



*„Ked' duša ochorie...“*

# PREVENTÍVNA MEDICÍNA XVI.

24. - 25. APRÍL 2026

*Hotel Atrium\*\*\*\**

*Nový Smokovec, Vysoké Tatry*



# PREVENTÍVNA MEDICÍNA XVI.

*„Keď duša  
ochorie...“*

## PREVENCIA A LIEČBA PSYCHIATRICKÝCH OCHORENÍ

### **ODBORNÝ GARANT**

doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

### **PROGRAMOVÝ A ORGANIZAČNÝ VÝBOR**

doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

doc. MUDr. Jana Trebatická, PhD.

doc. MUDr. Mária Kráľová, CSc.

MUDr. Vanda Valkučáková, MPH

doc. MUDr. Dagmar Breznoščáková, Ph.D.

MUDr. Barbora Vašečková, PhD.

MUDr. Zuzana Teremová

Ing. Mária Lacová

---

ISBN 978-80-973293-9-6

Zborník je určený pre registrovaných účastníkov.



*Vážení kolegovia, priatelia,*

*s veľkým potešením Vás vítam na konferencii Preventívna medicína, ktorá je tentokrát zameraná na prevenciu v psychiatrii. V dobe, kedy duševné zdravie čelí neustálym náročným výzvam, sa paradigma „liečiť následky“ čoraz intenzívnejšie posúva smerom k „predchádzať vzniku“. Prevencia už nie je len teoretickým konceptom v učebniciach verejného zdravotníctva; stáva sa živou súčasťou našich ambulancií, oddelení, kliník a interdisciplinárneho dialógu. Kongres sme zostavili ako mozaiku tém, ktoré pokrývajú celý životný cyklus človeka – od obdobia detstva až po výzvy seniorského veku.*

*Prečo je téma prevencie v psychiatrii kritická práve dnes? Svet okolo nás sa mení rýchlejšie, než sa dokáže adaptovať naša psychika. Digitálna éra, meniace sa podmienky života v spoločnosti, ale aj nové poznatky nás nútia prehodnocovať zaužívané postupy. Cieľom nášho stretnutia nie je len pasívne prijímanie informácií, ale vytvorenie platformy pre diskusiu, ktorá môže prispieť k pozitívnej zmene systému starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku.*

*Program sme rozdelili do blokov, reflektujúcich najpálčivejšie otázky dnešnej praxe. Psychické poruchy v detskom veku, ich diagnostika a manažment sú zložitou otázkou. Už malé deti sa často dostávajú do nadmerného kontaktu s obrazovkami, čo má vysoký potenciál ovplyvniť ich duševné zdravie. Budeme hovoriť o sebapoškodzovaní detí a adolescentov, ktorého výskyt dosahuje dnes alarmujúce čísla. Dozvieme o súčasných možnostiach liečby mentálnej anorexie, kde včasná diagnostika je rozhodujúca pre ďalší priebeh ochorenia a jeho následky.*

*Narastajúca skupina seniorov a ich psychické zdravie predstavujú veľké výzvy, na ktoré musíme byť pripravení. Diskutovať budeme o modernom manažmente Alzheimerovej demencie a o rizikách, ktoré prináša psychofarmakologická polypragmázia. Zameriame sa aj na fenomén úzkosti, ktorá je vo vyššom veku častá a môže byť príznakom rôznych psychických aj somatických ochorení. Hovoriť budeme aj o pacientoch so závislosťou a tiež o pacientoch s ADHD, u ktorých je riziko rozvoja látkových aj nelátkových závislostí zvýšené. Prevencia porúch náklady na každej úrovni predstavuje najčastejšie sa vyskytujúce psychické poruchy v ambulancijnej psychiatickej starostlivosti.*

*Dôležitou témou sú tiež najzávažnejšie psychické poruchy, psychózy, kde sa koncept starostlivosti v súčasnosti mení. Rozbieha sa komunitná psychiatrická starostlivosť. V programe dostanú miesto aj sexuologické témy. Venovať sa budeme prevencii parafrilného konania a manažmentu transrodového pacienta v praxi. Obohatením našej konferencie budú interaktívne workshopy. Čaká nás odborne veľmi bohatý program s potenciálom zvýšiť naše vedomosti, ale aj ovplyvniť klinickú prax. Vaša prítomnosť a aktívny vstup do diskusií sú to, čo urobí tento kongres skutočne prínosným. Teším sa na stretnutie s Vami.*

*doc. MUDr. Lubomíra Izáková, PhD.*

GENERÁLNY PARTNER



**NADÁCIA  
LEKÁR**

HLAVNÝ PARTNER



**VÚB BANKA**

PARTNERI



DŮVERA



VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÁ  
POISŤOVŇA



PODUJATIE PODPORILI



12:30 – 13:00

REGISTRÁCIA

13:00

OTVORENIE KONGRESU

**I. BLOK****PSYCHICKÉ PORUCHY V DETSKOM  
A ADOLESCENTNOM VEKU**

13:30	Vplyv obrazoviek na psychické zdravie	Šoltýsová, M.
–	Sebapoškodzovanie detí a adolescentov - komunikácia a intervencia	Anyalaiová, K.
14:40	Možnosti liečby mentálnej anorexie	Trebatická, J.

----- diskusia -----

**II. BLOK****PSYCHICKÉ PORUCHY U SENIOROV**

Králová, M.

14:40	Manažment Alzheimerovej demencie	Halajová, N.
–	Psychofarmakologická polypragmázia u seniorov	Bezáková, G.
–	Úzkosť ako častý symptóm u seniorov	Patúš, D.
16:20	Duševné zdravie seniorov a dlhodobé užívanie rizikových liekov	Mišuth, M. DÓVERA

----- diskusia a coffe break -----

**III. BLOK****ZÁVISLOSTI**

16:20	Riziká rozvoja látkových a nelátkových závislostí u dospelých s ADHD a poruchou autistického spektra	Valkučáková, V.
–	Používanie krátkej intervencie v ambulantnej praxi všeobecného lekára	Bodnár, B.
17:30	Syndróm závislosti – čo má vplyv na prevenciu, liečbu, postliečebnú starostlivosť - pohľad z praxe	Krasnohorská, M.

----- diskusia -----

17:30

**VARIA**

–	Miesto intervencií s asistenciou zvierat v liečbe psychických porúch	Tišliarová, D.
17:50		

**WORKSHOP**

18:10	Kanisterapeutické možnosti aktivizácie	Tišliarová, D.
–	Muzikoterapia vie prejasniť deň	Gálik, P.
18:40	Manažment agresie v zdravotníctve	Izáková, L.

19:00 DISKUSIA A ZÁVER I. DŇA KONGRESU

19:30 VEČERA A SPOLOČENSKÝ VEČER S VOLNOU DISKUSIOU

07:30 – 08:00

REGISTRÁCIA

08:00

OTVORENIE 2. DŇA KONGRESU

## IV. BLOK

PSYCHOTICKÉ PORUCHY  
- SCHIZOFRÉNIA

08:10	Psychózy na Slovensku: kde máme rezervy a čo vieme zmeniť	Gálik, P.
–	Diagnostika a liečba prvých epizod schizofrénie	Ustohal, L.
–	Bio-pyscho-sociálny model v praxi: Prepojenie udržiavacej liečby a cielenej rehabilitácie	Izáková, L.
09:50	Moderný manažment schizofrénie: miesto perorálneho paliperidónu	Izáková, L.

prednáška podporená  
KRKA Slovensko, s. r. o.

----- diskusia a coffe break -----

## V. BLOK

## SEXUÁLNE PORUCHY

09:50	Dá sa predchádzať parafilemú konaniu?	Zelman, M.
–		
10:50	Transrodový pacient v ambulancii lekára	Vašečková, B.

----- diskusia -----

## VI. BLOK

## PORUCHY NÁLADY - DEPRESIA, MÁNIA

10:50	Afektívne poruchy: čo môže urobiť lekár už dnes	Pallayová, M.
–	Relaps afektívnych porúch v klinickej praxi - úloha komunitnej psychiatrie	Breznoščáková, D.
12:10	Mindfulness a regulácia afektu: teoretické a klinické súvislosti	Hrabovský, M.

----- diskusia -----

## WORKSHOP

12:10 – 12:40 Mindfulness

Hrabovský, M.

12:40 – 13:00

DISKUSIA A ZÁVER KONGRESU





A large orange circle with a thin, lighter orange border, centered on the page. Inside the circle, the text 'BLOK I' is written in white, serif, all-caps font.

BLOK

I

PSYCHICKÁ PORUCHA  
V DETSKOM A ADOLESCENTNOM  
VEKU

# VPLYV OBRAZOVIEK NA PSYCHICKÉ ZDRAVIE

**MUDr. Marcela Šoltýsová, PhD.;**<sup>1,2</sup> **MUDr. Beata Kartousová;**<sup>3</sup>

**MUDr. Zuzana Matzová, PhD.**<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Detská psychiatrická ambulancia, Infanterra, Zvolen*

<sup>2</sup>*Detská psychiatrická ambulancia, nem. AGEL Zvolen, a.s., Zvolen*

<sup>3</sup>*Detská ambulancia Motýlik, s.r.o., Bratislava*

<sup>4</sup>*Klinika detskej psychiatrie LF UK a NÚDCH, Bratislava*

---

Expozícia obrazovkovým médiám predstavuje v súčasnosti jeden z najvýznamnejších environmentálnych faktorov ovplyvňujúcich psychický vývin a psychické zdravie detí, dospelajúcich, ale aj dospelých. Digitálne prostredie zahŕňajúce sociálne siete (*napr. TikTok, Instagram*), video platformy (*YouTube*), streamovacie služby (*napr. Netflix*) a interaktívne herné prostredia zásadne ovplyvňuje spánkový režim, schopnosť sústredenia, emočnú reguláciu a sociálne správanie používateľov.

Príspevok sumarizuje aktuálne poznatky o vzťahu medzi dĺžkou a charakterom používania obrazoviek a výskytom úzkostných a depresívnych symptómov, porúch pozornosti, spánku a behaviorálnych ťažkostí. Diskutované budú neurobiologické mechanizmy, ako aj psychosociálne faktory. Osobitná pozornosť bude venovaná vývinovej citlivosti mozgu v období detstva a adolescencie, kedy nezrelosť mozgových štruktúr a zároveň potreba príslušnosti k sociálnej skupine zvyšujú vulnabilitu voči nadmernému používaniu obrazovkových médií.

Cieľom príspevku je ponúknuť komplexný, diferencovaný pohľad na obrazovkové médiá ako multidimenzionálny fenomén a predstaviť slovenské odporúčania pre zdravé používanie obrazoviek u detí a dospelajúcich.

# SEBAPOŠKODZOVANIE DETÍ A ADOLESCENTOV – KOMUNIKÁCIA A INTERVENCIA

*Mgr. Kristína Anyalaiová; Mgr. Denisa Hošťáková*

*Klinika detskej psychiatrie LFUK a NÚDCH, Bratislava*

---

Nesuicidálne sebaopoškodzovanie je správanie, pri ktorom si jedinec zámerne spôsobuje fyzickú bolesť bez úmyslu ukončiť svoj život. Štúdie ukazujú, že prevalencia takéhoto správania u adolescentov vo vysoko príjmových krajinách je približne 17,7%, pričom u dievčat sa toto správanie prejavuje až dvojnásobne viac, než u chlapcov. K najčastejším motívom patrí sebatrestanie sa, nastolenie pocitu kontroly, zvládanie pocitov derealizácie a spôsob emočnej regulácie. Výrazne stúpajúcu prevalenciu nesuicidálneho sebaopoškodzovania sa v populácii pedopsychiatrických pacientov hospitalizovaných na KDP LF UK a NÚDCH zaznamenávame za posledných desať rokov. Títo pacienti následne prechádzajú do ambulantnej starostlivosti.

Predkladaný príspevok sa zaoberá problematikou komunikácie a emočnej regulácie detí a adolescentov, ktoré sa sebaopoškodzujú, a vyžadujú si intervenciu v rámci terciárnej prevencie, ktorá môže byť v ambulanciách lekárov a psychológov priamo poskytovaná. Ústredným pilierom je sebaregulácia dospelého, ktorý v procese interakcie s dieťaťom predstavuje bezpečnú a stabilnú vzťahovú osobu a disponuje vlastnými zdrojmi. V tomto príspevku sa venujeme sebaopoškodzovaniu ako správaniu, ktorým dieťa komunikuje, a jeho skrytými príčinami; prežívaním, potrebami a zdrojmi, ktoré vieme pri práci s dieťaťom oslovovať. Následnú reguláciu dieťaťa vieme manažovať z hľadiska miesta, z akého dieťa reaguje, a podľa toho sa na dieťa adekvátne emočne naladiť. Ďalej rozoberáme ako postupovať pri sebaopoškodzovaní sa dieťaťa a adolescenta z hľadiska štruktúry vychádzajúcej z klinickej praxe Kliniky detskej psychiatrie LFUK a NÚDCH. Ich súčasťou sú aj konkrétne grafiky, odporúčania a nácvik zručností, ktoré si deti a adolescenti osvojujú počas hospitalizácie. V závere zdôrazňujeme význam pozitívnych zvládacích stratégií, ktoré sú kľúčové nielen pre deti a adolescentov, ale i pre rodičov či odborníkov v rámci prevencie vyhorenia a sekundárnej traumatizácie.

# MOŽNOSTI LIEČBY MENTÁLNEJ ANOREXIE U DETÍ A ADOLESCENTOV

**doc. MUDr. Jana Trebatická, PhD.; MUDr. Zuzana Matzová, PhD.**

*Klinika detskej psychiatrie LFUK a NÚDCH, Bratislava*

Mentálna anorexia je jedna z najzávažnejších psychických porúch v detskom veku, nakoľko má až desaťpercentnú úmrtnosť. Typicky sa začína v adolescentnom (niekedy už v predpubertálnom) vývine a je spojená s masívnou úzkosťou z pribierania na hmotnosti, cielenou redukciou svojej hmotnosti, zmenami v myslení, vnímaní schémy svojho tela a množstvom sprievodných telesných a psychických porúch. Zo súčasných poznatkov o liečbe porúch príjmu potravy u detí sa javí ako jeden z najefektívnejších prístupov tzv. „*Na rodinu zameraná terapia*“ podľa modelu Maudsley.

Samotná liečba je rozdelená do štyroch fáz. Fázy ohraničuje stav, v ktorom sa pacient nachádza. Je definovaná prítomnosťou a intenzitou symptómov. V každej fáze máme určité úlohy a ciele o ktoré sa spoločne s pacientom a ich rodinou snažíme.

V prvej fáze je cieľom realimentácia, postupný nárast hmotnosti, úprava metabolizmu a hormonálneho stavu, a následne zlepšenie psychického prežívania. Znížiť stres na minimum, zabezpečiť pokojné a bezpečné prostredie. Odporúčame rodinám aby ostali s dieťaťom v domácom prostredí alebo dopoludnia v liečbe v dennom stacionári. Je dôležité, aby rodičia kompletne prebrali úlohy v súvisi so stravovaním (*nakupovanie potravín, plánovanie jedál, varenie, nakladanie porcie na tanier*). Pomáhame rodine riadiť a zvládať stravovanie pacienta.

Cieľom druhej fázy je udržať naďalej stravovanie šesťkrát denne s primeranou hmotnosťou, adekvátne množstvo pohybu, sledovanie a vyhodnocovanie rizika prešmyku k prejedaniu. V tejto fáze začíname pacientov postupne vystavovať stresom pred ktorým sme ich prechodne chránili. Začíname ich púšťať do školy, v úvode len na pár hodín týždenne. Naďalej by mali zotrvať v domácej liečbe alebo v dennom stacionári. Tretia fáza začína pri dosiahnutí fyziologickej hmotnosti a stravovaní sa bez väčších ťažkostí. Naďalej je cieľ pokračovať v pravidelnom pestrom stravovaní, udržaní fyziologickej hmotnosti a minimalizácii rizika prešmyku k prejedaniu alebo zvracaniu. Vo štvrtej fáze je cieľom edukácia rodiny a pacientov ohľadom stravovania a diét do budúcnosti. Je to dôležité z hľadiska prevencie pred relapsom. Pacienti sú edukovaní o potrebe celoživotného vyhýbania sa akýmkoľvek diétam. Postupne sa ukončuje na rodinu zameraná terapia. Pacient zostáva v starostlivosti pedopsychiatra, najmä ak je potrebná farmakoterapia, súbežne pokračuje v individuálnej psychoterapii, tak dlho ako je potrebné.







BLOK

II

PSYCHICKÉ PORUCHY  
U SENIOROV

# MANAŽMENT ALZHEIMEROVEJ DEMENCIE

**MUDr. Nina Halajová**

*Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava*

V súvislosti s demografickým starnutím populácie dlhodobo narastá prevalencia kognitívnych porúch. Demencia pri Alzheimerovej chorobe predstavuje hlavnú príčinu demencie v staršom veku. Napriek dostupným diagnostickým nástrojom a povedomiu o problematike zostáva ochorenie, najmä v skorých štádiách, neraz nerozpoznané a časť pacientov sa do systému špecializovanej starostlivosti dostáva oneskorene. Rozdiel medzi reálnym výskytom Alzheimerovej demencie a mierou jej zachytenia v bežnej praxi poukazuje na potrebu systematickejšieho prístupu k diagnostike. Včasné rozpoznanie symptómov pritom zásadne ovplyvňuje plánovanie ďalších krokov a vytvára priestor pre zmysluplné intervencie.

Praktický lekár zohráva kľúčovú úlohu od prvého podozrenia na kognitívne postihnutie až po koordináciu dlhodobej starostlivosti. Vedomé pátranie po symptómoch, odber cielej anamnézy s aktívnym zapojením rodiny, využitie jednoduchých skriningových nástrojov a realizácia základných vyšetrení umožňujú identifikáciu pacientov vyžadujúcich špecializovaný prístup. Diferenciálna diagnostika zahŕňa vylúčenie potenciálne reverzibilných príčin kognitívneho poklesu a odlíšenie demencie od iných neuropsychiatrických stavov. Osobitný význam má manažment modifikovateľných rizikových faktorov podieľajúcich sa na vzniku a progresii kognitívneho deficitu. Arteriálna hypertenzia, diabetes mellitus či dyslipidémia prispievajú k vaskulárnej patológii a udržiavajú mozog v neurozápalovom stave, čím predstavujú významné determinujúce faktory organickej deteriorácie. Ich skorá diagnostika a adekvátna liečba patria medzi kľúčové preventívne opatrenia dostupné v primárnej zdravotnej starostlivosti.

Terapeutický prístup k pacientovi s Alzheimerovou demenciou je komplexný a presahuje rámec samotnej farmakoterapie. Kognitíva môžu prispieť k spomaleniu progresie symptómov, avšak zásadnú úlohu zohrávajú aj nefarmakologické intervencie, racionalizácia polyfarmácie, podpora funkčnej nezávislosti a adekvátny manažment nekognitívnych symptómov. Neoddeliteľnou súčasťou procesu je edukácia a podpora opatrovateľov, ako aj plánovanie ďalšieho postupu vrátane sociálnych a právnych aspektov starostlivosti. V pokročilých štádiách ochorenia nadobúda význam paliatívne orientovaný prístup zameraný na kvalitu života a zachovanie dôstojnosti pacienta. Prednáška poskytuje prakticky orientované odporúčania vychádzajúce z aktuálnych dôkazov a reflektuje možnosti a limity všeobecných ambulancií. Cieľom je posilniť kompetencie praktických lekárov v oblasti včasného zachytu, diferenciálnej diagnostiky, kontroly rizikových faktorov a dlhodobého manažmentu pacientov s Alzheimerovou demenciou, a tým prispieť k zlepšeniu continuity a kvality starostlivosti v primárnom sektore.

# PSYCHOFARMAKOLOGICKÁ POLYPRAGMÁCIA U SENIOROV

***MUDr. Gabriela Bezáková***

*Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava*

---

Polypragmácia u seniorov predstavuje častý medicínsky problém, pričom nadmerná preskripcia psychofarmák tvorí jej špecifickú a klinicky významnú podskupinu. Psychofarmakoterapia vo vyššom veku si vyžaduje obzvlášť citlivý prístup, s ohľadom na zmenenú farmakokinetiku a farmakodynamiku, vyššie riziko liekových interakcií, ako aj na kolísanie somatického stavu pacienta.

Starší pacienti bývajú častejšie hospitalizovaní a farmakologická liečba iniciovaná počas hospitalizácie často pretrváva aj po prepustení, neraz bez následnej revízie jej aktuálnej indikácie. V ambulantnej praxi tak postupne dochádza k akumulácii psychofarmák, čo môže viesť k liekovým interakciám, nežiaducim účinkom a v niektorých prípadoch aj k rozvoju závislosti, najmä od benzodiazepínov a Z-hypnotík.

Prednáška sa zameria na najčastejšie situácie z klinickej praxe a ponúkne praktický pohľad na racionálnu psychofarmakoterapiu u seniorov. Cieľom je poukázať na možnosti, ako pristupovať k liečbe bezpečne a kriticky prehodnocovať existujúcu medikáciu, aby sa v maximálnej možnej miere predišlo polypragmácii.

# ÚZKOSŤ AKO ČASTÝ SYMPTÓM U SENIOROV

**MUDr. Dominik Patúš**

*Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava*

---

Úzkosť býva častým symptómom, ktorým trpia pacienti nezávisle od veku, avšak u seniorov má aj táto problematika svoje špecifiká. V odbornej literatúre sa uvádza, že úzkostná symptomatika je prítomná u 28% seniorov, podľa niektorých zdrojov až u 78%. Príznaky nemusia byť vždy typické ako pri mladších pacientoch, u seniorov sú časté obavy o vlastné zdravie alebo zdravie príbuzných, prítomný býva strach zo smrti alebo straty partnera, charakteristický je aj strach z pádu, ale v popredí môžu byť aj somatické a vegetatívne príznaky úzkosti, čo môže komplikovať celkový klinický obraz a viesť k nesprávnej diagnostike a liečbe.

Nepriaznivá sociálna situácia a psychosociálne reaktívne faktory v podobe ovdovenia, osamelosti, nepriaznivej finančnej situácie alebo odchodu do dôchodku sú významnými stresormi, ktoré negatívne vplyvajú na zdravotný stav a seniori sa s nimi ťažko vyrovnávajú.

V rámci diagnóz sa môže vyskytovať pri „tradičných“ úzkostných poruchách ako generalizovaná úzkostná porucha alebo sociálna fóbia, avšak často sa môže vyskytovať v rámci neurodegeneratívnych porúch alebo sekundárne pri dekompenzácii somatických ochorení. Podstatou je včas zachytiť tento symptóm, správne ho diagnostikovať a individuálne terapeuticky ovplyvniť.

V príspevku budú prebraté špecifiká klinickej prezentácie, diagnostika a možné terapeutické intervencie úzkosti u geriatrických pacientov v rámci starostlivosti všeobecného lekára pre dospelých.

# DUŠEVNÉ ZDRAVIE SENIOROV A DLHODOBÉ UŽÍVANIE RIZIKOVÝCH LIEKOV

## *Možnosti zdravotnej poisťovne v manažmente liečby benzodiazepínmi a hypnotikami*

**RNDr. Matúš Mišuth, PhD.; Mgr. Dávid Kubek, PhD.; Mgr. Lenka Kováčová;  
Mgr. Ing. Roman Mužik, PhD., MSc.**

*Dôvera zdravotná poisťovňa, Bratislava*

Benzodiazepíny (*BZD*) a hypnotiká (*HYP*) patria medzi najčastejšie predpisované psychofarmaká. Ich dlhodobé užívanie je najmä u seniorov spojené s výskytom nežiaducich účinkov a so zvýšeným rizikom rozvoja závislosti. Preto sa dlhodobé užívanie týchto liekov neodporúča.

Cieľom práce je bližšie charakterizovať preskripciu BZD a HYP u seniorov a predstaviť nástroje zdravotnej poisťovne na podporu bezpečnejšej farmakoterapie.

Z dát zdravotnej poisťovne Dôvera bolo identifikovaných 306 181 poistencov so začatou liečbou BZD alebo HYP v rokoch 2015–2024 s aspoň polročnou predošlou históriou poistenia. Dlhodobá liečba bola definovaná ako výskyt aspoň jednej kontinuálnej doby užívania presahujúcej 180 dní. Rizikové faktory dlhodobého užívania boli hodnotené pomocou logistickej regresie, samostatne pre BZD a HYP.

Priemerný počet predpisov BZD a HYP medziročne napriek odporúčaniam rástol o 10,7%. Dlhodobých užívateľov BZD bolo po roku od začatia liečby 23,9% (*resp.* 28,3% *vo veku* 65+) a HYP 29,6% (*resp.* 34,7% *vo veku* 65+). Výsledky modelov ukázali, že dlhodobé užívanie bolo štatisticky významne asociované s vyšším vekom, ženským pohlavím, súbežnou psychofarmakoterapiou a začatím liečby na psychiatrickej ambulancii v porovnaní s ambulanciou VLD.

Zdravotná poisťovňa môže na základe legislatívnej zmeny od roku 2025 vykonávať poradenskú činnosť pre svojich poistencov. V rámci tejto kompetencie preto plánuje realizovať ciele komunikáčné kampane zamerané na poistencov, ktorí s liečbou BZD a HYP začínajú alebo tieto lieky užívajú dlhodobo. Zavádzanie takýchto kampaní môže predstavovať efektívny nástroj zníženia dlhodobého užívania týchto liekov a dôsledkov s tým spojených. Klinické a nákladovo-efektívne vyhodnotenie takýchto kampaní by malo byť predmetom ďalších štúdií.





BLOK

III

ZÁVISLOSTI

# RIZIKÁ ROZVOJA LÁTKOVÝCH A NELÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ U DOSPELÝCH S ADHD A PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

**MUDr. Vanda Valkučáková, MPH**

*Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava*

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (*ADHD, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) a poruchy autistického spektra (*PAS*) patria medzi neurovývinové poruchy, ktoré pre svoju perzistenciu do dospelého veku vyžadujú adekvátny manažment aj z pohľadu adultnej psychiatrie. Pri ADHD aj PAS sú známe oblasti funkčných deficitov vo viacerých oblastiach – v dospelom veku špecificky nápadne v študijnej a pracovnej výkonnosti, v sociálnom fungovaní, a častý výskyt komorbídnych psychických porúch, vrátane rozvoja látkových aj nelátkových závislostí.

U pacientov s ADHD alebo PAS vedie prítomnosť komorbídnej závislosti k zvýrazneniu funkčných deficitov. Vzťah medzi ADHD a rozvojom závislostí je vo všeobecnosti známy, prítomnosť diagnózy ADHD býva považovaná za jeden z rizikových faktorov pri rozvoji syndrómu závislosti od alkoholu či iných psychoaktívnych látok. Hlavným neurobiologickým predpokladom rozvoja závislostí v ADHD populácii je dysregulácia a znížená bazálna dopamínerná aktivita v okruhoch odmeny. Psychoaktívne látky či určité typy správania (*napr. hazardné hry, gaming alebo impulzívne nakupovanie*) môžu krátkodobo kompenzovať deficit v systéme odmeny.

Významnú úlohu zohrávajú aj psychosociálne rizikové faktory, ako je napr. prítomnosť závislostí od psychoaktívnych látok u rodičov, zážitky stresových udalostí počas dospievania či prítomnosť ADHD u rodičov. Mechanizmy vedúce k rizikovému správaniu z hľadiska rozvoja závislostí u populácie s PAS súvisia skôr so sekundárnou kompenzáciou zvládania sociálnej úzkosti, ďalej tzv. maskovania sociálneho správania, redukciou sensorického preťaženia či regulácie emócií. Zvýšené je riziko rozvoja nelátkových závislostí – pri ADHD digitálnych závislostí (*gaming disorder*), patologického hráčstva, kompulzívneho nakupovania či rizikového sexuálneho správania. Osobitnou skupinou sú pacienti s komorbídnu kombináciou ADHD a PAS, u ktorej je predpoklad závislostného správania pre kumuláciu rizikových faktory oboch porúch.

Príspevok sa zameria na problematiku vhodnosti systematického skríningu neurovývinových porúch u dospelých pacientov s rizikom rozvoja závislosti, resp. jej prítomnosti, Adekvátne terapeutické intervencie s reflektovaním špecifik populácie pacientov s ADHD a PAS zvyšujú úspešnosť liečby a dosiahnuteľnosť funkčnej remisie.

# POUŽÍVANIE KRÁTKEJ INTERVENCIE V AMBULANTNEJ PRAXI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

**MUDr. Boris Bodnár, MBA**

*CPLDZ, Košice*

Konzum alkoholu v bežnej populácii staršej ako pätnásť rokov je na Slovensku rozšírený vo všetkých vekových kategóriách. Pravidelný konzum spôsobuje rôzne zdravotné dôsledky bez ohľadu na to, či sa jedná o rizikové pitie alebo závislosť. Zmeniť alebo zastaviť konzum alkoholu je vzhľadom na to súčasťou pracovnej náplne každého lekára a zdravotníka.

Všeobecní lekári poskytujú zdravotnú starostlivosť širokému spektru pacientov a majú príležitosť zaznamenať konzum alkoholu a iných psychoaktívnych látok a začať o tom diskutovať v populácii, ktorá doposiaľ nežiadala o liečbu súvisiacu s konzumom psychoaktívnych látok.

Krátka intervencia je evidence based postup, ktorý je účinne používaný pri navodení zmeny konzumu alkoholu u pacientov aj v ambulancii všeobecného lekára.

Je súčasťou konceptu skrining – krátká intervencia – poukaz na liečbu (*SBIRT = screening – brief intervention – referral to treatment*). Cieľom tohto prístupu je vytvoriť prepojenie medzi prevenciou a liečbou. U jednotlivcov s rizikovým pitím má zvýšiť povedomie o rizikách a dôsledkoch ich pitia a podnietiť ich vnútornú motiváciu pre zmenu. Používaniu krátkej intervencie v ambulancii všeobecných lekárov bránia rôzne prekážky. Je to hlavne nepravidelný skrining a následne chýbanie diskusie o konzume alkoholu alebo iných látok zo strany lekára, o pravidelnosti, dávke, rizikom spôsobom konzumu a vysvetlení zdravotných a sociálnych dôsledkov.

Dáta z výskumov poukazujú na to, že iba tretiny pacientov, ktorí potvrdili konzum alkoholu, sa lekár opýtal na množstvo, tiež že pacienti s rizikovým pitím nedostávajú radu na zníženie rizika. Mýlny predpoklad, že niektorá časť populácie nekonzumuje psychoaktívne látky, napríklad tehotné ženy, alebo nedostatok informácií o možnostiach ďalšej liečby v okolí ambulancie výrazne ovplyvňujú aktívny prístup k problematike pravidelného, nadmerného a rizikového užívania psychoaktívnych látok v bežnej populácii.

Používanie krátkej intervencie v ambulancii všeobecného lekára významne znižuje u pacientov konzum alkoholu ale aj iných psychoaktívnych látok a je využívaná aj v iných oblastiach poskytovania zdravotnej starostlivosti, napríklad adherencii k liečbe somatických ochorení.

# SYNDRÓM ZÁVISLOSTI – ČO MÁ VPLYV NA PREVENCIU, LIEČBU, POSTLIEČEBNÚ STAROSTLIVOSŤ – POHĽAD Z PRAXE

**MUDr. Marína Krasnohorská**

*Sanatórium AT, Bratislava*

Syndróm závislosti je komplexnou poruchou s bio-psycho-sociálnou bázou v kontexte životného programu pacienta. Má významný dopad na jednotlivca, rodinu aj spoločnosť. Primárna, sekundárna a terciárna prevencia tejto poruchy je v klinickej praxi výzvou.

Cieľom prednášky je pripomenúť faktory ovplyvňujúce prevenciu vzniku, včasnú diagnostiku, efektívnosť liečby, celý proces odliečenia a postliečebnú starostlivosť o pacientov so syndrómom závislosti doplnené o skúsenosti z klinickej praxe.

Prednáška vychádza z klinických skúseností z ambulantnej a ústavnej liečby pacientov liečených pre syndróm závislosti a tiež zo skúseností s procesom mentálnej rehabilitácie klientov resocializácie a socioterapeutických klubov v rámci doliečovania a prevencie relapsu. Poukazuje na praktické aspekty terapeutického procesu zahŕňajúce motiváciu pacienta, spoluprácu s rodinou a sociálnym prostredím a tiež na multidisciplinárnu spoluprácu. Skúsenosti z klinickej praxe poukazujú na význam viacerých faktorov pôsobiacich v primárnej prevencii, procese liečby, odliečení a predchádzaniu relapsov. Prevencia vzniku a včasná diagnostika a motivácia pacienta, zapojenie rodiny a dostupnosť komplexných liečebných programov zohráva kľúčovú úlohu. Nemenej dôležitá je následná podpora pacienta v dlhodobom budovaní abstinentských návykov a postojov a k celoživotnej abstinencii cestou socioterapeutických klubov, psychoterapeutického vedenia a vytvorenia pevného terapeutického vzťahu nápomocného najmä v ťažkých životných situáciách.

Záver: úspešná prevencia a liečba syndrómu závislosti je podmienená komplexným a zároveň individualizovaným prístupom. Skúsenosti z klinickej praxe poukazujú na potrebu kombinácie biologických, psychologických a sociálnych intervencií a tiež na potrebu destigmatizácie a multidisciplinárneho prístupu. Teoretické poznatky budú doplnené predstavením súkromného zdravotníckeho zariadenia zameraného na liečbu látkových a nelátkových závislostí Sanatória AT a krátkou kazuistikou.

# MIESTO INTERVENCIÍ S ASISTENCIOU ZVIERAT V LIEČBE PSYCHICKÝCH PORÚCH

**Mgr. Denisa Tišliarová;<sup>1,2</sup> MUDr. Vanda Valkučáková, MPH<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ambulancia klinickej psychológie Nodium, Bratislava

<sup>2</sup>Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava

V posledných rokoch je možné evidovať stupňujúci sa záujem o využitie intervencií s asistenciou zvierat (z angl. *Animal-Assisted Interventions*) v terapeutickom či rehabilitačnom prostredí. Terapia s asistenciou zvierat je realizovaná vyškoleným odborníkom a má pozitívne vplyvať na emocionálne, kognitívne, sociálne a fyzické fungovanie jedinca alebo skupiny. Pri terapeutickom využití AAI zohrávajú zvieratá aktívnu úlohu a majú pozitívny efekt na psychické zdravie a celkovo wellbeing človeka, najmä v oblasti redukcie úzkosti, depresívnych symptómov a stresu.

Existujú dôkazy o potenciálnom prínose AAI v oblasti zlepšenia sociálneho fungovania, motivácie a redukcii negatívnych symptómov u pacientov s psychickými poruchami z okruhu schizofrénie. Môžu podporovať rozvoj sociálnych zručností a emocionálnej regulácie u pacientov s neurovývinovými poruchami, napríklad u osôb s poruchou autistického spektra alebo ADHD.

Koncept AAI vychádza z evolučne spriahnutej väzby medzi človekom a zvierat'om. Terapeutické zvieratá bývajú vnímané ako zdroj bezpečia a akceptácie pacienta, zároveň ich prítomnosť býva konzistentná a neohrozujúca, čo je prínosné pri manažmente sociálnej úzkosti či pri práci s traumatickými zážitkami, prispieva k odpútavaniu pozornosti od negatívnych myšlienok.

Veľmi dôležitým benefitom AAI je úloha zvierat'a ako sociálneho katalyzátora, ktorý stimuluje interakcie medzi ľuďmi – na úrovni terapeuta a pacienta, ale aj v rámci skupiny. Uvedené mechanizmy redukujú pocity izolácie a osamelosti, zároveň prítomnosť zvierat'a môže pomôcť posilniť terapeutický vzťah medzi pacientom a terapeutom. Terapeutické zvieratá pomáhajú k vytváraniu uvoľnenejšej a neformálnejšej atmosféry, čo pacientom uľahčuje zapojenie sa do terapeutického procesu. Dôležitým aspektom AAI je ich potenciál zvyšovať angažovanosť pacientov v terapeutickom procese prostredníctvom zvyšovania motivácií k účasti na psychoterapeutických aktivitách, budovaní terapeutickej aliancie a znižovaním pocitu ohrozenia v terapeutických situáciách. Pri aktívnych terapeutických zvieratách (*napr. psy*) je potrebný pravidelný pohyb, čo vyžaduje zvýšenú fyzickú aktivitu a prispieva k behaviorálnej aktivizácii. V liečbe psychických porúch AAI sú vhodným doplnkovým prístupom k štandardným biologickým a nebiologickým formám liečby.

# WORKSHOPY



## KANISTERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI AKTIVIZÁCIE

*Mgr. Denisa Tišliarová*

Workshopu je ukážkou kanisterapeutickej praxe pri rehabilitácii pacientov na Psychiatrickej klinike LFUK a UNB so zameraním na aktivizáciu pacientov. Počas workshopu budú diskutované indikácie aj kontraindikácie zaradenia pacientov do kanisterapie, vlastné praktické skúsenosti, ako aj špecifiká a potreby kanisterapeutického zvierat'a.

## MUZIKOTERAPIA VIE PREJASNIŤ DEŇ

*MUDr. Ing. Patrik Gálik*

Obsahom workshopu bude krátka ukážka skupinovej muzikoterapie s bubnami a perkusiami, ktorú používame u pacientov s psychickými poruchami. Účastníci na vlastnej koži pocítia, že je možné ju použiť aj na stabilizáciu vlastného psychického stavu.



## MANAŽMENT AGRESIE V ZDRAVOTNÍCTVE

*doc. MUDr. Eubomíra Izáková, PhD.; MUDr. Ing. Patrik Gálik*

Agresia v zdravotníckom prostredí nie je výnimkou, ale často sa vyskytujúcou realitou. Neexistuje zdravotník, ktorý by sa počas svojej praxe nestretol s verbálnym útokom či fyzickým ohrozením. Ako si zachovať profesionalitu a zároveň ochrániť svoje zdravie? Cieľom workshopu bude nielen o agresii hovoriť, ale vyskúšať si ju aktívne a bezpečne zvládať v zmysle toho, že „Najlepším manažmentom agresie je jej predchádzanie. Najlepšou ochranou je však byť pripravený na moment, kedy slová prestávajú stačiť.“





BLOK  
IV

PSYCHOTICKÉ PORUCHY  
- SCHIZOFRÉNIA

# PSYCHÓZY NA SLOVENSKU: KDE MÁME REZERVY A ČO VIEME ZMENIŤ

**MUDr. Ing. Patrik Gálik**

*Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava*

---

Oneskorená diagnostika psychotických porúch, miera neliečených prípadov a nedostatočne rozvinuté preventívne stratégie predstavujú aj napriek dobre sa rozvíjajúcej psychiatrickej starostlivosti stále výzvu. Prednáška sa zameriava na identifikáciu kľúčových rezerv v oblasti prevencie psychóz na Slovensku a navrhuje konkrétne, implementovateľné opatrenia vychádzajúce z overených modelov v zahraničí (*EIP – Early Intervention in Psychosis*).

Primárna prevencia bude diskutovaná v kontexte systematickej osvedy a destigmatizácie so zameraním na školské prostredie, digitálne platformy a komunitné iniciatívy. Dôraz sa kladie na psychoedukáciu, schopnosť rozpoznať včasné psychotické príznaky a adekvátne na ne reagovať, najmä u adolescentov vystavených rizikovým faktorom, vrátane užívania psychoaktívnych látok.

Sekundárna prevencia predstavuje výzvu najmä v oblasti včasnej diagnostiky a intervencie. Predĺžená doba neliečenej psychózy patrí medzi významné prognostické faktory, pričom na Slovensku absentujú systematické údaje o jej dĺžke. Prednáška ponúkne návrhy na posilnenie včasného záchytu v školských poradenských zariadeniach, aj online prostredím.

Terciárna prevencia sa zameria na redukciiu relapsov prostredníctvom kontinuity starostlivosti, komunitných služieb a podpory adherencie k liečbe, s dôrazom na rozvoj psychiatrických stacionárov, psychosociálnych a komunitných centier.

V závere budú formulované odporúčania pre slovenský kontext.

# DIAGNOSTIKA A LÉČBA PRVNÍCH EPIZOD SCHIZOFRENIE

**prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.**

*Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Ústav farmakologie a toxikologie, FaF MU*

I přes pokroky ve výzkumu biomarkerů je diagnostika schizofrenie (*včetně prvních epizod – FES*) založena na klinickém vyšetření. Laboratorní testy slouží k vyloučení vzácnějších „organických“ příčin a také k získání bazálních hodnot biomarkerů monitorujících některé nežádoucí účinky antipsychotické medikace. Obvykle je také u pacientů s FES doporučováno provést magnetickou rezonanci mozku nebo CT mozku a to opět k vyloučení případné „organicity“. V diagnosticko-statistickom manuále (*DSM-V*) a 11. revize MKN (*MKN-11*) se snížil význam příznaků prvního řádu (*zvláště specifické halucinace a bludy*) a znovu je podtrhl význam negativních a kognitivních symptomů schizofrenie. Dle *DSM-V* musí být přítomny alespoň dva symptomy po dobu 1 měsíce (*nebo kratší při úspěšné léčbě*), přičemž nejméně jeden musí být 1) – 3): 1) bludy, 2) halucinace, 3) dezorganizovaná řeč, 4) hrubě dezorganizované nebo katatonní chování, 5) negativní příznaky. Kromě toho musí být známky narušení běžného fungování po dobu nejméně šesti měsíců, respektive sociální dysfunkce.

Základem léčby schizofrenie, včetně pacientů s FES, jsou antipsychotika. Cíle léčby závisí na fázi poruchy. V akutní fázi je zásadní redukce pozitivních příznaků, řešení případné agitovanosti či agresivity a zábrana sebepoškození nebo poškození jiných. Po stabilizaci stavu je na místě užít psychoedukaci, kognitivně behaviorální terapii a další psychosociální intervence. Je také žádoucí zaměřit se na případný rozvoj depresivního syndromu, který je u pacientů po FES častý, a také případný komorbidní abúzus návykových látek. U řady pacientů se do popředí dostávají negativní příznaky a kognitivní deficit. Možnosti léčby negativních příznaků a zvláště kognitivního deficitu jsou však dosud bohužel omezené (*Leucht et al., 2025*). Pro pacienty s FES obecně platí, že odpovídají na antipsychotika lépe než pacienti s chronickým průběhem onemocnění, proto je vhodné užívat nižší dávky a antipsychotika s nižším množstvím nežádoucích účinků. Už u pacientů s FES je také na konci akutní fáze léčby vhodné zvažovat použití antipsychotik ve formě dlouhodobě působících injekcí (*LAI*), což se dosud děje jen poměrně málo (*Correll, 2025*). Pokud pacient s FES nereaguje na dva adekvátní terapeutické pokusy dvěma různými antipsychotiky, je na místě použít ve třetí volbě klopazín, který je zlatým standardem léčby rezistentní schizofrenie. Jiný postup má jen malou šanci na úspěch (*O'Donoghue et al., 2024*).

# BIO-PSYCHO-SOCIÁLNY MODEL V PRAXI: PREPOJENIE UDRŽIAVACEJ LIEČBY A CIELENEJ REHABILITÁCIE

*doc. MUDr. Eubomíra Izáková, PhD.*

*Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava*

---

Bio-psycho-sociálny model dnes predstavuje nielen teoretický základ pre pochopenie komplexnej etiológie depresívnych porúch, ale zároveň kľúčový rámec pre vytváranie efektívnych liečebných stratégií v reálnej klinickej praxi. Prednáška sa zameriava na transformáciu tohto konceptu do terapeutických postupov, pričom akcentuje synergiu medzi dlhodobou a zároveň personalizovanou komplexnou liečbou.

Východiskom je predpoklad, že liečba psychických porúch nemôže byť obmedzená len na redukciu symptómov, ale musí smerovať k plnohodnotnému zotaveniu (*recovery*) a prevencii relapsu. Integrácia biologických intervencií, ako je farmakoterapia, s psychoterapeutickými a psychosociálnymi intervenciami umožňuje ochorenie ovplyvniť komplexne. Prednáška podrobne rozoberá praktické aspekty kombinovanej liečby, kde udržiavacia farmakoterapia vytvára nevyhnutný neurobiologický podklad pre následnú psychologickú prácu a sociálnu reintegráciu.

Kľúčovým prvkom prednášky je implementácia služieb komunitnej psychiatrie do praxe, ktorá práve na Slovensku štartuje a bude prepájať biologické liečebné postupy a psychosociálnu podporu a cieľenú rehabilitáciu. Ukazuje sa, že intervencie zamerané na úpravu životného štýlu – vrátane spánkovej hygieny, fyzickej aktivity a sociálnej aktivizácie – nie sú len doplnkovými aktivitami, ale esenciálnou súčasťou procesu zotavovania. Cieľená rehabilitácia pomáha pacientom znovuzískať stratené kompetencie a posilňuje ich rezilienciu voči budúcim stresorom.

# MODERNÝ MANAŽMENT SCHIZOFRÉNIE: MIESTO PERORÁLNEHO PALIPERIDÓNU

**doc. MUDr. Eubomíra Izáková, PhD.**

Psychiatrická klinika LFUK a UNB, Bratislava



Súčasný terapeutický prístup v liečbe schizofrénie sa zameriava nielen na potlačenie akútnej psychotickej symptomatiky, ale ich cieľom je dosiahnutie funkčnej remisie a reintegrácia pacienta do spoločnosti. V tomto kontexte zohráva významnú úlohu komplexná liečba, ktorej základom sú antipsychotiká a dôležitou súčasťou aj ďalšie psychofarmaká, či metódy psychosociálnej rehabilitácie. K portfóliu liečby schizofrénie patrí aj perorálny paliperidón, ktorý vďaka unikátnemu farmakologickému profilu a zároveň technológii riadeného uvoľňovania OROS (*Osmotic Release Oral System*) predstavuje dôležitú súčasť moderného manažmentu tohto ochorenia. Ďalšími dôležitými aspektami, ktoré ho charakterizujú, sú skorý nástup účinku, pričom počiatočná titrácia dávky nie je potrebná, účinnosť aj na negatívnu symptomatiku, potenciál zlepšiť sociálne fungovanie a kvalitu života pacienta.

Tieto charakteristiky sa odrážajú vo výsledkoch výskumov, kde paliperidón preukázal nižšiu pravdepodobnosť ukončenia liečby z akéhokoľvek dôvodu v porovnaní s inými antipsychotikami a tiež bezpečnosť u seniorov.

Prednáška sumarizuje, že perorálny paliperidón predstavuje vyváženú terapeutickú voľbu, ktorá spája rýchlu účinnosť, bezpečnosť a podporu sociálneho fungovania pacientov so schizofréniou.





SEXUÁLNE PORUCHY

# DÁ SA PREDCHÁDZAŤ PARAFILNÉMU KONANIU?

**MUDr. Marek Zelman**

*Psychiatrická nemocnica Hronovce*

Parafília je atypickým sexuálnym záujmom, ktorý nevedie nevyhnutne k parafilnému správaniu a už vôbec nemusí vyústiť do kriminálnej činnosti. Parafilné poruchy sú stavy, ktoré sa vyznačujú pretrvávajúcimi a intenzívnymi vzorcami atypického sexuálneho vzrušenia, nezvyčajnými alebo neobvyklými sexuálnymi preferenciami, fantáziami alebo správaním, ktoré sa odchyľujú od spoločensky prijatých či legislatívnych noriem. Za poruchu sú považované v prípade, ak objektom sexuálneho záujmu je osoba, či iný živý tvor (*zvíra*), ktorý súhlas nedal, alebo z nejakého dôvodu (*napríklad veku*) dať nemôže, alebo spôsobujú významné utrpenie či riziko poškodenia samotného jedinca.

V minulosti používaný pojem „*sexuálne deviácie*“ je dnes obsolentný. Dôvodom je okrem iného fakt, že vyvolával nejasnosti o legitimitate týchto diagnostických jednotiek ako reálnych medicínskych stavov a implikoval skôr predstavy sexuálneho životného štýlu, či správania podmieneného osobnosťami charakteristikami či vplyvom vonkajších okolností.

Parafília ako atypický sexuálny záujem, ktorý nevedie k realizácii parafilného správania ani k signifikantnému distresu si vyžiada terapeutickú intervenciu len veľmi zriedkavo. Prejavy parafilnej poruchy bez sexuálne deviantného alebo iného kriminálneho správania však už sú indikáciou k zahájeniu terapeutických intervencií.

V tomto prípade sú všetky terapeutické postupy dobrovoľné a podliehajú inštitútu informovaného súhlasu vrátane možnosti jeho odvolania. Liečba parafilnej poruchy u ľudí, ktorí sa dopustili trestnej činnosti, prebieha obvykle vo forme ochranného liečenia. Ochranné liečenie si v zmysle našej legislatívy nevyžaduje udelenie informovaného súhlasu pacienta.

Pod programy primárnej prevencie spadajú aktivity zamerané na širokú verejnosť bez ohľadu na jej rizikovosť, napr. osvetové a vzdelávacie aktivity, s ťažiskom na školách či v rámci rodiny, ale aj v online priestore. Pri sekundárnej prevencii sa kladie dôraz na okamžitú redukciu krátkodobých a akútnych rizík sexuálnej delikvencie, čo pre potenciálneho páchatel'a znamená okamžité poskytnutie akútnej pomoci prípadne liečby (*terapeutickej alebo farmakologickej*). Terciárna prevencia sa zameriava na predchádzanie dlhodobým efektom recidívy sexuálneho násillia alebo iných foriem sexuálne motivovaného kriminálneho správania, táto spadá obvykle do pôsobnosti systému forennej psychiatrie.

# TRANSRODOVÝ PACIENT V AMBULANCIÍ LEKÁRA

**MUDr. Barbora Vašečková, PhD.**

*Psychiatrická klinika SZU a UNB, Bratislava*

Transrodová osoba je rodovo nekonformná osoba, ktorej rodová identita prekračuje rámec rodovej binárnosti. V rámci tejto skupiny osôb vyčleňujeme skupinu osôb, ktorých stav spĺňa diagnostické kritériá pre poruchu rodovej identity. Základným prejavom je túžba jedinca žiť a byť akceptovaný ako príslušník iného pohlavia ako bolo určené pri narodení (*rodový nesúlad*). Tento pocit zvyčajne sprevádza pocit nespokojnosti a nepohody, ktorý pramení z pohlavia určeného pri narodení (*rodová dysfória*).

V zmysle toho aj osoba s transsexualizmom koná, alebo má snahu konať. Zvyčajne sa prejaví už v detstve a pretrváva po celý život. Môže sa prejavíť v spôsobe obliekania, úpravy zovňajšku, preferencii hračiek a hier v predškolskom veku. Transrodová osoba môže prejaviť želanie podstúpiť medicínske intervencie (*hlavne, ale nie výlučne, v zmysle hormonálnej liečby či chirurgických intervencií*), ktoré by zladili telo jedinca so želaným/preferovaným pohlavím. Tento komplexný proces zosúladenia rodových prejavov a správania sa človeka, ako aj jeho primárnych a sekundárnych pohlavných znakov sa nazýva tranzícia. Rozlišujeme sociálnu, medicínsky sprostredkovanú a právnu tranzíciu, v ktorej dochádza k administratívne prepisu rodu na matrike, čo slovenská legislatíva uvádza ako „*zmena pohlavia*“. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sa väčšinou dotýka najmä proces medicínskych intervencií. Tento pozostáva z diagnostickej, intervenčnej a následnej fázy. Zdravotnú starostlivosť poskytuje multidisciplinárny tím odborníkov, kde fakultatívne sú zapojení nasledujúci špecialisti: psychiater, prípadne psychiater-sexuológ, gynekológ – pôrodník, urológ, endokrinológ, genetik, všeobecný lekár pre dospelých, resp. pediater, chirurg, sestra a klinický psychológ. V diagnostickej fáze sa realizujú potrebné výkony na potvrdenie diagnózy, ako aj posúdenie prípadných komorbidít. Táto fáza trvá minimálne 1 rok. Pokiaľ si transrodová osoba želá začať s medicínskymi intervenciami, je dôležité posúdiť jej pripravenosť na takúto zmenu a medicínsku indikovanosť procesu. Až následne môžu byť započaté medicínske intervencie, ktoré pozostávajú z čiastočne ireverzibilných postupov (*hormonálna liečba*), prípadne ireverzibilných postupov (*chirurgické intervencie*). Chirurgickými intervenciami rozumieme operačné výkony s následkom trvalej straty produkcie pohlavných hormónov a reprodukčnej schopnosti (*tieto môžu byť indikované minimálne 1 rok po začatí hormonálnej liečby*), estetické chirurgické zákroky smerujúce k prispôbeniu telesných charakteristík (*mamoplastika, fonochirurgický zákrok*) a rekonštrukčné chirurgické zákroky smerujúce k vytvoreniu genitálu. Následná zdravotná starostlivosť sa poskytuje podľa individuálnych potrieb s prihliadnutím na aktuálnu životnú situáciu a zahŕňa pokračujúcu hormonálnu liečbu, preventívne prehliadky, sledovanie stavu po chirurgických intervenciách súvisiacich so zmenou pohlavia a starostlivosť všeobecného lekára pre dospelých. V príspevku je prezentovaná cesta pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti s prihliadnutím na kompetencie jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu.





BLOK

VI

PORUCHY NÁLADY  
- DEPRESIA, MÁNIA

# AFEKTÍVNE PORUCHY: ČO MÔŽE UROBIŤ LEKÁR UŽ DNES

*prof. MUDr. Mária Pallayová, PhD.,<sup>1,2</sup> doc. MUDr. Dagmar Breznoščáková, Ph.D.<sup>3,4</sup>*

<sup>1</sup> I. psychiatrická klinika, Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura Košice, Košice

<sup>2</sup> Ústav patologickej fyziológie, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Košice

<sup>3</sup> Centrum pre psychické funkcie a Psychosociálne centrum, Vranov nad Topľou

<sup>4</sup> Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Košice

Afektívne poruchy patria medzi najčastejšie a klinicky najnákladnejšie diagnózy v ambulantnej praxi. Prevencia v medicínskom zmysle zahŕňa kontinuum krokov od včasného zachytenia rizika a subsyndrómových príznakov až po prevenciu relapsu a chronifikácie. Lekár prvej línie má jedinečnú pozíciu na rýchlu identifikáciu rizika, realizáciu krátkych intervencií a bezpečné smerovanie pacienta v systéme. Cieľom prednášky je predložiť praktický, okamžite aplikovateľný rámec preventívnych postupov pre ambulantnú prax (*všeobecný lekár a špecialisti*), so zameraním na rizikovú stratifikáciu, včasný záchyt, krátke intervencie a jasné kritériá eskalácie/starostlivosti. Odborná syntéza aktuálnych klinických princípov preventívnej psychiatrie a „*stepped-care*“ prístupu preložená do ambulantného algoritmu s minimálnymi časovými nárokmi a bez potreby špeciálneho vybavenia.

## **Výsledky / praktické odporúčania:**

- 1. Rutinná riziková stratifikácia:** osobná/rodinná anamnéza, predošlé epizódy, suicidálne myšlienky, spánok, zneužívanie alkoholu/benzodiazepínov, kardiometabolické komorbidity, chronická bolesť, perinatálne obdobie, psychosociálna záťaž.
- 2. Skrining a „red flags“** bipolárnej afektívnej poruchy pri depresívnej symptomatike (*hypománia, znížená potreba spánku, zvýšená energia/impulzivita*) na zníženie rizika nesprávnej monoterapie antidepresívom.
- 3. Krátke intervencie s vysokým efektom:** štruktúrovaná psychoedukácia, minimalistická behaviorálna aktivácia, podpora režimu dňa a redukcia rizikových látok.
- 4. Spánok a cirkadiánna stabilita ako jadro prevencie relapsu:** hodnotenie nespavosti, nepravidelného režimu a nočnej práce včasná cieleňá liečba a koordinácia so psychiatrom/psychológom.
- 5. Bezpečnostný rámec a kontinuita:** bezpečnostný plán pri suicidálnom riziku, krátke kontrolné intervaly a jasné indikácie odoslania (*zhoršovanie, psychotické príznaky, výrazný funkčný pokles, podozrenie na bipolárnu afektívnu poruchu, farmakorezistencia*).

**Záver:** Prevencia afektívnych porúch je v ambulantnej praxi realizovateľná už dnes prostredníctvom systematického včasného záchytu, krátkych štandardizovaných intervencií (*zameraných najmä na spánok, režim a správanie*) a včasnej eskalácie v „*stepped-care*“ modeli. Takto nastavený postup znižuje riziko chronifikácie, relapsu a urgentných stavov a zároveň je časovo udržateľný pre lekára prvej línie.

# RELAPS AFEKTÍVNYCH PORÚCH V KLINICKEJ PRAXI – ÚLOHA KOMUNITNEJ PSYCHIATRIE

*doc. MUDr. Dagmar Breznoščáková, Ph.D.;<sup>1,2</sup> prof. MUDr. Mária Pallayová, PhD.<sup>3,4</sup>*

<sup>1</sup>Centrum pre psychické funkcie a Psychosociálne centrum, Vranov nad Topľou

<sup>2</sup>Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Košice

<sup>3</sup>I. psychiatrická klinika, Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura Košice, Košice

<sup>4</sup>Ústav patologickej fyziológie, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Košice

Afektívne poruchy predstavujú chronické a recidivujúce ochorenia, ktoré výrazne znižujú kvalitu života pacientov a zvyšujú socioekonomickú záťaž spoločnosti. Kľúčovým cieľom modernej psychiatrie v roku 2026 nie je len liečba akútnych epizód, ale najmä dlhodobá prevencia relapsu. Príspevok analyzuje nezastupiteľnú úlohu komunitnej psychiatrie v tomto procese, ktorá sa presúva z izolovaných ústavných zariadení priamo do prirodzeného prostredia pacienta.

Komunitná starostlivosť prostredníctvom multidisciplinárnych tímov (*psychiater, psychológ, sociálny pracovník, liečebný pedagóg a peer konzultant*) umožňuje včasnú identifikáciu varovných príznakov (*prodromálne symptómy*) a personalizovanú intervenciu. Medzi hlavné piliere prevencie relapsu v komunitnom nastavení patria: **Kontinuita starostlivosti:** Odstránenie bariér medzi hospitalizáciou a ambulatnou liečbou - podpora ambulantnej komunitnej liečby a starostlivosti.

**Asertívna komunitná liečba (ACT):** Aktívne vyhľadávanie a podpora pacientov s nízkou adherenciou k liečbe.

**Psychoedukácia a rodinná terapia:** Znižovanie emočnej expresivity v rodinách a posilňovanie vzhľadu pacienta.

**Sociálna rehabilitácia:** Podpora pri hľadaní bývania a zamestnania, čo znižuje chronický stres ako spúšťač relapsu.

Využitie moderných technológií, ako sú telemedicína a mobilné aplikácie na monitorovanie nálady, integrované do komunitných služieb, umožňuje rýchlu reakciu na zmeny stavu v reálnom čase. Implementácia týchto modelov v klinickej praxi preukázateľne znižuje počet rehospitalizácií a zlepšuje celkovú prognózu pacientov s afektívnymi poruchami.

V príspevku predstavíme prvé snahy o poskytovanie takejto komunitnej psychiatrickej starostlivosti ako prevenciu relapsu pre ľudí s afektívnymi poruchami na Slovensku.

# MINDFULNESS A REGULÁCIA AFEKTU: TEORETICKÉ A KLINICKÉ SÚVISLOSTI

*Mgr. Matej Hrabovský*

*Výskumné centrum kognitívnej edukácie, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov  
Centrum pre psychické funkcie a Psychosociálne centrum, Vranov nad Topľou*

Regulácia afektu patrí medzi centrálnne mechanizmy psychického fungovania a zároveň predstavuje jeden z kľúčových faktorov pri vzniku a udržiavaní afektívnych porúch. Súčasné psychologické a neurobiologické modely poukazujú na to, že depresívne a úzkostné poruchy sú úzko spojené so zvýšenou emočnou reaktivitou, pretrvávajúcimi negatívnymi afektívnymi stavmi, tendenciou k ruminácii a oslabenou schopnosťou kognitívnej regulácie emócií. Tieto procesy sa prejavujú napríklad v podobe zvýšenej citlivosti na stresové podnety, ťažkostí pri prerušení negatívnych myšlienkových cyklov a zníženej flexibility pri zvládaní náročných situácií.

V posledných desaťročiach sa čoraz väčšia pozornosť venuje prístupom založeným na mindfulness, ktoré sa postupne etablovali ako významná súčasť psychologických a psychoterapeutických prístupov zameraných na podporu regulácie emócií a duševného zdravia. Mindfulness možno chápať ako schopnosť vedome zameriavať pozornosť na aktuálne prebiehajúcu skúsenosť spôsobom, ktorý je otvorený, nehodnotiaci a prijímajúci. V psychologickom výskume sa mindfulness často opisuje ako súbor vzájomne prepojených procesov zahŕňajúcich reguláciu pozornosti, metakognitívne uvedomovanie mentálnych obsahov a postoj akceptácie voči vlastným prežitkom. Z hľadiska regulácie afektu sú tieto procesy významné najmä preto, že umožňujú meniť spôsob, akým jednotlivci reagujú na vlastné emócie a myšlienky. Rozvíjanie vedomého zamerania pozornosti môže znižovať automatické reakcie na emočne nabité podnety a podporovať flexibilnejšie spracovanie skúsenosti. Metakognitívny odstup umožňuje vnímať myšlienky a emócie ako prechodné mentálne udalosti, čím sa znižuje tendencia k nadmernému stotožňovaniu sa s negatívnymi obsahmi. Postoj akceptácie zároveň prispieva k tomu, že nepríjemné emočné stavy nie sú potláčané ani prehnane analyzované, ale sú vnímané ako prirodzená súčasť psychického prežívania. Význam mindfulness prístupov spočíva aj v tom, že pôsobia na tzv. transdiagnostické mechanizmy psychopatológie. Namiesto zamerania na konkrétne symptómy jednotlivých diagnóz sa orientujú na procesy, ktoré sú spoločné pre viaceré psychické poruchy, ako je napríklad maladaptívna regulácia emócií, rigidné kognitívne vzorce či zvýšená stresová reaktivita. Z tohto dôvodu sa mindfulness postupy čoraz častejšie využívajú nielen v psychoterapii, ale aj v oblasti prevencie duševného zdravia. Prednáška predstaví teoretické východiská mindfulness v kontexte regulácie afektu a ponúkne prehľad empirických poznatkov o účinkoch mindfulness prístupov na emočnú reguláciu, stresovú reaktivitu a afektívnu symptomatiku. Súčasťou bude aj diskusia o klinických implikáciách a možnostiach integrácie mindfulness do komplexnej starostlivosti o pacientov s afektívnymi ťažkosťami, ako aj o jeho potenciáli v oblasti preventívnej medicíny.



WORKSHOP

**MINDFULNESS**





PARTNERI



ĎAKUJEME ZA FINANČNÚ  
PODPORU PODUJATIA



**NADÁCIA  
LEKÁR**

Viete že,

prostredníctvom **Nadácie Lekár** môžete

-  získať finančné prostriedky na zmodernizovanie svojej ambulancie?
-  získať príspevok na vzdelávanie?

Bližšie informácie na **[www.lekom.sk](http://www.lekom.sk)**



# *Zdravé financovanie pre vaše podnikanie*

Podporíme vás ponukou predschválených limitov až do výšky 220 000 €.

[www.vub.sk](http://www.vub.sk)

**RADI VÁM  
PORADÍME  
V KAŽDEJ  
POBOČKE**

Všetko, čo stojí za to



**VÚB BANKA**  
Intesa Sanpaolo Group

# Lavekan®

## Bezpečná cesta z úzkosti

## PRIRODZENÉ ÚČINNÝ V LIEČBE ANXIETY

- Mäkké kapsuly s obsahom 80 mg patentovanej esenciálnej silice z Lavandula angustifolia.
- Stačí 1 tableta denne
- Klinicky overený anxiolytický účinok



### Skrátená informácia o lieku:

**Lavekan** 80 mg, mäkké kapsuly, Farmakoterapeutická skupina: Iné anxiolytiká, ATC kód: N05BX05 (Silica levandule). **Zloženie:** Každá mäkká kapsula obsahuje 80 mg Lavandula angustifolia Mill., aetheroleum (silica levandule). **Terapeutické indikácie:** Rastlinný liek na liečbu dočasných úzkostných stavov u dospelých. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Dospelí užívajú jednu mäkkú kapsulu jedenkrát denne približne v rovnakom čase. Dĺžka liečby nemá presiahnuť 3 mesiace. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Porucha funkcie pečene. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Lavekan sa neodporúča na liečbu u detí a dospievajúcich mladších ako 18 rokov, keďže nie sú dostupné žiadne údaje. Existuje iba obmedzené množstvo údajov o bezpečnosti a účinnosti Lavekanu u pacientov nad 65 rokov. Užívanie Lavekanu u pacientov, ktorí vyžadujú dialýzu, sa neodporúča pre nedostatok klinických údajov. Ak príznaky pretrvávajú nezmenené po 1 mesiaci liečby alebo sa zhoršujú, vyhľadajte lekára. **Liekové a iné interakcie:** Žiadne neboli nahlásené. Interakcia s 5 skúšanými látkami bola skúmaná v kocketovej štúdií. Účinná látka Lavekanu nepreukázala žiadny klinicky významný vplyv na činnosť izoenzýmov CYP1A2 (kofeín), CYP2C9 (tolbutamid), CYP2C19 (omeprazol), CYP2D6 (dextrometorfán) a CYP3A4 (midazolam) cytochrómu P450. Čo sa týka CYP2C19 horná hranica intervalu istoty 90 % pre pomer Lavekanu k placebo miernu prekročila prah prijateľnosti stanovený v tejto štúdií. V skúške vzájomnej interakcie liekov nebol zistený žiadny relevantný klinický vplyv týkajúci sa účinnosti antikoncepcie, pokiaľ ide o kombinovanú orálnu antikoncepciu (etinylestradiol/levonorgestrel). Dostupné predklinické údaje neposkytli žiadny dôkaz súvisiaci s interakciami s inými liečivami pôsobiacimi na CNS. Ako preventívne opatrenie, z dôvodu chýbajúcich klinických údajov o možných interakciách, by sa Lavekan nemal užívať spolu s inými anxiolytikami, sedatívami alebo alkoholom. **Gravidita a laktácia:** Neexistujú žiadne dostupné údaje o použití Lavekanu u gravidných žien. Dojčiacie ženy nemajú Lavekanu užívať. Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje: Lavekan nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Napriek tomu pacienti, ktorí sa cítia ovplyvnení napr. únavou, nemajú viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Údaje pre osoby nad 58 rokov nie sú dostupné. **Nežiaduce účinky:** Poruchy gastrointestinálneho traktu časté: grganie, frekvencia nie je známa; iné gastrointestinálne ťažkosti. Poruchy kože a podkožného tkaniva frekvencia nie je známa: alergické kožné reakcie Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie po registrácii lieku je dôležité. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na národné centrum hlásenia. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** do 30 °C. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Nemecko. **Dátum revízie textu:** 10/2024

Výdaj lieku nie je viazaný na lekársky predpis. Pred vydaním lieku si prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku. Liek nie je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. **Dátum prípravy materiálu:** február 2025.



**Schwabe  
Slovakia**

From Nature. For Health.

Schwabe Slovakia s.r.o.  
Einsteinova 33  
851 01 Bratislava  
tel./fax: +421 2 52 924 583,  
e-mail: info@schwabe.sk  
www.schwabe.sk





**OROS**  
SYSTÉM

tablety s predĺženým uvoľňovaním<sup>(1)</sup>



**1x**  
denne<sup>(1)</sup>



**PARNIDO®**

Tablety s predĺženým uvoľňovaním paliperidón 3, 6, 9 mg

**DÔKAZY, KTORÉ SPÁJAJÚ.**

- Liečba **schizofrénie** (od 15 rokov) a **schizoaffectívnej poruchy** (od 18 rokov)<sup>(1)</sup>
- Klinicky overený v zlepšovaní osobného a sociálneho fungovania s účinnosťou na pozitívne symptómy<sup>(2)</sup>
- 1 tableta ráno s rovnakým spôsobom príjmu jedla (vždy nalačno, alebo vždy spolu s raňajkami)<sup>(1)</sup>
- Počiatková titrácia dávky nie je potrebná<sup>(1)</sup>

**Skrátená informácia o lieku:**

**Parnido 3 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním. Parnido 6 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním. Parnido 9 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním.** Každá tableta s predĺženým uvoľňovaním obsahuje 3 mg, 6 mg alebo 9 mg paliperidónu. **Terapeutické indikácie:** Parnido je indikovaný na liečbu schizofrénie u dospievajúcich vo veku 15 rokov a starších. Parnido je indikovaný na liečbu schizoaffectívnej poruchy u dospievajúcich. **Dávkovanie a spôsob podania:** Odporúčaná dávka Parnida na liečbu schizofrénie u dospievajúcich je 6 mg jedenkrát denne, podaná ráno. Úvodná titrácia dávky nie je potrebná. Ak je indikovaná úprava dávky, má sa uskutočniť len po opätovnom zhodnotení klinického stavu. U pacientov s miernou poruchou funkcie obličiek (klírens kreatinínu  $\leq 50$  do  $< 80$  ml/min) sa odporúča úvodné dávkovanie 3 mg jedenkrát denne. Odporúčaná začiatočná dávka Parnida u liečby schizofrénie u dospievajúcich vo veku 15 rokov a starších je 3 mg jedenkrát denne, podaná ráno. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo, risperidón alebo na ktorokkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Pacienti so schizoaffectívnou poruchou liečení paliperidónom majú byť pozorne sledovaní, či u nich nedochádza k zmenám z manických symptómov na depresívne. Je potrebná opatnosť pri predpisovaní paliperidónu pacientom so známymi kardiovaskulárnymi ochoreniami alebo s rodinnou anamnézou predĺženého QT intervalu. Pri liečbe paliperidónom bol hlásený neuroleptický malýny systém (NMS), ak sa objavia príznaky točivého dyshimie, je potrebné začať s podávaním silných antipsychotík, vrátane Parnida. Pri liečbe antipsychotikami, vrátane paliperidónu, boli hlásené prípady leukopenie, neutropenie a agranulocytózy. Počas liečby paliperidónom bola hlásená hyperglykémia, diabetes mellitus a exacerbácia existujúceho diabetu, zvýšenie telesnej hmotnosti. U pacientov s poruchou funkcie obličiek sú zvýšene plazmatické hladiny paliperidónu, a preto je u niektorých pacientov potrebná úprava dávkovania. Paliperidón sa musí opätne používať u starších pacientov s demenciou a rizikovými faktormi pre mozgovú prírodu. **Liekové a iné interakcie:** Odporúča sa zvýšená opatnosť pri predpisovaní paliperidónu v kombinácii s liekmi, ktoré predĺžujú QT interval. Paliperidón môže inhibovať účinnú levodopy alebo iných dopaminomimných agonistov. Vzáhladom na možnosť vylúčenia ortostatickej hypotenzie, pri podávaní paliperidónu s inými liekmi s takýmto potenciálom. Sôbežné užívanie paliperidónu s perorálnymi antidiabetikami sa neodporúča, pretože paliperidón je aktívnym metabolitom risperidónu a tieto kombinácia viesť k aditívnemu účinku paliperidónu. **Gravidita a laktácia:** Nie sú k dispozícii dostatočné údaje o použití paliperidónu počas gravidity. U novorodencov po pôrode, ktorí boli vystavení počas tehotného trimestra gravidity antipsychotikám (vrátane paliperidónu), existuje riziko vzniku nežiadúcich reakcií zahŕňajúcich extrapyramidové príznaky alebo primárny a sekundárny lieku, ktoré sa môžu líšiť v závažnosti a trvaní. Preto majú byť novorodenci starostlivo sledovaní. Paliperidón sa nesmie užívať počas gravidity, pokiaľ to nie je nevyhnutné. Paliperidón sa nemá používať počas laktácie. **Nežiaduce účinky:** Nežiaduce reakcie na liek najčastejšie uvádzané v klinických štúdiách s dospievajúcimi boli bolesť hlavy, insómia, útlm/somnolencia, parkinsonizmus, akatázia, tachykardia, tremor, dystónia, infekcia horných dýchacích ciest, úzkosť, závrat, zvýšenie telesnej hmotnosti, nauzea, agitovanosť, záпча, vracanie, únava, depresia, dyspepsia, diareja, suchosť v ústach, bolesť zubov, muskuloskeletálna bolesť, hypernatrémia, astézia, bolesť chrbta, predĺžený QT interval na elektrokardiograme a kašeľ. **Balenie:** 28, 30, 36, 60, 84, 90, 98 tabliet s predĺženým uvoľňovaním. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Krka, d.d., Novo mesto, Smarjska cesta 6, 8100 Novo mesto, Slovensko. **Dátum revízie textu:** máj 2024. Vydaj lieku je viazaný na liekársky predpis. Pred predpisovaním si pozrite pečiatku s úplnou informáciou o produkte (SPC). Liečivo obsahom, ktoré si opätovne predpisovať alebo vydávať lieky. Úplná informácia o lieku získate na adrese: KRKA Slovensko, s.r.o., www.krka.sk

Dátum prípravy materiálu: 9/2024.

Referencie: 1. SPC Parnido, 2. Kane, J., Ganas, F., Kramer, M. et al. Treatment of schizophrenia with paliperidone extended-release tablets: a 6-week placebo-controlled trial. Schizophr Res. 2007; 90(1-3): 147-61.

Úplnú informáciu o lieku získate na adrese:

KRKA Slovensko, s.r.o., Karadžičova 8, 821 08 Bratislava  
Tel. (02) 671 04 501, Fax (02) 671 04 502  
E-mail: info.sk@krka.biz, www.krka.sk





VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÁ  
POISŤOVŇA

*Každému blaho*

# PEŇAŽENKA ZDRAVIA

JE NAJVIAC



Všetky benefity, ako aj podmienky ich získania nájdete na [vzpz.sk](http://vzpz.sk).

# DŮVERA

**Bezpečný a jednoduchý  
přístup k lepšímu  
zdravíu**





*tablety  
s predĺženým  
uvolňovaním*



# Metylfenidát Neuraxpharm

metylfenidátium-chlorid 18 mg, 36 mg, 54 mg



SPC metyľfenidat



**NEURAXPHARM®**

Váš CNS špecialista

Podrobnú informáciu o lieku získate na adrese:  
NEURAXPHARM SLOVAKIA a.s., Sartorisova 21,  
821 08 Bratislava - tel: +421 255 425 562  
info-slovakia@neuraxpharm.com

[www.neuraxpharm.com](http://www.neuraxpharm.com)

Brainmax®



brainmarket.sk

# Komplexný prístup k zdraviu.

Na úrovni, akú očakávate!

PATENTOVANÉ  
FORMY

LABORATÓRNE  
TESTOVANIE

PREMYSLENÉ  
ZLOŽENIE



**Prémiové doplnky stravy vyvinuté s dôrazom na kvalitu, vstrebateľnosť a funkčnosť v klinickej praxi.**

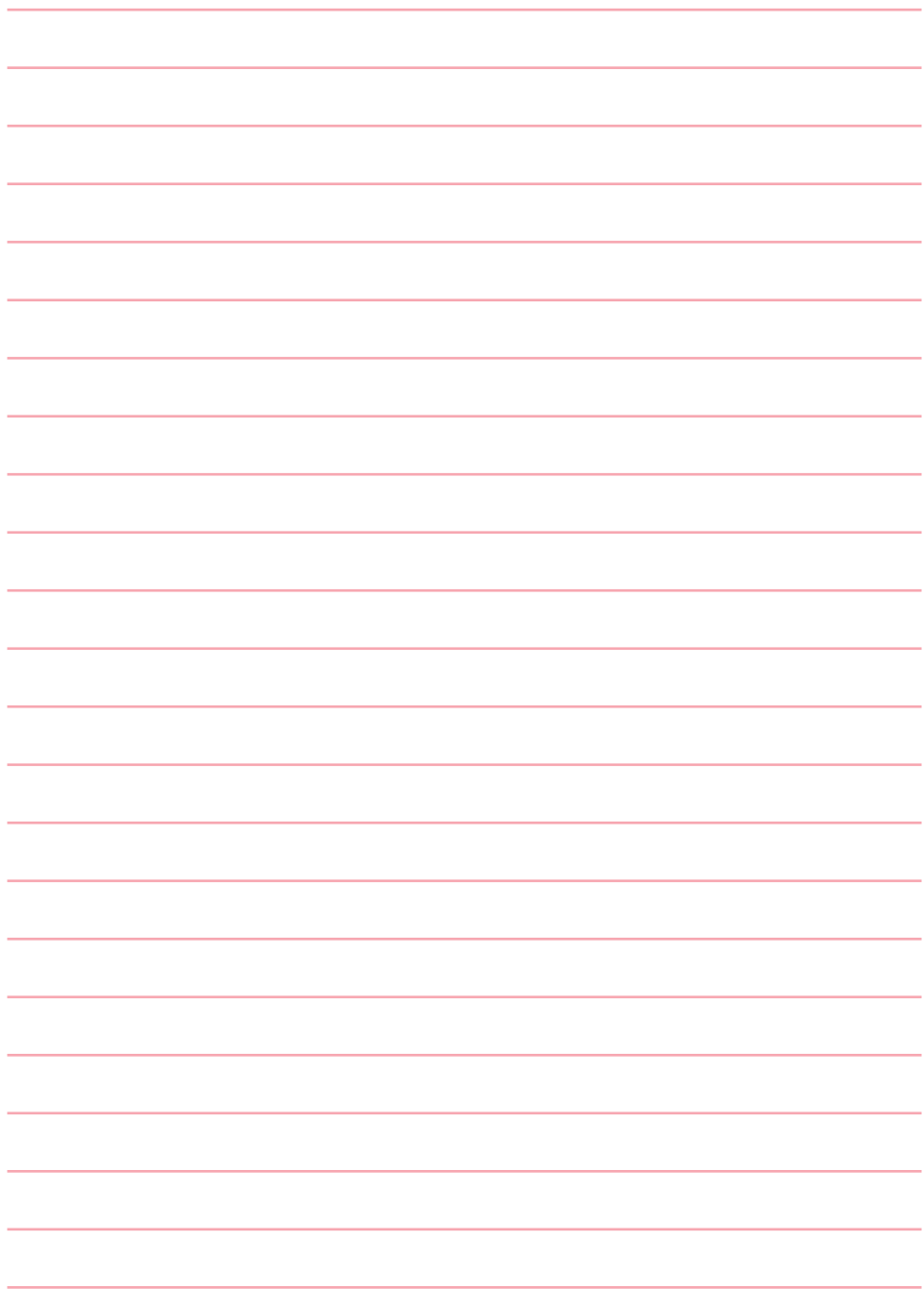
BrainMax® predstavuje moderný prístup k doplnkom stravy. Nie sme len značka doplnkov stravy. Sme partnerom, ktorý vám pomôže zorientovať sa v chaose súčasného trhu s doplnkami stravy. Stavíme na údajoch, kvalite a individuálnom prístupe, pretože každé telo má iný príbeh.

**ZĽAVA 10 %**

kód: LEKARNET

**Brain** market

Think healthy





**SLK a LEKÁR, a.s.**



pre Vás realizuje každoročne vzdelávacie podujatia

## PREVENTÍVNA MEDICÍNA.

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA VII.**  
XXII. Kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti  
a 55. Východoslovenské lekárske dni  
**20. november 2018**  
Bratislava, Hotel Carlton, Čulíkova 17, 802 33 Bratislava  
Prevencia v neurologii a gynekológii a pôrodníctve

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA VIII.**  
27.3.2019  
Laboratorná diagnostika, Prevencia, Účinnosť lieku, Účinnosť zdravotníckych zariadení

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA IX.**  
6.11.2019  
Vzdelenie v patofyziológii, prevencii a liečbe, Obezita, Individuálne športové a sociálne dispozície

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA X.**  
22.9.2020  
Bratislava - Košice  
Prevencia a skríningové programy od A po Z

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA XI.**  
23.9.2021  
Bratislava  
Zdravie a práca

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA XII.**  
26.10.2022  
Bratislava - Martin - Rožňava  
Ako na alergiu?

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA XIII.**  
17.-18. september 2023  
Wellness Hotel Chopok  
Prevencia v kardiológii

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA XIV.**  
10.-11. mája 2024  
Prieštavy  
Prevencia a liečba ochorení pohybového aparátu

**PREVENTÍVNA MEDICÍNA XV.**  
18.-19. máj 2025  
Bratislava  
Prevencia a liečba ochorení GITU

Sme radi, že ste s nami!



**LEKÁR**

---

**LEKÁR, a.s., Dobšinského 12  
811 05 Bratislava  
Vzdelávacie centrum SLK**