

MEDIKOM[®]



EDUKAFARM

medineWS



časopis Slovenskej lekárskej komory

Odborná časť časopisu MEDIKOM[®]

SMEROVANIE SLK
PO XXIX. SNEME V ŽILINE

MUDr. ZUZANA TEREHOVÁ
O PRÁCI ZV SLK

NIE POVRCHOVÉ ÚPRAVY,
ALE SYSTÉMOVÉ ZMENY

ROZHOVOR S
MUDr. JURAJOM HANZENOM

PRÁVNIK RADÍ:
OCHRANA ZDRAVIA PRI PRÁCI

PLUS

ODBORNÁ ČASŤ – ČASOPIS medineWS





Úver od VÚB, ten správny ťah vo vašom podnikaní

Rozšírili sme výhody Profiúverov pre vás – teraz aj bez minimálneho obdobia podnikania

Výhodné Profiúvery získate bez poplatku, bez zbytočnej byrokracie a so zvýhodnenou úrokovou sadzbou

Potrebujete vymeniť alebo modernizovať vybavenie svojej ambulancie, ale výška investície prekračuje vaše momentálne finančné možnosti? Efektívne riešenie nájdete vo VÚB banke. Ako členovia SLK môžete využiť bezúčelové podnikateľské úvery s predschváleným limitom až 3 500 eur v kontokorentnej forme so splatnosťou do 12 mesiacov alebo v splátkovej forme so splatnosťou do piatich rokov vo výške až 10 000 eur. Získate ich bez predkladania finančných výkazov a bez ohľadu na to, ako dlho podnikáte, s jednotnou zvýhodnenou úrokovou sadzbou. V prípade splátkového úveru je sadzba **7,65 %** a v prípade kontokorentu **8,85 %** ročne. Úver, zabezpečený len blankozmenkou, vám banka poskytne bez poplatku za jeho poskytnutie a už do 24 hodín od podania žiadosti.

V prípade, že potrebujete prefinancovať väčšiu investíciu a máte k dispozícii nehnuteľnosť na ručenie, využiť môžete účelový Profihypo úver. VÚB banka vám ho poskytne bez predkladania finančných výkazov až do výšky 200-tisíc eur a so splatnosťou do 15 rokov.

Správa firemných a osobných financií vo VÚB banke = bežný účet zadarmo

Okrem firemného účtu si môžete u nás zriadiť aj osobný Flexiúčet, jeho vedenie v cenovej úrovni 1 až 3 budete mať ako členovia komory na prvé dva roky zadarmo. Osobným účtom ušetríte nielen na dvojročnom poplatku, čo je až 120 eur, ale aj ďalšími benefitmi. V prípade, že si potrebujete peniaze požičať ako fyzická osoba, máte k dispozícii aj Osobnú úverovú linku s predschváleným úverovým rámcom, ktorý sa dá čerpať bez jedinej návštevy banky či predkladania dokladov. Použiť ho môžete formou kreditnej karty, povoleného prečerpania či ako bezúčelový spotrebný úver.

Ak je váš osobný účet vedený v inej banke a chcete ho zmeniť, VÚB banka jeho zrušenie a presun vybaví bezplatne za vás.

Kompletné informácie o ponuke získate v ktorejkoľvek pobočke VÚB banky, na službe KONTAKT 0850 123 000 alebo na www.vub.sk.



VÚB BANKA

S vami myslíme na budúcnosť



Vážené kolegyně,
 vážení kolegovia,

je niekoľko dní po Sneme Slovenskej lekárskej komory. Ciele, ktoré sme si dali na predchádzajúcom Sneme SLK (ďalej Komory) v roku 2013 neboli cieľmi len na jeden rok. Sú istým základom stavby, ktorou by malo byť dôstojnejšie postavenie lekára a Komory v spoločnosti. Domnievam sa, že aj o tom bol náš Snem v Žiline. Musím však konštatovať, že už len samotné vybudovanie týchto základov je oveľa ťažšie, ako by som bol očakával, ktoré nemuseli byť pre každého lekára vždy hneď pochopiteľné a jednoznačné. O to úprimnejšie ďakujem všetkým, ktorí mi na Sneme vyjadrili podporu a vyslovili dôveru, čím nepriamo dali najavo, že Komora je i naďalej dostatočne jednotná a odhodlaná pokračovať v začatom úsilí. Verím však, že aj tých, ktorí majú iný názor na smerovanie našej Komory, presvedčíme zlepšením spoločenského postavenia lekárov a navrátením dôvery pacientov voči nám lekárom aj za vašej vydatnej pomoci.

Ak hodnotím súčasný Snem 2014, dovoľte mi dotknúť sa týchto, z môjho pohľadu, najvážnejších tém:

Mala by to byť práve SLK, ktorá by mala byť nositeľom garancie poskytovania odbornej zdravotnej starostlivosti.

Ide o to, aby právna úprava vedenia registra nebola založená výlučne na plnení formálnych podmienok, pričom absentuje právomoc Komory pri odbornom pochybení lekára. Takúto kompetenciu Komory mala do roku 2004. Túto právomoc zdanlivo prevzal Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, čo nie je to isté. Menovaný úrad vykonáva dohľad nad poskytovateľmi, ale nehodnotí jednotlivých lekárov a jeho dohľad sa týka vždy len konkrétneho prípadu. Ďalej sme prezentovali záujem podieľať sa na naplnení siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj aktívne vplyvať na stanovenie kritérií siete na základe poznatkov z terénu. Sme toho názoru, že základným kritériom na stanovenie siete a jej obsadzovanie by mali byť odborné medicínske potreby a predpoklady, a nie predpoklady a záujmy ekonomické. Preto by nemala byť zdravotná poisťovňa rozhodujúcim subjektom, ktorý bude rozhodovať o tom, kto a kde bude pôsobiť v sieti poskytovateľov, ale mala by to byť práve Komora ako garant odbornosti a etiky výkonu povolania lekára. Rozdelenie kompetencií pri obsadzovaní siete medzi tri subjekty, a to MZ SR, ako orgánu oprávnenému na určenie siete a zabezpečujúceho pomocou VUC, Komory ako orgánu na určenie lekára alebo poskytovateľa, ktorý uvoľnené miesto v sieti obsadí a zdravotnú poisťovňu, ktorá poskytovateľa zaradeného do siete v potrebnom rozsahu zazmluvní a bude vykonávať dohľad nad účelnosťou a efektívnosťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Takéto rozdelenie kompetencií, a teda vzájomný dohľad, resp. brzda nad zaraďovaním a vyradovaním zo siete, priniesie predovšetkým transparentnosť a vylúči korupciu pri obsadzovaní siete, zabezpečí lekárovi (poskytovateľovi) istotu, že ak sa bude správať odborne a eticky, a bude dodržiavať základné ekonomické pravidlá, pri dodržiava-

ni oprávnených potrieb pacienta, nebude sa musieť obávať o svoje pracovné miesto. Otázka obsadzovania siete poskytovateľom ne-pochybne veľmi úzko súvisí s otázkou ochrany lekára v spojitosti s pripravovanou integrovanou sieťou zdravotníckych zariadení A v neposlednom rade Snem prakticky jednoducho odsúhlasil Deontologický kódex. Komora, ako orgán, ktorý má oprávnenie hodnotiť, či lekár konal alebo nekonal v súlade s Etickým kódexom, cíti potrebu dať bližšie pravidlá lekárovi, ako sa má v tej-ktorej situácii správať. Deontologickým kódexom, ktorý bol vypracovaný lekármí, mu chce pomôcť, aby lekár vedel, ako bude Komora dané všeobecné pravidlo uvedené v tomto kódexe konkrétne posudzovať.

Za nemenej dôležité však považujem to, že prijatím Deontologického kódexu môže Komora deklarovať verejnosti, že v Komore sú združení lekári, ktorí svoje povolanie vykonávajú dobre, eticky a neboja sa tiež zodpovednosti.

Na Sneme sme sa zaoberali aj otázkou sústavného vzdelávania. Delegáti odsúhlasili novú Smernicu o sústavnom vzdelávaní aj so zásadami spolupráce so Slovenskou lekárskou spoločnosťou (SLS), ktorou by sme chceli deklarovať svoj pozitívny postoj ku kolegom združeným v SLS.

A na záver mi dovoľte povedať niekoľko slov k médiám. Nemožno zakrývať aktuálnu súčasnosť v oblasti médií. Ako vo všetkých rezortoch, tak je to aj v tomto. Média sa v súčasnosti stále viac stávajú istými vazalmi nových majiteľov. Čím viac budú potrebovať médiá od svojich nových majiteľov peniaze, tým viac sa stávajú nástrojom vplyvu a obchodných záujmov. Preto si istým dešpektom aj vy pristupujte k informáciám a overujte si ich. Slovenská lekárska komora je vo vzťahu k médiám a verejnosti v zložitom postavení. Je prirodzene vnímaná ako reprezentant lekárskeho stavu, preto ak nejaký lekár pochybí, Komora je prvou inštitúciou, na ktorú sa médiá obracajú. Často ju vnímajú aj ako nepriameho vinníka individuálnych zlyhaní lekárov. Komora sa tomu nebráni, je to pochopiteľná reakcia médií a v konečnom dôsledku nie je ani v silách Komory, niečo s tým urobiť. O čo sa však môže a musí snažiť, je posilnenie svojich kompetencií tak, aby sa lekárov dokázala zastať a pomôcť im.

Nedá mi ešte nespomenúť ani témy, ktorými sa Snem podrobne zaoberal, ako sú LSPP a pretrvávajúce problémy s jej zabezpečovaním a integrovaný systém poskytovania zdravotnej starostlivosti, o ktorých vás budeme ešte informovať.

Som presvedčený, že Komora ide správnym smerom, aj keď si vybrala tu náročnejšiu cestu.

Keď som pred 2 rokmi prijímal funkciu prezidenta, bol som si toho vedomý, a som stále presvedčený, že spoločne s vašou podporou všetky úlohy a ciele vytyčené a prijaté aj na tomto „pracovnom“ Sneme sa nám postupne podarí spoločne v praxi naplniť. Preto chcem poďakovať všetkým lekárom, delegátom funkcionárom na všetkých úrovniach, ktorí aktívne prispievate k práci Komory a dosiahnutým výsledkom. Ešte raz úprimná vďaka.

MUDr. Marian Kollár
 Prezident Slovenskej lekárskej komory



generálny partner Slovenskej lekárskej komory pre poistenie majetku a vozidiel

Oznámenie o poverení sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov

Slovenská lekárska komora v súlade so zákonom č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov poverila dňa 22. 2. 2011 spoločnosť Alfa print, s.r.o., ako sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov členov SLK, v rozsahu meno, priezvisko a adresa bydliska, za účelom distribúcie časopisu MEDIKOM®.

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.

XXIX. SNEM SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY

Správu o činnosti SLK / rokovania prezídiá a rady / predniesol prezident SLK Marrián Kollár. Hovoril o medzinárodných aktivitách, ako aj o smerovaní SLK. Minútou ticha sme si uctili pamiatku dlhoročného funkcionára, 1. viceprezidenta – MUDr. Mikuláša Buzgóa, ktorý nás po ťažkej chorobe dňa 12. 4. 2014 opustil.

Po procedurálnych otázkach prezident pokračoval doplnením programu snemu SLK. Rada RLK Prešov predložila návrh na doplnenie programu Snemu SLK o „Stanovisko Sekcie VLD pre dospelých RLK Prešov k stavu všeobecného lekárstva v SR a návrh možných riešení.“ Prezident navrhol, aby bol tento bod zaradený do časti rôzne a diskusia.

Prezident SLK požiadal o návrhy do mandátovej a návrhovej komisie, ako i na overovateľov zápisnice a skrutátorov.

Voľba mandátovej komisie (5-členná) – zvolení: MUDr. P. Pekarovič, MUDr. L. Varga, MUDr. E. Jurkovič, MUDr. M. Rentka, MUDr. M. Dziaková

Voľba návrhovej komisie (5-členná) – zvolení: MUDr. J. Ambrušová, MUDr. D. Takáčová, MUDr. P. Marko, MUDr. V. Zaťko, MUDr. J. Šimo
Voľba overovateľov zápisnice (2 členovia) - zvolení MUDr. K. Šimovičová a MUDr. N. Lukán, PhD.

Správa Rady SLK od ostatného Snemu

(MUDr. M. Kollár). Bola bohatá diskusia, v ktorej o.i.

MUDr. M. Kuniaková v mene delegátov Rady RLK Banskej Bystrice upozornila na nedobry obraz SLK v médiách. Uviedla, že SLK vypadla z aktivít MZ SR, neovplyvňujeme prípravu legislatívy. Upozornila, že Komora nenapreduje. Vyjadřila sa k autorite prezidenta SLK v lekárskom stave, spoločnosti, ako i médiách a požiadala o vyslovenie nedôvery prezidentovi SLK.

Po rozdání hlasovacích lístkov a usmernení predsedom mandátovej komisie delegáti snemu SLK pristúpili k tajnému hlasovaniu. Po ukončení hlasovania po prestávke MUDr. P. Pekarovič, predseda mandátovej komisie, informoval o výsledkoch hlasovania. Uviedol, že bolo odovzdaných 74 hlasovacích lístkov, dôveru vyslovilo 45 delegátov, nedôveru: 27 a neplatné boli 2 lístky.

Správu Disciplinárnej komisie SLK od ostatného Snemu predniesol prof. MUDr. V. Bada, CSc. Otvoril diskusiu k správe. Nakoľko k správe neodznala diskusia, predsedajúci požiadal o schválenie uznesenia, v ktorom Snem SLK berie na vedomie správu Disciplinárnej komisie SLK.

Správu Kontrolného výboru SLK od ostatného Snemu predniesol MUDr. J. Černák
Predseda KV SLK poďakoval členom KV SLK, pracovníkom S-SLK a AK Škodler & Partners

s.r.o. za spoluprácu. Predsedajúci otvoril diskusiu k správe. Nakoľko k správe neodznala diskusia, predsedajúci požiadal o schválenie uznesenia, v ktorom Snem SLK berie na vedomie správu kontrolného výboru SLK.

Správa o hospodárení SLK od ostatného Snemu bola prednesená riaditeľkou S-SLK D. Resutikovou.

K predloženej správe v diskusii vystúpila MUDr. D. Takáčová, ktorá otvorila otázku trendu minulých rozpočtov. Situáciu v hospodárení vysvetlila riaditeľka S-SLK D. Resutiková.

Správa o činnosti a hospodárení LEKÁR, a.s. predniesol prítomným predseda predstavstva MUDr. J. Tholt.

V prezentácii informoval o práci LEKÁR, a.s. a jeho hospodárení ako aj o projekte Veternej Poruby a jej financovaní. Podal podrobnejšiu informáciu o zakúpených pozemkoch a výpisoch z katastra a navýšení ceny predefinovaním na stavebné pozemky.

Správa Nadácie LEKÁR a.s. o činnosti a hospodárení (MUDr. K. Šimovičová). Ako jej správca informovala, že správna rada bude doplnená o ďalšieho člena, nakoľko MUDr. J. Hanzen sa vzdal funkcie. K správe nebola diskusia, snem vzal správu na vedomie.

Správa o zriadení „Neinvestičný fond LEKÁR“. Predsedajúci MUDr. J. Tholt požiadal o otázky do diskusie k správe. Nakoľko k správe neodznala diskusia, dal hlasovať o vzatí správy na vedomie.

Správa sekcií SLK – Nakoľko k správe neodznala diskusia, predsedajúci požiadal o vzatí správy na vedomie.

Smerovanie SLK v ďalšom období – predniesol prezident SLK

Uviedol, že smerovanie považuje za veľmi dôležité. Základnou úlohou a zmyslom existencie je dohľad nad vzdelávaním, odbornosťou a výkonom dohľadu nad prípravou a výkonom lekára, nad etikou.

Vzdelávanie je jednou z priorit, no celý inštitút vzdelávania by mal prejsť reformou. Smernica obsahuje iba to, akým spôsobom má Komora hodnotiť CME a ako nahlásiť vzdelávaciu aktivitu na Komore. Dôležité je, aby každý lekár bol pod dohľadom Komory z pohľadu odbornosti a etiky.

Dotkol sa siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a úlohu Komory pri naplňaní siete ako garanta odbornosti a etiky lekára. Je dôležité zdefinovať rozdelenie kompetencií medzi MZ SR, SLK a ZP. Takéto rozdelenie prinesie transparentnosť a určitú istotu pre lekára. Uviedol, že otázka obsadzovania siete úzko súvisí s ochranou lekára. Prijatím Deontologického kódexu SLK deklaruje, že lekári, ktorí sú členmi SLK, vykonávajú povolanie čestne a neboja sa podriaďiť Deontologickému kódexu SLK. Je dôležité, aby SLK bola aktívna a presadzovala návrhy spojené s výkonom povolania lekára. Je presvedčený, že SLK ide správnu cestou a vytýčené ciele sa podarí naplniť. Podrobná informácia je na www.lekom.sk

SLK už pri práci na Unitárnom systéme dala jasne najavo, že jej snahy spojené s riešením legislatívy upravujúcej postavenie a kompetencie stavovských organizácií, nemusia byť spojené len s konštituovaním Unitárneho systému, ale sú realizovateľné aj v pluralitnom systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti. Rozpracovávali sme tému postavenia stavovských organizácií a novelizáciu Zákona č. 578 Z.z., predovšetkým otázku výkonu dohľadu Komory nad všetkými lekármi vykonávanými povolanie lekára. V týchto návrhoch sme ako Komora boli ochotní nielen prevziať vyššiu dávku zodpovednosti, ale aj s tým spojenú mieru väčších právomocí a kompetencií, so zameraním na dohľad Komory nad odbornosťou a etikou výkonu povolania lekára. Žiaľ, napriek našej enormnej snahe po aspoň úvodnom schvaľovaní a stotožňovaní sa s našimi návrhmi sa z nejasných dôvodov práca na uvedenom projekte zo strany MZ SR zastavila. Je skutočne na škodu nás všetkých, že sa nám spoločne nepodarilo dotiahnuť aspoň niektoré základné ciele, ktoré by napomohli vzdelávaniu, ako i postaveniu nielen SLK, ale i ostatných stavovských organizácií v zdravotníctve. Táto spomínaná zmena by dokázala výrazne zmeniť fungovanie a vzťahy slovenského zdravotníctva.

DRG

SLK sa aj v minulosti podieľala na budovaní DRG systému, ktorého cieľom bolo ucelene „preklopiť“ nemecký systém DRG do slovenského zdravotníctva aj so zodpovedajúcimi cenami za výkony, i keď v prvej etape, žiaľ, len pre nemocničnú starostlivosť a ako sa zdá, s mnohými obmedzeniami v rámci platieb. Dnes už vieme, že systém nezačne fungovať v predpokladanom termíne a aj jeho spustenie v pôvodnej vízií a finančnej štruktúre je ohrozené.

E – LEARNING

Implementácia projektu „Tvorba a implementácia e-learningového vzdelávania lekárov“ sa skončila 30.11.2013. V súlade s podmienkami poskytnutia nenávratného finančného príspevku z EÚ, ktoré platia pre všetky projekty, je SLK povinná portál prevádzkovať minimálne 5 rokov po skončení projektu pod výkonom kontroly zo strany MZ SR, MŠVVaŠ a Európskej komisie do konca roku 2020. Pri nesplnení podmienok by SLK musela vrátiť poskytnuté finančné prostriedky. Projekt bol ukončený po obsahovej stránke. Administratívna a finančná stránka ešte ukončená nebola. Zo strany MZ SR ako i MŠVVaŠ SR sa uskutočnili a opakovane uskutočňujú ďalšie kontroly. Zo strany MZ SR je portál hodnotený pozitívne, všetky ciele a ukazovatele projektu boli splnené.

Prínosy portálu pre SLK:

Portál i-med.sk je najrozsiahljším vzdelávacím portálom pre lekárov v strednej a východnej Európe

pe, čo sa týka množstva a kvality uverejnených príspevkov. Zvýšil kredit SLK medzi slovenskými lekármi, i-med využíva viac ako 9 000 slovenských lekárov. Ich reakcie na i-med sú mimoriadne pozitívne. Potvrdil dôležitosť úlohy SLK v oblasti sústavného vzdelávania lekárov. Umožňuje lekárom sústavne sa vzdelávať bezplatne v čase a na mieste, ktoré im vyhovuje a po správnom vyplnení kreditových testov získavať kredity CME. Kredity sa automaticky načítavajú do konta lekára v systéme SLK, čo pre nich odbúrava nepríjemnú administratívu. Portál už má svojich pravidelných autorov a recenzentov. Väčšinu tvoria špičkoví odborníci zo Slovenska a Českej republiky – profesori, docenti, primári. Súčasne poskytuje možnosť získavať cenné skúsenosti s publikovaním aj pre mladých a menej skúsených autorov.

V nadväznosti na úspechy a výsledky vzdelávacieho portálu redakčná rada pripravila návrh na vznik nového odborného vedeckého e-časopisu – i-medicus. S ponukou na spoluprácu pri vydávaní časopisu SLK oslovila aj zahraničných kolegov z Českej a Poľskej lekárskej komory (na stretnutí v Zuberici) a dodatočne i Maďarskej lekárskej komory, ktorí o spoločný projekt prejavili eminentný záujem. Cieľom odborného vedeckého e-časopisu v anglickom jazyku je poskytnúť možnosť medzinárodnej prezentovať prácu slovenských lekárov a lekárov z V4. Vytvorením takéhoto časopisu by SLK spolu s komorami V4 získala autoritu a vážnosť nielen v rámci SR, ale i EÚ. V tejto chvíli je projekt v štádiu hľadania možností jeho spustenia a finančného zabezpečenia, ako i možnosti rozbehnutia projektu z grantových financií pri predpokladanej medzinárodnej účasti okolitých lekárskejších komôr.

Vďaka za fungovanie e-learningových centier v jednotlivých regiónoch patrí hlavne orgánom jednotlivých RLK a pracovníkom sekretariátov, ako i funkcionárom i členom komory.

VZDELÁVANIE

Slovenská lekárska komora od nástupu tejto vlády signalizovala, že vzdelávanie lekárov je pre ňu prioritou a malo by prejsť reformou. Na tom sme sa zhodli na začiatku aj s ministerstvom zdravotníctva. Jediným zmyslom a cieľom Smernice o vzdelávaní, prijatej na XXVIII. Sneme SLK, bolo vytvoriť také mechanizmy, ktoré SLK zabezpečia reálnu možnosť sledovať a hodnotiť aktivity sústavného vzdelávania a tak účinne prispievať k zvyšovaniu kvality vzdelávania.

Snem prijatím „Smernice o sústavnom vzdelávaní“ potvrdil dôležitosť, ktorú kladie vzdelávaniu. Pretrvávajúce problémy v súvislosti s jednotným evidovaním vzdelávacích podujatí, ako i kreditov lekárom v centrálnom registri, sme riešili stretnutím s organizátormi vzdelávania v decembri 2013, keď sme jasne informovali o poslaní „Smernice“, znení zákona a spôsobe kontroly vzdelávania zo strany SLK.

Komora je pripravená.

V rámci kontroly vzdelávania je ešte potrebné poďakovať všetkým kontrolórom a kontrolným výborom na jednotlivých RLK. Kontrola vzdelávania, v zmysle platných legislatívnych noriem, po-

kračuje ďalej a bude prebiehať sústavne.

Rokovania so zdravotnými poisťovňami, o tom je samostatný článok v časopise.

VEDECKÁ RADA SLK

Vedecká rada SLK komunikuje hlavne prostredníctvom mailov, stretáva sa raz ročne, v prípade potreby aj častejšie. Úloha členov Vedeckej rady SLK vo vzdelávaní je nezastupiteľná pri spolupráci pre i-med, posudzovaní a schvaľovaní vzdelávacích aktivít.

ČASOPIS MEDIKOM A WEBOVÁ STRÁNKA

Rada SLK a Prezídium SLK sa pravidelne zaoberajú požiadavkami, ktoré predkladajú RLK, ale i SRLK, sekcie a členovia komory. Tieto sa snažia orgány riešiť buď písomne, alebo stretnutím predstaviteľov SLK na rokovaní so zástupcami príslušných inštitúcií. Všetky rokovania orgánov SLK, prezidenta SLK a jednotlivých členov orgánov SLK, sú zverejňované na webovej stránke www.lekom.sk.

Priemerná mesačná návštevnosť webovej stránky je 20 232 návštevníkov. Webová stránka Komory slúži na informovanie jej členov, sú na nej všetky aktuálne informácie. Vytvorili sme možnosť zasielania aktualizácií z webovej stránky na mail, ak si o to člen požiada.

V časopise Medikom sú uverejňované aktuálne informácie o činnosti SLK. Vydávanie časopisu zabezpečuje spoločnosť LEKÁR a.s., časopis vychádza štyrikrát ročne a je distribuovaný členom SLK. Finančné náklady spojené s distribúciou časopisu znáša SLK. V mene redakčnej rady časopisu si vás dovoľujem požiadať o prispievanie. Časopis Medikom je časopisom SLK, teda nás všetkých, a jeho obsah bude taký, ako ho spolu dokážeme naplniť. V mene redakčnej rady poďakovanie patrí aj pani redaktorky, ktorá je neodmysliteľnou súčasťou nášho časopisu.

Orgány SLK v spolupráci so sekretariátom SLK dokončujú informačnú brožúru o SLK pre lekárov, ktorej ambíciou je zlepšiť nábor nových členov. Informujeme v nej o poslaní a úlohách SLK, ale predovšetkým o výhodách členstva. Ďakujem všetkým, ako aj funkcionárom, ktorí svojou prácou a nasadením sa podieľajú na plnení neľahkých úloh a cieľov SLK, zvlášť v poslednom období. Takisto sa chcem poďakovať Advokátskej kancelárii a všetkým, ktorí zabezpečujú pravidelný chod SLK.

Správu Legislatívneho výboru SLK predložil MUDr. J. Hanzen, predseda výboru. Zoznam chorôb, pri ktorých sa poskytuje poisťencovi verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vykonávajúci dispenzarizáciu. Podrobnú informáciu si môžete pozrieť www.lekom.sk

dôvera – nedôvera



V Žiline sa v dňoch 19. – 20.9.2014 uskutočnil XXIX. Snem SLK. Konal sa v tých istých priestoroch, v ktorých bol pred dvoma rokmi volebný snem. Vtedy lekári privítali vrcholových predstaviteľov Ministerstva zdravotníctva SR a Žilinského samosprávneho kraja. Na tohtoročnom sneme delegáti ušetrili čas, pretože všetci pozvaní hostia sa ospravedlnili. Nakoľko sa to stalo už po druhý raz za sebou, táto skutočnosť môže u lekárov pri príprave nasledujúcich snemov vyvolať diskusiu o potrebe počúvať na sneme politických hostí, či ich vôbec pozývať. Nie je potrebné tajiť, že táto otázka vyvolala diskusiu už pri príprave tohto snemu a pozvať ich neznalo jednohlasne. Na úvod sa podarilo aspoň získať čas, ktorý sa však rýchlo minul. Postarala sa o to výzva na vyslovenie nedôvery(?) či dôvery(?) prezidentovi SLK hlasovaním delegátov. Výzva bola menej emotívna, ako sa dalo pri tak závažnej veci očakávať. To, že sa niečo podobné môže stať, akosi viselo pomerne dlho vo vzduchu. Mnohých to predsa len zaskočilo. Po niekoľkých hodinách vyplnených pokusmi o definovanie uznese- nia, výrobou hlasovacích lístkov, vysvetlovaním, ako je otázka myslená, ako sa na základe tohto myslenia má hlasovať, vyhodnocovať hlasovanie, napokon sa delegáti dostali k hlasovacej urne. Výsledok bol delegátom oznámený. 74 delegátov sa vyjadrilo: 45 dôveruje, 27 nedôveruje a 2 sú ani dôvera/ani nedôvera, ich hlasovacie lístky boli neplatné, neuviedli žiadnu z možností. Hlasovanie z pohľadu iniciátora bolo zbytočné. Z pohľadu budúcnosti Komory však bolo veľmi významné. Komora týmto dokázala, že sa vie postaviť k rôznym názorom čelom, dala im priestor na pôde Komory a umožnila delegátom snemu demokraticky sa rozhodnúť. Stojí za povšimnutie, že nikto si vyplnený hlasovací lístok nefotografoval. Napokon toto hlasovanie o dôvere/nedôvere nebolo na sneme novodobej Komory po prvý raz. Vzniknutá situácia otvorila priestor na vecnú diskusiu. Po tomto sneme by sa mali veci riešiť na otvorených diskusných fórach tak, aby sa Komora lekárom stala demokratickou a otvorenou stavovskou inštitúciou, ktorá ich názory rešpektuje a pri rozhodovaní ich všetky berie do úvahy. Je v rukách aktuálnych predstaviteľov Komory, či sa im to podarí. Držme im k tomu palce. Inak sa na ďalšom sneme môže história opäť zopakovať.

MUDr. Juraj Hanzen

NIE POVRCHOVÉ ÚPRAVY, ALE SYSTÉMOVÉ ZMENY

Ivan Poprocký, Inštitút zdravotnej politiky MZ SR



Keď vláda SR schválila v decembri 2013 Strategický rámec starostlivosti o zdravie na roky 2014 – 2030, bolo jasné, že sa začali nevyhnutné a zásadné zmeny. Dôležité pre celý rezort zdravotníctva, bez zvyšku. Bez dôsledného odhalenia aktuálneho stavu, bez analýzy a následne jasného formulovania stratégií by sme sa však ďalej nepohli. Preto sú pre nás ťažiskové a vyžadujú si aj svoj časový priestor. A je tu ešte ďalší významný moment – akákoľvek obmena iba v jednom segmente nepostačuje, týka sa všetkých zložiek systému. To znamená hĺbkovú analýzu každého subjektu.

OPTIMÁLNY MODEL

Tento zámer naplníme a dnes máme priority definované a postupne pracujeme na ich implementácii: posilnenie primárneho sektora, naštartovanie investícií do akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti, zintenzívnenie vedy, výskumu a inovácií v zdravotníctve, zásadné zlepšenie regionálneho manažmentu pacienta a rozvoj verejného zdravia.

Prirodzene, sú tu aj ďalšie zámery, všetkým dominuje kvalita v širšom zmysle slova – nielen v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale aj v komforte pacienta, v dostupnosti, v efektívnosti liečby...

S dôrazom na tieto ciele ministerstvo zdravotníctva pripravilo stratégiu Integrovannej zdravotnej starostlivosti. Jej súčasťou je budovanie integrovaných centier poskytovania zdravot-

nej starostlivosti, sociálnych služieb a verejného zdravia. Práve takýto model sa dnes v Európe vníma ako optimálny pri riešení problémov spojených so starnutím obyvateľstva. Napokon, správnosť našej stratégie potvrdil aj fakt, že Slovensko zatiaľ ako jediná krajina uspela v rokovaniach s Európskou komisiou.

POMÔŽU FONDY EÚ

Z fondov EÚ na roky 2014 – 2020 získame investície do infraštruktúry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, konkrétne do integrovaných centier a akútnych nemocníc.

Koncepcia zmien zahŕňa aj výstavbu novej nemocnice v Bratislave. Nemocnice, ktorá pri dodržiavaní princípov kvality a flexibility bude zohľadňovať demografický vývoj, technickú modernizáciu, produktivitu práce a zameria sa aj na zintenzívnenie vzdelávania a výskumu.

Investície do rekonštrukcie existujúcich budov a následné zvyšovanie produktivity sú už takmer vyčerpané, preto bolo treba priniesť koncept postupnej výstavby nových moderných nemocníc.

Projekt, ktorý zastrešuje MZ SR, napreduje približne dvakrát rýchlejšie ako porovnateľný PPP projekt v zdravotníctve. Novinkou je aj dohoda MZ SR s Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu SR o zapojení univerzitných a fakultných nemocníc do operačného programu Výskum a inovácie na roky 2014 až 2020.

EFEKTÍVNA STRATÉGIA

V súčasnosti pripravujeme v tejto oblasti implementačnú stratégiu, ktorá prispeje k efektívnemu nasmerovaniu finančných zdrojov do nemocníc.

Komplexné zmeny v zdravotníctve sa zásadne dotknú celkovej štruktúry poskytovania zdravotnej starostlivosti. Nejde o povrchové úpravy, ale o systémové zmeny, ktoré majú široký záber. Takéto riešenia aj ich aplikácie potrebujú svoj čas, pričom štandardné štvorročné vládnuce obdobie (na aké sme zvyknutí v našich podmienkach), poskytuje iba obmedzený priestor na analýzy, návrhy aj realizáciu.

Očakávanie, že kvalitne pripravená systémová zmena bude implementovaná v ohraničenom časovom limite, je prinajmenšom naivné. Na margo tohto konštatovania dovoľte jeden postreh zo služobnej cesty v Izraeli.

Keď som oslovil tamojších kolegov s otázkou, prečo je zdravotníctvo v ich krajine najefektívnejšie spondezi krajín OECD, odpoveď bola zdanlivo jednoduchá: „Pretože zdravotníctvo u nás nikdy nebolo predmetom politického boja, vyvíjalo sa dlhodo- bo a konzistentne, bez ohľadu na politické zmeny.“ Ťažiskové zmeny zdravotníctva sú dnes vypracované. Obrazne povedané, sme však v etape rozbehu a do úspešného cieľa chýba ešte hodný kus cesty. Na tejto trase nám môže pomôcť nielen konštruktívna odborná diskusia, ale aj racionálny postoj, uvážlivá kontinuita a nadväznosť na všetko pozitívne a podnetné, čo dnes tvorí základný kameň kvality a efektivity zdravotníctva SR. (asa)

VLÁDA BY MALA PREHODNOTIŤ NÁVRH ROZPOČTU PRE ZDRAVOTNÍCTVO

Vláda by podľa Združenia zdravotných poisťovní SR (ZZP) mala prehodnotiť prvotný návrh budúročného rozpočtu pre zdravotníctvo.

Ten počíta v porovnaní s rozpočtom plánovaným na tento rok s poklesom o 16,6 milióna eur.

„Menej peňazí v kapitole zdravotníctva, znamená menej peňazí na zdravotnú starostlivosť, rozvoj nových projektov a skvalitňovanie zdravotnej starostlivosti, prípadne riešenie mzdových požiadaviek zdravotníkov,“ uviedla prezidentka ZZP Katarína Kafková.

Podľa nej nie je z aktuálneho návrhu jasné ani to, či štát plánuje v budúcom roku zvýšiť platby za poisten-

cov štátu. Tie sa dlhodobo pohybujú na úrovni jednej tretiny platieb ekonomicky aktívnych obyvateľov, pričom práve na poisťencov štátu ide viac ako polovica výdavkov v zdravotníctve.

Podľa ministerky zdravotníctva Zuzany Zvolenskej návrh počíta s minimálnou štvorpercentnou sadzbou za poisťencov štátu.

V návrhu nemá byť uvedená preto, že vyplýva zo zákona o zdravotnom poistení. Poukázala, že celkovo pôjde do zdravotníctva o niečo viac zdrojov ako v tomto roku. Priblížila, že výpadky, ktoré vzniknú v dôsledku uvedených nižších odvodov, budú ešte otázkou ďalších rokovanií a samostatnej kompenzácie.

Ministerstvo financií sa k navýšovaniu prostriedkov pre zdravotníctvo nevyjadruje. „Uvedená oblasť ešte bude predmetom ďalších diskusií, preto by bolo v súčasnosti predčasné vyjadrovať sa k vašim otázkam,“ reagovali z tlačového odboru ministerstva financií. Do zdravotníctva by zo štátneho rozpočtu malo ísť na budúci rok menej peňazí ako v tomto roku. Celkové výdavky sa predpokladajú na úrovni 1,2 miliardy eur.

Vyplýva to z prvého návrhu štátneho rozpočtu na rok 2015. Celkové príjmy v systéme verejného zdravotného poistenia sa na rok 2015 predpokladajú vo výške 4,27 miliardy eur. Celkové výdavky sa očakávajú na úrovni 3,99 miliardy eur. (ada)



Členom Komory ste už viac ako 20 rokov a vyše 12 rokov pôsobíte vo vrcholových orgánoch SLK. Ako hodnotíte celé obdobie?

Členom SLK som takmer od jej obnovenia napriek tomu, že som ako lekár v službách armády SR takúto povinnosť nemal. Členstvo v stavovskej organizácii považujem za česť a výsadu. Preto som aj po odchode z ozbrojených síl republiky zostal naďalej členom Komory. Zažil som komoru bez povinného členstva, s povinným členstvom a opäť bez povinného členstva. Veľmi dlho som uvažoval nad tým, prečo bolo povinné členstvo zavedené a prečo zrušené. Dospel som k názoru, že to bolo preto, aby bola stavovská organizácia pre povinné členstvo rozostvaná a po jeho zrušení úplne rozprášaná. Komora povinné členstvo nepotrebuje. Lekári potrebujú osvetlenie a uvedomenie si svojej stavovskej cti. Spoločenská prestíž lekárov sa dostala zo špičky na dno. Lekár sa pre pacienta stal nepriateľom. Prispeli k tomu aj výzvy niektorých absolventov lekárskeho fakult v rôznych funkciách. Niektorí odborníci na zdravotníctvo pritom nemajú žiadnu prax ani špecializáciu. Výrazne sa znížila dôvera medzi lekárom a pacientom. Nevie si predstaviť, že by mal liečiť lekár, ktorému nedôverujem. Raz stratená dôvera sa už neobnoví. Na argumenty o vysokom členskom v Komore už nemá zmysel reagovať. Členský príspevok Komore je poplatok za nezávislosť lekárskeho stavu. Rovnako nemá zmysel reagovať na vyjadrenia typu: „Komora pre mňa nič neurobila“. Každý nech si odpovie na otázku, čo on urobil pre Komoru, t.j. pre seba a pre ostatných kolegov. Možno by kolegov prekvapilo, ak by Komora zverejnila, ako sa volení zástupcovia lekárov označovaní za členov zhromaždení delegátov zúčastňovali zasadnutí, kde mali riešiť problémy aj tých kolegov, ktorí im dali dôveru a v stavovských voľbách hlas. Ako by kolegovia vysvetľovali, že napríklad v Bratislave nebolo zhromaždenie delegátov uznášaniaschopné, snáď iba z jedinou výnimkou, počas celých 9 rokov, čo som mal možnosť tento fenomén sledovať. To znamená, že výrazne nadpolovičnej väčšine mienkotvorných lekárov je úpl-

ne jedno, že nejakí ich kolegovia chceli, aby ich zastupovali.

Ako teda hodnotíte toto obdobie? Ako bdbie nevyužitých príležitostí lekárskeho stavu.

Počas toho obdobia sa vystriedalo niekoľko ministrov zdravotníctva. Ako vnímate samotný „rozvoj“ zdravotníctva až po súčasnosť?

Víziu mali dvaja ministri zdravotníctva. Vážim si z nich jedného. Toho, ktorý zaviedol poisťny a bodovací systém. Začal budovať nové zdravotníctvo, v ktorom mal byť lekár odmeňovaný za merateľnú kvalitnú prácu. K ostatným ministrom sa nebudem vyjadrovať. Na slovníku vrcholových úradov republiky mi prekáža slovné spojenie „reforma zdravotníctva“. Slovenské zdravotníctvo nepotrebovalo a nepotrebuje reformu, potrebovalo a potrebuje iba zlepšenie. Zlepšenie sa však má robiť skôr, ako sa urobia chyby. Zlepšená chyba je stále chyba, ale aj zreformovaná chyba je stále chybou. Slovenskému zdravotníctvu škodí to, že zo zdravotníctva je politikum, a to po celú dobu mojej praxe. Nie je tomu bohužiaľ inak ani v súčasnosti.

Domnievate sa, že systém, ktorým sa uberá zdravotníctvo je dobrý, správny...?

Nemám pocit, že zdravotníctvo sa niekam uberá a nevidím v tom systém. Každá vláda ho tlačí niekam. Každá si myslí, že správnym smerom. Na druhý deň po voľbách nám nová garnitúra vysvetlí, aká to bola ešte pred pár dňami katastrofa, a prečo to budú robiť úplne inak.

Ak máte isté výhrydy v tejto sfére, vedeli by ste ich pomenovať, prípadne navrhnúť zmeny?

Necítim sa byť povolaný a ani vyvolený navrhovať zmeny. Predpokladám, že členovia poradných zborov sú dostatočne erudovaní. I keď v poslednej dobe som bol svedkom, v niektorých medicínskych odboroch, veľmi ťažkého hľadania človeka na pozíciu hlavného odborníka.

Ako hodnotíte aktuálny stav MZ SR a SLK?

„Plavíme sa na jednej spoločnej lodi“?

Nerozumiem aktuálnemu stavu a ak budem úprimný už ani nechcem rozumieť.

Vaše priority pracovné i ľudské.

Pracoval som v Komore dlhé roky, myslím si, že dve funkčné obdobia sú dosť. Takže mojou prioritou už nie je práca v SLK. Mojou prioritou je moja rodina a moji priatelia (nie v modernom význame slova frajerky a frajeri). Mnohých z nich zamestnávam v zdravotníckom zariadení, ktorého som stále spolujajiteľom. Toto zdravotnícke zariadenie nevzniklo privatizáciou. V roku 1996 som ho vybudoval z nuly a odvtedy ho intenzívne rozvíjam. Preto aj rozvoj odboru klinickej (lekárskej) mikrobiológie je mojou prioritou na niekoľko ďalších rokov.

Čo vás viedlo a vedie k tomu, že ste abdikovali z niektorých funkcií?

Dve funkčné obdobia v Komore sú viac ako dosť, všetky slušné demokracie nepoznajú funkcionárov na celý život. Po najbližšom Sneme SLK (september 2014) odstúpim aj z poslednej funkcie a pri nadchádzajúcich voľbách už nebudem kandidovať na žiadny post v Komore. Členom Komory však určite zostanem.

V poslednom období sa Vaša práca rozšírila o mnohé zaujímavé aktivity, medzi ne patrí aj vydávanie odborných publikácií. Čím plánujete prekvapiť svojich čitateľov?

V nedávnej minulosti vyšlo z nášho zdravotníckeho zariadenia niekoľko mikrobiologických publikácií. V súčasnosti pripravujeme ich pokračovanie. V tomto roku vydáme Lexikón lekárskej mykologie a v budúcom roku Lexikón lekárskej virológie. Okrem toho chystám svoj projekt a chcem vydať v tomto roku publikáciu venovanú životu a dielu akademika Prof. MUDr. Jána Štefanoviča, DrSc., ktorého si veľmi vážim ako človeka i odborníka, napriek tomu, že som nemal to šťastie, aby on bol mojim učiteľom.

ďakujem za rozhovor: Eva Sisková

PÁN PREDSEDA, NA SLOVÍČKO...

MUDr. Ján Černák, predseda kontrolného výboru SLK



V tejto rubrike som dostal za úlohu primeraným spôsobom informovať členov o zaujímavých prípadoch z činnosti KV SLK. V predchádzajúcich číslach časopisu som sa snažil nie príliš právnickým štýlom informovať o tých neprijemnejších stránkach života, ktoré lekárska prax občas prináša. Zdôrazňoval som potrebu kvalitného vedenia zdravotnej dokumentácie, na základe ktorej sa dokážeme obhájiť, alebo akým spôsobom sa postaviť k žiadostiam o informácie zo zdravotnej dokumentácie zo strany polície. Nevy-

nechal som ani najneprijemnejšie prípady z činnosti KV SLK, keď sme museli riešiť prípady sťažností lekára na lekára charakteru neprimeranej reklamy, či medziľudských vzťahov. V tomto dovolenkovom období si dovoľím po stručnej rekapitulácii nerozoberať žiadnu vážnu tému. Zaslúžime si chvíľku oddychu a relaxu. S optimistickým náhľadom do budúcnosti a súčasne s potešením musím konštatovať, že počet sťažností doručených na SLK, má klesajúcu tendenciu. Ťažko povedať, či je to zásluhou lekárov, alebo únavou sťa-

zovateľov. Je jasné, že chronickým sťažovateľom sa nevyhneme ani v budúcnosti a nikdy sa nám nepodarí dosiahnuť rok úplne bez sťažností, nikto predsa nie je neomylný a nemá vždy dobrý deň, ale po rokoch, keď počty sťažností neustále stúpajú, je to obrat k lepšiemu. Členom KV to umožní venovať sa ďalším činnostiam, skvalitneniu kontroly sústavného vzdelávania, riešeniu problémov, či skôr nedorozumení vo vnútri Komory a intenzívnejšej spolupráci pri tvorbe a zlepšovaní vnútrokomorových predpisov.

SPRÁVA O ČINNOSTI ZDRAVOTNÉHO VÝBORU SLK OD SNEMU 2013 PO SÚČASNOŠŤ PREDLOŽILA SNEMU:

MUDr. Zuzana Teremová

Rokovací tím tvoria:

MUDr. Kollár Marian, MUDr. Makara,
MUDr. Bakič, MUDr. Vaverková,
MUDr. Šimovičová, MUDr. Teremová,
MUDr. Pěčová, MUDr. Kollátorová,
MUDr. Hlavačková, MUDr. Provazník,
MUDr. Hanzen, MUDr. Dziaková

Rokovania v tomto období prebiehali najmä separátne, len rokovania vo VŠZP venované problematike kritérií na zazmluvnenie ŠAS, stanoveniu podmienok výpočtu zmluvných objemov ŠAS a o Všeobecných zmluvných podmienkach boli spoločné pre ZV SLK aj Zdravitu.

ZO SPRÁVY VYBERÁME:

Nové Dodatky k zmluvám boli uzatvorené k 1.1.2014 – vo VŠZP a Unione na obdobie do 30.6.2014. K 1.7.2014 bol uzatvorený nový Dodatok vo VŠZP s cenovými podmienkami do 31.12.2014. V zdravotnej poisťovni Union len veľmi ťažko sa dospelo k dohode a v segmente VAS rokovania pokračovali až do začiatku augusta 2014.

V zdravotnej poisťovni Dôvera boli podpísané Dodatky k zmluvám k 1.4.2014.

V súčasnosti sú už v začiatkoch rokovania o cenách od 1.10. 2014.

Rokovania o nových Dodatkoch so ZP sú nosnou časťou práce členov ZV SLK. ZV SLK však viedol v uplynulom období aj radu rokovaní zameraných na konkrétne problémy – vykazovanie a revízia výkonov u oftalmológov, neurológov a gastroenterológov. V súčasnosti je v segmente S-FBRL otvorená otázka úhrady liečby lymfédému. Opakovane rokovali o spôsobe akceptácie preventívnych prehliadok vo VŠZP. Inicialovali aj spoločné rokovanie so zástupcami všetkých troch ZP o zjednotení systému vykazovania preventívnych vyšetrení. Po vydaní Odborného usmernenia MZ SR k predoperačným vyšetreniam oslovili a rokovali s predstaviteľmi všetkých troch zdravotných poisťovní.

Počas celého roka priebežne predkladajú požiadavky úpravy zmluvných objemov poskytovateľov ŠAS v rámci individuálnych rokovaní za mandantov SLK.

Rokovania sú často ťažké, niekedy veľmi zdĺhavé (napr. rokovania o akceptácii preventívnych prehliadok vo VŠZP trvali skoro 6 mesiacov!).

Výsledky rokovaní sú neuspokojivé, nakoľko v súčasnosti prevaha poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti nie je za svoju medicínsku prácu ohodnotená na úrovni lekárov zamestnancov.

Zopár faktov o rozhodujúcich rokovaniach:

Rokovanie VŠZP

Pri rokovaní o cenách od 1.1.2014 ZV SLK predložil v

novembri 2013 požiadavku navýšenia cien od 1.1.2014 o 10 % pre všetky segmenty poskytovateľov ambulantnej starostlivosti. Po opakovaných rokovaniach prišlo k dohode o úprave cenových podmienok v segmente VLDD, VLDD a GYN s navýšením na úrovni 4,5 %, pričom VŠZP dala príslub ďalšej úpravy cien s rovnakým navýšením k 1.7.2014. Zmluvy boli vzhľadom k tomu predĺžené na obdobie 1 roka s cenami do 30.6.2014. Segment ŠAS podľa stanoviska VŠZP bude riešený až po skompletizovaní preverenia stavu siete ŠAS, bol daný príslub k rokovaniam a úprave zmlúv k 1.4.2014.

V mesiacoch **február a marec 2014** prebehla rada rokovaní k problematike: kritériá na zazmluvnenia ŠAS a výpočtu zmluvných objemov ŠAS ZV SLK odmietol v Dodatku k zmluve návrh VŠZP, podľa ktorého zmluva zaniká zmenou odborného zástupcu poskytovateľa ŠAS, čo bolo VŠZP akceptované. Rovnako ZV SLK odmietol aj navrhované zníženie zmluvných objemov u poskytovateľov s prekračovaním percentuálneho navýšenia bodovania voči priemeru v rámci špecializácie (z mandantov SLK išlo o 33 poskytovateľov).

V mesiaci **február a marec 2014** rokovali vo VŠZP o novom znení „Všeobecných zmluvných podmienok“. Ich súčasťou boli aj sankčné opatrenia pre poskytovateľov, pričom sa v rámci rokovaní podarilo redukovať radu sankčných opatrení. Napriek tomu však s výsledným znením nie sme spokojní, nakoľko zmluva v tejto časti je nevyvážená, je v neprospech poskytovateľov.

Od **decembra 2013 do mája 2014** sa so zástupcami VŠZP opakovane stretli k problematike uznávania výkonov preventívnej prehliadky z hľadiska ich komplexnosti. Rokovania boli iniciované ZV SLK na základe sťažností členov SLK, poskytovateľov VLD na revízie a pokuty VŠZP na neakceptáciu preventívnych prehliadok pri chýbaní ktorejkoľvek zložky prevencie (laboratórne odbery, EKG a TOKS). Stanovisko právneho zástupcu SLK u nutnosti úhrady riadne vykonanej časti preventívnej prehliadky predstaviteľa VŠZP neakceptovali. V rámci rokovaní bol vypracovaný materiál stanovujúci jasné pravidlá na akceptáciu výkonu prevencie. Napriek tomu, že na rokovaní 15.5.2014 dospeli k dohode, prišlo zo strany VŠZP k vypusteniu bodu, podľa ktorého lekár nemôže byť trestaný neuznaním prevencie a pokutou v dôsledku nezodpovednosti pacienta a tento bod bol nahradený znením: „individuálnym prístupom revízieho lekára, „voči uvedenému bola vznesená námietka.

Od **22.mája do 28. júna 2014** bolo rokovanie o cenách od 1.7.2014.

V Dodatkoch k zmluvám od 1.7.2014 prišlo v segmente ŠAS k úprave ceny bodu ŠAS a zmene spôsobu úhrady výkonu odberu krvi na vyšetrenie, v segmente VLDD, VLDD a GYN – k úprave ceny bodu za prevenciu (0,04 €/bod), v segmente VLDD k úprave výšky kapitácie u

poistencov do 5 rokov, v segmente VLD z zdvojnásobeniu ceny výkonu TOKS. Prišlo k dohode o úhrade výkonu predoperačného vyšetrenia poskytovateľom VAS v súlade s Odborným usmernením MZ SR. V segmente SVLZ však prišlo k zníženiu cien cca o 5 % a zníženiu zmluvného objemu o 2,5 %.

Napriek skutočnosti, že vzájomná dohoda medzi VŠZP a SLK, podľa ktorej malo v 2. polroku 2014 prísť v segmente VAS k rovnakému navýšeniu ako bolo realizované od 1.1.2014, nebola dodržaná v segmente VLDD a GYN a dosiahnutie realizácie dohody pre segment VLD je ťažké odhadnúť (TOKS, predoperačné vyšetrenia), akceptujúc informáciu, že vzhľadom na finančnú situáciu VŠZP nemôže pristúpiť na požiadavky SLK, rokovanie pod hrozbou nezmluvného vzťahu ukončili.

Rokovanie Dôvera z.p.

Rokovanie k Dodatkom k zmluvám od 1.4.2014 sa uskutočnilo mnoho rokovaní. ZP predložila návrh na úpravu vekových pásiem v segmente VLD (11 vekových skupín namiesto súčasných 5, avšak s výrazným poklesom kapitačných platieb v nižších vekových kategóriách), odlišným rozčlenením vekových pásiem u VLDD, ako aj návrh na zmenu platieb u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých (kapitačno/výkonnostný model). Po dôslednej analýze rokovací tím dospel k záveru, že predložený návrh nezabezpečí u všetkých poskytovateľov nárast platieb, ba u pomerne veľkej časti poskytovateľov (cca 2/3) by prijatím toho návrhu prišlo k poklesu príjmu za kapitáciu. Následne ZP prisľúbila „dorovnanie“ platieb u týchto poskytovateľov. ZV SLK návrh Dôvery na úpravu cenových podmienok od 1.4.2014 viazaných na vznik nových kapitačných pásiem pre VLD, VLDD (napriek informácii, že uvedený typ zmluvy je už distribuovaný pre nemandantov aj mandantov Zdravity) NEPRIJAL.

Snaha ZV SLK ako aj zdravotnej poisťovne vyhnúť sa hrozbe nezmluvného vzťahu viedla 20.3.2014 k ukončeniu rokovaní s navýšením platieb v segmente VAS o 4 % bez zmeny kapitačných pásiem a navýšením PP na cenu 0,039 € (VLD, VLDD, GXYN ŠAS – urológ, internista, GE).

V súčasnosti pracujeme na návrhu predloženom zdravotnou poisťovňou Dôvera na zmenu podmienok akceptácie kapitácie pri zmene poskytovateľa VAS a dňa 22.7.2014 sa uskutočnilo aj prvé rokovanie o úprave cenových podmienok od 1.10.2014

Rokovanie Union

Rokovanie o cenách od 1.1.2014 začalo v období finalizácie rokovaní s VŠZP. Cieľom bolo dosiahnuť minimálne úroveň cien vo všetkých základných parametroch (cena bodu, cena kapitácie). Návrh Union zp. na „dorovnanie cien,, – teda aj zníženie cien v tých parametroch, kde ceny Union zp. prevyšujú úroveň cien v iných poisťovniach, ZV SLK odmietol. Začiatkom júla

INFORMÁCIA Z XXIX. SNEMU SLK KONANÉHO DŇA 20.9. 2014 V ŽILINE

2014 prišlo (po opakovaných odkonzultovaniach a neústupčivom postoji ZV SLK) k dohode s navýšením tých kapitačných platieb, ktoré boli pod úrovňou VŠZP, ako aj navýšením ceny preventívneho bodu. Dohoda o cenách bola uzavretá len do 30.6.2014.

Rokovania o úprave cenových podmienok od 1.7.2014 boli ešte zložitejšie, nakoľko nemandanti a mandanti Zdravoty mali podpísané dodatky o cenách na obdobie do 31.12.2014. Snahou zdravotnej poisťovne bolo predĺžiť platnosť dodatkov bez úpravy cien. Na základe nedohody začalo od 1.7.2014 pre mandantov VAS plynúť dvojmesačné obdobie, počas ktorého platia pôvodné ceny a ak by k dohode neprišlo od 1.9.2014, mandanti SLK vstúpili do nezmluvného vzťahu. Opakovanými rokovaniami sa podarilo dosiahnuť aspoň čiastočný posun v cenách, a to úpravou ceny bodu za preventívne výkony v segmente VLD a VLDD na 0,40 €.

Rokovanie so všetkými 3 zdravotnými poisťovňami:
K problematike MKCH diagnostiky pri preventívnych vyšetreniach sa dňa 15.5.2014 na sekretariáte SLK uskutočnili spoločné rokovania ZV SLK so zástupcami všetkých zdravotných poisťovní. Na rokovaní sme prizvali aj zástupcov Zdravoty.

- Prišlo k dohode jednotného vykazovania MKCH diagnóz pri preventívnych vyšetreniach v segmente VLD, VLDD,
- boli zrušené rozdiely vo výkazníctve ŠAS – (urológ, gastroenterológ, internista),
- zásadnou zmenou je, že povinné očkovania sa vykazujú s kódom PP.

Zmeny platia od 1.7.2014 s prechodným obdobím do 31.9.2014.

Predoperačné vyšetrenia – v júni 2014 bolo vydané odborné usmernenie MZSR o výkone predoperačných vyšetrení pred zákrokom v celkovej anestéze lekárom VLD. Napriek skutočnosti, že sme s uvedenou problematikou oslovili všetky zdravotné poisťovne, k úhrade toho výkonu pre lekárov VLD a VLDD pristúpila zatiaľ len VŠZP.

Individuálne rokovania za ŠAS – sú vo všetkých poisťovniach riešené priebežne v štvrtročných intervaloch. Od 1.1.2014 bolo dohodnuté, že opakované predkladanie žiadosti za toho istého mandanta, poskytovateľov ŠAS o úpravu zmluvných objemov je možné až po 6 mesiacoch. Výsledky týchto rokovaní sú uspokojivé percentuálnou úspešnosťou predložených žiadostí vo výške cca 40 % (Dôvera), 75 % Union a 80 % (VŠZP).

Členovia ZV SLK:

- sa zúčastnili: tlačovej besedy k problematike siete poskytovateľov SAS,
- tlačovej besedy v problematike bezpečné lieky – projekt Dôvera zp.,
- aktívne v súčasnosti pracujú na sumarizácii materiálov k problematike LSPP.

Snem Slovenskej lekárskej komory okrem aktuálnej situácie v spoločnosti, zadefinoval základné okruhy, ktorými sa Komora uberá:

Základnou úlohou, až zmyslom existencie Komory je dohľad nad odbornosťou a etikou výkonu povolania lekára.

K tomu, aby Komora mohla tento cieľ naplňať, potrebuje kompetencie v oblasti:

- dohľadu nad prípravou na výkon povolania lekára, ide nám o sústavné vzdelávanie,
- evidencie lekára a dohľad nad plnením zákonných povinností,
- dohľadu nad odbornosťou výkonu povolania
- dohľadu nad etikou výkonu povolania.

Sústavné vzdelávanie

Dohľad nad udržiavaním a zvyšovaním odbornosti lekára je základnou úlohou Komory, ktorá vyplýva zo súčasného znenia zákona. Úlohu Komory vidíme predovšetkým v procese sledovania a hodnotenia aktivít sústavného vzdelávania a hodnotenia plnenia podmienok sústavného vzdelávania jednotlivými lekármi.

Na Sneme odznela aj predložená a odsúhlasená Smernica o sústavnom vzdelávaní aj so zásadami spolupráce so SLS, aby sme tak celkom jednoznačne deklarovali náš postoj ku kolegom združeným v SLS.

Evidencia lekárov a dohľad nad plnením zákonných povinností

Legislatívne návrhy predkladané Komorou sú založené na základných princípoch a úloh Komory. To je viac menej naplnené vedením registra lekárov. Každý lekár by mal v oblasti odbornosti a etiky výkonu povolania **podliehať dohľadu a disciplinárnej právomoci komory**. Cestu k dosiahnutiu dohľadu Komory nad všetkými lekármi vidíme v tom, že sa už dnes a bez zákonných úloh bude hlásiť k tým povinnostiam, ktoré im podľa nášho názoru prináležia, bude sa hlásiť k **etike výkonu povolania**, k povinnosti **dôsledne hodnotiť sústavné vzdelávanie, hodnotiť odbornosť lekárov** reálne **ovplyvňovať sieť poskytovateľov** z pohľadu odborného výkonu povolania a ďalších.

Dohľad nad odbornosťou výkonu povolania lekára

Súčasná právna úprava vedenia registra je založená výlučne na plnení formálnych podmienok a absentuje právomoc Komory, pri **odbornom pochybení lekára**. Takúto kompetenciu Komora mala do roku 2004. Túto právomoc zdánlivo prevzal ÚDZS, čo nie je to isté, nakoľko úrad vykonáva dohľad nad poskytovateľmi. Preto navrhujeme, aby Komora ako **výsledok registrácie vydala**

každému lekárovi licenciu na výkon povolania a aby mala možnosť túto licenciu lekárovi zrušiť, ak zistí zásadné odborné pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Komora musí byť nositeľom garancie poskytovania odbornej ZS.

Sieť poskytovateľov

Komora prezentovala záujem podieľať sa na naplňaní siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj aktívne vplývať na **stanovenie kritérií siete na základe poznatkov z terénu**. Sme toho názoru, že základným kritériom na stanovenie siete a jej obsadzovanie by mali byť **odborné medicínske potreby a predpoklady, a nie predpoklady a záujmy ekonomické**. Preto by **nemala byť zdravotná poisťovňa** rozhodujúcim subjektom, ktorý bude rozhodovať o tom, kto a kde bude pôsobiť v sieti poskytovateľov, ale mala by to byť práve **Komora, ako garant odbornosti a etiky výkonu povolania lekára**.

Rozpracovať uvedenú problematiku, ktorá bude nielen v záujme pacienta, ale aj lekára.

Rozdelenie kompetencií pri obsadzovaní siete medzi tri subjekty a to MZ SR, ako orgánu oprávnenému na určenie siete a zabezpečujúceho pomocou VUC. Otázka obsadzovania siete poskytovateľom nepochybne veľmi úzko súvisí s **otázkou ochrany lekára** v spojitosti s pripravovanou **integrovanou sieťou zdravotníckych zariadení**, o ktorej sa na našom Sneme tiež hovorilo a prijalo sa uznesenie.

Etika výkonu povolania - Deontologický kódex

V súvislosti s pripomienkami, ktoré prišli do SLK od jej členov, Snem jednomyselne odsúhlasil **Deontologický kódex**.

Tento etický kódex zdravotníckeho pracovníka, vypracovaný pre všetkých zdravotníckych pracovníkov, tvorí prílohu zákona a Komora je jediným orgánom, ktorý je oprávnený postihovať lekára v prípade jeho porušenia.

Komora tým bude deklarovať verejnosti, že v nej sú združení lekári, ktorí svoje povolanie vykonávajú dobre, eticky a zodpovedne.

Verím, že prijaté závery Snemu pomôžu nielen pri skvalitnení vzťahov medzi nami lekármi, ale aj vo vzťahu k našim pacientom.

TK Žilina 20.9.2014

MUDr. Marian Kollár
Prezident SLK

OCHRANA ZDRAVIA ZAMESTNANCOV PRI PRÁCI A POSUDZOVANIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA PRÁCU



Pripravila Advokátska kancelária JUDr. Ondreja Škodlera & Partners, s. r. o.

Dňa 01.08.2014 nadobudol účinnosť zákon č. 204/2014 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Prijatý zákon č. 204/2014 Z. z. novelizuje ustanovenia zákona č. 355/2007 Z. z., týkajúce povinností zamestnávateľov pri ochrane zdravia zamestnancov pri práci a s tým súvisiace posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu.

PRACOVNÁ ZDRAVOTNÁ SLUŽBA

Od 01.08.2014 sa rozširuje zoznam povinností zamestnávateľov pri ochrane zdravia zamestnancov pri práci. Po novom sú zamestnávatelia povinní:

- a) zabezpečiť opatrenia, ktoré znížia expozíciu zamestnancov a obyvateľov fyzikálnym, chemickým, biologickým a iným faktorom práce a pracovného prostredia na najnižšiu dosiahnuteľnú úroveň, najmenej však na úroveň limitov ustanovených osobitnými predpismi,
- b) zabezpečiť pre svojich zamestnancov zdravotný dohľad podľa § 30a a 30d zákona č. 355/2007 Z. z. – **pracovná zdravotná služba**,
- c) zabezpečiť pre zamestnancov posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu podľa § 30e zákona č. 355/2007 Z. z.,
- d) predložiť lekárovi, ktorý vykonáva lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci (§ 30e ods. 3, 4 a 6 zákona č. 355/2007 Z. z.), zoznam zamestnancov, ktorí sa podrobia lekárskej preventívnej prehliadke vo vzťahu k práci podľa § 30e zákona č. 355/2007 Z. z.; v zozname zamestnancov sa uvádza meno a priezvisko zamestnanca, dátum narodenia, osobné číslo, ak bolo pridelené, názov pracoviska, profesia, pracovné zaradenie, dĺžka expozície pri práci v rokoch alebo v mesiacoch u aktuálneho zamestnávateľa, faktory práce a pracovného prostredia, ktorým je zamestnanec vystavený, a výsledky hodnotenia zdravotných rizík s uvedením kategórií prác osobitne u jednotlivých faktorov práce a pracovného prostredia,
- e) uchovávať lekárske posudky o zdravotnej spôsobilosti na prácu podľa § 30f ods. 1 zákona č. 355/2007 Z. z. zamestnancov, ktorí vykonávajú rizikové práce, 20 rokov od skončenia práce, alebo ak v písmene n) nie je ustanovené inak,
- f) zabezpečiť hodnotenie zdravotného rizika, vypracovanie kategorizácie prác z hľadiska zdravotných rizík a posudku o riziku,
- g) vypracovať prevádzkový poriadok z hľadiska ochrany a podpory zdravia zamestnancov pri práci, ak tak ustanovujú osobitné predpisy,
- h) zabezpečiť pre zamestnancov hodnotenie zdravotného rizika raz za rok a pri každej podstatnej zmene pracovných podmienok, ktorá by mohla mať vplyv na mieru zdravotného rizika a kategóriu práce z hľadiska zdravotných rizík,
- i) viesť a uchovávať evidenciu zamestnancov podľa kategórií prác (§ 31 zákona č. 355/2007 Z. z.),
- j) predkladať príslušnému orgánu verejného zdravotníctva návrhy na zaradenie prác do tretej kategórie alebo štvrtej kategórie, návrhy na zmenu alebo vyradenie prác z tretej kategórie alebo štvrtej kategórie (§ 31 ods. 6 zá-

kona č. 355/2007 Z. z.),

k) oznámiť bezodkladne po prehodnotení zdravotného rizika príslušnému orgánu verejného zdravotníctva každú zmenu podmienok výkonu práce, ktorá by mohla mať vplyv na zvýšenie zdravotného rizika prác zaradených do druhej kategórie, a tým na ich zaradenie do tretej kategórie alebo štvrtej kategórie,

l) vypracovať v spolupráci s pracovnou zdravotnou službou a predložiť každoročne k 31. decembru príslušnému orgánu verejného zdravotníctva informáciu o výsledkoch hodnotenia zdravotných rizík a opatreniach vykonaných na ich zníženie alebo odstránenie na pracoviskách, na ktorých zamestnanci vykonávajú rizikové práce, počet zamestnancov, ktorí vykonávajú rizikové práce, a hodnotenie zdravotného stavu zamestnancov vo vzťahu k práci,

m) viesť záznamy, ktoré obsahujú údaje o zamestnancoch – meno, priezvisko a dátum narodenia, pracovisko, profesiu a pracovné zaradenie, dátum začatia a skončenia výkonu práce, vykonávanie jej jednotlivých etáp a výsledky kvalitatívneho a kvantitatívneho zisťovania zdraviu škodlivého faktora v pracovnom prostredí, ktorému bol zamestnanec vystavený, a kategóriu práce za každé sledované obdobie) – pri kvalitatívnom a kvantitatívnom zisťovaní zdraviu škodlivých faktorov pracovného prostredia [§ 52 ods. 1 písm. c zákona č. 355/2007 Z. z.] pri hodnotení zdravotných rizík, a to:

- m.a.1. hluku,
- m.a.2. vibrácií,
- m.a.3. ionizujúceho žiarenia,
- m.a.4. elektromagnetického žiarenia,
- m.a.5. ultrafialového žiarenia,
- m.a.6. infračerveného žiarenia,
- m.a.7. laserového žiarenia,
- m.a.8. tepelno-vlhkostnej mikroklimy,
- m.a.9. chemických faktorov,
- m.a.10. karcinogénnych a mutagénnych faktorov,
- m.a.11. biologických faktorov,
- m.a.12. fyzickej záťaže,
- m.a.13. psychickej pracovnej záťaže,
- m.a.14. zvýšeného tlaku vzduchu,

n) po zániku živnosti alebo zániku spoločnosti bezodkladne odovzdať dokumentáciu vedenú podľa písmen e), f), i) a m) príslušnému orgánu verejného zdravotníctva.

Pracovnú zdravotnú službu je zamestnávateľ povinný zabezpečiť:

1. vlastnými zamestnancami:

a) v prípade prác zaradených do 1. alebo 2. kategórie zamestnancami – lekárom so špecializáciou špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, špecializačnom od-

bore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia, špecializačnom odbore pracovné lekárstvo, špecializačnom odbore preventívne pracovné lekárstvo a toxikológia, špecializačnom odbore služby zdravia pri práci alebo v špecializačnom odbore verejné zdravotníctvo, verejným zdravotníkom, bezpečnostným technikom alebo autorizovaným bezpečnostným technikom,

b) v prípade prác zaradených do 3. alebo 4. kategórie zamestnancami – tímom pracovnej zdravotnej služby. Minimálny tím pracovnej zdravotnej služby tvoria lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo, špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia, špecializačnom odbore preventívne pracovné lekárstvo a toxikológia alebo špecializačnom odbore služby zdravia pri práci a verejný zdravotník.

2. dodávateľským spôsobom

a) subjektom oprávneným vykonávať pracovnú zdravotnú službu,

b) v prípade prác 1. alebo 2. kategórie:

i) poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore podľa bodu 1 písm. a),

ii) fyzickou osobou – podnikateľom – ktorá je verejným zdravotníkom, alebo právnickou osobou, ktorá má živnostenské oprávnenie na vykonávanie dohľadu nad pracovnými podmienkami a má zodpovedného zástupcu, ktorý je verejným zdravotníkom a má živnostenské oprávnenie na vykonávanie dohľadu nad pracovnými podmienkami,

iii) fyzickou osobou – podnikateľom – ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby a je bezpečnostným technikom alebo autorizovaným bezpečnostným technikom alebo fyzickou osobou – podnikateľom alebo právnickou osobou, ktoré sú oprávnené na výkon bezpečnostnotechnickej služby.

Vedúci tímu pracovnej zdravotnej služby môže byť len lekár, ktorý má špecializáciu v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo, klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia, preventívne pracovné lekárstvo a toxikológia alebo služby zdravia pri práci. Vedúcim tímu pracovnej zdravotnej služby môže byť len v jednom tíme pracovnej zdravotnej služby.

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý je fyzickou osobou – podnikateľom, si môže činnosť pracovnej zdravotnej služby vykonávať osobne.

Posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu

Posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu sa vykonáva na základe hodnotenia zdravotného rizika z expozície faktorom práce a pracovného prostredia a výsled-

kov lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci u:

1. zamestnanca,
 - a) ktorý vykonáva prácu zaradenú do 3. kategórie alebo 4. kategórie,
 - b) pri opakovanom výskyte choroby z povolenia u rovnakej profesie na tom istom pracovisku,
 - c) ktorého zdravotnú spôsobilosť na prácu vyžaduje osobitný predpis,
 - d) ktorý vykonáva prácu zaradenú do 2. kategórie, 3. kategórie alebo 4. kategórie, ak túto prácu nevykonával viac ako šesť mesiacov zo zdravotných dôvodov,
2. fyzickej osoby – podnikateľa – ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby:
 - a) ktorá vykonáva prácu zaradenú do 3. kategórie alebo 4. kategórie,
 - b) ktorej zdravotnú spôsobilosť na prácu vyžaduje osobitný predpis,
3. inej fyzickej osoby, ktorá sa uchádza o zamestnanie:
 - a) na výkon prác zaradených do 3. kategórie alebo 4. kategórie, alebo
 - b) ak jej zdravotnú spôsobilosť na prácu vyžaduje osobitný predpis,
4. pracovníka so zdrojmi ionizujúceho žiarenia kategórie A.

Zamestnanec je povinný podrobiť sa lekárskej preventívnej prehliadke vo vzťahu k práci na účel posudzovania zdravotnej spôsobilosti na prácu.

Lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci vykonávajú:

1. Pre práce zaradené do 3. kategórie alebo 4. kategórie:
 - a) lekári pracovnej zdravotnej služby so špecializáciou v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo, špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia alebo špecializačnom odbore služby zdravia pri práci; lekári pracovnej zdravotnej služby so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pod dohľadom lekára pracovnej zdravotnej služby so špecializáciou v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo, špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia alebo špecializačnom odbore služby zdravia pri práci.
- Na požiadanie lekára pracovnej zdravotnej služby môžu v rámci lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci ďalšie potrebné doplnkové vyšetrenia vykonať aj lekári iných príslušných špecializačných odborov.
2. Pre práce zaradené do 1. kategórie alebo 2. kategórie:
 - a) lekári uvedení v bode 1,
 - b) lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria poskytujúci všeobecnú ambulanciu zdravotnú starostlivosť pre deti a dorast, ktorí nie sú lekármi pracovnej zdravotnej služby.

Lekárske preventívne prehliadky sa vykonávajú:

1. pre práce zaradené do 3. alebo 4. kategórie:
 - a) pred uzatvorením pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu alebo pred začatím výkonu práce fyzickej osoby – podnikateľa, ktorý nezamestnáva iné fyzické osoby,

b) v súvislosti s výkonom práce:

- jeden raz za dva roky u zamestnanca a fyzickej osoby – podnikateľa – ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby, ak vykonávajú prácu zaradenú do 3. kategórie,
 - jeden raz za rok u zamestnanca a fyzickej osoby – podnikateľa – ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby, ak vykonávajú prácu zaradenú do 4. kategórie, a u pracovníka so zdrojmi ionizujúceho žiarenia kategórie A,
- c) pred každou zmenou pracovného zaradenia,
 - d) pri skončení pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu alebo pri skončení výkonu práce fyzickej osoby – podnikateľa – ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby, zo zdravotných dôvodov,
 - e) po skončení pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu, ak o to zamestnanec požiada bývalého zamestnávateľa, u ktorého vykonával prácu s rizikovými faktormi s neskorými následkami na zdravie – jeden raz za tri roky pri prácach s rizikovými faktormi s neskorými následkami na zdravie, ktoré sú zaradené do tretej kategórie alebo štvrtej kategórie,
2. pri opakovanom výskyte choroby z povolenia u rovnakej profesie na tom istom pracovisku – u zamestnanca rovnakej profesie bezodkladne po uznaní rovnakej choroby z povolenia na tom istom pracovisku, ak sa na danom pracovisku doteraz takéto choroby z povolenia nevyskytovali.

Náklady, ktoré vznikli v súvislosti s posudzovaním zdravotnej spôsobilosti na prácu vrátane nákladov, ktoré vznikli v súvislosti s posudzovaním zdravotnej spôsobilosti na prácu pred uzatvorením pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu alebo po skončení pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu, uhrádza zamestnávateľ.

Opätovné posúdenie zdravotnej spôsobilosti na prácu

Ak sa posudzovaná osoba domnieva, že posúdenie jej zdravotnej spôsobilosti na prácu je nesprávne, môže písomne požiadať o preskúmanie lekárskeho posudku o zdravotnej spôsobilosti na prácu lekára, ktorý lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu vydal. Lekár je povinný najneskôr do 30 dní od doručenia žiadosti písomne informovať žiadateľa o spôsobe jej vybavenia. Ak lekár lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu nezmení, posudzovaná osoba môže písomne prostredníctvom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý mu vydal pôvodný lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu požiadať o opätovné posúdenie zdravotnej spôsobilosti na prácu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť v univerzitnej nemocnici alebo vo fakultnej nemocnici, ktorú vykonávajú lekári s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo alebo špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia. Náklady v súvislosti s opätovným posúdením zdravotnej spôsobilosti na prácu uhrádza poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť v univerzitnej nemocnici alebo vo fakultnej nemocnici,

- a) posudzovaná osoba, ak sa záver pôvodného lekárskeho posudku o zdravotnej spôsobilosti na prácu potvrdí,
- b) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý posudzoval zdravotnú spôsobilosť na prácu, ak sa záver pôvodného lekárskeho posudku o zdravotnej spôsobilosti na prácu nepotvrdí.

Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu

Lekár, ktorý posudzuje zdravotnú spôsobilosť na prácu, zaznamená výsledky vyšetrení lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci do svojej zdravotnej dokumentácie a vypracuje lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu. Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu odovzdá zamestnávateľovi alebo fyzickej osobe – podnikateľovi – ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby. Kópie lekárskeho posudku o zdravotnej spôsobilosti na prácu doručí zamestnávateľovi a lekárovi, s ktorým má posudzovaná osoba, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a na požiadanie mu poskytne výsledky vyšetrení získané pri výkone lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci. Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu obsahuje evidenčné číslo, údaje o zamestnávateľovi, a to obchodné meno, právnu formu a sídlo právnickej osoby alebo obchodné meno a miesto podnikania fyzickej osoby – podnikateľa, údaje o zamestnávateľovi alebo fyzickej osobe – podnikateľovi – ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby, a to meno, priezvisko, dátum narodenia, adresu bydliska, pracovné zaradenie, posudzovanú prácu, faktory práce a pracovného prostredia a kategóriu práce pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia. Záver lekárskeho posudku o zdravotnej spôsobilosti na prácu znie:

- a) spôsobilý na výkon posudzovanej práce,
- b) spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením,
- c) spôsobilý na výkon posudzovanej práce s trvalým obmedzením,
- d) dočasne nespôsobilý na výkon posudzovanej práce, alebo
- e) dlhodobu nespôsobilý na výkon posudzovanej práce.

Vzory lekárskeho posudku uvádza príloha č. 3c zákona č. 355/2007 Z. z.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva SR o náplni lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci

V tejto súvislosti upozorňujeme na Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva SR o náplni lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci publikované vo Vestníku MZ SR dňa 29.01.2014 (Vestník ročník 62, čiastka 1-10). Odborné usmernenie obsahuje náplne lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci osôb exponovaných vybranými chemickými, fyzikálnymi, biologickými faktormi, faktormi fyzickej záťaže a psychickej pracovnej záťaže a náplne lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci osôb, ktoré vykonávajú vybrané práce, pri ktorých zdravotnú spôsobilosť vyžadujú osobitné predpisy (napr. nočná práca, práca vo výškach, práca s bremenami...).

UNITÁR – PLURITÁR

PLURALITNÝ VERZUS UNITÁRNY SYSTÉM ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V PODMIENKACH SLOVENSKA

Čo bolo ešte nedávno najväčšou témou slovenského zdravotníctva? Sľuby o zvyšovaní platov alebo očakávané zvýšenie množstva peňazí do zdravotníctva? Nie, najväčšou témou v slovenskom zdravotníctve neboli sľuby o zvyšovaní platov lekárov a sestier, neboli to ani nízke odvody za poistencov štátu, ba ani dopad DRG na poskytovanie zdravotníckej starostlivosti. Pritom od DRG niektorí čakajú zlacňovanie zdravotníctva. Nie je však opak pravdepodobnejší? Najväčšou témou diskusií lekárov bol unitárny systém verejného zdravotného poistenia. Dnes už viem, že sa nenaplnili plány zaviesť ho k 1. 7. 2014. Nevznikla tak na Slovensku jediná zdravotná poisťovňa.

Je prirodzené, že tento plánovaný krok vyvolal veľké diskusie. Ako medzi lekármi, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, tak i medzi občanmi. Reakcie poskytovateľov boli oveľa živšie ako reakcie zo strany neštátnych poisťovní. Príčinou diskusií medzi lekármi boli obavy zo zavedenia monopolu. Boli tieto obavy oprávnené alebo zbytočné?

Obhajcovia vzniku a existencie jednej poisťovne používali ako hlavný argument nespokojnosť poistencov. Boli a asi stále sú presvedčení, že pluralitný systém počas svojej existencie neprispel k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľov SR. Taktiež boli a asi stále sú presvedčení, že po zavedení systému jednej zdravotnej poisťovne bude viac peňazí na zdravotnú starostlivosť. Mnohí lekári si mysleli a asi si to stále myslia, že ide o argumenty, ktoré pre tak zásadnú zmenu, akou je vznik jednej poisťovne, nemajú dostatočnú váhu. Sú aplikovateľné na ktorúkoľvek oblasť zdravotníctva. Pri nenaplnení predstáv strojcov zmeny systému môže osud zdravotných poisťovní postihnúť (za istých okolností) aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Nedostatok financií v slovenskom zdravotníctve je fakt. Mnohými je označovaný až za obrovský, napriek tomu, že sa občania poplatkami a doplatkami podieľajú na financovaní zdravotníctva možno i 25 %. Bol toto dôvod úvah na zmenu? Precedens vyvlastnenia (ak by bolo zvolené ako metóda vzniku unitárneho systému) v mene vyššieho záujmu mohol byť nebezpečným krokom. V diskusiách i zástupcovia rozdielnych stanovísk pripúšťali, že väčšina poistencov si zdravotnú poisťovňu, v ktorej je poistená, vybrala dobrovoľne.

Aj po smechoch SLK zostáva v doktríne Slovenskej lekárskej komory klauzula o podpore pluralitného systému.

Z pohľadu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ponúka existencia jedinej zdravotnej poisťovne lákavý príslub zjednodušenia vykazovania výkonov do takejto poisťovne. Poskytovatelia naozaj ušetria čas a energiu, keď nebudú musieť absolvovať trojnásobné vyjednávania o zmluvách? Nie je s takýmto príslubom spojená hrozba závislosti na jedinej poisťovni a jej podmienkach? Bude možné odmietnuť ich? Nestanú sa tak lekári síce nie de jure, ale de facto zamestnancami jedinej poisťovne? Nehrozí scenár „nepodpíšeš = nebudeš“? Nebude závislosť úplná? Vyrúkujú sa lepšie ceny? Dá sa dnes prežiť bez zmluvy s najväčšou poisťovňou? Bude sa dať prežiť bez zmluvy aj vtedy, ak bude poisťovňa jediná? Aká bude sieť? Ako bude robený výber, kto v sieti bude, a kto nie?

Videnie budúcnosti mohlo (môže) byť rôzne. Ak by sa bola jedna poisťovňa stala realitou, bolo by sa stalo to, že všetko by išlo hladšie a rýchlejšie? Priniesla

by jedna poisťovňa aj vyššiu mieru spravodlivosti pri rozdeľovaní peňazí medzi jednotlivé skupiny lekárov? Medzi nemocnice s rôznou formou vlastníctva? Rozhodovala by najmä kvalita? Bolo by opäť zdravotníctvo oddlhnené? Boli by tak opäť niektorí odmenení? Ktorí? Tí, ktorí dobre a starostlivo hospodárili? Pluralitný systém má ďaleko k dokonalosti a podnikateľské prostredie v SR má ďaleko ku skutočnému trhovému prostrediu. Zdravotné poisťovne majú v ponuke len jediný produkt, zdravotné poistenie a štátom stanovený rozsah poskytovanej starostlivosti za odvedenú zdravotnú daň. Napriek tomu rozdiely medzi poisťovňami sú už dnes. Prejavili sa aj pri rokovani. Lekárom sa tak darilo posúvať zmluvné podmienky k lepšiemu oceneniu výkonov. Bolo by pri jednej poisťovni v zákone stanovené, že je povinná platiť každý rok lekárom viac o infláciu? Dával by štát za svojich poistencov každý rok viac aspoň o infláciu? Nebude zdravotníctvo považované za sieťové odvetvie? Bol by unitárny systém schopný vyvinúť tlak na zlepšovanie poskytovaných služieb?

Odpovede na tieto otázky nemajú ani v Delfách. Politici sa rozhodli najskôr tak, potom sa rozhodli inak. Čas ukáže, či správne. Systém pokus / omyl použitý nebol a snáď už použitý nebude. Zostáva iba veriť, že nadišiel čas skutočne premyslených zlepšení prinášajúcich kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť a spravodlivejší odmenu pre lekárov. Je možné za príznak správnej zmeny k lepšiemu považovať výšku odvodov za poistencov štátu pre rok 2013, 2014 a či 2015? Ako to bude s DRG? Je táto metóda šetriaca? Je pravda, že iba zavádza väčší poriadok tam, kde už poriadok bol (BRD)? Pomôže aj Slovensku? Budeme mať e-health včas? Kedy?

Najväčšie vášne vyvolávala cena zmeny. Odhady boli v širokom pásme, od polovice miliardy po viac ako dve miliardy eur. Vy ste tipovali koľko? V každej diskusií bolo počít ekonomov (často s titulom MUDr.), čo by s tými peniazmi vedeli urobiť, ako zlepšiť systém. Je teraz na to príležitosť? V jednom sa všetci zhodovali, peňazí viac v zdravotníctve nebude. S napätím som preto sledoval, ako to dopadne.

Názory z diskusií som sa pokúsil usporiadať do SWOT analýzy:

silné stránky (Strengths)

pluralitný model

- možnosť výberu,
- rozdielne platobné mechanizmy,
- rôzne podmienky zmlúv,
- možnosť porovnávať,
- diverzifikácia kontraktov,
- poskytovateľ je menej závislý,
- vyšší tlak na ceny a výšku úhrad,

- tlak na včasnosť úhrad,
- možnosť občana zvoliť si poisťovňu,
- možnosť občana odísť z poisťovne, ak je nespokojný;

unitárny model

- nižšie administratívne náklady na strane poskytovateľov,
- prehľadnosť a jednoduchosť podmienok,
- teoreticky všetky vybrané prostriedky idú poskytovateľom,
- neexistencia zisku poisťovne;

slabé stránky (Weaknesses)

pluralitný model

- vyššie administratívne náklady,
- viac kontraktov,
- viac dávok o poskytnutej starostlivosti,
- možnosť tvorby zisku z peňazí zo zdravotného poistenia,
- možnosť majetkového previazania poskytovateľov a poisťovne;

unitárny model

- vyšší vplyv štátu,
- diktát monopolu - cien a zmluvných podmienok,
- preferovanie vybraných poskytovateľov;

príležitosti (Opportunities)

pluralitný model

- konkurencia prináša a podporuje inovácie,
- možnosť hodnotenia kvality a efektívnosti poisťovní,
- tlak na časté a lepšie prevencie – nižšie náklady na liečbu;

unitárny model

- verejnoprávna inštitúcia,
- rešpektovanie zákona o cenách,
- možnosť kontroly prostredníctvom zastúpenia v kontrolných orgánoch;

ohrozenia (Threats)

pluralitný model

- zisk,
- reťazenie v majetkovom prepojení;

unitárny model

- nebezpečenstvo netransparentnosti,
- nebezpečenstvo korupčného správania,
- neefektívnosť,
- nemožnosť porovnať kvalitu a cenu,
- dlhé čakacie lehoty na výkony,
- nie štátna akciová spoločnosť,
- nemožnosť zmeny poisťovne,
- neexistuje komerčné pripoistenie.

MUDr. Juraj Hanzen



E D U K A F A R M

medinews

3/2014

ČASOPIS PRE LEKÁROV

OSTEOARTRÓZA RUKY

VÝZNAM INTRAVEZIKÁLNE APLIKOVANEJ
KOMBINÁCIE HYALURONÁTU
S CHONDROITÍN SULFÁTOM
PRI RECIDIVUJÚCICH CYSTITÍDACH

MANAŽMENT BOLESTI U PACIENTOV
S OSOBNÝM ZRETEL'OM NA KARDIO-
VASKULÁRNE RIZIKO PRI PODÁVANÍ
NESTEROIDOVÝCH ANTIREUMATÍK

KOMBINAČNÁ HYPOLIPIDEMICKÁ LIEČBA
V SÚČASNEJ KLINICKEJ PRAXI

DORITHRICIN – PROFIL PRÍPRAVKU

KLINICKÉ VYUŽITIE PRÍPRAVKU
MD KOLAGÉNOVÉ INJEKCIE
V AMBULANCIÍ LEKÁRA

DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA,
KLASIFIKÁCIA VYBRANÝCH SYNDRÓMOV,
ZÁKLADNÉ ZÁSADY LIEČBY



12

**SYNDRÓM
DRÁŽDIVÉHO
ČREVA**



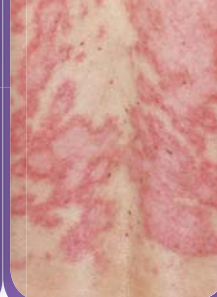
24

**CIELENÁ
LIEČBA
PSORIÁZY**



28

**SYSTÉMOVÝ
LUPUS**



44

**OROFACIÁLNA
BOLEŠŤ**



Odborná redakcia
mediNEWS:

PharmDr. Vladimír Végh
PharmDr. Lucie Kotlářová
MUDr. Pavel Kostiuik, CSc.
MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Odbornú časť spracováva:

Edukafarm s.r.o.
tel.: +421 2 44 630 400
fax: +421 2 44 630 401
e-mail: edukafarm@edukafarm.sk

RIADITEĽ SPOLOČNOSTI:
PharmDr. Zdeněk Procházka
ZÁSTUPCA PRE SR:
Mgr. Janka Osuská

ÚČINNOSŤ KOMBINÁCIE ALVERÍNU A SIMETIKÓNU V LIEČBE SYNDRÓMU DRÁŽDIVÉHO ČREVA

MUDr. Marek Rác

Oddelenie klinickej farmakológie, Interná klinika, Fakultná nemocnica, Nitra

SYNDRÓM DRÁŽDIVÉHO ČREVA

Syndróm dráždivého čreva (IBS) predstavuje chronické, relabujúce a často celoživotné ochorenie. Je preň charakteristická prítomnosť bolestí brucha, diskomfort, ktoré bývajú spojené s vyprázdňovaním a/alebo zmenou charakteru a frekvencie stolice. Symptómy môžu predstavovať poruchu vyprázdňovania v zmysle obstipácie, diarrhoea a abdominálnu distenziu, ktorá sa prejavuje nafukovaním. Pacienti trpiaci týmto syndrómom prichádzajú do ambulancie so širokým spektrom príznakov, taktiež sa symptómy IBS môžu prekrývať s rôznym typom dyspezií. Najčastejšie sa však dajú symptómy rozdeliť do troch kategórií, buď dominuje diarrhoea, obstipácia alebo uvedené dva príznaky alternujú. Obyčajne sa kombinuje porucha pasáže stolice (ťažké-namáhavé vyprázdňovanie, urgencie, neúplné vyprázdnenie) s nafukovaním, nadúvaním, distenziou, zatvrdnutím brucha a prítomnosťou hlienu v stolici. Príznaky sa môžu zhoršiť s jedlom.

Syndróm dráždivého čreva postihuje najčastejšie ľudí v rozmedzí 20 až 30 rokov. Ochorenie je dvakrát častejšie u žien ako u mužov. Prevalencia sa v bežnej populácii pohybuje v rozmedzí cca 10 – 20 %. Rastie počet pacientov v starších vekových kategóriách, pri ktorých symptómy IBS vyžadujú zvláštnu pozornosť. U všetkých pacientov, ktorí spĺňajú diagnostické kritériá, sa musia realizovať vyšetrenia na vylúčenie ostatných ochorení.

Nevyhnutnosťou sú vyšetrenie krvného obrazu, sedimentácia erytrocytov, C-reaktívny proteín, vyšetrenie protilátok na celiakiu (protilátky proti endomýziu EMA a tkanivovej transglutamináze TTG). Neodškriepiteľný diagnostický prínos majú aj ďalšie pomocné a laboratorné vyšetrenia, ako ultrazvukové vyšetrenie brucha, kolonoskopia, vyšetrenie štítnej žľazy, testy na parazitárne ochorenia, test na okultné krvácanie, testy na vylúčenie laktózovej intolerancie či bakteriálneho prerastania.

Zvláštnu pozornosť treba cielene venovať dotazovaniu sa na alarmujúce príznaky. Za alarmujúci príznak možno považovať nechcenú a nevysvetliteľnú stratu hmotnosti, enterorhágiu, rodinnú anamnézu kolorektálneho karcinómu, ovariálneho karcinómu, zmenu charakteru stolice a/alebo zmenu frekvencie stolice perzistujúcu viac ako šesť týždňov u osoby staršej ako šesťdesiat rokov. Ďalšie diagnostické riešenie tiež vyžadujú osoby so zistenou anémiou, prítomnosťou rezistencie v dutine brušnej, hmatnou rezistenciou v rekte alebo zvýšením zápalových markerov.

Základom a predpokladom úspešnej liečby je zmena životného štýlu a diéty. Pacienti s diagnózou syndróm dráždivého čreva by mali dostať komplexnú informáciu o dôležitosti životosprávy, fyzickej aktivity, diéty a medikácie orientovanej na ovplyvnenie symptómov.

Farmakologická liečba predstavuje jeden zo základných pilierov úspešnej liečby. Pacientov treba poučiť o tom, ako správne titrovať dávky laxatív alebo naopak, prípravkov pôsobiacej antimotilitne v závislosti od klinického efektu. Cieľom je dosiahnuť akurátnu konzistenciu stolice, t. j. mäkkú, formovanú stolicu (Bristol Stool Form Scale type 4). Ďalšiu možnosť efektívnej farmakologickej intervencie predstavuje liečba antidepresívami. Ordinujú sa vtedy, ak sa pri režimových a diétnych opatreniach, liečbe laxatívami, loperamidom, spazmolytikami nedosiahol dostatočný efekt. Preferovanou skupinou sú tricyklické antidepresíva. Ak sa nedosiahne dostatočná terapeutická odpoveď po dvanástich mesiacoch farmakologickej liečby, vtedy sa ochorenie nazýva refraktérnym. Pri pacientoch s nedostatočnou odpoveďou na uvedenú komplexnú liečbu treba vždy zvážiť psychologickú intervenciu (kognitívna behaviorálna terapia...).

ÚČINNOSŤ KOMBINÁCIE ALVERÍNU A SIMETIKÓNU V LIEČBE SYNDRÓMU DRÁŽDIVÉHO ČREVA

Kombinácia alverínu a simetikónu je v Európe v indikácii funkčných črevných porúch dostupná od roku 1990. Kombinuje 60 mg alverín citrát, aktívnej substancie odvodené od papaverínu s 300 mg simetikónu (dimetikón obohatený silikónom).

Farmakologické štúdie dokázali účinok alverínu na intestinálnu motilitu a intestinálnu senzitivitu, bez významnejšieho systémového efektu. Tieto dva mechanizmy sa významne podieľajú na vzniku syndróm dráždivého čreva. Alverín citrát ovplyvňuje bazálnu a stimulovanú motilitu čreva cez kalcium závislú a nezávislú inhibíciu neuronálnej excitability, ako aj cez mechanizmus priamej inaktívácie kalciového kanála L-typu hladkých svalov. Experimentálne výsledky podporujú antinociceptívny účinok alverínu mediovaný selektívnym receptorom. Taktiež sa dokázala väzba alverínu na 5-HT_{1A} receptor, kde účinkuje ako antagonist. Takto sa podieľa na redukcii viscerálneho pronociceptívneho efektu 5-HT. Tento mechanizmus účinku sa prejavuje aj útlmom viscerálnej hypersenzitivity. Simetikón je inertná substancia znižujúca povrchové napätie. Dodatočne sa ukazuje efekt na redukcii zvýšenej kolonickej permeability. Limitáciou vstupu imunizujúcich substancií do mukózy je simetikón schopný znížiť črevnú senzitiváciu.

Klinický účinok kombinácie alverínu a simetikónu na abdominálnu bolesť/diskomfort dokladuje Wittmanova klinická štúdia z roku 2010. Do tejto randomizovanej, dvojito slepej, placebo kontrolovanej štúdie bolo zaradených 412 pacientov s diagnózou syndróm dráždivého čreva (IBS) spĺňajúcich diagnostické kritériá ROME III. Výsledky štúdie preukázali, že kombinácia alverínu a simetikónu podávaná trikrát denne v dávke 60 mg alverínu a 300 mg simetikónu počas štyroch týždňov pozitívne ovplyvní symptómy IBS. Uvedená kombinácia liečiv je štatisticky významne účinnejšia v úľave od abdominálnej bolesti a diskomfortu v porovnaní s placebo u pacientov so symptómami IBS. Tieto výsledky podporujú terapeutické použitie alverínu v kombinácii so simetikónom v indikácii IBS u pacientov v primárnej a sekundárnej starostlivosti.

Presvedčivé výsledky ponúkla recentná štúdia z Číny. Kombinácia alverínu a simetikónu preukázala efektívitu pri zlepšení symptómov IBS, vrátane bolestí brucha, diskomfortu, distenzie, nafukovania, porúch vyprázdňovania u pacientov, ktorý naplnili diagnostické kritériá ROME III. Štvortýždňová liečba sa preukázala ako vysoko efektívna a bezpečná, bez výskytu závažných nežiaducich účinkov. Preto sa kombinácia alverínu a simetikónu preukázala ako vhodná na rutinnú liečbu IBS pacientov. Ďalším podstatným prínosom uvedenej medikácie je výsledná redukcia potreby aditívnej konkomitantnej liečby.

Pragmatická klinická štúdia, na ktorej sa podieľalo 87 všeobecných lekárov vo Francúzsku, publikovaná v roku 2013, mala za cieľ porovnať účinnosť liečby kombináciou alverínu a simetikónu (v režime podľa potreby) a „bežne používané

MeteoSpasmyl®

Jednoducho
zbavíte pacienta bolesti,
nafukovania a plynatosti



Výhradný distribútor pre ČR a SR:
PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 1, 140 00 Praha 4, Česká republika

Zastúpenie v SR:
PROM.MEDIC.SK spol. s r.o., Drevárska 3663/8, 058 01 Poprad, tel.: 052/77 23 048

Obchodné zastúpenie v SR:
PROM.MEDIC.SK spol. s r.o., Heydukova 12, 811 08 Bratislava 1, tel.: 02/ 4488 0823

Skrátená informácia o lieku Meteospasmyl®

Zloženie: Alverini dihydrogencitras 60 mg a simeticonum 300 mg v 1 kapsule. **Indikačná skupina:** Spazmolytikum, deflatulens. **Indikácie:** Symptomatická liečba funkčných črevných porúch sprevádzaných bolesťami brucha, až bolestivými kŕčami, nutkavou hnačkou, meteorizmom a flatulenciou. Jedná sa najmä o dráždivé hrubé črevo. Prípravok je určený na liečbu dospelých. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na niektorú zo zložiek prípravku, ileálne stavy, tehotenstvo a obdobie laktácie, deti a mladiství do 18 rokov. **Nežiaduce účinky:** Nežiaduce účinky sa vyskytujú zriedka a sú prechodného charakteru (objavujú sa väčšinou iba pri neprimeranom dávkovaní). Ide predovšetkým o nevoľnosť, bolesti hlavy, slabosť, závraty alebo zníženie krvného tlaku, alergické kožné vyrážky. **Interakcie:** Neboli zaznamenané žiadne interakcie Meteospasmylu cps. s inými liekmi. **Upozornenie:** Opatrnosť je potrebná pri objavení príznakov predchádzajúcich ileóznym stav (nauzea, zvracanie, bolesti brucha, zástava vetrov a stolice). **Dávkovanie:** Zvyčajne sa podáva 1 kapsula 2–3× denne pred jedlom. Prípravok sa zvyčajne užíva počas 3–4 týždňov. Kapsuly sa prehĺtajú celé, nerozhrýzené a zapíjajú sa dostatočným množstvom tekutiny. **Balenie:** 20 kapsúl. S podrobnými údajmi o prípravku sa zoznámte v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC). **Dátum poslednej revízie:** september 2008. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Laboratoires MAYOLY SPINDLER, 6, avenue de de l'Europe - B. P. 51, 78401 CHATOU CEDEX, Francúzsko.

SK/11/10



Z KLINICKEJ PRAXE

liečby". Do druhej skupiny patrili spazmolytiká trimebutín, simetikón/floroglucinol, pinaverín, mebeverín, laxatíva, analgetiká, prípravky znižujúce povrchové napätie, psychofarmaká. Výsledky klinickej štúdie boli jednoznačné. Potvrdilo sa známe tvrdenie, že symptómy IBS bývajú intermitentné. Kombinácia alverínu a simetikónu sa preukázala ako účinná modalita na zmiernenie symptómov ochorenia. Po šiestich mesiacoch liečby kombináciou alverínu a simetikónu v režime podľa potreby sa dosiahla účinná úľava od symptómov a prišlo k významnému zlepšeniu kvality života pacientov – došlo k redukcii pocitu bremena choroby. Pri vyhodnocovaní kvality života sa použil dotazník „Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBSQoL)". V skupine liečené kombináciou alverínu a simetikónu nastalo významné zlepšenie skóre v parametroch uvedeného dotazníka. Signifikantný bol rozdiel v zlepšení mentálneho zdravia, emočného zdravia, došlo k zlepšeniu kvality spánku, pacienti mali pocit väčšej energie, zvýšila sa tolerancia fyzickej námahy, došlo k zlepšeniu pocitu sociálneho zdravia a liečba mala vplyv na zlepšenie sexuálnej aktivity. Možno teda konštatovať, že kombinovaná liečba alverínom a simetikónom bola účinnejšia ako „bežná liečba" v zmysle zlepšenia symptómov IBS a prišlo k významnému rozdielu v zlepšení parametrov kvality života.

V neposlednom rade výsledky tejto pragmatickej štúdie s veľkou kohortou pacientov z reálnej praxe poskytujú dôkaz o účinnosti dlhodobej liečebnej stratégie podávania kombinácie alverínu a simetikónu podľa potreby v rutinej klinickej praxi v indikácii IBS.

Ďalšie zaujímavé klinické využitie kombinácie alverínu a simetikónu sa ponúka na podklade endoskopickej štúdie z roku 2008 realizovanej v Turecku. Pri tejto prospektívnej, randomizovanej, kontrolovanej štúdií sa skúmal efekt uvedenej kombinácie pri elektívnej kolonoskopii. Sledovala sa zložitosť vyšetrenia, bolesťivosť vyšetrenia, príprava a vyčistenosť čreva. Zaznamenával sa čas dosiahnutia čeka. Výsledky štúdie preukázali významné skrátenie času kolonoskopie až o 19 % pri podstatnom znížení bolestivosti vyšetrenia. Uvedených 19 % predstavovalo skrátenie času potrebného na intubáciu čeka z 7,48 minút na 6,20 minút.

Tento pozitívny efekt kombinácie alverínu a simetikónu sa dá využiť hlavne pri opakovanej kolonoskopii z dôvodu zložitosti procedúry.

ZHRNUTIE

Syndróm dráždivého čreva je často sa vyskytujúca funkčná porucha s vysokou prevalenciou. Postihuje prevažne mladých ľudí a početnú prevahu majú ženy. Pre ochorenie sú charakteristické brušné algické prejavy, nafukovanie a poruchy defekácie. Patofyziológia IBS nebola doposiaľ uspokojivo vysvetlená. Významnú rolu pri nej zohráva zvýšená senzitivita a porušená motilita čreva. Preto ovplyvnenie senzitivity a motility čreva predstavuje cieľ symptomatickej liečby. Spazmolytiká redukujú bolestivé symptómy asociované so syndrómom dráždivého čreva mechanizmom inhibície kontraktility hladkej svaloviny steny čreva, efektívne zvyšujú kolonický tranzitný čas. Takto prispievajú k efektívnej redukcii počtu stolíc. Ako zvlášť vhodná sa na základe skúseností a výsledkov klinických štúdií ukázala kombinovaná liečba. Kombinácia nielen spazmolytický účinkujúceho alverínu a simetikónu znižujúceho povrchové napätie sa prejavila viac ako aditívnym účinkom. Pri jej správnom použití dochádza k výraznému zmierneniu globálnych symptómov syndrómu dráždivého čreva. Významne sa znižuje diskomfort, bolesť brucha, nafukovanie a distenzia. Taktiež dochádza k úprave vyprázdňovania. Tento efekt je preukázaný v liečebnom režime, pri ktorom sa podáva alverín v dávke 60 mg a simetikón 300 mg 3-krát denne počas 4. týždňov. Avšak novšie klinické údaje preukazujú dobrý terapeutický efekt pri podávaní v režime podľa potreby. Kombinovaná liečba alverínom a simetikónom sa dá považovať za rutinnú terapeutickú voľbu pre pacientov so syndrómom dráždivého čreva v klinickej praxi. Umožňuje redukovať konkomitantnú liečbu, ktorá je potrebná na maximálne zmiernenie príznakov ochorenia. Veľkou výhodou uvedenej kombinovanej liečby je výborný bezpečnostný profil s minimom nežiaducich účinkov.

LITERATÚRA U AUTORA

KURZ

VISCEROVERTEBRÁLNA PROBLEMATIKA A OSTEOPORÓZA

(návčik cvičenia svalstva panvového dna a špeciálnej cvičebnej zostavy podľa Ďurišovej pre pacientov s bolesťami chrbta a osteoporózou)

Termín konania:

jednodňový kurz v termíne: 24. október 2014
(piatok od 12:00 – 17:00 hod.)

Miesto konania:

Reumatologicko-rehabilitačné centrum, s.r.o.,
Pribinova 56, 920 01 Hlohovec

Kontakt organizátora:

Reumatologicko-rehabilitačné centrum s.r.o.,
prim. MUDr. Elena Ďurišová, Pribinova 56,
920 01 Hlohovec
tel/fax:033/73 01 820, MB:0949 444 444,
www.rrc.sk, e-mail: info@rrc.sk

Popis aktivity:

Formou úvodných prednášok poukázať na problematiku vertebroviscerálnych a viscerovertebrálnych funkčných porúch chrbtice, funkčnej patológie svalstva panvového dna s návaznosťou na osteoporózu (s praktickým návčikom cvičebnej zostavy svalstva panvového dna „Lúčky“).

V ďalšej časti sa odborný program venuje závažnosti osteoporózy, nutnosti jej včasnej diagnostiky a komplexnej liečby s predchádzaním komplikácií ochorenia typu osteoporotických fraktúr. V praktickej časti sa rozoberajú špecifiká pohybovej liečby pri osteoporóze s praktickým návčikom zásad školy chrbta, antigravitačnej relaxácie, nestabilnej plošiny a celej špeciálnej cvičebnej zostavy podľa Ďurišovej.

Určenie kurzu:

pre všetkých lekárov, ktorí prichádzajú do kontaktu s problematikou panvového dna a osteoporózou, pre fyzioterapeutov, sestry gynekologických, osteologických a iných ambulancií.

KONTAKT

Bližšie informácie, rozpis programu a mapa
podrobne na www.rrc.sk
(časť aktuality a vzdelávanie).

Odborné podujatie je zaradené do kontinuálneho
medicínskeho vzdelávania s prídelením 5 kreditov.

OSTEOARTRÓZA RUKY

MUDr. Martina Bakošová, I. interná klinika LF UK a Univerzitnej nemocnice v Bratislave
MUDr. Boris Šteňo, PhD., II. ortopedicko-traumatologická klinika LF UK a Univerzitnej nemocnice v Bratislave

DEFINÍCIA A EPIDEMIOLOGIA OCHORENIA

Osteoartróza ruky (OA) je degeneratívne ochorenie, ktoré celosvetovo patrí do skupiny najčastejších kĺbových ochorení podieľajúcich sa na vysokej miere práceneschopnosti a invalidity. Postihuje ľudí stredného a staršieho veku, typicky v šiestom decéniu. Ochorenie je tvorené heterogénnou skupinou stavov, s typickými prejavmi (bolesť, obmedzenie funkcie a v konečnom štádiu zlyhanie funkcie kĺbu). OA ruky je treťou najčastejšou klinickou formou osteoartrózy. Napriek tomu, že pre OA ruky platia všeobecné príznaky a prejavy generalizovanej osteoartrózy, v tejto skupine ochorení sa stretávame s určitými špecifikami. Je typické, že s rastúcim vekom narastajú v röntgenografickom obraze degeneratívne zmeny kĺbov, ktoré nachádzame až u 80 % ľudí starších ako 50 rokov, avšak epidemiologické údaje sa týkajú najmä symptomatických klinických foriem OA. Prevalencia OA ruky vo veku 40 – 50 rokov nepresahuje 2,2 %, nad 70 rokov sa vyskytuje až u 22,5 % pacientov¹.

ETIOPATOGENÉZA

Z pohľadu patofyziológie príčinou OA je nerovnováha medzi reparačnými (chondrocyty) a degradačnými (proteolytické enzýmy) procesmi prebiehajúcimi v kĺbovej chrupke, ktoré sú posunuté v prospech degradácie. Katabolické reakcie stimulujú prozápalové cytokíny (TNF- α , IL-1), prostaglandíny a voľné kyslíkové radikály, anabolicky pôsobí somatotropný hormón a rastové faktory (TGF- β)². V dôsledku nepomeru dochádza k rozvoju patologických zmien v chrupke, ktorá degeneruje a stáva sa málo odolnou voči mechanickej záťaži a postupne zaniká. Primárne zmeny prebiehajúce v štruktúre chrupky sú klinicky nemé, avšak spustenie kaskády reaktívnych zmien ostatného kĺbového tkaniva podmieni typické artrotické ťažkosti (stuhnutosť kĺbu, chronická bolesť) a zmeny vedúce k obmedzeniu hybnosti a k osovej odchýlke kĺbu³. Pre etiológiu OA ruky platia všeobecne známe rizikové faktory OA (tabuľka 1), avšak medzi tie najpodstatnejšie sa radí obezita, genetická predispozícia a ženské pohlavie. Mechanizmus vplyvu obezity je iný ako pri gonartróze, kde vzniká najmä v dôsledku zvýšeného zaťaženia kĺbu, pri OA ruky sa predpokladá existencia metabolických a endokrinných abnormalít navodených obezitou⁴. Genetická predispozícia sa uplatňuje pri polyartikulárnej forme s postihnutím DIP kĺbov (Heberdenove uzly), a predovšetkým u žien, kde bol zistený až dvojnásobný výskyt u ich matiek a trojnásobný výskyt u ich sestier. Predpokladaný

Tabuľka 1. Rizikové faktory OA

I. Nemodifikovateľné rizikové faktory

- genetická predispozícia, vek, rasa, kĺbová morfometria, trauma

II. Modifikovateľné rizikové faktory

- hmotnosť, záťaž, povolanie, metabolické a endokrinné ochorenia

prenos je autozomálne dominantný s väzbou na jeden gén⁵. Po postihnutí bedrových (koxartróza) a kolenných (gonartróza) kĺbov, sú drobné kĺby rúk treťou najčastejšou lokalitou výskytu osteoartrózy². Klinický obraz OA rúk je variabilný, závisí od formy, lokalizácie a štádia ochorenia. Pravidelným príznakom pri všetkých formách osteoartrózy je bolesť, stuhnutosť a poškodenie funkcie kĺbu. OA ruky sa vyskytuje ako nodálna forma, keď je najčastejšie postihnutý koreňový – karpometakarpálny kĺb (rizartóza), distálne interfalangeálne (DIP) a proximálne interfalangeálne (PIP) kĺby (obrázok 1). Metakarpofalangeálne kĺby (MCP) a kĺby zápästia sú postihnuté len zriedka. Druhou najčastejšou formou je erozívna OA.

Obe formy OA ruky majú odlišný klinický obraz, ale môžu sa vyvíjať súčasne. Vo včasných štádiách ochorenia sú prítomné charakteristické recidivujúce iritačné synovitídy, ktoré sa prejavujú opuchom, citlivosťou až bolestivosťou postihnutých kĺbov. S rozvojom ochorenia dochádza k tvorbe okrajových osteofytov a vzniku deformít kĺbov. Pre rizartózu sú v úvode ochorenia typické bolesti po námahe, po

aktivitách, kde hlavnú mechanickú funkciu plní palec (otváranie fliaš, konzerv, krájanie, šitie, stisk ruky...). Tento typ OA často obmedzuje funkciu celej ruky. Bolesť má pomerne silnú intenzitu a často sa vyskytuje spolu s de Quervainovou synovitiidou a syndrómom karpálneho tunela. Pri vyšetrení a tlaku sú koreňové kĺby bolestivé, neskôr zdeformované a v ich okolí môžeme vyhmatať bolestivé osteofyty. Pri ťažkých formách rizartózy pozorujeme deformity a bolesť prítomnú aj v pokoji. Nodálna forma OA sa prejavuje opuchmi a bolestivosťou PIP a DIP kĺbov. S rozvojom osteofytov dochádza k deformite a osovým odchýlkam kĺbov. Pri nodálnej forme OA je najsilnejší vplyv dedičných faktorov a vyskytuje sa familiárne. Bolesť je pokojová, oveľa miernejšia ako pri rizartóze, trvá niekoľko týždňov a ovplyvňuje jemnú motoriku rúk (úchop).

Ochorenie často svojím charakterom pripomína kĺbové postihnutie pri zápalových reumatických chorobách. Ranná stuhnutosť kĺbov pri OA však nepresahuje 30 minút. Bolesť zvykne ustúpiť po rozcvičení a aplikácii tepla. Zvláštnou formou nodálnej OA je erozívna OA (EOA). Klinicky sa prejavuje výraznejšími bolesťami, opuchom a miernym začervenaním kĺbu. Má sklon k rýchlejšej progresii a rozvoju deformít. Výskyt je typický pre ženské pohlavie. Vyskytuje sa samostatne, ale môže byť súčasťou aj iných chronických ochorení (napr. hyperparatyreóza, Sjögrenov syndróm). Základným znakom EOA sú erózie kĺbu, ktoré sa vyvíjajú spolu s degeneratívnymi zmenami. EOS má typický rádiologický obraz (obrázok 2).

KLASIFIKÁCIA

Nodálna OA (DIP, PIP kĺbov, EOS) a rizartóza sú formami primárnej lokalizovanej osteoartrózy. Ak sú okrem týchto lokalít postihnuté ešte minimálne ďalšie dve kĺbové skupiny, OA ruky sa stáva klinickou formou generalizovanej OA. Sekundárna OA ruky vzniká ako následok metabolických, anatomických, posttraumatických alebo zápalových artropatií (ochronóza, akromegália, hemochromatóza, dysplázie kĺbov, intraartikulárna fraktúra, septická artritída a reumatické zápalové choroby). Na základe röntgenových zmien rozdeľujeme OA ruky na hypertrofickú, pri ktorej prevládajú osteoproduktívne zmeny a artrotickú, kde sú dominantne zúžené kĺbové štrbiny.

DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA

Nakoľko klinický obraz OA ruky je typický, často postačuje k potvrdeniu diagnózy. Laboratórne testy, vrátane parametrov humorálnej aktivity, sedimentáciu erytrocytov (FW), C-reaktívny proteín (CRP) pre ich negatívne hodnoty štandardne nevyužívame, nápomocné však môžu byť pri vylúčení iných, zápalových ochorení spojiva, ktoré rovnako ako OA postihujú DIP, PIP, MCP kĺby a zápästia. Diagnózu OA stanovujeme na základe klinického obrazu a klasifikačných kritérií podľa ACR (tabuľka 2). V prípade klinických pochybností pristúpime k realizácii röntgenovej snímky (rtg), kde podľa štádia ochorenia nachádzame rôzne zmeny (osteofyty, subchondrálne kostnú sklerózu, zúženie kĺbovej štrbiny či subchondrálne pseudocysty). Rádiologicky podľa Kellgrena a Lawrencea rozoznávame štyri štádiá OA ruky⁶

Obrázok 1. Nodálna forma osteoartrózy ruky s tvorbou Heberdenových a Bouchardových uzlov





Tabuľka 2. Klasifikačné kritériá pre OA rúk podľa ACR
(American College of Rheumatology)

1. Bolesť ruky alebo stuhnutosť väčšinu dní posledného mesiaca
2. Zhrubnutie tvrdých tkanív najmenej 2 z 10 vybratých kĺbov
3. Opuch maximálne dvoch MCP kĺbov
4. Zdureníe tvrdých tkanív najmenej dvoch DIP
5. Deformita najmenej 1 z 10 vybratých kĺbov

OA je prítomná, ak sú splnené kritériá 1, 2, 3, 4, alebo 1, 2, 3, 5
Vybrané kĺby sú: obojstranne 2. a 3. PIP, všetky DIP a oba karpometakarpálne kĺby

Tabuľka 3. Štádiá osteoartrózy podľa Kellgren-Lawrencea

- I. štádium: možné zúženie kĺbovej štrbiny a začiatok tvorby osteofytov
- II. štádium: určité zúženie kĺbovej štrbiny, zreteľné osteofyty a mierna subchondrálna skleróza
- III. štádium: výrazné zúženie kĺbovej štrbiny, osteofyty, skleróza, tvorba pseudocýst
- IV. štádium: vymiznutie kĺbovej štrbiny so sklerózou a pseudocystami, výrazné osteofyty

(tabuľka 3). Röntgenové zmeny pri OA rúk sú veľmi typické. DIP a PIP kĺby majú zúžené štrbiny a na okrajoch kĺbovej plochy sa tvoria osteofyty (Heberdenove a Bouchardove uzly) (obrázok 2). Za rádiologický obraz pokročilej rizartrózy sa pokladá dezaxácia. Centrálné erózie spolu s degeneratívnymi zmenami sú špecifické pre EOA (obrázok 3). Ultrazukové vyšetrenie a magnetická rezonancia sa v praxi na potvrdenie OA ruky nepoužívajú. Pri artopatiách ruky treba v prvom rade vylúčiť zápalové reumatické ochorenie (reumatoidnú, resp. psoriatickú artritídu). Reumatoidná artritída (RA) postihuje kĺby zápastia, MCP, prípadne PIP kĺby. Artritída má symetrický charakter, postihnuté sú aj iné kĺby (drobné kĺby nôh, kolenný kĺb...) a ranná stuhnutosť trvá dlhšie ako pri OA ruky (minimálne 1–2 hodiny). Typicky sú zvýšené zápalové parametre (FW, CRP). Psoriatická artritída (PsA) môže byť sprevádzaná kožnými zmenami, ak však kĺbové postihnutie kožnú formu „predbieha“ a sú postihnuté DIP kĺby, diagnostika môže byť problematickejšia. Nápomocná je informácia o výskyte ochorenia v rodine (prvostupňoví príbuzní). Pri PsA je postihnutie kĺbov asymetrické a „lúčovité“, čo znamená, že sú postihnuté všetky drobné kĺby jedného prsta („klobásovitý“ opuch, obraz „parkovitého“ prsta). Vyšetrenie synoviálnej tekutiny sa na odlišenie zápalového postihnutia kĺbu od artrózy využíva veľmi málo. Pri OA je synoviálna tekutina číra, žltkastá, viskózna a nepresahuje počet jadrových buniek 2000/mm³. V rámci diferenciálnej diagnostiky pseudodny a dny sa mikroskopicky v polarizovanom svetle vyšetrujú kryštály (kalciumpyrofosfátdihydrátu, resp. nátriumurátu). Nakoľko tieto ochorenia majú pomerne typický priebeh (výrazná bolesť, začervenanie, periodický výskyt), punkcie kĺbov preto často nie sú potrebné.

LIEČBA

Osteoartróza ruky je považovaná síce za neškodné ochorenie, cieľom liečby je však spomalenie progresie ochorenia, zmiernenie bolesti, zachovanie funkcie kĺbu

Obrázok 2. Rádiologický obraz nodálnej formy OA ruky PIP, DIP kĺbov obojstranne a rizartrózy



Obrázok 3. Rádiologický obraz erozívnej osteoartrózy ruky, s maximálnym postihnutím 1. IP kĺbu obojstranne, PIP 3. kĺbu vpravo a PIP 2. kĺbu vľavo



a zlepšenie kvality života. V poslednom období síce pribúdajú randomizované štúdie zaoberajúce sa odporúčaním liečby OA, ale v súčasnosti nepoznáme jednoznačne účinný liek. Terapia je komplexná, symptomatická a individuálna. Nefarmakologické postupy spočívajú v edukácii pacienta, v odstránení negatívnych mechanických a vibračných faktorov, pravidelné cvičenie sa odporúča za účelom zväčšenia rozsahu pohybu kĺbu a posilnenia svalov. Vhodné je informovanie pacienta o možnosti využívania pomôcok pre denné činnosti a prípadné používanie fixačných ortéz ako prevencie flekčnej kontraktúry palca. Farmakologicky využívame lieky, ktoré majú analgetickú a antiflogistickú zložku i tzv. priebeh ochorenia modifikujúce lieky, ktoré majú neskorší nástup účinku a zasahujú do porušeného metabolizmu chrupky (SYSADOÁ). Liečba systémovými a lokálnymi nesteroidovými antiflogistikami (NSA) a chondroitín sulfátom má priame dôkazy o účinnosti. Ostatná indikácia liečiv je často daná empiriou a dôkazmi účinnosti liečby z iných osteoartrótických lokalít (paracetamol, glukozamínsulfát a lokálne glukokortikoidy). Liekom prvej voľby podľa odporúčani ACR a EULAR pri bolestiach je paracetamol⁷, ktorý má analgetický efekt s rýchlym nástupom účinku. V prípade jeho nedostatočného efektu a pri rozvoji bolestivej iritačnej synovitídy podávame krátkodobo NSA, ktoré pôsobia symptomaticky, avšak nemajú vplyv na zmiernenie rádiologickej progresie. Pri OA ruky z dôvodu povrchovjšieho uloženia kĺbu často volíme lokálne aplikovateľné formy NSA (masť, gély, spreje). Aj medzi topickými NSA existujú rozdiely v účinku podčiarknuté použitím rôznych molekúl, ale najmä použitím rôznych vehikul, ktoré spôsobujú rozličnú dostupnosť účinnej látky v poškodenom tkanive^{8,9}. Hĺbka prieniku topických NSA, v liečbe osteoartrózy do postihnutého kĺbu, je zásadná pre zabezpečenie účinku liečiva. Možnosťou voľby pri erozívnej OA ruky môže byť indikácia antimalarík. Instiláciu depotného kortikoidu (betametazónu) využívame pri bolestivej rizartróze s iritačnou synovitídou. Lokálna liečba kortikoidmi má analgetický efekt, avšak účinok je len krátkodobý. V štádiu výskumu je indikácia biologickej liečby erozívnej OA adalimumabom. Pri zlyhaní konzervatívnej liečby možno uvažovať aj o operačnej liečbe, avšak v klinickej praxi sa len zriedka stretávame s artroplastikami PIP kĺbov, resp. operačnou liečbou CMC kĺbu (trapeziektómia, osteotómia a totálna náhrada CMC kĺbu).

ZÁVER

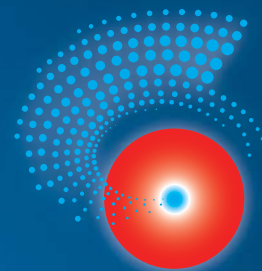
Vzhľadom k starnutiu populácie a predlžovaniu dĺžky života dochádza k nárastu počtu pacientov s OA v jednotlivých lokalitách. OA veľmi často postihuje drobné kĺby ruky. Vzhľadom k postihnutiu jemnej motoriky, opuchov a bolestiam, ako i k výskytu pridružených ochorení, predovšetkým tendosynovitíd v kombinácii s úžinnými nervovými syndrómami, OA ruky pomerne výrazne limituje postihnutého. Pre chronický a progresívny priebeh ochorenia je nutné, aby starostlivosť o pacienta bola dlhodobá a cielená. Komplexná starostlivosť (diagnostika a liečba) by mala spadať do rúk praktického lekára. V prípade diagnostických či terapeutických rozpakov, je namieste multidisciplinárna spolupráca. Správne vedená konzervatívna liečba postačuje v prevažnej väčšine prípadov. Správna diagnóza a komplexná liečba je zárukou zlepšenia kvality života pacienta.

LITERATÚRA

1. Zhang Y, Niu J, Kelly-Hayes M, Chaisson CE, Aliabadi P, Felson DT. Prevalence of symptomatic hand osteoarthritis and its impact on functional status among the elderly. In The Framingham Study. 2002;156; s. 1021-1027.
2. Pavelka K, Olejárová M. Osteoartróza. In Pavelka K, Vencovský J, Horák P, Šenolt L, Mann H, Štěpán J a spol. Revmatologie. Praha. Maxdorf., 2012; s. 448-462.
3. Dennison E, Cooper C. Osteoarthritis: epidemiology and classification. In Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH eds. Rheumatology. 3rd ed. Oxford: Mosby, 2003; 1781-91.
4. Javáid MK, Arden NK. Rizikové faktory osteoartrózy. In Súč klin Prax. 2004, č. 1., s. 25-27.
5. Rovenský J, Pavelka J. Klinická reumatológia. In Osveta, 2000., s. 447-473
6. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assesment of osteoarthritis. In Ann of Rheum Dis. 1957; vol. 16, s. 494-501.
7. Pavelka K. a kol.: Symptomaticky pomalu pôsobící léky u OA. In: Farmakoterapie revmatických onemocnění, s. 359-371
8. Vincent CM et al.: In vitro Topical Delivery of Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs through Human Skin/Drug Res., *Arzneim.-Forsch.* 1999; 49(1):509-513
9. Moore, R.A., et al.: Quantitive systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ*, 1998, 316:333-338.

Fastum® gel

Ketoprofen



PREDBEHNITE BOLEŠŤ¹

Lokálna liečba bolestivých ochorení osteoartikulárneho a svalového systému reumatického a traumatického pôvodu: pomliaždeniny, vyvrtnutia, natiahnutia svalov, stuhnutie šije, bolesti bedrových svalov (lumbago).



Fastum® gel

Liečivo: 100 g gélu obsahuje: ketoprofenum 2,50 g. **Terapeutické indikácie:** Lokálna liečba bolestivých ochorení osteoartikulárneho a svalového systému reumatického a traumatického pôvodu: pomliaždeniny, vyvrtnutia, natiahnutia svalov, stuhnutie šije, bolesti bedrových svalov (lumbago). Fastum gel je indikovaný u dospelých pacientov. **Dávkovanie a spôsob podávania:** 3 – 5 cm gélu jeden až dva razy denne. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na ketoprofen, kyselinu acetylsalicylovú, na iné nesteroidové protizápalové lieky a fibráty (lieky znižujúce cholesterol) alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, anamnéza akejkoľvek fotosenzitívnej reakcie, známe hypersenzitívne reakcie ako sú príznaky astmy, alergická rinitída na ketoprofen, fenofibrát, kyselinu tiaprofenovú, kyselinu acetylsalicylovú alebo na iné NSAID, anamnéza kožnej alergickej reakcie na ketoprofen, kyselinu tiaprofenovú, fenofibrát alebo blokátory UV žiarenia alebo parfém, pobyt na slnku, dokonca aj v prípade nepriameho slnka, vrátane UV žiarenia zo solária počas liečby a 2 týždne po jej ukončení. Fastum gel sa nemá aplikovať na patologicky zmenenú kožu ekzémom, infekciou alebo akné, otvorené rany ani v blízkosti očí, tretí trimester gravidity. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Topická aplikácia väčšieho množstva môže mať systémové účinky, vrátane precitlivenosti a astmy. Pri vzniku akejkoľvek kožnej reakcie, vrátane kožných reakcií po súbežnej aplikácii prípravkov obsahujúcich oktokrylén, sa má liečba ihneď prerušiť. Po každej aplikácii gélu je potrebné dôkladné umytie rúk. Miesto aplikácie gélu nemá byť prekryté tesným (nepriedušným) obväzom alebo odevom. Počas doby aplikácie gélu a nasledujúce 2 týždne po jej ukončení sa ošetrované miesta nemajú vystavovať

slnečnému žiareniu vrátane solárií a odporúča sa chrániť ošetrované miesta oblečením, aby sa predišlo riziku fotosenzitivity. Pacienti s astmou v kombinácii s chronickou nádchou, chronickou sinusitídou, a/alebo nosovou polypózou majú vyššie riziko alergie na kyselinu acetylsalicylovú a/alebo NSAIDs ako zvyšok populácie. **Liekové a iné interakcie:** Neboli hlásené žiadne interakcie Fastum gelu s inými liečivami. Pacientov liečených kumarínom sa odporúča pravidelne monitorovať. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Ketoprofen sa nesmie používať počas tretieho trimestra gravidity. Použitie ketoprofenu počas prvého a druhého trimestra a počas laktácie sa neodporúča. **Nežiaduce účinky:** Lokálne kožné reakcie, ktoré sa môžu postupne rozšíriť aj mimo miesta aplikácie, erytém, pruritus, ekzémy, pálenie, zriedkavo sa môžu vyskytnúť fotosenzitívne reakcie, dermatitídy, urtikária, veľmi zriedkavo sa môže vyskytnúť anafylaktická reakcia, hypersenzitívna reakcia, peptický vred, gastrointestinálne krvácanie, hnačka, zlyhanie obličiek. **Velkosť balenia:** 50 g a 100 g gélu, tuba s dávkovačom s 50 g a 100 g gélu. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** A. Menarini Industrie Farmaceutiche Riunite s. r. l., Via Sette Santi 3, 50131 Florencia, Taliansko. **Spôsob výdaja lieku:** viazaný na lekárske predpis. Pred predpisaním lieku oboznámte sa, prosím, s úplnou informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku. **Posledná revízia textu:** august 2014. **Dátum výroby materiálu:** september 2014. **Použitá literatúra:** 1. SPC Fastum® gel.

*Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť a interné účely spoločnosti.
SK_FAS-04-2014-Reminder*

VÝZNAM INTRAVEZIKÁLNE APLIKOVANEJ KOMBINÁCIE HYALURONÁTU S CHONDROITÍN SULFÁTOM PRI RECIDIVUJÚCICH CYSTITÍDACH

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.,

Ústavy farmakológie 2. a 3. LF UK, Praha

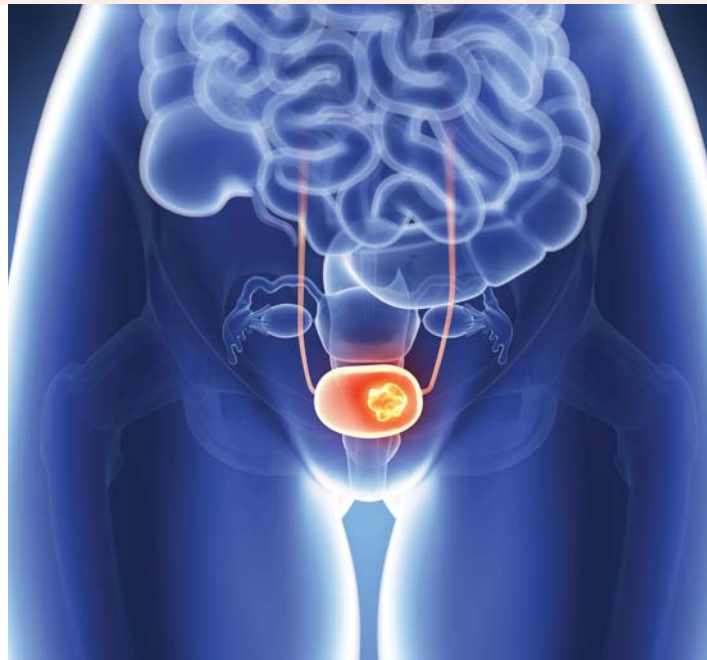
Asi polovica žien počas svojho života zaznamená aspoň jednu epizódu infekcie dolných močových ciest vyžadujúcu nasadenie antibiotickej liečby. Súčasne platí, že v jednej štvrtine až tretine prípadov dochádza k rekurencii v priebehu nasledujúcich 6 mesiacov.

Vnímovosť na tento typ infekcie je u každého z nás iná a závisí od mnohých faktorov (genetické, biologické a behaviorálne). Veľký dôraz z hľadiska rozvoja infekcie postihujúcej močový mechúr sa kladie na interakciu medzi baktériami a urotelom, ktorého bunky sú kryté glykozaminoglykánovou (GAG) vrstvou. V dôsledku jeho narušenia sa obsah moču, t.j. aj prípadne prítomnej baktérie, dostáva do kontaktu s epitelom, a zvyšuje sa tak pravdepodobnosť rozvoja infekcie. V minulosti sme preto boli svedkami snahy o reštitúciu tejto vrstvy spočívajúcej v podávaní heparínu, pentosan polysulfátu alebo kyseliny hyalurónovej.

Kyselina hyalurónová (HA) je hlavným mukopolysacharidom hojne zastúpeným nielen v spojive, ale aj v epiteli alebo v nervovom tkanive. Nie menej dôležitou súčasťou medzibunkovej hmoty je okrem iného aj chondroitín sulfát (CS), ktorý sa v danom kontexte spomína predovšetkým ako látka nevyhnutná pre patričnú integritu sliznice močového mechúra. Obe tieto látky sa úspešne podávali perorálne, intravezikálne alebo obidvomi cestami zároveň s cieľom obmedziť výskyt rekurencii v niekoľkých štúdiách, o výsledky ktorých sa napokon opiera súčasné klinické využitie tejto kombinácie vo väčšine európskych krajín, vrátane Slovenska. Klinické výsledky, o ktorých sa diskutuje ďalej, sa jednak opierajú o výsledky štúdií využívajúcich animálne modely a jednak s nimi súčasne korelujú. Ide napr. o prácu s 28 potkanmi, u ktorých sa cystitída navodila predchádzajúcou intravezikálnou instiláciou roztoku s obsahom *Escherichia coli*. Po randomizácii do 4 skupín sa im následne intravezikálne aplikoval HA, CS, HA + CS alebo fyziologický roztok. Aj keď po aplikácii HA i CS bol v porovnaní s placebom kultivačne zaznamenaný menší rast baktérií v odobratom moči, najvýraznejší rozdiel sa dosiahol pri aplikácii oboch látok súčasne – 8×10^2 CFU/ml vs. 5×10^4 CFU/ml. S uvedenými výsledkami korelovali aj priaznivé, prípadne slabšie vyjadrené patologické zmeny na epiteli mechúra¹. V experimentoch preukazované priaznivé účinky kombinácie HA + CS na morfológiu epitelu sa napokon preukázali aj u 21 žien v rámci cystoskopického vyššetrovania².

Účinnosť a bezpečnosť fixnej kombinácie HA a CS v prípravku Ialuril sa hodnotila napr. v prospektívnej randomizovanej dvojito zaslepenej a placebom kontrolovanej štúdií u 57 žien (najmenej 3 dokumentované epizódy v predchádzajúcom roku), ktorým sa intravezikálne aplikovalo 50 ml sterilného roztoku Ialurilu každý týždeň počas 4 týždňov a následne 1x mesačne počas 5 mesiacov alebo placebo s rovnakým dávkovaním. U aktívne liečených žien sa v rámci 12-mesačného sledovania podarilo preukázať významné zníženie rekurentných infekcií ($-86,6\% \pm 47,6$ vs. $-9,6\% \pm 24,6$; $p = 0,0002$), a to pri súčasnom predĺžení doby do rekurencie infekcie ($52,7 \pm 33,4$ vs. $185,2 \pm 78,7$ dní; $p < 0,001$). Celkové symptómy močovej infekcie a kvalita života sledované prostredníctvom dotazníkov boli signifikantne lepšie v prospech aktívnej liečby, a to pri nulovom hlásení závažných nežiaducich príhod³. Podobné výsledky sa dosiahli aj v nasledujúcej štúdií, keď ženy s recidivujúcou bakteriálnou cystitídou boli randomizované na liečbu Ialurilom (raz týždenne počas 4 týždňov a ďalej 2-krát počas 2 týždňov) alebo na profylaktické podávanie kombinácie sulfametoxazolu 200 mg s trimetoprimom 40 mg raz týždenne počas 6 týždňov ($n = 28$; priemerný vek 60 ± 13 rokov). Intravezikálne aplikovaná kombinácia glykozaminoglykánov bola pri hodnotení v 12. mesiaci sprevádzaná signifikantným zlepšením vo všetkých hodnotených ukazovateľoch, t.j. rekurencia cystitídy ($1 \pm 1,2$ vs. $2,3 \pm 1,4$; $p = 0,02$); symptómy podľa VAS ($1,6 \pm 0,8$ vs. $7,8 \pm 1,6$; $p < 0,001$) PUF skóre ($11,2 \pm 2,7$ vs. $19,6 \pm 2,2$; $p < 0,001$), KHQ skóre ($18,4 \pm 7,2$ vs. $47,3 \pm 13,6$; $p < 0,001$), či maximálna kapacita močového mechúra (380 ± 78 vs. 229 ± 51 ml; $p < 0,001$)⁴.

Lepšie výsledky sa dosiahli kombináciou HA+CS aj v porovnaní s antibakteriálne pôsobiacim fosfomycínom (3 g 1-krát za 10 dní počas 6 mesiacov). V súbore 69



žien sa pri 12-mesačnom sledovaní rekurencia nezaznamenala u 72,7 % chorých liečených Ialurilom oproti 75 % pri jeho kombinácii s fosfomycínom a 30,4 % pri užívaní samotného fosfomycínu⁵.

Z pohľadu rigorózneho hodnotenia klinickej účinnosti Ialurilu sú veľmi kľúčové výsledky metaanalýzy 4 publikovaných prác ($n = 143$), ktorých autori poukazujú na signifikantný pokles počtu močových infekcií pri liečbe kombináciou HA + CS ($-3,41$ prípadov/rok; $p < 0,000 01$) a rovnako aj dlhší čas do objavenia sa rekurencie ($187,35$ dní; $p < 0,000 1$)⁶.

Súhrnne možno s odkazom na doteraz publikované výsledky a klinické skúsenosti s fixnou kombináciou HA + CS aplikovanou intravezikálne konštatovať zrejmy terapeutický prínos pri liečbe recidivujúcich infekcií močových ciest, a to pri priaznivom bezpečnostnom profile.

LITERATÚRA

1. Tasdemir S, Tasdemir C, Vardi N et al. Intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate alone and in combination for urinary tract infection: assessment of protective effects in a rat model. *Int.J Urol.* 2012; 19: 1108-1112.
2. Costantini E, Lazzeri M, Pistolesi D et al. Morphological changes of bladder mucosa in patients who underwent instillation with combined sodium hyaluronic acid-chondroitin sulphate (Ialuril(R)). *Urol.Int.* 2013; 91: 81-88.
3. Damiano R, Quarto G, Bava I et al. Prevention of recurrent urinary tract infections by intravesical administration of hyaluronic acid and chondroitin sulphate: a placebo-controlled randomised trial. *Eur Urol.* 2011; 59: 645-651.
4. De VD, Giordano S. Effectiveness of intravesical hyaluronic acid/chondroitin sulfate in recurrent bacterial cystitis: a randomized study. *Int.Urogynecol.J* 2012; 23: 1707-1713.
5. Torella M, Schettino MT, Salvatore S, Serati M, De FP, Colacurci N. Intravesical therapy in recurrent cystitis: a multi-center experience. *J Infect.Chemother.* 2013; 19: 920-925.
6. De Vita D, Antell H, Giordano S. Effectiveness of intravesical hyaluronic acid with or without chondroitin sulfate for recurrent bacterial cystitis in adult women: a meta-analysis. *Int.Urogynecol.J* 2013; 24: 545-552.

ialuril® Prefill

Prirodzené zložky GAG vrstvy močového mechúra - kyselina hyalurónová a chondroitín sulfát vo vysokej koncentrácii



 ialuril® Prefill

Pri recidivujúcich bakteriálnych cystitídach:

- Signifikantne znižuje počet infekcií močového mechúra oproti placebo.
- Predlžuje čas do objavenia sa rekurencie.
- Zlepšuje kvalitu života pacienta.



ialuril® Prefill – Skrátený návod na použitie zdravotníckej pomôcky:

Popis: Sterilný roztok hyaluronátu sodného (1,6% - 800 mg/ 50 ml) a chondroitín sulfátu sodného (2% - 1000 mg/ 50 ml) na intravezikálne podanie. 50 ml predplnenej striekačky s Luer-Lock adaptérom. **Indikácie:** ialuril® Prefill je indikovaný pri obnove glykozaminoglykánových vrstiev uroteliálneho tkaniva močového mechúra v prípadoch, kedy ubúdanie týchto vrstiev môže spôsobovať časté a chronické ťažkosti. Je tiež indikovaný v prípadoch, kedy strata glykozaminoglykánových vrstiev je spojená s formami chronického zápalu, pri ktorých sa zloženie a integrita týchto vrstiev zdajú byť rôznym spôso-

bom ohrozené. **Zloženie:** 50 ml predplnená striekačka obsahuje vodu, chlorid vápenatý, sodnú soľ kyseliny hyalurónovej, chondroitínsulfát sodný. **Frekvencia používania:** Obsah jednej striekačky odporúčame kvapkať 1x týždenne počas prvého mesiaca, 1x za dva týždne počas druhého mesiaca, v nasledujúcich mesiacoch 1x mesačne až do úplného odznenia príznakov ochorenia. **Upozornenia:** Podávanie prípravku cez katéter môže byť vykonávané jedine kvalifikovaným personálom pri kontrolovanej sterilite a jemne. Pred použitím si dôkladne umyte ruky antibakteriálnym mydlom a natiahnite

si sterilné rukavice. Len na jednorazové použitie, po otvorení ihneď použiť. Uchovávať pri teplote 0 až 25°C. **Interakcie:** doteraz neboli zistené. **Kontraindikácie:** neboli zistené, nepoužívať v prípadoch so známou hypersenzitívitou na niektorú zložku prípravku. **Vedľajšie účinky:** Neboli zistené. Zdravotnícka pomôcka. Výdaj zdravotníckej pomôcky je viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním zdravotníckej pomôcky sa oboznámte s úplným znením návodu na použitie zdravotníckej pomôcky. **Posledná revízia textu:** marec 2013. Informácia pre zdravotníckych pracovníkov.

Literatúra:

Vita D. et al.: Effectiveness of intravesical hyaluronic acid with or without chondroitin sulfate for recurrent bacterial cystitis in adult women: a meta-analysis. Int Urogynecol J 2012 6.november.

MANAŽMENT BOLESTI U PACIENTOV S OSOBITNÝM ZRETEĽOM NA KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO PRI PODÁVANÍ NESTEROIDOVÝCH ANTIREUMATÍK

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., Ing. Mária Stančíková,

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Práce za posledných 10 rokov jednoznačne potvrdili, že naproxén je spoľahlivé nesteroidové antireumatikum s najlepším kardiovaskulárnym profilom a javí sa ako bezpečný prípravok oproti iným neselektívnym nesteroidovým antireumatikám. Kardioprotektívny účinok naproxénu je založený na inhibícii tromboxánu.

Nesteroidové antiflogistiká (NSA) patria medzi najčastejšie predpisované lieky u nás i vo svete. Vo vyspelých krajinách sveta ich užíva 20–30 % populácie. Najčastejšie sa predpisujú pri chorobách pohybového aparátu. Sem patria aj reumatické choroby, ako sú osteoartróza (OA), reumatoidná artritída (RA), ankylozujúca spondylitída (AS). Široké spektrum aplikácie je podmienené nielen veľkým počtom chorôb pohybového aparátu, ale aj rozmanitosťou farmakologických účinkov NSA. Okrem výrazného protizápalového účinku majú antipyretické, analgetické a niektoré aj antitrombogénne účinky. Je tiež preukázateľné, že znižujú riziko kolorektálneho karcinómu a spomaľujú vývoj Alzheimerovej choroby. Dnes je na trhu vyše 100 rôznych NSA. Za týmto veľkým číslom a pestrou škálou liekov treba hľadať predovšetkým nesmierne úsilie o zníženie nežiaducich účinkov NSA.

Inhibícia cyklooxygenázy (COX) je spoločným znakom NSA. COX má 2 hlavné izoformy: COX-1, ktorá sa tvorí konštitutívne, je zodpovedná za väčšinu fyziologických funkcií v organizme, endotoxínmi a zápalovými podnetmi vyvolaná indukovateľná „zápalová“ COX-2¹. Od schopnosti inhibovať jednu alebo druhú, príp. obidve izoformy, sa odvíja protizápalový účinok, ale aj nežiaduce účinky jednotlivých NSA.

Z kyseliny arachidónovej, ktorá sa uvoľňuje z membránových fosfolipidov, sa účinkom týchto enzýmov tvoria prostaglandíny, prostacyklíny a tromboxány. Účinkom COX-2 je tvorba prostaglandínov pri zápale rádovo vyššia. Prostaglandíny sa po syntéze z bunky uvoľňujú a na bunky pôsobia autokrinne alebo parakrinne prostredníctvom receptorov spojených so signálnym systémom G-proteínov. Ďalší osud prostaglandínov potom závisí od cieľovej bunky alebo tkaniva. Po objavení COX-2 sa postupne zistilo, že za nežiaduce účinky NSA, najmä pokiaľ ide o nefrototoxicitu a ulcerogénny účinok, je vo veľkej miere zodpovedná inhibícia COX-1². Toto poznanie na ďalšie desaťročia poznačilo vývoj NSA. Najskôr sa syntetizovali NSA preferenčne inhibujúce COX-2, čo znamená, že COX-1 inhibujú len pri vyšších koncentráciách, ako sú meloxicam, nimesulid, etodolak aj aceklofenak. Po vyriešení štruktúry COX-2 sa začali syntetizovať vysoko selektívne NSA, ktoré pri fyziologickej koncentrácii inhibujú len COX-2 (koxiby). Neskoršie experimentálne práce potvrdili už začiatkové obavy, že prostaglandíny produkované COX-2 majú tiež svoju fyziologickú úlohu.

V súčasnosti je známe, že úplné zablokovanie účinku COX-2 môže spôsobiť retenciu tekutín, vznik periférnych edémov, hypertenziu a kongestívnu srdcovú nedostatočnosť². Vysoko selektívne inhibítory COX-2 potláčajú v cievach funkciu endotelovej COX-2, čo má za následok zníženie tvorby prostacyklínu PGI₂, ktorá má mohutný vazodilatačný a antiagregačný účinok. Prostacyklín PGI₂ antagonizuje proagregačný a vazokonstrikčný účinok dostičkového tromboxánu³. Preto niektoré koxiby môžu mať protrombotický efekt v dôsledku nahromadenia tromboxánu A₂ v mieste kontaktu dostičiek a endotelových buniek. Pre zvýšené kardiovaskulárne riziko bol preto napr. rofecoxib, alebo valdecoxib stiahnutý z trhu. Namiesto pôvodne očakávaného globálneho benefitu koxibov sa objavil nový nežiaduci účinok.

Po deregistrovaní niektorých koxibov je na trhu veľký dopyt po relatívne bezpečných NSA. Toto miesto môže vyplniť naproxén, ktorý má protizápalový a analgetický účinok podobný diklofenaku, aceklofenaku a iným NSA.

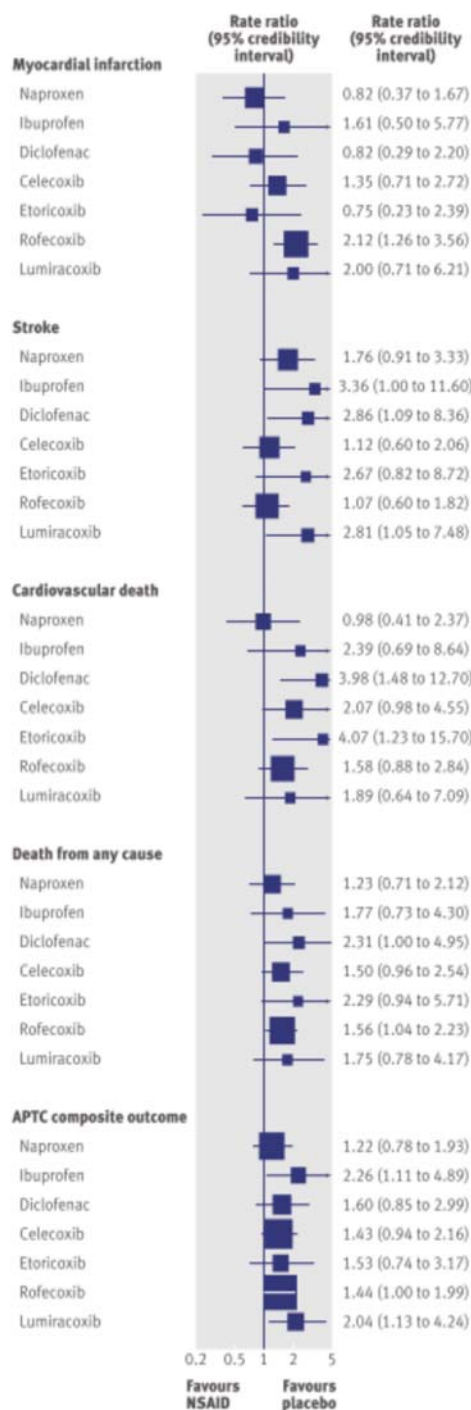
FARMAKOKINETIKA A METABOLIZMUS

Po perorálnom užití sa sodná soľ naproxénu hydrolyzuje účinkom žalúdočnej kyseliny. Vznikajúce mikročastice naproxénu sa vylučujú do tenkého čreva, kde sa rýchlo rozpustia. Výsledkom je rýchlejšia a úplná absorpcia naproxénu, a účinné analgetické plazmatické hladiny sa dosiahnu rýchlejšie. Po jednej dávke sodnej soli naproxénu sa vrchol plazmatických hladín naproxénu dosiahne po 1 až 2 hodinách, kým po jednej dávke samotného naproxénu sa dosiahne až po 2 až 4 hodinách v závislosti od stravy. Strava znižuje stupeň absorpcie, ale nezmenšuje jej rozsah. Rovnovážny stav sa dosiahne po 5 dávkach, to znamená do 2–3 dní. Plazmatické hladiny sodnej soli naproxénu sa zvyšujú proporčne s dávkou do 500 mg. Pri vyšších dávkach, je zvyšovanie plazmatických hladín menej proporčne vzhľadom na saturáciu plazmatických bielkovín naviazaným naproxénom.

DISTRIBÚCIA

Pri terapeutických dávkach sa plazmatické hladiny naproxénu pohybujú medzi 23 mg/ml a 49 mg/ml. Pri koncentráciách do 50 mg/l sa 99 % naproxénu metabolizuje na 6-O-demetyl-naproxén. Naproxén, podobne

Tabuľka 1. Odhadované pomery rizika NSA v porovnaní s placebom¹³





KRKA v roku 2014
Váš spoľahlivý partner už 60 rokov!



NSA* so zníženým KV** rizikom⁽¹⁾

Nalgesin[®] Forte

naproxén sodný
Filmom obalené tablety 550 mg

Nalgesin FORTE 550 mg

filmom obalené tablety
Každá filmom obalená tableta obsahuje 550 mg sodnej soli naproxénu, čo zodpovedá 500 mg naproxénu.
Pomocné látky: sodík (50,00 mg/tableta)

Terapeutické indikácie

Nalgesin FORTE tlmi bolesť a zápal a znižuje horúčku. Používa sa na: bolesť zubov a hlavy, bolesť v svaloch, kĺboch a chrbtici, prevenciu a liečbu migrény, pri gynekologických poruchách, zmiernuje menštruačné bolesti a kŕče, bolesť sprevádzanú pri zavedení vnútramaticového telieska a iné bolesti, bolesť chrbtice, extra-artikulárny reumatizmus, infekčné ochorenia (používa sa ako prídavný liek k špecifickej liečbe na zmiernenie bolesti a zápalu a zníženie horúčky), reumatické ochorenia (pôsobí protizápalovým a analgetickým účinkom pri reumatoidnej artritíde, chronickej juvenilnej idiopatickej artritíde, artróze, ankylozujúcej spondylitíde a dne).

Dávkovanie a spôsob podávania

Dospelí
Zvyčajná denná dávka na zmiernenie bolesti je od 550 mg do 1 100 mg sodnej soli naproxénu. Úvodná dávka je 550 mg, nasledujúce dávky sú 275 mg každých 6 až 8 hodín. U pacientov, ktorí dobre tolerujú nízke dávky a nemajú v anamnéze gastrointestinálne ochorenie, sa denná dávka môže zvýšiť na 1 650 mg pri silnej bolesti, ale nie na dlhšie ako 2 týždne.

Tablety sa majú prehltnúť s tekutinou.

Dospievajúci starší ako 16 rokov

Dávkovanie je rovnaké ako dávkovanie u dospelých.

Deti vo veku 2 až 16 rokov

10 mg/kg/deň užitý v dávkach v 12 hodinových intervaloch.

Maximálna jednorazová dávka by u detí nemala presiahnuť 275 mg.

Deti vo veku do dvoch rokov

Nalgesin FORTE je kotraindikovaný u detí vo veku do dvoch rokov.

Kontraindikácie

Precitlivososť na sodnú soľ naproxénu alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok.

Precitlivososť na salicyláty a iné nesteroidné protizápalové lieky určené na liečbu bronchiálnej astmy, urtikárie a rinitídy. Aktívny alebo rekurentný gastrický alebo duodenálny vred, gastrointestinálne krvácanie. Ťažká porucha pečene alebo obličiek. Závažné srdcové zlyhanie. Posledný trimester gravidity
Použitie u detí do 2 rokov.

Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní

Nežiaduce účinky sa môžu minimalizovať použitím najnižšej účinnej dávky počas najkratšieho obdobia, ktoré je potrebné na kontrolu symptómov (GI a kardiovaskulárne riziko).

Liekové a iné interakcie

Súbežné podávanie kyseliny acetylsalicylovej a iných nesteroidových protizápalových liekov sa neodporúča, pretože to môže zvýšiť riziko nežiaducich účinkov.

Sodná soľ naproxénu môže znižovať agregáciu krvných doštičiek a predĺžiť čas krvácania, čo sa má brať do úvahy pri súbežnej liečbe antikoagulantmi.

Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje

Nalgesin FORTE nemá žiadny vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje.

Gravidita a laktácia

Liek je indikovaný počas gravidity len ak je prínos pre matku vyšší ako riziko pre plod.

Použitie Nalgesinu FORTE je kontraindikované počas posledného trimestra gravidity.

Užívanie Nalgesinu FORTE sa neodporúča počas laktácie.

Nežiaduce účinky

bolesť hlavy, točenie hlavy, ospalosť, zápcha, abdominálna bolesť, nauzea, dyspepsia, hnačka, stomatitída.

Držiteľ rozhodnutia o registrácii

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovinsko

Dátum revízie textu

November 2012

Pred predpísaním si prečítajte úplnú informáciu o lieku (SPC). Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Určené pre odbornú verejnosť.

Literatúra

1. SPC Nalgesin forte

* NSA – nesteroidové antiflogistikum

** KV – kardiovaskulárne



Tabuľka 2. Relatívne hodnoty kardiovaskulárneho rizika NSA¹⁴

NSAID	Myocardial Infarction	Stroke	Cardiovascular Death
Naproxen	0.82 (0.37 to 1.67)	1.76 (0.91 to 3.33)	0.98 (0.41 to 2.37)
Ibuprofen	1.61 (0.50 to 5.77)	3.36 (1.00 to 11.60)	2.39 (0.69 to 8.64)
Diclofenac	0.82 (0.29 to 2.20)	2.86 (1.09 to 8.36)	3.98 (1.48 to 12.70)
Celecoxib	1.35 (0.71 to 2.72)	1.12 (0.60 to 2.06)	2.07 (0.98 to 4.55)
Etoricoxib	0.75 (0.23 to 2.39)	2.67 (0.82 to 8.72)	4.07 (1.23 to 15.70)
Rofecoxib	2.12 (1.26 to 3.56)	1.07 (0.60 to 1.82)	1.58 (0.88 to 2.84)
Lumiracoxib	2.00 (0.71 to 6.21)	2.81 (1.05 to 7.48)	1.89 (0.64 to 7.09)

ako jeho metabolit 6-O-demetyl-naproxén, sa ďalej metabolizuje na príslušné acylglukuronidové konjugáty. Približne 95 % naproxénu sa vylúči močom a 5 % stolicou. Biologický polčas naproxénu je 12 až 15 hodín, a nie je závislý od plazmatických hladín naproxénu a dávkovania. Klírens kreatinínu naopak závisí od plazmatických hladín voľného naproxénu, ktorý sa zvyšujúcimi dávkami naproxénu zvyšuje.

KLINICKÁ ÚČINNOSŤ

Indikácie naproxénu vychádzajú z protizápalového, analgetického, antiagregačného a antipyretického účinku. V reumatológii je základným indikačným kritériom na liečbu NSA artritický syndróm⁴. Distanzia kĺbového puzdra prestúpeného senzitivnými nervovými zakončeniami je príčinou pretrvávajúcej bolesti charakteristickej pre zápalové reumatické choroby. Naproxén sa odporúča pri systémových chorobách spojiva, reumatoidnej artritíde, reaktívnych artritídach, juvenilnej idiopatickej artritíde, iritačných synovitách pri metabolických artropatiách (dna, chondrokalcinóza), dekompenzovanej osteoartróze, traumatickej synovitíde, tendosynovitíde a burzitíde pri mimokĺbovom reumatizme a tiež pri akútnom lumboischialgickom syndróme⁴.

Pri reumatoidnej artritíde, ankylozujúcej spondylitíde a osteoartróze sa zvyčajne dávka sodnej soli naproxénu pohybuje medzi 550 mg a 1000 mg, pričom je rozdelená na rannú a večernú dávku.

VPLYV NAPROXÉNU NA KARDIOVASKULÁRNY SYSTÉM

Z účinkov naproxénu je známe, že v dávke 2x 500 mg denne inhibuje syntézu tromboxánu (TXA₂) viac ako 90 %. Predpokladá sa, že tento antiagregačný účinok je podstatou kardioprotektívneho účinku naproxénu. Výsledky sa opierajú o viaceré retrospektívne štúdie, v ktorých bol tento kardioprotektívny účinok potvrdený^{5, 6, 7, 8}. Ray a spol.⁹, ktorí analyzovali výskyt vážnych koronárnych srdcových ochorení pri užívaní rôznych NSA, naopak, nepotvrdili protektívny účinok naproxénu a ani iných NSA.

Skupina 19 odborníkov z rôznych disciplín, reumatológov, gastroenterológov, kardiológov, všeobecných lekárov a klinických farmakológov, ktorí reprezentovali severnú Ameriku, Áziu a Európu, sa zišla na pracovnej schôdzi, aby na základe známych literárnych údajov a klinických štúdií dospeli k praktickým odporúčaniam, bezpečného používania NSA pri riziku gastrointestinálnych, kardiovaskulárnych chorôb a ich kombinácie¹⁰. Skupina týchto odborníkov odporúča pri miernom kardiovaskulárnom riziku neselektívne NSA alebo koxiby a pri vysokom kardiovaskulárnom riziku jednoznačne naproxén. Kearney a spol. 2006¹¹ uvádzajú závery metaanalýzy publikovaných aj nepublikovaných údajov randomizovaných štúdií od výskumníkov

a výrobcov s porovnaniami vaskulárnych nežiaducich účinkov (infarkt myokardu, náhle cievne príhody) medzi selektívnymi inhibítormi COX2 vs. placebo a medzi selektívnymi inhibítormi COX2 a tradičnými NSA pri najmenej 4-týždňovom užívaní. Podľa autorov sú selektívne inhibítory COX2 spojené s miernym kardiovaskulárnym rizikom podobne ako vysoké dávky ibuprofenu a diklofenaku, netýka sa to však vysokých dávok naproxénu. Ďalšia meta-analýza observačných štúdií našla len malý protektívny efekt naproxénu v porovnaní s inými non-naproxén neselektívnymi NSA¹². Podrobná metaanalýza nesteroidových antiflogistík a výskytu infarktu myokardu, náhlej cievnej príhody a smrti následkom kardiovaskulárnych príhod, taktiež potvrdila, že naproxén je z hodnotených NSA najmenej škodlivý pri kardiovaskulárnych príhodách¹³. Údaje pre vyššie uvedenú prácu sa zozbierali z 31 klinických skúšok, ktorých sa zúčastnilo 116 429 pacientov, viac ako 115 000 pacientorokov sledovania. V článku sa upozorňuje na skutočnosť, že kardiovaskulárne riziko sa musí vziať do úvahy pri predpise NSA. Bola to najväčšia práca, ktorá dokázala zníženie kardiovaskulárneho rizika naproxénu oproti iným NSA. Išlo o nasledovné prípravky: naproxén, diklofenak, celecoxib, etoricoxib, rofecoxib, lumiracoxib alebo placebo. Z výsledkov tiež vyplynulo, že v porovnaní s placebom, rofecoxib sa spájal s najväčším rizikom výskytu infarktu myokardu, nasledovaný lumiracoxibom. Na druhej strane, ibuprofén bol spojený s najvyšším rizikom výskytu náhlej cievnej príhody, po ibuprofene nasledoval diklofenak. Ďalej sa zistilo, že etoricoxib a diklofenak sú príčinou najvyššieho rizika kardiovaskulárnej smrti. Výsledky práce Trella a spol.¹³ napokon ukázali, že pri vyššie uvedenej metaanalýze kardiovaskulárnej bezpečnosti u 7 nesteroidových antireumatik najmenej nebezpečný z vyššie uvedenej liekovej skupiny je naproxén (tabuľka 1). V tabuľke 2 sú uvedené pomerné kardiovaskulárne riziká pri NSA, podľa práce Gandeya¹⁴, aj z tejto tabuľky vyplýva, že naproxén patrí medzi neselektívne NSA s menším rizikom infarktu myokardu, náhlej cievnej príhody a kardiovaskulárnej smrti.

LITERATÚRA

1. Rovenský, J., Stančíková, M., Kriška, M., et al.: Prostaglandíny. In: Rovenský, J., Pavelka, K. et al. Klinická reumatológia. Martin, Osveta 2000, s. 45-54.
2. Rybár, I., Pavelka, K.: Nesteroidné antiflogistiká. In: Rovenský, J., Pavelka, K. et al. Klinická reumatológia. Martin, Osveta 2000, s. 873-891.
3. Pavelka, K., Štolfa, J.: Systémové nesteroidní antireumatiká. In: Pavelka, K. et al.: Farmakoterapie reumatických onemocnění. Praga, Publishing 2005, s. 31-57.
4. Rybár, I., Kriška, M.: Nesteroidné antiflogistiká. In: Kriška, M. et al.: Memorix klinickej farmakológie. Bratislava, Slovak Academic Press 2002, s. 599-907.
5. Solomon, D.H., Glynn, R.J., Levin, R., Avorn, J.: Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and acute myocardial infarction. Arch Intern Med, 162, 2002, s. 1099-1104.
6. Watson, D.I., Rhodes, T., Cai, B., Guess, H.A.: Lower risk of thromboembolic cardiovascular events with naproxen among patients with rheumatoid arthritis. Arch Intern Med, 162, 2002, s. 1005-1010.
7. Rahme, E., Pilote, L., LeLorier, J.: Association between naproxen use and protection against acute myocardial infarction. Arch Intern Med, 162, 2002, s. 1111-1115.
8. McGettigan, P., Henry, D. Cardiovascular Risk with Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Systematic Review of Population-Based Controlled Observational Studies. PLoS Med, 8, 2011, s.1-18.
9. Ray, W.A., Stein, C.M., Hall, K. et al.: Nonsteroidal antiinflammatory drugs and risk of serious coronary heart disease: an observational cohort study. Lancet 2002, 359, s. 118-123.
10. Chan, K.L., Abraham, N.S., Scheiman, J.M., Laine, L.: Management of patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a clinical practice recommendation from the first international workin party on gastrointestinal and cardiovascular effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs and anti-platelet agents. Am J Gastroenterol, 103, 2008, s. 2908-2918.
11. Kearney, P.M., Baigent, C., Godwin J. et al.: Do selective cyclooxygenase-2 inhibitors and nonselective non-steroidal antiinflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. BMJ, 332, 2006, s. 1302-1308.
12. Juni, P., Nartey, L., Reichenbach, S. et al.: Risk of cardiovascular events and rofecoxib: Cumulative meta-analysis. Lancet, 364, 2004, s. 2021-2029.
13. Trelle, S., Reichenbach, S., Wandel, S. et al.: Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ, 342, 2011, s. 1-11.
14. Gandey, A. All nonsteroidal anti-inflammatory drugs have cardiovascular risks. <http://www.medscape.com/viewarticle/735672?ssdmh=dm1.659799&src=nldn>




HOTEL
PARTIZAN
WELLNESS CONGRESS

*Hotel v lese,
les u hoteli*



od 230,-€
osoba/pobyt

Jesenné prázdniny



Kongresový balík

od 69,-€
osoba/noc



od 252,-€
osoba/pobyt

Vianočný balík



Krásy zimných dní

od 213,-€
osoba/pobyt

CIELENÁ LIEČBA PSORIÁZY

MUDr. Tomáš Kampe

Klinika dermatovenerológie UNLP, Košice

Liečba psoriázy ako ochorenia s chronickým, často celoživotným priebehom s významným dopadom na kvalitu života pacientov, vyžaduje dostupnosť efektívnych a pritom bezpečných liečebných modalít. Vzhľadom na rôznorodosť fenotypov psoriázy, rôznorodú závažnosť, priebeh, vek pacienta, výskyt komorbidít a ďalších faktorov, je zostavenie všeobecne platných terapeutických odporúčaní veľmi náročné. Závažné formy ochorenia sú navyše aj nezávislým rizikovým faktorom, ktorý zvyšuje riziko metabolických, kardiovaskulárnych a zápalových ochorení a zároveň skracaje dĺžku života, čo je jeden z ďalších dôvodov, prečo je potrebné psoriázu liečiť. Liečebné postupy však nemusia účinkovať u každého pacienta rovnako a aj odpoveď na liečbu sa v čase môže meniť. Cieľom liečby psoriázy je získanie kontroly nad jej priebehom, zníženie rozsahu postihnutia, dosiahnutie dlhodobej remisie, zlepšenie kvality života pacienta. Úplné a trvalé vyčistenie kože, nie je vždy reálne.

Moderná dermatológia má dnes k dispozícii už nielen liečebné postupy ulavujúce od symptómov ochorenia, ale vďaka zavedeniu moderných liečiv vytvorených na základe nových poznatkov o patogenéze ochorenia je možné chorobný proces ovplyvňovať cielene a špecifickejšie. Liečba sa diferencuje podľa formy a štádia psoriázy, iné postupy sa volia pre chronickú stacionárnu ložiskovú, iné pre akútnu gutátnu, pustulóznú či erythrodermickú formu. Významom kombinovaných postupov je zvýšenie účinnosti a zníženie možných nežiaducich účinkov liečby. Kombinácie liečiv vychádzajú z poznatkov o patogenéze. Umožňujú ovplyvniť zápal a hyperproliferáciu (dermokortikoidy, fototerapia, imunosupresíva, biologiká) a poruchu diferenciacie a apoptózy (retinoidy, analógy vitamínu D₃, cignolín). Často uplatňovaným postupom je zmena liečiva v priebehu liečby v tzv. sekvenčnom režime terapie, kde rizikovejšie liečivo s rýchlym nástupom účinku nahrádza menej rizikové s pomalším efektom. Podstatou rotačnej terapie je prechod z jedného systémového liečiva na iné po určitej dobe z dôvodu kumulácie toxicity, netolerance, straty účinnosti alebo exacerbácie ochorenia.

Vo všeobecnosti sa liečba psoriázy rozdeľuje na:

- lokálnu (emolenciá, diferentná lokálna terapia aplikovaná priamo na pokožku),
- fototerapiu (liečba rôznymi vlnovými dĺžkami viditeľného svetla),
- non-biologickú systémovú liečbu (retinoidy, cyklosporín, metotrexát, fumaráty),
- biologickú liečbu (monoklonálne protilátky, fúzne proteíny).

Lokálnou liečbou možno zvládnuť väčšinu prípadov s ľahkou a lokalizovanou formou ochorenia. U niektorých stredne ťažkých a obzvlášť ťažkých foriem má lokálna liečba doplnkový charakter. Vzhľadom na predpoklad dlhodobého používania extern sa okrem ich účinnosti a bezpečnosti zohľadňuje aj ich kozmetická prijateľnosť. Emolenciá a keratolytiká (močovina, kyselina salicylová, mliečna) v krémoch, mastiach alebo olejoch v koncentracii 5 až 20 % sa aplikujú s cieľom zmäkčiť pokožku a odstrániť nánosy šupín, pri výrazných hyperkeratózach na dlaniach a chodidlách je výhodná aplikácia pod oklúziou. Z dôvodu systémovej resorpcie s možným nefrotoxickým účinkom je veľkoplošná aplikácia kyseliny salicylovej riziková. Lokálne kortikoidy 2. – 4. triedy účinnosti a analógy vitamínu D₃ patria medzi najčastejšie predpisované externé v monoterapii alebo v kombinovanej liečbe psoriázy s rôznym bezpečnostným profilom a nástupom účinku. Kortikoidy majú protizápalové, antimotilitické, imunosupresívne, vazokonstrikčné účinky a pôsobia antipruriginózne. Výhodou je ich rýchly nástup účinku. Kožné nežiaduce účinky pri dlhodobej liečbe potentnými kortikoidmi predstavuje atfia kože, stria, angiektázie, posuny pigmentu, akneiformné dermatitídy, k celkovým patria supresia osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky, k farmakologickým tachyfyliaxia a rebound fenomén. Analógy vitamínu D₃ kalcipotriol a takalcitol patria k zlatému štandardu v lokálnej terapii psoriázy. Majú antiproliferatívne, imunomodulačné a prodiferenciačné účinky s minimálnym efektom na homeostázu kalcia. Terapeutický efekt možno očakávať v priebehu 14 dní. Jediným významnejším vedľajším účinkom je lokálna iritácia. Z dôvodu inaktívácie kyslím pH je nevhodná súčasná aplikácia kyseliny salicylovej, UVA žiarenia ich degraduje. V praxi sa analógy vitamínu D₃ aplikujú až po fototerapii. Lokálny retinoid tazarotén má oproti kortikoidom pomalší nástup účinku, je vhodný na stabilné, málo rozsiahle prejavy do 20 % povrchu tela.

Má antiproliferatívne, antiflogistické, imunomodulačné a diferenciačné účinky. Výhodná je jeho kombinácia s fototerapiou a lokálnymi kortikoidmi. Lokálne imunomodulátory takrolimus a pimekrolimus sú alternatívou pri liečbe prejavov v intertriginózných oblastiach a na tvári. Majú protizápalový efekt. K ošetreniu málo početných veľkých plakov sa používa minúťová liečba cignolínom alebo antralinom. Drevený decht a ihtamol majú antiproliferatívne, antiflogistické a antipruriginózne účinky. Pre rušivý kozmetický efekt sú skôr vhodné pre hospitalizačnú liečbu. Svoje nezastúpiteľné miesto má v terapii psoriázy aj balneoterapia, k vyhľadávaným patria najmä sírové a sírovodíkové minerálne kúpele.

Fototerapia využíva liečivé vlastnosti svetla a aj v súčasnosti je významnou liečebnou možnosťou s dobrým bezpečnostným profilom a účinnosťou. Najčastejšie využívame úzkopásmovú UVB fototerapiu 311 nm, na druhom mieste PUVA fotochemoterapiu a ďalšie typy fotoliečby, vrátane terapie monochromatickým excimerovým svetlom. K absolútnym kontraindikáciám fototerapie patria fotodermatózy, fotosenzitivita, trvalé užívanie liekov s fotosenzibilizujúcim potenciálom, kožné nádory, u PUVA gravidita a laktácia. K relatívnym kožné nádory v osobnej/rodinnej anamnéze, dysplastické névy, imunosupresia, fototyp I, epilepsia, u PUVA detský vek, výrazná hepatopatia, predchádzajúca rádioterapia, celoživotná kumulatívna dávka nad 1000 J/cm². Fototerapia je využívaná v monoterapii alebo v kombináciách s lokálnou liečbou, celkovými retinoidmi (RePUVA, ReUVB, ReUVA), čo umožňuje redukovat dávku ako UV žiarenia, tak retinoidov.

Systémové lieky sa v dermatológii využívajú od začiatku 70-tych rokov minulého storočia. Každý prípravok pritom zasahuje do patogenetického procesu odlišným mechanizmom. Kritériá pre nasadenie systémovej liečby sú nasledovné:

- stredne ťažká až ťažká psoriáza (rozsah > 10 % povrchu, nestabilná psoriáza, erythrodermická, generalizovaná pustulózná),
- psoriáza refraktérna na lokálnu liečbu alebo fototerapiu,
- formy a lokalizácie s výrazným ovplyvnením kvality života.

Systémová liečba je určená na dlhodobú liečbu závažných foriem ochorenia alebo stredne ťažkých, nereagujúcich na predchádzajúcu liečbu. Vzhľadom na nežiaduce účinky systémových liekov s ohľadom na chronicitu ochorenia je potrebné individuálne zvažovať pomer rizík k benefitom. Klinický a laboratórny monitoring sú nevyhnutnou podmienkou. V našich podmienkach sú k dispozícii tri systémové liečivá. Acitretín je aromatický retinoid, ktorý sa viaže na steroidové jadrové receptory a moduluje expresiu génov. Má imunomodulačné, antiflogistické a prodiferenciačné účinky. K absolútnym kontraindikáciám patrí hepatopatia, excesívna konzumácia alkoholu a fertílly vek, k relatívnym dyslipidémie, diabetes mellitus a ateroskleróza. Vzhľadom na pozvoľný nástup účinku a relatívne nízku účinnosť je menej vhodný v monoterapii, dobre je kombinovateľný so všetkými lokálnymi liečivami, fototerapiou, niektorými systémovými liekmi a biologikami. Metotrexát je prvé systémové antipsoriaticum, má optimálny pomer účinnosti, tolerance a ceny. Je antagonistom kyseliny listovej, ktorý inhibuje dihydrofolátreduktázu, enzým potrebný k syntéze DNA a RNA. Má antiproliferatívne, antiflogistické a imunomodulačné účinky. Je indikovaný u ťažkých foriem ložiskovej,

Eucerin®

MEDICÍNSKA STAROSTLIVOSŤ
PRE KRÁSNU PLEŤ

HYPERSENZITÍVNA PLEŤ SO SKLONOM K ZAČERVENANIU

Holistický prístup k starostlivosti o pleť'



NOVINKA

Upokojujúca starostlivosť Eucerin® AntiREDNESS pre okamžité a dlhotrvajúce upokojenie pleti. Viditeľná redukcia začervenania.¹

Eucerin® AntiREDNESS Upokojujúci denný krém²



Pred aplikáciou prípravku

Po 2 týždňoch aplikácie prípravku

- Obsahuje protizápalový Licochalcon A
- S inovatívnou zložkou SymSitive* zmiernujúcou vysokú reaktivitu pleti
- V špeciálnom hermeticky uzavretom balení minimalizujúcom možnosti kontaminácie mikróbmi
- Zloženie s 0 % aditív (bez parfumácie, konzervantov, parafínu, alkoholu, farbív a emulgátorov) zaisťujúce vynikajúcu znášanosť



(1) Výsledky klinickej štúdie prípravku Eucerin® AntiREDNESS Upokojujúci denný krém preukázali viditeľnú úľavu od začervenania. Do štúdie bolo zaradených 55 žien (19 - 60 rokov) s citlivou až veľmi citlivou pleťou a čiastočne s rosaceou/kuperózou. Prípravok bol aplikovaný dvakrát denne po dobu štyroch týždňov na jednu polovicu tváre. (2) Ukážky príkladov. Individuálne výsledky môžu byť odlišné. *=Registovaná značka Symrise AG, Nemecko.



Z KLINICKEJ PRAXE

erythrodermickej, pustulóznei psoriázy a psoriatickej artritídy v dávkach 7,5 až 30 mg týždenne. Má pozvoľný nástup účinku. Cieľom liečby metotrexátom je stabilizácia a výrazné zlepšenie prejavov. Pre riziko relapsu alebo destabilizácie psoriázy sa má dávka redukovať postupne. Medzi dominantné nežiaduce účinky patrí hepatotoxicita a myelosupresia. Kontraindikovaný je vo fertilnom veku, v gravidite a u tehotných, pri hepatopatiách, chronických závažných infekciách, nádoroch, u alkoholikov a závažných hematologických ochoreniach. K relatívnym kontraindikáciám patria kongestívne zlyhanie, diabetes mellitus a ulcerózna kolitída. Cyklosporín A relatívne selektívne, ale reverzibilne inhibuje proliferáciu T-lymfocytov, B-lymfocytov a inhibuje sekréciu protizápalových cytokínov. Je vhodný predovšetkým pre krátkodobú indukčnú terapiu u dospelých so stredne ťažkou až ťažkou psoriázou. K najzávažnejším nežiaducim účinkom patrí jeho nefrotoxicita, zvýšené riziko artériovej hypertenzie a malignít, najmä kože. K absolútnym kontraindikáciám patria nedostatočne kontrolovaná artériová hypertenzia, závažné infekčné ochorenia, malignity, ťažké nefropatie, hepatopatie, gravidita, laktácia a predchádzajúca potenciálne karcinogénna liečba, ako je napr. PUVA v kumulatívnej dávke nad 1000 J/cm². Cyklosporín A je kombinovateľný so všetkými lokálnymi liečivami, kombinácie s celkovými liekmi napr. acitretínom v premostovacej terapii v rámci sekvenčných režimov.

Biologické lieky alebo modifikátory biologickej odpovede sú vysokomolekulárne bielkoviny alebo polypeptidy vyrábané metódou génového inžinierstva, ktoré zasahujú vysoko špecificky do priebehu chorobných dejov v organizme. V prípade liečby psoriázy sú zamerané na inhibíciu kľúčových cytokínov patogenézy ochorenia. Keďže biologická liečba predstavuje cieleňú liečebnú stratégiu, vhodnejším označením je cieleňú liečba. Vysoká selektivita biologik sa okrem terapeutického účinku odráža aj v lepšej tolerancii liečby a umožňuje ich dlhodobé podávanie a kontinuálnu kontrolu prejavov psoriázy. Biologická liečba je indikovaná u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou formou ochorenia, u ktorých je systémová liečba kontraindikovaná, bola sprevádzaná nežiaducimi

účinkami, alebo nevedla k dostatočnej kontrole ochorenia. V súčasnosti registrované biologiká sa podľa mechanizmu účinku delia do dvoch skupín:

- inhibítory tumor nekrotizujúceho faktora alfa TNF- α (infiximab, adalimumab, etanercept),
- inhibítory interleukínov IL-12 a IL-23 (ustekinumab).

Selektívne biologiká nemajú limitujúcu orgánovú toxicitu. Doterajšia klinická skúsenosť s biologikami naznačuje, že majú podstatne menej nežiaducich účinkov než liečba klasickými systémovými liečivami. Ich nízky interakčný potenciál s inými liekmi významne uľahčuje liečbu polymorbídnych pacientov. Hoci sú projektované primárne na monoterapiu psoriázy, v špecifických prípadoch sú možné aj kombinácie s lokálnou a systémovou, non-biologickou liečbou.

LITERATÚRA

1. Benáková N. Postavení fototerapie v ambulatní léčbě psoriázy. *Dermatol. praxi* 2012; 6(2): 64–67
2. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *J Am Acad Dermatol*, 2010; 62: 114–135.
3. Nast A, et al. S3 - Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012 Mar;10 Suppl 2:1-95
4. Samarasekera, EJ, et al. Topical therapies for the treatment of plaque psoriasis: systematic review and network meta-analyses. *Br J Dermatol* 2013;168:954-967.
5. Pathirana D, Ormerod A, Saiag P, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(s2):1-70.

AESCU LAP zima 2014



P O Z V Á N K A

Edukafarm Vás pozýva na seminár

PRAKTICKÝ LEKÁR A MODERNÉ PRÍSTUPY PRI LIEČBE VYBRANÝCH OCHORENÍ III.

Termíny a miesta konania:

- 18.11.2014 – Bratislava, Hotel Bratislava, Seberíniho 9
- 19.11.2014 – Martin, Hotel Victoria, Viliama Žingora 9820
- 20.11.2014 – Nitra, Hotel Mikádo, Hollého 11
- 25.11.2014 – Košice, Hotel Hilton, Hlavná 1
- 26.11.2014 – Trenčín, Hotel Elizabeth, Generála Milana Rastislava Štefánika 2

Určené pre: všeobecných lekárov a internistov

Možnosti prihlásenia: Vašu účasť potvrdíte telefonicky na 02/44 630 400, e-mailom: seminar@edukafarm.sk alebo online na našej webovej stránke.



Overená cesta k spokojnosti

 BELUPO

02/2014

BELOBAZA®

novinka

Krém na každodennú starostlivosť, ochranu a regeneráciu suchej, citlivej a podráždenej pokožky.

Pravidelné používanie Belobazy pokožku **hydratuje, zjemňuje, upokojuje a chráni.**

Vďaka upravenej hodnote pH pomáha udržiavať prirodzenú kyslosť a fyziologickú rovnováhu pokožky.

Belobaza neobsahuje parabény, syntetické farbivá, ani parfémy.

Vhodná aj pre starostlivosť pokožky u detí.

Zloženie: AQUA, PETROLATUM, CETEARYL ALCOHOL, PARAFFINUM LIQUIDUM, CETEARETH-20, BENZYL ALCOHOL, SODIUM PHOSPHATE, PHOSPHORIC ACID, SODIUM HYDROXIDE

BELUPO, s. r. o., Cukrová 14, 811 08 Bratislava
Tel.: 02/5932 4330, Fax: 02/5932 4331



SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTHEMATOSUS – NOVÉ POZNATKY O DIAGNOSTIKE A LIEČBE

Doc. MUDr. Jozef Lukáč, PhD.^{1,2}, MUDr. Olga Lukáčová, PhD.¹

¹Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany,

²Inštitút fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, UCM, Piešťany

Systémový lupus erythematosus (SLE) je systémová autoimunitná choroba, ktorá má rôznorodé klinické prejavy a variabilný priebeh. Okrem kožných a muskuloskeletálnych prejavov môže byť postihnutý ktorýkoľvek orgán alebo systém.

ETIOPATOGENÉZA

Etiológia nie je presne stanovená, ale pri vzniku lupusu zohrávajú dôležitú úlohu faktory genetické, hormonálne, predispozícia imunitného systému na vznik autoimunitnej reakcie a vplyvy vonkajšieho prostredia (infekcie, chemikálie, lieky, UV žiarenie). Pre SLE je typická hyperaktivita T a B lymfocytov a tvorba predovšetkým orgánovo nešpecifických autoprotilátok.¹

Klinický obraz choroby je veľmi variabilný: choroba môže postihnúť ktorýkoľvek orgán a systém organizmu. U každého pacienta sa vyskytujú iné kombinácie klinických, laboratórnych a imunologických prejavov. Vyskytujú sa formy benígne, ale i prognosticky závažné – s postihnutím životne dôležitých orgánov. Priemerný výskyt chorobných príznakov je uvedený v tabuľke 1. Rozvoj lupusu môže byť akútny (teploty, artritídy, exantém, serozitídy a pod.) alebo pozvoľný. Postupný vznik chorobných príznakov je častejší, spočiatku môžu byť prítomné polyartralgie, fotosenzitivita, padanie vlasov, leukopénia, Raynaudov fenomén a neskôr sa vyvinú ostatné prejavy lupusu.

Tabuľka 1. Priemerný výskyt jednotlivých príznakov u pacientov s SLE (najčastejšie uvádzané hodnoty v prehľadoch viacerých autorov)

Klinický príznak	% pacientov
Celkové prejavy	85
Kožné prejavy celkove	75 – 80
Fotosenzitivita	50 – 70
Motýľový erytém	50
Alopécia	40 – 60
Diskoid	10 – 20
Vaskulitída	20
Raynaudov fenomén	15 – 30
Artralgie, myalgie	90
Sliznicové prejavy	10 – 30
Artritídy, tendosynovitídy	60 – 80
Šlachové deformácie	10
Pleuritída	45
Perikarditída	30
Nefritída	50 – 60
Myokarditída	5 – 10
Pneumonitída	10 – 20
Pľúcna fibróza	5 – 15
Postihnutie tráviaceho traktu	45
Hepatopatia	25 – 40
Postihnutie CNS	25 – 50
Lymfadenopatia	35 – 45
Splenomegália	10 – 20
Myozitída	5

Kožné prejavy sa vyskytujú pri SLE u 75 až 80 % pacientov. Lupusový erytém je typický pre lupus a môže byť akútny – napr. motýľovitý erytém (obrázok 1), subakútny (obrázok 2) alebo chronický (diskoidný). Časté sú aj kožné príznaky, ktoré nie sú špecifické pre lupus, napríklad vaskulitída, livedo racemosa, Raynaudov fenomén, alebo difúzna, prípadne ložisková alopecia.²



Obrázok 1. Akútny kožný lupus erythematosus

Artritídy bývajú epizodické, migrujúce, trvajú zvyčajne 2-3 dni. Najčastejšie bývajú opuchnuté drobné kĺby rúk. Zároveň sa vyskytujú aj tendosynovitídy. Opakované zápaly šliach niekedy vyvolávajú šlachové deformity. Pokročilé šlachové deformity pri SLE nazývame Jaccoudova artropatia (obrázok 3).



Obrázok 2. Subakútny kožný lupus erythematosus

Pleuritída a perikarditída často prebiehajú subklinicky, masívne pleurálne výpotky, či tamponáda srdca sú zriedkavé. Serozitídy dobre reagujú na liečbu kortikoidmi.

Postihnutie srdca sa môže prejavovať aj myokarditídou, zriedkavo i Libmanovou-Sachsovou endokarditídou a koronaritídou. Častý je výskyt koronárnej choroby srdca v neskorších štádiách lupusu, ktorá je prejavom prekonanej vaskulitídy, dyslipidémie a liečby kortikoidmi.



Obrázok 3. Šlachové deformity (Jaccoudova artropatia) u pacientky so SLE

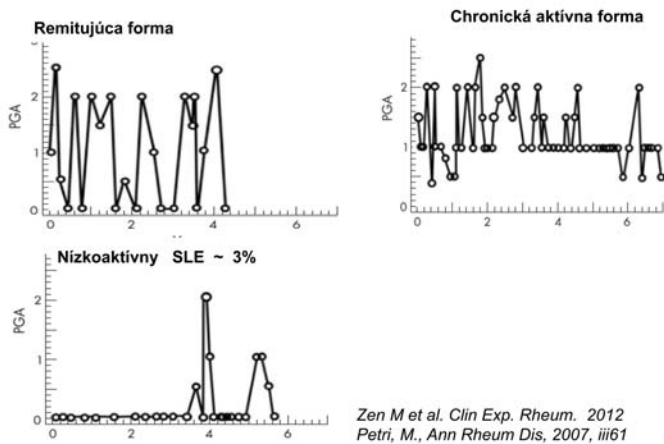


Schéma 1. Priebeh systémového lupus erythematosus

Postihnutie pľúc sa môže manifestovať lupusovou pneumonitídou, intersticiálnou pľúcnou fibrózou, zriedkavejšie pľúcnou hypertenziou a pľúcnou embolizáciou.

Neuropsychiatrické prejavy lupusu môžu byť veľmi rozmanité: niekedy sa manifestujú migrénami, bolesťami hlavy, depresiami, demenciou, poruchou kognitívnych funkcií a organickým psychosyndrómom. Prejavom lupusu postihujúceho CNS môže byť i epilepsia, cievne mozgové príhody, poruchy zraku. Lupus CNS je častejšie prejavom antifosfolipidového syndrómu ako vaskulitidy.

Časté sú **hematologické zmeny**: anémia (autoimunitná hemolytická anémia, anémia chronických chorôb, alebo anémia pri nefritide), leukopénia, lymfopénia a trombocytopenia.

LUPUSOVÁ NEFRITÍDA

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) na základe vyšetrenia bioptických vzoriek obličiek vo svetelnom mikroskope, imunofluorescenčne, prípadne v elektrónovom mikroskope rozlišuje 6 tried glomerulonefritíd (GN) pri SLE. Kritériá lupusovej nefritídy boli revidované v r. 2003 (ISN/RPS) a triedy III a IV boli rozdelené na podskupiny³. Trieda III (fokálna GN) sa rozdeľuje na podskupinu s aktívnymi (A), chronickými (C) a aktívnymi i chronickými léziami (A/C). V triede IV (difúzna LN) sa okrem aktívnych a chronických lézií rozlišujú i segmentálne (S) a globálne (G) proliferatívne zmeny³.

DIAGNOSTICKÝ A PROGNOSTICKÝ VÝZNAM AUTOPROTILÁTKOK PRI SLE

Antinukleárne protilátky má viac ako 95 % pacientov so SLE. Protilátky anti-dsDNA sa vyskytujú u 50 – 80 % pacientov so SLE, častejšie sú u pacientov s lupus nefritídou a pri iných závažných formách lupusu. Pozitivita anti-dsDNA koreluje s aktivitou choroby.

Protilátky anti-Sm sú špecifické pre SLE, ale vyskytujú sa iba u 5 – 10 % pacientov bielej rasy a u 30 % černochoch. Antifosfolipidové protilátky sa nazývajú podľa toho, akou metódou sa stanovujú, a proti ktorej zložke fosfolipidov sa stanovujú (lupus-antikoagulancia, antikardiolipínové protilátky, protilátky proti beta-2-mikroglobulínu). Sú súčasťou diagnostických kritérií SLE, ale patria tiež do klinického obrazu antifosfolipidového syndrómu. Zisťujú sa tiež aj

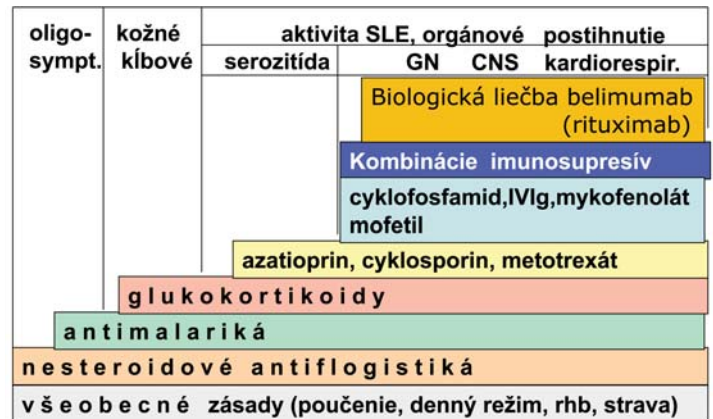


Schéma 2. Stratégia liečby pri SLE

pri iných systémových autoimunitných chorobách, ale i pri infekčných chorobách a malignitách. Ich prítomnosť nie je vždy sprevádzaná prejavmi antifosfolipidového syndrómu.

Protilátky proti histónom sa vyskytujú asi u 55 % pacientov s SLE a takmer u 100 % pacientov s lupusom indukovaným liekmi. Protilátky anti-rRNP (prevalencia asi 20 % pacientov so SLE) sa vyskytujú najmä u chorých s postihnutím CNS. Protilátky proti deoxyribonukleoproteínu (anti-DNP) sa vyskytujú asi u 80 % pacientov so SLE a korelujú s aktivitou choroby. Pri SLE sa vyskytujú aj iné autoprotilátky, ktoré nie sú špecifické pre SLE, napríklad: anti-SSA (anti-Ro), anti-SSB (anti-La), reumatoidný faktor, anti-U1RNP a iné. Pri SLE aj pri iných systémových autoimunitných chorobách sa vyskytujú aj orgánovo špecifické autoprotilátky⁴.

Prežívanie pacientov sa v ostatných desaťročiach významne zlepšilo. Zatiaľ čo v päťdesiatych rokoch päť rokov s chorobou preživalo asi 50 % pacientov, v ostatnom desaťročí prežíva 5 rokov až 95 % chorých. Napriek týmto pokrokom v liečbe lupusu je mortalita pacientov s lupusom 3x vyššia, ako u porovnateľnej skupiny zdravých.

Priebeh SLE je rôznorodý, ťažko predvídateľný, rôzna býva i odpoveď SLE na liečbu. Rozoznávajú sa tri základné typy priebehu SLE: chronický aktívny, relabujúci-remitujúci (undulujúci s obdobiami remisie a akútneho vzplanutia), neaktívny (schéma 1)⁵. Napriek dosiahnutým úspechom v liečbe má chronický aktívny alebo relabujúci remitujúci priebeh lupusu 60 až 80 % pacientov.

Aktivita SLE je podmienená zápalovými postihnutím (artritidy, kožné prejavy, nefritída, serozitída, pneumónia, vaskulitída), prítomnosťou autoprotilátok (anti-dsDNA) a hypokomplementémiou. Posudzuje sa podľa klinických a laboratórnych prejavov, ktoré sú vyvolané chorobou a ktoré možno potlačiť liečbou. Pre hodnotenie aktivity SLE sa využívajú viaceré skórovacie systémy. Najrozšírenejšie sú:

- SLEDAI-SELENA (SLE Disease Activity Index)⁶
- ECLAM (European Consensus Lupus Activity Measure)⁷
- BILAG (British Isles Lupus Assessment Group Index)⁸
- SLAM (Systemic Lupus Activity Measure)⁹

Žiadny z uvedených skórovacích systémov nie je oficiálne považovaný za najvhodnejší¹⁰.

Tabuľka 2. Kritériá pre klasifikáciu systémového lupus erthematosus SLICC²

Klinické kritériá	Imunologické kritériá	Klinické kritériá	Imunologické kritériá
1. a) akútne kožný lupus - lupusový erytém tváre (nie diskoid) - bulózne lupus - variant toxicko-epidermálnej nekrolýzy SLE - makulopapulózny lupusový raš - fotosenzitívny lupusový raš <i>pri neprítomnosti dermatomyozitídy</i> b) subakútne kožný lupus (neindurované psoriaziformné a/alebo anulárne polycyklické lézie, ktoré sa hoja bez zjazvovatenia, niekedy však s poruchami pigmentácie alebo teleangiektáziami)	1. ANA v koncentráciách vyšších ako sú referenčné hranice normálnych hodnôt	4. Serozitída a) pleuritída typická pleuritída trvajúca viac ako 1 deň alebo pleurálny výpotok alebo pleurálny trecí šelest b) perikarditída typická perikardiálna bolesť trvajúca viac ako 1 deň alebo perikardiálny výpotok alebo perikardiálny trecí šelest alebo perikarditída na elektrokardiografii <i>pri neprítomnosti iných príčin, ako je infekcia, urémia a Dresslerova perikarditída</i>	6. Pozitívny priamy Coombsov test pri chýbaní hemolytickej anémie (ak sú prítomné oba znaky, počítajú sa ako jeden znak)
2. Chronický kožný lupus klasický diskoidný lupus - lokalizovaný (hlava) - generalizovaný (na krku a nižšie) Hypertrofický (verukózne) lupus Lupusová panikulitída (lupus profundus) Slizničný lupus Lupus erythematosus tumidus Childblain lupus Diskoidný lupus/lichen planus overlap	2. Anti-dsDNA protilátky nad hornou laboratórnou hranicou (v prípade testov ELISA je potrebný dvojnásobok hornej hranice normy)	5. Obličkové prejavy: - pomer proteínu/kreatinínu (alebo proteinúria za 24 hodín) zodpovedajúca proteinúrii 500 mg bielkoviny za 24 h alebo - erytrocyty v močovom sedimente	
3. a) Orálne ulcerácie - podnebie - bukálna sliznica - jazyk alebo b) Nazálne ulcerácie <i>pri vylúčení iných príčin ako je vaskulitída, Behçetov syndróm, infekcia (herpes vírus), zápalové črevné choroby, reaktívne artritídy, kyslé jedlá</i>	3. Anti-Sm: prítomnosť protilátok proti nukleárnemu antigénu Sm	6. Neurologické prejavy: - kŕče, psychóza, mononeuritis multiplex, <i>pri neprítomnosti iných známych príčin ako je primárna vaskulitída</i> - myelitída, periférna alebo kraniálna neuropatia, <i>pri neprítomnosti iných známych príčin ako je primárna vaskulitída, infekcia a diabetes mellitus</i> - akútne stavy zmätenosti <i>pri neprítomnosti iných príčin vrátane toxicko-metabolických, urémie a liekov</i>	
2. Nejazviaca sa alopecia (difúzne jemné a lomivé vlasy s viditeľne zlomenými vlasmi) <i>pri neprítomnosti iných príčin, ako je alopecia areata, lieky, deficit železa a androgénnej alopecie</i>	4. Antifosfolipidové protilátky stanovované ako: - lupusové antikoagulačie - falošne pozitívny test na lues - antikardiolipínové protilátky (IgA, IgG alebo IgM) – stredné a vysoké hladiny - protilátky proti β 2-glykoproteínu I	7. Hemolytická anémia	
3. Synovitída s opuchom 2 alebo viacerých kĺbov charakterizovaná opuchom alebo výpotkom alebo citlivosť 2 alebo viacerých kĺbov a aspoň 30-minútová ranná stuhnutosť	5. Znížené hladiny komplementu - zníženie C3 - zníženie C4 - zníženie CH50	8. Leukopénia ($<4\ 000/\text{mm}^3$ zistená aspoň jeden raz), <i>pri neprítomnosti iných príčin ako je Feltyho syndróm, lieky a portálna hypertenzia</i> alebo lymfopénia ($<1\ 000/\text{mm}^3$ zistená aspoň jeden raz), <i>pri neprítomnosti iných príčin ako sú kortikosteroidy, lieky a infekcia</i>	
		9. Trombocytopenia ($<1\ 000/\text{mm}^3$ zistená aspoň jeden raz) <i>pri neprítomnosti iných príčin ako sú lieky, portálna hypertenzia a trombotická trombocytopenická purpura</i>	

Orgánové poškodenie pri SLE sa hodnotí pri SLE podľa kritérií SLICC/ARC. Sú to ireverzibilné zmeny, ktoré sa vyvinuli v priebehu trvania lupusu. Ich príčina môže súvisieť s aktivitou lupusu, pridruženými ochoreniami, alebo môžu byť dôsledkom liečby. Najčastejšími **komorbiditami** sú kardiovaskulárne choroby, infekcie, nádory a osteoporóza.

Diagnostika SLE sa opiera o klinický obraz s postihnutím muskuloskele-

tálneho systému, vnútorných orgánov, kože a o laboratórne nálezy s pozitívou autoprotilátok. V prípade výskytu kožných prejavov je vhodné histopatologické vyšetrenie biopcie vzorky kože, ktoré prispieva k diagnóze lupusu. Pri pozitívnom močovom náleze s proteinúriou 0,5 g/deň je indikovaná renálna biopsia. Pri postihnutí CNS je dôležité vyšetrenie EEG, vyšetrenie magnetickou rezonanciou a psychologické testy zamerané na organické postihnutie CNS. Pri serozitíde, teplotách, pneumónii, útlme krvotvorby, humorálnej aktivite je potrebné vylúčiť i ostatné choroby, ktoré sa môžu prejavovať takýmito príznakmi a napodobňovať obraz SLE – najčastejšie infekcie, malignity apod. Pri diagnostike SLE sa musí stanoviť celé spektrum autoprotilátok, ktoré sú špecifické alebo asociované so SLE; iba stanovenie ANA nie je postačujúce.



Klasifikačné kritériá SLE. Prvé klasifikačné kritériá pre SLE boli vypracované v r. 1971. Klasifikačné kritériá pochádzajúce z roku 1982 boli revidované v r. 1997¹¹. V minulosti rozšírený LE test bol v klasifikačných kritériách v r. 1997 nahradený vyšetrením antifosfolipidových protilátok. V r. 2012 boli publikované nové klasifikačné kritériá SLICC (Systemic Lupus International Clinic) pre SLE¹². Tieto kritériá majú klinickú a laboratórnu časť. V porovnaní s kritériami ACR z r. 1997 sú rozšírené o niektoré neurologické prejavy a Coombsov test (tabuľka 2). Pacient má podľa nich SLE vtedy, ak spĺňa 4 z uvedených klinických a imunologických kritérií SLICC. Z nich musí byť aspoň jedno klinické a aspoň jedno imunologické kritérium. Dôležité je to, že podľa týchto klasifikačných kritérií je možné diagnózu SLE stanoviť aj u pacientov s biopťicky potvrdenou lupusovou nefritídou a súčasnou pozitívou antinukleárných protilátok (ANA) alebo pozitívou protilátok proti dvojšpiárovej DNA (anti-dsDNA).

LIEČBA SYSTÉMOVÉHO LUPUS ERYTHEMATOSUS

Ciele liečby SLE

V 50-tých rokoch minulého storočia bolo cieľom predĺžiť prežívanie pacientov s lupusom. V súčasnosti je cieľom liečby:

- potlačiť aktivitu a dosiahnuť remisiu alebo nízku aktivitu SLE,
- zastaviť progresiu a predísť opakovaným reaktiváciám choroby,
- minimalizovať orgánové poškodenie, komorbidity.

Základom správnej liečby je správne stanovenie diagnózy, vyhodnotenie aktivity, orgánového postihnutia a prognostických faktorov lupusu. Liečba musí byť komplexná, u každého pacienta individuálna, zodpovedajúca aktivite choroby (schéma 2). Je potrebné odlišiť aktivitu choroby od orgánového poškodenia, ktoré vzniklo ako následok zápalových zmien v štádiu aktívneho lupusu (napr. osteoporóza, amyotrofia a pod.).

Všeobecné zásady. Pacienti aj ich rodinní príslušníci majú byť poučení o lupuse a jeho príznakoch, o nevyhnutnej úprave denného režimu: vyhýbaní sa priamemu slnečnému žiareniu, vplyvu chladu, riziku infekcií, fyzickému a psychickému stresu, o prípadných diétnych opatreniach a o dlhodobej medikamentózne liečbe. Ženy vo fertilmom veku o možných rizikách lupusu a jeho liečby na graviditu¹³.

Nesteroidové antiflogistiká (NSA) sa podávajú pri artralgiách, myalgiách, artritidách, tendinitidách a na zmiernenie niektorých zápalových prejavov (teploty, serozitidy). U pacientov so SLE spravidla nie je nutné kontinuálne podávanie NSA. Riziko nežiaducich účinkov (NÚ) pri SLE je vyššie ako pri iných reumatických chorobách pre vyšší výskyt artériovej hypertenzie, nefropatie a útlmu krvotvorby. Riziko NÚ zvyšujú aj glukokortikoidy, antiagreganciá a antiagreganciá.

Antimalariká (hydroxychlorochín) sú lieky pôvodne určené pre liečbu a prevenciu malárie. V súčasnosti sú v liečbe SLE indikované predovšetkým pri liečení kožných a muskuloskeletálnych prejavov. Znižujú výskyt reaktivácií lupusu, znižujú riziko trombózy aj riziko akcelerovanej aterosklerózy a kardiovaskulárnych príhod. Spravidla sa kombinujú s glukokortikoidmi a imunosupresívami. Pre svoje priaznivé účinky sa odporúčajú pacientom so SLE na dlhodobé užívanie¹⁸. Hlavným nežiaducim účinkom antimalarik je riziko ich ukladania do rohovky alebo sietnice. Depozity antimalarik v rohovke sa prejavujú rozmazaným videním a kruhmi okolo svetelných bodov. Keratopatia je však vo väčšine prípadov po vysadení lieku reverzibilná. Ukladanie antimalarik v sietnici je ireverzibilné a vyžaduje si pravidelné kontroly očné pozadia.

Glukokortikoidy (GK) majú rýchly nástup účinku a výrazný protizápalový efekt. Účinnosť závisí od dávky a po znížení alebo vysadení GK dochádza často k reaktivácii choroby. Ich dávkovanie pri SLE závisí od aktivity lupusu, závažnosti prejavov. Pri nízkej aktivite postačujú dávky 10 mg prednizónu denne a menej. Pri vysokej aktivite alebo život ohrozujúcich stavoch od 0,5 do 1 mg/kg/deň. Podávanie vysokých dávok kortikoidov musí byť časovo obmedzené na 6, maximálne 8 týždňov¹⁵. Pri vysokých dávkach GK radšej volíme pulznú liečbu metylprednizolónom od 250 do 1000 mg v infúziách 3 až 5 dní za sebou. Dlhodobou podávaním GK prispievajú k poškodeniu pri SLE, ako je katarakta, osteoporóza, aseptická nekróza kosti, riziko aterosklerózy, svalová slabosť a atrofia, diabetes mellitus¹⁶.

Azatioprin je indikovaný pri aktívnych formách lupusu s orgánovým postihnutím. Je menej účinný ako cyklofosfamid, ale je bezpečnejší¹⁷. Možno ho podávať ako následnú liečbu na udržanie remisie dosiahnutej cyklofosfamidom alebo ako imunosupresívum, ktoré umožní znížiť dávky GK bez rizika relapsu. Podáva sa v dávkach 1-3 mg/kg/deň, udržiavacia dávka sa pohybuje medzi 1-2 mg/kg/deň. Medzi hlavné NÚ patrí útlm krvotvorby, tráviace ťažkosti, hepatopatia s eleváciou pečeneových enzýmov, nevoľnosť, bolesti žalúdka a náchylnosť na infekcie.

Metotrexát je indikovaný pri lupusovom erytíme, artritidách, myozitíde, zápale serózných blán a pri celkových prejavoch. Podáva sa v dávke 7,5 až 20 mg raz týždenne perorálne alebo parenterálne¹⁸.

Cyklofosfamid (CF) má účinok cytotoxický, imunosupresívny a protizápalový. Predstavuje v súčasnosti štandardnú liečbu aktívneho SLE s prítomnosťou lupus nefritídy hlavne typu III. a IV. (fokálna a difúzna proliferatívna GN), vaskulitídy, alebo závažného postihnutia CNS, alebo hemoragickej alveolitídy a závažnej vaskulitídy. Perorálne sa cyklofosfamid podáva kontinuálne v dávke 1-2 mg/kg/deň. V súčasnosti sa uprednostňuje pulzná liečba cyklofosfamidom: intravenózne podávanie v dávke 0,3-1 g/m². Táto forma liečby je účinná a bezpečnejšia. Nežiaduce účinky CF sú: útlm krvotvorby, gastrointestinálne ťažkosti, padanie vlasov, zvýšené riziko infekcie, urotoxicita (hemoragická cystitída, fibróza močového mechúra, karcinóm močového mechúra), poškodenie gonád, vznik sekundárnych malignít, teratogenita. U mužov môže viesť podávanie CF k ireverzibilným zmenám spermogramu (azoospermia). Cyklofosfamid sa podáva maximálne 1 až 2 roky.

Cyklosporín A je látka s imunosupresívnym účinkom. Najvýraznejší úspech bol zaznamenaný pri liečbe nefrotických syndrémov – predovšetkým pri lupusovej nefritíde typu V (membránovej GN). Je účinný aj v liečbe trombocytopenie, hemolytickej anémie a leukopénie či rezistentných serozitíd, artritíd a kožných prejavov. Cyklosporín A sa podáva v dávke 3-4 mg/kg/deň. Medzi NÚ figuruje na prvom mieste vznik hypertenzie. Okrem nej sa môžu objaviť nefrotoxicita, neurotoxicita, hirsutizmus, hyperplázia gingív¹⁹.

Mykofenolát mofetil (MMF) je indikovaný v liečbe lupusovej nefritídy. Odporúča sa v indukčnej aj udržiavacej fáze liečby pri proliferatívnych a membránových formách lupusovej nefritídy (LN). Jeho účinnosť je porovnateľná s cyklofosfamidom, pacienti liečení MMF majú nižšiu incidenciu NÚ (amenorea, infekcie, leukopénia). V indukčnej fáze sa podáva v dávke 2-3 g/denne. Jeho účinok v udržiavacej fáze liečby je zrovnateľný s azatioprinom. Nežiaduce účinky sú hnačka, riziko infekcií, možnosť vzniku leukopénie, trombocytopenie, hypertenzie. Podobne ako cyklofosfamid či metotrexát je kontraindikovaný v gravidite.

I.v. imunoglobulíny sa podávajú v dávke 300 – 400 mg/kg/deň počas 5 dní (event. 1-2 g/kg/2 dni), alebo v dávke 50 mg/kg/deň počas 5 dní. Série infúzií možno opakovať o 3 až 4 týždne podľa klinickej odpovede a podľa závažnos-



ti stavu chorého. Hlavnou klinickou indikáciou je závažná trombocytopenia, hemolytická anémia či refraktérna lupusová glomerulonefritída.

Antikoagulačná a antiagregačná liečba je nevyhnutná pri liečbe antifosfolipidového syndrómu.

Rituximab je biologický liek - chimérická monoklonová protilátka, ktorá sa viaže na molekulu anti-CD20 na pre-B a zreľých B lymfocytoch a spôsobuje ich apoptózu. Táto liečba priniesla sľubné výsledky v nekontrolovaných, observačných štúdiách, predovšetkým v liečbe lupusovej nefritídy, ale v dvoch veľkých dvojito zaslepených randomizovaných štúdiách s rituximabom pri lupuse bez nefritídy (EXPLORER)²¹ a s lupusovou nefritídou (LUNAR)²² v primárnych cieľoch oproti placebo očakávaný efekt. Liečba rituximabom sa využíva pri refraktérnych formách lupusu hlavne s lupus nefritídou, u ktorých zlyhala liečba cyklofosamidom a/alebo mykofenolát mofetilom. Je to však liečba mimo schválenej indikácie.²³

Belimumab je ľudská monoklonálna protilátka IgG1 λ , ktorá sa viaže na solubilný aktivátor B lymfocytov (BLyS) a blokuje jeho biologickú aktivitu. Belimumab inhibuje prežitie B lymfocytov, vrátane autoreaktívnych B lymfocytov a znižuje diferenciáciu B lymfocytov na plazmatické bunky produkujúce imunoglobulíny. Na základe štúdií BLISS-52 a BLISS-76 bol registrovaný FDA a EMA ako prvá biologická prídavná liečba u dospelých pacientov s aktívnym SLE s vysokým stupňom aktivity choroby (nízka hladina komplementu a pozitívne protilátky ANA a/alebo protilátky anti-dsDNA) napriek štandardnej liečbe. Odporúčaná dávka je 10 mg/kg belimumabu vo forme infúzie v týždni 0, 2, 4 a potom v štvortýždňových intervaloch.

ZÁVER

Starostlivosť o pacientov so SLE musí byť komplexná a trvalá. Vychádza zo správne stanovenej diagnózy, posúdení aktivity, prognózy a orgánového postihnutia. Pri posudzovaní klinického nálezu musíme rozlišovať aktivitu a následné poškodenie, ktoré vzniklo v dôsledku aktivity. Liečba SLE musí byť komplexná, individuálna – podľa aktivity a závažnosti u konkrétneho pacienta („ušíta na mieru“). Nevyhnutné je pravidelné monitorovanie aktivity lupusu, účinnosti liečby. Starostlivosť o pacientov s lupusom si vyžaduje interdisciplinárny prístup.

LITERATÚRA

1. Hahn BH, An overview of the pathogenesis of Systemic Lupus Erythematosus In: Dubois' Lupus Erythematosus, Ed. Wallace DJ, Hahn, BH, 7th Edition, ISBN13: 978-0683086652, Williams and Wilkins, Baltimore 2007, 1440 s.
2. Sontheimer RD. The lexicon of cutaneous lupus erythematosus- a review and personal perspective on the nomenclature and classification of the cutaneous manifestations of lupus erythematosus. *Lupus*, 6(2), 1997, 84-95.
3. Weening JJ, D'Agati VD, Schwartz MM et al. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *J Am Soc Nephrol*, Feb, 15(2), 2004, 241-50
4. Lukáč J, Cebecauer L. Autoprotilátky pri systémových autoimunitných chorobách. In: Lukáč J et al. Systémové choroby spojivového tkaniva (systémové autoimunitné choroby). PN print, Piešťany, 2010, 236-240
5. Petri M, Buyon J, Kim M. Classification and definition of major flares in SLE clinical trials. *Lupus*, 8, 1999, 685-691
6. Bombardier C, Gladman DD, Urowitz EE et al. Derivation of SLEDAI: a disease activity index for lupus patients. *Arthritis Rheum*, 35, 1992, 630-640.
7. Vitali C, Bencivelli, Isenberg DA et al. Disease activity in systemic lupus erythematosus: report of the Consensus Study Group of the European Workshop for Rheumatology Research. II. Identification of the variable indicative of disease activity and their use in the development of an activity score. The European Consensus Study Group for Disease Activity in SLE. *Clin Exp Rheumatol*, 10, 1992, 541-547.
8. Hay EM, Bacon PA, Gordon C et al. The BILAG index: a reliable and valid instrument for measuring clinical disease activity in SLE. *Quarterly J Med*, 86, 1993, 447 – 458.
9. Liang MH, Socher SA, Larson MG et al. Reliability and validity of six systems for the clinical assessment of disease activity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 32, 1989, 1107- 1118
10. Grifins B, Mosca M, Gordon C. Assessment of patients with systemic lupus erythematosus and the use of lupus disease activity indices. *Best Pract Res Clin Rheum*, 2005, 19, 685-708
11. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 40, 1997, 1725-1726
12. Petri M, Orbai AM, Alafcon GS et al. Derivation and validation of the Systemic lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, 64, 2012, s. 2677-2686
13. Lukáč J.: Lupus a čo s ním súvisí. Informácia pre pacientov, 51 strán, vyd. 2012
14. Bootsma H, Spronk P, Derksen T et al: Prevention of relaps in systemic lupus erythematosus, *Lancet*, 1995, 345, 1595-9
15. Illei GG, Austin HA, Crane M et al, Combination therapy with pulse cyclophosphamid plus pulse methylprednisolone improves longterm renal outcome without adding toxicity in patients with lupus nephritis. *Ann Intern Med*, 2001, 135, 248-57.
16. Boumpas DT, austin HA 3rd, Vaughn EM et al. Controlled trial of pulse methylprednisolone omproves longterm renal outcome without adding toxicity in patients with lupus nephritis. *Lancet*, 1992, 340 (8822), 741-5
17. Nossent HC, Koldingsnes W.: Long-term efficacy of azathioprin treatment for proliferative lupsu nephritis. *Rheumatology*, 2000, 39, 969-974
18. Fortin PR, Abrahamowitcz M, Ferland D et al. Steroid-sparing effects of methotrexate in ystemic lupsu erythematosus : a double- blind, randomized, placebo.-controlled trial. *Arthritis Rheum*, 2008, 59, 1796-1806
19. Závada L, Pešíčková S, ryšavá R et al. Cyclosporine A or intravenous cyclophoshamide for lupus nephritis the CyclofaLune study, *Lupus*, 2010, 19, 1281-89
20. Finazzi G, Marchioli R, Brancaccio V et al. A randomized clinical trial of high-intensity warfarin vs conventional antithrombotic therapy for the prevention of recurrent thrombosis in patients with the antiphospholipid syndrome (WAPS) *J throm Haemost*, 2005, 3, 848-53
21. Merrill JT, Amoura Z, Ravaud P et al. Efficacy and safety of rituximab in moderately-to severaly active systemic lupus erythematosus: the randomized, double-blind, phase II/III systemic lupus erythematosus evaluation of rituximab trial, *Arthritis Rheum*, 2010, 62, 222-233
22. Furie R, Looney RJ, Rovin B et al. Efficacy and safety of rituximab in subjects with active proliferative lupsu nephritis (LN): results from randomized double blind phase III LUNAR study. *Arthritis Rheum*, RO, 60 (suppl 10), 1149.
23. Carson KR, Evens AM, Richea EA et alô. Progressive multifocal leukoencephalopathy afetre rituximab therapy in HIV- negative patients: a report of 57 cases from the Research on Adverse Drug Events and Reports project. *Blood*, 2009, 113, 4834-4840.

Pre výraznejšie zníženie aktivity ochorenia, pridajte Benlystu do liečby vašich pacientov.^{1-3,*}

Od roku 2011 bolo na celom svete Benlystou odliečených viac ako 16 000 pacientov[†]

Benlysta + štandardná liečba znižuje aktivitu ochorenia účinnejšie ako samotná štandardná liečba.^{1-3,*}

Trvalá aktivita ochorenia môže významne ovplyvniť životy vašich pacientov.^{4,5} Zrejme cítite znepokojenie, keď musíte zvyšovať dávky štandardnej liečby vašim pacientom, preto je možno na čase zvážiť prídanie BENLYSTY. BENLYSTA je celená liečba pre pacientov s SLE, ktorá ponúka výraznejšie zníženie aktivity ochorenia v porovnaní so samotnou štandardnou liečbou.^{1-3,*} Nie je už čas zvážiť prídanie BENLYSTY do liečby namiesto zvyšovania dávok pôvodnej terapie?


Benlysta 120 mg, 400 mg prášok na infúzy koncentrát.

Skrátená informácia o lieku: ▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie prostredníctvom Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv, Sekcia bezpečnosti liekov a klinického skúšania, Kvetná 11, 825 08 Bratislava 26, tel.: + 421 2 507 01 206, fax: + 421 2 507 01 237, internetová stránka: <http://www.sukl.sk/sk/bezpecnost-liekov>, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk.

Držiteľ registračného rozhodnutia: Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Spojené kráľovstvo. **Zloženie:** Jedna injekčná liekovka obsahuje 120 mg alebo 400 mg belimumabu. Po rekonštitúcii roztok obsahuje 80 mg belimumabu na ml. Belimumab je ľudská, monoklonálna protilátka IgG1 λ vyrobená technológiou rekombinantnej DNA v cicavčej bunkovej línii (NSO). **Lieková forma:** Prášok na infúzy koncentrát. **Farmakoterapeutická skupina:** selektívne imunosupresíva, ATC kód: L04AA26. **Terapeutické indikácie:** Benlysta je indikovaná ako prídavná liečba u dospelých pacientov s aktívnym systémovým lupus erythematosus (SLE) s pozitívnou autoprotilátkou a s vysokým stupňom aktivity ochorenia (napr. pozitívna anti-dsDNA protilátka a nízke hladiny komplementu) napríklad štandardnej liečbe. **Dávkovanie:** Liečbu Benlystou má začať a viesť kvalifikovaný lekár so skúsenosťami s diagnostikovaním a liečbou SLE. Infúzie Benlysty má podávať kvalifikovaný zdravotnícky pracovník vyškolený na podávanie infúzy liečby. Podanie Benlysty môže mať za následok závažné alebo život ohrozujúce reakcie z precitlivosti a reakcie na infúziu. U pacientov bolo hlásené objavenie sa príznakov akútnej precitlivosti po niekoľkých hodinách od podania infúzie. Pozorovaný bol aj návrat klinicky významných reakcií po začiatkovej náležitej liečbe príznakov. Preto sa má Benlysta podávať v prostredí, v ktorom sú okamžite k dispozícii prostriedky na zvládnutie takýchto reakcií. Pacienti musia zostať pod klinickým dohľadom počas predĺženej časovej doby (počas niekoľkých hodín), a to po minimálne prvých 2 infúziách, berúc do úvahy možnosť reakcie s oneskoreným nástupom. Pacienti liečení Benlystou majú byť upozorení na možné riziko vzniku závažnej alebo život ohrozujúcej precitlivosti a na možnosť jej oneskoreného nástupu alebo návratu príznakov. Pisomná informácia pre používateľa sa má pacientovi poskytnúť zakaždým, keď mu je podávaná Benlysta. Pred podaním infúzie Benlysty sa môže podať premedikácia zahŕňajúca antihistaminikum, s antipyretikom alebo bez neho. Odporúčaná dávkovacia schéma je 10 mg/kg Benlysty v 0., 14. a 28. deň a následne v 4-týždňových intervaloch. Stav pacienta sa má priebežne vyhodnocovať. Ak po 6 mesiacoch liečby nedôjde k žiadnemu zlepšeniu kontroly ochorenia, má sa zvážiť ukončenie liečby Benlystou. **Starší pacienti (> 65 rokov):** nie je potrebná úprava

dávky. **Porucha funkcie obličiek:** nie je potrebná úprava dávky u pacientov s miernou, stredne ťažkou alebo ťažkou poruchou funkcie obličiek. U pacientov s ťažkou poruchou funkcie obličiek sa však kvôli nedostatočným údajom odporúča obozretnosť. **Porucha funkcie pečene:** Pacienti s poruchou funkcie pečene pravdepodobne nebudú potrebovať úpravu dávky. **Deti a dospelujúci:** Bezpečnosť a účinnosť Benlysty u detí (mladších ako 18 rokov) nebola stanovená. K dispozícii nie sú žiadne údaje. **Spôsob podania:** Benlysta sa podáva intravenózne infúziou a pred podaním sa musí rekonštituovať a riediť. Benlysta sa má podávať infúziou trvajúcou 1 hodinu. Benlysta sa nesmie podávať formou intravenózneho bolusu. Ak u pacienta vznikne reakcia na infúziu, rýchlosť infúzie sa môže spomaliť alebo sa jej podávanie môže prerušiť. Ak u pacienta vznikne potenciálne život ohrozujúca nežiaduca reakcia, podávanie infúzie sa musí ihneď ukončiť. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia:** Benlysta nebola sledovaná v nasledujúcich skupinách pacientov a neodporúča sa pri: závažnom aktívnom lupuse s postihnutím centrálného nervového systému; závažnej aktívnej lupusovej nefritide; HIV; hepatitide B alebo C v anamnéze alebo v súčasnosti; hypogamaglobulinémii (IgG < 400 mg/dl) alebo deficienciou IgA (IgA < 10 mg/dl); transplantácii životne dôležitého orgánu alebo transplantácií hematopoetických kmeňových buniek/kostnej drene alebo transplantácii obličky v anamnéze. *Pri liečbe SLE Benlystou bola hlásená progresívna multifokálna leukoencefalopatia (PML). Lekári majú dávať zvlášť pozor na príznaky poukazujúce na PML, ktoré pacienti nemusia spozorovať (napr. kognitívne, neurologické alebo psychiatrické príznaky a prejavy). Pacienti majú byť sledovaní kvôli akýmkoľvek novým alebo zhoršujúcim sa príznakom alebo prejavom a ak sa takéto príznaky/prejavy vyskytnú, treba zvážiť odoslanie pacienta k neurologovi a vhodné diagnostické postupy zamerané na PML. Ak je podozrenie na PML, podávanie ďalších dávok sa musí pozastaviť, až kým sa PML nevytlúči. **Interakcie:** Neuskutočnili sa žiadne interakčné štúdie. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Ženy vo fertilnom veku musia používať účinnú antikoncepciu počas liečby Benlystou a aspoň 4 mesiace po poslednej dávke. Benlysta sa má používať počas gravidity iba v nevyhnutných prípadoch. Nie je známe, či sa Benlysta vylučuje do ľudského mlieka alebo či sa po požití systémovo absorbuje. Keďže materské protilátky (IgG) sa vylučujú do materského mlieka, odporúča sa urobiť rozhodnutie, či ukončiť dojčenie, alebo či ukončiť liečbu Benlystou, po zvážení prínosu dojčenia pre dieťa a prínosu liečby pre ženu. **Nežiaduce účinky: veľmi časté:** bakteriálne infekcie, napr. bronchitída, cystitída, hnačka, nauzea; **časté:** vírusová gastroenteritída, faryngitída, nazofaryngitída, leukopénia, reakcie z precitlivosti, depresia, insómnia, migréna, bolesť v končatine, reakcie súvisiace s infúziou, pyrexia; **menej časté:** anafylaktická reakcia, angioedém,

Benlysta®
(belimumab)



ČAS PRE BENLYSTU

urtikária, vyrážka. **Balenie:** 1 injekčná liekovka. **Uchovávanie:** Neotvorené injekčné liekovky: Uchovávajúte v chladničke pri teplote (2 °C-8 °C) v pôvodnej škatuli na ochranu pred svetlom. Neuchovávajúte v mrazničke. **Rekonštituovaný roztok:** Po rekonštitúcii pomocou vody na injekciu sa má rekonštituovaný roztok, ak sa nepoužije ihneď, chrániť pred priamym slnečným žiarením a uchovávať v chladničke pri teplote 2 °C-8 °C. **Rekonštituovaný a riedený infúzy roztok:** Roztok Benlysty riedený v injekčnom roztoku chloridu sodného s koncentráciou 9 mg/ml (0,9%) sa môže uchovávať pri teplote 2 °C-8 °C alebo pri izbovej teplote (15 °C-25 °C). Celkový čas od rekonštitúcie Benlysty po ukončenie infúzie nemá presiahnuť 8 hodín. **Výdaj lieku** je viazaný na lekárske predpis.

Dátum poslednej revízie textu: 04/2014 *Všimnite si prosím zmeny v informácii o lieku.

Pred predpisovaním sa oboznámte s úplnou informáciou o lieku.

Podrobnejšie informácie dostupné na požiadanie:

GlaxoSmithKline Slovakia, s.r.o., Galvaniho 7/A, 821 04 Bratislava 2, tel.: 02/48 26 11 11, fax: 02/48 26 11 10, www.gsk.sk

Kontakt pre prípad hlásenia nežiaducich účinkov: 0911 421 045, sk-safety@gsk.com

* Odpoveď na BENLYSTA + štandardná terapia vs. placebo + štandardná terapia 52 bola 57.6% vs. 43.6%, $p=0.0006$ v BLISS-52 a 43.2% vs. 33.8%, $p=0.021$ v BLISS-76.^{1,3}

† Údaje z databázy Symphony Health Solution za obdobie od marca 2011 do novembra 2013. Dáta sú na podklade celkového jedinečného počtu pacientov, u ktorých bola zaznamenaná aspoň jedna požiadavka na BENLYSTU. Nie všetci pacienti zostali na terapii BENLYSTOU. Individuálna odpoveď môže byť rozličná.

Referencie: 1. GlaxoSmithKline. BENLYSTA SmPc April 2014;

2. Navarra SV et al. *Lancet*. 2011; 377: 721-731; 3. Furie R et al. *Arthritis Rheum*. 2011; 63(12): 3918-3930; 4. Urowitz MB et al. *Arthritis Care Res*. 2012; 64(1): 132-137;

5. Lopez R et al. *Rheumatology* 2012; 51: 491-498.



BENLYSTA je registrovaná ochranná známka spoločnosti GSK
SK/BEL/0001/14. Dátum prípravy: september 2014
©2014 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.

KOMBINAČNÁ HYPOLIPIDEMICKÁ LIEČBA V SÚČASNEJ KLINICKEJ PRAXI

MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD.

Metabol KLINIK s.r.o., ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy
Špecializovaná lipidologická ambulancia, MED PED centrum, Bratislava

Epidemiologické, humánne genetické, experimentálne a intervenčné klinické štúdie ukázali, že zvýšená hladina LDL-cholesterolu (LDL-C) je spojená s aterosklerózou a zvýšeným rizikom kardio-cerebrovaskulárnych príhod. Súčasné štandardy prevencie kardio-cerebrovaskulárnych ochorení zdôrazňujú dôležitosť dosahovania cieľových hodnôt pre LDL-C a statíny sú prvolíniovou liečbou ako v sekundárnej, tak aj v primárnej prevencii. Napriek všetkému, však aj statíny nedokážu splniť niektoré ciele. Iba nízke percento najrizikovejších pacientov, na maximálnych dávkach statínov alebo na ich maximálne tolerovaných dávkach, dosahuje cieľové hodnoty pre LDL-C. S narastajúcim počtom pacientov liečených statínmi sa čoraz viac stretávame s nárastom intolerancie statínov. Ďalším problémom je non-adherencia ku statínovej liečbe, ako aj vysoké reziduálne kardiovaskulárne riziko. V jeho ovplyvnení nám môže napomôcť kombináčnā hypolipidemická liečba. V súčasnosti máme možnosť do kombinácie so statínmi pridávať ezetimib (ďalšia redukcia LDL-C) alebo fenofibrát (ovplyvnenie aterogénnej dyslipidémie). Donedávna sme mali možnosť využívať aj kombináciu statínu s niacínom. Kombinácia statínov s CETP inhibítormi – torcetrapibom a dalcetrapibom zlyhala. Významnú cestu druholíniovej liečby nastupujú v súčasnosti ľudské monoklonálne protilátky proti PCSK9. Využívanie kombináčnej liečby v našej klinickej praxi je však stále veľmi nízke.

ÚVOD

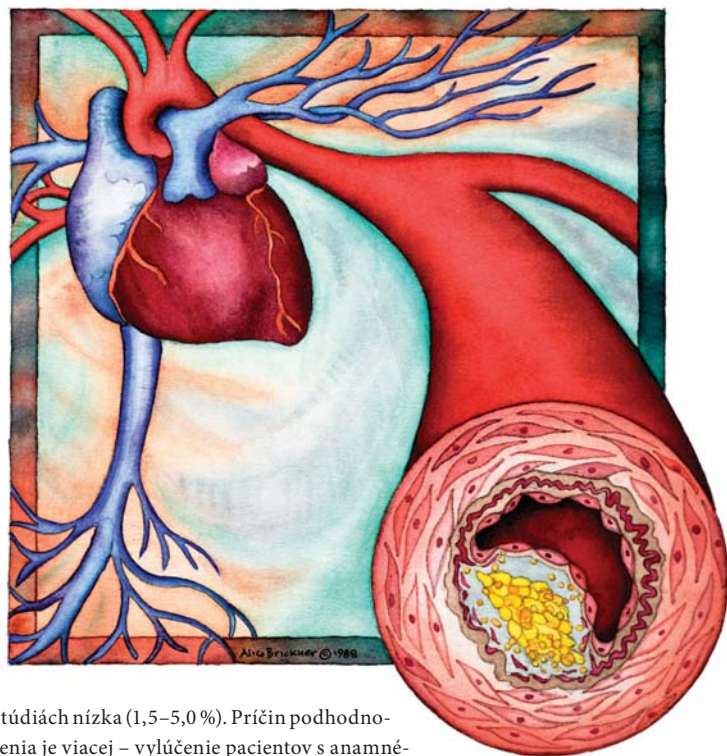
Najväčšiu medicínu dôkazov z hypolipidemickej liečby majú statíny, ktoré sú liečbou prvej línie v sekundárnej prevencii, ale aj primárnej prevencii. Liečba statínmi vedie ku vysokoefektívnej redukcii vaskulárnych príhod. Z metaanalýzy 27 randomizovaných klinických štúdií (RCT) v CTT (Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration) statíny viedli ku redukcii rizika veľkých koronárnych príhod o 24 % na každé zníženie LDL-C o 1 mmol/l (95 % CI 0,73–0,79), cieľovej príhody o 15 % (0,80–0,89) a koronárnych revaskularizácií o 24 % (0,73–0,79). Rozsah týchto benefitov je rovnaký u mužov a žien, fajčiarov a nefajčiarov, u starých alebo mladých osôb, u osôb s rôznymi stupňami obezity, s rôznym krvným tlakom a glykémiou^{1,2}. Statínová liečba nezvyšuje riziko incidencie nádorových ochorení (hazard ratio 1,00, 95 % CI 0,96–1,04) alebo mortality na nádorové ochorenia (0,99, 0,93–1,06). Niektoré metaanalýzy ukázali malé zvýšenie rizika rozvoja diabetes mellitus (DM) pri statínovej liečbe, avšak benefit v zmysle zníženia počtu vaskulárnych príhod vysoko prevyšuje toto riziko³. Dnes vieme, že intenzifikovaná terapia statínmi vedie ku ďalšej redukcii kardio-cerebrovaskulárnych príhod v porovnaní s terapiou štandardnými dávkami statínov^{4,5}.

Napriek všetkému statíny v klinickej praxi nedokážu splniť všetky ciele. Iba nízke percento najrizikovejších pacientov, na maximálnych dávkach statínov alebo na maximálne tolerovaných dávkach statínov, dosahuje cieľové hodnoty pre LDL-C. Podľa EUROASPIRE IV iba 58 % pacientov v sekundárnej prevencii dosahuje LDL-C < 2,5 mmol/l a 21 % pacientov LDL-C < 1,8 mmol/l⁶.

Z výsledkov prierezovej štúdie DYSIS, ktorá hodnotila prevalenciu lipidových porúch u 2847 vysokorizikových pacientov (Švédsko, Dánsko, Nórsko) vo veku > 45 rokov s koronárnou chorobou srdca a DM liečených statínmi, vyplynulo, že cieľové hodnoty pre LDL-C (resp. celkový cholesterol) nedosahovalo až 35 – 52 % (resp. 33 – 64 %) pacientov⁷. Prierezová štúdia DYSIS I Slovakia ukázala, že situácia v dosahovaní platných cieľových hodnôt pre LDL-C je ešte horšia. Spomedzi pacientov vo veľmi vysokom riziku dosahovalo cieľovú hodnotu pre LDL-C ≤ 1,80 mmol/l len 16,7 % pacientov. LDL-C v rozmedzí 1,81–2,90 mmol/l malo len 44,7 % subjektov s dokumentovaným kardiovaskulárnym (KV) ochorením⁸.

S narastajúcim počtom pacientov liečených statínmi sa čoraz viac stretávame s pacientmi s intoleranciou statínov^{9,10}. Aj zvyšovanie dávky statínov môže viesť k zvýšeniu nežiaducich udalostí.

Intolerancia statínov býva najčastejšie spojená so svalovou symptomatológiou (myopatiou). Incidencia statínmi indukovanej myopatie je v klinických



štúdiách nízka (1,5–5,0 %). Príčin podhodnotenia je viac – vylúčenie pacientov s anamnézou intolerancie statínov alebo so svalovou symptomatológiou alebo zvýšením CK v run-in fáze klinického skúšania, vylúčenie pacientov s vysokým rizikom svalovej symptomatológie (ženy, starší pacienti, pacienti s komorbiditami), definovanie svalových ťažkostí len na základe vzostupu CK, neprihliadajúc na prítomnosť alebo neprítomnosť myalgie, motivácia pacientov v klinickom skúšaní minimalizovať hlásenie myopatií. V reálnej klinickej praxi sa výskyt statínmi indukovanej myopatie pohybuje od 15 do 20 %. Avšak narážame na problém v definovaní vzťahu myalgie ku liečbe statínmi v populácii s vysokou prevalenciou ťažkostí reumatického a vertebrogénneho pôvodu, a tak sa stáva, že mnohí pacienti so statínmi asociovanou myopatiou, ju nakoniec ani nemusia mať.

Ďalším problémom je non-adherencia ku statínovej liečbe. Kompliancia s hypolipidemickou liečbou je všeobecne zlá, nielen v primárnej, ale aj sekundárnej prevencii. Podľa literárnych údajov 6 z 10 pacientov ukončuje liečbu statínmi počas prvých šiestich mesiacov od iniciácie liečby. Príčiny môžu byť rôzne, zahŕňajú faktory zo strany pacienta (komorbidity, obmedzené finančné



né možnosti, psychologické faktory), praktické faktory (neznalosť nutnosti dlhodobej liečby, časové faktory, nedostatočná komunikácia v tandeme lekár-pacient), ako aj systémové faktory (náklady na lieky, nedostatočné klinické monitorovanie, vedľajšie nežiaduce účinky). Non-adherencia k liečbe statínmi je veľmi dôležitá pre prevenciu a liečbu KV ochorení, ako aj pre zníženie KV morbiditu a mortality^{11,12}.

Redukcia relatívneho rizika KV príhod sa po statínovej liečbe pohybuje v rozsahu 25 – 35 %, v závislosti od vstupnej úrovne rizika, pacientovej odpovede na hypolipidemickú liečbu, dávky a typu statínu. Napriek monoterapii statínom (v štandardných aj intenzifikovaných dávkach) až tri štvrtiny rizikových pacientov dostane a zomrie na závažnú KV príhodu aj vtedy, keď sa dosiahnu požadované cieľové hodnoty pre LDL-C^{13,14}. Ďalšou príčinou vysokej KV mortality je aj to, že existujú ďalšie skupiny pacientov (s abdominálnou obezitou, metabolickým syndrómom, DM 2. typu) s komplexnejšími lipidovými poruchami (aterogénna dyslipidémia, non-LDL-dyslipidémia). Tento fakt bol pomenovaný ako reziduálne kardiovaskulárne riziko a predstavuje závažný problém v súčasnosti, nakoľko aj napriek modernej farmakoterapii je stále neúmerne vysoké. U diabetikov 2. typu hovoríme o reziduálnom makrovaskulárnom, ale aj reziduálnom mikrovaskulárnom riziku¹⁵.

Ďalším krokom v ovplyvnení reziduálneho KV rizika je možnosť využiť kombináčnu liečbu v závislosti od pretrvávajúcej poruchy metabolizmu lipidov (hypercholesterolemia alebo aterogénna dyslipidémia)^{16,17}.

Dnes stále hľadáme odpoveď, veľa sa diskutuje o bezpečnosti nízkych hladín LDL-C. Je veľmi nepravdepodobné, že by sa tieto hladiny blížili k nule, ale s najväčšou pravdepodobnosťou sa budú blížiť k fyziologickým hodnotám LDL-C (0,65 mmol/l). Do pozornosti sa dávajú aj genetické ochorenia súvisiace s nízkymi hladinami LDL-C s nízkou prevenciou KV morbiditu a mortality^{18,19}.

KOMBINAČNÁ HYPOLIPIDEMICKÁ LIEČBA

Problémom monoterapie statínmi je, že nedokáže udržať trvalo cieľové hodnoty lipidového spektra. Preto sa kombináčna hypolipidemická liečba statínov s nestatínovými hypolipidemiikami javí ako veľmi významné riešenie. V súčasnosti máme možnosť do kombinácie so statínmi pridávať ezetimib (ďalšia redukcia LDL-C) alebo fenofibrát (ovplyvnenie aterogénnej dyslipidémie). Do januára 2013 sme mali v EÚ k dispozícii niacin, ako aj kombináciu niacínu ER (s predĺženým uvoľňovaním) s laropiprantom (inhibitorom prostaglandínového receptora D₂). Vďaka tomu, že dve veľké klinické štúdie AIM-HIGH (Atherotrombosis Intervention in Metabolic Syndrome with Low HDL/High Triglycerides and Impact on Global Health Outcomes) a HPS-2-TRIVE (Heart Protection Study-2-Treatment of HDL to reduce the Incidence of Vascular Events) nepotvrdili KV benefit pridania niacínu ku statínovej liečbe, bol niacin stiahnutý z trhu. Kombinácia statínov s inhibítormi CETP (cholestery ester transfer proteín) – torcetrapibom a dalcetrapibom zlyhala, avšak v klinickom skúšaní sú anacetrapib a evacetrapib. Druholíniovou liečbou blízkej budúcnosti sa javia plne ľudské monoklonálne protilátky proti PCSK9 (proprotein konvertáza subtilisin/kexin typ 9). Treba poznamenať, že využívanie hypolipidemickej kombináčnej liečby v našej klinickej praxi je stále veľmi nízke, napriek tomu, že máme rozsiahle a dobré skúsenosti s jej využívaním ako v liečbe artériovej hypertenzie, tak aj diabetu.

KOMBINAČNÁ LIEČBA STATÍN S EZETIMIBOM

Mechanizmus účinku ezetimibu spočíva v selektívnej inhibícii resorpcie cholesterolu a iných sterolov v tenkom čreve. Blokuje špecifický proteín tzv. Niemann-Pick C1 Like-1 transportér (NPC1L-1) nachádzajúci sa v membránach enterocytov kartáčikového lemu jejuna. Účinkom tejto blokády dochádza k poklesu cholesterolu v chylomikrónoch, a tým k zníženiu jeho prísunu do pečene s následným zvýšením expície LDL receptorov (LDLR) na povrchu pečenej bunky a zvýšeným vychytávaním LDL-C z plazmy. Znížený prísun cholesterolu z tenkého čreva vedie k zníženej inkorporácii cholesterolu do VLDL

častíc, čo pečeň kompenzuje zvýšenou endogénnou tvorbou cholesterolu v pečeni. Naopak, pri podaní statínu v monoterapii sice dochádza ku zníženiu endogénnej syntézy cholesterolu v pečeni, ale súčasne dochádza k významnému zvýšeniu resorpcie cholesterolu v čreve. Na týchto údajoch stoja snahy o tzv. duálnu inhibíciu, ktorej cieľom je ovplyvniť ako syntézu, tak aj spätnú resorpciu cholesterolu z čreva.

Kombinácia statínu s ezetimibom ovplyvňujúca nielen prísun cholesterolu z čreva, ale aj endogénnu tvorbu cholesterolu pečenu (potencovanie duálneho efektu) sa javí veľmi dôležitá. Pridanie 10 mg ezetimibu k statínu vedie podľa mnohých klinických štúdií k ďalšej redukcii LDL-C o 18 – 20 % (pri zdvojnásobení dávky statínu je prídavná redukcia LDL-C iba 6 %). Ezetimib v monoterapii vedie okrem zníženia LDL-C aj k miernemu zníženiu TAG (5 – 7 %) a miernemu zvýšeniu HDL-C (4-5 %).

Vo viacerých klinických štúdiách (resp. ich metaanalýzach) bolo dokázané, že duálnou inhibíciou ľahšie dosiahneme cieľové hodnoty pre LDL-C u väčšieho počtu pacientov. Pri intenzifikácii monoterapie statínom dochádza ku zhoršeniu adherencie na liečbu a nezriedka aj k jej ukončeniu. Pri duálnej liečbe sa používajú nižšie dávky statínov s nižším profilom vedľajších nežiaducich účinkov a zlepšuje sa aj kompliance pacientov ku liečbe. V klinickej praxi úspešne používame už aj fixnú kombináciu simvastatínu s ezetimibom^{20,21}.

Retrospektívna observačná štúdia potvrdila, že redukcia LDL-C bola signifikantne vyššia u pacientov užívajúcich kombináčnu liečbu statín (simvastatín, atorvastatín alebo rosuvastatín) s ezetimibom (n = 2 312) oproti tým (n = 13 053), u ktorých bola dávka statínu titrovaná smerom nahor. Pokles LDL-C bol o 13,1-14,8 % vyšší u pacientov užívajúcich kombináciu ezetimibu so statínom. Navyše dosahovanie cieľových hodnôt pre LDL-C < 1,8 mmol/l, resp. < 2,6 mmol/l (podľa stupňa KV rizika) bolo 2,6-3,2, resp. 2,5-3,1-násobne vyššie u pacientov na kombináčnej liečbe statín-ezetimib oproti pacientom, u ktorých bola použitá titrácia statínovej liečby²².

ENHANCE (Ezetimibe and Simvastatin in Hypercholesterolemia Enhances Atherosclerosis Regression) bola randomizovaná štúdia zameraná na efekt kombináčnej liečby ezetimibu so simvastatínom oproti simvastatínu na intimo-mediálne zhrubnutie (IMT) karotíd u 720 pacientov s heterozygotnou formou familiárnej hypercholesterolemie (heFH). Napriek dosiahnutiu signifikantného rozdielu v LDL-C nebol zaznamenaný žiaden rozdiel v IMT na karotídach po 2 rokoch sledovania. Vysvetlením negatívnych výsledkov by mohlo byť relatívne normálne intimomediálne zhrubnutie karotíd u pacientov pri začatí klinického skúšania²³. Avšak veľmi podobne dopadla aj klinická štúdia CASHMERE (Carotid Atorvastatin Study in Hyperlipidemic Post-menopausal Women. A Randomized Evaluation), v ktorej tiež nedošlo k významnejšiemu rozdielu IMT pri intenzifikovanej liečbe statínom (atorvastatín 80 mg) napriek výraznému poklesu LDL-C²⁴.

V štúdií SANDS (Stop Atherosclerosis in Native Diabetics Study) boli americkí Indiáni na statínovej liečbe randomizovaní do dvoch ramien. V jednom ramene bol cieľ dosiahnuť LDL-C < 2,6 mmol/l, v druhom ramene LDL-C < 1,8 mmol/l. Počas troch rokov sledovali zmenu IMT karotíd, zmenu hodnoty hsCRP a výskyt KV príhod. Až jedna tretina pacientov v agresívne liečenom ramene potrebovala na dosiahnutie cieľových hodnôt LDL-C < 1,8 mmol/l prídanie ezetimibu. V ramene s LDL-C < 1,8 mmol/l až 62 % pacientov na kombináčnej liečbe statín s ezetimibom a 61 % pacientov na monoterapii vysokými dávkami statínov vykazovalo buď zastavenie progresie, alebo regresiu aterosklerotického postihnutia karotického riečiska v porovnaní s 39 % pacientov v ramene liečby s tzv. štandardným cieľom redukcie LDL-C < 2,6 mmol/l, p < 0,00²⁵.

Štúdia VYCTOR (the Vytorin on Carotid Intima-Media Thickness and Overall Arterial Rigidity Study) sledovala tiež diabetikov s ischemickou chorobou srdca v troch ramenách liečby (pravastatín 40 mg/denne, simvastatín 40 mg/denne a simvastatín 20 mg/denne plus ezetimib 10 mg/denne) a s titráciou na dosiahnutie LDL-C < 2,5 mmol/l vs LDL-C < 1,8 mmol/l. Bola zameraná na zmenu IMT karotíd, hsCRP a tuhosti ciev po jednom roku liečby. Priaznivé ovplyvnenie týchto parametrov bolo dosiahnuté iba v intenzívne liečenom ramene s cieľovou hodnotou LDL-C < 1,8 mmol/l. Pridanie ezetimibu významne prispelo k vyššej redukcii LDL-C a ukázalo, že už štartovacie nízke dávky statí-



nu v kombinácii s ezetimibom majú vyšší potenciál redukcie LDL-C ako liečba maximálnymi dávkami statínov²⁶.

Ďalšou klinickou štúdiou, analyzovala efekt kombináčnej liečby ezetimibom a simvastatín na morbiditu a mortalitu u pacientov s chronickou renálnou insuficienciou bola štúdia SHARP (Study of Heart and Renal Protection). 4 650 pacientov dostávalo kombináciu simvastatínu s ezetimibom a 4 620 pacientov bolo na placebe. Kombináčná liečba počas 4,9 roka viedla k priemernej zmene LDL-C o 0,85 mmol/l (pri dvojtretinovej kompliance) a ku 17 % redukcii veľkých aterosklerotických príhod. Nesignifikantne menej pacientov na kombináčnej liečbe zomrelo na ischemickú chorobu srdca, alebo prekonal nefatálny infarkt myokardu. Medzi skupinami pacientov bol signifikantný rozdiel v redukcii nehemoragickej cievnej mozgovej príhody a revaskularizačných procedúr. Redukcia LDL-C kombináciou 20 mg simvastatínu s 10 mg ezetimibu denne viedla k redukcii incidencie veľkých aterosklerotických príhod u pacientov s pokročilým obličkovým ochorením. Kombináčná liečba bola veľmi dobre tolerovaná, nežiaduce účinky boli veľmi zriedkavé²⁷.

V roku 2012 boli publikované výsledky 12-týždňovej štúdie, ktorá sledovala efekt ezetimibu (10 mg) na aterogénne lipoproteíny a metabolizmus glukózy u 76 pacientov (diabetici 2. typu, pacienti s intoleranciou glukózy). Ezetimib viedol ku redukcii LDL-C o 20 % ($p < 0,001$), cholesterolu v remnantných lipoproteínových časticiach o 22 % ($p < 0,001$), ku štatisticky významnej redukcii malých denzných LDL častíc o 19 %, apolipoproteínu B-48 o 2 %, oxidovaných LDL-častíc o 15 % a poklesu imunoreaktívneho inzulínu v plazme (IRI) o 4 %. V skupine pacientov s inzulínovou rezistenciou liečenou ezetimibom došlo k redukcii obvodu pásu o 1 % ($p < 0,05$) a ku poklesu priemernej hladiny glykémie nalačno o 7 % ($p < 0,05$), IRI o 36 % ($p < 0,01$), s 2 % poklesom glykovaného hemoglobínu. Ezetimib viedol ako ku redukcii aterogénnych lipoproteínov u diabetikov 2. typu a pacientov s intoleranciou glukózy, tak aj ku zlepšeniu metabolizmu glukózy u pacientov s inzulínovou rezistenciou²⁸.

Významným míľnikom pre ezetimib bude november 2014, keď budú prvýkrát publikované výsledky dlhoočakávanej štúdie IMPROVE-IT (The IMPROVED Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial) porovnávajúce ezetimib/simvastatín so samotným simvastatínom v prevencii KV príhod. Prvý pohľad na možnú interpretáciu výsledkov štúdie bol odprednášaný v rámci hot lines na kardiologickom kongrese v Barcelone a následne aj publikovaný v Lancete^{29,30}.

KOMBINAČNÁ LIEČBA STATÍN S FENOFIBRÁTOM

Fibráty sú syntetické ligandy PPARa (peroxisome proliferator-activated α -receptors) receptorov. Prostredníctvom väzby na tieto jadrové receptory ovplyvňujú metabolizmus lipidov. Primárne ovplyvňujú základné črty aterogénnej dyslipidémie, ktorá je charakterizovaná kvantitatívnymi zmenami (zvýšená koncentrácia triacylglycerolov (TAG), zníženie koncentrácie cholesterolu prenášaného HDL časticami, mierny vzostup LDL-C) a kvalitatívnymi zmenami (dysfunkcia HDL častíc, kumulácia malých denzných LDL častíc). Sumárne ide o zmeny metabolizmu lipoproteínov, ktoré zvyšujú aterogenicitu plazmy. Fibráty znižujú TAG o 20-30 %, (podstatnejšia redukcia je u pacientov s vyššou koncentráciou TAG pred liečbou), znižujú postprandiálne TAG a remnantné lipoproteínové častice, zvyšujú koncentráciu HDL-C o 5-10 %, fenofibrát znižuje koncentráciu LDL-C, vedie k redukcii počtu malých denzných LDL častíc o 50 %. Fibráty majú aj početné pleiotropné účinky sprostredkované reguláciou génov ovplyvňujúcich zápal a trombogenézu.

V štúdií DAIS (Diabetes Atherosclerosis Intervention Study) zlepšenie lipidového profilu liečbou fenofibrátom viedlo k redukcii angiografickej progresie koronárnej choroby srdca³¹. Podávanie fenofibrátu viedlo k signifikantnému zlepšeniu LDL-C, HDL-C, TAG a celkového cholesterolu v porovnaní s placebom v štúdií FIELD (Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes). Avšak nevedlo k signifikantnej redukcii rizika KV úmrtia, nefatálneho infarktu myokardu u diabetikov 2. typu, hoci došlo ku štatisticky významnej redukcii celkového počtu KV príhod (KV úmrtí, infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody, koronárnych revaskularizácií a revaskularizácií na karotí-

dach (HR 0,89; 95% CI: 0,80–0,99; $p = 0,035$)³². V štúdií FIELD liečba fenofibrátom viedla k signifikantnej 37 % redukcii potreby laserovej liečby u pacientov s retinopatiou (5,2 % vs 3,6 %; $p = 0,0003$) a signifikantnej nižšej progresii albuminúrie ($p = 0,002$) u diabetikov 2. typu³². Riziko prvej amputácie a malej amputácie u diabetikov 2. typu bez postihnutia veľkých ciev bolo nižšie pre pacientov užívajúcich fenofibrát oproti placebu, medzi skupinami však nebol rozdiel v riziku veľkých amputácií³³.

Lipidové rameno štúdie ACCORD (The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) testovalo účinnosť fenofibrátu oproti placebu u 5 518 diabetikov 2. typu vo vysokom KV riziku užívajúcich simvastatín. Hoci fenofibrát viedol ku signifikantnému zlepšeniu celkového cholesterolu TAG a HDL-C v porovnaní s placebom, nedošlo k signifikantnému poklesu počtu fatálnych KV príhod, nefatálneho IM alebo nefatálnej cievnej mozgovej príhody. Vo vopred predšpecifikovanej analýze podskupín bol trend ku benefitu pri liečbe fenofibrátom u pacientov s typickou aterogénnou dyslipidémiou, kde boli hladiny TAG $\geq 2,3$ mmol/l a hladiny HDL-C $\leq 0,88$ mmol/l. V tejto skupine pacientov prinieslo pridanie fenofibrátu ku statínu 31% pokles kardiovaskulárneho rizika (relatívna redukcia rizika), s redukciou absolútneho rizika o 4,9 % s veľmi nízkym NNT (number-needed-to-treat) = 20 počas 5 rokov liečby³⁴. Potvrdili sa tým výsledky, ktoré boli známe z predchádzajúcich fibrátových štúdií. Metaanalýza fibrátových štúdií v skupine pacientov s aterogénnou dyslipidémiou poukázala na 35% pokles KV príhod³⁵.

V podštúdií ACCORD-EYE fenofibrát viedol ku signifikantnej redukcii progresie diabetickej retinopatie o 40 % (OR 0,60, 95 % CI 0,42-0,87, $p = 0,006$)³⁶. Liečba fenofibrátom dokáže viesť ku redukcii reziduálneho mikrovaskulárneho rizika u diabetikov 2. typu. Na základe výsledkov týchto štúdií bol v Austrálii fenofibrát schválený ako prídavná terapia na prevenciu progresie včasných štádií diabetickej retinopatie. Vo Veľkej Británii sa táto liečba už dostala do algoritmov manažmentu diabetikov³⁷.

Nedávno boli publikované nové poznatky zo štúdie REALIST Microvascular Study zameranej na vplyv aterogénnej dyslipidémie na riziko diabetickej nefropatie³⁸.

Niektoré práce poukazujú na fakt, že fibráty dokážu viesť aj k miernej redukcii glykémie, čo so súčasným znížením TAG môže vysvetliť redukcii metabolického syndrómu u pacientov liečených fibrátmi. V kombinácii so statínmi, fibráty môžu eliminovať riziko zvýšenia glykémie asociovaného s liečbou statínmi^{39,40}.

Bezpečnosť kombináčnej hypolipidemickej liečby (simvastatín – fenofibrát) potvrdili okrem štúdie ACCORD aj štúdie FIELD a SAFARI^{32,35,41}.

KOMBINAČNÁ LIEČBA STATÍN S CETP INHIBÍTORMI

Ostatné roky bola v popredí záujmu aj inhibícia CETP (cholesteryl ester transfer protein). Po predčasne ukončenej štúdií ILLUMINATE s torcetrapibom⁴², bola v máji 2012 predčasne ukončená štúdia dal-OUTCOMES s dalcetrapibom pre nesignifikantný pokles KV príhod⁴³. Tieto dve štúdie nám dali jasne najavo, že efekt na KV riziko sa neodvíja iba od plazmatických hladín HDL-C. Populácia HDL častíc je veľmi heterogénna v závislosti od pôvodu, veľkosti, zloženia, štruktúry a biologickej funkcie a naše pochopenie týkajúce sa všetkých súvislostí má ďaleko od komplexnosti. Súčasný výskum je zameraný na koncept kvality alebo funkčnosti HDL častíc vo vzťahu k potenciálnej atero-protektivite. Musíme si však počkať na dobu, kým sa tieto poznatky dostanú do klinickej praxe. Z triedy CETP inhibítorov sú v 3. fáze klinického skúšania anacetrapib a evacetrapib. Obidva znižujú LDL-C a zvyšujú HDL-C. Na výsledky klinických štúdií s vplyvom na KV riziko si budeme musieť počkať⁴⁴.

KOMBINAČNÁ LIEČBA STATÍN S PCSK9 INHIBÍTORMI

V blízkej budúcnosti môžeme očakávať rozšírenie kombináčnej liečby statín – plne ľudské monoklonálne protilátky (mAbs) proti PCSK9. Abidafel a kol. v roku 2003 objavili, že mutácie PCSK9 sú ďalšou formou autozomálne do-



minantnej familiárnej hypercholesterolémie⁴⁵. V prípade zvýšenej aktivity PCSK9 dochádza k poklesu počtu LDLR na povrchu pečenej bunky a k nárastu LDL-C a naopak, pri zníženej koncentrácii PCSK9 je na povrchu pečenej bunky vyšší počet LDLR, čo vedie k poklesu plazmatických hladín LDL-C. V súčasnosti prebieha veľmi intenzívny výskum zameraný na možnosti inhibície funkcie PCSK9 s cieľom znížiť hladiny LDL-C. Najďalej v klinickom vývoji sú evolocumab – plne ľudská monoklonálna IgG2 protilátka a alirocumab – plne ľudská monoklonálna IgG1 protilátka. 28.8.2014 predložil výrobca na FDA (Food and Drug Administration) žiadosť o schválenie evolocumabu pre použitie v klinickej praxi, následne 2.9.2014 takúto žiadosť obdržala aj EMA (European Medicine Agency). Regulačné podania pre alirocumab na FDA a EMA sú naplánované na koniec roka 2014. V 2-3. fáze klinického skúšania sa nachádza bococizumab (klinický program SPIRE).

PROFICIO (Program to Reduce LDL-C and Cardiovascular Outcomes Following Inhibition of PCSK9 In Different Populations) je veľký a komplexný program hodnotiaci evolocumab v 22 klinických štúdiách, do ktorých je plánované zaradenie približne 30 000 pacientov. 3. fáza klinického skúšania zahŕňa 16 štúdií s evolocumabom podávaným raz za dva týždne alebo raz za mesiac v rôznych populáciách pacientov (v monoterapii, v kombinácii so statínom, u pacientov so statínovou intoleranciou, u pacientov s homozygotnou a heFH). Súčasne prebiehajú klinické skúšania s evolocumabom zamerané na dlhodobú bezpečnosť a účinnosť. Štúdia FOURIER (Further Cardiovascular Outcomes Research with PCSK9 Inhibition in Subjects with Elevated Risk) posúdi, či liečba evolocumabom v kombinácii so statínom v porovnaní s placebom v kombinácii so statínom bude viesť k redukcii KV príhod u približne 22 500 pacientov s KV ochorením. Výsledky očakávame v roku 2018. Štúdia EB-BINGHAUS (Evaluating PCSK9 Binding AntiBody Influence on CoGNitive HeAlth in High Cardiovascular Risk Subjects) bude hodnotiť efekt evolocumabu na kognitívne funkcie subjektov zaradených do štúdie FOURIER. OSLER-2 (Open Label Study of Long TERM Evaluation Against LDL-C Trial-2) skúma efekt evolocumabu u pacientov s vysokým cholesterolom, ktorí ukončili ktorúkoľvek zo štúdií 3. fázy klinického skúšania. GLAGOV (GLobal Assessment of Plaque ReGression with a PCSK9 Antibody as Measured by IntraVascular ULtrasound) určí efekt evolocumabu na koronárnu aterosklerózu (zmena % objemu aterómu) približne u 950 pacientov pomocou intravaskulárnej sonografie (IVUS). Doposiaľ boli publikované výsledky štúdie GAUSS-2 (Goal Achievement after Utilising an anti-PCSK9 antibody in Statin Intolerant Subjects), MENDEL-2 (monoterapia evolocumabom), LAPLACE-2 a štúdie DESCARTES (52-týždňová štúdia)⁴⁶⁻⁴⁹. Výsledky štúdie RUTHERFORD-2 (Reduction of LDL-C with PCSK9 in Heterozygous Familial Hypercholesterolaemia Disorder) boli prezentované v sekcii Hot Line na ACC 2014 vo Washingtonu. Evolocumab viedol vo všetkých štúdiách k potentnej pretrvávajúcej redukcii LDL-C (aj k pozitívnemu vplyvu na ostatné parametre lipidového spektra), s vysokým podielom aj vysokorizikových pacientov dosahujúcich cieľové hodnoty, s vynikajúcim bezpečnostným profilom, bez závažnejších nežiaducich udalostí a laboratórnych abnormalít.

Druhá plne ľudská monoklonálna protilátka – alirocumab je skúmaná v programe ODYSSEY (3. fáza klinického skúšania). Počas kongresu ESC 2014 v Barcelone boli v sekcii Hot Line odprezentované výsledky 4 klinických štúdií (ODYSSEY LONG TERM, ODYSSEY COMBO II, ODYSSEY FHI a FHII). Vo všetkých 4 štúdiách alirocumab viedol k signifikantnej a pretrvávajúcej redukcii LDL-C v priebehu jedného roka u rôzneho typu pacientov liečených statínmi. Väčšina pacientov na dávke 75 mg alirocumabu bola schopná dosiahnuť cieľe pre LDL-C podľa KV rizika. V uvedených štyroch štúdiách nebol rozdiel vo výskyte nežiaducich udalostí medzi alirocumabom a placebom⁵⁰⁻⁵². Výsledky týchto štyroch štúdií spolu s ďalšími 6 štúdiami 3. fázy klinického skúšania zahŕňajú viac ako 5 000 pacientov v dvojito zaslepených klinických štúdiách v trvaní od 24 do 104 týždňov.

Výsledky klinických štúdií pre evolocumab a alirocumab sa prirovnávajú k výsledkom prelomovej statínovej štúdie 4S, ktorá v roku 1994 preukázala benefit statínov. Napriek všetkému entuziazmu si však budeme musieť počkať na vý-

sledky dlhodobých štúdií zameraných na KV endpointy (FOURIER a ODYSSEY-OUTCOME – začiatok roka 2018), výsledky takejto štúdie pre bococizumab by mali byť k dispozícii už koncom roka 2017.

ZÁVER

V súčasnosti statíny jednoznačne ostávajú hypolipidemicami 1. voľby u veľmi širokej skupiny pacientov. V prípade nedosahovania cieľových hodnôt pre LDL-C, do úvahy prichádza kombinácia s ezetimibom. V prípade pretrvávania aterogénnej dyslipidémie môžeme v klinickej praxi u diabetikov 2. typu využiť kombináciu s fenofibrátom, ktorý má svoju prídavnú hodnotu u diabetikov 2. typu s vysokým mikrovaskulárnym reziduálnym rizikom.

Uvidíme, čo nám budúcnosť prinesie s novšími molekulami v triede CETP inhibítorov. Prelomom v manažmente dyslipidemií, ako u pacientov s intoleranciou statínov, tak aj u pacientov vo vysokom a veľmi vysokom kardiovaskulárnom riziku, by sa po zverejnení pozitívnych výsledkov dlhodobých štúdií zameraných na účinnosť a bezpečnosť mohli stať monoklonálne protilátky proti PCSK9.

Využívanie hypolipidemickej kombináčnej liečby v našej klinickej praxi je stále veľmi nízke, napriek tomu, že máme rozsiahle a dobré skúsenosti s jej využívaním v liečbe iných bežných ochorení.

LITERATÚRA

1. Baigent C, Blackwell L, Emberson J et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376: 1670–1681.
2. Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet* 2012; 380: 581–90.
3. Preiss D, Seshasai SR, Welsh P et al. Risk of incident diabetes with intensive-dose compared with moderate-dose statin therapy: a meta-analysis. *JAMA* 2011; 305: 2556–2564.
4. Catapano AL, Reiner Z, De Backer G et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Atherosclerosis* 2011; 217 (1):3-46.
5. Expert Dyslipidemia Panel, Grundy SM. An International Atherosclerosis Society Position Paper: global recommendations for the management of dyslipidemia. *J Clin Lipidol.* 2013; 7(6):561-565.
6. ESC Press Office, 2013. EUROASPIRE IV reveals success and challenges in secondary prevention of CVD across Europe. <http://www.escardio.org/about/press/press-releases/esc13-amsterdam/Pages/euroaspire-iv-success-challenges-secondary-prevention-CVD-europe.aspx>
7. Ferrieres J, Amber V, Crisan O et al. Total lipid management and cardiovascular disease in the Dyslipidemia International Study. *Cardiology* 2013; 125: 154-163.
8. Pella D, Pecan L, Müllerová J et al. Sme úspešní pri dosahovaní cieľových hodnôt pre LDL cholesterol u pacientov liečených statínmi? Výsledky prieskumu DYSIS I. – Slovenská republika. *Int Med* 2014, článok plánovaný na uverejnenie v roku 2014
9. Rosenbaum D, Dallongeville J, Sabouret P et al. Discontinuation of statin therapy due to muscular side effects: A survey in real life. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis* 2012; 10: 1-5.
10. Guyton JR, Bays HE, Grundy SM et al. An assessment by the Statin Intolerance Panel: 2014 update. *J Clin Lipidol* 2014; 8: S72–S81.
11. Liberopoulos EN, Florentin M, Mikhailidis DP et al. Compliance with lipid-lowering therapy and its impact on cardiovascular morbidity and mortality. *Expert Opin Drug Saf.* 2008; 7(6):717-725.
12. Bates TR, Connaughton VM, Watts GF et al. Non-adherence to statin therapy: a major challenge for preventive cardiology. *Expert Opin Pharmacother* 2009; 10(18):2973-2985.



13. Hermans MP, Fruchart JC. Reducing Vascular Events Risk in Patients with Dyslipidaemia: An Update for Clinicians. *Adv Chronic Dis.* 2011; 2(5): 307–323.
14. Fruchart JC, Davignon J, Hermans MP et al. Residual macrovascular risk in 2013: what have we learned? *Cardiovasc Diabetol* 2014;13:26.
15. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87:4-14.
16. Nordestgaard B, Varbo A. Lipids and cardiovascular disease 3: Triglycerides and cardiovascular disease. *Lancet* 2014; 384: 626–635.
17. Rader DJ, Hovingh GK. Lipids and cardiovascular disease 2: HDL and cardiovascular disease. *Lancet* 2014; 384: 618–625.
18. Larosa JC, Pedersen TR, Somaratne R et al. Safety and effect of very low levels of low-density lipoprotein cholesterol on cardiovascular events. *Am J Cardiol* 2013;111(8):1221-1229.
19. Ridker PM. Lipids and cardiovascular disease 1 : LDL cholesterol: controversies and future therapeutic directions. *Lancet* 2014; 384: 607–617.
20. Bays HE. Lowering low-density lipoprotein cholesterol levels in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of General Medicine* 2014;7:355–364.
21. Morrone D, Weintraub WS, Toth PP, et al. Lipid-altering efficacy of ezetimibe plus statin and statin monotherapy and identification of factors associated with treatment response: A pooled analysis of over 21,000 subjects from 27 clinical trials. *Atherosclerosis* 2012; 223: 251-261.
22. Foody JAM, Toth PP, Tomassini JE, et al. Changes in LDL-C levels and goal attainment associated with addition of ezetimibe to simvastatin, atorvastatin, or rosuvastatin compared with titrating statin monotherapy. *Vascular Health and Risk Management* 2013; 9: 719–727.
23. Kastelein JJ, Akdim F, Stroes ES et al. ENHANCE Investigators: Simvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 2008; 358: 1431–1443.
24. Simon T, Boutouyrie P, Gompel A et al. Rationale, design and methods of the CASHMERE study. *Fundam Clin Pharmacol* 2004;18(1):131-138.
25. Russell M, Silverman A, Fleg JL et al. Achieving lipide targets in adults with type 2 diabetes – The SANDS study. *J Clin Lipidol* 2010;4(5):435-443.
26. Meaney A, Caballos G, Asbun J et al. The VYtorin on Carotid intima-media thickness and overall arterial rigidity (VYCTOR) study. *J Clin Pharmacol* 2009;49(7):838-847.
27. Baigent C, Landray MJ, Reith C et al. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2011; 377: 2181–2192.
28. Tetsuji T, Tsuyoshi N, Masayo Y et al. Effects of ezetimibe on atherogenic lipoproteins and glucose metabolism in patients with diabetes and glucose intolerance. *Diabetes research and clinical practice* 2013;100: 46-52.
29. Cannon CP, Giugliano RP, Blazing MA et al. Rationale and design of IMPROVE-IT (IMProved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial): comparison of ezetimibe/simvastatin versus simvastatin monotherapy on cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2008; 156: 826–832.
30. Laufs U, Descamps OS, Catapano AL et al. Understanding IMPROVE-IT and the Cardinal Role of LDL-C Lowering in CVD Prevention. *Eur Heart J* 2014;35(30):1996-2000.
31. Effect of fenofibrate on progression of coronary-artery disease in type 2 diabetes: the Diabetes Atherosclerosis Intervention Study, a randomised study. *Lancet.* 2001;357(9260):905–910.
32. Scott R, O'Brien R, Fulcher G et al. Effects of fenofibrate treatment on cardiovascular disease risk in 9 795 individuals with type 2 diabetes and various components of the metabolic syndrome (FIELD study). *Diabetes Care* 2009; 3:493-498.
33. The FIELD study investigators. Effect of fenofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD study): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007; 370:1687 – 1697.
34. The FIELD study investigators. Effect of fenofibrate on amputation events in people with type 2 diabetes mellitus (FIELD study): a prespecified analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;373:1780-1788.
35. The ACCORD Study Group: Effects of Combination Lipid Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 2010;362:1563–1574.
36. Min J, Celine F, Jicheng LV et al. Effects of fibrates on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2010;375:1875-1883.
37. The ACCORD Study Group and ACCORD Eye Study Group: Effects of Medical Therapies on Retinopathy in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2010;363:233–244.
38. Simó R, Roy S, Béhar-Cohen F et al. Fenofibrate: a new treatment for diabetic retinopathy. Molecular mechanisms and future perspectives. *Curr Med Chem* 2013;20:3258-66.
39. Sacks FM, Hermans MP, Fioretto P et al. Association between plasma triglycerides and high-density lipoprotein cholesterol and microvascular kidney disease and retinopathy in type 2 diabetes mellitus: a global case-control study in 13 countries. *Circulation* 2014;129(9):999-1008.
40. Bays HE. Lowering low-density lipoprotein cholesterol levels in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of General Medicine* 2014;7:355–364.
41. Grundy SM, Vega GL, Yuan Z et al. Effectiveness and tolerability of simvastatin plus fenofibrate for combined hyperlipidemia (the SAFARI trial). *Am J Cardiol* 2005;95:462-468.
42. Barter PJ, Caulfield M, Eriksson M et al. Effects of torcetrapib in patients at high risk for coronary events. *N Engl J Med* 2007; 357: 2109–2122.
43. Schwartz GG, Olsson AG, Abt M et al. Effects of dalcetrapib in patients with a recent acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2012; 367: 2089–2099.
44. Rader DJ, de Goma EM. Future of cholesteryl ester transfer protein inhibitors. *Ann Rev Med* 2014; 65: 385–403.
45. Abifadel M, Varret M, Rabès JP et al. Mutations in PCSK9 cause autosomal dominant hypercholesterolemia. *Nat Genet.* 2003;34:154-156.
46. Stroes E, Colquhoun D, Sullivan D et al. Anti-PCSK9 Antibody Effectively Lowers Cholesterol in Patients with Statin Intolerance: The GAUSS-2 Randomized, Placebo-controlled Phase 3 Clinical Trial of Evolocumab. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(23):2541-2548.
47. Koren JM, Lundquist P, Bolognese M et al. Anti-PCSK9 Monotherapy for Hypercholesterolemia – The MENDEL-2 Randomized, Controlled Phase 3 Clinical Trial of Evolocumab. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(23):2531-2540.
48. Robinson JG, Rogers W, Nedergaard BS et al. Rationale and Design of LAPLA-CE-2: A Phase 3, Randomized, Double-Blind, Placebo- and Ezetimibe-Controlled Trial Evaluating the Efficacy and Safety of Evolocumab in Subjects With Hypercholesterolemia on Background Statin Therapy. *Clinical Cardiology* 2014;37:195-203.
49. Blom DJ, Hala T, Bolognese M et al., for the DESCARTES Investigators. A 52-week placebo-controlled trial of evolocumab in hyperlipidaemia. *N Engl J Med* 2014;370:1809-1819.
50. Kastelein JJP, Ginsberg H, Langslet G et al. Efficacy and safety of alirocumab in patients with heterozygous familial hypercholesterolaemia not adequately controlled with current lipid lowering therapy: results of ODYSSEY FH I and FH II studies. Presented on August 31, 2014 at the 2014 European Society of Cardiology (ESC) Congress, Barcelona, Spain, August 30 – September 3, 2014.
51. Cannon C, Cariou B, Blom D. et al. Efficacy and safety of alirocumab in high cardiovascular risk patients with inadequately controlled hypercholesterolaemia on maximally tolerated daily statins: results from the ODYSSEY COMBO II study. Presented on August 31, 2014 at the 2014 European Society of Cardiology (ESC) Congress, Barcelona, Spain, August 30 – September 3, 2014.
52. Robinson J, Farnier M, Krempf M et al. Long-term safety, tolerability and efficacy of alirocumab versus placebo in high cardiovascular risk patients. First results from ODYSSEY LONG TERM study in 2341 patients. Presented on August 31, 2014 at the 2014 European Society of Cardiology (ESC) Congress, Barcelona, Spain, August 30 – September 3, 2014.

Dorithricin[®]

tyrothricinum, benzalkonii chloridum, benzocainum



ZLOŽENIE

Každá 1 pastilka obsahuje 0,5 mg tyrotricínu, 1 mg benzalkónia a 1,5 mg benzokaínu.

CHARAKTERISTIKA

Ide o liek určený na liečbu zápalu v ústnej dutine. Jeho účinok je založený na synergickom pôsobení polypeptidového antibiotika (tyrothricín) s antisepticky pôsobiacou kvartérnou amónnou bázou (benzalkónium) a lokálnym anestetikom (benzokaín).

FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI

Tyrotricín je antibioticky pôsobiaca peptidová zmes zložená z tyrocidínov (80 %) a gramicidínov (20 %) pochádzajúcich od *Bacillus brevis*. Kým tyrocidíny narušajú prísun živín cez bakteriálnu membránu, gramicidíny narušujú ich zloženie, v dôsledku čoho dochádza k narušeniu procesu oxidatívnej fosforylácie (= prerušenie energetického metabolizmu baktérií) pri súčasne osmotickej destabilizácii bunky. Vzhľadom na uvedené, nešpecifické, pôsobenie tyrotricínu na bunkové membrány, nedochádza ku skríženej rezistencii s ostatnými antibiotikami. Pôsobí predovšetkým na G+ baktérie, na čele so streptokokmi a stafylokokmi^{1,2}, vrátane methicilín-rezistentného *Staphylococcus aureus* (MRSA)^{3,4}. Literárne sa však poukazuje aj na pôsobenie proti pseudomonádam, kvasinkám^{5,6} a na antivírusové účinky⁷. Benzalkónium je kvartérnou amónnou bázou, ktorá navodí osmotickú destabilizáciu G+ i G- baktérií, pričom dochádza k inhibícii ich rastu a bunkovej lýze. Benzokaín je esterové lokálne anestetikum (ide o etylester kyseliny para-aminobenzoovej) vyznačujúcej sa rýchlym nástupom pôsobenia. Jeho mechanizmus pôsobenia je rovnaký ako pri ostatných lokálnych anestetikách – spočíva v blokáde sodíkových kanálov a následnom zabránení depolarizácie bunkovej membrány, a tak šíreniu akčného potenciálu.

Rozsah absorpcie všetkých uvedených látok sa vzhľadom na ich chemickú povahu a užitú množstvo považuje za klinicky irelevantný.

INDIKÁCIE

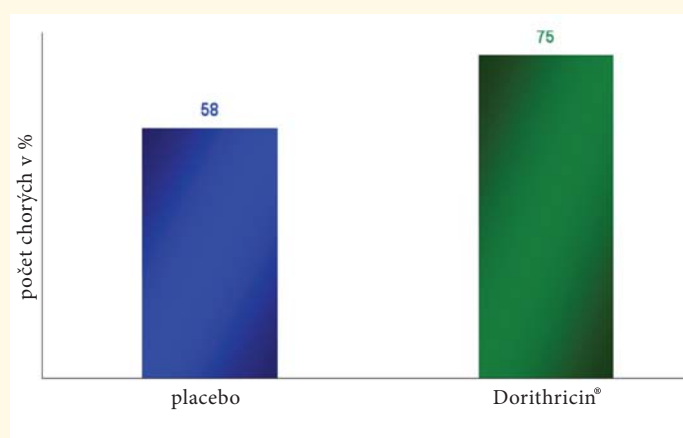
Pri zápaloch a bolestiach hrdla s bolestivým prehĺtaním, pri zápaloch hltana a hrtana, pri zápaloch sliznice ústnej dutiny a ďasien.

KLINICKÉ SKÚSENOSTI

Na antibakteriálny účinok tyrotricínu sa poukazovalo už od polovice minulého storočia. Odvtedy sa vykonalo množstvo preklinických i klinických štúdií sledujúcich jeho účinnosť i bezpečnosť v tejto i v iných indikáciách (v stomatológii, ORL, urológii, gynekológii, dermatológii – v liečbe popálenín a kožných infekcií – a pod.).

Klinické skúsenosti s týmto konkrétnym prípravkom v liečbe akútnej faryngitídy, t.j. schválenu liečebnou indikáciou, sú publikované najmä v nemeckom písomníctve. Uvedme, že akútna faryngitída celosvetovo patrí k najčastejšie sa vyskytujúcim ochoreniam vyznačujúcim sa predovšetkým bolesťami v hrdle so zdurením a začervenaním krčných mandlí a problémami s prehĺtaním. Pridružiť sa môžu i celkové príznaky charakterizované predovšetkým únavou a zvýšenou telesnou teplotou, až horúčkou. Zväčša ide o ochorenie s vírusovou etiológiou (koronavírusy, adenovírusy, pikornavírusy a i.), jednako však sekundárne môže dôjsť k bakteriálnej superinfekcii. Stanovenie diagnózy sa opiera predovšetkým o klinický nález v rámci diferenciálnej diagnostiky doplnený prípadne o výter z mandlí alebo stanovenie hladiny markerov zápalu (najmä C-reaktívny proteín). Liečba je tak predovšetkým symptomatická spočívajúca v snahe o elimináciu klinických ťažkostí.

Obrázok 1. Podiel pacientov bez ťažkostí po troch dňoch liečby (upravené podľa Eberhardt et al.)⁸





Eberhardt et al. vo svojej práci porovnávali podiel uzdravených po troch dňoch užívania Dorithricínu v porovnaní s placebom u chorých s akútnou faryngitídou (n = 118) vo veku 18–70 rokov. Placebo i liek sa podávali 6-krát denne v dvojhodinových intervaloch. Primárne sledovaný cieľ, t.j. dosiahnutie zníženia bolesti v hrdle a obmedzenie ťažkostí s prehĺtaním, sa dosiahol častejšie u aktívne liečených osôb – 75 % vs. 58 % (p = 0,04) – obrázok 1. Hodnotenie účinnosti bolo porovnateľné zo strany chorých s hodnotením lekárov na základe klinického nálezu, pričom v oboch prípadoch cca 4/5 opýtaných opísali aktívnu liečbu ako veľmi dobrú alebo dobrú. Liečbu pritom chorí veľmi dobre znášali a v tomto smere sa významne nelíšila od placeba⁸.

O rok neskôr bola publikovaná práca s podobným designom, t.j. randomizovaná a dvojito zaslepená štúdia s dávkovaním 6-krát denne v dvojhodinových intervaloch. Aj tu bola zaznamenaná vyššia účinnosť Dorithricínu v porovnaní s placebom, a to prostredníctvom hodnotenia PCAS (Pharyngitis Clinical Assessment Score), pričom sa dosiahli podobné výsledky (n = 178). Ani v tejto štúdii sa bezpečnostný profil oboch prístupov významne nelíšil, všeobecne sa liečba veľmi dobre znášala⁹.

KONTRAINDIKÁCIE

Prípravok sa nesmie podávať pri známej precitlivenosti na ktorúkoľvek z látok, ktoré prípravok obsahuje. Nakoľko jednou z pomocných látok je sorbitol, nesmie sa podávať ani pri známej precitlivenosti na túto látku alebo na fruktózu. U diabetikov treba pamätať na jeho energetický obsah. Pastilky sa nesmú užívať pri rozsiahlejších a/alebo čerstvých poraneniach ústnej dutiny.

BEZPEČNOSŤ A ZNÁŠANLIVOSŤ

Pacienti prípravok zvyčajne veľmi dobre znášajú. Prípadné nežiaduce účinky sa vyskytujú zriedka a majú len prechodný charakter. Benzokáin, ako esterové lokálne anestetikum, môže vyvolať alergickú reakciu.

LIEKOVÉ INTERAKCIE

Pri užívaní prípravku neboli zaznamenané žiadne klinicky významné farmakokinetické a ani farmakodynamické liekové interakcie, ani významné interakcie s jedlom. Táto skutočnosť je daná jednak chemickou podstatou látok, ktoré sa tu nachádzajú, jednak lokálnou cestou podávania.

TEHOTENSTVO A LAKTÁCIA

Nakoľko sa žiadny negatívny vplyv na embryo/plod nepozoroval pri užívaní tohto prípravku, jeho aplikácia tehotným sa musí vopred starostlivo zvažovať. To isté platí aj pri užívaní u dojčiacich žien.

DÁVKOVANIE

Prípravok sa užíva v závislosti od prítomných ťažkostí niekoľkokrát denne s odstupom 2-3 hodín medzi jednotlivými dávkami (1-2 cps.), pričom sa nechá voľne rozpustiť v ústnej dutine. Prípravok sa odporúča podávať ešte ďalších 24 hodín po odoznení klinických prejavov ochorenia. Vzhľadom na užívanú liekovú formu a spôsob aplikácie nie je jeho podávanie vhodné pre novorodencov, dojčatá a batolátá.

BALENIE

Registrované sú balenia s obsahom 20 a 40 tvrdých pastiliek.

DRŽITEL ROZHODNUTIA O REGISTRÁCI

Medice Pharma GmbH & Co. KG, Iserlohn, Nemecko.

LITERATÚRA

1. FONG J, KRUEGER AP. The lytic action of tyrothricin and its derivatives on *Staphylococcus aureus*. *J Gen. Physiol* 1950; 33: 311-313.
2. Ruckdeschel G, Beaufort F, Nahler G, Belzer O. In vitro antibacterial activity of gramicidin and tyrothricin. *Arzneimittelforschung*. 1983; 33: 1620-1622.
3. Chen YH, Liu CY, Ko WC et al. Trends in the susceptibility of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* to nine antimicrobial agents, including ceftobiprole, nemonoxacin, and tyrothricin: results from the Tigecycline In Vitro Surveillance in Taiwan (TIST) study, 2006-2010. *Eur J Clin Microbiol. Infect. Dis.* 2014; 33: 233-239.
4. Kretschmar M, Witte W, Hof H. Bactericidal activity of tyrothricin against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* with reduced susceptibility to mupirocin. *Eur J Clin Microbiol. Infect. Dis.* 1996; 15: 261-263.
5. Knothe H, Beckmann I, Kiesel K, Oelschlagel H. [The antibacterial activity of a gel for burns and wounds containing tyrothricin, fomicaine, diphenhydramine and 8-hydroxyquinoline (author's transl)]. *Arzneimittelforschung*. 1980; 30: 667-670.
6. Kretschmar M, Nichterlein T, Nebe CT, Hof H, Burger KJ. Fungicidal effect of tyrothricin on *Candida albicans*. *Mycoses* 1996; 39: 45-50.
7. Grossgebauer K, Hartmann D. [Antiviral activity of tyrothricin against Sendai virus in suspension tests (author's transl)]. *Zentralbl. Bacteriol. Orig. B* 1978; 166: 434-442.
8. Eberhardt R. Dorithricin: novinka v léčbě akutní faryngitidy. *Deutsche Apotheker Zeitung* 2004; 144.
9. Scholten T. Dorithricin u akutní faryngitidy. *Deutsche Apotheker Zeitung* 2005; 145.

KLINICKÉ VYUŽITIE PRÍPRAVKU MD KOLAGÉNOVÉ INJEKCIE V AMBULANCIÍ LEKÁRA

MUDr. Tatiana Geistová,

Algeziologická klinika FNŠP FDR, Banská Bystrica

Vlastná kazuistika: MD NEURAL v liečbe trigeminálnej neuralgie

Medzi prvými pacientmi, ktorí prejavili záujem o liečbu aplikáciou MD injekcií, bola aj 51-ročná pacientka s neuralgiou 2. a 3. vetvy trigeminálneho nervu vpravo, trvajúcou dva roky. Frekvencia záchvatov bola 5 – 7-krát týždenne. Záchvat trval tri hodiny až celý deň.

Boleť bola lokalizovaná v pravom ústnom kútiku, s propagáciou do pravého ucha. Pacientka ju popisovala ako ostrú, pálivú, pichavú, elektrizujúcu, pulzujúcu, neznesiteľnú. Intenzita bolesti v maxime na škále VAS 9-10b, medzi záchvatmi bola na VAS 5 b. Záchvat bolesti dokázal spustiť aj mierny závan vetra, pacientka si trvalo chránila tvár, vyhýbala sa prievanu. Čiastočne bola bolesť ovplyvniteľná aplikáciou tramadolu alebo kombinovaného prípravku tramadol + paracetamol.

V roku 2009 bola stomatologickým vyšetrením vylúčená dentálna príčina ťažkostí, MRI vyšetrením bol vylúčený neurovaskulárny konflikt. Následne bola realizovaná alkoholizácia vetiev n.V vpravo. Tento výkon pacientke neprinesol žiadnu úľavu.

Z osobnej anamnézy sa sťažovala na dyspepsiu, pred rokmi podstúpila cholecystektómiu.

Pacientka bola operovaná pre otosklerózu vľavo, na bolesti ľavého ucha ani bolesti ľavej polovice tváre sa nestožovala.

Udávala alergiu na ACP, PNC, prach, perie, peľ a ovos. Pracovala ako administratívna pracovníčka.

Pacientka bola v starostlivosti neurológa, farmakoterapia zahŕňala pregabalín v dennej dávke 300 mg, rozdelenej do dvoch dávok, flupirtin v dennej dávke 300 mg, rozdelenej do troch dávok, citalopram v dávke 20 mg jedenkrát denne a slabý opioid tramadol, ktorého spotreba v čase záchvatu bolesti dosahovala denne prípustné maximálne dávky, t.j. 400 mg. Okrem toho užívala aj tramadol v kombinovanom prípravku s paracetamolom.

Pri prvom vyšetrení pacientka bola priam zúfalá a vyslovila šokujúcu vetu, ktorá odrážala jej uprtenie.

„Každý deň sa modlím, aby som sa už ráno nezobudila.“

Pacientka pracovala pôvodne v administratíve, pre neznesiteľné bolesti musela zmeniť prácu a pracovala na skrátenej úväzok v materskej škôlke ako pomocníčka.

Algeziologická diagnóza:

Chronická nenádorová bolesť, neurogénna, prevažne centrálna.

Na žiadosť pacientky sme zahájili liečbu MD injekciami, konkrétne MD NEURAL, v režime prvé dva týždne 2x týždenne, následne šesť týždňov 1x týždenne. Injekcie sme aplikovali subkutánne do bolestivých bodov.

Po tomto období pacientka udávala zníženie frekvencie záchvatov na 1 za dva týždne a zmiernenie intenzity bolesti o 80 %, čo na škále VAS je pokles z 10 b v maxime na 2 b v maxime. Nezaznamenali sme žiadne vedľajšie účinky. Vďaka tomu mohla výrazne znížiť dávku slabého opioidu – tramadolu. Dnes ho užíva len výnimočne, pri záchvate bolesti, maximálne v dávke 100 mg. Dávku citalopramu sme znížili na 10 mg denne. Flupirtin sme z chronickej medikácie vysadili. Dávku pregabalínu sme nemenili.



MUDr. Tatiana Geistová

Vzhľadom na efekt liečby a spokojnosť pacientky pokračujeme v aplikácii MD NEURAL inj 1x mesačne doteraz. Celkovo táto liečba trvá štvrtý rok.

Diskusia / záver:

Pacientka na aplikáciu liečby prichádzala zo vzdialenosti cca 100 km, liečbu tolerovala bez akýchkoľvek ťažkostí. Ocenila jednoduchosť aplikácie ako i dobrú znášanlivosť bez nežiaducich účinkov. Výrazne sa zmenil aj psychický status. Samozrejme pozitívne hodnotí aj vysadenie slabého opioidu z liečby.

Celkovo sa jej stav zlepšil natoľko, že dokázala prekonať svoj strach a je schopná pracovať v zahraničí ako opatrovatelka.

GUNA MD – injekcie

V TERAPII BOLESTI

Prípravky fyziologickej regulačnej medicíny:

MD-Neck

MD-Neural

MD-Thoracic

MD-Lumbar

MD-Ischial

MD-Shoulder

MD-Small Joints

MD-Hip

MD-Poly

MD-Muscle

MD-Matrix

MD-Tissue

MD-Knee



Benefity:

- ✓ Zmiernenie bolesti a zlepšenie pohyblivosti svalov, kĺbov a chrbtice
- ✓ Spomalenie degenerácie kĺbov a pridružených tkanív
- ✓ Nežiaduce účinky neboli pozorované
- ✓ Bez liekových interakcií



zdravotnícky prostriedok

Dostupnosť: vo všetkých lekárňach bez lekárskeho predpisu.

Informačný servis zabezpečuje spoločnosť inPHARM, tel.: +421 2 44 630 402, inpharm@inpharm.sk



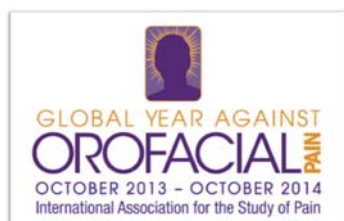
OROFACIÁLNA BOLEŠŤ: ETIOLÓGIA, PATOFYZIOLÓGIA, DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA, KLASIFIKÁCIA VYBRANÝCH SYNDRÓMOV, ZÁKLADNÉ ZÁSADY LIEČBY

MUDr. Marta Kulichová, CSc.,

Oddelenie pre liečbu chronickej bolesti, UNM a JLF UK, Martin

Orofaciálna bolesť je dôsledkom ochorenia či poškodenia regionálnych štruktúr, dysfunkcie nervového systému, alebo je prenesená z iných oblastí. Diagnostický prístup kategorizuje orofaciálnu bolesť na základe štyroch vyvolávajúcich mechanizmov: muskuloskeletálny, neuropatický, neurovaskulárny a psychogénny. Aj preto diagnostika a liečba orofaciálnej bolesti nemôže byť len záležitosťou stomatóloga, ale vyžaduje interdisciplinárny prístup špecialistov. Autorka uvádza definíciu, etiológiu, diferenciálnu diagnostiku orofaciálnej bolesti, tiež niektoré špeciálne syndrómy orofaciálnej bolesti a základné zásady liečby.

Orofaciálna bolesť (OFB) je v súčasnosti predmetom najväčšieho záujmu, nakoľko IASP (International Association for Study and Treatment of Pain) a EFIC (European Federation of IASP Chapters) vyhlásili rok 2014 za Svetový rok proti bolesti práve na tému OROFACIÁLNA BOLEŠŤ (obrázok 1). Cieľom kampane je: Rozšíriť informácie o OFB po celom svete: Vzdelávať teoretikov i klinikov v každej krajine, ako aj širokú populáciu zdravotníkov a ich pacientov; Pripomenúť problém OFB na úrovni oficiálnych vládnych orgánov krajín, v masmédiách a v širokej populácii; Povzbudiť vládnych predstaviteľov, vedecké inštitúcie a ostatných mienkotvorných ľudí, aby viac podporovali výskum,



Obrázok 1. Logo svetového a európskeho roka boja proti bolesti

účinné a dostupnejšie liečebné metódy pre tých, ktorí trpia OFB; Túto kampaň, podobne ako všetky predchádzajúce, na Slovensku zastrešuje SSSĽB (Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti), jej členmi sú algeziológovia, ktorí vedú 44 ambulancií na liečbu chronickej bolesti na Slovensku, na nich sa možno obrátiť, ak je problém s diagnostikou a liečbou chronickej bolesti.

ETIOLÓGIA OFB

Stomatológovia, či už všeobecní alebo špecialisti, liečia každodenne množstvo pacientov s OFB. Môže byť pociťovaná tak na tvári, ako aj v ústnej dutine, v dôsledku ochorenia regionálnych štruktúr, dysfunkcie nervového systému, či vzdialených zdrojov. Etiológia je jednoznačne multifaktoriálna, keďže chronická OFB má mnohé príčiny:¹ lokálne: ucho, oko, nos, sínusy, hrtan, zuby, čeľusť, TMK (temporomandibulárny kĺb)² ostatné: vaskulárne, neurologické, psychogénne, prenesené a iné (obrázok 2). Príčiny a syndrómy OFB majú tri základne lokalizácie:¹ orálna bolesť s dentálnou príčinou (a) a (b) nedentálnou,² bolesť tváre a bolesť hlavy³, jednotlivé bolesti sa tu rôzne kombinujú (obrázok 3).

PATOFYZIOLÓGIA OFB

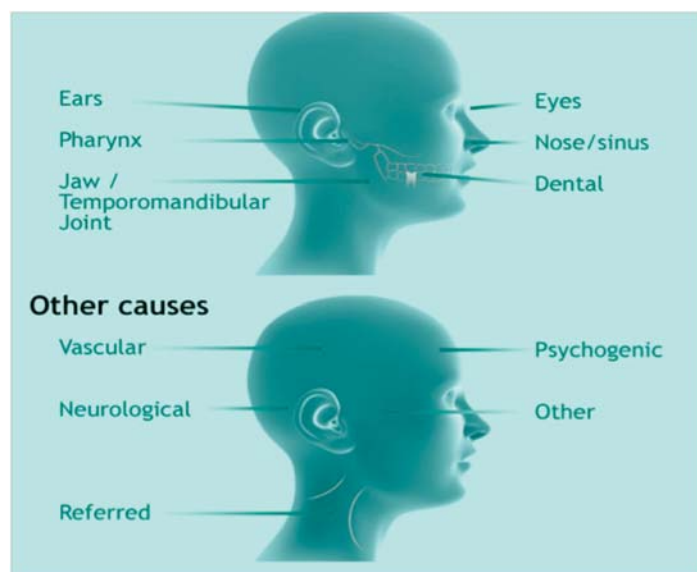
OFB má všetky patofyziologické aspekty, môže byť: neuropatická (postherpetická neuralgia, posttraumatická trigeminálna neuralgia, atypická odontalgia, BMS – páľivá bolesť úst), muskuloskeletálna (temporomandibulárne ochorenia, perzistujúca svalová OFB), primárna bolesť hlavy (chronická migréna, epizodická migréna, tenzná bolesť hlavy, drug rebound bolesť hlavy, trigeminálna autonómna cefalgia), vaskulárna (bolesť po náhlejšej mozgovej cievnej príhode, Giant cell arteritída), zmiešaná alebo neznáma (perzistentná bolesť tváre, nádorová bolesť).

DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA OFB

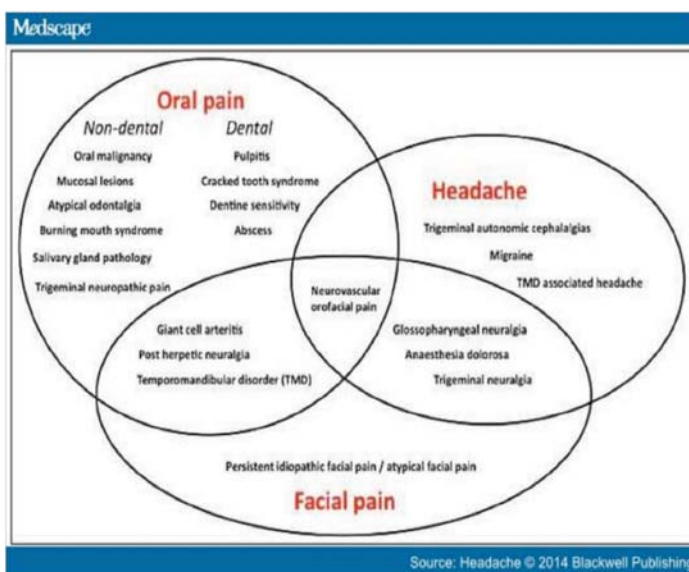
Diagnostika a liečba OFB patrí väčšinou stomatólogom, ale je vhodné a často nevyhnutné inkorporovať aj ostatných špecialistov. Nejde len o to diagnostikovať a liečiť akútnu dentálnu bolesť, ale aj zistiť príčinu, čo môže

DEFINÍCIA OFB

Chronická OFB trvá viac ako 3 mesiace, pociťuje sa na tvári a/alebo v ústnej dutine, je vyvolaná chorobou/poškodením regionálnych štruktúr a/alebo dysfunkciou nervových štruktúr, či v dôsledku prenesených informácií zo vzdialených oblastí. Jej výskyt narastá napr. vo Veľkej Británii postihuje 7-19 % populácie, v 67 % z nich ide o inú ako dentálnu príčinu.



Obrázok 2. Etiológia chronickej OFB



Obrázok 3. Príčiny a syndrómy OFB³



KRKA v roku 2014
Váš spoľahlivý partner už 60 rokov!



doreta®

tramadol/paracetamol 37,5 mg/325 mg a 75 mg/650 mg
Filmom obalené tablety



Harmonicky proti bolesti

**Jediní s dvojitou dávkou
75/650 mg na trhu¹**

Na zmiernenie
symptómov širokého spektra
stredne silných až silných bolestí.

Skrátená informácia o lieku

Doreta 37,5 mg/325 mg filmom obalené tablety

Doreta 75 mg/650 mg filmom obalené tablety

37,5 mg tramadoliumchloridu a 325 mg paracetamolu, resp. 75 mg tramadoliumchloridu, a 650 mg paracetamolu. **Terapeutické indikácie:** symptomatická liečba strednej až silnej bolesti. Pre pacientov, ktorých stredná až silná bolesť vyžaduje kombináciu tramadolu a paracetamolu. Dávkovanie a spôsob podávania: *Dospelí a dospievajúci (12 roční a starší):* Dávkovací interval nemá byť kratší ako 6 hodín. Dávka sa má nastaviť individuálne **Doreta 37,5mg mg/325 mg:** úvodná dávka je dve tablety. Maximálna dávka je 8 tabliet za deň. **Doreta 75mg/650mg:** úvodná dávka je jedna tableta. Maximálna dávka sú 4 tablety za deň. Liečba u detí mladších ako 12 rokov neodporúča. **Kontraindikácie:** precitlivenosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok lieku, akútna otrava alkoholom, hypnotikami, centrálné pôsobiace analgetikami, opioidmi alebo psychotropnými liekmi, pacienti, ktorí súčasne užívajú inhibitory MAO, ťažké poškodenie funkcie pečene, liečbou nekontrolovaná epilepsia. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Doreta sa neodporúča: pri ťažkej respiračnej insuficiencii, u pacientov s ťažkým poškodením obličiek, u epileptických pacientov, S opatrnosťou sa má používať u pacientov závislých na opioidoch

alebo u pacientov s úrazom hlavy, u pacientov náchylných ku konvulzívnym poruchám, poruchám žilcových ciest, v šokovom stave, v alterovanom stave zmatenosti z neznámych príčin, s problémami ovplyvňujúcimi centrum dýchania alebo dýchaciu funkciu alebo so zvýšeným intrakraniálnym tlakom. Súbežné použitie opioidných agonistov-antagonistov sa neodporúča. Tramadol môže spôsobiť ospalosť alebo závraty, ktoré sa môžu stupňovať alkoholom. **Liekové a iné interakcie:** inhibitory MAO, alkohol, karbamazepín a iné induktery enzýmov, agonisty-antagonisty opioidov. **Gravidita a laktácia:** nemá sa používať v gravidite a počas dojčenia. Nežiaduce účinky: najčastejšie hlásené nežiaduce účinky počas klinických štúdií boli: nauzea, závraty a spavosť, pozorované u viac ako 10 % pacientov. Ďalej zmatenosť, zmeny nálady, poruchy spánku, sucho v ústach, hnačka, bolesť brucha, dyspepsia, flatulencia, potenie, svrbenie. **DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCIÍ:** KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Slovinsko **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** marec 2014 Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Skrátené SPC bolo upravené podľa jednotlivých SPC. **Pred predpísaním si pozorne prečítajte úplnú informáciu o lieku (SPC).**

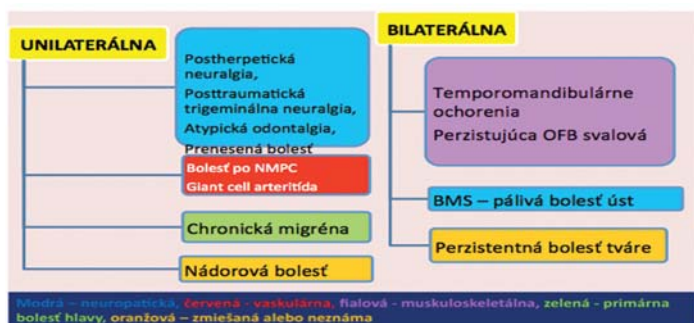
Literatúra: 1. Zoznam kategorizovaných liekov MZ SR platný k 1.10.2014

Úplnú informáciu o lieku získate na adrese:

KRKA Slovensko, s.r.o., Mlynské Nivy 45, 821 09 Bratislava, Tel.: (02) 571 04 501, Fax (02) 571 04 502, www.krka.sk

KRKA

60 rokov



Obrázok 4. Kontinuálna OFB

byť trauma, infekcia alebo iný odontogénny pôvod. Stomatológovia zodpovedajú aj za diagnostiku a liečbu neodontogénnej OFB. Táto bolesť je často chronická a pretrvávajúca, multifaktoriálna a komplexná, stresuje a oslabuje pacienta. Ak nie sú dostatočné vedomosti o etiopatogenéze a neurobiologických mechanizmoch bolesti, ktoré ju vyvolávajú, vedie to k nesprávnej diagnóze a následnej neúčinnnej či dokonca škodlivej liečbe. Stomatológovia musia rozpoznať potrebu multidisciplinárnej liečby bolesti a včas prizvať príslušných špecialistov. Široké spektrum OFB je dôsledkom tesného výskytu početných anatomických štruktúr: oči, nos, zuby, jazyk, sínusy, uši, miestne svaly a temporomandibulárne kĺby. Tieto štruktúry môžu byť zdrojom bolesti tváre, ktorá sa šíri do blízkych alebo nezávislých miest. Napríklad nie je známe, že existuje spojenie medzi bolesťou hlavy a tváre! Existuje viacero odporúčaní, ako liečiť úspešne OFB. Jeden takýto diagnostický prístup kategorizuje OFB do štyroch skupín na základe vyvolávajúcich mechanizmov: muskuloskeletálna, neuropatická, neurovaskulárna a psychogénna. Základné delenie OFB je na bolesť intermitentnú a kontinuálnu, u oboch na unilaterálnu alebo bilaterálnu. Nasledovné schémy zobrazujú všetky ich variácie (obrázok 4 a 5). Toto delenie je explicitne dôležité, z neho vychádza samotná diferenciálna diagnostika OFB aj jej nasledovná liečba.



Obrázok 5. Intermitentná OFB

Bolesť ústnej dutiny, tváre a krku: Obštrukčné choroby slinných žliaz, bolesť sa zhoršuje preprandiálne, je viditeľný opuch, erytém, zápal a teplo naliehajúcej kože. Atypická odontalgia sa manifestuje kontinuálnou bolesťou, je charakterizovaná dentoalveolárnou bolesťou, je unilaterálna (lokalizovaná), páľivá, niekedy s vystrelujúcimi elektrickými výbojmi, je prítomná alodýnia, hyperalgezia, hypestézia, dyzestézia, vokalizovaná ako: „kontinuálne zatŕkanie špendlíkov“, „rezanie tváre s pretrvávajúcim mliaždením a pálením“. Chýba zrejmy vyvolávajúci faktor. Liečba patrí do kompetencie algeziológa, príp. neurológa.

Posttraumatická trigeminálna neuropatická bolesť – kontinuálna, unilaterálna, silná, veľmi podobná atypickej odontalgii. Na rozdiel od nej, má identifikovateľnú príčinu, môže to byť: fyzická trauma, fraktúra tvárových kostí, stomatologické intervencie (apiektómia, extrakcie zubov, implantácie zubov). Prítomná je významná psychická tensia, zvýšené riziko ďalšieho poškodenia pri ďalších chirurgických intervenciách kvôli bolesti. Liečba rovnako patrí do kompetencie algeziológa, prípadne neurológa.

Páľivá bolesť úst – bolesť je kontinuálna, obvyčajne bilaterálna, páľivá, najčastejšie postihuje jazyk, sliznica nevykazuje žiadne abnormality. Často je spojená so zmenami chuti a množstvom či kvalitou slín. Je častejšia u žien v menopauze. Je prítomná významná anxieta a depresia. Podľa FMRI (funkčná magnetická rezonancia) sú detekovateľné zmeny v CNS, čo podporuje neurofyziologický pôvod ochorenia.

3. Intraorálna – faciálna: „Giant cell arteritis“

Je to bežná forma vaskulitídy u starších ľudí, začína v 72 rokoch, ale väčšina postihnutých má >50 rokov, je 2-3-krát častejšia u žien. Klasické symptómy sú: bolesť hlavy, ramien a bedrových kĺbov (polymyalgia rheumatica), klaudikácie sánky (po žuvaní), horúčka, zahmlené videnie. Ďalšie symptómy: citlivosť skalpu, bolí česanie vlasov, kašeľ, bolesť krku, jazyka, úbytok hmotnosti, depresia, porážka, bolesť ramien pri cvičení. Niektorí majú viacero symptómov, iní len niekoľko, slepota je najčastejšia. Čo ochorenie vyvoláva sa nevie, ale dôležitý faktor je vyšší vek, imunitný stav. Diagnóza je na základe biopsie z temporálnej artérie, krvné testy vykazujú ľahkú anémiu a zvýšenú sedimentáciu (FW). V liečbe sa využívajú kortikosteroidy, ulavlia a zabráni strate zraku³.

ZÁKLADNÉ ZÁSADY LIEČBY OFB

Dentálna príčina bolesti je v plnej kompetencii stomatológa. Nedentálna farmakologická liečba OFB sa riadi základným farmakologickým princípom liečby bolesti, t.j. podľa trojstupňového rebríka SZO (Svetová zdravotnícka organizácia), pri akútnej bolesti smerom nadol, pri chronickej bolesti smerom nahor (obrázok 6).

Pre bolesť v oblasti hlavy a krku sú liekom voľby NSA (nesteroidové antiflogistiká): ibuprofén, diklofenak, naproxén a iné. Pri nádorových bolestiach samozrejme siahame aj po opioidoch 2. stupňa (tramadol, dihydrokodeín),

OROFACIÁLNA BOLEŠŤ – KLASIFIKÁCIA NIEKTORÝCH SYNDRÓMOV PODĽA ETIOLÓGIE

1. Intraorálna-dentálna príčina: V dôsledku významnej neurálnej konvergenencie: čeľuste a tvár, môže byť bolesť: prenesená, nepresne lokalizovaná, dôsledkom je chybná diagnóza. Sú štyri hlavné príčiny: pulpitída, absces, „cracked tooth sy“ a citlivé zuby. Bolesť je často akútna, ale pretože je pomerne bežná, môže koexistovať s inými chronickými bolesťami. Liečba je kauzálna stomatologická, ďalej zahŕňa antibiotiká a nesteroidové protizápalové lieky (NSA).

Pulpitída: bolesť je¹ reverzibilná, intermitentná, prchavá, vystrelujúca, alebo ireverzibilná², spontánna, kontinuálna, tupá. Zhoršuje ju horúci alebo studený stimul, fyzická aktivita a pohyb. Pulpitída je zle lokalizovateľná.

Absces – vtedy infekcia dosiahne apex alebo koreň, rozšíri sa na kosť, sliznicu a mäkké štruktúry. Bolesť je kontinuálna, dobre lokalizovaná, zub je citlivý na ľahký poklop.

„Cracked tooth sy“ vznikne, keď porušenie tvrdých častí zubu (sklovina, dentín) dosiahne dreň, hoci pritom prasklina nie je viditeľná voľným okom. Bolesť je intermitentná, ostrá, obvyčajne spojená s hryzením, hlavne tvrdej potravy, zuby sú citlivé na horúce a studené, príčina je ťažko diagnostikovateľná.

Citlivé zuby: bolesť je veľmi rýchla, intermitentná, vystrelujúca, prejavuje sa precitlivenosťou. Vždy možno identifikovať vyvolávajúci stimul: horúce a studené, sladké nápoje a potrava, mechanická trauma, napr. zubná kefka.

2. Intraorálna – nedentálna príčina

Slizničná bolesť je ostrá, páľivá, presne lokalizovaná, zhoršovaná prijímaním potravy, vždy spojená s abnormalitou sliznice. Možné príčiny:¹ karcinómy zo squamóznych buniek,² zápalové ochorenia: lichen planus, aftózna stomatitída, kandidóza, herpes simplex, pri hematologických malignitách, HIV, po rádio- a chemoterapii.



či 3. stupňa analgetického rebríka (oxykodón, tapentadol, hydromorfón, buprenorfín, fantanyl, morfín). Pri vaskulárnych bolestiach hlavy hrajú špeciálnu úlohu triptany. Pri neuropatických bolestiach sú to hlavne antikonvulzíva: karbamazepín, gabapentín, pregabalín. Je tu veľmi vysoké skóre depresie, takže anxiolytiká (alprazolam) a antidepressíva (amitriptylín, fluvoxamín, sertralín, venlafaxín atď.) sú prakticky obligátne.

Ak sa nepodari jasne identifikovať príčinu bolesti a bolesť je intenzívna, môžeme výhodne siahnuť po opioidoch, lebo ich účinnosť sa preukázala pri nociceptívnej, ako aj pri neuropatickej bolesti. Možno ich použiť aj pri nádorovej bolesti, ktorá vo väčšej či menšej miere zahŕňa oba základné typy bolesti, to znamená tak ako zložku nociceptívnu, tak aj neuropatickú. Ak hovoríme o opioidoch, potom sa ponúka možnosť využitia ich fixnej kombinácie s paracetamolom (kodeín či tramadol, prípadne v zahraničí dostupnej kombinácie s hydrokodónom a i.). Obidve látky pôsobia vzájomne synergicky, a preto môžeme očakávať dobré tmenie bolesti. Fixné kombinácie môžu byť vhodné aj u pacientov, ktorí netolerujú vyššie dávky slabých opioidov alebo potentnejšie opioidy. Pomerne krátko máme možnosť siahnuť po klinickými štúdiami dostatočne overenej kombinácii tramadolu a paracetamolu^{4,7}, a to v dvojnásobnej dávke v porovnaní s predchádzajúcou 325/37,5 mg, t.j. 650/75 mg.

ZÁVER

OFB postihuje takmer štvrtinu populácie, je spojená s multimorbiditou, má sociálny vplyv a finančné výdaje sú vyššie, ak ochorenie nie je včas diagnostikované a adekvátne liečené. OFB často koexistuje so signifikantnou psychologickou morbiditou, častejšie ako iné typy chronických bolestí, a je tu vysoké riziko chronicity. Multidisciplinárny prístup a aplikácia biopsychosociálneho modelu kontroly bolesti sú nevyhnutné, aby sa na základe evidence based medicine (EBM) rozhodlo o konzervatívnej či radikálnej – chirurgickej liečbe.

Možno je lepšie neurobiť žiadnu diagnózu, ako urobiť nesprávnu diagnózu, dôsledkom čoho je neadekvátna alebo oneskorená liečba. Keďže pacienti majú často nerealistické očakávania ohľadom kurability, je potrebné vopred dohodnúť dosiahnuteľné liečebné ciele.

Celkom na záver: práve orofaciálnej bolesti vďaka slovenská medicína za vznik novej špecializácie algeziológie, v roku 1998 bol ministrom zdravotníctva stomatológ MUDr. Javorský, ktorý povedal, že by bol rád, ak by mohol svojich pacientov s orofaciálnou bolesťou poslať ku kompetentnému špecialistovi a dal tak zelenú algeziológom na Slovensku.

LITERATÚRA

1. Heir GM, Khan J, Mannheimer JS et al. Relationship of dysfunction of the temporomandibular joint, headache and primary cervicalgia; Chpt 46 in *Orofacial Pain Diagnosis and Treatment*; Eds. De Siqueira JDT, Teixeira MJ, Artes Medical, Sao Paulo, Brasil, 2012.
2. Shephard MK, McGregor EA, Zakrzewska JM. Orofacial Pain, A Guide for the Headache Physician, *Headache*. 2014; 54(1):22-39.
3. Zakrzewska JM. Differential Diagnosis of Facial Pain and Guidelines for Management, *Br J Anaesth*. 2013; 111(1):95-104.
4. Morón Merchante I, Pergolizzi JV Jr, van de Laar M et al. Tramadol/Paracetamol fixed-dose combination for chronic pain management in family practice: a clinical review. *ISRN Family Med*. 2013; 2013:638469.
5. Pergolizzi JV Jr, van de Laar M, Langford R et al. Tramadol/paracetamol fixed-dose combination in the treatment of moderate to severe pain. *J Pain Res*. 2012; 5:327-46.
6. Sawaddiruk P. Tramadol hydrochloride/acetaminophen combination for the relief of acute pain. *Drugs Today (Barc)*. 2011 Oct;47(10):763-72.
7. Dhillon S. Tramadol/paracetamol fixed-dose combination: a review of its use in the management of moderate to severe pain. *Clin Drug Investig*. 2010; 30(10):711-38.



GARANTOVANÝ AUTODIDAKTICKÝ TEST HODNOTENÝ 2 KREDITMI CME

1. **Zvoľte správne tvrdenie o liečbe syndrómu dráždivého čreva:**
a) využíva sa fixná kombinácia alverín + diosmectit
b) využíva sa fixná kombinácia alverín + simeticon
c) využíva sa fixná kombinácia mebeverín + diosmectit
d) využíva sa fixná kombinácia mebeverín + simeticon.
2. **Vyberte správne tvrdenie o alveríne:**
a) pôsobí agonisticky na sérotonínových receptoroch
b) pôsobí antagonisticky na sérotonínových receptoroch
c) moduluje aktivitu T-kalciových kanálov
d) pôsobí ako anticholinergikum.
3. **V etiopatofyziológii rizartrózy sa neuplatňujú:**
a) obezita
b) genetické faktory
c) ženské pohlavie
d) deficit vitamínu D spojený s hypokalcémiou.
4. **Výrazné zúženie kĺbovej štrbiny a prítomnosť pseudocýst sú typické pre:**
a) I. štádium OA
b) II. štádium OA
c) III. štádium OA
d) IV. štádium OA.
5. **Za účelom obmedzenia rekurencie cystitíd možno intrauretrálne aplikovať:**
a) hyaluronát + chondroitín sulfát
b) hyaluronát + glukozamín sulfát
c) chondroitín sulfát + glukozamín sulfát
d) chondroitín sulfát + chondroitín sulfát + hyaluronát.
6. **Prípravok Ialuril preukázateľne:**
a) znižuje rekurenciu pyelonefritíd
b) znižuje závažnosť glomerulonefritíd
c) urýchľuje liečbu prostatitíd vyvolaných chlamýdiami
d) znižuje rekurenciu cystitíd.
7. **Kardiovaskulárne najmenej rizikovým NSA je:**
a) ibuprofén
b) celekoxib
c) naproxén
d) aceklofenak.
8. **Z trhu bol pre kardiovaskulárnu rizikovosť stiahnutý:**
a) etorikoxib
b) valdekokoxib
c) celekoxib
d) lumirakoxib.
9. **V liečbe psoriázy sa uplatňujú:**
a) fototerapia, fumaráty a fúzne proteíny
b) emolienciá, vitamín E a monoklonálne protilátky
c) emolienciá, retinoidy a abcximab
d) fototerapia, vitamín E a retinoidy.
10. **Zvoľte správne tvrdenie o cielej liečbe pri psoriáze:**
a) využiť sa môžu inhibítory TNF-alfa (ustekinumab a i.)
b) využiť sa môžu inhibítory interleukínov (golimumab a i.)
c) využíva sa cyklosporín A reverzibilne inhibujúci proliferáciu lymfocytov
d) využívať sa môžu inhibítory proteazomu (bortezomib a i.).
11. **U chorých so SLE sa fotosenzitivita zisťuje asi v/vo:**
a) 20-40 %
b) 40-60 %
c) 50-70 %
d) 70-90 %.
12. **V liečbe SLE sa môžu využiť:**
a. rituximab, i.v. imunoglobulíny, glukokortikoidy
b. certolizumab, antimalariká, azathioprin
c. glukokortikoidy, mykofenolát mofetil, fibrinolytiká
d. belimumab, glukokortikoidy, antihistaminiká.
13. **V liečbe bolesti pri osteoartróze ruky je liekom voľby:**
a) lokálne NSA
b) kapsaicín
c) paracetamol
d) chondroitín sulfát.
14. **V liečbe psoriázy sú systémovo podávané:**
a) acitretín, leukovorín či cyklosporín A
b) metotrexát, acitretín či cyklosporín A
c) metotrexát, leukovorín či acitretín
d) cyklosporín A, leukovorín či acitretín.
15. **Pri „giant-cell arteritis“ platí:**
a) typická pre novorodencov a dočatá
b) vyskytuje sa obvykle u osôb starších ako 50 rokov
c) typicky sa objavuje u mužov stredného veku
d) typicky sa objavuje u žien stredného veku.
16. **V rámci liečby orofaciálnej bolesti s prevažne neuropatickým komponentom možno využiť:**
a) nesteroidové antiflogistiká lokálne
b) nesteroidové antiflogistiká systémovo
c) opioidy alebo antikonvulzíva
d) opioidy alebo nesteroidové antiflogistiká.
17. **Vyberte správne tvrdenie o kombinácii tramadol + paracetamol:**
a) ide o kombináciu silného opioidu a protizápalovo pôsobiacej látky
b) ide o kombináciu slabého opioidu a protizápalovo pôsobiacej látky
c) ide o kombináciu silného opioidu a analgetika/antipyretika
d) ide o kombináciu slabého opioidu a analgetika/antipyretika.
18. **Každé zníženie hladiny LDL-C o 1 mmol/l (podľa štúdie CTT) sprevádza pokles:**
a) veľkých koronárnych príhod o 24 %
b) cievej mozgovej príhody o 30 %
c) pokles kardiovaskulárnej mortality o 7 %
d) pokles celkovej mortality o 5 %.
19. **Výskyt indukovanej myopatie pri užívaní statínov sa zisťuje u:**
a) maximálne 5 % chorých
b) 5-10 % chorých
c) 10-15 % chorých
d) 15-20 % chorých.
20. **Štúdia VYCTOR preukazuje priaznivé účinky kombinácie liečby:**
a) kyselinou nikotínovou a laropiprantom
b) atorvastatínom a ezetimibom
c) simvastatínom a ezetimibom
d) alirocumabom a ezetimibom.

NÁVRATKA

Správne odpovede zakrúžkujte!
Správna odpoveď je len jedna.

Návratku odošlite najneskôr
do 14. 11. 2014 v obálke na adresu:

LEKÁR a.s., AD TEST 3/2014,
Dobšinského 12, 811 05 Bratislava

Prosím, uvádzajte adresu bydliska. ÚDAJE UVEĎTE ČITATEĽNE. Uvádzajte správne svoje ID číslo

Meno:

Ulica:Mesto:

PSČ:ID:

Dátum: Podpis:

Garantovaný autodidaktický test hodnotený 2 kreditmi CME
MEDIKOM 3/2014

1.	a	b	c	d
2.	a	b	c	d
3.	a	b	c	d
4.	a	b	c	d
5.	a	b	c	d
6.	a	b	c	d
7.	a	b	c	d

8.	a	b	c	d
9.	a	b	c	d
10.	a	b	c	d
11.	a	b	c	d
12.	a	b	c	d
13.	a	b	c	d
14.	a	b	c	d

15.	a	b	c	d
16.	a	b	c	d
17.	a	b	c	d
18.	a	b	c	d
19.	a	b	c	d
20.	a	b	c	d

Lekárska pečiatka

Správne odpovede testu z minulého čísla: d, c, d, a, d, c, b, c, a, c, b, a, b, d, b, c, c, c

MENEJ ZDRAVOTNÍKOM A VIAC SÚDOM. POZRITE SA, KTO BY MAL TROCHÁRIŤ A KOMU Z ROZPOČTU PRIDAJÚ

V rámci prvého návrhu budúročného rozpočtu sa budú musieť niektoré rezorty uskromniť. Zo štátnej pokladnice pôjde menej na školstvo, o milióny príde doprava. Zdá sa, že ani zdravotníci, ktorí bijú na poplach, sa väčších peňazí nedočkajú. Naopak, polepší si diplomacia aj ministerstvo práce, ktoré bude bojovať s politikou zamestnanosti. Komu plánujú zobrať a komu pridať?

Vláda by mala návrh rozpočtu posunúť poslancom na schválenie do polovice októbra. Už teraz sa však počíta s možným úpravami. Plány môže ministerstvu prekaziť metodika ESA 2010, ktorú má na starosti Eurostat. Zmeniť by sa tak mohlo vykazovanie HDP, deficitu aj verejného dlhu. A vylúčené nie je ani preraďovanie niektorých subjektov do okruhu verejných financií.

DOSTANÚ MENŠÍ BALÍK

Ministerstvo dopravy

Rezort pod vedením Jána Počiatka (Smer-SD) bude škrtať výdavky o osem percent. Dostane až o 200 miliónov menej a vystačiť mu budú musieť niečo viac ako dve miliardy.

Ministerstvo školstva

Zmieriť sa s menším balíkom peňazí bude musieť aj nový minister školstva Peter Pellegrini, ktorý prevzal štafetu od Čaploviča. Ak bude chcieť pripraviť systémové zmeny, od vlády dostane len 1,47 miliardy eur, čo je menej oproti roku 2014 približne o 16,6 milióna. Prvým krokom už začal, viac asistentov na školách.

Ministerstvo zdravotníctva

Veľkú radosť nebudú mať ani zdravotníci. Zo štátneho rozpočtu dostanú na budúci rok menej. Celkové výdavky sa predpokladajú na úrovni 1,2 miliardy eur. To by mohlo znamenať pomalý rozvoj v kvalite a v dostupnosti zdravotnej starostlivosti, ale aj ďalší boj o zvýšenie miezd zdravotníckych pracovníkov.

Ministerstvo spravodlivosti

Menej peňazí pôjde aj na slovenskú spravodlivosť. Hospodáriť bude tento rezort s balíkom 306,45 milióna eur, čo je oproti tomuto roku menej o 9,34 milióna. Počíta sa s tým, že na väznenstvo by malo ísť 147 miliónov eur. Na personálne a materiálno-technické zabezpečenie činnosti súdov, ostatných rozpočtových organizácií a na efektívny výkon okresných a krajských súdov a Špecializovaného trestného súdu by malo ísť na budúci rok 150 miliónov eur.



Minister financií Peter Kažimír (Smer-SD) ukázal zákon roka a plánuje škrtenie o 705 miliónov eur. Zdroj: TASR/Martin Baumann

Ministerstvo kultúry

V budúcom roku dostane menej aj kultúra, o takmer desať miliónov. Vystačiť im bude musieť 173 miliónov eur. Z toho na podporu projektov z oblasti divadelného, výtvarného, tanečného, hudobného a literárneho umenia či obnovu národných kultúrnych pamiatok by malo ísť niečo cez 17 miliónov eur.

Kancelária NR SR

Kancelária NR SR by mala na budúci rok hospodáriť so sumou takmer 23,6 milióna eur, čo je oproti súčasnému roku pokles o 2,9 milióna eur. Rozdiel je spôsobený znížením kapitálových výdavkov. Tie budú použité na nákup výpočtovej techniky, rekonštrukciu a modernizáciu softvéru a nákup prevádzkových strojov.

Z ROZPOČTU SI POLEPŠIA

Ministerstvo práce

Tu sa bude hospodáriť s väčším objemom peňazí. Celkové výdavky kapitoly majú predstavovať 2,24 miliardy eur. Oproti schválenému rozpočtu na rok 2014 je to zhruba 6 % nárast alebo 127 miliónov eur. Rezort plánuje vyčleniť peniaze na podporu rodiny, ľudí v hmotnej núdzi aj dôchodcov. Pokračovať bude v politike zamestnanosti.

Ministerstvo vnútra

Finančne by si mali polepšiť tiež. V roku 2015 bude rezort hospodáriť so sumou 2,077 miliardy eur. To je oproti súčasnému roku viac o 24,9 milióna eur. Výdavky by mali ísť na ochranu verejného majetku, bezpečnosť aj azylovú politiku.

Ministerstvo pôdohospodárstva

O približne 76 miliónov viac dostane agrosektor. Hospodáriť bude s financiami vo výške 1,18 miliardy eur. V poslednom čase sa hovorí o zvýšených dotáciách

pre farmárov. Zmena, s ktorou prichádza Brusel i vláda, má podporiť hlavne chov dobytka a ošípaných. Živočišná výroba na Slovensku totiž dlhodobo upadá.

Rezort diplomacie

Šéf diplomacie Miroslav Lajčák si z rozpočtu ukrojí o viac ako štyri milióny eur. Celkovo dostane 120 miliónov eur. V návrhu sa spomína, že aj kvôli zvýšeniu niektorých povinných členských príspevkov Slovenska do medzinárodných organizácií, najmä nárastom príspevku na mierové operácie OSN. Výdavky pôjdu aj na rekonštrukciu slovenského veľvyslanectva v Londýne, nákup dopravných prostriedkov a bezpečnostné úpravy na úradoch v zahraničí. Neobide sa ani rozvojová pomoc či podpora krajanov v zahraničí.

Slovenská informačná služba (SIS)

a Národný bezpečnostný úrad (NBÚ)

Naši tajní by mohli počítať s príspevkom zo štátneho rozpočtu vo výške 44,3 milióna eur, čo pre tajnú službu znamená nárast takmer o 1,4 milióna eur. Rezort financií hovorí najmä o potrebe zabezpečenia nevyhnutnej modernizácie informačných systémov SIS. NBÚ naplní vlastnú pokladnicu o viac ako 64-tisíc eur, od štátu dostane 8,37 milióna eur. Spôsobila to najmä potreba valorizácie plátov.

Ústavný súd, Najvyšší súd

a Generálna prokuratúra

Ústavný súd má zo štátnej pokladnice dostať takmer 3,9 milióna eur. Nárast súvisí so zvýšením výdavkov na informačno-komunikačné technológie a zvýšením výdavkov na energie, služby, cestovné náhrady, materiál a dopravné.

So sumou deväť miliónov eur môže rátať Najvyšší súd, kde porastú výdavky na tovary a služby. To už Generálna prokuratúra si pripíše na účet až 75,2 milióna eur, teda o päť miliónov eur viac ako tento rok.

(21.8.2014 Andrea Mačoškova)

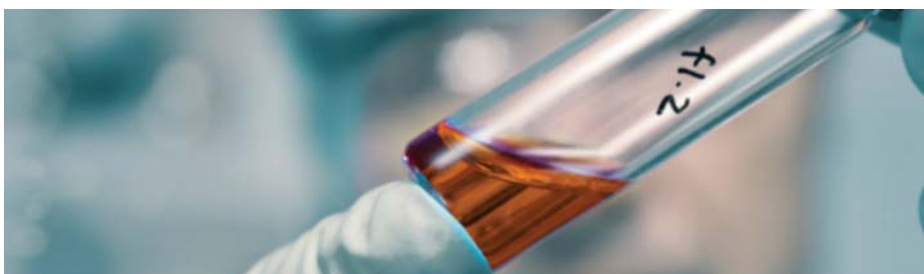
EBOLY SA BOJÍME, ALE ZDRAVOTNÍCI SÚ NADMIERU POZORNÍ

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, v súvislosti s narastajúcim množstvom otázok ohľadom novej nákazy vírusom ebola, informoval, že je v neustálom kontakte s európskymi kompetentnými orgánmi a zúčastňuje sa na audiokonferenciách zahraničných výborov, ktoré sa zaoberajú vyššie uvedenou problematikou. Európske centrum pre prevenciu a diagnostiku ochorení (ECDC) pravidelne zasiela ÚVZ SR, odboru epidemiológie, aktuálne informácie o vývoji epidemiologickej situácie ochorenia. Napriek tomu, že riziko nákazy pre cestovateľov zo Slovenska, ktorí navštívili krajiny západnej Afriky, je nízke, ÚVZ SR už vydal opatrenia. ÚVZ SR v tejto súvislosti informoval vedúceho hygienika Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja SR o svojich opatreniach a odporúčaní. Zároveň prijal správu od Ministerstva vnútra SR o Opatreniach na letiskách v USA, vo Veľkej Británii a Austrálii na zabránenie šírenia vírusu Ebola, ktorú postúpil Ministerstvu dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja SR. V tejto súvislosti ÚVZ SR Úrad požiadal príslušné regionálne úrady verejného zdravotníctva, banskobystrický nevynímajúc, o informovanie lekárov prvého kontaktu vo svojej pôsobnosti, ako postupovať v prípade možného výskytu Eboly v SR. V sledovaní epidemiologickej situácie sa

naďalej pokračuje. Úrad priebežne monitoruje situáciu a podrobne analyzuje informácie z rýchleho výstražného systému.

Prečo je vírus Eboly taký nebezpečný a odkiaľ pochádza? Ako uviedla MUDr. Viera Motrihľadková, vedúca Oddelenia epidemiológie RÚVZ B. Bystrica, pre MEDIKOM, vírus Eboly bol prvýkrát izolovaný v roku 1976 v rovníkovej Afrike – Demokratická republika Kongo (pôvodne Zaire), pacient pochádzal z dediny, ktorou preteká rieka Ebola. Vtedy sa začalo aj ochorenie popisovať. „Ochorenie sa radí medzi hemoragické (krvácavé) horúčky, s veľmi vysokou úmrtnosťou, až 90 %. Inkubačná doba (čas od vstupu vírusu do organizmu, po objavenie sa prvých klinických príznakov ochorenia) je 2 dni až 4 týždne, najčastejšie 2-4 dni. Začiatok ochorenia býva náhly, objaví sa horúčka, slabosť, bolesti svalov, kĺbov, bolesti hlavy, brucha, zápal

spojoviek. Neskôr sa môžu objaviť kašeľ, opuchy, vyrážky, poruchy správania apatia, zmätenosť, prípadne podráždenosť až agresivita, krvácanie do spojoviek, pacient krváca zo všetkých telesných otvorov, krváca do čriev, do dutín, dochádza k metabolickému rozvratu, hemoragickému šoku a následnej smrti. Či pacient prežije, to závisí od jeho fyzickej kondície, kmeňa vírusu a od možnosti liečby“, uvádza podrobnosti o tomto zákernom ochorení MUDr. Morihľadková. Dodáva, že kauzálna (príčinná) liečba neexistuje, využíva sa zatiaľ len podporná liečba – náhrada tekutín, udržanie homeostázy, udržiavanie tlaku krvi, oxylučovanie, virostatiká a tíšenie bolesti. Neexistuje ani očkovacia látka. Prírodný rezervoár tohto ochorenia doposiaľ nie je spoľahlivo popísaný, uvažuje sa o kaloňoch (netopieroch), či opiciach – makak a pavianov. Prenos ochorenia zo zvierat na človeka sa uskutočňuje buď kontaktom s nakazeným zvieraťom, jeho konzumáciou, alebo pri manipulácii s krvou, či inými telesnými výlučkami chorých zvierat. (sa)



SPRÁVY O HEMORAGICKEJ HORÚČKE SPÔSOBENEJ VÍRUSOM EBOLA

Ebola patrí medzi zriedkavé a závažné ochorenia často končiacie fatálne a letalita sa pohybuje u doteraz opísaných prípadoch od 50 % do 90 %. Zapríčinená je vírusom Ebola (filovírus) a prenáša sa priamym kontaktom s krvou alebo tekutými telesnými výlučkami (sliny, moč, zvratky) z infikovanej osoby, a to buď živej, alebo po smrti. Prenos je možný i pri sexuálnom styku s infikovanou osobou alebo osobou, ktorá prekonala infekciu do troch mesiacov. Ochorenie možno získať i priamym kontaktom s krvou alebo tekutými výlučkami divých zvierat (opice, lesné antilopy a netopiere). Hoci ochorenie sa vyskytuje hlavne v afrických krajinách, púta však pozornosť na celom svete a hlavne v Európe. ECDC. (European Centre for Disease Prevention and Control) vydalo 20. augusta 2014 správu o situácii a odporúčania pre cestovateľov do exponovaných krajín. V susednom Rakúsku informovalo Ministerstvo zdravotníctva (BMG-III/4) zdravotnícku pospolitosť (22. augusta 2014) o situácii a uviedlo jednak odporúčania ECDC a takisto odporúčania QUANDHIP (Quality Assurance Exercises and Networking on the Detection of Highly Infectious Pathogens) o odbere, transporte a manipulácii so vzorkami od podozrivých osôb alebo pacientov. V správe ECDC sa uvádzajú dôležité údaje z epi-

demického procesu, ako sú prameň nákazy, prenos až vznik ochorenia. Inkubačná doba je 2 až 21 dní od infikovania vírusom, cestou kontaktu s výlučkami alebo krvou infikovanej osoby alebo zvierat. Ochorenie začína náhla horúčkou, slabosťou, bolesťou hlavy a svalov a zápalom hrdla. Ďalší priebeh ochorenia sa prejavuje vracaním, hnačkami, vyrážkami a zlyhaním funkcie pečene a obličiek. U časti pacientov sa môže dostaviť vnútorné i vonkajšie profúzne krvácanie a zlyhanie viacerých orgánov. Zatiaľ nie je k dispozícii účinná vakcína alebo kodifikovaná účinná terapia. Ďalej sa uvádzajú protiepidemické opatrenia u osôb, ktoré žijú alebo cestujú do oblastí, kde je nebezpečenstvo infikovania sa vírusom Ebola. Nie sú známe prípady infikovania vírusom Ebola pri manipulácii s peniazmi, potravinami alebo v plaveckom bazéne. Komáre neprenášajú vírus a takisto vírus sa neprenáša vzduchom, ako pri chrípke. Vírus je ľahko inaktivovaný mydlom, žehlením, slnečnými lúčmi, vysokou teplotou a vysušením. Na kontaminovaných súčasťach odevu vírus sa inaktivuje v bežných práčkach. Odporúča sa zabezpečenie maximálnych opatrení v zdravotníckych zariadeniach, aby nedošlo k infikovaniu. Upozorňuje sa na cestovanie do krajín s maximálnym výskytom tohto ochorenia, ako sú

Guinea, Libéria, Siera Leone a Nigéria a uvádzajú sa preventívne opatrenia k eliminácii rizika vzniku infekcie. Uvádzajú sa i opatrenia pre osoby vracajúce sa z krajín s výskytom vírusového ochorenia Ebola.

Ďalšie inštrukcie sú v odporúčaní QUANDHIP, kde sú uvedené zásady pre odber, transport a manipuláciu s materiálom od suspektných prípadov a exponovaných kontaktov. Ak sú vzorky odobraté a dopravené do laboratória do 2 hodín od odberu, stačí ich uchovávať pri izbovej teplote. Ak však doba od odberu a dopravenie do laboratória je dlhšia (24 hodín), treba vzorku zmraziť na -4°C. V prípade, že vzorka nemôže sa dostať do laboratória za 24 hodín, treba ju zmraziť na -70°C. Pri manipulácii so vzorkami s predpokladaným výskytom vírusu Ebola treba rešpektovať zásady biologickej bezpečnosti (Biosafety) 3 až 4. V odporúčaní sú uvedené referenčné laboratória v krajinách Európy (chýbajú zo SR a ČR) a osoby, na ktoré sa v jednotlivých krajinách možno obrátiť o radu. Uvádza sa meno odborníka, jeho mobilné telefónne číslo, číslo laboratória, E-mailová adresa a všetky podrobnosti vedúce k rýchlej informovanosti. Zo susedných štátov sa uvádzajú Rakúsko (Viedeň) a Maďarsko (Budapešť) a NSR má viac laboratórií na potvrdenie výskytu vírusu Ebola.

Prípravil: Prof. MUDr. Ján Štefanovič, DRSc.

VO SVETE CHÝBA 7 MILIÓNOV ZDRAVOTNÍKOV, A BUDE EŠTE HORŠIE

INFORMOVALA O TOM SVETOVÁ ZDRAVOTNÍCKA ORGANIZÁCIA (SZO) PO TREŤOM GLOBÁLNO M FÓRE O ĽUDSKÝCH ZDROJOCH V ZDRAVOTNÍCTVE.

V súčasnosti absentuje vo svete asi 7 miliónov zdravotníckych pracovníkov. V roku 2035 ich bude chýbať takmer 13 miliónov.

SITUÁCIU JE POTREBNÉ URÝCHLENE RIEŠIŤ

Správa SZO varuje, že ak štáty neprijmú urýchlene potrebné opatrenia, nedostatok zdravotníkov bude mať závažné dôsledky pre zdravie miliárd ľudí vo všetkých regiónoch sveta.

Dokument *A Universal Truth: No health without a workforce* (Všeobecná realita: bez pracovnej sily nie je zdravie) prezentuje príčiny tejto situácie.

Patrí medzi ne starnutie zdravotníkov a ich odchody do dôchodku, ako aj emigrácia zdravotníkov zo svojich krajín za lepšie platenou prácou do zahraničia, pričom niet odborníkov, ktorí by ich doma nahradili. Na druhej strane, je stále menej mladých ľudí, ktorí by prichádzali do týchto profesií, alebo sa na ne pripravovali. Vyšší dopyt po odborníkoch v tomto segmente súvisí s nárastom svetovej populácie, ktorá je vystavená rastúcemu riziku neinfekčných ochorení,

ako sú rakovina, kardiovaskulárne ochorenia, náhle cievné príhody a podobne. Vnútrošná a medzinárodná migrácia zdravotníkov tiež prehľbuje nerovnováhu medzi regiónmi.

ČO ROBIŤ?

V Brazílii odznali aj odporúčania, ako zabezpečiť dostatok pracovníkov pre pokrytie zdravotníckych služieb. Poradkyňa generálneho riaditeľa SZO pre zdravotníctvo a inovácie Dr. Marie-Paule Kieny vo vystúpení zdôraznila, že „základy pre efektívne pracovné rezervy v zdravotníctve v budúcnosti priamo pred našimi očami korodujú. Na odvrátenie súčasného nepriaznivého vývoja je potrebné prehodnotiť a zlepšiť vzdelávanie, odbornú prípravu, rozmiestnenie a odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov tak, aby mohli pracovať oveľa efektívnejšie.“

Správa síce konštatuje niektoré povzbudivé údaje, napríklad, že sa zvýšil počet krajín, kde sa ľudské zdroje v zdravotníctve blížia k základnej úrovni – 23 kvalifikovaných zdravotníkov na 10 000 ľudí, ale túto úroveň ešte stále nemá 83 krajín sveta.

MLADÝM CHÝBA MOTIVÁCIA

Prognózy vyvolávajú medzi odborníkmi veľké znepokojenie. Podľa správy aktuálne tempo pribúdania nových zdravotníkov ďaleko zaostáva za aktuálnym a predpokladaným dopytom. Dôsledkom bude, že chorí ľudia sa v budúcnosti ešte ťažšie dostanú k základným, ale aj preventívnym zdravotníckym službám.

Najväčší deficit zdravotníkov sa očakáva v niektorých častiach Ázie, ale najcitlivejší bude na juh od Sahary. Správa sa zaoberá aj situáciou vo vyspelých krajinách a upozorňuje, že v najbližšom desaťročí odíde zo zdravotníctva 40 % sestier.

Na americkom kontinente má 70 % krajín dostatočný počet zdravotníkov na vykonávanie základných zdravotníckych intervencií, ale napriek tomu tu pretrvávajú značné ťažkosti spojené s distribúciou špecialistov a ich migráciou. Faktom je, že popri mimoriadne namáhavej práci a relatívne nízkej odmene majú mnohí mladí zdravotníci príliš malú motiváciu, aby aj naďalej chceli pracovať vo svojej profesii. (esa)

OD 1.10. 2014 ZAČÍNA SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO V RÁMCI EURÓPSKEJ ÚNIE ZNAČNE ZAOSTÁVAŤ V ÚROVNI PRÍSTUPU K PACIENTOM. VYPLÝVA TO Z POROVNANIA, KTORÉ V BRUSELI ZVEREJNIL ÚRAD PRE OCHRANU PACIENTOV HEALTH CONSUMER POWERHOUSE.

V tzv. indexe európskych pacientov, ktorý každoročne úrad zostavuje na základe kvality služieb v národných zdravotníckych systémoch, Slovensko obsadilo 23. miesto z celkového počtu 29 krajín (EÚ plus Švajčiarsko a Nórsko). Najlepší systém zdravotníckej starostlivosti má Rakúsko. Za ním nasleduje Holandsko, ktoré bolo na prvom mieste v roku 2005 a prvú trojicu dopĺňa Francúzsko, ktorého zdravotníctvo dostalo najlepšie hodnotenie v minulom roku. Spomedzi nových členských krajín je najlepšie hodnotený prístup k pacientovi v Estónsku, ktoré obsadilo 12. miesto. Česká republika je na 15. mieste. Tabuľku uzatvára Lotyšsko.

Rebríček sa zostavuje na základe výsledkov v piatich kategóriách, ktoré obsahujú celkovo 27 indikátorov o kvalite služieb. Ide o kategórie, ktoré sú kľúčové pre pacientov – práva a informovanosť pacienta, čakacia doba na bežnú zdravotnícku starostlivosť, výsledky zdravotníckej starostlivosti, veľkorysosť systému a dostupnosť liekov.

Slovensko získalo 523 z celkového počtu tisíc bodov a správa hodnotí slovenský zdravotnícky systém ako „nie taký finančne stabilný ako v Českej

republike a nie skutočne orientovaný na pacienta“. Správa v prípade slovenského zdravotníctva hodnotí ako „dobrú“ úroveň prístupu pacientov k vlastným lekárske záznamom, rovnaké hodnotenie má SR aj za priamy prístup pacientov k špecialistovi, ošetrovaniu u obvodného lekára v ten istý deň, či očkovanie detí proti tetanu, záškrtu, detskej obrne a čiernemu kašľu. Priemernú známku dostala SR v oblasti legislatívy týkajúcej sa práv pacienta, jeho práva na názor druhého odborníka, či čakacej doby na magnetickú rezonanciu, rádioterapiu a chemoterapiu.

Zlé hodnotenie získalo slovenské zdravotníctvo v oblasti prístupu k novým liekom, rýchlosti prístupu k novým liekom proti rakovine, počte transplantácií obličiek, detskej úmrtnosti, počtu osôb chorých na rakovinu, ktoré prežijú päť rokov, úmrtnosti na infarkt, čakacej doby v prípade neakútnych operácií, dentálnej starostlivosti ako súčasť ponuky verejného zdravotného systému, či dostupnosti 24-hodinovej konzultácie zdravotného stavu prostredníctvom telefónu alebo internetu.

„Pre zlepšenie kvality služieb slovenského zdravotníctva je potrebný viacročný plán. Porovnanie so su-

sednou Českou republikou nie je veľmi priaznivé,“ uviedol vedúci prieskumu indexu európskych pacientov Arne Björnberg.

Podľa Johana Hjertqvista z Úradu pre ochranu pacientov by bolo veľmi účinné, ak by sa pre pacientov zaviedol informačný systém o úrovni a dosahovaných výsledkoch jednotlivých nemocníc.

„Priama telefonická linka na štátny zdravotnícky systém, kam si pacient môže zavolať a požiadať o radu či pomoc, by tiež pomohla,“ odporúča Úrad pre ochranu pacientov.

Index európskych pacientov sa zverejňuje od roku 2005 a zostavuje sa na základe údajov z verejných štatistík a nezávislého prieskumu. Poradie krajín podľa celkového hodnotenia je nasledovné:

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. Rakúsko | 16. Írsko |
| 2. Holandsko | 17. Veľká Británia |
| 3. Francúzsko | 18. Taliansko |
| 4. Švajčiarsko | 19. Portugalsko |
| 5. Nemecko | 20. Malta |
| 6. Švédsko | 21. Slovinsko |
| 7. Nórsko | 22. Grécko |
| 8. Fínsko | 23. Slovensko |
| 9. Dánsko | 24. Maďarsko |
| 10. Belgicko | 25. Rumunsko |
| 11. Luxembursko | 26. Litva |
| 12. Estónsko | 27. Poľsko |
| 13. Cyprus | 28. Bulharsko |
| 14. Španielsko | 29. Lotyšsko /MV/ |
| 15. Česká republika | |

OSOBNOSŤ PROFESORA MUDr. STANISLAVA KOSTLIVÉHO Dr. h. c.

V Bratislave sa každoročne uskutočňuje KOSTLIVÉHO DEŇ, t. r. to bude už 68-krát. Podujatie organizuje Lekárska fakulta Univerzity Komenského, I. Chirurgická klinika LF UK a UNB, SLS – chirurgická spoločnosť. Miesto, na ktorom si každoročne uctievajú človeka, ktorý pre slovenskú chirurgiu urobil veľa.

Profesor MUDr. Stanislav Kostlivý, Dr.hon.causa sa narodil 30. októbra 1877 vo Viedni. Jeho rodičia pochádzali z Chodska. Jeho starý otec žil v Klenčí pod Čerchovem, matka bola z Domažlic. Chodovia boli tvrdí a samostatní ľudia, ktorí dostali výsady od pánovníka, pretože strážili hranice. Zaujímavý názor mal český spisovateľ Jan Vrba. Chodovia podľa neho, mohli pochádzať zo Slovenska. Chodov charakterizovala tvrdá nátura, valaška a strážny pes alebo skrotený vlk, ktorého mali vo svojom znaku. Preto ich nazývali aj pshlavcami.

Profesor Kostlivý vyrastal vo Viedni, kde bol jeho otec ministerským radcom a námestníkom riaditeľa meteorologickej stanice. Riaditeľom sa údajne nestal, lebo sa otvorene hlásil k českej národnosti. Jeho syn chodil do nemeckej školy a pre svoje slovenské meno zažil veľa nepríjemností. Celá rodina navštevovala Slovanskú besedu, kde našli priateľov, Slovákov. (Dr. Blaho, Dr. Štefánik), ako aj iných slovenských národností.

V besede spoznal aj svoju manželku. Bola to dcéra českého ministra v Rakúsko-Uhorsku Antonína Rezka a najmladšej dcéry básnika Karla Jaromíra Erbena, Bohuslavy.

Univerzitný profesor Antonín Rezek sa ako zástupca ministra školstva zaslúžil o založenie Vysokej školy technickej v Brne. (Dekrét podpísal počas ministrovej dovolenky.) Stanislav Kostlivý vyštudoval medicínu vo Viedni, promoval v roku 1902. Medzi jeho učiteľov patrilo napríklad aj známy chirurg Eduard Albert. Po jeden a pol roku práce na chirurgicko-gynekologickom oddelení docenta Friedlandera odišiel na Klinikum profesora Otakara Kukulů v Prahe.

Jeho spolupracovníkmi boli doktori Petřivalský, Znojemský, Tobiášek, Rychlík a ďalší.

Po dosiahnutí odbornej kvalifikácie dostal mladý chirurg miesto primára v meste Třebíč.

Počas pôsobenia v Třebíči habilitoval spisom *O chronických tyreotoxikózach*. Jeho prácu posudzovali členovia profesorského zboru pražskej Karlovej Univerzity.

Prišiel rok 1919 a celá rodina sa presťahovala do Bratislavy, kde vznikla bratislavská univerzita. Rekto-

rom sa stal profesor MUDr. Kristián Hynek, dekanom Lekárskej fakulty čerstvo vymenovaný riadny profesor chirurgie MUDr. Stanislav Kostlivý.

Jeho inauguračná prednáška mala názov *Cesty a cíle moderní chirurgie*. Na Slovensku prežil profesor Kostlivý najkrajšie roky z pohľadu profesionálneho i osobného. Založil chirurgickú kliniku, ako aj slovenskú chirurgickú školu. Uplatnil svoj chirurgický, vedecký, učiteľský aj spoločenský talent. Takmer všetci významní slovenskí chirurgovia boli jeho žiakmi. Bol aktívny aj na iných postoch. Bol rektorom Komenského univerzity, prezidentom Lekárskej komory, predsedom Spolku slovenských lekárov a Československej chirurgickej spoločnosti. Bol riadnym členom Medzinárodnej chirurgickej spoločnosti, Medzinárodnej urologickej spoločnosti, Nemeckej chirurgickej spoločnosti a čestným členom chirurgickej spoločnosti poľskej a juhoslovenskej.

Po roku 1939 sa pomery na Slovensku postupne menili. Aj keď profesorovi Kostlivému slubovali stále miesto v Bratislave, v roku 1941 odišiel do Prahy. Na Bratislavu spomínal rád, pretože z dvoch dcér, ktoré mal, jedna sa vydala za MUDr. Konštantína Čárského.

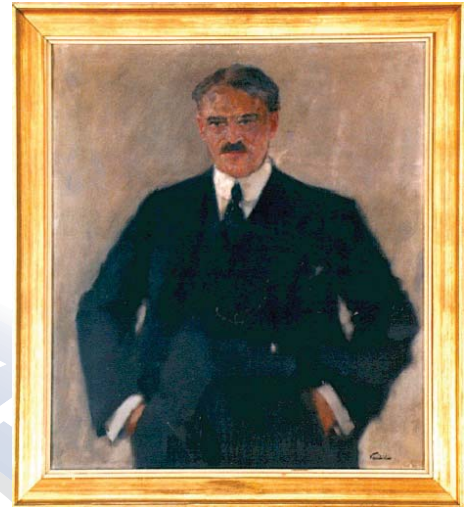
Po skončení vojny ho jeho priatelia a žiaci volali naspäť na I. chirurgickú kliniku do Bratislavy. Vtedy sa však uňho ohlásila choroba, pravdepodobne následok naruživého fajčiara. Zomrel 7. decembra 1946 na klinike svojho dobrého kamaráta – akademika Charváta. Pochovaný je na Olšanskom cintoríne v Prahe v spoločnej hrobke s manželkou a svojimi predkami.

O každom človeku je toľko názorov, koľko ľudí o ňom hovoria. Niekedy sú rozdielne, výnimočne sa dosiahne vzácna názorová zhoda. To je prípad profesora Kostlivého, pretože pohľady jeho rodiny, priateľov, známych, ako aj oficiálnych predstaviteľov sa nerozchádzajú...

Podľa mňa (mal som štyri roky, keď zomrel) bol to láskavý starý človek, ktorý sedával v koženom kresle, fajčil cigarety, hladil ma po hlave a hovoril: „Hochu, hochu“...

Podľa Karla Přerovského, autora knihy *Gaudeamus igitur* o začiatkoch Lekárskej Fakulty Univerzity Komenského to bol *Habitus chirurgicus excessivus, Arbitr elegantiarum*. Dnešná mládež by povedala: Po každej stránke „sekáč“. Tak to napísal Kodl v roku 1949.

Dnes by ho lekári možno volali inak. Podľa jeho dvoch dcér, bol to milujúci otec, vzorný manžel, dobrý človek. Pokojný, srdečný a chápaný ku svojim dcéram a manželke, ku ktorým sa vždy správal ako rovný s rovnými. Poctivý k sebe, čest-



Prof. MUDr. Stanislav Kostlivý Dr. h. c.
30. október 1877 Viedeň – 7. december 1946 Praha
lekár, vysokoškolský profesor, zakladateľ slovenskej chirurgickej školy

ný, až detsky dôverčivý, neveril v ľudskú zlobu. Pre slovenskú chirurgiu znamenal veľa. Okrem 69 prác uverejnených v odborných časopisoch publikoval aj práce z odboru stavovského a sociálneho.

NAJVÝZNAMNEJŠIE PRÁCE PROFESORA KOSTLIVÉHO:

- *Chirurgické choroby žalúdka a dvanástnika. I. vydanie, Bursík a Kohout, Praha 1929, 90 s. (Monografia).*
- *Výsledky nefropexie dle metody Kukulovy. Čas. lék. českých, 1908.*
- *O nových poznatcích oboru tzv. žláz s vnitřní sekrecí. Čas. lék. českých, 1910.*
- *Sutura srdce. Čas. lék. českých, 1913.*
- *O primárních akutních typhlitiidách. Čas. lék. českých, 1919.*
- *Malum coxae juvenile. Bratisl. lek. Listy, 1921.*
- *Akute postoperative Duodenalparalyse nach Billroth I. Zentralbl. f. Chir., 1923.*
- *Influence de la vagotomie sous-diaphragmatique dans le traitement de hypertension de l'estomac. Arch. Franco-Belges de Chirurgie, 1924.*
- *Chirurgická terapie plicní tuberkulózy. Bratisl. lek. Listy, 1926.*
- *Pokusy operativní terapie při angini pectoris. Liječnicku Věstník, 1931.*
- *W sprawie pooperacyjnego leczenia wrzodu jelita czczego. Polski Przegląd Chir., 1933.*

DETOXIKÁCIA ORGANIZMU JE NUTNOSŤ DNEŠNEJ DOBY

MUDr. Melita Hromadová, CSc., AVITA INTERNATIONAL, a.s., Bratislava

Kým v minulosti ľudia umierali na „choroby špinavých rúk“ (spôsobené zlou hygienou), teraz umierame na „choroby špinavých čriev“ (spôsobené zlým stravovaním).

Detoxikácia organizmu je proces, pri ktorom sa telo zbavuje cudzorodých látok, toxínov, spodín metabolizmu a rôznych škodlivín. Pretože sa do nášho tela dostávajú škodlivé látky nepretržite, aj proces detoxikácie je nepretržitý. Súčasná nevhodná strava, bohatá na živočíšne bielkoviny, cukry, trans-mastné kyseliny, kofeín, stúpajúce znečistenie ovzdušia, vody, nové typy chemických zlúčenín, aditíva, pesticídy, ale tiež emočné toxíny, ktoré sa do tela vylučujú pri záťažových psychických stavoch (strach, stres, agresivita, životné traumy atď.), spôsobujú, že telo je preťažené škodlivinami. Na procesy očisty sú kladené stále vyššie nároky, čo si vyžaduje vynaloženie stále väčšieho množstva energie pre všetky detoxikačné orgány - pečeň, hrubé črevo, obličky, pľúca aj pokožku. Ak sú preťažené, organizmus to signalizuje širokým spektrom príznakov: vyčerpanosť, zápcha, tráviace poruchy, zvýšenie hmotnosti, plynatosť a nadúvanie, zvýšená dráždivosť, atď. Je preto potrebné podporiť ich aktivitu a dodať im energiu prírodnými látkami, ktoré sa zmetabolizujú prirodzenou cestou. Slovensko patrí medzi prvých päť krajín s najvyšším výskytom rakoviny hrubého čreva na svete.

Štatistiky hovoria že až 60 % ľudí s nádorovými ochoreniami má kolorektálny karcinóm. Znepokojujúce je, že počet ochorení stále rastie. Podľa štatistiky WHO, každý rok ochorenie na kolorektálny karcinóm 940 000 ľudí a 500 000 osôb zomrie na túto chorobu. Na Slovensku je tento rast tiež nepriaznivý. Kým v roku 1987 bolo zistených spolu 1 927 nových ochorení, v roku 1997 to bolo už 2 625 nových ochorení. V súčasnosti sa na Slovensku sa ročne diagnostikuje takmer 3600 nových prípadov rakoviny hrubého čreva a konečníka, ročne u nás zomiera na toto ochorenie až 1700 pacientov. Na Slovensku od roku 1996 patrí kolorektálny karcinóm u mužov i u žien medzi najčastejšie novozistené zhubné ochorenia. Častejšie sa vyskytuje u mužov. Ďalšou negatívnou skutočnosťou je, že sa tento nádor, žiaľ, ešte stále diagnostikuje až v pokročilom štádiu (asi u 80 % pacientov), keď už nie je šanca na úspešnú liečbu. Klášt' teda dôraz na prevenciu (primárnu i sekundárnu) je preto nanajvyšš' žiaduce.

Zdroj: www.krca.sk

Aj v tomto kontexte vám predstavujeme DETOX FORMULU - prírodný doplnok výživy pre tráviaci systém od spoločnosti AVITA INTERNATIONAL. Je vhodný pri prevencii ochorení, ale aj ako významný pomocník pri odbornej liečbe.

ZLOŽENIE DETOX FORMULA

PSÝLIUM (SKOROCEL INDICKÝ)



Psýlium je vlákna, ktorá má schopnosť absorbovať vodu a usadené škodliviny zo zažívacieho traktu. V tráviacom trakte až 14-krát zväčšuje svoj objem a pohlcuje nadbytočnú tekutinu za vzniku gélu. Gél na seba viaže jedovaté spodiny a očisťuje tráviaci trakt, priaznivo ovplyvňuje stolicu (významná pomoc pri prevencii proti rakovine). Reguluje stolicu, čistí tráviace ústrojenstvo, dáva do pohybu „lenivé črevá“, pomáha pri redukcii hmotnosti, znižuje riziko rakoviny hrubého čreva, znižuje hladinu cholesterolu a cukru.

JABLČNÝ PEKTÍN



Jablčný pektín je ideálny na očistu organizmu. Posilňuje a podporuje imunitný systém. Má antibakteriálne účinky. Jeho konzumáciou sa zvyšuje koncentrácia a výkonnosť.

SEMENÁ FENIKLU



Semená feniklu obsahujú éterické oleje, vitamíny C a E a draslík. Podporujú trávenie a majú upokojujúci vplyv na nervovú sústavu, pomáha pri plynatosti. Semená feniklu majú protispazmatický účinok, zmiernujú žalúdočné kŕče. Je bohatým zdrojom draslíka. Pre ľudí obľubujúcich typické „západné“ jedlá môže zvýšený príjem draslíka vo fenikli pomôcť redukovať vysoký krvný tlak.

VÝŤAŽOK Z KOREŇA KURKUMY



Kurkuma je významný antioxidant, chráni pečeň, podporuje trávenie, čistí krv, je antiseptická, pôsobí proti opuchom. Pôsobí proti ochoreniam spôsobených zápalom tkaniva (rovnako účinne ako hydrokortizón, avšak bez vedľajších účinkov). Výskum

vykonávaný v Indii spojuje nízky výskyt rakoviny medzi Indmi s ich používaním kurkumu.

KVET IBIŠTEKA



Obsahuje antioxidanty, ktoré obmedzujú ukládanie tuku v tepnách, pomáha pri chorobách pečene, rozpúšťa tukové usadeniny a prispieva k spaľovaniu tukov, chráni sliznicu tráviaceho ústrojenstva, znižuje hladinu krvného cholesterolu. Má protizápalové a dezinfekčné účinky, pôsobí antibioticky. Pôsobí priaznivo na srdcovú činnosť, pomáha pri liečbe vysokého krvného tlaku. Prispieva k rozpúšťaniu močových kameňov, odstraňuje únavu a zlepšuje náladu, stimuluje pamäť.

MÄTA PIEPORNÁ



Mäta podporuje redukcii hmotnosti, pomáha pri črevných kolikách, hnačke, tlmí bolesti hlavy, migrény, tlmí bolesti zubov a zlepšuje pamäť.

HORČÍK

Horčík je popri draslíku najdôležitejším vnútrobunkovým minerálom. Keďže je prítomný vo väčšine biochemických reakcií v tele, jeho nedostatok zhoršuje priebeh každého ochorenia. Aktivuje enzýmy, zúčastňuje sa vyše 100 enzymatických procesov, podporuje činnosť čriev, žlčníka a močového mechúra, zmiernuje príznaky chronickej únavy. Pomáha pri prevencii srdcových chorôb a arytmií, znižuje krvný tlak, pomáha v prevencii cukrovky, je nevyhnutný pre tvorbu kostí, zubov, chrupiek. Významný je pre nervo-svalovú činnosť, utišuje nervový systém, reguluje výmenu vápnika je tiež dôležitý pre tvorbu ochranných látok.

LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS



Lactobacillus zvyšuje odolnosť voči poruchám a infekciám tráviaceho traktu, skracuje trvanie infekčnej hnačky, zlepšuje jej priebeh a symptómy. Má podporný účinok pri liečbe rakoviny hrubého čreva. Znižuje koncentráciu cholesterolu v krvi a krvný tlak. Podporuje zdravé bunky a redukuje výskyt patogénnych mutácií v ľudskom organizme.

VÝNIMOČNOSŤ DETOX FORMULA

- Prírodná báza, s nulovým obsahom cukru, lepku, umelých farbív a príchutí, chemických rozpúšťadiel a geneticky modifikovaných zložiek.
- Harmonická synergia: Výber prírodných látok, ktoré majú detoxikačný účinok bez zataženia pečene a ich kombinácia s horčíkom a probiotickou baktériou Lactobacillus Acidophilus robí prípravok DETOX FORMULA výnimočným a všeobecne prospešným pre celý organizmus, bez ohľadu na vek (v dospelosti) a pohlavie jedinca. Okrem „očisty“ tráviaceho traktu (najmä nerozpustná vlákna), dochádza po užití produktu aj k vnútornej očiste medzibunkových priestorov (vďaka prítomnej rozpustnej vláknine, najmä jablčného pektínu, ktorého priaznivý účinok na znižovanie tukov v krvi bol už dávnejšie dokázaný). DETOX FORMULA súčasne čistí aj dopĺňa probiotickú mikroflóru, čím posilňuje aj celkovú imunitu tela.
- Nemá nežiaduce vedľajšie účinky, ani kontraindikácie.
- Široká cieľová skupina: Odporúčame ju všetkým dospelým jedincom na účinnú detoxikáciu organizmu a tiež všetkým, ktorí bojujú s nadváhou a nepravidelným vyprázdňovaním. DETOX FORMULA by mala byť pravidelným doplnkom výživy pre ľudí, ktorí sa liečia na poruchu metabolizmu základných živín, najmä cukru a cholesterolu, ako aj pre tých, ktorí trpia zápchou a spomalenou látkovou výmenou. DETOX FORMULA je základným prípravkom pri detoxikačnej kúre, po ktorej je telo intenzívnejšie schopné využiť ostatné doplnky výživy. Odporúča sa opakovať detoxikačnú kúru 2-3x ročne. Pri detoxikačnej kúre je DETOX FORMULU vhodné kombinovať s prípravkami LIVERED a PROBIOTIC & FIBER.

ODPORÚČANÁ DÁVKA

Dospelí: 3x2 kapsuly denne, pred jedlom, zapíť dostatočným množstvom tekutiny, ideálne čistej vody.

V prípade dlhodobejšieho užívania, stačí dávka 3x1 kapsula.

Viac informácií na www.avitainternational.com

Život sa
mení rýchlo.

Zľavu 30 eur z výsledného ročného poistného sme pre vás pripravili pri našich produktoch:

- Povinné zmluvné poistenie
- KASKO s ročným poistným obdobím a 3-ročným poistným obdobím
- Komplexné poistenie rodinného domu
- Komplexné poistenie bytu
- Poistenie za škodu spôsobenú poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- Poistenie majetku a zodpovednosti podnikateľov
- Poistenie finančnej straty SuperGAP

Darček 100 eur ročne na váš osobný bankový účet

Uzavrite si Investičné životné poistenie pre zdravie a dôchodok a počas 6 rokov od uzavretia zmluvy vám, členom Slovenskej lekárskej komory, Wüstenrot poisťovňa ako darček každý rok vyplatí na váš osobný bankový účet 100 €.

Spolu tak od nás môžete dostať až 600 €.

www.wuestenrot.sk



**SYSTÉM ZLIAV WÜSTENROT POISŤOVNE
PRE ČLENOV SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY**

wüstenrot

infovyhody@wuestenrot.sk

www.wuestenrot.sk

LEKÁRI – O ČO TU VLASTNE IDE?

Za posledné mesiace až pričasto navštevujem nemocnice, rôzne oddelenia – ako rodič svojich detí, ako dieťa svojich rodičov. Niežeby nás to všetkých tešilo, ale srdce si doma nezoperujete, ani nefungujúce kĺby, ani polámané stavce a ani nevylicíte iné nefungujúce časti tela.

Tak tam chodím, občas ako Alenka v riši divov, sledujem a rozmýšľam, čo by som, ako by som.

Na jednej strane by som nechcela fungovať v takto nastavenom systéme, je mi jasné, že práce má väčšina oddelení nad hlavu, niekde sú personálne a úplne všade finančne poddimenzovaní.

Na druhej strane sledujem tých LUDÍ, ktorí dobrovoľne (aspoň predpokladám) išli pracovať do pomáhajúcej profesie. Nakoľko sa snažia byť pomáhajúci, nakoľko chcú a vládzu. Nakoľko na to kašľú, pretože sú znechutení, unavení, demotivovaní (alebo im je to tak z

ich vlastnej podstaty jedno). Nakoľko sú dôsledkom toho celého chyby v diagnostike a liečbe. Nakoľko je dôsledkom zbytočný stres pre pacientov a niekedy aj zbytočné hospitalizácie (a tým pádom neefektívne vynaložené financie i čas zdravotníkov).

O tom, nakoľko je to pre týchto ľudí poslaním, prácou, srdcovou záležitosťou, si netrúfam polemizovať, každý máme vlastné dôvody na to, prečo robíme to, čo robíme (a aj keď s tým nie sme spokojní, je to naše vlastné rozhodnutie, že v tej činnosti či práci pokračujeme). Byť lekárom je z môjho pohľadu nesmierne zodpovedné a ťažké. No v niektorých prípadoch silne váham nad pocitom zodpovednosti konkrétnych ľudí. Každý máme hranicu osobnej zodpovednosti niekde inde, a tiež hranicu osobného vkladu „do hry“.

Nie som lekár, nie som ekonóm, pracujem v pomáhajúcej profesii, mám dlhoročné skúsenosti s prácou v

štátnej inštitúcii (finančne poddimenzovanej) a mám sklon byť niekedy prehnané optimistická a veriť, že ľudom ide o ľudí (najmä v pomáhajúcich profesiách). A potom ma tá pomerne tvrdá realita donúti byť nahnevanou a pýtajúcou sa: „komu v tomto systéme o čo vlastne ide?“

Lekárom o platy? O princíp? (o aký?) O dobro pacientov? Chceme veriť, že áno!!!

Nuž tak sa pýtam (a nemusíte mi na to odpovedať): Keďže máme podľa zákona PRÁVO na zdravotnú starostlivosť, musí existovať minimálna sieť poskytovateľov, kto nám toto právo zabezpečí a kam sa môžeme ísť sťažovať, keď budeme mať pocit, že sme zažili situáciu, ktorá nie je v poriadku, resp. je úplne jasne protizákonná?

A keď opomeniem sťažovanie (lebo však načo by nám už bolo, keď sa stane „prúser“), kto si toto celé berie na zodpovednosť???

Mária Kopčíková

DOMNIEVAM SA, ŽE...

...zodpovednosť za svoje zdravie presúvame zo svojich pliec. Bezplatné zdravotníctvo nás priamo nabáda k tomu, aby sme neriešili prevenciu chorôb, ale riešili až ich následky - liečba predsa nestojí nič, prevencia stojí čas a peniaze. A keďže veľká väčšina chorôb vzniká z dôvodu dlhodobo zlého životného štýlu, zanedbaním prevencie sa dramaticky zvyšuje chorobnosť populácie. Namiesto toho, aby sme sa vyhýbali nerestiam, vieme, že keď bude zle, štát sa o nás postará."

Ľudia nežijú nezdravo a nespôsobia si tým svoju sociálnu vylúčenosť, ale naopak, nezdravý životný štýl má na svedomí chudoba!

Z hlúpej východiskovej premisy vyplynul ešte hlúpejší záver:

„A pritom riešenie je také jednoduché - stačí, aby sa za všetky úkony doplácalo. Ľudia by zrazu zistili cenu svojho zdravia. Mali na výber: buď si šetriť, poistiť sa, alebo sa o svoje zdravie začať starať sami. Náklady na zdravotníctvo by výrazne klesli, no populácia by bola zdravšia. Zdravotné poisťovne by začali mať skutočný zmysel a poisťovali by úkony, ktoré si pacient nemôže dovoliť. Do zdravotníctva by sa vrátila efektívnosť a spokojnosť.“

1. Už dnes si Slovák musí doplácať, a to vo výške, že napr. veľa dôchodcov odchádza z lekárne niekedy dokonca s plačom, lebo si naordinované lieky nemôžu dovoliť.

2. Jeho riešenie prakticky znamená sadisticky preťahovanú pomalú eutanáziu, lebo práve Slovinci, „nestarajúci sa o svoje zdravie“ patria do skupiny sociálne vylúčených a nemôžu si dovoliť žiť zdravo. Nemajú na to materiálne a ani psychické predpoklady!

3. Napríklad v USA zavedením privatizácie, náklady stúpajú. Potvrzuje to prudký nárast nákladov

na zdravotníctvo na Slovensku po Zajacovej reforme. 4. Totálna hlúposť je myšlienka: „Zdravotné poisťovne by začali mať skutočný zmysel a poisťovali by úkony, ktoré si pacient nemôže dovoliť.“

Elementárna poisťovacia matematika nepustí - konkrétny pacient možno áno, ale všetci pacienti nie!

Realita by bola presne taká istá, ako v USA. Veľa nepoistených ľudí, ktorí by neriešili počiatky vážnej choroby a skončili by na RZP, kde by ich nakoniec museli zadarmo ošetriť za náklady o niekoľko rádov väčšie, ako by bol elementárny úkon, na ktorom sa „ušetrilo“.

Človek je zložitejší a komplexnejší systém, ako to najluxusnejšie a najsofistikovanejšie auto. Ak oprava auta je neefektívna, môžeme ho dať do šrotu, ak ide o nejaký unikátny model, alebo tak prirástlo majiteľovi k srdcu, že si ho uchová ako veterána, pokiaľ si to môže dovoliť, zaplatí si nákladné opravy. Žiaden demokratický štát, riadený zodpovednými politikmi, si takýto postup v prípade ľudského zdravia nemôže pochopiteľne dovoliť.

Zdravotníctvo v realite musí často riešiť brutálne následky hlúpo nastaveného (a) sociálneho systému. Ak na úrovni vlády si páni ministri prehadzujú existenčné problémy sociálne vylúčeného obyvateľstva ako horúci zemiak, výsledok je žalostný a Slovensko je priam ukázkový príklad. Neriešená situácia ubytovania bezdomovcov počas krutej zimy prehodí ich problémy na plecia zdravotníkov, kde liečenie následkov znášajú zdravotníci s podstatne väčšími nákladmi. „Rómovia žijú kratšie. Odhady demografov hovoria o rozdieloch v strednej dĺžke života (nádeji na dožitie) oproti nerómskej populácii zhruba 2,5 roka v neprospech Rómov pre obe pohlavia, u neintegrovanej Rómov dosahuje tento rozdiel 3 roky (28). Niektorí autori uvádzajú, že nádej na dožitie pri narodení je u mužov o 7,5 rokov a u žien o 6,5 rokov kratšia ako u nerómskeho obyvateľstva (8). Vysoká

úmrtnosť Rómov je zapríčinená predovšetkým vyššou mortalitou v doječskom veku. V deväťročnom období sledovali úmrtnosť Rómov analýzou listov o prehládke mŕtveho naši autori. Podľa ich záverov bol priemerný vek pri úmrtí Rómov oveľa nižší ako u majoritnej skupiny, v niektorých prípadoch až o dvadsať rokov v neprospech rómskych mužov. V jednom zo sledovaných okresov sa „staršieho veku“ (60 a viac rokov) dožilo len 49 % Rómov oproti 78 % v majoritnej populácii.“

Podľa Správy o zdravotnom stave obyvateľov SR 2006 je zdravotný stav rómskej minority veľmi zlý. Rómovia predstavujú vysokorizikovú skupinu nášho obyvateľstva, ktorú ohrozuje obezita, diabetes, poruchy kardiovaskulárneho systému a niektoré druhy nádorov, napr. karcinóm pľúc. V tejto oblasti budú potrebné špecifické opatrenia presahujúce oblasť zdravotníctva.

Podľa našich niektorých „mudrlantov“ je riešenie jednoduché - nastaviť na liečbu tejto skupiny obyvateľstva také nízke štandardy bezplatnej liečby, že si efektívnu liečbu v skutočnosti nebudú môcť dovoliť a zdravotníctvo ušetrí. Hlúposť tohto prístupu odhalila realita v USA. V skutočnosti by došlo k ešte väčšiemu nárastu nákladov, kde úspora jednej návštevy lekára a dvoch balení aspirínu by skončila v lepšom prípade zápalom pľúc, pobytom v nemocnici a drahými antibiotikami.

Problém sa už týka nielen Rómov a bezdomovcov, ale presahuje aj do skupiny dôchodcov s nízkymi príjmami a časti dlhodobo nezamestnaných bez podpory rodiny. **Môže sa u nás stať ešte v rezorte zdravotníctva horor ako natočený v Hollywoode.**

Ján Feriencik

ZĽAVA NA UBYTOVANIE

Využite špeciálnu cenu **34€** (920 CZK) izba/noc.

Cena zahŕňa ubytovanie na jednu noc na jednolôžkovej alebo dvojlôžkovej izbe (podľa obsadenia hotelu) a raňajky v hodnote 4,50 EUR pre ubytovaných.

Cena sa nevzťahuje na počet ubytovaných osôb na izbe, ale na 1 izbu.

Zľavu je možné uplatniť, ak jeden z ubytovaných je lekár, člen Slovenskej lekárskej komory a predloží doklad (voucher) pri platbe na recepcii hotela.

Ubytovanie je potrebné rezervovať aspoň 14-dní vopred a to telefonicky, alebo emailom.

Zľava nie je časovo ani sezónne obmedzená.

Hotel ILF, Budějovická 15/743, Praha 4, Česká Republika
tel.: +420 261 092 370

e-mail: rezervace@hotel-ilf.cz

www.hotel-ilf.cz

ZĽAVA
30%-80%
proti bežným
cenám



PETER ONDRUŠ PRO, 2014

Publikácia poskytuje prehľadný popis zdravotníckych systémov viac ako 60 krajín sveta. Je výsledkom niekoľkoročnej práce, prednášok a štúdiá v tejto oblasti. Autor sa snaží sprístupniť informácie o organizácii, financovaní a výsledkoch jednotlivých krajín sveta združených vo Svetovej zdravotníckej organizácii a ponúka pohľad na vplyv globalizácie v oblasti zdravotnej starostlivosti.

Poukazuje na fakt, že mnohé krajiny sveta ďaleko vzdialené od Európy zápasia s podobnými problémami, ako sa vyrovnávajú s rastúcimi nákladmi na zdravotnú starostlivosť v podmienkach meniacich sa demografických parametrov, ako sú starnúca populácia,



epidemický výskyt ochorení spôsobených nesprávnym životným štýlom a pod. Možné riešenia presahujú rámec zdravotníckych systémov a vyžadujú si celospoločenské riešenia na dosiahnutie zdravej populácie.

Cieľom publikácie nie je čitateľa zahrnúť množstvom informácií, ale skôr uviesť do problematiky, vzbudiť záujem o formy, výsledky a problémy ostatných krajín sveta v oblasti starostlivosti o zdravie aj za hranicami Európskej únie.

Publikácia je rozdelená na tri základné kapitoly. Úvodná kapitola popisuje základné charakteristiky systémov, metódy ich posudzovania, ako aj nástroje na ich modernizáciu.

Druhá kapitola sa venuje zdravotníckym systémom jednotlivých krajín. Pri popise sa pridržia štruktúra Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Databázy WHO, ako aj Svetovej banky (WB) a CIA Factbook slúžili na vytvorenie prehľadných grafov porovnávajúcich parametre jed-

notlivých krajín. Tieto umožnia čitateľom získať rýchly prehľad o výkonnosti jednotlivých zdravotníckych systémov. Moderné technológie, medzinárodná spolupráca, obchod a presuny tovarov, pracovnej sily, ochorení a rizík vytvorili novú dimenziu medzinárodného zdravia a výzvy pre zdravotnícke systémy, ktoré ďaleko prekračujú hranice jednotlivých štátov.

Záverová kapitola je venovaná aspektom globalizačných trendov, ako sú zdravotná turistika, migrácia zdravotníckych pracovníkov, odliv mozgov a pod. Štruktúra publikácie umožňuje čitateľovi voľne sa pohybovať medzi jednotlivými kapitolami a vracáť sa k nim podľa potreby a záujmu.

Publikácia je určená študentom medicíny, ošetrovateľstva, ale aj zdravotníckym manažérom a všetkým ostatným zaujímavým sa o problematiku medzinárodného verejného zdravotníctva. Bude užitočná aj pre lekárov všetkých odborov, v lôžkových zariadeniach štátnych aj neštátnych zariadení, ale aj pracovníkov poisťovní.

JIŘÍ ŠTĚTINA ZDRAVOTNICTVÍ A INTEGROVANÝ ZÁCHRANNÝ SYSTÉM PŘI HROMADNÝCH NEŠTĚTÍCH A KATASTROFÁCH



Popis knihy Zdravotníctví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách

Knihy je určená všetkým zložkám integrovaného záchranného systému – pracovníkom krízového manažmentu, členom zá-

chranných tímov, a najmä zdravotníkom-záchranárom a klinickým pracovníkom. Obsahuje nielen teóriu a praktické postupy, ale i skúsenosti z likvidovania katastrof a hromadných nešťastí doma i v zahraničí.

Známy, vo svete najžiadanejší a rokmi preverený ilustrovaný anatomický atlas, ktorý je obľúbený ako u študentov medicíny, tak aj u ich vyučujúcich. Učebnica obsahuje vyše 540 farebných anatomických prehľadov a je doplnená aj o rádiogramy využiteľné v klinickej praxi. Vynikajúce a názorné

ilustrácie takmer posúvajú túto knihu od učebnice anatómie k umeleckému dielu.

- Počet strán: 640 strán
- Väzba: pevná väzba
- Rozmer: 222x286 mm
- Jazyk: slovenský jazyk
- ISBN: 9788026404842
- Dátum vydania: 10.9.2014



MIROSLAV ZEMAN, ZDENĚK KRŠKA ET AL. SPECIÁLNÍ CHIRURGIE

Třetí, doplněné a přepracované vydání

Vydavatel: Galén

EAN: 9788074921285

Typ titulu: učebnice

Počet stran: 511

Formát: 195x280 mm, vázané, barevně

Vydání: třetí, 2014

Cena: 1 500 Kč

Zvýhodněná cena 1 350 Kč

Specializace: Akutní medicína; Hepatogastroenterologie; Chirurgie; Kardiologie; Pediatrie; MEDICÍNA přejít do obchodu.

Již třetí, přepracované a aktualizované vydání úspěšné a oblíbené učebnice plně uspokojí svým rozsahem nejen studenty lékařských fakult, ale i mladé lékaře. Původní cíl: vytvořit moderní učebnici pro pregraduální výuku chirurgie v adekvátním rozsahu byl překročen a publikace se svým rozsahem, počtem ilustrací, ale zejména reprezentativním autorským kolektivem ze všech lékařských fakult stala i základní příručkou pro oblast postgraduální výchovy.



BOJÍTE SA O SVOJE DIEŤA? DAJTE SI ZÁLEŽAŤ NA PREVENCIÍ.

Z prieskumu ING Životnej poisťovne vyplýva zaujímavý fakt – 43 % slovenských a 38 % českých rodičov považuje za najrizikovejší vek na úrazy 2. – 5. rok života dieťaťa. Len 5 % rodičov vidí riziko ochorenia či úrazu počas prvých dvoch rokov jeho života.



Podľa pediatričky MUDr. Marty Špánikovej sa však choroby a úrazy nevyhýbajú ani novorodencom a dojčatám. Rodičia by teda mali myslieť na aktívnu ochranu detí hneď po narodení. Rizík, ktoré ohrozujú zdravie dieťaťa od prvých dní, je mnoho. „Vo väčšine prípadov sa väčšina rizík eliminuje pôrodom v kontrolovanom prostredí nemocnice. Dôležité tiež je, aby boli mamičky správne informované o vhodnej starostlivosti o svoje dieťa. Aj pri správnej opatere sú však strašiacom choroby, ktoré môžu predstavovať riziko pre zdravie a život dieťaťa. Je to napríklad sepsa (otrava krvi) či meningitída (zápal mozgových blán) spôsobená rôznymi mikróbmi,“ vysvetľuje pediatrička M. Špániková. Aj preto odporúča tzv. cocoon stratégiu, t.j. postup, pri ktorom sú proti prenosným chorobám očkovaní dospelí, ktorí s dieťaťom prichádzajú do styku. „Blízki priatelia a rodinní príslušníci by tiež mali podstúpiť očkovanie proti chrípke či čiernemu kašľu. V nízkom veku je veľmi dôležité nevystavovať deti styku s chorými,“ dodáva Špániková.

AKO OCHRÁNIŤ SVOJE DIEŤA?

Samozrejme, existuje množstvo ďalších chorôb, ktoré môžu ohroziť malé dieťa. Z hľadiska prevencie platia pravidlá, ktoré hovoria o dodržiavaní základnej hygieny, správnom obliekaní, zdravom stravovaní a pohybe na čerstvom vzduchu. V prvých mesiacoch života dieťaťa je dôležitým faktorom pri vytváraní imunity dojčenie. „Častou chybou mamičiek je, že dojčatá nevhodne obliekajú – väčšinou príliš teplo.

Deti sa môžu spotiť a ľahšie prechladnú,“ vysvetľuje detská lekárka. „Ideálne je dieťa obliekať podľa pravidiel jednej vrstvy navyše, ale ani toto pravidlo neplatí vždy, napríklad počas príliš teplých dní.“ Napriek zisteniu ING Životnej poisťovne, že rodičia vnímajú najrizikovejší vek na zranenie 2. až 5. rok života, nezriedka sa príhodi úraz i niekoľkokomennému dieťaťu. Znížiť riziká pritom možno veľmi jednoducho: dieťa vždy položte na bezpečné miesto, aby ste zabránili riziku pádu. Zvoní zvonček, treba zaliť čaj, zatvoriť okno...? Keď si navyknete dieťa odkladať do postielky alebo ohrádky, neprekvapí vás jedného dňa jeho pohyblivosť. Veľa úrazov dojčiat sa udeje práve preto, že dieťa objaví svoje nové pohybové schopnosti v tej najnevhodnejšej chvíli.

STRACH NEPOMÔŽE, OČKOVANIE A POISTENIE ÁNO

Proti väčšine kritických ochorení je možné bojovať očkovaním. „Očkovací kalendár udáva prvé očkovanie dieťaťa v druhom až treťom mesiaci života. Dovtedy by sa rodičia mali vyvarovať rizikovým faktorom, ktoré by mohli dieťa ohroziť,“ upozorňuje doktorka Špániková.

Choroby či úrazy ohrozujú deti bez ohľadu na vek a každý rodič potvrdí, že strach o dieťa je trvalý stav, s ktorým sa treba naučiť žiť. Pomôcť zmierniť úzkosť a obavy môže aj poistenie. Detské úrazové pripoistenie stačí napláňovať na čas, keď sa dieťa postaví na vlastné nohy a začne samé pre seba predstavovať hrozbu. Vhodné je však i pripoistenie kritických chorôb detí, ktoré má zmysel už od narodenia. V ING Životnej poisťovni kryje až 55 diagnóz, vrátane rakoviny in situ, žltacky, encefalitídy či cukrovky. „Poistenie dieťaťa tak pomáha rodine pri financovaní liečby a rehabilitácii alebo pri potrebnej úprave bývania. Poistením dokáže rodina preklenúť finančný výpadok v čase, keď sa rodičia musia naplno starať o svoje dieťa,“ vysvetľuje Helena Lazosová, produktová a marketingová riaditeľka poisťovacej časti ING SR/ČR.

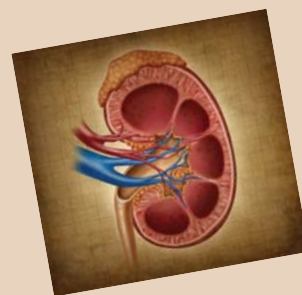
Ako rodičia chránia svoje deti pred kritickými chorobami?

55 %	zdravým životným štýlom
36 %	zdravou a vyváženou stravou
35 %	návštevou preventívnych prehliadok
30 %	si myslí, že prevenciu neovplyvní
20 %	podávaním vitamínov a doplnkov stravy

Zdroj: Prieskum ING Životnej poisťovne „Detské kritické choroby a úrazy“ z marca 2014 na vzorke 800 respondentov.

VIAC PACIENTOV S PORUCHAMI OBLIČIEK

Do evidencie nefrologických ambulancií pribudlo za rok viac ako 5,5-tisíc pacientov. U detí prevažuje ochorenie na zápal obličiek. Najčastejšie diagnostikovaným ochorením v prípade dospelých je poškodenie obličiek spôsobené cukrovkou. Mierne optimistickejší je vývoj počtu pacientov, ktorí potrebujú pravidelnú dialyzačnú liečbu.



V nefrologických ambulanciách bolo v uplynulom roku sledovaných 182 990 osôb. V porovnaní s rokom 2012 je to nárast o 5 622 pacientov.

U detí sa najčastejšie vyskytoval zápal obličiek (pyelonefritída). Nefrologické ambulancie evidovali v uplynulom roku s týmto ochorením 10 801 detských pacientov. V porovnaní s rokom 2012 ide o nárast až o 19 % (1 729 osôb). Najčastejšie diagnostikovaným ochorením vo vekovej skupine 19 a viacročných osôb bolo poškodenie obličiek spôsobené diabetes mellitus (30 971 pacientov). Aj tu evidujeme medziročný nárast o 1 465 osôb. Rovnako v dospeljej populácii naďalej rastie aj počet pacientov s poškodením obličiek hypertenziou (20 412 evidovaných, čo je o 497 osôb viac ako v roku 2012).

Do pravidelnej dialyzačnej liečby (PDL) bolo zapojených 4 228 pacientov, čo je o 26 pacientov menej ako v roku 2012. Až 83 % pravidelne dialyzovaných boli pacienti vo veku nad 50 rokov. Pacientov do 18 rokov bolo do PDL prijatých 23. Najviac pacientov zaradených do PDL podľa diagnózy bolo pre poškodenie obličiek spôsobené diabetom mellitus (33 %) a ďalej pre zápal obličiek (15 %).

V uplynulom roku zomrelo 661 pacientov zapojených do PDL, t. j. 16 % zo všetkých liečených. Najčastejšou príčinou úmrtí boli kardiovaskulárne choroby (414). Na čakaciu listinu pre transplantáciu bolo zaradených 471 pacientov a 115 osôb sa podrobilo transplantácii obličiek. Náhle zlyhanie obličiek bolo evidované pri 1 234 pacientoch (z toho 462 úmrtí). V 331 prípadoch nastalo zlyhanie po chirurgickom výkone alebo po zranení.

PREDAJ RODINNÉHO DOMU S AMBULANCIOU

Ponúkame na predaj samostatne stojací rodinný dom, ktorý sa nachádza v Bratislave, v mestskej časti Vrakuňa, na Hradskej ulici. Ide o novostavbu 6-izbového rodinného domu s asfaltovou prístupovou cestou priamo z hlavnej ulice.

Dom pozostáva z dvoch nadzemných podlaží a zvýšeného suterénu pod celým domom. Suterén slúži ako neštátna zdravotnícke zariadenie – skolaudovaná ambulancia, vrátane operačnej sály s príslušenstvom. Umývateľné steny, antistatické podlahy, vzduchotechnika a iné.



Suterén: vstupná hala (čakáreň), chodba, ordinácia, izba, kúpeľňa so sprchovým kútom, WC (2x), operačná sála (inak využívaný priestor).

1. NP: predsieň, vstupná hala, kúpeľňa so sprchovým kútom, hosťovská izba, obývačka s krbom, kuchyňa + špajza

2.NP: 4 x izba, 2 x kúpeľňa (jedna kúpeľňa s vírivkou), sklad

Strecha: úložný priestor

Rodinný dom bol skolaudovaný v roku 2003. Postavený z pálenej tehly Porotherm, strecha je z pálenej škridle BRAMAC. Dom je zateplený 10 cm izoláciou. V dome je možné kúriť radiátormi a krbom,

ktorý je prepojený ústredným kúrením (teplodný krb). Okná v celom dome sú drevené. Obytná časť domu je oddelená od suterénu (ambulancie) tak, že dom a suterén majú každý samostatný vchod, pričom každá časť je zároveň aj samostatným odberným miestom pre odber energie. Celkové mesačné náklady sú 260 eur. K domu prislúcha aj snečný, rovinatý pozemok o výmere 900 m². Pozemok je rozčlenený na predzáhradu vo dvore, kde je možné parkovanie až pre 5 vozidiel, ako aj pred domom, kde sú ešte navyše 2 parkovacie státi. Na prízemí domu sa nachádza priestranná, krytá terasa, na ktorú je možné sa dostať priamo z kuchyne a aj z obývačky. Cez terasu možno prejsť do rozsiahlej záhrady s kompletnou záhradnou úpravou a automatickým zavlažovaním (napojené na vodu z vlastnej studne). Súkromie domu zabezpečuje vysoký plot zo smaragdových tují. V záhrade sa nachádza záhradný domček, prístrešok na drevo, ako aj vinná pivnica. Nehnutelnosť spĺňa najnáročnejšie kritériá, ponúka príjemné a tiché bývanie, dobrú a blízku dostupnosť do mesta. Možnosť HÚ, kúpou voľný.

LOKALITA: Lokalita s rýchlym a pohodlným prístupom na diaľnicu, kompletná občianska vybavenosť – obchody, škola, škôlky, športoviská (tenisové kurty), cyklistika, turistika, ihriská, MHD – priame spojenie do centra mesta. Ponúkaná nehnuteľnosť je dobrou investičnou príležitosťou, ktorá ponúka možnosť komfortného bývania ako aj sídla firmy. Realitné kancelárie – kontaktovať LEN v prípade konkrétneho záujemcu!

Kontakt: 0911 693 920

Medical Golf Cup 2014

Dňa 24.09.2014 sa v Šajdíkových Humenciach (Senica) na ihrisku Legend Course Penati Golf Resort uskutočnil 6. ročník golfového turnaja pre lekárov, zubárov, farmaceutov a ďalších zdravotníckych pracovníkov (s HCP) MEDICAL GOLF CUP. Turnaj spolorganizovala Slovenská lekárska komora za pomoci bratských komôr v SR. Zúčastnilo sa na ňom mnoho golfových priaznivcov. Všetkým zúčastneným i samotným víťazom blahoželáme.

Inzerujeme...

Prijmeme ORL lekáre:

ORL ambulance prijme lekáre/ku /na plný alebo i čiastočný úvazek na ORL ambulance v Moravskoslezskom kraji v ČR. Nabízime nadstandardní platové podmínky, možnosť ubytování, služebního mobilu a služebního vozu.

Kontakt:

mobil: +420 602 703 452,
+420 603 282 834

Zabezpečte si úspěšný a kvalitný život



Komunálna spoločnosť pre medicínsku starostlivosť v Landshute (LAKUMED) so 620 medicínskymi lôžkami hľadá pre svoju Klinik Anestéziológie a Intenzívnej medicíny v nemocnici Landshut-Achdorf (fakultná nemocnica Technickej Univerzity Mnichov) a nemocnici Vilsbiburg (obidve držiteľky certifikátov kvality ISO 9001)

Lekára/Lekárku

v predatestačnej príprave v odbore Anestéziológie alebo/a na ďalšie špeciálne vzdelávanie v odboroch Intenzívna medicína, Paliatívna medicína a Liečba bolesti

Spektrum výkonov zahŕňa:

- ca. 13.000 anestézií/rok v oblasti viscerálnej, hrudnej, cievej, úrazovej, plastickej chirurgie a chirurgie ruky, v gyneológii a pôrodnictve, ORL, ortopédii a urológii na 12 operačných sálach a 5 ďalších vyčlenených pracoviskách, vrátane OP-manažmentu podľa kľúča pracovných pozícií (šéf-zástupca-asistent) 1- 5-16 (Landshut-Achdorf) a 1-3-6 (Vilsbiburg)
- anestéziologické spektrum- regionálna anestézia prevažne ultrazvukovo navádzanou technikou blokády, manažment dýchacích ciest pomocou videolaryngoskopie a fibroptických postupov zaistenia dýchacích ciest, jednopľúcna ventilácia a pôrodnická anestézia
- v ambulatnom operačnom centre ca 1600 anestézií/rok
- interdisciplinárna intenzívna a intermediárna jednotka s 26 lôžkami a najmodernejšou výtavou vrátane invazívneho hemodynamického monitoringu, kontinuálnej a intermitentnej hemodialýzy a ECMO
- špeciálne perioperačné a pooperačné algeziologické postupy (PDA a periférne nervové katétrie), služobná pohotovosť akútnej bolesti a liečba bolestivých syndrómov
- interdisciplinárne paliatívne oddelenie s 12 lôžkami
- plné vzdelanie v odbore anestéziológie
- účasť na USG-workshopoch priamo v nemocničnom zariadení

Ponúkame:

- otvorenú a dobrú pracovnú klímu v angažovanom kolektíve hospodársky prosperujúceho nemocničného zariadenia
- zaškolenie pomocou tútorov, kontinuálne ďalšie vzdelávanie
- promptnú interdisciplinárnu spoluprácu
- platové podmienky podľa tabuliek TV-Ärzte/VKA
- praktické zručnosti vo využití ultrazvuku v regionálnych anestéziách, pri cievných punkciách, pri sonografovaní hrudníka a brucha
- možnosť rotácie a flexibilný model pracovnej činnosti
- možnosť práce v prednemocničnom teréne ako lekár záchrannej zdravotnej služby

Tešíme sa na vaše žiadosti o zamestnanie a v prípade akýchkoľvek otázok nás neváhajte kontaktovať.

Svoje žiadosti o zamestnanie, resp. hospitáciu posielajte na nasledujúcu adresu: Prof. Dr. Martin Anetseder, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Achdorfer Weg 3, 84036 Landshut, E-Mail: anaesthesia@khh-landshut-achdorf.de, Tel. 0871-404 2754.

Altebo Dr. Raimund Busley, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Krankenhausstr. 2, 84137 Vilsbiburg, E-Mail: anaesthesia@khh-vilsbiburg.de, Tel. 08741-60 3110.



LAKUMED je členskupiny CLINOTEL, združujúcej hospodársky zdravé a inovatívne mysliace nemocnice v rámci celého Nemecka (www.clinotel.de)

www.lakumed.de

Znenie tajničky:

Správne znenie tajničky posielajte na adresu: redakcia.medikom@gmail.com

	PRIPRÁVOVALA OSNOVU	1.ČASŤ TAJNIČKY	PREVER	HANDRA (ANGL.)	GÉN. ID. JEDNOTKA V DEDIČNOSTI	ČIARY	POMÔCKY: CI, AMON, KYTA, ERI, AYNA, ELIS, ALILA, APO, AYR, AKASU, RINYA, NIAMEY, ISIK.	GUADELOUPE (KÓD ŠTÁTU)	SÚHVEZDIE BARAN (ANGL.)	RIEKA V MAĎARSKU	NIE (RUS.)	HORA V TURECKU	5.ČASŤ TAJNIČKY	MESTO V JAPONSKU
SUEDIL, STOPOVAL							ZARIADENIE NA UPEVNENIE ZÁGLON							
NEPREKÁŽA							VYRUBANÝ PAS V LESNOM PORASTE VESLO NA NEPÁROVÚ LÓD							
VOŇAVÉ KORENIE								VNÚTORNÝ OBAL (ANAT.) ČÍNSKA PLOŠNÁ MIERA						
PLŤ (ČES.)				HLAVNÉ MESTO NIGERU ŠIBALSTVO (HOVOR.)						NÁDOBA NA ODPADKY HL. MESTO KENI				
PRVÉ PÍSMENÁ ABECEDY			OBYVATEL ŠTERÚS PRÍSTAV (ANGL.)									JESTVUJ OBYVATELKA GRECKA		
LIPA (ČES.)										VEK (ANGL.)				ANGLICKÉ MESTO
EGYPTSKÝ BOH SĽNKA A PLODNOSTI										ŽENSKÉ MENO (14.11.)				
	POLOVNÝ PES VYROVNANÝ									VELKÉ KRÍKY (EXPR.)				
ZVÁZOK LANU										HNEDOŽLTÁ FARBA				
VOLKS BANK (SKR.)			OBYVATEL AMERIKY	OPAK VELKÁ						ŠŤAVNATÁ OS RASTLINY POZDRAVOVAL I NÁVŠTEVU				ORGÁNY ČUCHU
INDE						RUSKÉ MUŽ. MENO (JOZEF)	ŠUNKA (ANGL.)	ORIENTAČNÝ BEH (SKR.)	OBYVATEL VINNÉHO 3.ČASŤ TAJNIČKY					
PREDMET DIEĽA					UROBÍ HOLÍM PRVÝ PREKLAD BIBLIE						FILIPÍNSKA SOPKA ZHRNAM			
	OTRAVA (ODB)	ANGLICKÉ ŽEN. MENO (ALZBETA) 2.ČASŤ TAJNIČKY										SYMETRÁLA SÚHVEZDIE VEĽKÝ MEDVEĎ		
UROBÍM KRATŠÍM								JEDNORUČNÉ STA'BY 4.ČASŤ TAJNIČKY						
SKR. SÚHVEZDIA ERIDANUS				ACCESS POINT (SKR.) AMATEUR FOOTBALL ASSOCIATION			SILNÝM HLASOM OZNAMOVALA 401 RÍM. ČÍSLICAMI							BÝV. JEDNOT. OBCHOD V BRATISLAVE
ZAČAL						MPZ POBREŽIE SĽONOVINY NUKLEOVÉ KYSELYNY (SKR.)			ŠPANIELSKY OSTROV RHODE ISLAND (SKR.)					
VZDUCHO- TESNÝ ODEV										HORA V ETIÓPII				
SÍDLO V ŠPANIELSKU					MENO ŠIMONA					MENO MATEJA				

Ceny do tajničky poskytla firma AVITA International.

1. Cena: Strong C 1000 + Aloe Vera & Enzymes
2. Cena: Chewing C 500 + Mins & Vitámin D
3. Cena: Aloe Vera & Enzymes + Probiotic & Fiber



Správna odpoveď tajničky z časopisu MEDIKOM 2/2014 znie:

Komu sa nelení, tomu sa zelení, preto píšem zeleným perom.

Blahoželáme výhercom!

Výzrebovali sme troch súťažiacich, ktorým posielame ceny, ktoré venuje Avita International.

Výhercovia z čísla 2/2014 Medikom®:

1. MUDr. Peter Stareček, Považská Bystrica
2. MUDr. Mária Grunská, Bratislava
3. MUDr. Zdena Hanudelová, Prešov

Adresa redakcie:

LEKÁR a.s., MEDIKOM,
Dobšinského 12, 811 05 Bratislava

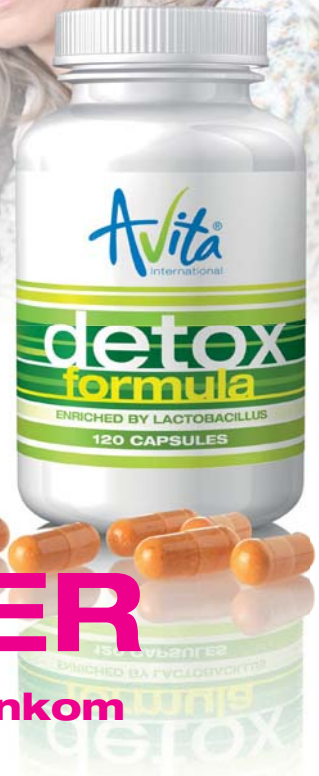
Tešíme sa na správnu odpoveď tajničky do 25. novembra 2014: redakcia.medikom@gmail.com

Avita[®]
International

Robme život lepším

detox
formula

**HERBAL
COLON CLEANSER**



- ✓ **komplex prírodných látok s detoxikačným účinkom**
- ✓ **podpora činnosti pečene a črevného traktu**
- ✓ **doplnka Lactobacillus Acidophilus**

DETOX FORMULA sa vyznačuje synergiou prírodných zložiek

DETOX FORMULA predstavuje komplex prírodných látok - najmä rôznych druhov vláknin, ktoré nielen mechanicky čistia, ale aj naviažu toxíny a vylúčia ich. Jablčný pektín je cennou rozpustnou vlákninou, ktorá nielen čistí telo, ale má aj antibakteriálne účinky. Nerozpustné psýlium (vláknina zo skorocelu indického) je schopné absorbovať vodu s rozpustenými škodlivinami za vzniku gélu.

Semená feniklu pomáhajú očistiť prostredníctvom éterických olejov - sú bohatým zdrojom draslíka, uvoľňujú spazmy a spolu s kurkumou a mäťou zlepšujú prekrvenie.

Unikátnou zložkou je kvet ibišteka, bohatého na antioxidanty, ktorý pomáha pri rozpúšťaní tukových usadenín a má aj protizápalové a dezinfekčné účinky.

Horčík - jeden z najdôležitejších vnútrobunkových minerálov (okrem ďalších známych účinkov) podporuje činnosť čriev, žlčníka a zlepšuje enzymatickú aktivitu.

Významným „bonusom“ DETOX FORMULA je Lactobacillus Acidophilus - jeden z najvýznamnejších druhov probiotických baktérií, ktorý patrí k prirodzenej črevnej mikroflóre a je základom pre zdravé a aktívne trávenie a dobrú imunitu.

DETOX FORMULA je určená

- ✓ všetkým dospelým jedincom na podporu detoxikácie organizmu
- ✓ tým, ktorí majú problémy s vyprázdňovaním
- ✓ všetkým, ktorí sa nepravidelne stravujú, majú tráviace ťažkosti, resp. pociťujú celkový diskomfort
- ✓ jedincom s problematickou pleťou (vyrážky, svrbenie...)
- ✓ ako súčasť jedálneho lístka pri redukčných diétach

Odborníci z oblasti výživy odporúčajú podporiť očistu organizmu detoxikačnými kúrami (2-3x ročne), za dodržania pitného režimu (min. 30-120 ml/ kg/ deň), ktorých súčasťou by mali byť rastlinné očistné látky (herbal colon cleanser). DETOX FORMULA je vhodným prípravkom na tento účel. Pri kúre je vhodné kombinovať ho s LIVERED a PROBIOTIC & FIBER.

Viac info o kompletom portfóliu Avita produktov nájdete na

www.avitainternational.com



Kontakt: Mgr. Viktor Dobiš, MPH | mobil: +421 911 199 762 | e-mail: dobis.viktor@lekarnet.sk

Prevenca je lepšia ako liečba.

Menej respiračných infekcií.

Viac voľnosti

pre Vašich pacientov.

BRONCHO-VAXOM®

(OM-85 BV)

Váš spojenec v účinnej obrane.

Jediný bakteriálny lyzát
odporúčaný v ERS/EAACI*
smerniciach EPOS**
pre rinosinuitídu.

Bez preskripčného
obmedzenia.

* ERS - European Rhinologic Society; EAACI - The European Academy of Allergy and Clinical Immunology

** EPOS - European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps; Fokkens W.J. et al. Rhinology 2012;50:Supplement 23

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: **Názov:** Broncho-Vaxom® pre dospelých; Broncho-Vaxom® pre deti.

Zloženie: Lyofilizovaný bakteriálny lyzát (Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae et ozaenae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes et viridans, Moraxella catarrhalis): 7 mg (dospelí) a 3,5 mg (deti). **Indikácie:** Prevencia opakujúcich sa infekcií dýchacích ciest a akútnych exacerbácií chronickej bronchitídy. Podporná liečba pri akútnych infekciách dýchacích ciest. **Dávkovanie a spôsob podávania:** liečba akútneho stavu: 1 kapsula (vrecko) denne nalačno až do vymiznutia príznakov ochorenia, najmenej počas 10 dní. Ak je nevyhnutná antibiotická liečba, je vhodné Broncho-Vaxom® užívať súčasne s antibiotikami. **Preventívna a/alebo konsolidačná liečba:** 1 kapsula (vrecko) denne nalačno po dobu 10 po sebe nasledujúcich dní v troch po sebe idúcich mesiacoch. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivo alebo na niektorú inú zložku lieku. Deti mladšie ako 6 mesiacov. **Používanie v gravidite a počas laktácie:** V reprodukčných štúdiách u zvierat sa nezistilo riziko pre plod, ale kontrolované štúdie u tehotných žien sa nerobili. U dojčiacich žien sa nerobili špecifické štúdie a zatiaľ neboli hlásené žiadne údaje. **Nežiaduce účinky:** liek je obvykle dobre znášaný. V ojedinelých prípadoch sa môžu objaviť poruchy funkcie tráviaceho ústrojenstva (nauzea, bolesť brucha, davenie, hnačka), kožné reakcie (svrbenie, začervenanie, vyrážka). Rovnako ojedinelé sú respiračné poruchy (kašeľ, dýšanosť, astma) alebo celkové problémy (horúčka, únavnosť, alergické reakcie). Pri výskyte týchto nežiaducich reakcií je potrebné sa poradiť s lekárom. **Uchovávanie:** Uchovávať vo vnútornom obale pri teplote do 25 °C. **Veľkosť balenia:** Broncho-Vaxom® pre dospelých - 30 kapsúl. Broncho-Vaxom® pre deti - 30 kapsúl. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** OM PHARMA S.A., Amadora - Lisabon, Portugalsko. **Registračné čísla:** Broncho-Vaxom® pre dospelých: 59/0053/84-S; Broncho-Vaxom® pre deti: 59/0052/84-S, 59/0507/06-S. **Dátum poslednej revízie textu:** marec 2009. Pred predpísaním lieku si prečítajte Súhrnnú charakteristiku lieku. **Bližšie informácie získate na adrese:** OM Pharma SA/Vifor Pharma, 22, rue du Bois-du-Lan, P.O. Box 88, 1217 Meyrin 2/Geneva, Switzerland, www.viforpharma.com

