

ORGANIZAČNÝ VÝBOR:

Alena Bohúňová

Alica Feketeová

Mária Fischerová

Eva Chloupková

Viera Jeníková

Mária Kobezdová

Danica Kšenžighová

Valéria Ochotnická

Lýdia Štefánková

Anna Vojakovičová

sované pomôcky zo skupiny A (obväzový materiál, náplasti) a D (zdravotnícke pomôcky pre diabetikov). V zanedbateľnom množstve boli predpísané aj zdravotnícke pančuchy (G) a okuliare (O).

Z najpredpisovanejšej skupiny B bolo v 22,9 percentách predpísované Molicare medium .Vkladacie plienky Molimed maxi predstavovali 17,3 % a Molicare Super Premium M 11,6 %.

Vo výdajni zdravotníckych pomôcok bola v predpisovaní zdravotníckych pomôcok na prvom mieste Dg. R 32. V malých množstvách to boli ďalej Dg. G 80 (detské mozgové ochrnutie), Dg.L 89 (dekubitálny vred). Vyskytli sa aj Dg.L 97, L 30, G 72 ,C 20 a ďalších 5 diagnóz, na ktoré boli predpísované zdravotnícke pomôcky.

Pri hodnotení predpisovania je možné povedať, že najpredpisovanejšou skupinou boli zdravotnícke pomôcky zo skupiny B (91, 5 %). V menších množstvách boli zastúpené skupiny A , D.a F (zdravotnícke pomôcky pre stomikov) .Vyskytli sa aj zdravotnícke pomôcky zo skupiny G, J, K, L, a O.

Najpredpisovanejšie boli plienkové nohavičky Poise super large , ďalej to boli Poise super medium a anatomické nohavičky Bobi adsorba Small.

Záver

Záverom je možné konštatovať, že sortiment zdravotníckych pomôcok vo výdajni zdravotníckych pomôcok oproti sortimentu v lekární je širší, rádovo s vyššou spotrebou . V obidvoch zariadeniach bolo najviac zdravotníckych pomôcok predpísaných zo skupiny B, a to na nešpecifikovanú inkontinenciu moču, pričom vo výdajni zdravotníckych pomôcok sa vyskytol oproti verejnej lekární väčší počet diagnóz.

Literatúra

1. Zákon NR SR č.577/ 2004 Z.z. a doplňujúci zákon č.661 / 2007 Z.z.

Luknárová, N., Fischerová, M., Jeníková, V.: Zdravotnícke pomôcky vo verejnej lekární. Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík. 4, 2003, s. 104-106

VPLYV REOLOGICKÝCH VLASTNOSTÍ NA KONZISTENCIU GÉLU

Mgr. Petra Herdová 1/, PharmDr. Antónia Bérová

2/, doc.RNDr. Zuzana Vitková, PhD. 1/

1/ Katedra galenickej farmácie FaF UK, Bratislava,

2/ závod Zentiva, a.s., Hlohovec

Medzi dermálnymi polotuhými liekmi významné miesto zaujímajú hydrogély. Popri širokej škále využitia sú často používané ako lubrifikačné médium pri vyšetreniach. Tu sa stáva kľúčovým faktorom viskozita, ktorá ovplyvňuje využiteľnosť hydrogélu.

Na konkrétnom príklade Mesocain gélu, ktorý vyrába Zentiva, a.s., Hlohovec, sa v príspevku poukáže na možnosti ovplyvnenia faktorov súvisiacich s reologickými vlastnosťami tohto hydrogélu, a tým aj možnosti ovplyvnenia konzistencie.

zúženie zorného poľa v perimetri. Starším ľuďom, zvlášť tým, u ktorých sa ochorenie už prejavilo v jednom oku, je potrebné monitorovať ich zrak pomocou tzv. Amslerovej mriežky. Degeneratívne zmeny sietnice sú chorobné stavy, ktoré sa zvyčajne prenášajú geneticky a väčšinou postihujú obidve oči súčasne. Často zasahujú aj do oblasti cievovky. Rozlišujeme tri typy degenerácií oka: pigmentová degenerácia, juvenilné degenerácie makuly a vekom podmienené (senilné) degenerácie makuly. Genetický podklad degeneratívnych chorobných zmien v oku ovplyvniť nemôžeme. Rozvoj procesu môžeme spomaliť užívaním prípravkov na zlepšenie látkovej výmeny (prípravky rozširujúce cievy), vitamínov (hlavne A, C, E) a podávaním pre ľudský organizmus nepostrádateľných (esenciálnych) aminokyselín. Vekom podmienená makulárna degenerácia je ochorenie, ktorej suchú podobu nedokážeme liečiť. Táto forma môže prejsť do vlhkej formy. Čím skôr je vlhká forma diagnostikovaná, tým väčšia je pravdepodobnosť zachovania centrálného videnia. Pacienti, u ktorých je riziko vývinu ochorenia (rizikové faktory = výskyt ochorenia v rodine, fajčenie, strava bohatá na tuky, ženské pohlavie), by mali navštíviť očného lekára aspoň jedenkrát do roka. Slovenská oftalmologická spoločnosť odporúča všetkým ľuďom starším ako 65 rokov navštíviť očného lekára minimálne každé 1 – 2 roky. Pri vekom podmienenej makulárnej degenerácii je možné očakávať úspech aj od laserovej terapie, pri ktorej sa poruší neovaskulárna membrána a stimuluje sa výmena látok. Proces degeneratívnych zmien v cievach oka je chronický a progresívny so stálym zhoršovaním sa. Tento proces nie je možné úplne zastaviť, ale je možné ho pravidelným užívaním už spomínaných vitamínov A, E, a C a dopĺňaním potrebných minerálov spomaliť. Doporučujú sa rôzne nutričné prípravky, ktoré sú kombináciou antioxidantných vitamínov a minerálov pre vyživovanie očí. Sú vhodné pre všetky vekové kategórie bez obmedzenia. Dávky vitamínov C (60mg) a E (10mg) zodpovedajú denným odporúčaným dávkam prijímaných vitamínov podľa WHO. Samozrejماً je úprava životného štýlu pacienta postihnutého niektorou z foriem degeneratívneho ochorenia oka.

SORTIMENT ZDRAVOTNÍCKYCH POMÔCOK PODĽA DIAGNÓZ – POROVNÁVACIA ŠTÚDIA

RNDr. Luknárová Natália, CSc., Ing. Otrubčíak Peter, Mgr. Hajník Ivan
Farmaceutická fakulta UK Bratislava, Katedra organizácie
a riadenia farmácie

Úvod

V rámci sprístupňovania a prehlbovania poznatkov v oblasti výdaja zdravotníckych pomôcok, bol v práci hodnotený sortiment predpísaných zdravotníckych pomôcok podľa diagnóz. Analyzovaná bola štruktúra vyexpedovaných zdravotníckych pomôcok za obdobie šiestich mesiacov kalendárneho roku.

Metodika

Podkladom pre analýzu bol súbor zdravotníckych pomôcok, ktoré boli vyexpedované vo verejnej lekárni a vo výdajni zdravotníckych pomôcok v období júl 2007 až január 2008.

Hodnotený súbor predstavoval 6799 kusov zdravotníckych pomôcok vo verejnej lekárni a 146 916 kusov vo výdajni zdravotníckych pomôcok. Štruktúra zdravotníckych pomôcok bola hodnotená jednak z hľadiska členenia sortimentu podľa jednotlivých skupín uvedených v Zozname zdravotníckych pomôcok a jednak podľa diagnóz, na ktoré boli zdravotnícke pomôcky predpísané.

Výsledky

Pri hodnotení sortimentu zdravotníckych pomôcok vydaných vo verejnej lekárni je možné konštatovať, že najviac zdravotníckych pomôcok bolo predpísaných na Dg. R 323 (nešpecifikovaná inkontinencia moču-3.stupeň) na druhom mieste to bola Dg. R 32 (nešpecifikovaná inkontinencia moču) a na treťom mieste to bola Dg. R 322 (nešpecifikovaná inkontinencia-2.stupeň). Malé množstvo zdravotníckych pomôcok bolo predpísaných na Dg. I 83, H 04 a H 16.

Pri hodnotení predpísaných zdravotníckych pomôcok podľa hlavných skupín, najväčšie zastúpenie mali zdravotnícke pomôcky zo skupiny B (pomôcky pre inkontinentných pacientov). V malom počte boli predpi-

ZÚČASTNENÉ FARMACEUTICKÉ SPOLOČNOSTI:

ABENA SR,
BAYER, spol. s r.o.
BELLA SK, s.r.o.
BERLIN CHEMIE AG
BIOMIN, a.s.,
BOEHRINGER INGELHEIM Pharma, o.z.
BOIRON SK, s.r.o.
CELIMED, s.r.o.
DELPARMEA NUTRACEUTICALS SK, s.r.o.
Dr. MÜLLER PHARMA Slovakia, s.r.o.
EGIS Slovakia, s.r.o.
FAVEA TRADE, s.r.o.
GLYNN BROTHERS CHEMICAL Slovakia
GREEN-SWAN Pharmaceuticals SR, s.r.o.
HARTMANN-RICO, s. r.o.
HIPP Slovakia, s.r.o.
INTERPHARM Slovakia, a.s.
JURAJ ULIČNÝ – ENEL
JUVAMED, s.r.o.
KREWEL MEUSELBACH, s.r.o.
KRKA Slovensko, s.r.o.
MERCK Slovakia, s. r.o.
NATURPRODUKT, spol. s r.o.
NESTLÉ Slovensko, s.r.o.
PLEURAN, s.r.o.
PROM.MEDIC. SK, spol. s r.o.
PROTETIKA, a.s.
RECKITT BENCKISER
SANDOZ d.d.
SANOFI-AVENTIS Pharma Slovakia, s.r.o.
SCA HYGIENE PRODUCTS, spol. s r.o.
SPIRIG Eastern, a.s.
STADA Pharma Slovakia, s.r.o.
TEAM 4 YOU, s.r.o.
TEVA Pharmaceuticals Slovakia, s.r.o.
UNIMED Pharma, spol. s r.o.
UNIPHARMA Prievidza
VALOSUN SK, spol. s r.o.
VIRDE Slovakia
VITAR
ZENTIVA SK, a.s.

Vážení hostia, milé kolegyně,

dovoľte mi privítať Vás na XXXI. Slovenskej konferencii farmaceutických laborantov s medzinárodnou účasťou v Poprade. Táto konferencia je venovaná 55-ročnému jubileu inštitucionálneho vzdelávania v slovenskom zdravotníctve na Slovenskej zdravotníckej univerzite. V Bratislave. V tejto inštitúcii získavajú zdravotnícki pracovníci svoju odbornú kvalifikáciu ako požiadavku celoživotného vzdelávania. Jedna zo štyroch fakúlt fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií poskytuje i našmu odboru farmaceutický laborant štúdium kontinuálne a špecializačné.

Slovenská lekárska spoločnosť a jej organizačné zložky a sekcie v rámci svojej činnosti a ďalšieho sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov zabezpečuje a odborne garantuje všetky odborné vzdelávacie podujatia, ktoré sú zaregistrované na Sekretariáte SLS. Registrujú sa i všetky vzdelávacie podujatia, ktorých odborným garantom alebo spoluorganizátorom je SLS, prípadne jej organizačná zložka alebo sekcia.

Naša konferencia patrí taktiež k významným vzdelávacím aktivitám pre farmaceutických laborantov celej Slovenskej republiky a samozrejme i pre kolegyně z Českej republiky. Je orientovaná na „Degeneratívne chorobné stavy a možnosti ich riešenia“ .

Ďakujem všetkým autorom prednášok, našim sponzorom – farmaceutickým spoločnostiam a hlavne Vám účastníkom konferencie za účasť, ktorou potvrdzujete záujem o naše celoživotné vzdelávanie.

Prajem vám, milé kolegyně. Aby ste z tohto podujatia získali čo najviac odborných i praktických poznatkov pre svoju prácu v lekárňach alebo iných zdravotníckych zariadeniach, v ktorých budete poskytovať pacientom zdravotnú starostlivosť.

Verím, že naša konferencia bude prebiehať v dobrej pohode s príjemnými priateľskými i spoločenskými zážitkami.

V Poprade 3. októbra 2008

Viera Jeníková

vou bolesťou a z dôvodu individuálnej špecificity algického syndrómu vyžadovali aj diferencovaný prístup v liečbe. Prieskum kvality života sa uskutočnil na dvoch súkromných neurologických ambulanciách v Českej republike v časovom období august 2003 – jún 2004, u každého zo sledovaných pacientov pred a počas troch týždňov trvania liečby bolesti. Na základe stanovených kritérií bolo do hodnotenia zaradených 102 pacientov, pričom 84 z nich (38 mužov a 46 žien) vyplnilo predložené dotazníky kompletne. U 18 pacientov nebolo sledovanie ukončené pre nespokojnosť, prípadne odmietnutie. Priemerný vek v sledovanom súbore bol 50,4 rokov (50 – 51 r.). Pacienti boli pre potreby analýzy rozčlenení podľa typu podávanej analgetickej liečby do troch homogénnych súborov (pacienti liečení opioidnými analgetikami, pacienti liečení liekmi zo skupiny neopioidných analgetík, pacienti, ktorým bola podávaná kombinovaná analgetická liečba). Väčšina pacientov užívala súbežne s podávaným typom analgetika aj inú sprievodnú liečbu. Liečba bolesti pri ochoreniach pohybového aparátu nie je jediným z používaných liečebných prístupov. Niektorí z pacientov podstúpili v predchádzajúcom období operačné riešenie ochorenia a časť z nich absolvovala aj rehabilitačnú liečbu. Z metodického hľadiska sa použili štandardné vyhodnocovacie techniky vychádzajúce zo spracovania dotazníkov predkladaných liečeným pacientom, ako prvotným zdrojom informácií o kvalite užívaných liekov. V rámci sledovania sa hodnotili parametre týkajúce sa bolesti (intenzity, dĺžky pociťovania, výskytu v priebehu dňa, vplyvu na denné aktivity, vyvolávajúce faktory pred zahájením liečby, charakteru a lokalizácie), charakteru a intenzity nežiaducich účinkov podávanej analgetickej liečby a subjektívneho hodnotenia celkového zdravotného stavu a kvality života pred, počas liečby, v jej závere a po jej ukončení. Vychádzajú z cieľov práce bola vypracovaná dôkladná analýza účinnosti analgetickej medicíny na celkový zdravotný stav a kvalitu života pacientov s rôznymi formami degeneratívneho ochorenia pohybového aparátu pri súčasnom výskute chronickej nenádorovej bolesti. Z výsledkov práce vyplynulo, že chronická nenádorová bolesť je jedným z výrazných faktorov ovplyvňujúcich celkový zdravotný stav, rovnako aj kvalitu života pacientov s degeneratívnymi poruchami chrčtice a pohybového aparátu. Závery vyplývajúce z predloženej analýzy dokumentujú, že správne zvolená farmakologická liečba bolesti opierajúca sa o štandardné terapeutické postupy a doporučenia WHO dokáže u väčšiny pacientov s chronickou formou nenádorovej bolesti, zapríčinennej degeneratívnymi poruchami rôznych častí vertebrogénneho systému zabezpečiť jej účinné zmiernenie a kontrolu pri súčasnom výraznom zlepšení celkového zdravotného stavu a kvality života. Zvládnutie chronickej nenádorovej bolesti, jej účinné ovplyvnenie farmakoterapiou, prípadne inými liečebnými metódami prináša so sebou množstvo úloh, s ktorými je potrebné sa vysporiadať. V snahe zlepšiť situáciu v liečbe syndrómu chronickej nenádorovej bolesti pri degeneratívnych ochoreniach pohybového systému sa vypracovávajú stále dokonalejšie a modernejšie terapeutické postupy s využívaním farmakologických, ako aj nefarmakologických metód s cieľom udržania celkovej pohody a primeranej kvality života pacientov.

DEGENERATÍVNE OCHORENIA OKA – PRÍZNAKY, DIAGNOSTIKA, LIEČBA A ÚPRAVA ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU

*PharmDr. Andrea Liščáková, Viera Jeníková, Katedra galenickej farmácie,
Farmaceutická fakulta UK, Bratislava*

Dejiny i súčasnosť nás neustále presvedčujú o skutočnosti, že celá ľudská kultúra, umenie i technický pokrok sú úzko späté s využívaním zraku. Očami vnímame až 80% informácií o okolitom svete. Schopnosť vidieť neznamená len prijímať svetlo, ale aj schopnosť vnímať tvar, veľkosť, vzdialenosť i pohyb predmetov a zároveň vnímať aj priestor a farby. Degeneratívne zmeny v cieľach oka vznikajú v súvislosti s rôznymi ochoreniami, ktoré postihujú väčšinu staršej populácie. Rozvoj týchto poškodení podporujú napríklad poruchy metabolizmu, cukrovka, ateroskleróza, fajčenie, zvýšená zraková námaha, nedostatok pohybu, obezita a zlý životný štýl. Oční lekári doporučujú sledovať zrak, chodiť na pravidelné preventívne prehliadky. Obzvlášť to platí pre pacientov, u ktorých sa vyskytli tieto ochorenia v rodine. Lekár zhodnotí vízus, vyšetrí oči oftalmoskopom a perimetrom. Oftalmoskopia informuje o stave očného pozadia. Hodnotí stav zrakového nervu a sietnice (farbu, zmeny na cieľach a na samotnej sietnici), osobitnú pozornosť venuje žltej škvrne (makule). Perimetria znamená vyšetrovanie zorného poľa. Zorné pole je funkcia sietnice, pričom sa jedná o súbor bodov, ktoré vnímame jedným okom bez pohybu oka. Pri niektorých typoch degeneratívnych zmien zisťuje lekár

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).

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

LOGISTIKA V ZDRAVOTNÍCTVE

**Mária Kobezdová, viceprezidentka SKLAT,
predsedníčka Sekcie farmaceutických laborantov SKLAT**

Správne fungujúca logistika zabezpečuje v každom dodávateľsko -odberateľskom reťazci prepojenie medzi fyzickým pohybom tovaru a s ním spojeným tokom informácií.

Manažment logistiky je ako križovatka medzi rôznymi procesmi vo firme.

V zdravotníctve logistika spravuje pohyb tovaru, liekov a údajov o pacientovi a dohliada nad tokom informácií spojených s fyzickým pohybom. Správne zvládnutá logistika v zdravotníctve zabezpečí kvalitu a zvýši efektívnosť a výkon zamestnancov.

Čiarový kód v zdravotníctve slúži ako kľúč k zdravotným záznamom a databázam. Čiarovým kódom sú označení pacienti, personál a lieky. Pri každom podaní lieku sa oskenujú všetky tri kódy. Tým sa zabezpečí to, že pacient bude v databáze porovnaný so zdravotným záznamom, takže sa nestane, že by bol pacientovi podaný liek, na ktorý je alergický a takisto bude identifikovaná aj osoba, ktorá liek podala.

Tento systém čiarových kódov je vhodný na zavedenie výsledovateľnosti, je mnohokrát odskúšaný, spoľahlivý a umožní nám priniesť istotu do procesu starostlivosti o pacientov.

ŠTÚDIUM ÚČINNOSTI ANALGETICKEJ LIEČBY A JEJ VPLYVU NA KVALITU ŽIVOTA U PACIENTOV S DEGENERATÍVNymi VERTEBROGÉNNymi OCHORENiami

**PharmDr. Andrea Liščáková, Katedra galenickej farmácie, Farmaceutická
fakulta UK, Bratislava**

Degeneratívne ochorenia chrbtice predstavujú závažný celosvetový problém, či už medicínsky, ale aj spoločensko-ekonomický. Účinný prístup k ich urýchlenému racionálnemu riešeniu predstavuje snaha o vytváranie rôznych liečebných algoritmov. Liečba bolesti pri degeneratívnych ochoreniach pohybového aparátu je stále problematická a názor na ten-ktorý postup sú často rozdielne. Prevláda názor, že ideálny postup, ktorý odstráni bolesť je potrebné stále 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. Len multidisciplinárny prístup s využitím moderných algeziologických poznatkov o biopsychosociálnej podstate a charaktere bolesti môžu byť cestou na dosiahnutie východiska z tejto nepriaznivej situácie.

Cieľovou skupinou pre hodnotenie situácie v oblasti ovplyvnenia kvality života v priebehu podávania analgetickej liečby boli pacienti s rôznymi formami degeneratívnych ochorení krčnej, bedrovej alebo krížovej chrbtice, predovšetkým degeneratívnymi zmenami medzistavcových platničiek, väzivového aparátu a degeneratívnymi prestavbami tiel stavcov. Všetci pacienti v sledovanom súbore trpeli chronickou nenádoro-



**SPRÁVA O ČINNOSTI SEKČNEJ
KOMORY LABORANTOV,
ASISTENTOV A TECHNIKOV**
*Mária Kobezdová, prezidentka Sekcie farmaceutických
laborantov, Sekčnej komory laborantov, asistentov
a technikov*

Vážené kolegyne, milí hostia!

Prihováram sa Vám v mene dnes už Slovenskej komory laborantov, asistentov a technikov (SKLAT). Táto profesijná organizácia vznikla na základe zákona : 653/2007 Z.z. Jej predchodcom bola Sekčná komora medicínsko – technických pracovníkov. (SeK MTP), a to v rámci Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, zubných technikov, psychológov, asistentov, laborantov a technikov.(SKIZPALT)

Zákomom č.653/2007 Z.z boli ustanovené dve nové komory a to: Slovenská komora fyzioterapeutov a Slovenská komora ortopedických technikov.

Členstvo v SKLAT – je dobrovoľné je prejavom profesijnej a stavovskej hrdosti a zreleho úsudku. Členským príspevkom, každý člen umožňuje jej existenciu a činnosť v prospech zdravotníckych pracovníkov.

Jej hlavnými úlohami sú:

- obhajovať kolektívne záujmy združených kategórií zdravotníckych pracovníkov, ich
- sociálne a ekonomické postavenie a odborne ich zastrešovať.

SKLAT napomáha k odbornému rastu ,sprostredkúva informácie o vzdelávaní, právne zastupuje a zabezpečuje kontrolu morálnej a odbornej spôsobilosti svojich členov.. V rámci medzinárodnej spolupráce udržuje kontakty s EPBS. Zabezpečuje zákonom daný proces registrácie zdravotníckych pracovníkov a vydávanie licencií.

Jednou z tých najhlavnejších priorít stavovskej organizácie je : spolupráca na vytváraní dlhodobej stratégie zdravotníctva, ktorá prispieje k stabilizácii a sebestačnosti zdravotníckych pracovníkov a k vytvoreniu podmienok pre adekvátne ohodnotenie ich práce. Stratégia musí definovať konkrétne opatrenia na motiváciu a stabilizáciu kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov to znamená : zlepšenie mzdového ohodnotenia práce, vytváranie zdravých pracovných podmienok, a zabezpečenie nielen odborného rastu, ale aj kariérny postup.

A v tejto práci si navzájom držíme palce!

V Poprade 3. októbra 2008

Mária Kobezdová

PÄŤDESIATPÄŤ ROKOV NŠTITUCIONÁLNEHO ĎALŠIEHO VZDELÁVANIA ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

doc. RNDr. Silvia Szúcsová, CSc., mim. prof.

Katedra farmaceutických činností, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

V tomto roku si Slovenská zdravotnícka univerzita pripomína 55. výročie založenia inštitucionálneho ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na Slovensku. Pri príležitosti tohto jubilea sa venujeme hlavným medznikom vo vývoji ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, najmä farmaceutických laborantov.

Základom inštitucionálneho ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na Slovensku bolo zriadenie **Školského strediska Poverenia zdravotníctva pre doškolovanie lekárov** v Trenčíne dňom 1. mája 1953. Toto stredisko bolo začlenené do Ústavu pro doškolovaní lékařů v Prahe. Jeho vedením bol poverený MUDr. Dionýz Dieška. Dňa 1. januára 1957 vznikol **Slovenský ústav pre doškolovanie lekárov** a 1. decembra 1957 boli do systému ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov začlenené aj farmaceuti.

V roku 1966 sa zmenil názov ústavu na **Inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov**. Zlúčením tohto inštitútu s Inštitútom pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov vznikol v roku 1991 **Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve**.

V roku 1998 sa zmenil názov inštitútu na **Slovenskú postgraduálnu akadémiu medicíny**.

V roku 2002 sa táto pretransformovala na vysokú školu a 1. septembrom 2002 vznikla **Slovenská zdravotnícka univerzita**. Za rektora univerzity bol vymenovaný prof. MUDr. Ján Štencel, CSc.

Inštitucionálne vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov vzniklo v roku 1960, kedy sa zriadilo **Stredisko pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov** v Bratislave. Jeho zakladateľom bol MUDr. Ján Mariányi. Na začiatku činnosti strediska sa zriadili komisie a farmaceutickí laboranti boli začlenené do komisie technických smerov, viedol ich RNDr. PhMr. Imrich Kondel. V roku 1963 sa zmenil názov strediska na **Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov**, v rámci ktorého sa vytvorila v roku 1963 **Katedra farmaceutických laborantov a očných optikov**. Jej vedúcim bol RNDr. PhMr. Imrich Kondel, neskôr doc. RNDr. PhMr. Milan Lehký, CSc. a Mgr. Renata Labudová. Katedra bola umiestnená v nemocničnej lekárni Fakultnej nemocnice v Bratislave, neskôr v nemocničnej lekárni Nemocnice s poliklinikou akad. L. Déreza v Bratislave. V roku 1986 bol ústav premenovaný na **Inštitút pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov**. Po vzniku **Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve** prešlo v roku 1994 ďalšie vzdelávanie farmaceutických laborantov v jednotlivých špecializačných odboroch do kompetencie príslušných farmaceutických katedier. Vznikom Slovenskej zdravotníckej univerzity sa v roku 2002 na **Fakulte ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií** zriadila **Katedra farmaceutických činností**, ktorá zabezpečuje ďalšie vzdelávanie farmaceutických laborantov. Jej vedením bola poverená doc. RNDr. Silvia Szúcsová, CSc.

Zaradenie farmaceutických laborantov do systému ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov bolo významným medznikom. Umožnilo vytvoriť systém ich ďalšieho vzdelávania, formovať a diferencovať v oblasti farmácie ich špecializované pracovné činnosti a špecializačné odbory.

AKTUÁLNE POŽIADAVKY NA SPRÁVNU LEKÁRENSKÚ PRAX

doc. RNDr. Silvia Szúcsová, CSc., mim. prof.

Katedra farmaceutických činností, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Zmeny v legislatíve, ktoré upravujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti, nové poznatky v lekárstve,

MOŽNOSTI VYUŽITIA HOMEOPATIE V PREVENCII A LIEČBE VČASNÝCH SKLEROTICKÝCH DEGENERATÍVNYCH POSTIHNUTÍ OBEHOVÉHO SYSTÉMU

PharmDr. Andrea Liščáková, Katedra galenickej farmácie, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

V oblasti srdcových a obehových ochorení už v súčasnosti existujú viaceré techniky, ktoré často umožňujú stanoviť veľmi presnú diagnózu, rozpoznať lézie, ich rozsah i dopad na celkový funkčný stav organizmu. Vďaka epidemiologickým metódam, fyziologickým štúdiám o účinkoch stresu, či hodnotením rôznych typov stravovacích návykov sa podarilo v konečnom dôsledku určiť terény priaznivé pre vznik určitej kardiovaskulárnej patológie a vytyčiť všetky rizikové faktory. Homeopatia ako liečebná, reaktívna metóda pôsobí iba na reverzibilné alebo čiastočne reverzibilné lézie. V praxi sa homeopatia samostatne používa v začiatkových štádiách ochorenia: pri vysokom krvnom tlaku, arterioskleróze, začínajúcich artériopatiách a pod. U pokročilejších štádií lézií môže byť homeopatia doplňujúcim liečebným prvkom ku klasickej alopatickej liečbe z dôvodu, že môže obmedziť jej dávkovanie a prispieť tak ku stabilizácii stavu pacienta. Celkom vyhovujúca je homeopatia pri liečbe terénu: k znovudosiahnutiu rovnováhy chronického spôsobu reakcie, k udržaniu vyváženej fyzickej kondície, k adaptácii na stres a pod. Homeopatické lieky v týchto prípadoch budú pôsobiť preventívne, s možnosťou dlhodobého užívania vzhľadom k tomu, že nemajú žiadne vedľajšie účinky. Rôzne druhy degeneratívnych sklerotických zmien obehového systému sa môžu vyskytovať u toho istého pacienta súčasne. Patofyziologické a epidemiologické štúdie odhalili množstvo faktorov, ktoré hrajú kľúčovú úlohu v aterogenéze. Jedná sa o klasické rizikové faktory: arteriálna hypertenzia, fajčenie, obezita, poruchy krvnej hladiny cholesterolu, triglyceridov, apolipoproteínov, glukózy a pod., nedostatok fyzickej aktivity, stres a individuálne povahové rysy a i. Diagnózu je pritom potrebné stanoviť s čo najväčšou presnosťou, pričom je potrebné brať do úvahy: príznaky popísané pacientom, klinicky zistené príznaky – krvný tlak, pulz atď., doplňujúce vyšetrenia – biochemické, EKG, sonografia, Dopplerov test, artériografia a i. Až potom je možné vypracovať presný postup farmakologickej, prípadne chirurgickej liečby. Homeopatia má svoje miesto zvlášť v prevencii a v počiatočných štádiách ateromatóznych patologických zmien. Prostredníctvom terénnych liekov sa pokúsime znížiť začínajúci vysoký krvný tlak, upraviť glykémii, lipidové spektrum, znížiť obezitu a obmedziť účinky stresových faktorov. Okrem toho majú niektoré lieky v svojej patogenéze prejavu vaskulárnej sklerózy, tie je potrebné predpisovať rovnako ako v prevencii, tak aj v začiatkových štádiách arteriosklerózy. U pokročilejších lézií budú pôsobiť iba podporným mechanizmom k iným liečebným postupom. V každom prípade je potrebné liečiť ochorenie komplexne aj vzhľadom k už spomínaným rizikovým faktorom a lieky vyberať na základe všetkých prítomných reakčných symptómov. Medzi základné lieky sklerózy v homeopatii patria: Arsenicum album, Baryta carbonica, Calcarea fluorica, Lycopodium, Plumbum metallicum, Silicea a i. Vzhľadom k tomu, že jód má špecifické účinky na sklerotické prejavy je potrebné často dávať prednosť derivátom jódu u pacientov skôr astenických a termofóbných (Baryta iodata, Aurum iodatum, Plumbum iodatum, Arsenicum iodatum). Arsenicum iodatum sa napríklad v homeopatickej praxi predpisuje systematicky ako prevencia arteriálnej sklerózy, či už je alebo nie je spojená s degeneratívnymi zmenami na úrovni myokardu. Všetky uvedené lieky sa predpisujú v riedeniach 7 až 30 CH, jedenkrát denne až jedenkrát týždenne. Liečbu je potrebné zároveň doplniť poučením pacienta o zásadách správnej životosprávy, stravovania a absencie fajčenia.

„NÁŠ CIEĽ – ZABEZPEČIŤ SPOKOJNOSŤ INKO PACIENTOV“

Ing. Peter Privracky, Bratislava

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

OSTEOCYNESINE - homeopatická voľno predajná špecialita

Zloženie: Calcarea ostreica 3 DH, Calcarea fluorica 3 DH, Calcarea phosphorica 3 DH, Sulfur iodatum 4 CH

Pôsobenie OSTEOCYNESINU:

- upravuje metabolizmus vápnika a fosforu, pomáha zabudovať vápnik do kostí
- zlepšuje pevnosť spojivového tkaniva (šľachy, kĺby, koža)
- podporuje celkový a energetický metabolizmus, ovplyvňuje činnosť endokrinných žliaz
- pomáha redukovat hypertrofiu lymfatického tkaniva po zápalových ochoreniach

Indikácie OSTEOCYNESINU:

- rednutie kostí v klimaktériu
- hojenie zlomenín kostí
- rastové bolesti končatín
- zlepšenie pevnosti zubov, nechťov, vlasov
- rekonvalescencia po chorobe

Klinické pozorovanie s liekom Osteocynesine

(MUDr. Schudichová, MUDr. Trnovská, Martin, 2004)

- vyšetrených 100 žien s osteopéniou a osteoporózou, ktorým bolo urobené **denzitometrické vyšetrenie a laboratórne vyšetrenia** krvi (glyk., AST, ALT, kreatinín, ALP + kostný izoenzym, kyslá fosfatáza, všetky ióny, cholesterol) a moču (odpady iónov, hydroxyprolín)
- kontroly 4x do roka

Osteocynesine podávaný 2x denne 1 tableta po dobu 1 roka

Záver:

vzostup denzity kostnej hmoty (o 2-12%), čo predstavuje pokles rizika zlomenín o 15%

Klinické pozorovanie s liekom Osteocynesine

(MUDr. Palušová, Košice, 2007)

- denzitometricky vyšetrených 71 žien s osteopéniou a osteoporózou s vyhodnotením T- skóre kostnej denzity

Osteocynesine podávaný 2x denne 1 tableta po dobu 1,5 roka

Záver:

- už po pol roku užívania lieku Osteocynesine došlo k vzostupu kostnej denzity. Tento pozitívny efekt sa zaznamenal aj po roku aj po roku a pol užívania lieku. Všetky výsledky sú štatisticky významné.
- podávanie **OSTEOCYNESINU** má význam pri **akomkoľvek stupni osteoporózy** (pri ťažších formách spolu s kalciovými preparátmi a event. vitamínom D)

Blížšie informácie o liekoch nájdete na www.boiron.sk, kontakt na lekára homeopata na telef. číslo 02/49102210. Pred užitím lieku si pozorne prečítajte príbalovú informáciu, prípadne sa poraďte so svojím lekárom alebo lekárnikom.

BOIRON®

jeho vývoj ako aj praktické poznatky získané pri poskytovaní lekárskej starostlivosti si vyžadujú legislatívnu úpravu požiadaviek na správnu lekársku prax.

Navrhované zmeny sa týkajú požiadaviek na priestory verejných a nemocničných lekární a na minimálne personálne obsadenie nemocničných lekární. Dopĺňajú sa a menia sa niektoré formulácie ustanovení týkajúce sa prípravy a kontroly liekov. Navrhuje sa doplniť, v súlade s vyhláškou o požiadavkách na klinické skúšanie a správnu klinickú prax, podmienky týkajúce sa zaobchádzania s produktmi a s liekmi určenými na klinické skúšanie. Ďalej sa navrhuje ustanoviť podmienky výdaja liekov zásielkou, vykonávanie fyziologicko-chemických vyšetrení a vykonávanie lekárskej pohotovostnej služby.

NEURODEGENERATÍVNE OCHORENIA

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

Pri neurodegeneratívnych ochoreniach dochádza k zániku buniek centrálného nervového systému.

Patologické procesy, ktoré vedú ku stratám neurónov, majú progredujúce ireverzibilné následky s malou možnosťou farmakologickej kompenzácie.

K neurodegeneratívnym ochoreniam patrí najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, Huntingtonova choroba a amyotrofická laterálna skleróza.

Parkinsonova choroba je ochorenie mozgu, ku ktorému prispieva ako určitá genetická predispozícia, tak aj exogénne podmienky. Dochádza k úbytku mozgových buniek, produkujúcich dopamín v bazálnych gangliách (substantia nigra). Ochorenie sa prejavuje najmä svalovou stuhnutosťou, kľudovým trasom kostrových svalov a zníženou pohyblivosťou. Bývajú postihnuté aj iné oblasti CNS – môže sa prejaviť demencia, alebo depresia, poruchy spánku, či úzkosť. Telesné aj psychické príznaky môžu byť rôzne silne vyjadrené, prípadne môžu niektoré aj chýbať. Cieľom terapie je obnovenie rovnováhy medzi zníženou hladinou dopamínu a zvýšenou hladinou acetylcholínu, čiže účinkom antiparkinsoník je buď zosilnenie aktivity dopaminergného systému a/alebo potlačenie cholinergnej aktivity.

Zosilnenie aktivity dopaminergného systému sa dosahuje náhradou dopamínu pomocou jeho prekursora (levodopa + karbidopa, levodopa + benserazid), a/alebo inhibíciou monoaminoxidázy-B (selegilín, rasagilín), inhibíciou catechol-O-metyltransferázy (entakapón, tolkapón), aktiváciou dopaminergných receptorov pomocou agonistov (bromokryptín, dihydroergokryptín, pramipexol, ropinirol, kabergolín, apomorfín, rotigotín), liečivami uvoľňujúcimi dopamín (amantadín). Na potlačenie cholinergnej aktivity sa používajú liečivá s centrálnym parasympatolytickým účinkom (biperidén).

Alzheimerova choroba je presenilná demencia s nenápadným začiatkom a progresívnym priebehom. Patofyziológia je založená na kaskáde viacerých procesov, ktoré vedú od ukládanie amyloidného- β -proteínu v plakoch a tvorby neurofibrilárnych zhlukov ku zániku neurónov a k rozvoju syndrómu demencie. Primárne je postihnutý centrálny acetylcholinergný systém. Ku psychickým príznakom patria diskkrétne začínajúce poruchy od poklesu doby bdlosti a odmietania nového až po úbytok kognitívnych funkcií. Somatické príznaky nie sú spočiatku žiadne, ale s progresiou ochorenia dochádza až k inkontinencii a neschopnosti pacienta postáť sa o seba.

Terapia Alzheimerovej choroby je symptomatická, liečivá zmiernujú symptómy a spomaľujú progresiu choroby. Kognitíva zvyšujú inhibíciou acetylcholinesterázy a butyrylcholinesterázy hladinu acetylcholínu v CNS (donepezilín, galantamín, rivastigmín), resp. znižujú hladinu glutamátu (memantín). Podávanie prekursorov acetylcholínu (lecitín) v kombinácii s inhibítormi monoaminoxidázy-B (selegilín), vitamínmi (C, E) a minerálmi môže spomaliť progresiu ochorenia a blokovat niektoré nežiaduce účinky podávaných liekov.

Huntingtonova choroba postihuje bazálne gangliá, najmä cholinergné a GABA-ergné neuróny. Dochádza k zvýšenej dopamínovej aktivite v striate. Je to porucha hyperkinetická, charakterizovaná abnormálnymi pohybmi určitých svalov. Zmeny pohybu a demencia sa začínajú prejavovať v strednom veku (30-50 r.)

Ochorenie je dedičné. V terapii sa používajú liečivá blokujúce dopaminové receptory (antipsychotiká) a GABA-ergné centrálné pôsobiace myorelaxancium (baklofén).

Amiotrofická laterálna skleróza je ochorenie chrbticevej a predĺženej miechy so zánikom hybných nervových buniek a vlákien predných rohov miechy. K typickým prejavom patria atrofie svalov. Pri tomto ochorení sa nevyskytujú psychické zmeny. Patogenéza nie je úplne objasnená, predpokladá sa úloha glutamátu (excitálneho neurotransmitera v CNS) v bunkovej smrti. Ako terapia sa podáva antagonist glutamátu (riluzol).

CHONDROPROTEKTÍVA

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

Etablované liečebné prístupy na liečbu degeneratívnych ochorení kĺbov zahŕňajú analgetickú medikamentóznú liečbu na miernenie symptómu bolesti, ako aj fyzioterapiu na zlepšenie funkcie alebo zachovanie funkcie. V posledných rokoch sa viacerým látkam pripisujú chrobu modifikujúce vlastnosti. Predpokladá sa, že majú ochranný účinok na štruktúru kĺbov, a tým môžu zmierňovať priebeh artrotického ochorenia. Označujú sa ako choroby modifikujúce (Disease-modifying) alebo štruktúru modifikujúce osteoartrické lieky (Structure-modifying osteoarthritis drugs – DMOADs alebo SMOADs). Názov je analogicky odvodený od choroby modifikujúcich antireumatických liekov (Disease-modifying antirheumatic drugs – DMARDs), určených na liečbu zápalovo-reumatických ochorení.

V prednáške sa diskutuje o aktuálne dostupných dôkazoch o štruktúru modifikujúcom účinku doteraz najčastejšie skúšaných liekov na základe analýzy účinku na klinické symptómy. Na základe analýzy dostupnej literatúry sa zdá, že mierny, štruktúru modifikujúci účinok má glukozamín, chondroitín sulfát, diacerein a možno ešte menej výrazný, štruktúru modifikujúci účinok má aj kyselina hyaluronová. Tento účinok nekorreluje s parametrami klinickej účinnosti. Význam týchto účinkov v liečbe pacientov s artrózou je nejasný.

KONZERVATÍVNA TERAPIA OSTEOARTRÓZY VÁHONOSNÝCH KĽBOV

*Prim. MUDr. Ďurišová Elena., MUDr. Rexová E.
Reumatologicko-rehabilitačné centrum, Hlohovec, SR, www.rrc.sk*

Osteoartróza (OA) je jedno z najfrekvencovanejších ochorení pohybového systému, ktorého incidencia stúpa v priebehu fyziologického starnutia. Príčiny ochorenia sú multifaktoriálne.

OA postihuje všetky tkanivá tvoriace diartrodialny kĺb, kde sa zmeny v chrupke, v synoviálnej membráne so zmenami vlastnosťami synoviálnej tekutiny a na kosti vzájomne ovplyvňujú.

V zdravej chrupke sa udržuje dynamická rovnováha medzi nonotvorbou chrupky a jej odbúraním. V artrotickej chrupke chondrocyty postupne strácajú schopnosť udržať rovnováhu medzi syntézou a degradáciou makromolekúl extracelulárneho matrixu. Dochádza postupne k deficitu kyseliny hyaluronovej, znižuje sa jej molekulárna hmotnosť a menia sa viskoelastické vlastnosti synoviálnej tekutiny. Do artrotického procesu vstupujú enzymatické pochody stimulované a regulované cytokínmi interleukín 1, 6, 8 a TNF-alfa (IL-1 a IL-6 sa považujú za hlavných spúšťačov katabolických procesov v chrupke vedúcich k jej finálnej deštrukcii). Okrem toho sa senzibilizujú receptory bolesti (nociceptory) v synoviálnom tkanive a kapsule kĺbu, pretože viskoelastické ochránené prostredie, ktoré ich obklopovalo už nie je prítomné.

Hlavným klinickým symptómom počas celého ochorenia je bolesť a obmedzenie pohyblivosti.

Pre spotrebiteľa sa situácia zjednodušila tým, že vidí jednoznačné slovné vyjadrenie (Vysoká ochrana) a zároveň má jasnú informáciu, že prípravok chráni pred UVB (SPF30) a súčasne aj UVA žiarením (symbol UVA v krúžku).



SYNBIOTIKÁ NOVÁ GENERÁCIA VÝŽIVOVÝCH DOPLNKOV

Bc. Viera Fojtíková

Štúdium probiotík v posledných rokoch postúpilo opäť dopredu a najnovšie skúsenosti dokazujú, že efekt probiotík je možné zvýšiť (posilniť) pridaním prebiotík do zmesi. **Prebiotiká** sú nestráviteľné zložky potravy s priaznivým efektom na hostiteľa tým, že selektívne stimulujú rast a aktivitu určitých druhov baktérií (probiotík) v hrubom čreve. Patria sem predovšetkým nízkopolymérne cukry ako fruktooligosacharidy, inulín, galaktooligosacharidy a izomaltooligosacharidy, ktoré, ak sú súčasťou probiotického prípravku, slúžia ako „potrava“ pre probiotiká a zlepšujú ich rast a funkcie v čreve. Takýto kombinovaný prípravok sa nazýva **synbiotikum**.

Mnohé štúdie potvrdili potenciál synbiotík pri liečbe ulceratívnej kolitídy – zlepšuje sa vlastný obranný systém organizmu (imunita) a redukuje chronický zápal čreva pacientov.

Užívanie synbiotík sa spája aj s redukciami kolorektálnej proliferácie nádorových buniek, zlepšením epiteľiálnej bariérovej funkcie čreva, pozitívnym vplyvom na hladinu IL-2 a INF- γ , v dôsledku čoho dochádza k poklesu rizikových faktorov rakoviny hrubého čreva.

Synergické pôsobenie probiotika a prebiotika je možné podporiť pridaním ďalšej zložky, ktorá je schopná zabezpečiť komplexnú starostlivosť o zdravie čriev s prepojením na posilnenie imunitného systému. Veľmi vhodným sa v tomto smere javí pridanie beta-glukánu do tohto synbiotického komplexu, ktorého miesto pôsobenia je na sliznici čriev a v konečnom dôsledku ovplyvňuje imunitný systém človeka. Hoci každá zložka má hlavné miesto svojho pôsobenia v inej časti GIT-u (gastrointestinálneho traktu) a aj ich mechanizmus je odlišný, práve súhra týchto účinkov zabezpečuje komplexné pôsobenie v celom zažívacom trakte.

MOŽNOSTI HOMEOPATIE PRI DEGENERATÍVNYCH OCHORENIACH KOSTÍ

MVDr. Slávka Boroňová

Najčastejšou poruchou mineralizácie kosti je osteoporóza. Ide o metabolické kostné ochorenie, ktoré prebieha takmer bezpríznakovo viac rokov. Kosti strácajú svoju štruktúru, pričom ide o redukciiu kostnej hmoty, t.j. úbytok minerálnej zložky a zároveň aj kostnej matrix. Výsledkom je zvýšená krehkosť kostí a náchylnosť k zlomeninám.

Najčastejšie príčiny osteoporózy:

nesprávne zloženie stravy, dlhodobá imobilizácia kosti, nedostatok pohybu, lieky (kortikoidy...), hypertyreóza, menopauza, vyšší vek...

Liečba demineralizácie kosti:

správna životospráva, dostatok pohybu, vápnikové preparáty, vitamín D3, klasická terapia, homeopatická terapia – OSTEOCYNESINE

nehrozí riziko poškodení oka alebo snížení zrakových funkcií, je možno doporučiť v lekárskej terapii „na slepo“ bez nutnosti návštevy očního lekára. Závažné stavy, kde je riziko poškodení oka alebo i ztráty zraku, patrí zcela jednoznačně do rukou oftalmologů.

Mnoho očných prípravkov je dnes v lekárskej volne k prodeji. Autor dáva v přednášce praktické rady jak postupovat, pokud se na lékárníka obrátí s žádostí o radu pacient s očními potížemi

OZNAČOVANIE PRÍPRAVKOV UV OCHRANY ODPORUČANÉ EURÓPSKOU KOMISIOU

MUDr. Peter Lipovský, Bratislava

Európska komisia (EK) v spolupráci s Európskou asociáciou kozmetického priemyslu (COLIPA) vypracovala na jeseň 2006 odporúčanie, ktoré ponúka zjednotené, jednoduchšie a zmyslupnejšie značenie účinnosti ochrany pred slnečným žiarením. Celý dokument vyšiel v Úradnom vestníku Európskej únie (L 265) pod názvom Odporúčanie Európskej komisie z 22.septembra 2006 o účinnosti prípravkov UV ochrany a o nich uvádzaných súvisiacich údajoch (oznámené pod číslom K(2006) 4089). Aké sú základné a najdôležitejšie informácie obsiahnuté v tomto odporúčaní a ako pomáhajú riešiť problém ochrany pred slnečným žiarením?

Odporúčanie definuje prípravok UV ochrany ako akýkoľvek prípravok (krém, olej, gél, sprej), ktorý je určený na kontakt s ľudskou kožou s cieľom výlučne alebo hlavne chrániť ju pred UV žiarením. Ochrana pre spotrebiteľa spočíva v tom, že prípravok slúži ako prevencia pred spálením kože pri slnení, prevencia fotostarnutia kože, prevencia oslabenia imunitného systému a prevencia niektorých typov rakoviny kože.

Dôležitou informáciou v odporúčaní je konštatovanie, že účinnosť prípravku je daná jeho schopnosťou chrániť ľudskú kožu pred negatívnymi účinkami UVB i UVA žiarenia. Každý prípravok UV ochrany by mal poskytovať minimálnu ochranu zároveň pred UVB i UVA žiarením – nebude možné deklarovať ochranu len v jednej časti spektra UV žiarenia.

Kategória uvedená na obale	Ochranný faktor – SPF uvedený na obale	Ochranný faktor – SPF zmeraný pri testovaní	Odporúčaný minimálny ochranný faktor UVA	Odporúčaná minimálna kritická vlnová dĺžka
Nízka ochrana	6	6– 9,9	1/3 z SPF uvedeného na obale	370 nm
	10	10 – 14,9		
Stredná ochrana	15	15 – 19,9		
	20	20 – 24,9		
	25	25 – 29,9		
Vysoká ochrana	30	30 – 49,9		
	50	50 – 59,9		
Veľmi vysoká ochrana	50+	60		

Okrem číselného faktoru pribudne označovanie pomocou jednej zo štyroch slovných kategórií – „nízka ochrana“, „stredná ochrana“, „vysoká ochrana“ a „veľmi vysoká ochrana“. Viac sa dá vyčítať z prehľadnej tabuľky:

Ak prípravok vyhovuje všetkým prísne stanoveným kritériám na ochranu pred UVA žiarením, môže mať na obale umiestnený jednoduchý piktogram – UVA v krúžku:



Autorky v práci popisujú terapeutické ciele a terapeutické možnosti osteoartrózy zamerané na zmiernenie bolesti v záujme zlepšenia pohyblivosti v kĺbe a obnovenia metabolickej homeostázy.

Komplexnú liečbu osteoartrózy môžeme rozdeliť na tieto skupiny:

A) nefarmakologická terapia

1. poučenie o základných princípoch ochrany kĺbov

- dodržiavanie princípov správnej výživy
- redukcia nadhmotnosti
- udržiavanie fyzickej kondície
- zníženie nárokov na postihnutý kĺb
- v období iritačného štádia pokoj na lôžku
- pri chôdzi používať orto-protetické pomôcky (ortézy, palice, barle...)

2. fyzikálne prostriedky

- elektroliečba
- mechanoterapia
- vodoliečba...

3. kinezioterapia – individuálna - s cieľom

- zmierniť poškodenie a zlepšiť funkciu (zníženie kĺbovej bolesti, zvýšenie rozsahu pohybu a svalovej sily, upraviť chôdzu...) = umožnenie vykonávania každodenných aktivít
- ochrániť kĺb pred ďalším poškodením znížením záťaže a nárokov na kĺb = zlepšiť biomechaniku kĺbu
- prevencia disability a zhoršenia zdravia vyplývajúceho z nečinnosti zvyšovaním dennej dávky = zlepšiť celkovú telesnú zdatnosť

4. ochrana kĺbov

- pohybový program zameraný na zníženie záťaže kĺbu, oslabenie nárazov, zlepšenie aktívnych pohybov kĺbu...
- ortézoterapia (kolenné, bedrové ortézy...)
- topánky s dobre formovanými podošvami
- používanie palice, barlí, pojazdného rámu...

5. psychologické prispôsobenie a sociálna podpora

(prekonať „ potrebu“ pacienta skrývať svoje fyzické problémy pred verejnosťou)

B) farmakologická terapia

1. jednoduché analgetická
2. NSA - nesteroidové antiflogistiká
3. opioidy-tramadol
4. lokálne kožné vazodilatanciá a kapsicínový krém
5. SYSADOA - lieky s pomalým nástupom účinku
 - glukosamínsulfát, chondroitínsulfát, superoxid dismutáza...
 - kyselina hyalurónová –viskosuplementácia
6. DMOAD - lieky ovplyvňujúce priebeh choroby
 - glykozaminoglykánpolysulfát, glykozaminoglykánový-peptidový komplex...
7. intraartikulárne kortikosteroidy

C/ chirurgická terapia

- artroskopický zákrok – ošetrenie vnútrokĺbovej patológie (odstránenie „opotrebovaných častí“, odstránenie kryštálov, prerušenie vnútrokĺbových adhézií, laváž-dočasné ochladenie a rozriedenie degradačných enzýmov ...)

- synovektómia, osteotómia, endoprotéza, artrodéza...

Na záver práce autorky popisujú **princípy viskosuplementácie** derivátmi hyaluronanu.

Hyaluronan v synoviálnej tekutine a kĺbovom tkanive je zodpovedný za elastoviskozitu intercelulárnej matrix týchto tkanív a synoviálnej tekutiny. Intraartikulárne pôsobí doplnením mechanických vlastností osteoartritickej tekutiny = viskosuplementácia, ktorá má zníženú viskozitu a elasticitu v porovnaní s normálnou synoviálnou tekutinou.

Teda viskosuplementácia sa podieľa:

- na absorbácii mechanických otrasov,
- vytvára elastoviskóznou ochranu mäkkých tkanív
- tvorí ochranný obal receptorov bolesti
- chráni chrupku proti pôsobeniu zápalových mediátorov a katabolických enzýmov.



Schéma zdravej chrupky a postihnutého kolena artrózou.



RTG verifikovaná gonartróza.

ÚLOHA KOMPRESÍVNEJ TERAPIE PRI LIEČBE VENÓZNEHO VREDU PREDKOLENIA

primár MUDr. Tomáš Kopal,
Dermatovenerologické odd. NsP, Považská Bystrica

Venózný (žilový) vred predkolenia predstavuje najväznejší prejav žilovej nedostatočnosti. Vyskytuje sa často (cca 1% populácie) a predstavuje významný problém z hľadiska narušenia kvality života pacienta, aj z hľadiska finančnej a ošetrovateľskej náročnosti liečby. Vďaka rozvoju vlhkej terapie a vývoju nových krytí

na rany je liečba venózneho vredu v poslednom období technicky jednoduchšia, rýchlejšia a účinnejšia. Problematickou z hľadiska pacienta, ale absolútne nevyhnutnou súčasťou liečby a následnej prevencie žilového vredu je kompresívna bandáž. Správny výber krytia rany v kombinácii so správnym typom obväzu predstavuje najväčšie úskalie pri manažmente pacienta s vredom predkolenia a môže výrazne ovplyvniť trvanie hojenia rany.

MOŽNOSTI OVPLYVNEŇANIA UVOĽŇOVANIA INDOMETACÍNU Z GÉLOVÝCH ZÁKLADOV

PharmDr. Miroslava Potúčková, Mgr. Veronika Šimunková, PharmDr. Eduard. Tichý, PhD.

Katedra galenickej farmácie, FaF UK, Bratislava

Degeneratívne ochorenia pohybového aparátu patria medzi najčastejšie vyskytujúce sa ochorenia obyvateľstva. Nesteroidné antiflogistiká zaujímajú preto popredné miesto v preskripcii. Cez kožu prenikajú dobre a svoje terapeutické účinky dosahujú v podkožných tkanivách (svaly, šľachy, synoviálne membrány). Dôležitú úlohu v medikamentóznej terapii má nielen systémová aplikácia liekov, ale aj aplikácia lokálna. Pri dermálnej aplikácii liečiva je nižší výskyt nežiaducich účinkov ako aj počet interakcií s ďalšími podávanými liečivami. Z dermálnych polotuhých liekov sú veľmi obľúbené práve hydrogély z dôvodu jednoduchosti aplikácie v priebehu dňa a nezanechávania masťného pocitu na pokožke.

Jedným z používaných nesteroidných antiflogistik je liečivo indometacín, ktorého mechanizmus účinku spočíva v inhibícii enzýmu cyklooxygenázy a tým zabraňuje vzniku zápalu a bolesti. Na Slovensku je registrovaný v liekoch vo forme čapíkov a gélov.

Vhodným výberom pomocných látok sa pri formulácii topického gélu dá ovplyvniť farmaceutická a biologická dostupnosť liečiva. Ako gélotvorná pomocná látka v géloch, ktoré sú v súčasnosti dostupné na trhu, sa používa carbomer (Carbopol). K ďalším pomocným látkam pri formulácii gélov sa zaraďujú humektanty (glycerol), konzervanty (parabény, etanol) alebo urýchľovače absorpcie (propylénglykol, etanol).

Predmety príspevku je vplyv pomocných látok a ich koncentrácie na uvoľňovanie indometacínu z gélov na báze polyakrylamidu (Sepigelu 305). Výsledkom nášho experimentálneho snaženia bol vývoj dermálneho polotuhého lieku, z ktorého uvoľňovanie indometacínu prebieha cca 2,5 až 3 násobnou rýchlosťou oproti uvoľňovaniu z porovnávaného prípravku v súčasnosti dostupného na trhu.

Projekt bol vypracovaný za podpory grantov FaF UK/11/2008, UK/104/2008.

„ČERVENÉ OKO“ – DIAGNOSTIKA A LÉČBA

MUDr. Jaroslav Karhan,
Oční klinika LF UP v Olomouci

„Červené oko“ – dle oftalmologickej terminologie povrchová injekcie oka - je patologický stav, ktorý môže byť spôsobený viacerými príčinami:

1. Zánětem spojivek
2. Defektním slzným filmem při Syndromu suchého oka
3. Alergickou reakcí
4. Astenopeickými obtížemi
5. Úrazem
6. Reaktivní hyperémií

Autor popisuje stesky pacienta, diagnostické príznaky a odlišnosti liečby u týchto jednotlivých patologických stavů, jejichž společným jmenovatelem je „červené oko“. Dává praktický návod, jak v praxi bez možnosti detailních očních vyšetření odlišit stavy nezávažné od těch velmi závažných. U nezávažných stavů, kde