



## PROGRAM V SKRATKE / PROGRAM AT A GLANCE

### 27. 9. 2018 – ŠTVRTOK / THURSDAY

08.00 – 18.00 . . . Registrácia / Registration

#### SÁLA A / MAIN HALL

- 09.00 – 10.40 . . . **Workshop č. 1 Termálna a netermálna ablačná liečba kmeňových žíl**  
*/ Workshop n. 1 Thermal and Non-thermal ablation of varicose veins*  
(Sympóziium firmy Medtronic a Adyton)
- 10.45 – 11.00 . . . **Otvorenie kongresu** / Congress opening
- 11.00 – 12.00 . . . **Zhromaždenie členov S.A.S SLS** / Plenary meeting S.A.S. SLS
- 12.00 – 13.00 . . . Obedňajšia prestávka / Lunch break
- 13.00 – 14.00 . . . **Blok mladých angiológov** / Young angiologists session
- 14.10 – 15.10 . . . **Blok ESVM: Starostlivosť o cievného pacienta v EÚ** / ESVM Session:  
*Vascular patient health care in EU*
- 15.10 – 15.30 . . . Kávová prestávka / Coffee break
- 15.30 – 16.30 . . . **Sulodexide – súčasná prax a perspektívy** / Sulodexid – current practice  
*and perspectives* (Sympóziium podporené spoločnosťou Alfasigma)
- 16.45 – 17.45 . . . **Vaskulárna protekcia rivaroxabanom: od vén k artériám** / Vascular  
*protection of rivaroxaban: from veins to arteries.* (Sympóziium podporené  
spoločnosťou Bayer)
- 18.00 – 19.00 . . . **Pro a Contra: Endovaskulárna verzus chirurgická liečba kritickej  
končatinovej ischémie** / Pro and Contra: Endovascular versus surgical  
*treatment of critical limb ischemia*

### 28. 9. 2018 – PIATOK / FRIDAY

08.00 – 18.00 . . . Registrácia / Registration

#### SÁLA A / MAIN HALL

- 08.30 – 10.00 . . . **Neurovaskulárne intervencie** / Neurovascular Interventions
- 10.00 – 10.20 . . . Kávová prestávka / Coffee break
- 10.20 – 11.20 . . . **Manažment VTE s NOAK – od randomizovaných klinických štúdií  
po skúsenosti z reálnej praxe** / VTE management with NOACs – from  
*randomized clinical trials to real world experiences* (Sympóziium podporené  
spoločnosťou Píizer)
- 11.20 – 12.20 . . . **Optimálna (kardio)vaskulárna terapia rizikových pacientov** / Optimal  
*(cardio)vascular therapy of high risk patients*
- 12.20 – 13.30 . . . Obedňajšia prestávka / Lunch break



- 13.30 – 15.00 . . . **Chronické venózne ochorenie a jeho komplikácie** / *Chronic venous disease and its complications* (Sympóziu podoporené spoločnosťou Servier)
- 15.10 – 16.10 . . . **Endovenózna liečba varixov** / *Endovenous treatment of varicose veins*
- 16.10 – 16.30 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*
- 16.30 – 17.30 . . . **Vyššia úroveň antikoagulačnej starostlivosti o pacienta s fibriláciou predsieni** / *Higher quality of anticoagulation care for patient with atrial fibrillation* (Sympóziu podoporené spoločnosťou Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG)

### SÁLA B / HALL B

- 08.30 – 10.00 . . . **Vybrané abstrakty 1 – Kapitoly z flebológie** / *Selected abstracts 1 – Chapters from phlebology*
- 10.00 – 10.20 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*
- 10.20 – 12.00 . . . **Vybrané abstrakty 2 – Varia** / *Selected abstracts 2 – Varia*
- 12.20 – 13.30 . . . Obedňajšia prestávka / *Lunch break*
- 13.30 – 14.30 . . . **Blok sestier** / *Nurse session*
- 14.40 – 15.40 . . . **Diabetická noha** / *Diabetic foot*
- 15.40 – 16.00 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*
- 16.00 – 17.00 . . . **Medicínska ekonómia v reálnej praxi na Slovensku** / *Real practice of the health care economy in Slovakia*
- 17.00 – 18.00 . . . **„Môj pacient roka“ – vaskulárne kazuistiky** / *„My patient of the year“ – vascular case reports*
- 20.00 . . . . . **Vaskulárna medicína – okrúhly stôl (diskusný večer)** / *Vascular medicine – round table (discussion evening)*

## 29. 9. 2018 – SOBOTA / SATURDAY

- 08.00 – 12.00 . . . Registrácia, vydávanie certifikátov / *Registration, issuing of certificates*

### SÁLA A / MAIN HALL

- 09.00 – 10.30 . . . **Endovaskulárna liečba aneuryziem abdominálnej aorty** / *Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm*
- 10.30 – 11.00 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*
- 11.00 – 12.00 . . . **„Hot lines“ – aktuálne štúdie v cievnej medicíne** / *Hot lines – current studies in vascular medicine*
- 12.00 . . . . . **Ukončenie kongresu** / *Final remarks*

### SÁLA B / HALL B

- 09.00 – 10.30 . . . **Workshop č. 2 – Ošetrovanie rán** / *Wound care*

### DOPLNKOVÝ PROGRAM: Nordic Walking – inštruktáž:

v piatok 28. 9. 2018 od 08.30 do 09.30 v miestnosti C. Jednotlivé kurzy / hodiny sa budú konať v okolí hotela podľa rozpisu v priestore pre vystavovateľov.



## ODBORNÝ PROGRAM / SCIENTIFIC PROGRAM

### 27. 9. 2018 – ŠTVRTOK / THURSDAY

08.00 – 18.00 . . . **Registrácia** / Registration

#### SÁLA A / MAIN HALL

09.00 – 10.40 . . . **Workshop č. 1 – Termálna a netermálna ablačná liečba kmeňových žíl**  
/ Workshop n. 1 Thermal and non-thermal ablation of varicose veins  
(Sympóziium firmy Medtronic a Adyton) (Širila M., Trenčín, Pataky Š.,  
Bratislava)

**a)** Širila M.: **Termálna ablačná liečba kmeňových žíl.** / Thermal ablation of stem varicose veins. (Angiologické odd., FN Trenčín).

**b)** Pataky Š.: **Netermálna ablačná liečba kmeňových žíl.** / Non-thermal ablation of stem varicose veins. (Odd. intervenčnej angiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava).

10.45 – 11.00 . . . **Otvorenie kongresu** / Congress opening

**a)** Maďarič J. (prezident SAS)

**b)** Vacula I. (vedecký sekretár SAS)

**c)** Roztočil K. (prezident ESVM)

**d)** Brodmann M. (past-president ESVM)

11.00 – 12.00 . . . **Zhromaždenie členov S.A.S. SLS** / Plenary meeting S.A.S. SLS

**a)** Maďarič J. (správa prezidenta S.A.S. SLS)

**b)** Ambrózy E. (správa pokladníka S.A.S. SLS)

**c)** Mistrík A. (správa dozornej rady S.A.S. SLS)

**d)** Džupina A. (správa hlavného odborníka MZ SR pre odbor angiológia)

**e)** Mistrík A. (organizačný poriadok S.A.S. SLS)

**f)** Rôzne

12.00 – 13.00 . . . **Obedňajšia prestávka** / Lunch break

13.00 – 14.00 . . . **Blok mladých angiológov** / Young angiologists session  
(Štvrtinová V., Bratislava, Szabóová E., Košice)

**1.** Kočí J., Mistrík A., Dostálová K.: **Onkologický skríning u pacientov s nevyprovokovanou hĺbkovou žilovou trombózou dolných končatín.** / Oncological screening in patients with unprovoked DVT. (Interné odd., Nem. A. Wintera Piešťany).

**2.** Podpera T.: **Mechanicko-chemická ablácia kŕčových žíl.** / Mechanical-chemical ablation of varicose veins. (Angiologické odd., FN Trenčín).

- 3.** Kubíková L., Szabóová E., Koščo M., Kubíková M.: **Entrapment syndróm arteria poplitea ako príčina akútnej končatinovej ischémie u mladého pacienta.** / *Entrapment syndrome as a cause of ALI in a young patient.* (Angiologická klinika LF UPJŠ, VÚSCH, Košice).
- 4.** Štefanič P., Sihotský V., Kopolovets I., Staško P., Závacká M., Pobehová J., Žurkovský I., Grandá T., Kubíková M., Tomečko M., Frankovičová M.: **Ako odhaliť pacientov s vysokým rizikom ischemickej cievnnej mozgovej príhody?** / *How to identify the patient with a high risk of ischemic stroke?* (Klinika cievnnej chirurgie, VÚSCH, Košice).
- 14.10 – 15.10 . . . **Blok ESVM – Starostlivosť o cievnneho pacienta v EÚ** / *ESVM session / Vascular patient health care in EU* (Maďarič J., Bratislava, Roztočil K., Praha, Brodmann M., Graz, Pécsvarady Z., Budapešť)
- 5.** Roztočil K.: **Angiology in Czech republic.** / *Angiológia v ČR.* (IKEM, Praha).
- 6.** Brodmann M.: **Vascular medicine in Austria.** / *Vaskulárna medicína v Rakúsku.* (Division of Angiology, University Hospital Graz, Austria).
- 7.** Pécsvarady Z.: **Vascular medicine in Hungary.** / *Vaskulárna medicína v Maďarsku.* (Dept. of Vascular Diseases, Flor Ferenc Teaching Hospital, Kistarcsa).
- 8.** Maďarič J.: **Angiológia ako špecializačný odbor na Slovensku.** / *Angiology as a specialisation discipline in Slovakia.* (Klinika kardiológie a angiológie NÚSCH, a. s. a LF SZU Bratislava).
- 15.10 – 15.30 . . . **Kávoová prestávka** / *Coffee break*
- 15.30 – 16.30 . . . **Sulodexide – súčasná prax a perspektívy** / *Sulodexid – current practice and perspectives* (Sympóziu podoporené spoločnosťou AlfaSigma) (Štvrtinová V., Bratislava, Maďarič J., Bratislava)
- 9.** Čelovská D.: **Pleiotropné účinky sulodexidu v liečbe tepnových a žilových chorôb.** / *Pleiotropic effects of sulodexid in the treatment of arterial and venous diseases.* (I. interná klinika UNB a LF UK Bratislava).
- 10.** Štvrtinová V.: **Štandardné diagnostické a terapeutické postupy pri hĺbkovej žilovej trombóze.** / *Standards of DVT diagnostics and treatment.* (I. interná klinika UNB a LF UK Bratislava).
- 11.** Matuška J.: **Indikácia predĺženej liečby u pacientov s VTE.** / *Indications for prolonged treatment of VTE.* (Angiologická amb., MATMED s. r. o., Hodonín, ČR)
- 16.45 – 17.45 . . . **Vaskulárna protekcia rivaroxabanom: od vén k artériám** / *Vascular protection of rivaroxaban: from veins to arteries.* (Sympóziu podoporené spoločnosťou Bayer) (Džupina A., Bardejov, Karetová D., Praha)
- 12.** Vacula I.: **Liečba HŽT u pacienta s aktívnym onkologickým ochorením.** / *DVT treatment in oncological patient.* (Angiologická amb. VASA-CARE, Trnava)



**13.** Maďarič J.: **Výzvy antitrombotickej liečby u vaskulárnych pacientov.** / *Challenges of antithrombotic therapy in vascular patients.* (Klinika kardiológie a angiológie NÚSCH, a. s. a LF SZU Bratislava).

**14.** Karetová D.: **PAO – liečba šitá na mieru.** / *PAD – individually tailored therapy.* (II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha).

18.00 – 19.00 . . . **Pro a Contra: Endovaskulárna verzus chirurgická liečba kritickej končatinovej ischémie** / *Pro and Contra: Endovascular versus surgical treatment of critical limb ischemia* (Vařejka P., Bratislava, Vacula I., Trnava, Sívák J., Banská Bystrica)

**15.** Necpal R.: **Kedy chirurgická liečba.** / *When to choose surgery.* (Odd. cievnej chirurgie, FNŠP F. D. R. Banská Bystrica).

**16.** Koščo M.: **Kedy endovaskulárna liečba.** / *When to choose endovascular approach.* (Angiologická klinika, VÚSCH, a. s., Košice).

**ČASOVÝ LIMIT PREZENTÁCIE 10 MIN., ČASOVÝ LIMIT VYZVANEJ PREZENTÁCIE 15 MIN.**

## 28. 9. 2018 – PIATOK / FRIDAY

08.00 – 18.00 . . . **Registrácia** / Registration

### SÁLA A / MAIN HALL

08.30 – 10.00 . . . **Neurovaskulárne intervencie** / Neurovascular Interventions (Zeleňák K., Martin, Špak L., Hamburg)

**17.** Širila M.: **Liečba pacienta so stenózou karotickej tepny vo svetle nových odporúčaní.** / *The treatment of patients with carotid artery stenosis according to current guidelines.* (Angiologické odd., FN Trenčín).

**Videokazuistika 1** / Case in a box 1 (Trenčín)

**18.** Pataky Š.: **Karotické stenty novej generácie – perspektíva karotických intervencií.** / *New generation of carotid stents – perspectives of carotid interventions.* (Odd. intervenčnej angiológie, NÚSCH, Bratislava).

**Videokazuistika 2** / Case in a box 2 (Bratislava)

**19.** Zeleňák K.: **Súčasná indikácia a kontraindikácie endovaskulárnej liečby iCMP.** / *Current indications and contraindications of endovascular treatment of the ischemic stroke.* (Rádiologická klinika JLF UK a UNM Martin)

**Videokazuistika 3** / Case in a box 3 (Martin)

**20.** Špak L.: **Manažment pacienta v súvislosti s endovaskulárnym výkonom.** / *Management of a patient scheduled for endovascular procedure.* (Dept. of Angiology, Asklepios Clinic St. Georg, Hamburg).

10.00 – 10.20 . . . **Kávová prestávka** / Coffee break

10.20 – 11.20 . . . **Manažment VTE s NOAK – od randomizovaných klinických štúdií po skúsenosti z reálnej praxe** / *VTE management with NOACs – from randomized clinical trials to real world experience* (Sympóziu podoporené spoločnosťou Píizer) (Maďarič J., Bratislava, Jimenez D., Madrid)

**21.** Jimenez D.: **What clinical challenges do we face in modern VTE management?** / *Akým klinickým výzvam čelíme v modernom manažmente VTE?* (Respiratory Dept. and Medicine Dept., Ramon y Cajal Hospital, University of Alcalá de Henares, Madrid, Spain).

**22.** Moščovič M.: **Kazuistika pacienta s HŽT a kaválnym filtrom.** / *Case study of DVT patient with caval filter.* (Angiologická klinika, VÚSCH, Košice).

**23.** Gergely P.: **Kazuistika pacienta s pľúcnou embóliou.** / *Case study of PE patient.* (IIS Interné oddelenie Levice, Kardiologická a angiologická amb. Levice).

Diskusia / Discussion

11.20 – 12.20 . . . **Optimálna (kardio)vaskulárna terapia rizikových pacientov** / *Optimal (cardio)vascular therapy of high risk patients* (Piřha J., Praha, Maďarič J., Bratislava)

- 24.** Piňha J.: **Jak najít asymptomatické pacienty s (poly)vaskulárním onemocněním.** / *How to identify asymptomatic patient with polyvascular disease?* (FN Motol, IKEM Praha, Praha, ČR)
- 25.** Soška V.: **Jak co nejlépe léčit extrémně rizikové pacienty – současnost / budoucnost.** *What is the best treatment for extremely high risk patients – presence / future.* (II. interní klinika LF MU, Brno, ČR)
- 26.** Bultas J.: **Protizánětlivá léčba aterosklerózy – fakt či mýtus?** / *Antiinflammatory treatment of atherosclerosis – fact or a myth?* (Farmakologický ústav 3. LF UK, Praha).
- 27.** Maďarič J.: **Profil a revaskularizačný manažment pacientov s polyvaskulárnym postihnutím.** / *The characteristics and management of revascularization in patients with polyvascular disease* (Klinika kardiológie a angiológie NÚSCH a LF SZU, Bratislava).
- 12.20 – 13.30 . . . **Obedňajšia prestávka** / *Lunch break*
- 13.30 – 15.00 . . . **Chronické venózne ochorenie a jeho komplikácie** / *Chronic venous disease and its complications* (Sympóziu podorené spoločnosťou Servier) (Štvrtinová V., Bratislava)
- 28.** Kmeťková K.: **Aká je EBM v liečbe chronického venózneho ochorenia?** / *EBM in the treatment of chronic venous insufficiency – what do we know?* (Kardiologické oddelenie, SÚSCCH, Banská Bystrica)
- 29.** Černohorská J.: **Pestrý účinok flavonoidov.** / *The varied effect of flavonoids.* (Kožná ambulancia Mělník, Česká republika)
- 30.** Šumaj M.: **Venózný vred predkolenia – aká je najlepšia klinická prax?** / *Leg ulcer – what is the best clinical practice?* (Angiologická ambulancia, FN Trenčín)
- 31.** Džupina A., ml.: **Diagnostika a liečba lymfedému dolných končatín na Slovensku** / *Diagnostics and treatment of lower limb lymphedema in Slovakia* (IV. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)
- 32.** Borsuk D.: **The role of gate-keeper popliteal vein valve in hemodynamics of venous disease of the lower extremity.** / *Úloha safénopopliteálnej junkcie pri hemodynamike CHVO.* (Phlebology and laser surgery clinic in Chelyabinsk, Russia)
- 15.10 – 16.10 . . . **Endovenózna liečba varixov** / *Endovenous treatment of varicose veins* (Šumaj M., Trenčín, Borsuk D., Chelyabinsk, Rosuhovskiy D., Petersburg, Engelberger R., Fribourg)
- 33.** Borsuk D.: **The results of prospective noncomparative study of endovenous laser ablation of the saphenous veins more than 2 cm of the diameter.** / *Výsledky prospektívnej neporovnávacej štúdie endovenózne laserovej ablácie safén s priemerom viac ako 2 cm.* (The clinic of modern phlebology, Chelyabinsk)

**34. Rosuhovskiy D.: Endovenous treatment of Giacomini vein. /**

*Endovenózná liečba Giacominiho varikozity. (The Institute of Experimental Medicine of the NorthWest Branch of the Russian Academy of Medical Science).*

**35. Engelberger R.: Thermal ablation of varicose veins by angiologist in**

**Switzerland. / Termálna ablácia varixov angiológom vo Švajčiarsku (General Internal Medicine and Angiology, Fribourg hospital).**

**36. Šumaj M.: Superficial vein disease – ablation choices. /**

*Povrchové ochorenie žíl – výber ablačnej techniky. (Venasum – moderné žilové centrum).*

16.10 – 16.30. . . . **Kávová prestávka / Coffee break**

**16.30 – 17.30. . . . Vyššia úroveň antikoagulačnej starostlivosti o pacienta s fibriláciou**

**predsiení / Higher quality of anticoagulation care in patient with the atrial fibrillation (Sympóziu podorené spoločnosťou Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG) (Letavay P., Dolný Kubín, Moščovič M., Košice)**

**37. Letavay P.: NOAK u polymorbídneho pacienta s kombináciou FP**

**a VTE. / NOAC in a patient with AF and VTE. (Interné oddelenie, Dolný Kubín).**

**38. Striežová I.: Možnosť reverzie antikoagulačného účinku NOAK =**

**ochrana pre pacienta i lekára. / Reversal of the anticoagulation effect of the NOAC = protection for the patient as well as the physician. (Kardiologické oddelenie, SÚSCCH, Banská Bystrica)**

**39. Moščovič M.: Bezpečnosť NOAK v špecifických situáciách, ktoré**

**u pacientov s FP zvyšujú riziko krvácania. / The safety of NOACs in specific situations increasing the risk of bleeding in AF patients. (Angiologická klinika LF UPJŠ, VÚSCH, Košice).**

**SÁLA B / HALL B**

08.30 – 10.00 . . . **Vybrané abstrakty 1 – Kapitoly z flebológie / Selected abstract 1 –**

*Chapters from phlebology (Mazuch J., Martin, Petrovič T., Bratislava)*

**40. Mazuch J.: Stratégia liečby masívnej pulmonálnej tromboembólie. /**

*Massive pulmonary embolism – the strategy of the treatment. (Chirurgická klinika a Transplantačné centrum JLF UK a UNM Martin)*

**41. Petrovič T.: 30-dňová mortalita u pacientov s podozrením na pľúcnu**

**embóliu. / 30 days-mortality in patients with PE suspicion. (V. interná klinika LF UK a UNB, Ružinov, Bratislava).**

**42. Slonková V.: Konzervatívni liečba bérkových ulcerácií**

**venózne etiologie. / Conservative treatment of venous ulcers. (I. dermatovenerologická klinika FN u sv. Anny a LF MU, Brno, ČR).**

**43. Baboňová S., Zúbek V., Skladaný L., Wild A., Okapec S.: Patri hlboká**

**žilová trombóza do diferenciálnej diagnostiky teploty nejasnej etiologie? / FUO – is the DVT diagnose included in the differential diagnostics? (Angiologická ambulancia, FNSP F. D. R. Banská Bystrica).**



- 44.** Kopalová I.: **Diferenciálna diagnostika cievnych anomálií v ambulantnej praxi.** / *Differential diagnostics of vascular abnormalities in the outpatient office.* (Angiologická ambulancia, Medivasa s.r.o., Žilina)
- 10.00 – 10.20 . . . **Kávová prestávka** / *Coffee break*
- 10.20 – 12.00 . . . **Vybrané abstrakty 2 – Varia** / *Selected abstract 2 – Varia*  
(Dostálová K., Bratislava, Szabóová E., Košice)
- 45.** Rašiová M., Farkašová L., Habalová V., Tkáč I.: **Distribúcia promótorového polymorfizmu génu kódujúceho matrix metaloproteinázu-3 u pacientov s aneuryzmou abdominálnej aorty a s diabetes mellitus.** / *Distribution of the promotor polymorphism of the gene for the matrix metaloproteinase-3 in patients with AAA and DM.* (Angiologická klinika LF UPIŠ, VÚSCH, a.s. Košice)
- 46.** Gmitrov J.: **Prečo by sa mala stratégia liečby diabetu 2. typu radikálne zmeniť.** / *Why should be diabetes 2 treatment strategy radically changed.* (Diabetologická ambulancia, NsP Krompachy)
- 47.** Sihotský V., Frankovičová M., Tomečko M., Kubíková M., Kopolovets I., Štefanič P.: **Explantácie aortálnych stentgraftov.** / *Explantations of the aortic stentgrafts.* (Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a.s. Košice)
- 48.** Szabóová E.: **Periférne artériové ochorenie, diabetes mellitus a obezita – manažment kardiovaskulárneho rizika v roku 2018.** / *PAD, DM and obesity – the management of CV risk in 2018.* (Angiologická klinika LF UPIŠ, VÚSCH, a.s., Košice).
- 49.** Dostálová K., Kukučková L., Ponošová D., Petráško P., Kmeťová M., Moricová Š., Makara P.: **Obezita komplikuje zdravotnícku starostlivosť.** / *The obesity as a complication of the health care.* (Fakulta verejného zdravotníctva, SZU Bratislava)
- 50.** Rašiová M., Koščo M., Moščovič M., Kačureková L., Tormová Z., Grofčíková J., Liščuchová N.: **PET- CT a jeho miesto v angiológii.** / *PET-CT and its role in the angiology.* (Angiologická klinika LF UPIŠ, VÚSCH, a.s. Košice)
- 51.** Frič M.: **Cievne zmeny u diabetes mellitus a možnosti konzervatívnej liečby na rajónnej angiologickej ambulancii.** / *Vascular changes in a diabetic patient and options of the conservative treatment in regional vascular medicine outpatient office.* (Angiologická amb. Malacky)
- 12.20 – 13.30 . . . **Obedňajšia prestávka** / *Lunch break*
- 13.30 – 14.30 . . . **Blok sestier** / *Nurse session* (Ambrózy E., Bratislava, Bojdová E., Nitra)
- 52.** Palesch L., Eliášová E.: **Manažment starostlivosti o pacienta s kritickou končatinovou ischémiou po transplantácii autológnych kmeňových buniek.** / *The nursing management in patients with critical limb ischemia after autologous bone marrow transplantation.* (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s. Bratislava)

**53.** Lehoczká D., Staroňová K.: **Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov počas endovaskulárnej liečby hlbokoj žilovej trombózy.** / *The nursing in patients during the endovascular treatment of deep vein thrombosis.* (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s. Bratislava)

**54.** Rónayová I.: **Pohľad sestry pri ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov so stenózou A-V fistuly.** / *The nursing in a patient with AV fistule stenosis – from the perspective of the nurse.* (Angiologická klinika – JIS, VÚSCH, a. s. Košice).

**55.** Kandráčová A., Krištofová M.: **Ošetrovateľské intervencie u pacientov s disekujúcou aneurýzmou hrudnej aorty.** / *The interventions of a nurse in patients with dissections of the thoracic aorta* (Angiologická klinika – JIS, VÚSCH, a. s. Košice).

**56.** Kamenská K., Lašáková E.: **Náš zákazník – náš pán.** / *Our customer – our master.*

**57.** Gažová Z.: **Prevenencia diabetickej nohy.** / *The prevention of the diabetic foot.* (I. interná klinika UNB a LF UK, Bratislava).

14.40 – 15.40 . . . **Diabetická noha** / *Diabetic foot* (Dostálová K., Bratislava, Necpal R., Banská Bystrica)

**58.** Dostálová K.: **Diabetická noha ako prvá známka diabetes mellitus.** / *The diabetic foot as the first sign of DM.* (Fakulta verejného zdravotníctva, SZU Bratislava)

**59.** Širila M.: **Endovaskulárne možnosti liečby kritickej končatinovej ischémie.** / *The endovascular treatment options for patients with critical limb ischemia* (Angiologické oddelenie, FN Trenčín)

**60.** Necpal R.: **Starostlivosť chirurga a cievného chirurga o diabetickú nohu.** / *Surgery and vascular surgery care of diabetic foot.* (Odd. cievnjej chirurgie, FN sP F. D. R. Banská Bystrica)

**61.** Loydlová D.: **Protetická a rehabilitačná starostlivosť o pacienta po amputácii dolnej končatiny.** / *The prosthetic care and rehabilitation for the amputees.* (Špecializovaná nemocnica pre ortopedickú protetiku, Bratislava)

15.40 – 16.00 . . . **Kávová prestávka** / *Coffee break*

16.00 – 17.00 . . . **Medicína ekonomia v reálnej praxi na Slovensku** / *Real practice of the health care economy in Slovakia* (Širila M., Trenčín, Smatana M., Bratislava)

**62.** Smatana M.: **Kondícia slovenského zdravotníctva 2018 v štátnom a súkromnom sektore.** / *The Slovak health care – private and public sector in 2018.* (Inštitút zdravotnej politiky, MZ SR)

**63.** Šedík M., Širila M.: **Tvorba nového centra v sieti angiologických pracovísk na Slovensku.** / *The new centre creation in the worknet of vascular centres in Slovakia.* (FN Trenčín)



- 17.00 – 18.00. . . . . **„Môj pacient roka“ – vaskulárne kazuistiky** / „My patient of the year“ – vascular case reports (Majdák P., Bojnice, Maďarič J., Bratislava)
- 64.** Kmetková K.: **Pľúcny edém u pacienta s renálnou stenózou – silná indikácia renálneho stentingu.** / Pulmonary oedema in a patient with renal artery stenosis – strong indication for the renal stenting. (Kardiologické oddelenie, SÚSCCH, a. s. Banská Bystrica)
- 65.** Sivák J.: **Ultrazvukom akcelerovaná trombolýza v liečbe akútnej pľúcnej embólie.** / Ultrasound facilitated thrombolysis in acute PE treatment. (Oddelenie rádiológie, SÚSCCH, Banská Bystrica)
- 66.** Pokorná V., Bodíková S., Takács R.: **Akútna končatinová ischémia ako následok paradoxnej embolizácie.** / Acute limb ischemia due to paradoxical embolism. (IV. interná klinika LF UK a UN Bratislava)
- 67.** Káčerová K., Maďarič J., Vaňejka P.: **Nezistený mechanizmus vzniku akútnej ischemickej cievej mozgovej príhody u pacienta počas endovaskulárnej liečby akútnej hlbokaj žilovej trombózy.** / Undetected mechanism of the origin of acute ischemic stroke in patient during endovascular treatment of deep vein thrombosis. (Klinika kardiológie a angiológie NÚSCH, a. s. a LF SZU, Bratislava)
- 68.** Čelovská D., Štvrtinová V.: **Vaskulitídy veľkých ciev.** / Vasculitis affecting big arteries. (I. interná klinika UNB a LF UK, Bratislava).

## SÁLA C / HALL C

- 08.30 – 09.30 . . . . . **Nordic Walking – pohybová aktivita na každý deň**  
Prednáša: Anna Sasková, akreditovaná inštruktorka (certifikát SNWA)  
Koordínátor: MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH  
+ Exteriér hotela Partizán – v priebehu piatka jednotlivé lekcie v teréne podľa rozpisu (paličky zapožičia inštruktorka, vlastné paličky sú vítané).
- 20.00 . . . . . **Vaskulárna medicína – okrúhly stôl (diskusný večer)**  
/ Vascular medicine – round table (discussion evening)  
Ocenenia jubilujúcich osobností slovenskej angiológie:  
prof. MUDr. I. Riečanský, CSc, prof. MUDr. V. Štvrtinová, CSc.

**ČASOVÝ LIMIT PREZENTÁCIE 10 MIN., ČASOVÝ LIMIT VYZVANEJ PREZENTÁCIE 15 MIN.**

## 29. 9. 2018 – SOBOTA / SATURDAY

08.00 – 12.00 . . . **Registrácia, vydávanie certifikátov** / Registration, issuing of certificates

**SÁLA A / MAIN HALL**

09.00 – 10.30 . . . **Endovaskulárna liečba aneuryziem abdominálnej aorty** / Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm (Malina M., Kodaň, Nikol S., Hamburg, Vařejka P., Bratislava, Špak L., Hamburg)

**69.** Malina M.: **EVAR in complex anatomy.** / EVAR u pacientov s komplexnou anatómiou. (Vascular Center, Kodaň).

**Videokazuistika 4** / Case in a box 4 (Košice)

**70.** Nikol S.: **AAA in women: outcomes open versus endo.** / AAA u žien: výsledky chirurgickej a endovaskulárnej liečby. (Dept. of Angiology, Asklepios Clinic St. Georg, Hamburg).

**71.** Špak L.: **Percutaneous EVAR how I do it, tips and tricks.** / EVAR – ako to robím, tipy a triky. (Dept. of Angiology, Asklepios Clinic St. Georg, Hamburg).

**Videokazuistika 5** / Case in a box 5 (Hamburg)

**72.** Vařejka P.: **EVAR in ruptured AAA.** / EVAR pri riešení ruptúry AAA. (Odd. intervenčnej angiológie, NÚSCH, a. s. Bratislava).

**Videokazuistika 6** / Case in a box 6 (Bratislava)

10.30 – 11.00 . . . **Kávová prestávka** / Coffee break

11.00 – 12.00 . . . **„Hot lines“ – aktuálne štúdie v cievnej medicíne** / Hot lines – current studies in vascular medicine (Maďarič J., Bratislava, Vacula I., Trnava)

**73.** Šumaj M.: **Skorá endovenózna ablácia pri venóznom ulkuse – štúdia EVRA.** / Early endovenous ablation in venous ulceration – EVRA trial. (Angiologická ambulancia, FN Trenčín).

**74.** Moščovič M.: **Manažment pacientov s Raynaudovým fenoménom - ESVM odporúčania 2017.** / Management of patients with Raynaud's phenomenon - ESVM guidelines 2017. (Angiologická klinika LF UPJŠ, VÚSCH, a. s. Košice)

**75.** Vacula I.: **Edoxaban v liečbe VTE u onkologických pacientov.** / Edoxaban in the treatment of oncological patients with VTE. (Angiologická amb. VASA-CARE, Trnava)

**76.** Maďarič J.: **Nové dáta v prospech renálnej denervácie u pacientov s arteriálnou hypertenziou.** / New data supporting renal denervation in patients with arterial hypertension. (Klinika kardiológie a angiológie NÚSCH, a. s. a LF SZU, Bratislava)

12.00 . . . . . **Ukončenie kongresu** / Final remarks

**SÁLA B / HALL B**

09.00 – 10.30 . . . **Workshop č. 2 – Ošetrovanie rán** / Wound care (Kopál T., Považská Bystrica, Vacula I., Trnava)

**ČASOVÝ LIMIT PREZENTÁCIE 10 MIN., ČASOVÝ LIMIT VYZVANEJ PREZENTÁCIE 15 MIN.**

## ABSTRAKTY

Za obsahovú a formálnu stránku abstraktov zodpovedajú výhradne autori.

**1. Kočí J., Mistrík A., Dostálová K.**

### Onkologický skrining u pacientov s nevyprovokovanou hĺbkovou žilovou trombózou dolných končatín

*Oncological screening in patients with unprovoked DVT.*

1-Angiologická ambulancia, Nemocnica Alexandra Wintera, Piešťany

2-Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava

3-Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

#### Úvod

Venóznym tromboembolizmus (VTE, ktorý vznikne bez asociácie s jasne definovaným silným rizikovým faktorom), označujeme za nevyprovokovaný VTE. Môže byť jedným z prvých príznakov nádorového ochorenia u približne 10% pacientov.

#### Cieľ

Realizovať onkologický skrining a charakterizovať skupinu pacientov s nevyprovokovaným VTE so subsekventnou diagnózou maligného ochorenia.

#### Metódy

Prospektívne bolo sledovaných 57 konzekutívnych pacientov (vek  $60 \pm 14$  rokov, priemerný vek 59,8 rokov, 73,68% mužov, 26,32% žien) s nevyprovokovanou hĺbkovou žilovou trombózou dolných končatín sledovaných v angiologickej ambulancii Nemocnice Alexandra Wintera v Piešťanoch v r. 2014 – 2017. U všetkých pacientov sme následne realizovali onkologický skrining.

#### Výsledky

Z celkového počtu 57 pacientov s nevyprovokovanou hĺbkovou žilovou trombózou dolných končatín bolo počas 18-mesačného sledovania diagnostikovaných 5 onkologických ochorení, všetky u mužov (9% z celkového počtu zaradených pacientov a 12% mužov). Priemerný vek pacientov s nami diagnostikovanou malignitou bol 58,6 roka.

Priemerný čas stanovenia diagnózy maligného procesu bol 5,4 mesiaca od VTE epizódy. Onkologický skrining zrealizovaný do 30 dní od stanovenia diagnózy nevyprovokovaného VTE stanovil diagnózu karcinómu u jedného pacienta (1,75%). Počas sledovania nikto zo súboru nezomrel.

#### Záver

Prevalencia nádorového ochorenia v našom súbore pacientov s nevyprovokovaným VTE počas 18-mesačného sledovania bola 9%. Onkologický skrining u pacientov s VTE, prvotne považovaným za nevyprovokovaný, má potenciál detekovať okultne prebiehajúci maligný proces, čo následne prispieva k rozhodovaniu o druhu a dĺžke trvania antitrombotickej liečby.

klúčové slová: nevyprovokovaný venóznym tromboembolizmus, nádor, skrining

**2. Podpera T.**

### Mechanicko-chemická ablácia kŕčových žíl

*Mechanical-chemical ablation of varicose veins.*

Angiologické odd., FN Trenčín

Dominantným radikálnym spôsobom liečby kŕčových žíl bola dlho chirurgická liečba. Tá sa v súčasnosti čiastočne nahradila modernými, minimálne invazívnymi endovenóznymi metódami s dobrými výsledkami v oblasti účinnosti a bezpečnosti. Jednou z nich je aj mechanicko-chemická ablácia (MOCA), ktorej podstatu tvorí mechanické spôsobenie rotujúceho vláka za simultánnej aplikácie chemickej látky. Dostupných je viacero štúdií potvrdzujúcich výhody tohto synergizmu. V práci prezentujem skúsenosti použitím MOCA na prvých 48 pacientov ošetrovaných na našom pracovisku.

**3. Kubíková L., Szabóová E., Koščo M., Kubíková M.**

## Entrapment syndróm arteria poplitea ako príčina akútnej končatinovej ischémie u mladého pacienta

*Popliteal artery entrapment syndrome as a cause of acute limb ischemia in young patient.*

Klinika angiológie VÚSCH a LF UPJŠ Košice, Klinika cievnej chirurgie VÚSCH a LF UPJŠ Košice

### Úvod

Entrapment syndróm arteria poplitea je zriedkavá, avšak vyskytujúca sa patológia, ktorá sa prejavuje klaudikáciami a chronickou ischémiou dolnej končatiny, menej často ako akútny tepnový uzáver, často počas športového výkonu. Viac sú postihnutí muži prevažne v mladšom a strednom veku pri športových aktivitách.

### Kazuistika

V tomto príspevku prezentujeme kazuistiku 34-ročného muža, ktorý bol v januári 2018 na našom pracovisku hospitalizovaný pre akútnu končatinovú ischémiu na podklade entrapment syndrómu popliteálnej artérie. V príspevku sa venujeme diagnostike, liečbe a úspešnému riešeniu komplikácií, ktoré vznikli v súvislosti s traumatizáciou popliteálnej tepny.

### Záver

Entrapment syndróm môže mať závažné dôsledky, čo sa týka vitality končatiny, postihuje často mladých pacientov, preto je dôležité myslieť na túto diagnózu a zvoliť správny liečebný postup.

**17. Širila M.**

## Liečba pacienta so stenózou karotickej tepny vo svetle nových odporúčaní

*The treatment of patients with carotid artery stenosis according to current guidelines.*

Angiologické odd., FN Trenčín

Cieľom prednášky je poukázať na nové odporúčania

v diagnostike a liečbe pacientov so stenózou karotickej tepny a zhodnotiť ich dopad na doterajšiu nami indikovanú liečbu.

Stenóza arteria carotis interna (ACI) je najčastejšie spôsobená aterosklerózou a je to teda do veľkej miery civilizáčne ochorenie. Jedným z prejavov stenózy karotickej tepny je ischemická cievna mozgová príhoda (iCMP). CMP je 2. najčastejšia príčina smrti v Európe a až polovica pacientov postihnutých CMP je odkázaná na starostlivosť ostatných. Liečba stenózy karotickej tepny je rozdelená na liečbu konzervatívnu a liečbu revascularizačnú (karotická endarterektómia, karotický stenting). Medzi dominantné faktory, ktoré v minulosti určovali, ako budeme pacienta liečiť, patrili symptomatológia a stupeň stenózy. Dnes sa dostáva do popredia okrem symptomatológie najmä vulnerabilita ATS plátu a do určitej miery zatieňuje stupeň stenózy. Ako vedľajšie faktory, ktoré by mali ovplyvňovať, akým smerom sa liečba pacienta bude uberať, patria progresia stenózy, CT alebo MR verifikovaná cerebrálna mikroembolizácia ako nemý infarkt, klinika kontralaterálnej iCMP alebo TIA, USG verifikované veľké echolucenčné pláty s hypoechogénnym jadrom a MR verifikované nekrotické jadro AS plátu s hemorágiami, bohaté na lipidy.

V prípade, že pacienti aj s vyšším stupňom stenózy (nad 70 %), nespĺňajú uvedené faktory, mali by profitovať z konzervatívnej liečby pred agresívnou revascularizáciou.

**27. Maďarič J., Krivošíková Z., Maďaričová T., Gajdoš M., Káčerová K., Majerčík M., Drobný P., Horváthová M., Volkovová K., Staruchová M.**

## Profil a revascularizačný manažment pacientov s polyvaskulárnym postihnutím

*The characteristics and management of revascularization in patients with polyvascular disease*

1-Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, 2-Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

**Úvod:** Polyvaskulárne arteriálne postihnutie u pacientov s aterosklerózou je spojené so zhoršenou prognózou. Význam skríningu rizikových pacientov nebol preukázaný, avšak v niektorých situáciách

identifikácia asymptomatických lézií ovplyvňuje ďalší manažment. Cieľom práce bolo bližšie charakterizovať pacientov s multifokálnou ateroskleróznou analýzou laboratórnych a klinických parametrov.

**Metódy:** U 80 nasledujúcich pacientov (vek  $66 \pm 12$  rokov, M:F 52:28) sme vyšetrili štandardné biochemické parametre a lipidové spektrum (Vitros 250), sérové koncentrácie vitamínu D (25-OH Vitamín D ELISA, DLD) a K2 (Human vitamín K2 ELISA, My-Biosource), celkový antioxidantný status (OxiSelect TAC Assay Kit, Cell Biolabs), produkty pokročilej oxidácie proteínov (OxiSelect AOPP Assay, Cell Biolabs) a vybrané parametre endotelovej funkcie (Protein Array, RayBiotech). Na základe anamnézy, neinvazívnych a invazívnych diagnostických metód boli následne pacienti rozdelení do štyroch kategórií: skupina A – pacienti s polyvaskulárnym postihnutím definovaní postihnutím 3 a viac arteriálnych riečísk ( $n=16$ ), skupina B – pacienti s postihnutím 2 arteriálnych riečísk ( $n=7$ ), skupina C – pacienti so stenotickým postihnutím 1 riečiska ( $n=28$ ), skupina D – pacienti bez významného aterosklerotického postihnutia ( $n=29$ ). Postihnutie arteriálneho riečiska bolo definované stenózou v danej lokalite 50% a viac na základe USG, CT angiografie, alebo invazívnej angiografie. U pacientov so stenózou karotických artérií ( $n=33$ ) bolo realizované CT vyšetrenie karotíd s kvantifikáciou kalcifikačných zmien pomocou Agatstonovo skóre.

**Výsledky:** Skupina pacientov s polyvaskulárnym postihnutím (A) bola charakterizovaná vyšším vekom ( $69 \pm 8$  vs  $62 \pm 14$  rokov,  $p=0.01$ ), nižšou koncentráciou vitamínu D ( $18 \pm 8$  vs  $25 \pm 8$  ng/ml,  $p=0.007$ ), vitamínu K2 ( $0.9 \pm 0.6$  vs  $2.3 \pm 2.6$  nmol/l,  $p=0.008$ ) a HDL cholesterolu ( $0.86 \pm 0.2$  vs  $1.22 \pm 0.4$  mmol/l,  $p=0.001$ ), v porovnaní so skupinou bez závažného aterosklerotického postihnutia (D), a to bez ohľadu na glomerulárnu filtráciu obličiek (GF). U pacientov so zníženou GF ( $n=11$ ) významne negatívne korelovala koncentrácia vitamínu D so sérovou koncentráciou fosfátu (sP) ( $r=-0.80$ ,  $p=0.003$ ). Koncentrácia sP korelovala s rozsahom kalcifikačných zmien karotických artérií detekovaných CT vyšetrením ( $r=0.52$ ,  $p=0.007$ ).

**Záver:** Pacienti s multifokálnou aterosklerózou sú charakterizovaní deficitom vitamínu D a vitamínu K2, ako aj nízkou sérovou koncentráciou HDL cholesterolu. Zvýšené koncentrácie sérového fosfátu indukujú rozvoj arteriálnych kalcifikácií. Intervenčný

manažment pacientov s polyvaskulárnym postihnutím je individuálny, s prihliadnutím na dominujúcu symptomatológiu, hemodynamickú závažnosť lézií, lokalitu postihnutia a prítomné komorbidity.

### 30. Šumaj M.

## Venózny vred predkolenia – aká je najlepšia klinická prax?

### Leg ulcer – what is the best clinical practice?

Angiologická ambulancia, FN Trenčín

Asi 1 – 2% dospeljej populácie trpí na venózny vred predkolenia.

Neliečené vedy môžu vyústiť do dlhotrvajúcich, bolestivých, nepríjemne zápachajúcich a kvalitu života znižujúcich rán.

Starostlivosť o týchto pacientov stojí ročne 2% z celkového množstva financií určených na zdravotnú starostlivosť.

V prednáške je prehľad aktuálne odporúčaných najlepších medicínskych postupov, problémové situácie pri manažmente vredu predkolenia – možnosti ich riešenia.

Prezentované sú výsledky nedávno publikovanej štúdie EVRA (Early Venous Reflux Ablation Ulcer Trial) a aktualizované odporúčania na používanie venoaktívnych liečiv.

### 31. Džupina A. ml.

## Diagnostika a liečba lymfedému dolných končatín na Slovensku

### Diagnosics and treatment of lower limb lymphedema in Slovakia

Antolská nemocnica, Bratislava

Diagnosics of lymphedema consists of basic procedures as taking medical history, clinical examination, duplex USG, CT or MRI and dynamic lymphoscintigraphy. Diagnosics of lymphedema has to be a multidisciplinary cooperation of General Practitioner, Dermatologist, Angiologist and Physiatrist. People with lymphedema disease are often underdiagnosed or are overdiagnosed by specialities that do not have lymphedema in their clinical field.

Conservative treatment of lymphedema is based on complete decongestive therapy (CDT). The main point of CDT is to reduce the swelling of the limb, reduce its volume and bring relieve to patient's discomfort. CDT consists of manual lymphdrainage, compressive treatment, exercises and skin hygiene and machine lymphatic drainage. The key point in the CDT is pressure, which is essential for the treatment. The role of patient's compliance is key in the process of treatment.

The reimbursement of lymphedema treatment in Slovak republic is a complex and complicated topic. Patients do get reimbursement for compression stockings twice a year, do get 10 hand made lymphatic massages and 10 machine lymphatic massages twice a year at the department of Physiatry. They also may get reimbursed for pneumatic compression device (PCD) for home treatment.

The EDEMA plus study was done in 2016 in Slovakia among patients with lymphedema and brought shocking results. Most of the patients with lymphedema in Slovakia do not have information about accurate treatment and were not treated with principles of CDT. This has to be changed and information about diagnostics and treatment of lymphedema have to be widely spread among doctors and patients.

#### 40. Mazuch J.

### Stratégia liečby masívnej pulmonálnej tromboembólie

#### *Massive pulmonary embolism – the strategy of the treatment.*

Chirurgická klinika a Transplantačné centrum JLF UK a UNM Martin

Cieľom liečby masívnej pulmonálnej tromboembólie (MPTE) je dosiahnuť čo najrýchlejšiu dezobštrukciu pľúcneho riečiska a stabilizovať hemodynamiku pacienta.

O masívnej pľúcnej embolizácii hovoríme vtedy, keď ide o obštrukciu pľúcneho riečiska tromboembolmi viac ako 50 %, prítomná je dysfunkcia pravej komory srdca s pravostranným preťažením a zvýšenou hladinou troponínov a šokovým stavom.

Pre objektivizáciu diagnózy sú k dispozícii zobrazovacie metódy: CT-angio, angiopulmografia, EKG,

echokardiografia a hemodynamické merania, centrálny venózy tlak (CVT), TK, stredný tlak v truncus arteria pulmonalis.

Liečbu MPTE možno rozdeliť na:

1. liečbu podpornú
2. liečbu antikoagulačnú
3. liečbu trombolytickú
4. liečbu chirurgickú
5. katérovú embolektómiu v rámci intervenčnej vaskulárnej rádiológie (sukcia, pulverizácia embolov, lokálna lýza)
6. preventívne výkony na v. cava inferior

O indikáciách liečby rozhoduje závažnosť klinického obrazu MPTE, rozsah embolizácie a nakoniec aj možnosti a skúsenosti konkrétneho pracoviska.

Autor na základe vlastných prípadov demonštruje klinické výsledky liečby MPTE.

#### 41. Petrovič T.

### 30-dňová mortalita u pacientov s podozrením na pľúcnu embóliu

#### *30 days-mortality in patients with PE suspicion.*

V. interná klinika LF UK a UNB, Ružinov, Bratislava

**Úvod:** Akútna pľúcna embólia je pomerne časté, potencionálne fatálne ochorenie. Autori si dali za cieľ skúmať 30-dňovú mortalitu u pacientov s podozrením na pľúcnu embóliu.

**Pacienti a metódy:** Do súboru bolo zahrnutých 286 pacientov prijatých do nemocnice pre dýchavicu. Okrem 30-dňovej mortality autori sledovali aj vzťah laboratórnych parametrov, ktoré sa bežne u pacientov s dýchavicou vyšetrujú (CRP, D-dimér, troponín T a NTproBNP), k prítomnosti pľúcnej embólie a vzťah uvedených parametrov ku 30-dňovej mortalite v podskupine pacientov s dokázanou pľúcnou embóliou či v podskupine bez nej.

**Výsledky:** V skupine pozorovaných 286 pacientov sme konštatovali embóliu do arteria pulmonalis (AP) u 175 pacientov, zatiaľ čo u 111 bol CT pulmoangiografický nález negatívny. Z vyšetrených laboratórnych parametrov sme zistili, že štatisticky významný rozdiel bol len v hladine D-dimérov



– skupina pacientov bez embólie mala hladinu 4,995 ug/ml, pokým u pacientov s embóliou bola 7,456 ug/ml ( $p=0,0001$ ) a hladine C-reaktívneho proteínu (48,828 mg/l vs. 55,963 mg/l,  $p=0,0032$ ). V skupine s embóliou do AP existovalo do 30 dní od príchodu do nemocnice 6 (3,61%) pacientov, v skupine bez dokázanej embólie do AP existovalo 16 (17,4 %), pacientov,  $p=0,0002$ . Vplyv sledovaných parametrov na mortalitu u pacientov v podskupine s potvrdenou embolizáciou do AP sa nedá vzhľadom na malý počet zomretých (6) vyhodnotiť. V skupine pacientov bez zistenej embólie do AP sa štatisticky významný vplyv jednotlivých sledovaných parametrov na 30-dňovú mortalitu nepreukázal

**Záver:** Negatívny CT pulmoangiografický nález u dýchavičných pacientov s podozrením na embóliu do arteria pulmonalis predstavoval v našom súbore štatisticky významne vyššie riziko úmrtia do 30 dní od vyšetrenia (3,61% vs 17,4% pacientov,  $p=0,0002$ ).

## 42. Slonková V.

### Konzervatívna liečba bérkových ulcerácií venózne etiológie

#### *Conservative treatment of venous ulcers.*

I. dermatovenerologická klinika FN u sv. Anny a LF MU, Brno, ČR

Bérkové ulcerácie žilnej etiológie predstavujú závažný zdravotný problém. Jejich prevalence sa udáva 1 – 2% populácie. Bérkové ulcerácie výrazne snižujú kvalitu života pacientů.

Konzervatívna liečba žilných bérkových vředů zahrnuje lokálnu terapiu, farmakologickú terapiu a kompresiu. Lokálna terapia vychádza z obecných princípů hojenia rán. Veľký význam má príprava spodiny rány – je treba provést debridement, ďalej je nutno liečiť infekciu a zánět v ráně, potom je nevyhnutné udržet v ráně stále vlhké prostredie a nakoniec je treba podpořit epitelizáciu.

Ve farmakologickej liečbe sa uplatňuje mikronizovaná purifikovaná flavonoidná frakcia (MPFF), pentoxifyllín a sulodexid. V roku 2014 bola publikovaná nová doporučená liečba CVD. Došlo ke zmene klasifikácie venoaktívnych lieků (VAD) s ohľadom na jejich bezpečnosť a účinnosť. Mikronizovaná

purifikovaná flavonoidná frakcia (MPFF) zůstává jediným VAD, který je doporučován u léčby žilních bérkových vředů.

Kompresivní terapie je základem léčby bérkových vředů žilnej etiológie. Standardně se doporučuje vícevrstevná komprese s použitím krátkotažných obinadel, polstrovacího materiálu a bavlněného tubulárního obvazu. Problémem je špatná compliance pacientů s tímto typem komprese. Proto byly vyvinuty nové způsoby komprese, a to kompresivní systémy obinadel a kompresivní pomůcky. Kompresivní systémy obinadel jsou složeny z různých materiálů, jsou tvořeny více vrstvami a jsou neelastické. Vždy je aplikuje proškolený zdravotní personál, zůstávají na končetině po dobu 5 – 7 dnů a vedou k rychlému hojení ulcerací. Kompresivní pomůcky jsou na rozdíl od výše zmíněných kompresivních systémů určeny na opakované použití. Jejich hlavní předností je jednoduchá aplikace pacientem, přičemž je vždy zajištěn adekvátní tlak pod bandáž. Nové možnosti komprese výrazně zlepšují adhezi pacienta k léčbě a urychlují hojení žilních bérkových vředů.

## 43. Babořthová S., Zúbek V., Skladaný L., Wild A., Okapec S.

### Patří hluboká žilová trombóza do diferenciální diagnostiky teploty nejasnej etiológie?

#### *FUO – is the DVT diagnose included in the differential diagnostics?*

Angiologická ambulance, FN sP F. D. R. Banská Bystrica

**Klíčové slová:** hluboká žilová trombóza, teplota nejasnej etiológie, embolia do arteria pulmonalis

Pacientka vo veku 20 rokov s negatívnym predchorobím, s anamnézou užívania hormonálnej antikoncepcie, mala od konca marca 2018 bolesti lumbálnej oblasti vpravo a subfebrilitu, po niekoľkých dňoch jej prípučla pravá dolná končatina. Prijatá bola s diagnózou extenzívnej flebotrombózy VIC a VIE s prechodom na VFC a VF na II. Internú kliniku SZU FN sP F. D. R. Banská Bystrica. Nastavená bola na liečbu DOAK – eliquis a pre gynekologické krvácanie pri vaginálnej mykóze preliečená antimykotikami. Prepustená bola po odmietnutí invazívnej

liečby domov so zaznamenanou regresiou objemu, ale pretrvávajúcimi subfebrilitami. Následne bola vyšetrená opakovane v Angiologickej ambulancii SUSCH s odporúčením doriešenia stavu pre pretrvávajúce febrilit ďalšou hospitalizáciou na Internej klinike. V pátraní sme využili spektrum zobrazovacích, laboratórnych aj endoskopických vyšetrení. Pacientke sme pre progresiu trombózy na distálne crurálne riečiško a plánované vyšetrenia zmenili na liečbu LMWH – pri ktorej bola zaznamenaná neúčinná hladina antiXa s potrebou „neadekvátneho“ navyšovania liečby, keďže bola potvrdená aj embolizácia do arteria pulmonalis **S8 I.dx.** bez hemodynamickej závažnosti. Empiricky bola preliečená kombináciou antibiotík bez efektu, súběžne prebehla akútna hepatitída – zvažovaná DILI (drug induced liver injury) – sérologicky potvrdenú hepatitídu E infektológ označil za nekauzálnu. Po necelých 4 týždňoch došlo k spontánnemu ústupu febrilit. Okrem zápalových zmien v oblasti venózneho systému ani PET CT vyšetrenie nepotvrdilo inú léziu v organizme. Pacientka bola nastavená na liečbu warfarínom – plánujeme hematologické testovanie vrátane pátraní po príčine neúčinnosti liečby LMWH dávkovanej na hmotnosť metodikou kontroly anti Xa – keďže podobný fenomén nie je ojedinelý.

**Flebotrombóza v.iliaca comunis, externa, v.femoralis I.dx. (femoralis communis, superficialis aj profunda), s výpadom sýtenia pre trombus a so zápalovými zmenami stien (SUVmax 3,08). Mierne akcentované v.s. reaktívne LU v retroperitoneu a parailicky vpravo (SUVmax 2,83).**

MUDr. Pavol Povinec, PhD.      MUDr. Miroslav Čík  
 primár PET centra              MUDr. Roman Hajtš  
 pre Dr MAGNET s.r.o.

#### 44. Kopalová I.

### Diferenciálna diagnostika cievnych anomálií v ambulatnej praxi

*Differential diagnostics of vascular abnormalities in the outpatient office.*

Angiologická ambulancia, Medivasa s. r. o., Žilina

Vaskulárne anomálie u detí a dospelých predstavujú

široké spektrum cievnych ochorení, ktoré sa môžu prezentovať ako nezávažné kozmetické zmeny na strane jednej až po život ohrozujúce, rozsiahle cievne malformácie na strane druhej. Podľa aktuálnej klasifikácie platnej od roku 2014 sa cievne anomálie delia do dvoch základných skupín na malformácie a tumory. Odlíšenie týchto dvoch entít je pre ďalší osud pacienta kľúčové. Cievne malformácie sa odlišujú od hemangiómov nielen anatomicky, histologicky a patofyziologicky, ale aj svojím odlišným klinickým priebehom. Od ich typu a lokality závisí riziko komplikácií aj spôsob liečby. Môžu sa vyskytovať kdekoľvek na tele, na povrchu aj v hlbokých štruktúrach bez viditeľných zmien kože. Nepresná nomenklatúra a zavádzajúce historické názvy (univerzálny názov „hemangióm“), ktoré súviseli s nedostatkom informácií a obmedzenými riskantnými možnosťami liečby, prispievali dlhé roky k nesprávnej diagnóze a rozpakom pri rozhodovaní o terapeutickom postupe nielen na Slovensku, ale aj v zahraničí. Za ostatné obdobie medicínsky výskum v tejto oblasti významne napredoval a ponúka už niekoľko rokov nové diagnostické aj liečebné možnosti. Špecializovaná liečba týchto ochorení je sústredená v centrách, ich prvotný záchyt a správna pracovná diagnóza však závisí na erudícii lekárov v blízkosti bydliska pacienta. V ambulancii angiológa sa takýto detskí aj dospelí pacienti vyskytujú stále častejšie a sú veľkou výzvou. Pri hodnotení cievnych anomálií u dospelých umožňuje anamnéza, fyzikálne a ultrasonografické vyšetrenie stanoviť správnu diagnózu u väčšiny pacientov. U novorodencov a dočiat je situácia problematickejšia, pretože nález sa veľmi rýchlo dynamicky mení a spočiatku je ťažšie léziu zaradiť. V prednáške prezentujem prehľad diagnostických možností pri vyšetrowaní týchto pacientov v ambulatnej angiologickej praxi.

**45. Rašiová M.<sub>1,2</sub>, Farkašová L.<sub>1</sub>, Habalová V.<sub>3</sub>, Tkáč I.<sub>2</sub>**

## **Distribúcia promótorového polymorfizmu génu kódujúceho matrix metaloproteinázu-3 u pacientov s aneuryzmou abdominálnej aorty a s diabetes mellitus**

*Distribution of the promotor polymorphism of the gene for the matrix metaloproteinase-3 in patients with AAA and DM.*

1-Angiologická klinika, LF UPJŠ, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Košice  
2-IV. interná klinika LF UPJŠ a UNL. Pasteura, Košice  
3-Ústav lekárskej biológie, LF UPJŠ, Košice

**Pozadie problematiky a cieľ:** Diabetes mellitus (DM) je hlavným rizikovým faktorom aterosklerózy, na druhej strane metaanalýzy dokumentujú jeho negatívnu asociáciu s prítomnosťou, progresiou a ruptúrou aneuryzmy abdominálnej aorty (AAA). Matrix metaloproteináza-3 (MMP-3) sa podieľa na degradácii proteínov extracelulárnej matrix a zohráva kľúčovú úlohu v patogeneze AAA. Pacienti 5A homozygoti v *MMP3* rs3025058 polymorfizme majú takmer 2-násobne vyššiu transkripčnú aktivitu *MMP3*, ich aortálna stena obsahuje vyššie koncentrácie MMP-3 a podľa metaanalýz majú 1,5-násobne vyššie riziko AAA. Naopak 6A/6A genotyp je asociovaný so 40% nižším rizikom AAA. Cieľom štúdie bolo porovnať distribúciu jednonukleotidového polymorfizmu *MMP3* rs3025058 u pacientov s AAA a s/bez diabetes mellitus (DM).

**Metódy:** Štúdia zahŕňala 117 pacientov s AAA, pacienti s DM tvorili 28,2% (n=33) pacientov s AAA. Materiál bol prospektívne získavaný v období od 26. 6. 2016 do 31. 12. 2017. Genotypizácia bola realizovaná pomocou polymerázovej reťazovej reakcie v reálnom čase (real – time PCR) s následnou analýzou kriviek topenia s vysokým rozlíšením (HRMA – high resolution melting analysis) v prítomnosti neznačenej sondy. Štatistické analýzy boli realizované v programe SPSS 21 (IBM SPSS Statistics 21).

**46. Gmitrov J.**

## **Prečo by sa mala stratégia liečby diabetu 2. typu radikálne zmeniť**

*Why should be diabetes 2 treatment strategy radically changed.*

Diabetologická ambulancia, NsP Krompachy

Insulin resistance (IR) is a root cause of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) appearing years before the outbreak of hyperglycemia. On molecular level, a complex impairment of various biochemical processes occurs, the most important being the failure of phosphatidylinositol 3-kinase enzymatic chain responsible for activation of glucose transporters and endothelial nitric oxide (NO) synthesis. Therefore, in IR states defect of glucose utilization is coupled with NO deficit and severe vasodilatory dysfunction. However, majority of drugs to treat T2DM (sulfonylureas or high doses of insulin) even spin up the vicious circle between IR, endothelial NO deficit and sympathetic overactivity, reflected by aggravated obesity dyslipidemia and arterial hypertension, generating a huge body of residual cardiovascular risk (75-80%) left behind tight glycemic control. Gluco-centric paradigm of T2DM treatment should be therefore revised in favor of pathophysiologic approaches with drugs selected to address multifactorial risk, simultaneously affecting different components of diabetes pathophysiology, to achieve hypoglycemic goals without worsening obesity and IR, for example with dual or triple combinations (with dosage adjusted to glycemia) such as: *metformin + SGLT2 inhibitor + GLP-1 agonist* (1). The property of arterial baroreflex-mediated vascular sympathetic withdrawal amplify vessel sensitivity to NO suggested to be a breaking point to uncouple the vicious circle between sympathetic overactivity, NO deficit and IR (2), the cornerstone of a spectrum cardiometabolic conditions including arterial hypertension and T2DM.

1. Gmitrov J. *Rom J Diabetes Nutr Metab Dis* 24(3):263-272, 2017.

2. Gmitrov J. *American Diabetes Association 76th session, New Orleans 2016. Diabetes* 65(Suppl 1):A120, 2016.

**49. Dostálová K.**<sup>1,2,3</sup>, **Kukučková L.**<sup>2,3</sup>,  
**Ponošová D.**<sup>2</sup>, **Petráško P.**<sup>2,3</sup>, **Kmetová M.**<sup>2</sup>,  
**Moricová Š.**<sup>1,2</sup>, **Makara P.**<sup>3</sup>

## Obezita komplikuje zdravotnícku starostlivosť

*Obesity makes health care complicated.*

1-Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

2-Oddelenie dlhodobó chorých, Nemocnica akadémika L. Déřera, UNB

3-Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS

Obezita vedie k závažným akútnym aj dlhodobým zdravotným následkom. Súťaží s fajčením o prvenstvo v etiológii predčasnej smrti. Obezita zvyšuje náklady aj sociálnu starostlivosť.

U obézneho pacienta je potrebné sa vyrovnáť napríklad s problematickým odberom krvi či technickými ťažkosťami pri realizácii zobrazovacích vyšetrení, sklonom k infekčným komplikáciám, inkontinenciou, imobilitou. Zložité je dávkovanie liekov, operačné výkony, hojenie rán. Sú krajiny, kde obézny pacient môže mať problém získať zdravotné poistenie alebo je nútený zaplatiť vyššie poistené.

Problematiku ilustrujeme kazuistikou 62-ročnej extrémne obéznej pacientky, ktorá bola hospitalizovaná na Oddelení dlhodobó chorých. Pacientka bola bývalá fajčiarka, hypertonička, po infarkte myokardu s implantovaným kardiostimulátorom, diabetička, niekoľko rokov v chronickom dialyzačnom programe, ktorá bola odoslaná všeobecným lekárom pre respiračný infekť a kardiálne zlyhávanie. Pri prijíme pacientka pri výške 157 cm udávala hmotnosť 120 kg, čo nebolo možné verifikovať pre imobilitu. Odmerali sme obvod pásu, ktorý bol 160 cm. Vzhľadom na extrémnu obezitu boli počas hospitalizácie sťažené všetky vyšetrovacie, ako aj terapeutické výkony. Rovnako ošetrovanie si vyžadovalo zvýšené úsilie, miestami sme čelili až neriešiteľným situáciám. Raz nadránom sa pacientka zošuchla z postele a počas troch hodín ju aktuálne prítomný personál nebol schopný premiestniť späť na lôžko. Žiaľ, po 24 dňoch hospitalizácie napriek nadmernému úsiliu celého kolektívu oddelenia pacientka zomrela.

Epidemiologický vývoj naznačuje, že systém

zdravotnej starostlivosti by sa mal pripraviť na zvládanie extrémnej obezity. Je zrejme, že čím ďalej tým viac nebudú postačovať zdroje na zvládanie zdravotnej starostlivosti o extrémne obézných pacientov.

**50. Rašiová M.**<sup>1,2</sup>, **Koščo M.**<sup>1</sup>, **Moščovič M.**<sup>1</sup>,  
**Kačureková L.**<sup>1</sup>, **Tormová Z.**<sup>1</sup>, **Grořčíková J.**<sup>1</sup>,  
**Lišuchová N.**<sup>1</sup>

## PET-CT a jeho miesto v angiológii

*PET-CT and its role in the angiology.*

1-Angiologická klinika, LF UPJŠ, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Košice

2-IV. interná klinika LF UPJŠ a UNL. Pasteura, Košice

PET – CT vyšetrenie hodnotí metabolickú aktivitu tkanív. V angiológii sa dominantne využíva v diagnostike a sledovaní efektu liečby vaskulitíd postihujúcich veľké cievy a pri diagnostike infekcií cievnych protéz/stentgraftov. Nezastupiteľné miesto má v sledovaní efektu onkologickej liečby zriedka sa vyskytujúcich malignít postihujúcich žilový systém. Príspevok bude analyzovať súčasné využitie a perspektívy PET-CT v diagnostike vaskulárnych ochorení.

**52. Palesch L., Eliášová E.**

## Manažment starostlivosti o pacienta s kritickou končatinovou ischémiou po transplantácii autológnych kmeňových buniek

*The nursing management of patients with critical limb ischemia after autologous bone marrow transplantation.*

Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s. Bratislava

Transplantácia kmeňových buniek u pacientov s kritickou končatinovou ischémiou je stále rozvíjajúcou sa a nádejnou liečebnou metódou zameranou na prevenciu končatinovej amputácie, ústup pokojových bolestí a hojenie ischemických defektov.

Výsledky doposiaľ realizovaných štúdií preukázali bezpečnosť, avšak v niektorých parametroch stále otáznou efektívnosť ich použitia pri indukcii terapeutickú angiogenézu a tým často záchranu končatiny. V prezentácii autori približujú možnosti, postup liečby a ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov pri a po transplantácii kmeňových buniek na angiologickom pracovisku.

**Kľúčové slová:** Kmeňové bunky, angiogenéza, transplantácia KB, kritická končatinová ischémia.

**53. Lehoczká D., Staroňová K.**

## **Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov počas endovaskulárnej liečby hlbkej žilovej trombózy**

*The nursing of patients during the endovascular treatment of deep vein thrombosis.*

Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s. Bratislava

Pri liečbe pacientov s extenzívnou hlbkovou žilovou trombózou (HŽT) poskytuje intervenčná angiológia v súčasnosti mimoriadny arzenál terapeutických možností, pričom jej cieľom je rýchle obnovenie odtoku krvi hlbkovým žilovým systémom postihnutej končatiny, zachovanie funkcie chlopňového systému a súčasne prevencia rozvoja potrombotického syndrómu. Cieľom našej práce je popísať manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s HŽT na angiologickej jednotke intenzívnej starostlivosti priebehu endovaskulárnej liečby.

**Kľúčové slová:** hlboká žilová trombóza, sledovanie pacienta, trombolýza

**54. Rónayová I.**

## **Pohľad sestry pri ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov so stenózou A-V fistuly**

*The nursing in a patient with AV fistule stenosis – from the perspective of the nurse.*

Angiologická klinika – JIS, VÚSCH, a. s. Košice

Hemodialýza je mimotelové čistenie krvi, ktoré sa

vykonáva pomocou prístroja. Pre tento spôsob liečby je nevyhnutné zabezpečiť vytvorenie cievného prístupu t. j. našitie AV fistuly, čo je malý chirurgický zákrok. **A-V fistula** je artério-venózna spojka, do ktorej sa zavádzajú dve ihly. Jednou ihlou sa odvádza krv do dialyzačného prístroja a druhou sa očistená krv vracia k pacientovi. Cievný prístup je nevyhnutnou podmienkou dostatočného prítoku krvi. Ak tento cievný prístup zlyhá a stane sa nefunkčným jednou z možností spriechodnenia AV fistuly je angioplastika balónikom alebo stentom. Ide o invazívnu techniku umožňujúcu dilatáciu krátkych stenóz, má dominantné postavenie v liečbe stenóz AVF, jej úspešnosť je 60 % – 90 %. Výhodou je, že sa môže opakovať niekoľkokrát, trvá cca 30 – 120 minút. Za priaznivý výsledok angioplastiky sa považuje stenóza < 30 %. Ak zlyhá aj spriechodnenie AVF, dočasne sa môže previesť aj zavedenie centrálného venózneho katétra do vnútornej jugulárnej vény, tento tzv. PermCath sa môže používať po dobu šiestich až dvanástich mesiacov. Výhodou angiologickej práce je, že lekár môže pod röntgenom skontrolovať spoľahlivé umiestnenie špičky PermCathu. Včasným spriechodením cievného prístupu k hemodialýze sa zlepšuje pacientova kvalita života aj jeho renálne parametre.

**Cieľom** práce je poskytnúť sestram informácie o spôsobe metódy spriechodnenia uzáveru AV fistuly. V práci ide najmä o poukázanie na samotný intervenčný výkon a na ošetrovateľskú starostlivosť pred intervenčným výkonom, počas výkonu a po výkone pacienta, ktoré sa realizujú na oddelení intenzívnej starostlivosti.

**Súborom** sú pacienti, ktorí sú indikovaní na intervenčný zákrok na spriechodnenie AV fistuly angioplastikou. Títo sú hospitalizovaní na Klinike angiológie – JIS.

**Metodika** – popísať angioplastiku AV fistuly a ošetrovateľskú perioperačnú starostlivosť.

**Záverom** práce je poukázať na túto metodiku liečby a na jej prínos pre pacienta.

**Kľúčové slová:** Hemodialýza. Stenóza AV fistuly. Ošetrovateľská perioperačná starostlivosť.

**55. Kandráčová A., Krištofová M.**

## Ošetrovateľské intervencie u pacientov s disekujúcou aneuryzmou hrudnej aorty

*The interventions of a nurse in patients with dissections of the thoracic aorta*

Angiologická klinika – JIS, VÚSCH, a. s. Košice

Angiologické oddelenie je najmladším oddelením VÚSCH, a. s. a zaoberá sa diagnostikou a liečbou pacientov s ochoreniami tepien a žíl. Na intervenčnej sále sa realizuje široké spektrum intervencií, jedným z inovátnych špecializovaných výkonov je aj implantácia stentgraftu na najväčšej tepne – aorte. Aorta je najväčšou namáhanou cievou v organizme človeka. V hrudníku hovoríme o hrudníkovej aorte – torakálnej a po prechode bránicou do brucha o brušnej aorte – abdominálnej. Hrudníková aorta sa delí na 3 časti: vzostupnú – ascendentnú, oblúk aorty a zostupnú časť – descendentnú. Medzi najčastejšie ochorenia sa považujú disekcia aorty a aneuryzma, ide o závažné ochorenia. Včasná, precízna diagnostika a liečba predlžuje život a zlepšuje pacientovu kvalitu života.

**Cieľom** práce je poskytnúť informácie o endovaskulárnej liečbe ochorení aorty. Objasniť jej princíp a spôsob. Poukázať a zdôvodniť špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť pred intervenčným výkonom, po výkone a po prepustení pacienta s dôrazom na edukáciu, ktorú vykonávajú vysoko erudované sestry.

**Súborom** sú pacienti, diagnostikovaní a indikovaní na intervenčný zákrok. Títo sú hospitalizovaní na angiologickej jednotke – JIS.

**Metodika** – popísať implantáciu stentgraftu, ktorá vyvolá trombotizáciu v postihnutom mieste bez nutnosti operácie.

**Záverom** práce je poukázať na túto novú metódu liečby a na jej prínos.

**Kľúčové slová:** špecifická ošetrovateľská starostlivosť. Aneuryzma aorty. Disekcia aorty. Endovaskulárna liečba. Implantácia stentgraft.

**56. Kamenská K., Lašáková E.**

## Náš zákazník – náš pán

*Our customer – our master.*

Čiastočne úsmevnou formou sme prezentovali špecifiká cievného pacienta a z nich vyplývajúce nároky na sestru pracujúcu pri jeho lôžku. Vychádzali sme z praktických skúseností a percentuálnej štatistiky. Cieľom bolo poukázať na náročnosť danej práce a poďakovať sa obetavým sestram, ktoré ju vykonávajú.

**58. Dostálová K., Moricová Š.**

## Diabetická noha ako prvá známka diabetes mellitus

*The diabetic foot as the first sign of DM.*

Fakulta verejného zdravotníctva, SZU Bratislava

Diabetická noha je závažnou komplikáciou cukrovky. Kazuistikou ilustrujeme, že z dôvodu pacientovho zanedbania preventívnych vyšetrení sa diabetická noha môže stať prvým symptómom cukrovky.

70-ročný muž, povoláním lekár, sa systematicky vyhýbal preventívnym vyšetreniam u všeobecného lekára. Pacient, celoživotne športovec, rád pracuje v záhrade, si zvykol často chodiť naboso. Pred dovolenkou pri mori však podľahol naliehaniu manželky, tiež lekárky, aby absolvoval suchú pedikúru. Počas dovolenky mal drobný plážový úraz – stúpil na morského ježka. Rana na chodidle sa mu nehojila, neskôr poprosil o radu kolegu dermatovenerológa, ktorý primár pacienta k vyšetreniu glykémie. Vyšetrenie potvrdilo diabetes mellitus a pacient sa začal liečiť metformínom pri nie celkom optimálnom dodržiavaní diabetickej diéty. Po niekoľkých ďalších týždňoch sa rozhodol navštíviť angiologickú ambulanciu, kam sa dostavil s ulceráciou pod hlavičkou I. metatarzu ľavej aj pravej končatiny, ako aj ulcerácie v medziprstí ľavej dolnej končatiny. Kvôli suspektnej osteomyelitíde chirurg zvažoval amputáciu. V angiologickej ambulancii sa doplnilo aj vyšetrenie, dovtedy nikdy nerealizované, prostatického špecifického antigénu, ktorý bol významne zvýšený. Urológ doplnil biopsiu, CT a MR, ktoré verifikovali adenokarcinóm prostaty. Pacient sa úspešne podrobil brachyterapii a hormonálnej liečbe. Zároveň chirurg zvládol hojenie bez nutnosti amputácie.

Napriek tomu, že náš zdravotný systém vytvára

všetky predpoklady pre včasné zachytenie diabetu, nie všetci pacienti sa skríningu podrobujú. Tak sa môže stať, že sa diabetes mellitus môže diagnostikovať až po vzniku diabetickej nohy. Čím starší je pacient, tým je pravdepodobnejšie, že súčasne objavíme aj ďalšie závažné ochorenia, dokonca v pokročilom štádiu.

### 59. Širila M.

## Endovaskulárne možnosti liečby kritickej končatinovej ischémie

### *The endovascular treatment options of patients with critical limb ischemia*

Angiologické oddelenie, FN Trenčín

Cieľom prednášky je zhodnotiť a poukázať na možnosti endovaskulárnej liečby a zistiť percento dosiahnutej revaskularizácie a s tým súvisiace dosiahnutie hojenia končatiny.

Jednou z najčastejších príčin kritickej končatinovej ischémie je diabetes mellitus a s tým spojená diabetická angiopatia. Diabetická angiopatia nesie so sebou viaceré špecifiká, ako je multietážovosť postihnutia, kalcinóza cievnej steny a postihnutie pedálneho oblúka a mikrocirkulácie.

Diabetický defekt je rovnako nezriedka zmiešaného charakteru – neuro-ischemický.

Endovaskulárna liečba je teda špecifickejšia a komplikovanejšia ako pri nediabetickom aterosklerotickom postihnutí a mala by byť komplexná.

V našom súbore pacientov sa dosiahol vysoké percento hojenia defektu aj napriek nie vždy optimálnej možnosti revaskularizácie.

### 66. Pokorná V., Bodíková S., Takács R.

## Akútna končatinová ischémia ako následok paradoxnej embolizácie

### *Acute limb ischemia due to paradoxical embolism.*

IV. interná klinika LF UK a UN Bratislava

67-ročná pacientka, 2 mesiace po operácii ľavého kolena, bola prijatá na IV. internú kliniku pre dýchavicu a CTAG potvrdenú embolizáciu do arteria

pulmonalis (PE) s intermediárnym rizikom. Začatá bola antikoagulačná liečba LMWH. Súčasne pacientka udávala parestézie a pocit chladu v ľavej hornej a dolnej končatine. Objektívne neboli hmatné pulzácie na a. radialis, a. dorsalis pedis a a. tibialis posterior, dopplerovsky zachytený monofázický tok. CTAG aorty verifikovalo obliteráciu a. subclavia vľavo, čo bolo potvrdené aj CDUS vyšetrením. CDUS arteriálneho a venózneho systému dolných končatín bola ďalej zistená obliterácia a. femoralis communis vľavo a hlboká žilová trombóza vo vena poplitea vľavo. Transtorakálnym echodiagnostickým vyšetrením bola pravá komora bez dilatácie, defekt predsieňového septa nebol detegovaný, tento bol potvrdený až neskôr pri transezofageálnom vyšetrení. Multidisciplinárnym konziliom angiológa, cievného chirurga a intervenčného rádiológa bolo rozhodnuté o podaní systémovej trombolýzy alteplázou podľa protokolu na liečbu PE. Systémová trombolýza bola s dobrým efektom na PE aj arteriálny systém hornej aj dolnej končatiny. Trombóza vo v. poplitea vľavo ostala nezmenená.

### 68. Čelovská D., Štvrtinová V.

## Vaskulitidy veľkých ciev

### *Vasculitis affecting big arteries.*

I. interná klinika UNB a LF UK, Bratislava

Súhrn

Vaskulitidy predstavujú heterogénnu skupinu chorôb. Pre vaskulárnu medicínu sú doménou vaskulitidy veľkých ciev (VVC), Takayasuova arteritída a obrovskobunková arteritída, ktoré sú charakterizované imunitne sprostredkovaným systémovým granulomatóznym zápalom aorty a jej vetiev. Tieto vaskulitidy pravdepodobne predstavujú dve tváre jednej chorobnej jednotky odlišujúce sa vekom nástupu choroby. Pre VVC sú typické dve fázy choroby, iniciálna akútna systémová fáza a následne štádium vaskulárnych komplikácií. Z časového hľadiska sa tieto dve štádiá choroby môžu čiastočne prekrývať, inokedy je medzi nimi odstup niekoľko mesiacov až rokov. Prvé prejavy choroby sú nešpecifické systémové prejavy ako horúčka, chudnutie, nechutenstvo, slabosť i polymyalgie. Štádium vaskulárnych komplikácií sa prejavuje nielen stenoticko-okluzívnym postihnutím predilekovaných tepien, ale aj dilatčno-ektaktickými formami postihnutia



tepien so vznikom aneuryziem, disekcie aorty i embolizáciami do periférnych tepien. Dôsledné meranie tlaku krvi na oboch horných končatinách môže byť prvým stimulom pre začiatok diferenciálnej diagnostiky, ako to bolo v prípade našej 56-ročnej pacientky. VVC sú v rámci angiologickej praxe najviac prístupné k detekcii neinvazívnymi zobrazovacími metódami. Vzhľadom na zvýšené riziko ischemických príhod, aortového syndrómu, ale aj riziko žilovej tromboembólie hlavne v čase iniciálnej vysokodávkovej liečby kortikoidmi je dlhodobé sledovanie týchto chorých angiológom prospešné a potrebné. Pre systémový charakter vaskulitíd je dôležitá pre včasnú diagnostiku a adekvátnu liečbu multidisciplinárna spolupráca.

Kľúčové slová: vaskulitídy veľkých ciev, Takayasuo-va arteritída, obrovskobunková arteritída