Záver: S oddelením fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Univerzitnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach sme markerless analýzu pohybu uplatnili úspešne v štúdiách zameraných na hodnotenie rehabilitačných techník pri poruchách rovnováhy, účinku rehabilitačnej liečby u detí s chybným držaním tela, významu celotelových vibrácií v liečbe pacientov s neurologickým ochorením, či rehabilitačnej liečby u pacientov po NCMP.

6.3 Olšák P.

Klinika moderní akupunktury, Lelekovice

KRÁTKODOBÉ A DLHODOBÉ VÝSLEDKY LIEČBY ELEKTORAKUPUNKTÚRNOU METÓDOU AC-TIVE ENF® U KVADRUPARETICKÝCH PACIENTOV

Poranenie krčnej miechy vo vyšších etážach C4-C5 rezultuje do veľkého poškodenia nervových štruktúr, ktoré prináša zásadné zmeny do života takto postihnutých pacientov. V prípade kompletného prerušenia miechy v minulosti nebola možnosť obnovy funkcie horných končatín ani ďalších častí tela.
V posledných rokoch pri liečbe týchto pacientov metódou elektroakupunktúry AC-TIVE ENF začína dochádzať k obnove voľnej motoriky nielen na horných končatinách, ale i v oblasti trupu a u niektorých dokonca i v oblasti dolných končatín. A to i napriek tomu, že sa často jedná o chronických pacientov,
u ktorých je doba od poranenia viac ako 5 rokov od úrazu. Na konkrétnych príkladoch možno demonštrovať súčasnú mieru poznania v obnove voľnej motoriky a zmeny autonómnych funkcií. Proces obnovy motoriky stále pokračuje, a v rámci prednášky bude možné vidieť krátkodobé aj dlhodobé klinické výsledky.

6.4 Sabolová P., Dziaková M.

Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, UNLP Košice, Tr. SNP 1, 040 11 Košice

INTEGRÁCIA ELEKTROAKUPUNKTÚRY AC-TIVE ENF® DO KOMPLEXNEJ LIEČBY NEUROLOGICKÝCH DEFICITOV – KAZUISTIKY

Komplexná neurorehabilitácia prechádza dynamickým vývojom, pričom jej budúcnosť spočíva v prepojení technologických, fyzických a neuromodulačných prístupov. V súčasnej klinickej praxi sa intenzívne vyhľadávajú inovatívne metódy schopné urýchliť procesy obnovy poškodeného nervového systému. Moderným premostením medzi tradičnou medicínou a západnou fyziatriou je elektroakupunktúra Ac-tive ENF, ktorá pôsobí prostredníctvom elektrickej stimulácie akupunktúrnych bodov s cieľom stimulovať nervovú regeneráciu a modifikovať neuroplasticitu. Skúsenosti z našej vlastnej praxe ukazujú, že integrácia elektroakupunktúry do neurorehabilitačných protokolov už nie je experimentom, ale vysoko efektívnym a pre pacienta bezpečným prístupom.
Kľúčové slová: elektroakupunktúra, neurorehabilitácia, Active ENF, spasticita, paréza

7.1 Pavlíková E.

Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie,
Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom n. o.

SILOVÝ TRÉNING SENIOROV - CESTA K FUNKČNEJ NEZÁVISLOSTI

Úvod: Starnutie je spojené s postupným poklesom svalovej sily. Tieto zmeny, okrem iného, vedú k neuromuskulárnym zmenám, osteopenickým zmenám, metabolickým a hormonálnym zmenám. V prednáške budeme vychádzať z praktického zhrnutia aktuálnych poznatkov z klinických štúdií, porovnáme význam kardio-aktivity so silovým tréningom. Budeme prezentovať teoretický návod pre lekárov, ktorí sú pre pacienta veľkou autoritou, ako bezpečne indikovať a motivovať pacienta - seniora k silovému tréningu, kedy je častokrát ťažkou úlohou pacientovi vysvetliť, že farmakologická liečba pri bolesti nemusí byť prvou voľbou, často dosahuje svoje limity alebo prináša nežiaduce účinky a kardio-tréning vo forme prechádzok nie je dostačujúci. Našou snahou je posunúť vnímanie silového tréningu z aktivity pre mladšiu generáciu na indikované nefarmakologické liečivo pre staršiu generáciu.
Metodika: Do sledovania boli zaradení seniori okolo veku 65 rokov, ktorí majú bežné civilizačné ochorenia. Účastníci absolvovali pravidelný silový tréning, s postupným zvyšovaním záťaže. Pred začiatkom a po ukončení tréningového programu bola hodnotená svalová sila, funkčná zdatnosť a mobilita pacienta. Súčasťou intervencie bola aj edukácia seniorov o význame silového tréningu s dôrazom na jeho bezpečné vykonávanie.
Výsledky: Pravidelný a primerane indikovaný silový tréning u seniorov, ktorý je v bežnej praxi stále podceňovaný, prispieva k zvýšeniu svalovej sily a funkčnej zdatnosti, podporuje mobilitu a stabilitu, napomáha pacientovi pri bežných denných činnostiach. Výsledky poukazujú na pozitívny vplyv silového tréningu na udržanie a podporu fyzickej výkonnosti vo vyššom veku. Dôležitou súčasťou intervencie bola edukácia seniorov, ktorá prispela k lepšiemu pochopeniu významu silového tréningu a jeho bezpečnému vykonávaniu. Silový tréning predstavuje účinný a prakticky využiteľný nástroj v prevencii funkčného úpadku a podpore aktívneho starnutia.
Záver: Silový tréning je významná súčasť zdravotnej edukácie v seniorskom veku, nie je to riziko, ktorému sa treba vyhýbať, ale prevencia a liečba, ktorú si nemôžeme dovoliť neindikovať. Jeho primeraná a pravidelná aplikácia vedie k udržaniu svalovej sily, mobility a funkčnej nezávislosti seniora. Lekár svojím odporúčaním významne ovplyvňuje motiváciu a vieru pacienta - seniora v silový tréning, zatiaľ čo fyzioterapeut zabezpečuje jeho individuálne nastavenie. Pravidelný a primerane indikovaný silový tréning u seniorov prispieva k zvýšeniu svalovej sily a funkčnej zdatnosti, podporuje mobilitu a stabilitu, napomáha pacientovi pri bežných denných činnostiach.

7.2 Nemcová K., Baranová S., Ščešňáková Ľ.

FBLR, FNsP J. A. Reimana, Prešov

MYOFASCIÁLNE SPÚŠŤACIE BODY - DIAGNOSTICKÝ MÝTUS ALEBO REALITA? KAZUISTIKA

Napriek rastúcemu množstvu publikovanej literatúry na tému myofasciálnych spúšťacích bodov zostáva mnoho základných otázok nezodpovedaných. Spúšťové body existujú ako klinicky pozorovateľné bolestivé miesta, no ich presná biologická podstata a diagnostická spoľahlivosť sú stále predmetom vedeckého sporu.
V rámci našej kazuistiky prezentujeme prípad 62-ročnej pacientky s bolesťami v ľavej slabine záchvatového charakteru, kde po vyšetreniach v odborných ambulanciách a doplnení zobrazovacích vyšetrení bez korelátu dochádza k vysloveniu podozrenia na myofasciálnu etiológiu ťažkostí. Po vyšetrení a liečebnej intervencii lekárom fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie dochádza u pacientky k výraznému zlepšeniu zdravotného stavu.
Cieľom tejto kazuistiky je teda poskytnúť lepšie pochopenie súčasných poznatkov o patofyziológii, mechanizmoch svalovej bolesti a postupoch liečby, ktoré sa ukázali ako účinné, a o spôsoboch, akými tieto liečebné postupy môžu účinkovať. Príspevok taktiež poukazuje na interdisciplinárnosť problému a neustálu nevyhnutnosť úzkej spolupráce špecialistov.
Kľúčové slová: Myofasciálne spúšťacie body, Svalová stimulácia, Medicína založená na dôkazoch

7.3 Zavatčanová J., Kampeová S., Csizmárová M., Dziaková M.

Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice

KEĎ BOLÍ SEDIEŤ – KOKCYGODÝNIA V AMBULANCII LEKÁRA FBLR

Kokcygodýnia je syndróm, ktorý je definovaný ako bolesť v oblasti kostrče typicky sa zhoršujúca pri sedení a pri vstávaní zo sedu. V praxi často predstavuje poddiagnostikovaný problém, ktorý pacientov výrazne obmedzuje v bežných denných aktivitách, predovšetkým pri dlhodobom sedení, čo znižuje ich kvalitu života.
Prednáška sa zaoberá komplexným manažmentom tohto syndrómu z pohľadu lekára FBLR. V úvode stručne analyzujeme anatómiu a najčastejšie etiopatogenetické factory - od akútnych makrotraum, cez mikrotraumatizáciu až po idiopatické príčiny. Ťažiskom prednášky je zhrnúť diagnostický a terapeutický postup v ambulancii lekára FBLR.
Cieľom prednášky je poukázať na dôležitosť včasnej a multidisciplinárnej rehabilitácie, ktorá vedie u väčšiny pacientov k ústupu ťažkostí bez nutnosti chirurgického riešenia.
Kľúčové slová: kokcygodýnia, rehabilitácia, panvové dno, fyzikálna terapia

7.4 Ciberajová B.[1], Jariabková J.[1], Dziaková M.[2], Šimková M.[1], Jariabka P.[3]

[1]Prírodné liečebné kúpele, KÚPELE ŠTÓS, a. s., Štós
[2]Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Trieda SNP č. 1, 040 11 Košice
[3]SMARTACTIVE, s.r.o.

BIOKLIMATICKÝ MONITORING KÚPEĽNÉHO MIESTA ŠTÓS - OBJEKTIVIZÁCIA UZNANÝCH KLIMATICKÝCH PODMIENOK VHODNÝCH NA LIEČENIE

Úvod: Klimatické podmienky vhodné na liečenie predstavujú zákonom definovaný prírodný liečivý potenciál (zákon č. 538/2005 Z. z.), ktorého stabilitu ohrozuje akcelerujúca klimatická zmena s prejavmi klimatického sucha. Cieľom práce je predstaviť komplexný monitorovací program zameraný na objektivizáciu klimatických podmienok vhodných na liečenie v kúpeľnom mieste Štós.
Metodika: V kúpeľnom areáli Štós realizujeme komplexný monitorovací program zahŕňajúci systematické meranie koncentrácie vzdušných aniónov na sieti stanovíšť podľa štandardizovaného protokolu, komplexné klimatologicko-meteorologické merania v areáli, koreláciu údajov vzhľadom na dátové zdroje SHMÚ pre lokalitu a vývojovo je pripravované vyhodnocovanie európskych družicových služieb.
Výsledky: Dátové rady vytvárajú podklad na korelačné analýzy, syntézy a prognózy pre dátovo podloženú optimalizáciu režimových opatrení klimatoterapie, helioterapie, kinezioterapie v prírodnom prostredí, exteriérovej arteterapie a lesnej terapie. V spolupráci s kúpeľným lekárom, ktorý súbežne objektivizuje vplyv klimatoterapie na vybranej vzorke pacientov, smerujeme k vyššej pridanej hodnote kúpeľnej liečby, podpore imunologických procesov a tvorbe znalostnej bázy pre podporu ekologickej udržateľnosti prirodzených prírodných liečivých potenciálov kúpeľného miesta.
Záver: Program prepája environmentálny monitoring s aplikačnou klinickou praxou a vytvára základ interdisciplinárneho tímu nadväzujúceho na agendu bývalého Výskumného ústavu humánnej bioklimatológie.

Zostavila © MUDr. Miriam Dziaková, PhD. a kol.
© PROGRESS CA s.r.o.

Zostavila: MUDr. Miriam Dziaková, PhD. a kol., 2026
Pre-press: Ing. Andrea Brocková
Vydal: Progress CA s.r.o.
Prvé vydanie. 2026

Všetky práva vyhradené.

ISBN: 978-80-69041-21-9

POZNÁMKY

POZNÁMKY

#chranimevasezdravie



www.svs2026.sk
www.unlp.sk
www.progress.eu.sk