

ORGANIZAČNÝ VÝBOR:

Alena Bohúňová

Alica Feketeová

Mária Fischerová

Eva Chloupková

Viera Jeníková

Mária Kobezdová

Danica Kšenžighová

Valéria Ochotnická

Lýdia Štefánková

Anna Vojakovičová

ZÚČASTNENÉ FARMACEUTICKÉ SPOLOČNOSTI:

ABENA SR,
ALTERMED Slovakia, s.r.o.,
AROMATIX, s.r.o.,
BELLA SK, s.r.o.,
BETA plus, spol. s r.o.,
BIOMIN, a.s.,
BOEHRINGER INGELHEIM Pharma, o.z.,
BOIRON SK, s.r.o.,
CELIMED, s.r.o.,
Dr.MÜLLER PHARMA, s.r.o.,
EGIS Slovakia,
JURAJ ULIČN?-ENEL,
FAVEA TRADE, s.r.o.,
GENERICA, a.s.
GLYNN BROTHERS CHEMICALS Slovakia, spol. s r.o.,
GREEN-SWAN Pharmaceuticals SR, s.r.o.,
HARTMANN-RICO, spol. s r.o.,
HIPP Slovakia, s.r.o.,
KRKA, továrna zdravil, d.d.,
KREWEL MEUSELBACH, s.r.o.,
MEDICO UNO, s.r.o.,
MERCK Slovakia, spol. s r.o.,
MGV TRADING, s.r.o.,
NESTLÉ Slovensko, s.r.o.
NUTRICIA, s.r.o.
PIERRE FABRE MEDICAMENT, s.r.o.,
PLEURAN, s.r.o.,
PROTETIKA, a.s.,
RAPETO, a.s.,
RECKITT BENCKISER, spol. s r.o.,
RICHTER GEDEON, o.z.
SCA HYGIENE PRODUCTS, spol. s r.o.,
STADA Pharma International GmbH,
TEVA Pharmaceuticals Slovakia, s.r.o.,
UNIMED Pharma, s.r.o.,
UNIMEDIC Slovakia, s.r.o.
UNIPHARMA Prievidza,
VALOSUN, a.s.,
VIRDE Slovakia,
VITAR Slovakia, s. r.o.,
WALMARK, s.r.o.,
ZEPTER Slovakia, spol. s r.o.,
ZENTIVA SK, a.s.,

Vážené dámy, vážení páni, vážení hostia, milé kolegyně,

dovoľte, aby som Vás privítala na jubilejnej XXX. Slovenskej konferencii farmaceutických laborantov s medzinárodnou účasťou v Žiline.

Úvodom je potrebné bilancovať činnosť Sekcie farmaceutických laborantov.

Pred 36. rokmi sa v Poprade uskutočnil ustanovujúci zjazd lekárenských laborantov ako jednej zo zložiek Československej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyně. Na tomto mieste sa ustanovila Sekcia lekárenských laborantov, ktorej prvými organizátorkami boli kolegyně Lúbia Polakovičová a Alžbeta Hladná. Zvolený výbor sekcie pracoval pod vedením Betky Hladnej až do roku 1989. Výbor sekcie každoročne usporadúval pracovné dni, na ktorých sa zúčastňovali lekárenské laborantky z celého Československa.

Od roku 1993 sa registruje na Slovenskej lekárskej spoločnosti a v jej organizačnej zložke Slovenskej spoločnosti laborantov a asistentov v zdravotníctve Sekcia farmaceutických laborantov s riadne zvolenými členmi výboru. So Slovenskou komorou iných zdravotníckych pracovníkov, laborantov, asistentov a technikov úzko spolupracujeme na spoločných odborných podujatiach a pri riešení profesijnej problematiky.

Tohto roku sme v Prahe obnovili spoluprácu s farmaceutickými asistentmi Českej asociácie sestier. Dovoľte srdečne privítať aj našich hostí z Českej republiky.

Odbornou témou tohtoročnej konferencie je „Terapia bolesti z aspektu kvality života“. Každý klinický odbor sa s problematikou bolesti, či už akútnej alebo chronickej stretáva pomerne často. Pritom si však mnohí z nás neuvedomujeme akú úlohu na celkovom stave pacienta má práve bolesť. Bolesť je pritom významným prediktorom úrovne kvality života chorého, ako aj najčastejším dôvodom toho, že ľudia vyhľadávajú lekára alebo odborníka poskytujúceho zdravotnú starostlivosť.

Cieľom prednášok, posterov, ako aj iných podnetných príspevkov, ktoré budú predmetom ďalších diskusií a rokovaní a ktoré odznejú na našej konferencii v nasledujúcich chvíľach, je poskytnutie viacerých významných odborných poznatkov, ktoré riešia danú problematiku a naši prednášatelia nám ich prednesú na tej najvyššej úrovni.

V Zborníku abstraktov, ktorý sme vydali pri príležitosti tejto konferencie, iste nájdete zdroj inšpirácií a verím, že Vás bude motivovať k účasti na konferenciách v budúcich ročníkoch.

Na záver by som chcela týmto poďakovať všetkým, ktorí po celé roky akýmkoľvek spôsobom prispeli k dobrej úrovni a úspešnému priebehu našich odborných podujatí a ktorí sa podieľali pri tvorbe legislatívnych koncepcií, týkajúcich sa problematiky farmaceutického laboranta.

V závere ďakujem všetkým autorom prednášok, našim sponzorom – farmaceutickým spoločnostiam a hlavne Vám účastníkom konferencií, bez ktorých by tieto podujatia neboli úspešné.

Prajem všetkým príjemnú pohodu, veľa aktuálnych odborných poznatkov a pekných priateľských a spoločenských zážitkov.

V Žiline 28. septembra 2007

Viera Jeniková



SPRÁVA O ČINNOSTI SEKČNEJ KOMORY MEDICÍNSKO-TECHNICKÝCH PRACOVNÍKOV

Mária Kobezdová, prezidentka Sekcie farmaceutických laborantov Sekčnej komory Medicínsko-technických pracovníkov

Vážene kolegyně, milí hostia !

Dovoľte mi, aby som Vás všetkých privítala na Celoštátnej konferencii farmaceutických laborantov, pripjala Vám príjemnú pohodu a v danom časovom limite Vás oboznámila o činnosti Sekčnej komory Medicínsko – technických pracovníkov za obdobie marec 2006 až september 2007.

Do našich lekární sa dostáva časopis Lekárník a v júnovom čísle ste sa dozvedeli podrobne o zastúpení našich členiek v orgánoch stavovskej organizácie.

Činnosť komory sa delí na viacerú časť a to :

1. Činnosť v rámci SK IZPALT –u :

Kde sa aj za našej spolupráce riešilo spracovanie pripomienok k zákonu 578,140, k metodickému usmerneniu o pečiatkach, k návrhom špecializačných programov.

– rokovania na MZ SR aj na pôde NR SR

– september 2006 – nastupujúci nový prezident Bc. Jaroslav Šár

2.Oblasť legislatívy:

– pripomienkovanie zákona 578/2004

– pripomienkovanie zákona 140/1998

– pripomienkovanie MU č.1/1MZ SR o pečiatkach

– Európska legislatívna norma ES/2005/36

3.Systém kvality:

Ponuka od firmy EMARK na výkon školení, ktoré ZP pomôžu pri vytváraní a príprave dokumentácie systému kvality.

4.Oblasť medzinárodnej spolupráce:

Účasť v novembri 2006 na zasadnutí GGB EPBS v Ríme

Organizácia zasadnutia GGS EPBS v roku 2008 u nás na Slovensku

5.Oblasť spolupráce s MO SR:

Pre prípad ohrozenia SR budú povolani ZP pracovať v špecializovanej vojenskej nemocnici.

6.Oblasť spolupráce s odbormi:

Jednania o finančných a legislatívnych otázkach pre ZP, Bol schválený nový zákonník práce, ktorý je moderný s súlade s európskymi zákonníkmi práce. Riešilo sa mzdové navýšenie základných platov všetkých pracovníkov pracujúcich v zdravotníctve .Netreba dopredu ohovárať a hovoriť, že to tak nepôjde .Až čas ukáže, ako to vlastne bude

7. Ostatné činnosti :

– register zdravotníckych pracovníkov

– licencie

– účasť na prezentačných a informačných podujatiach a seminároch

– akreditácia ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov

– príprava odborných akcií

– spolupráca s poslancami NR SR pri novelizácii zákonov

– riešenie aktuálnych problémov

– plnenie uznesení zo Snemu SeK MTP

- práca v sekciách podľa jednotlivých odborov profesií zdravotníckych pracovníkov
- riešenie sťažností
- školenia v rámci systému kvality .

Najdôležitešie úlohy SeK MTP po Sneme stanovil Rade a Prezídium :

- iniciovať potrebné legislatívne zmeny v prospech zdravotníckych pracovníkov
- presadzovať osamostatnenie našej komory
- kontrolnou činnosťou zabezpečiť fungovanie jednotlivých Regionálnych komôr
- presadzovať povinné členstvo

Na záver:

Ako ste si vypočuli úlohu je veľa. Je potrebné pracovať na tom, aby sa naša práca ešte viac zviditeľnila, ale hlavne na tom aby, sme ňou dokázali pomôcť a pozdvihnúť odbornú úroveň práce zdravotníckeho pracovníka, ktorý jedine svojou poctivou prácou, odbornosťou a etickým prístupom k pacientovi dosiahne požadovaný rešpekt a úctu, ktorá našej práci pri výkone nášho povolania nám právom patrí.

V Košiciach dňa 28.septembra 2007

Mária Kobezdová

LIEČIVÁ POUŽÍVANÉ V TERAPII BOLESTI

PharmDr. Lucia Čerňušková, CSc., Katedra lekárenstva, Fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Boleť je neprijemný zmyslový a emocionálny zážitok, spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva, alebo sa ako takýto popisuje.

(WHO)

Povaha bolesti je daná nielen kvalitou a intenzitou vyvolávajúceho podnetu, ale aj prahom vnímania, kvalitou nervového vedenia, spracovania v CNS, vrátane osobnosti postihnutého, jeho momentálneho stavu aj skúseností, okolnosťami bolestivého podnetu, výchovou aj tradíciou. Boleť je stupňovaná strachom a neistotou.

Boleť je vždy subjektívna. Každý človek má iný prah vnímania bolesti.

Faktory ovplyvňujúce vnímanie bolesti: biologické, sociálne, psychologické.

Nociceptory = receptory bolesti.

V CNS nie je centrum pre bolesť, na spracovaní informácií, týkajúcich sa bolesti, sa podieľajú mnohé štruktúry.

Delenie bolesti:

Akútna bolesť

Chronická bolesť

Druhy bolesti podľa pôvodu:

Nociceptívna

Neuropatická

Reflexná

Psychosomatická

Prístup k liečbe bolesti môže byť:

nefarmakologický: fyzioterapia, psychoterapia, transkutánná elektrostimulácia, neurochirurgia, akupunktúra, akupresúra, hypnóza, sugescia...

farmakologický: opioidné analgetiká, analgetiká (antipyretiká, antiflogistiká), analgetiká adjuvantné, lokálne anestetiká...

Základné princípy farmakoterapie chronickej bolesti:

1. Neopoidné analgetiká + adjuvanciá
2. Slabé opoidy + neopoidné analgetiká + adjuvanciá
3. Silné opoidy + neopoidné analgetiká + adjuvanciá

Opidné analgetiká:

sufentanil, morfín, hydromorfón, oxykodón, dihydrokodeín, kodeín, petidín, fentanyl, pentazocín, buprenorfín, tramadol

Analgetiká- antipyretiká:

kyselina acetylsalicylová, aloxiprin, metamizol, paracetamol, flupirtin, zikonotid

Analgetiká- antiflogistiká:

indometacín, diklofenak, aceklofenak, piroxikam, meloxicam, ibuprofén, naproxén, ketoprofén, flurbiprofén, kyselina tiaprofénová, oxaprozín, dexketoprofén, kyselina tolfenámová, celecoxib, valdecoxib, parecoxib, etorikoxib, lumirakoxib, nabumeton, nimesulid, diacerein

Adjuvantné lieky:

lokálne anestetiká, antiepileptiká, antidepresíva, antipsychotiká, anxiolytiká, kortikoidy, myorelaxanciá, H1 antihistaminiká, bifosfonáty

NOVÉ PERSPEKTÍVNE SKUPINY LIEČIV, VÝVÍJANÉ NA LIEČENIE BOLESTI a ZÁPALU

*Prof. MUDr. Pavel Švec, DrSc., Katedra farmakológie a toxikológie
Farmaceutická fakulta UK, Bratislava*

Napriek skutočnosti, že na liečenie bolesti máme k dispozícii veľkú paletu liečiv, vhodných na kauzálnu aj symptomatickú liečbu bolesti, vo vývoji v predklinickom a klinickom skúšaní sa objavujú nové molekuly, pripravované chemickou syntézou, alebo biotechnologicky. Ide o skupiny potencionalných liečiv so zaujímavými mechanizmami účinku a to: a/ Nesteroidné protizápalové liečivá, schopné produkovať NO skupinu; b/ Duálne COX/LOX inhibitory (inhibitory cyklooxygenázy aj lipooxygenázy); c/ Inhibitory COX-3; d/ Antagonisty PAR2 receptorov; e/ Antagonisty cannabinoidných receptorov; f/ Antagonisty vaniloidných receptorov; g/ Antagonisty špecifických N-cholinergických receptorov; h/ Antagonisty glycinu; i/ Antagonisty neurokininov a ďalšie skupiny (selektívne opioidy, špecifické blokátory vápnikových kanálov a pod).

Zavedenie liečiv tohoto charakteru do terapeutickkej praxe významným spôsobom rozšíri paletu liečiv tlmiacich bolesť, nepochybne rozšíri možnosti kauzálnej liečby a pomôže zlepšiť kvalitu života pacientov s bolesťami, ktorých tlenie je v súčasnosti stále problematické – pacienti s nádorovou chorobou, autoimúnnymi ochoreniami a neuropatickou bolesťou.

LIEKY, KTORÝCH VÝÝDAJ NIE JE VIAZANÝ NA LEKÁRSKY PREDPIS, POUŽÍVANÉ NA LIEČBU BOLESTI

*Doc. PharmDr. Juraj Sýkora, CSc., Katedra lekárenstva, Slovenská
zdravotnícka univerzita, Bratislava
PharmDr. Katarína Sýkorová, lekárka Pilula, Bratislava*

Lieky, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky predpis, používané na liečbu bolesti sa aplikujú perorálne alebo lokálne.

Prípravky na perorálne použitie najčastejšie obsahujú kyselinu acetylsalicylovú (KA), ibuprofén, diklofenak a paracetamol. Kyselina acetylsalicylová, ibuprofén a diklofenak sú nesteroidové antiflogistiká (NSA) a majú podobné farmakologické vlastnosti. Paracetamol nie je NSA. Všetky sa používajú na liečbu širokej palety bolestí, zahrňujúcich bolesti hlavy, migrénu, bolesti zubov, dysmenoreu, svalovú a reumatickú bolesť. Majú tiež antipyretické účinky a môžu sa používať ma zmiernenia príznakov nachladenia a a chrípky. Jednotlivé zlúčeniny môžu byť výhodnejšie v určitých indikáciách a situáciách v závislosti od mechanizmu účinku, profile nežiaducich účinkov, atď

Lokálne (topické) analgetiká sa používajú externe na zmiernenie veľkého počtu bolestivých príhod. Dostupné je veľké množstvo prípravkov, ktoré obsahujú ako základné súčasti NSA, rubefacienciá a lokálne anestetiká.

Dôkazy o účinnosti kyseliny acetylsalicylovej, ibuprofenu a paracetamolu

Všeobecné použitie na liečbu bolesti

Klinické štúdie dokázali, že nízke dávky ibuprofenu sú rovnako účinné ako KA a paracetamol. Použitie ibuprofenu je spojené s najnižším rizikom gastrointestinálnej toxicity v porovnaní so všetkými NSA. Je dokázané, že aj paracetamol je dobre tolerovaný a je účinný pri miernej bolesti.

Bolesti hlavy

Štúdie zistili, že KA v dávke 650 mg a paracetamol v dávke 1 000 mg sú rovnako účinné pri epizodice migrény, a že obe látky sú signifikantne účinnejšie ako placebo. Porovnávacie klinické skúšanie ibuprofenu v dávke 400 mg a paracetamolu v dávke 1 000 mg ukázalo, že obidve látky sú účinne analgetiká pri svalovospastických bolestiach hlavy, a že ibuprofén je signifikantne účinnejší ako paracetamol v týchto dávkach. Ďalšie klinické skúšanie ukázalo, že ibuprofén v dávke 200 mg a KA v dávke 500 mg je prinajmenšom rovnako účinný ako KA a lepší ako placebo.

Bolesti zubov

Zistilo sa, že ibuprofén v dávke 400 mg je účinnejší pri bolestiach zubov ako ekvivalentné dávky KA a paracetamolu.

Dysmenorea

Výsledkom obsiahleho prehľadu odbornej literatúry bolo zistenie, že NSA sú účinné v liečbe primárnej dysmenorey. Ďalší prehľad konštatoval, že NSA, vrátane KA, sú účinné a ibuprofén má pravdepodobne najlepší pomer rizika a účinku. Zdá sa, že paracetamol je menej účinný ako NSA.

Bolesti chrbta a svalové bolesti

Systematický prehľad NSA používaných na liečbu bolesti dolnej časti chrbta ukázal, že NSA sú vhodné na krátkodobé symptomatické zmiernenie bolesti tohto typu. Ani jeden z liekov nie je jednoznačne účinnejší ako ostatné. Zistilo sa konfliktne údaje, dokazujúce že NSA sú účinnejšie ako paracetamol. Iná práca porovnávala ibuprofén, KA a placebo na liečbu svalovokostrovej bolesti. Zistilo sa, že ibuprofén bol významne lepší ako KA alebo placebo.

Bolesť a horúčka u detí

Porovnanie ibuprofenu a paracetamolu pri horúčke detí ukázalo, že oba lieky sú účinné antipyretiká a oba sú dobre tolerované. Zdá sa, že ibuprofén má dlhší účinok a je účinnejší ako paracetamol 4-6 hodín po podaní, čo môže byť za určitých okolností výhodné. Meta analýza randomizovaných klinických štúdií ukázala, že paracetamol a ibuprofén sú podobne bezpečné pri krátkodobom používaní a miernení mierne a výraznej bolesti u detí, ale ibuprofén znižuje horúčku účinnejšie ako paracetamol.

Výber vhodného perorálneho analgetika

Výber vhodného perorálneho analgetika je výrazne komplikovanou skutočnosťou, že vnímanie bolesti je vysoko subjektívne a výber lieku často závisí od osobných preferencií.

Základné zlúčeniny – KA, ibuprofén, diklofenak a paracetamol – sú všetky účinné na miernu a silnejšiu bolesť, aj keď prvé tri sú vhodnejšie tam, kde je bolesť spôsobená lokálnym zápalom, ako je to pri muskuloskeletálnych bolestiach, bolestiach zubov alebo pri dysmenoree.

KA a ibuprofén majú podobné indikácie, ale ibuprofén je účinnejší a má menej nežiaducich účinkov.

Paracetamol je dobrou alternatívou v prípadoch, keď nie je použitie KA a ibuprofenu vhodné. Je vhodný preto u starších pacientov, u detí mladších ako 16 rokov, u tehotných žien, a u pacientov s históriou astmy a gastrointestinálnych ťažkostí.

KA sa nemá podávať pacientom liečených warfarinom alebo metotrexátom, ibuprofén sa nemá podávať s lítium. Pacienti s kardiovaskulárnymi problémami by nemali brať ibuprofén.

Rýchlo rozpustné liekové formy majú výhodu v rýchlom nástupe účinku a v prípade KA v znížení žalúdočného dráždenia. Sú veľmi vhodné pri liečbe migrény, nakoľko vyprázdňovanie žalúdka je v priebehu ataku spomalené, a tým sa oneskoruje absorpcia analgetika.

Kombinované prípravky obsahujúce kodeín sú vhodné hlavne v prípadoch, keď jednozložkový prípravok nie je účinný. Možným nežiaducim účinkom je obštipácia.

Používanie kombinovaných prípravkov obsahujúcich kofeín je diskutabilné. Systematické prehľady naznačujú, že jeho pridanie do prípravkov má pre analgetický účinok len veľmi malý alebo žiadny význam pre analgetický účinok

Výber vhodného topického analgetika

Všetky skupiny topických analgetík sú účinné na liečbu krátkodobej muskuloskeletálnej bolesti. Prípravky najčastejšie obsahujú benzydamin, diklofenak, ibuprofén, ketoprofén, indometacín, piroxikam, kyselinu salicylovú.

NSA majú najviac dôkazov o účinnosti.

Topické NSA môžu vyvolať rovnaké nežiaduce účinky ako perorálne NSA u citlivých osôb. Nemajú sa používať u osôb citlivých na KA a ostatné NSA. Rubefacienciá obsahujúce salicyláty sú tiež kontraindikované. Topické NSA majú nízku pravdepodobnosť interakcií s inými liekmi.

Spôsob nanášania a masovania podstatne ovplyvňuje účinnosť topických analgetík.

KOMPLEXNÝ PRÍSTUP K BOLESTI U PACIENTOV S OSTEOPORÓZOU

www.rrc.sk

MUDr. Elena Ďurišová, primárka Reumatologicko-rehabilitačného centra, Hlohovec
MUDr. P. Rexa, ÚVN, Ružomberok, MUDr. J. Zvarka, MUDr. E. Rexová, Liptovské liečebné kúpele, Lúčky

Princíp vzniku bolesti v kosti nie je zatiaľ presne známy. Stimulované nociceptory prenášajú bolestivé podnety do CNS dvoma typmi nervových vlákien s nerovnakou rýchlosťou vedenia vzruchu, čím sa vysvetľuje fyziologické pozorovanie bolesti ostrej a tupej. Osteoporóza, najmä v oblasti axiálneho skeletu, je často sprevádzaná algickým syndrómom. Jedna z hlavných príčin chronickej osteoporotickej bolesti je svalová dysbalancia, vznikajúca na podklade kyfózy, prípadne kyfoskoliózy chrbtice v dôsledku zníženia statickej funkcie kostného tkaniva. Bolesť pri osteoporóze môžeme ovplyvniť liečbou farmakologickou (klasická trojstupňová schéma bolesti kombináciou analgetík neopioidných, opioidných a adjuvantných liekov, kalcitonín, lokálne anestetiká, infúzna liečba s kalciom) a nefarmakologickými postupmi (kinezioterapia, prostriedky fyzikálnej terapie, akupunktúra...).

Pohyb sprevádzaný pravidelným a dlhodobým zaťažovaním kosti je nenahraditeľnou zložkou liečby osteoporózy, keďže pie-zoelektrickým javom dochádza k dráždeniu osteoblastov, k zosilneniu a prestavbe kostných trámecov.

Správna analgetická terapia je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej liečby osteoporózy a dokáže výrazne zlepšiť celkovú životnú úroveň pacientov.

Celá problematika osteoporózy (možnosti včasnej diagnostiky, komplexnej liečby s účinkom prevencie zlomenín na podklade osteoporózy) a bolesti chrbtice je rozpracovaná v publikácii

„Osteoporóza-tichý zlodej kostí (cvičenia pri bolestiach chrbtice)“.

Kniha uvádza i komplexný kinezioterapeutický program-špeciálnu zostavu cvičení pri bolestiach chrbtice, nielen pre pacientov s osteoporózou, ale i pre všetkých, ktorí bolesti chrbtice majú alebo im chcú predchádzať. (dobierka bez poštových doplatkov tel. 033-73 01 820)

MOŽNOSTI POSKYTOVANIA DISPENZAČNÉHO MINIMA PRI VÝDAJI LIEKOV PROTI BOLESTI BEZ PREDPISU LEKÁRA V KAŽDODENNEJ PRAXI FARMACEUTICKÉHO LABORANTA

PharmDr. A. Liščáková, Katedra galenickej farmácie FaFUK, Bratislava

V procese samoliečenia hrá veľmi dôležitú úlohu samotný pacient. Jednotlivec sa rozhoduje akým spôsobom sa bude liečiť. V prípade, že nenavštívi lekára, nastupuje možnosť získania adekvátnych informácií z lekárne. V prípade, ak sa človek nesnaží o získanie rady v lekárni, môže dôjsť k omylom pri vlastnom užívaní liekov. Využitie takéhoto súboru informácií sa ukazuje nedostatčným. Optimálnym riešením môže byť **návšteva lekárne a konzultácia s lekárnikom** pracujúcim v prostredí verejnej lekárne, rovnako aj **kvalifikovaným farmaceutickým laborantom**. k najdôležitejším podmienkam účelného a bezpečného užívania liekov vydávaných bez predpisu lekára patrí **dostatočná informovanosť** ich užívateľov. **Lekárnik a farmaceutický laborant pri výbere liekov vydávaných bez predpisu lekára** musia postupovať podľa **algoritmov**, ktoré by si mali osvojiť. Predstavujú komplexný postup pri výbere, pretože do **algoritmov** sú zahrnuté okruhy týkajúce sa zdravotných ťažkostí v súvislosti s danými symptómami pri zohľadnení možnosti užívania ďalších liekov (viazaných na predpis lekára, či vydávaných bez predpisu lekára), ktoré môžu byť príčinou **liekových interakcií**. Prihliada sa zároveň k individuálnym potrebám jednotlivých pacientov.

Analgetiká sú liečivá, ktoré slúžia k tlmeniu bolesti. **Voľba liekov a liekových foriem analgetík vydávaných bez predpisu lekára** má byť založená na hlavnej indikácii a na poznaní stavu pacienta, ktorému je liečivo určené.

V **indikácii bolesti rôznej etiológie** (i nezápalovej) nízkej a strednej intenzity možno popri analgetikách – antipyretikách podávať aj liečivá zo skupiny nesteroidných antireumatik – antiflogistik, pričom tieto kombinácie využívajú často i sami chorí bez vedomia lekára a bez lekárskeho predpisu.

Vždy je potrebné v prípade **poradenstva** voči pacientom postupovať podľa tzv. už spomínaného **rozhodovacieho algoritmu pre výber optimálneho lieku proti bolesti bez predpisu lekára:**

- pre deti do 12 rokov – prednostne volíme lieky obsahujúce paracetamol (alebo liečivo zo skupiny nesteroidných antireumatik napr. ibuprofén); vzhľadom k riziku vzniku Reyovho syndrómu sa nedoporučuje užívať v prvom trimestri, rovnako aj deriváty kyseliny salicylovej v poslednom trimestri; kontraindikáciou je aj v predpôrodné obdobie,

- chorí s bolesťami a zápalom (hlavne bolesťami pohybového systému) – doporučuje sa krátkodobo podávať deriváty kyseliny salicylovej príp. rovnako krátkodobo deriváty pyrazolónu vzhľadom k inhibícii mediátorov bolesti a zápalu na periférii – v oblasti nociceptorov,

- migréna – k liečbe atakov volíme rýchlorozpuštné lieky obsahujúce kyselinu acetylsalicylovú alebo jej deriváty (výhodne v kombinácii s prokinetikami)

- chorí s anamnézou vredovej choroby žalúdka alebo duodéna – lieky obsahujúce paracetamol,
- u pacientov s polyvalentnou alergiou (s precitlivosťou na väčší počet alergénov) alebo s bronchiálnou astmou volíme paracetamol; u derivátov kyseliny salicylovej alebo derivátov pyrazolónu treba mať na zreteli relatívne vysoký počet precitlivosť na tieto liečivá a u astmatikov i nežiaduce bronchokonstrikčné účinky v dôsledku prevahy leukotriénov,

- u pacientov so zvýšenou krvácanosťou dávame prednosť paracetamolu, vyhýbame sa podávaniu derivátov kyseliny salicylovej pre ich účinok na krvné doštičky

- chorí s (menej) závažným postihnutím pečene – prednostne podávame deriváty kyseliny salicylovej, pokiaľ nie sú známky zvýšenej krvácanosti,

- chorí s poruchami funkcie obličiek – analgetiká – antipyretiká je potrebné podávať iba krátkodobo v nižších dávkach a vyhýbať sa podávaniu pyrazolónu,

- chorí liečení perorálnymi antidiabetikami, perorálnymi antikoagulantami, antiepileptikami, nesteroidnými antireumatikami, kortikosteroidmi a metotrexátom – prednostne podávame paracetamol pre nižšie riziko farmakokinetických interakcií.

Predpokladá sa, že práve farmaceuti v spolupráci s farmaceutickými laborantmi budú kľúčovými poradcami pre oblasť samoliečenia a liekov vydávaných bez predpisu lekára v rámci poskytovania dispenzačného minima určeného pre konkrétneho pacienta.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

BOLEŠŤ a JEJ FARMAKOTERAPIA VOĽNOPREDAJNÝMI LIEKM

Prof. MUDr. Pavel Švec, DrSc., Katedra farmakológie a toxikológie, FaF UK, Bratislava

Bolesť patrí k najčastejším prejavom poškodenia zdravia, a preto neprekvapuje, že až 90% pacientov v ambulancii lekára sa sťažuje na niektorú formu bolesti. Bolesť je varovným signálom, upozorňujúcim na poruchu, preto by liečenie bolesti mala predchádzať snaha o poznanie jej príčiny. Bolesť definujeme ako nepríjemný senzorický a emocionálny prežitok, ktorý je spojený so skutočným, alebo hroziacim nebezpečím poškodenia organizmu. Bolesť má vždy subjektívny charakter a popisuje sa mechanizmami, ktoré bolesť spôsobujú (pálenie, rezanie, šklbanie, pichanie a pod.).

Klasifikácia bolesti vychádza z mnohých kritérií ako sú príčina, charakter, intenzita, etiopatogenéza, doba trvania a pod. Z hľadiska patofyziológie bolestí delíme na bolesť nociceptívnu, vznikajúcu na receptoroch senzitivných nervových zakončení, neuropatickú (de-aferečnú), vznikajúcu v dôsledku poškodenia dráhy vedenia bolesti a bolesť psychogénnu. Z hľadiska doby trvania bolesti bolestí delíme na akútne a chronickú, pričom bolesť akútne je príznakom – symptómom poruchy a jej diagnostika a liečba je často pomerne jednoduchá, bolesť chronická je syndrómom, zvláštnou chorobnou jednotkou, ktorá stráca svoj pozitívny charakter, má odlišnú patofyziológiu od bolesti akútnej a jej liečba je mimoriadne komplikovaná.

Liečenie bolesti patrí k najvýznamnejším úlohám zdravotníkov, lebo pomáha zbaviť pacienta utrpenia, pričom liečba má viacero aspektov. Môže ísť o liečbu nefarmakologickú, alebo farmakologickú, môže mať

charakter preventívny, alebo terapeutický, vo vzťahu k príčine bolesti charakter kauzálny, alebo symptomatický.

Na symptomatickú liečbu bolesti je dostupná veľká paleta voľnopredajných liekov, ktorých účinnými súčasťami sú najčastejšie kyselina acetylsalicylová, paracetamol alebo ibuprofén. Výber vhodného liečiva by mal byť motivovaný jeho farmakodynamickým profilom a limitovaný poznatkami o ich nežiadúcich účinkoch.

CHRONICKÁ VENÓZNA INSUFICIENCIA (CHVI)

Ing. Jana Bírešová

Ochorenie žíl dolných končatín, pri ktorom dochádza ku chronickej stáze a zvýšeniu tlaku krvi v žilách a následnej poruche krvného obehu

Vzniká na podklade:

A: REFLUXU – 90% pacientov (na podklade insuficientných chlopní)

B: OBŠTRUKCIE – 10% pacientov (na podklade prekonanej trombozy v minulosti)

Postihuje najmä povrchový žilový systém dolných končatín

Symptómy CHVI

- Pociť ťažkých nôh, bolesť nôh
- Opuchy členkov a lýtok
- Mravenčenie
- Tvorba krčových žíl

Štádiá chronickej žilovej insuficiencie

(podľa CEAP klasifikácie)

C0	bolesť, nočné kŕče, pocity ťažkých a unavených nôh, pocit pripúčania končatín
C1	metličkovité varixy
C2	výrazné vyklenutie varikózne zmenených žíl
C3	Opuchy
C4	trofické zmeny kože
C5	zahojený vred predkolenia
C6	vred predkolenia

Príčiny vzniku CHVI

- Genetická predispozícia
- Tehotenstvo
- Hormonálna liečba
- Nadváha
- Nedostatok pohybu
- Stojace zamestnanie, dlhé sedenie
- Zápcha
- Diéty

Ohrozená skupina

- Symptómami CHVI trpí 50% populácie
- Z celkovej skupiny postihnutých sú 2/3 ženy
- Prvé príznaky sa objavujú v 20. roku života
- Najväčší výskyt ochorenia je medzi 50. a 60. rokom života

Sezónnosť CHVI

- Výskyt symptómov CHVI (najmä počiatočné a stredné štádium) a subjektívne potiaže pacientov sa objavujú v priebehu celého roka
- V súvislosti s teplejším počasím pacienti viac trpia príznakmi v lete – opuchy nôh, ťažké nohy, bolesť nôh

- V lete najmä ženy viac dbajú o zdravie, krásu a príťažlivosť nôh čo úzko súvisí s častejším odhaľovaním nôh (nosenie sukní, kúpaliská, športovanie a pod.)

Ako predchádzať problémom CHVI

- Kontrola váhy (obezita zaťažuje cievy a sťažujú cirkuláciu krvi)
- Pravidelná športová aktivita (plávanie, bicyklovanie) a chôdza denne aspoň 1 hodinu (posilňuje svaly a aktivuje svalovú pumpu)
- Vyhybať sa dlhému státiu, sedeniu alebo noseniu ťažkých bremien
- Znížiť konzumáciu stimulátorov (alkohol, káva, cigarety, slané jedlá)
- Strava bohatá na vlákniny a citrusové plody, dostatok tekutín
- Nenosiť obťahnuté oblečenie, škrtiace ponožky a podkolenky
- Nenosiť topánky bez podpätku alebo s príliš vysokým podpätkom (optimálna výška podpätku je 3-5 cm)
- Spať s vyvýšenými nohami (chodidlá sú 10 cm nad úrovňou srdca)
- Vyhybať sa prehriatiu na slnku, prekúreným priestorom
- Obmedziť kúpanie sa v horúcej vode, obmedziť návštevy sauny a parných kúpeľov
- Nepoužívať depiláciu horúcim voskom

Formy liečby CHVI

- Konzervatívna liečba
- Zmena životného štýlu
- Kompresívna liečba
- Medikamentózna liečba
- Lokálna liečba
- Radikálna terapia
- Sklerotizačná liečba
- Chirurgická liečba

Zmena životného štýlu+cvičenie

Cieľom je zlepšiť funkciu svalovej pumpy lýtkových svalov

- Aktívny pohyb
- chôdza 1 hodina denne
- bicyklovanie
- plávanie
- Fyzikálna liečba
- cviky v horizontálnej polohe
- cviky vo vertikálnej polohe

Kompresívna liečba

- Nahrádza nedostatočnosť svalovej pumpy lýtkových svalov
- Zrýchľuje krvný prietok v končatine
- Kompresívne pančuchy vyvíjajú najvyšší tlak v členku, smerom nahor sa tlak znižuje
- Predpísanie lekárom na základe merania obvodov končatiny (príspevok poisťovne až od 2. kompresívnej triedy)
- Nepohodlná počas letných mesiacov
- Kontraindikácie pri určitých ochoreniach

Medikamentózna liečba

Venofarmaká

A: Látky prírodného pôvodu

- Flavonoidy (najdlhšie a najčastejšie používané na žilové ochorenia)
- Saponíny
- Iné rastlinné výťažky

B: Syntetické látky

Farmakoterapeutické skupiny

Liečba chronickej žilovej nedostatočnosti

- Venofarmakum / Venotonikum – liek používaný k liečbe žilových ochorení (cievna nedostatočnosť), zápal ciev, hemoroidy
- Antivarikózum – lieky na varixy (krčové žily)

Prípravky na liečbu symptómov CHVI

- **Topické** – na vonkajšie použitie
- **Systémové** – na vnútorné užitie
- **Lieky**
 - Na predpis
 - Voľnopredajné

- **Výživové doplnky**

Topická a systémová liečba

Topická:

- Gély, krémy, spreje – zmierňujú symptómy ochorenia povrchovo, okamžitý efekt, nepôsobia priamo na cievu

Systémová:

- Kapsule/tablety – lieči problém z vnútra, efekt sa dostaví po užívaní 4-6 týždňov

FARMAKOTERAPIA U PACIENTOV S HEMOROIDAMI a JEJ PRÍNOS NA ZVYŠOVANÍ KVALITY ŽIVOTA

PharmDr. Vlasta Kákošová, DFNSP, Bratislava

EXISTUJÚ MOŽNOSTI OVPLYVNIŤ BOLEŠŤ TAK, ABY SA ZLEPŠILA KVALITA ŽIVOTA CHORÉHO?

Andrea Bukovská, nemocničná lekárka MFNSP, Martin

Až začiatkom 70. rokov 20. storočia sa medicína začala intenzívnejšie venovať liečbe bolesti. Vo svete, ale aj na Slovensku, vznikali spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti, ambulancie chronickej bolesti a v jeseni začal byť vyhlasovaný „Európsky týždeň proti bolesti“. Cieľom týchto aktivít bolo nielen študovať bolesť a možnosti, ako pomôcť chorým, ale aj informovať verejnosť o tom, že v spoločnosti žijú ľudia, ktorí zvyčajne trpia potichu a potrebujú komplexnú pomoc medicíny.

Bolesť je pre človeka signálom toho, že niečo nie je v poriadku. Je to veľmi dôležitý obranný mechanizmus s informačným významom. Podľa medzinárodnej spoločnosti pre štúdium bolesti (IASP) je bolesť definovaná ako nepríjemná sensorická a emocionálna skúsenosť spojená s akútnym alebo potencionálnym poškodením tkanív alebo popisovanými výrazmi takéhoto poškodenia. Definícia upozorňuje aj na to, že bolesť je vždy subjektívna a nepríjemná a pre jej dôkaz nie je nevyhnutné dokázať prítomnosť poraneného tkaniva.

Liečba bolesti môže byť fyzikálna, biologická a farmakologická. V prípade jej zlyhania alebo ako doplnok sa pri liečbe bolesti často používa aj alternatívna liečba. Cieľom všetkých liečebných postupov je nielen odstrániť bolesť, ale hlavne zlepšiť kvalitu života chorého.

SÚČASNÉ SMERY VÝVINU V LEKÁRENSTVE

doc.RNDr. Silvia Szücssová, CSC., Katedra lekárenstva, Fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

V súčasnosti sa mení obsah pojmu lekárenská starostlivosť.

Lekárska starostlivosť je súčasťou zdravotnej starostlivosti a zahŕňa proces, v priebehu ktorého farmaceut spolupracuje s pacientom a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi pri navrhovaní, realizácii a

monitorovaní terapeutického plánu, cieľom ktorého je dosiahnuť optimálne terapeutické výsledky a tým zlepšiť kvalitu života pacienta.

Lekárska starostlivosť neznamená len poskytovanie liekov, ale aj starostlivosť o výsledok terapie.

Zahŕňa:

- identifikáciu potenciálnych a aktuálnych problémov týkajúcich sa liekov,
- riešenie týchto problémov,
- ich predchádzanie.

Úlohu lekárskej starostlivosti nemožno chápať len ako úlohu v lekárni, ale aj pri pacientovom lôžku na oddelení v nemocnici, v ambulancii lekára, či pri pravidelných návštevách pacienta v jeho domácom prostredí.

Prednáška je zameraná na tieto oblasti lekárenstva

- lekárenská starostlivosť
- starostlivosť o vybrané skupiny pacientov
- generická substitúcia
- doplňujúce predpisovanie (supplementary prescription)
- fyziologicko-chemické vyšetrenia
- zásielkové lekárne
- manažment kvality
- ďalšie vzdelávanie
- špecializačné vzdelávanie
- sústavné vzdelávanie

Na základe uvedeného budú hlavnými úlohami lekárenstva pri poskytovaní lekárskej starostlivosti

- zabezpečovanie pacientov liekmi,
- poradenstvo pacientom,
- starostlivosť o vybrané skupiny pacientov,
- podpora terapie lekárov poradenstvom o liekoch,
- zlepšenie hospodárnosti pri zabezpečovaní liekov voľbou cenovo výhodnejších liekov,
- osobitné služby (fyziologicko-chemické vyšetrenia, starostlivosť o vybrané skupiny pacientov),
- poradenstvo v rámci prevencie,
- individuálna príprava liekov.

SÚSTAVNÉ VZDELÁVANIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV a KREDITNÝ SYSTÉM HODNOTENIA

JUDr. Mária Kačmarská, SLS, Viera Jeniková, FaF UK, Bratislava

Otázka sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka sa stala samozrejmosťou a vnímame ju ako priebežné obnovovanie a udržiavanie už získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušného odboru po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania.

Cieľom tejto prezentácie je poskytnúť účastníkom konferencie informácie o právnych predpisoch upravujúcich sústavné vzdelávanie.

Ďalšia časť prezentácie je venovaná kritériám a spôsobu hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a priznávaniu kreditov za sústavné vzdelávanie.

BEZPEČNÁ PRÁCA V LEKÁRNI

Mária Kobezdová, predseda Sekcie farmaceutických laborantov SK MTP

Lekárne je z pohľadu laika, či pacienta veľmi pekné, čisté a hlavne zaujímavé pracovisko.

Ale povedzme si mi pravdu o práci v skutočnej lekárni, ktorá má nielen HVLP, či dostáva už hotové magistraliter prípravky, ktoré iba adjustuje do potrebných balení ..Ale hovorme o lekárni, ktorá má

vyhovovať našej legislatíve a tu sa nevyhne práci s nebezpečenstvom

- :pri práci s dezinfekčnými prípravkami
 - pri príprave ILP
 - pri príprave skúmadiel a lab .diagnostík

V takejto lekární je reálna možnosť poškodenia zdravia pri práci. Ako sa tomu brániť?

Predovšetkým je tu na našu ochranu:

- prevádzkový poriadok lekárne
- hygienicko – epidemiologický poriadok pracoviska
- prevádzkový poriadok pre prácu s chemickými faktormi

To sú tri dôležité dokumenty, ktoré by si mala každá farmaceutická laborantka pred nástupom do svojho zamestnania dôkladne prečítať a podpisom potvrdiť svoje oboznámenie .V týchto dokumentoch nájdete nielen Vaše povinnosti pri práci, ale predovšetkým aj Vaše práva a a povinnosti Vášho zamestnávateľa, ktorými je povinný pri danej práci v zmysle zákona pracovisko dokonale zabezpečiť v zmysle BOZP a v zmysle – NV SR č. 355/2006 o ochrane zamestnancov pred rizikami súvisiacimi s expozíciou chemických faktorov pri práci .

Toto nariadenie je nové, ktoré nahradilo NV SR č .45/2002 o ochrane zdravia pri práci s chemickými faktormi.

Prevádzkový poriadok hygienicko – epidemiologický je vypracúvaný na základe požiadaviek NV SR č. 331/2006 o podrobnostiach o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia . Toto nariadenie je taktiež nové nahrádza známu Vyhlášku MZ SR č.109/1995 o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.

Prevádzkový poriadok pre prácu s chemickými faktormi:

- obsah: základné údaje o pracovisku, kontakt, zodpovedný pracovník
- samotný prevádzkový poriadok pracoviska pre prácu s chemickými faktormi
- karty bezpečnostných údajov Vami používaných chemických faktorov
- posudok o riziku

Najdôležitejšia časť je vypracovaný posudok o riziku, ktorý uvádza, že aj pri danom zabezpečení pracoviska ochranou pre pôsobením chemických faktorov a ochranou zamestnanca môže dôjsť dlhodobým pôsobením k v zniku reálneho poškodenia zdravia zamestnanca .

Táto veta Vám zabezpečuje uznanie poškodenia zdravia ako choroby z povolania.

Preto nezabudajte nato, čo ja hovorím stále:

Žiadna výška rizikového príplatku Vám nenahradí stratené zdravie.

Pracujme, len v zdravotne bezpečnom prostredí.!

V štátoc

h EÚ pojem rizikový príplatok nepoznajú . Tam idú peniaze, nie na náhradu poškodeného zdravia, ale na ochranu zamestnanca v pracovnom prostredí.

Označovanie chemických látok:

Vstupom do EÚ sme prebrali aj legislatívu a tým aj medzinárodné označovanie chemických látok

Uvediem príklad:

Aceton p.a.

- názov
- čistota
- uvádza sa jeho číslo CAS:67-64-1-medzinárodná klasifikácia
- synonymum
- dimetylketon, propanon/
- sumárny vzorec : C3H6O
- molekulová hmotnosť : M.58,08
- akostné parametre : obsah. 99,5 vody,0,5 odparok,0001 % alkalita/NH3/,0,001 % kyslosť /CH3COOH/,0,002 aldehydy /HCOH/,0,003 alkoholy/CH3OH/
- symboly nebezpečnosti : oxidujúci a dráždivý
- R a S vety: R-11, S: 9-16-23-33
- R11-vysoko horľavý

- S 9 –skladovať na dobra vetranom mieste
- S16 –skladovať mimo dosahu zdrojov zapálenia –zákaz fajčiť!
- S-23-nevdychovať plyny/aerosoly/
- S 33- vykonať preventívne opatrenie pred výbojom statickej elektriny

Z uvedeného jasne vyplýva, že zoznam R viet – udáva charakter nebezpečnosti chemických látok. Zoznam S viet udáva pokyny pre bezpečné zaobchádzanie s nebezpečnými i chemickými látkami. V oboch vetách R a S sú u niektorých chemických látkach aj kombinácie viet.

Medzinárodne používané symboly na chemické a zdravie nebezpečné látky

Imunoglukán® V KLINICKEJ A AMBULANTNEJ PRAXI

RNDr. Renáta Kuniaková

V súčasnej civilizácii pôsobí na človeka aj mnoho negatívnych vplyvov (znečistené prostredie, stres, nesprávna výživa a pod.), vzájomným pôsobením ktorých dochádza k systematickému preťažovaniu a poruchám funkcie imunitného systému s následným zvýšením výskytu recidivujúcich alebo chronických ochorení, alergií, autoimunitných či onkologických chorôb. Hľadanie ciest k posilneniu jednotlivých zložiek imunitného systému vedie k výraznému rozvoju výskumu imunomodulačných látok. Termín imunomodulácia sa stal dnes už bežným nielen pre výskumných pracovníkov, ale aj v praxi farmaceutických spoločností, praktických lekárov aj špecialistov. Neustále stúpa záujem problému nielen liečiť, ale radšej im predchádzať preventívnou podporou imunitného systému.

Medzi prírodné látky, ktoré majú dokázateľný vplyv na moduláciu imunitného systému patrí jednoznačne beta-(1,3/1,6)-D-glukán. Táto molekula, vysoko purifikovaná a v optimálnej dávke, je obsiahnutá v prípravkoch Imunoglukán®. Skúsenosti praktických lekárov, ale aj štúdie z klinických pracovísk, ktoré boli získané pri aplikácii týchto produktov, sú predmetom tejto prezentácie.

Jedným z hlavných mechanizmov účinku beta-(1,3/1,6)-D-glukánu je stimulácia makrofágov prostredníctvom aktivácie beta-glukánového receptora na ich povrchu. Následným uvoľňovaním rôznych aktívnych látok sa spúšťa kaskáda dejov modulujúcich imunitnú odpoveď organizmu, ktorá sa pri perorálnej aplikácii začína aktiváciou makrofágov v Peyerových plakoch tenkého čreva a pri topickej aplikácii aktiváciou Langerhansových buniek a keratinocytov v epiderme.

Efekt beta-glukánu firmy Pleuran (PleraSAN®) potvrdili aj in vitro experimenty s kultúrami plnej krvi, ktorá bola stimulovaná práškovou aj hydrogélovou formou beta –glukánu. Sledovaným parametrom aktivity monocytov bola expresia intracelulárneho cytokínu TNF-Š, ktorá sa po stimulácii beta-glukánom oproti kontrole signifikantne zvýšila.

Jedna z klinických štúdií s prípravkom Imunoglukán® cps, prebehla vo FN Martin pod vedením primárky Oddelenia klinickej imunológie a alergológie MUDr. J. Strakovej, PhD. U 20 pacientov s recidivujúcimi vírusovými a mykotickými infekciami sa po 3-mesačnom užívaní zlepšil stav u 17 pacientov. U piatich pacientov sa vyskytla recidíva infekcie avšak s ľahkým priebehom, bez potreby antibiotickej terapie.

Zaujímavé výsledky priniesla gastroenterologická štúdia Doc. MUDr. Ľ. Jurgoša, PhD., ktorý sledoval klinický stav u 19 pacientov s ľahkou a stredne ťažkou formou ulceróznej kolitídy. Užívanie prípravku Imunoglukán® cps v kombinácii s 5-aminosalicylovou kyselinou počas 3 mesiacov malo priaznivý efekt na priebeh ochorenia (74% – výrazné zlepšenie stavu). Počas liečby nebol ani u jedného pacienta zaznamenaný výskyt pridružených vírusových alebo bakteriálnych infekcií. Liečba bola pacientmi dobre tolerovaná, neboli zaznamenané žiadne nežiadúce účinky.

Ďalšou formou perorálnej aplikácie je Imunoglukán® sirup. V česko-slovenskej multicentrickej pediatrickej štúdií v rokoch 2004-2005 bola zisťovaná účinnosť sirupu Imunoglukán® v detskej populácii na frekvenciu infekcií horných dýchacích ciest (HCD). Do štúdie bolo zahrnutých 215 detí s vekovým priemerom 3-7 rokov s výskytom 5 a viac infekcií HCD (a následnou antibiotickou liečbou) za posledný rok. Pacienti užívali Imunoglukán® sirup po dobu minimálne 3 mesiace. Štatisticky významný pozitívny efekt malo užívanie sirupu u 71,2 % (153 detí) z celkového počtu sledovaných detí. U týchto detí došlo k zníženiu frekvencie infekcií HCD v nasledujúcom roku o 60%.

Väzbové miesta pre beta-glukán boli zistené aj na dermálnych fibroblastoch a keratinocytach. Vďaka

tomu má beta-(1,3/1,6)-D-glukán schopnosť funkčne modulovať tieto bunky, čo vysvetľuje jeho priaznivý účinok pri stimulácii imunity a regenerácie kože (L.bunky, keratinocyty a fibroblasty), zabráňuje poškodeniu buniek kože a deplécii Langerhansových buniek o viac ako 50%, redukuje zápalové prejavy – erytém kože, má antioxidantné pôsobenie – rádioprotektívny účinok, vplyva na hojenie ulcerácií a rán. Využitie tohto lokálneho efektu beta-glukánu umožňuje používanie prípravku Imunoglukán® krém.

Velmi dobré liečebné účinky krému s obsahom glukánu potvrdili klinické skúšky pri liečení predkolenných vredov (ulcus cruris). Krém sa aplikoval 1x denne počas 21 dní. Zo 121 pacientov bolo po 3 týždňoch 18,2% úplne vyliečených, u ďalších 32,2% pacientov došlo k zmenšeniu vredu viac ako o 50%, u ďalších 41,3% sa priemer ulcusu zmenšil o menej ako 50% a len u 8,3% pacientov nedošlo k zlepšeniu. Ani v jednom prípade nebol zaznamenaný zhoršený liečebný účinok. Priemerný vek pacientov bol pomerne vysoký (64,4r.), kedy je hojenie prirodzene ťažšie. Navyiac, väčšinou sa jednalo o pacientov, u ktorých chorobný stav trval už viac rokov bez úspešnej liečby.

V štúdiu vykonala firma Biophil, išlo o porovnanie účinkov krému Imunoglukán®, placebo a látky chlorpheniramine maleát – CPM (antihistaminikum), ktorá sa bežne používa v dermatologických prípravkoch pre svoj protizápalový efekt. Do experimentu bolo zaradených 15 zdravých dobrovoľníkov (fototyp I,II,III), u ktorých bol na koži chrbta vyvolaný erytém pôsobením rôznych dávok UVB žiarenia. Následne boli na dané miesta aplikované sledované látky a v závere prebehlo meranie znižovania zápalového indexu po aplikácii všetkých troch látok. Na rozdiel od placebo mal Imunoglukán® krém ukludňujúci protizápalový efekt, porovnateľný s účinkom farmakologicky preužíanej účinnej látky (CPM).

Ďalšie klinické pozorovania prebehli na Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku v ÚVN Ružomberku u Doc.MUDr.M.Sičáka,PhD. a MUDr. M. Kováča. Krém Imunoglukán® bol aplikovaný 9 pacientom na operačné rany po rozsiahlych onkochirurgických výkonoch, kde následne došlo k rýchlej epitelizácii rezných okrajov a dobrej revitalizácii kože, ktorá bola navyše ešte pred zákrokom ožiarená. Edémy boli minimálne a rýchlo ustupovali. Dobrý protizápalový efekt bol pozorovaný aj u 3 pacientov so sekundárne sa hojacimi kožnými ranami po operačných výkonoch, zároveň tu došlo aj k urýchleniu epitelizácie smerom do centra defektu. Imunoglukán® krém bol aplikovaný aj 22 pacientom na kožu, ktorá bola priamo vystavená nežiadúcim účinkom žiarenia pri liečbe zhubných nádorov oblasti hlavy a krku. V porovnaní so skupinou, ktorá tento krém nepoužila, bola evidentná nižšia zápalová reakcia kože na ožiarenie. Vo všetkých prípadoch nebola potrebná aplikácia iných protizápalových liečiv.

V klinickej postmarketingovej štúdiu s krémom Imunoglukán® od firmy Pleuran, ktorá prebehla v kožnej ambulancii MUDr.Gabriely Machalovej, z 27 pacientov bolo 16 pacientov s diagnózou Acne vulgaris, 2 s Dermatitis seborrhoica, 1 s Dermatitis rosaceiformis faciei, 7 s Ulcus cruris a 1s Eczema atopicum. Imunoglukán® krém bol aplikovaný 1-4x denne po dobu 6-20 dní. Žiaden pacient neudával, ani nebolo u neho pozorované zhoršenie objektívneho či subjektívneho nálezu. Objektívne vyšetrujúcim bolo zhodnotené temer 40% zlepšenie rozsahu temer všetkých lézií, pričom najvýraznejšie zlepšenie sa pozorovalo pri Dg. Dermatitis seborrhoica, Acne vulgaris a Ulcus cruris (do úvahy je však nutné brať aj počet pacientov), čo sa týka rozsahu lézií a ústupu erytému. Osobitne bola vyhodnocovaná skupina s Dg. Ulcus cruris, kde došlo k redukcii ulcusov o 1,29 cm² (41%).

Pozitívny efekt malo použitie krému Imunoglukán® aj pri špeciálnych dermatologických záklkoch v kozmetických salónoch po dermabrázii a ožarovaní pokožky. Jeho aplikácia po týchto invazívnych záklkoch spôsobila ukludnenie podráždenej pokožky a zároveň aj lepšiu a rýchlejšiu revitalizáciu.

Z týchto údajov je zrejme, že produkty Imunoglukán® obsahujú jasne definovanú účinnú látku so známym mechanizmom pôsobenia a sú overené mnohými klinickými štúdiami s vysokou efektívnosťou a účinnosťou terapie. Tvoria prvú líniu medzi výživovými doplnkami na podporu obranyschopnosti organizmu.

CIVILIZAČNÉ CHOROBY OKA – TERAPIA BOLESTI A DISKOMFORTU

MUDr. Janette Okkelová

Zrak je najdôležitejší zmysel. Prijímame ním až 80 % všetkých informácií. Pre dnešnú dobu je charakteristický vedecko – technický pokrok. Na jednej strane nám prináša obrovské výhody, napr. neustále sa rozširujúce možnosti v diagnostike i v terapii mnohých chorôb. Na strane druhej však so sebou prináša i javy negatívne, napr. nárast počtu civilizačných chorôb, chorôb z povolania a pod. Oči sú zároveň najexponovanejším zmyslovým orgánom. Pôsobí na ne množstvo faktorov vonkajšieho i vnútorného

prostredia.

Vplyv mnohých týchto faktorov na zrak nemožno úplne vylúčiť. Je však možné vplyv mnohých aspoň minimalizovať a to napríklad i každodennou starostlivosťou o oči.

Syndróm suchého oka je v dnešnej dobe jedným z najčastejších ochorení. Postihuje viac ako 20 % populácie, patrí medzi civilizačné choroby.

Tiež s pribúdajúcim vekom stúpa riziko vzniku degeneratívnych chorôb očí, predovšetkým vekom podmienenej degenerácie makuly (VPDM) a sivého zákalu (katarakty).

Aj keď je zrak náš najdôležitejší zmysel starostlivosť o oči je minimálna.

A je všeobecne známe, že každodennou starostlivosťou o oči môžeme predchádzať problémom s očami v budúcnosti .

AKO ZVLÁDNUŤ STRES, PORUCHY SPÁNKU a PSYCHICKÚ VYČERPANOSŤ HOMEOPATICKOU LIEČBOU

Mgr. Z. Wetterová

SÉDATIF PC – STRES, NERVOZITA, PORUCHY SPÁNKU

- nervozita s úzkosťou
- tréma
- poruchy spánku spôsobené stresom
- sprievodné prejavy nervozity (búšenie srdca, časté močenie, krče v žalúdku...)
- zvýšená precitlivosť zmyslových orgánov

SEDALIA – NESPAVOSŤ a NERVOZITA U DETÍ

- prechodné poruchy spánku
- ťažkosti so zaspávaním
- nespavosť – s nočnými desmi
 - zo strachu z tmy
 - pri prerezávaní zubov
 - nadmerne zaťažených detí
- nervozita pri zmene prostredia
- nervozita a strach zo školy

SATIVOL – PSYCHICKÁ ÚNAVA

- psychické vyčerpanie
- oslabená koncentrácia
- nervozita a podráždenosť
- úzkosť a apatia

Bližšie informácie o liekoch nájdete na www.boiron.sk alebo na telef. čísle 02/49102210.

BOIRON®

SPRÁVNÝ VÝBER POMÔCOK PRE INKONTINENTNÝCH Z POHLĀDU ZABEZPEČENIA DOSTATOČNÉHO POČTU KUSOV PLIENOK S PRIMERANOU SACOU KAPACITOU

Ing. Peter Prívrecký

Prednáška je zameraná na rozšírenie vedomostí pracovníkov výdajní zdravotníckych potrieb a lekární s inko sortimentom. Nosnou témou je zabezpečenie užívateľského komfortu pre inkontinentných občanov, a to správnym výberom druhu pomôcky, jej veľkosti, úžitkových parametrov (sacej schopnosti) a značky (výrobca). Cieľom je zabezpečenie dostatočného mesačného počtu kusov plienok pre občanov postihnutých inkontinenciou. Keďže existuje viac foriem i stupňov inkontinencie, pri správnom výbere pomôcky je veľmi dôležité dodržiavať zásady inkoekonomiky, to znamená zabezpečiť nielen počet kusov, ale zabezpečiť dostatočný počet kusov s primeranou sacou kapacitou (mesačná sacia kapacita = počet kusov pomôcok na poukaz x sacia schopnosť jednej pomôcky).

Dozriatím zásad správneho výberu sa zvýši spokojnosť užívateľov pomôcok, nadväzne sa to prejaví zvýšením obratu tých výdajní (lekární), ktoré vedú inkontinentným správne poradiť a vyriešiť ich problém s nedostatkom plienok.

ALERGIA A NOSOVÉ DUTINY

Mgr. Július Plichta

Prírodným riešením pre lepšie dýchanie pri alergickú a chronickej nádche, prechladnutí, nádche a zápaloch vedľajších dutín je preplachovanie nosa prípravkami s morskou či minerálnou vodou.

Mnohí odborníci dnes dávajú prednosť prírodnému riešeniu preplachovaniu nosa (aj preventívne) buď pomocou prípravkov s morskou či minerálnou vodou. Tento spôsob liečby je voľbou predovšetkým pri nekomplikovaných zápaloch prínosových dutín, nádche, prechladnutí a pod. Tieto prípravky posilňujú účinok ostatných protizápalových liekov, ako sú antibiotiká, mukolytiká, antihistaminiká, topické kortikosteroidy a iné

Od minulého roka je na slovenskom trhu dostupný **Physiomer® Alergia a nosové dutiny**, obsahujúci hypertonicný roztok morskej vody. Výnimočnosť prípravku spočíva práve v hypertonickej koncentrácii (22g/l), čím umožňuje oproti bežným fyziologickým roztokom výraznejšie znížiť opuch nosových ciest, zvýšiť účinnosť protizápalových vlastností a zlepšiť čistiacu a filtračnú funkciu nosových slizníc.

Physiomer je prírodná, sterilná, hypertonicná morská voda, bez chemikálií, konzervačných látok, obsahujúca kombináciu 60 známych minerálov a stopových prvkov. Vyznačuje sa jednoduchým spôsobom aplikácie.

Physiomer (Alergia a nosové dutiny) je základnou súčasťou liečby zápalov nosa, prínosových dutín a aj hltana. U detí (od 6 rokov) i dospelých očistením sliznice zvyšuje účinok fúkania nosa, odstraňovaním možného respiračného alergénu sa limituje dĺžka pôsobenia alergénu na nosovej sliznici.

Klinická štúdia z roku 2006, publikovaná na zjazde Americkej rinologickej spoločnosti, preukázala významné zníženie prejavov ochorenia, a to o približne 60 % oproti štandardnej medikácii. Pacienti pravidelne (3krát denne) používajúci **Physiomer® Alergia a nosové dutiny** hodnotili po 6 týždňoch aplikácie svoj zdravotný stav omnoho lepšie ako skupina kontrolná bez nosového spreja s inak porovnateľnou liečbou. U chorých, používajúcich **Physiomer® Alergia a nosové dutiny**, bolo možné znížiť dávku podávaných nosových kortikosteroidov v spreji, a to bez zhoršenia problémov a zdravotného stavu.

DIABETICKÁ NOHA a PREVENCIA

Zuzana Podmanická Diétna-edukačná sestra

Diabetes mellitus je skupina metabolických chorôb charakterizovaná chronickou hyperglykémiou.

Hyperglykémia vzniká v dôsledku : 1. poruchy sekrécie inzulínu
2. poruchy účinku inzulínu
3. ich kombinácia

Prevalencia a incidencia diabetes mellitus na Slovensku:

V roku 1980 bolo 122 197 evidovaných diabetikov, v roku 2002 bolo 272 496. Predpokladá sa, že v roku 2020 bude na Slovensku 500 000 diabetikov. Uvedené čísla potvrdzujú viac ako 5% -tný výskyt diabetu v našej populácii.

Najzávažnejšou chronickou komplikáciou diabetes mellitus je **syndróm diabetickej nohy**, ktorý bol podľa údajov v IDF Bulletin z roku 1992 ako hlavná príčina hospitalizácie diabetikov až v 47 %.

Syndróm diabetickej nohy pri ktorom sú postihnuté cievy a nervy dolných končatín., patrí k ekonomicky najnáročnejším komplikáciám diabetu-cukrovky. Sú známe rôzne ekonomické analýzy, ktoré majú len spoločný záver: efektívna starostlivosť o pacientov so syndrómom diabetickej nohy sa musí zamerať nielen na krátkodobú liečbu do zhojenia defektov, ale aj na dlhodobé preventívne opatrenia. Patria k nim: pravidelná starostlivosť o nohy diabetika a využívanie desatoro starostlivosti o nohy.

Noha diabetika je ohrozená infekciou, ktorú spôsobujú baktérie. Bakteriálna infekcia sa veľmi často šíri cez trhlinky kože, pľuzgiere, odreniny, Ak sa takáto noha nelieči bakteriálna infekcia môže zničiť pokožku, tkanivo, alebo sa rozšíriť po celom tele. Podľa dostupných štatistických údajov sú najviac ohrození diabetici starší ako 60 rokov . Neoddeliteľnou a významnou súčasťou starostlivosti o nohu diabetika je **dezinfekcia**.

Dezinfekcia je proces alebo činnosť, ktorej cieľom je likvidácia čo najväčšieho počtu choroboplodných alebo nežiadúcich mikroorganizmov. Pri dezinfekcii je potrebné brať do úvahy kritéria ako je bezpečný mikrobicídny širokospektrálny účinok, rýchly nástup účinku, podpora hojenia rany, chýbajúca alergenita a chýbajúci vývoj odolnosti.

Koža diabetika má svoj vlastný cukrový- glycidový metabolizmus, ktorý sa do veľkej miery, pri nedostatočne kompenzovanom diabete, podieľa na rozvoji infekcií a hlavne plesní nôh diabetika. Na koži diabetika sa veľmi často vyskytujú baktérie: Staphylococcus pyogenes, Streptococcus, plesne, pseudomonas aeruginosa, ktoré sú často príčinou rozvoja synrómu diabetickej nohy.

Bežú do úvahy kritéria účinnej dezinfekcie a prítomnosť najčastejších baktérií na koži diabetika v našej praxi s dobrými výsledkami pracujeme s prípravkom **BETADINE**, ktorý je v dvoch formách: dezinfekčný roztok(zelená fľaška) a dezinfekčné mydlo(hnedá fľaška).

Dezinfekčné mydlo doporučujeme diabetikom na dennú toaletu nôh.

TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI OSTEOARTRÓZY

Iveta Stamílová

Osteoartróza (OA)

Faktory ovplyvňujúce vznik ochorenia:

- vnútorné (genetické)
- systémové (obezita, endokrinopatia)
- mechanické (úraz, preťažovanie)
- Je najčastejšie kĺbové ochorenie postihujúce 12% populácie a vekom stúpa až k 50% vo vekovej skupine nad 65 rokov.
- Nie je len ochorením chrupavky, ale v konečnom dôsledku celého kĺbu.
- K ochoreniu dochádza v dôsledku nerovnováhy medzi degradačnými a reparačnými procesmi, ktoré spôsobia štiepenie proteoglykánov a kolagénu.
- Znižuje sa viskozita synoviálnej (vyživovacej) tekutiny, klesá množstvo kys. hyaluronovej a chondroitín sulfátu.
- V dôsledku nedostatočnej výživy chondrocytov dochádza k ich rozpadu zmenami v syntéze kolagénu

(namiesto typu II. dochádza k syntéze typov I.a III., ktoré sú menej odolné).

Terapeutické možnosti osteoartrózy (OA).

Ciele terapie:

- zbaviť sa bolesti
- napraviť funkčnosť kĺbu
- zlepšiť celkovú stabilitu

Pôvod ochorenia nie je známy, neexistuje teda kauzálna liečba.

Komplexný prístup:

Nefarmakologická liečba

- fyzikálna – (rehabilitácia – elektroliečba, magnetoterapia, cvičenia),
- protetika (ortézy, palice),
- poučenie pacienta (zníženie nadváhy, cvičenia, možné riziká),

Farmakologická liečba

- analgetiká (paracetamol, tramadol a salicyláty)
- NSA (nesteroidné antiflogistiká) systémové, lokálne
 - diclofenac, ibuprofen
- intraartikulárne aplikácie kortikosteroidov
- SADOA (SYSADOA) perorálne, intraartikulárne

Chirurgická liečba

Farmakologická liečba

- vzhľadom k vysokým nežiaducim účinkom pri dlhodobej terapii NSA aj niektorými analgetikami je ich podávanie obmedzené.- dlhodobá terapia NSA a niektorými analgetikami (salicyláty, indometacín) môže dokonca viesť k inhibícii proliferácie chondrocytov, syntézy proteoglykánov a kolagénu typu II. (u ibuprofenu a diclofenaku nemožno tento vplyv vylúčiť).

- Z týchto dôvodov dochádza v tejto skupine stále k vývoju a hľadaniu.

Vývoj: Chondroprotektívy (protektívny účinok nedokázaný) preto od roku 1993

termín SADOA (slow acting drugs in OA). Táto skupina sa delí na:

SYSADOA – symptóm modifikujúci

DMOADs – štruktúru modifikujúci

SYSADOA – látky umožňujúce obnovovanie metabolickej rovnováhy v chondrocytoch.

- majú protizápalové a analgetické účinky zrovnateľné s NSA bez ich nežiaducich účinkov (umožňuje znížiť ich spotrebu počas terapie a tým aj riziko s ňou spojené).
- nástup účinku je pozvoľný (4-6 týždňov), ale pretrvávajú.
- nejednotný prístup – hlavné účinné látky glukozaminsulfát a chondroitín sulfát sú v mnohých krajinách registrované ako monokomponentné liečivá so stále klesajúcou úhradou zdravotných poisťovní aj ako potravinový doplnok.
- pozitívny symptomatický efekt bol klinicky preukázaný min. u GS a CS.
- štrukturálny efekt sa predpokladá (potvrdené in vitro a u zvierat).
- v minulosti sa predpokladalo, že účinkuje iba ako kĺbová výživa, ale v súčasnej dobe je preukázaný ich protizápalový efekt prostredníctvom inhibície interleukínov IL-1,IL-6 TNF alfa. Týmto umožňujú poškodenú chrupavku opätovne navodenie rovnováhy medzi degračnými a reparačnými procesmi a tým aj obnovu chrupavky. (štruktúru modifikujúci efekt?)
- záleží na stupni deštrukcie chrupavky, je preto dôležité včasné a dlhodobé podávanie dostatočných dávok.

VÝŽIVA OČÍ

Dr. Telehaničová, Ing. Telehanič

LIEČBA FEBRILNÝCH STAVOV U DETÍ

MUDr. Kubička

Problémy citlivej pokožky

Miluše Gallová, Zvolen

Naša koža nie je iba schránkou chrániacou telo. Je to citlivý orgán. Vďaka nej vnímame rozmanitosť sveta, ktorý nás obklopuje: slnečné teplo, sviežosť vánku, hebkosť látok...

Podáva nám informácie. I keď máme rôzne typy pokožky, všetci ste sa mohli stretnúť s tým, že je nadmerne citlivá alebo precitlivená. Parfum, konzervačná látka, obyčajný filter v nejakom kozmetickom prípravku, môžu vyvolať alergickú reakciu: svrbenie, červenanie, kožné vyrážky, ekzémy. Riešenie problémov citlivej pokožky hľadajú pacienti v lekární, kde Dermatologické laboratóriá Avéne ponúkajú ucelený rad prípravkov.

BOLEST a PŘÍRODA

Eva Chloupková, Znojmo

ÚLOHA TRANSDERMÁLNYCH TERAPEUTICKÝCH SYSTÉMOV S OBSAHOV ANALGETÍK PRI ZVYŠOVANÍ ÚROVNE KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV TRPIACICH CHRONICKOU FORMOU BOLESTI

PharmDr. A. Liščáková, doc.RNDr. Z. Vitková, PhD., RNDr. B. Brázdovičová, V. Jeníková, Katedra galenickej farmácie, FaF UK, Bratislava

Transdermálny terapeutický systém (TTS) sa stáva v poslednom období formou aplikácie pre mnohé liečivá (nitráty, klonidín, hormóny a pod.). Podávanie opioidných analgetík touto formou je nepopierateľne revolučným krokom. Klinická prax ukázala, že **transdermálny terapeutický systém** môže zabezpečiť pri splnení istých predpokladov kontinuálne vylučovanie látky z rezervoáru cez kožu a tým poskytnúť pri definovanom intervale výmeny náplasti stabilnú hladinu farmaka v organizme. Keďže pri vstrebávaní obchádza portálny systém a tým aj pečeň, vyhneme sa „tzv. prvej eliminácii“ farmaka. Pre aké farmaká je teda **transdermálny terapeutický systém** vhodný?

TTS je vhodný pre také farmaká, ktoré sú charakterizované vysokou rozpustnosťou v tukoch, nízkou molekulárnou hmotnosťou, krátkym biologickým polčasom, vysokou vnútornou aktivitou a malou lokálnou dráždivosťou kože. **Výdaj z náplaste** je priamo úmerný ploche, ktorá je v kontakte s pokožkou. Zníženie perfúzie kože nemá pritom za následok zmenu hladiny farmaka, iba zvýšenie teploty môže spôsobiť variabilitu vo vylučovaní – napr. teplota 40 stupňov Celzia môže mať za následok zvýšenú hladinu farmaka až o 25 %.

Manipulácia s farmakom je veľmi jednoduchá – stačí stiahnuť kryt z náplasti, náplast pritlačiť cca 30 sekúnd na pokožku a ponechať ju do ďalšej výmeny (72 hodín).

Nástup analgetického účinku pri prvej dávke farmaka je pomalý – dostatočná analgézia nastupuje približne po 12 hodinách. Na preklenutie tohto obdobia je potrebné podať rýchle účinkujúce analgetikum – napríklad opioid vo forme infúzie.

Transdermálne formy opioidov sa pre svoj relatívne pomalý nástup účinku neosvedčili v liečbe akútnej bolesti. Vo všeobecnosti sa dá povedať, že **TTS forma** sa vo svojich indikáciách neodlišuje od indikácie perorálnych foriem potných opioidov – teda **hlavnou indikáciou** bude **liečba bolesti pri malignitách**, tak, ako ju doporučuje WHO. U chronickej bolesti, kde nie je pôvodom maligne ochorenie, starostlivo nasadenie opiátov zvažujeme. Na tento problém sa však názory algeziológov značne líšia.

Pri posudzovaní **ekonomickej stránky terapie** je potrebný komplexný pohľad. Na jednej strane je to cena farmaka, ale na druhej strane je to hlavne skrátenie doby hospitalizácie z dôvodov analgetickej liečby.

Rozhodovanie medzi perorálnou formou a **TTS systémom** závisí pritom od konkrétnej situácie.

Na základe získaných literárnych údajov sa riadime predovšetkým nasledovnými úvahami pri rozhodovaní o indikácii **transdermálnej formy analgetika**:

1. **Transdermálny terapeutický systém** je alternatívnou cestou pre podanie potentného opioidu.
2. **TTS** bude preferovaný pred perorálnou cestou podania opioidov pri poruchách gastrointestinálneho systému. Veľkou prednosťou sa javí i menej častá obštipácia, ktorá môže výrazne komplikovať život mnohým pacientom liečeným opioidmi.
3. Pre pomalší nástup účinku sa tejto forme vyhne u pacientov s akútnou bolesťou, prípadne s výraznou exacerbáciou chronickej, doposiaľ dobre liečenej bolesti.
4. Nepoužijeme túto formu liečby u nestabilnej a zle diferencovanej bolesti, prípadne pri nejasnej diagnóze príčiny bolesti.
5. Každá **TTS forma** je nepoužiteľná pri afekciách kože a podkožia.
6. I keď pri vstrebávaní cez kožu sa obchádza pečeň, metabolizmus analgetika vo forme **TTS** prebieha práve hlavne v pečeni (len 10 % sa vylučuje obličkami). Z týchto dôvodov je potrebné opatrne podávať opioidy ako pri hepatálnej, tak aj pri renálnej insuficiencii.

Na základe klinických skúseností sa dá konštatovať, že **transdermálny terapeutický systém** sa ukazuje byť vhodným rozšírením terapeutických možností opioidov v liečbe chronickej bolesti a to hlavne pri malígnych ochoreniach.

Pre svoju jednoduchú manipuláciu a dobrú znášanlivosť sa javí ako **ideálny systém** u tých pacientov, kde nie je možné zabezpečiť domácu ošetrovateľskú starostlivosť a nie je iný dôvod na hospitalizáciu pacienta. U týchto pacientov **adekvátna analgézia**, pobyt v kruhu svojich blízkych, schopnosť postarať sa o seba nesporne prispieva ku **zlepšeniu kvality života** i pri nie celkom priaznivej perspektíve základného ochorenia.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

LIEČBA BOLESTI a JEJ VPLYV NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTOV V STARŠOM VEKU

PharmDr. Andrea Liščáková, KGF, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

V každej fáze života človeka sa stretávame s inými typmi bolesti a každý z nás ich prežívame aj iným spôsobom. Malé deti nemôžu presne popísať čo ich bolí, ale plač v tomto prípade jasne signalizuje, že niečo nie je v poriadku. Starší ľudia majú naopak sklon sústreďovať všetku pozornosť na svoje bolesti a trápenia v oveľa vyššej miere.

Začiatok chronických ťažkostí

V rannej dospelosti alebo v strednom veku sa môžu prejavíť niektoré chronické choroby, napríklad lupus, fibromyalgia alebo reumatoidná artritída. Nádorové ochorenia sa síce môžu prejavíť v ktoromkoľvek veku, ale riziko narastá práve so zvyšujúcim sa vekom.

Oveľa častejšie vznikajú bolesti v súvislosti s istými druhmi vykonávaných činností. Do tejto kategórie zaraďujeme napríklad syndróm karpálneho tunela a ďalšie poškodenia v dôsledku ustavičnej záťaže určitých telesných partií. Pri takýchto chronických problémoch je potlačenie, či odstránenie bolesti jednou z najdôležitejších úloh pre zlepšenie úrovne ako celkového zdravotného stavu, tak aj kvality života.

Pokročilý vek

Starnutie organizmu **predstavuje prirodzený proces**, pričom **nejestvuje nijaký vedecký dôkaz, ktorý by potvrdzoval, že so zvyšujúcim sa vekom sme citlivejší na bolesť**. Na druhej strane niet pochýb o tom, že **rôzne ochorenia postihujú práve častejšie starších ľudí ako mladých jedincov**. Uvedená skutočnosť má **viacero dôvodov**. So zvyšujúcim sa vekom sa znižuje funkčnosť zmyslov, spolu s tým sa zvyšuje náchylnosť na vznik artritídy, osteoporózy a ďalších bolestivých chronických ochorení, ktoré zasahujú muskuloskeletárny systém. S vekom sa zvyšuje aj riziko vzniku a rozvoja nádorových ochorení. Starších ľudí postihujú aj ďalšie ochorenia napr. **pásový opar spôsobený reaktiváciou vírusu, ktorý v detstve vyvoláva ovčie kiahne**. Toto ochorenie spôsobuje výraznú nervovú bolesť, ktorá môže trvať mesiace, niekedy aj roky. **Silnú nervovú bolesť, najmä v nohách, môže zapríčiniť aj cukrovka 2. typu (začínajúca v dospelosti, nezávislá od inzulínu)**.

Viaceri **starší ľudia** sa jednoducho zaoberajú svojimi zdravotnými ťažkosťami, hoci sú prekvapujúco zdraví a nemajú žiadne klasické bolestivé stavy. Naopak, niektorí ľudia so silnou artritídou alebo iným bolestivým

ochorením si bolesť všimajú len málo, prípadne vôbec. Na uvedenom príklade je možné demonštrovať **výrazne subjektívny charakter hodnotenia ako celkového zdravotného stavu, tak aj kvality života s ním spojenou**. Hlavným rozdielom je obvykle miera pozitívnych vnemov v ich živote. Prieskumy ukazujú, že starší ľudia, ktorí žijú sami alebo nemôžu vychádzať z domu sa na bolesti ponosujú viac než tí, ktorí sa počas dňa zaoberajú najrôznejšími činnosťami.

Timenie bolesti v pokročilom veku

Väčšina starších ľudí s nádorovými ochoreniami alebo rôznymi chronickými ochoreniami sa zbytočne trápi iba z toho dôvodu, že ich bolesť nie je poriadne ošetrovaná. Najsilnejšie opioidné analgetiká sa často nepredpisujú zo strachu pred vznikom závislosti, hoci viaceré štúdie tieto obavy vyvracajú. Iní pacienti zase trpia preto, že **pre nežiaduce účinky nemôžu užívať niektoré bežné analgetiká a nové, drahšie preparáty si nemôžu z finančných dôvodov dovoliť**.

U starších ľudí sa na elimináciu bolesti rovnako používa široká paleta analgetík a liekov z ďalších farmakoterapeutických skupín v rámci tzv. **komedikácie**. Viaceré nemocničné zariadenia disponujú špecialistami na **oblasť geriatrickej a liečbu geriatrickej bolesti**, ktorí môžu staršiemu človeku predpísať bezpečnú a účinnú analgetickú liečbu a zvýšiť tak jeho kvalitu prežívania. **Starší ľudia** však predstavujú rizikovú skupinu pacientov, čo je spôsobené čiastočne ako fyziologickými zmenami spojenými so stárnutím, čiastočne aj nevyhnutnosťou užívať v rovnakom čase rôzne liečivá, čo je spojené s rizikom vzniku širokej palety nežiaducich interakcií. **Starší pacienti** sú rizikovými aj z dôvodu ako zmeneného metabolizmu, tak aj z toho dôvodu, že nie sú schopní zvládnuť liečbu požadovaným spôsobom, alebo nemajú o plánovanej medikamentóznej liečbe dostatok informácií. **Predložená práca** sa zaoberá uvedenou zložitou problematikou **liečby bolesti u pacientov staršieho veku** z aspektu zabezpečenia pocitu spokojnosti, celkovej pohody a primeranej kvality života.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

Dermálne lieky s antireumatickým účinkom

Mgr. E. Cirbusová, doc.RNDr. Z. Vitková, PhD., PharmDr. M. Šubová, PhD., Univerzita Komenského, Farmaceutická fakulta, Katedra galenickej farmácie, Odbojárov 10, 832 32 Bratislava, Slovenská republika

Degeneratívne ochorenia pohybového aparátu patria medzi najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia obyvateľstva. Z toho dôvodu nesteroidné antiflogistiká zaujímajú popredné miesta v preskripcii jednotlivých farmakologických skupín. Dobre prenikajú cez kožu a dosahujú v podkožných tkanivách, t.j. vo svaloch a šľachách i synoviálnej membráne terapeutické koncentrácie. V podkožných tkanivách po lokálnej aplikácii je niekedy táto koncentrácia vyššia ako po podaní systémovo. Po dermálnom podaní je nižší výskyt nežiaducich účinkov ako aj interakcií s ďalšími liečivami. V práci použitý ibuprofén je dermálne veľmi dobre tolerovaný a vykazuje dobrý prienik kožou. Vhodnou liekovou formou sa ukázali hydrogély, z ktorých sa ibuprofén dobre uvoľňuje. Jeho roztoky vykazujú veľmi nízku hodnotu pH. To je práve dôvod, prečo sa v práci ako gélotvorné látky použili deriváty celulózy (metylcelulóza, hydroxypropylcelulóza a hydroxyetylcelulóza), ktoré nie sú citlivé na pH. Pripravené hydrogély boli číre, až mierne opalizujúce. Hodnotili sa u nich tokové vlastnosti a pH v závislosti od času (2-28 dní).

Hydrogély derivátov celulózy vykazovali plastický tok, ktorý je vhodný pre dermálnu aplikáciu. Formuláciou ibuprofenu do hydrogélů sa ich viskozita a pH nemenili. Nakoľko pripravené hydrogély možno považovať za stabilné, deriváty celulózy sú vhodnými polymérmi na prípravu dermálnych liekov s antireumatickým účinkom.

Práca vznikla s podporou grantových projektov VEGA 1/2318/05, UK/105/2007, projektu ESF č. JPD 32005/1-049.

LIEČBA BOLESTI Z HLADISKA JEJ VPLYVU NA KVALITU KAŽDODENNÉHO ŽIVOTA PACIENTOV S PORUCHAMI POHYBOVÉHO APARÁTU

PharmDr. A. Liščáková, Katedra galenickej farmácie, FaF UK, Bratislava

Každý klinický odbor sa s problematikou bolesti, či už akútnej alebo chronickej stretáva pomerne často. Bolesti pohybového aparátu, predovšetkým chrbtice patria k najrozšírenejším bolestiam človeka v civilizovanej spoločnosti. V priebehu života sa s niektorými prejavmi bolesti chrbtice, zvlášť v krížovej oblasti (low back pain) stretáva väčšina chorých.

Štatistiky z vyspelých priemyselných krajín uvádzajú približne rovnaké údaje. Ročná prevencia bolesti chrbtice a pohybového aparátu v populácii ľudí produktívneho veku je cca 30 – 40 %; 5 – 10 % osôb z celkového počtu je v pracovnej neschopnosti; rovnaké percento chorých javí známky prechodu do chronicity a až 1 % je trvale pracovne neschopných.

Bolesti chrbtice predstavujú závažný celosvetový problém ako medicínsky, tak aj spoločensko-ekonomický.

Účinný prístup k ich urýchlenému a racionálnemu riešeniu predstavuje snaha o vytváranie rôznych liečebných algoritmov.

Liečba bolesti je stále problematická a názory na ten ktorý postup sú často rozdielne. Prevláda názor, že ideálny postup, ktorý odstráni bolesť, je potrebné neustále hľadať.

Liečebnými cieľmi u pacientov s chronickou nenádorovou bolesťou sú zmiernenie bolesti a utrpenia, zlepšenie celkovej aktivity a kvality života, zníženie závislosti na zdravotnej starostlivosti a návrat do zamestnania a do spoločenských väzieb.

Iba multidisciplinárny prístup s využitím moderných algeziologických poznatkov o biopsychosociálnej podstate a charaktere bolesti môžu byť cestou na dosiahnutie východiska z tejto nepriaznivej situácie.

V posledných rokoch začína byť všeobecne prijímaná skutočnosť, že bolesť patrí nielen medzi hlavné problémy v oblasti zdravotníctva, ale aj v celej spoločnosti. Bolesť pretrvávajúceho charakteru, chronická, má významný vplyv na kvalitu života a psychický stav postihnutých. Je všeobecne známe, že štyria z piatich pacientov trpiacich chronickou, dlhšie trvajúcou bolesťou nie sú liečení zodpovedajúcim spôsobom. Pritom asi 90 % prípadov je dobre zvládnuteľných vhodnou terapiou a to nielen farmakologickou.

Príčinou veľmi nízkeho využívania nových prostriedkov ovplyvňovania bolesti je nízke povedomie pacientov a bohužiaľ aj niektorých zdravotníkov o možnostiach liečby. Často je to spôsobené hlavne nedostatkom vzájomnej komunikácie medzi ošetroujúcim lekárom a pacientom.

V dôsledku existencie neliečenej bolesti, dochádza ku zmenám správania sa človeka, začínajúcimi poruchami spánku, následne až po narušenie rodinných väzieb. Bolesť tak prestáva byť záležitosťou jednotlivca a stáva sa nepriaznivým spoločenským javom.

Podmienkou vyriešenia tohto problému je správna voľba liekov. Týmto spôsobom je možné bolesť udržať pod účinnou kontrolou.

Nefarmakologické postupy

Nefarmakologické postupy v liečbe chronickej nenádorovej bolesti pohybového aparátu zahŕňujú celú škálu techník a prístupov, ktoré sa používajú v rôznych odvetviach medicíny.

Farmakologické postupy

Liečba chronickej nenádorovej bolesti sleduje dva základné ciele: navodenie analgézie a zlepšenie funkčného stavu (v oblasti fyzickej, psychickej a psychosociálnej)

Pri výbere vhodného lieku je potrebné:

- prihliadať na konkrétny typ a intenzitu bolesti,
- využívať kombinácie látok, nie kombinácie preparátov,
- rešpektovať analgetický rebríček bolesti,
- využívať adjuvantné lieky.

Základom liečby chronickej nenádorovej bolesti vychádzajúcej z pohybového aparátu sú analgetiká. Spolu s nimi je veľmi často potrebné podávať aj doplnujúce lieky. V tomto prípade hovoríme o tzv. komedikácii.

Pre výber prostriedkov tísiačich bolestí platí všeobecná smernica Svetovej zdravotníckej organizácie

(WHO), ktorá vypracovala na tieto účely tzv. trojstupňový medikamentózne rebríček bolesti (Analgesic WHO Ladder).

Začíname vždy s najslabšími neopioidnými analgetikami (stupeň 1). Pri pretrvávajúcej bolesti volíme slabé alebo stredne silné anodyna (opioidy), prípadne ich kombinujeme s antipyretikami alebo adjuvantnými liekmi (stupeň 2). Analgetiká-anodyna (silné opioidy) podávame až v prípade najsilnejších bolestí. Súčasné pridávanie adjuvantných liekov je pravidlom, užitočné je aj aplikácia neopiátových analgetík (stupeň 3).

Skôr ako prejdeme na nasledujúci liečebný stupeň, malo by dávkovanie a frekvencia podávania dosiahnuť čo možno najvyššiu možnú mieru pri čo možno najlepšom zachovaní kvality života liečených pacientov.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

REUMATOIDNÁ ARTRITÍDA a NESTEROIDNÉ ANTIREUMATIKÁ

PharmDr. M. Šubová, PhD., doc.RNDr. Z. Vítková, PhD., Mgr. A. Halenárová, Mgr. E. Cirbusová, V. Jeníková, Katedra galenickej farmácie, FaF UK

Každý z nás má jedno pranie, a to byť zdravý, respektíve zbaviť sa bolesti a choroby čo najskôr. Bolesť je veľmi subjektívna. Cíti ju iba ten, kto ňou trpí. Dokáže urobiť zo života peklo nielen tým, ktorí ňou trpia, ale aj ich blízky. Bolesť môže ovládnuť život človeka, znemožniť mu vykonávanie každodenných aktivít a oberať ho o spánok, pričom niekedy neexistuje jasná príčina. Bolesť sa dá rozdeliť na dve základné kategórie: akútnu a chronickú. Akútnu bolesť z času na čas pocíti každý z nás, napr. nešpecifickú bolesť, ktorá je predzvesťou chrípky, náhlu ostrú bolesť pri porezaní, pulzujúcu bolesť hlavy; vytrvalú pri bolesti zubov. Chronická bolesť je celkom iná. Definuje ju bolesť, ktorá sa objavuje v trvaní troch až šiestich mesiacov, prípadne dlhšie a pri bežnej liečbe nevymizne.

Nočné a ranné bolesti v kĺboch prstov a ranná meravosť týchto kĺbov, trvajúca viac ako hodinu, sú typickými symptómami chronickej polyartritídy, nazývanej aj reumatoidná artritída. Je najčastejším reumatickým ochorením a postihuje 1-2 % obyvateľstva, ženy častejšie než mužov. Reumatoidná artritída sa môže objaviť v každom veku, dokonca už v detskom veku. Najčastejšie však ochorenie postihuje populáciu medzi 30. a 60. rokom života. Patrí medzi chronické zápalové ochorenia, ktoré prevažne postihuje kĺby. Odtiaľ pochádza aj názov, artritis = zápal kĺbov. Môže napádať, aj keď zriedkavejšie, vnútorné orgány, ako sú oči a koža. Pre zabránenie resp. spomalenie následných poškodení kĺbov a iných orgánov je rozhodujúce včas začať adekvátnu terapiu. Táto pozostáva z tzv. základných liekov (hlavne methotrexat), v kombinácii s inými protizápalovými liekmi. Pomáha aj fyzikálna terapia, ergoterapia, liečebná gymnastika a chirurgická terapia.

Pri reumatoidnej artritíde sa pre bolesť tísiači účinok používajú lieky zo skupiny nesteroidných antiflogistík (NSAID). Najdôležitejšími zástupcami sú ibuprofén, diklofenak, paracetamol a metamizol. Podávanie by malo nasledovať podľa preparátu dva- až trikrát denne. Dajú sa nimi ľahko kontrolovať ľahké chorobné nápor. Aj tieto liečivá majú často vedľajšie účinky, predovšetkým podmieňujú vznik žalúdočných vredov a vredov na dvanástniku. Ďalšími zriedkavými vedľajšími účinkami sú alergické reakcie, obmedzenie funkcie pečene alebo obličiek, ako aj zmeny krvotvorby. Nová trieda NSAID, selektívne inhibítory cyclooxygenázy-2 (COX-2), ktoré sa teraz najnovšie povolili, tu majú priniesť veľký pokrok. Spomaľujú len produkciu tých prostaglandínov, ktoré vznikajú pri zápaloch, nie však prostaglandínov, ktoré sú napr. potrebné na ochranu sliznice žalúdka, a nemajú mať takmer žiadne vedľajšie účinky (1).

Dôležitú úlohu v medikamentóznej terapii reumatoidnej artritídy má nielen aplikácia liekov systémovo, ale aj lokálne na postihnuté miesto. Z dermálnych polotuhých liekov sú medzi pacientami veľmi obľúbené hydrogély práve pre jednoduchosť ich aplikácie. Ich pozitívom je aj možnosť aplikovať ich kedykoľvek počas dňa, pričom na koži nezanechávajú mastný pocit.

V rámci experimentálnej časti práce sa vykonala štúdia fyzikálno-chemických vlastností hydrogélů s obsahom diklofenaku alebo ibuprofenu. Uvedené vlastnosti sa porovnávali s liekmi na báze hydrogélů dostupných na našom trhu. S účinnou látkou ibuprofén sú dostupné napr. Dolgit gel, Ibalgin gel, s obsahom diklofenaku napr. Diclofenac Pharmavit 1% gel, Veral gel, Diclovene gel.

Literatúra: 1. <http://www.primar.sk>

Práca vznikla s podporou projektu ESF č. JPD 32005/1-049 a grantových projektov VEGA 1/2318/05,

ŠPECIFIKÁ LIEČBY MALÍGNEJ NÁDOROVEJ BOLESTI U DETSKÝCH PACIENTOV Z ASPEKTU KVALITY ICH ŽIVOTA

PharmDr. A. Liščáková, KGF, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

Svetová zdravotnícka organizácia definuje **bolesť** ako nepríjemnú senzorickú a emocionálnu skúsenosť spojenú s akútnym alebo potenciálnym poškodením tkanív. **Bolesť** je jedným z najčastejších symptómov **nádorového ochorenia u detí**. Veľmi často je prvým príznakom ochorenia, môže však doprevádzať liečbu nádorového ochorenia, jeho diagnostiku a vyšetrenie.

Súčasťou **bolestivého syndrómu** je aj výrazná psychická zložka (úzkosť, napätie, depresia). Strach z utrpenia je u detských pacientov väčší ako strach zo smrti.

Základom **liečby bolesti u detských onkologických pacientov** sú neopioidné a opioidné analgetiká. Svetová zdravotnícka organizácia vypracovala **Štandardné postupy pre farmakoterapiu nádorovej bolesti** ako u dospelých, tak aj u detských pacientov. Princípom je postupné aplikovanie účinnejších analgetík od neopioidných, cez slabé opioidy smerom k silným opioidom. Rozhodujúcim kritériom pre výber analgetika je **intenzita bolesti**. Analgetický rebríček tvoria pritom **tri stupne bolesti** od miernej, stredne silnej až po neutíšiteľnú.

Adjuvantné lieky v liečbe nádorovej bolesti u detí

Podľa typu bolesti a sprievodnej symptomatológie je možné k analgetikám pridať adjuvantné lieky, ktoré tlmia bolesť inými mechanizmami. Ovplyvňujú sprievodnú symptomatológiu bolesti napr. nespavosť, depresiu, svalové kontraktúry, edémy a kŕče. Pokiaľ je medikamentózna analgetická liečba nedostačujúca, môžu ju doplniť aj invazívne metódy.

V prípade, ak sa podarí **detského pacienta** vyliečiť (čo predstavuje situáciu oveľa častejšiu), je snahou život dieťaťa a jeho rodiny normalizovať. Stále sa preto častejšie v **detskej klinickej onkológii** používa pojem **životnej kvality**.

V prípade konkrétnej situácie **onkologicky chorého dieťaťa** sa tak jedná o minimalizáciu vplyvu ochorenia, jeho liečby a všetkých následkov na celkový rozvoj detského pacienta, zahŕňajúcu aj **liečbu algického syndrómu** ako významného prediktora výrazne negatívne ovplyvňujúceho jeho kvalitu života.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

VPLYV KONCENTRÁCIE POMOCNÝCH LÁTKOK NA LIBERÁCIU ANTIFLOGISTICKÉHO LIEČIVA Z GÉLOV

PharmDr. M. Verčimáková, Mgr. V. Šimunková, doc.RNDr. Z. Vitková, PhD., PharmDr. E. Tichý, PhD., PharmDr. M. Šubová, PhD., Mgr. A. Halenárová, Univerzita Komenského, Farmaceutická fakulta, Katedra galenickej farmácie, Odbojárrov 10, 832 32 Bratislava, Slovenská republika, vercimakova@fpharm.uniba.com

Gély sa zaraďujú medzi dermálne polotuhé lieky a tvoria významnú súčasť liekov s lokálnym alebo systémovým účinkom. Vhodným výberom pomocných látok pri formulácii lieku sa dá ovplyvniť farmaceutická a biologická dostupnosť liečiva.

V súčasnosti sa gély používajú pri výrobe liekových foriem určených pre aplikáciu nosovú, očnú, parenterálnu, rektálnu, vaginálnu, orálnu, perorálnu, dermálnu či transdermálnu, pričom ich smeruje od klasických základov pre liečivá, cez pomocné stabilizujúce látky, lubrikanty pre lekárske vyšetrenia, k transdermálnym liekovým transportným systémom a systémom s riadeným uvoľňovaním liečiva.

Ako gélotvorné pomocné látky sa používajú na prípravu gélov prírodné, polosyntetické a syntetické

polymérne látky, ktoré vytvárajú vnútornú sieť gélov a spolu s vehikulom tvoria bikohorentný systém. k ďalším pomocným látkam pri formulácii gélov sa zaraďujú humektanty, konzervanty alebo urýchľovače absorpcie.

Predmetom príspevku je vplyv vybraných pomocných látok a ich koncentrácie na viskozitu a uvoľňovanie indometacínu z gélotvorného základu Sepigel 305, ktorý je zložený z polyakrylamidu, C13-14 isoparafínu a Laureth-7. Používa sa pri príprave gélov, emulzií a krémov.

Vybranými pomocnými látkami boli Sepicide HB a Sepicide CI zabezpečujúce antimikrobiálnu stálosť; etanol 96% použitý pre svoje antimikrobiálne a liberáciu podporujúce účinky a propylénglykol ako humektant, enhancer a antimikrobiálna látka.

U všetkých gélov boli hodnotené aj reologické parametre. Všetky sledované gély vykazovali pseudoplastický tok s náznakom tixotropie alebo reopexie.

Projekt bol vypracovaný za podpory grantov VEGA 1/2318/05, UK/105/2007, UK/47/2007

HOMEOPATICKÁ LIEČBA BOLESTI

PharmDr. A. Liščáková, RNDr. B. Brázdovičová, V. Jeníková, KGF, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

Homeopatia ako tzv. jemná medicína sa používa ako preventívne, tak aj liečebne na riešenie širokej palety ako akútnych, tak aj chronických reverzibilných chorobných stavov, **v niektorých prípadoch pri krátkodobom trvajúcich symptómoch a zdravotných ťažkostiach je ako alternatívna liečebná metóda vhodná aj pre oblasť tzv. homeopatického samoliečenia**. Bolesť ako nepríjemný senzorický vnem môže byť prejavom najrozmanitejších chorobných stavov. Vždy sa usilujeme predovšetkým odhaliť jej príčinu a následne zahájiť medikamentóznou liečbu. Homeopatia ako liečebná metóda sa využíva na liečbu bolesti ako samostatného fenoménu **ale oveľa častejšie na zmiernenie bolestivých stavov spojenými s niektorými ďalšími chorobnými stavmi napr. s traumatizmami (Arnica, Hypericum, Calendula, Ruta, Ledum, Cantharis, Apis a i.), s nachladnutím a chrípkovými stavmi (Belladonna, Gelsemium, Eupatorium a i.), pri ochoreniach gastrointestinálneho traktu spojenými s bolestivými kŕčmi a poruchami trávenia (Arsenicum, Lycopodium, Nux vomica a i.), na úľavu pri bolestiach zubov (Arnica, Hypericum, Aconitum, Belladonna a i.), u kojencov pri bolestivom prerezávaní zubov (Chamomilla, Pulsatilla), ženských zdravotných problémoch, napr. pri bolestivej menštruácii a predmenštruačnom syndróme (Pulsatilla, Lachesis, Sepia) a pod.**

V liečbe bolesti sa využívajú v homeopatii ako monokomponentné homeopatické, tak aj ich kombinácie; pre **oblasť samoliečenia** sú vhodné **polykomponentné homeopatické lieky** napr. kombinovaný homeopatický liek Cephyl tbl., určený na samoliečenie bolesti hlavy, horúčkových stavov, bolesti zubov, chrčbice, reumatických bolestiach a pod.

Vo všeobecnosti platí zásada, že pri chronických alebo dlhodobých problémoch je potrebné vyhľadať lekára – homeopata. Akútne, nie príliš závažné príznaky sú **naopak vhodné pre oblasť samoliečenia**. V oblasti homeopatik sa tak ako pre lekárnik, ako aj pre kvalifikovaného farmaceutického laboranta otvárajú ďalšie možnosti v rámci poradenstva voči pacientovi.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

MOŽNOSTI VYUŽÍVANIA MERACÍCH NÁSTROJOV NA HODNOTENIE BOLESTIVÝCH STAVOV V PRAXI ALGEZIOLÓGA

PharmDr. A. Liščáková, RNDr. B. Brázdovičová, V. Jeníková, KGF, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

Spôsoby hodnotenia bolesti

Z dôvodu nemožnosti zmerať samotnú silu bolesti, je jej **hodnotenie** problémom pomerne zložitým a

vyžaduje preto úzku spoluprácu pacienta a lekára. Takisto liečba bolesti sa opiera o spoluprácu pacienta s lekárom, zdravotníkmi pracovníkmi a opakované prehodnocovanie už dosiahnutých výsledkov.

Neexistuje však zatiaľ žiadny merací prístroj, ktorý by dokázal objektívne zmerať prežívanú bolesť u konkrétneho pacienta.

Niektoré typy bolesti sa dostávajú pravidelne v určitú dennú alebo nočnú hodinu, niektoré prichádzajú nepravidelne, iné sú viazané na zmeny počasia, pohyb, námahu, menštruačný cyklus a pod.

O tom, ako pacient pociťuje bolesť, je možné s ním hovoriť. **Dotazník** je sústavnejšou formou rozhovoru. Otázky sú v ňom dopredu riadne sformulované. Dáva možnosť štandardizácie a porovnávania. Medzi veľkým množstvom dotazníkov bolesti zaujíma popredné miesto **Dotazník MPQ – The McGill Pain Questionnaire (Dotazník bolesti, ktorý bol zostrojený na McGillovej univerzite)**. Pochádza z pera **Melzacka a Torgesona** z r. 1971. Tento dotazník pozostáva zo štyroch častí. V prvej časti sa zisťujú senzorické a emocionálne aspekty bolesti; v druhej časový priebeh bolesti; v tretej ide o zisťovanie intenzity momentálnej bolesti. Obraz bolesti dopĺňa topografické vyšetrenie. Tento dotazník je však dosť obsiahly. Preto bola vypracovaná jeho **stručnejšia verzia**, tzv. **SF-MPQ, Short Form of the MPQ**.

MPQ nie je jediným **dotazníkom bolesti**, ktorý sa využíva. Existujú aj ďalšie napr. **WHYMPI – West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory, PASS – Pain Anxiety Symptoms Scale** (Dotazníky na sledovanie príznakov úzkosti spojených s bolesťou).

Dotazník Chronic nonmalignant pain je zaradený do kategórie dotazníkov na zisťovanie niektorých psychosociálnych faktorov. Pacient v ňom vyznačuje v päťbodových škálach svoje subjektívne pocity, ktoré zodpovedajú jeho aktuálnemu stavu.

Pain Reliefs and Perceptions Inventory (PRAPI) je vhodný na zisťovanie kognitívnych myšlienok o chronickej bolesti. V 16 položkách meria tri faktorové dimenzie: stabilitu bolesti v čase, sebaobviňovanie a vnímanie bolesti ako niečo tajomného, záhadného a neznámeho („mystery“).

Ďalej sa používajú: **Dotazník hierarchie hodnôt**, na zhodnotenie aktuálneho psychického stavu **Eysenckov osobnostný dotazník (EPQ-R)**, **Beckotova subjektívna škála depresie (BDI)**, **Neurotický dotazník (N-5)** a **Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti (STAI)**

Rovnako ako aj na **hodnotenie intenzity bolesti** sú k dispozícii aj **stupnice**, na základe ktorých môže chorý i lekár odhadovať účinnosť terapie.

V praxi sa najviac osvedčili:

– **Čiastočne štrukturovaný rozhovor**, ktorý je zostrojený tak, aby obsahoval niektoré základné psychosociálne dimenzie.

– **Vizuálna analógová škála (VAS)** alebo **Verbálna analógová škála (VRS) bolesti** pre zisťovanie miery intenzity chronickej bolesti pred, v priebehu a po liečbe bolesti. Pre hodnotenie sú v prípade VAS na úsečke bolesti zvolené tieto hodnoty: žiadna bolesť (začiatok 10 cm úsečky), najhoršia bolesť (koniec úsečky). Pacient na úsečke označí, za akú silnú považuje svoju momentálnu bolesť.

U detí na vyjadrenie ich bolesti používame tiež **obrázky tváričiek**, kde sa dieťa pripodobňuje k určitému výrazu tváričky.

– **Numerická stupnica intenzity bolesti** je stupnica s 10 stupňami od 0 do 10. Najhoršia možná, nezniesiteľná bolesť predstavuje stupeň 10. Bolesť > 5 vyžaduje zmenu terapie na účinnejšiu.

– **Melzackova škála intenzity bolesti** má 5 stupňov:

1. mierna bolesť
2. nepríjemná bolesť
3. silná bolesť
4. krutá bolesť
5. neznesiteľná bolesť

– **Porovnávacía tourniketová metóda** (tzv. **ischemická metóda merania intenzity bolesti**); využíva sa pri nej manžeta používaná bežne pri meraní krvného tlaku. Pacient má po nafúknutí manžety pravidelne otvárať a zatvárať päsť, pritom sa vytvára bolesť, ktorá neustále rastie. Pokračuje sa tak dlho, až sa umelo vyvolá bolesť čo do intenzity najbližšia alebo rovná bolesti, s ktorou pacient k lekárovi prišiel.

– **Subjektívna škála posudzovania senzitivity k bolesti** je vodorovná 10 cm úsečka. Škála rozlišuje hyposenzitívnych, normosenzitivných a hypersenzitívnych pacientov. Ľavý okraj je označený 0 a znamená necitlivosť k bolesti alebo „veľa toho vydržím“, druhý koniec je označený 10 a predstavuje precitlivosť k bolesti.

– **Kvalita bolesti**. Paleta **emocionálnych „fariieb“ bolesti** je nesmierne bohatá. Niekedy pociťuje pacient pálenie, tupú bolesť, hľadanie, pichanie, rezanie, zvieranie, štipanie a pod. Preto spôsoby zisťovania kvality

bolesti musia využívať pomerne široké škály alternatív. Príkladom môžu byť **Stupnice senzorické a Afektívne stránky bolesti v dotazníkoch bolesti MPQ**.

– Rovnako dôležitý je aj **vplyv bolesti na kvalitu spánku, príjem potravy a iné aktivity, možné vyvolávacie a úľavové momenty, zmeny vnímania bolesti pri psychickej záťaži** a pod.

– **Lokalizácia bolesti**. V prípade ak chceme zistiť, kde pacient pociťuje bolesť, je najjednoduchšie sa ho na to opýtať priamo, napr. požiadať ho, aby nám ukázal oblasť na tele, kde ho to bolí, prípadne miesto, kde ho to bolí najviac; o stupeň prepracovanejšie a dôkladnejšie sú tzv. **Topologické dotazníky bolesti** (napr. **Kabat-Zinnov dotazník**) a **Mapy bolesti**. V takýchto **mapách ľudského tela** má pacient zakrúžkovať oblasť, kde pociťuje bolesť. V zložitejšej verzii sa používa napr. modrá ceruzka na lokalizáciu bolesti na povrchu tela a červená ceruzka v jeho vnútri. Iné systémy využívajú rôzne farby pre označenie rôznej kvality bolesti.

– **Časový priebeh bolesti**. Je potrebné objasniť, kedy bolesť začala a ako sa vyvíjala; ako často sa objavuje; či ide o nepretržitú alebo intermitentnú bolesť; či bolesť vykazuje odchýlky v priebehu dňa; aké faktory ju zmierňujú alebo zhoršujú; či je jej výskyt závislý od polohy, držania a pohybov tela, alebo od psychickej záťaže.

Je vhodné, aby si pacient zaznamenával aktuálny stav do **Denníka bolesti**.

Denník so záznamami o bolesti pacientovi pomáha zapamätať si, kedy bolesť pociťuje, ako sa bolesť v určitý čas prejavuje a čo pacientovi prináša úľavu.

– **Charakter bolesti**. Na **charakterizáciu bolesti** sa najčastejšie používajú tieto **termíny**:

- **pálivá bolesť** – poukazuje väčšinou na poruchu sympatikového nervového systému a spája sa so sudomotorickými, vazomotorickými a trofickými zmenami;
- **hyperalgézia** – zvýšená citlivosť na bolesť pri bolestivom podráždení;
- **hypalgézia** – znížená citlivosť na bolesť pri bolestivom podráždení;
- **dysestézia** – nepríjemná, abnormálna citlivosť;
- **parestézia** – popisujú sa často ako synonymum dysestézie;
- **alodýnia** – v prípade ak nebolestivé dráždenie vyvoláva bolesť;
- **hyperpatia** – bolestivý syndróm charakterizovaný spomaleným nástupom bolesti, zvýraznenou citlivosťou na bolesť, dlhším pretrvávaním bolesti alebo podráždenia;
- **hyperestézia** – zvýraznená citlivosť na nebolestivé dráždenie;
- **analgézia** – absencia pociťovania bolesti napriek bolestivej stimulácii;
- **centrálne bolesti** – bolesti podmienené poškodením v oblasti centrálného nervového systému;
- **neuralgie** – šírenie bolesti v inervačnej oblasti jedného alebo viacerých nervov;
- **neuritída** – zápal jedného alebo viacerých nervov;
- **neuropatia** – funkčná porucha alebo patologická zmena nervu; v prípade ak je postihnutý len jeden nerv, hovoríme o **mononeuropatii**, ak viaceré nervy, o **mononeuropathia multiplex**; ak ide o symetrické bilaterálne postihnutie, hovoríme o **polyneuropatii**;
- **radikulárne bolesti** – hypestézia až anestézia; eventuálne parézy projikované z poškodených nervových koreňov do príslušnej kožnej oblasti;
- **pseudoradikulárne bolesti** – vystreľujúce bolesti podobne ako pri typicky radikulárnej bolesti; nie sú však neurogénne, ale majú muskuloskeletárny pôvod.

Ako z uvedeného vyplýva, aj keď nedokážeme bolesť zmerať, dokážeme ju pomerne presne charakterizovať a tak sa dozvedieť o príčinách, ktoré ju buď na začiatku vyvolali, alebo ktoré ju neustále obnovujú alebo udržiavajú napriek doterajšej, aj správnej liečbe základného ochorenia.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

ORGANIZAČNÁ ŠTRUKTÚRA PRACOVÍSK ZAMERANÝCH NA LIEČBU ALGICKÉHO SYNDRÓMU

PharmDr. A. Liščáková, RNDr. B. Brázdovičová, V. Jeníková, KGF, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

Bolesť sa dlho považovala predovšetkým za sprievodný príznak určitého ochorenia a jej zvládnutie sa preto podmieňovalo odstránením vyvolávajúcej príčiny. Pojem „**liečenie bolesti**“ v rámci zvláštnej disciplíny

bol pre mnohých neprijateľný. Neznalosť psychosociálnych súvislostí vzniku bolesti, jej vývoja a trvania spôsobilo sústredenie pozornosti na telesný (fyzický) podklad ochorenia. Ak sa ten nedá zistiť alebo odstrániť, nastáva diagnostická a terapeutická bezradnosť. Farmakologicky orientovaná liečba často zlyháva, neraz vyústi do neracionálneho chirurgického zákroku. Náklady na liečbu sú neúmerne dosiahnutým výsledkom, vznikajú škody na zdraví s negatívnymi, aj spoločenskými dopadmi.

Praktické odstránenie týchto a celej rady ďalších nedostatkov si vytyčila za cieľ **Medzinárodná spoločnosť pre štúdium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP)** so sídlom v Spojených štátoch. Táto organizácia propaguje a podporuje rozvoj novej, medziodborovo chápanej lekárskej disciplíny, ktorá sa zaoberá štúdiom a liečbou bolesti. Nový medicínsky odbor sa nazýva **algeziológia (algézia)** znamená bolestivosť, cit pre bolesť). Lekári pracujúci v tomto odbore prichádzajú z rôznych oblastí medicíny, najčastejšie z odborov ako sú anesteziológia, neurológia a rehabilitácia po absolvovaní postgraduálnych kurzov na vybraných pracoviskách.

Liečba bolesti – algeziológia predstavuje nadväzujúci medicínsky odbor nad základnými odbornými medicínami ako sú vnútorné lekárstvo, anesteziológia a intenzívna medicína, pediatria a neurológia. Na základe poznatkov základného a aplikovaného výskumu zabezpečuje na interdisciplinárnej úrovni špecializovanú zdravotnú starostlivosť pozostávajúcu z komplexnej diagnostiky, prevencie a racionálnej liečby tých bolestivých syndrómov, ktoré nereagujú na zaužívané liečebné postupy, pretrvávajú aj napriek odstráneniu príčiny alebo sú dôsledkom v súčasnosti nevyliciteľných ochorení. **Algeziológia** sa zaoberá riešením akútnej, chronickej nenádorovej a nádorovej bolesti, zároveň aj rozdielnymi klinickými jednotkami s odlišnými patofyziologickými mechanizmami, ktoré podmieňujú rozdielne východiská liečby a diferencované liečebné postupy.

Základom liečby bolesti je tímová spolupráca rôznych odborníkov, hlavne zo skupiny psychológov, psychiatrov, neurológov, ortopédov, reumatológov a onkológov.

Ambulancie liečby bolesti

Bolesť je varovným príznakom poruchy telesných funkcií u mnohých chorých. Ako taká býva prvým (často jediným) dôvodom návštevy pacienta u lekára a dôkladné vyšetrenie bolesti patrí do popisu práce každého lekára.

Do centra záujmu neurológa sa **bolesť** dostáva, ak vzniká v priamej súvislosti s funkciou nervového systému, a to v dôsledku **poruchy nervového systému** alebo v dôsledku **fixácie bolesti**, ktorá pretrváva aj po odstránení prvotnej príčiny.

Najmä chorí z druhej skupiny sú cieľom liečebných metódik obvykle združovaných pod hlavičkou „**ambulancie bolesti**“.

Práve **neurologické pracoviská** sú najvhodnejšie pre vznik **ambulancií bolesti**, pretože žiaden iný medicínsky odbor sa nevenuje do takej miery nervovému systému priamo. Práve nervový systém je tým miestom, kde bolesť vzniká. a preto je tým systémom, ktorý by mal byť do budúcnosti stredobodom pozornosti výskumu chronických bolestivých syndrómov.

Náročnosť a určitá nevyhnutnosť odlišného prístupu k tejto skupine pacientov viedla mnohé zdravotnícke zariadenia k ustanoveniu **špecializačných ambulancií na liečbu bolesti**.

Základom je využitie skúseností s liečbou chronických bolestivých stavov. Práve **ambulancie špecializujúce sa na liečbu bolesti** sú schopné pacientov dobre informovať o možnostiach alternatívnych postupov tam, kde klasická liečba **neurológov zlyháva a chirurgická neposkytuje účinné riešenie**.

Zriadenie **ambulancií bolesti** má svoje opodstatnenie v rámci zdravotníckych pracovísk aj do budúcnosti. Na mnohých pracoviskách sú už zavedené a vznikajú aj na ďalších pracoviskách. Ich pôsobnosť by nemala byť obmedzená len retrospektívne na liečbu už vzniknutých bolestivých stavov, ale do budúcnosti aj na prevenciu vzniku, následného vývoja a komplikácií chronickej bolesti.

Hlavným znakom **pracovísk na liečbu bolesti** je **multidisciplinárny diagnostický a liečebný program**, ktorý realizuje tím zdravotníckych aj nezdravotníckych pracovníkov. Sú určené hlavne pre pacientov, u ktorých:

- napriek správnej diagnóze ochorenia pokračuje utrpenie spôsobené chronickou bolesťou, odolnou voči zaužívanej liečbe, poskytovanej praktickými lekármi či príslušnými špecialistami,
- je indikovaný špeciálny protibolestivý zákrok (epidurálna aplikácia opioidov, steroidov, neurolytické blokády, periférna či centrálna elektrostimulácia atď.),
- je potrebné upresniť alebo stanoviť diagnózu bolesti a navrhnúť najvhodnejší terapeutický postup,
- včasná a intenzívna liečba môže podstatne skrátiť priebeh akútnej bolesti a predísť vzniku chronickej bolesti (herpes zoster, reflex sympatikovej algodystrofie atď.), najmä ak ide o pacienta so známymi rizikovými faktormi (imunodeficiencia, pokročilý vek, toxikománia atď.).

Charakteristika práce algeziologických pracovísk

Podmieňujúcim znakom je **interdisciplinárny diagnostický a liečebný program**. Realizuje ho tím lekárov najmenej dvoch rôznych odborností: lekár v špecializačnej príprave na získanie nadväzujúcej atestácie z algeziológie alebo samotný algeziológ, klinický psychológ a ošetrojúci lekár.

Spektrum ďalších konziliárnych členov tímu (neurológa, fyzioterapeuta, pediatra, onkológa, psychiatra, neurochirurga, klinického farmakológa) podmieňuje profil pacientov.

Všetci členovia tímu sa pravidelne podieľajú na tvorbe diagnostických a intervenčných programov pre každého pacienta.

Na **pracoviskách liečby bolesti** je vedená dispenzarizácia každého pacienta, s pravidelným retrospektívnym hodnotením výsledkov.

V súlade s medzinárodnými skúsenosťami **IASP** bola odporúčaná **stupňovitá štruktúra siete pracovísk na liečbu bolesti** s diferencovaným rozsahom a obsahom pracovnej náplne tak, aby zodpovedali miestnym možnostiam a potrebám spádového územia. Jedná sa o **tri hlavné typy pracovísk**:

- **ambulancie na liečbu bolesti pomocou určitých metód**, v prípade ktorých používaná metóda alebo súbor metód sú uvedené v názve ambulancie,
- **ambulancie na liečbu bolesti**, ktoré predstavujú pracoviská určené na ambulantnú liečbu chronickej nenádorovej a rakovinovej bolesti,
- **oddelenia a kliniky na liečbu bolesti**, zriaďované najčastejšie ako lôžkové zariadenia.

Práca bola podporená grantovým projektom VEGA č. 1/2318/05.

BOLEŠŤ CHRBTU A SPOTREBA LIEKOV PODĽA VEKU A POHLAVIA

RNDr. N. Luknárová, CSc., Ing. P. Otrubčiak, Mgr. M. Plevíková, M. Fiscerová, Katedra organizácie a riadenia farmácie, FaF UK, Bratislava

Úvod

Vertebrogénne bolesti sú jednou z najčastejších príčin, ktoré privádzajú pacienta k lekárovi a sú veľmi častou príčinou práceneschopnosti. Incidencia vertebrogénnych bolestí vo vyspelých krajinách narastá, pričom v Európe dosahuje vyšších hodnôt ako v USA. Odhaduje sa, že už viac ako 20 % populácie má chronický charakter vertebrogénnych bolestí, čo znamená zdravotnú a ekonomickú záťaž, ktorá vedie k zhoršeniu kvality života pacienta.

Metodika

Vzhľadom k načrtnutej problematike bola v práci analyzovaná spotreba liekov podľa veku a pohlavia pacientov s ochorením chrbta v rámci diagnóz M50 – M54. Analýza vychádzala z rozboru lekárskeho predpisov vyexpedovaných za obdobie jedného roka vo verejnej lekární. Základný súbor tvorilo 42 302 lekárske predpisy, na ktoré predpísali praktickí a odborní lekári 112 020 kusov balení liekov. Z nich boli vybrané pre analýzu lekárske predpisy s diagnózami dorzopatií. Hodnotená bola spotreba liekov pri ochoreniach krčných medzistavcových platničiek (Dg.M50), pri Dg. M51 (Iné poruchy medzistavcových platničiek), ďalej pri Dg. M53 (Iné dorzopatie nezatriedené inde) a pri bolesti chrbta (Dorzalgia –Dg. M54).

Výsledky

Špecifickou skupinou ochorení sú dorzopatie. V určitom životnom období postihujú bolesti chrbta takmer každého. Epidemiologickú závažnosť vertebrogénnych ochorení spojených s bolestivými stavmi potvrdzuje skutočnosť, že predstavujú piatu najčastejšiu príčinu hospitalizácie.

Analyzovaný ročný súbor lekárskeho predpisov potvrdil významný výskyt počtu receptov pri diagnózach ochorení chrbta. Zo všetkých predpísaných lekárske predpisov na ochorenia svalovej a kostrovej sústavy (Dg. M00-M99) bolo až 52 % s diagnózou M50-M54. Taktiež počet predpísaných liekov (HVL) na tieto diagnózy bol viac ako 50 %-tný. Najpočetnejšou diagnózou v počte predpísaných receptov, ako aj liekov, bola Dg. M51 (ochorenia iných medzistavcových platničiek) a Dg.M54 (bolesť chrbta). Potom nasledovali ochorenia krčných medzistavcových platničiek (Dg.M50) a najmenej zastúpenou boli iné ochorenia chrbtice (Dg.M53).

Uvádza sa, že vertebropatie sa vyskytujú prevažne v produktívnom veku. Tejto skutočnosti odpovedajú aj výsledky analýzy spotreby liekov na jednotlivé diagnózy podľa veku. Pri hodnotení spotreby liekov v absolútnych číslach (ks bal. HVL), táto významne narastá už od 20-teho roku veku, s maximom okolo 45-55-teho roku. Pri všetkých diagnózach je počet predpísaných receptov, ako aj liekov vyšší u žien. Pri hodnotení

spotreby liekov v prepočte na 100 lekárskeho predpisov, sú rozdiely medzi pohlaviami menej výrazné. Pri vyrovnaní časových radov spotreby liekov polynómom 2. stupňa sa tiež potvrdila vyššia spotreba liekov u žien. Pri všetkých spôsoboch vyjadrenia spotreby liekov sa potvrdila publikovaná skutočnosť, že veková hranica pacientov s ochoreniami chrbta sa znižuje.

Pri hodnotení spotreby liekov spoločne na Dg. M50-M54 sa potvrdili výsledky parciálneho hodnotenia podľa jednotlivých diagnóz

Záver

Výsledky práce potvrdili vyššiu spotrebu liekov na ochorenia chrbta u žien, najvyššiu spotrebu v produktívnom veku a významný posun vekovej hranice do nižšieho veku, čo korešponduje s vývojom výskytu vertebrogénnych bolestivých stavov.

Literatúra

1. Vojtaššák J. a kol.: Ortopédia a traumatológia. SAP, Bratislava, 2006, 577 s.
 2. Hnízdil J., Beránková B.: Bolesti zad jako životní realita. TRITON, Praha, 2000, 167 s.
 3. Šašínska M. a kol.: Vademecum medici. OSVETA, Martin, 2003, 2252 s.
 4. Bošmanský K., Pullmann R.: Niektoré etické aspekty bolesti. Via practica, 3, 2006, s.46-47
 5. Vlach O., Vališ P.: Degenerativní instabilita bederní páteře. Acta spondylogica, 1, 2002, s.21-23
- Práca je súčasťou grantovej výskumnej úlohy :GVÚ č.1/2650/2005

BOLESTI HLAVY, MIGRÉNA

Mgr. HALENÁROVÁ ANDREA, PharmDr. ŠUBOVÁ MARGARÉTA, PhD., Mgr. ŠIMUNKOVÁ VERONIKA, PharmDr. VERČIMÁKOVÁ MIROSLAVA, doc. RNDr. VITKOVÁ ZUZANA, PhD.

Univerzita Komenského, Farmaceutická fakulta, Katedra galenickej farmácie, Odbojárov 10, 832 32 Bratislava, Slovenská republika, halenarova@fpharm.uniba.sk

Predmetom príspevku je bolesť hlavy, najmä migréna. Bolesťou hlavy trpí 93 % mužov a 99 % žien, s migrénou sa vo svojom živote stretlo asi 6 % mužov a 20 % žien. Napriek tomu sa toto ochorenie často podceňuje. Medzinárodná spoločnosť pre bolesti hlavy (International Headache Society) identifikovala 165 rôznych druhov bolesti hlavy. Príčiny vzniku bolesti sú rôzne, niekedy môže signalizovať aj ohrozenie života pacienta.

Mechanizmus vzniku migrény nie je doteraz objasnený, existuje však niekoľko teórií. V terapii sa popri liečbe akútneho záchvatu a profylaktickej liečbe uplatňuje aj nefarmakologická terapia. Terapia záchvatu sa zameriava na bolesť hlavy a nauzeu, pri profylaxii sú podávané liečivá z rôznych farmakologických skupín. Túto liečbu je však vhodné doplniť nefarmakologickými postupmi. Úspech terapie často závisí aj od spolupráce pacienta s lekárom.

Táto práca bola podporená grantovými projektami UK/105/2007, UK/47/2007, ESF projekt č. JPD 32005/1-049 a VEGA 1/2318/05.

POZNAMKY:

