

Lekárnik®

odborno - informačný mesačník pre lekárnikov

1

JANUÁR
2012
Ročník XVII.

Hlavná téma:

Infarkt myokardu

Isabelle Adenot, prezidentka PGEU:

„Výziev sa nebojím”

Legislatíva:

Riziká vernostného systému

ISSN 1335-924X



9771335924002 01

obsah

- 04 Editoriál**
– RNDr. Tomislav Jurik, CSc.
- 06 Naša anketa a polemika:**
– Riziko vernostného systému
Krátke správy zo sveta
- 10** – Kokteil z farmácie
- 12** – Phoenix rozpúšťa refazcové veliteľstvo
- 14 Čo nám nový zákon priniesol:**
– Lekárnici sa na nový zákon pripravili

HLAVNÁ TÉMA:

- 15 Akútny infarkt myokardu**
– MUDr. Roman Margóczy
- 18 Terapija infarktu myokardu**
– PharmDr. Andrea Gažová, PhD.
- 20 Zdravá výživa – Chráňte svoje srdce**
– MUDr. Igor Bukovský

- 22 Klinická farmácia v praxi**
– Intoxikácie rastlinami a ich plodmi
- 24 Diskusné fórum**
– Farmakoterapia epilepsie u staršej pacientky z pohľadu liekových interakcií
- 25 E-Health**
– Najviac ohrozený rakovinou je juh a západ Slovenska
- 26 Aktuality z Alma mater**
- 27 Študentské okienko**
– Worth Healthcare Student's Symposium
- 28 Zahranická stáž študenta farmácia**
– Slovenka medzi Francúzmi
- 29 Diplomová práca FaF UK**
– Cena rektora
- 30 Monitor z domácej a zahraničnej tlače**
- 31 Konferencia MZ SR**
– Farmakoeconomika na Slovensku
- 32 Takto to vidím ja**
– PharmDr. Havlíček
- 33 PGEU**
– rozhovor s novou prezidentkou Isabelle Adenot
- 34 Neverbalita**
– Ako zaujať klienta
- 36 Radostné Vianoce s CK Pharmaeduca**
- 38 Nemocnica Košice-Šaca**
– Udržať si úspech je oveľa ťažšie, ako ho dosiahnuť!
- 40 Vianočné večierky**
– Nemocnica Handlová a Nemocnica Bánovce
- 41 Senior roka 2011**
- 42 Príbeh Unipharmy – 20 rokov medzi vami**
– Naše začiatky
- 44 Farmaceutický laborant**
– Zelené zlato indiánov
- 46 História farmácie**
– Nádoby na liečivá,
- 47 Farmaceutické kalendárium**
– Dr. Oetker
- 48 Liečivé rastliny**
– Palina dračia
- 49 Krížovka so spoločnosťou Glenmark**
- 50 Tiráž**



04

Editoriál – RNDr. Tomislav Jurik, CSc.



10

Krátke správy zo sveta – Kokteil z farmácie



20

Chráňte svoje srdce



Rozhovor s novou prezidentkou PGEU: Isabelle Adenot „Výziev sa nebojím“



33

28

Zahranická stáž študenta farmácie

36

Radostné Vianoce s CK Pharmaeduca



41

Senior roka 2011

HLAVNÁ TÉMA ČÍSLA

- **Akútny infarkt myokardu**
– MUDr. Roman Margóczy
- **Terapija infarktu myokardu**
– PharmDr. Andrea Gažová, PhD.

15





Quo vadis slovenské lekárenstvo?

Milé kolegyně a kolegovia!

Predpokladám, že ste všetci od nás dostali na sklonku predchádzajúceho roka P. F.-ko, ktoré pre vás už opakovane umelecky vytvoril náš kolega lekárnik PharmDr. Miroslav Vörös z Nových Zámkov.

Priznám sa, že po uplynulých rokoch, keď v jeho P. F.-kách dominovali idylické vianočné motívy, tak toto posledné ma dosť zarazilo. Takmer do poslednej chvíle som preto otáľal s ich podpisovaním, ale nakoniec som sa premohol a asi týždeň pred Vianocami boli všetky podpísané a odoslané na vaše adresy. Vaša následná reakcia bola tak masívna a naliehavá, že som autorovi na Štedrý deň poslal túto sms-ku:

„Mirko, za Tvoje P. F.-ko ďakuje celé Slovensko. Najprv sa mnohým nepáčilo, že je to akési strašidelné, ale veľmi skoro pochopili vážnosť Těbou položených otázok a uvedomili si, že nad slovenským lekárenstvom sa zbierajú chmáry, zlietajú supy, aby uchmatli čo sa ešte dá. Nikdy doteraz Těbou prorocky položená otázka neznela tak naliehavo, nikdy nebola tak na mieste, ako teraz... Keď si kreslil P. F. a dával si mu názov, mohol si tušit, ako dopadne naša legislatíva?

■ LEKÁRENSTVO JE V PRVOM RADE POSLANÍM

Žiaľ, Tvoja predtucha sa naplnila a Tvoja otázka dnes stojí naliehavo nielen pred lekárnikmi, ale pred celou našou spoločnosťou, ktorá by prostredníctvom správnych zákonov a správnych zákonodarcov mala zabezpečiť, aby lekárenstvo, ktoré aj ako všetky iné zdravotnícke povolania, je v prvom rade poslaním a až potom biznisom, slúžilo ako aj ostatné zdravotníctvo občanom a pacientom a nebolo len zdrojom na dosahovanie zisku rôznych nekalých skupín. Áno, prehrali sme jeden boj, neprehrali sme vojnu. Ďakujem Ti za seba, ale aj za celú našu Unipharmu, za všetko, čo pre nás robíš. Krásne a požehnané sviatky T. J.”

Odpoveď autora prišla ešte ten istý deň:

„Ďakujem pekne, poznáš ma už nejaký rok, nemohol som inak, aj keď by si niekto alebo viacerí lekárnici predstavovali P. F.-ko ako obrázok pohody, zodpovedajúci zimným radovánkam. Ten obraz je čitateľný, len treba dobre pozerať. Hlavná postava je bez výrazu tváre – ako terazšie lekárenstvo, v rozkroku má hlavu Krista, trpiaceho ako naše lekárenstvo. Šachovnica vpravo naznačuje neustále



intrigy a je tam ešte zopár ďalších vysvetlení, len sa treba dobre pozerať. M. V.”

Milé kolegovia, rok 2011 je už definitívne za nami.

Krásne spomienky na štedrovečerný večer plný krás, tajomstiev i splnených túžob a priání v kruhu našich blízkych, ako aj veselé oslavy prichádzajúceho nového roka, trochu zatičili a zmiernili dopad udalostí a zmien, ktoré pre našu spoločnosť a zvlášť pre lekárenstvo priniesol uplynulý rok.

■ POKRAČUJE LIBERALIZÁCIA LEKÁRENSTVA

Pokračujúca liberalizácia nášho odboru, ktorá je v protiklade k prebiehajúcim zmenám v lekárenstve v Európskej únii, nám priniesla v tomto roku prvenstvo v počte lekární na počet obyvateľov. V strednej Európe sme toto smutné prvenstvo už dosiahli. Aj s príslušnými dopadmi: tretina lekární na Slovensku je v červených číslach. Mnohé z nich, veľakrát nekalým spôsobom, ukončili svoju činnosť a zanechali miliónové dlhy u distribútorov. PharmDr. Mária Turčanová zo Žiliny, Pharmedika s. r. o. (Ing. Argay zo Zvolena), Mgr. Olexová z Košíc, sieť lekární vlastnených právnickými osobami Ing. Guliša z Trenčína, LEKÁREŇ ADONIA, s. r. o. (Ing. Antolík, Mgr. Antolíková zo Šecoviec), NONApharm, s. r. o. (Mgr. Dvoranová z Rožňavy), ANDROMEDA PLUS, s. r. o. (PharmDr. Palovčík z Bratislavy), NUX, s.r.o. (Mgr. Zausinová z Michaloviec), M. Štilla z Martina, FARMAKON, s.r.o. (Dr. Kostka a Mgr. Štefanský z Bratislavy), SANTAFARM, s. r. o. (Mgr. Jalovičiarová zo Zvolena), MEDICAL CENTERS SLOVAKIA, s.r.o. (Soňa Nízka z Veľkých Levár). Podotýkam, že prevažná väčšina z týchto „podnikateľov” v lekárenstve predala svoje obchodné podiely v lekární na tzv. biele kone, čím sa akože zbavila zodpovednosti za nezaplatené faktúry, pričom z peňazí, ktoré mali zaplatiť distribútorom, ďalej veselo „podniká” často v inej lekární a v tom istom meste, prípadne si užíva nečestne nadobudnuté finančné zdroje v inom podnikaní. Tretný zákonník je

na týchto špekulantov veľakrát krátky a Potvrdenie o etickej a morálnej spôsobilosti, ktorým mohla SLEK obmedzovať nevhodným osobám vlastníctvo a prevádzkovanie lekární už je dávnou históriou.

■ NEGATÍVNE DOPADY LIBERALIZÁCIE LEKÁRENSTVA

Naše neslávne prvenstvo v počte lekární na počet obyvateľov má však negatívny dopad aj na čestných a poctivých lekárníkov, ktorým sa v dôsledku liberalizačného nárastu počtu lekární v ich bezprostrednom okolí dramaticky znížila realizácia, ako aj prevádzkový zisk, ktorý už často nestačí na zabezpečenie činnosti lekárne.

Bezbrehá liberalizácia, totálna absencia akýchkoľvek demografických alebo geografických kritérií pre zriaďovanie nových lekární naozaj nemá obdobu v kultúrnej Európe. Demografické a geografické kritéria, platné pred časom aj na Slovensku, neboli dočasným „výmyslom“ múdrych regulátorov lekárenského trhu u nás. Vyplývali z historických daností a skúseností pôvodných krajín Európskej únie, kde sme sa predsa dobrovoľne prihlásili a kde sme sa chceli aj s našim zdravotníctvom, vrátane lekárenstva, urýchlene dostať, tak aby plnilo svoju základnú a nezastupiteľnú funkciu – prinavracáť zdravie pacientom a slúžiť občanom tohto štátu ako zdravotnícke zariadenia. Nie je to len dôsledok ekonomickej krízy eurozóny, ale snaha vlád krajín v EÚ systematicky vytvárať podmienky pre optimálne fungovanie lekární pre prospech občanov členských krajín, medzi ktoré patrí aj nevyhnutná regulácia lekárenského trhu. V týchto krajinách sa nemôže stať, aby dobrá, zavedená lekáreň s vysokokvalifikovaným odborným personálom, s dlhoročnou a spokojnou patientskou klientelou jednoducho zanikla v dôsledku záujmu niekoho finančne silnejšieho, ktorý v záujme získať pacientov tejto lekárne, samozrejme len kvôli zisku za každú cenu, rozhodne sa zriadiť jednu či dve, alebo i viacej lekární v bezprostrednej blízkosti existujúcej lekárne. Celý proces zániku pôvodnej lekárne dokáže urýchliť prepracovaný systém marketingu, dehonestujúci nezávislosť zdravotnícky charakter lekárenského povolania. Konkrétnych príkladov v slovenských podmienkach, od Michaloviec po Skalicu bude v nasledujúcom období len pribúdať.

■ EURÓPSKA ÚNIA REGULUJE LEKÁRENSTVO V ZÁJME PACIENTOV

V protiklade so slovenskou praxou sledujeme v súčasnosti regulačné opatrenia vo Francúzsku (pritvrdzovanie demografických i geografických obmedzení), v Anglicku (prisnejšie pravidlá pre otváranie nových lekární, t. j. zrušenie doterajších výnimiek v demografických obmedzeniach), ako aj rozhodnutia potvrdzujúce zákaz lekárenských refazcov a význam geografických a demografických limitov (Nemecko, Rakúsko). „Vlády rozhodujúcich členských krajín v EÚ sa stavajú jednoznačne negatívne k liberalizačným snahám v lekárenstve, pretože by mohli spochybníť slobodu lekárenského povolania a jeho súčasné zdravotno-politické poslanie stavať do zlého svetla“. (Zdroj: Edukafarm Farminews 2/2011).

■ AKO TO CELÉ DOPADNE?

Voľakedy nás v škole učili, že politika je koncentrovaná ekonomika...

Pravdivosť tejto marxistickej poučky nám dokázali najmä udalosti v druhej polovici uplynulého roka. Ekonomický či politický vývoj eurozóny, ale aj na Slovensku, nevyzerá vôbec dobre. Neistota prevláda v úplne fundamentálnych otázkach či už inštitucionálneho usporiadania eurozóny, alebo smerovania základného kurzu hospodárskej politiky na Slovensku. Zdá sa, že v roku 2012 sa s otvorenou recesiou v eurozóne, ale aj na Slovensku musí počítať, ako aj s jej neprijemným dopadom na vývoj príjmov verejných financií. 5 %-ný deficit rozpočtu verejných financií bude mať neprijemné dopady aj na slovenské zdravotníctvo, ktoré bude musieť prijať ďalšie úsporné opatrenia. Degresívna marža, referencovanie cien liečiv, generická preskripcia či častejšie kategorizácie, sú len jemnou predohrou k tomu, čo sa dá v liekovej politike od tohto štátu ešte očakávať. I napriek predpokladanej nízkej miere inflácie (z 3,8 % v roku 2011 na 1,8 % v roku 2012) situácia vyzerá naozaj neutešene a obdobie neistoty potvrdá minimálne celý rok 2012. Nárast obdobia stabilného a zdravého rastu slovenskej ekonomiky a zároveň zdravotníctva je preto ešte ďaleko.

■ ZVOLEBNIEVA SA

Aj preto osobne svetlo na konci tunela vidím v Európskej únii, teda v zdravotníckej legislatíve jej pôvodných krajín, ktorá v zásadných bodoch uznáva tradičné hodnoty lekárenstva, jeho význam pre fungovanie zdravotníckej politiky štátu a zároveň si váži stabilitu lekárenského stavu ako strednej vrstvy, ktorá je pilierom ekonomiky i politiky vo vyspelých európskych krajinách. Viem, že vrcholní politici majú (zo svojho hľadiska) oveľa vážnejšie problémy ako je lekárenstvo na Slovensku. V konečnom dôsledku si však musia uvedomiť, že štát – to sme predsa MY – občania a zdravotníci zvlášť i lekárnici a preto nehľadajme akúsi tretiu cestu. Nedajme priestor pre rôznych experimentátorov typu R. Zajaca a jeho epigónov, dajme priestor zdravému rozumu a vyberme si model organizácie zdravotníctva a lekárenstva osvedčený v niektorých z krajín Európskej únie.

■ ZÁKON O LIEKU TREBA NOVELIZOVAŤ

Isteže nie všetky jeho ustanovenia sú zlé, je evidentné, že niektoré zásadné body sú pre štát, zdravotníctvo, lekárenstvo i pacienta a občana jednoznačne prínosom. Zmeniť však treba tie ustanovenia, ktoré sú v rozpore so zdravotníckym charakterom lekárenského povolania. Do volieb už veľa času neostáva a zo skúsenosti vieme, že čo sa nedo- hodne pred voľbami, ťažko sa bude argumentovať, keď politici budú už sedieť vo svojich hlbokých a teplých kreslách... Preto je tu jedinečná príležitosť hovoriť s nimi práve teraz, nielen pár stotočných z prezidia SLEK, ale priestor máte všetci vy, vo svojich lekárnach, do ktorých aj politici musia chodiť po radu a po lieky. Dobré im poradte!

Milí kolegovia, dovoľte aby som vám do nového roku 2012 poprial veľa síl, zdraru a nadšenia pri výkone vášho krásneho lekárenského povolania, ktoré je zároveň aj vašim jedinečným poslaním. K tomu zároveň veľa zdravia, šťastia a porozumenia u vašich najbližších, pretože to všetko je potrebné aby ste s láskou a radosťou mohli prinášať zdravie svojim pacientom. Vo svojich lekárnach!

RNDr. Tomislav Jurik, CSc.
predseda predstavenstva a generálny riaditeľ
Unipharma – 1. slovenská lekárnická
akciová spoločnosť



**Otázka:**

Myslíte si, že zavedenie vernostného systému môže pre pacienta byť rizikom, pretože ho nabáda k zvýšenému užívaniu liekov?

Prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc.
dekan
Farmaceutická fakulta UK
Bratislava



áno

Jednoznačne odmietam akékoľvek marketingové aktivity, ktoré nabádajú pacientov k zvýšeniu nákupu a spotreby liekov. Takáto aktivita je v úplnom protiklade k edukačnej aktivite fakulty, ktorá smeruje k účelnej a efektívnej farmakoterapii. V okamžitom momente môže pacient pocítiť minimálnu finančnú výhodu, v dlhodobom horizonte mu tento prístup určite nepomôže – skôr uškodí.

RNDr. Tomislav Jurik, CSc.
predseda predstavenstva a generálny riaditeľ, Unipharma – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť



áno

Zavedenie vernostného systému určite nemá za cieľ spôsobiť zvýšenú spotrebu liekov, ale vo svojich dôsledkoch ju určite vyvolá.

PharmDr. Tibor Czufba
prezident
Slovenská lekárnická komora



áno

Áno, vernostný systém ako klasický marketingový nástroj bude zvyšovať indukovanú preskripciu a tým povedie k zvýšeniu užívaniu liekov. Navyše bude zvyšovať spotrebu liečiv, takže proklamované úspory v liekovom reťazci ostanú len zbožným priánim zákonodarcov.

Doc. PharmDr. Juraj Sýkora, CSc.
predseda
Sekcia nemocničných lekárníkov
Slovenská lekárnická komora



nie

Správna poradenská činnosť lekárníkov a farmaceutických laborantov zabráni poškodeniu pacientov pri užívaní liekov bez viazanosti na lekárske predpis a výživových doplnkov. Smutné je, že lekáreň (po novom prevádzkareň) sa stane obchodnou jednotkou, kde sa podstatná časť „dispenzačnej činnosti“ lekárníka zmení na „obchodné konanie“ s pacientom (prepáčte, klientom).

RNDr. Jozef Slaný, CSc.
riaditeľ odboru farmácie
Ministerstvo zdravotníctva
Slovenskej republiky



nie

Ak bude založený na sociálnych benefitoch pre pacienta, napr. na znížení doplatkov na lieky. Vernostný systém podlieha odsúhlaseniu zo strany zdravotných poisťovní, ktoré by mali byť garantom, že vernostný systém nebude obsahovať prvky indukujúce neodôvodnenú spotrebu liekov.

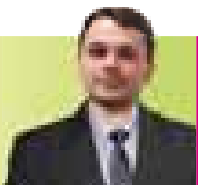
PharmDr. Ján Mazag
vedúci služobného úradu a riaditeľ
Štátny ústav pre kontrolu liečiv



nie

Vernostný systém je v lekárnach na Slovensku realitou pre lieky, ktoré nie sú viazané na lekárske predpis a znamená súťaž medzi poskytovateľmi lekárenskej starostlivosti o pacienta. Nový zákon umožňuje vernostný systém aj pre lieky viazané na lekárske predpis. Je nepravdepodobné, že ak má pacient zľavu z doplatku, bude užívať lieky nadmerne.

PharmDr. Ondrej Sukeľ
1. viceprezident
Slovenská lekárnická komora



áno

Slovenská lekárnická komora počas legislatívneho procesu prezentovala viaceré zahraničné štúdie dokazujúce neefektívne používanie liekov v prípade aplikácie rôznych bonusov a zliav.

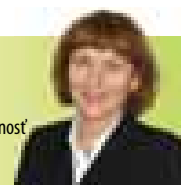
Doc. RNDr. Silvia Szücssová, CSc. mim. prof.
Katedra lekárenstva
Slovenská zdravotnícka univerzita



nie

Nie, pretože vernostný systém poskytuje zľavu z ceny nákupu, ktorého podstatnú časť hradí pacient.

Doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc.
vedúca sekretárka
Slovenská farmaceutická spoločnosť



nie

Vernostný systém nebude pacienta nabádať k väčšiemu užívaniu liekov, skôr budú pacienti vyhľadávať lekáreň (prevádzkareň Dr. Max), kde dostanú 1 € v hotovosti. Zvýšené užívanie liekov nehrozí, ani riziko pre pacienta v tomto smere nie je. Pacient vôbec nevie, v ktorej je lekáreň. Stáva sa nám, že nám dáva vernostnú kartu Dr. Maxa a čaká €.

Ivan Kraszko
riaditeľ
Mylan s. r. o.



áno

Ruší sa funkcia fixného doplatku, ako jedného z regulačných mechanizmov. Kľúčovým zostáva, kto bude financovať tieto dodatočné finančné náklady lekární a ako „motivačne“ sa to bude komunikovať na pacienta.

PharmDr. Peter Smieško
predseda
Sekcia zamestnancov
Slovenská lekárnická komora



áno

Je tam určitý predpoklad na takéto uvažovanie a preto by sa nemali tieto marketingové praktiky objavovať v zdravotníckych zariadeniach.

Prof. MUDr. Pavel Švec, DrSc.
predseda
Etická komisia
farmaceutického priemyslu



nie

Nemyslím, že zavedenie vernostného systému povedie k zvýšenému užívaniu liekov. Problém vidím v tom, že zavádza miesto kvality do lekárenskej starostlivosti neetické princípy lákania pacientov na úrovni centrálneho trhu.

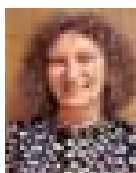
RESUMÉ: **áno** = 6 **nie** = 6 **?** = 0



Diskusii o vernostných systémoch bolo už nespočetné množstvo pred i po prijatí nového zákona liekovej politiky. Väčšina odbornej verejnosti ostáva stále pobúrená týmto bodom zákona, pretože v zavedení marketingových stimulov, ako jedných z nástrojov liekovej politiky, vidia čisto komerčnú stránku veci, za ktorou podľa nich stojí nemenovaná finančná skupina. Všetci poznáme vyjadrenia typu: vernostné systémy podpora len siete lekární, zruinujú nezávislých lekárníkov, degradujú lekárnícke povolanie na úroveň predavača v obchode, sú rizikom pre pacienta a iné... Práve ohľadom rizika pre pacienta sme oslovili odborníkov s otázkou:

Myslíte si, že zavedenie vernostného systému môže byť pre pacienta rizikom, pretože ho nabáda k zvýšenému užívaniu liekov?

Riziká vernostného systému



PharmDr. Ludmila Krč – Jediná
Vedúca odboru liekovej politiky
VŠZP

nie

Zavedením vernostného systému v lekárnach vzniká potenciál na vznik úspor nielen na strane pacienta, ale aj zdravotných poisťovní. Takto ušetrené peniaze sa použijú v zdravotníctve pre pacientov, lekárov a sestry. Nemyslíme si, že zavedenie vernostného systému by pacienta priamo nabádalo k zvýšenému užívaniu liekov, pretože preskripciu liekov má v kompetencii a pod kontrolou lekár a kúpa tzv. OTC produktov je na zvážení samotného pacienta. Fungovanie tohto systému bude zo strany poisťovne sledované aj pomocou revíznej činnosti a pri akomkoľvek náznaku zneužívania má možnosť poisťovňa postupovať v zmysle zákona a udeliť sankcie.



Doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc.
Vedúca sekretárka
Slovenská farmaceutická spoločnosť

nie

? V našej rubrike anketa ste sa vyjadrili, že podľa vás vernostné systémy nezvýšia spotrebu liekov a ani nie sú rizikom pre pacientov, ale zároveň vy ich vo svojej lekárni zavedené nemáte. Vidíte v súvislosti s nimi predsa isté komplikácie, ktoré môžu vzniknúť?

Zavedenie vernostného systému pre pacienta môže byť rizikom

pre jeho zdravie, závisí od finančných tlakov. Liek, i keď je z ekonomického hľadiska tovarom, je vzhľadom na svoje vlastnosti produktom, ktorý musí byť regulovaný. Na rozdiel od bežného tovaru si pacient nemôže sám overiť vlastnosti lieku, bezpečnosť, kvalitu a účinnosť. Nemôže o tom rozhodnúť sám na základe vernostného systému. Preto treba túto oblasť regulovať zo strany orgánov regulácie a kontroly liekov, zabezpečiť a garantovať, že pacient dostane bezpečný, účinný a kvalitný liek. Vernostný systém nemá v liekovom reťazci miesto. Farmaceut – lekárnik je zdravotnícky pracovník, odborník, ktorý podáva pacientovi liek a nie jed, ktorým sa môže stať vplyvom finančných tlakov a kšeftovaním so zdravím. Okolité krajiny EÚ vernostný systém zakázali a my sme to dovolili zaviesť do zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach (362/2011). Ide o zdravie, ide o život človeka. Farmaceut – lekárnik je posledný v liekovom reťazci, ktorý podáva liek a komunikuje s pacientom a kto bude ten, kto rozhodne o tom, aký liek pacient dostane podľa vernostného systému, ktorý zaviedol zákon? Budú vôbec lieky u nás dostupné, keď už teraz vidíme, že reexport sa začína rozmáhať, výpadky v sortimente začínajú byť častejšie. Ako bude postupovať vernostný systém v tomto prípade?



MUDr. Richard Raši, MPH
poslanec NR SR, tieňový minister zdravotníctva
a primátor mesta Košice

áno

Nie, že si myslím, že zavedenie vernostného systému môže byť pre pacienta rizikom a bude ho nabádať k zvýšenej spotrebe

liekov, ale som o tom presvedčený. Je to klasický fungujúci marketing osvedčený na rôznych produktoch, kde k jednému balíčku dostanete druhý za polovicu. Alebo k jedným topánkam, druhé za pár eur. No nekúpte to! Treba si však uvedomiť, že toto nie je obyčajný tovar, toto sú lieky, ktoré si nekupujeme kvôli dobrej cene alebo peknej škatuľke či super akcií!

? Aké najväčšie komplikácie podľa vás môžu v súvislosti s vernostným systémom vzniknúť?

Tak ako som už spomínal, lieky by nemali byť nástrojom propagandy lepších balíčkov služieb, tovarov... Stále treba mať na pamäti, že do lekárne nevstupujeme za účelom „dobre nakúpiť“, ale dobre sa vyliečiť. Balíčky liekov, služby a iných produktov, iba podprahovo „nútiť“ pacienta k tomu, aby si kúpil viac a namiesto toho, aby odišiel s predpísaným receptom, odíde s prázdnu peňaženku. Čiže sa opäť pýtam, pre koho je tento zákon vhodný? Určite nie pre pacienta. Tiež si nemyslím, že je dobré, aby si pacienti kupovali liek na bolesť iba pre to, že teraz je tá super cena! Všetok to iba zvyšuje predaj liekov, bez toho, aby ste ho vôbec potrebovali. Tiež je tu priestor pre naše známe „siete“ lekární, ktoré si túto politiku môžu dovoliť.

? Plánom MZ SR bolo, že prijatím a realizáciou novej liekovej politiky sa zníži spotreba liekov na Slovensku. Vy ste sa však vyjadrili, že sa obávate, že práve tieto opatrenia budú indukovať vyššiu spotrebu liekov. Prečo?

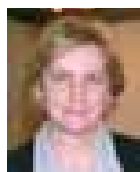
Z časti som to už vysvetlil v predchádzajúcej odpovedi. Preto, že ľudia nepôjdu do lekárne preto, že potrebujú daný konkrétny liek, ale preto, že istý liek je teraz v akcii a to nie je dobrý signál, ani pre našu ekonomiku, ani pre naše zdravie.

? V minulosti, konkrétne v roku 2009, 128 poslancov hlasovalo za zrušenie vernostných systémov. Prečo podľa vás prišlo k tak náhlej zmene v názoroch?

Skôr by som sa spýtal inak, pre koho bola tá zmena zákona teraz vhodná? Odpoveď nechám na čitateľov, ktorým je to určite jasné...

? V zákone je definované, kto bude mať na starosti vernostný systém v lekární: Uplatňovaním alebo propagáciou vernostného systému nesmie byť poverený odborný zástupca držiteľa povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti. Nie je to podľa vás paradox, že zodpovedný farmaceut v tejto činnosti nebude „zodpovedný“?

Odpovedali ste na tú otázku presne tak, ako to vnímam aj ja.



Ing. Mária Sabolová
poslankyňa NR SR
KDH



Nenazvala by som ho rizikom pre pacienta. Domnievam sa, že pacient tu zohráva len druhoradú úlohu. Prvoradé je, že zavedením vernostných programov sa zákonom dal marketingový nástroj v lekárenskom prostredí do rúk niekoľkým sieťovým lekárniam, ktoré si to môžu dovoliť. Druhá skupina bude znevýhodnená, lebo ho nebude môcť využiť.



? Je verejne známe, že ste názoru, že vernostné systémy nie sú správnym nástrojom liekovej politiky. Aké najväčšie komplikácie podľa vás môžu v súvislosti s nimi vzniknúť?

Podľa mňa nový zákon o lieku, ktorý by chcel vplývať na nižšiu cenu lieku pre pacienta vernostným systémom, je len jedným marketingovým návrhom. Ten nahráva viac sieťovým lekárniam, ktoré si v počiatočnej fáze budú môcť dovoliť poskytnúť pre pacienta porovnateľne nižšiu cenu v porovnaní s malými lekárniami, lebo spôsob nákupu vo veľkom im to umožní. Damping cien samozrejme spočiatku znevýhodní „malých“ lekárnikov. V nasledujúcom slede to však môže viesť ku konečnému navýšeniu cien pre pacientov v neskoršom období, keď cenu budú určovať už len „veľkí“, teda siete.

? Plánom MZ SR bolo, že prijatím a realizáciou novej liekovej politiky sa zníži spotreba liekov na Slovensku. Myslíte si, že to tak bude, alebo podľa vás práve tieto opatrenia budú indukovať vyššiu spotrebu liekov?

Navrhovateľ zákona len predpokladá, že takéto nastavenie zníži spotrebu lieku. Prax však ukáže skutočnosť. Nemyslím si však ani to, že nové nastavenie povedie k väčšej spotrebe liekov. Ale ani ju podstatne nezniží, pretože k tomu je potrebná istá systémová zmena v zdravotníctve.

? V minulosti, konkrétne v roku 2009, 128 poslancov hlasovalo za zrušenie vernostných systémov. Prečo podľa vás prišlo k tak náhlej zmene v názoroch?

Je to pre mňa nepochopiteľné, lebo argumentácia v prospech radikálnej zmeny naozaj nebola. Domnievam sa, že tu ide viac o politiku.

? V zákone je definované, kto bude mať na starosti vernostný systém v lekární: Uplatňovaním alebo propagáciou vernostného systému nesmie byť poverený odborný zástupca držiteľa povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti. Nie je to podľa vás paradox, že zodpovedný farmaceut v tejto činnosti nebude „zodpovedný“?

Podľa mňa je to neslýchané otvorenie dverí pre degradáciu, dehonestáciu a manipuláciu lekárskeho povolania. Ako konzervatívny politik sa s tým neviem stotožniť, preto akákoľvek diskusia o forme zliav a vernostných systémov, ktoré by zákon priamo zavádzal pre lieky, na ktoré sa vzťahuje lekársky predpis, je v tomto kontexte neprípustná. Zákonodarca má dostatok

nástrojov na reguláciu cien liekov na predpis, na ktorých zaplatení sa podieľajú všetci daňoví poplatníci. Je prinajmenšom otázne, kto vlastne určí odborného zástupcu, keď podľa zákona má určovať pracovnú náplň práve odborný zástupca lekárnik.

? **Myslíte si, že vernostné systémy budú viesť k likvidácii malých nesieťových lekární na úkor sietí, ktoré si môžu dovoliť ponúkať veľké zľavy pacientom?**

Nevylučujem to a realita to už naznačuje. No nechcem robiť konštrukcie, ktoré budú rovnako nepodložené ako argumenty, ktoré hovoria v prospech vernostných programov. Avšak krajiny, ktoré mali vernostné systémy zavedené ich zrušili, teda je možné sa domnievať, že toto nie je cesta ako ušetriť financie štátu a pacientov. Vývoj v EÚ naznačuje jednoznačné potláčanie komerčných aktivít v lekárstve. Prečo teda SR má byť pokusom?

? **Väčšina okolitých štátov – Poľsko, Česko, Maďarsko – zakázali zákonom tieto systémy. Prečo podľa vás Slovensko išlo touto cestou, resp. je to tá správna cesta alebo vedie k zníženiu úrovne zdravotnej starostlivosti na Slovensku?**

Pýtala som sa na to, no relevantnú odpoveď som nedostala. Jedinou odpoveďou bolo, že „naozaj ušetríme“. Zostáva mi len veriť, že to tak môže byť. Ak nie, potvrdí sa moja pochybnosť i pochybnosť lekárskej odbornej verejnosti.



PharmDr. Ondrej Sukeľ
viceprezident
Slovenská lekárska komora

áno

Vernostné systémy sú marketingovým nástrojom povýšeným na nástroj liekovej politiky. Ich jediným zmyslom je legálne obísť systém pomernej úhrady zavedený v roku 2005, ktorý výrazne reguloval náklady a obmedzil možnosti stimulácie spotreby liekov manipuláciou doplatkov. Pacient vystavený agresívnemu marketingu v prostredí informačnej asymetrie môže prijímať rozhodnutia, ktoré nie sú v súlade s objektívnymi potrebami jeho zdravotného stavu. Preto je potrebné, aby regulátor nezveroval svoju úlohu subjektom, ktorých jedinou motiváciou je zisk. Dokazujú to aj mnohé publikované zahraničné štúdie. Jednou z nich je štúdia Harrisa, Stergachisa a Rieda.

V štúdiu analyzujúcej závislosť nákladovosti spotreby liekov na výške spoluúčasti bola sledovaná skupina 19 982 pacientov využívajúcich služby rovnakej zdravotnej poisťovne v USA. V úvode štúdie títo pacienti nemali žiadnu finančnú spoluúčasť na liečbe, ale v priebehu troch rokov boli zaradení do troch úrovní doplatkov – 1,50 USD, 3,00 USD a 3,00 USD spolu s obmedzením iných poisťných benefitov. Porovnávací skupina pozostávajúca z 23 164 poistencov nemala počas celého trojročného obdobia žiadne doplatky na lieky. Z výsledkov vyplýva, že už počiatočná nízka hladina 1,50 USD viedla k štatisticky významnému zníženiu počtu lekárskeho predpisov o 10,70 %. Pokles pokračoval v ľubovoľnej skupine liekov s každou hladinou spoluúčasti pacienta. Pri doplatku 3,00 USD predstavoval pokles ďalších 10,60 % a pri platbe 3,00 USD spojenou s ďalšími regulačnými obmedzeniami bol pokles 12,00 %. Štúdia dokázala, že regulovaná spoluúčasť pacienta výrazne znižuje počet predpísaných

lekárskych predpisov. Z množstva ďalších relevantných štúdií vyplýva, že okamžitý jednostranný nízky benefit konkrétneho pacienta je spojený s nárastom individuálnej spotreby a teda má vplyv na rast celkovej spotreby liekov (v priemere cca 10 %). Aký význam malo prijatie legislatívy, ktorá prináša preukázateľné riziko rastu spotreby liekov?

Tzv. vernostné systémy nikde vo svete nepredstavujú nástroj liekovej politiky. Sú iba simplexným marketingovým nástrojom, ktorý pacienta odmeňuje na základe množstva spotrebovaných liekov. Ale – neprospelo by náhodou zdravotníckemu systému viac, keby ministerstvo vymyslelo mechanizmus odmenenia pacienta pri nižšej spotrebe? Ale to by zrejme nevyhovovalo niekomu, kto tú spotrebu potrebuje stimulovať.

Slovenská lekárska komora už koncom roka 2010 ponúkla ministerstvu spoluprácu pri definícii odborných, farmaceutických kritérií „vernosti“ pacienta konkrétnej lekární – tak aby priniesli pridanú hodnotu v podobe sledovania farmakoterapie, riešenia interakcií, odporúčania správneho užívania liekov, či poskytovania spätnej väzby ošetrovujúcim lekárom a poisťovní. Toto je moderná farmácia, nie farebné kúsky plastu a pacienti pobežujúci z lekárne do lekárne, licitujúci o pár centov zľavy.

? **Myslíte si, že si kvôli bonusom budú ľudia žiadať v lekárnach lieky, ktoré by za normálnych okolností predtým nekúpili?**

Lieky sa nekupujú, lieky sa vydávajú. Nie je to chytanie za slovíčka, ale vyjadrenie pointy vzťahu lekárnik – pacient. Umenie lekárstva nie je predať, ale nepredať. Lekárnik nemá byť iba vykonávateľom vôle pacienta a už vôbec nie stimátorom jeho „nákupných“ rozhodnutí.

Je vysoko pravdepodobné, že pacienti motivovaní nižším doplatkom ev. „akciovou“ ponukou OTC liekov „kúpia“ aj liek, ktorý reálne nepotrebujú.

? **V zákone je definované, kto bude mať na starosti vernostný systém v lekární: Uplatňovaním alebo propagáciou vernostného systému nesmie byť poverený odborný zástupca držiteľa povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti. Nie je to podľa vás paradox, že zodpovedný farmaceut v tejto činnosti nebude „zodpovedný“?**

Je. Pointou tohto ustanovenia, v kontexte zrušenia správnych konaní pri zmene odborného zástupcu a zrušenia kompetencie ŠŮKL posudzovať personálne podmienky poskytovateľa lekárskej starostlivosti, je odstaviť kontrolné orgány od možnosti postihovať zodpovedného farmaceuta za nedodržanie ustanovení zákona týkajúcich sa cenovej regulácie.

Kto to teda má byť, keď nie odborný zástupca? Tetka od susedov? A kto to vlastne určí, keď podľa zákona má pracovnú náplň určovať práve odborný zástupca...

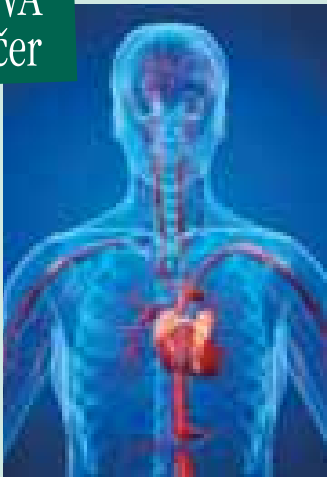
resumé:

áno	= 2
nie	= 2
?	= 1

Kokteil z farmácie

ANTIHYPERTENZÍVA užívať radšej večer

Vedci sústredení okolo Dr. Ramóna Hermida z laboratória bionžinierstva a chronobiológie zo španielskeho Víga, dospeli na základe štúdie s približne 660 hypertenznými pacientmi k objavu, že ak pacienti užívajú svoje lieky na krvný tlak večer, namiesto rána, výrazne tak zredukujú riziko pre KV (kardiovaskulárne) – komplikácie ako angina pectoris, srdcová slabosť, infarkt myokardu. V „Journal of the American Society of Nephrology“ vedci tvrdia, že krvný tlak je pri večernej dávke liekov lepšie nastavený. Pravdepodobne preto, že večer užitie antihypertenzíva silnejšie ovplyvňujú prirodzené kolísanie krvného tlaku v priebehu dňa. V tejto štúdii, ½ jej účastníkov užívala antihypertenzíva ráno a druhá ½ večer, pričom časové obdobie podávania bolo priemerne 5,4 roka a v pravidelných 48 – hodinových intervaloch sa zaznamenávali hodnoty krvného tlaku. Skupina, ktorá užívala minimálne jeden zo svojich liekov na tlak večer, mala výrazne nižšie hodnoty ako porovnávacía skupina. Predovšetkým večer je krvný tlak po večernom užití antihypertenzív výrazne nižší ako po rannom užití. Predpokladá sa, že dochádza k normalizácii cirkadiálneho rytmu profilu krvného tlaku. To by na druhej strane aj vysvetľovalo, prečo je po večernom užití znížené riziko výskytu infarktu myokardu, mozgovej príhody alebo



insuficiencie srdca. V priebehu štúdie bol zaznamenaný pokles systolického tlaku počas noci o 5 mmHg a taktiež zníženie rizika pre pacientov na výskyt KV – záchvatu o 14 %. Z pohľadu autorov predstavujú nočné hodnoty krvného tlaku najdôležitejšie ukazovatele pre KV – riziká. Benefity večerného užívania antihypertenzív, ktoré môže viesť k zlepšeniu kontroly krvného tlaku a zníženiu rizika pre výskyt KV – príhody, dokázali aj skoršie štúdie. Dr. Roland Schmieder, nefrológ na univerzitnej klinike v Erlangen uvěřil v nemeckom vydaní „Medical Tribune“ prehľad pre pravidelné večerné užívanie hlavných liekov. Posúdil, že večerné užívanie liekov je stále ešte nedostatočné v tejto oblasti. Podľa jeho názoru sa treba prispôbiť stratégii, že večerné užívanie zlyhá, ak nie je kontrolovaný nočný krvný tlak alebo ak je prvé ranné meranie tlaku príliš vysoké.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (44/2011, str. 30)

Hormóny sú zodpovedné za jo-jo efekt

Jo-jo efekt doviedol už veľa chudnúcich ľudí k zúfalstvu. Teraz sa našli vinníci zodpovední za návrat k pôvodným či vyšším hodnotám na ručičkách váh. Sú to špecifické hormóny, ktoré regulujú apetít. Mnohým ľuďom s nadváhou po úspešnom absolvovaní diéty padne zaťažko udržať si nižšiu váhu. Netrvá to zvyčajne dlho a zhodená váha je opäť na bokoch. Výsledky austrálskej výskumnej skupiny publikované nedávno v „New England Journal of Medicine“ dokázali, že na vine tzv. „jo-jo efektu“ je hormonálna prestavba tela, ktorá je vyvolaná nedostatkom potravy. Vedci pod vedením Dr. Josepha Proietto z univerzity v Melbourne vo svojej štúdii skúmali 50 pacientov s nadváhou alebo obezitou bez prítomnosti diabetu. V krvi skúšaných boli najprv stanovené hladiny viacerých hormónov, ktoré sa podieľajú na regulácii pocitov hladu. Skúšaní boli 10 týždňov nastavení na nízkokalorickú diétu a ešte raz ročne po uplynutí tejto procedúry vedci stanovili opäť hladiny regulujúcich hormónov v ich krvi. Bezprostredne po absolvovaní diéty, počas ktorej účastníci priemerne schudli 13,5 kg, sa v ich krvi našli významne zvýšené hladiny apetít vyvolávajúcich hormónov ghrelín, gastrických polypeptidických



inhibítorov a pankreatických polypeptidov ako predtým. Oproti tomu bola významne znížená hladina potláčačov apetítu ako leptín, peptid YY, cholecystokinín, inzulín a amylin. Nie je teda prekvapením, že účastníci cítili veľkú chuť k jedlu. Pozoruhodné sú najmä výsledky nedávnych krvných testov rok po ukončení diéty. Ani v tomto období nedosiahla hladina modulátorov apetítu a pocity hladu skúšaných osôb hodnoty ako pred podstúpením diéty. Autori štúdie tvrdia, že na to, aby sa zabránilo jo-jo efektu u pacientov s nadváhou, musia byť v tejto oblasti vyvinuté stratégie, ktoré zabránia hormonálnej prestavbe organizmu.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (44/2011, str. 36)

Xylitol ob-
siahnutý v žu-
vačke môže zní-
žiť riziko výskytu
zápalu stredné-
ho ucha (otitis
media) u detí až
o 25 %. Autori
nového Cochrane
– Reviews s dáta-
mi z Fínska našli dosta-
točné dôkazy o tom, že
denná dávka xylitolu od
8,4 g môže zabrániť akútnej oti-
tis media u detí do 12 rokov,
keď tieto deti súčasne netrpia
infekciou horných dýchacích
ciest. Autori vyhodnocovali
vo svojom Review štyri štúdie
s viac ako 3000 deťmi, ktoré
navštívili fínske denné ošetro-
vacie stanovištia. Vo vykona-
nej štúdii žuli deti 5 x denne po
jedle 2 kúsky žuvačky po dobu
5 minút. Xylitol obsahujúce pas-
tilky a sirupy dosiahli podobné



Žuvanie žuvačky chráni pred zápalmi stredného ucha

výsledky. Alkoholový cukor
xylitol sa bežne používa ako
náhrada cukru pre diabetikov
a ako sladidlo s účinkom proti
vzniku zubných kazov. Okrem
toho môže xylitol redukovať aj
schopnosť adhézie baktérií ako
Streptococcus pneumoniae
a Haemophilus influenzae na
bunky nosohltanu, čo potvrdili
skoršie in-vitro – štúdie.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG
(46/2011, str. 40)

DROSPIRENON: ďalšie smrteľné prípady z „pilulky“

Komisia pre lieky ne-
meckej lekárskej spoločnosti
(AkdÄ) oznámila ďalší smr-
teľný prípad v dôsledku užitia
kontraceptíva obsahujúceho
Drospirenon. AkdÄ zobrala
tento prípad ako príležitosť
znovu poukázať na riziko trom-
boembolických príhod po užití
perorálnej antikoncepcie a ako
dôvod pre viazanie tohto lieku
na lekársky predpis. Venózne
tromboembolické prípady
sa len zriedkavo vyskytujú u
žien, ktoré pravidelne užívajú
hormonálnu antikoncepciu,
pričom výskyt týchto prípa-
dov je od 5 – 10 prípadov na
100 000 žien za rok. Počas
užívania bežnej kombinova-
nej orálnej antikoncepcie s
nízkym podielom estrogénu
(<50 µg etinylestradion na
pilulku, väčšinou 20 – 35 µg)
ovplyvňujú komponenty gesta-
gény riziko výskytu venózných



tromboembolických prípadov.
Pre pilulky druhej generácie
s obsahom Levonorgesterolu
je riziko výskytu 20 prípadov na
100 000 žien za rok. Pre pilul-
ky tretej generácie s obsahom
Gestodénu alebo Desogestre-
lu existuje incidencia výskytu
40 prípadov na 100 000 žien
za rok. Predtým sa predpokla-
dalo, že riziko výskytu trombo-
embolických prípadov po užití
Drospirenonu je podobné ako
po užití Levonorgestrelu. Eu-
rópska lieková agentúra teraz
vychádza z toho, že riziko pri
tretej generácii odpovedá 40
prípadoch na 100 000 žien za
rok, čo aj naďalej považuje za
zriedkavú incidenciu.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG
(46/2011, str. 35)

Očkovanie proti chrípke je pri obezite menej účinné

Obezita nielenže zvyšuje
riziko vzniku KV – ochore-
nia a diabetu, ale oslabuje aj
imunitný systém organizmu.

To nedávno potvrdili vedci na
prípade očkovania proti chrip-
ke. Zistili, že očkovanie proti
chrípke chráni ľudí s normál-
nou hmotnosťou dlhšie ako
ľudí s nadváhou, prípadne
obezitou. Ako objavili vedci
z univerzity v Severnej Karolí-
ne, pri obezite vznikne síce po
podaní trivalentnej chrípkovej
vakcíny rýchlo vysoká hladina
protiľátok, ale rok potom sú tie-
to protiľátky úmerne nižšie o to,
čím vyšší je BMI (Body Mass
Index). Vedci v „International
Journal of Obesity“ opisujú, že
okrem iného je u obezých ľudí
po očkovaní proti chrípke skrá-
tená aktivácia špecifických pa-
mäťových buniek imunitného
systému (CD8 + T-lymfocyty).
V prospektívnej pozorovacej
štúdii na jeseň 2009 hodnotili
vedci protiľátky zdravých dobro-
voľníkov, ktorí sa mesiac
predtým nechali zaočkovať
sezónnou chrípkovou vakcí-
nou. 12 mesiacov na to boli



protiľátky znovu stanovené,
hoci z pôvodných 461 účastní-
kov bolo teraz testovaných len
74 ľudí. Výsledky preukázali,
že protiľátky u viac ako ½ obez-
ných a u asi ¼ ľudí s normál-
nou hmotnosťou sa štvorná-
sobne znížili. Ex-vivo analýza
krvných skúšok účastníkov do-
kázala, že CD8 + T-lymfocyty
u obezých ľudí výrazne slabšie
reagovali na vírusy chrípky
ako u ľudí s normálnou hmot-
nosťou. Počas tzv. prasacej
chrípkovej pandémie v zime
2009/2010 sa prvýkrát jasne
potvrdila súvislosť, že nezaoč-
kovaní ľudia majú výrazne zvý-
šené riziko ochorenia a úmrtia
najmä, keď trpia nadváhou.
Budúce štúdie budú dokazo-
vať, či existuje zvýšené riziko
infekcie chrípkou u obezých
zaočkovaných ľudí oproti zaoč-
kovaným ľuďom s normálnou
hmotnosťou.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG
(44/2011, str. 36)

Aj pivo pomáha srdcovo-cievnemu systému

Pred nedávnym vyšla
štúdia pôvodom z Talianska,
ktorá pripisuje pravidelnému
a miernemu pôžitku z piva taký
istý zdravotný úžitok ako z vína.
U účastníkov štúdie s miernym
konzumom piva – ženy 1 pohár
piva denne a muži 2 – bol zis-
tený pokles kardiovaskulárneho
rizika v porovnaní s abstinenci-
mi o 31 %. Taktiež možno zo
štúdie vyvodíť aj vzťah dávka –
účinnosť: maximálnu ochranu po-
núka pivo s obsahom alkoholu
od 5 % a v množstve jednej an-
glickej pinty (0,568 l). Štúdia po-
ukazuje aj na to, že konzumácia
piva nemá na všetky skupiny
obyvateľstva ochranný účinok:

umladýchfer-
tilných žien
bolo preuká-
zané mierne
z v ý š e n i e
rizika v z n i k u
rakoviny.
Tieto výsled-
ky pochádzajú z metaanalýzy
štúdií z posledných rokov, ktorá
zahŕňa okolo 200 000 účast-
níkov v 12 štúdiách, kde boli
priamo porovnávané účinky
vína a piva. Štúdia Fondazione
„Giovanni Paolo II“ bola zverej-
nená v „European Journal of
Epidemiology“.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG
(46/2011, str. 40)



PHOENIX

Autor: Mgr. Eva Kozáková

rozpúšťa reťazcové veliteľstvo

■ Informácie publikované 11. 8. 2005 vo Pharmazeutische Zeitung pod názvom „Phoenix siahá po lekárňach“ (Phoenix greift nach Apotheken), opisovali veľkú angažovanosť tejto spoločnosti v lekárom malooobchode. V roku 2004 bolo koncernom zakúpených 186 lekární, pričom spoločnosť vôbec po prvýkrát zverejnila informácie o konkrétnom počte nakúpených lekární. V tomto období sa odhadovalo, že Phoenix vlastnil po celej Európe asi 1000 lekární. Prednedávnom vyšli najavo nové skutočnosti ohľadom utajovaného veliteľstva pre lekárske refazce riadeného koncernom, ktoré uverejnil Patrick Hollstein 9. 4. 2011 v „APOTHEKE ADHOC – Newsletter“ pod názvom „Phoenix rozpúšťa reťazcové veliteľstvo“ (Phoenix löst Kettenkommando auf).

■ V článku autor informuje, že **Phoenix rozpustil svoje tajné veliteľstvo pre lekárske refazce a začlenil ho späť do koncernu.** Tým sa skončila 10 rokov trvajúca hra na mačku



Spoločnosť UTA bola naposledy umiestnená v úradnom dome vo Frankfurte



a myš na európskom lekárom trhu. Keďže nepovšimnutí odbornou verejnosťou vybudovali manažéri z okolia mannheimského farmaceutického veľkodistribútora firmu „UTA Pharma“, ktorá naposledy prevádzkovala okolo 300 lekární v rôznych krajinách strednej a východnej Európy. Kým Phoenix medzinárodne expandoval predovšetkým ako veľkodistribútor, starala sa UTA o čiastočne chúlостivú činnosť v oblasti lekární.

Apothekenketten

Phoenix löst Kettenkommando auf

Patrick Hollstein, 09. April 2011, 07:46 Uhr

Phoenix hat sein Geheimkommando für Apothekenketten aufgelöst und in den Konzern integriert. Damit enden zehn Jahre Katz-und-Maus-Spiel in den europäischen Apothekenmärkten: Unbemerkt von der Fachöffentlichkeit hatten Manager aus dem Umfeld des Mannheimer Pharmahändlers die Firma „UTA Pharma“ aufgebaut, die zuletzt rund 300 Apotheken in verschiedenen mittel- und osteuropäischen Ländern betrieb.

Während Phoenix vor allem als Großhändler international expandierte, kümmerte sich UTA um das teilweise heikle Geschäft im Apothekenbereich. In Ungarn kaufte UTA ab Ende der 1990er Jahre kleinere Ketten und Einzelapotheken auf; zuletzt gehörten rund 120 Filialen zum Netzwerk. In Tschechien übernahm das Unternehmen im Jahr 2001 die Apothekenkette Europharm, die durch den österreichischen Großhändler Jacoby gegründet worden war und zu der heute rund 90 Apotheken gehören.

In Österreich war UTA an rund zwei Dutzend Apotheken beteiligt, in der Schweiz an der Apothekenkette Capitole mit 70 Filialen, die Phoenix 2008 komplett übernahm. In Polen eröffnete UTA 2007 die erste Apotheke; heute gehören die mittlerweile 40 Apotheken ebenfalls zu Phoenix.

Eine Verbindung zum Konzern ließ sich nie nachweisen: Zwar arbeiteten mehrere ehemalige und spätere Phoenix-Manager bei UTA. Doch die Firma, zunächst in Eschborn, dann im rheinland-pfälzischen Grünstadt und schließlich in Frankfurt ansässig, gehörte rein rechtlich einer Holding mit Sitz in Luxemburg und war damit formal eigenständig.

In einer internen Firmenpräsentation wurde UTA allerdings bereits 2004 als „Finanz- und Management-Holding eines international ausgerichteten Konzerns im Bereich des pharmazeutischen Einzelhandels“ bezeichnet. Knapp 2000 Beschäftigte erwirtschafteten damals in den verschiedenen Ländern für die deutschen Investoren einen Umsatz von 450 Millionen Euro. Auch mehrere Polikliniken und Gesundheitszentren gehörten später zum Unternehmen.

Warum Firmenchef Adolf Merckle mit einem Teil seiner Apotheken jahrelang auf Tauchfahrt war, kann nur errahnt werden: In Ungarn durften sich Pharmagroßhändler jahrelang nicht an Apotheken beteiligen; denkbar sind außerdem wettbewerbsrechtliche oder steuerliche Motive.

Nach dem Tod Merckles dürften die Treuhänder bei ihren Aufräumarbeiten irgendwann auch auf UTA gestoßen sein. Dabei könnte auch der Entschluss gefallen sein, die „Luxemburg-Untergruppe“, wie sie intern genannt wurde, endgültig aufzulösen. Jetzt wurde UTA von Phoenix übernommen, das Versteckspiel hat ein Ende: Ganz offiziell betreibt der Konzern nun rund 1500 Apotheken in 13 Ländern.

■ Od konca 90-tych rokov skúpila UTA v Maďarsku menšie reťazce lekární ako aj jednotlivé lekárne. Naposledy k sieti patrilo okolo 120 filiállok v krajine. V Česku v roku 2001 firma prevzala sieť lekární Europharm, ktorá bola založená rakúskym veľkoobchodníkom Jacoby a ku ktorej dnes patrí okolo 90 lekární. V Rakúsku bola UTA účastná na približne 2 tuctoch lekární, vo Švajčiarsku na sieť lekární Capitole so 70 filiálkami, ktoré Phoenix v roku 2008 kompletne prevzal. V Poľsku v roku 2007 UTA otvorila svoju prvú lekárňu, dnes medzičasom patrí 40 lekární taktiež k Phoenixu.

■ Hoci niekoľko bývalých a neskorších Phoenix – manažérov pracovalo v UTA, prepojenie firmy s koncernom sa nedalo dokázať. Firma, ktorá najskôr sídlila v Eschborn, potom v rýnsko – falckom Grünstadt a nakoniec vo Frankfurte, patrila čisto právne holdingovej spoločnosti so sídlom v Luxembursku a bola preto formálne samostatná. Avšak už v roku 2004 v internej firemnej prezentácii bola UTA označená ako „finančný a manažment – holding medzinárodne orientovaného koncernu v oblasti farmaceutického maloobchodu.“ Takmer 2 000 zamestnancov dosiahol vtedy pre nemeckých investorov v rôznych krajinách obrat od 450 mil. Aj viaceré polikliniky a zdravotné strediská patrili neskôr k firme.

■ Prečo šéf firmy Adolf Merckle dlhodobo zahmlieval podiel



Katz-und-Maus: Rund 400 Apotheken der Kettenfirma UTA gehören jetzt offiziell zu Phoenix (Mačka a myš: okolo 400 lekární reťazcovej spoločnosti UTA patrí teraz oficiálne k Phoenixu)

v svojich lekárnach, možno len využiť: v Maďarsku nesmeli byť dlhé roky farmaceutickí veľkodistribútori účastní v lekárnach. Možné sú okrem toho aj súťažno-právne alebo daňové motívy.

■ Po Merckleho smrti sa správcovia majetku pri preberaní pozostalosti stretli aj so spoločnosťou UTA Pharma. Preto padlo rozhodnutie, „luxemburskú podskupinu“, ako bola UTA interne nazývaná, definitívne rozpustiť. Prednedávnom bola UTA prevzatá Phoenixom, hra na skrývačku je na konci. Koncern teraz prevádzkuje okolo 1 500 lekární v 13 krajinách.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC – Newsletter – správy;

Autor: Mgr. Silvia Láslopová

Deň pred tým, ako nový zákon o lieku vstúpil do platnosti, sme navštívili niekoľko lekární. Očakávali sme stres z toho, ako sa do praxe zavedú rôzne novinky, a tak nás prekvapil pokoj, ktorý v lekárnach vládol. „*My sme pripravení,*“ hovorili svorne lekárnici najmä na adresu generickej preskripcie. Po pár dňoch sme ich oslovili opäť s rovnakou otázkou: Ako vnímajú zavedenie novelizovaného zákona o lieku.

Lekárnici sa na nový zákon pripravili

Doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc.
Univerzitná lekáreň Bratislava

Prax ukáže

Vernostný systém momentálne neriešime, pretože si myslíme, že ide o veľmi nešťastne zvolený systém pre farmaceutov. Ak by malé lekárne prešli na vernostný systém, tak by museli skrachovať. Zamerali sme sa preto najmä na preskripciu. Farmaceut – lekárnik, ktorý vydáva lieky za tárou, musí predovšetkým vedieť, či sa liečivo nachádza v zozname účinných látok, ktoré sú uvedené aj v zákone. Musí tiež vedieť, čo má byť na recepte uvedené. Z našej skúsenosti zatiaľ môžem povedať, že generická preskripcia nespomalila výdaj liekov v lekárni. Nedá sa povedať, že pacient vždy hľadá iba lacnejší liek. Mnoho z nich dá na to, čo im napísal lekár, prípadne siahajú po liekoch, ktoré už poznajú. Tak, ako sme predpokladali, stretávame sa so zle vypísanými receptami. Pokiaľ ale nejde o závažnú chybu, tak to riešime telefonicky s lekárom. Ak je však recept vypísaný úplne zle, musíme vrátiť pacienta k lekárovi. Zatiaľ sme nezaznamenali pochybenia v predpise účinných látok, iba v sile účinnej látky a počte tabliet. Čo sa týka kategorizácie, môj názor je taký, že každý rok sú vďaka nej vyššie náklady na lieky. Každý, pokiaľ je vo vláde, chráni pacienta, teda aspoň to tak hovorí. Ale to nie je pravda. Skutočnosť je taká, že pacient zaplatí z kategorizácie na kategorizáciu viac. Nie som presvedčená o tom, že nový zákon dopomôže k zníženiu nákladov na lieky. Ale až prax ukáže, či to bol dobrý krok.

Mgr. Anita Puhaová,
lekáreň Gryf, Dunajská Streda

Zmätení sú skôr lekári ako pacienti

U nás sa dosť často stretávame s otázkami typu: „*Máte vernostnú kartu? Prečo nie?*“ Myslím si, že vernostný systém veľmi ovplyvnil pacientov a aj menšie lekárne budú musieť niečo vymyslieť, aby mohli súperiť so žralokmi. Treba povedať, že generická preskripcia prvé dni naozaj trochu spomalila

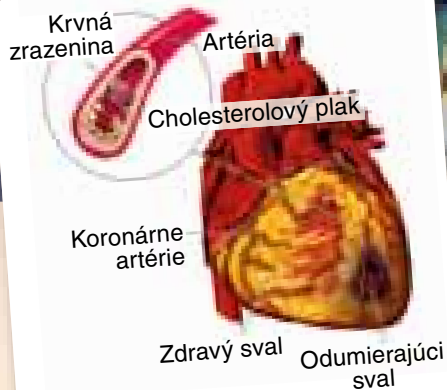
výdaj liekov v lekárni. Prácu nám ale uľahčil aj fakt, že väčšina pacientov sa dožaduje liekov, ktoré už užívali pred tým. Cena presvedčí málokedy, pacienti sa nedajú ovplyvniť a platí to, čo povie lekár. Zmätení z nového systému preskripcie sú skôr lekári, ktorí doteraz písali recepty rukou a nevedia si zvyknúť na počítač. Ide im to pomaly, ordinujú do večera a to dvíha pacientom krvný tlak. Z našej skúsenosti môžem povedať, že recepty, ktoré sú vypísané počítačom spĺňajú platnú legislatívu. S tými ručne vypísanými je to horšie, pretože nie každý lekár berie na vedomie nový zákon. Môžem povedať, že dokonca ho ignoruje. Ak je lekársky predpis zle vypísaný, kontaktujeme lekára, ktorý dopíše účinnú látku. Treba povedať, že lekári sú celkom ochotní a zatiaľ sa nevyskytli žiadne problémy.

PharmDr. Katarína Sýkorová,
lekáreň Pilula, Bratislava

Pacienti považujú zmeny za zbytočné

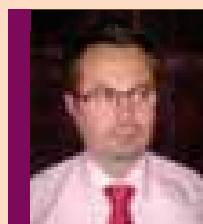
Osobne som proti zavedeniu vernostného systému. Podľa mňa ide o deformáciu trhu s liekmi. Zatiaľ s ním nepočítame a ani pacienti sa zľavových kartičiek nedožadujú. Hoci sme predpokladali, že prvé dni dôjde k zdržaniu výdaja liekov, naša prevádzka ide zatiaľ štandardne. Na druhej strane, náš odhad, že niektoré predpisy nebudú dobre vypísané, sa potvrdil. Myslím, že niektorí lekári odmietajú investovať ďalšie prostriedky do nových aktualizácií. Zo strany lekárníkov problém nie je. Recepty od lekárov, ktorí majú príslušný softvér, sú v súlade s platnou legislatívou. Chybné sú predpisy od lekárov, ktorí ich vypisujú ručne. Pokiaľ pride pacient so zle vypísaným receptom, riešime to v závislosti od príslušného nedostatku. Ak je celý zle vypísaný, bohužiaľ, pacienta posielame s daným receptom naspäť k lekárovi. Všeobecne môžem povedať, že pacienti sú z nového systému mierne zmätení. Vôbec nechápajú, prečo došlo k týmto zmenám a považujú ich za zbytočné. Hlavne chronickí pacienti si prosia lieky, ktoré dlhodobo užívajú. Ved väčšina pacientov už aj tak užíva generiká. Čo sa týka kategorizácie, určite budeme objednávať opatrnnejšie. Môže tak byť ohrozená dostupnosť liekov. ■

Akútny infarkt myokardu



Akútny infarkt myokardu je jedna z foriem ischemickej choroby srdca. **Ischemická choroba srdca** je charakterizovaná nedostatočným zásobovaním srdcového svalu (myokardu) kyslíkom.

Môže dlhodobo prebiehať bez príznakov, keď vencovité tepny, vyživujúce srdcový sval, nie sú závažne zúžené, ale neskôr, keď zužovanie týchto tepien prekročí určitý stupeň, objavujú sa typické príznaky pri záťaži – či už fyzickej (námaha) alebo psychickej (pozitívny alebo negatívny stres). Tejto klinickej situácii hovoríme **angina pectoris** (bolesť na hrudníku). Akútny infarkt myokardu je vyvrcholením procesu zužovania vencovitých tepien, keď dochádza k úplnému uzavretiu tepny vyživujúcej určitú časť svaloviny ľavej alebo pravej srdcovej komory. Pokiaľ nedôjde k jej spriechodneniu, môže táto časť úplne odumrieť, čo má za následok pokles prečerpávacej funkcie srdca. Srdce je totiž čerpadlo, ktoré zabezpečuje obeh krvi v celom tele, reaguje na potreby jednotlivých orgánov a tkanív a pri znížení svojej funkcie zlyhá. Podľa závažnosti poklesu prečerpávacej funkcie srdca sa tak deje najprv pri záťaži, neskôr aj v pokoji, a ak sa liečebne nezasiahne, progredujúce srdcové zlyhávanie končí tragicky.



MUDr. Roman Margóczy
vedúci lekár
Oddelenie koronárnej jednotky
Stredoslovenského ústavu
srdcových a cievnych chorôb, a. s.
Banská Bystrica

Neexistuje jediná vyvolávajúca príčina, ktorej odstránením by sme mohli vzniku infarktu myokardu predchádzať. Etiológia je multifaktoriálna. Uplatňuje sa tu dedičná predispozícia, mužské pohlavie, vek (neovplyvniteľné príčiny), ale aj faktory životného štýlu, ako sú nevhodná strava, fyzická inaktivita fajčenie. Ďalej sú to neliečené sprievodné ochorenia, ako je vysoký krvný tlak, chudokrvnosť (anémia), choroby obličiek a ochorenia žliaz s vnútorným vylučovaním (štítna žľaza, nadobličky). Toto sú faktory, ktoré sú prevenciou a liečbou ovplyvniteľné.

➤ Príznaky

Dôležité je poznať príznaky akútneho infarktu myokardu, ktorými sú typická **bolesť na hrudníku tlakového až páľivého charakteru**, lokalizovaná za hrudnou kosťou, ktorá sa **môže ale nemusí šíriť do krku, ľavého (menej často pravého) ramena, lakťa a laktovou stranou až do malíčka a štvrtého prsta ľavej ruky**. Býva často spojená s pocitom nedostatku vzduchu, strachom zo smrti, studeným potením, napínaním na zvracanie, až zvracaním. Bolesť môže smerovať aj do chrbta alebo hornej časti brucha a pripomínať tak iné chorobné jednotky. Tu potom hrozí nebezpečenstvo z oneskorenia správnej diagnózy a adekvátnej liečby. Každá bolesť na

hrudníku, pripomínajúca vyššie uvedené charakteristiky, musí byť preto až do vylúčenia považovaná za bolesť infarktovú. Niekedy však môže infarkt prebehnúť skryto, bez príznakov a jeho prekonanie sa tak zistí len náhodne a vždy neskoro. Vyššie popísané symptómy sa nemusia vyskytnúť pri infarkte myokardu vždy kompletne, často je to len zhoršenie dýchania a bolesti brucha. **Najdramatickejším priebehom infarktu myokardu je strata vedomia podmienená poruchou srdcového rytmu, kde pri neposkytnutí včasnej a adekvátnej pomoci hrozí náhla srdcová smrť.**

Tu je preto potrebné zvlášť zdôrazniť nutnosť znalosti predlekárskej prvej pomoci. Ak sa stanete svedkom situácie, keď niekto **stratí vedomie, je nutné bezprostredne overiť jeho životné funkcie**, a to krvný obeh a dýchanie. Pri zlyhaní obehu krvi v tele totiž po niekoľkých minútach hrozí nezvratné poškodenie funkcie mozgu, ktoré má zásadný význam pre prežitie a ďalšiu prognózu pacienta. Preto v situácii, keď človek v bezvedomí nemá hmatný tzv. centrálny pulz, čiže pulz na veľkých tepnách, je nutné okamžite začať s **vonkajšou masážou srdca**. O neprítomnosti centrálného pulzu sa presvedčíte priložením prstov na ľavú alebo pravú stranu krku, kde za normálnych okolností je hmatný pulz na krčných tepnách. Ak tento nie je prítomný, je potrebné okamžite začať s rytmickým stláčaním hrudníka tak, aby pohyb prednej hrudnej steny bol v rozsahu asi 5 cm. Takýmto spôsobom je možné obnoviť obeh krvi v tele. Odporúčané tempo stláčania hrudníka je asi 100 stlačení za minútu, čo je fyzicky pomerne náročné,



ale len správne vykonávaná vonkajšia masáž srdca dokáže pacientovi zachrániť život. Pokiaľ pacient nedýcha, je nutné sa presvedčiť, či nemá prekážku v ústnej dutine, napr. zapadnutý jazyk, snímateľnú zubnú náhradu a snažiť sa podľa možností uvoľniť dýchacie cesty. Každopádne je však potrebné masírovať srdce, lebo aj keď má pri zástave dýchania krv v tele malý obsah kyslíka, obeh takejto krvi v tele je vždy lepší ako žiadny. V tejto činnosti je potrebné pokračovať dovtedy, kým sa nám nepodarí obnoviť životné funkcie, resp. do príchodu rýchlej lekárskej pomoci, ktorá následne prevezme starostlivosť o pacienta a pokračuje v rozšírenej prvej pomoci.

Diagnostika

Základnou vyšetrovacou metódou pri podozrení na infarkt myokardu je elektrokardiografia (EKG). Dokáže

inzercia



Spoločnosť Glenmark získala na udeľovaní cien SCRIP Awards 2011 dve prestížne celosvetové ocenenia

SCRIP, popredný svetový farmaceutický časopis, korunoval spoločnosť Glenmark dvomi celosvetovými oceneniami za výnimočné obchodné úspechy a inovatívne iniciatívy v oblasti výskumu a vývoja – oceneniami v kategóriách Najlepšia spoločnosť na rozvíjajúcich sa trhoch a Najlepšie portfólio produktov.

Udeľovanie cien Scrip Awards, ktoré usporadúva spoločnosť Informa Healthcare – jeden z popredných svetových vydavateľov, je najprestížnejšou akciou v danom odvetví, na ktorej sa schádzajú stovky popredných odborníkov z odboru, aby oslávili celoročné úspechy farmaceutických a biotechnologických spoločností.

Na slávnostnom predávaní cien v Londýne, ktorého sa zúčastnili všetky osobnosti farmaceutického sveta, boli 3. novembra 2011 spoločnosti Glenmark predané ceny „Best Company in Emerging Markets“ (Najlepšia spoločnosť na rozvíjajúcich sa trhoch) a „Best Overall Pipeline“ (Najlepšie portfólio produktov) za rok 2011.

„V mene všetkých 8 000 zamestnancov, ktorých máme po celom svete, vyjadrujem poctu, ktorú cítujeme za získanie dvoch prestížnych ocenení od tak významnej organizácie ako je Informa Healthcare, ktorá je hostiteľkou udeľovania cien SCRIP,“ povedal Glenn Saldanha, predseda predstavenstva a generálny riaditeľ spoločnosti Glenmark Pharmaceuticals Limited, ktorý v mene celej spoločnosti prebral ocenenia. „Obzvlášť sme potešení, že sme získali cenu Best Overall Pipeline, ktorá je dôkazom našich schopností v oblasti výskumu a vývoja a veľkým holdom všetkým našim výskumným pracovníkom po celom svete, ktorí výskumu a vývoju nášho portfólia inovatívnych produktov venovali mnoho rokov úsilia,“ dodal.

Cena SCRIP Best Overall Pipeline je ocenením „zásadnej dôležitosti kladenej na výskum a vývoj pre zdravie celého odvetvia“, zatiaľ čo cena Best Company in Emerging Market oceňuje „narastajúcu dôležitosť farmaceutického odvetvia založenom na výskume a vývoji v oblasti mimo tradičnej geografickej hranice

Severnej Ameriky, Západnej Európy a Japonska“ (zdroj: SCRIP). Spoločnosť Glenmark bola pri udeľovaní cien SCRIP Awards 2011 jedinou spoločnosťou, ktorá bola zaradená medzi finalistov v štyroch kategóriách – ďalšími dvomi kategóriami, v ktorých bola nominovaná, boli „Executive of the Year – Glenn Saldanha“ a „Licensing Deal of the Year – GBR 500“. Pri vyhlasovaní nominácií spoločnosti Glenmark pridali zástupcovia časopisu SCRIP tento komentár:

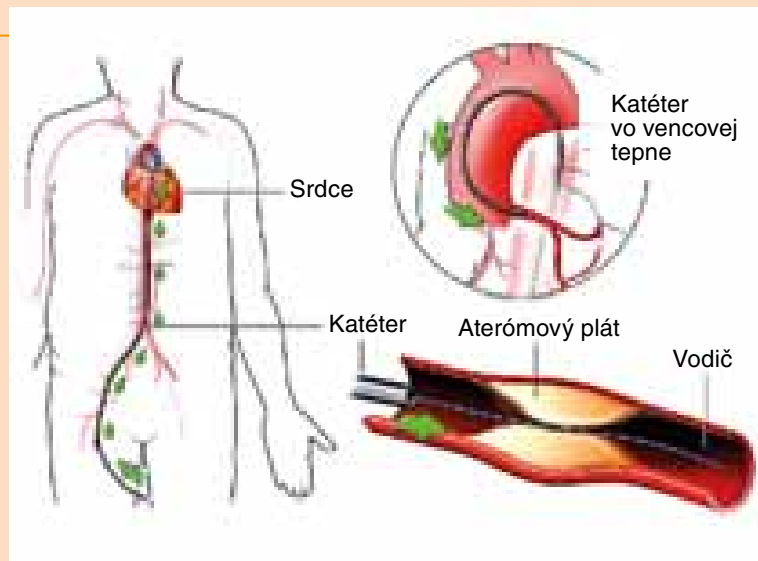
„Glenmark je na čele medzi spoločnosťami na rozvíjajúcich sa trhoch, ktoré sa zaoberajú objavovaním a vývojom nových liekov a väčšina z aktívnych látok v ich produktoch sú prvotriednej kvality.“

„Medzi úspechmi spoločnosti Glenmark za uplynulý rok patrí významná zákazka so spoločnosťou Sanofi v oblasti liečby Crohnovej choroby, dokončenie tretej fázy testov prvého pôvodného produktu crofelemeru.“

Ďalšie informácie nájdete na adrese:

www.scripawards.com, www.glenmarkpharma.com

infarkt nielen diagnostikovať, ale aj lokalizovať oblasť myokardu, ktorá je ohrozená ischemiou a podľa typu infarktu z EKG záznamu je možné ďalej pacienta riešiť. Pri podozrení na infarkt je povinnosťou prvého medicínskeho kontaktu s pacientom (RZP, RLP) **podať pacientovi kyselinu acetylosalicylovú** (aspirín, Anopyrin, Acylpyrin) a ďalšie lieky, ktoré blokováním zhlukovania krvných doštičiek dokážu zastaviť narastanie krvnej zrazeniny v srdcovej tepne, dokonca ju môžu čiastočne rozpustiť a zlepšiť tak šance pacienta na čo najlepší výsledný efekt liečby tohto závažného stavu. Keď je diagnóza srdcového infarktu potvrdená, podľa určitých presne stanovených kritérií je následne pacient transportovaný buď do najbližšej nemocnice na Jednotku intenzívnej starostlivosti interného resp. kardiologického oddelenia alebo priamo do špecializovaného kardiocentra, ktoré je vybavené potrebným diagnostickým a liečebným zázemím s cieľom poskytnúť starostlivosť o akútneho pacienta s určitým typom infarktu myokardu, kde je ohrozená veľká oblasť srdcovej svaloviny. Špecializované kardiocentrum je schopné realizovať okamžitú diagnostiku priamym zobrazením srdcových tepien pod RTG kontrolou. Takéto vyšetrenie



Koronografia – katéter zavedený zo slabiny do srdca

sa volá **koronarografia**. Vykonáva sa v miestnom znecitlivení najčastejšie v oblasti slabiny. Nasleduje vpich do stehrovej tepny a smerom k srdcu, proti prúdu toku krvi, sa zavedie tenký katéter na miesto, kde sa začínajú vencovité tepny srdca. Cez katéter sa cielene vstreknú malé množstvo kontrastnej látky do týchto tepien. Naplnené tepny sú pod RTG kontrolou viditeľné a vyšetrujúci lekár – intervenčný kardiológ – vidí rozsah poškodenia a môže z fázy vyšetrenia prejsť priamo do fázy liečebnej. Podľa charakteru poškodenia môže odstrániť krvnú zrazeninu jej aspiráciou (odsatím) pomocou špeciálneho odsávacieho katétra. Zúžené miesto dokáže rozšíriť pomocou na to určeného balónika alebo rozšíriť a vystužiť tzv. stentom, ktorý je na určené miesto dopravený pomocou balónikového katétra. Naplnenie balónika kontrastnou látkou vysokým tlakom rozťahne výstuž v želanom mieste, cieva tak ostáva rozšírená na svoju pôvodnú šírku, krv môže voľne prúdiť a balónik sa vyprázdni, čím sa jeho priemer znova zúži a je bezpečne vytiahnutý z tela pacienta. Takéto ošetrenie pacienta so srdcovým infarktom je vysoko efektívne, v skúsených rukách pomerne rýchle a často ešte na vyšetrovacom stole pozorujeme priaznivé zmeny EKG a pacient udáva rýchly ústup bolesti na hrudníku. Následná hospitalizácia nepresiahne v ideálnom prípade 5 dní. Od druhého dňa pacient väčšinou môže sedieť a postupne je mobilizovaný. Návrat takto ošetrovaného pacienta k svojej rodine, práci i záľubám je potom rýchly. Funkcia srdca ako čerpadla krvi je často takmer normálna alebo len hranične znížená a predídze sa tak čiastočnej alebo úplnej invalidite, čo ocení samotný pacient, jeho rodina aj ošetrojúci lekár, v neposlednej miere aj systém zdravotného a sociálneho zabezpečenia. Vyriešením akútneho stavu sa však starostlivosť o pacienta nekončí. Samozrejmosťou je pravidelná dispenzárna starostlivosť u internistu alebo kardiológa s úpravou medikamentózneho liečby, liečba sprievodných ochorení, správna životospráva, postupné zvyšovanie tolerance fyzickej záťaže, kúpeľná starostlivosť. Pacient musí byť edukovaný a motivovaný tak, aby jeho spolupráca s lekárom viedla v ideálnom prípade k situácii, že sa budú stretávať len pri pravidelných kontrolách a nie pri recidíve infarktu myokardu.

HPV – infekcia zvyšuje riziko infarktu myokardu

Infekcia s ľudským papilomavírusom (HPV) u žien zvyšuje nielen pravdepodobnosť výskytu rakoviny krčka maternice, ale zvyšuje aj riziko výskytu infarktu myokardu a mozgovej porážky. Informovali o tom vedci okolo Hsu – Ko Kuo z univerzity z Texasu v „Journal of the American College of Cardiology“. Dôvodom pre toto tvrdenie je fakt, že infekcie s vysoko rizikovým HPV ako sú typy 16 a 18 indukujú odbúravanie tumorsupresor proteínu p53. Inaktivácia p53 urýchľuje proces aterosklerózy. Vedci vo svojej štúdií analyzovali dáta od takmer 2500 žien vo veku medzi 20 a 59 rokov. Ich stav zasiahnutý HPV infekciou bol stanovovaný prostredníctvom vaginálnych sterov. Okrem toho účastníčky štúdie mohli v minulosti prekonať infarkt myokardu alebo mozgovú porážku. U žien, ktoré boli infikované vysokorizikovým HPV, bol výskyt ťažkých KV – príhod viac ako dvojnásobne vyšší ako u žien bez infekcie.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG
(45/2011, str. 42)

Verím, že som tento článok nepísal zbytočne, a že po prečítaní týchto riadkov si každý náš potenciálny pacient uvedomí dôležitosť tohto problému, ktorý je stále v popredí medzi príčinami chorobnosti a úmrtnosti na Slovensku. ■



Infarkt myokardu

Terapia



PharmDr. Andrea Gažová, Ph.D.
Ústav farmakologie
a klinickej farmakologie LF UK
Bratislava

Prekonanie infarktu myokardu prináša mnohé obmedzenia. Pacient musí zmeniť svoj životný štýl a prispôbiť svoj súkromný a aj spoločenský život ochoreniu. Prináša so sebou mnohokrát ohrozenie inými kardiovaskulárnymi chorobami či objavenie pridružených aj nekardiologických ochorení. Prognoza liečby a následné riziko reinfarktu úzko súvisí s výsledkami neinvazívnych diagnostických metód (EKG) a následnému prispôsobeniu sa pacientov k liečbe – compliance pacienta pri tomto klinickom stave má významné postavenie.

Základné body terapie infarktu myokardu:

➤➤ Antiagregačná terapia

Prináša zníženie mortality o 25 % a nižší výskyt reinfarktu o 30 %. Mnoho štúdií potvrdzuje opodstatnenosť užívania kyseliny acetylsalicylovej v priemernej dennej dávke 100 mg. Kyselina acetylsalicylová sa indikuje vždy, pokiaľ pacient nemá kontraindikácie pre jej užívanie. V dennej dávke 100 mg kyselina acetylsalicylová ireverzibilne inhibuje cyklooxygenázu 1 a tým tvorbu tromboxánu A. V týchto nízkych dávkach je výskyt nežiaducich účinkov ako krvácanie, tvorba žalúdočných vredov či nefrotoxicita, minimálny. Podávanie kyseliny acetylsalicylovej by malo byť v tomto prípade celoživotné. Ak pacient nemôže užívať kyselinu acetylsalicylovú je k dispozícii celý rad ďalších antiagregancií, napríklad skupina tienopyridínov – klopidogrel či tiklopidín. Klopidogrel a tiklopidín inhibujú aktiváciu krvných doštičiek, ktorá je sprostredkovaná adenozíndifosfátom.

■ ■ ■ **Klinické štúdie potvrdzujú zníženie reinfarktu o 20 %, ak pacient užíva klopidogrel v kombinácii s kyselinou acetylsalicylovou.** Kombinovaná terapia sa odporúča v dĺžke 6 až 12 mesiacov. Klopidogrel aj tiklopidín môžu predpisovať už aj praktickí lekári bez odporúčania špecialistu, čo zlepšilo možnosť prístupu ku kombinovanej liečbe.

➤➤ Antikoagulačná terapia

Mnoho pacientov musí okrem antiagregačnej liečby užívať aj



antikoagulačnú liečbu. Antiakoagulanciá sa indikujú u pacientov s chronickou fibriláciou predsiení, s výdutou ľavej komory či s vnútrokomorovým trombom. **Antikoagulačná terapia je v domácej liečbe dostupná hlavne s warfarínom**, ktorý zaraďujeme medzi nepriame antikoagulanciá.

■ ■ ■ **WARFARÍN** inhibuje gama karboxyláciu krvných faktorov prostredníctvom vitamínu K. Pri užívaní warfarínu je dôležité upozorniť pacienta na nutnosť **obmedziť príjem potravy s vysokým obsahom vitamínu K**.

Ak pacient prekoná infarkt myokardu veľakrát mení životný štýl diétnymi opatreniami, zvyšuje príjem zelenej zeleniny, čo v kombinácii s warfarínom spôsobuje jeho neúčinnosť. Problematická môže byť aj kombinácia s antibiotikami. Pacienti užívajúci warfarín by mali byť monitorovaní a mal by sa im sledovať parameter zrážania krvi – INR (pomer quickovho času pacienta ku quickovmu času štandardy). Ak pacient nemôže užívať warfarín, alebo sa predpokladá nutnosť antikoagulancií na kratšiu dobu, máme k dispozícii priame antikoagulanciá (Clexane, Fraxiparin či Fragmin). Cena týchto antikoagulancií časom klesla a tak sa oveľa častejšie predpisujú. Pacienti si sami doma aplikujú tenkou jednorázovou ihlou antikoagulanciá, ktoré majú pozitívny bezpečnostný profil. K predávkovaniu nedochádza a pacient môže jesť pestrú stravu.

➤➤ **Betablokátory**

Pacient po prekonaní infarktu myokardu **musí užívať betablokátory a to bez vnútornej sympatomimetickej aktivity**. Pri vyberaní betablokátorov by lekár mal vybrať radšej selektívne beta 1 betablokátory.

■ ■ ■ **Používanie betablokátorov po infarkte myokardu znižuje mortalitu o 25 % a výskyt náhlej smrti o 30 %.**

Betablokátory by sa mali pacientovi aplikovať od najnižších až po najvyššie dávky. Pacient by mal byť na vhodnú dennú dávku titrovaný. Z klinických štúdií vyplýva, že je vhodné užívať betablokátory vo večerných hodinách, pretože riziko nastania infarktu hrozí okolo štvrtej až piatej hodiny ráno. Betablokátory sú lieky, ktoré by mal pacient užívať denne a pravidelne. Ak pacient vynecháva jednotlivé denné dávky, hrozí zhoršenie klinického stavu z dôvodu zvýšenej denzity betareceptorov a z nežiaduceho účinku rebound fenomen – návratovosť reakcie. Pri výdaji betablokátorov je preto dôležité opakovane upozorniť pacienta na nutnosť pravidelného užívania tejto skupiny liekov. Betablokátory by mohli byť problematické pri pacientoch s astmou bronchiálnou alebo chronickou obštrukčnou chorobou pľúc z dôvodu dávkovo závislej selektivity. Preto okrem pravidelnosti užívania je dôležité neprekráčať dennú dávku betablokátorov. Betablokátory môžu byť problematické aj pri pacientoch trpiacich cukrovkou oboch typov. Problematickými sú hlavne nesprávne kompenzovaní diabetici, ktorých hladina cukru v krvi kolíše a tým u nich vzniká hypoglykémia. Betablokátory môžu tlmieť sympatikové

prejavy hypoglykémie a pacient tým pádom môže upadnúť do hypoglykemického kómy.

➤➤ **Inhibítory ACE**

Po prekonaní infarktu myokardu dochádza k remodelácii srdcového svalu, hlavne ľavej komory. Tieto zmeny majú priamy vzťah k neskoršiemu vzniku srdcového zlyhania a prispievajú k mortalite po prekonanom infarkte myokardu. Inhibítory angiotenzín-konvertujúceho enzýmu zabraňujú remodelácii ľavej komory.

■ ■ ■ **Mnohé klinické štúdie dokázali, že inhibítory ACE znižujú mortalitu po prekonanom infarkte myokardu o 27 %.**

Inhibítory ACE zabraňujú premene angiotenzínu I na angiotenzín II, ktorý sa považuje za najsilnejšiu vazokonstrikčnú látku v organizme. Inhibítory ACE sa nemajú podávať ženám vo fertilnom veku. Inhibítory ACE majú pozitívny efekt aj na endotelovú dysfunkciu. Táto skupina je vhodná pre diabetikov oboch typov, ktorí trpia na makro a mikro angiopatie. Inhibítory ACE sú dobre znášané, treba však sledovať obsah draslíka v moči a nesmú sa kombinovať s draslík šetriacimi diuretikami. Inhibítory ACE majú vo viac ako 5 % nežiaduci účinok a to suchý dráždivý kašeľ, ktorý vzniká zníženým odbúraním bradykinínu. Suchý dráždivý kašeľ môže byť závislý od liečiva, to znamená,

že zmenou liečiva môže tento nežiaduci účinok vymiznúť. Inhibítory ACE sa v poslednom čase kombinujú s blokátormi vápnikových kanálov. V týchto kombináciách nachádzame len dihidropiridínové deriváty.

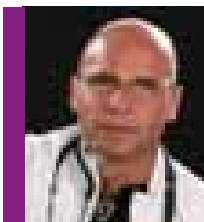
Nedihdropiridínové deriváty blokátorov vápnikového kanála – verapamil, diltiazem, majú dokázaný efekt na zníženie mortality po prekonanom infarkte myokardu a na výskyt opakovaných reinfarktov. Tieto liečivá sa však nemajú kombinovať s betablokátormi z dôvodu vyššej možnosti vzniku bradykardie, preto sú v monoterapii vhodnou alternatívou betablokátorov.



➤➤ **AKO POMÔČť PACIENTOVI** << **pri infarkte myokardu v lekárni**

Veľakrát sa stane, že pacient si myslí, že má infarkt myokardu. Príde do lekárne a sťažuje sa na bolesť na hrudi či vystreľovanie bolesti do ľavej ruky. Mnohokrát sa infarkt myokardu môže prejavovať aj bolesťou zubov, žalúdka či chrčtice. V lekárni môžeme pacientovi pri dostupnosti tlakomeru zmerať krvný tlak a tep. Samozrejme, že tento stav ohrozuje život pacienta a tak treba určite zavolať rýchlu záchrannú službu. Okrem vyššej dávky kyseliny acetylsalicylovej, môžeme pacientovi ponúknuť nitroglycerín, ktorý treba aplikovať pod jazyk. Bolesť na hrudi by mohlo (teda ak sa nejedná o infarkt myokardu) vymiznúť. Ak bolesť vymizne, pacient prekoná záchvat angíny pectoris alebo srdcovú slabosť. Ak bolesť ustúpi je vhodné tabletu vyplúť. Okrem nitroglycerínu sa dá aplikovať aj horčička v akejkoľvek liekovej forme.

Infarkt myokardu je závažné ochorenie či klinický stav, ktorý je zvládnuteľný len správnu farmakoterapiou a spoluprácou pacienta. ■



MUDr. Igor Bukovský, PhD.
Ambulancia klinickej výživy
Bratislava

Chráňte svoje srdce

Spojitosť medzi vysokým príjmom ovocia a zeleniny a zníženým rizikom ischemickej choroby srdca bola pripísaná vyššiu vedeckú vážnosť. Priniesli ju výsledky nedávnej štúdie rozsiahleho záberu s názvom Európsky prospektívny výskum rakoviny a výživy (EPIC – European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition).

Podľa štúdie publikovanej 19. januára 2011 v odbornom časopise *European Heart Journal* je u ľudí konzumujúcich aspoň osem porcií ovocia a zeleniny denne **o 22 % nižšie** riziko úmrtia na srdcové choroby v porovnaní s tými, ktorí si denne doprajú menej ako tri porcie. **Za jednu porciu sa považuje asi 80 g ovocia a zodpovedá malému banánu, stredne veľkému jablku, pomaranču alebo strednej mrkve.**

V rámci štúdie EPIC-Heart bolo sledovaných 313 074 mužov a žien z ôsmich európskych krajín, pričom u sledovaných osôb sa predtým nevyskytli infarkt myokardu či mozgová príhoda. Pri kontrole, vykonávanej v priemere o 8,4 roka neskôr, zaevidovali 1 636 úmrtí na ischemickú chorobu srdca. Výsledky očistené o rôzne preukázané faktory (napr. fajčenie, hypertenzia, obezita, hypercholesterolémia a pod.) naznačujú, že **každá ďalšia porcia ovocia a zeleniny zodpovedá 4 %-nému zníženiu rizika ochorenia srdca s následkom smrti.**

Ide o mikroživiny?

Čo sa týka možných mechanizmov, autori štúdie uvádzajú starú hypotézu. Na základe nej majú rôzne antioxidantné mikroživiny prítomné v ovoci a zelenine schopnosť znižovať kôrnatenie

Vysoký príjem ovocia a zeleniny spojený s redukciami rizika srdcových chorôb

tepien spôsobované oxidačným poškodením. Táto domnienka ale zatiaľ nebola potvrdená výsledkami žiadneho rozsiahleho výskumu, v rámci ktorého by sa realizovalo výberové zisťovanie vplyvu viacerých antioxidantných mikroživín. Autori zároveň podotýkajú, že konzumácia antioxidantov vo forme výživových doplnkov sa nevyrovná zvýšenej konzumácii ovocia a zeleniny, nakoľko ovocie a zelenina obsahujú aj mnoho iných zložiek, ktoré srdcu tento ochranný efekt poskytujú.

Dr. Michael Marmot (Londýnska univerzita, VB) vo svojom sprievodnom komentári vyzdvihuje skutočnosť, že hlavným zámerom odporúčania konzumácie stravy bohatej na ovocie a zeleninu je prevencia rakoviny. Východiskom sú dôkazy naznačujúce, že konzumácia ovocia a zeleniny má „pravdepodobne“ ochranný účinok proti určitým typom rakoviny. Dr. Marmot dodáva, že kým obezita má preukázateľný vplyv na rôzne typy rakoviny, zatiaľ nebol potvrdený špecifický ochranný účinok ovocia a zeleniny proti príberaniu na hmotnosť. „*V prípade, že sa ukáže priamy súvis medzi vysokým príjmom ovocia a zeleniny a nižším príjmom energeticky bohatých a rýchlych jedál, možno hovoriť o nepriamom ochrannom efekte proti obezite.*“

Veľký význam pre zdravie populácie

Ak majú byť rady a odporúčania týkajúce sa zdravej výživy založené na spoľahlivých dôkazoch, potenciálny

Testosterón a infarkt

V novej štúdii (autorom je **Dr. Kristen Sueoka** z University of California, San Francisco), ktorá trvala 4 roky a sledovali v nej 700 mužov nad 65 rokov, zistili, že vyššia hladina testosterónu v krvi (dokonca aj zóna hornej hranice normy) je spojená s viac ako dvojnásobným rizikom koronárnej choroby srdca a jej komplikácií (infarkt myokardu). Ani jeden zo sledovaných mužov neužíval testosterón medikamentózne, išlo o hladiny prirodzene vytvoreného testosterónu v tele. Výskumníci sa preto domnievajú, že meranie hladiny testosterónu by sa tak perspektívne mohlo využívať aj na hodnotenie kardiovaskulárneho rizika u mužov. Z výsledkov štúdie vzniká oprávnená obava z užívania testosterónu v indikáciách rôznych medicínskych problémov ako sú poruchy potencie alebo afektívne poruchy (poruchy nálady). A rozhodne to podporuje negatívny pohľad na užívanie testosterónu z iných ako medicínskych dôvodov, ktorému sa dokonca dobrovoľne vystavujú napríklad mnohí športovci.

Ak z akéhokoľvek dôvodu užívate testosterón, poraďte sa s vaším lekárom, či nie je možné iné riešenie vášho problému. ■



ochranný vplyv ovocia a zeleniny proti kardiovaskulárnym ochoreniam má enormný význam, tvrdí Dr. Marmot. Štúdia EPIC-Heart je v tomto nápomocná, nakoľko „čísla a logistika sú skutočne pôsobivé.“ Zároveň upozorňuje na to, že napriek úprave výsledkov o faktory, akými sú fajčenie, príjem alkoholu, body mass index, fyzická aktivita, rodinný stav, vzdelanie, zamestnanosť, vysoký krvný tlak, angína, cukrovka a celkový energetický príjem, stále nie je vylúčený vplyv neznámych externých činiteľov. Zhoda výsledkov štúdie so závermi tých ostatných naznačuje, že skúmané súvislosti sú s veľkou pravdepodobnosťou príčinného charakteru = **konzumácia ovocia a zeleniny skutočne znižuje úmrtnosť na ochorenia srdca a ciev.**

Dr. Marmot ďalej poznamenáva, že zníženie o 22 % je síce veľmi významné, no prejavuje sa len pri konzumácii ôsmich porcií denne. Takto vysoká konzumácia bola zistená len u 18 % skúmanej populácie. Zdôrazňuje, že dospieť k takto vysokej úrovni konzumácie zdravej výživy by si vyžiadalo výrazný posun v stravovacích návykoch, avšak snahy o zmenu tým správnym smerom stoja za to. „**Zníženie krvného tlaku, či výskytu rôznych typov rakoviny a porážok, by taktiež prispelo k poklesu množstva smrteľných kardiovaskulárných chorôb. Posun smerom k zdravej výžive s dôrazom na ovocie a zeleninu je pre ľudské zdravie veľmi dôležitý,**“ konštatuje na záver Dr. Marmot.

Odporúčanie Igora Bukovského:
Snažte sa konzumovať každý deň 100 g ovocia/zeleniny na každých 10 kg svojej hmotnosti, pričom dbajte na to, aby ste konzumovali ovocie a zeleninu rôznych farieb.

— inzercia —

Hneď to bude, Anjelič

*** PRAKTICKÁ KUCHÁRSKA KNIHA

plná receptov na rýchle a zdravé jedlá pre deti

*** ŠPECIÁLNE URČENÁ:

- ◆ rodičom detí od narodenia do 6 rokov
- ◆ rodičom, ktorí tehotenstvo ešte iba plánujú
- ◆ starým rodičom a ostatným príbuzným malých detí

* **Presný a praktický postup zavádzania potravín pri dodožovaní** podľa najnovších poznatkov

* **Vzorové jedálne listky** – letná a zimná verzia pre všetky vekové kategórie detí od 4 mesiacov do 6 rokov

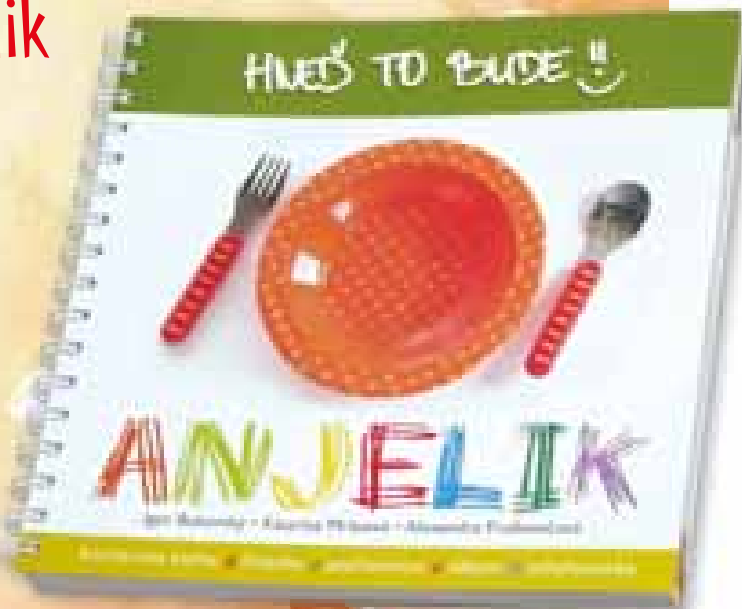
* **Recepty** – sú zložené z odporúčaných a na Slovensku ľahko dostupných surovín a všetky jedlá sú „otestované“ deťmi z rodín autorov a spoluautorov

* **Omalovánka a počtovnica** – táto kuchárska kniha je okrem informácií a receptov aj plná úloh pre deti – omalovánky ovocia a zeleniny, jednoduché úlohy na počítanie, kreslenie a „miešanie“ pri varení = kým sú deti menšie a ešte nemôžu byť v kuchyni zapojené do prípravy jedla, zabavia sa pastelkami a zároveň si pestujú vzťah k zdravým potravinám

* **Album** – kniha obsahuje aj miesta na lepenie fotografií dieťaťa v jednotlivých fázach rastu a vývoja

* **Aktuálne a nové informácie** – kniha okrem receptov a kuchárskych tipov obsahuje aj zaujímavé informácie o potravinách, hygiene prípravy potravín, typy kuchára a lekára a pod.

* **Prednosti knihy** – Lhké, pútavé a vtípné čítanie ◆ Text je prehľadne štrukturovaný ◆ Informácie sú podávané formou rozhovoru s čitateľom ◆ Aktuálne a nové informácie ◆ Kniha bežne používa informácie z rokov 2008 – 2011 ◆ Najčerstvejšie informácie z augusta 2011 ◆ Domáci autor – slovenské reálne ◆ Na rozdiel od podobných kníh, ktoré sú prekladom zahraničných diel, reálne tejto knihy vychádzajú zo slovenských pomerov ◆ Odborné zázemie ◆ Odbornými konzultantmi boli pediatričtí lekári a špecialisti, praktická lekárnica, logopédi, detskí psychológovia – a mnohí rodičia s hlavami plnými otázok a pripomienok ◆ Názorné, praktické a zrozumiteľné informácie ◆ Obrázky, grafy a tabuľky, ktoré si budete dlho pamätať



Intoxikácie rastlinami a ich plodmi



PharmDr. Silvia Plačková, PhD., MPH
Národné toxikologické informačné centrum
Univerzitná nemocnica, Bratislava

■ ■ ■ Mnoho rastlinných druhov, ktoré sa u nás vyskytujú, obsahuje látky, ktoré majú toxický účinok na ľudský i zvierací organizmus. Sú to najmä alkaloidy, silice a glykozidy. Z analýzy štatistickej evidencie, ktorú Národné toxikologické informačné centrum (NTIC) každoročne spracúva, je zrejмый vzostup intoxikácií plodmi a inými časťami jedovatých rastlín, najmä u detí v predškolskom veku. Častou príčinou otravy býva lákavý vzhľad rastlín (farba, tvar, vôňa), prípadne podobnosť jedovatých rastlín (alebo ich častí) so známymi nejedovatými rastlinami. Väčšina rastlín vyvoláva iba podráždenie zažívacieho traktu, niekedy kontaktnú dermatitídu alebo alergickú reakciu. Závažné otravy rastlinami a ich plodmi sú vzácné.

■ ■ ■ Intoxikácie rastlinami tvoria z celkového počtu intoxikácií cca 4 %, z tohto počtu tvorili deti až 81 %. Najväčší podiel intoxikácií bol vo vekovej skupine 2 – 5-ročných, tvorili 58 % zo všetkých intoxikácií rastlinami u detí. U detí predškolského a mladšieho školského veku išlo o náhodné otravy, u dospievajúcej mládeže o zneužívanie (abúzus) psychotropných rastlín (durman, muškátový orech a pod.). Otravy týmito rastlinami sa vyskytujú čoraz častejšie, najmä v kombinácii s alkoholom.

■ ■ ■ Najčastejšie konzultované rastliny sú **durman obyčajný, difenbachia, ľulkovec zlomocný, konvalinka voňavá a tis obyčajný**.

➤ TIS OBYČAJNÝ

(*Taxus baccata*), čeľad: tisovité (Taxaceae)



■ ■ ■ Dozrieva v auguste – septembri. Ihličnatý strom. Plod je dužinatý červený miešok s otvorom hore. V plode sa nachádza jedno veľmi tvrdé semeno, ktoré až po rozhrýznutí spôsobí intoxikáciu.

Obsahové látky: Všetky časti okrem červenej dužiny plodu obsahujú pseudoalkaloid taxín, ktorý sa rýchlo vstrebáva.

Toxicita a symptómy: Tis je jedovatý aj pre zvieratá. Všetky časti okrem červenej dužiny plodu obsahujú alkaloidy taxín (taxín A, taxín B, izotaxín) milosin, efedrín. Taxín B je zodpovedný za kardiotoxickú s inotropnými účinkami a rozšírenie QRS komplexu.

■ ■ ■ Celá rastlina okrem dužiny plodu môže spôsobiť suchosť úst, mydriázu, nevoľnosť, bolesti brucha,

Diskusné fórum

Farmakoterapia epilepsie u staršej pacientky z pohľadu liekových interakcií

PharmDr. Lubomír Virág, PhD.
Lekár Čajka,
Nitra



Do lekárne prišla 73 – ročná pacientka, ktorá pred niekoľkými mesiacmi prekonala ischemickú cievnu mozgovú príhodu.

Ošetrojúci lekár jej indikoval warfarín (1x5 mg), ktorý užíva 5 mesiacov. V priebehu posledných týždňov sa u nej opakovanne manifestovali epileptické záchvaty, preto ju všeobecný lekár odoslal neuroológovi. Neuroológ zvažuje indikáciu karbamazepínu.

Nakoľko pacientke boli známe väčšie riziká spojené s liečbou warfarínom aktívne sa obrátila na ošetrojúceho lekára s otázkou ohľadne možných rizík užívania kombinácie uvedených liečiv.

Antiepileptiká

(AE) sú často užívanými liečivami, jednak vzhľadom na vyššiu prevalenciu epilepsie v staršom veku, ako aj v terapii ďalších neuropsychiatrických ochorení. Terapie AE nesie so sebou vyššie riziko nežiaducich účinkov, než väčšina ďalších často užívaných liečiv. Uvedené riziko sa zvyrazňuje potrebou kombinovanej liečby. Schachter a kol. (1998) sledovali súbor klientov domovu dôchodcov. Zistili, že takmer 11 % pacientov užívalo aspoň 1 AE v rôznych indikáciách, z toho 19 % v kombináciách s možnosťou manifestácie interakcií.

Liečba epileptických záchvatov vo vyššom veku je komplikovaná, pretože pacienti v staršom veku trpia súčasne aj na ďalšie ochorenia. Táto situácia často vedie k polyfarmácii, a preto sú opodstatnené úvahy o liekových interakciách. Pacient vo vyššom veku by mal mať pred začatím antiepileptickej liečby vyšetrené základné hepatálne a renálne funkcie. Iničiálna dávka AE by mala byť nižšia ako v mladšom veku a titráciu je vhodné realizovať len veľmi pomaly a postupne.

Starší pacienti vyžadujú špeciálnu pozornosť a opakovanie inštrukcií. Adhencia vo vyššom veku tvorí samostatný problém.

V dostupnej literatúre bolo popísaných viacero kazuistík týkajúcich sa možnej interakcie warfarínu s karbamazepínom. Ross a Beeley zdokumentovali prípad 56 – ročného pacienta, ktorý sa dlhodobo liečil warfarínom (6 mg/deň). Z dôvodu manifestácie neuralgie trigeminu pacient súčasne užíval karbamazepín (600 mg/deň). V priebehu 4 týždňov po ukončení terapie neuralgie sa päťnásobne predlžil protrombínový čas, preto sa znížila dávka warfarínu na 4 mg/deň. Po niekoľkých mesiacoch bolo potrebné znovu podávať karbamazepín (300 mg/deň), nevyhnutným sa ukázalo zvýšenie dávky warfarínu na 5,5 mg/deň. Podobné zistenia publikovali Kendal a Boivin. Pacient sa dlhodobo liečil warfarínom (5 mg/deň), protrombínový čas 20 s a viac. Po začatí terapie karbamazepínom (400 mg/deň) došlo k úplnému vymiznutiu antikoagulačného účinku (protrombínový čas 12 s). Na dosiahnutie pôvodného protrombínového času bolo potrebné zvýšiť dávku warfarínu 1,8 násobne.

Metabolizácia warfarínu prebieha prostredníctvom CYP 1A2, CYP 2C9, CYP 2C19 a CYP 3A4. Karbamazepín je induktorom CYP 2C19 a CYP 3A4. Lieková interakcia sa pravdepodobne manifestuje v dôsledku zrýchlenia biotransformácie warfarínu navodenej indukciou CYP 2C19 a CYP 3A4. Klinickým prejavom je zníženie antikoagulačného účinku warfarínu s potenciálnymi závažnými dôsledkami. Pri začatí alebo ukončení liečby karbamazepínom u pacientov užívajúcich warfarín je nevyhnutné sledovať INR a aktívne pátrať po možných hemoragických komplikáciách. Warfarín sa metabolizuje niekoľkými enzýmami P450, pacienti na stabilnej dávke karbamazepínu teda vyžadujú jeho vyššie iničiálne dávky. Pridanie karbamazepínu znižuje INR. Pri vysadení karbamazepínu je veľmi pravdepodobná elevácia INR, súčasne sa zvyšuje riziko krvácajúcich komplikácií.

Záver

Antiepileptiká by mali byť indikované uvážlivo, s ohľadom na pridružené ochorenia a polyterapiu. Z hľadiska interakcií sú výhodné neindukujúce AE, s nízkou väzbou na proteíny a malým spektrom nežiaducich účinkov. Počas liečby staršími AE (fenobarbital, fenytoín, karbamazepín) sa odporúčajú kontroly plazmatických hladín.

Použitá literatúra:

- Denbow C.E., Fraser H.S. Clinically significant hemorrhage due to warfarin – carbamazepine interaction. South Med J, 83, 1990, 981.
- Donáth V., Kuchar M., Sýkora P. Epilepsia. SPN, 2000, 340 s.
- Kendall A.G., Boivin M. Warfarin – carbamazepine interaction. Ann Intern Med, 94, 1981, 280.
- Magulová L., Božeková L., Kriška M. Interakcie liečiv v klinickej praxi. SAP, Bratislava, 2004, 333 s.
- Nežádal T. a kol. Léčba epilepsie ve starším věku – farmakokinetické interakce. Čes Ger Rev, 5, 2007, 156 – 163.
- Patsalos P.N., Perruca E. Clinically important drug interactions in epilepsy: interactions between antiepileptic drugs and other drugs. Lancet Neurol, 2, 2003, 473 – 481.
- Ross J.R., Beeley L. Interaction between carbamazepine and warfarin. Br Med J, 280, 1980, 1415 – 1416.
- Schachter G. a kol. An evaluation of antiepileptic drug therapy in nursing facilities. J Am Geriatr Soc, 46, 1998, 1137 – 1141.
- SPC výrobcov liekov
- Suchopár J. a kol. Kompendium liekových interakcií. Infopharm, 2004, 2048 s.
- Tatro D. S. et al. Drug Interaction Facts 2008. Wolters Kluwer Health, St. Louis, 2008, 1889 s.



Ing. Andrej Orban
riaditeľ
Národné centrum
zdravotníckych informácií



Najviac ohrozený rakovinou je juh a západ Slovenska

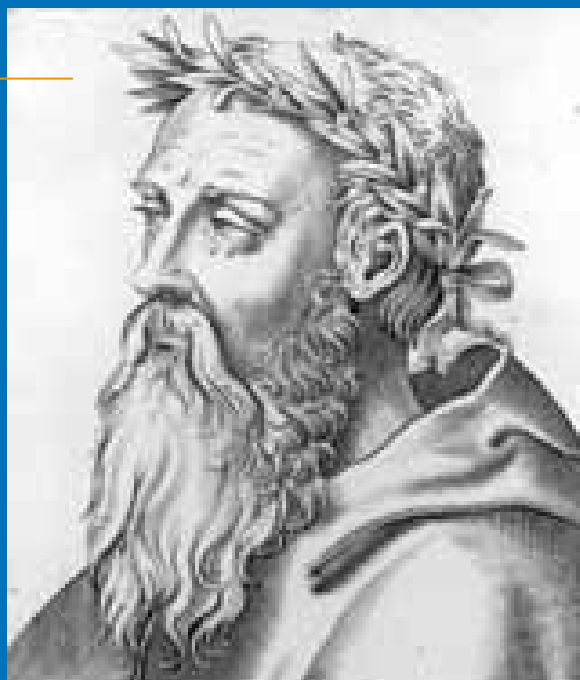


Podľa známeho gréckeho filozofa Heraklitos: „Len vďaka chorobe spoznáme cenu zdravia“. Oveľa viac si ho začneme vážiť, ak na nás doľahne len ťažko vyliečiteľná choroba ako je rakovina. Počet ľudí, ktorý jej podlieha na Slovensku stále narastá. I napriek venovaniu sa prevencii, každý rok pribudne v našej krajine 25 tisíc nových pacientov bojujúcich s touto zákernou chorobou.

Podľa štatistík Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) je rakovina druhou najčastejšou príčinou úmrtí na Slovensku, hneď po srdcovocievnych chorobách. V roku 2009 bola najčastejšou príčinou novopriznaných invalidných dôchodkov, druhou najčastejšou príčinou práceneschopnosti a tretou príčinou hospitalizácií. Pri porovnaní vývoja za posledných 20 rokov, v skupine mužov klesla iba v jedinej vekovej kategórii od 40 do 49 rokov. U žien sa jej výskyt zvýšil vo všetkých vekových skupinách. Druhou najčastejšie postihnutou kategóriou sú ženy od 30 – 39 rokov, u ktorých sa výskyt zvýšil o závažných 38 %. Najviac je postihnutý západ a juh Slovenska, pričom muži umierajú na túto chorobu dvakrát častejšie ako ženy.

„Čím ďalej idete na západ, tým je rakoviny viac“, reaguje na štatistiky primár Bella z Onkologického ústavu sv. Alžbety v Bratislave. Táto skutočnosť môže byť spôsobená väčším počtom veľkých miest v tejto časti Slovenska a rýchlym životným štýlom, ktorý je sprevádzaný stresom. Ľudia podliehajú rýchlemu pracovnému tempu a vyťaženi a na prevenciu a „zdravý život“ nemajú čas. Ďalším faktorom môže byť aj vyšší vek dožitia, pretože 70 % onkologických pacientov je vo veku nad 60 rokov.

Pri štatistikách úmrtnosti je najviac úmrtí na juhu Slovenska – v priemere až 251,80 ľudí na 100 tisíc obyvateľov, následne na západnom Slovensku – 237,10, na severe Slovenska 213 a najmenej na východe Slovenska. Na juhovýchode umiera



„Len vďaka chorobe
spoznáme cenu zdravia“.

Herakleitos

v priemere 210 ľudí na 100 tisíc obyvateľov a na severovýchode najmenej, „iba“ 181,9 pacientov postihnutých rakovinou.

Muži zápasia najčastejšie s diagnózou zhubného nádoru pľúc, hrubého čreva a prostaty. Ženy sú najviac ohrozené rakovinou prsníka, tela a krčka maternice, vajčovníkov a hrubého čreva. V porovnaní výsledkov liečby je rakovina u žien lepšie liečiteľná ako u mužov.

Protinádorová liečba by mala byť zameraná na zastavenie rastu a zničenie nádorových buniek bez negatívneho ovplyvnenia zdravia pacienta. Napriek tomu, že sa farmaceutickí giganti snažia o neustály vývoj najmodernejších liekov umožňujúcich efektívnejšie bojovať s rakovinou, spoločný liek neexistuje, pretože spektrum nádorov je príliš rozmanité a každý druh môže reagovať na odlišnú účinnú látku, prípadne byť voči nej rezistentný. Ročne investujú do vedy a výskumu približne 16 % zo svojich tržieb, čo je oveľa viac ako v iných priemyselných odvetviach, kde sa výdavky na vedu a výskum pohybujú v rozmedzí 0,3 – 10 %. Od prvých krokov vo výskume, až po uvedenie lieku na trh prejde v priemere 12 rokov. Inovácie vložené do výskumu majú svoje výsledky, pretože umožňujú zvýšiť priemernú dĺžku života pacientov a znížiť mieru úmrtnosti pacientov. Napr. na Slovensku sa podľa údajov OECD zvýšila doba dožitia zo 71,2 rokov v roku 1989 na viac ako 74 rokov.

Výhľad do budúcnosti je pomerne pesimistický hlavne kvôli trendu starnutia obyvateľstva. Čím viac starších obyvateľov budeme mať, čomu sa určite nevyhneme, tým bude aj väčší výskyt rakoviny. Naopak pozitívnu skutočnosťou je nárast diagnostikovaných rakovinových ochorení v ranných štádiách, čo umožňuje aplikovať efektívnejšiu liečbu a prináša pacientom vyššiu šancu na uzdravenie. Úlohou NCZI je v tejto oblasti zabezpečiť efektívny zber kvalitných údajov aj vďaka aplikácii elektronického zdravotníctva, ktorý umožní realizovať preventívne opatrenia (vyšetrenia a skriningy) prinášajúce zníženie úmrtnosti. ■

Opäť začínáme nový rok



Prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc.
dekan
Farmaceutická fakulta UK
Bratislava

Určite každý z nás prežíva čaro vianočných sviatkov. Napriek zhonu a stresu posledných dní roka, niekde v nás sa začína prebúdzat' výnimočná atmosféra. Myslel sa začne uberať smerom uvažovania o vianočnom stromčeku, darčekom, rybe, šaláte, kapustnici... S tými darčekom to je u mňa najťažšie. A je krásne, že akademická pôda má vianočné sviatky hlboko zakorenené. S adventom sa na chodbách a v pracovniach objaví vianočná výzdoba, kolektívy si organizujú kapustnice, zvyšuje sa množstvo mailov a pošty, ktorá prináša krásne želania prežitia vianočných sviatkov v kruhu rodín, šťastia a zdravia v novom roku. Som rád, že v tejto krásnej a pre mňa neopakovateľnej atmosfére sa začína skúšobné obdobie. Akosi to zjemňuje napätie a stres študentov a zlepšuje ich odpovede. Možno si to len namýšľam, ale s prvými skúškami pre mňa začína obdobie Vianoc.

■ Ďalším momentom spomaľujúceho sa rytmu fakulty je, že sa začína obdobie rekapitulácie, čo sa podarilo urobiť počas odchádzajúceho roku. Dlhoročná byrokratická mašinéria spustí v decembri systém správ, výkazov, tabuliek a hodnotení. Musím skonštatovať, že rok 2011 bol pre fakultu lepší ako predchádzajúce. Hoci nie vo všetkých výstupoch, ale celkovo fakulta dokázala ďalej zvyšovať svoju pedagogickú a vedecko-výskumnú reputáciu. Či už neklesajúcim záujmom o štúdium na našej fakulte (napriek dramaticky klesajúcej populačnej krivke), plnohodnotným uplatnením sa našich absolventov či niekoľkonásobným nárastom počtu doktorandov. Samozrejme, že pre budúcnosť fakulty je kľúčový aj výrazný nárast habilitácií a inaugurácií, najmä mladých pracovníkov fakulty.

■ Veľmi veľa sa pohlo aj na strane vedy a výskumu. Plnohodnotné zapojenie fakulty do šiestich centier excelentnosti a kompetenčného centra Univerzity Komenského, sa teraz zúrodňuje v geometrickom raste špičkovej experimentálnej techniky a pripravovaním ďalších ešte väčších projektov. Je to veľmi dôležité, pretože v najbližšom období sa cez EÚ peniaze investuje do vedy a výskumu na akademickej pôde historicky najväčší finančný balík. A je vynikajúce, že s farmaceutickým výskumom sa významne ráta. Samozrejme, že za tým treba vidieť stovky a tisíce hodín každodennej práce v prednáškovej či seminárnej miestnosti, laboratóriách a za počítačom. Za to chcem a musím úprimne poďakovať všetkým pracovníkom fakulty. Poctivá každodenná práca, ktorá smeruje k spoločnému cieľu, spôsobila, že sme dokázali viac publikovať, napísali viac projektov, udržali veľkú atraktivitu pre našich ale aj zahraničných študentov a tak cielene zvyšovali fakultnú reputáciu a spoločenské postavenie doma a v zahraničí.

■ Som presvedčený, že rok 2012 bude vďaka všetkým ešte úspešnejší a lepší. A tento môj optimizmus je aj napriek tomu, že nás čaká veľmi ťažký rok z pozície makroekonomiky Slovenska a EÚ. Napriek tomu nechceme spomaliť

rekonštrukčné práce na katedrách, ktoré sa už vykonávajú skoro na každej chodbe a v roku 2012 by mali ešte gradovať, pretože sú už pripravené projekty a je začaté verejné obstarávanie. Verím, že za pomoci európskych štrukturálnych fondov, a v spolupráci so špičkovými slovenskými pracoviskami viacerých univerzít a ústavmi akadémie vied sa v horizonte štyroch rokov dobuduje infraštruktúra a personálne obsadenie našich laboratórií. So presvedčením, že sa stále sa zvyšujúcim počtom mladých pracovníkov na fakulte sa to zdá veľmi reálne.

■ Na rok 2012 sme si naplánovali dokončiť a zaviesť do života pripravené koncepcie. Predovšetkým prediskutovať a pripraviť tak potrebnú novú koncepciu študijného programu Farmácia (Akademický senát ju v máji 2011 neschválil), presne definovateľnú systemizáciu miest na jednotlivých pracoviskách a vytvoríť nové priestorové usporiadanie viacerých katedier. Obrovskou výhodou je, že fakulta má už presne nadefinované financovanie podľa výkonov, či už v pedagogike alebo vede, a tak katedry vedia pripraviť svoje krátkodobé, ale aj dlhodobé zameranie a smerovanie. Všetko sú to neľahké úlohy, najmä preto, že sa menia celkové východiská všetkých pracovísk. Sme však presvedčení, že sú to dôležité zmeny pre budúci rozvoj fakulty.

■ Na tomto mieste musím poďakovať všetkým našim partnerom, ktorí nezištne podporovali a pomáhali fakulte. Je to dlhý rad významných domácich, ale aj zahraničných inštitúcií a firiem. Bez nich by sme si netrúfili na nové projekty a nedokázali ich realizovať. Dúfam, že počet partnerov, ktorí budú s fakultou ťahať za jeden povraz v prospech farmácie, sa bude ďalej rozširovať. Keď píšem tieto riadky, máme pred sebou najkrajšie obdobie roka. Vianočné sviatky, ktoré sú spojené s rodinnou pohodou, dobrotami, darčekom a leňošením. Preto všetkým vám želim požehnané a milostiplné vianočné sviatky, radosť a pokojný nový rok 2012. ■



World Healthcare Students' Sympozium

Praha, 18. – 23. november 2011

Svetové sympóziu zdravotníckych študentov (World Healthcare Students' Sympozium, WHSS) je najväčším multidisciplinárnym sympóziom pre zdravotníckych študentov na svete. Jeho história nie je až taká vzdialená. Prvýkrát bolo zorganizované v roku 2005 na Malte študentmi z medzinárodných a európskych medicínskych a farmaceutických spolkov (IFMSA, IPSF, EPSA a EMSA). Odvtedy sa pravidelne organizuje v dvojiročných intervaloch. Po Portugalsku a Egypte sa miestom konania v poradí štvrtého sympózia stala Praha. Slovenskú delegáciu tvorili deväti študenti farmácie a štyria študenti medicíny.

■ Do hlavného mesta Českej republiky sme dorazili v piatok, 18. novembra v popoludňajších hodinách. Po ubytovaní v hoteli nás organizačný tím oboznámil s programom. Večer nás čakal otvárací ceremoniál v Karolíne, sídle rektora a centrálnych inštitúcií Karlovej univerzity. V týchto historických priestoroch predniesli svoje uvítacie prejavy organizátori sympózia, dekan Farmaceutickej fakulty, prof. PharmDr. Alexandr Hrabálek a študenti farmácie z Hradca Králové. Nasledovala zoznamovacia after párty v historickom centre Prahy, kde sme sa zoznámili s ostatnými účastníkmi sympózia. Zastúpenie bolo naozaj rozmanité, viac ako 300 študentov farmácie, medicíny, dentistov a zdravotných asistentov približne zo 45 krajín celého sveta.

■ Nasledujúci deň mal naozaj nabitý program. Vzdelávanie sa začalo hneď ráno prednáškou o bezpečnosti pacienta od prof. Marje Airaksinen (WHO – Patient safety, ide o nový vedný odbor, ktorý sa snaží minimalizovať riziká vplyvajúce na pacienta a zabezpečiť tak jeho bezpečnosť, vypracovaná Patient safety curriculum guide). Prof. Jiří Vlček predstavil problém klinických interakcií liekov, ktoré sú spôsobované najmä zlyhaním interdisciplinárnej komunikácie medzi lekárom, lekárnikom a pacientom. Nakoniec sa na rad dostali aj zástupcovia farmaceutických firiem so svojimi prezentáciami. Popoludnie bolo venované workshopom, ktoré sa týkali prednášok. V skupinkách sme s ostatnými zahraničnými študentmi uvažovali, ako zlepšiť bezpečnosť pacientov. Namáhavý deň zavŕšila Česká noc, ktorá predstavila tradičné zvyky a kultúru Českej republiky.

■ Nedela bola venovaná multidisciplinárnym odborom farmakovigilancii a farmakoepidemiológii. Zaujímavou bola aj prednáška prof. Vivienne Nathanson o etike v zdravotníckych povolaniach. Nakoniec prišla na rad aj súťaž v prezentácii plagátov, kde nás reprezentovala naša spolužiačka. Najviac sme sa však

Michal Chovan,
študent 4. ročníka FaF UK
Bratislava



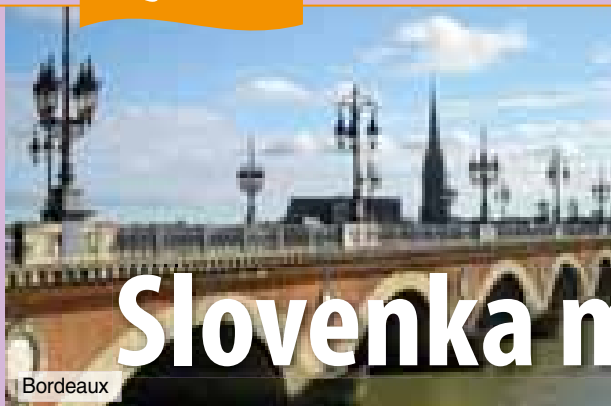
tešili na večer, ktorý sa niesol v medzinárodnom duchu. Oblečení v krojoch sme hrdo ukázali naše zvyky, tradičné jedlá a nápoje.

■ Aby sme si na chvíľu vydýchli, organizátori pre nás v pondelok pripravili zábavné „hľadanie pokladu“. Išlo o súťaž v historickom centre na rôznych stanovištiach s cieľom spoznať najznámejšie kultúrne pamiatky Prahy. Musím sa pochváliť – naša slovenská skupina v tomto hľadaní zvíťazila, možno aj preto, že Praha nám nebola až taká neznáma.

■ Posledný deň, utorok, bol venovaný študentským asociáciám a spolkom, predstavili sa ich aktivity, kampane a možnosti rôznych výmenných pobytov. Získali sme mnoho nápadov, ktoré sa pokúsime zrealizovať aj v našom Slovenskom spolku študentov farmácie.

■ V závere sa zhodnotil priebeh sympózia, z ktorého vyplynulo, že najlepší spôsob ako zvýšiť bezpečnosť pacientov je zlepšenie vzájomnej komunikácie medzi jednotlivými zdravotníckymi profesiami, pretože najväčšie riziká nepredstavujú lieky, ale práve omyly spôsobené nedostatočnou a nesprávnou komunikáciou medzi lekárom, farmaceutom a pacientom. Čerešničkou na torte bol gala večer v Lucerne, kde sme dostali certifikáty účastníkov WHSS 2011.

■ Pre každého z nás to bol mimoriadny zážitok, ktorý nám priniesol nové poznatky, skúsenosti, ale hlavne nové kamarátstva. ■



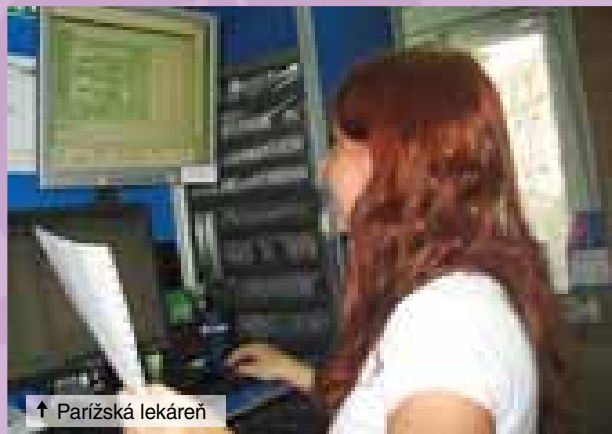
Bordeaux

Čerstvá absolventka FaF UK v Bratislave, **Mgr. Soňa Palkovičová** má napriek svojmu mladému veku bohaté skúsenosti s farmáciou vo Francúzsku. S časopisom Lekárník sa podelila o svoje skúsenosti so systémom výučby, inováciami v lekárňach a spomenula aj svoje súčasné štúdium na Univerzite Victora Segalena 2 vo francúzskom Bordeaux.

Slovenka medzi Francúzmi

■ V rámci programu Erasmus sa študenti farmácie môžu vybrať okúsiť svet na semester do zahraničia. Soňa si vo štvrtom ročníku vybrala **Univerzitu René Descarta v Paríži**. Tu mala možnosť porovnať systém výučby u nás a vo Francúzsku. „Slovenský študent získava množstvo teoretických poznatkov, avšak nie je dostatočne informovaný o nasledovných možnostiach uplatnenia vo farmaceutickom priemysle. Väčšina študentov po skončení farmácie začne pracovať v lekárni, pretože mnohokrát ani nevedia, že existujú aj iné možnosti uplatnenia“. Tým Soňa myslí napríklad zabezpečenie kvality liekov, manažment a riadenie vo farmaceutickom priemysle, analytický výskum a kontrolu liekov, biotechnológiu či klinickú farmáciu, ktoré sú na slovenských školách málo prezentované. „Vo Francúzsku sa farmácia študuje 6 rokov. Počas 5. ročníka študent musí absolvovať viacero stáží s rozdielnym zameraním – 6 mesiacov v nemocnici, 2 mesiace vo farmaceutickej firme a 2 mesiace v lekárni. Potom si môže vybrať špecializáciu, ktorej sa chce venovať posledný rok svojho štúdia. Francúzi vo výučbe viac dbajú o praktické aplikovanie vedomostí.“

■ Vďaka kontaktom, ktoré Soňa počas študijného pobytu získala, celý august praxovala v parížskej lekárni Lelong. „Lekárne sú tu viac orientované na parafarmaká, ale ja som mala šťastie na jednu, v ktorej dominoval výdaj na lekárske predpis. Pracovala som 35 hodín týždenne, naučila som sa vydávať lieky z francúzskych receptov a poskytovať dispenzačné minimum.“



↑ Parížská lekárňa



↓ Laboratórium v Bordeaux

■ ■ ■ ČIPOVÁ ZDRAVOTNÁ KARTA

Pred dvomi rokmi Francúzi zaviedli elektronický systém zdravotníctva, ktorého súčasťou je čipová zdravotná karta. Na základe karty môže lekárnik skontrolovať, aké lieky pacient užíva, aké mu boli vydané naposledy a tiež tu nájde poznámky lekára, ktorý tento recept vydal. „Týmto systémom si lekárnik overí, či lekár súhlasí s vydaním generika. Ak nie, do poznámky napíše, aby sa nevydávalo. Systém je výhodný pri geriatrických pacientoch, ktorí si pamätajú farbu škatulky, ale už si nespomínajú na názov lieku. Pozitívom je aj zvyšovanie compliance pacienta k lekárnikovi a plynulý prechod informácií medzi lekárom a lekárnikom,“ hovorí Soňa. Vo väčšine francúzskych lekární je tiež zavedený automat, ktorého cieľom je zjednodušiť výdaj liekov, zvýšiť kontrolu farmaceutom a vytvoriť viac času na komunikáciu s pacientom. „Pri rozhovore s farmaceutmi v lekárni mi všetci potvrdili, že sa znížilo množstvo chýb, ktoré vznikali pri výdaji liekov.“

■ ■ ■ PREDPISOVANIE LIEKOV

Predpis liekov je tiež odlišný od toho slovenského. „Lekár predpíše recept a pacient má mesiac na výber liekov, aj pokiaľ ide o antibiotiká. Ak trpí dlhotrvajúcou chorobou, predpíše mu recept, ktorý môže byť vystavený na polroka až rok liečby. Pacient má možnosť vybrať si lieky každý mesiac bez potreby návštevy ambulancie, pričom lekárnik zo zadnej strany označí dátum výdaja liekov za dané obdobie.“ Pacienti si tu (aj preto) vážia lekárnikov a chodiať do lekárne po odborné rady. „U nás sú lekárnici považovaní skôr za výdajcov liekov, no Francúzi ich berú ako konzultantov, ktorí im môžu s mnohými nejasnosťami pomôcť.“

■ Soňa momentálne vďaka štipendiu od francúzskej vlády študuje program

Master 2 – Vývoj a priemyselnú výrobu liekov vo francúzskom Bordeaux. Tou-to špecializáciou sa tu zaoberá len 18 študentov a ona je medzi nimi jedinou cudzinkou. V LTPIB (Laboratórium technológie farmaceutického priemyslu v Bordeaux) vyrába emulzie, tablety či sterilné formy. „Aktuálne robím na inovatívnom projekte: Vývoj mukoadezivnej tablety na liečbu áft pre jednu francúzsku farmaceutickú spoločnosť. Projekt je však dôverný a nemôžem sa k nemu teda vyjadriť konkrétnejšie.“

■ Jej podakovanie patrí najmä **RNDr. Hyacinte Koščovej, PhD.**, ktorá podporuje študentov a snaží sa získavať zmluvy s univerzitami v zahraničí pre program Erasmus. „Aj vďaka nej som mala možnosť dostať sa do Francúzska. Paríž podnietil môj záujem o špecializáciu, ktorej sa ďalej venujem v Bordeaux.“ ■

Autor: **Lenka Piváčková**
Školiteľ: **PharmDr. Peter Křenek, PhD.**



Lenka Piváčková

Diplomová práca FaF UK

Expresia komponentov endotelínového systému počas iniciácie a rozvoja izoprenalínom navodenej hypertrofie myokardu

Kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou úmrtnosti na svete a ich výskyt neustále narastá. Podľa odhadov WHO budú v roku 2030 zodpovedné za 23,6 mil. úmrtí ročne (na porovnanie v roku 2003 zomrelo na kardiovaskulárne ochorenia 17,1 mil. ľudí). Významným prognostickým faktorom veľmi silno korelujúcim s rizikom kardiovaskulárnej príhody a s úmrtiami na kardiovaskulárne ochorenia je hypertrofia myokardu. Je spojená s narušením čerpacej funkcie srdca, zvýšeným výskytom arytmií a zhoršením koronárneho prietoku. Štúdie ukazujú, že regresia hypertrofie myokardu významne zlepšuje prognózu pacientov a je teda dôležitým cieľom terapie kardiovaskulárnych ochorení.

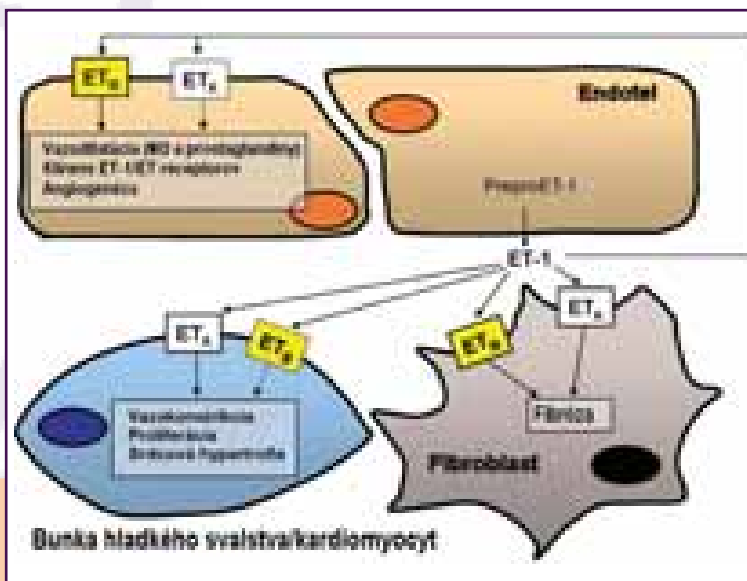
V roku 1988 bol objavený peptidický mediátor endotelín-1. Po zistení, že je najsilnejším doteraz známym vazokonstriktorom, bol podrobený rozsiahlemu skúmaniu, na základe ktorého bol endotelínový systém identifikovaný ako potenciálny cieľ farmakoterapie rozličných ochorení. Na prvom mieste sú to poruchy kardiovaskulárneho systému, ako napríklad rozličné typy hypertenzie, kongestívne zlyhanie srdca, angína pectoris, renálna insuficiencia, ateroskleróza a cerebrálny vazospasmus. Okrem toho sa endotelín dokázateľne podieľa na etiopatológii niektorých druhov rakoviny, chronickej neuropatickej bolesti, glaukómu, zápalu a diabetu. Doteraz bolo objavených mnoho endotelínových antagonistov, do ktorých sa na základe dovtedajších výskumov vkladali veľké nádeje v liečbe kardiovaskulárnych ochorení. Napriek tomu ich doteraz jedinou schválenou klinickou indikáciou je pľúcna artériová hypertenzia, výsledky klinických štúdií v oblasti terapie systémovej hypertenzie a zlyhávajúceho srdca sú rozporuplné a nepreukázali jasný benefit endotelínových antagonistov pri dlhobej terapii. Na objasnenie tohto rozporu je potrebné lepšie preskúmať význam endotelínu pri týchto ochoreniach.

Na základe vyššie uvedených skutočností sa autorka diplomovej práce Lenka Piváčková rozhodla pod vedením svojho školiteľa PharmDr. Petra Křenka, PhD. na Katedre farmakológie a toxikológie Farmaceutickej fakulty UK v Bratislave charakterizovať expresiu vybraných komponentov endotelínového systému v srdci potkana v izoprenalínovom modeli hypertrofie a zlyhania myokardu a tým prispieť k objasneniu jeho významu v tomto modeli.

Ako experimentálny model srdcovej hypertrofie boli v práci použité laboratórne potkany kmeňa Wistar, ktorým bol buď jednorazovo alebo opakovane podávaný izoprenalín (agonista β -adrenergických receptorov, simuluje preťaženie

srdca katecholamínmi pri srdcovom zlyhávaní). Vo zvrškách odobraných z ľavej srdcovej komory boli analyzované hladiny mRNA zodpovedajúce rozličným komponentom endotelínového systému, konkrétne endotelínu-1 (hlavná izoforma v kardiovaskulárnom systéme), dvom podtypom endotelínového receptora (ET_A a ET_B) a endotelín-konvertujúcemu enzýmu-1 (hlavný enzým zodpovedný za tvorbu endotelínu-1). Na analýzu bola použitá vysoko špecifická a veľmi citlivá metóda qRT-PCR (kvantitatívna polymerázová reakcia spojená s reverznou transkripciou). Významnou súčasťou práce bol dizajn génovo-špecifických primerov pre túto metódu a ich následná validácia.

Dôležitým zistením práce je, že vzniku hypertrofie ľavej komory navodenej izoprenalínom predchádzal výrazný nárast expresie endotelínu-1 a následne bola prítomná výrazná korelácia medzi expresiou endotelínu-1 a progredujúcou hypertrofiou. Expresia ďalších sledovaných génov sa v priebehu experimentu tiež dynamicky menila. Tieto výsledky poukazujú na to, že endotelín-1 sa môže podieľať na rozvoji a udržiavaní hypertrofie myokardu po podávaní izoprenalínu u potkana a zároveň pripravili podklad pre ďalšie experimenty, v ktorých bude skúmané ovplyvňovanie endotelínového systému v tomto modeli pomocou endotelínových antagonistov.



Obrázok: Hlavné účinky ET-1 na jednotlivé typy buniek v kardiovaskulárnom systéme (podľa Rodríguez – Pascual F a kol.: Pharmacol Res 2011, 63 : 463 – 472).



Z odbornej tlače vybral
RNDr. Štefan Kišon
Slovenská farmaceutická spoločnosť

Monitor z domácej a zahraničnej tlače

ACIDUM ZOLEDRONICUM – k zníženiu rizika osteoporotických fraktúr

► Kyselina zoledrónová patrí do skupiny bisfosfonátov. **Indikovaná je:** • na liečbu osteoporózy u postmenopauzálnych žien • na prevenciu následných klinických fraktúr u pacientov po osteoporotických zlomeninách u žien a u mužov • na liečbu osteoporózy indukovanej glukokortikoidmi u žien a u mužov • na liečbu osteoporózy u mužov.

► Aplikuje sa vo forme infúzneho roztoku. Objem 100 ml roztoku obsahuje 5 mg kyseliny zoledrónovej.

► V odbornej literatúre boli publikované týchto 5 klinických štúdií III. fázy klinického skúšania:

■ **1. Štúdia HORIZON PFT** (Pivotal Fracture Trial): **Cieľ štúdie:** Zistiť, či infúzia kyseliny zoledrónovej raz do roka zníži riziko fraktúr (stavcov, bedra, alebo iných fraktúr).

■ **2. Štúdia HORIZON RFT** (Recurrent Fracture Trial): **Cieľ štúdie:** Odsúdiť účinnosť a bezpečnosť kyseliny zoledrónovej.

■ **3. Skúšanie „Safe-to-Switch“:** **Cieľ štúdie:** Zistiť bezpečnosť prechodu z alendronátu na kyselinu zoledrónovú.

■ **4. HORIZON** – glukokortikoidmi

indukovaná osteoporóza: **Cieľ štúdie:** Preukázať superioritu kyseliny zoledrónovej oproti rizendronátu.

■ **5. Štúdia HORIZON** pri mužskej osteoporóze: **Cieľ štúdie:** Porovnať percentuálnu zmenu BMD u pacientov liečených kyselinou zoledrónovou a alendronátom.

► Výsledky získané v zrealizovaných klinických štúdiách boli porovnateľné s placebom a tiež porovnateľné v oboch skupinách.

► Nežiaduce účinky (symptómy) po podaní dávky kyseliny zoledrónovej sú väčšinou mierne a prechodné, odznejú v priebehu niekoľkých dní. Sú podobné ako pri intravenóznom podaní iných bisfosfonátov: horúčka, myalgia, artralgia, bolesti hlavy, symptómy podobné chrípke.

► Výrobca zdôrazňuje v SPC aj potrebu dôsledného rešpektovania a dodržiavania upozornení a varovaní, uvádzaných v SPC.

► Podávanie kyseliny zoledrónovej je kontraindikované pri precitlivosti na toto liečivo, ako aj na akékoľvek iné bisfosfonáty.

(Black, D.M. et al.: New Engl. J. Med., 356, 2007)

(Novartis SPC, 6/2009)

LEVOBUPIVAKAÍN – k regionálnej anestézii a analgézi

► Levobupivakaín je amidové lokálne anestetikum s dlhotrvajúcim účinkom. Podáva sa v injekčnej forme v týchto terapeutických indikáciách: Epidurálna anestézia, spinálna anestézia, blokáda periférneho nervu, blokáda očného nervu, lokálna aplikácia a lokálna infiltrácia.

► Výhodou levobupivakaínu je, že je dobre tolerovaný a má väčší bezpečnostný profil ako bupivakaín. Jeho podávanie je kontraindikované pri precitlivosti na túto účinnú látku a na iné lokálne anestetiká amidového typu. Kontraindikovaný je aj pri závažnej hypotenzii a pri paracervikálnej blokáde

v pôrodníctve. Opatrnosť sa vyžaduje u pacientov s ochorením pečene a kardiovaskulárneho systému.

► Levobupivakaín má signifikantne nižšie riziko výskytu nežiaducich účinkov na kardiovaskulárny systém, má menší vplyv na CNS ako bupivakaín, a signifikantne menej ovplyvňuje zmeny EEG ako bupivakaín. Najčastejšie nežiaduce účinky levobupivakaínu sa uvádzajú: hypotenzia, nauzea, vracanie, anémia, závrat, stres, bolesti hlavy.

► Levobupivakaín má podávať iba kvalifikovaný lekár.

(Birdsley, M. et al.: Brit. J. Clin. Pharmacol., 46, 1998, s. 245,

Sanford, M.: Drugs, 70, (6), 2010, s. 761–798)

DENOSUMAB – k liečbe postmenopauzálny osteoporózy

► Denosumab je humánna monoklonálna protilátka (IgG 2), ktorej cieľom je RANKL (receptor aktivátor nukleárneho faktora kB ligand) a ktorá sa na neho viaže s vysokou afinitou a špecifickosťou, pričom zabraňuje aktivácii jeho receptora RANK (receptor aktivátor nukleárneho faktora kB) na povrchu osteoklastových prekursorov a osteoklastov.

► Podávanie denosumabu výrazne znižuje rýchlosť kostného obratu. Zastavuje osteoblasty skôr, ako dosiahnu kosť. Indukuje tvorbu, funkčnosť a prežívanie osteoklastov, čím zabraňuje nadmernému úbytku kostnej hmoty.

► Terapeutické indikácie pre podávanie denosumabu: • **Liečba osteoporózy u žien po menopauze**, ktoré sú vystavené zvýšenému riziku fraktúr. Denosumab významne znižuje riziko vertebrálnych, ako aj nevertebrálnych fraktúr a fraktúr bedrového kľbu. • **Liečba úbytku kostnej hmoty** v súvislosti s hormonálnou abláciou u mužov v karcinóme prostaty, ktorí sú vystavení zvýšenému riziku fraktúr.

► **Denosumab sa podáva** v 60 mg dávke vo forme jednorazovej subkutánnej injekcie, jedenkrát každých 6 mesiacov. Pacienti musia užívať primerané dávky kalcia a vitamínu D. Podávanie denosumabu je kontraindikované pri hypokalciémii a pri precitlivosti na toto liečivo a na ktorúkoľvek z pomocných látok.

► **Nežiaduce účinky** boli sledované pri klinickom skúšaní denosumabu vo fáze II. a III. a boli zatriedené nasledovne:

• **1. Časté:** infekcia močových a dýchacích ciest, poruchy nervového systému (ischémia), obštipácia, vyrážky, bolesti končatín. • **2. Menej časté:** divertikulitída, celulitída, infekcie ucha, ekzém, hypokalciémia. Podrobnejšie údaje o nežiaducich účinkoch denosumabu uvádza výrobca v SPC.

(Hofbauer, L. C. et al.: JAMA, 292, 2004, s. 490–495)

(Cummings, S. R. et al.: New Engl. J. Med., 361, 8, 2009, s. 756–765)

Autor: Mgr. Silvia Láslopová

Foto: Eva Benková

Farmakoeconomika na SLOVENSKU



Perspektívy liekovej politiky, klastrovanie, farmakoeconomika ale aj efektivita slovenského zdravotníctva – to boli hlavné témy podujatia Farmakoeconomika na Slovensku XXII., ktoré sa konalo 14. 12. 2011 na MZ SR.

Prvý blok bol venovaný téme Zdravotníctvo a ekonomika. Počas viacerých prednášok zazneli z úst predstaviteľov aj slová kritiky, ktoré sa týkali najmä efektivity v zdravotníctve. Práve jej, alebo skôr neefektivity sa venoval aj Ing. Štefan Kišš, M.Sc., z Inštitútu finančnej politiky Ministerstva financií Slovenskej republiky. Z jeho prednášky okrem iného vyplynulo, že Slováci navštevujú lekára neprímerane často – za rok 12,1 konzultácií. Len pre porovnanie – Švédovi u svojho lekára konzultujú za rok v priemere iba 2,9 krát a priemer OECD je 6,5 konzultácií.

(Ne)efektívnosť v zdravotníctve?

Prednášajúci tiež upozornil na zbytočne dlhú hospitalizáciu. Priemerná dĺžka hospitalizácie po pôrode na Slovensku je 5,4 dňa, priemer OECD je 3,1 dňa. „Časté problémy, ktoré odhalili revízne kontroly zdravotnej poisťovne, boli najmä duplicitné vyšetrenia, vysoký počet konzultácií u lekára, zbytočná hospitalizácia, nadbytočné kapacity oddelení lôžok, nadmerná spotreba liekov a fiktívne či nesprávne vykazovanie výkonov,“ uvádza sa v prednáške Štefana Kišša. Z 31. krajín OECD je Slovensko 3. najhoršie v indikátore tzv. odvrátiteľnej úmrtnosti – teda počet úmrtí, ku ktorým nemuselo dôjsť v prípade včasnej liečby. Zarážajúci je aj fakt, že pri porovnateľných výdavkoch na hlavu ako Slovenská republika, dosahujú naši susedia v ČR výrazne lepšie výsledky (o 2 roky vyšší očakávaný vek dožitia).

V druhom bloku dominovala téma Perspektívy liekovej politiky. Prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD. – hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva SR pre všeobecné lekárstvo pre dospelých vo svojej prednáške uviedol, že lekári zmenili svoje diagnostické a terapeutické konanie zo strachu o existenciu a prax. Zároveň zverejnil čísla, podľa ktorých



sa pravidelné praktizovanie defenzívnej medicíny vyskytuje až na úrovni 93 %. Aj ďalšie čísla sú alarmujúce: nadbytočné vyšetrenia pri zrejmej diagnóze (59 %), nadbytočná preskripcia (33 %), zbytočne časté konzultácie u špecialistu (52 %), či odmietnutie pacienta s predpokladom komplikovaného priebehu ochorenia (40 %). Počas druhého bloku sa tiež prítomní z prednášky PharmDr. Jána Mazaga a PharmDr. Anny Harčárovej zo ŠÚKL dozvedeli viac o liekoch, ktoré boli registrované v roku 2010 a 2011. Išlo napríklad o štvrtú a piatu protichrípkovú H1N1 pandemickú vakcínu či 4 orphan lieky.

Interné referencovanie

Tretí blok podujatia sa zaoberal témou klastre v liekovej politike. Prof. Jaime Espin, PhD. z University of Granada venoval svoju prednášku internému referencovaniu. Na úvod pripomenul, že cieľom referencovania je zníženie farmaceutických cien a výdavkov tretích strán platcov a to pri zabezpečení štandardnej kvality produktu, posilnení cenovej konkurencie na farmaceutickom trhu a tiež zvýšenie cenovej citlivosti spotrebiteľov. Zdôraznil tiež, že referenčné ceny lieku možno použiť pre dve rôzne úrovne skupiny liekov: generické referencovanie a terapeutické referencovanie. Profesor uviedol, že v rámci generického referencovania môžu pacienti meniť produkt bez zdravotných následkov. Ale v prípade terapeutického referencovania nie sú názory také jednotné. Na záver podujatia bol zaradený blok farmakoeconomika a HTA v praxi. V rámci neho odzneli prednášky na rôzne témy. Medzi nimi napríklad farmakoeconomické aspekty liečby chronickej hepatitídy C tela-previrom či farmakoeconomika kolorektálneho karcinómu.



Viac o prednáškach ako aj samotné prednášky nájdete na www.who.sk v sekcii Aktuality.



Nie, tento raz to malé drobné písmenko – e v titulku článku nemá žiadnu súvislosť s procesom elektronizácie. Pred dvadsiatimi rokmi som sa ako študent farmaceutickej fakulty vydal na prázdniny stopom do Talianska. Bolo to lacné a dobrodružné cestovanie. Išli sme dvaja a dohromady sme plynulo hovorili tromi jazykmi, v ďalších troch sme zvládali základné frázy a lámanú komunikáciu. Naši „vodiči“ boli veľmi priateľskí, ale komunikácia s nimi bola obmedzená na pantomímu a mimiku. Na otázku: „*Hovoríte anglicky, nemecky, rusky?*“ – zaznelo trikrát „*No!*“. A nakoniec dovetok: „*Italiano, e basta.*“

„*E basta*“ znamená po taliansky „*a dost*“.

...e basta



PharmDr. Stanislav Havlíček

viceprezident Českej lekárskej komory
viceprezident PGEU

☐ ■ ■ Chcelo by sa veriť, že stačí rozhodné talianske „e basta!“, ktorým dáme bodku za eurokrízu. Ale viera samotná stačiť nebude. Každá krajina sa s hroziacou (alebo nastupujúcou?) krízou vysporadúva po svojom. Česká vláda začala predávať dlhopisy občanom a zaznamenala pri tom veľký úspech. Vypredané boli veľmi skoro a ministerstvo financií má v pláne úspech zopakovať. Budeme šetriť predajom štátnych dlhopisov. Trochu nevyvážené, však? Spoznať pravého brehu rieky Moravy sme prakticky v priamom prenose sledovali nedávnu zrážku slovenskej vlády s eurovalom (alebo eurovolom?). Nehoda sa však neobišla bez následkov. Iba sa skrátil čas expirácie oboch účastníkov nehody. Najpikantnejšie na celej veci by bolo, keby sa ujal grécky nápad a Gréci by následne odmietli prijatie pôžičky v referende. Nová grécka vláda sa na(ne)šťastie pre euroval nepotrebuje svojich občanov pýtať, či ďalšie pôžičky chcú alebo nechcú a prijatím pôžičiek sa zaväzuje masívne šetriť. V Španielsku a v Poľsku tiež zvolili nový parlament, ktorý dal dôveru vládam s úmyslom šetriť. Novej talianskej vláde, ktorá div sa svet, tiež plánuje šetriť, predsedá Mario Monti, ktorý je talianskou verejnosťou po vzore hrdinu počítačovej hry titulovaný ako „**Super Mario**“. Za supermana, Super Maria, ktorý odvráti katastrofu hroziacu Taliansku, ho krátko po nástupe do funkcie považovali tiež niektorí zástupcovia oboch lekárnických organizácií.

☐ ■ ■ Nadšenie talianskych lekárníkov z nástupu Super Maria do predsedníckeho kresla talianskej vlády netrvalo dlho. Jedným z prvých návrhov novej vlády je umožnenie výdavkov nehradených, ale na recept viazaných liečiv mimo lekárne. Taliansko sa tak stalo prvou krajinou na svete, ktorá by mimo lekárne uvoľnila i liečivá viazané na lekárske predpis. Ak by takýto návrh prešiel talianskym parlamentom, chystá lekárnická komora spoločne s asociáciou lekárníkov prevádzkovateľov veľké protestné akcie. Niektorí lekárníci dokonca už začali s protestnou hladovkou. E basta!

☐ ■ ■ Krokom Maria Montiho sa však môžu diviť iba lekárnici s krátkou pamäťou. Tých je nanešťastie pre lekárstvo väčšina a nielen v Taliansku. Super Mario, bol v rokoch 1995 – 2004 eurokomisárom, najprv pre hospodársku súťaž (DG Competition) a neskôr pre vnútorný trh a služby (DG Internal market). Do obdobia 1995 – 2004 môžeme datovať nielen začiatok, ale tiež najväčší diel liberalizácie lekárnického sektora. V Európe sa pod liberalizáciu podpísal Mario Monti, v Českej republike Václav Klaus. Slovenských reformátorov pomenovať neviem, nejakého guru liberalizácie lekárnictva si isto doplníte sami.

☐ ■ ■ V roku 2004 sa cesty oboch našich krajín a Európskej únie prefali a ďalší vývoj liberalizácie je náš spoločný. Čo sa deje na Slovensku, viete najlepšie sami, my v Čechách transponujeme od roku 2004 jednu európsku smernicu za druhou. Medzi rekordmanov v počte noviel môžeme isto zaradiť zákon o verejnom zdravotnom poistení. I keď nie všetky novely súviseli s transpozíciou smernice. Zatiaľ posledná účinná novela zákona o verejnom zdravotnom poistení priniesla od 1. 12. 2011 nové pravidlá pre stanovenie úhrady liečivých prípravkov. Na nejakú dobu zákon tiež zakáže poskytovanie bonusov v súvislosti s výdajom hradených liečivých prípravkov na recept.



Počet a charakter otázok, ktoré na túto tému posielajú lekárnici do právnej poradne ČLnK, však vyvoláva pochybnosti, či je táto zmena vítaná a chcená. Od 1. 1. 2012 budú platiť tiež nové pravidlá pre výber regulačných poplatkov a so zmenou Cenového predpisu sa rozlúčime tiež so zložitým odpočtovým vzorcom. Cnieť sa mi po ňom rozhodne nebude, i keď už ho častým opakovaním viem naspamäť. Odpočet z ceny liečivého prípravku je rovný súčtu šestnástich desiatín a arkustangentu jednej päťdesiatiny ceny výrobcu zníženej o dve celých päť, to celé násobené štvrtinou regulačného poplatku.

30* {0,25 * [ARCTG (CV/50 – 2,5) + 1,6]}

☐ ■ ■ Arkustangens patrí medzi cyklometrické funkcie. Je inverzný ku goniometrickej funkcii tangens. Zatiaľ čo funkcia tangens je definovaná ako pomer príľahlej a protíľahlej strany v pravouhlom trojuholníku, arkustangens je definíciou príslušného uhla v radiánoch v rozsahu $-\pi/2$ až $+\pi/2$.

☐ ■ ■ Táto definícia funkcie arkustangens ďalej ostane v učebniciach stredoškolskej matematiky, ale z českej odporúčanej lekárskej literatúry onedlho zmizne. Iba dúfam, že nepríde nejaká dokonalejšia úprava cenotvorby.

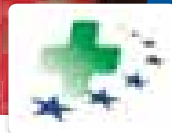
☐ ■ ■ Áno, Česká republika je, rovnako ako ostatné európske krajiny, nútená šetriť. Zvyšuje sa DPH, bola začatá reforma sociálneho i zdravotného systému. Škoda, že sú pravidlá do poslednej chvíle utajené a ciele nezretelne skryté za všeobecnú nutnosť úspor. V opačnom prípade by nemuselo dochádzať k násilnému ohýbaniu znení zákonov, akého sme v posledných rokoch nedobrovoľnými svedkami. A preto by som sa radšej než s funkciou arkustangens rozlúčil s inými darčekmi našej každodennej reality.

E basta!

Meno **Isabelle Adenot** pozná väčšina z vás, niektorí sa s ňou dokonca mali možnosť stretnúť aj osobne, a to na 12. lekárnickom kongrese, ktorý sa konal v októbri 2011 v Žiline. Isabelle Adenot pôsobí viac ako 30 rokov aktívne na poli francúzskej aj európskej farmácie. Táto dáma bola zvolená pre rok 2012 ako nová prezidentka PGEU. Funkciu prevzala 1. 1. 2012 od posledného prezidenta Heinza-Güntera Wolfa. V súvislosti s novým mandátom a jej hlavnými cieľmi pre rok 2012 sme sa ju rozhodli osloviť:

Historicky prvá prezidentka PGEU Isabelle Adenot:

„Výziev sa nebojím!“



? Už viac ako 30 rokov aktívne pracujete v sektore verejných lekární, nielen vo Francúzsku, ale aj v rámci Európskej únie. Zaujímalo by nás pozadie výberu vašej profesie. Čo vás viedlo k štúdiu farmácie? Keď sa teraz zamyslíte nad vašou voľbou, ste s ňou spokojná, alebo by ste sa dnes rozhodli inak? Keď som bola študentkou na strednej škole, veľmi som sa zaujímala o vedu a najmä o zdravotnícky sektor. Okrem toho som vždy chcela robiť povolanie, pri ktorom by som bola v priamom kontakte s ľuďmi. Jedným z najdôležitejších aspektov práce farmaceuta je nadviazanie blízkeho kontaktu s ľuďmi. Práve kvôli týmto dôvodom som sa rozhodla študovať farmáciu a stať sa lekámičkou. Dnes som maximálne spokojná s mojou dennodennou prácou, pretože sa cítim byť užitočnou pre pacientov. Lieky sú dôležité pre zlepšovanie zdravia ľudí a zároveň zvyšujú kvalitu života. **Som hrdá na to, že svojou prácou môžem prispievať k racionálnemu užívaniu liekov.**

? Od 1. 1. 2012 ste sa stali historicky prvou prezidentkou PGEU. Predstavuje pre vás tento fakt zároveň výzvu dokázať okoliu, že aj my ženy sme schopné úspešne vykonávať vedúcu pozíciu tohto typu?

Samozrejme. Je veľmi dôležité, aby sa aj ženy mali možnosť zapojiť do významných rozhodovacích procesov a získať vedúce pozície, ako je aj táto. Myslím tým to, že ako aj celá populácia je zložená z mužov a žien, tak by sa táto rôznosť mala prejavovať vo všetkých stupňoch. Pravdaže, byť ženou na vedúcej pozícii je dodatočnou výzvou, ale ja osobne mám výzvy rada a nebojím sa ich. Som veľmi vášnivým človekom, aj čo sa týka afér a záležitostí Európskej únie, takže sa veľmi teším tejto novej skúsenosti, ktorá sa mi ponúkla. Zároveň by som odporučila každej jednej žene, ktorá dostane rovnakú príležitosť ako ja, aby sa jej chytila a nemala zbytočné obavy.

? V súvislosti so získaným mandátom ste si istotne stanovili isté méty, ktoré by ste chceli dosiahnuť. Prezradíte nám vaše krátkodobé prípadne dlhodobé ciele, ktoré vás motivujú?

Ako prezidentka PGEU, sa sústredím najmä na propagovanie role lekárnik ako zdravotníckeho profesionála a na poukázanie jeho pridanej hodnoty v systéme zdravotníctva. Budem sa snažiť o to, aby každý jeden člen PGEU vyjadril svoje názory a aby sme následne riešili otázky spoločného záujmu. Konkrétnejšie, mám tri hlavné projekty pre rok 2012. Prvým projektom bude načrtnutie tzv. plánu pre verejné lekáre v Európe. Tento dokument bude obsahovať naše vízie budúcnosti verejných lekární. Bude to veľmi dôležitý a užitočný dokument pre zákonodarné orgány Európy. Ďalej sa chystáme porovnať zavedenie nových služieb – tzv. farmaceutickej starostlivosti – ktorú budú poskytovať lekárnici v niektorých krajinách Európskej únie. Tretím projektom bude spustenie veľkého prieskumu s cieľom aktualizácie našich databáz, porovnávaním farmaceutických štatistík v štátoch Európskej únie. Toto sú najdôležitejšie body môjho programu.

? Čo bude vašim prvým krokom v tejto pozícii? Akým aktuálnym problémom vo farmaceutickom sektore sa plánujete zaoberať po nástupe do funkcie?

Mojím prvým krokom budú každopádne konzultácie so všetkými členmi PGEU, aby sme sa mohli zhodnúť na základných bodoch prvého návrhu pre verejné lekáre, ktorý som už spomenula. Tento projekt nám umožní zdieľať naše strategické vízie pre lekáre spolu so zákonodarnými orgánmi Európskej únie. Nutne potrebujú orientačné body, aby pochopili všetky výzvy, ktorým teraz lekárnici čelia. Mení sa legislatíva, ekonomické prostredie, čiže lekárnická prax prechádza radikálnymi zmenami. Jedna vec sa ale nikdy nezmení. Lekárnici navždy ostanú profesionálmi v oblasti zdravotníckej starostlivosti, expertmi na lieky a ich výdaj. Toto je ich hlavnou kompetenciou. Okrem vydávania liekov majú lekárnici aj iné úlohy: monitorovanie aktuálnej situácie v zdravotníctve a lekárenstve. Je potrebné, aby sme politikom vysvetlili podstatu práce farmaceuta a demonštrovali to na reálnych príkladoch z praxe.

? Jednou z hlavných tém 12. lekárnického kongresu v Žiline, ktorého ste sa zúčastnili, bola problematika nového zákona liekovej politiky na Slovensku. Zákon od 1. 12. 2011 povoľuje vernostné systémy v lekárnach, zavádza generickú preskripciu, legalizuje siete, mení periodicitu kategorizačného procesu a iné. Zaujímalo by nás váš názor na vernostné systémy. Súhlasíte s nimi, alebo ich považujete za marketingový nástroj, ktorý by nemal patriť do lekárenstva? Myslíte si, že hrozí zvýšenie spotreby liekov práve kvôli zavedeným zľavám a bonusom?

Nie som v pozícii, aby som mohla komentovať detaily nového zákona, ktorý bol prijatý na Slovensku. Čo ma však v prvom momente veľmi prekvapilo, bolo práve zavedenie vernostných systémov, ktoré umožňujú lekárnikovi dávať pacientom stimuly na nákup vo forme bonusov a vernostných odmien. Je to podľa mňa veľmi nebezpečné, pretože stavia na jednu úroveň vydávanie liekov na lekárske predpis s bežnými obchodnými transakciami. Lieky nie sú bežným tovarom, sú určené na liečenie, ale keď sa nepoužijú správne, môžu škôr ublížiť ako pomocť. Mali by sme podporovať ich správne, racionálne užívanie a nie nadbytočnú spotrebu. ■

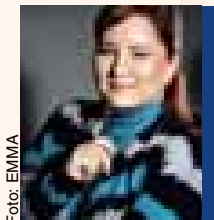


Foto: EMMA

Ing. Nora Lauková
odborníčka na neverbálnu komunikáciu
riaditeľka spoločnosti F.A.M.E., s. r. o.

Ako zaujať klienta

Každý z vás určite vie, že v neverbálnom prejave sa ukrýva veľká sila vlastného vnútorného prežívania. Je veľkou pravdou, že niektorí ľudia sa nevedia usmievať, smejú sa len ústami ale nie srdcom. Veľa ľudí sa usmieva na druhých aj napriek tomu, že vnútorne prežívajú smútok, bolesť, stres, prípadne nepokoj. Pozitívna neverbalita lieči a je veľmi dôležité vedieť, že môže klienta pozitívne naladiť aj napriek tomu, čo negatívne vnútorne klient prežíva. V minulom článku som sa venovala problematike, ako môže neverbalita ovplyvňovať terapiu klienta, dnes som tu pre vás opäť, aby ste nazreli spolu so mnou a naučili sa klienta pozitívne neverbálne zaujať.

Úsmev pozitívne naladí aj lieči

Podľa P. Ekmana, W. V. Friesena a P. Ellswortha (1982) sa na tvári odráža **sedem primárnych emócií: šťastie, prekvapenie, strach, zlosť, smútok, spokojnosť a záujem**. Ak by sme sa pozreli na všetky emócie, tak zistíme, že tvár odráža všetky stupne mimických stavov od priateľských, cez nepríjemné až po nevraživé. Ide o sekundárne emócie, ktoré sa odrážajú z nášho vnútra a vyjadrujú ich intenzitu. Ak by sme sa bližšie pozreli, čo pozitívne ovplyvňuje z hľadiska mimiky klienta, tak napr. úsmev môže byť veľký, veselý, príjemný, strojený, naučený môže mať veľa prívlastkov. Ale aký je v tom rozdiel? Úprimné city spojené s úsmevom sa na tvári prejavia okamžite, kým predstierané s oneskorením. Vtedy vás klient veľmi rýchlo odhalí. Hraná mimika a úsmev trvá dlhšie ako ten úprimný, ozajstný. Ak je úsmev strojený, aj oči sa nesmejú a okolo nich nie sú vytvorené mimické vrásky. Takže ako sa usmievať? Vždy dbajte na to, aby kútiky úst smerovali vždy nahor bez úskrmu a skloňte hlavu nabok. Tento signál tak ako u detí, ale aj dospelých vzbudzuje sympatiu, vládnuť, záujem,

spokojnosť, bezpečie, chápanie až súcit. Úsmev má v rozhovore s klientom spolu so súhlasným pritákaním významnú úlohu, lebo stimuluje a uspokojuje. Budte prirodzení, nakoľko úprimný úsmev naladí a často lieči nielen príčiny, ale aj dušu.

Niet reči bez pohybu

Popri správnom úsmeve sú pohyby tela pri komunikácii prirodzeným odrazom správania sa človeka. Boli by ste prekvapení, čo všetko môžete pohybom u klienta vyvolať. Nesprávne státie, nesprávne držanie tela, nesprávne pohyby rúk, nesprávna vzdialenosť, rýchle a temperamentné gestá, to všetko môže negatívne klienta naladiť, alebo dokonca vyvolať agresivitu alebo pasivitu. Telo je denne v dynamických polohách, či je to v stoji alebo v sede. Pohyby sú odrážaním vašej reči bez toho, aby ste hovorili. Pohybmi tela sa sprostredkováva až 70 % informácií. Telom komunikujete aj vtedy, keď nemáte zámer vôbec komunikovať, pretože samotné telo vydáva signály cez postoje a emócie. Pohyby sú jediné, ktoré sa nedajú umlčať. Dajú sa

však vedomím ovplyvňovať. Váš temperament je odrazom vašej reči pohybov. Výraznejšie a energickejšie sa pohybuje cholerik a sangvinik, naopak pomalšie a menej výrazne flegmatik a melancholik. Ste lekárnici – odborníci, a teda aj vaše pohyby tela by ste mali prispôbovať klientovi – pacientovi. Je dôležité, aby ste sa nepohybovali príliš rýchlo ani príliš pomaly, mali by ste dbať na to, aby ste pri klientovi nerobili príliš prudké pohyby, či už rukami alebo telom. Snažte sa držať telo vzpriamene, ruky majte voľne spustené a otvárajte ich dlaňami smerom ku klientovi. Aj váš verbálny prejav bude vždy dopĺňaný rečou tela. Veď bez pohybu tela by nebola doplnená reč. Ak hovoríte, tak často hovorené slovo je prirodzene sprevádzané pohybom tela či rúk. Je dôležité pohyby tela ovládať tak, aby klient nemal pocit nesúlady alebo nesúvislého prejavu. Inak spochybní, či ste mu poradili správne.



Nastavte sa pozitívne telom aj emočne

Nikdy nerobte pohyby rukami smerom od pása nahor až ku hlave, nerozhadzujte nekontrolovane rukami, nemajte ruky a plecia spustené dopredu, nedávajte si ruky na tvár alebo krk, nešúchajte si líca, nos, alebo dokonca neuzatvárajte ruky do pästí. Toto sú všetko negatívne prejavy, ktoré môžu u klienta vyvolať nedôveru až obavy. Ak ste nahnevany, dávajte si pozor, že vás môžu prezradiť tzv. metasignály: napäté držanie tela, strnulá mimika a niekedy aj červeň v tvári. Ak sa budete usmievať a pritom budete mať zovreté päste, strnulé telo alebo uzavreté pästi do dlane vyvoláte v pozorujúcom protichodnú reč tela s tým, čo vnútorne prežívate. Ide o nesúlad vonkajšieho prejavu s vnútorným. Na tento prejav sú veľmi citlivé ženy a hlavne matky. Intuitívne vedia rozlíšiť, či im viete dobre poradiť alebo sami máte veľký vnútorný problém. Často sa potom s vami neporadia, alebo si len vypýtajú to, čo nevyhnutne potrebujú. To, ako prežívate svoje emócie je odrazom vášho tela v neverbalite. Ako vytvoriť pozitívne nastavenia telom aj emočne? Začnite dýchaním. Veľa ľudí nesprávne dýcha a tým si vytvorí

priestor pre uzatvorenie celého tela aj gestikulácie. Nespúšťajte plecia, ale pri príprave na zvládnutie vnútorného prejavu urobte hlboký nádych a vysuňte plecia poloblúkom smerom dozadu. Tento pohyb opakujte niekoľkokrát. Tým umožníte vášmu telu vzpriamený postoj a elimináciu negatívnej emócie. Nezabúdajte na postoj na oboch nohách na šírku pliec. Začali ste postojom, ktorý vyvoláva v klientovi istotu a vcítenie sa do jeho potrieb. Otvorenosť je ďalším dôležitým znakom, ktorý by ste mali využívať pri používaní gestikulácie. Na klientov veľmi pozitívne pôsobia zladené a plynulé pohyby tela aj rúk. Využívajte zásady priamej reči tela.

Využívajte „POKROK“

Každý si pod týmto slovom predstaví rast, posun, alebo niečo, čím môžeme napredovať. Boli by ste prekvapení, že toto slovo vám napomôže klienta pozitívne neverbálne zaujať.

„P“ znamená pousmianie

– samozrejme úprimný úsmev s vnútorným pocitom porozumenia,

„O“ znamená otvorený postoj – postoj sebaistý, so vzpriamenými plecami, s vyžarujúcou sebaistotou a zároveň pokorou, má byť otvorený a presvedčivý orientovaný priamo na klienta,

„K“ znamená neverbálnu komunikáciu s naklonením

– či už je to hlava alebo mierne naklonenie sa tela smerom na klienta, čo vyvoláva v klientovi pozitívnu istotu a prejav aktívneho počúvania, či záujmu,

„R“ znamená ruky

– vyjadrenie gestikulačného prejavu cez otvorené gestá smerom ku klientovi bez agresivity a silného temperamentu,

„O“ znamená očný kontakt

– nadviazanie priameho očného úprinného kontaktu, ktorý vyvolá v klientovi váš záujem

„K“ znamená kývnutie

– prejavenie aktívneho počúvania klienta a prejavenie účasti a aktivizácie pomôcť mu s jeho problémom.

Na tomto jednoduchom príklade – zhrnutí sami vidíte, že rásť s cieľom napredovania zlepšovať sa neustále v neverbálnej komunikácii môže byť aj pre vás pokrokom vpred. Vždy si zapamätajte, nie je dôležité to, čo povieme, ale veľmi vážne je to, čo hovorí naše telo. Vždy dbajte na to, že správna a pozitívna komunikácia s klientom je taká, ktorá odráža aj vaše pozitívne vnútro cez vaše neverbálne prejavy reči tela. Takáto neverbálna pozitívna komunikácia vám jednoznačne zaručí navodenie príjemnej atmosféry a dôvery medzi vami a klientom. ■



Pripravujeme

PORADŇA:

V prípade akýchkoľvek otázok ohľadom komunikácie s pacientom, sme tu pre vás.

Pošlite svoje otázky na lekarnik@unipharma.sk a Ing. Lauková vám s radosťou na stránkach Lekárnik a anonymne odpovie.

VIANOCE

s CK Pharmaeduca

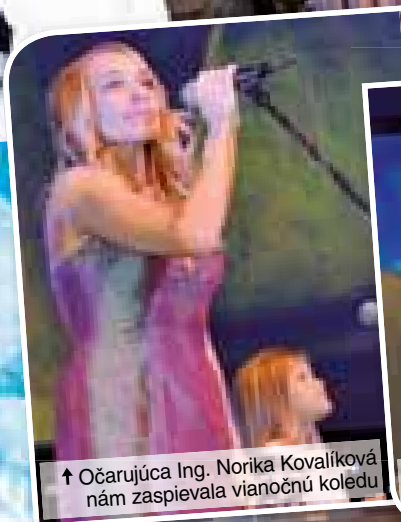
Vianočné sviatky patria k tým najkrajším momentom v roku. Sú sviatkom lásky, šťastia, vzájomného porozumenia, rodinného pokoja. Na Vianoce, ako keby sme sa všetci na chvíľku zastavili v tom zhone, zabudli na problémy a vychutnali si tú slávnostnú atmosféru v kruhu rodiny...



Cestovná kancelária Pharmaeduca sa práve v období pred vianočnými sviatkami, 16. 12. 2011, rozhodla spojiť veľkú rodinu svojich klientov a pripraviť pre nich vianočný večierok v Športovej hale v Prievidzi. Generálnym reklamným partnerom večierka bola Unipharma – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť. Aj keď v prvom momente športová hala evokuje prežitie večera skôr v neformálnom duchu, vďaka bohatej vianočnej výzdobe sa priestory zmenili na elegantnú sálu. Túto atmosféru dotvorili slávnostne naladení priatelia – lekárnici, účinkujúci, ako aj hostesky, ktoré sa zmenili v tento večer na nežných anjelov. Program otvorili moderátori večera Michaela Pastieriková a Vojtech Bartko, spolu s detičkami anjelkami a krásnou tematickou piesňou. Riaditeľ cestovnej kancelárie Pharmaeduca predniesol slávnostný vianočný príhovor, po ktorom pokračovala hostina s typickými vianočnými špecialitami v réžii Complete Party Service. Počas nej sa hostia mohli započúvať do nádherných hlasov Marty Polievkovej, Kataríny Šotnárovej, Noriky Kovalíkovej a zvonivého hlásku malej Valentínky, pri ktorých mali mnohí zimomriavky po tele. Po vianočných a muzikálových



↑ Moderátori večera v sprievode zlatých anjeliek



↑ Očarujúca Ing. Norika Kovalíková nám zaspievala vianočnú koledu



↑ Riaditeľ CK Pharmaeduca, Ing. Martin Bednár, slávnostne víta hostí



↑ Pozvaných lekárnikov víтали okrem riaditeľa CK Pharmaeduca Ing. Martina Bednára aj členovia vedenia, predstavenstva i dozornej rady Unipharmy



↑ Kedy už príde Nicole McCloud! © PharmDr. Tibor Czulba (vpravo) prof. PharmDr. Ján Kyselovič, CSc. (vľavo) RNDr. Tomislav Jurík, CSc. (v strede)



↑ Krásne snehové vločky, ktoré svojimi úsmevmi sneh skôr roztápali



↑ RNDr. Tomislav Jurík, CSc. pri vianočnom príhovore



↑ Majiteľka lekárne PharmDr. Barbora Kováčová s Petrom Jurikom, M.Sc.



↑ Vášnivá potápačka PharmDr. Mária Koláriková so svojim inštruktorom Cyrilom Cabalom



↑ zprava: Mgr. Viera Pribylincová s Daliborom Suchánkom a Jankou Furdovou



↑ Mgr. Danka Vystrčilová s rozjašeným čertíkom Bertíkom ☺



↑ PharmDr. Elenka Piptová v spoločnosti Dalibora Suchánka s Mikulášskou trojicou



↑ Temperamentná a neodolateľná Nicole McCloud

piesňach roztopili snehové vločky horúce rytmy latino skupiny Sabrosura, po ktorej dostala hosť do varu temperamentná černošská speváčka Nicole McCloud. Svojimi hitmi vytiahla na parket mnohých tanečníkov, ku ktorým sa neskôr s gradujúcou zábavou aj ona pridala a vďaka tomu dotvorila skutočne priateľskú, uvoľnenú atmosféru. Nicole so svojou nevyčerateľnou energiou bavila hosťi striedavo so skupinou Funky Emotions až do skorého rána.

Vďaka výbornej atmosfére sa už všetci teraz tešíme na budúročnú vianočnú párty veľkej rodiny CK Pharmaeduca. ■



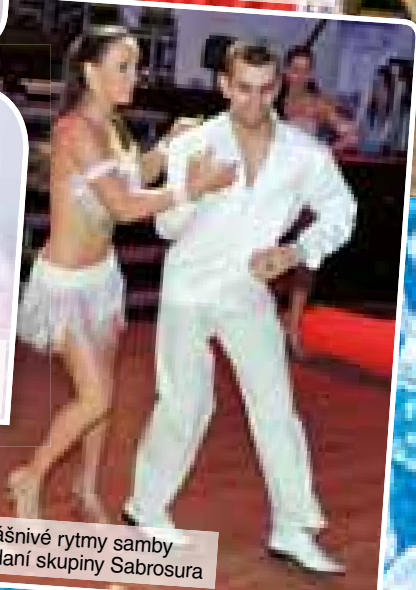
↑ Šťastná Mgr. Lubica Kantuláková s vianočným prevkapiením od Mikuláša



↑ Mgr. Janka Kalivodová so sladkou odmenou od tímu marketingu



↑ Stretnutie dobrých priateľiek, lekárníček: PhMr. Margita Ondráská a RNDr. Jolanka Belaňová



↑ Vášnivé rytmy samby v podaní skupiny Sabrosura



↑ Výborne sa bavíme ☺ Manželia Milošovičovci (hore), Feriencovci s PharmDr. Vierou Čillíkovou (v strede)

„UDRŽAŤ SI ÚSPECH je oveľa ťažšie, ako ho dosiahnuť!“

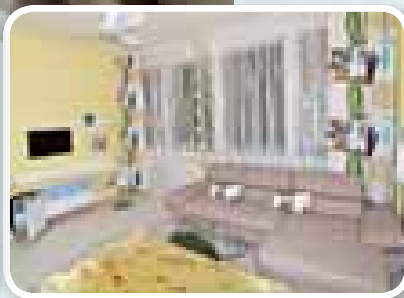
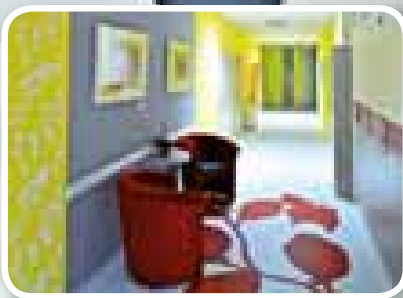
Nemocnici Košice – Šaca (člen skupiny Unipharma) sa to však v roku 2011 opätovne podarilo!

Autor: Bc. Lívia Kerumová
Foto: archív redakcie

úroveň, ktorú sme dosiahli, neustále udržiavali či zvyšovali,“ povedal Juraj Vančík, riaditeľ Nemocnice Košice – Šaca.

*** Aj ďalšie významné ocenenie v sebe nieslo symboliku čísla tri. V októbri sa nemocnica Košice – Šaca po tretíkrát stala najlepšou všeobecnou nemocnicou na Slovensku v komplexnom hodnotení nemocníc zdravotnou poisťovňou Dôvera. Hodnotenie spája nielen pohľad odborníkov zdravotnej poisťovne, ale aj spokojnosť pacientov, spolu s ďalšími 14 parametrami, z ktorých k najdôležitejším patrí náročnosť diagnóz a úroveň poskytovanej zdravotnej sta-

↑ ↓ Oddelenie šestonedelia



*** Nemocnica Košice – Šaca, a. s., 1. súkromná nemocnica, patriaca do skupiny Unipharma, má za sebou mimoriadne úspešný rok 2011, ktorý slávnostne uzavrela 8. decembra vianočným večierkom. Riaditeľ nemocnice MUDr. Juraj Vančík, CSc. spolu so svojimi kolegami mali však i napriek zložitému obdobiu, ktorým naše zdravotníctvo v tomto roku prešlo, aj iné dôvody na radosť a oslavu ako blížiacie sa najkrajšie sviatky v roku.

Obhájenie certifikátu Slovak Gold Exclusive a titulu najlepšej všeobecnej nemocnice na Slovensku, sprevádzkovanie nadštandardného oddelenia šestonedelia – tým všetkým sa môže pri bilancovaní roku 2011 pochváliť nemocnica na východe Slovenska.

*** Prvým veľkým úspechom tohto roku bolo opätovné obhájenie certifikátu Slovak Gold Exclusive, ktorý nemocnica získala 23. júna už po tretíkrát, ako prvé zdravotnícke zariadenie na Slovensku. Aj v tomto roku naďalej ostáva jediným zdravotníckym zariadením, ktoré toto ocenenie má. „Za týmto ocenením sa skrýva veľa poctivej práce, snaženia i odvahy prinášať pacientom nové, lepšie resp. nadštandardnejšie služby, aby sa skvalitnil proces starostlivosti o ich zdravie v našom zariadení. Zároveň je pre nás výzvou, aby sme

roztvrdli. Zohľadňujú sa len objektívne dáta o nemocnici, ktoré odrzkadľujú celkovú úroveň zdravotnej starostlivosti, komplexnosti, náročnosti liečených diagnóz ako aj postavenie nemocnice v regióne. „Prvenstvo v komplexnom hodnotení zdravotnej starostlivosti je vizitkou dôslednej práce celého kolektívu našej nemocnice. Som rád, že opätovne zostávame v očiach pacientov aj zdravotnej poisťovne na najvyššej úrovni. Udržať si úspech je oveľa ťažšie, ako ho dosiahnuť,“ vyjadril sa riaditeľ nemocnice.

*** Do tretice, na začiatku decembra nemocnica doplnila svoje úspechy uvedením do prevádzky nadštandardné oddelenie šestonedelia na svojej III. Gynekologicko-pôrodníckej klinike SZU (Slovenskej zdravotníckej univerzity). Oddelenie sa skladá zo siedmich izieb troch typov: apartmán, jedno a dvojposteľové izby s vysoko nadštandardným vybavením, ktoré sa snaží pacientkam priblížiť domáce prostredie. Vo všetkých izbách sa nachádza drevená postelka s ochranným hniezdom a baldachýnom, skriňová zostava, zabudovaná chladnička, polohovateľná posteľ, rýchlovarná kanvica, televízor, rozkladacia sedacia súprava, ako aj luxusne vybavená kúpeľňa. V súvislosti s trojnásobným obhájením titulu najlepšej všeobecnej nemocnice, je krédom riaditeľa nemocnice ako aj jeho zamestnancov neustále zlepšovať kvalitu poskytovaných

služieb. „Verím, že aj uvedenie nového oddelenia šesťnedeľia do života poteší najmä naše pacientky,“ dodal MUDr. Vančík. Odborné zdravotnícke služby tejto nemocnice sú dlhodobo vyhľadávané pacientmi z celého Slovenska a využívajú ich aj lekárnici a ich rodinní príslušníci.

*** Všetky tieto ocenenia a úspechy celého personálu nemocnice si skutočne zaslúžili veľkú oslavu. Na vianočnom večierku celému personálu riaditeľ nemocnice podakoval a ocenil ich enormnú snahu, ktorú v tomto roku preukázali, aby si nemocnica udržala svoj úspech. Najlepší zamestnanci boli ocenení individuálne vo viacerých kategóriách.

*** Osobnosťami roka v kategórii lekár sa stali **MUDr. Radoslav Krajničák** a **MUDr. Róbert Filep**. V kategórii prevádzkový zamestnanec boli najlepšie ohodnotení **Attila Kiss** a **Dominik Pastorek**. Najlepším zamestnancom v kategórii technicko-hospodársky zamestnanec sa stal **Dušan Kovács**. Za mimoriadny prínos v oblasti zdravotníctva bola ocenená **MUDr. Maryna Kačmáriková** a objavom roka 2011 sa stal **MUDr. Lubomír Ondrušek**. Všetkým oceneným blahoželáme a nemocnici do nového roku prajeme minimálne tak veľa úspechov ako dosiahla tento rok, a aby z nej pacienti odchádzali vždy len spokojní. ■



↑ Ocenení zamestnanci



↑ Vieme sa aj baviť

inzercia

PRE KAŽDÉHO KOMU ZDRAVIE NIE JE ĽAHOSTAJNÉ ...

webber naturals®

KANADSKÉ
PRÍRODNÉ
VITAMÍNY №1

Najväčší kanadský výrobca vitamínov z prírodných zdrojov, ktoré sú vyrobené len z čerstvých surovín. Produkty Webber Naturals neobsahujú umelé farbivá, konzervanty, sladidlá ani lepek.



⊕ ŽIADAJTE V LEKÁRNI

Výhradný dovozca pre SR: **Life Group s.r.o.**, tel.: 0903 700 456, e-mail: info@lifegroup.sk
Distribúcia do lekární: **Unipharma -1. slovenská lekárnická a.s.** www.webbernaturals.sk

VIANOČNÉ VEČIERKY

Vianočné sviatky spolu s dosiahnutými úspechmi v roku 2011 patrične oslávili aj ďalší dvaja členovia skupiny Unipharma – Nemocnica Handlová – 2. súkromná nemocnica, s. r. o. a Nemocnica Bánovce – 3. súkromná nemocnica, s. r. o.

* Nemocnica Handlová

zorganizovala pre svojich zamestnancov 15. 12. 2011 posedenie vo vianočnom duchu, ktoré sa konalo ako aj predošlé roky v Dome kultúry v Handlovej. Medzi pozvanými hosťami, ktorí sa akcie zúčastnili, boli nová riaditeľka Nemocnice Bánovce MUDr. Mina Bobocká, riaditeľ Unikliniky kardinála Korca MUDr. Robert Vetrák, MPH. a zástupcovia Unipharmy – ekonomická riaditeľka Ing. Marcela Sánchez s výkonným riaditeľom Ing. Ivanom Mokrym. Na úvod riaditeľ nemocnice Mgr. Ivan Gašparovič privítal všetkých hostí a poprial im pokojné prežitie vianočných sviatkov. Jedným z dôvodov, prečo sa zamestnanci v tento deň zišli, bola aj milá povinnosť riaditeľa, odovzdať každému malé vianočné prekvapenia – darček od Unipharmy. Po výdatnej „predštedrovečerej“ hostine a kultúrnom programe v podaní folklórneho súboru Lúčina z Koša a hercov z Divadla pri kolkárni z Handlovej, čakala na zamestnancov už len tanečná zábava, ktorá pokračovala do neskorých večerných hodín.

* Nemocnica Bánovce

Skutočne len pár hodín pred Štedrým dňom, v štvrtok večer, 22. 12. 2011, zasadli spolu k vianočnému stolu aj zamestnanci Nemocnice Bánovce. Pozvanie na príjemné predvianočné posedenie prijali aj primátor mesta Bánovce nad Bebravou Marián Chovanec a riaditeľka krajskej pobočky zdravotnej poisťovne Dôvera Ing. Mária Bednárová. Večierok otvorila novovymenovaná riaditeľka nemocnice MUDr. Mina Bobocká príhovorom, v ktorom privítala všetkých zamestnancov. K slávnostným vianočným príhovorom sa pridali aj primátor mesta Marián Chovanec a riaditeľ Unikliniky kardinála Korca. MUDr. Robert Vetrák, MPH.

Svojmu už bývalému kolektívu sa prihovoril pri prednesení vianočného prípitku aj Ing. Ivan Mokry, ktorý do decembra pôsobil ako riaditeľ tejto nemocnice. Medzi zabávajúcich sa zamestnancov zavítali v neskorších hodinách aj zástupcovia Unipharmy: predseda predstavenstva a generálny riaditeľ RNDr. Tomislav Jurik, CSc., člen predstavenstva a vedúci právneho odboru Mgr. Juraj Nikodémus a externý právnik JUDr. Ing. Michal Mladý. Tomislav Jurik okrem krátkeho príhovoru vyzreboval aj šťastného výhercu prvej ceny tomboly. Okrem zamestnancov nemocnice sa večierka zúčastnili aj spolupracujúci externí lekári z regiónu, zástupcovia laboratória a lekárnici z lekární sídliačich v budove nemocnice.

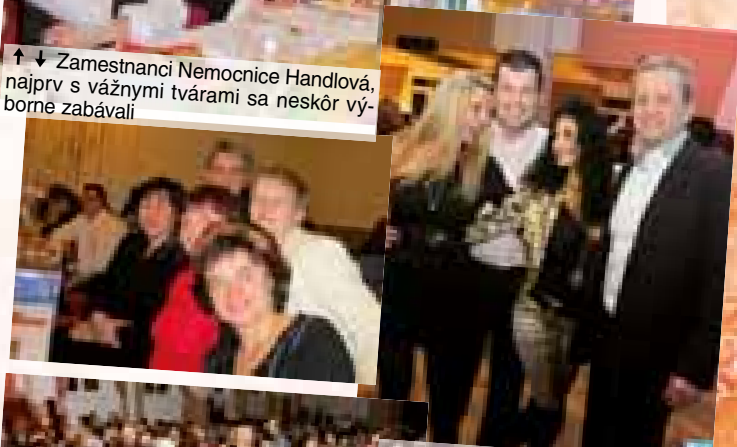
Zamestnanci nemocnice odhalili počas večierka aj svoje doteraz skryté talenty. Objednať si profesionálnych moderátorov večera? To nebolo vôbec potrebné. Gynekológ MUDr. Juraj Wallenfels spolu so sestričkou Andreou Taláškovou vytvorili neskutočne zohranú moderátorskú dvojicu, ktorá zabávala svojich kolegov počas celého večera. MUDr. Wallenfels dokonca okrem vtipného moderovania predviedol aj hru na klavíri a svoj recitačný talent. Po príhovoroch, odovzdaní štedrých vianočných darčiekov a žrebovaní tomboly sa zamestnanci zabávali až do skorých ranných hodín a svorne tvrdili, že za pár posledných ročníkov to bol najlepší vianočný večierok, aký zažili. ■



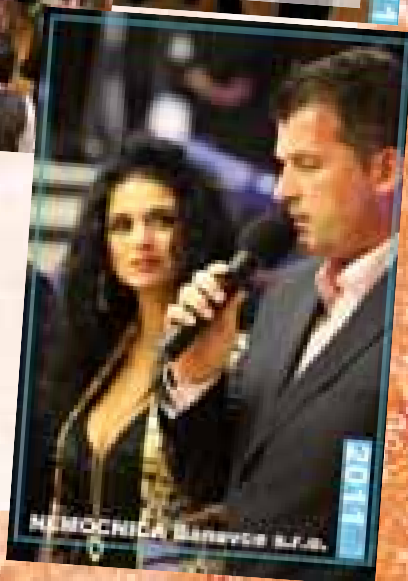
↑ Vianočný príhovor riaditeľky Nemocnice Bánovce (zľava Andrea Taláškova, Marián Chovanec, MUDr. Mina Bobocká, Ing. Ivan Mokry a MUDr. Juraj Wallenfels)



↑ ↓ Zamestnanci Nemocnice Handlová, najprv s vážnymi tvármi sa neskôr výborne zabávali



← ↑ Zabáva v Bánovciach trvala do skorých ranných hodín



Príhovor Ing. Ivana Mokrého →

„Krásny mladý človek je dielom prírody, krásny starý človek je umelecké dielo“

Čas pred Vianocami bol tento rok venovaný aj vyhodnoteniu celoslovenskej ankety „Senior roka 2011“, ktorú už po šiestykrát zorganizovalo Občianske združenie Fórum pre pomoc starším. Záštitu nad celým projektom spolu s finančnou podporou prebrala premiérka vlády SR Iveta Radičová a Úrad vlády. V pondelok, 12. 12. 2011, sa vo vianočne vyzdobenej Zlatej sále Bojnického zámku zišli aktívni seniori z celého Slovenska, ktorí svojou činnosťou môžu byť vzorom pre väčšinu mladších ročníkov.



↑ Ocenená seniorka roka MUDr. Klára Grygová spolu s (zľava) Mgr. Erikou Mišiakovou, MUDr. Minou Bobockou a Daliborom Suchánkom



↑ Strieborní seniori roka – manželia Kasanoví



↑ Bronzový senior – Anna Lacková preberá cenu od Dalibora Suchánka, riaditeľa marketingu Unipharmy



↑ MUDr. Klára Grygová

Slávnostného oceňovania sa okrem organizátorov a sponzorov zúčastnili primátor Bojníc František Táb, Mgr. Andrea Devánová, generálna riaditeľka kancelárie Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny a primátor mesta Bánovce Marián Chovanec. Myšlienku oceňovať starších ľudí podporila okrem iných sponzorov opätovne i spoločnosť Unipharma – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť.

Tento rok bolo spolu ocenených 21 seniorov, s poukúzaním na ich schopnosti, múdrosť a obetavosť, ktorá sa v nich skrýva. Ako uviedla prezidentka OZ Fórum pre pomoc starším, Lubica Galisová: „**Všetkých ocenených pokladáme za rovnocenných, pri tejto akcii nie je žiadne prvé a posledné miesto, nie je víťaz, ani porazený.**“ Aj napriek tomu boli udelené prvé tri miesta za tie najušlachtiliejšie činy seniorov, za ich prínos pre spoločnosť, rodinu, mesto, alebo vlastné okolie. Titul zlatého seniora roka bol udelený Ing. Mariánovi Krčíkovi, ktorý sa venuje literárnej činnosti a vo svojich knihách opisuje skutočné príbehy z banického prostredia, ktoré sám prežil. Strieborný titul získali manželia Ing. Anton a PhDr. Anna Kasanoví a ocenenie bronzový senior roka patrí pani Anne Lackovej, ktorá označila tento deň ako najkrajší v jej živote.

„Pomáha všetkým vo svojom okolí“

Medzi ocenených seniorov patrila aj MUDr. Klára Grygová, lekárka internej ambulancie v Nemocnici Bánovce – 3. súkromná nemocnica, s. r. o., ktorá patrí do skupiny Unipharma. Aj vo veku 72 rokov je stále nielen pracovne činná. V minulosti opatrovala svoju tetu, ktorá mala schizofréniu, mamu ktorá mala rakovinu opatrovala 3 roky a nevidiaceho otca po mozgovej príhode a s ťažkou cukrovkou napriek svojej namáhavej práci opatrovala celých 10 rokov. Ako sa o nej vyjadrili jej známi, ktorí do Fóra pre pomoc starším zaslali jej krátky životopis: „*Nikdy neodmietne toho, kto pomoc potrebuje a je k dispozícii v každej hodine – vo dne i v noci. Celá ulica ju pozná ako lekárku, ktorá má dobré a veľké srdce. Za svoju obetavosť si ocenenie Senior roka určite zaslúži.*“



↑ Zlatý senior Ing. Marián Krčík

Seniorov potešili okrem ocenení a darčiekov aj vystúpenia sólistov Slovenského národného divadla a Novej scény, s ktorými si nakoniec zaspievali ľudové piesne a krásne vianočné koledy.

Všetkým oceneným seniorom v mene redakcie časopisu Lekárnik gratulujeme a zároveň ďakujeme za ich prínos pre našu spoločnosť a prajeme im veľa síl do nového roku.

Autor: Bc. Lívia Kerumová

Naše začiatky



... sme korene, kmeň a koruna jedného stromu ...

Unipharma – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť v tomto roku oslávi 20. jubileum svojho vzniku. Spoločnosť založil v roku 1992 farmaceut RNDr. Tomislav Jurik, CSc., s cieľom zmeniť vtedajšiu situáciu a stanoviť nové štandardy v rýchlosti a kvalite distribúcie liekov. Počas svojho pôsobenia na trhu prešla spoločnosť rôznymi obdobiami či už priaznivými alebo negatívnymi, akými boli nespočetné legislatívne zmeny, ktoré firme neraz sťažili jej fungovanie. Za 20 rokov sa však Unipharma vypracovala na jednu z najväčších, najstabilnejších a najdôležitejších súkromných spoločností v slovenskom zdravotníctve.

Aké však boli jej začiatky? Kto stál pri jej zrode, vývoji, úspechoch i neľahkých situáciách? Pripravili sme pre vás seriál od vzniku spoločnosti až po jej pôsobenie v súčasnosti. Na úvod sme oslovili predsedu predstavenstva a generálneho riaditeľa spoločnosti RNDr. Tomislava Jurika, CSc., aby sme s ním zaspomínali na jeho začiatky... Pýtali sme sa na štúdium, na počiatkové pracovné skúsenosti, prvé úspechy a ciele, ktoré ho motivovali ďalej, a v neposlednom rade na prvotné impulzy vstupu na trh s distribúciou liekov.

Po promócií na FaF UK v roku 1978, po úspešne vykonanej prijímačej skúške na internú aspirantúru som predpokladal, že ostanem pôsobiť na katedre Farmakognózie a botaniky u prof. Václava Suchého, kde som počas celého štúdia pracoval v ŠVOČ. So študentskými vedeckými prácami sa mi niekoľkokrát podarilo vyhrať fakultné i celoštátne kolá v študentskej vedeckej a odbornej činnosti v odbore chémia i biológia. Dokonca aj v kategórii spoločenských vied... Napriek tomu to nestačilo na prelomenie politického veta a tak som nastúpil do praxe v lekárni pri Poliklinike v Novákoch. Bola to milá lekáreň, rodinného typu, kde svoj kolektív pedantne, spravodlivo a na patričnej vysokej odbornej i ľudskej úrovni viedla PhMr.

Hudecová, ktorá mi dala dostatočný priestor na odbornú realizáciu. Mal som prácu v tejto lekárni veľmi rád, pacientov v tomto malom meste som mnoho ráz poznal po mene a diagnózy, či predpísané lieky veľakrát aj spamäti. Bolo úplne prirodzené, že mnohí pacienti pri bežnejších zdravotných problémoch navštívili najprv svoju lekáreň, poradili sa u svojho lekárnika a až následne na jeho odporúčanie navštívili aj lekára. Lekáreň bola zároveň akýmsi odborným konzultačným miestom, kde sa neformálne stretávali lekári a lekárnici na odborné debaty vo voľnejšom prostredí k novým poznatkom farmakoterapie pre svojich pacientov.

Vždy ma lákalo niečo nové, inovovať, zlepšovať, prinášať nové poznatky do lekárenskej praxe a tak ma po pár mesiacoch rôznych inovácií a zlepšovacích návrhoch, ktoré sa dostali do uší až najvyššieho okresného lekárnika, preveliili do okresnej lekárne v nemocnici v Bojniciach.

Vynikajúci kolektív a perfektný šéf PhMr. František Fábry mi umožnili popri vedení oddelenia prípravy sterilných liekov, venovať sa aj prevádzke lekární na hornej Nitre, zabezpečovať pre ne moderné technologické zariadenia, vrátane dispenzačných boxov ako nevyhnutnej podmienky pre kvalitnú dispenzačnú starostlivosť a poradenskú činnosť pre pacientov. Námety som čerpal u doc. Smečku a prof. Solicha na FaF KU v Hradci Králové, realizačné projekty som konzultoval v Rozvojovom lekárenskom stredisku v Prahe, kde pracoval perfektný kolektív nadšených odborníkov pre lekárenstvo. Získané poznatky a realizované projekty som spracoval do atestačných prác I. a II. stupňa z lekárenstva v rámci vtedajšieho ILF-u. Popri projektoch nových lekární a rekonštrukcii priestorov v starších lekárnách na vytváranie podmienok pre kvalitnú poradenskú prácu s pacientom som sa aj v praxi venoval v lekárenskej poradenskej miestnosti pacientom s polypragmáziou, zvlášť s Dg. Diabetes mellitus a esenciálnou hypertenziou, s cieľom optimalizácie medikamentózneho terapie. Výsledky som prezentoval na odborných podujatiach aj celoštátneho charakteru a preto ma potešila ponuka prof. Solicha z FaF KU Hradec Králové spracovať podrobnejšie a na patričnej odbornej úrovni túto tému formou externej kandidátskej práce na jeho fakulte. Nasledovalo päť krásnych zmysluplných rokov, počas ktorých

som veľa času strávil na Farmaceutickej fakulte Karlovej univerzity v Hradci Králové, ale aj na Lekárskej fakulte v Martine, kde popri absolvovaní kandidátskeho minima mi veľa dala stáť na II. internej klinike u doc. Květenského, kde som bol súčasťou terapeutického tímu, spoluzodpovedný za optimalizáciu farmakoterapie pacientov na lôžku. V rámci vlastnej kandidátskej práce som sa komplexne venoval dvom skupinám ambulantných pacientov s cieľom optimalizovať farmakoterapiu, zlepšiť compliance a zároveň zaviesť komplexný nefarmakologický program do každodenného života pacientov na doplnenie príp. aj elimináciu farmakologickej terapie. Spoločne s tímom skvelých medicínskych odborníkov (kardiológ, psychiater, fyzioterapeut a odborník na výživu) sa podarilo dosiahnuť pozoruhodné výsledky, ktoré som publikoval a obhájil na pôde Karlovej univerzity v Prahe v kandidátskej dizertačnej práci „Príspevok farmaceuta k optimalizácii terapie pacientov s esenciálnou hypertenziou“.

Po úspešnej obhajbe a niekoľkých prednáškach v Čechách i na Slovensku s touto tematikou, prišlo isté obdobie vákua v tejto odbornej činnosti. Vtedajšie podmienky nedovoľovali ďalej pokračovať v práci v tejto oblasti a v praxi v rámci kardiologického pracoviska. V nemocnici v Bojniciach nebolo vytvorené pracovisko klinickej farmácie, alebo i klinickej farmakológie so systematizovaným miestom pre farmaceuta. Zároveň sa začalo hovoriť o privatizácii lekární.

Prečo som neprivatizoval

Napriek tomu, že som mal serióznu ponuku od svojho vtedajšieho šéfa (ktorý mi istým spôsobom šéfuje aj teraz vo funkcii predsedu dozornej rady našej lekárskej akciovéj spoločnosti), aby som prevzal vedenie lekárne v prievidzskom okrese podľa vlastného výberu, s možnosťou uchádzať sa v dohľadnej dobe o jej privatizáciu, nevyužil som túto možnosť.

Dôvody boli v podstate dva:

Prvým bolo to, že mi pripadalo nemorálne posadiť sa do šéfovskej funkcie vo vybranej lekárskej a tím v podstate odsunúť z najvýhodnejšej pozície doterajšieho šéfa, alebo šéfkou danej lekárskej, pretože v praxi sa pri privatizácii logicky uprednostňovali dovtedajší vedúci, ktorí mali dostatočné skúsenosti s prevádzkou danej lekárskej. Zároveň bol u nich istý predpoklad, že lekáreň si aj po privatizácii bude spoľahlivo plniť svoju nezastupiteľnú funkciu v zásobovaní obyvateľstva liekmi a zdravotníckym materiálom.

Druhým dôvodom bolo to, že z prieskumu odbornej literatúry i informácií skúsenejších kolegov (Bartunek, Kondel, Lehký, Šipeky a i.) som sa dozvedel o tom, že v krajinách EÚ existujú rôzne združenia lekárníkov, zamerané na spoločný nákup, marketing a rôzne iné formy spoločného podnikania, ktoré predstavujú zároveň účinnú ochranu jednotlivých lekárníkov a sú zároveň prostriedkom pre presadzovanie ich kolektívnych profesionálnych názorov. Najvhodnejšie modely boli zabehnuté v praxi nemeckých, francúzskych, rakúskych, ale aj švajčiarskych lekárníkov. Isté pozitívne skúsenosti v tejto oblasti v tom čase už dosiahli aj českí lekárníci.

Galenika „po slovensky“

Optimálny model sa mi pozdával vo Švajčiarsku – kde pod názvom Galenika, úspešne pre prospech švajčiarskych lekárníkov, majiteľov lekární, pôsobila distribučná spoločnosť vo vlastníctve lekárníkov, ktorá im pomáhala aj ekonomicky pri zriadení lekární, ktorá zabezpečovala aj výrobu vybraných OTC produktov a zároveň s komorou Švajčiarskych lekárníkov úspešne lobovala za ich záujmy v politickej i spoločenskej oblasti. (Niekoľkokrát o ich skúsenostiach referoval na našich lekárnických kongresoch aj môj priateľ Peter Toscano, ktorému v krásnom malebnom meste Schaufhausene dopomohla k novej lekárskej akciová spoločnosť švajčiarskych lekárníkov Galenika. Odvtedy je Peter Toscano, pôvodne Zvrškovec, váženým Pánom lekárníkom!). Samozrejme, že mi chýbali praktické skúsenosti, nielen z distribúcie, ale aj z komplexného vedenia lekárskej, preto som sa so svojim šéfom v roku 1992 dohodol, že dočasne prevezmem vedenie novo pripravovanej lekárskej na sídlisku Zapotôčky – Nové mesto v Prievidzi. Priestory lekárskej cca 600 m² boli dlhší čas voľné, nezariadené, pripravené na veľkú poliklinickú lekáreň. Poliklinika sa však z nedostatkov finančných zdrojov po nežnej revolúcii dodnes nepostavila.

Lekáreň som zriadil, otvoril, viedol niekoľko mesiacov a súčasne som hľadal možnosti na realizáciu akejsi Galeniky v slovenských pomeroch. Popri práci v lekárskej (nakoniec ako viacero mojich úspešných kolegov a aj spolužiakov), som sa rozhodol založiť najprv distribučnú spoločnosť na lieky. Odborné skúsenosti som mal len z počutia a z občasných priateľských návštev vo zvolenskej Medike, ktorá ako štátny podnik mala dlho monopol na distribúciu liekov. Akákoľvek práca v distribúcii liekov mi chýbala, preto som sa obrátil na svojho priateľa Dr. Jozefa Pospíšila, ktorý tieto skúsenosti nadobudol nielen ako riaditeľ košickej Mediky, š. p., ale aj ako riaditeľ a spolumatiteľ distribučnej firmy Drug impex so sídlom v Bratislave.

Začiatky Unipharmy...

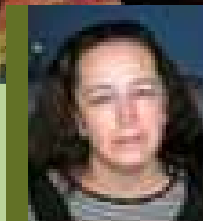
Koncom roku 1992 som založil s.r.o. s obchodným názvom Unipharma, ktorý mal vyjadrovať univerzálnosť vo farmaceutickom podnikaní pre farmaceutov na Slovensku. Prenajal som si malý skladík (120 m²) v suteréne administratívnej budovy JRD v Koši a jednu kanceláriu na prízemí tejto budovy. Dr. Pospíšil mi v začiatkoch rozbehu firmy výrazne pomohol a na nejaký čas sa stal aj mojim spoločníkom. Presvedčil som svoje dve kolegyne, farm. laborantky z lekárskej, aby dali výpoveď zo svojich dobrých miest v lekárskej (najprv nastúpila len jedna, druhá sa odhodlala až o pár mesiacov), zavolať som ešte svojho dobrého priateľa, ktorý mal v osobnom vlastníctve staršiu opotrebovanú Aviu, pridal som do vozového parku ešte moje 17-ročné auto značky Škoda MB 100 a bol som pripravený začať s distribúciou liekov...

Pokračovanie príbehu Unipharmy vám prinesieme v nasledujúcom čísle... ■



Zelené zlato indiánov

Indiáni Guaraní, žijúci na hraniciach Argentíny a Paraguaya, rozprávali legendy o úžasnej liečivej rastline. Nazývali ju Caáiguá (caá znamená výborná rastlina). Indiáni z kmeňa Quechua (územie Peru, Bolívie a Sev. Argentíny) volali tento strom mati. Práve tento názov sa udomácnil aj medzi Španielmi, ktorí kolonizovali indiánske územia a spoznávali tento strom, cezminu paraguajskú a nápoj pripravený z jej listov. Ten je dodnes vo svete známy ako maté. Je tradičným životným elixírom indiánov. Spočiatku ho žuli pre povzbudenie s listami koky. V období horúčav alebo nedostatku potravy maté pomáhalo indiánom tieto chvíle prežiť (je účinným zdrojom energie pri duševnej a fyzickej vyčerpanosti a utlmuje pocit hladu).



Stela Vartovníková
farmaceutický laborant
Lekáreň Sv. kríža, Stupava

■ Čaj maté sa získava sušením mladých lístočkov a púčikov **cezminy paraguajskej** (*Ilex paraguariensis*). Strom cezminy dorastá do výšky 8 – 15 m. Kvitne od septembra do decembra malými bielymi kvietkami. Túto výšku dosahujú však iba divoko rastúce stromy cezminy. Stromy pestované na plantážach dorastajú maximálne do výšky 5 m. Ak by sme chceli tento druh cezminy vypestovať zo semienok, nestačí nám na to voda a zem. Ich obal je totiž príliš tvrdý na to, aby sami vyklíčili. Jezuitskí misionári, mnísi, ktorí šíрили kresťanstvo v Južnej Amerike, sa snažili tento čaj pestovať. Zakladali prvé plantáže a úspešne s ním obchodovali. Trvalo však dlho, kým prišli na tajomstvo množenia rastlínok zo semien. Semienka tejto rastliny totiž musia najskôr prejsť tráviacim traktom veľkozobých vtákov – tukanov. Obal je naleptaný tráviacimi šťavami a až potom, keď sa dostane s trusom vtáka von, je semienko schopné vyklíčiť. Cezmine vyhovujú tropické podmienky. Pokusy pestovať tento strom mimo Južnú Ameriku nedopadli slávne.

■ **Hlavná sezóna zberu maté trvá od mája do septembra.** Mladé konáriky sa osekávajú mačetami a nahromadia sa na kopy. Okolo nich sa založia ohne, aby ich horúčava pomáhala lístky fermentovať. Následne sa dosušujú horúcim vzduchom. Tento prvý krok výroby yerba maté sa nazýva **SAPECADO**.

Potom prichádza na rad **CANCHERO** – hrubé drvenie. Rozdrvené lístky sa nechávajú zrieť vo vreciach pri normálnej teplote vzduchu približne 9 až 12 mesiacov. Tu dostáva maté svoju charakteristickú vôňu a chuť. Proces sa môže urýchliť horúcim vzduchom, ale aj tak trvá asi mesiac. Na koniec sa lístky znova drvia a preosievajú. Výsledkom je **YERBA MATÉ** – zelené maté. To sa môže ešte pražiť a tým vznikne pražené maté – **MATÉ PAMPERO**, ktoré má oreškovú chuť.

■ Zásľuhu na rozšírení maté mali jednoznačne Jezuiti. Hoci zo začiatku pitie maté považovali za hriech, ktorý bol dokonca

posudzovaný pred inkvizíčným tribunálom v Lime r. 1610, čoskoro však odpozorovali pozitívny účinok. Ako prvé ich zaujalo, že maté znižuje účinok alkoholu Chicha, ktorý indiáni pripravovali skvasením plodov karobových stromov. Postupne si začali najímať zberačov maté – **TARRAFEIROS**, ktorí hľadali divoko rastúce stromy v džungli, a potom aj zakladať prvé plantáže. Maté sa preto nazýva aj **ČAJ JEZUITOV**. Prvé vzorky čaju maté sa dostali do Európy v roku 1764. Európanov však neoslovil a ďalších 50 rokov zostal nepovšimnutý. Až zásluhou francúzskeho botanika **AIMÉ BOMPLANDA** sa vedecké a obchodné kruhy o tento čaj začali znovu zaujímať. Pestovanie maté sa obnovilo začiatkom 20. storočia a úspešne trvá dodnes.

■ Domorodí indiáni pôvodne srkali maté z hlinených nádob a lístočky cedili cez zuby. Tradične sa však maté pije z vydľabaných a vysušených tekvičiek plodov popínavej rastliny **LAGENARIA VULGARIS**, ktoré sa volajú **KALABASA**. Priamo do kalabasy sa nasypú lístočky maté a zalejú sa vriacou vodou. Pije sa čo najhorúcejšie. Kalabasy sa vyrábajú aj z dreva zdobeného meďou alebo zo striebra. Znalci však tvrdia, že prírodná kalabasa dodáva čaju špecifickú chuť. Kalabasy okrúhleho tvaru sa volajú **GALLETA** a pije sa z nich nesladené maté – **CIMARRÓN**. Sladké maté sa popíja z hruškových kalabás – **PORO**. Do kalabás z prírodných materiálov sa neodporúča sypať cukor, ani používať iné dochucovadlá, vnútrajšok by sa mohol znehodnotiť. Ku kalabase patrí slamka bombilla – Bombília. Pôvodne zhotovená z prírodného bambusu, ku ktorému sa na spodnú stranu uplietla sieťka z kónských vlasov, aby cedila lístky maté. Alebo sa tam navíťali drobné diery. Dnes sa používajú hlavne kovové bombily s miernym rozšírením, ktoré vytvára dômyselné sitko. Maté by sa bombilou nemalo miešať. V ortodoxnejších skupinách sa považuje za nevhodné dotknúť sa pri pití maté prstami bombily. V ruke by sa mala držať len kalabasa.

■ Maté je výrazne povzbudzujúci nápoj s vysokým obsahom kofeínu, ktorý sa u maté označuje ako **MATEÍN**. Aj ľudia, ktorí neznesú kávu, pozitívne reagujú na mateín v maté. Je dokázané, že nie všetky purínové alkaloidy (kofeín, teín, mateín) sa správajú v ľudskom tele rovnako. Vedci poukazujú na to, že hoci ide o zlúčeniny prakticky identické, ich účinok sa mení práve vzhľadom



na komplex ďalších látok, ktoré sa uvoľňujú do nálevu. Nie je teda jedno, či pijeme čaj, kávu alebo maté. Mateín napríklad stimuluje CNS a na rozdiel od kofeínu z kávy nie je návykový. Jeho pravidelné pitie zvyšuje kvalitu bdenia i spánku. Okrem mateínu obsahuje maté viac ako 20 aminokyselín, betakarotén, vitamíny: A,C,E, komplex vitamínov B, horčík, draslík, vápnik, železo, mangán, kremík, fosfor, síru, chlorophyl, cholín a inositol.

■ **Príprava maté:** množstvo maté nasypaného do kalabasy býva rôzne. Závisí od subjektívneho pocitu i od množstva osôb, ktoré budú maté spolu z jednej kalabasy popíjať, ako býva v Južnej Amerike dobrým zvykom. Tradične sa nasype maté až do 1/4 objemu kalabasy a zvyšok sa doleje vriacou vodou. Ak máte radi jemnejšie čaje, odporúča sa nasypať do kalabasy 2–3 čajové lyžičky maté, zaliať ho cca 90 stupňov teplou vodou a piť také horúce, ako sa len dá. Maté sa môže zalievať viackrát. Dá sa pripraviť aj nálev do hrnčeka. V tom prípade zalejeme 1 čajovú lyžičku 250 ml vriacej vody. Doba lúhovania je 3 až 5 min. Po 5 minútach začína nálev horknúť, ale povzbudzujúci účinok narastá.

■ **Tradičný rituál pitia maté:** Pripravuje sa pre viacerých ľudí sediacich v kruhu. Podľa tradície ten, kto nálev pripravuje by mal prvý nálev vypíť sám, aby spoznal kvalitu, chuť a silu maté, ktoré

pripravuje. Prvý nálev býva často trpký. Po dopití sa maté zaleje znova a podáva sa v smere hodinových ručičiek. Maté sa môže zaliať 5 až 10-krát

podľa chuti. Osoba, ktorá dolieva maté a stará sa o jeho pohyb medzi popíjajúcimi, sa nazýva **CEBADOR**. Lepšie juhoamerické rodiny mali na tento účel špeciálneho sluhu, ktorý mal na starosti iba tento rituál.

■ Maté poznali juhoamerickí indiáni už pred storočiami. Svedčia o tom nálezy pozostatkov maté a nádob na jeho pitie na starých pohrebiskách. Potomkovia indiánov Guaraní používajú maté dodnes pri kruhových šamanských rituáloch.

■ Nápoj z maté vás povzbudí viac ako káva, preto sa neodporúča piť ho večer. Vyhľadávajú ho hlavne študenti počas skúškového obdobia. Urobte niečo pre svoje zdravie a osviežte sa šálkou maté. Nikdy nie je neskoro vyskúšať niečo nové.

■ Prajem všetkým milovníkom čaju príjemné zimné chvíle. ■



ZDRAVOTNÉ ÚČINKY:

stimuluje CNS	spomaľuje proces starnutia	regeneruje pečeň	pomáha pri alergiách a sennej nádche
znižuje únavu, zlepšuje pamäť	regeneruje a posilňuje srdce a celý kardiovaskulárny systém	vyrovnáva hladinu cukru v krvi	má afrodisiakálne účinky
prospieva po intenzívnom slnení a pri únave z tepla	zmiernuje a lieči kôrmatenie ciev	stimuluje kôru nadobličiek a produkciu glukokortikoidov	
pomáha pri bolestiach hlavy a migréne	účinný antioxidant (kvôli obsahu polyfenolov)	zlepšuje trávenie a pomáha pri zápche	
odstraňuje poruchy spánku	pomáha odbúravať toxické látky z tela	znižuje pocit hladu a zásobuje telo energiou	

inzercia

Odstráni zápach nôh už po 24 hodinách po jedinom použití

PediCare²⁴

odstráni zápach nôh
už po 24 hodinách



PediCare²⁴

je kozmetický krém na nohy, ktorý ošetruje a dezodoruje pomocou panthenolu a allantoinu - látok vhodných pre pokožku. Už jediné použitie môže viesť k trvalému odstráneniu zápalu nôh.

- chráni a ošetruje
- dezodoruje
- reguluje tvorbu potu
- bráni vzniku zápachu
- blokuje tvorbu baktérií

PediCare²⁴

účinkuje cieleným pôsobením svojich zložiek:

1. **reguluje tvorbu potu**
2. **predchádza** vzniku zápachajúcej kyseliny maslovej
3. **obmedzuje** vznik baktérií, čím už od začiatku **zabraňuje** vzniku zápalu



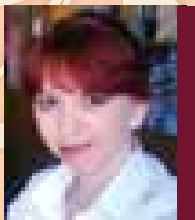
* ŽIADAJTE VO SVOJEJ LEKÁRNI * VHDNÉ AJ PRE DIABETIKOV *

Distribúcia v SK: AD-Energy, s.r.o., Janigova 11, 040 23 Košice, info@pedicare24.sk
Výrobca: Dr. Förster, D-63263 Neu-Isenburg, Germany

Foto: archív autorky a zbierky Východoslovenského múzea v Košiciach

NÁDOBY NA LIEČIVÁ 14

PaedDr. Uršula
Ambrušová, PhD.
Východoslovenské
múzeum v Košiciach



Ochrana liečivých prípravkov a liekov je veľmi starého dáta. Už naši predkovia sa starali podľa svojich možností o ich vhodné uchovanie a uloženie. Používali na to najrôznejšie schránky a nádoby, často veľmi zaujímavých tvarov a materiálov. Na vysokej úrovni bola táto starostlivosť najmä v Egypte a v grécko-rímskej oblasti. Dosvedčujú to nespočetné nálezy z hrobov. Najstaršie nádoby boli zo žuly, čadiča a alabastru. Nádoby mali najprv valcový tvar, neskôr podobu kužela. Uchovávali sa v nich masti a oleje, ktorých spotreba bola značná.



↑ Nádoba z archeologického nálezu

Keramická stojatka uzavretá voskovým papierom ↑
a previazaná receptúrnym motúzom

Plechové škatulky na liečivá z 20. storočia ↑ →

↑ Lepenkové škatulky
na liečivá z 20. storočia

* Tekuté liečivá boli uchovávané vo fľašiach niekedy s jedným, inokedy s dvoma uchami, alebo v širokých kamenných džbánoch. Totiž fľaše a džbány sa dali pomerne dobre uzatvárať. Zvykli mať vypuklé okraje, ktoré sa prevádzovali kožou a uzlami koženého povrazu sa zapečatili. Aromatické drogy ukladali do suchých drevených skriniek alebo debničiek z lipového dreva. Niektoré drogy, hlavne semenné balili ešte do papyrusov alebo rôznych listov. Kvety, listy a korene ukladali do hlinených nádob. Myrhu vkladali do mechov, alebo balili do kozej kože. Šafran držali v cínových nádobách. Prípravky z octu, živice alebo dechtu plnili do kovových zásobníč. Vzácné vonné oleje a masti uchovávali

v alabastrových nádobách. V Egypte ich používali hlavne na úschovu balzamov k mumifikovaniu. Schránky opatrli názvami, ktorými označili obsah a meno balzamočára.

* V polovici druhého tisícročia pred n. l. prichádza k slovu sklo, ktoré sa tešilo veľkej obľube pre svoju jednoduchosť. Sklárske hute dodávali lekárňam fľašky rôznych veľkostí a tvarov, ktoré sa dobre uzavierali papierom, drevenými zátkami, tkaninou, korkom a smolou. U sklenených nádob sa ešte odporúčalo uzatváranie kožou, živočíšnou blanou, prípadne ústie fliaš zalievať voskom, alebo prelepiť náplastou. Často používané mliečne sklo je produktom druhej polovice 17. storočia. Pripravovali ho pomocou kostného popola, ktorý získali spálením zvieracích kostí na 1100 °C bez zuhoľnenia, tzv. kalcinovaním, schladením a mletím. Českého pôvodu je čierne nepriehľadné, tvrdé a takmer nerozbitné sklo s vysokým leskom – hyalit, ktorý bol vyhovujúci pre uskladnenie liečiv citlivých na svetlo. Vynašiel ho v roku 1817 matematik, prírodovedec



a vynálezca Jiří František August gróf Buquoy (1781–1851) za podpory riaditeľa sklárni Bartolomeja Rösslera. Do lekárni ho uviedol v roku 1827 pražský závod Batkúv. Keďže bol vyrábaný iba v rokoch 1820 – 1860, ako náhradu neskôr používali fľaštičky potiahnuté asfaltovým lakom, čiernym papierom, čiernou olejovou farbou alebo kamennouhlíňným dechtom.

* Koncom 18. storočia sa vo farmácii ujímajú papierové pozdĺžne signatúry pri väzovaní k hrdlám fľaštičiek. Aj papierové škatulky na liečivá prináša 18. storočie. Prášky, pilulky, suppositoria, rôzne drogy boli pacientom vydávané v papierových kornútoch alebo vreckách – neskôr napustené voskom alebo parafínom, ktoré si lekáre zhotovovali sami (do 19. storočia ich pripravovali výlučne lekárnici učni), alebo ho kupovali nakrájaný do obdĺžnikových hárkov v šírke 50 cm. Zakúpený papier si lekárnik mohol nožnicami postrihať na požadované rozmery. Boli vhodné na masti, čípky, rôzne soli, silne páchnuce a lepkavé substancie. Začiatkom 19. storočia prichádzajú z Francúzska bielym papierom vystlané lepenkové škatulky a v roku 1872 sa objavujú prvé škatulky z plechu. V lekárenskej obalovej praxi bol tiež dosť často používaný receptúrny motúz (špagát). Neskôr aj rôzne zafarbený: biely, ružový, červený, modrý, zelený, modrobiely a obyčajný sivý. Dodávaný bol natočený na 400 yardové cievky (1 yd = 0,9144 m). ■



Hyalitové stojatky z polovice 19. storočia →

CHUŤ A ZDRAVIE
alfabio

„Nech je jedlo Vaším liekom“
Hippokrates



www.facebook.com/tofu4u
www.alfabio.com



FARMACEUTICKÉ • KALENDÁRIUM •

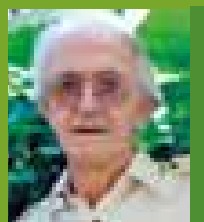


Rudolf – August Oetker (vľavo) a Dr. August Oetker pred obrazom zakladateľa

Z detstva si pamätám mamičkinu kuchársku knihu s veľkou reklamou „**Dr. Oetker** – moudrá hlava do pečiva“ s charakteristickou siluetou dievčenskej hlavy. Kto bol Dr. Oetker? Narodil sa 6. 1. 1862 v Obernkirchene, mestečku neďaleko Hannoveru. Po maturite v Bückebergu, nastúpil do lekárne v Hagene, po dvoch rokoch zložil predpísané skúšky a zapísal sa na prírodné vedy v Berlíne. Farmaceutické štúdium zakončil v roku 1888 na Univerzite vo Freiburgu doktorátom z filozofie. V roku 1889 sa oženil a za pomoci rodiny zakúpil Aschoffsche apotheke v Bielefelde. Z otcovej pekárne poznal ťažkú prácu s neistým výsledkom pečenia a tak začal experimentovať s rôznymi prísadami do múky, v snahe pečenie uľahčiť. Traduje sa, že nie v laboratóriu, ale v zadnej komore lekárne pripravil po dvoch rokoch kypriaci prášok, ktorý zabezpečoval súčasne nakyprenie cesta aj jeho trvanlivosť a mal neutrálnu chuť. Zaručená a konštantná kvalita, možno aj recept na koláč na zadnej strane vrecúška, boli základom úspechu, napriek relatívne vysokej cene 10 fenigov. Ďalším výrobkom bol jedlý škrob, ktorý predával pod názvom Gustin. Úspechy v predaji viedli Augustina Oetkera v roku 1891 k založeniu firmy. 120 výročie založenia firmy oslávili v minulom roku nielen Bielefelde a v Bolerázi, sídlo slovenskej pobočky, ale aj ďalších vyše tridsiatich krajinách, kde firma pôsobí. Rodinnú firmu po celú dobu vedie vždy člen rodiny. Od roku 2010 je na čele právnik zakladateľa Richard. Dr. Augustin Oetker zomrel 10. 1. 1918. ■



Prípravil: Mgr. Jan Nanti



MUDr. Karol Mika
praktický lekár
a spoluautor atlasov
liečivých rastlín



Palina draččia

Artemisia dracunculus L.
(Asteraceae)

■ Z obsahových látok je významná najmä silica. Z celkového množstva 0,2–1 % tvorí najvýznamnejšiu zložku estragol, čiže metylchavikol (izoanetol 60 – 70 %), okrem nej sú prítomné terpény, linalylacetát, felandrén, ocimén.

Zo sterolov – sitosterol, stigmasterol, ale tiež kumarínové látky (herniarín, artemidín, skoparín), flavonoidy (kvercetín, luteolín, kempferol, hyperozid, rutín), horčiny, triesloviny a i. Koreň obsahuje odlišnú silicu s polyínom, ktorý má fungistatickú účinnosť.

■ Rastlinné drogy zvyšujú vylučovanie žlče (choleretikum) ako aj jej odtok do dvanástnika (cholagogum), podporujú chuť do jedla a zlepšujú trávenie (stomachikum), účinkujú proti nadúvaniu a plynatosti (karminatívum), uvoľňujú kŕče hladkého svalstva (spazmolytikum), spomaľujú vápenatenie tepien (antisklerotikum), posilňujú organizmus (roborans) a zvyšujú močenie (diuretikum).

■ Choleretické pôsobenie drogy vyvolávajú predovšetkým kumarínové látky, ktoré sú aj mierne diuretické. Silica zlepšuje vylučovanie enzýmov v tráviacom trakte, ale predovšetkým napomáha tvorbe žalúdočnej šťavy. Rovnaký účinok potenciujú aj horčiny, ktoré zvyšujú chuť do jedenia. Preto sa rastlina často ordinuje pri stavoch s celkovým oslabením organizmu, pri zníženej chuti do jedenia, nedostatočnej činnosti žalúdka a čriev, ako aj pri poruchách tvorby žlče, ktoré sa vyskytujú najmä v geriatrickej praxi. U starých ľudí sa využíva aj antisklerotické a roborujúce pôsobenie drogy, ktorá má veľmi výhodné zloženie aktívnych látok. Spazmolytické účinky podporujú flavóny, ktoré spolu s trieslovinami pomáhajú normalizovať poruchy trávenia spojené s meteorizmom a s dyspeptickými ťažkosťami. Rastlina si získala obľubu v kuchyniach mnohých národov ako korenina. Pre výhodné terapeutické aj preventívne vlastnosti bez vedľajších škodlivých účinkov si zaslúži oveľa viac pozornosti.

Trvácva bylina má do 120 cm vysoké, husto rozkonárené stonky, dole drevnatejúce. Striedavé listy sú kopijovité až čiarkovité. Má riedke, prútoité metliny drobných úborov bielo červenkastých kvetov so žltkastými obvodovými lupienkami. Druh pochádza z Ázie, u nás sa pestuje, miestami sa spontánne ďalej rozširuje. Rastlina bola v liečiteľstve, ale tiež ako korenina, známa už v starom Grécku. V súčasnosti sa liečebne využíva vňať (*Dracunculi herba*), syn. *Artemisiae dracunculi herba* a list (*Dracunculi folium*).

- Priemerná jednotlivá dávka na prípravu záparu je 1,5 g drogy 3-krát denne, alebo 1 kávová lyžička na šálku vody 2 – 3-krát denne po lyžiciach. *Dracunculi herbae infusum* predstavuje približne 2 % zápar, z ktorého sa užívajú 2 – 3 šálky denne. Práškovaná droga sa môže podávať aj v obľáčkach, a to v dávkach 1 – 2 g denne.
- V prípadoch, keď nie je kontraindikovaný alkohol, môže sa ako amarum, roborans ale aj ako cholagogum a diuretikum užívať *Dracunculi vinum* (2 – 3 lyžice drogy sa nechá 14 dní vylúhovať v 500 ml ľahkého bieleho vína), pije sa po kalíšku (30 ml) 20 – 30 min. pred jedením 2-krát denne.
- V sezóne sa rastlina užíva aj v čerstvom stave. Konzumovanie zväzočku lístkov 1–2-krát denne nalačno pôsobí antiskleroticky.

■ Pri vnútornom užívaní preventívnych aj liečivých dávok nie sú známe nijaké škodlivé účinky. Manipulácia s čerstvou drogou však, v ojedinelých prípadoch, môže vyvolať na koži alergickú reakciu.

■ Rastlina má výhodné parametre pre výrobu samostatnej čajoviny, alebo v príslušných zmesiach. Využíva sa pri konzervovaní potravín, tiež ako vhodná kulinárska korenina. ■

Vydáva:

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

Zástupkyňa šéfredaktora (poverená vedením redakcie):

Bc. Lívia Kerumová

tel.: 0917 400 118, lkerumova@unipharma.sk

REDAKČNÁ RADA:

Predseda:

RNDr. Tomislav Jurik, CSc.

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

Členovia:

- **PharmDr. Tibor Czulba**

Slovenská lekárnická komora

- **PharmDr. Vlasta Kákošová**

Detická fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava

- **RNDr. Štefan Kišoň**

Slovenská farmaceutická spoločnosť, Bratislava

- **Mgr. Michael Kotouček**

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

- **Prof. PharmDr. Ján Kyseľovič, PhD.**

Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

- **PharmDr. Ján Mazag**

Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Bratislava

- **RNDr. Mária Mušková, PhD.**

Lekáreň Sv. križa, Podunajské Biskupice

- **Mgr. Jan Nantl**

Lekáreň Humaveť, Bratislava

- **PharmDr. Michaela Palágyi, PhD.**

GENAS – asociácia generických výrobcov, Bratislava

- **RNDr. Jozef Slaný, CSc.**

Ministerstvo zdravotníctva SR, Bratislava

- **MVDr. Bc. Soňa Strachotová, MBA**

Slovenská asociácia farmaceutických spoločností, Bratislava

- **Doc. RNDr. Silvia Szücsová, CSc.**

Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

- **RNDr. Ladislav Šitáni**

Lekáreň Bacillus, Bratislava

- **Prof. MUDr. Pavel Švec, DrSc.**

Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

- **PharmDr. František Tamer**

Ústav toxikológie UVLF Košice

Grafická úprava a sadzba: Eva Benková

Tlač: Tlačiareň Patria I., Prievidza

Distribúcia:

Prostredníctvom obchodných zástupcov, vodičov a poštových zásielok zabezpečuje

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

Číslo vychádza do 10. dňa v mesiaci.

Nepredajné!

Za obsah inzerátov zodpovedajú inzerenti.

Adresa redakcie:

UNIPHARMA

– 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

Časopis Lekárnik

Opatovská cesta 4, 972 01 Bojnice

e-mail: lekarnik@unipharma.sk

tel: 046/515 42 03, fax: 046/543 08 51

Ministerstvo kultúry SR EV 3620/09

VO FEBRUÁRI SI PREČÍTATE



HLAVNÁ TÉMA:

■ Virotické ochorenia

– bojujte s číhajúcimi vírusmi



■ Pýtame sa odborníkov

na prínos generickej preskripcie



■ Zdravie nás spája: Uniklinika kardinála

Korca v Prievidzi pod vedením

MUDr. Roberta Vetráka, MPH

OSPRAVEDLNENIE

Ospravedľujeme sa čitateľom za skreslené informácie o náplni práce absolventa študijného odboru zubný asistent v článku zverejnenom v časopise Lekárnik (č. 11/2011, str. 25). Našou vinou sa kompetencie absolventa zubného asistenta prekrývali s kompetenciami zdravotníckej profesie dentálna hygienička.

Opravený text by znel:

Absolventi študijného odboru zubný asistent sú pripravení plniť asistentenské úlohy v preventívnom, diagnostickom a liečebnom režime zubnej ambulancie. Naučia sa pripraviť ambulanciu na vyšetrenie a ošetrovanie pacienta zubným lekárom. Získajú vedomosti, ako treba predchádzať ochoreniam zubov a ďasien.

Mgr. Viera Ondrúšková, zástupkyňa riaditeľky školy, SZŠ Záhradnícka 44, Bratislava



SILA PRÍRODY

Bylinné čaje
a prípravky z liečivých rastlín



FYTO
PHARMA

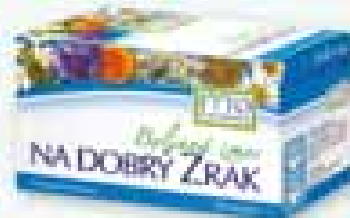
FYTOPHARMA, a.s.
Dukelských hrdinov 651
901 27 Malacky

viac informácií
hľadajte vo svojej lekárni

Optofitky - prípravok je určený pre osoby s extrémne namáhaným zrakom, napr. pri častom sledovaní monitoru počítača, televíznej obrazovky, pred nočnou jazdou automobilom, pri práci s drobnými predmetmi alebo pri štúdiu. Veľmi priaznivo pôsobí na pevnosť a odolnosť očných ciev a zároveň na regeneráciu unavených očí. Užívanie sa odporúča aj pri nadmernej citlivosti na svetlo, vrátane dlhšieho pobytu na ostrom slnku

Bylinná zmes NA DOBRÝ ZRAK - porciovaný - výživový doplnok

Zmes bylín, ktoré priaznivo pôsobia na regeneráciu očí unavených napr. dlhodobým sledovaním monitoru počítača alebo šoférom, pomáhajú chrániť zrak pred nepriaznivými vonkajšími vplyvmi a procesmi starnutia.



www.fytopharma.sk