

1/2015

MEDIKOM[®]



EDUKAFARM

medineews



časopis Slovenskej lekárskej komory

Odborná časť časopisu MEDIKOM[®]

POVINNÉ – NEPOVINNÉ
MUDr. J. HANZEN

VZDELÁVACÍ PORTÁL SLK I-MED

PREZIDENT SR VETOVAL ZÁKON

ZDAŇOVANIE DAROV

LEKOM SKI 2015

PLUS

ODBORNÁ ČASŤ – ČASOPIS *medineews*





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

Potrebuje 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 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 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,

už niekoľko mesiacov pracujeme v roku 2015. Keď sa obzrieme za tým minulým, musíme konštatovať, že sa nám nevyhli protesty proti rozkrádaniu zdravotníctva, korupcii z najvyšších miest v súvislosti so zdravotníctvom, ktoré zmobilizovali tisíce ľudí. Premiérovi vlády SR neostalo iné, len realizovať personálne zmeny vo vláde a parlamente. Tieto v rezorte pokračovali aj po príchode nového ministra zdravotníctva SR, ktorý bol predtým štátnym tajomníkom. Po nástupe do novej funkcie musel, tiež pod tlakom „ulice“, ohlásiť odchod štyroch riaditeľov nemocníc pre predražené tendre v oblasti stravovania a upratovacích služieb. O post prišiel aj vedúci služobného úradu Ministerstva zdravotníctva SR. Kauza za kauzou: pripravili nominantov štátu a jednej politickej strany o miesto, na prvý pohľad vyzerajú „v poriadku“, v súlade so zákonom. No pravda je iná...

Okrem personálnych zmien bolo a je pre nás, lekárov dôležité to, čo sa neudialo. Čo nám naozaj chýba, sú systémové zmeny. Zmeny v prospech pacientov i poskytovateľov. Minister zdravotníctva Slovenskej republiky Viliam Čislák predostrel niekoľko plánovaných opatrení, ktoré by sa mali v ďalšom období realizovať. Čo všetko by chcel minister zdravotníctva SR stihnúť, vie asi len on sám a tí, ktorí majú na týchto opatreniach eminentný záujem. Mal by však viac myslieť na lekárov, bez ktorých to určite nepôjde. A to by si mal uvedomiť nielen minister, ale aj lekári.

Rezort predstavil „dlhodobu utajovaný projekt“ novej nemocnice v Bratislave. Malo by ísť o formu verejno-súkromného partnerstva, pričom by sa „zlikvidovali“ ďalšie tri bratislavské nemocnice. Znížila by sa lôžková časť i pomer zamestnancov v danej nemocnici. Hoci všetci si už želáme novú univerzitnú nemocnicu, spôsob realizácie a utajovania informácií skrýva vážne riziká. V konečnom dôsledku môže ísť len o „tendre“ bez, alebo s otáznym úžitkom pre spoločnosť. Nemocnica nie je len budova a prístroje. Sú to najmä lekári, sestry a ostatný personál, ktorí pri príprave tohto projektu boli zatiaľ obidení. Získanie novej nemocnice formou, akú navrhuje súčasné MZ SR, nie je možné chápať inak, ako privatizáciu zdravotníckeho sektoru najdôležitejšej nemocnice na Slovensku na 30 rokov.

Ak si k tomu prirátame budovanie integrovaných centier zdravotnej starostlivosti a desať ďalších nemocníc z európskych peňazí, o ktoré sa rovnako bude uchádzať súkromný investor, vieme, ako to na Slovensku chodí. Mozaika je úplná. Analytici nezabudli ani na jeden z najväčších projektov MZ SR, ktorým malo byť zavedenie jednej poisťovne. Keďže je to o peniazoch, táto téma zostala zatiaľ otvorená.

Elektronické zdravotníctvo sa posunulo za obdobie budúcich volieb do parlamentu. Chýba taktiež nezrealizovaný systém DRG. Bývalá ministerka zdravotníctva pri jednofarebnej vláde nevyužila priestor, aby zadefinovala, na čo majú pacienti nárok z verejného zdravotného poistenia. Namiesto toho sa chabo pokúsila urobiť poriadok vo sfére poplatkov spôsobom, ktorý prenáša zodpovednosť štátu na plecia drobného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. O tom svedčí aj prijatá novela zákona č 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti. Je to hrubý a ekonomicky nedomyšlený zásah do rovnováhy vzťahov úhrad zdravotnej starostlivosti.

Slovenská lekárska komora sa nebráni, ba naopak podporuje znižovanie priamej spoluúčasti pacienta na úhrade zdravotnej starostlivosti. Sme však toho názoru, že v prípade nadobudnutia účinnosti zákona bude nevyhnutné nahradiť výpadok príjmov ambulantných poskytovateľov platbami zo strany zdravotných poisťovní. Len tak môžeme predísť ekonomickému krachu niektorých (mnohých?) poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Vynára sa zákonitá potreba jedného spoločného vyjednávacieho tímu – organizácie, ktorá by združovala všetkých poskytovateľov a bola dôstojným partnerom pri rokovaniach s poisťovňami.

Napriek všetkým negatívnym okolnostiam – akými sú absencia komunikácie, nesystémové opatrenia, zásahy dávno prekračujúce hranice dobrých mravov – sa Slovenská lekárska komora bude naďalej usilovať všetkými možnými legálnymi prostriedkami, ktoré sú k dispozícii, obhájiť dôstojné postavenie a práva lekárov. Aby z tohto snaženia v konečnom dôsledku profitovali nielen lekári, ale aj pacienti. Len tak môžeme byť v konečnom dôsledku všetci úspešní.

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 spracúvaním 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.

ROKOVANIE MIMORIADNEJ RADY SLK

Rokovanie mimoriadnej rady SLK dňa 20. 01. 2015 sa nieslo v duchu zlej situácie v zdravotníctve.

Prezident uviedol, že SLK (komora) sa chce uberať novým smerom, chce byť lídrom zdravotníctva. Prezident SLK informoval o pracovnom stretnutí Prezídia SLK s ministrom zdravotníctva SR 27.11.2014, na ktorom prebrali otázky rozpočtu, povinného členstva v komore a jeho právomoci, sieť a zriadenie nemocničných rád. Na stretnutí sa s ministrom zdravotníctva SR dohodli na ďalších pravidelných stretnutiach. Zatiaľ sa nič zo sľubov ministra zdravotníctva SR neuskutočnilo. Rozpočet nebol dofinancovaný, otázka povinného členstva je otvorená ako aj vznik nemocničných rád.

Jediná zmena, ktorá nastala, je zmena aktualizáčného príspevku z 5 na 15 eur aj to iba v súvislosti so zavádzaním e-health. Prezident SLK uviedol päť základných dôvodov na podporu projektu, ktorým by komora mala zareagovať na situáciu. Otvoril otázku budúcnosti slovenského zdravotníctva a postavenia lekára a komory v ňom. Predniesol informáciu, aby sa členovia lekári postavili za reformu zdravotníctva.

Ako **prvý bod** otvoril prezident SLK **unitárny systém**, ktorý nie je mŕtvly. Novým členom komisie je štátny tajomník MUDr. M. Mikloš. Zavedením unitárneho systému sa vytvorí dominantné postavenie jednej poisťovne, čo vytvára predpoklad ovládnutia poisťovne vlastníkom rozhodujúcich zdravotníckych zariadení.

V **druhom bode** prezident SLK informoval o príprave **integrovaného systému zdravotnej starostlivosti**. Ide o návrh na vybudovanie 146 centier integrovanej zdravotnej starostlivosti vo vlastníctve súkromných osôb a rekonštrukciu 10 ústavných zariadení, čo vytvára predpoklad na monopol a diktovanie podmienok poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Ohrozuje to personálne aj finančne. Uviedol, že v rámci tohto systému má byť v Senci postavená nemocnica so 130 lôžkami.

Informoval o stretnutí so zástupcami Európskej komisie k integrovanému systému ZS, kde SLK odprezentovala svoje pripomienky 12. 1. 2015 (fyzicky na komisii v Bratislave) a 28. 1. 2015 (formou telekonferencie). Išlo o problematiku implementácie Integrovaného regionálneho operačného programu v častiach týkajúcich sa integrovaných centier zdravotnej starostlivosti a nových nemocníc, ktoré by sa mali budovať s finančnou podporou z eurofondov. K tejto téme sa vrátíme v ďalších číslach časopisu.

Tretím bodom je vybudovanie novej fakultnej nemocnice v Bratislave, čo bol donedávna tajný projekt. Nie je jasné, ako bude nová nemocnica prevádzkovaná. Uviedol, že vlastníkom bude mať zásadný vplyv na

zabezpečenie zdravotnej bezpečnosti a bude si môcť klásť podmienky, za ktorých bude poskytovaná zdravotná starostlivosť. Upozornil na možnosť presunu finančných prostriedkov z ambulantného sektora do ústavnej starostlivosti. Ďalej upozornil na pripravovanú zmenu personálnych normatívo v súvislosti s projektom novej nemocnice a na možné prepúšťanie lekárov. Členovia Rady SLK rozdiskutovali možnosti zamestnávania lekárov zo zahraničia v zdravotnom systéme tak, ako je to uvedené v projekte. Prezident SLK ďalej upozornil, že v projekte nie je rozpracovaná výučba, hoci nemocnica má slúžiť ako fakultná a s predstaviteľmi Lekárskej fakulty sa o projekte nehovorilo.

Štvrtým bodom sú elektronické pokladnice, ktoré považuje, že vznikli za účelom kontroly výšky príjmov ambulantného sektora a prípadným možným znížením platieb so ZP. Uviedol, že elektronické pokladnice sú aj v iných krajinách, ale nie na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Piatym bodom je prenos výkonu štátnej správy na komoru, ktorý je hrađený z prostriedkov členov komory. Upozornil, že SLK dlhodobo žiada, aby bolo povinné členstvo. Rovnaký prístup k výkonu povolania, potreba kontroly etiky a odbornosti, k výkonu povolania ako prostriedku na dosiahnutie spravodlivého prístupu ku všetkým poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Taktiež ide o legislatívne zakotvenie zaraďovania a vyradovania zo siete a dohodovacie podmienky na uzatváranie zmlúv so ZP.

Prezident SLK poukázal na to, že korupcia a klientelizmus v zdravotníctve bude mať tvrdý dopad na lekárov, ako aj pacientov. Prezident otvoril otázku ako túto situáciu využiť.

Uviedol, že cieľom SLK by malo byť pri zavedení Unitáru návrh na zdravotnú daň so zachovaním zdravotného poistenia, ktorá nie je zo zdravotnej dane a možnosť nadštandardu.

V súvislosti so zavádzaním registračných pokladníc zabezpečiť, aby v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti pacient nehradil žiadne poplatky, ale žiadať zabezpečenie hradenia zo zdravotných poisťovní i do obdobia, pokiaľ neprebehne legislatívne zmeny. V diskusiách hovorilo, že o stave v slovenskom zdravotníctve je už rozhodnuté. Veľké univerzitné nemocnice si rozdelia investori. Okresné nemocnice sa rozdelia medzi Agel a Pentu a malé nemocnice bude vlastníť Unipharma. MUDr. E. Jurkovič uviedol, že zaniknú aj súkromné ambulancie. Z pohľadu komory riešenie nevidí. Ďalej uviedol, že registračné pokladnice sa zavádzajú preto, aby sa postupne na ne zvyklo a pacienti budú platiť aj naďalej, ale už iným vlastníkom.

Prezident SLK uviedol, že je potrebné urobiť kroky,

aby vznikla diskusia k problémom. Upozornil na dve základné úlohy SLK: 1. zadefinovať problémy slovenského zdravotníctva;

2. postaviť sa za lekárov, nakoľko situácia sa vyvíja proti lekárom (končí súkromné vlastníctvo ambulancie lekárom) a proti pacientom.

Navrhol spojiť sily lekárov a pacientov. Prezident SLK ďalej predstavil myšlienku vytvorenia Zväzu zmluvných poskytovateľov ZS, ktorý by chránil jednotlivých lekárov, členov zväzu. Touto formou by bolo možné dosiahnuť nátlak na zlepšenie postavenia a financovania lekára. Informoval o príprave zloženia zväzu a zvolania zhromaždenia na jednotlivých RLK, kde by sme lekárov podrobne informovali o projekte a o zväze.

Príprava XXV. výročia SLK – doplnenie a zvolanie komisie

Návrhy na ocenenie členov pri príležitosti XXV. výročia SLK 25.9.2015

MUDr. V. Vasilová informovala o priestorových a ubytovacích možnostiach na usporiadanie XXV. výročia SLK a snemu SLK v Košiciach. Členovia Rady SLK rozdiskutovali prípravu podujatia na podklade zápisu komisie na prípravu osláv XXV. výročia SLK. Prezident SLK informoval o začatí podujatia odbornou konferenciou, ktorá by začala o 13,00 h, večer by bola slávnostná časť. Druhý deň 26.9.2015 bol by venovaný snemu SLK. V rámci konferencie mali by odznieť príspevky zahraničných hostí na tému postavenia komory v zdravotníckom systéme jednotlivých krajín.

List ministrom zdravotníctva SR k aktualizáčnemu poplatku v zákone 578/2004 Z. z. (cez novelu zákona č. 580/2004 Z.z., ktorá bola prerokovaná vo vláde SR začiatkom tohto roka).

Prezident SLK priblížil cieľ uvedenej iniciatívy. Ide o ochranu príspevkov členov tak, aby sa z nich nemuseli uhrádzať výdavky na výkon preneseného výkonu štátnej správy.



POMÔŽTE NÁM POMÁHAŤ

Začiatkom roka zasadala Správna rada Neinvestičného fondu LEKÁR. Zriaďovateľom je Slovenská lekárska komora a Glaxo Smith Kline Slovakia s.r.o. Účelom tohto neinvestičného fondu je združovanie finančných prostriedkov určených na plnenie všeobecne prospešného účelu v oblasti ochrany, podpory zdravia a vzdelávania pre mladých lekárov - členov Slovenskej lekárskej komory.

Neinvestičný fond Lekár, poskytol finančnú podporu mladým lekárom na absolvovanie štáží na zahraničných klinikách. Mladým lekárom, členom Slovenskej lekárskej komory fond umožňuje získať najnovšie vedomosti a zručnosti z odboru. Tieto

môžu následne uplatniť na svojich pracoviskách v SR. Správna rada fondu je zložená zo zástupcu firmy GSK, zástupcov SLK ako aj zástupcu Transparency international Slovensko. Činnosť fondu je veľmi záslužná. Mladí lekári ťažko hľadajú finančnú podporu. Týmto sa im otvára možnosť získať najnovšie medicínske informácie s ich následnou aplikáciou do praxe, ako aj možnosť publikovať v zahraničných časopisoch. Z dôvodu zvýšenia finančných prostriedkov viazaných na tento účel, dovoľujeme si osloviť ďalších donorov. Ich zapojenie do tohto projektu môže pomôcť mladým lekárom v medicínskom rozvoji.

(esa)

POVINNÉ – NEPOVINNÉ

MUDr. Juraj Hanzen



O členstve v SLK (ďalej v komore) sa vedú diskusie od jej obnovenia po páde diktatúry jednej strany. Sme svedkami neustálych polemik o tom, či má byť členstvo v komore povinné alebo nepovinné. Povolanie lekára patrí medzi regulované povolania. Sú dve možnosti regulácie. Jedna možnosť je štátom, ktorý zastupuje úradník. Na Slovensku obvyčajne vyznávajúci vôľu úradujúcej politickej strany. Platí to aj na osoby vykonávajúce regulované povolanie, ktoré sa natlačili na kandidátne listiny politických strán, a ak sú zvolené, plnia potom ich vôľu. Druhá možnosť je regulácia stavovskou organizáciou prostredníctvom stavovských predpisov. Pri členstve všetkých ľudí vykonávajúcich regulované povolanie v nej, vyznáva vôľu svojich členov, určite ich väčšiny. Logika je jasná. Prečo potom riešime problém, ktorý by nemal byť problémom? Najčastejšie počut argument, že komora pre mňa nič neurobila. A čo takýto človek urobil pre ostatných kolegov, pre komoru, ktorá je ich spoločným štítom? Za tým sa takmer vždy skrýva problém členského príspevku. Členský príspevok stavovskej organizácii je možné chápať ako daň za nezávislosť. Nie nezávislosť stavovskej organizácie, ale jej člena, občana vykonávajúceho regulované povolanie, ktorý svojím členstvom v komore podporuje nezávislosť všetkých jej členov. Preto diktatúra proletariátu zrušila stavovské organizácie. Tie neplnili úlohy, ktoré im nadiktovala vládna skupina, v minulosti spravidla krčmových povalačov, vyškolená za cudzie peniaze a presadzujúca cudzie záujmy. Preto bola v Československu po februárovom puči zrušená aj Lekárska komora. Z toho je jasné, prečo politické reprezentácie nechcú povinné členstvo v SLK pre ľudí vykonávajúcich regulované povolanie ako štandardný princíp regulácie lekárskeho povolania. Vyhovuje im rozdelený a rozhádaný lekárskeho stav. Preto podporujú tých, ktorým vyhovuje, že neplatia stavovské predpisy a morálne kódexy pre všetkých ľudí v povolani rovnako. Je to možné zmeniť? Prečo žiadny lekár ktorý odišiel pracovať do Česka, Rakúska, Nemecka... nespochybnuje členstvo v lekárskej komore krajiny kam odišiel? Odišli snáď iba lekári, ktorí by boli členmi komory aj na Slovensku? Ono to asi bude celkovým prístupom a chápaním nezávislosti i spoločenskej zodpovednosti voči členom komory. Inak by sa v komore nemohlo stať, že lekár, ktorý dostane dôveru ostatných ľudí v regulovanom povolaní, je zvolený do orgánu stavovskej organizácie, no on bez toho, aby túto dôveru odmietol, nič pre tých, ktorí mu dali hlas, nerobí. Možno by bolo dobré, pýtať sa aj na stránkach časopisu SLK tých, ktorí boli zvolení do orgánov komory, čo za celé volebné obdobie urobili? Možno by bolo zaujímavé zverejniť zoznam členov zhromaždení delegátov regionálnych lekárskeho komôr a uviesť, koľkokrát sa zvolený kolega rokovania neúčastnil. Prečo sa zvolení kolegovia nepozrú do očí tých, čo ich volili a nepovedia im, že to nie komora, to oni pre kolegu, kamaráta, nič neurobili.

O SPOLUPRÁCI SLK A VÚB

O ROZHOVOR SME POŽIADALI ING. LENKU MARKUSEKOVÚ, SEGMENT MANAŽÉR ODDELENIA RIADENIE PRÉMIOVÝCH SEGMENTOV

1. Spolupráca medzi Slovenskou lekárskou komorou a VÚB bankou trvá už takmer 9 rokov. V čom spočíva? Prečo je výhodné pre lekárov mať svoje financie práve vo VÚB?

VÚB banka pripravila a pravidelne aktualizuje špeciálne produkty a zľavy pre členov SLK - súkromných aj štátnych lekárov. Ide o produkty, ktoré sme vytvárali priamo na mieru, aby vyhovovali potrebám a špecifikám lekárov. Vzhľadom k tomuto faktoru a tiež preto, že sme bankou, ktorá má svoje obchodné miesta po celom Slovensku, sme presvedčení, že sme najlepšou voľbou pre našich zákazníkov.

2. Na základe tohto partnerstva pripravila VÚB banka špeciálnu ponuku produktov a služieb. Ako a podľa čoho ste upravili podmienky produktov tak, aby čo najviac vyhovovali špecifickým potrebám tejto profesijnej skupiny?

Produkty sme pripravili v spolupráci so zástupcami SLK, ktorí nám tlmočili rôzne situácie, s ktorými sa súkromní aj štátni lekári stretávajú vo svojej praxi. Vytvorili sme ponuku produktov zodpovedajúcu potrebám lekárov. Štátni lekári môžu čerpať výhodné produkty z oblasti osobných financií, súkromní lekári navyše aj výhody pre podnikateľov.

3. Aké špeciálne produkty ponúka VÚB banka pre štátnych lekárov?

- Flexiúčet v cenovej úrovni do 5,- € 100 % zľava na vedenie účtu až na 24 mesiacov.
 - Flexipôžička (bezüčelová, na kúpu auta alebo na bývanie) 100 % zľava z poplatku za poskytnutie a zníženie ročnej úrokovej sadzby o 1 %.
 - Flexihypotéka s 50% zľavou z poplatku za poskytnutie úveru.
 - Kreditné karty American Express a MasterCard Standard 100 % zľava z poplatku na 1. rok.
- A ďalšie zvýhodnenia.

4. A ako je to v prípade lekárov so súkromnou praxou?

Lekári so súkromnou praxou majú nárok na rovnaké výhody ako štátni lekári a k tomu sme pre nich pripravili aj ponuku zvýhodnení pre podnikateľov:

- Profiúver kontokorentný a Profiúver splátkový so 100 % zľavou

z poplatku za poskytnutie úveru a so zvýhodnenou úrokovou sadzbou.

- Kreditná karta Visa Business 100 % zľava z poplatku na 1. rok,
- POS terminál so zvýhodneným poplatkom za používanie terminálu vo výške 2 % z objemu realizovaných transakcií z cenníka pre provízny systém.

5. Ako máte nastavené možnosti pre mladých začínajúcich lekárov, ktorí idú do súkromnej sféry?

Výbudovanie súkromnej ambulancie so sebou prináša aj zvýšené výdavky. VÚB banka ponúka členom SLK kontokorentný alebo splátkový Profi úver aj bez minimálnej doby podnikania.

6. Čo všetko môže žiadať lekár z pohľadu zmluvy, ktorá je medzi vami a SLK. Nájdu sa ešte nejaké produkty, ktoré je možné prostredníctvom vašej banky ošetriť?

VÚB banka lekárom poskytuje širokú škálu zliav a zvýhodnených produktov. Prostredníctvom zvýhodnených úverov môžete financovať svoje bývanie, kúpu auta, zariadenie a prevádzku ambulancie alebo čokoľvek, čo práve potrebujete.

Ponúkame aj špeciálne podmienky na investovanie do podielových fondov VÚB AM.

Konkrétne výhody pre Vás ako člena SLK sa môžete dozvedieť:

- v 206 pobočkách v celej SR
- na službe KONTAKT - 0850 123 000
- na stránke www.vub.sk – po vyplnení kontaktného formulára na stránke Vám obsluhu zabezpečí pracovník banky podľa Vašich požiadaviek



TLAČOVÁ SPRÁVA SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY K ZÁKONU

Tlačová správa Slovenskej lekárskej komory k zákonu ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.

Schválený Národnou radou Slovenskej republiky dňa 13. februára 2015

Po podrobnom oboznámení sa s týmto schváleným znením Slovenská lekárska komora 16. februára 2015 listom požiadala prezidenta Slovenskej republiky Andreja Kisku, aby využil právomoc, ktorú mu ukladá Ústava SR, a nepodpísal novelu zákona 577/2004.

Slovenská lekárska komora má dlhodobo vážne výhrady k systému uhrádzania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike. Nedofinancovanie ambulantnej, ale i ústavnej sféry poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je všeobecne známym problémom. Slovenská lekárska komora opakovane predložila Ministerstvu zdravotníctva SR legislatívne návrhy na riešenie tohto problému, žiaľ, bezvýsledne. Dlhodobo poukazujeme na nevyhnutnosť dofinancovania ambulantnej sféry poskytovateľov poplatkami, výkonmi nadštandardnej zdravotnej starostlivosti a zdravotnou starostlivosťou za priamu úhradu nehradenú zdravotnými poisťovňami. Bohužiaľ, v týchto veciach narážame na nepochopenie z kompetentných miest a verejnosť nie je o týchto skutočnostiach úmyselne informovaná.

Po celé obdobie existencie súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bol tento spôsob dofinancovania poskytovateľov realizovaný plne v súlade s platnou právnou úpravou a bol existenčnou podmienkou fungovania väčšiny ambulancií. Zákon schválený Národnou radou SR je hrubým a ekonomicky nedomysleným zásahom do rovnováhy ekonomických vzťahov úhrady zdravotnej starostlivosti. Slovenská lekárska komora sa nebráni, ba naopak podporuje znižovanie priamej spoluúčasti pacienta na úhrade zdravotnej starostlivosti. Je však nevyhnutné, aby takéto legislatívne opatrenia nepoškozovali poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Sme toho názoru, že v prípade nadobudnutia účinnosti Zákona bude nevyhnutné nahradiť výpadok príjmov ambulantných poskytovateľov platbami zo strany zdravotných poisťovní. Len tak predídeme možnému ekonomickému krachu niektorých poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Novelu zákona je potrebné vrátiť Národnej rade Slovenskej republiky s pripomienkami na nové prerokovanie z nasledujúcich dôvodov:

1. § 44 (1) „Poskytovateľ, s ktorým má zdravotná poisťovňa poistenca uzatvorenú zmluvu podľa osobitného predpisu, nesmie požadovať od poistenca úhra-

du za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa plne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia podľa tohto zákona.“

– Je potrebné, aby sa zákaz požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť nevzťahoval na poskytovateľa, ktorý síce má uzatvorenú zmluvu, ale dohodnutý objem zdravotnej starostlivosti už vyčerpal.

2. § 44 (2) „Poskytovateľ nesmie podmieňovať poskytnutie zdravotnej starostlivosti úhradou nad určenú spoluúčasť poistenca podľa tohto zákona a predpisov vydaných na jeho vykonanie, ani iným plnením.“³⁵

PREZIDENT SR VETOVAL ZÁKON §

Prezident SR Andrej Kiska vrátil (4.3.2015) do parlamentu novelu zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti a navrhol, aby ho poslanci pri opätovnom prerokovaní neprijali ako celok. Právna norma zaviedla pravidlá pre poplatky v ambulanciách a zrušila napr. možnosť prednostného vyšetrenia u lekára. Za problematické považuje prezident SR dve časti schváleného zákona. Prvou je spôsob regulácie úhrad za zdravotnú starostlivosť, ktorú vo všeobecnosti pokrýva verejné zdravotné poistenie. Počas posudzovania zákona prezidentom sa uskutočnili viaceré stretnutia so zainteresovanými stranami - poisťovňami, zástupcami lekárov, Ministerstvom zdravotníctva SR, ktoré prezentovali diametrálne odlišné názory na výklad tejto časti schváleného zákona. „Úmysel zákonodarcu sa pritom nedá zistiť ani z dôvodovej správy k návrhu zákona,“ hovorí Kiska s tým, že aj legislatívne pravidlá tvorby zákonov vyžadujú, aby boli zákony zrozumiteľné a aby bolo jasné, čo sa nimi chce dosiahnuť. To je základný princíp právneho štátu, tak ako ho definuje naša ústava,“ zdôraznil.

– Doslovná aplikácia zákona praktický znamená zákaz poskytovania zdravotnej starostlivosti za priamu platbu.

3. V niekoľkých ustanoveniach zákona sa používa pojem Zdravotné výkony poskytované pri chorobe uvedenej v zozname chorôb. Vo vzťahu k chorobám zo zoznamu chorôb sa čiastočne uhrádzajú zdravotné výkony podľa Katalógu zdravotných výkonov. Ustanovenie o Katalógu výkonov obsahovalo § 3 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov od roku 2004 do roku 2012, keď bol zákonom č. 313/2012 Z.z. zo zákona č. 576/2004 Z.z. vypustený. Táto skutočnosť mala za následok, že spolu so splnomocňovacím zákonným ustanovením zanikla aj podzákonná norma Katalóg zdravotných výkonov č. 276/2004 Z.z. Vláda SR zoznam zdravotných výkonov, ktoré sa vykonávajú pri chorobách, nikdy nevydala.

– Poskytovateľ ZS tak nemá na základe čoho urobiť zoznam zdravotných výkonov prislúchajúcich k chorobe a VÚC ho nemá na základe čoho kontrolovať. Je síce pravda, že celé zdravotníctvo sa riadi Katalógom výkonov, ale sme toho názoru, že ide o neplatnú podzákonnú normu.

4. Vypustenie ustanovení, ktoré upravovali prednostné poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

– Považujeme za nesprávne, nakoľko sa v praxi osvedčilo. Súčasná právna úprava nezakazuje, aby si lekár pacientov objednával, resp. určoval ich poradie a pod., iba za to nemôže vyberať poplatky.

Túžbou každého lekára je možnosť vykonávať svoje povolanie v prospech pacienta so zameraním svojho najväčšieho úsilia na zvyšovanie svojej odbornosti a na zvyšovanie kvality starostlivosti o pacientov. Vzťah lekára a pacienta založený na vzájomnej úcte je základom úspešnej medicíny. Súčasná spoločenská situácia v Slovenskej republike vo vzťahu k lekárom je však poznamenaná hlbokou krízou vzťahu lekár a pacient, spôsobenou cieľenou skandalizáciou a diskreditáciou lekárov. Otvorené snahy o kriminalizáciu lekárov zo strany politikov vyústili do stavu, keď sa spochybňuje samotná podstata lekárskej profesie.

Záverom však chceme zdôrazniť, že nie sme proti odstráneniu „poplatkov“, ale požiadali sme prezidenta SR, aby zákon nepodpísal, pretože sme toho názoru, že jeho výklad by mohol viesť k neodôvodnenej šikane lekárov. Ustanovenia zákona sú napísané nejasne, výrazne zasahujú do systému úhrady zdravotnej starostlivosti a sú vo väčšine nevykonateľné.

STRETNUTIE PREZIDENTA SLK S ČLENMI SLK

Dňa 29. januára 2015 sa na základe rozhodnutia Rady SLK v Bratislave uskutočnilo prvé z plánovaných stretnutí prezidenta SLK MUDr. Mariána Kollára s členmi komory. Stretnutia sa zúčastnili: doc. MUDr. Marián Vician, CSc. - prezident RLK Bratislava, člen Prezídia a Rady SLK, členka Rady SLK MUDr. Katarína Šimovičová a MUDr. Ondrej Kusý, prezident RLK Nitra a člen Rady SLK.

Hlavným cieľom stretnutia bolo informovať členov SLK o aktuálnom dianí v zdravotníctve. Stretnutie bolo venované otázkam zavedenia unitárneho systému a integrovaného systému zdravotnej starostlivosti s dôrazom na možné dopady na ambulantných lekárov. Hovorilo sa o výstavbe novej univerzitnej nemocnice v Bratislave spolu s plánovaným zrušením troch súčasných nemocníc, čo samozrejme súvisí s nepriaznivými ekonomickými, sociálnymi a pracovnými dopadmi rovnako na zdravotníckych pracovníkov, ako aj pacientov. Ďalšou témou bolo zavedenie elektronických pokladníc a v schvalovaný zákon o poplatkoch.

Účastníci stretnutia boli informovaní o možných dopadoch týchto zmien na ambulantný sektor, ako aj o riešeniach, navrhovaných SLK. Prezentovaná bola predovšetkým potreba vzniku novej spoločnej organizácie všetkých zmluvných ambulantlych poskytovateľov, ako prostriedku na dosiahnutie rovnováhy pri rokovaniach so zdravotnými poisťovňami a nevyhnutnosť presadenia legislatívnej úpravy dohodovacieho konania. Komora od tejto organizácie očakáva, že sa stane dôležitým prostriedkom ochrany poskytovateľov voči svojvoľnosti pri rozhodovaniach o ich existencii. Z dlhodobého časového hľadiska je cieľom, aby takáto organizácia vykonávala komplexný profesionálny servis poskytovateľom vo vzťahu k zdravotným poisťovňam tak, aby sa lekár mohol plne sústrediť na svoju odbornú činnosť.

Ak ide o problematiku elektronických pokladníc a vyberania poplatkov, účastníci stretnutia zobrali na vedomie informáciu o existencii možnosti, ktoré dokážu uvedenú legislatívu akceptovať aj bez toho, aby sa lekár v ambulancii musel správať „ako predavač v novinovom stánku“. Zúčastnení lekári vyslovili jednotný súhlas, že lekárovou prvoradovou povinnosťou a činnosťou je poskytovanie zdravotnej starostli-

vosti a starostlivosť o pacienta, nie práca s elektronickou pokladňou.

Potešujúcim faktom bola aj účasť lekárov na stretnutí. Kapacita sály bola plne využitá a niektorí lekári museli sedieť na schodoch posluchárne. Druhým, ešte významnejším výsledkom stretnutia bola až 80-percentná pozitívna reakcia účastníkov na navrhované riešenia, predovšetkým ohľadne vzniku novej spoločnej organizácie. Účastníci sa vyjadrili v podobe „Deklarácie záujmu“ ku vzniku spoločnej jednotnej organizácie. Dôležitým záverom bolo aj odporúčanie nekupovať do ambulancií elektronické pokladne, pokiaľ sa lekári na ďalších stretnutiach nedohodnú na spoločnom postupe. Prítomní lekári sa zároveň dohodli, že budú informovať o stretnutí aj ďalších kolegov, ktorí sa na prvom stretnutí nestihli zúčastniť.

Bratislavské stretnutie s členmi Slovenskej lekárskej komory je pre organizátorov povzbudením predovšetkým v tom, že účastníci ocenili záujem vedenia komory poznať ich názory. Vedenie komory sa už dnes teší na stretnutia v ďalších regiónoch Slovenska. (ava)

inzercia

OBCHODNÉ PRIESTORY VHODNÉ PRE VAŠU AMBULANCIU V NOVOSTAVBE JANTAR v Bratislave (mestská časť JAROVCE)



NA PREDAJ
za 600 EUR / m² bez DPH

alebo

NA PRENÁJOM
za 7 EUR* / m² bez DPH / mesačne

- Zabývaná obytná zóna
- Presklená fasáda
- V prevedení holopriestor



Prístup
v diaľnici



7 minút
od centra mesta



Bezbariérový
prístup



Parkovanie priamo
pred prevádzkou



Možnosť členenia
priestorov už od 45 m²

Súkromná KLINIKA
DERMATOLÓGIE
A ESTETICKEJ MEDICÍNY
DERMA REVOLTA
UŽ V PREVÁDZKE!

+421 917 031 031

www.JANTARJAROVCE.SK



* V cene nájmu nie sú zahrnuté poplatky spojené s užívaním nebytového priestoru.

POSLEDNÉ SLOVO MÁ PREZIDENT

Novelu kritizuje aj Slovenská lekárska komora (SLK) na čele s prezidentom Marianom Kollárom. „Například poplatky za prednostné vyšetrenie tvoria v priemere 20 až 30 % príjmov ambulancie,“ vyčíslil Kollár. Zdravotné poisťovne sa podľa zástupcov komory vyjadřili, že peniaze nazvyš nemajú a mnohým ambulantiam bude hroziť krach.

SLK pre novelu zákona oslovila prezidenta SR a žiada, aby ju nepodpísal: „**Chceme zdôrazniť, že nie sme proti odstráneniu poplatkov, ale požiadali sme prezidenta SR, aby zákon nepodpísal, pretože sme toho názoru, že jeho výklad by mohol viesť k neodôvodnenej šikane lekárov.**“



Marian Kollár, prezident Slovenskej lekárskej komory

Ak by novelu zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti prezident SR podpísal, účinnosť by nadobudla 1. apríla 2015. Tú schválili poslanci Národnej rady SR 77 hlasmi.

Realizácia zákona v ambulantnej praxi

Lekári nebudú môcť vyberať úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú prepláca poisťovňa. „Pacient nebude platiť za vypísanie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, vypísanie návrhu na kúpeľnú liečbu, potvrdenie o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka, vypísanie odporúčenia na poskytnutie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo na poskytnutie ústavnej starostlivosti – toto všetko zákon stanovuje ako súčasť zdravotného výkonu,“ povedala nám Martina Šoltésiová, hovorkyňa ministerstva zdravotníctva SR.

Súčasťou zdravotného výkonu u lekára bude aj objednanie poistenca na vyšetrenie. Lekár si bude vyšetrenia pacientov musieť efektívnejšie manažovať, pričom ich bude môcť objednávať na konkrétny čas, no bez poplatku. „V prípade porušenia zákona môže byť udelená poskytovateľovi pokuta do výšky 3 319 eur.“

„Pacienti s akútnymi problémami majú prednosť a je na rozhodnutí poskytovateľa, aby zväzil ich zdravotný stav a ošetril ich,“ dopĺňa Šoltésiová na margo otázok týkajúcich sa prednostného ošetrovania. „Zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu, bude zverejnený u každého lekára. Pôjde iba o také výkony, ktoré nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia (napr. vyšetrenie na vedenie motorového vozidla, vyšetrenie o zdravotnom stave na prihlášku na štúdium a podobne),“ dodala pre MEDIKOM hovorkyňa.

Budú preplnené čakárne a dlhé hodiny u lekára?

Zaneprázdnení ľudia, ktorí sa zvykli objednať u lekára na presný termín, túto možnosť už mať nebudú. Rezort tvrdí, že medzi pacientmi a poskytovateľmi zbytočne dochádzalo k vypätým situáciám. „V praxi sa pacienti často stretávali s tým, že museli čakať u lekára na vstup do ambulancie, zatiaľ čo dnu vstupovali pacienti na „prednostné poskytovanie zdravotnej starostlivosti“. Neraz sa tak stalo aj mimo ordinačných hodín vyčlenených na tento typ ošetrovania. Na Slovensku je systém povinného zdravotného poistenia, každý poistenec odvádza do ZP platby.



Bezplatne dostanú pacienti:

- prednostné vypísanie receptu
- vypísanie lekárskeho predpisu alebo poukazu
- bezplatné návleky či vstup do polikliniky
- ruší sa objednanie na vyšetrenie
- vypísanie návrhu na kúpeľnú liečbu
- odporúčenie na poskytnutie ústavnej starostlivosti alebo špecializovanej ambulantnej starostlivosti
- potvrdenie o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka.

Za toto si pacienti zaplatia:

Administratívny poplatok sa u lekára zachoval aj naďalej za niektoré potvrdenia. Ide o výkony, ktoré nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia:

- potvrdenie potrebné na vydanie vodičského preukazu
- potvrdenie na vydanie zbrojného pasu
- potvrdenie o zdravotnom stave
- ostane v platnosti poplatok za lekársku službu pri prvej pomoci
- ostane v platnosti poplatok za dopravnú zdravotnú službu.

ZDAŇOVANIE DAROV

OBDAROVANÝM JE PRÁVNICKÁ OSOBA

Podľa § 12 ods. 7 písm. b) zákona č. 595/2003 Z.z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 595/2003 Z.z.“): „Predmetom dane nie je príjem získaný darovaním alebo dedením.“

Právnická osoba daň z daru neplatí.

OBDAROVANÝM JE FYZICKÁ OSOBA

Podľa § 3 ods. 2 písm. a) zákona č. 595/2003 Z.z.: „Predmetom dane nie je prijatá náhrada oprávnenej osoby podľa osobitných predpisov, príjem získaný vydaním, darovaním alebo dedením nehnuteľnosti, bytu, nebytového priestoru alebo ich častí (ďalej len „nehnuteľnosť“) alebo hnuťej veci, práva alebo inej majetkovej hodnoty okrem príjmu z neho plynúceho a okrem darov poskytnutých v súvislosti s výkonom činnosti podľa § 5 alebo § 6.

V prípade fyzickej osoby je dar predmetom dane vtedy, ak:

a) fyzická osoba dostala dar v súvislosti s výkonom závislej činnosti (§ 5 zákona č. 595/2003 Z.z.) – napr. dar od zamestnávateľa;

b) fyzická osoba dostala dar v súvislosti s výkonom podnikateľskej činnosti (§ 6 zákona č. 595/2003 Z.z.), inej samostatnej zárobkovej činnosti, z prenájmu a z použitia diela a umeleckého výkonu – napr. peňažný alebo vecný dar za poskytnutie zdravotnej starostlivosti, dar prístrojového vybavenia ambulancie.

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



NEMÔŽETE ÍŠŤ NA KONFERENCIU? POZRITE SI JU NAŽIVO NA INTERNETE

Zbožňujem dobré konferencie. Ich atmosféru, stretnutie so známymi aj neznámymi. Hlavne na konferenciách s dlhoročnou tradíciou sú zážitkom diskusie medzi odborníkmi. Môžem sa pýtať, čo ma zaujíma, vypočuť odpovede na otázky, na ktoré by som sa možno ani neopýtal, a pritom sa priam natískajú. Takéto stretnutia pomáhajú proti vyhoreniu, naštartujú energiu do ďalšej práce.

Uvoľniť z práce a vycestovať, sa nie vždy dá. Preto je možnosť pozrieť si vybrané konferencie naživo na internete. Ako sa o nich dozviete? Pošlite na registerslk@lekom.sk Vašu mailovú adresu, upozorníme Vás na online konferenciu z Vašej odbornosti mailom.

Prihláste sa na vzdelávací portál SLK i-med.sk a kliknite na:

PRENOS NAŽIVO

alebo na

ARCHÍV PRENOSOV

ak si chcete pozrieť záznam

The screenshot shows the homepage of the i-med.sk portal. At the top, there is a navigation bar with links like 'Redakčná rada', 'Aktuality', 'O nás', 'Partneri', 'Pomocník', 'Kontakt', 'Pre autorov', and 'Pre recenzentov'. Below this, the main header features the 'i-med' logo, ISSN 1338-4392, and the text 'Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť / Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ'. Logos for SLK, the Ministry of Health, and the European Union are also present. A red banner indicates 'PRENOS NAŽIVO' and 'ARCHÍV PRENOSOV'. A sidebar on the left lists various medical specialties with their respective article counts. The main content area shows a featured article about urinary incontinence in gynecology. A search bar and a calendar are visible on the right side.

Dostanete sa tak na meditrend.sk. Kliknite na konferenciu alebo prednášku, ktorá Vás zaujíma.

Vypočujte si prednášku/prednášky. Počas priameho vysielania môžete dokonca komunikovať s prednášajúcim pomocou mailu.

The screenshot shows the 'konferencie' (conferences) section of the meditrend.sk website. It features a list of upcoming online conferences with details such as the topic, date, time, and location. A prominent yellow banner advertises 'VIDEO ZÁZNAM + AD TEST'. The website layout includes a search bar, navigation tabs for different medical specialties, and a sidebar with 'NOVINY NA MEDITREND'.

The screenshot shows a video lecture titled 'Vekom podmienená degenerácia makuly (VPDM)'. The lecture content includes 'Dia očné pozadie normálnej sietnice' and 'Zdravá retina' versus 'retina sVPDM'. Two fundus images are shown side-by-side for comparison. The video player interface includes a play button, volume control, and a chat window.

Vyplňte autodidaktický test a získajte kredity za sústavné vzdelávanie.

RNDr. Mária Jurigová, oddelenie vzdelávania SLK

Generálny partner  Organizační konferencie  

Medzinárodná konferencia zameraná na prax

"Istoty" zákona, vs. neistoty života

Onkologický pacient: multidisciplinárne výzvy z pohľadu práva, bioetiky a medicíny

Súčasťami, ktoré si je lepšie poznať viac

ZAREGISTRUJTE SA NA WEBE:
www.konferencia.medius.sk
 počet účastníkov je limitovaný

10. – 11. apríl 2015
 Konferenčná sála – KOŠICE HOTEL,
 Moldávská cesta II. 51, Košice

KONFERENCIA BUDE kreditovaná v SLK, SLEK, SKP a SKSaPA

ORG ZÁSTUPCÍ

Andrej Kiska
 Prezident
 Slovenskej republiky

 video pozvánka

Na jednom mieste odborníci na právo, medicínu, bioetiku a psychológiu:

<p>IUDr. Vlasta Ferančíková, lekárnika, Ústavná nemocnica OP, Žilina</p> <p>IUDr. Helena Krojčáková, Ph.D., klinická lekárka, Interná klinika, Masarykova fakulta, Praha, ČR</p> <p>IUDr. Radek Poličar, odborník pre právne otázky geriatrických a onkologických pacientov, Ústavná nemocnica OP, Žilina</p> <p>IUDr. Ivan Humeník, Ph.D., advokát zameraný na zdravotnú starostlivosť, advokátska kancelária HAN FORTYBOND, Bratislava</p> <p>prof. Eberhard Schockentopf, podpredseda Farmaceutického zväzku Európy, Kancelária LAG, Praha, Česko</p> <p>prof. Jan Sokol, riaditeľ aplikovanej etiky, Fakulta sociálnych štúdií UN Praha, ČR</p> <p>doc. MUDr. Ľuboš Drgnák, Ph.D., riaditeľ oddelenia pro zdravotnú starostlivosť, Národný onkologický ústav Bratislava, SR</p> <p>prof. MUDr. Jiri Vortlíček, CSc., dr. h. c. interná hematologička a onkologička klinická profesorka v Fakulte nemocnic, lekárskej univerzity medicínskej fakulta, ČR</p> <p>doc. ThDr. Ing. Inocent-Mária V. Szarvánová, Ph.D., lekárnica, inštitút aplikovanej etiky prof. A. Spicaka pri Teologicko-fakultnej Katolíckej univerzite, Banská, SR</p> <p>Mgr. Mária Andrášková, Ph.D., lekárnica, špecializovaná v práci s onkologickými pacientmi</p> <p>PhDr. Ing. Nora Farkašová, Ph.D., klinická lekárnica, interná klinika, Bratislava, SR</p> <p>Mgr. Hana Mrázová, lekárnica, špecializovaná v práci s onkologickými pacientmi, interná klinika, Bratislava, SR</p>	<p>doc. MUDr. Jiri Šimek, CSc., interná klinika v Českých Budějoviciach, ČR</p> <p>Mons. Prof. Josef Wróbel, lekár, kardiolog, Lublin, Poľsko</p> <p>JUDr. Pavol Kádák, Ph.D., právnik, Fakulta Lekárskej univerzity, Bratislava, SR</p> <p>prof. RNDr. Viliam Foltán, CSc., vysokoškolský profesor, veda, katolícky teológ a náboženský pracovník, Fakulta teológie, Bratislava, SR</p> <p>doc. MUDr. Peter Dubinský, Ph.D., výskumný pracovník, spoločnosť a.s., Košice, SR</p> <p>priv.-doc. MUDr. Stephan Sahm, MD, PhD., interná klinika, Medizinisches Zentrum, Offenburg, Nemecko</p> <p>Dr. Carmen Barbat, lekárska univerzita v Timisoare, Faculty of Sociology and Psychology, Timisoara, Rumunsko</p> <p>MUDr. Mgr. Jitka Tešínová, Ph.D., lekárnica, interná klinika, Masarykova fakulta, Praha, ČR</p> <p>ThDr. René Balák, Ph.D., katolícky teológ, Fakulta sociálnych štúdií UN Praha, ČR</p> <p>MUDr. Patrícia Palacká, Ph.D., MD, MBA, lekárnica, interná klinika, Masarykova fakulta, Praha, ČR</p> <p>doc. MUDr. Igor Indržiak, CSc., výskumný pracovník, spoločnosť a.s., Bratislava, SR</p> <p>Mgr. Martin Schmeier, advokát, advokátska kancelária Jandrovská, Praha</p> <p>doc. MUDr. Mária Wagnerová, CSc., výskumná lekárnica, interná klinika, Bratislava, SR</p> <p>JUDr. Andrea Trošková, Ph.D., fakulta práva, Fernuniversität, Vynáček, Bratislava, SR</p>
---	--

CO-ORGANIZÁTORI      

HLAVNÍ PARTNER 

PARTNER 

ZDAŇOVANIE PEŇAŽNÝCH A NEPEŇAŽNÝCH PLNENÍ OD FARMACEUTICKÝCH SPOLOČNOSTÍ OD 01.01.2015

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

S účinnosťou od 01.01.2015 sa mení spôsob zdaňovania peňažných a nepenažných plnení, ktoré boli poskytnuté poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, jeho zamestnancovi alebo zdravotníckemu pracovníkovi od držiteľa registrácie lieku, držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, držiteľa povolenia na výrobu liekov, farmaceutickej spoločnosti, výrobcu zdravotníckej pomôcky, výrobcu dietetickej potraviny alebo prostredníctvom tretej osoby (ďalej len „držiteľ“). Nižšie uvedené zmeny sa netýkajú príjmov vyplácaných za klinické skúšanie.

Od 01.01.2015 sú oslobodené od dane nepenažné plnenia poskytnuté držiteľom vo forme účasti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jeho zamestnanca alebo zdravotníckeho pracovníka na sústavnom vzdelávaní. Za účasť na sústavnom vzdelávaní sa nepovažuje hodnota stravy, ubytovania a dopravy poskytnutá v súvislosti s týmto vzdelávaním, t.j. z hodnoty stravy, ubytovania a dopravy hraanej držiteľom poskytnutej v rámci sústavného vzdelávacia sa daň platí.

Nepeňažné príjmy

Platiteľom dane z nepenažných plnení je príjemca nepenažného plnenia, t.j. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, jeho zamestnanec alebo zdravotnícky pracovník, ktorý nepenažné plnenie prijal. Platiteľ dane je povinný daň odvieť správcovi dane do konca kalendárneho mesiaca po uplynutí kalendárneho štvrtroka, v ktorom bolo nepenažné plnenie prijaté. Daň sa neplatí, ak nepenažné plnenie v úhrnnej sume za príslušný kalendárny štvrtrok nepresiahne 10 eur.

Držiteľ je povinný zaslať správcovi dane oznámenie o výške nepenažného plnenia, dátume jeho poskytnutia a údaj o osobe, ktorej bolo nepenažné plnenie poskytnuté do pätnásteho dňa po uplynutí kalendárneho štvrtroka, v ktorom bolo nepenažné plnenie poskytnuté. V tejto istej lehote je povinný oznámiť príjemcovi nepenažného plnenia jeho výšku (napr. výška hodnoty poskytnutého ubytovania alebo stravy na sústavnom vzdelávaní).

Platiteľ dane na tlačive, ktorého vzor určí Finančné riaditeľstvo SR a uverejní ho na svojom webovom sídle, je správcovi dane povinný predložiť do konca kalendárneho mesiaca po uplynutí kalendárneho štvrtroka oznámenie o zrazení a odvedení dane. Ak platiteľ dane nemá pridelené číslo účtu správcu dane vedeného pre daňovníka, t.j. nemá pridelené číslo účtu, na ktoré platí daň, je povinný oznámiť správcovi dane začatie poberania týchto nepenažných plnení do konca kalendárneho mesiaca, v ktorom nepenažné plnenie prijal. Platiteľ dane, ktorému do lehoty na podanie oznámenia o zrazení a odvedení dane správca dane neoznámil číslo účtu správcu dane vedeného pre daňovníka, je povinný odvieť daň správcovi dane v lehote do ôsmich dní od doručenia tohto oznámenia o čísle účtu, ak mu toto oznámenie bolo doručené po lehote na podanie oznámenia o zrazení a odvedení dane. V rovnakej lehote je tento platiteľ dane povinný predložiť správcovi dane aj oznámenie o zrazení a odvedení dane.

Peňažné príjmy

Z peňažných príjmov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jeho zamestnanca alebo zdravotníckeho pracovníka poskytnutých držiteľom sa daň vyberá zrážkou. Držiteľ pri výplate peňažného plnenia poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, jeho zamestnancovi alebo zdravotníckemu pracovníkovi zrazi z príjmu daň a následne ju odvedie na účet správcu dane v prospech poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jeho zamestnanca alebo zdravotníckeho pracovníka.

ZMENA VYHLÁŠKY MZ SR Č. 770/2004 Z.Z., KTOROU SA USTANOVUJÚ URČUJÚCE ZNAKY JEDNOTLIVÝCH DRUHOV ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENÍ V ZNENÍ NESKORŠÍCH PREDPISOV

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



Dňa 01.12.2014 nadobúda účinnosť vyhláška MZ SR č. 315/2014 Z.z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 770/2004 Z.z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

Prijatie predmetnej vyhlášky súvisí s nedávnou novelou zákona č. 578/2004 Z.z., ktorou bol ustanovený zoznam špecializovaných ambulancií, ktoré môžu byť v SR prevádzkované (príloha č. 1a zákona č. 578/2004 Z.z.). Vyhláška pre jednotlivé ambulancie uvedené v prílohe č. 1a zákona č. 578/2004 Z.z. bližšie špecifikuje na poskytovanie akej zdravotnej starostlivosti sú jednotlivé ambulancie určené.

Uvedieme príklad:

V zmysle bodu 30 prílohy vyhlášky č. 770/2004 Z.z. v znení účinnom od 01.12.2014 „Urologická ambulancia je určená na poskytovanie špecializovanej ambulancie zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore urológie lekárom s profesijným titulom urológ. V urologickej ambulancii sa môže v rámci poskytovania špecializovanej ambulancie zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore uvedenom v predchádzajúcej vete poskytovať aj špecializovaná ambulancie zdravotná starostlivosť:

- a) v špecializačnom odbore onkológia v urológii lekárom s profesijným titulom onkourolog, alebo
- b) v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii lekárom s profesijným titulom urológ s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii.“

Z uvedeného vyplýva, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti s povolením na poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti v urologickej ambulancii, resp. v špecializačnom odbore urológie, môže na ambulancii bez toho, aby potreboval osobitné povolenie vykonávať okrem „základnej činnosti“ (urologia) aj „súvisiace činnosti“ – v špecializačnom odbore onkológia v urológii, v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii. **Avšak tieto činnosti môže činnosti vykonávať iba lekár s príslušným profesijným titulom t.j. s príslušnou špecializáciou alebo certifikátom.** V konkrétnom prípade to znamená, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci zdravotnú starostlivosť lekárom, ktorý nadobudol špecializáciu v špecializačnom odbore urológie, nemôže vykonávať činnosti uvedené pod písm a) a b). Ak by poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytoval zdravotnú starostlivosť lekárom, ktorý nadobudol špecializáciu v špecializačnom odbore urológie a onkológia v urológii, môže na ambulancii na základe povolenia na prevádzkovanie urologickej

ambulancie vykonávať obe činnosti. V súvislosti s prijatím vyhlášky upozorňujeme na § 102q zákona č. 578/2004 Z.z.: „Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulanciu zdravotnú starostlivosť na základe povolenia vydaného podľa predpisov účinných do 30. júna 2014 v špecializačnom odbore, ktorý nie je ustanovený vo všeobecne záväznom právnom predpise vydanom podľa § 7 ods. 6 v znení účinnom od 1. júla 2014 pre poskytovanie špecializovanej ambulancie zdravotnej starostlivosti v špecializovanej ambulancii podľa prílohy č. 1a, je povinný požiadať o zmenu povolenia najneskôr do 30. júna 2015. Ak poskytovateľ podľa prvej vety v lehote podľa prvej vety o zmenu povolenia nepožiadá, alebo nezíska povolenie podľa tohto zákona do 31. decembra 2015, povolenie stráca platnosť 31. decembra 2015. Povinnosť podľa prvej vety sa nevzťahuje na poskytovateľa, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie urgentnej medicíny Horského záchranného zboru a ambulancie Hasičského záchranného zboru v odbore urgentná medicína.“

Povinnosť požiadať o zmenu povolenia do 30.06.2015 sa vzťahuje na poskytovateľov, ktorí majú:

- a) vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie v špecializačnom odbore alebo certifikovanej pracovnej činnosti v „súvisiacej činnosti“ bez toho, aby mali vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie v príslušnej „základnej činnosti“.

Opätovne príklad z urológie:

Poskytovateľ má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie v špecializačnom odbore onkológia v urológii (súvisiaca činnosť), ale nemá vydané povolenie na prevádzkovanie urologickej ambulancie (základná činnosť). Poskytovateľ musí požiadať o zmenu povolenia z ambulancie onkológia v urológii na urologickú ambulanciu.

- b) vydané povolenie na „základnú činnosť“ a vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie v špecializačnom odbore alebo certifikovanej pracovnej činnosti, ktorá je v zmysle vyhlášky „súvisiacou činnosťou“, ale pre inú „základnú činnosť“, t.j. pre inú špecializovanú ambulanciu.



Príklad:

Poskytovateľ má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie v špecializačnom odbore urológie (základná činnosť) a povolenie na prevádzkovanie ambulancie v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii - „súvisiaca činnosť“ pre inú špecializovanú ambulanciu (gynekologickú), nie pre urologickú ambulanciu. Poskytovateľ musí požiadať o zmenu povolenia z ambulancie v špecializačnom odbore urológie a povolenie na prevádzkovanie ambulancie v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii

1. na urologickú ambulanciu a gynekologickú ambulanciu
2. na urologickú ambulanciu (ak poskytovateľ, chce prestať poskytovať činnosť v onkológii v gynekológii)

c) vydané povolenie na „základnú činnosť“ a zároveň na činnosť, ktorá vo vyhláške nie je uvedená vôbec (napr. anesteziológia a intenzívna medicína). Poskytovateľ musí požiadať o zmenu povolenia na základnú činnosť, ktorú vyhláška obsahuje.

Povolenie vydané len na prevádzkovanie ambulancie v činnosti, ktorá vo vyhláške nie je uvedená vôbec, stratí platnosť dňa 31.12.2015.

Poskytovatelia, ktorí majú vydané povolenie na „základnú činnosť“ (napr. urológia) a zároveň príslušnú súvisiacu činnosť (napr. onkológia v urológii), nemusia žiadať o zmenu povolenia. Rovnako nie je potrebné požiadať o zmenu povolenia, ak dochádza k formálnej zmene názvu (napr. povolenie bolo vydané - ambulancia v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, príloha č. 1a zákona ustanovuje gynekologickú ambulanciu).

REAKCIA SLK NA VYJADRENIE POSLANCA NR SR MUDr. VILIAMA NOVOTNÉHO O KORUPCII V ZDRAVOTNÍCTVE

Pán poslanec NR SR MUDr. Viliam Novotný vo svojom vyjadrení pre agentúru SITA uviedol, že „korupcii v zdravotníctve sa neobyčajne darí,“ a vyzýva Slovenskú lekársku komoru, aby „konala rázne a Liptákovi pozastavila licenciu“. Uvádza, že „zdravotníctvo pre lekárov musíme zmeniť na zdravotníctvo pre pacienta“.

Lekári a ani Slovenská lekárska komora nie sú zodpovední za zlý stav v zdravotníctve. Lekári nie sú strojcami väčšiny finančne náročných „káz“, odčerpávajúcich prostriedky občanov zo zdravotníctva a vyjadrenia MUDr. Liptáka, akokoľvek nešťastne (či už s prispením alebo neprispením konkrétneho média) vyzneli, poukázali na zlé nastavenie systému, na ktoré dlhodobo poukazuje aj Slovenská lekárska komora. Slovenská lekárska komora opakovane apeluje na riešenie oddávna neriešených problémov v systéme zdravotníctva.

Preto Slovenská lekárska komora nemôže a ani nechce reagovať unáhle, napríklad ako hovorkyňa Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky p. Čižmáriková, keď vo svojom vyjadrení pre Denník N 11.2.2015 (téma dňa, s. 2, 3 Pacienti sa všetci neboja) hovorila o okamžitom zrušení registrácie alebo povolenia lekárovi a naznačila, že keby šlo o lekára v pôsobnosti nemocnice ministerstva, už by v takejto nemocnici nepracoval. V podobnom duchu sa vyjadril aj generálny riaditeľ VŠZP Ing. M. Forai, MPH v relácii 10.02.2015; Televízna stanica TA 3; Téma dňa; 19:50; por. 5/5; Peter Bielik / Peter Bielik cit.: „Myslím si, že tam nasledujú ďalšie kroky a tam to nasleduje cez lekársku komoru, cez teda odobratie povolenia, licencie a ďalšie kroky, ktoré vlastne automaticky znamenajú ukončenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.“ Zmena ustanovení zákona, ktoré by situáciu zlepšili a vrátili kompetencie ko-

morám vo vzťahu ku všetkým zdravotníckym pracovníkom aspoň do podoby, aké mali pred rokom 2004, by mala byť v záujme celej spoločnosti prijatá čím skôr. K vyjadreniam oboch menovaných len tolko: časy totalitných, okamžitých riešení, popráv bez súdu a podobne, sú už chvalabohu, dávno preč. Chceme všetkých ubezpečiť, že orgány Slovenskej lekárskej komory, ktoré sa budú podnetom zaoberať, pracujú nielen odborné a objektívne, ale predovšetkým nezávisle. Verím, že pri posudzovaní zostrihávaných vyjadrení spomínaného MUDr. Liptáka budú brať do úvahy nielen jeho vyjadrenie, odvysielané v televízii Markíza, ale aj komplexné vyjadrenia, poskytnuté tejto televízii. A verím, že toto budú brať do úvahy aj orgány činné v trestnom konaní, ktoré sa touto „kauzou“ tiež zaoberajú. Nielen v tomto, ale aj v ďalších prípadoch by sa mala zohľadňovať nielen etika a morálka neustále zdiskreditovaných lekárov, ale aj etika a morálka ostatných zainteresovaných (napríklad novinárov, politikov a podobne).

Druhým problémom je, a v tom možno súhlasiť s vyjadrením pani Zuzany Wienk, riaditeľky Aliancie Fair-Play, pre iné médium, že lekári nemajú doplácať na starostlivosť o pacienta. Slovenská lekárska komora tiež dlhodobo upozorňuje na problematiku nedofinancovania slovenského zdravotníctva, zároveň však odmieta prijímanie neodôvodnených platieb od pacientov, ako spôsob riešenia tohto problému. V podobnom duchu sa viedlo aj rokovanie prezidenta Sloven-

skej lekárskej komory s členmi komory, ktoré sa konalo 29. januára 2015 v Bratislave.

Na základe zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (ďalej len „zákon o rozsahu“), je, alebo lepšie povedané by mala byť tzv. zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti z prostriedkov plynúcich z verejného zdravotného poistenia uhrádzaná temer všetka pacientovi poskytnutá zdravotná starostlivosť, ale realita je iná. Ak by bolo legislatívne garantované, že zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi bude hrazená tak, aby zohľadňovala reálne náklady, odstránila by sa jednostranná diskriminácia lekárov – poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zo strany aktuálneho úhradového mechanizmu, používaného na základe platných právnych predpisov (nereálne ceny v kombinácii s tzv. limitmi) v zdravotných poisťovniach. Tento mechanizmus je potrebné upraviť čo najskôr, aby zbytočne nezaťažoval ani pacienta a ani lekára a lekár by sa mohol konečne viac venovať tomu, čo vyštudoval – teda starostlivosti o pacienta a budovaniu vzťahu s ním.

MUDr. Marián Kollár, prezident SLK
Bratislava, 15. februára 2015

inzercia



VŠETKO PRE AMBULANCIE NA JEDNOM MIESTE

MediPort

dezinfekcia
odevy
literatúra
prístroje
zdravotnícke pomôcky
spotrebný materiál
kozmetika
doplňky výživy

pripravujeme:
zdravotnícke tlačivá
koncelárske potreby



www.lekarnet.sk

KAŽDÝ TÝŽDEŇ U NÁS TOVARY V AKCII!

Lekár, a.s. · Dobšinského 12 · 811 05 Bratislava · +421 903 40 5000 · www.lekarnet.sk



E D U K A F A R M

medinews

1/2015

ČASOPIS PRE LEKÁROV

ZAUJALO NÁS NA SEMINÁRI
AESCU LAP 2015

PODPORNÁ LIEČBA OCHORENIA DOLNÝCH
DÝCHAČÍCH CIEST
CALCIUM CHLORATUM – PROFIL LIEKU

VÝZNAM/POSTAVENIE FIXNÝCH KOMBINÁCIÍ
V LIEČBE HYPERTENZIE

TENLORIS – PROFIL LIEKU

LIEČBA NESTEROIDOVÝMI ANTIFLOGISTIKAMI
V KLINICKEJ PRAXI – AKÉ SÚ ICH HLAVNÉ RIZIKÁ?

AULIN – PROFIL LIEKU

SÚČASNÉ PRÍSTUPY V LOKÁLNEJ LIEČBE
ATOPICKEJ DERMATITÍDY

MOŽNOSTI SUBKUTÁNNEJ LIEČBY
DIKLOFENAKOM V NIEKTORÝCH AKÚTNÝCH
FORMÁCH BOLESTI POHYBOVÉHO APARÁTU

SUDOKRÉM® – PROFIL PRÍPRAVKU

SYMPTOMATICKÁ LIEČBA ZÁPALOVÝCH
PREJAVOV V ÚSTNEJ ČASTI HLTANA SPOJENÝCH
S BOLEŠŤOU ÚSTNÝM VÝPLACHOM PRÍPRAVKOM
GLIMBAX™

GLIMBAX – PROFIL LIEKU



15

**MOŽNOSTI
ŠETRNEJ LIEČBY
BOLESTÍ
POHYBOVÉHO
SYSTÉMU**

32

**ZAUJALO NÁS
NA SEMINÁRI
AESCU LAP 2015**

43

**MOZGOVÁ
ATEROSKLERÓZA
A MOŽNOSTI
PREVENČIE
A LIEČBY
U STARŠÍCH
PACIENTOV**

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

ZAUJALO NÁS NA SEMINÁRI AESCULAP 2015

Rozhovor s MUDr. Radovanom Košturiakom

Ambulancia klinickej imunológie a alergológie v Nitre a Klinika detí a dorastu, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského, Martin

Vážený pán doktor,

v populácii sa zvyšuje počet chorých vyžadujúcich užívanie antihistaminík za účelom potlačenia prejavov alergie najrôznejšieho charakteru. Hoci aj odborná verejnosť vníma rozdiel medzi staršími a novšími zástupcami, najmä v duchu odlišného spektra nežiaducich účinkov (najmä sedácia), možno povedať, že rozdielov bude asi viac...

Máte pravdu. Na nové, moderné antihistaminiká (AH) sú dnes kladené diametrálne odlišné nároky ako na ich predchodcov. Dokonca sa hovorí, že niektoré staršie molekuly by pravdepodobne ani neprešli súčasnými náročnými klinickými testami. Veľký dôraz sa kladie práve na nežiaduce účinky. Alergici už dnes neakceptujú temer žiadne riziko z liečby antialergikami a nie sú ochotní znášať prípadný diskomfort sprevádzajúci terapiu. Mám na mysli dávkovanie viackrát denne, nutnosť obmedzovať sa v konzumácii niektorých nápojov či jedál, alebo už spomínaný tlmivý účinok na CNS. Samotné odstránenie účinku na CNS by pre úspešnosť antihistaminík nestačilo. Ešte významnejšie je dávkovanie 1-krát denne a možnosť zvyšovať dennú dávku niektorých antihistaminík až 4-násobne. To si samozrejme vyžaduje vysokú selektivnosť pre H_1 -receptor a minimálnu interakciu s inými štruktúrami. Preto pri moderných antihistaminikách nehrozí predlžovanie intervalu QT, problémy s posturálnou hypotenziou či atropínový efekt. K ideálnemu antihistaminiku určite patria aj minimálne interakcie pri vstrebávaní, metabolizácii a vylučovaní. Je dobré, ak antihistaminikum môžeme podávať v širokom vekovom rozmedzí a nevyžaduje si úpravy dávok, napríklad pri ochoreniach obličiek, či pečene. Práve molekula bilastínu spĺňa viaceré z týchto požiadaviek.

1. I napriek veľkému pokroku pri odkrývaní patofyziologických mechanizmov alergických reakcií zostávajú antihistaminiká často liekom 1. voľby, napokon veľká časť z nich je k dispozícii aj ako voľne predajné prípravky. Existujú podľa Vás nejaké riziká vyplývajúce zo samoliečby? Inými slovami, existujú odporúčania, ako dlho by mala samoliečba trvať?

Vysoký výskyt alergických ochorení v populácii spôsobuje zvýšenú záťaž odborných

ambulancií. Tlak pacientov, najmä v sezóne alergénov, je extrémny. Pritom práve v tomto čase, v situácii nekontrolovaných príznakov, nie je pacient vhodný na diagnostiku – kožné testy a podobne. Aj to je jeden z dôvodov, prečo sú dnes antihistaminiká voľne dostupné (na obdobie asi 7 dní), resp. prečo bolo uvoľnené preskripčné obmedzenie aj pre primárny kontakt. Zvládnuť pacientove akútne príznaky však neznamená, že si už nevyžaduje odborné vyšetrenie. Špecialista dokáže presne identifikované spúšťače/alergény, na základe ktorých je možné navrhnúť plán dlhodobého manažmentu. Veľmi dôležité je zhodnotiť indikáciu špecifickej alergénovej imunoterapie či prípadného rizika vzniku komplikácií (napr. astmy a i.). Slovensko patrí ku krajinám s veľkou tradíciou alergénovej imunoterapie, ktorá predstavuje jedinú kauzálnu liečbu alergie, znižuje výskyt komplikácií a rozširovanie senzibilizácie. Dlhodobá samoliečba alergika nie je vhodná a poškodzuje ho, hoci priznávam, že jednu sezónu si pacient môže pomôcť aj sám, resp. v spolupráci so svojim praktikom. Ak však chceme využiť celý potenciál súčasných diagnostických a terapeutických možností modernej alergológie, je odoslanie pacienta k špecialistovi nevyhnutnosťou.



2. Antihistaminík je množstvo. Čím by sa mal riadiť chorý/lekár pri voľbe konkrétneho prípravku?

Dnes už nikto nepochybuje o indikácii 2. generácie antihistaminík v terapii alergickej rinokonjunktivitídy a chronickej urtikárie. Staršie antihistaminiká nie sú v 1. línii liečby akceptovateľné – upozorňujú na to aj smernice GALEN. Pacienti sa mnohokrát dožadujú toho najlepšieho lieku pre nich. Podľa môjho názoru najlepší je ten, ktorý u konkrétneho pacienta optimálne funguje. Zo skúseností môžem povedať, že máme skupiny pacientov, ktorí nedajú dopustiť na konkrétne antihistaminikum, pritom u iných pacientov s ním nedosahujeme rovnaký účinok. Preto je pre nás dôležité mať viacero molekúl a nájsť pre pacienta tú optimálnu. Súvisí to čiastočne aj s farmakogenetikou. Stále sa musíme pacienta pýtať na nežiaduce účinky a efekt terapie. Bez cieľných otázok rieši pacient svoje nerozpoznané problémy sám, znižuje sa jeho adherencia, a tým aj efektívnosť terapie. Existujú konkrétne situácie, pri ktorých preferujeme najnovšie molekuly, najmä pre polymorbídnosť, možnosti kombinácií s benzodiazepínmi, pridružené obličkové či pečenevé ochorenia.

3. Aké antihistaminikum možno podávať tehotným, prípadne dojčiacim ženám?

Antihistaminiká máme na trhu už desiatky rokov. Posledná zverejnená analýza CDC v USA ukázala, že až 10-15% tehotných žien užívala v prvom trimestri niektoré antihistaminikum. Napriek tejto masívnej expozícii nie sú žiadne literárne údaje o prípadných vrodených defektoch či malformáciách v súvislosti s touto liečbou. Pri odporúčaní konkrétnej molekuly však narážame na problém, že medicína založená na dôkazoch preferuje skôr staršie molekuly 2. generácie antihistaminík najmä preto, že sú s nimi už dlhoročné skúsenosti. V americkom ratingovom systéme sú molekuly ako loratadín





OMARIT[®]

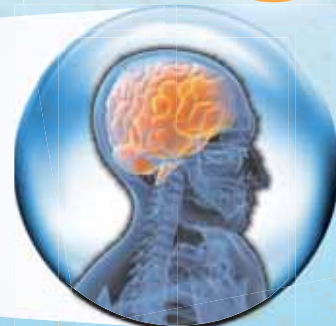
bilastín

®



Antihistaminikum bez sedatívneho účinku⁽¹⁾

Výskyt ospalosti na úrovni placebo⁽¹⁾



Bez ovplyvnenia aktivity CYP 450⁽¹⁾
(in vitro)

V terapeutickej dávke bez
potencovania účinku alkoholu⁽¹⁾



Účinný na symptomatickú liečbu alergickej rinokonjunktivitídy (sezónna alebo celoročná) a urtikárie.⁽¹⁾

Omarit 1 tableta obsahuje 20 mg bilastínu. **Terapeutické indikácie** Symptomatická liečba alergickej rinokonjunktivitídy (sezónnej alebo celoročnej) a urtikárie. **Dávkovanie a spôsob podávania** Dospelí a mladiství (12 rokov a viac) 20 mg (1 tableta) jedenkrát denne na zmiernenie príznakov alergickej rinokonjunktivitídy (sezónnej a celoročnej) a urtikárie. Tablety sa majú užívať perorálne jednu hodinu pred alebo dve hodiny po ovocnom džúze. Odporúča sa užiť dennú dávku jednorazovo. **Deťi do 12 rokov** Bezpečnosť a účinnosť bilastínu u deťi do 12 rokov nebola stanovená. **Kontraindikácie** Precitlivosť na liečivo bilastín alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní** Súčasné podávanie bilastínu s inhibítormi P-glykoproteínu, ako je napr. ketokonazol, erytromycín, cyklosporín, ritonavir alebo diltiazem, môže u pacientov so stredne závažnou alebo závažnou poruchou funkcie obličiek spôsobiť zvýšenie plazmatickej hladiny bilastínu, a preto aj zvýšenie rizika vzniku nežiaducich účinkov bilastínu. Z tohto dôvodu sa má vyhnúť súbežnému podávaniu bilastínu a inhibítora P-glykoproteínu u pacientov so stredne závažnou alebo závažnou poruchou funkcie obličiek. **Liekové a iné interakcie** **Interakcie s jedlom:** Jedlo značne znižuje perorálnu biologickú dostupnosť bilastínu o 30 %. **Interakcie s grapefruitovou šťavou:** Súbežné užívanie bilastínu 20 mg s grapefruitovou šťavou znižuje biologickú dostupnosť bilastínu o 30 %. Tento účinok sa môže tiež vzťahovať na iné ovocné šťavy. **Stupeň zníženia biologickej dostupnosti sa môže líšiť v závislosti od výrobcu a druhu ovocia.** **Interakcie s ketokonazolom alebo erytromycínom:** Súbežné užívanie bilastínu a ketokonazolu alebo erytromycínu zvyšuje AUC bilastínu dvojnásobne a C_{max} dvojnásobne. **Interakcie s diltiazemom:** Súbežné užívanie 20 mg bilastínu a 60 mg diltiazemu zvyšuje C_{max} bilastínu o 50 %. **Interakcie s alkoholom:** psychomotorická výkonnosť po súbežnom užití 20 mg bilastínu a alkoholu bola podobná ako po užití alkoholu s placebom. **Interakcie s lorazepamom:** súbežné užívanie 20 mg bilastínu a 3 mg lorazepamu počas 8 dní nepotencovalo timivý účinok lorazepamu na CNS. **Fertilita, gravidita a laktácia** **Fertilita:** Neexistujú žiadne alebo len obmedzené klinické údaje. **Štúdiá na potkanoch** nepreukázala akýkoľvek negatívny účinok na plodnosť. **Gravidita:** Neexistujú žiadne alebo obmedzené údaje o užívaní bilastínu u tehotných žien. **Štúdiá na zvieratách** nepreukázali priamy alebo nepriamy škodlivý účinok na reprodukčnú toxicitu, pôrod alebo postnatálny vývoj. **Ako preventívne opatrenie je vhodné vyhnúť sa podávaniu Omaritu počas tehotenstva.** **Laktácia:** Nie je známe, či sa bilastín vylučuje do ľudského materského mlieka. **Vylučovanie bilastínu do mlieka sa u zvierat neštudovalo.** **Pri rozhodovaní, či pokračovať/prerušiť dojčenie alebo pokračovať/prerušiť terapiu Omaritom, je potrebné vziať do úvahy prínos dojčenia pre dieťa a prínos liečby bilastínom pre matku.** **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje** **Štúdiá uskutočnená s cieľom posúdiť vplyv bilastínu na schopnosť viesť vozidlá** preukázala, že liečba 20 mg neovplyvnila schopnosť viesť vozidlá. **Veľmi zriedkavo sa u pacientov zaznamenala ospalosť, ktorá môže ovplyvniť ich schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje.** **Nežiaduce účinky** Najčastejšie hlásené nežiaduce účinky u pacientov liečených 20 mg bilastínu počas druhej a tretej fázy klinického skúšania boli bolesť hlavy, ospalosť, závrat a únava. Tieto nežiaduce účinky sa objavili s porovnateľnou frekvenciou u pacientov užívajúcich placebo. **Nežiaduce účinky, ktoré mali aspoň minimálnu možnú súvislosť s liečbou bilastínom a hlásené u viac ako 0,1 % pacientov liečených 20 mg bilastínu v priebehu klinického vývoja, sú uvedené v Súhrne charakteristických vlastností lieku.** **Pred predpísaním lieku oboznámte sa, prosím, s úplnou informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku.** **Spôsob výdaja lieku** viazaný na lekársky predpis.

Referencie:

1. SPC produktu Omarit[®]

Posledná revízia textu: 2/2012
Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Menarini International Operations Luxembourg A.S., 1, Avenue de la Gare, Luxembourg, Luxembursko
Dátum výroby materiálu: 02/2015
Kód materiálu: SK_OMA-03-2015_Reminder

Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť a interné účely spoločnosti.

Omarit[®]

20 mg tablety bilastínu
 30 tabliet - na vonkajšie použitie

- 1x denne
- v balení 10 alebo 30 tbl.
- Tableta Omaritu[®] sa má užívať 1 hodinu pred alebo 2 po jedle alebo ovocnom džúze.⁽¹⁾
- Odporúča sa užívať dennú dávku Omaritu[®] naraz.⁽¹⁾

Omarit[®]

20 mg tablety bilastínu
 10 tabliet - na vonkajšie použitie

Inzerca Berlin-Chemie A.G. - obchodné zastúpenie v SR
 Palisády 29, 811 06 Bratislava, Slovenská republika
 mail: bratislava@bcsk.sk
 tel.: 02/5443 0730, fax: 02/5443 0724



a cetirizín zaradené do tzv. kategórie B. Keďže novšie molekuly sú veľmi často metabolitmi starších molekúl, predpokladáme rovnaký (lepší ?) bezpečnostný profil, dôkazov je však málo, a preto sú zaradené do kategórie C. Osobne sa u gravidných žien snažíme preferovať lokálnu liečbu nádchy, vrátane intranazálnych kortikoidov. Pri ich nedostatčnom účinku pristupujeme aj k systémovým antihistaminikám. Pri dojčení máme veľmi obmedzené údaje, avšak koncentrácia antihistaminika v materskom mlieku dosahuje len asi 1% z koncentrácie v krvi matky. Vzhľadom k veľkému významu dojčenia pre dieťa, obzvlášť s alergickou rodinnou anamnézou, podporujeme alergicky v dojčení a tiež sa snažíme začať lokálnou liečbou. Ani systémové antihistaminiká však nepovažujeme za kontraindikáciu dojčenia, ak je matka spolupracujúca a všima si prípadné zmeny správania dieťaťa (spavosť, dráždivosť ...).

4. Existujú nejaké jasné kontraindikácie, okrem známej precitlivenosti na obsiahnuté látky, keď antihistaminikum nepodať?

Absolútnych kontraindikácií je minimum a týkajú sa najmä 1. generácie antihistaminík. Na rozdiel od SPC udáva literatúra podstatne širšie kontraindikácie týchto molekúl. Ide najmä o ich nevhodnosť u ľudí s predĺženým QT intervalom. Podobne sú nevhodné aj u osôb s glaukómom, hyperpláziou prostaty či pacientov na niektorých antidepresívach. V skupine najmodernejších antihistaminík 2. generácie žiadne z týchto kontraindikácií nenájdeme. V prípade bilastínu nie je dokonca potrebná ani úprava dávkovania pri zlyhaní obličiek či pečene.

5. Alergie sa objavujú aj v populácii seniorov. Existujú tu nejaké špecifiká, kedy a aké antihistaminikum podať, alebo naopak, rozhodne nepodať?

U seniorov sú antihistaminiká 1. generácie obzvlášť nevhodné. Majú negatívny vplyv na pozornosť a kognitívne funkcie. Ovplyvňujú kardiovaskulárny systém, najmä prevodový systém srdca. Majú atropínový účinok a zhoršujú vyprázdňovanie močového mechúra. Najmä vzhľadom na polypragmáziu sú ideálne molekuly (napr. bilastín), ktoré nepodliehajú metabolizácii v pečeni, a teda neinterferujú s inými molekulami. Vylučovanie tohto antihistaminika zároveň nezávisí od funkcie obličiek a v tele sa neakumuluje.

6. Pomerne nedávno sa pri antihistaminikách zaznamenal i protizápalový účinok. Do akej miery sa podľa Vás tento efekt podieľa na finálnom terapeutickom účinku?

Protizápalový účinok bol potvrdený najmä u najnovších molekúl 2. generácie antihistaminík. Dôkazy in vitro sú dnes potvrdené aj klinicky. Uvedené antihistaminiká čiastočne inhibujú tzv. oddialenú fázu alergickej reakcie, ktorá nastupuje niekoľko hodín (12 a viac) po expozícii alergénom a nie je sprostredkovaná histamínom. Naopak, v jej patofyziológii zohrávajú úlohu prozápalové cytokíny a bunkový infiltrát. Vplyv moderných antihistaminík na túto časť reakcie je menší ako u kortikoidov, ale je významný. Najlepšie to dokumentujú štúdie, ktoré potvrdili, že zmena antihistaminika za modernejšie (až 90 % z nich prešla na bilastín), priniesla pacientom ďalšiu úľavu od príznakov.

7. V čom tento protizápalový účinok spočíva? Je spoločný pre všetky antihistaminiká?

Moderné antihistaminiká stabilizujú H_1 -receptor v jeho neaktívnom stave, preto ich nazývame tzv. inverzní agonisty. Zníženie aktivity H_1 receptora následne ovplyvňuje signálne procesy v bunke a v konečnom dôsledku redukuje expresiu nukleárneho faktora kappa B (NF- κ B). Rozdiel medzi modernými a staršími antihistaminikami spočíva práve vo vplyve na NF- κ B. Nezdá sa, že by išlo o tzv. skupinový efekt, nakoľko uvedený účinok závisí od dostatočne dlhého času stabilizácie H_1 receptora v neaktívnej forme.

Farmakokinetika: špeciálne populácie

Špeciálne populácie	
Pacienti s poškodením obličiek	Bilastín sa môže podávať pacientom nezávisle od GFR. ⁽¹⁾ Renálna exkrécia je hlavnou eliminačnou cestou pre bilastín, a nevyužíva sa žiadna alternatívna eliminácia aj keď je funkcia obličiek závažne poškodená. ⁽¹⁾ Nevyžaduje sa úprava dávky u pacientov s poškodením funkcie obličiek. ⁽²⁾
Pacienti s poškodením pečene	Nie sú klinické skúsenosti s podávaním lieku pacientom s poškodením pečene. Nakoľko bilastín sa nemetabolizuje a hlavnou eliminačnou cestou sú obličky, pri poškodení pečene sa nepredpokladá zvýšenie systémovej expozície nad hranicu bezpečnosti. Nevyžaduje sa úprava dávky u pacientov s poškodením funkcie pečene. ⁽²⁾
Starší pacienti	Obmedzené údaje. ⁽²⁾ Neboli pozorované významné rozdiely vo farmakokinetike, účinnosti a bezpečnosti bilastínu pri porovnaní mladých a starších pacientov. ⁽¹⁾ Nevyžaduje sa úprava dávky. ⁽²⁾
Deti mladšie ako 12 rokov	Bezpečnosť a účinnosť nebola doteraz stanovená. ⁽²⁾ Pripravuje sa pediatričný výskumný plán. ⁽¹⁾

8. Antihistaminiká sa líšia svojim bezpečnostným profilom. Je však medzi nimi aj relevantný rozdiel z pohľadu účinnosti?

Antihistaminiká dosiahli platô v zmysle klinickej účinnosti. Pri porovnaní najmodernejších molekúl už zásadný posun v účinku neočakávame, isté rozdiely sú však v ich bezpečnostnom profile.

9. Akým prínosom pre chorých je nedávno registrovaná molekula bilastínu?

Molekula bilastínu v sebe spája vysokú účinnosť a výborný bezpečnostný profil. Molekula sa v tele nemetabolizuje a vylučuje sa v nezmenenej forme prevažne močom. Neovplyvňuje transformačno-metabolické procesy v pečeni a na tejto úrovni teda nedochádza k liekovým interakciám. Výhodou je, že ani pri závažnom poklese glomerulárnej filtrácie nedochádza k jeho akumulácii v organizme. Viacerí pacienti ocenia aj možnosť kombinovať toto antihistaminikum napríklad z benzodiazepíni, pretože bilastín neovplyvňuje negatívne činnosť CNS. Liečba bilastínom je veľmi praktická, má nežiaduce účinky na úrovni placebo a v prípade komorbidít či polypragmázie si nevyžaduje úpravy dávkovania.

10. Pri nedostatočnej terapeutickej odpovedi na jedno antihistaminikum je lepšia eskalácia dávky alebo zámena (switch) za iný prípravok? Predpokladám, že kombinácia dvoch rôznych antihistaminík nebude možná...

Bohužiaľ, kombinácia moderných a 1. generčných antihistaminík je stále relatívne častá, najmä pri refraktérnych ochoreniach, akými je aj chronická urtikária. Množia sa dôkazy, že takýto postup nemá opodstatnenie. Uvedená kombinácia nezlepšuje symptómové skóre pacientov, naopak, počas dňa zvyšuje ich somnolenciu. Aktuálne smernice na liečbu chronickej urtikárie preto jednoznačne preferujú 4-násobnú dennú dávku nesedatívneho antihistaminika 2. generácie, ak jedna tableta denne neúčinkuje dostatočne. Pri inej indikácii, akou je alergická rinokonjunktivitída, pristupujeme v prípade neúčinnosti antihistaminík k pridaniu lokálnych kortikoidov. Do úvahy síce pripadá aj zmena antihistaminika, avšak v praxi realizujeme tzv. switch najmä z dôvodov nežiaducich účinkov. V tejto súvislosti je potrebné pripomenúť, že na tieto účinky sa musíme pacientov aktívne pýtať.

Za rozhovor ďakuje šéfredaktor časopisu MediNEWS MUDr. Jiří Slíva, PhD.

MOŽNOSTI ŠETRNEJ LIEČBY BOLESTÍ POHYBOVÉHO SYSTÉMU

PharmDr. Zdeněk Procházka, MUDr. Pavel Kostiuk, CSc., PharmDr. Lucie Kotlářová, Edukafarm Praha

Podklady: Prof. MUDr. Leonello Milani, Neurologická klinika A.I.O.T., Milán, Prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA, Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha, Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., prim. MUDr. Hana Jarošová,

Revmatologický ústav, Praha, MUDr. Jiří Slíva, Ph.D., Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha

Bolestivé ochorenia pohybového systému (napr. zápalové a degeneratívne choroby) sú jedným z najčastejších dôvodov, ktoré privádzajú pacienta k lekárovi. Klasické používané lieky ovplyvňujúce zápalový proces a bolesť (napr. nesteroidové antireumatiká) sú zaťažené nežiaducimi účinkami, preto sa hľadajú šetrnejšie, bezpečnejšie terapeutické možnosti.

FARMAKOTERAPIA BOLESTI POHYBOVÉHO ÚSTROJENSTVA, LIMITY BEZPEČNOSTI

Na liečbu bolesti pohybového aparátu sa v ortopédii a reumatológii používajú niekoľko skupín liekov. Ich použitie je limitované nežiaducimi účinkami, kontraindikáciami a interakciami týchto látok.

ANALGETIKÁ

Pri ochorení pohybového systému je vedúcim príznakom najčastejšie zápalová nociceptívna bolesť, niekedy s neuropatickou zložkou. Základom liečby bolesti sú u týchto pacientov neopiooidové analgetiká; do tejto skupiny patria tzv. analgetiká/antipyretiká, napr. paracetamol, ktorý je liekom voľby pri bolesti chrbta a osteoartrózy. Nemá protizápalové účinky. Opatrnosť je potrebná u pacientov s preukázanými hepatopatiami. Na liečbu bolesti možno zvýšiť analgetický účinok paracetamolu slabými opiooidmi (kodeínom, tramadolom). Opioidy sa užívajú na liečbu chronickej bolesti v II. a III. stupni rebríčka WHO. Sú však spojené s rizikom nežiaducich účinkov, napr. obštipácia, útlm dychového centra).

NESTEROIDOVÉ ANTIREUMATIKÁ (NSA)

Do skupiny NSA patrí kyselina acetylsalicylová (ASA), ďalej neselektívne inhibitory cyklooxygenázy (COX), napr. ibuprofén, diklofenak, ďalej preferenčne inhibitory COX-2, napr. nimesulid a selektívne inhibitory COX-2, tzv. koxiby.

ASA a neselektívne NSA môžu u disponovaných pacientov spôsobiť astmatický záchvat. ASA sú kontraindikované u detí pri vírusovom ochorení kvôli riziku vzniku Reyovho syndrómu. K najčastejším nežiaducim účinkom NSA patrí gastrointestinálna toxicita (môže dôjsť napr. ku krvácaniu z hornej časti gastrointestinálneho traktu) a renálna toxicita (napr. intersticiálna nefritída), riziko hepatotoxicity, kardiovaskulárnej, dermatologickej a hematologickej toxicity. Nízke systémové dávky NSA by sa mali používať pri OA obmedzený čas, sú liekom druhej voľby pri bolestiach chrbta. S opatrnosťou by sa mali podávať u hypertonikov, u diabetikov liečených derivátmi sulfonylurey a u warfarinizovaných pacientov.

Selektívne inhibitory COX-2, tzv. koxiby (napr. celecoxib) tvoria skupinu najnovších NSA s vylepšeným gastrointestinálnym profilom, existuje u nich však kardiovaskulárne riziko, kvôli čomu sa už niektoré koxiby stiahli z trhu. Odporúča sa zvýšená opatrnosť u pacientov z rizikových skupín (seniori, ochorenie GIT-u v anamnéze); kontraindikácie u chorých s kardiovaskulárnym alebo cerebrovaskulárnym ochorením, nevhodné je podávanie aj u pacientov s viacerými rizikovými faktormi aterosklerózy (napr. hypertenzia, hypercholesterolémia).

ĎALŠIE LIEKY UŽÍVANÉ PRI BOLESTIACH POHYBOVÉHO APARÁTU

Ďalšie skupiny liekov užívaných v ortopédii a reumatológii pôsobia na patogenetický proces rôznymi mechanizmami. Bolesť neovplyvňujú priamo, ale prostredníctvom svojho vplyvu na patogenézu ochorenia.

DMARDs

Syntetické, chorobu modifikujúce antireumatické lieky (DMARDs) sú základom liečby reumatoidnej artritídy (RA). Najčastejším užívaným liekom je metotrexát (pozor na gastrointestinálnu a hepatálnu toxicitu), alternatívou je leflunomid a sulfasalazín; pri ďalších DMARDs (napr. antimalariká, zlúčeniny zlata) existuje podstatne menej evidencie o účinnosti, alebo nemajú dobrý pomer účinnosť/bezpečnosť, odporúčajú sa len ako lieky druhej alebo tretej línie alebo v určitých špecifických situáciách.

BIOLOGICKÉ LIEKY

V prípade zlyhania aspoň jedného syntetického DMARDs a pretrvávajúcej aktivity sa indikuje u pacientov s RA podanie biologických liekov. Využívajú sa najmä monoklonálne protilátky voči prozápalovým cytokínom alebo ich receptorom, napr. infliximab, etanercept, adalimumab. Biologické lieky sú spojené s potenciálnymi rizikami, napr. pri anti-TNF alfa liekov sa uvádza napr. zvýšené riziko infekcií vrátane TBC, malignít, neurologické, kardiovaskulárne a ďalšie komplikácie.

KORTIKOSTEROIDY

Využívajú sa pre svoje protizápalové a imunosupresívne pôsobenie. Celkovo sa podávajú napríklad pri systémovom lupus erythematoses, polymyozitide a dermatomyozitide. Intraartikulárna liečba kortikosteroidmi sa uplatňuje napríklad pri osteoartróze. Z množstva nežiaducich účinkov sú najzávažnejšie imunosupresívne (zníženie rezistencie voči infekciám), ďalej spomalenie hojenia rán, osteoporóza, hypertenzia a i.

CHONDROPROTEKTÍVA

Chondroprotektíva (označované tiež skratkou SYSADOA), napr. chondroitín sulfát, glukozamín sulfát, kyselina hyalurónová, účinkujú predovšetkým na základe inhibičného vplyvu na tvorbu a účinok prozápalových cytokínov, ktoré podporujú degradáciu medzibunkovej hmoty. Prispievajú k spomaleniu deštrukcie chrupky; samozrejme, za predpokladu, že chrupka nie je doteraz vo vysokom stupni deštrukcie, tam nie je jej reparácia už možná. Tzv. viskosuplementácia kyselinou hyalurónovou (alebo hylanom G-F 20), podávanou predovšetkým do kolenného, bedrového alebo ramenného kĺbu, je založená na doplnkovej výžive kĺbovej chrupky. Kyselina hyalurónová dodáva viskozitu a elasticitu len kĺbovej chrupke, nemá teda štruktúrny účinok na spojivové tkanivo kĺbového systému.

NOVÉ MOŽNOSTI ŠETRNEJ LIEČBY BOLESTI

KOLAGÉNOVÉ INJEKcie

Koncepcia injekčnej suplementácie kolagénu.

Inovatívnu možnosť šetrnej liečby bolestivých ochorení pohybového systému predstavujú injekčné prípravky s obsahom kolagénu (tzv. MD prípravky). Na rozdiel od chondroprotektív, ktoré ovplyvňujú kĺbovú chrupku, pôsobia kolagénové injekcie podstatne komplexnejšie. Jednou z najvýznamnejších príčin bolesti pohybového aparátu je úbytok kolagénu a zníženie kvality kolagénových vlákien, ktoré sa prejavujú ochabnutosťou vnútorných a vonkajších stabilizačných kĺbových systémov.



Príčinou môžu byť degeneratívne a zápalové zmeny, úrazy, pooperačné stavy, ale aj chybné držanie tela. Ochabnuté podporné systémy vyvolávajú kĺbovú nefyziologickú hypermobilitu, pri ktorej dôjde k ich predčasnému opotrebeniu, čo prispieva k progresívnej degenerácii chrupky a stimulácii receptorov bolesti.

Lokálna suplementácia kolagénu, ktorý je základnou stavebnou jednotkou spojivových tkanív kĺbových systémov, má štrukturálny účinok, zlepšuje profil kolagénového vlákna a tým prirodzenú oporu týchto systémov (*bio-scaffold*), posilňuje kĺbové puzdro, väzy, šlachy, a preto spevňuje ochabnuté a hypermobilitné kĺbové systémy, zlepšuje kĺbovú mobilitu, ale prispieva aj k uvoľneniu a fyziologickej funkcii svalstva v danej oblasti. Odstraňuje tak príčinu bolesti. Pri degeneratívnych stavoch sprevádzaných fyziologickou down-reguláciou metabolizmu kolagénu (starnutie) možno mikrosuplementáciou kolagénu spomaliť progresiu ochorenia.

Kolagénové injekcie sa aplikujú subkutánne, intradermálne, periartikulárne alebo intraartikulárne, a to do spúšťových bodov (*trigger points*). K indikáciám patrí napríklad artralgia veľkých i drobných kĺbov horných a dolných končatín, bolesti chrbta degeneratívneho pôvodu, koreňová bolesť v oblasti krčnej a hrudnej chrbtice, syndróm karpálneho tunela, epikondylitída, neuralgia trigeminu, syndróm bolestivého ramena, bolesť spôsobená osteoporózou hrudnej chrbtice. Pre konkrétne indikácie sú určené špecifické kolagénové injekcie (napr. pre gonartrózu MD-Knee, koxartrózu MD-Hip, syndróm zmrznutého ramena MD-Shoulder, lumbago MD-Lumbar, svalové bolesti MD-Muscle, neuropatická bolesť MD-Neural), ktoré sa líšia pridanou zložkou, väčšinou fytofarmaceutického charakteru, s protizápalovým, antioxidantným, regeneračným pôsobením. Transport kolagénu a doplnujúcich zložiek do cieľovej oblasti je založený na patentom chráneným „*collagen injectable drug delivery system*“. V tkanive, do ktorého sa pripravok aplikuje, sa vytvára dočasná kolagénová matrix, z ktorej sa zložky postupne uvoľňujú do cieľovej oblasti, a tak je zabezpečené ich prolongované pôsobenie. Kolagénové injekcie sa podávajú buď samostatne, alebo sa môžu kombinovať s ďalšími liekmi, výhodou je, ak sa mechanizmy účinku dopĺňajú. Príkladom je súčasné podávanie s viskosuplementáciou (kyselinou hyalurónovou, HA), kde sa dosahuje synergia lubrikácie kĺbovej chrupky (HA) v kombinácii so štrukturálnym posilnením kĺbu prostredníctvom suplementácie kolagénu. Výhodou kombinácie kolagénových injekcií s analgetikami alebo NSA možno znížiť spotrebu analgetík/NSA, čím sa znižuje zaťaženie organizmu nežiaducimi účinkami.

Zásadným benefitom kolagénových injekcií je liečba bolesti bez rizika liekových interakcií (kolagén nezasahuje do farmakokinetiky ostatných liekov), bez významných nežiaducich účinkov (kolagén je telu vlastná látka dodávaná v mikrosuplementačnej dávke) a bez alergických reakcií (nezaznamenali sa žiadne alergické reakcie ani u polyalergických jedincov).

SKÚSENOSTI LEKÁROV S KOLAGÉNOVÝMI INJEKCIAMI

Účinnosť kolagénových injekcií potvrdila nedávno skončená postregistračná zaslepená klinická štúdia v Reumatologickom ústave v Prahe so 100 pacientmi s bolesťami chrbta (*low back pain*), v kontrolnej skupine bol použitý trimekaín. Výsledky ukázali, že na dosiahnutie dlhodobej a v oboch skupinách porovnateľnej úľavy od bolesti chrbta sa v skupine s trimekaínom spotrebovalo dvojnásobné množstvo záchranej medikácie (paracetamol) ako v skupine s kolagénovými MD injekciami. Kolagénové injekcie umožnili obmedziť alebo vysadiť pôvodnú analgetickú a protizápalovú terapiu (NSA, kortikoidy).

O svojich skúsenostiach s MD prípravkami referoval slovenský ortopéd MUDr. Alexander Murgaš v časopise Slovenskej lekárskej komory. Do tejto štúdie bol zaradený súbor 1 637 pacientov vo veku 19 až 90 rokov, ktorí podstúpili liečbu kolagénovými MD injekciami. Už po 4.–5. aplikácii dochádzalo k zmierňovaniu ťažkostí a ústupu bolesti, signifikantne sa zlepšila kvalita života pacientov počas liečby sa nevykytli žiadne závažné nežiaduce účinky. Ak sa súběžne užívali základné analgeticko-antiflogistické lieky (NSA), došlo ku zníženiu ich spotreby. Kolagénové injekcie tolerovali aj polymorbídni pacienti.

Zaujímavé skúsenosti prezentovala na niekoľkých seminároch a tiež v odborných publikáciách primárka Reumatologického ústavu v Prahe MUDr. Hana Jarošová. Vo svojej praxi aplikovala kolagénové MD injekcie viac ako 1 500 pacientom (najčastejšie s bolesťami chrbta, ďalej syndrómom bolestivého ramena, gonartrózou, koxartrózou a artrózou drobných kĺbov rúk), s veľmi dobrým účinkom už po 4.–5. aplikácii. Ďalej publikovala mnohé kazuistiky pacientov s fibromyáliou, ktorých liečila obštrekmi MD-Neural a MD-Muscle do spúšťacích bodov s pozitívnym, klinicky významným výsledkom na vizuálnej analógovej škále.

INTRAVENÓZNY VYSOKODÁVKOVANÝ VITAMÍN C: ANTIOXIDANT S KOMPLEXNÝM ÚČINKOM

Pri ochorení pohybového systému má často dôležitú úlohu chronický zápal, na ktorom sa výrazne podieľa oxidatívny stres – agresívne pôsobenie reaktívnych zlúčenín kyslíka (reactive oxygen species, ROS). Pri liečbe týchto chorôb je preto veľmi dôležitá antioxidantná ochrana postihnutých tkanív. Jedným z najvýznamnejších antioxidantov je vitamín C (kyselina askorbová/askorbát), ktorý pôsobí pri oxidatívnom strese ako účinný zmetač ROS. Vitamín C má pre pohybový aparát i ďalší základný význam: je nenahraditeľným kofaktorom enzýmu prolylhydroxylázy pri syntéze kolagénu (konkrétne pri syntéze jeho základných stavebných komponentov hydroxylyzínu a hydroxyprolínu). Keďže kolagén je základnou zložkou spojivového aparátu, má vitamín C pre stav tohto systému vitálnu dôležitosť. Kolagén syntetizovaný za prispenia vitamínu C sa zúčastňuje aj hojivých procesov, takže aj pre adekvátny priebeh hojenia (napr. trauum pohybového systému) je vitamín C dôležitý.

Pri chronických zápaloch (napr. reumatoidnej artritíde) dochádza v tkanivách ku zníženiu kapacity pre regeneráciu askorbátu a vzniká výrazný systémový deficit vitamínu C. Ten možno vykompenzovať len podaním vysokodávkovaného intravenózneho vitamínu C (IVC) v gramových dávkach. (Pri perorálnom podaní vitamínu C – vďaka obmedzeným transportným možnostiam v čreve – možno dosiahnuť v krvi len nízku koncentráciu vitamínu C, ktorá postačuje na zabezpečenie len bežných, nie však liečivých účinkov.)

Na rozdiel od kolagénových injekcií, ktoré pôsobia lokálne, v prípade IVC ide o systémové pôsobenie. Okrem spomenutého antioxidantného a protizápalového (a z neho vyplývajúceho analgetického) účinku pôsobí i imunostimulačne.

Podanie IVC je účinné aj po operáciách či poraneniach pohybového aparátu, keď stúpa potreba vitamínu C, vďaka zvýšenej spotrebe pri hojivých procesoch (v súvislosti so zvýšenou potrebou pre biosyntézu kolagénu na podporu hojenia rán a zvýšenú potrebu imunitného systému).

FYTOFARMAKÁ

Fytofarmaká majú dnes svoje miesto v liečbe degeneratívnych a zápalových ochorení pohybového systému; môžu obmedziť zápal a bolesť, prispievajú ku zlepšeniu funkcie kĺbov, regenerujú natiahnuté svalstvo, spomaľujú degeneratívny proces kĺbovej chrupky. Extrakt z koreňa harpagovníka ležateho (*Harpagophytum procumbens*, tzv. diablov pazúr) obsahuje flavonoidy (napr. harpagosid) s protizápalovým a analgetickým účinkom, tradične sa užíva pri zápaloch kĺbov a pri svalových bolestiach. Ako ukázali klinické štúdie, tento extrakt znižoval bolestivosť u pacientov s osteoartrózou chrbtice, bedrového a kolenného kĺbu (porovnateľne s diacereínom). Extrakt bol účinný aj u pacientov s nešpecifickými bolesťami bedrovej chrbtice (porovnateľne s NSA).

Extrakt z pryskyrice zo stromu kadidlovníka pilovitého (*Boswellia serrata*) obsahuje boswellové kyseliny, ktoré pôsobia protizápalovo a analgeticky pri zápalových a degeneratívnych kĺbových ochoreniach, okrem toho zvyšujú ochranu sliznice žalúdka, čo má svoj význam pri súčasnom perorálnom podávaní NSA. Extrakt sa hodnotil v klinických štúdiách u pacientov s osteoartrózou, ktoré ukázali, že znižuje bolestivosť (porovnateľne s NSA) a zlepšuje funkciu kĺbov. Pozitívny efekt sa preukázal aj pri reumatoidnej artritíde.

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



zdravotnícky prostriedok

Benefity:

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

Dostupnosť: vo všetkých lekárňach bez lekárskeho predpisu.

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





Ďalšou užívanou látkou je **pycnogenol** – extrakt z kôry borovíc druhov *Pinus pinaster* (resp. *Pinus maritima*). Obsahuje prokyanidíny, ktoré majú protizápalový a antioxidantný účinok, chráni kĺbovú chrupku aj tým, že zabraňuje degradácii kolagénu a elastínu. V štúdiách u pacientov s gonartrózou znižoval bolestivosť a funkciu kĺbu.

Kapsaicín je látka, ktorá sa nachádza v paprikách, najmä druhu *Capsicum frutescens*. Pôsobí prechodnou stimuláciou zakončenia senzorických nervových vlákien s uvoľňovaním tzv. substancie P, s následnou depléciou a periférnou desenzitizáciou. Tak pôsobí protibolestivo. Zvýšené prekrvenie vedie k podpore odplavovania mediátorov bolesti a prívodu protizápalových látok. Používa sa na lokálnu liečbu rôznych bolestivých syndrómov, napr. pri reumatoidnej artritíde a osteoartróze. Extrakt z kvetov a vňati túžobníka (*Spirea ulmaria*) sa používa tradične ako antiflogistikum a analgetikum pri zápalových ochoreniach kĺbov. Súčasťou extraktu sú rôzne flavonoidy a silice s obsahom prírodných salicylátov (od týchto látok koncom 19. stor. odvodil F. Hoffmann kyselinu acetylsalicylovú). Silice z listov eukalyptu (*Eucalyptus*, blahovičník) obsahuje monoterpény, ktoré zasahujú do metabolismu mediátorov zápalu, čím znižujú senzibilitu nociceptorov a pôsobia protizápalovo, chladivo a analgeticky.

KOMBINOVANÉ TYPY PRÍPRAVKOV

Dnes sú už pomerne detailne známe nielen symptómy, ale aj jednotlivé patogenetické zložky zápalového procesu. Preto možno ovplyvňovať tento proces komplexne. Na tejto koncepcii sú založené prípravky obsahujúce kombináciu rôznych látok zameranú na určitý typ účinku, napr. protizápalové cytokíny alebo ich inhibítory (vo fyziologických koncentráciách) a niektoré ďalšie látky. Uvádzame príklady niektorých látok používaných v tomto type prípravkov.

Protizápalovo a analgeticky pôsobí napr. **anti-interleukín 1 α** (Anti-IL-1 α), ktorý je antagonistom interleukínu 1 α , a ten má zásadnú úlohu pri chronickej zápalu a zvyšuje i citlivosť na bolesť. **Interleukín 10** (IL-10) má inhibičný vplyv na produkciu niektorých prozápalových cytokínov. **TGF- β 1** (transformujúci rastový faktor- β 1) je rastový faktor, ktorý okrem iného zvyšuje schopnosť fagocytózy makrofágov a inhibuje zápalové bunky, ak sú v aktivovanom stave. Má významnú úlohu v reparačných procesoch, ktoré súvisia so zápalom. **Melatonín** má o.i. centrálnu sprostredkovanú protizápalovú a analgetickú účinky. Potláča aktiváciu cyklooxygenázy-2, prispieva ku stimulácii retikuloendotelialného systému v blokade šírenia zápalu. Analgeticky pôsobí **β -endorfín**, ktorý je agonistom opioidových receptorov. Má výrazne vyššiu analgetickú účinnosť ako morfín. Protizápalovým a antipyretickým účinkom sa vyznačujú aj niektoré homeopatiká (napr. *Apis mellifica*, *Aconitum napellus*, *Belladonna*). Tento typ prípravkov ponúka komplexný protizápalový a protibolestivý účinok, možno ho tak v indikovaných prípadoch využiť pri bolestivých ochoreniach pohybového aparátu.

Na vzniku osteoartrózy (OA) majú významný podiel degeneratívne, ako aj zápalové procesy. Preto v kombináciách zameraných na ovplyvnenie tohto typu patologických procesov hrajú úlohu látky podporujúce ochranu a obnovu kĺbovej chrupky a látky s protizápalovým pôsobením. Uvedme niekoľko príkladov. **Fibroblastový rastový faktor** (FGF) je kľúčovým faktorom pre regeneráciu kĺbovej chrupky. **Dehydroepiandrosterón** (DHEA) znižuje hladinu deštruktívne pôsobiacich matrixových metaliproteináz a je degradáciou kĺbovej chrupky u pacientov s OA. Ochranný účinok je charakteristický pre **calcitonín**, ktorý sa zúčastňuje na novotvorbe kostného tkaniva, má aj analgetický účinok. Význam pre ochranu spojiva majú aj antioxidanty, napr. **kyselina alfa-lipoová** (má tiež protizápalový účinok) a **koenzým Q₁₀** (ubichinon) a aj spomenutá kyselina askorbová. Na ochranu kĺbov sa pri degeneratívnych a zápalových kĺbových ochoreniach užívajú niektoré homeopatiká, napr. *Placenta totalis*, *Funiculus umbilicalis*, *Sulphur*, *Cartilago* sa užíva na podporu trofiky spojiva, *Colchicum autumnale*, *Strontium carbonicum* a *Glandula suprarenalis*.

ZÁVER

Liečba bolestí pohybového aparátu býva zložitá a dlhodobá, preto by profily podávaných liekov mali vyhovovať nielen z hľadiska účinnosti, ale aj vysokej bezpečnosti liečby. V reumatologickej praxi sa často stretávame s polymorbídnymi pacientmi, u ktorých treba zohľadniť nielen samotný zdravotný stav, ale aj riziko liekových interakcií a možné ďalšie nežiaduce účinky. Lieky, ktoré sa bežne užívajú na liečbu bolesti (napr. analgetiká, NSA, kortikosteroidy), sú účinné, avšak majú závažné nežiaduce účinky, a tak je ich dlhodobé podávanie pre pacienta zaťažujúce, prípadne kontraindikované. Preto by sa mala vždy preferovať šetrná liečba, ktorá nevykazuje závažné nežiaduce účinky a nemá ani riziko liekových interakcií, ale ktorá dodá telu vlastné látky, ktoré prispievajú k fyziologickej regenerácii oporného aparátu a k ústupu bolesti.

Takúto možnosť predstavujú napríklad kolagénové injekcie, ktoré môžeme použiť pri bolestiach pohybového aparátu samostatne alebo v kombinácii s analgetickou liečbou. Pomer prínosu a rizika liečby je pri kolagénových injekciách významne posunutý v prospech prínosu, na rozdiel od nesteroidových analgetík (riziko gastropatii), prípadne opioidovej liečby (obstipácia, útlm dychového centra) či kortikosteroidov (imunosupresia, spomalenie hojivých procesov). Kolagénové injekcie možno kombinovať aj s podávaním analgetík či NSA, s výhodou nižšej spotreby týchto rizikových liekov. To je veľmi podstatný prínos, napr. u seniorov. K ďalším možnostiam rozširujúcim súčasnú paletu liečby bolestí pohybového systému patrí napr. vysokodávkovaný infúzný vitamín C a racionálne koncipované fytotherapeutické a kombinované prípravky, zamerané na protizápalový, protibolestivý a regeneračný účinok v oblasti kĺbov.

LITERATÚRA (VÝBER)

- Crowley DC: Safety and efficacy of un-denatured type II collagen in the treatment of osteoarthritis of the knee: a clinical trial. *Int J Med Sci* 2009;6:312–321.
- Furuzawa-Carballeda J: Effect of polymerized-type I collagen in knee osteoarthritis. II. In vivo study. *Eur J Clin Invest* 2009;39:598–606.
- Milani L. Un nuovo e raffinato trattamento iniettivo delle patologie algiche dell'apparato locomotore. Le proprietà bio-scaffold dell'collagene e suo utilizzo clinico. *Med Biol* 2010;3:3–15.
- Vencovský J. Bezpečnosť biologické liečby – doporučení České reumatologické společnosti. *Čes Revmatol* 17, 2009;17:146–160.
- Pavelka K, Vencovský J. Doporučení České reumatologické společnosti pro léčbu reumatoidní artritidy. *Čes Revmatol* 2010;18:182–191.
- Hagfors L, Leanderson P, Sköldstam L, et al. Antioxidant intake, plasma antioxidants and oxidative stress in a randomized, controlled, parallel, mediterranean dietary intervention study on patients with rheumatoid arthritis. *Nutr J* 2003;2:5–15.
- Sakai A, Hirano T, Okazaki R, et al. Large-dose ascorbic acid administration suppresses the development of arthritis in adjuvant-infected rats. *Arch Orthop Trauma Surg* 1999;119:121–6.10. Du WD, Yuan ZR, Sun J, et al. Therapeutic efficacy of high-dose vitamin C on acute pancreatitis and its potential mechanisms. *World J Gastroenterol* 2003;9:2565–9.
- Fialová S. Přírodní léčivá proti bolesti kĺbov, kostí a svalov. *Prakt lékař* 2013;3:62–65.
- Košťálová D, Fialová S, Račková L. Fytoterapia v súčasnej medicíne. Martin: Osveta 2012.
- ESCOP Monographs. The Scientific foundation for herbal medicinal products. Berlin: Thieme, 2003.
- Gagnier JJ, Chrubasik S, Manheimer E. Harpagofytum procumbens for osteoarthritis and low back pain: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2004;4:13.
- Sontakke S, Thawani V, Pimpalkhute S, et al. Open, randomized, controlled clinical trial of *Boswellia serrata* extract as compared to valdecoxib in osteoarthritis of knee. *Indian Journal of Pharmacology* 2007;39:27–29.
- Belcaro G, Cesarone MR, Erichi S, et al. Treatment of osteoarthritis with pycnogenol. *Phytother Res* 2008;22:518–523.

PODPORNÁ LIEČBA OCHORENIA DOLNÝCH DÝCHACÍCH CIEST

MUDr. Jiří Slíva, PhD., Ústavy farmakológie 2. a 3. LF UK, Praha

Ochorenia dýchacích ciest sú v populácii veľmi rozšírené a ich liečba sa skloňuje v kontexte nemalých finančných nákladov, a to nielen priamych, ale i tých, ktoré vyplývajú z pracovnej neschopnosti. Ak vynecháme možnosti kauzálnej liečby, ktorá je napokon v prípade vírusovej etiológie veľmi oklieštená, máme pomerne bohaté portfólio látok pôsobiacich symptomaticky (antitusiká, expektoranciá, antipyretiká a i.). Okrem nich však možno využiť i látky, pri ktorých sa uvádza imunostimulačný účinok s cieľom potlačiť intenzitu prejavov, ako aj za účelom skrátiť trvanie choroby i znížiť pravdepodobnosť chronifikácie alebo ďalšieho šírenia zápalu. Práve za týmto účelom sa okrem iného využíva aj kalcium, ktoré je napokon možné kombinovať i s vyššie uvádzanou symptomatickou liečbou. Vo forme roztoku na perorálne užitie ide napr. o Calcium chloratum, keď jedna fľaštička s obsahom 100 ml obsahuje 8,72 mg calcii chloridum dihydricum, čo zodpovedá 2,4 mg kalcia.

CHARAKTERISTIKA

Telo dospelého jedinca obsahuje 1 100 g (27,5 mol Ca^{2+}), t.j. cca 1,5 % celkovej telesnej hmotnosti. Plazmatické Ca^{2+} sa sčasti viaže na proteín, sčasti je difuzibilné (v komplexoch s bikarbonátom, citrátom a i.).

Kalcium je esenciálna látka pre funkčnú integritu nervového, muskulárneho a kostného systému. Dôležitú úlohu má pre udržanie fyziologickej funkcie srdca, obličiek, dýchania, krvnej zrážavosti a na udržanie bunkovej a cievnej permeability. Iony vápnika stabilizujú bunkové membrány a znižujú patologicky zvýšenú permeabilitu krvných kapilár sprevádzajúcu alergické reakcie.

Kalcium tlmí zápalovú/alergickú reakciu, a teda aj zabraňuje šíreniu zápalu, a preto sa okrem iného odporúča aj v prevencii jeho rozšírenia v dolných dýchacích cestách.

MECHANIZMUS ÚČINKU A FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI

Po podaní kalcia per os sa aktívne transportuje bunkami črevného epitelu, najmä v oblasti jejuna, za účasti Ca^{2+} -dependentnej ATPázy (regulácia vitamínom D); v menšej miere sa uplatňuje tiež proces pasívnej difúzie. Aktívny transport je saturabilný (vysoký diétny príjem Ca^{2+}). Zníženú absorpciu treba očakávať pri súčasnej konzumácii diéty bohatej na fosfáty, oxaláty alebo látky bázičky povahy. Naopak, zvýšene absorbovaný je pri vysokoproteínovej diéte. Ďalej platí, že zvýšenie hodnoty kalcémie sprevádza pokles plazmatickej hladiny 1,25-dihydrocholecalciferolu, čo v konečnom dôsledku vedie k jeho zníženej absorpcii z čreva – ide tak o negatívne spätnú väzbu.

Najväčší pool kalcia (cca 99 %) v našom organizme nachádzame v kostiach (rýchlo zmeniteľná verus pomaly zmeniteľná forma). Denná zmena medzi plazmou a stabilným poolom kostí je cca 7,5 mmol. Pripomeňme, že kalcitonín inhibuje kostnú resorpciu inhibíciou aktivity osteoklasov, naopak parathormón zvyšuje kostnú resorpciu a mobilizuje Ca^{2+} .

Kalcium výrazne prestupuje do primárneho moču. 98–99 % sa však reabsorbuje (60 % v proximálnych tubuloch, ostatné množstvo vo vzostupnom ramienku Henleovej slučky a v distálnom tubule (regulácia parathormónom). Intracelulárna koncentrácia Ca^{2+} je výrazne nižšia ako koncentrácia intersticiálna – 100 nmol/l verus 1 200 000 nmol/l – vysoký koncentračný i elektrický gradient smerujúci do vnútra buniek. V bunke sa pritom viaže na najrôznejšie bielkoviny označované ako „calcium binding proteins“, z ktorých spomeňme napr. kalmodulín, kalsekvestrín, troponín, kalbindín, kallexcítín a i.

Vstup katióntov kalcia do bunky prebieha cestou napätovo riadených kalciových kanálov, ligandom riadených kalciových kanálov a predpokladá sa aj existencia kalciových kanálov riadených mechanickým napätím. Naopak, vylúčenie kalcia z buniek prebieha predovšetkým prostredníctvom $\text{Ca}^{2+}/\text{H}^{+}$ -ATPázy a $\text{Ca}^{2+}/3\text{Na}^{+}$ antiportu.



Napätím riadené kanály sú dnes jednou z najvýznamnejších cieľových štruktúr na bunkovej úrovni, ktoré sme schopní farmakologicky ovplyvniť. Ide o transmembránové proteíny regulujúce intracelulárnu koncentráciu kalcia, vďaka čomu ovplyvňujú svalovú kontrakciu, sekréciu žliaz, neurotransmisiu alebo génovú expresiu. Ich prítomnosť je navyše kľúčová pre udržanie fyziologického membránového napätia.

INDIKÁCIE

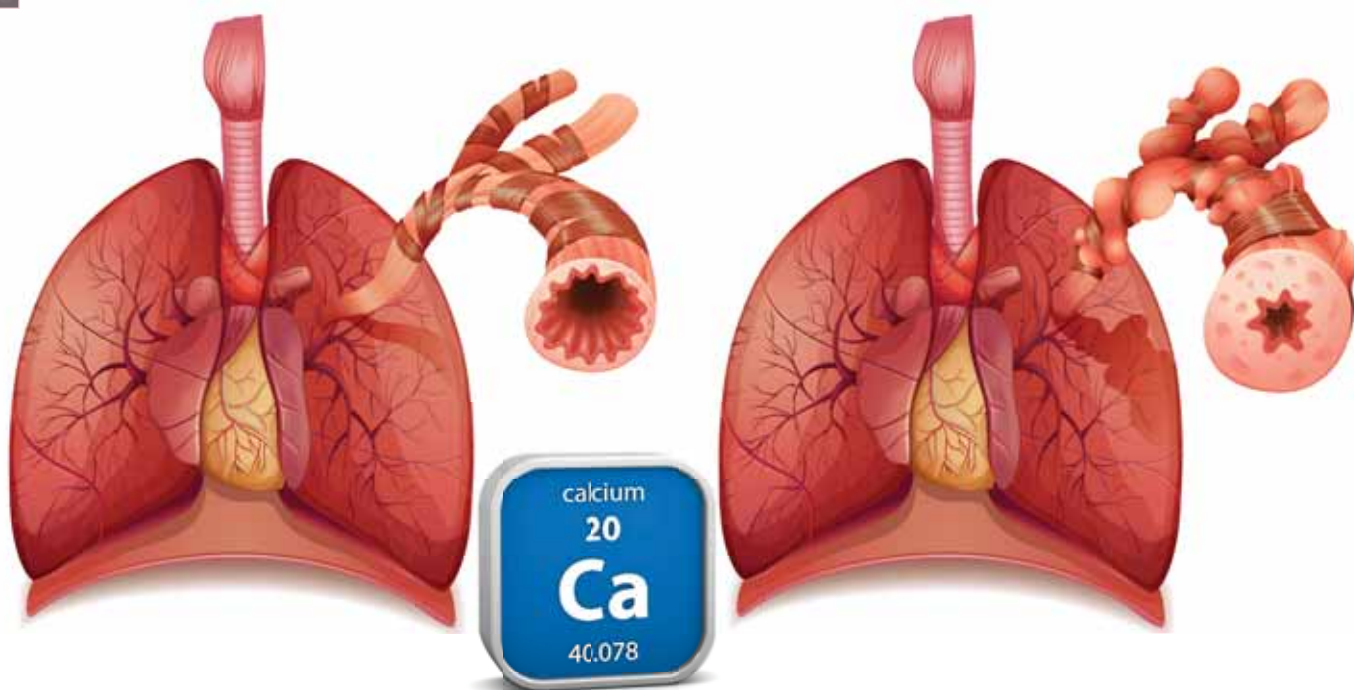
Kalcium obsiahnuté v prípravku Calcium chloratum-TEVA sa odporúča pri nedostatku vápnika (spazmofília, tetania, na podpornú terapiu pri rachitíde, osteomalácii, osteoporóze, pri hojení štruktúr); pri alergických ochoreniach (sérová choroba, žihľavka, angioneurotický edém), pri chronických zápalových ochoreniach, svrbivých dermatózach, mokvajúcich a generalizovaných ekzémoch.

KONTRAINDIKÁCIE

Calcium chloratum-TEVA sa nesmie podávať pri známej precitlivenosti na účinnú látku alebo ktorúkoľvek z pomocných látok. Ďalej sa nesmie podávať



PROFIL LIEKU



pri nefrolitiáze, ťažkej renálnej insuficiencii, nefrokalcinóze, hyperkaliémii, súčasnej liečbe digoxínom pri hypervitaminóze D, hyperparathyroidizme, tumoroch spôsobujúcich dekalifikáciu ako plazmocytóm, kostnej metastáze a pri sarkoidóze.

KLINICKÉ SKÚSENOSTI

V publikovanej literatúre je mnoho klinických štúdií opisujúcich priaznivé účinky kalcia vo vyššie uvádzaných indikáciách¹⁻³. Jeho podanie vo forme roztoku je výhodné predovšetkým u detí a u pacientov, ktorí zle prehltnú tabletky.

Keďže rozsah účinku kalcia priamo závisí od zásob vitamínu D v organizme, sú z pohľadu vyššie uvádzaného odporúčania užívania kalcia pri ochorení dolných dýchacích ciest zaujímavé výsledky dvoch recentných štúdií. Súbor 2 259 dospelých osôb bol rozdelený na užívanie vitamínu D₃ (1 000 IU/d), kalcia (1,2 g/d), kombináciu oboch alebo placebo. Výskyt zimných epizód infekcií dýchacích ciest u suplementovaných osôb bol síce nižší v porovnaní s placebom (RR: 0,93), avšak rozdiel v porovnaní s placebom nedosiahol štatistickú signifikanciu⁴. Najnovšia štúdia so 600 zdravými študentmi však význam suplementácie vitamínom D₃ vo vzťahu k prevencii týchto infekcií jednoznačne podporuje⁵.

TEHOTENSTVO A LAKTÁCIA

V súlade s odporúčaním sa môže prípravok podávať počas tehotenstva i dojčenia.

BEZPEČNOSŤ A ZNÁŠANLIVOSŤ

Pri podávaní vyšších dávok sa môže vyskytnúť zápcha, nechutenstvo, nevoľnosť, u detí acidóza. Koncentrovaný roztok chloridu vápenatého môže vyvolať podráždenie žalúdočnej sliznice, prejavujúcej sa ako nevoľnosť alebo bolesť žalúdka; tomu možno predísť zapíjaním roztoku dostatočným množstvom vody.

LIEKOVÉ INTERAKCIE

Pri súčasnom užívaní prípravku s kardiotonikami (predovšetkým digitalizovými glykozidmi) môže dôjsť ku zvýšeniu ich účinku a zhoršeniu intolerancie. Prípravok môže znižovať účinok blokátorov kalciového kanála. Preto sa nesmie užívať súčasne s týmito liekmi.

Calcium chloratum sa nesmie užívať v rovnakom čase s niektorými antibiotikami (tetracyklíny, kanamycín) fluoridom sodným, a prípravkami s obsa-

hom železa, pretože znižuje vstrebávanie týchto liekov. Pri súčasnom užívaní prípravku *Calcium chloratum* a vitamínu D sa zvyšuje riziko hyperkalcémie, preto treba sledovať hladiny vápnika v krvi, príp. jeho vylučovanie močom.

DÁVKOVANIE

Deťom do 1 roka sa obvykle podáva ½ čajovej lyžičky prípravku Calcium chloratum-TEVA, deťom od 1 do 6 rokov 1 čajová lyžička, od 6 do 15 rokov 2 čajové lyžičky raz denne. Dospelí užívajú obvykle 1 polievkovú lyžicu 3 razy denne. Pri liečení chorôb z nedostatku vápnika sa podávajú vyššie dávky, napr. pri osteoporóze podľa znášanlivosti 2 polievkové lyžice 3 razy denne. Medzi jednotlivými dávkami musí byť časový odstup najmenej 3 hodiny. Prípravok sa podáva lyžicou a zapíja sa dostatočným množstvom nápoja. Neodporúča sa zapíjať mliečnymi nápojmi. Užíva sa 1 hodinu pred jedlom.

DRŽITEL ROZHODNUTIA O REGISTRÁCI

Teva Czech Industries s.r.o., Česká republika.

LITERATÚRA

1. Chang WT, Radin B, McCurdy MT. Calcium, magnesium, and phosphate abnormalities in the emergency department. *Emerg.Med Clin North Am.* 2014; 32: 349-366.
2. Fallah-Rad N, Morton AR. Managing hypercalcaemia and hypocalcaemia in cancer patients. *Curr Opin.Support.Palliat.Care* 2013; 7: 265-271.
3. Felsenfeld A, Rodriguez M, Levine B. New insights in regulation of calcium homeostasis. *Curr Opin.Nephrol.Hypertens.* 2013; 22: 371-376.
4. Rees JR, Hendricks K, Barry EL et al. Vitamin D3 supplementation and upper respiratory tract infections in a randomized, controlled trial. *Clin Infect.Dis.* 2013; 57: 1384-1392.
5. Goodall EC, Granados AC, Luinstra K et al. Vitamin D3 and gargling for the prevention of upper respiratory tract infections: a randomized controlled trial. *BMC.Infect.Dis.* 2014; 14: 273.

Štatút prípravku: Liek nie je viazaný na lekársky predpis. Úhrada z prostriedkov verejného zdravotného poistenia: nie je hradený VZP. Profil prípravkov spracoval kolektív autorov pod vedením MUDr. J. Slívu, PhD., s využitím odbornej literatúry a SPC podľa poslednej verzie.

Praxou overená účinnosť liečby kašľa a zápalu dýchacích ciest



Stoptussin
Dvozlúčkový liek - antitusikum
s expektoráčnym účinkom ako
jedinečná kombinácia na trhu



Calcium chloratum - TEVA
Lieči zápalový proces
a zabraňuje jeho rozšíreniu
v dolných dýchacích cestách

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

NÁZOV LIEKU: STOPTUSSIN tablety/Stoptussin sirup/STOPTUSSIN (gto por) **KVALITATÍVNE A KVANTITATÍVNE ZLOŽENIE:** Stoptussin tbl: butamirátiumdihydrogencitrát 0,004 g a guaifenezín 0,1 g. Stoptussin sirup: butamirátiumdihydrogencitrát 0,08 g a guaifenezín 2,0 g/100 ml. Stoptussin (gto por): butamirátiumdihydrogencitrát 4 mg a guaifenezín 100 mg/1 ml **Lieková forma:** Tablety/Sirup/Perorálne roztokové kvapky. **Terapeutické indikácie:** Suchý, dráždivý, ťažko utišiteľný kašeľ rôznej etiológie. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Dávkovanie pri všetkých liekových formách závisí od hmotnosti pacienta, podáva sa 3-4 x denne. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivá alebo na niektorú z pomocných látok, prvý trimester gravidity, myasténia gravis. Tablety nie sú vhodné pre deti do 12 rokov, sirup nie je vhodný pre deti do 6 mesiacov. **Osobitné upozornenia:** Perorálne roztokové kvapky obsahujú alkohol. Sirup obsahuje maltitol a sorbitol. **Liekové a iné interakcie:** paracetamol, kyselina acetylsalicylová, alkohol, sedatíva, hypnotiká a celkové anestetiká, myorelaxanciá. **Gravidita a laktácia:** Stoptussin je kontraindikovaný v prvom trimestri gravidity. Pre užívanie v ďalšom priebehu gravidity a v období laktácie musia byť závažné dôvody. **Nežiaduce účinky:** nechcelnosť, bolesť hlavy, závraty, nevoľnosť, bolesť žalúdka, vracanie, hnačka, exantém, žihľavka. **DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII:** Teva Czech Industries s.r.o., Opava, Komárov, Česká republika. **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** tbl: 1/2012, sir: 6/2012, gto por: 5/2013. Výdaj lieku nie je viazaný na lekárske predpis. Úplná informácia o lieku je k dispozícii v Súhrne charakteristických vlastností lieku, alebo ju získate na adrese: TEVA Pharmaceuticals Slovakia s.r.o., Teslova 26, 821 02 Bratislava., tel.: +421 2 57 26 79 11, fax: +421 2 57 26 79 19, www.teva.sk.

NÁZOV LIEKU: CALCIUM CHLORATUM-TEVA. **KVALITATÍVNE A KVANTITATÍVNE ZLOŽENIE LIEKU:** Calcii chloridum dihydricum 8,72 g v 100 ml. **LIEKOVÁ FORMA:** perorálny roztok. **Terapeutické indikácie:** nedostatok vápnika alebo zvýšená potreba vápnika, podporná liečba pri alergických a zápalových ochoreniach. **Dávkovanie a spôsob podávania:** - deti: do 1 roku - 1/2 čajovej lyžičky 1 krát denne; 1- 6 rokov - 1 čajová lyžička 1 krát denne; 6 -15 rokov - 2 čajové lyžičky 1krát denne. Dospelí - zvyčajne 1 polievkovú lyžicu 3 krát denne. Pri liečení chorôb z nedostatku vápnika sa podávajú vyššie dávky. Medzi jednotlivými dávkami musí byť časový odstup najmenej 3 hodiny. **Kontraindikácie:** hypersenzitíva na liečivo alebo ktorúkoľvek pomocnú látku, nefrolitiáza, ťažká renálna insuficiencia, nefrokalciinóza, hyperkalciémia ťažká hyperkalciúria. **Špeciálne upozornenia:** silne zriedený roztok chloridu vápenatého pri perorálnom podaní menej dráždi žalúdok. U pacientov s miernou hyperkalciúriou a pri miernej až stredne ťažkej insuficiencii obličiek je potrebné monitorovať množstvo vylúčeného kalcia a podľa potreby znížiť dávku alebo liek vysadiť. Pri súčasnom podávaní s vitamínom D nesmie celková denná dávka prekročiť 1000 mg kalcia, a musí sa sledovať vylučovanie kalcia močom. U pacientov so sklonom k tvorbe močových kameňov sa odporúča vyšší príjem tekutín. Liek obsahuje malé množstvo etanolu. Nie je vhodný pre pacientov s vrodenou neznášanlivosťou fruktózy, glukózo-galaktózovým malabsorpčným syndrómom alebo nedostatkom sacharózy – izomaltázy. **Liekové a iné interakcie:** určité druhy potravín - špenát, rebarbora, strukoviny, otruby, mlieko a mliečne výrobky. Kortikoidy, tetracyklíny, kanamycín, fluorochinolón, perorálne bisfosfonáty, levotyroxín, lieky s obsahom železa. Súčasné užívanie s fenytoínom, fluoridom sodným, s kardiotonikami, verapamilom a inými blokátormi kalciového kanála. Liekmi s obsahom kalcia a liekmi ovplyvňujúcimi metabolizmus kalcia. Lieky s obsahom vitamínu D, tiazidové diuretiká. Lieky obsahujúce draslík, sodík alebo fosforečné ióny. **Gravidita a laktácia:** kalcium je indikovaný v období gravidity a laktácie. **Nežiaduce účinky:** nevoľnosť alebo bolesť v epigastriu, zápcha, nechutenstvo, nauzea. Možnosť deponovania vápnika v obličkách s ich následným poškodením alebo vznikom nefrolitiázy. Predávkovanie - veľmi vysoké dávky kalciových soľí môžu viesť k hyperkalciémii. **Inkompatibility:** nie sú známe. **Upozornenia na spôsob zaobchádzania s liekom:** neodporúča sa zapíjať mliečnymi nápojmi. Užíva sa 1 hodinu pred jedlom. **DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII:** Teva Czech Industries s.r.o. Česká republika. **REGISTRACNÉ ČÍSLO 39/0292/69-C/S. DÁTUM REGISTRÁCIE:** registrácia bez obmedzenia platnosti **DÁTUM POSLEDNEJ REVÍZIE TEXTU:** 2.5.2011. Podrobné informácie o lieku sú dostupné na: www.sukl.sk alebo ich získate na adrese TEVA Pharmaceuticals Slovakia s.r.o., Teslova 26, 821 02 Bratislava., tel.: +421 2 57 26 79 11, www.teva.sk. Výdaj lieku nie je viazaný na lekárske predpis.

VÝZNAM/POSTAVENIE FIXNÝCH KOMBINÁCIÍ V LIEČBE HYPERTENZIE

Doc. MUDr. Marian Sninčák, PhD., mim. prof.

Centrum pre hypertenziu, Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva UPJŠ LF a VOÚG sv. Lukáša v Košiciach n.o.

Neliečená artériová hypertenzia v prvých štádiách obvykle nemá závažnejšie klinické ťažkosti. Pre jej liečbu preto mnohí pacienti, najmä v mladšom veku, nemajú dostatočnú motiváciu a nevenujú potrebnú pozornosť. Ochorenie však výrazne zvyšuje riziko vzniku a vývoja kardio- a cerebrovaskulárnych príhod, zlyhávania obličiek a srdca, závažne ovplyvňuje kvalitu života, zvyšuje mortalitu. Na účinnú liečbu artériovej hypertenzie u väčšiny pacientov je potrebná indikácia aspoň dvoch antihypertenzných liekov s pravidelným používaním; s nutnosťou celoživotnej liečby v drvivej väčšine prípadov. Pre koexistenciu radu ďalších rizikových faktorov, poškodení cieľových orgánov a pridružených ochorení u týchto chorých s vysokým kardiovaskulárnym rizikom je podávanie veľkého počtu liekov nevyhnutnosťou. Zo strany chorých to preto môže znižovať ochotu dlhodobo užívať uvedenú stratégiu liečby, a je tak veľmi častou príčinou nedosiahnutia cieľových hodnôt tlaku krvi. Okrem pravidelnej edukácie (opakovaného zdôrazňovania pravidelného používania, dodržiavania liečby a motivácie pri každej návšteve v ordinácii), preto najmä lieky s fixnou kombináciou rôznych tried látok zohrávajú dôležitú úlohu pri zlepšovaní dodržiavania odporúčaného medikamentózneho prístupu navrhnutého lekárom (kompliancia). Najčastejšími fixnými kombináciami, ktoré sa v súčasnosti odporúčajú, sú kombinácie inhibítorov renínového systému (t. j. inhibítorov ACE alebo sartanov), s blokátormi vstupu kalcia do bunky alebo diuretikami. Fixné kombinácie predstavujú v súčasnosti moderný trend smerujúci ku zlepšeniu kompliancie, adherencie a perzistencie k odporúčenej farmakologickej liečbe.

Artériová hypertenzia (AH) je najčastejšie ochorenie kardiovaskulárneho systému a svojou prevalenciou v dospeljej populácii priemyselovo rozvinutých krajín (20 – 50 %) predstavuje závažný zdravotný problém. Jej liečba je tak jedným z najdôležitejších prístupov k zníženiu rizika kardiovaskulárnych ochorení v populácii. Napriek rozsiahlej informovanosti a medializácii problematiky AH z celosvetového pohľadu a veľkým pokrokom modernej farmakoterapie však kontrolu artériovej hypertenzie dosahuje len u menšina osôb⁵. Liečbu AH možno začať monoterapiou (obvykle v nízkej dávke), alebo voľnou kombináciou dvoch liekov či fixnou kombináciou v níz-

kej dávke. Monoterapia artériovej hypertenzie býva úspešná maximálne u 1/3 pacientov. Výsledky mnohých štúdií potvrdili, že väčšina (2/3 chorých) s artériovou hypertenziou potrebuje k dosiahnutiu cieľových hodnôt tlaku krvi dva a viac látok s antihypertenznými účinkami. Stúpajúci počet tabliet (často potrebných ešte i ku kontrole konkomitantných, zmeniteľných rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, ako napr. k metabolickej kontrole diabetes mellitus, hyperlipoproteinémie, hyperurikémie, a ďalších) však znižuje ochotu pacienta liečbu dlhodobo používať. Preto tablety s fixnou kombináciou rôznych antihypertenzných látok (viacerých tried

Tabuľka 1. Jednoznačné a možné kontraindikácie používania antihypertenzív

Skupina antihypertenzív	Jednoznačné	Možné
Diuretiká (tiazidové)	Dna	Metabolický syndróm Intolerancia glukózy Gravidita Hyperkalcémia Hypokaliémia
Beta-blokátory	Priedušková astma AV blokáda (II. alebo III. stupňa)	Metabolický syndróm Intolerancia glukózy Športovci a fyzicky aktívni pacienti CHOBPCH (s výnimkou VDL)
Blokátory vstupu kalcia do bunky (DHP)		Tachyarytmie Zlyhávanie srdca
Blokátory vstupu kalcia do bunky (typu verapamil, diltiazem)	AV blokáda (II. alebo III. st.), trifascikulárna blokáda Ťažká dysfunkcia LK Zlyhávanie srdca	
ACE inhibítory	Gravidita Angioneurotický edém Hyperkaliémia Obojstranná stenóza a. renalis	Ženy vo fertilmom veku
Antagonisty angiotenzínu II (sartany)		Ženy vo fertilmom veku
Antagonisty aldosterónu	Akútne alebo ťažké zlyhávanie obličiek (odhadovaná GFR < 30 ml/min.) Hyperkaliémia	

CHOBPCH-chronická obštrukčná bronchopulmonálna choroba; VDL-vazodilatačný; AV-átriuventrikulárny; LK-ľavá komora; GFR-glomerulárna filtrácia; DHP-dihydropyridíny



antihypertenzív) zohrávajú významnú úlohu v zlepšení spolupráce, dodržiavania liečby (kompliancia) chorým v súlade s odporúčaniami lekára¹. Kompliancia k liečbe je možné posudzovať jednak podľa adherencie k liečbe (v percentách vyjadreného počtu dávok využitých v určitom časovom intervale) a tiež podľa perzistencie, teda počtu dní od začiatku do prerušenia liečby. Vo všeobecnosti platí, že dodržiavanie celoživotnej antihypertenznej liečby a najmä u mladších pacientov je v primárnej prevencii kardiovaskulných ochorení (KVO) horšie ako dodržiavanie liečby u iných ochorení a v staršej populácii². Arteriálna hypertenzia (AH) vo väčšine prípadov nie je najmä na začiatku spojená s ťažkosťami, takže sa pacientovi spočiatku zdá liečba často „zbytočná“. Primárna AH sice nie je vyliečiteľná, avšak lieky by sa mali používať pravidelne celý život k prevencii vzniku závažných komplikácií. Neliečená forma totiž významne skracuje dĺžku života, zásadne zvyšuje riziko KV príhod, zlyhávania srdca a obličiek. To je dôležité chorým priebežne opakovane pripomínať, zdôrazňovať a motivovať ich pri každej návšteve v ordinácii k pravidelnému používaniu liečby³. Dosiahnutie cieľov liečby (arbitrárne hladiny TK), zábrana vývoja subklinických a klinicky zjavných komplikácií AH, zástava (spomalenie akcelerácie) aterosklerózy dáva významnú šancu na dlhší život a dobrú kvalitu života. A práve fixná kombinácia antihypertenzív je ďalší spôsob, ako zlepšiť kontrolu AH a celoživotné dodržiavanie antihypertenznej liečby.

1. Mali by byť antihypertenzné látky zoradené podľa výberu? Základný výber antihypertenzív

Najväčšie dostupné metaanalýzy nepreukázali žiadne klinicky významné rozdiely medzi liekovými skupinami antihypertenzív. Účinky na špecificky sledované parametre rôznych liečiv sú podobné alebo sa líšia len veľmi málo. Je zhoda v tom, že hlavný mechanizmus benefitu antihypertenznej liečby je zníženie tlaku krvi (TK) per se; hlavné výsledky rozličných látok sú podobné alebo odlišné len v malej miere. Všetky skupiny/triedy majú svoje prednosti, ale aj kontraindikácie. Hlavný prínos teda nezávisí od triedy použitých antihypertenzív (tab. 1). Súčasné odporúčenie postupy⁴ preto opäť uvádzajú diuretiká (vrátane tiazidových, chlórthalidónu a indapamidu), beta-blokátory, blokátory vstupu kalcia do bunky, inhibítory ACE a blokátory receptorov AT₁ pre angiotenzín II ako vhodné liekové skupiny na začatie a udržanie antihypertenznej liečby s prihliadnutím na absolútne a relatívne kontraindikácie a na špecifické indikácie (tab. 2). Účinnými antihypertenzívami sú aj centrálné pôsobiace látky a α -blokátory; najčastejšie sa používajú v kombináciách s niekoľkými liekmi⁶.

V odporúčaní EHS/EKS, 2013⁴ bolo preto rozhodnuté potvrdiť, len s malými zmenami, tabuľku publikovanú (tab. 2) v predchádzajúcich guidelines EHS/EKS z roku 2007 s preferovanými látkami uvažovanými pre špecifické situácie a stavy⁵. Je založená na faktoch, že niektoré skupiny antihypertenzných látok boli použité v štúdiách u uvedených klinických stavov, alebo boli efektívnejšie u špecifických typov orgánového poškodenia. Nie je dostupný však žiadny dôkaz o tom, že odlišný výber by mal byť založený na veku alebo pohlaví (okrem upozornenia na použitie blokátov renínového systému u žien vo fertillnom veku pre riziko možného teratogénneho efektu). V každom prípade by lekári mali venovať pozornosť nežiaducim účinkom liečby (NÚ), často i tým rýdzo subjektívnym, ktoré by mohli podstatne ovplyvniť liečebnú adherenciu. Ak je to nevyhnutné, dávky alebo lieky by mali byť potom zmenené s ohľadom na spojitost efektivity a tolerability.

2. Monoterapia a kombinovaná liečba arteriovej hypertenzie

Začatie liečby vysokého TK monoterapiou sa odporúča u pacientov s miernym vzostupom TK, alebo u pacientov s miernym až stredným kardiovaskulárnym (KV) rizikom. Odporúčania EHS/EKS, 2007⁴ zdôraznili, že bez ohľadu na použitú antihypertenznú látku môže monoterapia úspešne redukovať tlak krvi (TK) len v limitovanom počte prípadov pacientov s arteriálnou hypertenziou a väčšina chorých vyžaduje kombináciu najmenej dvoch látok na dosiahnutie kontroly TK. Zjavnou prednosťou začatia liečby monoterapiou je, že sa podáva jediný liek, takže účinnosť i NÚ možno pripisovať tomuto lieku. Nevýhodou je skutočnosť, že pri nedostatočne účinnej monoterapii môže byť nájdenie alternatívnej monoterapie ťažšie, a to môže znižovať adherenciu k liečbe⁶. Navyše, metaanalýza 42 štúdií dokázala, že kombinácia dvoch liekov z ľubovoľných skupín antihypertenzív zvyšuje pokles TK viac ako zvyšovanie dávky jedného lieku⁷. Potvrdila výrazný rozdiel medzi antihypertenzným potenciá-

lom kombinácie dvoch liekov oproti vyššej dávke jedného antihypertenzíva. Pridanie antihypertenzíva z inej triedy bolo pre zníženie TK a výskyt NÚ až 5-krát efektívnejšie ako zdvojnásobenie dávky jedného lieku. Potvrdilo sa, že kombinovanú liečbu dvomi antihypertenznými látkami by sme mohli zvoliť už od začiatku liečby oveľa častejšie ako donedávna.

Tabuľka 2. Preferované liekové skupiny antihypertenzív v špecifických situáciách

Stav/ ochorenie	Lieková skupina
Asymptomatické orgánové poškodenie	
Hypertrofia LK srdca	ACE inhibítory, BKK, sartany
Asymptomatická ateroskleróza	BKK, ACE inhibítory
Mikroalbuminúria	ACE inhibítory, sartany
Renálna dysfunkcia	ACE inhibítory, sartany
Klinická KV príhoda	
Prekonaná CMP	Akékoľvek antihypertenzívum, ktoré účinne znižuje TK
Prekonaný IM	BB, ACE inhibítory, sartany
AP	BB, BKK
Zlyhávanie srdca	Diuretiká, BB, ACE inhibítory, sartany, antagonisty aldosterónu
Aneuryzma aorty	BB
FiP (prevencia)	Zväziť sartany, ACE inhibítory, BB alebo antagonisty aldosterónu
FiP (kontrola komorovej odpovede)	BB, non-dihydropyridínové BKK
ESRD /PÚ	ACE inhibítory, sartany
ICHDK	ACE inhibítory, BKK
Ostatné ochorenia a situácie	
ISH (starší jedinci)	Diuretiká, BKK
Metabolický syndróm	ACE inhibítory, sartany, BKK
DM	ACE inhibítory, sartany
Gravidita	Metildopa, BB, BKK
Černošská populácia	Diuretiká, BKK

IK-lavá komora; BB-beta-blokátory; BKK-blokátory vstupu kalcia do bunky; sartany-antagonisty angiotenzínu II, ARB; OP-orgánové poškodenie; AP-angína pectoris; FiP-fibrilácia predsiení; CMP-cievna mozgová príhoda; ESRD-terminálne zlyhanie obličiek; ICHDK-ischemická choroba dolných končatín; ISH-izolovaná systolická arteriálna hypertenzia

Ak začíname liečbu monoterapiou alebo kombináciou dvoch látok, dávka môže byť, ak je to nevyhnutné na dosiahnutie cieľových hodnôt TK a) stupňovaná u oboch látok do plných dávok, b) môže byť uvážaná zmena na inú dvojkombináciu, alebo c) môže byť pridaný tretí liek. Avšak v prípade rezistentnej arteriovej hypertenzie by malo byť pridávanie ďalších látok urobené opozorne, s ohľadom k výsledkom. Ktorákoľvek z látok v prípade neúčinnosti alebo dosiahnutia len minimálneho očakávaného výsledku by mala byť nahradená skôr ako pokračovanie v automatickom stupňovaní množopčetného látkového prístupu.

Prednosťou začatia kombinovanej liečby je rýchlejšia odpoveď (potenciálne prínosné u pacientov s vysokým rizikom), väčšia pravdepodobnosť dosiahnutia cieľových hodnôt TK u pacientov s vyšším TK a lepšia adherencia chorého. Nedávno vykonaný prieskum skutočne potvrdil, že u pacientov s kombinovanou liečbou dochádza k menšiemu počtu ukončenia liečby než u pacientov s akoukoľvek monoterapiou.



Ďalšou prednosťou je, že medzi rôznymi liekovými skupinami existuje fyziologická a farmakologická synergia, čo môže nielen vysvetliť väčší pokles TK, ale môže viesť i k menšiemu výskytu NÚ a znamenať väčší liečebný prínos, ako pri používaní jediného lieku⁶.

Z dvojkombinácií odporúčaných v guidelines EHS/EKS, 2013⁴ je päť najfavorizovanejších kombinácií znázornených v tab. 3.

Tabuľka 3. Prioritné antihypertenzné liekové dvojkombinácie⁴:

ACE inhibítory + diuretikum

ARB (sartan) + diuretikum

BKK + diuretikum

ACE inhibítory + BKK

ARB (sartan) + BKK

4. Fixné dávky alebo kombinácie v jedinej tablete v liečbe artériovej hypertenzie

Fixné kombinácie predstavujú v súčasnosti moderný trend smerujúci ku zlepšeniu compliance, adherencie a perzistencie k odporúčenej farmakologickej liečbe. Podľa súčasných meta-analýz zlepšuje použitie fixných kombinácií oproti voľným kombináciám adherenciu k liečbe až o 21 % a dlhodobú perzistenciu používania farmakologickej liečby dokonca o plných 54 %⁸. Podobne ako v odporúčaníach z roku 2007⁵, aj guidelines EHS/EKS 2013⁴ podporujú a favorizujú používanie kombinácie dvoch antihypertenzívnych látok vo fixných dávkach v jedinej tablete, pretože liečebná schéma je jednoduchšia, zníženie počtu denne používaných tabliet redukuje pre pacienta množstvo liekových jednotiek, zlepšuje adherenciu, ktorá je v prípade AH bohužiaľ tak nízka a zvyšuje sa percento pacientov s úpravou tlaku krvi^{8, 9}. Celkovo je tiež možné znovu potvrdiť aj odporúčenie uvážiť začiatok liečby podávaním kombinovanej terapie pacientom s vysokým KV rizikom alebo s výrazne vysokým vstupným

TK^{3, 4}. Je teda vhodnou liečebnou alternatívou, stratégiou už pri začiatku liečby AH za predpokladu použitia dvoch látok s dlhotrvajúcim účinkom, ktoré je možné podávať 1-krát denne. Zlepšenie compliance pomocou fixnej kombinácie dvoch antihypertenzív prináša navyše v porovnaní s voľnými kombináciami i ekonomické úspory pre zdravotné systémy¹⁰. Tento prístup je v súčasnosti uľahčený dostupnosťou veľkého množstva rozličných kombinácií s fixnými dávkami tých istých dvoch látok, ktoré minimalizujú jednu z ich nevýhod, menovite neschopnosť zvýšiť dávku jednej látky nezávisle na druhej. Platí to i pre fixné kombinácie troch látok (obvykle blokátor renínového systému, BKK a diuretikum); predpokladá sa, že asi 20 % pacientov s AH potrebuje liečbu kombináciou troch a dokonca i viacerých látok.

Využitie fixných kombinácií v jednej tablete teda znižuje pre pacienta množstvo liekových jednotiek denne, zlepšuje adherenciu a úspešnosť liečby AH. Výber z niektorých z hlavných liekových fixných dvojkombinácií v štúdiách antihypertenznej liečby so stupňovaným prístupom alebo v randomizovanej fixnej kombinácii s najvyššími sledovanými benefitmi (výslednými parametrami) je znázornený v tab. 4⁴.

5. Fixné kombinácie antihypertenzív a prognóza

Na základe súčasných názorov je zjavné, že práve fixné kombinácie dvoch antihypertenzív by sme mali používať oveľa častejšie ako doteraz. Dosiahneme lepšie a skôr adekvátnu kontrolu AH, čo môže viesť i k redukcii rizika skorých KV komplikácií¹¹. Donedávna sme nemali presvedčivý dôkaz o tom, že kombinovaná liečba podávaná od začiatku farmakologickej liečby vedie oproti monoterapii k zlepšeniu prognózy. Rozsiahla populačná talianska štúdia vykonaná nedávno u takmer 210 000 novo liečených chorých s AH vo veku 40 - 79 rokov dokázala výrazne nižšie KV riziko (riziko koronárnych a cievnych mozgových príhod) oproti pacientom s AH s iniciálnou monoterapiou¹². K podobným záverom dospela i recentná retrospektívna analýza u 1 762 pacientov s AH, ktorá porovnávala KV riziko u osôb ktoré používali iniciálnu dvojkombináciu (fixné alebo voľné kombinácie) oproti iniciálnej monoterapii s ne-

Tabuľka 4. Niektoré hlavné liekové dvojkombinácie v štúdiách liečby artériovej hypertenzie s výslednými parametrami (kritériá EBM)

Kombinácia liekov vs. komparátor	Štúdia (EBM)	Populácia pacientov	Rozdiel STK (mm Hg)	Sledované parametre (výsledok s kritériami EBM)
Kombinácia ACEI a diuretika				
Perindopril/indapamid vs. placebo	PROGRESS	Prekonaná CMP/TIA	-9	-28 % CMP (p<0,001)
Perindopril/indapamid vs. placebo	ADVANCE	Diabetes mellitus	-5,6	-9 % mikro- a makrovaskulárne príhody (p=0,04)
Perindopril/indapamid vs. placebo	HYVET	Pacienti s AH vo veku ≥ 80 r.	-15	-34 % KV príhod (p<0,001)
Kombinácia ARB a diuretika				
Candesartan/HCTZ vs. D+placebo	SCOPE	Pacienti s AH ≥ 70 r.	-3,2	-28 % nefatálna CMP (p=0,04)
Losartan/HCTZ vs. BB+D	LIFE	Pacienti s AH a HLK srdca	-1	-26 % CMP (p<0,001)
Kombinácia ACEI a BKK				
Perindopril/amlodipín vs. BB+D	ASCOT	Pacienti s AH a RF	-3	-16 % KV príhod (p<0,001)
Benazepril/amlodipín vs. ACEI+D	ACCOMPLISH	Pacienti s AH a RF	-1	-21 % KV príhod (p<0,001)
Kombinácia selektívneho BB a diuretika				
Atenolol/chlórťalidón vs. placebo	SHEP	Starší jedinci s ISH	-13	-36 % CMP (p<0,001)
Kombinácia dvoch blokátorov RAS				
Telmisartan/ramipril vs. telmisartan alebo ramipril	ONTARGET	Vysoko rizikovní pacienti	-3	Viac renálnych príhod
ACEI (alebo ARB)/aliskiren vs. ACEI alebo ARB	ALTITUDE	Vysoko rizikovní pacienti s DM	-1,3	Viac renálnych príhod

ACEI-inhibitor enzýmu konvertujúceho angiotenzín I; BB-beta-blokátor; BKK-blokátor vstupu kalcia do bunky; HLK-hypertrofia ľavej komory srdca; ISH-izolovaná systolická hypertenzia; KV-kardiovaskulárny; RAAS-systém renín-angiotenzín; TIA-tranzitórny ischemický atak; CMP-cievna mozgová príhoda; AH-artériová hypertenzia; RF-rizikový faktor; DM-diabetes mellitus; EBM (evidence based medicine, medicína založená na dôkazoch)



skorším rozšírením na kombinovanú liečbu (add-on)¹³. Zdá sa teda, že je omnoho výhodnejšie používať fixné kombinácie dvoch látok (v nižších dávkach) už od začiatku farmakologickej liečby AH. A použitie fixných dvojkombinácií antihypertenzív je v súčasnosti značne uľahčované dostupnosťou rôznych fixných kombinácií v rozdielnych dávkach pre dve rovnaké látky. Vďaka súčasným dôkazom zo štúdií ASCOT a ACCOMPLISH^{14, 15} sa za dvojkombináciu /fixnú kombináciu s najrozšírenejším použitím považuje kombinácia blokátora renínového systému (ACE inhibítora alebo sartanu) a blokátora vstupu kalcia do bunky (BKK). Základným predpokladom vhodnej fixnej kombinácie je podobná dĺžka antihypertenzného efektu a najmä rozdielny mechanizmus účinku s aditívnym/synergickým/komplementárnym vplyvom na TK. Fixná kombinácia v nízkych a vyšších dávkach môže tiež znížiť incidencia vedľajších účinkov vyvolaných antihypertenznou monoterapiou, najmä vo vysokej dávkovacej schéme. Kombinácia blokády renínového systému a BKK (napr. perindopril + amlodipín, lisinopril + amlodipín, či telmisartan + amlodipín; alebo teraz nová, u nás dostupná kombinácia losartan + amlodipín, etc.) môže výrazne znížiť výskyt periférnych opuchov indukovaných liečbou samotným blokátorom vstupu kalcia do bunky¹⁶.

6. Fixné kombinácie pri artériovej hypertenzii a KVO – súčasný vývoj a perspektíva

V poslednej dobe sa začínajú vyvíjať a skúšať aj fixné kombinácie troch antihypertenzných látok, ktoré môžu zlepšiť kompliance a kontrolu AH najmä pri ťažších formách vysokého TK^{10, 17}. Niekoľko fixných trojkombinácií antihypertenzív sa v poslednej dobe objavilo i v klinických štúdiách fázy II-III. Za trojkombináciu s najširším použitím je považované podávanie ACE-inhibítora/sartanu, BKK a diuretika. A pretože zatiaľ neexistujú veľké štúdie zamerané na trojkombinácie a viac-kombinácie, riadime sa pri voľbe liekov klinickou situáciou, t. j. komorbiditami, účinnosťou a znášanlivosťou liečby. Medzi už existujúce trojkombinácie patrí napr. perindopril/amlodipín/indapamid, valsartan/amlodipín/hydrochlorotiazid alebo olmesartan/amlodipín/hydrochlorotiazid. Vo fáze klinického skúšania je aj trojkombinácia aliskiren/amlodipín/hydrochlorotiazid.

Dostupnosť sa rozšírila dokonca k tzv. polypill (napr. kombinácie fixných dávok viacerých antihypertenzných látok so statínom a nízkou dávkou kyseliny acetylsalicylovej, ASA) s odôvodnením, že pacienti s AH sa často prezentujú s dyslipidémiou a majú často vysoké KV riziko^{18, 19}. Potvrdilo sa, že pri kombinácii do polypill si rozličné látky udržiavajú všetky alebo väčšinu očakávaných účinkov²⁰. Liečebné zjednodušenie spojené s týmto prístupom možno zväziť, je však potrebné predtým preskúmať účinnosť a potrebu každej zložky polypill²¹. Projekt umpire (Use of a Multidrug Pill In Reducing cardiovascular Events) je otvorenou randomizovanou štúdiou prebiehajúcou v Ázii a v Európe, ktorá si kládie za cieľ zhodnotiť adhérenciu a dosiahnutie cieľových hodnôt TK a cholesterolu pri použití fixnej kombinácie kyseliny acetylsalicylovej, statínu a dvoch antihypertenzív²².

ZÁVER

Použitie fixných kombinácií je moderným trendom v liečbe artériovej hypertenzie a kardiovaskulárnych ochorení vďaka priaznivému ovplyvneniu compliance. Fixná kombinácia dvoch antihypertenzív je vhodnou alternatívou v liečbe AH oproti monoterapii už pri začiatku farmakologickej liečby s ohľadom na skoršiu kontrolu tlaku krvi a priaznivejšie ovplyvnenie KV rizika. Fixná kombinácia troch antihypertenzív je perspektívou pre liečbu ťažších foriem artériovej hypertenzie. Najnovší trend predstavujú fixné kombinácie antihypertenzív a hypolipidémik alebo ASA, statínu a antihypertenzív (polypill), ktoré sa začínajú používať v klinickej praxi¹⁶.

LITERATÚRA

- Bangalore S, Kamalkkannan G, Parkar S et al. Fixed - dose combination improve medication compliance: a meta - analysis. *Am J Med* 2007; 120: 713 - 719.
- Vrijens B, Vincze G, Kristanto P et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008; 336: 1114 - 1117.
- Rosolová H. Kombinovaná terapia arteriálnej hypertenzie. *Vnitř Lék* 2013; 59 (5): 366 - 369.
- ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force of the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. *J Hypertens* 2013; 31: 1281 - 1357.
- Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Mancia G, De Backer G, Dominiczak A et al. *J Hypertens* 2007; 25: 1105 - 1187.
- . Souhrn Doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi/Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu hypertenze z roku 2013. Přípraven Českou společností pro hypertenzi/Českou kardiologickou společností. Filipovský J, Widimský J Jr., Špinar J. *Cor et Vasa* 2014; 56, 6: 647 - 667.
- Wald DS, Law M, Morris JK et al. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta - analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med* 2009; 122: 290 - 300.
- Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta - analysis. *Hypertension* 2010; 55: 399 - 407.
- Claxton AJ, Camer J, Pierce C. A systematic review of the association between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001; 23: 1296 - 1310.
- Hess G, Hill J, Lau H et al. Medication utilization patterns and hypertension-related expenditures among patients who were switched from fixed-dose to free-combination antihypertensive therapy. *P and T*, November 2008, 33 (11): 652 - 656.
- Julius S, Kjeldsen SE, Weber M et al. for the VALUE trial group. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004; 362: 2022 - 2031.
- Corrao G, Nicotra F, Parodi A et al. Cardiovascular protection by initial and subsequent combination of antihypertensive drugs in daily life practice. *Hypertension* 2011; 58 (5): 566 - 572.
- Gradman AH, Parisé H, Lefebvre P et al. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study. *Hypertension* 2013; 61: 309 - 318.
- Poulter NR, Wedel H, Dahlöf B et al. Role of blood pressure and others variables in the differential cardiovascular events rates noted in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA) *Lancet* 2005; 366: 907 - 913.
- Jamerson K, Weber MA, Bakris GL et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high - risk patient. *N Engl J Med* 2008; 359: 2417 - 2422.
- Widimský J Jr a kol. Fixní kombinace u kardiovaskulárních onemocnění. Arteriální hypertenze - současné klinické trendy XI. Triton, Praha-Kroměříž 2013, 153-159.
- Gradman AH. Rationale for triple-combination therapy for management of high blood pressure. *J Clin Hypertens* 2010; 12 (11): 869 - 878.
- Kannel WB. Risk stratification in hypertension: new insight from the Framingham Study. *Am J Hypertens* 2000; 13: 3S - 10S.
- Thomas F, Rudnicki A, Bacri AM et al. Cardiovascular mortality in hypertensive men according to presence of associated risk factors. *Hypertension* 2001; 37: 1256 - 1261.
- Indian Polycap Study (TIPS). Effects of polypill (Polycap) on risk factors in middle - aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): a phase II, double blind, randomised trial. *Lancet* 2009; 373: 1341 - 1351.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E et al. Re - appraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27: 2121 - 2158.
- Thom S, Field J, Poulter et al. Use of a Multidrug Pill In Reducing cardiovascular Events (UMPIRE): rationale and design of a randomised controlled trial of a cardiovascular preventive poly - pill based strategy in india and Europe. *Europ J Prev Card* 2012 Oct 4 (Epub ahead of print).

Tenloris

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.
Ústavy farmakológie 2. a 3. LF UK, Praha

ZLOŽENIE

Aktívne pôsobiacimi účinnými látkami sú losartan a amlodipín vo fixných pomeroch 50/5, 50/10, 100/5 a 100/10 mg.

CHARAKTERISTIKA

Fixná kombinácia losartan/amlodipín predstavuje racionálnu kombináciu sartanu, t.j. blokátora angiotenzínových receptorov (AT_1) s dihydropridínovým blokátorom vápnikových kanálov (Ca). Dôkaz o význame užívania kombinácie inhibítorov ACE a Ca priniesli v minulosti predovšetkým rozsiahle klinické štúdie ACCOMPLISH (Avoiding Cardiovascular Events Through Combination Therapy in Patients Living With Systolic Hypertension) alebo ASCOT-BPLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm). Priaznivé účinky však možno očakávať od blokády systému renín-angiotenzín-aldosterón (RAAS) všeobecne, okrem iného nielen v zmysle zníženia výskytu nežiaducich účinkov Ca, ale aj v zmysle lepšieho bezpečnostného profilu sartanov v porovnaní s inhibítormi ACE.

MECHANIZMUS ÚČINKU A FARMAKODYNAMICKÉ VLASTNOSTI

Losartan, resp. jeho farmakologicky aktívny metabolit, pôsobí ako antagonistu angiotenzínových receptorov typu AT_1 , čím bráni ich aktivácii angiotenzínom II, a tak znižuje aktiváciu systému RAAS. Nedochádza tak k vazokonstrikcii, zvýšenému vyplavovaniu aldosterónu, menej aktivovaný je sympatický nervový systém, a nie sú stimulované bunky mezangia. Komplexne možno hovoriť predovšetkým o kardioprotektívnom a nefroprotektívnom účinku.

Amlodipín je dlhodobo pôsobiacim dihydropridínovým blokátorom kalciových kanálov, ktorý bráni transmembránovému influxu iónov kalcia do hladkých svalových buniek cievnej steny a kardiomyocytov, pričom prevažuje účinok na cievy. Amlodipín tak pôsobí ako periférny arteriálny dilatátor, čím významne znižuje periférnu vaskulárnu rezistenciu, a znižuje tak hodnotu krvného tlaku. V in vitro štúdií s periférnymi ľudskými mononukleárnymi viedlo pridanie amlodipínu do supernatantu k významnému potlačeniu produkcie interleukínov IL-1alfa, IL-1beta a IL-6 vyvolané oubainom, a to v priamej korelácii s dávkou. V porovnaní s tým ani diltiazem a ani nifedipín taký účinok nevykazovali. Autori štúdie poukazujú na možný benefit z tohto účinku u osôb so srdcovým zlyhávaním¹.

Dôsledkom účinku oboch látok je predovšetkým vzájomne komplementárny antihypertenzný účinok.

FARMAKOKINETICKÉ VLASTNOSTI

Absorpcia

Po perorálnom podaní sa amlodipín vstrebáva zo 64 až 80 %. Maximálne plazmatické koncentrácie sa dosahujú s odstupom 6 až 12 hodín. Ustálený stav sa pri pravidelnom užívaní dosiahne za 7–8 dní. Súčasný príjem stravy významnejšie neovplyvňuje absorpciu amlodipínu. Podobne aj losartan sa veľmi dobre vstrebáva s biologickou dostupnosťou asi 33 %. Maximálne koncentrácie dosahuje za 1 hodinu, v prípade jeho aktívneho metabolitu, 5-karboxylovej kyseliny (E-3174), za 3–4 hodiny.

Distribúcia

Amlodipín sa na proteíny krvnej plazmy viaže asi z 97,5 %. Jeho distribučný objem zodpovedá hodnote 21 l/kg. Analogické hodnoty pri losartane zodpovedajú 99 % a 34 litrom.

Biotransformácia

Amlodipín sa významne metabolizuje v pečeni (asi z 90 %) prostredníctvom cytochrómu P450 3A4 na neaktívne metabolity. Oxidáciou vznikajú neaktívne pyridínové analógie s následnou deamináciou alebo deesterifikáciou. Losartan



sa metabolizuje cestou cytochrómu P450 2C9 a 3A4 na vyššie uvedené aktívny metabolit a farmakologicky neúčinné produkty.

Exkrécia

Amlodipín sa vylučuje obličkami z 10 % v podobe materskej molekuly a asi zo 60 % vo forme svojich metabolitov. Stolicou sa vylúči 20–25 % podaného množstva amlodipínu. Celkový telesný klírens amlodipínu je 7 ml/min (t.j. v priemere cca 25 l/h). Terminálny biologický polčas amlodipínu sa pohybuje v rozpätí od 30 do 50 hodín. Biologický polčas losartanu predstavuje 2 hodiny, v prípade jeho aktívneho metabolitu ide o 6–9 hodín, klírens je 600 ml/min, pri aktívnom metabolite 50 ml/min. V nezmenenej podobe sú vylúčené len 4 % podanej dávky. Amlodipín ani losartan nie sú dialyzovateľné.

Špeciálna populácia

Plazmatické hladiny losartanu a ani jeho metabolitu sa pri klírense kreatinínu nad 10 ml/min nemenia, u hemodialyzovaných osôb sa zisťuje dvojnásobok jeho hladiny. Zmeny plazmatických koncentrácií amlodipínu nekorelujú so stupňom zlyhania obličiek.

U chorých so zlyhávajúcou pečeňou sa zisťuje nárast koncentrácie losartanu, zvýšenie hodnoty AUC amlodipínu, prípadne predĺženie biologického polčasu amlodipínu.

INDIKÁCIE

Liečba esenciálnej hypertenzie. Prípravok je indikovaný ako substitučná liečba u pacientov, ktorých krvný tlak je adekvátne kontrolovaný losartanom a amlodipínom, podávanými súbežne v rovnakých dávkach.

KONTRAINDIKÁCIE

Okrem známej precitlivosti na ktorúkoľvek z účinných látok alebo na látku štruktúrou príbuznú, nesmie sa prípravok podávať aj v prípade známej precitlivosti na ktorúkoľvek z pomocných látok. Absolútnou kontraindikáciou je 2. a 3.



trimester gravidity, ťažká pečeňová insuficiencia, výrazná hypotenzia, šok (vrátane kardiogénneho šoku), obštrukcia výtoky ľavej komory alebo hemodynamicky nestabilné srdcové zlyhávanie po akútnom infarkte myokardu.

KLINICKÉ SKÚSENOSTI

Terapeutická účinnosť každej z látok je doložená výsledkami množstva klinických štúdií – v prípade losartanu ide najmä o štúdiu LIFE opisujúcu výrazné zníženie kardiovaskulárnej morbidity a mortality u hypertonikov s hypertrofiou ľavej komory, pri amlodipíne ide najmä o jednu z najčastejšie citovaných štúdií vôbec (ASCOT, ALLHAT, PREVENT, CAMELOT, CAFE a i.), ktoré preukazujú nielen výrazný pokles krvného tlaku, ale aj spomalenie progresie aterosklerózy karotíd alebo zníženie kardiovaskulárnych príhod. Ďalej sa spomínajú len skúsenosti s touto kombináciou. Účinnosť fixnej kombinácie oboch látok (50/5 mg) sa hodnotila porovnaním s amlodipínom (5 mg) v rámci 6-týždňovej štúdie u stredne ťažkých hypertonikov v rámci multicentrickej dvojito zaslepanej a randomizovanej štúdie (n = 148). Po dvoch týždňoch bola u chorých s hodnotou sTK > 140 mmHg zvýšená dávka kombinácie na 50/10 mg, resp. amlodipínu na 10 mg. Priemerný pokles sTK na konci 6. týždňa bol výrazne vyšší u osôb liečených kombináciou (36,5 vs. 31,6 mmHg; p = 0,01). Počet respondentov (definovaných ako osoby s dosiahnutím sTK < 140 mmHg alebo dTK < 90 mmHg) bol takisto vyšší v prospech fixnej kombinácie – 52,1 % vs. 33,3 %; p = 0,02) v 2. týždni, čo svedčí o rýchlom nástupe účinku fixnej kombinácie².

Zaujímavé sú aj skúsenosti s kombináciou podávanou chorým nedostatočne reagujúcim na amlodipín s dávkou 5 mg (n = 185). Chorí boli v rámci non-inferioritnej dvojito zaslepanej štúdie randomizovaní na eskaláciu dávky amlodipínu na 10 mg alebo na liečbu fixnou kombináciou losartanu a amlodipínu v pomere 50/5 mg. S odstupom 8 týždňov bol v oboch ramenách štúdie zaznamenaný výrazný pokles dTK, a to bez vzájomne štatisticky významného rozdielu. Pridanie losartanu k nižšej dávke amlodipínu bolo teda prinajmenšom porovnateľne účinné ako eskalácia dávky amlodipínu, a to aj napriek tomu, že chorí na nižšiu dávku amlodipínu pôvodne reagovali nedostatočne. Navyše bolo podávanie fixnej kombinácie sprevádzané menším počtom nežiaducich účinkov (21,7 % vs. 26,1 %)³. V ďalších štúdiách autori jasne poukazujú na vyšší účinok fixnej kombinácie v porovnaní s obidvomi účinnými látkami užívanými samostatne⁴⁻⁶. V priamom porovnaní dávok fixnej kombinácie amlodipínu a losartanu v pomere 5/50 mg preukázala metaanalýza 6 štúdií s fixnou kombináciou amlodipínu a valsartanu (5/80 mg) porovnateľný účinok oboch prístupov⁷.

Záverom uvedme výsledky porovnania účinnosti kombinácie losartan/ amlodipín 50/10 mg oproti kombináciám losartan/hydrochlórotiazid 100/25 mg a amlodipín/hydrochlórotiazid 10/25 mg v rámci randomizovanej štúdie (n = 478). Viditeľný bol signifikantný rozdiel v poklese s TK (p < 0,001) a dTK (p < 0,01) medzi jednotlivými ramenami štúdie, pričom najvýraznejší pokles bol dosiahnutý pri kombinácii losartanu s amlodipínom, ktorý bol taktiež výrazne účinnejší než maximálne dávky losartanu aj amlodipínu v kombináciách s HCTZ⁸.

TEHOTENSTVO A LAKTÁCIA

Užívanie losartanu sa v 1. trimestri neodporúča, v nasledujúcich je výslovne kontraindikované. Keďže i samotný amlodipín možno užiť len v prípade prevahy očakávaného prínosu nad rizikami, nie je kombinácia losartan/amlodipín určená na liečbu hypertenzie u tehotných. Podávanie počas dojčenia sa neodporúča.

LIEKOVÉ INTERAKCIE

Vzhľadom na losartanom indukované potlačenie aktivity aldosterónu treba spomenúť možné riziko hyperkaliémie, a to predovšetkým pri súčasnom podávaní káliumšetriacich diuretík, suplementácii draslíkom alebo inými prípravkami s obsahom draslíka (napr. heparín). Amlodipín mierne zvyšuje plazmatickú koncentráciu simvastatínu, avšak táto interakcia sa nepovažuje za klinicky relevantnú⁹. Vzhľadom na metabolizáciu oboch látok cestou CYP450 nemožno spoľahlivo vylúčiť interakciu s látkami ovplyvňujúcimi aktivitu tohto systému.

Okrem aditívneho/synergického pôsobenia oboch látok treba upozorniť aj na hypotenzívny účinok v kombinácii s inými antihypertenzívami, prípadne i látkami pôsobiacimi depresiu CNS, t.j. antidepresívami, antipsychotikami, anxiolytikami a pod. Zníženie antihypertenzného účinku možno naopak očakávať pri súčasnom podávaní látok steroidovej povahy (najmä pohlavné hormóny, glukokortikoidy) alebo alfa-1 mimetik. Súčasná kombinácia s inhibítormi ACE sa aktuálne v kontexte výsledkov štúdie ONTARGET považuje za nevhodnú.

BEZPEČNOSŤ A ZNÁŠANLIVOSŤ

Bezpečnostný profil uvedenej kombinácie zodpovedá opísaným nežiaducim účinkom pri jednotlivých obsiahnutých látkach, čo napokon potvrdzujú i vyššie uvádzané štúdie. Výnimkou je eliminácia opuchov okolo členkov, inak typických pre dihydropyridínové blokátory kalcia.

DÁVKOVANIE

Obvyklá dávka je 1 tabletky nalačno alebo s jedlom.

DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII

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

LITERATÚRA

1. Matsumori A, Ono K, Nishio R, Nose Y, Sasayama S. Amlodipine inhibits the production of cytokines induced by ouabain. *Cytokine* 2000; 12: 294-297.
2. Kim SH, Ryu KH, Lee NH et al. Efficacy of fixed-dose amlodipine and losartan combination compared with amlodipine monotherapy in stage 2 hypertension: a randomized, double blind, multicenter study. *BMC.Res.Notes* 2011; 4: 461.
3. Kang SM, Youn JC, Chae SC et al. Comparative efficacy and safety profile of amlodipine 5 mg/losartan 50 mg fixed-dose combination and amlodipine 10 mg monotherapy in hypertensive patients who respond poorly to amlodipine 5 mg monotherapy: an 8-week, multicenter, randomized, double-blind phase III noninferiority study. *Clin Ther* 2011; 33: 1953-1963.
4. Park CG, Youn HJ, Chae SC et al. Evaluation of the dose-response relationship of amlodipine and losartan combination in patients with essential hypertension: an 8-week, randomized, double-blind, factorial, phase II, multicenter study. *Am.J Cardiovasc.Drugs* 2012; 12: 35-47.
5. Hong BK, Park CG, Kim KS et al. Comparison of the efficacy and safety of fixed-dose amlodipine/losartan and losartan in hypertensive patients inadequately controlled with losartan: a randomized, double-blind, multicenter study. *Am.J Cardiovasc.Drugs* 2012; 12: 189-195.
6. Unniachan S, Wu D, Rajagopalan S, Hanson ME, Fujita KP. Evaluation of blood pressure reduction response and responder characteristics to fixed-dose combination treatment of amlodipine and losartan: a post hoc analysis of pooled clinical trials. *J Clin Hypertens.(Greenwich.)* 2014; 16: 671-677.
7. Lawrence GA, Unniachan S, Wu D. Indirect treatment comparison between fixed-dose-combinations of amlodipine/losartan and amlodipine/valsartan in blood pressure control. *Int J Clin Pract.* 2014; 68: 163-172.
8. Jafarzadeh ER, Mahmoodi GA, Jafarzadeh EA, Rezaie KA, Abbasi F, Jalalyazdi M. A Comparative Study of the Management of Stage 2 hypertension by Combined therapy with Losartan, Amlodipine and Hydrochlorothiazide. *Int Cardiovasc. Res.J* 2012; 6: 79-83.
9. Nishio S, Watanabe H, Kosuge K, Uchida S, Hayashi H, Ohashi K. Interaction between amlodipine and simvastatin in patients with hypercholesterolemia and hypertension. *Hypertens.Res.* 2005; 28: 223-227.

Poznámka:

Štatút prípravku: Liek je viazaný na lekársky predpis. Úhrada z prostriedkov verejného zdravotného poistenia: je čiastočne hradený VZP. Profil prípravku spracoval kolektív autorov pod vedením MUDr. J. Slívu, PhD., s využitím odbornej literatúry a SPC podľa poslednej verzie.

LIEČBA NESTEROIDOVÝMI ANTIFLOGISTIKAMI V KLINICKEJ PRAXI – AKÉ SÚ ICH HLAVNÉ RIZIKÁ?

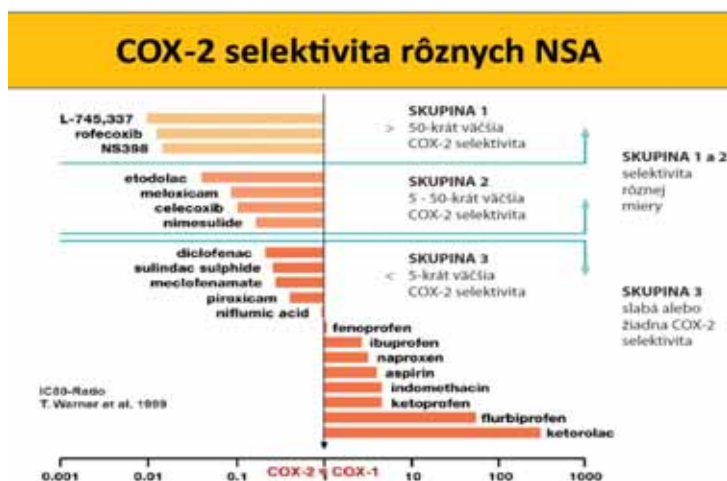
MUDr. Roman Stančík, PhD.

Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Nesteroidové antiflogistiká (NSA) patria k najviac predpisovaným liekom u nás aj vo svete, pričom niektoré z nich sú aj voľne predajné. Vo vyspelých krajinách ich užíva približne 20 – 30 % populácie. Spotreba NSA má stúpajúci charakter, čo nepochybne súvisí aj so súčasným demografickým vývojom. Najčastejšie sa predpisujú pri chorobách pohybového aparátu, spektrum ich indikácií je však veľmi široké a zahŕňa bolestivé syndrómy rôznej etiológie. Okrem protizápalového účinku majú aj výrazné analgetické a antipyretické vlastnosti. V súčasnosti máme k dispozícii široké spektrum NSA. Aj keď existujú veľké interindividuálne rozdiely, ich účinnosť je v ekvipotentných dávkach približne rovnaká¹. V značnej miere sa však rôzne NSA odlišujú rizikom nežiaducich účinkov, čo potvrdili aj výsledky nedávno publikovaných rozsiahlych štúdií.

Hlavný mechanizmus účinku NSA spočíva v inhibícii cyklooxygenázy (COX), kľúčového enzýmu pre syntézu prostaglandínov, i keď existujú aj iné mechanizmy ich účinku^{1,2}. COX má 2 hlavné izoformy: konštitutívnu COX-1, zodpovednú za vznik prostaglandínov, ktoré sa uplatňujú pri celom rade fyziologických funkcií v organizme. COX-2 je tzv. indukovateľná forma, k jej výrazne zvýšenej expresii dochádza pri zápale. Inhibíciou oboch izoformí COX dochádza k potlačeniu zápalových prejavov, no na druhej strane blokáda COX-1 má za následok rozvoj nežiaducich účinkov najmä v oblasti gastrointestinálneho traktu (GIT) a obličiek. COX-1 dependentné prostaglandíny sú nevyhnutné na udržanie trofiky žalúdočnej sliznice – zabezpečujú jej prekrvenie, zvyšujú produkciu hlienu a naopak, znižujú produkciu kyseliny chlorovodíkovej. Postihnutie GIT patrí k najčastejším nežiaducim účinkom NSA. Hoci tradične je spájané najmä s léziami žalúdočnej sliznice (tzv. NSA gastropatia), NSA môžu poškodzovať celý GIT, vrátane tenkého a hrubého čreva s nemenej závažnými dôsledkami^{1,3,4}. Postihnutie GIT sa môže manifestovať rôzne, od miernych dyspeptických ťažkostí, ktoré zvyčajne miznú po ukončení liečby, až po závažné ulcerácie, perforácie a krvácanie najmä v oblasti horného GIT. NSA spôsobujú lézie zažívacieho traktu pravdepodobne dvojitým spôsobom – priamym lokálnym poškodením sliznice a systémovým účinkom spôsobeným depléciou prostaglandínov závislých na COX-1³. Práve systémový efekt NSA spôsobuje, že k závažným léziám GIT dochádza aj pri parenterálnej alebo rektálnej aplikácii NSA.

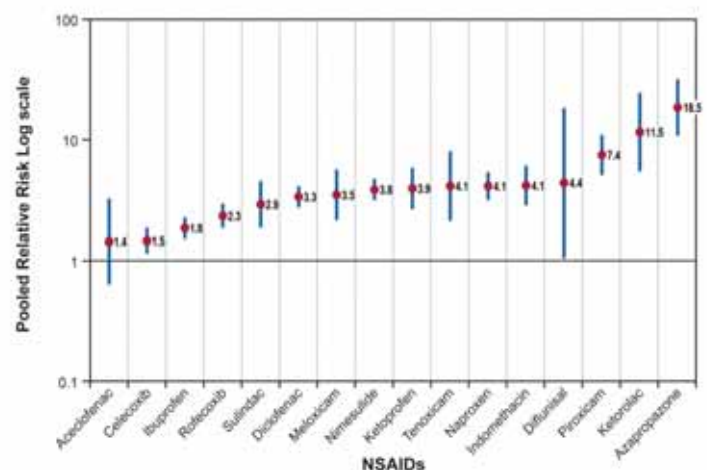
Tabuľka 1. COX-2 selektivita rôznych NSA¹⁰



Objav izoforiem COX predznamenal ďalší rozvoj NSA, a to smerom k selektívnym COX-2 inhibítorm, u ktorých by sa zachoval protizápalový účinok a súčasne sa eliminovalo riziko spomínaných nežiaducich účinkov. Podľa pomeru inhibície COX-1 a COX-2 sa NSA rozdeľujú na COX-1 selektívne, neselektívne a COX-2 selektívne inhibítory¹. Selektívne inhibítory COX-2 v súčasnosti reprezentujú tzv. koxiby (napr. celecoxib a etorikoxib). Pôvodne sa zvykla oddeľovať ešte skupina tzv. COX-2 preferenčných NSA, kam patrili nimesulid a meloxicam. Prehľad rôznych NSA podľa pomeru COX-1/COX-2 selektivity je uvedený v tabuľke 1.

Metaanalýza observačných štúdií (SOS projekt), výsledky ktorej boli publikované v r. 2012, potvrdila signifikantné rozdiely v gastrointestinálnej bezpečnosti rôznych NSA⁵. V metaanalýze bolo zahrnutých 28 štúdií, publikovaných v rokoch 1980-2011, ktoré sa zaoberali nežiaducimi účinkami postihujúcimi horný GIT v súvislosti s užívaním NSA. Ako najrizikovejší sa podľa výsledkov štúdie ukazuje ketorolak a piroxicam. Naopak, najnižšie riziko GIT komplikácií vykazujú koxiby, menej rizikový je aj ibuprofen, diklofenak, meloxicam alebo nimesulid (tab.2). Podobné výsledky priniesla aj rozsiahla populačná štúdia z Talianska, ktorá bola taktiež zameraná na výskyt nežiaducich účinkov horného GIT-u vo vzťahu k NSA⁶.

Tabuľka 2. Metaanalýza komplikácií horného GIT v súvislosti s užívaním NSA⁵





Tabuľka 3. Výskyt transplantácií pečene následkom akútneho zlyhania pečene v súvislosti s užívaním NSA a paracetamolu⁹

	Number of DDD (RIS)	Number of treatment-years	Number of cases exposed	Case per billion DDD for 3 years	Rate per million treatment-years (CI 95%)
Ketoprofen	904,284,586	1,940,610	3	3.32	1.55 (0.32-4.52)
Diclofenac	1,777,064,726	3,862,528	6	3.38	1.55 (0.57-3.38)
Naproxen	715,412,056	1,228,279	2	2.60	1.63 (0.20-5.89)
Nimesulide	1,356,250,833	4,254,758	8	5.90	1.88 (0.81-3.70)
Celecoxib	378,228,209	838,041	2	5.29	2.16 (0.26-7.79)
Ibuprofen	1,377,737,363	5,703,137	13	9.44	2.28 (1.21-3.90)
Indometacin	91,806,826	254,435	1	10.89	3.93 (0.12-21.88)
Niflumic acid	62,794,037	207,821	1	15.93	4.81 (0.14-26.80)
Etidolac	94,182,098	176,678	2	21.23	11.32 (1.36-40.92)
Ketorolac	38,679,431	102,908	2	51.71	19.44 (2.33-70.26)
All NSAIDs	9,155,852,040	25,091,279	40	4.37	1.59 (1.14-2.17)
Paracetamol					
Therapeutic doses	6,227,660,812	24,475,651	81	13.01	3.31 (2.63-4.11)
All cases	6,227,660,812	24,475,651	192	20.83	7.84 (6.77-9.04)

NSAIDs and Liver, SALT Study

NSA A KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO

Nadšenie, ktoré sprevádzalo príchod koxibov na trh, výrazne kleslo, keď sa ukázalo, že úplne zablokovanie COX-2 so sebou prináša iné závažné riziko. Selektívne COX-2 inhibítory potláčajú v cievnom endoteli syntézu COX-2 dependného prostacyklínu PGI₂, ktorý má výrazný vazodilatačný a antiagregačný účinok. PGI₂ antagonizuje proagregačný a vazokonstrikčný účinok dostičkového tromboxánu^{7,8}. Výrazne tým stúpa riziko kardiovaskulárnych komplikácií, čo bolo aj dôvodom, pre ktoré boli niektoré koxiby (rofekoxib, valdekokxib) úplne stiahnuté z trhu. V súčasnosti platí rozhodnutie Európskej liekovej agentúry (European Medicine Agency – EMA), podľa ktorého sú všetky koxiby kontraindikované u chorých s ischemickou chorobou srdca, kongestívnym srdcovým zlyhaním (NYHA klasifikácia II-IV), periférnym artériovým ochorením a cerebrovaskulárnym ochorením. Veľmi starostlivo by sa malo zvážiť ich podávanie u pacientov s význačnými kardiovaskulárnymi rizikovými faktormi (napr. hypertenzia, diabetes mellitus, fajčenie).

Na základe nedávneho celoeurópskeho prehodnotenia týkajúceho sa kardiovaskulárneho rizika zaviedla EMA tie isté opatrenia aj pre diklofenak a jemu štruktúrne príbuzný aceklofenak.

HEPATOTOXICITA NSA

Aj keď každé NSA je potenciálne škodlivé pre pečeň, hepatotoxicita nepatrí k častým NŮ. Poškodenie pečene pri liečbe NSA je len veľmi ťažko predvídateľné, pravdepodobne do značnej miery závisí od individuálnej vnímavosti. Ak sa NŮ vyskytnú, so veľkej väčšiny prípadov majú nezávažný charakter, manifestujúci sa prechodným miernym zvýšením tzv. pečeneových testov. Klinicky sú asymptomatické. Po prerušení liečby, resp. redukcii dávky, dochádza zvyčajne k normalizácii patologických hodnôt. V klinických štúdiách sledovaných FDA bola hlásená perzistujúca elevácia aspoň jednej hodnoty zo skupiny pečeneových testov (AST, ALT, ALP) u 5,4 % pacientov užívajúcich kyslinu acetylosalicylovú a u 2,9 % pacientov užívajúcich iné NSA¹

Zriedka však môže dôjsť u pacientov užívajúcich NSA k závažnému zlyhaniu pečene, ktoré môže končiť fatálne. V tejto súvislosti sa v ostatných

rokoch spomínal najmä nimesulid. Z niektorých európskych krajín boli hlásené úmrtia následkom akútneho zlyhania pečene (AZP) u pacientov, ktorí užívali lieky obsahujúce nimesulid. Histologicky vo väčšine prípadov išlo o hepatocelulárnu nekrózu. Na základe týchto spontánnych hlásení EMA vydala v r. 2009 a následne v r. 2012 obmedzenia týkajúce sa terapeutických indikácií a dĺžky podávania nimesulidu. Názory ohľadne skutočného rizika nimesulidu, ale aj iných NSA v súvislosti s akútnym hepatálnym zlyhaním, však ani zďaleka nie sú jednotné. Aj z tohto dôvodu sa na podnet EMA realizovala štúdia SALT⁹, zameraná na AZP v súvislosti s užívaním NSA, ale aj paracetamolu. Táto štúdia analyzovala údaje o pacientoch s nutnosťou transplantácie pečene následkom AZP z 57 transplantáčnych centier z viacerých európskych krajín v rokoch 2005 – 2007. Výsledky štúdie ukázali, že AZP u pacientov užívajúcich NSA sú zriedkavé, zároveň sa nepotvrdili signifikantné rozdiely medzi rôznymi NSA, vrátane nimesulidu (tab.3.). Prekvapujúce bolo zistenie ohľadne paracetamolu, ktorý sa vo všeobecnosti považuje za menej rizikový v porovnaní s NSA. Užívanie paracetamolu (v terapeutických dávkach) je spojené s 2-3-krát väčším výskytom AZP s nutnosťou transplantácie v porovnaní s NSA⁹. Do akej miery sa výsledky tejto štúdie premietnu v budúcnosti aj do zmeny rozhodnutia EMA, sa teraz nedá ešte odhadnúť.

ZÁVER

NSA patria k liekom, ktoré majú nesporne významné miesto v našej klinickej praxi, s veľmi širokým spektrom indikácií. Pred každou preskripciou by sme však mali dôkladne zvážiť terapeutický prínos, ale aj riziká, „ušiť na mieru“ to správne NSA pre nášho pacienta.

LITERATÚRA

1. Forejtová, Š. Nesteroidní antirevmatika a analgetika. In. Revmatologie, Ed. Pavelka K., Vencovský J. a kol. Maxdorf s.r.o, Praha, 2012, s. 142-152.
2. Rybár, I. Nesteroidové antiflogistiká v liečbe reumatických chorôb. Interná med, 4, 2004, s. 533-539.
3. Goldstein, J.L., Cryer, B. Gastrointestinal injury associated with NSAID use: a case study and review of risk factors and preventative strategies. Drug Healthc Patient Saf, 7, 2015, s.31-41.
4. Adebayo, D., Bjarnason, I. Is non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) enteropathy clinically more important than NSAID gastropathy? Postgrad Med J, 82, 2006, s. 186-191.
5. Castellsague, J., Riere-Guardia, N., Calingaert, B., et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications. A systemic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). Drug Saf, 35, 2012, s. 1127-1146.
6. Castellsague, J., Pisa, F., Rosolen, V., et al. Risk of upper gastrointestinal complications in a cohort of nimesulide and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Venezia Giulia, Italy. Pharmacoepidemiology drug saf, 22, 2013, s.365-375.
7. Lukáč, J., Lukáčová, O. Účinnosť a bezpečnosť koxibov. Ambulantná terapia, 5, 2007, s. 192-198.
8. Rovenský, J., Stančíková, M. Manažment bolesti u pacientov s osobitným zreteľom na kardiovaskulárne riziko pri podávaní nesteroidových antirevmatik. Medikom, 3, 2014, s.20-22.
9. Gulmez, S.E., Larrey, D., Pageaux, G-P., et al. Transplantation for acute liver failure in patients exposed to NSAID or paracetamol (acetaminophen). The multinational case-population SALT study. Drug Saf, 36, 2013, s. 135-144.
10. Warner, T.D., Giuliano, F., Vojnovic, I., et al. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: A full in vitro analysis. Proc Natl Acad Sci USA, 96, 1999, s.7563-7568.

AULIN 100 MG TABLETY & AULIN 100 MG GRANULÁT GRO POR

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.
Ústavy farmakológie 2. a 3. LF UK, Praha

ZLOŽENIE

Aulin 100 mg tablety: 1 tableta obsahuje 100 mg nimesulidu

Aulin 100 mg granulát gro por: 1 vrecko obsahuje 100 mg nimesulidu

CHARAKTERISTIKA

Nimesulid (chemicky 4-nitro-2-fenoxymetansulfonanilid) sa radí do veľkej liekovej skupiny nesteroidových antiflogistik. Chemicky sa však od ostatných látok tejto skupiny odlišuje funkčnou sulfoanilidovou skupinou zabudovanou do jeho štruktúry¹. Avšak aj tu sa popisuje štruktúrna analógia s fenoprofénom. V odporúčaných dávkach je veľmi účinný nielen v liečbe bolestí rôzneho charakteru, ale aj v liečbe a pri tmení zápalových procesov.

MECHANIZMUS ÚČINKU A FARMAKODYNAMICKÉ VLASTNOSTI

Nimesulid sa zaraďuje medzi nesteroidové antiflogistiká (NSA), a vykazuje tak protizápalové, analgetické a antipyretické účinky. Pôsobí blokádu cyklooxygenázy (COX, PGH₂-syntetáza, PGHS) a okrem toho na periférii predchádza hyperalgií navodenej bradykinínom či cytokínmi pomocou inhibície uvoľňovania TNF alfa. O možnom centrálnom efekte nimesulidu svedčí aj jeho relatívne vysoká lipofilita a pKa (približne 6,5), čo umožňuje pomerne ľahkú difúziu do mozgu, kde dosahuje koncentrácie potrebné na vyvolanie inhibície aktivity COX-2². Nimesulid sa svojou in vitro a in vivo preukázanou afinitou k jednotlivým typom cyklooxygenázy zaraďuje k tzv. preferenčným inhibítorom COX-2. Okrem toho sa spomína aj možné ovplyvnenie tvorby ďalších endogénnych pôsobkov, akými sú napr. reaktívne formy kyslíka (ROS), niektoré enzýmy, cytokíny, doštičky aktivujúce faktor (PAF) či histamín. Inhibíciou PDE IV (fosfodiesteráza IV) a proteínkinázy C obmedzuje tvorbu voľných kyslíkových radikálov stimulovanými polymorfonukleárm. Ovplyvnením inhibítora plazmatickej alfa-1-proteinázy znižuje aktivitu proteolytických enzýmov (kolagenáz, elastáz). Zabraňuje tvorbe metaloproteáz, ktoré sa podieľajú na deštrukcii chrupky, napr. pri osteoartróze. Znížením intracelulárnej koncentrácie cAMP v neutrofiloch spôsobuje inhibíciu PAF a leukotriénu B₂. Inhibuje chemotaxiu a tlmí tvorbu leukotriénu C₄ v aktivovaných eozinofiloch. V žírnych bunkách a bazofiloch zabraňuje uvoľňovaniu histamínu. Preukázala sa aj inhibícia apoptózy chondrocytov a možné ovplyvnenie glukokortikoidových receptorov.

FARMAKOKINETICKÉ VLASTNOSTI

Absorpcia

Po perorálnej aplikácii sa veľmi dobre absorbuje z gastrointestinálneho traktu, pričom množstvo vstrebanej látky sa prakticky nemení v závislosti od typu aplikácie formy (tablety a granulát). Z perorálnej aplikácie rádioaktívne značeného nimesulidu a následného stanovenia rádioaktívneho uhlíka ¹⁴C v moči a stolici vyplýva, že z podanej dávky sa asi 50 až 70 % absorbuje v gastrointestinálnom trakte, a dostáva sa tak do krvného obehu. Po aplikácii 100 mg nalačno dosahuje maximálnu plazmatickú koncentráciu hodnôt 2,86 až 6,50 mg/l počas 1,22 až 2,75 h. Hodnoty 25-85 % maximálnej plazmatickej koncentrácie sa však dosahujú už oveľa skôr, a to počas 30 minút po aplikácii. Rýchlejší nástup účinku sa dosahuje pri použití vo forme granulátu³. Rozsah absorpcie nie je výraznejšie ovplyvnený príjmom stravy.

Distribúcia

Kinetike perorálne aplikovaného nimesulidu najviac zodpovedá jednodokompartmentový otvorený model. Pomer distribučného objemu a biologickej dostupnosti (V_D/F) hodnôt 0,18 až 0,39 l/kg, čo hovorí najmä o distribúcii v extracelulárnej tekutine. Výrazne sa viaže na bielkoviny plazmy, len cca 1 % je vo voľnej forme⁴. Najvyššie koncentrácie sa dosahujú v tukovom tkanive, pečeni, obličkách, v nadobličkách, zažívacej trubici a srdci za 1 až 4 hodiny po aplikácii.



Metabolizmus

Nimesulid sa rozsiahle metabolizuje – poznáme celkom 5 metabolitov, vznikajúcich rôznymi biochemickými pochodmi – hydroxylácia na fenoxi-cykle, redukcia nitro-skupiny, súčasná hydroxylácia a redukcia, či dokonca acetylácia aminoskupiny. Vzniknuté metabolity sa kvôli jednoduchosti obvykle označujú skratkami M1 až M5.

Exkrécia

Nimesulid sa vylučuje z 80 % močom a z 20 % stolicou. Jeho biologický polčas kolíše v rozpätí 1,80 až 5,25 h. Klírens nimesulidu po perorálnom podaní 100 mg zodpovedá 31,02 až 106,16 ml/h/kg. V nezmenenej forme sa z organizmu vylučuje len 0,1 % podanej dávky nimesulidu³⁻⁵.

Vo všetkých hore uvedených farmakokinetických parametroch sa nezistila závislosť od pohlavia alebo od veku jedinca.

Vplyv ochorenia pečene a obličiek na kinetiku

Poruchy renálnych funkcií, keď klírens kreatinínu je 30-80 ml/min., nevyvolávajú žiadne výrazné ovplyvnenie farmakokinetických parametrov týkajúce sa nielen materskej látky, ale aj hlavného a najdôležitejšieho metabolitu M1. Z tohto dôvodu netreba meniť dávkovaciu schému.

U pacientov s ochorením pečene je klírens nimesulidu výrazne redukovaný vplyvom zníženej schopnosti pečene biotransformovať materskú látku. Biologický polčas sa tu predlžuje až na 28 h. Vzhľadom k alterovaným farmakokinetickým parametrom je nutné dávku nimesulidu redukovať a pri hepatálnej insuficiencii celkom vysadiť⁴.

INDIKÁCIE

Nimesulid je indikovaný na liečbu akútnej bolesti alebo primárnej dysmenorey, a to najviac počas 15 dní ako liek druhej línie.

KONTRAINDIKÁCIE

Lieky s obsahom nimesulidu sa nesmú podávať pri známej precitlivenosti na



účinnú látku alebo akúkoľvek z látok pomocných, pri známej precitlivenosti na predchádzajúcu liečbu kyselinou acetylsalicylovou či nesteroidovými antiflogistikami. Kontraindikácia zahŕňa aj hepatotoxickú reakciu v anamnéze na nimesulid, súčasné užívanie iných potenciálne hepatotoxických látok, alkoholizmus/drogová závislosť, krvácanie do GIT-u či perforácia navodená užívaním NSA, cerebrovaskulárne krvácanie alebo iné poruchy koagulácie a ťažké zlyhanie srdca, pečene alebo obličiek. Nesmie sa podávať chorým s horúčkou alebo chrípkovými prejavmi, deťom do 12 rokov, v 3. trimestri gravidity alebo počas dojčenia.

KLINICKÉ SKÚSENOSTI

V publikovanej literatúre je celý rad klinických štúdií popisujúcich priaznivé účinky nimesulidu v mnohých indikáciách, ktoré nie sú už aktuálne. Napriek tomu v kontexte jeho voľby v schválených indikáciách bolo publikovaných niekoľko štúdií.

V najväčšej porovnávacej štúdií (n = 304) v indikácii dysmenorey sa nimesulid (100 mg) porovnával s diklofenakom (50 mg). Liečba sa indikovala prvé 3 dni menštruačného cyklu. Za 2 hodiny bola úľava od bolesti v oboch skupinách porovnateľná (82 %, resp. 79 % pacientok). Po nimesulide bol rýchlejší nástup účinku po prvej dávke, za 30 minút zaznamenalo úľavu od bolesti 35 % pacientok oproti 27 % po diklofenaku (p < 0,01). V oboch liečených skupinách došlo k podobnej úprave bolesti hlavy a chrbta. V skupine nimesulidu bolo zaznamenaných menej nežiaducich účinkov (7 vs. 16 pacientov; p < 0,05)⁶.

V kontexte liečby akútnej bolesti uvedme štúdiu s 80 pacientmi prichádzajúcimi na tonzilektómiu, keď sa podal nimesulid (100 mg) alebo ibuprofén (800 mg) 60 minút pred výkonom a potom po 7 dní v 12-hodinových intervaloch. Spotreba záchranej medicíny (oxykodón) prvých 24 hodín bola v oboch skupinách porovnateľná. Celková úľava od bolesti pri prehltní sa dostavila skôr v skupine nimesulidu (10,9 vs. 12,9 dní). Pooperačné krvácanie sa objavilo u jedného pacienta po nimesulide a u 5 po ibuprofene⁷. Analgetická účinnosť nimesulidu bola porovnateľná s paracetamolom (tonzilektómia), kyselinou mefenamovou (stomatochirurgia), naproxénom (hemeroidektómia) a ketoprofénom (výkony v ORL oblasti)³. Nimesulid podobne ako ostatné nesteroidové antireumatiká má taktiež svoje miesto v terapii bolesti chrbta. V klinickej štúdií so 100 pacientmi bola 10 denná terapia nimesulidom (2 x 100 mg) porovnateľná s ibuprofénom (3 x 600 mg), pričom po nimesulide bolo menej gastrointestinálnych nežiaducich účinkov (13 % vs. 21 %)⁸.

TEHOTENSTVO A LAKTÁCIA

Lieky s obsahom nimesulidu sú kontraindikované v 3. trimestri gravidity a počas dojčenia.

BEZPEČNOSŤ A ZNÁŠANLIVOSŤ

Najväčším rizikom nesteroidových antireumatík je riziko poškodenia gastrointestinálneho traktu. Nimesulid, ako zástupca COX-2 preferenčných inhibítorov, je v tomto ohľade výhodou, napriek tomu aj v jeho profile dominujú gastrointestinálne nežiaduce účinky. Vo veľkej postmarketingovej štúdií (viac ako 22 000 pacientov s osteoartrózou) sa po nimesulide najčastejšie pozorovala bolesť v epigastriu (4,1 %), pálenie záhy (3,1 %), nauzea (0,8 %) a hnačka (0,3 %). Celkovo sa nežiaduce účinky objavili u 8,2 % pacientov a dôvodom na prerušenie liečby boli u 2,2 %. V celom súbore sa nepozorovala žiadna závažná alergická reakcia alebo komplikácia poškodenia gastrointestinálneho traktu (ulcerácia, krvácanie)⁹. V r. 1997–2000 bola na týchto údajoch založená talianska štúdia porovnávajúca bezpečnosť nimesulidu, ketoprofenu, diklofenaku a piroxikamu. Nimesulid mal v tejto analýze najlepšiu gastrointestinálnu znášateľnosť (nimesulid – 10,4 %; ketoprofén – 21,7 %; diklofenak – 21,2 % a piroxikam 18,6 %)¹⁰. Aktuálne najčastejšie skloňovaným nežiaducim účinkom nimesulidu je hepatotoxicita, ktorá sa stala podkladom nedávno obmedzenej indikácie na základe nariadenia Európskej liekovej agentúry (EMA). Nejasný zostáva vzťah medzi veľkosťou užitej dávky nimesulidu, resp. dĺžkou jeho užívania a pravdepodobnosťou tejto reakcie. Pri jej vzniku nemožno vylúčiť jej idiosynkratické pozadie.

LIEKOVÉ INTERAKCIE

Závažnou liekovou interakciou NSA je riziko kombinácie s perorálnymi antikoagulantmi z dôvodu zvýšeného rizika krvácania. Nakoľko v zreých trombocytoch sa nachádza len COX-1, poskytujú v tomto prípade COX-2 inhibitory vyššiu bezpečnosť. Nimesulid (2 x 100 mg) bol v 7-dennej štúdií kombinovaný s warfarínom. Pri tejto kombinácii sa nezistili žiadne zmeny v hodnotách protrombínového času, aPTT alebo doby krvácanosti. Nimesulid je tak v porovnaní s neselektívnym NSA bezpečnejšou alternatívou, zvýšené sledovanie je však stále na mieste¹¹.

Z najdôležitejších interakcií sa uvádzajú interakcie s furosemidom (znížená diuretická odpoveď v dôsledku zníženej biologickej dostupnosti v súvislosti s opakovaným podaním nimesulidu; možným mechanizmom je aj znížená absorpcia furosemidu z gastrointestinálneho traktu) či teofylínom (pokles AUC, zrejme z dôvodu nimesulidom indukovaného zvýšeného klírens teofylínu alebo v dôsledku zníženej biologickej dostupnosti).

DÁVKOVANIE

Dospelí a deti od 12 rokov užívajú 100 mg nimesulidu 2-krát denne počas najkratšej doby podľa prítomných ťažkostí, najdlhšie 15 dní.

DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCI

Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Brno, Česká republika.

LITERATÚRA

1. Cadeddu L, Piragine F, Puxeddu P, Scornavacche V, Sellari FS. Comparison of nimesulide and flurbiprofen in the treatment of non-infectious acute inflammation of the upper respiratory tract. *J.Int Med Res* 1988; 16: 466-473.
2. Tassorelli C, Greco R, Sandrini G, Nappi G. Central components of the analgesic/antihyperalgesic effect of nimesulide: studies in animal models of pain and hyperalgesia. *Drugs* 2003; 63 Suppl 1: 9-22.
3. Ward A, Brogden RN. Nimesulide. A preliminary review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in inflammation and pain states. *Drugs* 1988; 36: 732-753.
4. Bernareggi A. Clinical pharmacokinetics of nimesulide. *Clin Pharmacokinet.* 1998; 35: 247-274.
5. Castoldi D, Monzani V, Tofanetti O. Simultaneous determination of nimesulide and hydroxynimesulide in human plasma and urine by high-performance liquid chromatography. *J.Chromatogr.* 1988; 425: 413-418.
6. Facchinetti F, Piccinini F, Sgarbi L, Renzetti D, Volpe A. Nimesulide in the treatment of primary dysmenorrhea: A double-blind study versus diclofenac. *Drugs of Today* 2001; 37: 39-45.
7. Aho M. Nimesulide versus Ibuprofen for Postoperative Tonsillectomy Pain. *Clin Drug Invest* 2003; 23: 651-660.
8. Pohjolainen T, Jekunen A, Autio L, Vuorela H. Treatment of acute low back pain with the COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial versus ibuprofen. *Spine* 2000; 25: 1579-1585.
9. Pochobradsky MG, Mele G, Beretta A, Montagnani G. Post-marketing survey of nimesulide in the short-term treatment of osteoarthritis. *Drugs Exp Clin Res* 1991; 17: 197-204.
10. Conforti A, Leone R, Moretti U, Mozzo F, Velo G. Adverse drug reactions related to the use of NSAIDs with a focus on nimesulide: results of spontaneous reporting from a Northern Italian area. *Drug Saf* 2001; 24: 1081-1090.
11. Auteri A, Bruni F, Bardi P et al. Clinical study on pharmacological interaction between nimesulide and warfarin. *Int J Clin Pharmacol.Res.* 1991; 11: 267-270.

Poznámka:

Štatút lieku: Lieky sú viazané na lekársky predpis. Úhrada z prostriedkov verejného zdravotného poistenia: je čiastočne hradený VZP. Profil liekov spracoval kolektív autorov pod vedením MUDr. J. Slívu, PhD., s využitím odbornej literatúry a SPC podľa poslednej verzie.

ZAUJALO NÁS NA SEMINÁRI AESCULAP 2015

Rozhovor s doc. MUDr. Milošom Jeseňákom, PhD., MBA

Klinika detí a dorastu, Klinika pneumológie a ftiizeológie, Centrum pre diagnostiku a liečbu primárnych imunodeficientných stavov, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Univerzitná nemocnica Martin

Vážený pán docent,

aktuálne sa nachádzame v období kulminácie akútnych respiračných infekcií. Dovoľte mi v tejto súvislosti položiť Vám niekoľko otázok súvisiacich s touto problematikou...

1. Bolest' hrdla, ak má infekčný pôvod, je v prevažnej väčšine vyvolaná vírusmi a indikácia antibiotík tu logicky nemá význam. Ako je podľa Vás otázka chybného nasadenia antibiotickej liečby aktuálna z pohľadu Slovenskej republiky?

Ak zoberieme do úvahy, že 80 – 90 % všetkých respiračných infekcií je vyvolaných vírusmi a naopak, až 75 % všetkej preskripcie antibiotík je práve z dôvodu respiračných infekcií, vzniká nám výrazný nesúlad. Práve neprimeraná, nadmerná a žiaľ v mnohých prípadoch nesprávne zvolená antibiotická liečba je príčinou nárastu rezistencie mikroorganizmom na antibiotiká. Chyba je na oboch stranách, tak u lekárov, ale aj u rodičov či pacientov, ktorí majú pocit, že ak im lekár nepredpíše antibiotiká, tak ich zle lieči. Samostatnú kapitolu tvorí problematika nesprávne zvoleného antibiotika pri konkrétnej infekcii. Myslím, že problém nadmernej preskripcie antibiotík ako aj nárastu antibiotickej rezistencie je celosvetový, a týka sa teda aj Slovenska.

2. V súvislosti s častým podávaním antibiotík sa najmä v laických kruhoch diskutuje o následnom zhoršení stavu imunity. Je táto skutočnosť dokázaná na klinickej úrovni, resp. je daný vzťah naozaj relevantný?

Vo vedeckej literatúre nenachádzame dôkazy o tom, že by liečba antibiotikami vo všeobecnosti viedla priamo k „oslabovaniu imunity“ a vzniku rôznych porúch imunity. Skôr sa treba zamyslieť nad tým, že neprimerané používanie antibiotík zvyšuje rezistenciu mikroorganizmov s ich následným negatívnym vplyvom napr. na slizničnú imunitu. Chronická infekcia rezistentnými patogénmi má mnohé negatívne účinky na organizmus, imunitný systém z toho nevynímajúc. Navyše, časté užívanie antibiotík môže negatívne ovplyvňovať funkcie a zloženie črevnej mikroflóry, ktorá je významným spolupracovníkom imunitného systému. Preto jej narušenie môže viesť druhotne aj k oslabeniu a nedostatočnej efektívnosti imunitných funkcií.

3. Čo je podľa Vás dôvodom, že v posledných desaťročiach nebolo do klinickej praxe uvedené žiadne antibiotikum s inovatívnym mechanizmom účinku? Zmení sa to?

Vedecké poznatky mikrobiológie ako aj farmakológie viedli k vývoju efektívnych antibiotík, avšak flexibilita a adaptabilita viacerých mikroorganizmov naopak umožnila ich únik ako aj odolnosť. Určite sa aj v súčasnosti pracuje na vývoji nových antibiotík, avšak do tejto hry prichádzajú aj nové poznatky napr. o existencii a fungovaní tzv. mikrobiálnych biofilmoch. Popri vývoji nových antibiotík sa však medicína zameriava aj na iné spôsoby liečby či prevencie infekcií, či už z pohľadu imunomodulácie alebo vývoja efektívnych nástrojov symptomatickej liečby infekcií. Práve imunomodulácia (prírodná či syntetická) sa dostáva do centra pozornosti v liečbe ako aj prevencii rôznych ochorení sprevádzaných dysreguláciou v imunitných funkciách.

4. Možno trochu kacirská otázka. Neliečená nádcha/prechladnutie podľa známej frázy trvá týždeň a liečená sedem dní. Ako v tomto duchu možno rozumieť súčasnú symptomatickú liečbu, jej význam?

Toto príslovie je známe, no na druhej strane dnes máme mnohé účinné prostriedky, ktorými vieme zmierniť intenzitu príznakov, zlepšiť celkový stav organizmu, ako podporiť obranné mechanizmy, ktoré jednak zlepšia fungovanie imunitných funkcií ako aj regeneráciu epitelu dýchacích ciest. Klasickú nádku treba totiž vnímať nielen ako „bežné a v zásade nevinné“ ochorenie, ale aj ako možný vstup pre baktérie či iné vírusy, ktoré už v poškodenom teréne dýchacích ciest dokážu narobiť problémy a komplikácie.



5. V poslednom čase sú obľúbené kombinované prípravky s obsahom viacerých látok vzájomne sa odlišujúcich spektrom svojho účinku. Môžeme analógiu k týmto liekom nájsť aj v niektorých fytofarmakách/výťažkoch z rastlín/húb a pod.?

V ostatných rokoch pozorujeme výrazný nárast nových vedomostí v oblasti prírodnej liečby, kdeže v prípade mnohých tradičných ako aj novších prípravkov bolo odhalené zloženie, identifikované účinné látky, ale najmä zrealizované klinické štúdie potvrdzujúce, či naopak vylučujúce účinnosť daného prípravku v konkrétnej indikácii. Práve posun do úrovne medicíny založenej na dôkazoch je asi najvýznamnejším míľnikom v oblasti prírodnej imunomodulačnej liečby. Vzhľadom na to, že chápeme mechanizmy účinku vybraných prípravkov ako aj ciele zásahu a receptory v organizme, na ktoré pôsobia, vhodnou kombináciou rôznych prípravkov vieme jednak zabezpečiť komplexnosť pôsobenia, zefektívniť terapeutické pôsobenie, ako aj doplniť a podporiť konvenčnú liečbu. Preto tieto prípravky označujeme ako nástroje komplementárnej liečby, čiže nenahrádzajú, ale dopĺňajú štandardné terapeutické postupy a algoritmy.

Fytofarmaká & respiračné infekcie	
veda verzus tradícia	
vedecky overené prípravky	prípravky s nedostatkom dôkazov
Pelargonium sidoides	Aloe vera
Baza čierna	Chlorella vulgaris
Echinacea	Kadidlovník pľovitý (Boswellia)
Cesnak kuchynský	Mačací pazúr (Uncaria)
Ženšen	Pamajorán obyčajný
Acerola	Rakytník rešetliakový
Ďumbier lekársky	
Kozinec blanitý (Astragalus)	
Hedera helix	



6. Na základe čoho, resp. ako by sme sa mali správne rozhodovať pre konkrétny prípravok s vedomím existujúceho veľmi širokého portfólia?

Predovšetkým by sme sa mali riadiť existujúcimi dôkazmi v odbornej literatúre, ktoré vyberajú tie prípravky, ktorých účinnosť bola aj reálne dokázaná a nie je len „tradovaná“. V tomto procese výberu sú kľúčoví práve lekári, ale aj farmaceuti či laboranti v lekárňach. Netreba zabúdať ani na to, že v prípade prírodnej imunomodulačnej liečby neexistuje a ani nefunguje tzv. generická náhrada. To, čo dokážeme dosiahnuť pri jednom prípravku z danej skupiny nemusíme dosiahnuť s prípravkom iným. Dôvodom je rôzne zastúpenie účinných látok, ich koncentrácia, čistota či ich zdroj. Napr. v skupine beta-glukánov sú najčinnjšie tie, ktoré majú pôvod v hubách (napr. pleuran). Rovnaký účinok s kvasinkovým beta-glukánom obvykle nedosiahneme.

7. Úspech zaznamenávajú v poslednom čase aj prípravky s obsahom *Pelargonium sidoides*. Mohli by ste, prosím, stručne vymenovať hlavné výhody extraktu tejto rastliny? Existujú aj nejaké riziká (NÚ, liekové interakcie)?

Extrakt z *Pelargonium sidoides* je jedným z najstarších a a zároveň najpreskúmanejších fytofarmák, ktoré vychádzajú z tradičnej ľudovej medicíny. Boli identifikované jednotlivé účinné látky, ktoré zodpovedajú za komplexnosť klinického účinku, napr. pri liečbe akútnych respiračných infekcií. Mnohé klinické štúdie dokázali jednak potenciálny imunomodulačný ako aj protizápalový účinok, ale aj protimikrobiálny, antioxidantný, cytoprotektívny či iné pozitívne účinky, ktoré nachádzajú svoje uplatnenie pri symptomatickej a v prípade tohto prípravku prakticky aj príčinnej liečbe respiračných infekcií. Okrem toho bol dokázaný aj pozitívny účinok na očisťovanie dýchacích ciest prostredníctvom podpory mukociliárneho transportu. Z hľadiska liekových interakcií nie sú žiadne klinicky významné obmedzenia známe. Podobne, frekvencia ako aj závažnosť nežiaducich účinkov je veľmi nízka a porovnateľná s inými fytofarmakami. Čo stavia tento prípravok však do pozornosti, je práve množstvo štúdií, či už klinických alebo experimentálnych, ktoré objasňujú mechanizmy účinku, ale najmä dokladujú klinický účinok v liečbe respiračných infekcií.



8. Pri oslabenej imunite sa dnes veľmi odporúčajú prípravky na posilnenie imunity. Môžeme však tzv. oslabenú imunitu v širokej populácii objektívne definovať, alebo skôr ide o marketingový termín?

V prvom rade si treba uvedomiť, že termín a diagnóza „oslabenej imunity“ sa dnes naozaj stala veľmi populárnou, a mnohí pacienti sú presvedčení, že za rôz-

nymi ich príznakmi je práve porucha imunity. Sú isté situácie a okolnosti, keď reálne aj môžeme očakávať oslabenie imunity, napr. stresové obdobie, epidémie respiračných infekcií v populácii, užívanie niektorých liekov potlačajúcich imunitu, či niektoré chronické choroby. Práve v týchto podmienkach je vhodné (niekedy po konzultácii s odborným lekárom – napr. pri imunosupresívnej liečbe) podporiť imunitné funkcie rôznymi overenými imunomodulanciami. V úvode skôr volí prírodné prípravky v monoterapii, neskôr pri nedostatočnom efekte siahnuť po kombináciách. Neexistuje však univerzálny účinný imunomodulátor, ktorý by dokázal „zabrať“ u všetkých pacientov a vo všetkých indikáciách. Pri používaní prírodnej imunomodulačnej liečby je potrebná trpezlivosť, keďže plný klinický efekt sa obvykle dosiahne až po užívaní niekoľko týždňov. Časté striedanie prípravkov môže viesť len k skepsu a nedôvere voči nim. Ak má pacient alebo jeho ošetrojúci lekár reálne podozrenie na závažnejšiu poruchu imunity, je potrebné imunologické vyšetrenie so zhodnotením stupňa ako aj rozsahu postihnutia imunitných funkcií a lokalizácie poruchy v imunitnej sieti s následným výberom preskripčne viazaných prípravkov prípadne imunomodulácie ušitej na mieru podľa výsledkov vyšetrení a klinického charakteru ťažkostí a infekcií.

9. Ak pripustíme, že imunitu treba posilňovať nielen zdravým životným štýlom, ale prípadne aj najrôznejšími výživovými doplnkami alebo fytofarmakami, nehrozí, že sa imunitný systém chorého môže dostať do stavu zmätenosti? Veľmi dobre vieme, aké zložité a komplexné sú imunitné pochody a využitie kombinácie viacerých prípravkov s imunomodulačným potenciálom by tak mohlo byť neúčinným...

Ako sme už uviedli, neexistuje 100 % účinný a zásadne imunitu „stimulujúci“ prípravok, a preto nejaké obavy zo zmätenosti imunitného systému či jeho prestimulovania rôznymi prírodnými a voľne predajnými prípravkami nie sú na mieste. Navyše, náš imunitný systém okrem svojej zložitosti disponuje obrovskou diverzitou rôznych receptorov typických pre konkrétne stimuly, a preto pripravený reagovať na množstvo podnetov (vrátane tých v kontexte imunomodulačných prípravkov) a zároveň je plne pripravený sa učiť a budovať skúsenosti. Nemenej dôležité je však si uvedomiť, že budovanie efektívnej imunity musí byť súčasťou zdravého životného štýlu a krátkodobé užívanie rôznych prípravkov bez iných súčastí režimu neurobí dlhodobé zázraky. Budovanie efektívnej imunity je beh na dlhé trate a spočíva aj v dostatku odpočinku, primeranom pohybe a športovej aktivite, kvalitnej strave bohatej na rôzne živiny pre imunitné bunky. V kombinácii s týmito opatreniami podpora imunitných funkcií počas kritických období a situácií je následne racionálny postup zabezpečujúci dosiahnutie cieľa – efektívnej imunitnej obrany.



Za rozhovor ďakuje šéfredaktor časopisu MediNEWS MUDr. Jiří Slíva, PhD.

Overená cesta k spokojnosti



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



Atopická dermatitída je chronické zápalové kožné ochorenie vznikajúce na podklade genetických a imunologických abnormalít, provokované rôznymi faktormi z vonkajšieho prostredia. V etiopatogenéze ochorenia veľmi dôležitú úlohu zohráva porucha epidermálnej bariéry a z toho vyplývajúca suchá pokožka.

Epidermálnu bariéru, lokalizovanú v stratum corneum, tvoria korneocyty a extracelulárne lipidy – ceramidy, cholesterol a voľné mastné kyseliny. Voľné mastné kyseliny a ceramidy tvoria základ pre funkčnú permeabilitu bariéry, pre tvorbu lipidov tvorených mazovými žľazami a zohrávajú významnú úlohu v signalizácii epidermálnej homeostázy regulovanej keratinocytmi⁴.

Pre zabezpečenie bariérovej funkcie je podstatná hydratácia kožného povrchu na základe stáleho udržiavania obsahu vody. Voda zabezpečuje plasticitu a elasticitu stratum corneum. Nedostatočná hydratácia pokožky a nadmerné straty vody vedú ku vzniku suchej pokožky a aktivujú zápalovú reakciu v epiderme. K dysfunkcii epidermálnej bariéry prispieva mutácia génu pre proteín filaggrín, zvýšená koncentrácia endogénnych proteáz, zmena v zložení ceramidov v intercelulárnych lipidoch a vplyv exogénnych proteáz, mydiel a detergentov⁷.

Za účelom relipidácie a kompenzácie transepidermálnych strát vody sa lokálne aplikujú na pokožku externá, ktoré upravujú narušenú bariérovú funkciu kožného povrchu. Obsahujú látky, ktoré za bežných okolností bariérovú funkciu zabezpečujú (ceramidy, cholesterol, voľné mastné kyseliny, hyaluronan sodný...). Masti s okluzívnym efektom (leniens, lanolín...) obmedzujú vyparovanie vody z pokožky a emolienami obsahujú látky, ktoré zadržávajú vodu v pokožke krátkodobo – humektanty (glycerol, polyetylglykol...) alebo dlhodobo – moisturizéry (urea, kyselina pyrrolidínkarbonová, kyselina mliečna...)⁷.

Urea je fyziologicky syntetizovaná v pokožke a zároveň sa vylučuje potom na kožný povrch. Jej koncentrácia v koži je 1 %. Uvoľňovanie urey z lokálne aplikovaného externá závisí od typu masťového základu. Rýchlejšie sa uvoľňuje zo základov hydrofilných ako hydrofóbných. Pri atopickej dermatitíde na veľkoplošnú aplikáciu sú vhodné externá s nízkou koncentráciou urey 0,5-3 %. Takéto externá pokožku hydratujú postupne, zvláčňujú kožný povrch, pričom nedochádza k prieniku urey do hlbších vrstiev kože a nevyvolávajú poruchu rohovania. Pri takýchto nízkych koncentráciách urey je možné externá aplikovať lokálne opakovane a dlhodobo. Úprava hydratácie rohovej vrstvy vplyvom lokálnej liečby ureou má zároveň účinok antipruriginózný⁸.

Viacere štúdie potvrdili, že pravidelná aplikácia premasťujúcich relipidačných a hydratačných extern, emolien, redukuje prejavy atopickej dermatitídy, najmä pruritus, začervenanie pokožky a lichenifikáciu. Tieto externá sú základnou liečbou ľahkých foriem atopickej dermatitídy a sú súčasťou komplexnej liečby stredne ťažkých a ťažkých foriem atopickej dermatitídy. Možno ich teda považovať za základný pilier terapie atopickej dermatitídy. Lokálna aplikácia emolien redukuje závažnosť ochorenia a potrebu farmakologickej intervencie. Výber vhodného emolien je veľmi individuálny, mal by byť bezpečný, účinný, nie drahý, bez konzervantov, aditív, parfémov a iných senzibilizujúcich látok. Emolien sú vyrábané vo forme krémov, masť, olejov, gélov a lócií. Väčšina masť má nevýhodu v tom, že neobsahuje konzervanty, preto po aplikácii na zapálenú pokožku môžu mať pacienti pocit pichania kože a pre niektorých sú masť veľmi mastné. Lóciá obsahujú viac vody, ktorá sa môže vypariť, a tak sú menej vhodné pri výraznej xeróze. Pacienti sa väčšinou ošetrujú 1 – 2-krát denne, ale lokálne ošetrovanie by sa malo opakovať podľa stavu pokožky^{2,3}.

Simpson a kol. zreferovali výsledky randomizovanej kontrolovanej štúdie realizovanej v Spojených štátoch amerických a v Anglicku, v ktorej bolo zahrnutých 124 novorodencov s vysokým rizikom vzniku atopickej dermatitídy, ktorí



boli ošetrovaní lokálne emolienami. Liečba bola začatá v prvých 3 týždňoch života a bola aplikovaná denne po dobu 6 mesiacov. Kontrolnú skupinu tvorili novorodenci, ktorí neboli vôbec ošetrovaní emolienami. Zistilo sa, že táto liečba mala signifikantný protektívny účinok, nakoľko každodenná aplikácia emolien viedla až k 50 % redukcii relatívneho rizika vzniku atopickej dermatitídy. Nevyskytli sa žiadne vedľajšie či nežiaduce účinky v súvislosti s liečbou emolienami. Táto štúdia potvrdzuje, že liečba emolienami už od narodenia je veľmi bezpečným a účinným prostriedkom v prevencii atopickej dermatitídy. Emolienami majú vplyv na dysfunkčnú epidermálnu bariéru a skorý zápal u predisponujúcich novorodencov. Narušená kožná bariéra tvorí vstupnú bránu pre iritancia a alergény z vonkajšieho prostredia, ktoré iniciujú zápal. Ak by



sa v budúcnosti štúdiami potvrdilo, že dostatočnou ochranou bariérovej funkcie sa redukuje IgE senzibilizácia, podobný prístup sa môže využiť v stratégii prevencie astmy a potravinovej alergie. Je možné, že sa v tejto štúdií pravidelným používaním emolencií maskovali mierne prejavy atopickkej dermatitídy. Preto sú nutné štúdie, ktoré budú sledovať preventívny účinok emolencií z dlhodobého hľadiska a ich vplyv na subklinický zápal⁶.

Názory na kúpele v liečbe atopickkej dermatitídy sa rôznia. Podobne tak, ako je to v Európskych odporúčaní, podľa ktorých sa odporúča kúpanie obmedziť len na krátku dobu, aby nedošlo k dehydratácii pokožky na rozdiel od kanadských odporúčaní, ktoré odporúčajú kúpanie aspoň raz denne na základe konsensu pediatickej konferencie o atopickkej dermatitíde, a to technikou oplachovania sa⁵. Kúpele v liečbe atopickkej dermatitídy sa odporúčajú hlavne u detských pacientov. Zbavujú pokožku šupín, chrást, alergénov a iritancií. Kúpele by mali trvať krátko, 5-10 minút. V prípade výrazne zapálenej kože sa odporúča len oplachovanie sa v plytkej vode počas 20 minút, prípadne len sprchovanie. V rámci šetrnej hygienickej starostlivosti o pokožku atopika sa používajú emolenciá aj na kúpanie a umývanie. Odporúča sa používať syntetické detergenty (mydlo bez mydla). Kúpeľové a sprchovacie oleje obsahujú rastlinný (mandľový, sójový) alebo minerálny olej (kvapalný parafín)^{2,3}.

Emolenciá by sa mali aplikovať na kožu čím skôr po kúpaní, najlepšie do 3 minút, kým je koža ešte vlhká, aby sa upravila hydratácia, pretože keď pokožka vyschne, účinok emolencií sa znižuje¹.

Lokálne kortikosteroidy sa odporúčajú na lokálnu liečbu kožných prejavov atopickkej dermatitídy, ktoré nereagujú na bežnú starostlivosť emolenciami. Pri výbere kortikoidného externa je nutné zväžiť vek pacienta, plochu, ktorú potrebujeme ošetriť a závažnosť kožných prejavov. Odporúča sa ošetrovanie 2-krát

denne, ale ošetrovanie raz denne by malo byť postačujúce. Po dosiahnutí liečebného efektu sa odporúča obmedziť aplikáciu kortikosteroidov obdeň, raz za 3 dni a postupne vynechať. Dôležité je, že proaktívna liečba je efektívnejšia ako liečba reaktívna. Ak sa kortikoidné externá aplikujú včas a dôjde k ústupu zápalu, nie je nutné pristúpiť k liečbe silne potentnými kortikoidmi, pri ktorých stúpa riziko nežiaducich účinkov¹.

Lokálna liečba obkladmi s alebo bez lokálnych kortikosteroidov sa odporúča pacientom so stredne ťažkou až ťažkou formou atopickkej dermatitídy, aby sa zabránilo stratám vody z pokožky pri akútnych vzplanutiach ochorenia.

Lokálne imunomodulátory (takrolimus, pimekrolimus) sú indikované na krátkodobú, dlhodobú intermitentnú a udržiavaciu liečbu, po zvládnutí akútneho vzplanutia atopickkej dermatitídy lokálnymi kortikosteroidmi u detí starších ako 2 roky a u dospelých. V úvode liečby je možná kombinácia s lokálnymi kortikosteroidmi, ale neodporúča sa už počas udržiavacej liečby. Proaktívna udržiavacia liečba 2 – 3-krát týždenne zabraňuje relapsom ochorenia a pomáha redukovať užívanie kortikosteroidov a je efektívnejšia ako liečba samostatnými emolenciami. Odporúčajú sa na liečbu kožných prejavov nereagujúcich na liečbu kortikosteroidmi, kožných prejavov lokalizovaných na citlivých miestach (tvár, anogenitálna oblasť, kožné záhyby) či v mieste atrofie indukovanej kortikoidmi².

Cochrane a kol.² v prehľade literárnych zdrojov nenašli dostatočný benefit lokálnej liečby antimikrobiálnymi a antiseptickými externami. V kombinácii s lokálnymi kortikosteroidmi vedú k redukcii kolonizácie *Staphylococcus aureus*, ale v porovnaní s monoterapiou kortikosteroidnými externami, nemajú zásadný vplyv na priebeh ochorenia.

Lokálne antihistaminiká sa v liečbe atopickkej dermatitídy neodporúčajú². Z hľadiska lokálnej terapie v budúcnosti by sa mala venovať väčšia pozornosť špecifikácii kúpeľov, používaniu emolencií pri kúpaní sa, kombinovanej liečbe lokálnych kortikosteroidov a lokálnych imunomodulátorov.

Základným patogenetickým faktorom vzniku suchej pokožky, xerózy, je porucha funkcie epidermálnej bariéry. Pravidelné celoplošné ošetrovanie suchej pokožky aj pri chýbaní klinických prejavov atopickkej dermatitídy je veľmi dôležité. Pôsobí preventívne na vzplanutie klinických prejavov a upravuje funkciu epidermálnej bariéry. Z dlhodobého hľadiska reparatívna terapia poškodenej epidermálnej bariéry môže mať zásadný vplyv na zastavenie atopického pochodu^{2,3}.

LITERATÚRA

1. Benáková N.: Léčba atopické dermatitidy /ekzému u dospělých. *Dermatol. prax* 2007, 2, 70-75.
2. Eichenfield L.F et al.: Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies *J Am Acad Dermatol* 2014;71:116-32
3. Fulmeková M a kol.: Súčasné možnosti liečby atopickkej dermatitídy. *Prakt. lekarn.*, 2014; 4(1): 6-8
4. Lin M.H., Khnykin D.: Fatty acid transporters in skin development, function and disease. *Biochimica et Biophysica Acta* 1841 (2014) 362-368
5. Sarre M.E. et al.: Are baths desirable in atopic dermatitis? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015 Jan 27. doi: 10,1111 / jdv.12946
6. Simpson et al : Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134:818-23
7. Záhejský J.: Ochranné bariérové systémy Současné a perspektívni možnosti úpravy stavu poškodené kožní bariéry. *Dermatol. prax*, 2011, 5(2): 68-70
8. Záhejský J: Urea- stále aktuální a diskutovaná. *Dermatol. prax* 2008; 1: 18 – 21

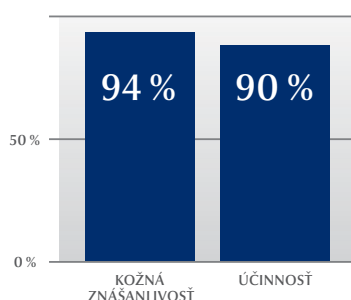
ATOPICKÁ DERMATITÍDA

Aktívna starostlivosť o svrbiacu pokožku v akútnych fázach



Účinnosť a kožná znášateľnosť Acute krému AtopiControl boli klinicky a dermatologicky preukázané.

Hodnotenie: „dobré až veľmi dobré“ **



- Upokojuje podráždenie pokožky a pôsobí proti svrbeniu v akútnej fáze atopickej dermatitídy.
- Pomáha znižovať používanie kortikosteroidov.*
- Početnosť aplikácií ani dĺžka používania nie sú obmedzené.
- Vhodný pre deti už od dojčenského veku.



*Klinická štúdia preukázala porovnateľný efekt Eucerin Acute krému AtopiControl ako u 1% hydrokortizónu. Acute krém ale nie je klasifikovaný ako liečivý prípravok a nenahrádza dermatologickú liečbu. **Zdroj: BDF, in-use štúdia pod pediatrickou kontrolou, test kožnej znášateľnosti.

MOŽNOSTI SUBKUTÁNEJ LIEČBY DIKLOFENAKOM V NIEKTORÝCH AKÚTNYCH FORMÁCH BOLESTI POHYBOVÉHO APARÁTU

MUDr. Iveta Valachovičová¹, MUDr. Miroslav Satko²

¹NZZ neurológia a rehabilitácia, Bratislava

²DR. MAGNET Univerzitná nemocnica, Bratislava

Liečba bolesti pohybového aparátu je v súčasnosti multidisciplinárnou témou. Vzhľadom na nežiadúce účinky NSA sa hľadajú nové možnosti liečby, ktoré by znížili predovšetkým riziko kardiovaskulárnych a GIT komplikácií. Aplikácia nesteroidového antiflogistika Akis je v rámci komplexnej liečby novou metódou voľby pri niektorých akútnych formách bolesti pohybového aparátu.

MYOFASCIÁLNY SYNDRÓM

Bolesť chrbtice nemusí mať vždy korelát v štrukturálnych zmenách, t. j. diagnostika zobrazovacích vyšetrení (RTG, CT, MRI) vykazuje negatívne nálezy. S tým sa stretávame najmä v nižších vekových kategóriách, keď je bolesť pohybového aparátu myofasciálneho pôvodu najčastejšia. Vzniká v dôsledku nedostatočného alebo neprimeraného pohybu, teda tzv. svalovej dysbalancie. Typické je skrátenie ohýbačov trupu a končatín, pri súčasne oslabenom brušnom svalstve a nepostačujúca kompenzácia vzpriamovačov chrbta. Výsledkom preťaženia a nerovnováhy je myofasciálna dysfunkcia – čo je bolestivý stav so svalovou poruchou ako hlavným zdrojom bolesti a jednou z príčin vzniku funkčných kĺbových blokáď¹. Pacienti sriedajú špecialistov a absolvujú vyšetrenia, bolesť sa rieši farmakologicky i nefarmakologicky, alebo sa to pripisuje prirodzenému procesu stárnutia. Myofasciálna bolesť je forma bolesti súvisiaca s prítomnosťou trigger points (TrP) v svalu alebo súvisiacej fascii. TrP môžu byť aktívne, zodpovedajúce za pokojovú bolesť. Ale nemenej významné sú TrP latentné, ktoré zodpovedajú za obmedzenú hybnosť a slabosť svalu. Príkladom myofasciálnej bolesti chrbtice je aj bolesť v drieku, tzv. low back pain alebo bolesť krčnej oblasti, tzv. neck pain. Pri lumbagu sú prítomné aktívne TrP v m. quadratum lumborum. Pri myofasciálnom syndróme šíje sú aktívne TrP v subokcipitálnych svaloch a hornom kvadrante m. trapezius. Okrem aktívnych TrP je spoločným menovateľom obmedzenie pohybu.

FACETOVÝ SYNDRÓM

Facetové kĺby sú súčasťou zadného pohybového segmentu chrbtice a z hľadiska biomechaniky LS chrbtice zabezpečujú dynamickú funkciu. Telá stavcov a medzistavcová platnička tvoria prednú časť pohybového segmentu a zodpovedajú za statickú funkciu chrbtice. Inervácia facetového kĺbu je cez sinuvertebrálny nerv. Dysfunkcia facetových kĺbov sa považuje za jednu z možných príčin tzv. back pain charakteru nociceptorovej bolesti. Prejaví sa napríklad pohybom v kĺbe presahujúcim fyziologický rozsah, ale v prípade zápalových zmien môže bolesť vzniknúť aj vo fyziologickom rozsahu pohybu v kĺbe, čo je pravdepodobne dôsledok neurogénneho zápalu. Diagnostiku možno oprieť o dynamické rtg snímky, resp. MRI nálezy² a v klinickom obraze je to test extenzie lumbálnej chrbtice, bolestivé pruženie na oblasť facetových kĺbov a bezbolestná anteflexia trupu.

EPIKONDYLITÍDA

V novej rádiologickej terminológii sa entezopatie vzhľadom na neprítomnosť zápalových elementov označujú pojmom angiofibroblastická tendinóza.

Podľa Berquista (MRI of the Muskuloskeletal System, 2006) sa diferencujú 4 štádiá entezopatie³:

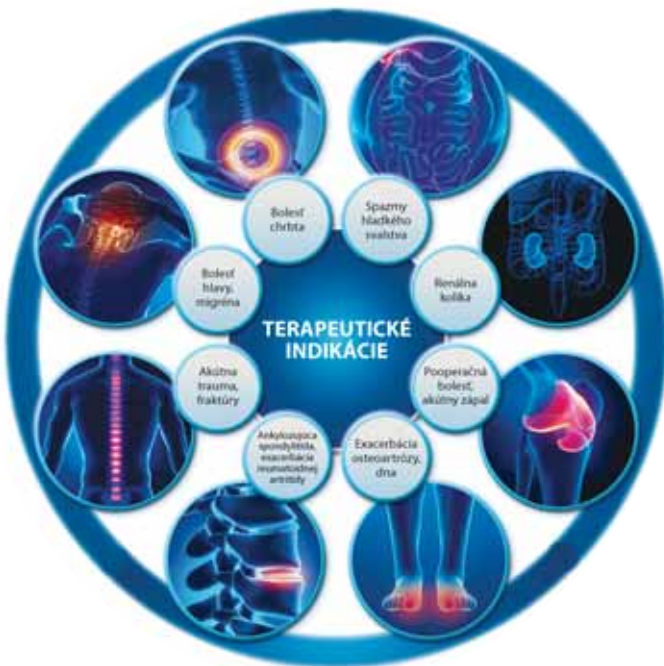
1. edém,
2. tendinóza a angiofibroblastická degenerácia,
3. tendinóza a ruptúra,
4. štádium 2 a 3 a jazvovatenie a kalcifikácia.

Mediálna epikondylitída, tzv. golfový lakeť je často asociovaná s ulnárnou neuropatiou. Laterálna epikondylitída tzv. tenisový lakeť primárne postihuje úpon m. ext. carpi rad. brevis resp. longus.

Etiopatogenéza týchto stavov je síce veľmi rôznorodá, avšak terapeutický prístup sa sústreďuje na analgetický a protizápalový efekt spolu s ďalšími nefarmakologickými postupmi. Tieto ťažkosti však často recidivujú, resp. nadobudnú chronický charakter.

Dnes je už tendencia obmedziť opakovanú aplikáciu betametazónu lokálne, resp. intraartikulárne vzhľadom na možné riziká⁴. Pri muskuloskeletárnej bolesti sa uprednostňuje podanie betametazónu intramuskulárne. To zároveň otvára priestor aj na inú lokálnu liečbu, napríklad liečbu laserom, rázovou vlnou a pod.

Mikrotrauma, opakované pohyby s preťažením spôsobujú tendosynovitídy. Príkladom na HK môže byť zdanlivo neškodné nadmerné ťukanie palcom do mobilu – čo preťažuje dlhý abduktor a krátky extenzor palca. Na DK je častý nález synovitídy na Achillovej šľache s typickou bolesťou ráno po zobudení, ktorá sa postupne chodzą zmierňuje. Určitou mierou predispozície v prípade plantárnej fascitídy je porušená pozdĺžna klenba chodidla.



Obrázok 1. Akis – terapeutické indikácie / IBSA.

Akis[®]

Diklofenak sodný Hydroxypropylbetadex

25-50-75 mg/1 ml naplnená striekačka

25 mg/1ml
MIERNA BOLEŠŤ



50 mg/1ml
STREDNÁ BOLEŠŤ



75 mg/1ml
SILNÁ BOLEŠŤ



- S.c. podanie
- 3 sily: 25 mg, 50 mg, 75 mg
- Naplnená striekačka s dvoma ihlami

MENŠÍ OBJEM, VÄČŠIA INOVÁCIA

Akis[®] je účinný na akútne formy bolesti¹:

- renálna kolika
- exacerbácie osteoartrózy a reumatoidnej artritídy
- akútna bolesť chrbta
- akútna dna
- akútna trauma a zlomeniny
- pooperačné bolesti

Skrátený súhrn charakteristických vlastností lieku Akis 25 mg, Akis 50 mg, Akis 75 mg

Zloženie: Liečivo je sodná soľ diklofenaku. Každá 1 ml injekčná striekačka obsahuje: 25 mg, 50 mg alebo 75 mg sodnej soli diklofenaku. **Lieková forma:** Injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke (injekcia). **Terapeutické indikácie:** AKIS injekčný roztok je účinný proti akútnym formám bolesti vrátane renálnej koliky, exacerbácií osteo- a reumatoidnej artritídy, akútnej bolesti chrbtice, akútnej dne, akútnej traume a fraktúram a pooperačnej bolesti. Je indikovaný u dospelých. Použitie u detí a dospievajúcich sa neodporúča. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Nežiaduce účinky sa môžu minimalizovať použitím najnižšej účinnej dávky po-

čas čo najkratšej doby potrebnej na kontrolu symptómov. **Dávkovanie:** AKIS injekčný roztok sa podáva intramuskulárne alebo subkutánne. AKIS je iba pre krátkodobú liečbu a nemá sa podávať dlhšie ako dva dni. Pre bolesti mierneho a stredného stupňa môže byť postačujúca nižšia dávka. **Spôsob podania:** AKIS injekčný roztok môže podávať iba zdravotnícky personál. Môže sa podávať intramuskulárne alebo subkutánne do čistého zdravého tkaniva. **Kontraindikácie:** Známa precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Aktívny gastrický alebo intestinálny vred, krvácanie alebo perforácia. Posledný trimester gravidity.

Závažné zlyhanie pečene, obličiek alebo srdca. Poruchy hemostázy alebo súčasná antikoagulačná liečba (len pre intramuskulárnu cestu podania). **Nežiaduce účinky:** najčastejšie nežiaduce účinky pozorované v klinických štúdiách s liekom AKIS sú účinky gastrointestinálneho charakteru alebo reakcie v mieste vpichu, ktoré sú obvykle mierne a prechodné. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** IBSA Slovakia s.r.o., Bratislava. **Dátum revízie textu:** máj 2013. **Výdaj liekov:** Je viazaný na lekársky predpis. Informácie pre zdravotníckych pracovníkov. Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností.

Literatúra: SPC lieku Akis 25, 50, 75 mg

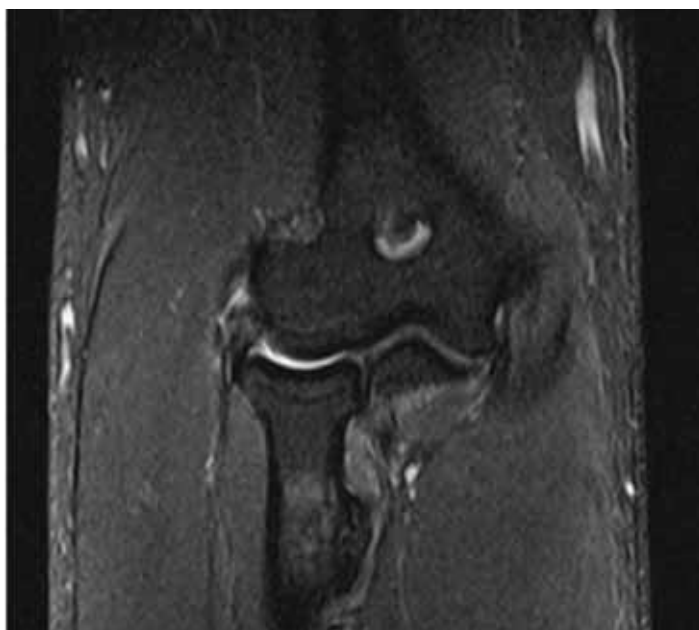
Výrobca: **IBSA Farmaceutici Italia Srl**, via Martiri di Cefalonia, 2, 26900 Lodi, Taliansko
Zastúpenie pre SR: **IBSA Slovakia, s. r. o.**, Mýtina 42, 811 05 Bratislava, Tel.: 02/5262 0978, Fax: 02/5262 0979, E-mail: ibsa@ibsa.sk
www.ibsa.sk





Z KLINICKEJ PRAXE

Obrázok 2. Radiálna epikondylitída – v T2 obraze s potlačením signálu tuku sa zobrazuje vretenovité rozšírenie spoločného úponu šliach extenzorov predlaktia na radiálny epikondyl humeru s entezopatiou charakteru angiofibroblastickej tendinózy, štádium II podľa Berquista.



AKIS / DIKLOFENAK SODNÝ + HYDROXYPROPYLBETADEX

NSA patria medzi najčastejšie používané lieky na akútnu bolesť a zápal práve pre ich účinnosť. Nežiaduce účinky sa dajú čiastočne eliminovať vhodnou indikáciou a správnym dávkovaním. Odporúčanie podľa EMA (European Medicines Agency) je „minimalizovanie nežiaducich účinkov NSA použitím najnižšej účinnej dávky počas čo najkratšieho času nevyhnutného na kontrolu príznakov“.

Akis 25 mg/1 ml, 50 mg/1 ml, 75 mg/1 ml je prvé NSA určené na subkutánnu aplikáciu akútnej bolesti, pričom liečba by nemala trvať dlhšie ako dva dni pri maximálnej dávke 150 mg/deň. Klinická štúdia⁵ – multicentrická, randomizovaná, dvojito-zaslepená, placebom kontrolovaná potvrdzuje účinnosť a bezpečnosť prípravku Akis. K bezpečnosti prispieva aj subkutánnu spôsob podania v porovnaní s intramuskulárnou aplikáciou. Rozpustnosť diklofenaku zvyšuje prítomnosť hydroxypropylbetadex. Výhodou je určite aj o 2/3 menší objem ako diklofenak 75 mg/3 ml a predpripravená naplnená striekačka, čo spolu dotvára celkovo lepšiu komplianciu pacienta.

ZÁVER

Liečba bolesti pohybového aparátu je vždy komplexná. Vo väčšine prípadov sa nedá vyhnúť ani použitiu NSA. Zohľadnenie všeobecne známych rizík a klinického stavu pacienta však prispieva k vyššej účinnosti a zároveň bezpečnosti.

Akis je nesteroidové antiflogistikum (diklofenak sodný/hydroxypropylbetadex) indikované na akútnu formu bolesti. Vzhľadom na odporúčanie SPC lieku je možné použitie aj pri niektorých syndrómoch uvádzaných v texte. Táto liečba by však mala byť kombinovaná aj s nefarmakologickou liečbou, t. j. zahrňujúcou liečbu laserom, rázovou vlnou, rôzne rehabilitačné techniky a optimálnu pohybovú liečbu.

LITERATÚRA

1. Rychlíková E. Poruchy funkcie kĺbov končetín a jejich terapie. Triton 1994, 26-33.
2. Valachovičová I., Satko M. Facetový syndróm. Rehabilitácia, Vol 34, No 3, 2001, 139-142.
3. Berquist T. H. MRI of the Muskuloskeletal System, Lippincott Williams and Wilkins, 2006, p. 691.
4. Špalek P., Satko M. Betametazón v liečbe algických muskuloskeletálnych ochorení. Neurológia 2014, 9 (1) .
5. Dietrich T, Leeson R, Gugliotta B, Petersen B. Efficacy and Safety of Low Dose Subcutaneous Diclofenac in the Management of Acute Pain: A Randomized-Double-Blind Trial. Pain Practice 2014 Apr. 14 (4) 315-323.

PAIN 2015

**MULTIDISCIPLINÁRNE
POHLADY NA LIEČBU
BOLESTI**

POZVÁNKA

Termíny a miesta konania:

- 17.3.2015 Košice, DoubleTree by Hilton Košice, Hlavná 1
- 18.3.2015 Banská Bystrica, Hotel LUX, Nám. Slobody 2
- 24.3.2015 Trenčín, Hotel Elizabeth, Ul. Gen. M.R. Štefánika 2
- 25.3.2015 Bratislava, Hotel Bratislava, Seberínho 9

PROGRAM:

- 15:30 – 16:00 **REGISTRÁCIA** – Otvorenie a predstavenie účastníkov
- 16:00 – 16:30 **Aktuálne trendy v liečbe bolesti a manažmente pacienta s dnovou artritídou**
prof. MUDr. Ivan Rybár, PhD.
- 16:30 – 17:00 **Dá sa predísť gastrointestinálnej toxicite nesteroidových antiflogistiká?**
doc. MUDr. Ladislav Kužela, CSC.
- 17:00 – 17:30 **Betametazón v liečbe algických neuromuskulárnych a muskuloskeletálnych ochorení – indikácie, účinnosť a bezpečnostný profil**
doc. MUDr. Peter Špalek, PhD., MUDr. Ivan Martinka
- 17:30 – 17:40 Blok komerčných prednášok
- 17:40 – 18:00 Prestávka, prezentácie firemných stánok
- 18:00 – 18:30 **Nové možnosti subkutánnej liečby akútnej bolesti**
MUDr. Branislav Barla, MUDr. Elena Kašubová, MUDr. Juraj Masaryk, MUDr. Dušan Matejčka
- 18:30 – 19:00 **Biologická liečba reumatoidnej artritídy a jej riziká**
MUDr. Dagmar Mičeková, PhD., doc. MUDr. Želmíra Macejová, PhD., MPH, mim. prof.
- 19:00 – 19:30 **Klinické využitie injekčného kolagénu v liečbe bolestivých stavov pohybového aparátu**
MUDr. Peter Klein, MUDr. Roman Jančovič, MUDr. Tatiana Geistová
- 19:30 – 20:00 Diskusia, záver podujatia

Vyplnenú prihlášku pošlite poštou na adresu: **Edukafarm, spol. s r. o., Trnavská cesta 82/A, 821 01 Bratislava**, alebo Vašu účasť potvrdíte telefonicky (02/44 630 400), faxom (02/44 630 401), e-mailom: seminar@edukafarm.sk, prípadne online na našej webovej stránke www.edukafarm.sk.

KOMBINÁCIA OXIDU ZINOČNATÉHO, LANOLÍNU, BENZYLALKOHOLU, BENZYLBenzoátu A BENZYLCINAMÁTU JE ZODPOVEDNÁ ZA JEDINEČNÉ ÚČINKY PRÍPRAVKU SUDOCREM® NA POKOŽKU

PharmDr. Andrea Gažová, PhD., Lekárska fakulta UK, Ústav farmakológie a klinickej farmakológie, Bratislava

Základnou úlohou kože je ochrana vnútorného prostredia organizmu pred vonkajšími vplyvmi prostredia. Neporušená a nenarušená koža tvorí bariéru proti mikroorganizmom, chráni organizmus pred osmotickým, chemickým, mechanickým, tepelným a svetelným pôsobením. Celistvosť kože sa podieľa aj na udržiavaní vnútorného prostredia, na termoregulácii, na imunitných reakciách, má exkretčnú a resorpčnú funkciu. Nachádza sa v nej aj mnoho receptorov somato-senzorického systému.

Oslabená alebo porušená koža môže podľahnúť vplyvom externého prostredia, čím sa vytvorí možnosť vzniku rôznych krátkodobých alebo dlhodobých kožných ochorení. Narušená celistvosť kože zníži ochrannú bariéru pred vplyvmi vonkajšieho prostredia a môže nastať prienik mikroorganizmov nielen do miesta poškodenia. Ak kožu správne nevyživujeme a ani ju neochraňujeme môžu sa fyziologické vplyvy stať vplyvmi patologickými. Je dôležité kožu ošetrovať tak, aby sme dokázali predísť prevahe negatívnych vplyvov, a aby sme poskytli bunkám kože dostatočný čas na ich regeneráciu.

Za kritické situácie, ktoré môžu narušiť kožu považujeme používanie inkontinenčných pomocok u dospelých, ale aj používanie plienok u detí, dlhodobé ležanie bez dostatočného polohovania, mechanické zásahy, ale aj výkyvy v tvorbe kožného mazu. Všetky tieto a aj iné kožné problémy sú omnoho lepšie zvládnuteľné používaním vhodného *antiseptického každodenného ochranného krému*, ktorý kombináciou oxidu zinočnatého, lanolínu, benzylalkoholu, benzylbenzoátu a benzylcinamátu má jedinečné účinky na pokožku.

CHARAKTERISTIKA PRÍPRAVKU SUDOCREM®

Ide o topickú formu homogénneho bieleho krému s dlhou tradíciou a históriou. Už v roku 1931 profesor farmácie a lekárnik Thomas Smith namiešal jedinečné zložky, ktoré sa od roku 1950 predávajú pod názvom Sudocrem®. Od roku 2011 je tento krém dostupný vo viac ako 40 krajinách a odporúča sa používať ho denne na ochranu pokožky pred vonkajšími vplyvmi a na terapiu rôznych dermatóz, plienkových dermatitíd u detí a dospelých, ekzémov, preležanín, popálenín alebo odrenín.

Z kvalitatívnej a kvantitatívnej analýzy tohto kozmetického prípravku vyplýva, že v 100 g tejto masti sa okrem pomocných látok nachádza aj 15,25 g oxidu zinočnatého, 0,39 g benzylalkoholu, 1,01 g benzylbenzoátu a 0,15 g benzylcinamátu a 4 g lanolínu. Tieto ingrediencie sú nositeľmi hlavných liečebných účinkov – ukludňuje a zvláčňuje pokožku (lanolín), epitelizuje ju (benzylbenzoát a benzylcinamát) a má adstringentné, analgetické, antibakteriálne a antifungicídne vlastnosti (oxid zinočnatý, benzylalkohol).

FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI

Sudocrem® je z galenického pohľadu označovaný za systém olej vo vode. Z charakteristiky tejto emulzie vyplýva, že len mierne premasťuje a prepúšťa tekutiny a teplo smerom von. Tieto fyzikálno-chemické vlastnosti ešte potencuje farmakologický účinok pridávaných zložiek do tohto krému ako je oxid zinočnatý, lanolín, benzylalkohol, benzylbenzoát a benzylcinamát. Okrem týchto ingrediencií sa v tejto topickej emulzii nachádza aj voda, benzoát sodný, parafínový vosk, mikrokryštalický vosk, tekutý parafín, včelí vosk, propylénglykol, kyselina citrónová, linalylacetát a levanduľová aróma.



Oxid zinočnatý má široké uplatnenie v kozmetike, kde je súčasťou prírodných opaľovacích krémov, v prírodných mejkapoch a v mydle. Táto zlúčenina bola ako jedna z prvých používaná v deodorantoch, ale hoci bola bezpečná, neovplyvňovala mieru potenie ale iba mieru jeho zápachu. V porovnaní s dnes používaným aluminium chlorhydrátom je oxid zinočnatý trikrát viac účinný v odstraňovaní zápachu. Má antibakteriálne vlastnosti a zabraňuje množeniu baktérii na pokožke a aj pri ošetrovaní akné. Už v roku 1949 bol popísaný antimikrobiálny efekt voči streptokokom a stafylokokom. Nepreniká do pokožky, ale ostáva na povrchu, dokáže absorbovať vlhkosť a vytvorí na povrchu aplikovacieho miesta ochrannú bariéru pred vonkajšími vplyvmi. Táto vlastnosť predurčuje oxid zinočnatý ako preventívny prípravok vzniku dermatitíd v plienkovej oblasti.



PROFIL PRÍPRAVKU



Lanolín (*Adeps lanae*) je žltá mazľavá látka vylučovaná mazovými žľazami zvierat tvoriacich vlnu, najčastejšie sa používa ovca. Fyziologická úloha tohto výlučku je chrániť zvieratá s vlnou pred premočením. Vodeodolná vlastnosť sa využíva aj v galenike a lanolín tvorí podstatnú časť mastí a krémov, ktoré dokážu udržať vlhkosť prítomnú v pokožke. Je nerozpustný vo vode, ale tvorí s ňou veľmi stabilné emulzie. Lekárnický lanolín je zmes 65 % tuku z vlny, 15 % parafinového oleja a 20 % vody. Medicínske použitie lanolínu sa koncentruje na suchú a porušenú kožu, matky kojace svoje deti si ním potierajú citlivé a popraskané bradavky, má hypoalergénne a bakteriostatické vlastnosti. Má anti-iritičné schopnosti na pokožku po radiačnej terapii.

Benzylalkohol sa chemickou cestou pripravuje hydrolyzou benzylchloridu použitím hydroxidu sodného. Je to bezfarebná tekutina s miernou príjemnou aromatickou vôňou. Je produkovaný v prírode mnohými rastlinami a bežne sa vyskytuje v ovocí alebo v čaji. Nachádza sa aj v esenciálnych olejoch jazmínu, hyacintu alebo Ylang-Ylang. FDA odporúča používanie 5% vodného roztoku benzylalkoholu na liečbu hryznutí po vší detskej. Jeho hlavné účinky v koncentráciách 0,9 – 2 % sú antimikrobiálne, bakteriostatické a má aj schopnosť usmrčovať grampozitívne baktérie a huby. Vo vyšších koncentráciách sú popísané aj jeho účinky ako lokálneho anestetika. Prípočítaním ešte epitelizačných schopností **benzylbenzoátu** a **cinamátu** získame široko použiteľnú topickú formu krému, ktorá sa dá aplikovať nielen na porušenú a poškodenú kožu, ale aj ako ochranná bariéra ešte pred vznikom porušenia.

INDIKÁCIE

Sudocrem® má terapeutický efekt na dermatózy, plienkové dermatitídy, akné, preležaniny, odreniny a popáleniny.

Má schopnosť zabráňovať vzniku poškodenia a je vhodný na každodennú ochranu pokožky pred porušením jej celistvosti.

Plienkové dermatitídy ale aj prevencia ich vzniku sú najčastejším dôvodom použitia prípravku Sudocrem®. Je to najbežnejšie kožné ochorenie súvisiace s používaním plienok. Pokožka v tejto oblasti môže po kontakte s močom alebo

stolicou reagovať začervenaním, bolestivosťou, citlivosťou na dotyk a môže pôsobiť horúco. Pri tomto postihnutí je dôležitá hlavne hygiena plienkovej oblasti a jej následná ochrana, aby neprišlo k zhoršeniu stavu, čo môže vyústiť až do kvasinkovej infekcie na pokožke.

Pri terapii akné týmto krémom sa docieľuje nielen udržanie vlhkosti v pokožke, ale otvorené ranky na tvári alebo na chrbte sa zacelia a tým sa vytvorí mechanická bariéra pred vznikom infekcie.

Tak ako pri dermatózach aj tu sa uplatňuje chladivý efekt alkoholových zložiek na zníženie svrbenia.

Pri preležaninách, odreninách a popáleninách sa uplatňuje hlavne antibakteriálne a antifungálne ochranné pôsobenie.

POUŽITIE A DÁVKOVANIE

Tento topický prípravok sa nanáša na miesto aplikácie 3-5 krát denne čistými a suchými rukami. Lahkými krúživými pohybmi sa krém vmasíruje do pokožky. Krém zanecháva tenký, priehľadný a ochranný film, ktorý sa ľahko odstráni s vodou. Nie je nutné pri aplikácii vytvárať bielu vrstvu. Pri nanášaní na plienkovú oblasť postupujeme rovnako, iba dbáme na to, aby bola plocha čistá a suchá a v prípade bolestivej pokožky masírovanie obmedzíme.

KONTRAINDIKÁCIE

Nie sú známe žiadne prekážky v nanášaní tohto prípravku, ale ak je vopred známa precitlivenosť na jednotlivé zložky, sa prípravok neodporúča používať. Bezpečnosť, znášanlivosť a liekové interakcie

Pri dodržiavaní odporúčaní o použití tohto výrobku a pri rešpektovaní známej precitlivenosti na jednotlivé zložky prípravok je bezpečný, dobre znášaný a nemá žiadne známe liekové interakcie.

TEHOTENSTVO A LAKTÁCIA

Kozmetický prípravok sa môže používať počas tehotenstva a laktácie v rámci odporúčaných indikácií.

BALENIE

Registrované sú balenia s hmotnosťou 60, 125, 250 a 400 g.

VÝROBCA

Forest Tossara LTD

DODÁVATEĽ

Actavis s.r.o.

LITERATÚRA

- Handbook of Food, Drug, and Cosmetic Excipients. Smolinske, Susan C. 1992. Denver, Colorado : for Library of Congress, 1992, Zv. 47-54.
- <http://www.adcc.sk/web/kozmeticke-vyroby/detail/sudocrem-pre-ka-zdodennu-ochranu-pokozky-29625.html>. [Online]
- <http://www.medicines.ie/medicine/3076/SPC/Sudocrem+Antiseptic+Healing+Cream/>. [Online]
- Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. Dennis CL, Jackson K, Watson J. 2014. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 15;12:CD007366. doi: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.:s.n., 2014.
- Prehľad hygienických a kozmetických prípravkov pro deti. Pavel, Koktavý. 2011. 5, Olomouc : Pediatrie pro praxi, 2011, Zv. 12. 364-368.
- The effect of zinc on microbial growth. Atmaca S., Gul K., Cicek R. 1998. 595-597, Tubitak : Tr. J. of Medical Sciences, 1998, Zv. 28.
- www.sudocrem.com. [Online]

MOZGOVÁ ATEROSKLERÓZA A MOŽNOSTI PREVENČIE A LIEČBY U STARŠÍCH PACIENTOV

Doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof., Xénia Faktorová

II. interná klinika LFUK-UNB, Prvé angiologické pracovisko, Angiologická sekcia SLK, Bratislava

Ateroskleróza^{1,2} je systémová, generalizovaná stenotizujúco-obliterujúca cievna choroba, takže mozgovocievna (cerebrovaskulárna) aterosklerotická choroba nie je nikdy samostatne sa vyskytujúcou chorobou, ale prakticky vždy je súčasťou aterosklerotického procesu v aorte i vo viacerých jej vetvách, vrátane iných orgánovovaskulárnych artériových ischemických chorôb (OVAICH) v rôznych kombináciách a štádiách (tab. 1).

DYSFUNKCIA ENDOTELU

Hlavný význam v etiopatogenéze väčšiny cievnych chorôb majú predovšetkým **endotelové cievne bunky (endotel)**, ktoré patria medzi esenciálne zložky nielen cievnej a cirkulačnej regulácie, ale aj homeostatickej regulácie neuro-endokrinnno-imunitného systému¹⁻³⁰. Len z hľadiska svojich autokrinných, parakrinných a endokrinných funkcií je vlastne plochou i hmotnosťou (vo všetkých cievach) najväčšie, najaktívnejšie a najmultifunkčnejšie tkanivo (orgán) v organizme človeka. Už minimálna kvalitatívna a/alebo kvantitatívna zmena niektorej z jej mnohostranných funkcií (**dysfunkcia endotelu – DE**)^{1,2,7,24} môže spôsobiť funkčné a/alebo organické, štruktúrne cievne choroby a následné funkčné a/alebo štruktúrne poškodenie tkanív a orgánov, vrátane fatálnych komplikácií (obr. 1). Treba zdôrazniť, že endotelová dysfunkcia, nie je jednotným fenoménom. Môže sa týkať kvalitatívnej a/alebo kvantitatívnej zmeny jednej funkcie (**selektívna, simplexná DE**), dvoch či viacerých funkcií v rôznych kombináciách (**kombinovaná DE**) alebo všetkých funkcií (**globálna DE**). Z hľadiska stupňa môže byť porucha čiastočná (**parciálna DE**) alebo úplná (**kompletná DE**). Z hľadiska príčinnej časovej postupnosti môže byť **DE vrodenná, primárna a sekundárna**. V patogenéze artériových chorôb sa pri endotelovej dysfunkcii najviac uplatňuje zmenená priepustnosť pre plazmové proteíny a lipoproteíny, zmena v udržiavaní cievneho tonusu v prospech vazokonstrikcie, zmeny v rovnováhe medzi protrombogénnymi a antitrombotickými aktivitami, nadmerne zvýšená expresia adhezívnych molekúl pre leukocyty a trombocyty, zvýšená produkcia cytokínov (najmä s rastovými a prozápalovými aktivitami) atď. Pri vzniku a progresii aterosklerózy sa predpokladá súčinnosť endotelovej dysfunkcie a viacerých **rizikových vaskulárnych faktorov** (tab. 2) i mechanizmov (multifaktoriálna choroba), vrátane komplikovaných vzájomných multiplikačných vzťahov (obr. 1). Ateroskleróza je najčastejšou, ale nie jedinou **základnou kauzálnou vaskulárnou chorobou** cerebrovaskulárnych chorôb (tab. 3). Podľa Sekcie angiológov SLK treba pri manažmente všetkých orgánovovaskulárnych chorôb používať komplexný diagnostický CEAP systém^{1,2,7,24}.

CEAP KLASIFIKÁCIA

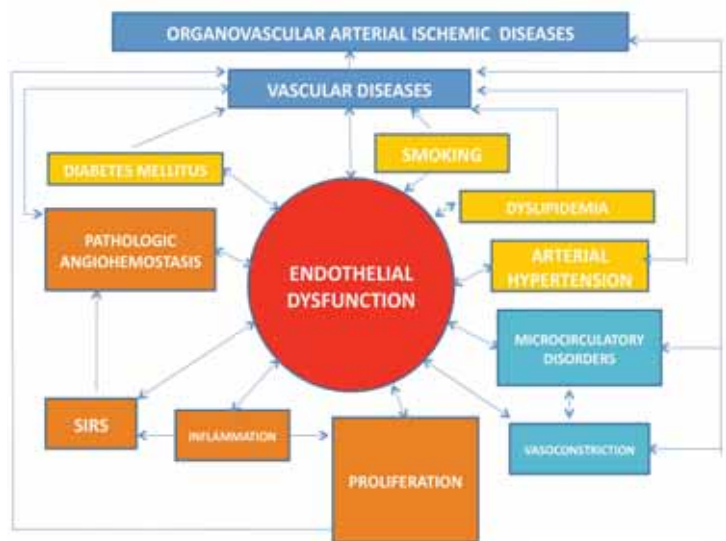
KLINICKÁ KLASIFIKÁCIA (C) – MORBUS PRINCIPALIS

C0 – žiadne príznaky a žiadne objektívne morfológické znaky organickej artériovej cievnej choroby (**latentné štádium** artériovej choroby). Môže sa zistiť endotelová dysfunkcia a/alebo je prítomný aspoň jeden rizikový vaskulárny faktor.

C1 – žiadne príznaky (**asymptomatické manifestné štádium**), ale objektívne prítomné znaky organickej artériovej cievnej choroby (stenotické šelesty, slabšie hmatné pulzácie, pozitívne funkčné záťažové testy a iné znaky artériovej choroby, bez prejavov ischemie tkanív nervového systému).

C2 – subjektívne príznaky a objektívne znaky **stabilnej ischemie** tkanív nervového systému. Časté sú prejavy **vaskulárnej demencie**^{7-12,21,30}.

C3a – subjektívne príznaky a objektívne znaky **prechodnej krátkotrvejšej instabilnej ischemie** tkanív nervového systému. Pod instabilitou rozumieme akúkoľvek kvantitatívnu a/alebo kvalitatívnu zmenu neurogénnych príznakov a/alebo znakov, ale aj prvú manifestáciu poruchy nervového systému. V oblasti mozgu je typický **transitórny ischemický atak (TIA)**, fokálny výpad funkcie, trvajúci niekoľko minút až hodín, maximálne 24 hodín^{7-12,30}.



Obrázok 1. Dysfunkcia endotelu a zložité vzájomné vzťahy s vaskulárnymi rizikovými faktormi a inými patologickými mechanizmami v patogenéze cievnych artériových chorôb a orgánovovaskulárnych artériových ischemických chorôb²⁻²⁴
SIRS – systemic inflammatory response syndrome

C3b – subjektívne príznaky a objektívne znaky **prechodnej dlhotrvajúcej instabilnej ischemie** tkanív nervového systému. V oblasti mozgu je pre 3b štádium typický **reverzibilný ischemický neurologický deficit (RIND)** a/alebo **prolongovaný reverzibilný ischemický neurologický deficit (PRIND)** s výpadom funkcie viac ako 24 hodín, ale s kompletnou normalizáciou⁷⁻¹².

C4a – vyvíjajúca sa **porážka, mŕtvica (infarkt; ictus; apoplexia)**, progredujúca ložisková ischemia mozgu (LIM) do nekrózy, malácie – **evolving stroke (ES)**; subakútna, progresívna porucha funkcie bez stabilizácie v priebehu posledných 24 hodín – **progressive stroke (PS)**⁷⁻¹².

C4b – ukončená **porážka, mŕtvica (infarkt; ictus; apoplexia)**, keď nie sú v klinickom obraze zmeny v posledných 24 hodín a pretrváva funkčný deficit rôzneho charakteru a stupňa – **completed stroke (CS)**; **total stroke (TS)**⁷⁻¹².

ETIOLOGICKÁ KLASIFIKÁCIA (E) – MORBUS FUNDAMENTALIS, CAUSALIS

Za písmenom „E“ sa uvedie základná organická artériová choroba a v zátvorke príp. ďalšie pridružené artériové choroby – E1 až E19 (tab. 3).

ANATOMICKÁ KLASIFIKÁCIA (A)

Za písmenami „AA“ sa uvedie lokalizácia hlavnej artériovej stenózy (oklúzie), pri viacnásobnom postihnutí v zátvorke ďalšie artériové segmenty (**extrakraniálna forma** – **karotický typ**; **vertebrobazilárny typ**; **intrakraniálna forma**; **kombinovaná forma**). Po radikálnej liečbe lokalizácia a spôsob (metóda), dátum.

**Tabuľka 1.** Najčastejšie orgánovocievne (orgánovovaskulárne) artériové ischemické choroby (*morbus principalis*)^{2,24}

1. Srdcovocievne (kardiovaskulárne) choroby; koronárna srdcová choroba; ischemická choroba srdca;
2. Cievnocievne (vaskulovaskulárne) choroby; artériovaskulárne choroby napr. aortovaskulárne ischemické choroby;
3. Nervovocievne (neurovaskulárne) choroby:
 - 3.1. Mozgovocievne (cerebrovaskulárne) choroby; ischemická choroba mozgu; náhle cievne ischemické mozgové príhody; ischemické encefalopatie;
 - 3.2. Miechovocievne (myelovaskulárne) choroby; ischemická myelopatie
 - 3.3. Periférne nervovocievne (periférne neurovaskulárne) choroby, ischemické neuropatie
4. Končatinovocievne (extremitovaskulárne) ischemické choroby; ischemická choroba končatín; artériová choroba končatín; „periférne artériové ochorenie (PAO; PAD)“;
5. Obličkovocievne (renovaskulárne) choroby; ischemická choroba obličiek; chronická obličková choroba;
6. Pohlavnocievne (genitovaskulárne) choroby; angiogénna erektilná dysfunkcia; vaskulogénna erektilná dysfunkcia;
7. Pľúcnocievne (bronchopulmovaskulárne) choroby;
8. Brušnocievne (splanchnikovaskulárne) choroby;
9. Črevnocievne (mezentériointestínokolonovaskulárne) choroby;
10. Kožnocievne (dermovaskulárne) choroby;
11. Kostnokĺbovosvalovocievne (osteotromuskulovaskulárne) choroby;
12. Očnocievne (okulovaskulárne) choroby;
13. Ušnocievne (otovaskulárne) choroby;
14. Zubnocievne (dentovaskulárne) choroby; stomatovaskulárne choroby;
15. Iné orgánovovaskulárne choroby

Za písmenami „AN“ štruktúrna zmena tkanív nervového systému a jej anatomická lokalizácia (**ischemická forma** – atrofia; mikroinfarkty; malácia; transformovaná „červená“ malácia; **hemoragická forma** – intracerebrálne, intraparenchymové krvácanie; subarachnoidálne krvácanie).

PATOFYZIOLOGICKÁ KLASIFIKÁCIA (P)

Za písmenom „P“ treba uviesť patofyziologické štádium vaskulárneho poškodenia – **P1 (dysfunkcia endotelu)**, **P2 (stabilná lézia)**, **P3 (instabilná lézia)**^{1,24} a v zátvorke všetky zistené vaskulárne rizikové faktory^{1,2,7,24}.

PREVENCIA A LIEČBA

Keďže etiopatogenéza artériových cievnych chorôb je multifaktoriálna a mimoriadne zložitá, aj prevencia a liečba týchto chorôb musí byť mimoriadne komplexná a celoživotná, teda nielen v staršom veku. **Cieľom** prevencie cievnych chorôb je nielen predĺženie života (zníženie mortality) a zníženie morbidity, ale aj zlepšenie kvality života. V ostatných Európskych odporúčaniach sa rozlišujú tri navzájom sa dopĺňajúce stratégie: populačná, vysokoriziková a sekundárna¹⁵.

Globálna populačná stratégia má viesť ku zmene životného štýlu a tých sociálnych a ekonomických determinantov životného prostredia, ktoré sú v príčinnej súvislosti s pandemickým výskytom cievnych chorôb (**angiopandémia tretieho milénia**)^{1,2,24}. Populačná stratégia má v primárnej prevencii rozhodujúci význam. Je potrebné zmeniť myslenie a konanie nielen zdravotníkov, ale celej spoločnosti, vrátane všetkých štátnych a medzinárodných inštitúcií. Úspech primárnych preventívnych opatrení spočíva iba asi v 20 % v rezorte zdravotníctva, ale až asi v 80 % v racionálnych aktivitách nezdravotníckych zložiek spoločnosti¹⁻³⁰.

Tabuľka 2. Rizikové faktory orgánovovaskulárnych artériových chorôb^{2,24}

ENDOGENÉNE (NEOVPLYVNITEĽNÉ) FAKTORY

1. Vek
2. Pohlavie:
 - 2.1. Muž
 - 2.2. Žena po menopauze
3. Genetické zaťaženie (pozitívna rodinná anamnéza)

EXOGENÉNE (OVPLYVNITEĽNÉ) FAKTORY

1. Dyslipidémia
2. Artériová hypertenzia
3. Fajčenie
4. Diabetes mellitus
5. Metabolický syndróm (angiometabolický syndróm X)
6. Inzulínová rezistencia
7. Obezita (adiposopatia; sick fat disease – SFD; fat mass disease – FMD)
8. Telesná inaktivita
9. Aterogénna strava
10. Typ osobnosti (A)
11. Alkoholizmus
12. Trombofília
13. Hyperurikémia
14. Hyperhomocysteinémia
15. Zápal
16. Depresia a i.

Vysokoriziková individuálna stratégia je preventívna starostlivosť zameraná na osoby, ktoré majú genetickú predispozíciu k cievnyim chorobám a/alebo majú vaskulárne rizikové faktory (dyslipidémia, artériová hypertenzia, fajčenie, diabetes mellitus atď.), ktorá má viesť k ich eliminácii. Jej podiel na kontrole týchto rizikových faktorov je z celkového hľadiska malý, ale pre jednotlivca je prvoradý. Značná časť rizikových faktorov nevieme adekvátne eliminovať, či aspoň redukovať nefarmakopreventívne, preto musíme použiť už v primárnej prevencii aj farmakopreventívne metódy¹⁻³⁰.

NONFARMAKOPROFYLAXIA; NONFARMAKOTERAPIA

Nefajčiť! Menej a zdravo jesť a piť! Viac sa pohybovať! To sú tri základné piliere (imperatívy) zdravého životného štýlu a prevencie nielen cerebrovaskulárnych artériových chorôb, ale všetkých cievnych chorôb^{1,2,7,23,24,25}.

Prvý pilier: Nefajčenie má v prevencii orgánovovaskulárnych i zhubných nádorových chorôb rozhodujúci význam. Eliminácia fajčenia tabaku je u fajčiara najúčinnnejšou endotelovoprotektívnou liečebnou metódou. Pretrvávajúce fajčenie z dlhotrvajúceho hľadiska prakticky „anuluje“ ostatné liečebné postupy. Motivácia nefajčiť je procesom, ktorý vyžaduje opakované angiologické konzultácie. Spravidla sa rozdeľuje na štyri fázy, ktoré sa mnemotechnicky označujú anglicky písmenami „4 A“ alebo slovensky „4 P“.

V prvej fáze (ask) sa pýtame fajčiara čo najpodrobnejšie na fajčiarske zvyky (odkedy fajčí, čo fajčí – cigarety, fajka, cigary, aké množstvo, kedy si zapaluje prvýkrát cez deň, či sa pokúšal prestať fajčiť, či chce prestať fajčiť atď.). Nefajčiara sa pýtame, či sa doma, v práci, vo voľnom čase nezdržuje v prostredí, kde sa fajčí.

V druhej fáze (advise) poradíme ihneď prestať fajčiť a vysvetlíme všetky nielen zdravotné, ale aj sociálne a ekonomické vplyvy fajčenia (rizikový faktor aterogenézy a onkogenézy, nezodpovednosť k sebe a k druhým, zlý príklad deťom, významné finančné náklady atď.). Nejestvuje linearita medzi dávkou a škodlivými následka-



mi, škodí aj jedna cigareta, škodí aj pasívne fajčenie rovnako ako aktívne fajčenie! Expozícia pasívnemu fajčeniu je škodlivá nielen v zadymenom prostredí počas fajčenia aktívnych fajčiarov („**second-hand smoke**“), ale aj potom, keď tabakové výrobky boli zhasnuté, pretože aterogénne a karcinogénne rezíduá tabakového dymu pretrvávajú v ovzduší a na povrchu všetkých predmetov ešte hodiny, týždne až mesiace („**third-hand smoke**“). Z tohto hľadiska je každý fajčiar nebezpečným živým priamym i nepriamym rizikovým faktorom prostredníctvom kontaminácie životného prostredia. Nejestvujú bezpečné „ľahké“ („**light**“) cigarety, nejstávajú účinné filtre. Fajčenie vytvára návyk centrálnym mechanizmom identickým s tvrdými drogami. Škodlivé a návykové je aj fajčenie cigár a fajky. Nie je pravdou, že bez inhalácie sa nikotín a vyše 4000 ďalších chemických látok neresorbujú; v alkalickom dyme cigár a fajok sa resorbujú priamo z ústnej dutiny. Škodlivosť fajčenia pretrváva určitý čas aj po jeho zanechaní. Jedinou možnou alternatívou je úplné nefajčenie!

V **tretej fáze (assist)** pomáhame konkrétnymi praktickými radami, ako prestať a vydržať nefajčiť. Tu sa v plnej miere ukazuje umenie lekára, ktorý musí byť samozrejme osobným vzorom.

Vo **štvrtnej fáze (arrange)** sa lekár podieľa na opakovanej motivácii nefajčiť, pri relapsoch na novej motivácii, neustále kontroluje a informuje o objektívne dokázateľných priaznivých vplyvoch nefajčenia. Pri antifajčiarskej liečbe môžeme použiť aj pomocnú farmakoterapiu, buď **nikotínovú náhradnú terapiu – NNT**; **nicotine replacement therapy – NRT**, napr. nikotínové žuvačky (Nicorette Classic Gum); nikotínové pastilky (Niquitin Mini pas ord); nikotínové náplaste (Nicorette invisipatch 15 mg/16 hod; 25 mg/16 hod; Niquitin CQ emp tdm 14 mg a 21 mg), nikotínové spreje (Nicorette spray 1mg/dávka, orálna aerodisperzia 150 dávok –13,2ml). Elektronické cigarety (E-cigarety) nie sú v Slovenskej republike registrované ani ako lieky, ani ako zdravotné pomôcky a teda lekár by ich nemal odporúčať. V klinickej praxi je to častá otázka pacientov. Problémom sú najmä ich náplne, ktorých obsah nikotínu nekontroluje. Okrem NRT sa používa buď liečba **bupropiónom** (Elontril 150 mg tbl.; 300 mg tbl.; Wellbutrin SR 150mg tbl.); alebo liečba **vareniklínom** (Champix 0,5 mg tbl.; 1,0 mg tbl.)²⁴.

Druhý pilier: Správna (zdraviu prospešná) výživa s angioprotektívnymi účinkami by sa mala opierať o najnovšie vedecké poznatky medicíny dôkazov (EBM).

Tabuľka 3. Etiológia orgánovovaskulárnych artériových ischemických chorôb (morbus fundamentalis; elementaris; causalis)^{2,24}

E1	Ateroskleróza
E2	Arteriolskleróza/arteriolonekróza/arteriolokalcinóza
E3	Diabetická angiopatia: E3.1. Diabetická makroangiopatia E3.2. Diabetická mikroangiopatia
E4	Mönckebergova medioskleróza/mediokalcinóza
E5	Arteritídy (vaskulitídy): E5.1. Primárne vaskulitídy E5.2. Sekundárne vaskulitídy E5.3. Pseudovaskulitídy
E6	Kompresívne artériové syndrómy
E7	Fibromuskulárna dysplázia artérií
E8	Cystická degenerácia adventície artérií
E9	Artériová trombóza
E10	Artériová embólia (tromboembólia)
E11	Traumatické a posttraumatické arteriopatie
E12	Fyzikálne arteriopatie
E13	Chemické a toxické arteriopatie
E14	Iatrogénne artériové oklúzie
E15	Disekcia artérií
E16	Anomálie priebehu artérií (tortuozity, coiling, kinking)
E17	Komplikovaná artériová aneurýzma
E18	Artériovo-vénová fistula
E19	Zriedkavé artériové choroby a poruchy (rare diseases; orphan diseases)

Ešte nedávno bola hlavným kritériom zdravotnej bezpečnosti potravín nulová koncentrácia cholesterolu v potravinách. Ukázalo sa, že cholesterol v potrave má najmenší vplyv na plazmatickú hladinu cholesterolu. Udržovať si optimálnu telesnú hmotnosť (index telesnej hmotnosti – BMI **18,5 – 25,0**; obvod pásu u žien < **80 cm** až < **88 cm** (vyššie riziko), u mužov < **94 cm** až < **102 cm** (vyššie riziko)¹⁹. Hlavné princípy angioprotektívnej výživy možno zhrnúť do desiatich zásad („angioprotektívne výživové desatoro“)²⁴.

Tretí pilier: Pravidelný telesný pohyb je ostatným angioprotektívnym pilierom. Pohyb podmieňuje existenciu živočíchov (človeka) a je jeho základným prejavom. Telesným pohybom organizmus človeka odpovedá na vonkajšie i vnútorné podnety. Súčasne sa telesný pohyb uplatňuje ako spúšťač faktor ďalších fyziologických reakcií v organizme, čo sa využíva v prevencii a liečbe.

Nedostatočná pohybová aktivita (telesná inaktivita) je dostatočne (na úrovni dôkazov A) potvrdený rizikový vaskulárny faktor, ale aj rizikový faktor ďalších chorôb. Treba ho chápať nielen ako priamy rizikový faktor, ale aj ako nepriamy rizikový faktor, pôsobiaci ako predisponujúci faktor iných vaskulárnych rizikových faktorov – **riziko rizik** (artériová hypertenzia, obezita, diabetes mellitus atď.).

Ostatné Európske odporúčania pri manažmente telesnej aktivity zdôrazňujú, že takmer každý druh zvýšenia pohybovej aktivity je zdravotne prospešný! Biologickú podstatu dnešného „sediaceho“ človeka, ktorá je identická s dobou kamennou, v ktorej hlavnou zložkou bola každodenná náročná fyzická námaha, nemožno ignorovať. **Chôdza** je najprirodzenejším druhom pohybu človeka, denne by sme mali prejsť minimálne 10 km, čo je viac ako 10 000 krokov denne. Namiesto pohyblivých schodov a výťahov používame schody. Prevažná časť ľudí má v súčasnosti skrátene a málo výkonné flexory dolných končatín a práve chôdza po schodoch vyrovnáva silu flexorov kolena s extenzormi. Vo voľnom čase sa pokúšajme nájsť také pohybové aktivity, ktoré prinášajú príjemné pocity. 30 minút stredne intenzívnej záťaže väčšinu dní v týždni ďalej zníži celkové vaskulárne riziko a zlepši fyzickú kondíciu. Aj malé dávky cvičenia majú aditívny účinok. Subjektívny pocit „**stredne ťažkej námahy**“ možno ľahko dosiahnuť širokou škálou aktivít, napríklad rezkou chôdzou, rekreačným behom (jogging), bicyklovaním, plávaním, prácou v záhrade, aeróbnym tancom, tenisom, golfom, bežeckým lyžovaním atď. Intenzitu telesnej aktivity možno definovať aj cieľovou srdcovou frekvenciou na vrchole zaťaženia vo výške 60 – 75 % priemernej maximálnej srdcovej frekvencie pre daný vek. Cvičenie v rodine alebo s priateľmi (v skupine) má tendenciu zvýšiť motiváciu. Medzi pridané priaznivé účinky patria pocit pohody, redukcia telesnej hmotnosti a lepšie sebahodnotenie. Pokračujúce povzbudzovanie, poradenstvo a podpora udržiavania pohybovej aktivity je kľúčovou úlohou lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa zaoberajú prevenciou a liečbou cievnych chorôb!

Kinezioprevenčia (kinezioterapia) je jednou zo základných liečebných metód internej medicíny, angiológie a FBLR, ktorá na prevenciu, liečbu a rehabilitáciu využíva pohyb (pohybovú energiu). **Liečebná telesná výchova (LTV)** je metóda kinezioterapie zameraná na rozvoj funkčnej adaptácie organizmu. Využíva cieľné telesné pohyby na posilnenie, udržanie alebo znovuzískanie funkcie telesných ústrojov. Pri kinezioterapii orgánovovaskulárnych chorôb ide o opakované telesné cvičenia (**intervalový tréning**), jednak kondičné cviky nepostihnutých častí tela, jednak cviky zamerané na zatažovanie svalových skupín, nachádzajúcich sa distálne od obliterujúcej artériovej poruchy, vykonávané v intenzite do 75 % individuálne zisťovanej maximálnej tolerancie námahy, ktorá sa musí testovať raz za týždeň. Je to v podstate účinná „revaskularizačná“ metóda, pri ktorej sa vytvára kolaterálny cievny systém a iné svalové metabolické kompenzačné zmeny. Prvé angiologické pracovisko (PAP) o tejto efektívnej liečebnej metóde publikovalo viaceré originálne práce už aj predtým, ako sa kinezioterapia objavila v medzinárodných odporúčaniach^{1,2,7,24,25}. Rovnako dôležitý je aj celoživotný **kognitívny tréning**.

Sekundárna prevencia obliterujúcich organických artériových chorôb by sa mala začať v čase manifestácie cievnej choroby (C1 – C2). Cieľom včasnej a racionálnej liečby je zvládnuť vývoj chorobného artériového cievneho procesu, zastaviť ho pokiaľ možno ešte v reverzibilnom štádiu, zamedziť vzniku komplikácií, zabrániť vzniku trvalých následkov, vzniku práceneschopnosti, invalidity a predčasnej smrti. Táto liečba by mala byť zásadne **etiopatogenetická (kauzálna)** s hlavným cie-



lom: zastaviť progresiu či dosiahnuť regresiu základnej artériovej cievnej choroby. Zásada eliminácie vaskulárnych rizikových faktorov je podobná ako v primárnej prevencii, musí však mať oveľa vyššiu mieru individualizácie.

V ostatných medzinárodných dokumentoch sa akosi pozabudlo na **terciárnu prevenciu**²⁵, ktorej cieľom je maximálna možná obnova, zachovanie, resp. zlepšenie somatických, psychických, sociálnych funkcií, pracovných zručností a schopností zameraných na urýchlenie reintegrácie pacienta do domáceho prostredia a ak je možné aj do pracovného zaradenia. Tento cieľ je vlastne identický s cieľmi **fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (FBLR)**. Jednou z oblastí rehabilitácie je aj **fyzioterapie**. Odzrkadľuje sa to v nedostatočnej starostlivosti o plegických, afázických pacientov, po infarkte myokardu, po amputáciách a vlastne u všetkých pacientov s orgánovovaskulárnymi chorobami. S prehlbujúcou komercializáciou medicíny sa, žiaľ, prehlbuje aj nezáujem o týchto veľmi ťažko chorých pacientov^{1,2,24,25}.

MINIMÁLNE CIELE FARMAKOTERAPIE: NORMOTENZIA, NORMOLIPIDÉMIA, ARTÉRIOTROMBOPROFYLAXIA A EUGLYKÉMIA

Vo farmakoterapii všetkých rizikových faktorov uprednostňujeme tie liekové skupiny, ktoré majú dokázané endotelovoprotektívne a orgánovoprotektívne účinky. Základným predpokladom efektívnej kauzálnej liečby je rýchla a správna komplexná CEAP diagnóza! Starší pacient s polymorbiditou nemôže užívať lieky na všetky jeho choroby. Internista-angiológ musí individuálne rozhodnúť, ktoré lieky sú vitálne indikované. **Liečba modifikujúca dyslipidémie (antidyslipidemická; antilipidogénna liečba)** závisí od východiskového stavu pacienta, v ktorom zohráva hlavnú úlohu stanovenie individuálneho globálneho kardio-vaskulárneho rizika (GK-VR). Podľa ostatných odporúčaní už nie je dominantným cieľom celkový cholesterol, i keď ostal ešte v tabuľkách SCORE. Hlavným terapeutickým cieľom sa stala redukcia sérovej hladiny LDL cholesterolu. U pacientov s veľmi vysokým rizikom sa odporúča cieľová hodnota LDLc v sére < 1,8 mmol/l alebo pokles z východiskovej hladiny o vyše 50 %. U pacientov s vysokým rizikom je cieľová terapeutická hodnota LDLc menej prísna: < 2,5 mmol/l, u pacientov so stredným rizikom < 3,0 mmol/l^{1,2,8-16,24}. Pod **antitrombotickou (antitrombogénnou)** liečbou rozumieme všetky liečebné opatrenia, ktoré majú zabrániť vzniku trombozy, zamedziť progresii trombu a jeho embolizácii, a ktoré majú zlikvidovať už vzniknutý trombus. Rozdeľuje sa na päť skupín: antitrombocytovú, fibrinolytickú, antikoagulačnú, kombinovanú a substitučnú trombopropylaxiu/ tromboterapiu^{2,17,24,27}. **Vazoaktívne (vazoprotektívne)** lieky predstavujú heterogénnu, pomerne veľkú skupinu liekov s komplexnými mechanizmami účinku, pri ktorých sa rôzne kombinuje endotelovoprotektívny účinok, antihypertenzný účinok (normotenzia)¹⁸, antiproliferatívny účinok, vazodilatačný účinok, priaznivé ovplyvnenie hemoreológie, antitrombotický účinok, priaznivé ovplyvnenie celulárnych krvných elementov (erytrocytov, leukocyto, trombocytov), antioxidantný účinok, protizápalový účinok atď. Okrem už spomenutých liekov sem patrí **pentoxifylín, sulodexid, buflomedil, dextran, kalciové antagonizanty, inhibitory angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEI), sartany, prostaglandíny, imunosupresíva a imunomodulácia, imunoabsorpcia, blokátory endotelínových receptorov (bosentan), antiuratická, antidiabetická (euglykémia)**^{20,22}, **modulátory angiogenézy** a ďalšie^{2,24,30}.

Starší pacienti majú často viac ako päť orgánových chorôb (multiorgánovomovaskulárnu chorobu) a v súčasnom období orgánovej špecializácie a nozologických superšpecializácií sú sledovaní neraz viac ako piatimi orgánovými špecialistami. Okrem toho diabetik má byť v starostlivosti diabetológa, hypertenzik navštevuje hypertenziológa, trombofiliik hematológa, dyslipidemik lipidológa, obezny pacient obezitológa, starší/ starý pacient je sledovaný geriatrom atď. Pritom všetkom má pacient iba jednu základnú cievnu chorobu – aterosklerózu (multiorgánovomovaskulárnu chorobu) alebo dve a viac tých istých systémových cievnych chorôb (multiorgánovomultivaskulárnu chorobu). Je zrejme, že táto aktuálna absurdná situácia má pre pacienta ešte viac nepriaznivých následkov, ako mu spôsobujú

hlavné choroby. V súčasnosti je to najmä polypragmázia so závažnými nežiaducimi účinkami, zlá adherencia a perzistencia k liečbe a bohužiaľ aj letálne komplikácie. Nie je zriedkavosťou, že pacient prichádzajúci internistovi-angiológovi užíva 15 i viac tabliet, pričom niektoré obsahujú 2 i viac účinných látok, alebo naopak 2 i viac liekov tej istej terapeutickú skupiny. Vo viacerých dokumentoch (guidelines) je etiológia orgánovovaskulárnych chorôb až nepochopiteľne insuficientná. To sa negatívne premieta nielen do klinickej praxe, ale do všetkých medicínskych sfér vrátane medicíny dôkazov (EBM). Môžeme sa spoľahnúť na výsledky kontrolovaných klinických štúdií monoorgánovomovaskulárnych chorôb, ktoré sú v skutočnosti raritné? Naviac, sú to dokumenty rozsiahle a takmer nespočítateľné, vydané rôznymi vedecko-odbornými sekciami, spoločnosťami, komorami a inými inštitúciami rôznych špecializácií na národnej i medzinárodnej úrovni. Vrcholom tejto ďalšej absurdnej situácie sú odporúčania, ako správne písať odporúčania... Podľa názorov AS SLK, by pri tvorbe všetkých dokumentov o cievnych chorobách mal byť hlavným koordinátorom internista-angiológ, spolu s angiochirurgom a invazívnym vaskulárnym rádiológom, všeobecným internistom a skupinou orgánových špecialistov a nozologických vaskulárnych rizikových superšpecialistov. Z rozsiahlej pracovnej verzie by mali byť nakoniec formulované stručné a jednoznačné závery pre prax.

Pacienti s akútnymi orgánovovaskulárnymi chorobami, vrátane náhlejšieho cievneho mozgovej príhody (NCMP) by mali byť čo najrýchlejšie transportovaní do **angio-centra** (ktorého súčasťou je aj neurovaskulárne centrum) s možnosťou komplexnej neinvazívnej a invazívnej orgánovovaskulárnej diagnostiky a invazívnej, radikálnej (chirurgickej a/alebo endovaskulárnej) liečby^{6,8-12,28,29}. Indikácia k invazívnej liečbe a výber najvhodnejšieho terapeutického postupu by nemali byť výsadou jednotlivca. Je výsledkom vzájomnej diskusie referujúceho (ošetrojúceho) neurológa/ neurochirurga, internistu-angiológa, angiochirurga a intervenčného vaskulárneho rádiológa („**angiotrio**“, „**vascular team**“) a podľa nášho názoru aj všeobecného internistu, anesteziológa-intenzivistu a podľa potreby ďalších orgánových špecialistov (**vaskulárny indikačný seminár – VIS**). Na jej konci by malo byť **odporúčanie pre pacienta**, ako súčasť **vaskulárneho indikačného protokolu (VIP)**. Pacient ho môže, ale nemusí akceptovať^{1,2,24}.

ZÁVER

Čím viac ciev daného orgánu je postihnutých („multivessel“; „polyvessel“), čím rozsiahlejšie a distálnejšie je vaskulárne poškodenie („vascular polyinjury“), čím väčším počtom cievnych chorôb („multivascular“; „polyvascular“ disease), čím viac orgánov a tkanív je funkčne a štruktúrne postihnutých („multiorgan“; „polyorgan“), tým väčšia je multivariabilita orgánovovaskulárnych artériových chorôb a tým horšia je spravidla prognóza. Klinická mnohotvárnosť je umocnená navyše aj rôznym klinickým priebehom akútnych a chronických foriem a rôznou časovou postupnosťou vývinu orgánovovaskulárnych artériových chorôb, vrátane toho, že letálna komplikácia môže byť prvou manifestáciou artériovej cievnej choroby. Endotelová dysfunkcia (obr. 1) pritom otvára i uzatvára **viacnásobný cievny bludný kruh (multicirculus vitiosus vasorum)**^{1,2,24}. Aktívnu ochranou ciev si chránime nielen mozog a srdce, ale celý organizmus!

Interná medicína je esenciálny odbor klinickej medicíny^{1-7,24} s významnými koordináčnymi, kooperačnými a generalizačnými funkciami, využívajúci aj systém svojich špecializácií, vrátane **angiológie/ vaskulárnej medicíny**. Internista nelieči diagnózu, ani konkrétny systém, ani konkrétny orgán, ale **človeka** – pacienta.

LITERATÚRA

1. Gavorník P. Ateroskleróza a iné choroby tepien. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského - Vydavateľstvo UK. 1999: 216. ISBN 80-223-1422-6
2. Gavorník P, Dukát A, Gašpar L. Akútne a chronické aortové choroby hrudníkovej a brušnej aorty u dospelých. Odporúčania Angiologickej sekcie Slovenskej lekárskej komory pre klasifikáciu a diagnózu chorôb

OSVEDČENÁ LIEČBA

PORUCHY PREKRVENIA MOZGU U STARŠÍCH PACIENTOV



- zlepšuje prekrvenie mozgu, srdca a periférnych orgánov
- vhodný pre pacientov na podpornú liečbu po CMP
- vhodný pre polymorbídnych seniorov
- priaznivá cena

www.noventis.cz

40
rokov

Oxyphyllin® dlhoročný prípravok s liečebnou tradíciou

Názov: Oxyphyllin | Skrátená informácia o prípravku
Zloženie: Jedna tableta obsahuje 100 mg etofylinu.

Lieková forma: tablety

Indikácie: pomocné liečivo pri subakútnych a chronických poruchách prekrvenia mozgu alebo pri mozgovej ateroskleróze bez ložiskových príznakov. V špecičných klinických situáciách (napr. u polymorbídnych seniorov) môže byť prospešné ich mierne bronchodilatačné, periférne a koronárne vazodilatačné a diuretické pôsobenie.

Kontraindikácie pri: precitlivenosti na etofylin alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, akútnom infarkte myokardu, akútnych tachykardických arytmiách, hypotenzii, ťažkej pečenej insuficiencii, akútnej epilepsii. Oxyphyllin je kontraindikovaný v priebehu gravidity a dojčenia. Oxyphyllin nie je určený na liečbu detí a mladistvých do 18 rokov.

Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní: len v prísne indikovaných prípadoch a len s osobitnou obozretnosťou sa môžu Oxyphyllin užívať pri nestabilnej angine pectoris, sklone k tachykardickým arytmiám, ťažkej hypertenzii, hypertrofickej obštrukčnej kardiomyopatii, hypertyreóze, epileptických záchvatových poruchách, žalúdočnom alebo duodenálnom vrede, ťažkých poruchách funkcie pečene alebo obličiek.

Tento liek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, lapónskeho deficitu laktázy alebo glukózo-galaktózeovej malabsorpcie nesmú užívať tento liek.

Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje: Oxyphyllin môže nepriaznivo ovplyvniť schopnosť obsluhovať stroje, pracovať vo výškach alebo viesť vozidlá. V zosilnenej miere to platí pri spolupôsobení alkoholu alebo liekov, ktoré samotné môžu ovplyvňovať schopnosť reakcie.

Nežiaduce účinky: bolesti hlavy, stavy vzrušenia, tras končatín, nepokoj, nespavosť, zrýchlená, prípadne nepravidelná srdcová činnosť, palpitácie, pokles krvného tlaku, gastrointestinálne ťažkosti, nauzea, vomitus, hnačka, zosilnená diuréza, zmeny sérových elektrolytov, najmä hypokaliémia, vzostup hladín vápnika a kreatinínu v sére, a tiež hyperglykémia a hyperurikémia. V dôsledku zníženého tonusu dolného ezofageálneho sfinkteru sa v noci môže zosilniť už prítomný gastroezofageálny reflux. Nemožno vylúčiť reakcie z precitlivenosti na etofylin.

Interakcie: liekové interakcie etofylinu s inými liekmi nie sú známe.

Predávkovanie: s predávkovaním tabletami Oxyphyllin nie sú skúsenosti.

Druh obalu: PVC/PVdC/Al blister, papierová škatuľka, písomná informácia pre používateľov.

Obsah balenia: 50 tabliet.

Dávkovanie a spôsob podávania: 100-200 mg (1-2 tablety) trikrát až štyrikrát denne. Tablety Oxyphyllin sa užívajú pri jedle alebo po jedle a zapijajú sa dostatočným množstvom tekutiny (napr. pohárom vody).

Uchovávanie: pri teplote do 25 °C v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom a vlhkosťou. Chrániť pred mrazom.

Držiteľ/rozhodnutia o registrácii: Noventis, s. r. o., Filmová 174, 761 79 Zlín, Česká republika.

Registračné číslo: 14/0121/69-S

Dátum prvej registrácie/predĺženia registrácie: 30/12/1969/bez časového obmedzenia

Dátum revízie textu: December 2010

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Tento liek nie je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pred predpísaním lieku si, prosím, starostlivo preštudujte úplné informácie o lieku, ktoré nájdete v platnom SPC.

Reference: SPC prípravku Oxyphyllin



- aorty (AS SLK, 2014). *Vnitř Lék* 2015; 61 (1): 72 – 80.
3. Tanriover MD, Rigby S, van Hulsteyn LH et al. On behalf of the Working Group on Professional Issues, European Federation of Internal Medicine (EFIM). What is the role of general internists in the tertiary or academic setting? *Eur J Int Med* 2015; 26 (1): 9 – 11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2014.11.004>
 4. Sorita A, Ahmed A, Starr SR et al. Off-hour presentation and outcomes in patients with acute ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Int Med* 2014; 25 (4): 394 – 400.
 5. Porfídia A, Morretti T, Pola R, Landolfi R. Thromboprophylaxis in patients with stroke: A delicate decision. *Eur J Int Med* 2014; 25 (8): e93 – e94.
 6. Birns J, Qureshi S, Chen R, Bhalla A. Endovascular stroke therapy. *Eur J Int Med* 2014; 25 (7): 584 – 591.
 7. Gavorník P. Etiopatogenéza neurovaskulárných ischemických chorôb (syndrómov). *Neurológia* 2010; 5 (2): 61 – 68.
 8. Park J-H, Ovbiagele B. Optimal combination secondary prevention drug treatment and stroke outcomes. *Neurology* 2015; 84 (1): 50 – 56.
 9. Jauch EC, Saver JL, Adams HP et al, on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013; 44 (3): 870 – 947.
 10. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA et al, on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Council for High Blood Pressure Research. Guidelines for the Prevention of Stroke in Women: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45 (5): 1545 – 1588.
 11. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR et al, on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45 (7): 2160 – 2236.
 12. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B et al, on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Functional Genomics and Translational Biology, and Council on Hypertension. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45 (12): 3754 – 3832.
 13. Catapano AL, Reiner Ž, 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.
 14. Alis R, Sanchis-Gomar F, Riso-Ballester J et al. Inhibition of xanthine oxidase to prevent statin-induced myalgia and rhabdomyolysis. *Atherosclerosis* 2015; 239 (1): 38 – 42.
 15. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (Version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis* 2012; 223 (1): 1 – 68.
 16. Grundy SM, Arai H, Barter P et al. An International Atherosclerosis Society Position Paper: Global recommendations for the management of dyslipidemia-Full report. Expert Dyslipidemia Panel of the International Atherosclerosis Society. *J Clin Lipidology* 2014; 8 (1): 29 – 60.
 17. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M et al. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed.: American College of Chest Physicians (ACCP) evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2012; 141 (2 Suppl): e1S – e801S.
 18. James PA, Oparil S, Carter BL et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) Novelty and Significance. *JAMA* 2014; 311 (5): 507 – 520.
 19. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation* 2014; 129 (25, Suppl 2): S102 – S138. Correction. *Circulation* 2014; 129 (25, Suppl 2): S139 – S140.
 20. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2015; 38 (Suppl 1): S1 – S93.
 21. Staekenborg SS, van Straaten ECW, van der Flier WM et al. Small vessel versus large vessel vascular dementia. *J Neurol* 2008; 255 (11): 1644 – 1651.
 22. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes *Diabetes Care* 2015; 38 (1): 140 – 149. doi:10.2337/dc14-2441
 23. Gavorník P. *Angiológia 1 pre všeobecných praktických lekárov – Flebológia*. 1. vyd. Vydavateľstvo Dr. Josef Raabe. Bratislava 2013: 125. ISBN 978-80-8140-083-4
 24. Gavorník P. *Angiológia 2 pre všeobecných praktických lekárov – Arteriológia*. 1. vyd. Vydavateľstvo Dr. Josef Raabe. Bratislava 2014: 174. ISBN 978-80-8140-168-8
 25. Gavorník P. *Rehabilitácia a interná medicína*. *Interná med* 2013; 13 (11): 498 – 501.
 26. Wang YL, Ma H, Yang J et al. Association between estimated glomerular filtration rate, ankle-brachial index, and recurrent ischemic stroke in a Chinese population of ischemic stroke patients. *VASA (Eur J Vas Med)* 2013; 42 (3): 177 – 183.
 27. Remková A, Bátorová A, Mistrík M, Šimková I, Kamenský G, Lazúrová I, Payer J, Turčáni P. Reverzia antikoagulačného účinku nových perorálnych antikoagulancií pri krvácaní a v urgentných situáciách s rizikom krvácania - spoločné odporúčania odborných spoločností. *Interná med* 2014; 14 (3): 105 – 114.
 28. Šteňo J. *Princípy chirurgického liečenia cievnych ochorení mozgu*. In: *Princípy chirurgie II*. Bratislava: SAP. 2010: 165 – 166. ISBN 978-80-8095-053-8
 29. Vulev I, Klepanec A, Bazik R, Balasz T, Illes R, Steno J. Endovascular treatment of internal carotid and vertebral artery aneurysms using a novel pericardium covered stent. *J Interv Neuroradiol* 2012; 18 (2): 164 – 171.
 30. Tomka J, Slyško R, Mondek P. K životnému jubileu prof. MUDr. V. Šefránka, CSc. *Monitor medicíny SLS* 2014; 4 (1 – 2): 40 – 41.

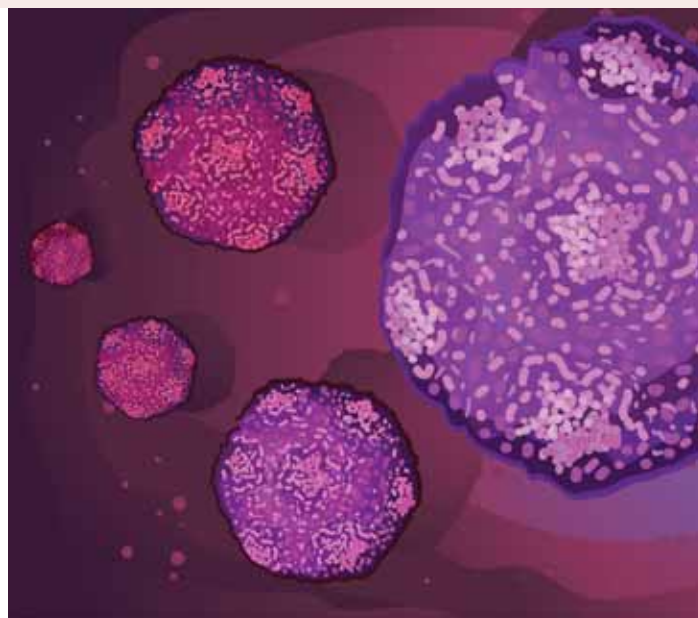
SYMPTOMATICKÁ LIEČBA ZÁPALOVÝCH PREJAVOV V ÚSTNEJ ČASTI HLTANA SPOJENÝCH S BOLEŠŤOU ÚSTNYM VÝPLACHOM PRÍPRAVKOM GLIMBAX™

MUDr. Irina Šebová, CSc.,
Detská ORL klinika DFNSP, Bratislava

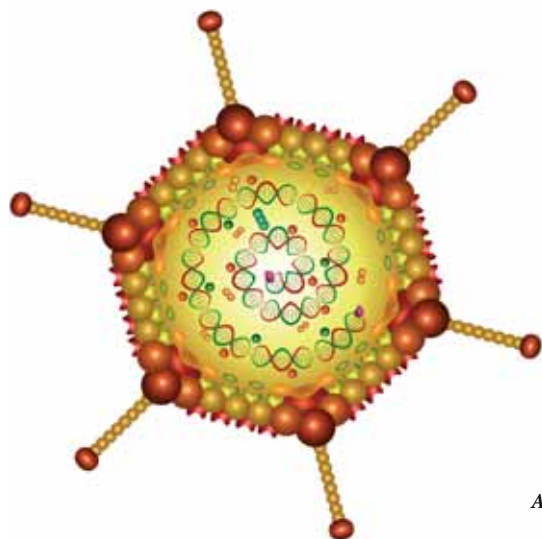
Zápaly v ústnej časti hltana patria k najčastejším ochoreniam v ORL oblasti u detí a dospelých. Ich základným klinickým prejavom je akútna alebo chronická bolesť, ktorá môže byť spontánna, alebo sa prejaví pri prehĺtaní (odynofágia). Súčasťou klinického obrazu môže byť aj sťažené prehĺtanie (dysfágia). V závislosti od etiopatogenézy ochorenia stav môže a nemusí byť sprevádzaný zvýšenou teplotou. Primárnym vyvolávateľom akútnych zápalov sú najčastejšie vírusy (rinovírusy, vírus parainfluenzy, koronavírusy, coxsackie vírusy, adenovírusy, enterovírusy, reovírusy, vírusy chrípky A a B, herpetické vírusy a iné), len v 5 – 10 % ide o baktérie. V prípade baktérií najčastejšie ide o sekundárnu infekciu ako komplikáciu vírusovej infekcie. Pri chronických zápaloch sa často stretávame s fajčiarskou faryngitídou, ďalej rádiomukozitídou u onkologických pacientov v dôsledku liečby onkologického ochorenia v oblasti ústnej časti hltana žiarením a pomerne veľkou skupinou sú aj pacienti s extraezofageálnymi prejavmi refluxu v tejto oblasti.

V dôsledku uvedených príčin diagnostikujeme u pacientov rôzne prejavy faryngitídy, angíny a mukozitídy orofaryngu. Kauzálna liečba vyžaduje stanovenie základnej príčiny zápalu, v prípade akútnych zápalov máme dnes okrem iného k dispozícii na odlíšenie vírusovej a bakteriálnej etiológie CRP. Je to veľmi dôležitá pomôcka v ére globálnej hrozby narastania antimikrobiálnej rezistencie na antibiotiká. Systémová antibiotická liečba pri vírusových infekciách nie je indikovaná, čo mnohokrát len z klinického nálezu nevieme posúdiť. Vhodným doplnkom kauzálnej liečby – pokiaľ je možná – je symptomatická liečba zameraná na zmiernenie zápalových prejavov a potlačenie sprievodnej bolesti. Do tejto skupiny radíme rôzne dekongestíva, sekretolytiká, antipyretiká, analgetiká a iné lieky pripravené v rôznych liekových formách.

GLIMBAX (0,074 % roztok acidum diclofenacum s patentom CDS) je lokálne steroidový liek vo forme ústneho výplachu určený na liečbu zápalových prejavov v orofaryngu (gingivitída, stomatitída, faryngitída, tonzilofaryngitída, postradiačná mukozitída) a na symptomatickú liečbu po otorinolaryngologických a stomatologických zákrokoch v orofaryngeálnej oblasti. Technológia CDS je založená na salifikácii diklofenaku za prítomnosti cholínu, to znamená na jeho prevedenie na rozpustnú soľ. Takto solubilizovaný diklofenak má skorý nástup účinku, je veľmi dobre účinný, má minimum nežiaducich účinkov, jeho prirodzene horká chuť je maskovaná,



Rinovírus



Adenovírus

neobsahuje alkohol a zlepšuje komplianciu pacienta. Spektrofluoroskopia dokázala, že prípravok sa po použití koncentruje v orofaryngeálnej sliznici a pomaly sa odtiaľ absorbuje. Týmto spôsobom sa dosiahnu veľmi nízke plazmatické koncentrácie liečiva a vyhneme sa systémovým účinkom. Vylučovanie lieku prebieha najmä močom vo forme metabolitov, zvyšná časť žlčou a stolicou. Liek sa odporúča užívať v podobe výplachov ústnej dutiny alebo ako kloktadlo 2 až 3-krát denne dávkou 15 ml neriedeného roztoku alebo roztoku ľahko zriedeného malým množstvom vody. Medzi kontraindikácie lieku patrí precitlivosť na liečivo, prípadne pomocné látky, ktoré sú v ňom obsiahnuté, na kyselinu acetylsalicylovú alebo iné lieky NSA. V roku 2011 prebehlo na Farmaceutickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave štatistické spracovanie výsledkov účinnosti a znášanlivosti lieku GLIMBAX™ u pacientov počas užívania antibiotickej systémovej liečby formou dotazníkovej ankety zameranej na lekárov a pacientov. Celkove vyhodnotili 270 denníkov pacienta a 550 anketových lístkov vyplnených 54 lekármi z celej Slovenskej republiky. Typické trvanie komedikácie antibiotika s ústnym výplachom GLIMBAX™ bolo 5-7 dní, kontrolná skupina bola liečená len samotným antibiotikom a GLIMBAX™ nepoužívala. Efektivita



liečby bola preukázaná v oboch režimoch (s komedikáciou GLIMBAXOM™, alebo bez nej). Najdôležitejším zistením bolo, že užívanie GLIMBAX™-u štatisticky významne zlepšilo kvalitu života pacientov oproti kontrolnej skupine, ktorá ho neužívala. Viaceré sledované parametre v tejto štúdii (rovnako kvality života pacientov na konci liečby, zmena kvality života pacientov s Liečbou I – GLIMBAX-om podporovanou liečbou, zmena kvality života pacientov s Liečbou II – terapia bez podania lieku GLIMBAX™, porovnanie celkovej účinnosti hodnotenej lekármi, hodnotenie celkovej účinnosti hodnotenej pacientami) vykázali v tejto štúdii významné rozdiely (zmiernenie erytému a edému na sliznici, zníženie odynofágie a zlepšenie sprehlňania pri symptomatickej podpornej liečbe prípravkom GLIMBAX™). Čo sa týka výskytu závažných nežiaducich vedľajších účinkov, neboli zistené žiadne. Len v dvoch prípadoch (relatívny výskyt 0,7 %) sa pacienti sťažovali na zmenu chuti v ústach a liečba GLIMBAX-om bola predčasne ukončená.

Aj keď počas klinických štúdií neboli pozorované žiadne vedľajšie nežiaduce účinky spojené s podávaním lieku GLIMBAX, pri dlhodobom podávaní sa podľa informácie v SPC môžu vyskytnúť prejavy podráždenia ústnej sliznice a kašeľ. Tieto prejavy sú zvyčajne mierneho charakteru. Dlhodobému používaniu prípravku je preto vhodné vyhnúť sa.

ZÁVER

Prípravok GLIMBAX™ v liekovej forme ústneho výplachu je užitočnou a bezpečnou formou symptomatickej liečby zápalových procesov a pooperačných stavov v ústnej dutine a ústnej časti hltana. Predstavuje jedinečný orálny roztok diklofenaku s patentom CDS určeným na lokálne použitie. Je dokázané, že v indikovaných prípadoch pri krátkodobom podávaní významne zvyšuje kvalitu života pacientov zmiernením zápalových prejavov a tlmením bolesti bez rizika vedľajších účinkov, ktoré sú spojené s použitím nesteroidových antiflogistik v perorálnej podobe.

LITERATÚRA

- Goette K, Nicolai Th. Pädiatrische HNO-Heilkunde. Elsevier GmbH Muenchen, 2010, 684 S.
- Griffiths D. Studio clinico controllato fra diclofenac collutario e benzidami collutario nelle faringotonsilliti. Gazz Med Ital, Arch Sci Med, 160, 2001, 127-133.
- Kostřica R, Rottenberg J, Kvěch J, Betka J, Jablonický P. Randomized, double blind comparison of efficacy and tolerability of diclofenac mouthwash versus placebo in mucositis of oral cavity by radiotherapy. J Clin Research 1, 2002, 1-14.
- Pagella F, Rossi V, Zanoletti E, Benazzo M, Mira E. Efficacy and tolerability of a mouthwash based on diclofenac in the treatment of disorders of the upper respiratory tract. Double blind study versus flurbiprofen mouthwash. Otorinolaryngol 51, 2001, 77-81.
- SPC Glimbax
- Steinbeck C, Hrobon M. Confronto a doppia cecita fra diclofenac collutario e placebo nelle faringotonsilliti. Otorinolaryngol 5, 2001, 69-71.
- Tramer M, Bassetti C, Morgantini A. Efficacy and safety of mouthwash diclofenac in oral or parodontal surgery. Minerva Stomatol 50, 2001, 309-314.
- Weinstein R. Studio controllata a doppio cecita verso placebo su effiacia, accetabilita e tollerabilita di Diclofenac collutario nel posto operatorio orale o parodontale. Minerva Stomatol 50 (9-10), 2001, 315-319.
- Záverečná správa Štatistické spracovanie výsledkov účinnosti a znášanlivosti lieku GLIMBAX™ u pacientov s antibiotickou terapiou v roku 2011. Farmaceutická fakulta UK Bratislava, 30.1.2012.

INPED Jar 2015

AKTUÁLNE TRENDY V PEDIATRII I.

POZVÁNKA

Termíny a miesta konania:

- 9.4.2015 Žilina, Hotel Slovakia, Nám. L.Štúra, 2
- 15.4.2015 Košice, DoubleTree by Hilton Košice, Hlavná 1
- 16.4.2015 Bratislava, Hotel Bratislava, Seberínho 9



PROGRAM:

- 15:30 – 16:00 **REGISTRÁCIA** - Otvorenie a predstavenie účastníkov
- 16:00 – 16:30 **Prvá reálna možnosť prevencie herpesu zoster**
Prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.
- 16:30 – 17:00 **Nové možnosti liečby infekcií horných dýchacích ciest**
MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA
- 17:00 – 17:30 **Jedinečnosť očkovania proti HPV v súčasnej preventívnej medicíne**
Doc. MUDr. Miloš Jeseňák, PhD., MBA, Dott.Ric.
- 17:30 – 17:40 Blok komerčných prednášok
- 17:40 – 18:00 Prestávka, prezentácie firemných stánkov
- 18:00 – 18:30 **1. vs. 2. generácia antihistaminík v klinickej praxi**
Doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., Doc. MUDr. Miloš Jeseňák, PhD., MBA, Dott.Ric.
- 18:30 – 19:00 **Topické účinky kombinácie oxidu zinočnatého, lanolínu, benzylalkoholu, benzylbenzoátu a benzylcinamátu na pokožku**
PharmDr. Andrea Gažová, PhD.
- 19:00 – 19:30 **Črevné ťažkosti u detí – ako ich zvládnuť?**
MUDr. Elena Prokopová, MUDr. Beata Nemčoková
- 19:30 – 20:00 Diskusia, záver podujatia

Glimbax irr ora & Glimbax aer ora

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústavy farmakológie 2. a 3. LF UK, Praha

ZLOŽENIE

Glimbax irr ora: 100 ml roztoku obsahuje 0,074 g acidum diclofenacum.

Glimbax aer ora: 1 fľaštička s objemom 15 ml (100 ml) roztoku obsahuje 0,148 g acidum diclofenacum.

CHARAKTERISTIKA

Bolestivá afekcia postihujúca dutinu ústnu alebo hrdlo je veľmi častým prejavom, ktorý môže byť spôsobený celým radom faktorov. V zásade sa za účelom ich tlmenia využívajú predovšetkým látky navodzujúce lokálne znecitlivenie (najmä lokálne anestetiká), lokálne antiseptiká/antibiotiká alebo látky, symptomaticky potláčajúce zápal, ku ktorým patrí i diklofenak, ktorý obsahujú lieky Glimbax orálny roztok a Glimbax orálna aerodisperzia (novinka).

MECHANIZMUS ÚČINKU A FARMAKODYNAMICKÉ VLASTNOSTI

Diklofenak, chemicky kyselina 2-(2,6-dichloranilino) fenylactová, je neselektívne pôsobiace nesteroidové antiflogistikum. Podobne ako ostatní predstavitelia skupiny nesteroidových antiflogistik (NSA) pôsobia inhibične na tvorbu prostaglandínov prostredníctvom inhibície katalytickej aktivity oboch foriem cyklooxygenáz (COX-1 a COX-2).

FARMAKOKINETICKÉ VLASTNOSTI

Prostredníctvom spektrofluoroskopie sa preukázalo, že diklofenak, ktorý sa nachádza v liekoch Glimbax irr ora a Glimbax aer ora, sa po aplikácii koncentruje predovšetkým v orofaryngeálnej sliznici s následnou veľmi obmedzenou absorpciou. Systémovo sa tak dosahujú len veľmi nízke plazmatické koncentrácie diklofenaku, ktoré nedisponujú akýmkoľvek systémovými (žiaducimi i nežiaducimi) účinkami.

Vylučovanie diklofenaku prebieha predovšetkým obličkami, a to vo forme metabolitov, v menšej miere prebieha eliminácia takisto žľou a stolicou.

INDIKÁCIE

Oba prípravky sú určené k symptomatickej liečbe zápalov, aj bolestivých, v orofaryngeálnej dutine (napr. gingivitis, faryngitis, stomatitis), tiež ako následok dentálnej terapie (extrakcia zubov alebo konzervatívna liečba)."

KONTRAINDIKÁCIE

Okrem známej precitlivenosti na účinnú látku sa nesmie liek podávať aj v prípade známej precitlivenosti na ktorúkoľvek z pomocných látok. Nesmie sa taktiež podávať chorým so známou precitlivenosťou na kyselinu acetylsalicylovú alebo nesteroidové antiflogistiká.

KLINICKÉ SKÚSENOSTI

Terapeutická účinnosť orálne podávaného diklofenaku sa zisťovala v niekoľkých klinických štúdiách.

V rámci multicentrickej otvorenej štúdie sa hodnotila jeho účinnosť a bezpečnosť u chorých podstupujúcich chirurgický zákrok v dutine ústnej, a to pri využití jeho koncentrácie identickej s liekom Glimbax irr ora. Chorí si vyplachovali ústa počas 1 minúty 2-krát denne počas 1 týždňa (n = 79). Bol zaznamenaný výrazný pokles spontánnej bolesti v porovnaní s východiskovým stavom počínajúc prvým dňom liečby. Na konci 1. týždňa poklesla intenzita bolesti o viac ako 88 % (p < 0,01). Podobne pokleslo i začervenanie, pocit pálenia a opuch – pokles o 72 %, 87 % a 91 % (p < 0,01). Zlepšenie zaznamenali ako



ošetrujúci lekári, tak aj pacienti. Tí súčasne pozitívne hodnotili aj chuť lieku, a to ako príjemnú alebo prijateľnú¹.

Z toho istého roku pochádza aj dvojito zaslepená klinická štúdia, v ktorej sa účinnosť 0,074 % roztoku diklofenaku porovnávala s placebom s randomizovaným usporiadaním probandov a s rovnakou schémou dávkovania ako v predchádzajúcej štúdii (n = 50). Priemerná intenzita bolesti bola signifikantne nižšia pri liečbe diklofenakom v porovnaní s placebom na večer po vykonanom operačnom zákroku (p = 0,003) i ráno nasledujúci deň (p = 0,001). Výrazne sa zlepšilo i zápalové postihnutie ďasien (p < 0,001). Oba prístupy chorí veľmi dobre znášali².

Analogické porovnanie s placebom v zmysle hodnotenia účinnosti a bezpečnosti sa realizovalo aj v ďalšej štúdii s chorými trpiacimi bolesťami a zápalom v dôsledku periodontálneho chirurgického zákroku pre chronickú periodontitídu. Spontánna bolesť pri voľbe diklofenaku v porovnaní s placebom výrazne poklesla, a i tu sa zmiernili známky zápalu ďasien a ich opuch, hoci pri týchto parametroch nebol štatisticky významný rozdiel v porovnaní s placebom³.

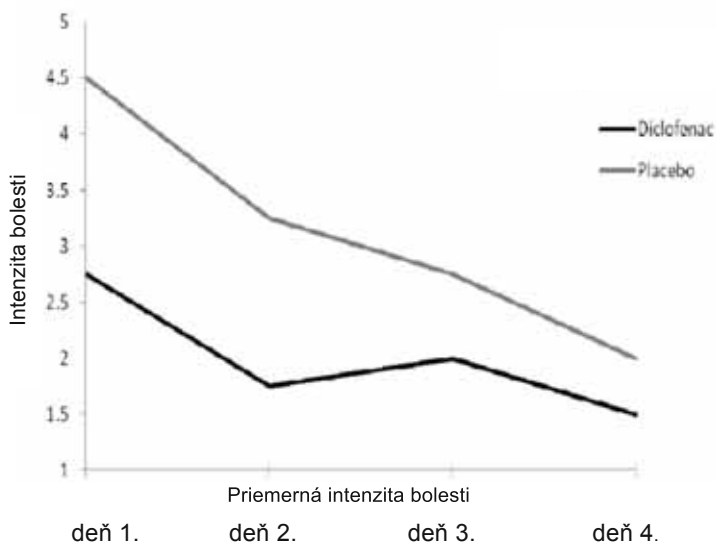
Dvojito zaslepená randomizovaná štúdia zahŕňajúca 20 pacientov preukázala, že diklofenak aplikovaný 4-krát denne počas 30 sekúnd a počas 1 týždňa výrazne znižoval pooperačnú periodontálnu bolesť, avšak nijako neovplyvňoval množstvo súčasne užívaného analgeticky a protizápalovo pôsobiaceho ibuprofenu. Priemerná intenzita bolesti v 1. týždni po zákroku pri liečbe diklofenakom dosahovala úroveň 1,96 ± 2,30 bodov vs. 3,07 ± 2,41 bodov (p < 0,029) na vizuálne analógovej škále bolesti⁴. Priaznivé terapeutické výsledky sa dosiahli i pri podávaní diklofenaku vo forme epolamínu⁵.

TEHOTENSTVO A LAKTÁCIA

Počas gravidity i počas dojčenia možno liek užívať len pod dohľadom lekára.



Obrázok 1. Priemerná hodnota intenzity bolesti po operačnom zákroku (upravené podľa Yaghini J et al., 2011)



LIEKOVÉ INTERAKCIE

Liekové interakcie diklofenaku v tejto liekovej forme neboli zaznamenané.

BEZPEČNOSŤ A ZNÁŠANLIVOSŤ

V rámci vykonaných klinických štúdií sa pri užívaní lieku Glimpax irr ora nezaznamenali žiadne nežiaduce účinky. Pri dlhšom podávaní sa jednako môžu objaviť prejavy podráždenia sliznice ústnej dutiny a mierny kašeľ. Pri dlhodobjšom podávaní sa môže rozvinúť aj precitlivenosť voči účinnej látke. Doteraz nebol zaznamenaný ani jediný prípad predávkovania. Podobný bezpečnostný profil sa zisťuje aj pri lieku Glimbax aer ora.

DÁVKOVANIE

Glimbax irr ora:

Výplachy ústnej dutiny sa vykonávajú časovo 2–3-krát denne s dávkou v objeme 15 ml neriedeného roztoku pomocou priloženej odmerky. Danú dávku je možno aj zriediť malým množstvom vody.

Glimbax aer ora:

Liek sa aplikuje formou 2 vstrekov 2–3-krát denne cielene na miesto postihnuté zápalom. Jednou dávkou sa aplikuje 0,2 ml, čo zodpovedá 0,3 mg obsahnutého lieku.

DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCI

CSC Pharmaceuticals Handels GmbH, Rakúsko.

LITERATÚRA

1. Tramer M, Bassetti C, Metzler C, Morgantini A. [Efficacy and safety of mouthwash diclofenac in oral or periodontal surgery]. *Minerva Stomatol.* 2001; 50: 309-314.
2. Weinstein RL. [Double blind placebo-controlled study on efficacy, acceptability and safety of mouthwash diclofenac in oral or periodontal postoperative period]. *Minerva Stomatol.* 2001; 50: 315-319.
3. Agarwal S, Mathur S, Kothiwale S, Benjamin A. Efficacy and acceptability of 0.074% diclofenac-containing mouthwash after periodontal surgery: a clinical study. *Indian J Dent Res.* 2010; 21: 408-412.
4. Yaghini J, Abed AM, Mostafavi SA, Roshanzamir N. The effect of diclofenac mouthwash on periodontal postoperative pain. *Dent Res.J (Isfahan.)* 2011; 8: 146-149.
5. Serafini G, Trevisan S, Saponati G, Bandettini B. Therapeutic efficacy and tolerability of the topical treatment of inflammatory conditions of the oral cavity with a mouthwash containing diclofenac epolamine: a randomized, investigator-blind, parallel-group, controlled, phase III study. *Clin Drug Investig.* 2012; 32: 41-49.

Poznámka:

Štatút lieku: Lieky nie sú viazané na lekársky predpis. Úhrada z prostriedkov verejného zdravotného poistenia: nie je hrađený VZP. Profil liekov spracoval kolektív autorov pod vedením MUDr. J. Slívu, PhD., s využitím odbornej literatúry a SPC podľa poslednej verzie.



ENTERINA®

Výživový doplnok s obsahom probiotického kmeňa *Bacillus coagulans*, extraktu z plodov čučoriedok, vitamínu K a vitamínov skupiny B, ktoré prispievajú k:

- udržaniu fyziologického stavu slizníc,
- normálnemu energetickému metabolizmu,
- zníženiu miery únavy a vyčerpania.

**MÁTE VY ALEBO VAŠE
DIEŤA TRÁVIACE
ŤAŽKOSTI?**

**TRÁPI VÁS ALEBO VAŠE
DIEŤA HNAČKA?**

**PRECHÁDZATE VY ALEBO
VAŠE DIEŤA OBDOBÍM
REKONVALESCENCIE?**

CHYSTÁTE SA CESTOVAŤ?

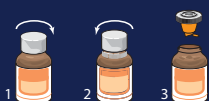


výživový doplnok

- Vo forme praktických jednorazových flaštičiek
- Pohodlné a praktické pre rodičov, deťmi obľúbené, veľmi chutné.

Charakteristika: Enterina obsahuje špecificky vybraný probiotický bakteriálny kmeň *Bacillus coagulans*, doplnený prebiotikom arabinogalaktánom (látka podporujúca rast a aktivitu probiotík v čreve), vitamíny skupiny B, K a extrakt z plodov čučoriedky. Spóry probiotických baktérií sú odolné voči žalúdočnej šťave i žilčovým kyselinám. Probiotické baktérie vykazujú zvýšenú prínavosť k bunkám čreva. Prípravok ENTERINA má jedinečnú liekovú formu, určenú špeciálne pre deti: obsahuje 8 flaštičiek určených na prípravu perorálneho roztoku v čase potreby. Probiotiká, čučoriedkový extrakt a vitamíny sa nachádzajú oddelene v suchej forme v uzávere flaštičky, roztok fruktózy, inulínu a koncentrovaná šťava z plodov čučoriedok tvorí obsah samotnej flaštičky. K premiešaniu dochádza až tesne pred podaním dieťaťu. Táto jednorazová lieková forma je komfortná pre rodičov aj deti. Zaisťuje potrebnú dlhodobú stabilitu probiotík, tiež bezpečnosť pre pacienta, pretože je eliminovaná možnosť kontaminácie roztoku pri opakovanom používaní. **ENTERINA TAK PRINÁŠA NOVOU LIEKOVÚ APLIKAČNÚ FORMU PROBIOTÍK A ŠPECIFICKÝ PROBIOTICKÝ KMEŇ, ZAMERANÝ PRÁVE NA POTREBY NAJMENŠÍCH PACIENTOV.**

Informačný servis: inPHARM s.r.o., tel.: +421 2 44 630 402, e-mail: inpharm@inpharm.sk, www.inpharm.sk



1. Otáčajte uzáverom v smere hodinových ručičiek až do maximálnej možnej pozície. V tejto pozícii dôjde k prepadu prášku z uzáveru do tekutiny pod uzáverom.
2. Potrepte dobre flaštičkou (so stále priskrutkovaným uzáverom) kvôli dobrému rozpusteniu.
3. Odskrutkujte uzáver a vypite obsah flaštičky.



EDUKAFARM[®]

vzdelávanie v oblasti "OTC" a "RX" liečiv

vzdelávacie akcie

semináre kongresy

periodiká workshopy

„MEDIKOM“

„FarmiNews“

„Lekáreň a Lieky“

publikácie

„Voľnopredajné prípravky“

ankety

„Lekárnici odporúčajú“

www.edukafarm.sk

AD TEST 1

GARANTOVANÝ AUTODIDAKTICKÝ TEST HODNOTENÝ 2 KREDITMI CME

AD TEST je možné vyplniť aj online. Nájdate ho na našej hlavnej stránke www.edukafarm.sk v sekcii Vzdelávacie akcie/ AD TEST. K návšteve stránky môžete použiť aj QR kód uvedený pod testom. Po kliknutí na odkaz AD TESTU budete presmerovaní na stránku SLK, kde sa do testu prihlásite zadaním svojich komorových údajov. Po úspešnom absolvovaní vám budú kredity pripísané automaticky.

Každý AD test je hodnotený najviac 2 kreditmi, a to v závislosti od úspešnosti riešiteľa (81 – 100 % = 2 kredity, 61 – 80 % = 1 kredit, 0 – 60% = 0 kreditov).

1. Medicína založená na dôkazoch v liečbe alergií u tehotných preferuje:

- a) bilastín
- b) loratadín
- c) levocetirizín
- d) desloratadín.

2. Zvoľte správne tvrdenie o bilastíne:

- a) pri pečenej insuficiencii je žiaduca úprava dávky
- b) ide o preliečivo rozsiahle metabolizované pečenu
- c) u seniorov netreba znižovať dávky
- d) keďže je vylučovaný obličkami, treba znížiť dávky pri nižšej hodnote glom. klirensu.

3. Zvoľte správne tvrdenie o injekčnej kolagénovej liečbe podávanej v rámci FRM:

- a) je kontraindikovaná pri súčasnej liečbe NSA
- b) je kontraindikovaná pri súčasnom podávaní kortikosteroidov
- c) je kontraindikovaná pri súčasnom podávaní NSA i kortikosteroidov
- d) podávanie súčasne s NSA alebo kortikosteroidmi nie je kontraindikáciou.

4. Zvoľte nesprávne tvrdenie o vitamíne C:

- a) pri reumatoidnej artritíde klesá jeho koncentrácia v tkanivách i v krvnej plazme
- b) je nevyhnutný pre syntézu kolagénu
- c) jeho výrazný nedostatok v organizme možno efektívne riešiť podávaním per os
- d) intravenózne sa podáva až v gramových dávkach.

5. Zvoľte nesprávne tvrdenie o kalcii:

- a) znižuje permeabilitu kapilár sprevádzajúcu alergickú reakciu
- b) denná výmena medzi plazmou a kosťami zodpovedá cca 7,5 g
- c) kalcium veľmi ľahko prestupuje do primárneho moču
- d) telo dospelého jedinca obsahuje asi 1 100 g tohto prvku.

6. K prioritným fixným kombináciám v liečbe hypertenzie nepatrí:

- a) ACEI + sartan
- b) ACEI + BKK
- c) BKK + sartan
- d) diuretikum + BKK.

7. Kontraindikáciou thiazidových diuretik je:

- a) astma bronchiálna
- b) hyperkaliémia
- c) osteoporóza
- d) dna.

8. Perzistujúce zvýšenie niektorého z pečenej testov sa zisťuje až pri:

- a) 12,9 % osôb užívajúcich NSA
- b) 3,5 % osôb užívajúcich NSA
- c) 2,9 % osôb užívajúcich NSA
- d) 5,4 % osôb užívajúcich NSA.

9. Štúdia SALT preukázala vysoký výskyt akútneho pečenej zlyhania pri liečbe:

- a) nimesulidom
- b) paracetamolom
- c) ibuprofénom
- d) kyselinou acetylsalicylovou.

10. Zvoľte správne tvrdenie o Pelargonium sidoides:

- a) znižuje tvorbu interferónu
- b) potláča tvorbu oxidu dusnatého
- c) znižuje aktivitu NK-buniek
- d) zvyšuje tvorbu IgA v slinách.



NÁVRATKA AD TEST 1

Správne odpovede zakrúžkujte!
Správna odpoveď je len jedna.

Návratku odošlite najneskôr
do **24. 4. 2015** v obálke na adresu:

LEKÁR a.s., AD TEST 1 – MEDIKOM 1/2015,
Dobšinského 12, 811 05 Bratislava

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

Meno:

Ulica:Mesto:

PSČ:ID:

Dátum: Podpis:

Garantovaný autodidaktický test hodnotený 2 kreditmi CME
MEDIKOM 1/2015

1.	a	b	c	d	6.	a	b	c	d
2.	a	b	c	d	7.	a	b	c	d
3.	a	b	c	d	8.	a	b	c	d
4.	a	b	c	d	9.	a	b	c	d
5.	a	b	c	d	10.	a	b	c	d

Lekárska pečiatka

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

AD TEST 2

GARANTOVANÝ AUTODIDAKTICKÝ TEST HODNOTENÝ 2 KREDITMI CME

AD TEST je možné vyplniť aj online. Nájdete ho na našej hlavnej stránke www.edukafarm.sk v sekcii Vzdelávacie akcie/ AD TEST. K návšteve stránky môžete použiť aj QR kód uvedený pod testom. Po kliknutí na odkaz AD TESTU budete presmerovaní na stránku SLK, kde sa do testu prihlásite zadaním svojich komorových údajov. Po úspešnom absolvovaní vám budú kredity pripísané automaticky. Každý AD test je hodnotený najviac 2 kreditmi, a to v závislosti od úspešnosti riešiteľa (81 – 100 % = 2 kredity, 61 – 80 % = 1 kredit, 0 – 60% = 0 kreditov).

1. Zvoľte nesprávne tvrdenie o *Pelargonium sidoides*:

- a) pôsobí sekretomotoricky
- b) pôsobí imunosupresívne
- c) pôsobí cytoprotektívne
- d) má antimikrobiálne vlastnosti.

2. Pri atopickej dermatitíde na veľkoplošnú aplikáciu sú vhodné externá s koncentráciou ury:

- a) 0,5–1 %
- b) 0,5–3 %
- c) 3–5 %
- d) 5 %.

3. Zvoľte správne tvrdenie týkajúce sa liečby atopickej dermatitídy:

- a) využívajú sa lokálne pôsobiace antihistaminiká
- b) lokálne imunomodulátory sú vhodné len na krátkodobú liečbu
- c) lokálne imunomodulátory znižujú pravdepodobnosť relapsu ochorenia
- d) sú kontraindikované v mieste kožnej atrofie indukovanej kortikosteroidmi.



4. Štádiá entezopatie sa klasifikujú podľa:

- a. Berquista
- b. Bernsteina
- c. Berniho
- d. Bantinga.

5. Zvoľte správne tvrdenie:

- a) tenisový lakť je postihnutie laterálneho epikondylu
- b) golfový lakť je postihnutie laterálneho epikondylu
- c) golfový lakť je postihnutie laterálneho i mediálneho epikondylu
- d) tenisový lakť je postihnutie laterálneho i mediálneho epikondylu.

6. Lekársky lanolín je zmesou:

- a) tuku z vlny (55 %), parafinového oleja (25 %) a vody (20 %)
- b) tuku z vlny (65 %), parafinového oleja (15 %) a vody (20 %)
- c) tuku z vlny (75 %), parafinového oleja (5 %) a vody (20 %)
- d) tuku z vlny (75 %), parafinového oleja (15 %) a vody (10 %).

7. Benzylalkohol pôsobí antimikrobiálne v koncentráciách:

- a) 2–3 %
- b) 0,1–1 %
- c) 0,9–2 %
- d) 3–5 %.

8. Okrem nikotínovej substitučnej liečby sa pri odvykaní fajčenia využíva:

- a) buspiron
- b) butorfanol
- c) bupropión
- d) bucindolol.

9. Intervencia slúžiaca na odvykanie fajčenia sa uvádza skratkou:

- a) 5P
- b) 5A
- c) 4P
- d) 4A.

10. Za účelom potlačenia zápalu v dutine ústnej sa užíva roztok diklofenaku s koncentráciou:

- a) 0,074 %
- b) 0,74 %
- c) 7,4 %
- d) 4,7 %.

NÁVRATKA AD TEST 2

Správne odpovede zakrúžkujte!
Správna odpoveď je len jedna.

Návratku odošlite najneskôr
do 24. 4. 2015 v obálke na adresu:

LEKÁR a.s., AD TEST 2 – MEDIKOM 1/2015,
Dobšinského 12, 811 05 Bratislava

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

Meno:

Ulica:Mesto:

PSC:ID:

Dátum: Podpis:

Garantovaný autodidaktický test hodnotený 2 kreditmi CME
MEDIKOM 1/2015

1.	a	b	c	d	6.	a	b	c	d
2.	a	b	c	d	7.	a	b	c	d
3.	a	b	c	d	8.	a	b	c	d
4.	a	b	c	d	9.	a	b	c	d
5.	a	b	c	d	10.	a	b	c	d

Lekárska pečiatka

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

MEDZINÁRODNÝ DEŇ ZRIEDKAVÝCH CHORÔB: CROHNOVA CHOROBA SUŽUJE VEĽA ĽUDÍ. PRIPOISTENIE PROTI NEJ PONÚKA LEN ZLOMOK POISŤOVNÍ

Približne 8 000 ľudí je takou chorobou postihnutých. Z takých chorôb je aj Crohnova choroba. Výskyt v posledných rokoch dramaticky stúpa. Na Slovensku dnes podľa štatistik trpí takmer 12 000 osôb, čo je o takmer 90 % viac než pred desiatimi rokmi. Ochorenie pritom podľa odborníkov výrazne zhoršuje kvalitu života. Prieskum ukázal, že 40 % pacientov kvôli svojej chorobe má problém nadviazať intímny vzťah a 42 % zamestnaných pacientov muselo upraviť svoj pracovný pomer. Finančná ochrana proti tomuto ochoreniu pritom takmer neexistuje.

Prieskum realizovala Európska federácia združení pre Crohnovu chorobu a ulceróznou kolitidu v 14 európskych krajinách. Z prieskumu vyplynulo, že 96 % pacientov s Crohnovou chorobou pociťuje počas aktívnej fázy ochorenia únavu, slabosť a celkovú vyčerpanosť. V čase remisie sú príznaky ochorenia minimálne. Až 85 % pacientov muselo byť v posledných piatich rokoch hospitalizovaných a 62 % sužujú kŕčovitú bolesť brucha častejšie než päťkrát do týždňa. Ochorenie tak často vedie ku strate či obmedzeniu výkonu zamestnania, ktoré môže viesť k finančným komplikáciám.

„Kritická choroba môže znamenať pre pacienta, ako aj jeho rodinu, značnú finančnú záťaž. A to nehovoríme len o nákladoch spojených s liečbou či rehabilitáciou. Ide aj o financie na pokrytie základných potrieb pre zabezpečenie chodu domácnosti. Náhrada mzdy zamestnancovi síce náleží už od 1.

dňa dočasnej práceneschopnosti, ale až do 3. dňa je len vo výške 25 % denného vymeriavacieho základu. Od 4. dňa dočasnej práceneschopnosti je vo výške 55 % denného vymeriavacieho základu.

Pripoistenie pre prípad takmer 70 diagnóz vrátane neprepuknutej rakoviny

Pripoistenie pre prípad kritických ochorení realizuje len jedna poisťovňa. Kryje celkom 67 diag-

nóz. Súčasťou sú nielen vzácne ochorenia, ale napríklad aj infarkt, mozgová mŕtvica, nádorové ochorenia, encefalitída, borelióza či žltacka. Unikátom tohto produktu je pripoistenie rakoviny in situ, alebo neprepuknutej rakoviny, ktorá sa po diagnóze už ďalej nešíri, a u pacienta je možné očakávať úplné uzdravenie.

(esia)



LEKÁRI V UKRAJINSKOM HORLIVCI ZAŠÍVAJÚ RANY RYBÁRSKYM VLASCOM

Nemocnica v Horlivci na východe Ukrajiny po nekonečnom bombardovaní mesta má mnoho zranených. Pretože im začína dochádzať zdravotnícky materiál, podľa lekára Michaela Roescha, chirurga Lekári bez hraníc sa na šitie rán občas používa aj rybársky vlasec.

Minulý týždeň denne privádzali 60 ranených. Máme jeden funkčný operačný sál. V nemocnici netečie voda, nedá sa sterilizovať. Ranených len stabilizujeme a operujeme len tie najkritickejšie prípady.

Posledné dni v Horlivci popísal ako „mimoriadne intenzívne“. „Som chirurg, ale v živote som nevidel toľko ľudí s amputovanými končatinami. Ľudia si idú len nakúpiť a o hodinu neskôr už nemajú nohy. Podľa Roescha sa miestni zamestnanci snažia byť odvážni a pokojní, ale hlboko v sebe sú na pokraji zúfalstva. „Cítia sa opustení celým svetom.“ Nepôsobí tu žiadna organizácia okrem Lekárov bez hraníc. Ľudia zúfalo čakajú na znamenie, že na nich svet nezabudol, uviedol lekár.

(iva)



LEKÁRSKA KOMORA SEVERNÉ PORÝNIE SA PREDSTAVUJE

Lekárska komora Severné Porýnie (ÄkNo) je profesijným zastúpením asi 56 500 lekárov a lekárkov v časti Severné Porýnie nemeckej spolkovej krajiny Severné Porýnie-Vestfálsko. V Severnom Porýní žije asi 9,6 milióna ľudí.

Lekárska komora Severné Porýnie plní v samospráve verejné úlohy v oblasti zdravotníctva a na základe príkazov plní štátne úlohy.

PRÁVNE ZÁKLADY

Komora pracuje na základe zákona o zdravotníckych povolaniach krajiny Severné Porýnie-Vestfálsko a je združením verejného práva. Samosprávne orgány sú demokraticky zvolené vo voľbách. Všetky lekárky a lekári, ktorí vykonávajú svoje povolanie v oblasti komory, majú povinné členstvo. Lekári, ktorí svoje povolanie nevykonávajú alebo už nevykonávajú a majú svoje bydlisko v Severnom Porýní, sú takisto členmi komory.

LEKÁRSKA SAMOSPRÁVA

Lekárky a lekári Porýnia si každých 5 rokov volia 121 členov Zhromaždenie komory. Zhromaždenie komory je najvyšším grémium lekárskej komory, akýsi parlament lekárov a lekárkov v Porýní. Takisto na 5 rokov sa volí prezident a jeho zástupca, viceprezident. Prezident reprezentuje komoru navonok. Prezident a viceprezident tvoria spolu so 16 príslušníkmi predstavenstvo lekárskej komory Severné Porýnie, ktoré vedie činnosť komory. Zhromaždenie komory, predstavenstvo a prezident prijímajú všetky dôležité rozhodnutia samosprávnych orgánov komory.

Priamym partnerom pre kontakt lekárov a lekárkov v regiónoch je 27 okresných a 8 krajských pracovísk. Sú pre členov k dispozícii, keď ide napríklad o vydanie lekárskeho preukazu, prihlásenie alebo prehlásenie alebo v otázkach vzdelávania stredného zdravotníckeho personálu.

V ČÍSLACH

Lekárska komora Severné Porýnie je spomedzi 17 krajských lekárske komôr v Nemecku tretou najväčšou. V roku 2013 mala lekárska komora Severné Porýnie 242 pracovníkov a 10 pracovníkov pripravujúcich sa na povolanie. 198 pracovníkov je v hlavnom pracovisku v Düsseldorfe a ďalších 34 na podriadených pracoviskách. Okrem toho pracuje veľké množstvo lekárov a lekárkov v čestnej funkcii v odborných výboroch a komisiách.

HLAVNÉ ÚLOHY LEKÁRSKEJ KOMORY ZDRAVOTNÍCKA A SOCIÁLNA POLITIKA

Všetky lekárske komory v Nemecku majú zo zákona povinnosť hájiť záujmy svojich členov. Na to sú nevyhnutné kontakty s parlamentmi, politickými stranami, ministerstvami a médiami. Predovšetkým vďaka ich kompetencii v otázkach medicíny a politiky zdravotníctva sú lekárske komory cenným poradcom spolkovej vlády i krajských vlád. Príslušnú váhu majú ich stanoviská k návrhom zákonov, nariadeniam a vyhláškam ministrov v oblasti sociálnej politiky a politiky zdravotníctva.

ŠTATÚT

Dohľad nad vykonávaním povolania je jedným z nosných prvkov lekárskej samosprávy. Tu majú lekárske komory zo zákona povinnosť zabezpečovať, aby boli dodržiavané profesijné zásady. Zásady sú v lekárskom profesijnom poriadku stanovené ako záväzné pravidlá správania sa voči pacientom ako aj medzi lekármi navzájom.

ŠPECIALIZÁCIA

Univerzitné vzdelanie lekárov je úlohou štátu. Ďalšie vzdelávanie za špecialistu (napr. za očného lekára alebo chirurga) je vecou lekárske komory. Vydanie predpisov o špecializovaní lekárov patrí rovnako ako skúšky zo špecializácie k najdôležitejším úlohám lekárske komory.

ĎALŠIE VZDELÁVANIE

Pokrok v oblasti medicíny vyžaduje od každého lekára, aby sa sústavne udržiaval na najnovšej úrovni poznania. Profesijné ďalšie vzdelávanie má pre lekársku komoru Severné Porýnie vysokú prioritu. Akadémia Severného Porýnia ponúka kurzy, semináre a workshopy ku všetkým dôležitým témam v oblasti ďalšieho vzdelávania lekárov.

OBČANIA A PACIENTI

Lekárska komora Severné Porýnie zriadila servisné pracoviská na kooperáciu medzi lekármi a učiteľmi a medzi svojpomocnými skupinami a lekármi. Ako sprievodca k otázkam zdravia sa chápe poradenstvo pre občanov, ktoré poskytuje napríklad informácie a rady k obrazom choroby a liečebným postupom.

Posudková komisia pre chyby lekárskeho ošetrovania, zložená z odborne kompetentných a nezávis-



lých právnikov a zdravotníkov, vydáva v prípade sťažností, týkajúcich sa chýb pri liečbe, bezplatné posudky.

Aj poplatkový referát zmieruje spory medzi pacientom a lekárom.

DŮCHODKOVÉ ZABEZPEČENIE

Dôchodkové zabezpečenie lekárov Severného Porýnia zaručuje lekárkam a lekárom v starobe a pri neschopnosti vykonávať povolanie finančnú istotu a zabezpečuje okrem toho aj ich pozostalých. Povinná poisťovňa lekárskej komory Severné Porýnie investuje svoj majetok na princípe najvyššej možnej bezpečnosti a výnosu. Takto dosiahnuté prebytky sa využívajú výlučne v prospech členov.

(esa)

Právna úprava

Podmienky nároku na ošetrovné upravuje § 39 ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení (ďalej len „zákon“) v znení zákona č. 521/2011 Z. z.. Poistenec má nárok na ošetrovné, ak osobne a celodenne:

a) ošetruje choré dieťa, chorého manžela, chorú manželku, chorého rodiča alebo chorého rodiča manžela (manželky), ktorého zdravotný stav podľa potvrdenia príslušného lekára nevyhnutne vyžaduje ošetrovanie inou fyzickou osobou, alebo

b) sa stará o dieťa do desiatich rokov veku, ak

1. dieťaťu bolo nariadené karanténne opatrenie podľa osobitného predpisu,

2. predškolské zariadenie alebo zariadenie sociálnych služieb, v ktorých sa poskytuje dieťaťu starostlivosť, alebo škola, ktorú dieťa navštevuje, boli rozhodnutím príslušných orgánov uzavreté alebo v nich bolo nariadené karanténne opatrenie podľa osobitného predpisu, alebo

3. fyzická osoba, ktorá sa inak o dieťa stará, ochorela, bolo jej nariadené karanténne opatrenie podľa osobitného predpisu alebo bola prijatá do ústavnej starostlivosti zdravotníckeho zariadenia, a preto sa nemôže o dieťa starať.

Dobrovoľne nemocensky poistená osoba má nárok na ošetrovné, ak vznikla potreba osobného a celodenného ošetrovania fyzickej osoby uvedenej v odseku 1 písm.

a) alebo potreba osobnej a celodennej starostlivosti o dieťa uvedené v odseku 1 písm. b) a v posledných dvoch rokoch pred vznikom tejto potreby bola nemocensky poistená najmenej 270 dní.

Podľa § 42 zákona poistencovi vzniká nárok na ošetrovné od prvého dňa potreby osobného a celodenného ošetrovania fyzickej osoby uvedenej v § 39 ods. 1 písm. a) alebo potreby osobnej a celodennej starostlivosti o dieťa uvedené v § 39 ods. 1 písm. b) a zaniká dňom skončenia potreby osobného a celodenného ošetrovania alebo potreby osobnej a celodennej starostlivosti, najneskôr uplynutím desiateho dňa.

Zásady posudzovania potreby osobného a celodenného ošetrovania

Jednou z podmienok nároku na uvedenú dávku je vznik potreby osobného a celodenného ošetrovania jednej z vyššie uvedených osôb poistencom.

Podmienka osobného a celodenného ošetrovania, ako aj osobnej a celodennej starostlivosti, sa do ustanovení § 39 ods. 1 a 2 a § 42 zákona zaviedla s účinnosťou od 1. januára 2012 zákonom č. 521/2011 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. Zavedením uvedenej požiadavky sa sprísnila podmienky vzniku nároku na ošetrovné.

Vznik potreby osobného a celodenného ošetrovania

potvrďuje ošetrojúci lekár, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť posudzovanej osobe (spravidla všeobecný lekár pre dospelých, resp. všeobecný lekár pre deti a dorast).

Ošetrojúci lekár na základe vyšetrenia zdravotného stavu pacienta v rámci liečby, ak je to odôvodnené, naordinuje aj potrebu ošetrovania inou osobou. Ošetrovanie z hľadiska odboru posudkového lekárstva sa hodnotí ako starostlivosť poskytovaná spravidla v domácom prostredí v súvislosti s liečbou (podávanie liekov – spôsob podávania, obklady, preväzy), s obsluhou (dieťa, hygiena, bežné úkony, pohybový režim) a dohľadom (vek, mentálny postih, dekompenzácia duševnej poruchy, zvýšená frekvencia astmatických, resp. epileptických záchvatov a pod).

Z vyššie uvedeného vyplýva, že potreba osobného a celodenného ošetrovania musí byť posudzovaná so zohľadnením:

- závažnosti ochorenia a jeho klinických príznakov, vrátane spôsobu liečby,
- ďalších relevantných skutočností viazucich sa k posudzovanej osobe (napr. potreba dohľadu vzhľadom na vek a duševný stav).

Pri posudzovaní splnenia podmienky osobného a celodenného ošetrovania v konkrétnom prípade, by teda posudzujúci ošetrojúci lekár mal vychádzať z uvedeného, pričom všetky skutočnosti, týkajúce sa zdravotného stavu by mali byť zaznamenané aj v zdravotnej dokumentácii.

Príklad č. 1

Ak inak zdravému dieťaťu vo veku 17 rokov je diagnostikovaná napr. akútna bronchitída, naordinovaná perorálna liečba (tabletková, kvapková forma), dostatok tekutín a pokojový režim, zdravotný stav nepodmieňuje osobné a celodenné ošetrovanie inou osobou. V prípade tej istej diagnózy, ak by boli potrebné celotelové zábalý, injekčná forma liečby, boli by vystupňované príznaky a o tri – štyri dni by bolo určené kontrolné vyšetrenie pre závažnosť stavu, resp. návšteva lekára v domácom prostredí, potreba osobného a celodenného ošetrovania by mohla byť zdôvodnená.

Príklad č. 2

Poistenkyňa si opakovane uplatnila nárok na ošetrovné z dôvodu ošetrovania detí. Všetky uplatnené nároky boli z poisťného vzťahu dobrovoľne nemocensky poistenej osoby. Posudkový lekár bol požiadaný útvaram nemocenského poistenia pobočky o prešetrenie medicínskej opodstatnenosti potreby ošetrovania v predmetných prípadoch. Posudkový lekár vykonal prešetrenie zo záznamov v zdravotnej dokumentácii, pričom konštatoval neopodstatnenosť vystavenia žiadosti o ošetrovné (vzhľadom na ochorenie, ako aj vek detí). Vo svojom stanovisku uviedol medicínske dôvody neopodstatnenosti vystavenia žiadosti o ošetrovné spolu

so záverom prešetrenia. Príslušná pobočka zároveň požiadala základnú a strednú školu o zaslanie evidencie dochádzky u detí, ktoré mali byť v danom čase ošetrované. Na základe vyjadrenia školy bola zistená prítomnosť detí na vyučovaní v škole počas obdobia, keď im malo byť poskytované osobné a celodenné ošetrovanie. Skutočnosti zistené pobočkou, spolu s dôkazmi, boli založené do posudkového spisu. Zároveň boli oznámené útvary nemocenského poistenia pobočky, ktorý následne vydal rozhodnutie, ktorým bola uložená povinnosť nahradiť sumy ošetrovného vyplatené poistenkyňou neprávom.

V súvislosti s posudzovaním potreby ošetrovania môže vzniknúť otázka v prípade sprevádzania rodinného príslušníka na ošetrovanie alebo vyšetrenie do zdravotníckeho zariadenia. Sprevádzanie dieťaťa na ošetrovanie alebo vyšetrenie do zdravotníckeho zariadenia nie je samo o sebe dôvodom na uplatnenie nároku na ošetrovné. V prípade zamestnancov zamestnávateľ v zmysle § 141 Zákonníka práce poskytuje pracovné voľno z dôvodu dôležitých osobných prekážok v práci na strane zamestnanca. Zamestnávateľ je podľa Zákonníka práce povinný poskytnúť zamestnancovi pracovné voľno s náhradou mzdy v prípade sprevádzania rodinného príslušníka do zdravotníckeho zariadenia na vyšetrenie alebo ošetrovanie pri náhlom ochorení alebo úraze a na vopred určené vyšetrenie, ošetrovanie alebo liečenie, za predpokladu, že uvedené úkony nebolo možné vykonať mimo pracovného času. Uvedené samozrejme nevyklučuje následný vznik nároku na ošetrovné, ak lekár na vyšetrení zistí potrebu osobného a celodenného ošetrovania pacienta.

Sporným prípadom je aj posudzovanie potreby ošetrovania dieťaťa v prípade pobytu sprievodcu v ústavnej starostlivosti. V čase ústavnej starostlivosti poskytovanie zdravotnej starostlivosti, a tým aj ošetrovateľskej starostlivosti zabezpečujú zdravotnícki pracovníci (ošetrojúci lekár, ošetrojúca sestra), ošetrovanie inou fyzickou osobou nie je spravidla nevyhnutné. V týchto prípadoch aplikačná prax ukázala potrebu individuálneho prístupu, so zohľadnením všetkých okolností daného prípadu (závažnosti ochorenia a jeho klinických príznakov, vrátane spôsobu liečby, ako aj ďalších relevantných skutočností viazucich sa k posudzovanej osobe, ako vek a duševný stav). Ošetrojúci lekár, ktorý je príslušný potvrdzovať, že zdravotný stav dieťaťa nevyhnutne vyžadoval ošetrovanie sprievodcom počas pobytu dieťaťa v ústavnej starostlivosti, podľa objektívne zistených dôvodov ošetrovania (opatery) individuálne posúdi opodstatnenosť nevyhnutného ošetrovania sprievodcom. Akékoľvek nejasnosti alebo otázky môže ošetrojúci lekár konzultovať s posudkovým lekárom sociálneho poistenia, miestne príslušnej pobočky Sociálnej poisťovne, ktorý u neho vykonáva kontrolu posudzovania spôsobilosti na prácu.

Pokračovanie v ďalšom čísle.

NAOZAJ IDEME V BRATISLAVE PLATIŤ ZA TEHLY NOVEJ NEMOCNICE?

Martin Pilník



Už vopred sa počíta s tým, že takáto nemocnica nebude nikdy financovaná štandardnými a komukoľvek dostupnými nástrojmi. Príjmy z poistenia spravované v pluralitnom poistnom prostredí budú tie, s ktorými sa počíta pri stavbe.

Prečo nefunguje normálna generačná obnova v prípade bratislavských nemocníc?

Viete v čom je zásadný rozdiel vo financovaní lekární a ostatných zdravotníckych poskytovateľov? Je to systém platieb.

Lekárne dostávajú platby za vydané lieky a ich prevádzka je financovaná so štátom regulovanej marže na tieto lieky. Ktokoľvek si vie dnes spočítať, aký obrat, aké výkony musí dosiahnuť a aké môže mať maximálne náklady, ak chce mať na konci roku hospodársky výsledok kladný alebo aspoň nulový.

NEMOCNICA TO NEDOKÁŽE UŽ 20 ROKOV TO NEDOKÁŽE

Dokonca aj prevádzkovatelia ambulancií si to dokážu spočítať. Majú určitú kapitáciu, výkony a k tomu poisťovne majú tiež svoje limity. Systém je jasný a stabilný. Pozor, nehovorím, že je spravodlivý či dobrý. Ale je aspoň stabilný. Takže aj prevádzkovateľ ambulancie si vie spočítať, aký bude jeho prevádzkový výsledok. A štátna regulácia tu prebieha hlavne formou prenese- nou na poisťovne cez limity a uzavretej siete (rozumej, obmedzovaní dostupnosti).

A NEMOCNICE?

Už 20 rokov stále a dookola hasia absolútny nepomer medzi vybratými peniazmi a tým, na čo má pacient nárok. Ani po 20 rokoch neexistuje jasný a stabilný systém platby za výkony nemocníc vrátane platieb za „náročné výkony“ a „zriedkavé choroby“.

To je dôvod, prečo len niektorí vyvolení sú schopní prevádzkovať nemocnice so ziskom. Vždy na úkor tých menej vyvolených.

V tomto podvyživenom systéme je štandardom, že sa nemocnice v pravidelných intervaloch viac a viac zadržujú. Keď už narastie kvôli nemocniciam druhotná platobná neschopnosť v iných častiach hospodárstva do neudržateľných rozmerov, tak sa nesystémovo nalejú peniaze do oddlženia. Potom je úplne jedno, či na vygenerovaní straty majú podiel nezaplatené výkony alebo absurdné náklady na určité výkony v konkrétnom zariadení.

A KOLOBEH SA ZAČNE NANOVO

Je samozrejme, že v takomto finančnom prostredí nikto nechce postaviť zo svojich vlastných investičných prostriedkov nemocnicu a poskytovať v nej tie „náročné výkony“ a liečiť „zriedkavé choroby“. Tie výkony a tie choroby, ktoré ostatní poskytovatelia odhadzujú od seba a štítia sa ich. Štítia, pretože vedľa, že by ich finančne zahubili. Leďaže by boli vyvolení.

Malý úkrok stranou: Predstavte si, že sa ráno zobudíte a povieťe si, že si v garáži uprostred Piešťan postavíte CT. Objednáte si odborného garanta. Ten vám navrhne a dozoruje prestavbu. Za vlastné prestavíte garáž. Za vlastné kúpite stroj. Požiadate poisťovne o zmluvu. Po kolaudácii k vám začnú lekári posilať pacientov. Na konci mesiaca vyfaktúrujete výkony poisťovní. Zaplatíte lízing CT, platy obsluhu, bonus odbornému garantovi stavby a teraz už aj prevádzky. Zdá sa to také normálne, že? Nie, takto to nefunguje. Práve preto mohla vzniknúť kauza piešťanského CT. Koniec úkroku stranou.

UŽ 20 ROKOV TO TAK JE

Toto je ten primárny problém, ktorého vyriešenie pomôže aj pri stavbe fakultnej nemocnice v Bratislave. A nielen v Bratislave, ale v akomkoľvek meste. Dokonca jeho vyriešenie zmätie celú debatu o tom, ako financovať stavbu novej bratislavskej nemocnice.

Správne nastavenie platieb za výkony, vrátane „zriedkavých chorôb“ motivuje kohokoľvek k postaveniu a prevádzkovaniu. Jednoducho, normálne trhové podmienky a stabilné podmienky spôsobujú, že nikto nechce peniaze vopred. Vie si, naopak spočítať, koľko výkonov musí po postavení za vlastné zrealizovať, aby sa mu peniaze vrátili a prevádzka niečo vynášala.

Alebo ideme stavať nemocnicu plánovane ako čiernu dieru na peniaze?!? Lebo práve tak mi pripadá celá táto debata okolo nemocnice v Bratislave. Už dopredu sa počíta s tým, že takáto nemocnica nebude nikdy financovaná štandardnými a komukoľvek dostupnými nástrojmi, ako sú príjmy z poistenia spravované v pluralitnom poistnom prostredí. A to je celé zle.

Čo to je za hlúpy nápad stavať nemocnicu tak, že netušíme, aké budú platby za jej výkony? Samozrejme, že si staviteľ požiada o peniaze za stavbu múrov. Ale naozaj chceme platiť za tehly?

Keď staviam lekárňu, tak automaticky počítam, že bude predávať lieky a predaj týchto liekov zaplatí celú stavbu. Doteraz som si myslel, že chceme platiť za výkony tej-ktorej nemocnice.

Čo to je za nápad financovať štátom stavbu zdravotníckeho zariadenia?

Aha, už viem! Už vopred sa počíta s tým, že bude odkladiskom finančne neatraktívnych výkonov, chorôb a pacientov. Počíta sa s tým, že nová bratislavská nemocnica nebude financovaná za výkony, za prácu, ktorú odvedie. Už vopred sa počíta s tým, že bude financovaná bez ohľadu na to, aké výkony, akú vedu, akú výuku bude poskytovať. Bravó, to dokáže vymyslieť len socialista.

Veda? Máme štandardné vedecké inštitúcie – fakulty a SAV. Aký je problém, aby tieto inštitúcie si platili svoj vedecký výskum na pôde nemocnice? Akejkolvek nemocnice. Aha, ono to nastavenie pravidiel financovania akademického prostredia nedovolí...Fakultné nemocnice pomáhajú peniazmi na vedu pri financovaní nevedeckých výkonov, lebo za ne nedostávajú skutočnú cenu.

Stále sa mi vracia, ako dobre hodený bumerang, ten istý 20-ročný problém. Jasné financovanie výkonov. Ak to už 20 rokov vieme v prípade liekov, ako to, že to nevieme v prípade diagnôz?

Samozrejme, že sa môže stať, že nastavíme platbu za nejaký výkon či diagnózu zle. Tak vydáme nový číselník platieb po pol roku a upravíme to. Príde nová metóda, ktorá je lacnejšia? No tak necháme poskytovateľov do konca polroka vo vysokej marži a pri vydaní nového číselníka to už zregulujeme. Takto to funguje v prípade cien liekov a naozaj nie je problém postaviť novú lekárňu uprostred desatisícového mesta, nieto v Bratislave.

Ako to, že nemáme v Bratislave po 20 rokoch nemocnice s parametrami „fakultnej“ na každom rohu?!?

Nie je politická vôľa? Nie je spoločenská objednávka?

Staval som niekoľko lekární pre investora. Podieľal som sa viac ako rok na budovaní jednej lekárenskej siete v štádiu zrodu ako zakladajúci manažér. Preto si myslím, že som oprávnený povedať: Postaviť zdravotnícke zariadenie je normálne jednoduchá úloha.

JEDNOU Z KLÍČOVÝCH PODMIENOK ÚSPEŠNOSTI A ROZVOJA UNIVERZITY SÚ ETICKÉ PRINCÍPY PRÁCE A RIADENIA



V týchto dňoch oslávil svoje životné jubileum 60 rokov profesor MUDr. Peter Šimko CSc., významný odborník – lekár, rektor SZU v Bratislave.

Aj redakcia časopisu MEDIKOM sa pripája ku gratulantom.

VO FUNKCII REKTORA BY CHCEL PRISPIEŤ K NAVRÁTENIU POSTAVENIA LEKÁRSKEHO STAVU

Kždá práca vyžaduje aj istý emocionálny náboj. Čo to bolo vo Vašom prípade?

Emocionálno-motivačný náboj som dostal do vienu už od rodičov – lekárov, potencoval som si ho v mojej rodine manželkou – lekárkou i v ďalšom pokračovaní našimi dvomi synmi. Každodenne nielen pracovné, ale i voľné chvíle sú tak naplnené profesionálnymi diskusiami o najrozličnejších medicínskych problémoch. Takto je rodinno-pracovný náboj živý.

Aké zmeny ste sa rozhodli realizovať po nástupe do rektorskej stoličky?

Zmenou firemnej kultúry nastolíť poriadok na všetkých hlavných nosných činnostiach univerzity. Od organizácie moderného vzdelávania, cez viaceré ekonomické nástroje na zníženie extrémneho dlhu našej rezortnej vzdelávacej ustanovizne po profesionalizáciu vedecko-výskumnej práce.

Ste na vrchole tvorivých síl. Aké máte pred sebou životné výzvy?

Nemám v oblube slovo výzva. Ale popri výborne fungujúcej Klinike úrazovej chirurgie, kde som dlhoročným prednostom, som si po „výzve“ početných kolegov trúfol kandidovať na funkciu rektora v tak nežáviadnivoj finančnej situácii našej univerzity a v období všeobecnej ekonomickej krízy celosvetovo. Najväčšou odmenou pre mňa a veľkým potešením by bolo, keby sme univerzite dokázali vrátiť zašlú slávu.

V súčasnosti sa vo svete volá po návrate Hippokrata, tzv. nehipokratizmu. Ako to vnímate z pohľadu médií?

Problémy medicíny v médiách sa v mnohom dotýkajú etiky. Hippokratova prisaha obsahuje základné etické princípy lekárskeho povolania. Jej dnešný text sa od pôvodného líši v jednotlivých krajinách i rôznych lekárskejších školách. Vypustili sa v moderných verziách odvolávky na bohov, sľub o vyučovaní iba mužov, i časti zakazujúce vyvolať potrat a vykonávať eutanáziu. Všetky tieto témy sú opakovaným obsahom mnohým mediálnymi polemikami a som presvedčený, že ešte dlho budú.

Váš odkaz pre ďalšie generácie budúcich lekárov?

Grécky zakladateľ medicíny lekár Hippokratés povedal, že život je krátky, umenie – medicína – dlhé. To platí dodnes, mottom našej Slovenskej zdravotníckej univerzity je, že medicína je celoživotné štúdium. Zdravie je stav úplného fyzického, mentálneho a sociálneho blaha, nielen neprítomnosť choroby alebo neudu. Podľa výskumu WHO naše zdravie závisí na 50 % od správania prospešného pre zdravie, na 20 % od genetiky, na 20 % od životného prostredia a zdravotná starostlivosť ovplyvňuje naše zdravie len na 10 %. O úspech v týchto 10 % percentách sa musia usilovať budúce generácie lekárov. Rád by som bol, aby bol odklon od feminizácie v medicíne, kde študentky v súčasnosti tvoria ¾ medikov. Aj budúci lekári si však musia uvedomiť, že ich predstava o dokonalom, priebežne technicky dozbrojovanom zdravotníckom systéme „superšpecialistov“ zabezpečujúcich vysokú kvalitu života občanov je optimistická, ale bohužiaľ nereálna. Vedeckotechnický rozvoj zásadne predstihuje tvorbu spoločenských zdrojov, ktoré nie sú a nebudú nikdy neobmedzené a vždy bude rozpor medzi teoreticky možným poskytovaním zdravotnej starostlivosti a ekonomicky splniteľným. Veľmi

by som sa potešil, keby šikovní slovenskí lekári aj v budúcnosti ošetrovali slovenských pacientov a neodchádzali do zahraničia.

Ako sa podľa Vás stará štát o odborníkov lekárov – seniorov?

Vo väčšine krajín vyspelého sveta sú jasné pravidlá a tie sa aj konzekventne dodržia. Napr. v Nemecku som mal kolegu, ktorý po završení 65 rokov, čo je v tejto krajine v štátnom zariadení limit, musel odísť do dôchodku. A vôbec to nehodnotil negatívne, možno aj preto, že tam sú lekári pre dôchodkový vek ekonomicky diametrálne inak zabezpečení. Iného lekára tiež v zahraničí „vyhodila“ poisťovňa, keď mal 70 rokov – bez diskusie s odôvodnením, že je už starý, pomalý, nevláda prácu s počítačom, ale hlavne je riziko, že bude robiť chyby, a teda už nesmie ďalej liečiť. Všetko je relatívne, niekde zas takého lekára – seniora neprepustia, i keď na to nestačí, pretože si ho vážia a sú kolegiálni – a tiež oni by tam chceli byť až do smrti. Je to veľmi individuálne, mnohým seniorom (nielen lekárom) to myslí výborne, idú s dobou, aj počítačovú, sledujú novinky. Ja osobne mám skúsenosti, že takíto starí kolegovia sú na oddelení neodmysliteľní práve pre svoje skúsenosti a nadhľad, sú výborní na prednášanie či výučbu študentov alebo písanie článkov. Ale som presvedčený, že 80 rokov je na hranici možnosti fungovania v medicíne, telo aj duša starnú. A asi by pacienti nechceli byť ošetrovaní takými seniorami – chirurgami či zubármi, aj keď títo boli vo svojich aktívnych rokoch kapacitou v odbore.

Ďakujem za rozhovor: PhDr. Eva Sisková

Publikoval 150 pôvodných prác, z toho polovicu v zahraničných vedeckých časopisoch, autor 2 monografií: Zlomeniny predkolenia (1994) a Zlomeniny acetábula (1998), v ďalších 14 spoluautor, publikácie citovali v 66 vedeckých prácach, prednášal na vyše 250 vedeckých odborných podujatiach, z toho na 60 zahraničných konferenciách, spracoval viaceré tematické materiály pre postgraduálnu výchovu lekárov, jeden formou výučbového filmu, recenzoval 6 monografií, výskum: po spracovaní materiálu 1500 pacientov na základe vlastných výsledkov ako 1. autor v ČSSR zaviedol vnútroreňovú osteosyntézu zlomenín predkolenia Enderovými prútmi inšpirácia na základe pobytu v Rakúsku a osobného kontaktu so synom prof. Endera, zavedenie tejto metódy bolo predchodcom v súčasnosti používaného zaisteného klincovania, funkčná liečba skrátila dobu odľahčovania dolnej končatiny zo 4 mesiacov na 4 týždne (najčastejšie citovanou časťou jeho monografie je indikačné schéma liečby zlomenín predkolenia, v nej koreluje liečbu zlomenín diafýzy tí-

bie podľa poškodenia mäkkých tkanív, stupňa otvorenej zlomeniny a podľa konfigurácie zlomeniny na rntg snímke spolu s mechanizmom úrazu), ďalší okruh záujmu: problematika komplexného poranenia panvového kruhu pacientom s úrazom panvy. Zaisťujú stabilitu panvového kruhu panvovými kliešťami alebo vonkajším fixátorom, výsledky operatívnej liečby zlomeniny acetábula spracoval v rámci 10-ročnej prospektívnej štúdie, s cieľom zistiť, aké okolnosti zohrávajú úlohu pre prognózu, priaznivé výsledky štúdie inšpirovali k spracovaniu 2. monografie, v ošetrovaní instabilných zlomenín cervikálnej a lumbálnej chrbtice - doteraz konzervatívne liečených pacientov akútne ošetrili stabilizačnými operáciami chrbtice, spoluautor základných niekoľkoročných štatistických spracovaní výsledkov, klinika je spinálnym centrom pre pacientov z poloviny Slovenska, ošetrovanie dutinových poranení hrudníka, brucha a CNS spracoval v postgraduálnych učebniciach, napr. kapitoly celoštátnej učebnice profesora Černého - Špeciálna chirurgia, ďalšie kapitoly v

inej monografii sa dotýkali úrazov CNS ako aj medzinárodne uznávaného algoritmu postupu pri tupých poraneniach brucha. Ďalšia výskumná úloha sa dotýkala priamej elektrickej a indirektnej elektromagnetickej stimulácie spomaleného hojenia kostí a pseudoartrózy, pri ktorej predpokladaný postulat o liečebnej stimulácii hojenia kostí nedokázali, problematika polytraumatizmu sa stala dominantou v jeho odbornom živote, v spolupráci s brnenským pracoviskom, boli použité prognostické indexy u polytraumatizovaných pacientov, na základe výsledkov navrhol zmenu v ISSza publikačnú činnosť bol ocenený SLS - 2x Kostlivého cena a 1x cena za najlepšiu publikáciu roka VR SZU. Slo. chirurgická spol., Slo. spondylochirurgická spol., Slo. spol. úrazovej chirurgie- vedecký sekretár Výboru odbornej spoločnosti úrazovej chirurgie, podpredseda Akreditačnej komisie MZ SR pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, od 1985 Rakúska spol. pre úrazovú chirurgiu, od 1991 nemecká vedecká medzinárodná spoločnosť - Gerhard Kuntscher Kreis.

POSKYTNUTIE PRVEJ POMOCI-NEZVLÁDAME

Predstavte si, že vám zomrie najbližší človek len preto, že ste mu nevedeli podať prvú pomoc. Zdá sa vám to prehnané? Mnohí to zažili. Na Slovensku zomrie denne sedem ľudí len preto, že im nikto neposkytol prvú pomoc.

Až 90 % percent Slovákov nevie poskytnúť prvú pomoc, konštatujú záchranári. Z terénu poznajú mnohé prípady, keď nevedomosť, strach a nechota pripravili ľudí v ohrození o šancu prežiť. Pritom prvé minúty, kým príde záchranka, sú najdôležitejšie. Prezident Slovenského Červeného kríža MUDr. Viliam Dobiáš – záchranár, nám povedal, že bežne sa stáva, že upadne do bezvedomia, vznikne náhle zastavenie obehu u štyridsať - päťdesiatročného človeka a jeho rodinní príslušníci alebo kamaráti stoja neveriacky nad ním. Čakajú na príchod sanitky. Zo skúseností hovorí, že Slováci jednoducho nevedia čo robiť, ak niekto potrebuje pomoc. Skúsených je málo. To, že poskytovať prvú pomoc dlhodobo nevieme, je stará známa vec. Podľa štatistík môžu byť pre nás absolútnym vzorom Nóri, až 95 % z nich absolvovalo kurz prvej pomoci. V Nemecku 80 %

a vo Francúzsku 40 %. A čo myslíte, ako je na tom Slovensko?

Keď robíme kurz prvej pomoci, povedal nám MUDr. Viliam Dobiáš, alebo medzi ľuďmi osvetu, je to približne 10 % ľudí, čo samozrejme niečo vie. Je to veľmi malé číslo. Poskytnúť prvú pomoc je pritom u nás aj podľa trestného zákona povinnosťou. Záchranári však žiadne trestné oznámenia nepodávajú, pretože volajúcich ani nepoznajú. Niekoľkými prípadmi sa však polícia minulý rok predsa len zaoberala. Michal Slivka, hovorca Prezídia Policajného zboru Slovenskej republiky nám povedal, že v minulom roku polícia riešila neposkytnutie pomoci ako trestný čin celkom v desiatich prípadoch. Vyšetrovateľ trestne stíhal päť osôb. Za príčinami neschopnosti ľudí poskytnúť prvú pomoc vidia záchranári aj nedostatočnú prípravu na školách. Ministerstvo školstva však opakuje. Prvú pomoc školy vyučujú povinne, napríklad pri dopravnej výchove, biológii, občianskej náuke, či telesnej výchove, ako aj počas didaktických hier a účelových cvičení, v minulosti známych ako branné cvičenia. Žiaci sa učia napríklad zásady prvej pomoci pri poranení kostí, pri zastavení dýchania, pri krvácaní, či pri zastavení čin-

nosti srdca. Aj keď existuje mobilná aplikácia o prvej pomoci, či rôzne online kurzy na internete, záchranári sa jednomyselne zhodujú - najlepšie je nácvik prvej pomoci na modeloch a kolegoch v rámci praktického kurzu.

Kvôli neposkytnutiu prvej pomoci zomrie na Slovensku ročne dvetisíc päťsto ľudí a ďalších tritisíc päťsto má preto trvalé zdravotné následky.

„My tvrdíme, povedal MUDr. Dobiáš, že akákoľvek, aj laická prvá pomoc je určite lepšia, ako žiadna. Každý občan tejto republiky prispieva k hrubému domácomu produktu zhruba pätnásťtisíc eurami ročne.“

Ak napríklad zomrie dvadsaťročný človek, štát prichádza za jeho produktívny život o približne šesťstotisíc eur. A to je už slušná suma. Štát by pritom mohol ľudí motivovať, napríklad zľavou zo zdravotného poistenia za absolvovanie kurzu prvej pomoci. „Podľa záchranárov netreba žiadať o pomoc štát, ale pozrieť sa do zrkadla. Nepomôcť niekomu v núdzi je trestné, no oveľa bolestivejšie je, žiť s pocitom, že váš blízky mohol žiť – stačilo, keby ste ho vedeli zachrániť.“

(aba)



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

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

wüstenrot

infovyhody@wuestenrot.sk

www.wuestenrot.sk

NOVÉ KNIHY

Gavorník P. Angiológia 2 pre všeobecných lekárov – Arteriológia. 1. vyd. Dr. Josef Raabe, Bratislava, 2014: 174. ISBN 978-80-81 40-168-8.

Na knižnom lekárskom vedecko-odbornom trhu sa objavila už dlhšie avizovaná kniha profesora Petra Gavorníka Angiológia 2 pre všeobecných lekárov – Arteriológia.

Choroby obehového systému (CHOS); choroby srdca a ciev; srdcovo-cievne choroby (S-CCH); kardiovaskulárne choroby (K-VCH) sa rozdeľujú na dve skupiny: choroby srdca, jednak necievne (nonvaskulárne) srdcové choroby a jednak cievne (srdcovo-cievne - SCCH, kardiovaskulárne choroby - KVCH) a choroby ciev, ktoré sú predmetom samostatného špecializovaného odboru internej medicíny (vnútorného lekárstva) – angiológie/vaskulárnej medicíny.

V predchádzajúcej knižnej publikácii **Gavorník P. Angiológia 1 pre všeobecných lekárov – Flebológia. 1. vyd. Dr. Josef Raabe, Bratislava, 2013: 125. ISBN 978-80-81 40-083-4**, sa autor venoval diagnostike a manažmentu chorôb vénového cievného systému, najmä chronickej vénovej chorobe dolných končatín (končatinovicievnej vénovej chorobe), tromboflebitíde, hĺbkovej vénovej trombóze a vénovej tromboembólii (VTE). Kniha mala veľmi priaznivé recenzie a ohlasy nielen v Slovenskej republike, ale aj v Českej republike, kde je aj na stránke Českej angiologickej spoločnosti ČLS JEP. Aktuálne je najpredávanejšou knihou vydavateľstva Raabe.

Nová, druhá monografia **Gavorník P. Angiológia 2 pre všeobecných lekárov – Arteriológia** je zameraná na diagnostiku a manažment orgánovovaskulárnych artériových ischemických chorôb, predovšetkým končatinovicievnych artériových chorôb, s ktorými sa praktickí všeobecní lekári v praxi často stretávajú. Orgánovocievne (orgánovovaskulárne) artériové ischemické choroby – srdcovocievne (kardiovaskulárne) choroby, mozgovocievne (cerebrovaskulárne), končatinovicievne (extremitovaskulárne), obličko-



vocievne (renovaskulárne; nefrovaskulárne), pohlavnocievne (genitovaskulárne), brušné (splanchnikovaskulárne), najmä črevnocievne (mezentériointestínokolonovaskulárne), pľúcnicievne (bronchopulmovaskulárne), kostnokĺbovosvalovocievne (osteartromuskulovaskulárne), očnécievne (okulovaskulárne), ušnicievne (otovaskulárne), kožnocievne (dermovaskulárne), zubnocievne (stomatovaskulárne) a ďalšie artériové orgánovovaskulárne choroby sú dôležitou manifestáciou systémovej aterosklerózy a iných artériových chorôb cievného systému (arterioloskleróza/arteriolonekróza/arteriolokalcinóza; diabetická makroangiopatia; diabetická mikroangiopatia; Mönckeborgova medioskleróza/mediokalcinóza; arteritidy - vaskulitidy; kompresívne artériové syndrómy; fibromuskulárna dysplázia artérií; cystická degenerácia adventície artérií; artériová trombóza; artériová embólia/tromboembólia; traumatické a posttraumatické arteriopatie; fyzikálne arteriopatie; chemické a toxické arteriopatie; iatrogénne oklúzie artérií; disekcia artérií; anomálie priebehu artérií; komplikovaná artériová aneurizma; artériovo-vénová fistula a ďalšie

zriedkavejšie choroby). V knihe sa analyzujú kľúčové klinicko-etiológicko-anatomicko-patofyziologické (CEAP) aspekty a manažment končatinovicievnych artériových ischemických chorôb (projekt CIEVY – Cielené vysvetľovanie cievnych chorôb).

Profesor Gavorník aj v tejto druhej časti, Angiológia 2 pre všeobecných praktických lekárov – Arteriológia, zužitkoval svoje vyše štyridsaťročné klinické a praktické liečebnopreventívne, pedagogické a vedeckovýskumné aktivity na Prvom angiológickom pracovisku (PAP) II. internej kliniky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LFUK) a Univerzitetnej nemocnice v Bratislave (UNB), ktoré založil v roku 1974. Monografia je v celkovom rozsahu 174 strán, text je prehľadne členený, dobre sa číta, doplnený je tromi obrázkami a tridsiatimidvomi tabuľkami, v literatúre je 617 literárnych odkazov zahraničných i slovenských autorov, vyše tretina je z ostatného roku. Veľmi cenný je zoznam skratiek, symbolov a slovník. Podstatné časti textu knihy vychádzajú z už opoňovaných a recenzovaných publikácií autora a spolupracovníkov a z publikovaných dokumentov (guidelines) Angiologickej sekcie Slovenskej lekárskej komory (AS SLK), ktorá v roku 2014 oslávila 20-ročné výročie svojho založenia. Okrem primárnej cieľovej skupiny všeobecných praktických lekárov, je určená nielen pre pregraduálne štúdium študentov lekárskej fakulty, ale aj pre postgraduálne špecializačné štúdium a celoživotné kontinuálne lekárske vzdelávanie (CME), najmä internistov, angiológov, kardiológov, neurológov, angiochirurgov, intervenčných vaskulárnych rádiológov a iných špecialistov, ktorí sa venujú aj cievnyim chorobám. Keďže cievne choroby sa týkajú prakticky každej lekárskej špecializácie i nelekárskych medicínskych špecializácií, knihu odporúčam nielen všetkým lekárom, ale aj všetkým vysokoškolským zdravotníckym pracovníkom.

Prof. MUDr. Zoltán Mikeš, DrSc.
LFUK-UNB, Bratislava
zoltan.mikes@centrum.sk

NOVÉ LEXIKÓNY

František Ondriska

Lexikón lekárskej parazitológie

Magdaléna Lisalová

Lexikón lekárskej mykológie





Lékaři

Ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové
vypisuje výběrové řízení na místa:

Lékaře - III. interní gerontometabolická klinika

Požadujeme:

- magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- specializovanou způsobilost v oboru nefrologie
- znalost anglického jazyka
- znalost práce na PC
- souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů pro účely tohoto výběrového řízení

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného a vědeckého rozvoje sociální výhody

Zvýhodněné platové podmínky.

Nástup možný ihned.

Případné informace na tel. č. 495 832 271

– sekretariát kliniky.

Lékaře - III. interní gerontometabolická klinika

Požadujeme:

- magisterské vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- zájem o specializaci v oboru vnitřní lékařství, nefrologie
- znalost alespoň jednoho světového jazyka
- znalost práce na PC
- souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů pro účely tohoto výběrového řízení

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného a vědeckého rozvoje sociální výhody

Platové podmínky podle platných předpisů.

Nástup po vzájemné dohodě. Nástup možný ihned.

Případné informace na tel. č. 495 832 271

– sekretariát kliniky.

Lékaře - III. interní gerontometabolická klinika

Požadujeme:

- magisterské vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- ukončený základní interní kmen výhodou, není však podmínkou, možnost i pro absolventy LF
- zájem o specializaci v oboru vnitřní lékařství, geriatrie, diabetologie, nefrologie nebo intenzivní medicína
- znalost alespoň jednoho světového jazyka
- znalost práce na PC
- souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů pro účely tohoto výběrového řízení

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného a vědeckého rozvoje sociální výhody

Platové podmínky podle platných předpisů.

Nástup po vzájemné dohodě.

Případné informace na tel. č. 495 832 271

– sekretariát kliniky.

Písemné přihlášky doložené kopiemi dokladů o získané kvalifikaci, životopisem a přehledem o průběhu předchozí praxe a souhlasem k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů pro účely tohoto výběrového řízení zasílejte do 14 dnů od zveřejnění na adresu: personální oddělení, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové.

Lékaři/lékařky



Fakultní nemocnice Ostrava přijme lékaře pro pracoviště:

- Interní kliniky** s absolvovaným interním kmenem, případně absolventa
- Kardiovaskulárního oddělení** s absolvovaným nebo dobíhajícími kardiologickým kmenem, případně absolventa
- Kliniky léčebné rehabilitace** se specializovanou způsobilostí v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, případně lékaře s absolvovaným nebo dobíhajícími interním, chirurgickým, pediatrickým, ortopedickým nebo neurologickým kmenem

Léčebny dlouhodobě nemocných v Klokočově

se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie nebo vnitřní lékařství nebo lékaře zařazeného do oboru specializačního vzdělávání, případně absolventa

Traumatologického centra s absolvovaným nebo dobíhajícími chirurgickým kmenem, případně absolventa

Chirurgické kliniky s absolvovaným nebo dobíhajícími chirurgickým kmenem, případně absolventa

Otorinolaryngologické kliniky s absolvovaným nebo dobíhajícími kmenem, případně absolventa

Kardiologického centra s absolvovaným nebo dobíhajícími kmenem, případně absolventa

Ústavu patologie se specializovanou způsobilostí v oboru patologická anatomie, vědecký titul Ph.D. výhodou

Kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie – zubní lékař, absolvent.

Nabízíme:

- perspektivní a zajímavou práci v akreditovaném zdravotnickém zařízení,
- práci s moderními přístroji a kvalitním technologickým vybavením,
- podporu dalšího vzdělávání a osobního a profesního rozvoje,
- zaměstnanecké výhody (stravování, 5 týdnů dovolené).

Žádosti o zaměstnání s profesním životopisem zasílejte na adresu:

Fakultní nemocnice Ostrava, oddělení zaměstnanosti a péče o zaměstnance, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava – Poruba nebo na e-mail: tereza.lyckova@fno.cz.

Lékař

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE

BRNO

Psychiatrická nemocnice Brno, Húskova 2,
618 32 Brno přijme do pracovního poměru
lékaře na noční služby na záchytné stanici.

- Nutná první atestace nebo specializovaná způsobilost v jakémkoli oboru.

Nástup možný ihned.

Informace osobní oddělení: tel. 548 123 239 nebo e-mail: stehlikova@pnbrno.cz.

Psychiatri

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE

BRNO

Psychiatrická nemocnice Brno, Húskova 2,
618 32 Brno přijme do pracovního poměru
lékaře psychiatra nebo absolventa se
zájmem o psychiatrii.

Nástup možný ihned.

Informace osobní oddělení: tel. 548 123 239 nebo e-mail: stehlikova@pnbrno.cz.

Zástupce primářky

Všetinská nemocnice a.s. přijme zástupce
primářky na oddělení neurologie.

Požadavky:

- specializovaná způsobilost, pečlivý a zodpovědný přístup k práci, profesionální přístup k pacientům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

Pro bližší informace:

Ing. Martin Pavlica, 571 818 130,
pavlica.m@nemocnice-vs.cz

Lékař/ka

Všetinská nemocnice a.s. přijme lékaře/ku
na oddělení por.-gyn. a dětské oddělení.

Požadavky:

- specializovaná způsobilost, pečlivý a zodpovědný přístup k práci, profesionální přístup k pacientům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

Pro bližší informace:

Ing. Martin Pavlica, 571 818 130,
pavlica.m@nemocnice-vs.cz

Lázně Poděbrady, a. s. přijmou ihned
za účelem rozšíření poskytované péče:Vedoucího lékaře
dětské léčebny Dr. Filipa

Požadujeme:

- příslušné vzdělání v oboru

Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí ve stabilní společnosti
- zajímavou práci na úseku dětské léčebny
- zajímavé mzdové podmínky a další benefity
- možnost dalšího vzdělávání
- městský byt k dispozici

Lékaře internistu (popř. kardiologa)

Požadujeme:

- příslušné vzdělání v oboru

Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí ve stabilní společnosti
- zajímavou práci na úseku časných rehabilitací
- zajímavé mzdové podmínky a další benefity
- možnost dalšího vzdělávání
- městský byt k dispozici

Fyzioterapeuta

- min. vzdělání ÚSO v oboru fyzioterapeut

Lékárnička

- podmínkou VŠ vzdělání

Písemnou žádost s profesním životopisem zasílejte na adresu:
Lázně Poděbrady, a.s., Jiřího nám. 39, 290 33 Poděbrady

e-mail: pam@lazne-podebrady.cz, informace: tel. 325 606 524



Das Anton Proksch Institut ist einer der führenden Anbieter in der Behandlung von Suchterkrankungen in Europa.

Im Anton Proksch Institut in Wien/Österreich gelangt an der Abteilung I (Abteilungsleiter: Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek) die Stelle eines/einer

Facharztes / Fachärztin für Psychiatrie (Psychiatrie und Neurologie bzw. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin)

zur sofortigen Besetzung.

Die zu besetzende Stelle umfasst die medizinisch ganzheitliche Betreuung der PatientInnen unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs, der sich aus exakter klinischer Diagnostik und der Auswahl erforderlicher Behandlungsmethoden ergibt, im Ausmaß von 37,5 Wochenstunden sowie die Ableistung von Nachtdiensten. Die tägliche Kernarbeitszeit umfasst 6 Stunden.

Wir bieten

- Interessante, abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem engagierten, multiprofessionellen Team aus den Bereichen Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie und Psychotherapie sowie Aktivierung und Freizeitpädagogik
- Verantwortungsvolle und sinnstiftende Tätigkeit mit Entwicklungspotenzial
- Rahmenbedingungen eines erfolgreichen Gesundheitsbetriebes
- Weiterbildungsmöglichkeiten intern und extern
- Für diese Position gilt ein Jahresbruttogehalt in Anlehnung an den BAGS-Kollektivvertrag bei Vollzeitstellung von mind. € 47.893,58, zusätzliche Vergütung der Nachtdienste. Abhängig von beruflicher Qualifikation und Erfahrung ist eine entsprechende Überzahlung vorgesehen
- Berufliche Weiterentwicklung zur Oberärztin/ zum -arzt möglich

Wir erwarten

- Ius practicandi
- Ausgezeichnete Deutschkenntnisse
- Interesse an der Arbeit mit suchtkranken Menschen
- Engagemnt, Team- und Kommunikationsfähigkeit
- Ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein sowie hohe berufliche und soziale Kompetenz

Interessiert? Dann freuen wir uns, Sie kennenzulernen. Senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung in deutscher Sprache bis 25. März 2015 an Fr. Brigitte Blaha per Mail brigitte.blaha@api.or.at oder per Post an API Betriebs gemeinnützige GmbH, z. Hdn. Fr. Brigitte Blaha, Mackgasse 7-11, A-1230 Wien.

Ein Partnerbetrieb der VAMED Gruppe – Nehmen Sie an unserem Erfolg teil

LEKOM SKI 2015

Dňa 21. marca 2015 sa v lyžiarskom areáli Roháče - Spálená pod záštitou Slovenskej lekárskej komory a RLK Žilina uskutočnia lyžiarske preteky zdravotníkov v obrovskom slalome s medzinárodnou účasťou pod názvom LEKOM SKI 2015. Podmienkou účasti je zamestnanie v zdravotníctve, prihlásenie do štartovnej listiny. Štartovné je 20,00 € pre členov SLK a 25,00 € pre nečlenov SLK a zahraničných účastníkov, deti zdravotníkov 10,00 €. V cene štartovného je účasť na preteku, celodenný lístok na vleky, občerstvenie na svahu a záverečný raut. Cena lístka na raut pre nelyžujúcu sprevádzajúcu osobu je 15 Eur. Zúčastniť pretekov sa môžu všetci pracovníci v zdravotníctve (aj nelekári).

Program:

sobota 21. 3. 2015: od 7:30 h	prezentácia na mieste konania
8:30 h	zahájenie, prehliadka trate
9:00 h	štart prvého predjazdca a následne detí
9:30 h	preteky zdravotníkov
13:00 h	občerstvenie - obed v mieste konania
14:00 h	vyhodnotenie na mieste prezentácie
14:00 h – 16:00 h	voľné lyžovanie
18:00 h	záverečný raut v Kolibe JOSU

Vekové kategórie:

Deti zdravotníkov:	do 15 rokov
Ženy:	do 40 a od 41 rokov
Muži:	do 40 rokov
	41 – 50 rokov
	51 – 60 rokov
	nad 61 rokov



Rezervácia ubytovania je možná už vopred.

Ubytovanie si rezervuje každý účastník sám!!!

◆ Koliba JOSU	tel: + 421 43 5395 133, 0907 854 401, e-mail: kolibajosu@kolibajosu.sk
◆ Hotel Tatra West	tel: + 421 43 5395 210, 0907 873 334, fax: + 421 43 5395 117
◆ Penzión Pribiskó	tel: + 421 907 873 336, e-mail: penzion@penzionpribisko.sk
◆ Penzión Jantolák Miro	tel: + 421 43 5395 189, e-mail: miro.jantolak@stonline.sk
◆ Hotel Primula	tel: + 421 903 554 229, fax: + 421 43 53 95 179
◆ Infocentrum	tel: + 421 44 432 10 20

PRIHLÁŠKY posielajte poštou na RLK Žilina, so sídlom Madačova 7, 034 01 Ružomberok, faxom + 421 44 432 10 20 a na e-mail: rlkzilina@ruzanet.sk do **19.03.2015**.

Kategória detí – celkove max. počet 30 detí podľa poradia zaevidovaných prihlášok. Definitívna uzávierka štartovnej listiny je jednu hodinu pred štartom preteku. Pri prihlásení do štartovacej listiny pretekov na mieste konania, štartovné zvýšené o 50 % sumy štartovného.

V prihláške je potrebné uviesť: MENO, PRIEZVISKO, DÁTUM NARODENIA, PRACOVISKO. Viac informácií o podujatí na RLK Žilina, webstránke SLK a v bulletine, ktorý rozpošleme zdravotníckym zariadeniam.

PRVÍ TRAJA PRETEKÁRI V KAŽDEJ KATEGÓRII BUDÚ OCENENÍ!

PRIHLÁŠKA

na 9. ročník celoslovenských lyžiarskych pretekov v obrovskom slalome

LEKOM SKI 2015

	meno	dátum narodenia	pracovisko
1			
2			
3			

Závazne sa prihlasujem na preteky. **Upozornenie:** Losovaní budú všetci záväzne prihlásení v príslušných vekových kategóriách počítačovým systémom.

VÍKENDOVÝ KURZ V MAMOSONOGRAFII 2015

Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne (SSUM) a fakulta zdravotníctva TnUAD Vás pozýva na postgraduálny víkendový kurz s prehľadovými prednáškami, klinickými ukázkami a praktickým vykonávaním vyšetrení účastníkmi:

Mamosonografia

27. – 28. marca 2015

Miesto konania: **Hotel Magnus, Považská 1706, Trenčín**

Termín: Piatok 09.00 – 21.00 h
Sobota 09.00 – 16.00 h

Registrácia: V piatok od 8.00 h len s platnou pozvánkou (ktorú zašleme prvým prihláseným). Priamo pri registrácii zaplatíte poplatok za kurz a obdržíte časový rozpis programu. Na záver kurzu obdržíte potvrdenie o účasti.

Účastnícky poplatok 145,- € zahŕňa platbu za:

- účasť na kurze a praktických vyšetreniach
- ubytovanie v dvojložkovej izbe

- kompletnú stravu (piatok: večera, sobota: raňajky, obed), v prestávkach občerstvenie
- tlačové materiály + potvrdenie o účasti (15 kreditov CME)

Program každého kurzu:

- A: Prehľadové prednášky (podľa konkrétnej témy)
- B: Praktické vyšetrowanie pacientov v skupinách pod dohľadom lektorov
- C: Záverečná diskusia, test a jeho vyhodnotenie

Prihlášku s uvedením titulu mena, priezviska, poštovej adresy bydliska aj aktuálnej e-mailovej adresy zašlite na: na mailovú adresu: jana.slobodnikov@tnuni.sk. Ďalšie informácie: Mgr. Jana Tichá, tel.: 0917 313 314

VÍKENDOVÉ ULTRAZVUKOVÉ KURZY 2015

Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne (SSUM) v spolupráci s BENIMED sro., Piešťany a WEGA-MS sro. Piešťany Vás pozývajú na tradičné postgraduálne víkendové kurzy s prehľadovými prednáškami, klinickými ukázkami a praktickým vykonávaním vyšetrení účastníkmi:

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Myokard LK – systolická a diastolická funkcia | 27. – 28. marec 2015 |
| 2. Chlopne ľavého srdca, hodnotenie funkcie | 10. – 11. apríl 2015 |
| 3. Muskuloskeletálny systém | 24. – 25. apríl 2015 |
| 4. Základy USG abdoménu (len začiatočníci) | 22. – 23. máj 2015 |
| 5. Cievy končatín a krku | 29. – 30. máj 2015 |
| 6. Pankreas, GIT, akútne brucho | 5. – 6. jún 2015 |
| 7. Uropoetický trakt | 19. – 20. jún 2015 |

Miesto konania: **Hotel – penzión Diana, Matúšková 21, Piešťany**

Termín: Piatok 14.00 – 18.30 h
Sobota 8.30 – 13.30 h

Registrácia: V piatok od 13.00 h len s platnou pozvánkou (ktorú zašleme prvým prihláseným). Priamo pri registrácii zaplatíte poplatok za kurz a obdržíte časový rozpis programu. Na záver kurzu obdržíte potvrdenie o účasti.

Účastnícky poplatok 145,- € zahŕňa platbu za:

- účasť na kurze a praktických vyšetreniach

- ubytovanie v dvojložkovej izbe
- kompletnú stravu (piatok: večera, sobota: raňajky, obed), v prestávkach občerstvenie
- tlačové materiály + potvrdenie o účasti (15 kreditov CME)

Program každého kurzu:

- A: Prehľadové prednášky (podľa konkrétnej témy)
- B: Praktické vyšetrowanie pacientov v skupinách pod dohľadom lektorov
- C: Záverečná diskusia, test a jeho vyhodnotenie

Prihlášku s uvedením titulu mena, priezviska, poštovej adresy bydliska aj aktuálnej e-mailovej adresy zašlite na: PhDr. Monika Labudová, PhD., Centrum MEDICUS, Javorová 25, 921 01 Piešťany alebo na mailovú adresu: usg@stonline.sk. Ďalšie informácie na 0918 722 624

Inzerujeme...



Nemocnice Český Krumlov, a.s. prijíme:
Na oddelení ARO

- lekáre/ku se špecializovanou zpusobilostí v oboru ARO s perspektivou funkčného miesta
- lekáre/ku s atestáciou I.stupne alebo lekáre v príprave na atestáciu v oboru ARO
- lekáre/ku absolventa

V prípade nástupu bude vyplacen náborový príspevek. Nabízime nadstandardní mzdové podmienky. Možnosť ubytování. Zaměstnanecké benefity. Pomoc při pořizování bytu nebo domu. Blížíší informace při osobním jednání. Kontaktujte personální oddělení, tel.380 761 361, mobil 777 486 121, e-mail: markova@nemck.cz

Praktický lékař v Bratislave na poliklinike postúpi ambulanciu zúčemcovi. Ekonomické otázky sa prerokujú osobne. Kontaktný telefon: 02/48279407. Značka: odchod do dôchodku.

Pozícia: rádiológ, dermatológ, internista, praktický lékař, neuroológ
Firma: OPTIMA RECRUITMENT EUROPE, s.r.o.
Miesto práce: Praha

Hľadáme doktorov s rôznymi špecializáciami (rádiológ, dermatológ, internista, praktický lékař, neuroológ) pre zdravotnícke zariadenie v PRAHE. Ponúkame výborné platové podmienky, možnú asistenciu s ubytovaním, flexibilnú pracovnú dobu podľa dohody (možnosť skráteného úväzku). Blížíší informace na: www.optima-recruit.cz, longauerova@optima-recruit.cz alebo tel.: +420 604 216 147 p. Longauerová

Informácie:
OPTIMA RECRUITMENT EUROPE, s.r.o.
V Jámě , Praha 1, 110 00
IČO: 26423022
DIČ / IČ DPH: CZ26423022
Tel.: +420604216147
Web: <http://www.optima-recruit.cz/>
E-mail: longauerova@optima-recruit.cz

Očná lékárka zamestná aspoň na jeden deň týždne očné doktorku. Prosím, kontaktujte na Zdravé oko s.r.o., Očná ambulancia, 2.posch., Pražská 4, 040 11 Košice mail: zdrave.oko@mail.t-com.sk

Velká a moderná lékárská Prax všeobecného lékařstva v Nemecku v blízkosti hranic s ČR (50 km od Chomutova) hledá kvůli plánovanému rozšírování 1 atestovaného lékaře (všeobecné lékařstvo popr. interná medicína) a 1 neatestovaného lékaře (v přípravě na atestáciu zo všeobecnej medicíny). Ponúkame nástupný plat: 6.000,- € pre atestovaného a 3.900,- € pre neatestovaného lékaře, všestrannú, zodpovednú a pestrú pracovnú činnosť v zaujímavom prostredí. Byt zabezpečený. Možnosť pri-vyrobena si v službách.

Očakávame: jazykové znalosti z nemčiny (certifikát B2), flexibilitu, diagnostické schopnosti, sonografiu, praktické skúsenosti z internej medicíny a malej chirurgie. Tešíme sa na Vaše prihlášky na adrese: **Arztpraxis Lengefeld, Markt 17, D-09514 Pockau-Lengefeld, Deutschland.**

Za sprostredkovanie jedného lékaře inou osobou ponúkame 1.000,- € – po podpísaní pracovnej zmluvy!

Znenie tajničky: Vnukni mi v pravú chvíľu a pravé miesto.....
 Správne znenie tajničky posielajte na adresu: redakcia.medikom@gmail.com

	HUDOBNÁ FORMÁCIA DŇMYCH	UTRÁPIL RIGZDRAVL	NEŽNOSŤ	OBRA FANO. NAMA, DNICE, AVD, ALAP, POTA, IMB, KWE, AOTO	PRITAŽLIVOSŤ ČARO	VITALO Z MŤVYCH	VYSOKÝ MUŽSKÝ HLAS	TAL. HUSLIAR (NICCOLO 1591)	POBODKY ANTABUS, AMBOK, ELISA, OPERAS, LUMR, KLAR	HE. MESTO JAPONSKA	REKA- ČEBKO, NEVECKO, POLESKO	ROAD HAULAGE ASSOCIATION	3.ČASŤ TAJNIČKY	RURA ZA- CHYTAVAJUCA DIAŽDOVÚ VODU
ODNAČENE (SKR.)				INDONÉZSKÉ SIDLO EČV OKRESU MALACKY					MEDOKONČONA PASTRA					
1.ČASŤ TAJNIČKY									OOHADNUTE					
VYBUŠNINA S TRHAVÝMI ÚČINKAMI									CHORY (NEM.) RADIO LIBERTY (SKR.)					
PRVÁ ŽENA				VYTRZNOSŤ (HOVOR) POVOZNIK								ELEKTROŇ- VOLT IŽN TRILINA		
TITAN (DN.)				VTLAČO. VTIŠLO 3.ČASŤ TAJNIČKY							CITOSLOVCE POHRANA LEK. PRE ALKOHOLIKOV			
OLDRICH (DOM.)										ČERNOCH (RUS. ZAST.)				
	PROGRES ROZVOJ	ČARODJENIK Z KRAJINY OBUDNY TVOR								DVERNA				APARTMÁN (ČES.)
ROZBI										TA				
RIEKA V POESKU										GLIZZOKRAJNY DRAHY VŤAK				
JASNÝ (NEM.)										EXISTOVALA VYTVAR GRAF TECHNIKA				
RUSKO (KOD-STATU)			4.ČASŤ TAJNIČKY	TAVBA	JAPONSKÁ REGATA	LAD (ČES.)		HOO (ČES.)	MUŽSKÉ MENO VYROBENÝ (ANGL.)					
USTUPL (ZAST.)							ANG. PROZAK KINGBLEY, 1921 MLADŠA KAMENNA DOBA (GEOG.)					ČESKA TELEVIŽIA STRAŠRO		
ORVYATEL KALAMEN											DIGITAL ELEVATION MODEL MODERNÝ SPOLUČENSKÝ TANEC			
	ANARCHISTIC KE HRUTE MLADÉŽE	FRANCOZSKÉ MUŽ. MENO (ZVONUS) VYSTREDNÝ (ČES. MLADÉŽE)						SEKANIM POŠODI SIDLO VUGANDE						
SPEVAK (POET.)						ZNAČKA CIGAR NÁROD. SKUPINA V ROZNEZI							PÁŠTARSKÝ UDER	MENA MACAA
UPROBLA (EXPR.)									CUDE ŽEN. MENO ŠPANIELSKY ČLEN					
SIDLO V MALAZI					5.ČASŤ TAJNIČKY									
KOLENO (NEM.)					POHONNÁ ZMES PRE MOTOR							SIDLO NA OSTROVE HONŠU		

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 4/2014 znie:

Život, v ktorom sa dopúšťame jednej chyby za druhou, si zaslúži nielen viacé úcty, ale je dokonca užitočnejší ako život, v ktorom nerobíme nič.

Blahoželáme výhercom!

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

Výhercovia z čísla 4/2014 Medikom*:

1. MUDr. Irena Uhrňová, Dolný Kubín
2. MUDr. Anna Ondrejová, Stará Ľubovňa
3. MUDr. Adriana Miklošová, Galanta

Tešíme sa na správnu odpoveď tajničky do 15. 4. 2015: redakcia.medikom@gmail.com

Adresa redakcie:
 LEKÁR a.s., MEDIKOM,
 Dobšinského 12, 811 05 Bratislava

STOLIČKA, KTORÁ LIEČI LEKÁROV

LEKÁR, a.s.
Dobšinského 12
811 05 Bratislava

ERGONOMIS MEDICAL

- klinicky testovaná zdravotná pomôcka
- najnižšia cena na trhu
- doživotná záruka na Move&Stop systém
- z výroby priamo k vám
 - slovenský patentovaný výrobok

RODNEY LAING

*Spinal Cambridge, TOP 10
britských chirurgov chrbtice*

*Som nadmieru ohromený
dizajnom, konštrukciou a
ergonomickými vlastnosťami
stoličiek Ergonomis a myslím, že
pohyblivé sedadlo je geniálnou
inováciou.*

*Pri sedení na bežnej kancelárskej
stoličke som pociťoval silné bolesti
v dolnej časti chrbta, odkedy
používam stoličku Ergonomis,
cítim sa oveľa lepšie.*

SEDADLO MOVE&STOP SA POHYBUJE
SPOLU S VAMI. PRETO SA CHRBTICA
NEKRIVÍ, ALE OSTÁVA V SPRÁVNEJ
POLOHE. ČO PRE VÁS EŠTE ROBÍ?

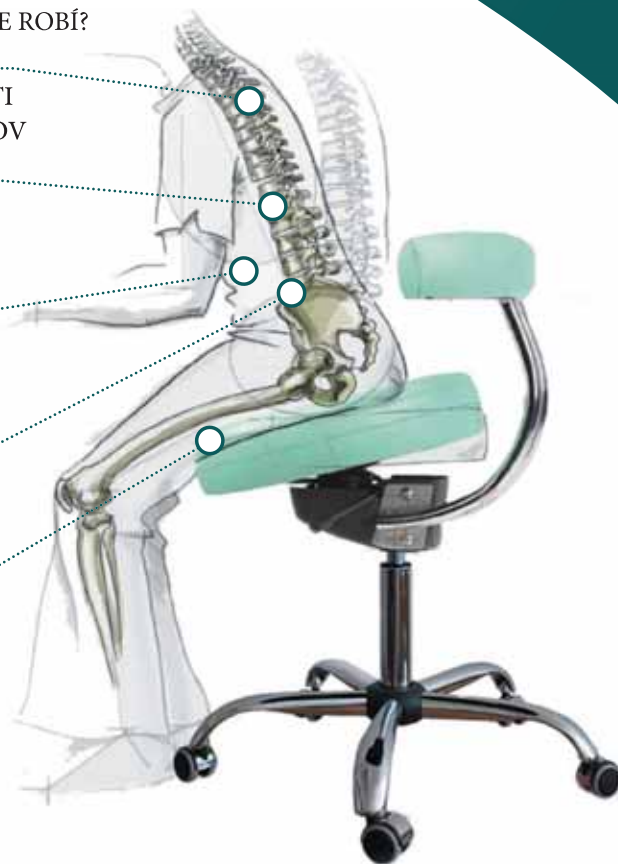
ODSTRAŇUJE BOLESTI
ŠIJE, CHRBTICA A KRÍŽOV

REDUKUJE TLAK
NA MEDZISTAVCOVÉ
PLATNIČKY

POSILŇUJE SVALY
BRUCHA A CHRBTICA

ZNIŽUJE HMOTNOSŤ
A OBVOD PÁSU

ZNIŽUJE TLAK NA
SVALY, ZLEPŠUJE
CIRKULÁCIU KRVI



ERGONOMIS MEDICAL SME VYVINULI S OHLADOM NA POTREBY
VŠEOBECNÉHO LEKÁRA. ZVLÁŠŤ JU OCEŇUJÚ PRI PRÁCI...

S ULTRAZVUKOM

OFTALMOLÓGA

DENTISTU

GYNEKOLÓGA



OTÁZKY • PODNETY • OBJEDNÁVKY
• FAREBNÉ PREVEDENIA



shop@lekarnet.sk • 0911 199 723 • www.lekarnet.sk

Účinná a bezpečná analgéza u pacientov so strednou až silnou bolesťou¹



- dvojité sila účinku¹
- šetrný k žalúdku²
- minimálny účinok na kardiovaskulárny systém¹

ZARACET tbl. flm. 20 x 37,5 mg/325 mg

ZARACET tbl. flm. 30 x 37,5 mg/325 mg

ZARACET tbl. flm. 60 x 37,5 mg/325 mg

NOVINKA!



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

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Zloženie: Každá filmom obalená tableta obsahuje 37,5mg tramadoli hydrochloridum a 325 mg paracetamolom. **Terapeutické indikácie:** Zaracet je indikovaný na symptomatickú liečbu strednej až silnej bolesti. Dávkovanie a spôsob podávania: Dospelí a deti od 12 rokov: Dávka sa má nastaviť individuálne podľa intenzity bolesti a odozvy u pacienta. Úvodná odporúčaná dávka sú *dve filmom obalené tablety* Zaracetu. Ak je to potrebné, môžu byť podané ďalšie dávky, neprekračujúc 8 filmom obalených tabliet za deň (*ekvivalent 300 mg tramadoliumchloridu a 2 600 mg paracetamol*). Dávkovací interval nemá byť kratší ako 6 hodín. Starší pacienti: Môžu sa použiť zvyčajné dávky, hoci sa má vziať na vedomie, že u dobrovoľníkov starších ako 75 rokov bol po perorálnom podaní predĺžený eliminačný polčas tramadoliumchloridu o 17%. U pacientov starších ako 75 rokov sa kvôli prítomnosti tramadoliumchloridu odporúča, aby minimálny interval medzi dávkami nebol kratší ako 6 hodín. **Kontraindikácie:** Fixná kombinácia tramadoliumchloridu a paracetamolom je kontraindikovaná v nasledovných prípadoch: precitlivenosť na tramadoliumchloridu, paracetamol alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok lieku, akútna otrava alkoholom, hypnotikami, centrálné pôsobiacimi analgetikami, opioidmi alebo psychotropnými liekmi, pacienti, ktorí súčasne užívajú inhibítory MAO alebo v priebehu 14 dní po ich vysadení, ťažká porucha funkcie pečene, liečbou nekontrolovaná epilepsia. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie hlásené nežiaduce účinky počas klinických štúdií uskutočnených s kombináciou paracetamol/tramadoliumchlorid boli nauzea, závraty a spavosť, pozorované u viac ako 10 % pacientov. Špeciálne upozornenia na uchovávanie: Tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne podmienky na uchovávanie. **Veľkosť balenia: 20, 30, 60 tabliet.** V jednom blistri po 10 tabliet.

DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCI: BELUPO, s.r.o., Cukrová 14, 81108 Bratislava, Slovenská republika **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** Január 2014.

Liek sa vydáva len na lekársky predpis. Pred preskripciou si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku.

Literatúra: 1. SPC ZARACET, 2. I.Topcu,N.Z.Ekici, R.Isik, M.Sakarya The effects of tramadol and fentanyl on gastrointestinal motility in septic rats. 2006; 102:876-81