

Slovenská
pediatrická
spoločnosť SLS



Univerzita Pavla J. Šafárika
Lekárska fakulta
v Košiciach



Deťská fakultná
nemocnica
v Košiciach



DETSKÁ
FAKULTNÁ
NEMOCNICA
KOŠICE

Klinika detí
a dorastu
UPJŠ LF a DFN



42. konferencia Kliniky detí a dorastu UPJŠ LF a DFN

XVIII. Démantov deň

XX. konferencia mladých pediatrov

venované životnému jubileu
doc. MUDr. Milana Kuchtu, CSc.

4.6.2026 • KONGRES Hotel Roca Košice

www.pediatriakosice.sk



Miesto konania

KONGRES Hotel Roca ***
Južná trieda 117, 040 01 Košice

Prezident konferencie

Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD.

Koordinátori vedeckého programu

Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD.

Prof. MUDr. László Barkai, DSc.

Doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc.

Doc. MUDr. Gabriel Kolvek, PhD.

MUDr. Juliana Ferenczová, PhD.

MUDr. Róbert Ostró

MUDr. Miroslava Petrášová, PhD.

MUDr. Kristína Kubejová, PhD.

Mgr. Jana Hanzel'ová

Organizačný sekretariát

Progress CA, s.r.o.

Mgr. Martina Mako

Krivá 23, 040 01 Košice

Mobil: + 421 903 608 790

Email: martina.mako@progress.eu.sk

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN

Libuša Herichová

Tr. SNP č. 1, 040 01 Košice

Mobil: 0911 519 438

tel.: +421 55 235 4132

VoIP:(+421 55 234) 3414

Email: libusa.herichova@upjs.sk

Dôležité termíny

Abstrakty: do 17. 4. 2026 zaslať na e-mail: konferencia@progress.eu.sk

Zvýhodnený registračný poplatok: do 17. 4. 2026



ODBORNÝ PROGRAM

8:00 – 8:45 **SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE**

sála A

Slávnostné predsedníctvo: Jarčuška P., Koman A., Kuchta M., Vargová V.

- Nedomová B., Riedel R., Šagát T. (Bratislava): **Niektoré nerespiračné funkcie pľúc u detí** ^{10'}

PEDIATRICKÁ FTIZEOLÓGIA

sála A

8:45 – 9:45 *predsedníctvo: Ferenc P., Železník J.*

- Ferenc P., Strachan T., Dzuracká A., Fábry J. (Dolný Smokovec): **Detská TBC na Slovensku - v minulosti a dnes** ^{20'}
- Kalinová N., Železník J., Vargová V., Ferenc P., Fábry J. (Košice, Dolný Smokovec): **Tuberkulóza: klinické podozrenie ako kľúč k diagnostike** ^{10'}
- Ciganoc M., Ferenc P., Andráš T. (Prešov, Košice): **Keď sa minulosť prebúdzá – variabilné príbehy a diagnostické pasce** ^{10'}
- Ostró R. (Košice): **Vrodená vnímavosť na mykobaktériové ochorenia (MSMD)** ^{10'}

9:45 – 10:00 **Prestávka**

PEDIATRICKÁ NEFROLÓGIA

sála A

10:00 – 10:50 *predsedníctvo: Kolvek G., Mráz M.*

- Csomó D., Podracká L. (Bratislava): **Tubulopatie - čo má vedieť pediater primárneho kontaktu** ^{10'}
- Mráz M. (Košice): **Život ohrozujúca hypokaliémia** ^{10'}
- Kubejová K. (Košice): **Život ohrozujúca hyponatrémia?** ^{10'}
- Kolvek G. (Košice): **Hantavírus – na čo myslieť v pediatrickej praxi** ^{10'}

PEDIATRICKÁ KARDIOLÓGIA

sála A

10:50 – 12:10 *predsedníctvo: Olejník P., Illíková V., Mattová M.*

- Olejník P. (Bratislava): **Defekt komorového septa - najčastejšia vrodená chyba srdca** ^{25'}
- Illíková V. (Bratislava): **Náhla kardiálna smrť v detskom veku a ako jej predchádzať** ^{20'}
- Mattová M. (Košice): **Akútne myokarditídy - diferenciálna diagnostika a liečba** ^{10'}
- Šimurka P., Urbančíková I., Jeseňák M., Olekšák E., Čičová S., Záhorec M. (Trenčín, Košice, Martin, Bratislava): **Vrodené chyby srdca a očkovanie** ^{10'}

PREDNÁŠKY PODPORENÉ FARMACEUTICKÝMI SPOLOČNOSŤAMI

sála A

12:10 – 13:00 *predsedníctvo: Petrášová M., Feketeová A.*

- Kafka V: **Perorálna nutričná podpora u detí v akútnej péči: čo môže usnadniť rekonvalescenciu?** ^{20'}
prezentácia podporená spoločnosťou Danone - Nutricia
- Feketeová A.: **Nenechajme alergiu rásť: pediater ako brána k včasnej liečbe** ^{10'}
prezentácia podporená spoločnosťou ALK Slovakia s.r.o.
- Kovács P.: **Inozín pranobex ako súčasť „antibiotic stewardship“** ^{10'}
prezentácia podporená spoločnosťou Ewopharma s.r.o.
- Vargová V.: **Periodická horúčka neznámej etiológie – kedy pacient potrebuje reumatológa?** ^{10'}
prezentácia podporená spoločnosťou NOVARTIS Slovakia s.r.o.



13:00 – 14:00 OBED

PEDIATRICKÁ GASTROENTEROLÓGIA

sála A

14:00 – 14:50 *predsedníctvo: Havlíčková Z., Petrášová M.*

- Havlíčková Z., Jeseňák M. (Martin): **Histamínová intolerancia - symptómy, diagnostika, diéta** ^{10'}
- Petrášová M., Kukla N. (Košice): **Zdravá pečeň začína na tanieri - alebo: Aktuálne možnosti diétnych intervencií pri steatotickej chorobe pečene** ^{10'}
- König V., Tarcalová B., Dvoráková A. (Košice): **Malí vegetariáni a vegáni: Zdravý trend alebo nutričná pasca?** ^{10'}
- Petrášová M. (Košice): **Prevenca a liečba antibiotikami asociovej hnačky v pediatrii - evidence-based prístup** ^{10'}
prezentácia podporená spoločnosťou AKACIA PHARMA s.r.o.

MLADÍ PEDIATRI

sála A

14:50 – 16:00 *predsedníctvo: Vargová V., Koláček G.*

- Drobňáková S., Andrejková M. (Košice): **Keď X chromozóm rozhoduje: dve raritné príčiny intelektového deficitu** ^{10'}
- Kučeravá V. (Košice): **Digitálna expozícia v ranom detstve: neurovývinové dôsledky a pediatrická prax** ^{7'}
- Macejová S., Bánová E., Petrášová M., Vargová V. (Košice): **Keď kĺby predbehnú črevo** ^{7'}
- Gumanová A., Feketeová J., Reich F. (Prešov): **Ako jablko (ne)spadlo ďaleko od stromu: Príbeh pacienta s hemofiliou A** ^{7'}
- Kováčiková P., Lysinová M., Kráľinský K., Okáľová K., Gondová I., Mydlová Z., Aneščíková Z. (Banská Bystrica): **LCHAD deficit: kazuistiky a význam skríningu** ^{7'}
- Volníková A., Okáľová K., Kráľinský K. (Banská Bystrica): **Aké zložité a pritom jednoduché** ^{7'}
- Kardos N., Macejová S. (Košice): **Od simulácie ku klinickej praxi: nové horizonty vo výučbe pediatrie** ^{7'}
- Šišková S., Jurčinová A., Daňo J. (Košice): **Správne v dostatočnom rozsahu, ale aj včas** ^{7'}

16:00 – 16:15 **Prestávka**

PEDIATRICKÁ DIABETOLÓGIA A ENDOKRINOLÓGIA

sála A

16:15 – 17:30 *predsedníctvo: Ferenczová J., Dankovčíková A.*

- Barkai L. (Budapešť, Košice): **Incretin hormone-based therapies in children** ^{10'}
- Dankovčíková A., Ferenczová J., Fajdelová M., Miňová M., Barák L., Černochová E., Doričková A., Jančová E., Mikulová M., Kýšková S., Podoláková K., Poláková K., Repko P., Segešová L., Szokeová A., Ševcová M., Vojtková J., Wallenfelsová E., Staník J. (Košice, Bratislava, Žilina, Lubochňa, Humenné, Poprad, Žilina, Martin, Nitra, Považská Bystrica): **Sme na správnej ceste? Dvojročné sledovanie kompenzácie detí s diabetom 1. typu na Slovensku v medzinárodnom kontexte** ^{10'}



- Repko P. (Poprad): **Hypoglykemické stavy u detí: diagnostika a liečba** ^{10'}
- Miňová M., Dankovčíková A., Andrejková M., Drobňáková S. (Košice): **Keď pacientovi s akromegáliou chýba rastový hormón** ^{10'}
- Ferenczová J., Fajdelová M. (Košice): **Kolko tváří má detský diabetes?** ^{10'}
- Dankovčíková A. (Košice): **Adherencia k liečbe rastovým hormónom – patrí Slovensko medzi lídrov?** ^{10'}

prezentácia podporená spoločnosťou MERCK

- **Vyhlasenie výsledkov „Najlepšia prezentácia mladého pediatra“**

(prvý/prezentujúci autor má vek do 35 rokov (teda narodený v roku 1991 a neskôr).

Hodnotenie vykoná Vedecký výbor konferencie.

Cenu venuje Nestlé Česko s. r. o.

17:30 Záver konferencie

Diskusia bude na záver každého bloku.

OŠETROVATEĽSTVO V PEDIATRII

BLOK I

sála B

10:00 – 11:15 *predsedníctvo: Jančošeková E., Hanzelová J.*

- Kurcinová H. (Košice): **„Od diagnózy k zmene“**
- Sušíňková J., Michalková J., Mikula P., Kurcinová H. (Košice): **Vybrané charakteristiky detí a ich rodín v medziodborovom ambulantnom programe Škola obezity**
- Babjarčíková K., Antolíková T. (Košice): **Anorektálne malformácie v detskom veku**
- Antolíková T., Babjarčíková K. (Košice): **Kazuistika dieťaťa s diagnózou atrezia anu**
- Mati M., Ftoreková V. (Košice): **Špecifiká pri podávaní onkologickej liečby u detí**
- Dubovych A., Bokorová Z. (Košice): **Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o dutinu ústnu u neutropenických pacientov**

BLOK 2

sála B

11:15 – 12:15 *Mati M., Michalková J.*

- Topolčaniová Z. (Košice): **Ošetrovanie popálenín - kazuistika**
- Nemčíková M. (Košice): **Ošetrovateľská starostlivosť o detského pacienta s krvácaním po tonzilektómii**
- Kažimírová A., Mikušová A., Dubecká M. (Prešov): **Marienka a jej tajomstvo – kazuistika**
- Nálepková N., Schmidtová M., Klubertová M. (Košice): **Keď koža klame: Stevensov-Johnsonov syndróm alebo syndróm obarenej kože?**

BLOK 3

sála B

12:15 – 13:15 *Hanzeľová J., Mati M.*

- Mrázová K., Barbuláková L. (Košice): **Biopsia obličky – kde detail rozhoduje o bezpečí dieťaťa**
- Jusková K. (Košice): **Spirometria - dýchaj, dýcham, dýchame**
- Vajková A., Petrusová D. (Košice): **RSV – nenápadný, no nebezpečný**
- Harčarufková K. (Prešov): **Profesijné skúsenosti absolventov s prechodom do klinickej praxe na pediatrickom oddelení**
- Michalková J., Bencková E. (Košice): **Preventívna a edukačná činnosť sestry ako školského zdravotníckeho pracovníka v starostlivosti o detskú populáciu**

13:15 – 14:00 **OBED**



PARKOVANIE



Pre ubytovaných hostí je parkovanie v sume 10€/auto/noc.

Pre účastníkov konferencie – prvé 2 hodiny grátis, potom 2,00 EUR/začatá hodina.

Parkovanie pred hotelom – Južná trieda – zadarmo.

Parkovacie miesta negarantujeme.

Parkovné sa uhrádza v parkovacom automate pri vstupe z Južnej triedy.

Nedá sa platiť na recepcii hotela ani nového kongresového centra.

HLAVNÝ PARTNER



PARTNERI



I forU s.r.o.

AKACIA PHARMA s.r.o.

ALK Slovakia s.r.o.

BARDEJOVSKÉ KÚPELE, a.s.

Ewopharma spol. s.r.o.

INTERPHARM Slovakia, a.s.

Nestlé Slovensko s.r.o.

Novartis Slovakia s.r.o.

PLEURAN, s.r.o.

Qpharma s.r.o.

Sandoz d.d.

Swedish Orphan Biovitrum, o.z.





**FRESENIUS
KABI**

Biologické lieky od Fresenius Kabi

S odhodlaním do každého nového dňa



Dátum prípravy: marec 2025
BS10-1(3/2025)-SK

Fresenius Kabi, s. r. o., org. zl.
Lakeside Park
Tomášikova 64
831 04 Bratislava

Slovenská republika
Tel.: +421 232 101 621
E-mail: czech-info@fresenius-kabi.com

Kineret (anakinra)*

Hodnotný prínos v liečbe ochorení
sprostredkovaných IL-1



TERAPEUTICKÉ INDIKÁCIE | REUMATOIDNÁ ARTRITÍDA | STILLOVA CHOROBA (VRÁTANE SJIA, AOSD)
COVID-19 | SYNDRÓMY PERIODICKÝCH HORÚČOK (CAPS, FMF)*

*Receptorový antagonista ľudského interleukínu-1 (r-metHuIL-1ra) produkovaný v bunkách Escherichia coli technológiou rekombinantnej DNA. *SJIA - systémová juvenilná idiopatická artritída (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis), AOSD - Stillova choroba dospelých (Adult-Onset Still's Disease), CAPS - Periodické syndrómy asociované s kryopyrínom (Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes); FMF - Familiárna stredomorská horúčka (Familial Mediterranean Fever)

Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Určené pre odbornú verejnosť. Pred predpísaním lieku si prečítajte úplné znenie Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). Súhrn charakteristických vlastností lieku je dostupný na vyžiadanie u miestneho zástupcu držiteľa rozhodnutia o registrácii: Swedish Orphan Biovitrum, o.z., Mudroňova 51, 81103 Bratislava, tel. č.: +421 2 32111540 alebo na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv <https://www.sukl.sk/>.

Súhrn charakteristických vlastností lieku je dostupný aj po zosnímaní uvedeného QR kódu.



Hlásenie podozrení na nežiaduce účinky: Hlásenie podozrení na nežiaduce účinky po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce účinky na: Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia vigilancie, Kvetná 11, 825 08 Bratislava, tel.: + 421 2 507 01 206, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk. Tlačivo na hlásenie podozrenia na nežiaduci účinok lieku je na webovej stránke www.sukl.sk v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie podozrení na nežiaduce účinky liekov. Formulár na elektronické podávanie lieku: <https://portal.sukl.sk/eskadra/> alebo spoločnosti Swedish Orphan Biovitrum AB na e-mailovú adresu: mail.sk@sobi.com.

Sobi a Kineret sú ochranné známky spoločnosti Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).

©2026 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ). Všetky práva vyhradené.

Dátum prípravu: marec 2026; PP-32402



Swedish Orphan Biovitrum, o.z.
Mudroňova 51, 811 03 Bratislava, E-mail: mail.sk@sobi.com
tel: +421 2 3211 1540, www.sobi.com





The background is a solid dark blue color. A large white oval is centered on the page. Scattered around the oval are several stylized icons: a light blue butterfly in the top left, a yellow butterfly in the top center, an orange leaf in the top right, a green leaf in the top right, a light blue butterfly in the middle left, a yellow leaf in the middle right, a green leaf in the middle right, a light blue butterfly in the bottom left, an orange leaf in the bottom left, a green leaf in the bottom left, a light blue butterfly in the bottom center, an orange leaf in the bottom right, and a green leaf in the bottom right.

ABSTRAKTY

TUBERKULÓZA: KLINICKÉ PODOZRENIE AKO KLÚČ K DIAGNOSTIKE

Kalinová N.¹, Železník J.¹, Vargová V.¹, Ferenc P.², Fábry J.²

¹ *Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach*

² *Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, N.O. Dolný Smokovec*

Tuberkulóza predstavuje aj v podmienkach nízkej incidencie naďalej relevantné infekčné ochorenie v detskom veku. Jej diagnostika býva často sťažená nešpecifickým a variabilným klinickým obrazom. U detí môže ochorenie prebiehať od typických respiračných symptómov až po nenápadné, systémové alebo atypické formy, ktoré vedú k oneskoreniu stanovenia diagnózy. Diagnostika tuberkulózy v detskom veku je komplexná, opiera sa o kombináciu epidemiologickej anamnézy, klinického obrazu, pomocných vyšetrovacích a zobrazovacích metód.

V našej práci prezentujeme malý súbor detských pacientov s diagnostikovanou tuberkulózou, u ktorých sa ochorenie manifestovalo širokým spektrom príznakov. Naše klinické skúsenosti ilustrujú, že tuberkulóza môže imitovať bežné respiračné, či systémové ochorenie, čo zvyšuje riziko jej prehliadnutia.

Z pohľadu pneumológa zdôrazňujeme potrebu systematického prístupu k pacientovi s pretrvávajúcimi alebo nejasnými symptómami najmä pri absencii odpovede na štandardnú liečbu. Kľúčovým faktorom ostáva včasné klinické podozrenie a správne vedený diagnostický proces – to je rozhodujúce pre stanovenie diagnózy a zahájenie adekvátnej liečby.

KEĎ SA MINULOSŤ PREBÚDZA – VARIABILNÉ PRÍBEHY A DIAGNOSTICKÉ PASCE

Ciganoc M.¹, Ferenc P.², Andráš T.³

¹ *Detské oddelenie - FNsP J. A. Reimana Prešov*

² *NÚDTaRCH – Dolný Smokovec*

³ *Oddelenie detskej chirurgie – Detská fakultná nemocnica Košice*

Závažné infekcie centrálného nervového systému predstavujú významnú príčinu morbidity a mortality v detskej populácii. Včasná diagnostika býva často komplikovaná nešpecifickým klinickým obrazom, ako aj limitovanou senzitivitou a dostupnosťou niektorých diagnostických metód, čo môže viesť k oneskoreniu správneho terapeutického postupu. V tomto kontexte obe kazuistiky poukazujú na výraznú variabilitu klinického obrazu ochorenia a zdôrazňujú význam komplexného diagnostického prístupu, vrátane analýzy mozgovomiechového moku, zobrazovacích vyšetrení a zohľadnenia epidemiologických súvislostí. Zároveň podčiarkujú potrebu zahrnúť tieto závažné infekcie do diferenciálnej diagnostiky a význam včasného začatia empirickej liečby aj pri absencii jednoznačného mikrobiologického potvrdenia.

Záverom konštatujeme, že napriek pokroku v medicíne zostávajú niektoré infekcie centrálného nervového systému diagnostickou výzvou, pričom oneskorenie liečby môže viesť k výraznému zhoršeniu prognózy pacienta.



TUBULOPATIE – ČO MÁ VEDIEŤ PEDIATER PRIMÁRNEHO KONTAKTU

Csomó D., Podracká L.

Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava, Slovensko

Funkcia obličiek nie je podmienená iba glomerulárnou filtráciou, ale aj presne regulovanou činnosťou tubulárneho systému, ktorý zabezpečuje udržiavanie vodnej, elektrolytovej a acidobázickej homeostázy. Tubulopatie predstavujú heterogénnu skupinu prevažne zriedkavých vrodených alebo získaných ochorení, pri ktorých porucha tubulárneho transportu vedie k charakteristickým klinickým a laboratórnym fenotypom. Ich klinický obraz býva často nenápadný a nešpecifický, preto môže byť práve pediater primárneho kontaktu prvým lekárom, ktorý zachytí prejavy ochorenia.

Cieľom prednášky je poskytnúť prakticky orientovaný prehľad základných klinických a laboratórných nálezov pri vybraných tubulopatiách v detskom a adolescentnom veku. Dôraz bude kladený na situácie, pri ktorých má pediater na tubulopatiu myslieť: polyúria, polydipsia, neprospevanie, porucha rastu, opakované epizódy dehydratácie, rachitída, nefrokalcinóza, urolitiáza, poruchy krvného tlaku alebo nevysvetliteľné odchýlky vnútorného prostredia. Laboratórny obraz môže zahŕňať metabolickú acidózu alebo alkalózu, hypo- alebo hyperkaliémiu, poruchy koncentračnej schopnosti obličiek, renálnu stratu solí, glukozúriu pri normoglykémii, fosfatúriu, hyperkaliúriu či nízkomolekulovú proteinúriu.

Včasnú rozpoznávanie typického klinicko-laboratórneho vzorca, základné ciele vyšetrenia a odoslanie pacienta na nefrologické pracovisko sú kľúčové pre stanovenie diagnózy, vrátane indikácie molekulo-genetického vyšetrenia, nastavenie liečby, prevenciu komplikácií či zníženie rizika progresie chronickej obličkovej choroby.

ŽIVOT OHROZUJÚCA HYPOKALIÉMIA

Mráz M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Úvod: Hypokaliémia patrí medzi časté elektrolytové poruchy v pediatrickej praxi. Zatiaľ čo mierny pokles draslíka v sére je často asymptomatický, kritické hodnoty (pod 2,5 mmol/l) predstavujú bezprostredné riziko malígnych arytmií, svalovej paralýzy a respiračného zlyhania. Rýchla identifikácia príčiny a adekvátna substitúcia sú kľúčové pre úspešný manažment pacienta.

Cieľ prednášky: Cieľom prezentácie je poskytnúť prehľad o etiopatogenéze hypokaliémie u detí, zdôrazniť varovné príznaky kritického deficitu draslíka a demonštrovať diagnostický postup pri zriedkavejších situáciách spojených s touto elektrolytovou poruchou.

Najčastejšie príčiny hypokaliémie u detí: Renálne straty: tubulopatie, RTA, hyperaldosteronizmus, diuretiká.



Non-renálne príčiny: hnačky (vrátane chronických ochorení), laxatíva, neadekvátny príjem, alkalóza, inzulínová terapia, beta-2 mimetiká, hypokaliemická periodická paralýza.

Kazuistiky: Praktická časť prednášky je venovaná dvom kazuistikám. U adolescenta bola život ohrozujúca svalová slabosť v úvode spojená s hlbokou hypokaliémiou, profúznou hnačkou, polyúriou a akútnym poškodením obličiek. U adolescentky s chronickými bolesťami brucha a predpokladanými neorganickými ťažkosťami si závažná hypokaliémia zasa vyžadovala substitúciu počas celého obdobia detstva.

Záver: Príčiny hypokaliémie sú väčšinou prechodné a ľahko korigovateľné. Špecifický prístup si vyžadujú situácie, kde hypokaliémia bezprostredne ohrozuje život pacienta alebo dlhodobovo ovplyvňuje jeho kvalitu.

Kľúčové slová: hypokaliémia, príčiny, deti

ŽIVOT OHROZUJÚCA HYPONATRIÉMIA?

Kubejová K.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach, Trieda SNP 1, 040 01 Košice, Slovensko

Sekundárny pseudohypoaldosteronizmus (PHA) v dočenskom veku je typicky spojený s vrodenými vývojovými chybami močového traktu komplikovanými infekciou močových ciest. Prezentujeme kazuistiku dojčaťa so sekundárnym PHA, ktorý sa manifestoval závažnou, potenciálne život ohrozujúcou hyponatriémiou a neprospievaním. Po iniciácii liečby zameranej na zvládnutie infekcie a korekciu elektrolytovej nerovnováhy došlo k promptnému zlepšeniu klinického stavu dieťaťa a úprave laboratórnych parametrov. Následné urologické intervencie viedli k stabilizácii stavu bez recidívy a k adekvátnemu prospievaniu pacienta. Kazuistika zdôrazňuje význam včasného rozpoznania a adekvátnej liečby tohto ochorenia a poukazuje na potrebu zvažovať sekundárny PHA v diferenciálnej diagnostike hyponatriémie a hyperkaliémie v dočenskom veku.

HANTAVÍRUS – NA ČO MYSLIEŤ V PEDIATRICKEJ PRAXI

Kolšek G.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Hantavírusy sú RNA vírusy z čeľade Hantaviridae, ktorých prirodzeným rezervoárom sú hľadavce. Infekcia sa na človeka prenáša predovšetkým inhaláciou aerosólu kontaminovaného exkrementmi infikovaných zvierat, pričom klinické prejavy sa výrazne líšia podľa sérotypu, ktorý má geograficky ohraničený výskyt. V našich podmienkach je najrozšírenejším pôvodcom sérotyp Puumala, prirodzene viazaný na hraboša severského (*Myodes glareolus*). Ním vyvolaná Hantavírusová nefropatia (HN) prebieha typicky s horúčkou, bolesťami chrbta či brucha a akútnym poškodením obličiek, pričom časť pacientov si vyžaduje dočasnú hemodialýzu.



HN bola dlho vnímaná ako tubulointerstitiálne ochorenie, no ukazuje sa, že u časti pacientov môže dominovať glomerulárny obraz s hypokomplementémiou.

Autor na vybraných kazuistikách demonštruje klinickú rôznorodosť prípadov a zameriava sa na praktické aspekty diagnostiky HN z pohľadu pediatrov primárneho kontaktu a nemocničných pediatrov, ktorí zohrávajú kľúčovú úlohu v jej včasnom záchyte. Celková prognóza je priaznivá, no pretrvávajúce nálezy v moči a hypertenzia u časti pacientov potvrdzujú potrebu nefrologického sledovania.

NÁHLA KARDIÁLNA SMRŤ V DETSKOM VEKU A AKO JEJ PREDCHÁDZAŤ

Illíková V.

*Oddelenie arytmií a kardiostimulácie, Detské kardiocentrum NÚSCH Bratislava
Klinika detskej kardiológie LF UK a NÚSCH Bratislava*

Náhla kardiálna smrť (NKS) v detskom veku je veľmi zriedkavá, ale mimoriadne traumatizujúca udalosť. **Definovaná je ako neočakávaná náhla nenásilná smrť z kardiálnej príčiny, ktorá nastane do 1 hodiny od začiatku symptómov.** Termín **odvrátená NKS** znamená obnovenie srdcovej činnosti po jej prechodnom zastavení, s reverziou procesov, ktoré by inak spôsobili smrť. Podozrenie na kardiologickú etiológiu život ohrozujúcej príhody vzniká najmä ak primárnym rytmom resuscitovaného dieťaťa pri príchode RZP je **komorová tachyarytmia**.

Incidencia NKS sa pohybuje podľa rôznych zdrojov v pásme 0,8-2,8/100 tis. rokov alebo 0,6-6,2/100 tis. detí. Ide o odhadovanú incidenciu, keďže väčšina krajín nedisponuje centrálnym registrom obetí náhlych úmrtí (ani SR).

Etiológia NKS v pediatrickej populácii sa významne odlišuje od dospelých, kde je najčastejšou príčinou ischemická choroba srdca. Ochorenia s rizikom NKS u detí a mladých dospelých tvoria 3 hlavné skupiny:

1. **Štrukturálne ochorenia srdca:** kardiomyopatie (KMP) / myokarditídy, koronárne anomálie, vrodené chyby srdca, Marfanov syndróm s ruptúrou aorty.
2. **Primárne arytmičné príčiny:** vrodené primárne arytmičné syndrómy, tzv. kanálopatie, poruchy prevodu impulzu pri Wolf-Parkinson-White-ovom (WPW) syndróme a pri kompletnej atrioventrikulárnej blokáde (KAVB).
3. **Iné:** pľúcna hypertenzia, užívanie návykových látok či niektorých liekov, komócia srdca a i.

Základom primárnej prevencie NKS je identifikácia detí s rizikom NKS a ich následná liečba zameraná na prevenciu vzniku resuscitačnej príhody. Liečba ochorení s rizikom NKS spočíva na 3 základných pilieroch:

1. **Farmakologická liečba** (základom sú betablokátory)
2. **Intervenčná liečba** (operačná pri VCHS, katetrizačná ablácia substrátu arytmie, implantácia kardioverterdefibrilátora, cervikálna sympatiková denervácia a i.)
3. **Modifikácia životného štýlu** (vyhýbanie sa triggerom arytmičných príhod)



Sekundárna prevencia NKS nastupuje pri vzniku život-ohrozujúcej príhody a spočíva v rýchlej a efektívnej kardio-pulmonálno-cerebrálnej resuscitácii (KPCR). **Rýchlosť a kvalita resuscitácie (aktivácia „reťaze prežívania“)** sú rozhodujúce pre prežitie dieťaťa. Všeobecne je prežívanie mimo-nemocničnej zástavy srdca veľmi nízke, pričom mnohé prežívajúce deti majú ťažké poškodenie mozgu. **Efektívna masáž srdca a skorá defibrilácia sú spojené so zlepšeným prežívaním.** Práve preto má **dostupnosť automatických externých defibrilátorov** významnú úlohu.

V prípade prežitia dieťaťa nastupujú procesy diagnostiky vrátane genetického vyšetrenia a špecifickej aj nešpecifickej liečby ochorenia a následkov život-ohrozujúcej príhody. Po odvrátenej NKS je v triede I odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti indikovaná **implantácia kardioverter-defibrilátora v kombinácii s farmakologickou a ne-farmakologickou liečbou.**

Záver: NKS je komplexná problematika zasahujúca celú spoločnosť. Našou snahou je dosiahnuť efektívny skrining a zaviesť opatrenia znižujúce riziko život-ohrozujúcej príhody. V prípade jej vzniku je dôležitá rýchla aktivácia „reťaze prežívania“ s cieľom zlepšenia prežívania detí s čo najmenšími následkami. V tejto oblasti je nevyhnutné zvýšiť dostupnosť automatických externých defibrilátorov na športoviskách a verejných miestach s vysokou hustotou pohybu ľudí. V súčasnosti sa neustále rozširujú možnosti genetickej diagnostiky a géново-špecifickej terapie, takisto ako škála intervenčných riešení niektorých ochorení.

AKÚTNE MYOKARDITÍDY – DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA A LIEČBA

Mattová M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Akútna myokarditída v detskom veku predstavuje zriedkavé, no potenciálne život ohrozujúce zápalové ochorenie srdcového svalu, najčastejšie vyvolané vírusovou infekciou. Klinický obraz je variabilný – od asymptomatického až po fulminantný priebeh s edémom pľúc, arytmiami a srdcovým zlyhaním najmä u dojčiat. Klasická diagnostika spočíva v kombinácii anamnézy, EKG zmien, echokardiografie, laboratórných markerov a v špecifických prípadoch endomyokardiálnu biopsiu. Novšia neinvazívna metóda, akou je magnetická rezonancia srdca, umožňuje detekciu edému, hyperémie a neskorého vychytávania gadolína podľa Lake Louise kritérií s vysokou senzitivitou a špecificitou. Liečba zahŕňa symptomatickú podporu (liečba srdcového zlyhávania), potlačenie zápalu a prípadnú liečbu arytmií. Pri vírusových formách sa u detí zvažuje intravenózna aplikácia imunoglobulínov, ktoré vykazujú imunomodulačný efekt a môžu zlepšiť remodeláciu myokardu, najmä pri včasnom podaní. Prognóza je pri adekvátnej intervencii priaznivá, hoci riziko rozvoja chronickej dilatáčnej kardiomyopatie sa môže vyskytnúť v 20–30% prípadov.

Druhá časť prezentácie ponúka prehľad pacientov s akútnou myokarditídou hospitalizovaných na Klinike detí a dorastu DFN Košice v období od januára 2020 do januára 2026.



VRODENÉ CHYBY SRDCA A OČKOVANIE

Šimurka P.¹, Urbančíková I.², Jeseňák M.³, Olekšák F.³, Čičová S.¹, Záhorec M.²

¹ *Fakulta ošetrovateľstva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne*

² *Ústav epidemiológie, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice*

³ *Klinika detí a dorastu, Jesseniova lekárska fakulta UK, Martin*

⁴ *Klinika detskej kardiológie LF UK Bratislava, Detské kardiocentrum NÚSCH Bratislava*

Úvod: S vrodenou srdcovou chybou (VSCH) sa narodí 1% detí. Očkovanie týchto detí býva v praxi často oneskorené a neúplné. V ostatnom období sa rozšírili možnosti ochrany detí s VSCH očkovaním matky počas gravidity, konkretizoval sa rozsah očkovania u adolescentov.

Hlavná časť: Všetkým tehotným ženám počas gravidity sa odporúča očkovanie proti chrípke – je dlhodobou preukázanou ochranou matky, plodu aj dojčata. Očkovanie proti infekcii COVID-19 v tehotnosti sa v súčasnosti prehodnocuje, avšak väčšina mienkotvorných organizácií ho odporúča. Preočkovanie proti čiernemu kašľu a očkovanie proti RSV. V tehotenstve ochraňuje novorodenca a dojča v prvých mesiacoch života prenesením protilátok od matky. U osôb v priamom kontakte s dieťaťom s VSCH (rodičia, súrodenci, starí rodičia, opatrovatelia) je potrebné prehodnotiť stav očkovania. Infekcia RSV má u detí s hemodynamicky významnou VSCH ťažký priebeh. RSV imunoprofylaxia je indikovaná do veku 12 – 24 mesiacov. V súčasnosti sa upúšťa od imunoprofylaxie palivizumabom (Synagis) a začína sa preferovať podanie nových podávaných monoklonálnych protilátok (nirsevimab, clesrovimab), podávajú sa v sezóne jedenkrát. Deti z VSCH majú byť očkované podľa platného očkovacieho kalendára. Povinné očkovanie je v odôvodnených prípadoch (čakanie na operáciu) možné začať už po 6 týždňoch života. Po 6 týždňoch života je indikované aj očkovanie proti rotavírusovej infekcii. Očkovanie proti chrípke sa v sezóne odporúča deťom starším ako 6 mesiacov, očkuje sa každý rok. Živá intranazálna vakcína je u detí s VSCH kontraindikovaná. Živé vakcíny (MMR) možno podať väčšine detí s VSCH spojenými s čiastočným imunodeficitom. Adolescenti a mladí dospelí s VSCH majú byť každoročne očkovaní proti chrípke, infekcii COVID-19, odporúčené sú iné dostupné vakcíny (PPSV-23, RSV, HAV, MEN, KE).

Záver: Deti z VSCH predstavujú rizikovú skupinu, ktorá vyžaduje zvýšenú pozornosť v prevencii infekčných ochorení. Očkovanie je kľúčovou súčasťou tejto prevencie a začína sa už v predkoncepčnom období a tehotenstve, paleta odporúčených vakcín je širšia, ako je odporúčenie pravidelného povinného očkovania u zdravých detí.

INOZÍN PRANOBEX AKO SÚČASŤ “ANTIBIOTIC STEWARDSHIP”

Kovács P.

Nadmerné a nesprávne užívanie antibiotík je žiaľ bežným a zároveň nesmierne škodlivým javom každodennej praxe. Vedie k nárastu antimikrobiálnej rezistencie a ich terapeutickému zlyhaniu, čo podľa katastrofických scenárov bude mať celosvetovo za následky milióny



úmrtí už v neďalekej budúcnosti. Imunoalergológ je však už teraz pravidelne konfrontovaný s negatívnymi dopadmi nadužívania antibiotík na úrovni jednotlivca. V prvom rade ide o zvýšený výskyt hypersenzitívnych reakcií, od banálnych makulopapulóznych exantémov až po život ohrozujúce anafylaxie. Na strane druhej o epiteliálnu dysmikrobiu a dysfunkciu, ktorá je potom príčinou recidivujúcich infekcií. V oboch prípadoch totiž skončí pacient práve v jeho rukách. Najväčším zdrojom zbytočných antibiotík sú stále preskripcie na vírusové respiračné infekcie. Cieľom prednášky je preto predstaviť liečivo s univerzálnym antivirotickým a imunomodulačným efektom, ktoré môže prispieť k nižšej spotrebe antibiotík a pozitívne ovplyvniť zdravotné vyhliadky jednotlivca aj celej populácie.

HISTAMÍNOVÁ INTOLERANCIA - SYMPTÓMY, DIAGNOSTIKA, DIÉTA

Havlíčková Z., Jeseňák M.

Klinika detí a dorastu, Univerzitná nemocnica Martin a Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Histamínová intolerancia vzniká následkom nerovnováhy medzi akumuláciou histamínu a kapacitou pre histamínovú degradáciu v čreve, čo vedie k zvýšenej koncentrácii v plazme spojenej so širokým spektrom klinických prejavov, nielen gastrointestinálnych. Odhaduje sa, že postihuje 1 % populácie, prevažne ľudí stredného veku. Diagnostika ochorenia je problematická v tom, že neexistuje bežne dostupný laboratórny test, ktorý by diagnózu jednoznačne potvrdil. Základom diferencijálnej diagnostiky je odlišenie primárnej, geneticky podmienenej formy ochorenia od sekundárnych foriem. Sekundárne formy sú spojené s poruchou črevnej mikrobioty a/alebo samotného enterocyту. Vychádzame pri tom z dôslednej anamnézy, s prítomnosťou minimálne dvoch symptómov a potvrdenia asociácie medzi konzumáciou potravy a rozvojom klinickej symptomatológie. Vzhľadom k tomu, že počet pacientov s príznakmi histamínovej intolerancie v našich ambulanciách neustále narastá, adekvátne diagnostika je základom ďalšieho správneho manažmentu pacienta.

ZDRAVÁ PEČEŇ ZAČÍNA NA TANIERI - ALEBO: AKTUÁLNE MOŽNOSTI DIÉTNYCH INTERVENCIÍ PRI STEATOTICKEJ CHOROBE PEČENE

Petrášová M., Kukla N.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Steatotická choroba pečene asociovaná s metabolickou dysfunkciou (Metabolic dysfunction Associated steatotic Liver Disease – MASLD) je multisystémové ochorenie, ktoré sa celosvetovo stalo problémom verejného zdravia. Predstavuje najčastejšie chronické ochorenie pečene globálne, s rastúcou prevalenciou.

Postihuje celkovo asi 40 % dospeljej populácie a 5-10 % detskej populácie, pričom v špeci-



fických podskupinách populácie (napr. v subpopulácii obéznych detí 40-50 %). MASLD zastrešuje spektrum ochorení pečene, ktoré z izolovanej steatózy (akumulácia lipidov v pečeni bez inflamácie) môžu progredovať do steatohepatitídy (Metabolic dysfunction-Associated SteatoHepatitis – MASH), ktorá zahŕňa akumuláciu tuku so zápalovým poškodením parenchýmu, je významným determinantom kardiovaskulárnej morbidity a mortality v populácii dospelých, pričom systémové dôsledky ďaleko presahujú hranice pečene. Globálny dopad MASLD pre veľký počet postihnutých predstavuje masívnu záťaž pre zdravotnícky systém a spoločnosť vrátane ekonomických dôsledkov. Komplikácie sa posúvajú smerom k mladšej a produktívnej populácii, čoraz častejšie aj pediatrickej, čo má veľký spoločenský a ekonomický dopad. Vzhľadom na epidemiologický trend sa lekári v klinickej praxi čoraz častejšie stretávajú s hepatálnou steatózou, ktorá napriek svojmu prognostickému významu zostáva nedostatočne rozpoznaná a podceňovaná.

Úprava životného štýlu zostáva kľúčovou intervenciou a tvorí základ všetkých liečebných stratégií. Aj relatívne mierny úbytok telesnej hmotnosti je spojený so zlepšením hepatálnej steatózy, zápalu, fibrózy aj kardiometabolických cieľov. Zo stravovacích prístupov sa diéta bohatá na mononenasýtené tuky, polynenasýtené mastné kyseliny, vlákninu a antioxidanty spája s priaznivým vplyvom na obsah tuku v pečeni aj celkovú kardiovaskulárnu záťaž. Pravidelná fyzická aktivita zlepšuje inzulínovú senzitivitu, podporuje redukciiu hmotnosti a ďalej znižuje kardiovaskulárne riziko.

Keďže 70 % prietoku krvi pečeňou je privádzaných portálnou žilou, ktorá okrem živín prináša mikrobiálne metabolity a bakteriálne zložky vrátane lipopolysacharidov (LPS) z gastrointestinálneho traktu. Dysbióza podporuje aktiváciu imunity a metabolickú dysfunkciu, čím akceleruje poškodenie pečene pri MASLD/MASH, nakoľko metabolity črevného mikrobiómu zásadne ovplyvňujú hepatálnu aj systémovú metabolickú homeostázu. Pacienti s MASH vykazujú v porovnaní so zdravými jedincami výrazné zmeny v zložení črevného mikrobiómu. Diéta podporujúca druhy mikroorganizmov s priaznivým vplyvom na integritu črevnej bariéry a moduláciu imunitnej odpovede sa môže významným spôsobom premietiť do zníženia rizika progresie MASH.

Autori prezentujú náhľad na možnosti aktuálne odporúčaných diétnych intervencií u detí a adolescentov s MASLD/MASH.

MALÍ VEGETARIÁNI A VEGÁNI: ZDRAVÝ TREND ALEBO NUTRIČNÁ PASCA?

König V., Tarcalová B., Dvoráková A.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Rastlinné stravovanie sa v posledných rokoch objavuje čoraz častejšie aj v pediatrickej populácii. Tento trend ovplyvňuje nielen exkluzívne dojčené deti, ktorých matky dodržiavajú rastlinne orientovanú diétu, ale aj deti v období prikrmovania, či pri bežnej strave. Odborné publikácie uvádzajú, že rastlinná strava môže byť v prenatálnom období, počas laktácie



a v detstve postačujúca na vývoj. Avšak najrizikovejším obdobím je prechod z dojčenia na komplementárnu výživu, pretože rastlinné mlieka sú absolútne nevhodné ako hlavný zdroj výživy namiesto materského mlieka alebo umelej formuly. U dieťaťa hrozí nedostatočný energetický príjem, insuficiencie vitamínov, najmä B12 a vitamínu D, železa, vápnika, jódu, zinku a omega-3, čo môže mať nezvratné následky na neurologický vývoj. Pre prax je kľúčové včasné odhalenie nutričného deficitu cieľenými laboratórnymi vyšetreniami a zabezpečenie dostatočného príjmu živín a rastlinných proteínov. V limitovaných štúdiách sa poukazuje aj na benefity tejto stravy, v zmysle zníženia rizika obezity, ako aj prevencia kardiovaskulárnych ochorení, vďaka konzumácii kvalitnejších tukov s nižším podielom mastných kyselín s krátkym reťazcom. Taktiež naznačujú, že pri rastlinne orientovanej strave bývajú znížené zásoby tuku, čo môže mať pozitívny vplyv na metabolické zdravie v neskoršom veku. Zhrnuté poznatky poukazujú na potrebu pravidelného monitorovania rastu, sledovania vitamínového profilu a stopových prvkov, edukácie rodín a individuálneho nutričného poradenstva, aby sa minimalizovali riziká a komplikácie v pediatrickom veku, pretože bez správne zvolenej skladby výživy, je táto strava pre dieťa nebezpečná.

PREVENIA A LIEČBA ANTIBIOTIKAMI ASOCIOVANEJ HNAČKY V PEDIATRII - EVIDENCE-BASED PRÍSTUP

Petrášová M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Udáva sa, že až u 1/3 pacientov liečených antibiotikami či už v nemocničnom alebo ambulantnom prostredí sa vyskytne hnačka. Hnačka asociovaná s antibiotickou liečbou (antibiotic-associated diarrhea, AAD) je teda jednou z najčastejších a pomerne zložitých komplikácií tejto liečby a je definovaná ako hnačka súvisiaca s antibiototerapiou po vylúčení ostatných (zväčša infekčných) etiológií. Môže sa vyskytnúť ihneď, ale aj s odstupom niekoľkých týždňov, či dokonca mesiacov po užívaní antibiotík.

Riziko AAD je vyššie pri užívaní antibiotika, ktoré je účinné proti anaeróbov. Klinicky sa AAD môže prejavovať ako mierna hnačka, ale môže sa prejavovať aj ako fulminantná pseudomembránová kolitída.

Zvyčajne sa nezistí žiadny patogén. V najťažších formách a u rastúceho počtu pacientov s chronickými ochoreniami, ako sú zápalové ochorenia čriev, cystická fibróza a rakovina, sa však pôvodcom často stáva *Clostridium difficile*.

Jedným z opatrení prevencie vývinu AAD je užívanie probiotík a/alebo fermentovaných produktov. Odôvodnenie používania týchto produktov vychádza z hypotézy, že AAD je spôsobená dysbiózou, ktorá je vyvolaná užívaním antibiotík, a že probiotická intervencia priaznivo moduluje črevnú mikrobiotu.

Ak sa zvažuje použitie probiotík na prevenciu AAD z dôvodu existencie rizikových faktorov, ako sú trieda antibiotík, trvanie antibiotickej liečby, vek, potreba hospitalizácie, komorbidity



alebo predchádzajúce epizódy AAD, môžu byť odporúčané vysoké dávky (≥ 5 miliárd CFU denne) *S. boulardii* alebo *L. rhamnosus* GG začaté súčasne s antibiotickou liečbou na prevenciu AAD u ambulantných pacientov a hospitalizovaných detí.

V metaanalýze z roku 2026 od čínskych autorov – randomizovaných klinických štúdií výsledky ukázali primeranú klinickú účinnosť probiotík aj v liečbe akútnej hnačky u detí (vrátane AAD), a to skrátením trvania hnačky, zvýšením počtu uzdravených detí s hnačkou a zmiernením príznakov hnačky -redukciou frekvencie stolíc.

KEĎ X CHROMOZÓM ROZHODUJE: RARITNÉ PRÍČINY INTELEKTOVÉHO DEFICITU U CHLAPCOV

Drobňaková S., Andrejková M.

Klinika detí a dorastu Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika a Detskej fakultnej nemocnice v Košiciach, Trieda SNP 1, 040 11 Košice, Slovensko

Intelektový deficit viazaný na chromozóm X predstavuje významnú, avšak mimoriadne heterogénnu skupinu neurovývinových porúch, ktoré sa klinicky manifestujú predovšetkým u chlapcov. Spektrum príčin je široké a zahŕňa aj zriedkavé syndrómové jednotky, ktoré sa v bežnej klinickej praxi vyskytujú len ojedinele. Ich rozpoznanie je často komplikované nešpecifickými alebo postupne sa vyvíjajúcimi príznakmi, ako aj prekrývaním klinického obrazu s inými poruchami vývinu. Príspevok poukazuje na skúsenosti s diagnostikou raritných X-viazaných príčin intelektového deficitu u chlapcov s komplexným fenotypom zahŕňajúcim poruchy kognitívnych funkcií, motorického vývinu a ďalšie neurologické či somatické prejavy, u ktorých sa definitívna etiologická diagnóza stanovila až po 10. roku života. Diagnostický proces zdôrazňuje význam dôsledného klinického hodnotenia, medziodborovej spolupráce a cielene indikovaných genetických vyšetrení, najmä u pacientov s atypickým alebo neúplne vyjadreným fenotypom. Identifikácia presnej etiológie má zásadný význam nielen pre klinický manažment a dlhodobé sledovanie pacienta, ale aj pre stanovenie prognózy a poskytovanie adekvátneho genetického poradenstva rodine.

DIGITÁLNA EXPOZÍCIA V RANOM DETSTVE: NEUROVÝVINOVÉ DÔSLEDKY A PEDIATRICKÁ PRAX

Kučeravá V.

Klinika detí a dorastu Detská fakultná nemocnica a Univerzita P.J. Šafárika Košice

Raný neurovývoj dieťaťa je dynamický, skúsenosťou riadený proces, v ktorom sa mozgové štruktúry a funkcie formujú predovšetkým na základe kvality interakcií a prostredia, nielen biologickej maturácie. V ranom detstve dochádza k masívnej synaptogenéze, následne prostredníctvom procesu pruningu a princípu „use it or lose it“, sa vytvára funkčná špecializovaná



sieť. Kľúčovým riadiacim mechanizmom sú kontingentné vzťahové interakcie typu *serve & return*, prostredníctvom ktorých sa budujú jazykové, kognitívne aj regulačné okruhy a zároveň sa nastavuje stresová reaktivita organizmu. Paralelne prebieha formovanie neurálnych dráh a ich postupná stabilizácia prostredníctvom opakovanej aktivácie a myelinizácie, čo vedie k fixovaniu preferovaných vzorcov spracovania informácií počas citlivých vývinových období. Súčasne sa vyvíjajú systémy pozornosti, ktoré sa kalibrujú na základe charakteru podnetov v prostredí, ako aj sociálno-emocionálne mozgové siete závislé od očného kontaktu, mimiky a synchronizácie s dospelým. Dôležitú úlohu zohráva aj sensorická integrácia a „*embodied cognition*“, teda učenie prostredníctvom telesnej a multisenzorickej skúsenosti, ako aj ladenie neurotransmiterových systémov, najmä dopamínového systému odmeny. V kontexte súčasného digitálneho prostredia však dochádza k zmene kvality vstupov, najmä k redukcii kontingentnej interakcie, multisenzorickej skúsenosti a prirodzenej sociálnej spätnej väzby, čo môže viesť k odlišnému nastaveniu synaptických spojení, pozornosti a regulačných mechanizmov. Tento nesúlad medzi evolučne očakávaným a reálne poskytovaným prostredím je dnes diskutovaný aj v súvislosti s fenoménom tzv. „digitálneho autizmu“, ktorý poukazuje na potenciálne reverzibilné zmeny vo vývine sociálnych a komunikačných funkcií pri nadmernej expozícii obrazovkám. Celkovo možno konštatovať, že raný neurovývoj predstavuje citlivé obdobie, v ktorom kvalita vzťahovej, telesnej a časovo kontingentnej skúsenosti zásadne determinuje architektúru a funkčné nastavenie mozgu dieťaťa. Cieľom tejto prednášky je priblížiť problematiku raného neurovývoja v kontexte digitálneho prostredia a podporiť aktívnu úlohu pediatrov v edukácii rodičov o jeho vplyvoch.

KEĎ KLBY PREDBEHNÚ ČREVO

Macejová S., Bánóová E., Petrášová M., Vargová V.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach

Idiopatické črevné zápaly (IBD) sa u časti pacientov manifestujú extraintestinálnymi príznakmi (EIM) skôr, než sa objavia typické gastrointestinálne ťažkosti. Postihnutie muskuloskeletálneho systému vo forme artritídy či sakroileitídy patrí medzi najčastejšie EIM a tieto príznaky môžu diagnóze IBD o mesiace až roky predchádzať. V pediatrickej praxi tak môže byť pacient so zatiaľ nezistenou IBD bez zjavnej črevnej symptomatológie dlhodobo sledovaný v reumatologickej ambulancii pre juvenilnú idiopatickú artritídu (JIA).

Prezentujeme prípad 14-ročného chlapca dispenzarizovaného pre nevydiferencovanú JIA s obrazom sakroileitídy (HLA B27 negatívny), u ktorého bola pri ambulantnej návšteve anamnesticky zistená enterorágia so zmenou charakteru stolice. Diferenciálna diagnostika enterorágie u detí je široká a zahŕňa benigne aj závažné príčiny, pričom klinický kontext zohráva kľúčovú úlohu pri rozhodovaní o ďalšom postupe. Počas hospitalizácie pacienta na Klinike detí a dorastu DFN bola na základe diferenciálno-diagnostických vyšetrení stanovená diagnóza ulceróznej kolitídy a zahájená adekvátna liečba. Kazuistika poukazuje na význam podrobnej anamnézy a pravidelného prehodnocovania klinického stavu na všetkých úrovniach starostlivosti, ako aj na potrebu komplexného prístupu a medziodborovej spolupráce pri starostlivosti o dispenzarizovaného pacienta.



AKO JABLKO (NE)SPADLO ĎALEKO OD STROMU: PRÍBEH PACIENTA S HEMOFÍLIOU A

Gumanová A.¹, Feketeová J.², Reich F.³

¹ Oddelenie pediatrie, FNsP Prešov

² Oddelenie pediatrie, FNsP Prešov

³ Rádiologické oddelenie, FNsP Prešov

Krvácavé prejavy u pediatrických pacientov v súvislosti s úrazom nemusia vždy korelovať so závažnosťou mechanizmu poranenia. Okrem rozsahu samotného traumatického poškodenia môžu byť podmienené aj doposiaľ nediagnostikovanými poruchami hemostázy, pričom ich včasná identifikácia je kľúčová pre správne vedenie liečby.

Prezentujeme kazuistiku s terapeutickou dilemou u 11-ročného pacienta s rozsiahlym intramuskulárnym hematómom vzniknutým po zdanlivo banálnom poranení inguinálnej oblasti a stehna, komplikovaným vaskulárnou kompresiou s potenciálnym rizikom rozvoja trombózy. Kazuistika poukazuje na význam komplexného vyšetrenia hemostázy u pediatrických pacientov s neprimerane závažnými krvácajúcimi prejavmi po úraze a zároveň zdôrazňuje význam interdisciplinárnej spolupráce v manažmente týchto pacientov.

LCHAD DEFICIT: KAZUISTIKY A VÝZNAM SKRÍNINGU

Kováčiková P., Lysinová M., Kráľinský K., Okáľová K., Gondová I., Mydlová Z., Aneščíková Z.

II. Detská klinika SZU DFNSP BB, Ambulancia pediatickej endokrinológie a diabetológie, porúch látkovej premeny a výživy I DFNSP BB, Skriningové centrum novorodencov SR

Deficit long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenázy (LCHAD) patrí medzi zriedkavé dedičné poruchy β -oxidácie mastných kyselín s potenciálne závažným a život ohrozujúcim priebehom. Klinicky sa môže manifestovať hypoketotickými hypoglykémiami, hepatopatiou, kardiomyopatiou, rabdomyolýzou, periférnou neuropatiou či retinopatiou. Včasná diagnostika je kľúčová pre prevenciu akútnych dekompenzácií a dlhodobých komplikácií.

Na Slovensku je novorodenecký skrining realizovaný v Skriningovom centre novorodencov v Banskej Bystrici, ktoré predstavuje jediné pracovisko zabezpečujúce celoplošné vyšetrenie suchej kvapky krvi. Od roku 2013 je skrining rozšírený o vybrané dedičné metabolické poruchy vrátane porúch β -oxidácie mastných kyselín.

Cieľom práce je poukázať na význam novorodeneckého skriningu v diagnostike LCHAD deficitu a následného manažmentu pacientov na podklade kazuistík pacientov zachytených skriningom. Prezentujeme ich klinický priebeh, diagnostický proces a terapeutické opatrenia.

Manažment pacientov s LCHAD deficitom si vzhľadom na multisystémové postihnutie vyža-



duje komplexnú multidisciplinárnu spoluprácu zahŕňajúcu pediatra, metabolického špecialistu, nutričného terapeuta a v prípade komplikácií aj ďalších odborníkov podľa spektra orgánového postihnutia. Včasný zavedenie diietických a režimových opatrení významne ovplyvňuje prognózu pacientov a redukuje riziko závažných komplikácií.

Záverom zdôrazňujeme nezastupiteľnú úlohu novorodeneckého skríningu v záchyte zriedkavých ochorení a význam koordinovanej multidisciplinárnej starostlivosti pre zlepšenie kvality života a dlhodobej prognózy pacientov.

AKÉ ZLOŽITÉ A PRITOM JEDNODUCHÉ

Volníková A., Okáľová K., Kráľinský K.

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, II. Detská klinika SZU

Prezentujeme kazuistiku 9-ročnej pacientky prijatej na diferenciálnu diagnostiku závažnej pancytopenie s hemoragickými prejavmi. Napriek iničiálnemu suspíciu na infekčnú alebo hematologickú etiológiu sa podrobným vyšetrením potvrdila úplne iná príčina ťažkostí.

Ťažko neurologicky ledovaná pacientka s epilepsiou na liečbe levetiracetamom a valproátom bola prijatá pre pancytopeniu v krvnom obraze, eleváciu zápalových parametrov a krvácavé prejavy. Počas hospitalizácie bola vylúčená hematologická malignita, ako aj infekčná a autoimunitná príčina útlmu krvotvorby. Následne sa zistilo viacnásobné prekročenie maximálnej dennej dávky valproátu, pri ktorom sa môžu vyskytnúť hematotoxické nežiaduce účinky. Po úprave antiepileptickej liečby a podpornej terapii došlo k postupnej normalizácii krvného obrazu aj klinického stavu dieťaťa.

Touto kazuistikou chceme poukázať na dôležitosť úvahy nielen nad najčastejšími či „učebnicovými“ príčinami, ale aj potrebu nezabúdať na možnú iatrogénnu či inú etiológiu novovzniknutých ťažkostí. Dôsledná revízia medikácie vrátane správnosti dávkovania, rizika liekových interakcií a potenciálnych nežiaducich účinkov môže zásadne urýchliť stanovenie diagnózy a umožniť včasnú kauzálnu liečbu. U polymorbídnych a vulnerabilných pacientov je pravidelná kontrola farmakoterapie nevyhnutnou súčasťou starostlivosti. Prípád zároveň poukazuje na význam jasnej a jednoznačnej komunikácie pri úprave liečby – ideálne v písomnej forme, aby sa predišlo nedorozumeniam a chybám v dávkovaní.



OD SIMULÁCIE KU KLINICKEJ PRAXI: NOVÉ HORIZONTY VO VÝUČBE PEDIATRIE

Kardos N., Macejová S.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Simulačné vzdelávanie predstavuje v súčasnosti jeden z najdynamickejšie sa rozvíjajúcich prístupov v medicínskom vzdelávaní. V oblasti pediatrie, kde je kladený dôraz na bezpečnosť pacienta, špecifiká komunikácie a potrebu rýchleho a správneho klinického rozhodovania, zohráva simulácia kľúčovú úlohu pri príprave študentov a zdravotníckych pracovníkov na reálnu klinickú prax.

Cieľom príspevku je prezentovať vlastné skúsenosti s implementáciou simulačných metód vo výučbe pediatrie a zároveň poukázať na ich význam v procese transferu teoretických vedomostí do praktických zručností. Simulácia umožňuje vytvárať kontrolované a bezpečné edukačné prostredie, v ktorom si študenti môžu opakovane precvičovať klinické situácie bez rizika pre pacienta. Zároveň podporuje rozvoj kritického myslenia, tímovej spolupráce a komunikačných kompetencií, ktoré sú nevyhnutné pre efektívne fungovanie v klinickej praxi.

SPRÁVNE, V DOSTATOČNOM ROZSAHU, ALE AJ VČAS

Šišková S., Jurčinová A., Daňo J.

ÚDZS, pobočka Košice

Úvod: Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia alebo zlepšenia stavu osoby.

Vlastný materiál: Autori na podklade kazuistiky týkajúcej sa manažmentu torzie semenníka u 15-ročného dieťaťa upozorňujú na pochybenie v časovom faktore poskytovania zdravotnej starostlivosti, kedy bez relevantných a preukázateľných dôvodov došlo k oddialeniu operačného zákroku.

Záver: Vzhľadom na absenciu exaktného zdôvodnenia trojhodinového časového posunu neodkladného operačného výkonu v zdravotnej dokumentácii, úrad konštatoval, že urologická zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne, k pochybeniu došlo v časovom faktore poskytovania zdravotnej starostlivosti.



INCRETIN HORMONE–BASED THERAPIES IN CHILDREN

Barkai L.

Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, UPJS Faculty of Medicine Košice

The presentation focuses on the role and emerging significance of GLP-1 receptor agonist therapy in pediatric and adolescent populations. It outlines the physiological basis of GLP-1–mediated glucose regulation, including its effects on insulin secretion, glucagon suppression, gastric emptying, and appetite control.

The talk reviews current evidence for the efficacy and safety of GLP-1–based therapies in children and adolescents, particularly in the management of Type 2 diabetes and obesity. Clinical trial data are discussed, highlighting improvements in glycemic control, weight reduction, and cardiometabolic risk factors, while also addressing potential side effects and long-term considerations.

Special attention is given to age-specific challenges, including developmental, psychological, and adherence-related factors that influence treatment outcomes in younger populations. The presentation also examines regulatory status, guideline recommendations, and practical considerations for integrating GLP-1 therapies into pediatric care.

Overall, the lecture emphasizes the growing therapeutic potential of GLP-1 receptor agonists in addressing the rising burden of metabolic disorders in youth, while calling for further research to establish long-term safety and optimize individualized treatment strategies.

SME NA SPRÁVNEJ CESTE? DVOJROČNÉ SLEDOVANIE KOMPENZÁCIE DETÍ S DM I NA SLOVENSKU V MEDZINÁRODNOM KONTEXTE

Dankovčíková A., Ferenczová J., Miňová M., Fajdelová M., Barák L., Černochová E., Doričková A., Jančová E., Mikulová M., Kyšková S., Podoláková K., Poláková K., Repko P., Segešová L., Ševcová M., Vojtková J., Wallenfelsová E., Staník J.

Košice, Bratislava, Lubochňa, Humenné, Poprad, Žilina, Trnava, Nitra, Prešov, Martin, Považská Bystrica

V Slovenskej republike dlhodobo absentujú systematicky zbierané a analyzované dáta o liečbe a metabolickej kompenzácii detí s diabetom mellitus I. typu. S cieľom preklenúť tento deficit iniciovala skupina detských diabetológov v roku 2024 vznik národnej databázy zameranej na zber reálnych klinických údajov.

V pilotnej fáze boli v roku 2024 analyzované dáta z piatich diabetologických ambulancií v Bratislave a Košiciach. V roku 2025 došlo k významnému rozšíreniu projektu zapojením ďalších ambulancií naprieč Slovenskom, čím sa zvýšila reprezentatívnosť súboru.

Autori prezentujú prvé výsledky zamerané na analýzu počtu detí s DM, úroveň metabolickej kompenzácie detí s diabetom I. typu v závislosti od liečebných postupov a využívania mo-



derných technológií. Zber a analýza dát pokračujú aj v roku 2026 s ambíciou zapojiť takmer všetky detské diabetologické ambulancie na Slovensku. Cieľom projektu je umožniť longitu-dinálne sledovanie trendov v kompenzácii, identifikáciu faktorov ovplyvňujúcich kvalitu liečby a porovnanie národných výsledkov v medzinárodnom kontexte.

HYPOGLYKEMICKÉ STAVY U DETÍ: DIAGNOSTIKA A LIEČBA

Repko P.

Pediatrické oddelenie s JIS, Nemocnica Poprad, a.s.

Úvod: Hypoglykémie predstavujú v detskom veku urgentný stav s rizikom akútneho aj trvalého neurologického poškodenia. Spektrum ich príčin siaha od tranzientných adaptačných porúch po zriedkavé, potenciálne život ohrozujúce ochorenia. Včasná diagnostika a správne vedená liečba sú rozhodujúce pre prognózu pacienta.

Cieľ: Zdôrazniť klinickú heterogenitu hypoglykémii v pediatrii a význam cielej diferencijálnej diagnostiky na podklade troch kazuistík.

Materiál a metódy: Prezentujeme tri kazuistiky detských pacientov s hypoglykémiou odlišnej etiológie, doplnené o stručný prehľad aktuálnych diagnostických a terapeutických postupov.

Výsledky: Prezentované kazuistiky ilustrujú odlišné patofyziologické mechanizmy hypoglykémie u detí: (1) tranzientný neonatálny hyperinzulinizmus s potrebou intenzívnej parenterálnej liečby, (2) idiopatickú ketotickú hypoglykémiu s recidivujúcim priebehom, ale priaznivou prognózou, a (3) inzulínóm ako vzácnu, no potenciálne kurabilnú príčinu perzistentnej hypoglykémie, vyžadujúcu komplexný diagnostický prístup a kauzálnu liečbu.

Záver: Hypoglykémia u detí predstavuje diagnostickú výzvu s významnými klinickými dôsledkami. Kľúčom k optimalizácii manažmentu je včasné rozpoznanie etiológie na základe systematického hodnotenia klinických a laboratórnych nálezov, čo umožňuje iniciáciu cielej liečby a zlepšenie dlhodobej prognózy.

Kľúčové slová: hypoglykémia, hyperinzulinizmus, inzulínóm, ketóza

KEĎ PACIENTOVI S AKROMEGÁLIOU CHÝBA RASTOVÝ HORMÓN

Mišňová M.¹, Dankovčíková A.¹, Andrejková M.¹, Drobňáková S.¹

¹ *Klinika detí a dorastu a UPJŠ LF a DFN Košice, Slovensko*

Syndróm prerušenej stopky hypofýzy PSIS (pituitary stalk interruption syndrom) je charakterizovaný poruchou morfogénzy hypofýzy, s typickým MRI obrazom hypoplastickej adenohypofýzy, ektopickou neurohypofýzou a chýbaním stopky hypofýzy. Príčiny PSIS môžu byť vrodené, na podklade poruchy transkripčných faktorov kľúčových pre vývoj hypofýzy a stredočiarových štruktúr LHX4, OTX2, HESX1, SOX3, PROKR2, GPR161 alebo ziska-



né. PSIS je sprevádzaný kombinovanou poruchou hypofyzárnych funkcií s poruchou rastu. V kazuistike autori prezentujú raritný prípad 16-ročného pacienta s potvrdeným panhypopituitarizmom (centrálnym hypokorticismom, centrálnou hypotyreózou, hypogonadotropným hypogonadizmom, deficitom rastového hormónu), s MRI nálezom syndrómu prerušenej stopky hypofýzy (PSIS), u ktorého však v klinickom obraze dominujú známky akromegálie, s pokračujúcim rastom na 50. percentile, s aktuálnou výškou 178,1 cm. Pacient je na substitučnej terapii centrálneho hypokorticismu, centrálnej hypotyreózy a hypogonadotropného hypogonadizmu. Nie je liečený rastovým hormónom pre pokračujúci rast, otvorené rastové štrbiny a aktuálnu adultnú výšku. Vzhľadom na klinický obraz akromegálie bolo doplnené genetické vyšetrenie (NGL panel 126 génov), ktorým neboli detegované patogénne varianty akromegálie a nadmerného rastu vrátane Weaverovho syndrómu, Simpsonovho - Golabeliho - Behmelovho syndrómu, Beckwithovho - Wiedemannovho syndrómu. Pokračuje genetická analýza so zameraním na celogenómové sekvenovanie. V literárnych údajoch sú dostupné 2 práce, ktoré prezentujú prípady pacientov s PSIS, hypopituitarizmom, s potvrdeným deficitom rastového hormónu a normálnou adultnou výškou bez liečby rastovým hormónom. V jednej z prác boli zistené nové mutácie v chromozóme 3-MUC4, ktorý je spojený s výskytom rakoviny, ovplyvňuje migráciu buniek, a v chromozóme 1 NBPF10, ktorý je považovaný za zlomový bod neuroblastómu. V druhej z prác príčina rastu nebola objasnená, je predmetom ďalšieho skúmania. V predstavenej kazuistike 16-ročného pacienta je nateraz príčina akromegálie a pokračujúceho rastu pri potvrdenom panhypopituitarizme nejasná, predstavuje endokrinologický rébus, s očakávaním výsledku genetickej analýzy genómu, ktorý nám možno pomôže tento rébus rozlúštiť.

Kľúčové slová: PSIS (syndróm prerušenej stopky hypofýzy), panhypopituitarizmus, akromegália

KOLKO TVÁRÍ MÁ DETSKÝ DIABETES?

Ferenczová J., Fajdelová M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

V posledných rokoch narastá výskyt cukrovky 1. typu, ktorý je stále najčastejšou poruchou sacharidového metabolizmu u detí.

Napriek tomu musíme v našej diferenciálnej diagnostike hyperglykémii myslieť aj na iné, menej časté formy diabetu, ktorých diagnostika je nevyhnutná pre správne nastavenie liečby, aj keď v úvode sa nevyhneme liečbe inzulínom. V súvislosti s pandémiou obezity narastá výskyt diabetu 2. typu hlavne medzi adolescentmi. V prípade hyperglykémie s pozitívnou rodinnou anamnézou je genetické vyšetrenie nevyhnutné pre správne stanovenie diagnózy.

Autori prezentujú kazuistiky detí s menej častými typmi diabetu.



„OD DIAGNÓZY K ZMENE“

Kurcinová H.

Koordinátorka programu *Škola obezity*, Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN, Košice

Detská obezita je rastúci problém v Európe aj na Slovensku, s rozdielmi vo výskyte a s výrazným vplyvom rizikových faktorov, vrátane marketingových fenoménov a životného štýlu. Prezentácia porovnáva aktuálne údaje a poukazuje na všeobecné rizikové faktory, ktoré otvárajú otázku zodpovednosti za vznik obezity u detí. **Škola obezity** predstavuje skupinový koncept práce formou výziev a niekoľkoročné štatistické údaje o počte zaradených a ukončených účastníkov programu. Kľúčovú časť tvoria **dve ukážkové kazuistiky**, ktoré zahŕňajú údaje o veku, hmotnosti, BMI, rodinnej anamnéze, životospráve, fyzickej aktivite, psychologických faktoroch a školskom prospechu, ktoré deklarujú, ako intervencie programu ovplyvnili výsledky počas 24 mesiacov liečby prezentovanej skupiny klientov.

Záver zdôrazňuje, že komplexná, medziodborová a komplexná intervencia dokáže podporiť reálnu a udržateľnú zmenu, ktorá povedie od „stanovenia diagnózy“ k transformácii životného štýlu dieťaťa aj rodiny.

Kľúčové slová: Detská obezita, kazuistiky, multidisciplinárny prístup, rizikové faktory, skupinové intervencie

VYBRANÉ CHARAKTERISTIKY DETÍ A ICH RODÍN V MEDZIODBOROVOM AMBULANTNOM PROGRAME ŠKOLA OBEZITY

Sušinková J.¹, Michalková J.¹, Mikula P.², Kurcinová H.³

¹ UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

² UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny

³ DFN Košice, Škola obezity

Úvod. Detská obezita je komplexný zdravotný problém s multifaktoriálnou etiológiou. Rodičia s nadváhou alebo obezitou môžu modelovať nezdravé stravovacie a pohybové návyky, ktoré dieťa preberá a zároveň sú to dôležité determinanty životného štýlu dieťaťa.

Cieľ príspevku. Poukázať na vybrané zdravotné a behaviorálne charakteristiky detí a ich rodín, ktorí sú účastníkmi Školy obezity.

Metodika. Zber dát prebiehal od 03/2023 do 03/2026. Vzorku tvorilo 78 detí (32 chlapcov, 46 dievčat) a 74 rodičov, účastníkov medziodborového ambulatného programu Škola obezity realizovaného pod gesciou DFN v Košiciach. Priemerný vek detí bol 11.31 ± 2.64 rokov. Dáta boli vyhodnotené s využitím metód deskriptívnej štatistiky.

Výsledky. Rodičia uvádzali priemerný vek 6.52 ± 3.56 roka dieťaťa ako vekové obdobie, kedy zaznamenali u dieťaťa nadváhu. Najnižší vek bol 0.5 mesiacov a najvyšší 16 rokov života dieťaťa. V čase zberu dát malo obezitu 47 matiek (62.7%) a 48 otcov (64%). Pravidelne



alebo aspoň niekedy raňajkuje 53 detí (67.95%), súhlasne sa vyjadriло aj 63 matiek (84%) a 52 otcov (69.3%). Zásobu sladkostí v domácnosti uviedlo 72 rodičov (92.31%). Konzumáciu sladených nápojov v rodine potvrdilo 48 rodičov (61.54%). Šport mimo telesnej výchovy v škole vykonáva 76 detí a priemerne ide o 2.82 hodín týždenne. Vonku trávajú deti denne v priemere 1.59 hodín. Rovnaký počet detí potvrdil, že denný priemerný čas strávený s mobilom je 3.06 hodín, maximálny čas bol uvedený údaj 15 hodín.

Záver. Tím Školy obezity využíva rôzne biopsychosociálne stratégie, ktoré vedú k modifikácii životného štýlu v prospech zdravia detí. Zistenia poukazujú na potrebu venovať pozornosť v rámci Školy obezity najmä voľnočasovým aktivitám, kde pasívne trávenie voľného času prevažuje nad aktívnym a dostupnosti menej kalorických alternatív potravín a pochutín v domácnostiach.

Kľúčové slová: deti, rodičia, vybrané zdravotné a behaviorálne charakteristiky, edukácia, Škola obezity

ŠPECIFIKÁ PRI PODÁVANÍ ONKOLOGICKEJ LIEČBY U DETÍ

Mati M., Ftoreková V.

Oddelenie detskej onkológie a hematológie Detskej fakultnej nemocnice Košice

Podávanie liečby u onkologických detských pacientov predstavuje vysoko špecifickú oblasť zdravotnej starostlivosti, ktorá si vyžaduje maximálnu presnosť, bezpečnosť a minimalizáciu rizík pre pacienta aj zdravotnícky personál. Uzavretý systém podávania liečby sa v súčasnosti považuje za štandardný prístup pri manipulácii s cytotoxickými a inými rizikovými liekmi. Jeho využitie významne prispieva k zníženiu expozície nebezpečným látkam, eliminuje kontamináciu prostredia a zabezpečuje stabilitu liečiva počas celého procesu podania. Cieľom príspevku je poukázať na význam implementácie uzavretých systémov pri podávaní liečby u detských onkologických pacientov, analyzovať ich prínosy v klinickej praxi a identifikovať možné limity ich využitia.

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O DUTINU ÚSTNU U NEUTROPENICKÝCH PACIENTOV

Dubovych A., Bokorová Z.

Oddelenie detskej onkológie a hematológie Detskej fakultnej nemocnice Košice

Neutropénia u detských onkologických pacientov predstavuje významné riziko vzniku infekcií, pričom dutina ústna je častým miestom komplikácií, ako sú mukozitídy, ulcerácie a mykotické infekcie. Ošetrovateľská starostlivosť sa zameriava na pravidelné sledovanie stavu slizníc, dôslednú, ale šetrnú ústnu hygienu a prevenciu poškodenia tkanív. Dôležitá je aj edukácia dieťaťa a jeho rodiny, ako aj individuálny prístup s ohľadom na vek a aktuálny zdravotný stav. Správna starostlivosť pomáha znižovať riziko infekcií a zlepšuje komfort aj priebeh liečby.



KEĎ JE KREHKOSŤ VYSTAVENÁ EXTRÉMU

Topolčaniová Z.

DFN Košice, Oddelenie neontologickej intenzívnej medicíny

Predkladáme kazuistiku novorodenca s rozsiahlymi popáleninami III. stupňa lokalizovanými na dorzálnu časť stehien, bilaterálnej gluteálnej oblasti a sakrálnej časti. Popáleniny u novorodencov predstavujú raritný, avšak život ohrozujúci stav spojený s vysokým rizikom infekcie, poruchy hydratácie a dlhodobých následkov.

Po úvodnej stabilizácii vitálnych funkcií a konzervatívnej liečbe bol pacient indikovaný k plasticko-chirurgickej intervencii – nekrektómii a autotransplantácii kožného štetu. Pooperačný priebeh prebehol bez závažných komplikácií, transplantát sa prihojil s dobrým efektom.

Kazuistika dokumentuje význam včasnej chirurgickej liečby, multidisciplinárneho prístupu a nutnosť dlhodobého sledovania s ohľadom na riziko jazvenia a funkčných obmedzení.

MARIENKA A JEJ TAJOMSTVO - KAZUISTIKA

Kažimírová A., Mikušová A., Dubecká M.

FNsP J. A. Reimana Prešov

V prednáške sa venujeme 14-ročnej pacientke so psychomotorickou retardáciou, ktorá prichádza s infekciou močových ciest. Infekcia ukázala len začiatok zamotaného príbehu, či tajomstva našej pacientky.

Posudzovanie a pozorovanie sestry v ošetrovatelstve, má nezastupiteľnú úlohu pomáha nám prezradiť veľmi dôležité fakty pri starostlivosti o pediatickeho pacienta.

Niekedy prvý dojem klame – a pozorné oči zdravotníckeho personálu môžu odhaliť skryté „tajomstvá“, ktoré majú zásadný dopad na zdravie a bezpečie dieťaťa.

KEĎ KOŽA KLAME: STEVENSOV-JOHNSONOV SYNDRÓM ALEBO SYNDRÓM OBARENEJ KOŽE?

Nálepková N., Schmidtová M., Klubertová M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach, IM oddelenie

Kožné ochorenia u detí môžu mať podobný klinický obraz, čo sťažuje diferenciálnu diagnostiku medzi Syndrómom obarenej kože a Stevens-Johnsonovom syndrómom.

Prezentujeme prípad pediatickej pacientky prijatej pre febrilitu a kožný nález. Pri prijatí bola stanovená diagnóza Alergická žihľavka, následne Syndróm obarenej kože. V priebehu hos-



pitalizácie bol zvažovaný aj Stevensov-Johnsonov syndróm, avšak bez jeho plnej klinickej manifestácie.

Prípád poukazuje na význam sledovania vývoja kožného nálezu a potrebu diferenciálnej diagnostiky pri nejasnom priebehu ochorenia.

BIOPSIA OBLIČKY: KDE DETAIL ROZHODUJE O BEZPEČÍ DIEŤAŤA

Mrázová K., Barbuláková L.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach, C oddelenie

Biopsia obličky patrí medzi invazívne diagnostické výkony, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu pri stanovení presnej diagnózy nefrologických ochorení v detskom veku, ako sú nefrotický syndróm, pretrvávajúca proteinúria či hematúria nejasnej etiológie. Hoci samotný výkon je časovo relatívne krátky, vyžaduje si komplexnú a precíznu ošetrovateľskú starostlivosť pred, počas aj po jeho realizácii.

Cielom prednášky je poukázať na význam detailu v jednotlivých fázach starostlivosti o dieťa podstupujúce biopsiu obličky, s dôrazom na úlohu sestry pri zabezpečení bezpečnosti pacienta. Príspevok sa zameriava na správnu prípravu dieťaťa a jeho rodiča, vrátane psychologической podpory, na asistenciu počas výkonu a najmä na dôsledný monitoring po výkone, ktorý je kľúčový pre včasné rozpoznanie komplikácií, ako sú krvácanie či hematúria.

Súčasťou prednášky bude aj prezentácia kazuistiky z klinickej praxe, ktorá ilustruje význam včasného zachytenia varovných príznakov a správneho ošetrovateľského postupu. Dôraz bude kladený na praktické odporúčania pre každodennú prax, identifikáciu rizikových situácií a minimalizáciu možných pochybení.

Prednáška zdôrazňuje, že práve dôslednosť, systematické sledovanie a schopnosť rozpoznať aj jemné zmeny v stave dieťaťa predstavujú rozhodujúce faktory pre bezpečný priebeh biopsie obličky a celkový výsledok liečby.

FUNKČNÉ VYŠETRENIE PLÚC: DÝCHAJ, DÝCHAM, DÝCHAME...

Jusková K., Beňáková M.

DFN Košice, pľúcna ambulancia

Vyšetrovanie pľúcnych funkcií má nenahraditeľné miesto v diferenciálnej diagnostike predovšetkým pľúcnych ochorení. Funkčné vyšetrenie pľúc nemôže samo o sebe stanoviť diagnózu, vždy je nevyhnutná dokonalá anamnéza, fyzikálne vyšetrenie a zhodnotenie výsledkov ďalších vyšetrovacích metód.

Vyšetrovanie pľúcnych funkcií je indikované na stanovenie diagnózy, na monitorovanie liečby, na predoperačné vyšetrenia, na posudkové účely, preventívne účely a výskumné účely.



Poznáme niekoľko skupín metód funkčného vyšetrenia pľúc:

- základné – vyhľadávacie – screeningové metódy
- základné – rozšírené metódy
- špecializované metódy.

Funkčné vyšetrenie pľúc (FVP), najčastejšie spirometria, je neinvazívny diagnostický test, ktorý meria objem a prietok vzduchu pri dýchaní. Vyšetrenie trvá krátko, je bezbolestné a nevyžaduje špeciálnu prípravu, pričom výsledky sa porovnávajú s normami podľa veku, výšky a pohlavia.

Kvantitatívne vyjadrenie procesov pľúcnej respirácie vyžaduje širokú škálu funkčných vyšetrení pľúc. Niektoré sú jednoduché, iné vyžadujú drahé prístroje a veľké technické skúsenosti. Pomerne veľká časť funkčných testov je podmienená aktívnou spoluprácou vyšetrovanej osoby, existujú však aj také, ktoré nie sú náročné na spoluprácu a sústredenie vyšetrovanej osoby. Ich použitie je výhodnejšie predovšetkým u osôb nervovo labilnejších a duševne zaostalých alebo u osôb, ktoré sa usilujú z rôznych príčin chorobu predstierať. Funkčné vyšetrenia pľúc nemôžu v nijakom prípade nahradiť ostatné diagnostické vyšetrenia. Môžeme nimi len dokázať to, že určité ochorenie spôsobilo poruchu pľúcnej funkcie.

RSV – NENÁPADNÝ, NO NEBEZPEČNÝ

Vajková, A., Petrusová, D.

DFN, KDD D

Respiračné vírusy predstavujú skupinu patogénov, ktoré spôsobujú akútne infekcie dýchacích ciest a majú zásadný vplyv na verejné zdravie na celom svete. Cieľom práce je charakterizovať respiračné vírusy, ich spôsob prenosu, klinické prejavy a možnosti prevencie. Medzi najrozšírenejšie respiračné vírusy patria vírus chrípky, respiračný syncytiálny vírus, rinovírusy, adenovírusy a koronavírusy, pričom sa šíria najmä kvapôčkovou infekciou a kontaktom s kontaminovanými povrchmi. Klinické prejavy sa líšia od miernych symptómov, ako sú nádcha a kašeľ, až po závažné komplikácie vrátane pneumónie, najmä u rizikových skupín obyvateľstva. Záverom možno konštatovať, že prevencia, vrátane očkovania, dodržiavania hygienických opatrení a včasnej diagnostiky, zohráva kľúčovú úlohu pri znižovaní výskytu a závažnosti týchto ochorení.



PROFESIJNÉ SKÚSENOSTI ABSOLVENTOV S PRECHODOM DO KLINICKEJ PRÁCE NA PEDIATRICKOM ODDELENÍ: SCOPING REVIEW DOSTUPNÝCH DŮKAZOV V KONTEXTE FAKTOROV PRACOVNÉHO PROSTREDIA A RETENCIE SESTIER

Harčarufková K.

FNsP J. A. Reimana

Proces prechodu absolventov ošetrovateľstva do pediatrickej klinickej praxe predstavuje kritickú vývojovú fázu, ktorá je v odbornej literatúre často označovaná ako fenomén „reality shock“. V pediatrickom prostredí je tento prechod umocnený vysokou emocionálnou náročnosťou, prácou v špecifickom trojstrannom vzťahu sestra – dieťa – rodič a častou konfrontáciou s etickými dilemami.

Predkladaný scoping review (ScR) syntetizuje dostupné dôkazy z deviatich relevantných štúdií so zameraním na to, ako faktory pracovného prostredia formujú profesijnú skúsenosť začínajúcich sestier a ovplyvňujú ich rozhodnutie zotrvať v profesii. Štúdia bola realizovaná v súlade s metodologickým rámcom Joanna Briggs Institute, pričom proces vyhľadávania, selekcie a syntézy dôkazov bol riadený odporúčaniami PRISMA-ScR. Zvolený prístup umožnil systematicky identifikovať, mapovať a syntetizovať vedecké poznatky týkajúce sa skúseností novokvalifikovaných sestier počas ich tranzície do pediatrickej praxe.

Výsledky analýzy poukazujú na to, že dominantnými bariérami adaptácie sú najmä personálna poddimenzovanosť a časová tieseň, ktoré u absolventov vyvolávajú pocity nekompetentnosti a obavy o bezpečnosť pacienta. Autentické výpovede participantov prirovnávajú túto skúsenosť k „hodeniu do hlbkej vody bez záchranej vesty“. Významným faktorom ohrozujúcim retenciu je morálny stres spojený so smrťou dieťaťa, pričom absencia systémovej podpory a debriefingu vedie k sebaobviňovaniu a úvahám o predčasnom odchode z pracoviska. Naopak, medzi kľúčové facilitátory úspešnej adaptácie a retencie patria kvalitný mentoring, psychologické bezpečie v tíme a otvorená interprofesionálna komunikácia.

Záverom možno konštatovať, že stabilizácia ošetrovateľského personálu v pediatrii nie je podmienená výlučne úrovňou technických kompetencií absolventov, ale predovšetkým kvalitou a podporným charakterom klinického prostredia, ktoré reflektuje potrebu emocionálnej a etickej odolnosti sestier v procese ich profesijného prechodu.

Kľúčové slová: absolvent ošetrovateľstva, pediatrická starostlivosť, prechod do praxe, retencia sestier, scoping review, pracovné prostredie.



PREVENTÍVNA A EDUKAČNÁ ČINNOSŤ SESTRY AKO ŠKOLSKÉHO ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA V STAROSTLIVOSTI O DETSKÚ POPULÁCIU

Michalková J.¹, Bencková E.²

¹ Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

² Univerzitná nemocnica L. Pasteura v Košiciach, I. psychiatrická klinika

Úvod. Sestra v pozícii školského zdravotníckeho pracovníka zohráva v interdisciplinárnej spolupráci s učiteľmi, so žiakmi, s rodičmi a inými odborníkmi dôležitú úlohu pri implementácii zmien v školských zariadeniach smerujúcich k vytváraniu prostredia podporujúceho zdravie.

Cieľ príspevku. Identifikovať prioritné oblasti pôsobenia sestry ako školského zdravotníckeho pracovníka a poukázať na preventívnu, podporno-výchovnú a poradenskú činnosť v rámci jej kompetencií.

Metodika. Prieskumu sa zúčastnilo 12 školských zdravotníckych pracovníkov, ktorí aktuálne pôsobia alebo v minulosti pôsobili na tejto pozícii v rôznych typoch škôl v rámci Prešovského samosprávneho kraja. Distribuovali sme neštandardizovaný dotazník online formou v období 01-03/2025. Spolu 23 otázok bolo zameraných na náplň práce, spoluprácu so školou a s ďalšími odborníkmi, najčastejšie zdravotné problémy žiakov, pracovné podmienky, motiváciu a prekážky v praxi v školskom prostredí. K interpretácii dát boli použité metódy deskriptívnej štatistiky.

Výsledky. Zistenia poukazujú na podstatnú rolu školských zdravotníckych pracovníkov v starostlivosti o chronicky choré deti, v prevencii úrazov a infekčných ochorení, ako aj v podpore zdravého životného štýlu žiakov. Získané výsledky poskytli komplexnejší pohľad na reálnu prax a zároveň identifikovali kľúčové potreby a výzvy, s ktorými sa školskí zdravotnícki pracovníci stretávajú.

Záver. Negatívne hodnotenia školských zdravotníckych pracovníkov odhalujú potrebu lepšej systémovej podpory v rámci profesie, konkretizujú dôležitosť kvalitnejšej odbornej prípravy a zvyšovania povedomia o význame školského zdravotníckeho pracovníka v školskom prostredí.

Kľúčové slová: sestra, školský zdravotnícky pracovník, kompetencie, školské prostredie, dieťa







Progress CA, s.r.o.
Krivá 23, 040 01 Košice
Mobil: + 421 903 608 790
E-mail: martina.mako@progress.eu.sk
www.progress.eu.sk



ISBN 978-80-69041-19-6