

Lekárnik[®]

odborno-informačný mesačník pre lekárnikov

3

MAREC
2013
Ročník XVIII.

14. 3. 2013
Svetový deň
obličiek

Rozhovor s novozvoleným
dekanom FaF UK, Bratislava

doc. PharmDr. Pavel Mučaji, PhD.

Reexport liekov

pretrvávajúca a zhoršujúca sa
problematika



obsah



05

- 03 **Editoriál**
– Mgr. Ivan Gašparovič
- 04 **Stretnutie s obchodnými partnermi a priateľmi**
- 05 **Naša anketa a polemika**
– Budú na Slovensku dostupné reexportné lieky?
- 11 **Legislatíva: Neprimerané obchodné podmienky pri obchodovaní s potravinami sa týkajú i Vás, lekárníkov!**
– Mgr. Juraj Nikodémus
- 12 **Krátke správy**
– Vydanie lieku na interrupciu – morálny i právny problém
– Rýchlejší prístup pacientov ku generikám?
– Pôrodnica v nemocnici Košice-Šaca je podľa mamičiek najlepšia v kraji
– Nielen chorý orgán, ale celý človek
- 14 **Svet farmácie**
- 16 **Kokteil z farmácie**

Hlavná téma:

- 18 **Infekcie močových ciest**
– MUDr. Peter Čech
– MUDr. Romana Hubináková

- 21 **Pozvánka na XXXIX. lekárnické dni**
- 22 **Brusnice a prevencia zápalu močových ciest**
– Ing. Jarmila Kabátová
- 24 **Rozhovor s hlavným odborníkom MZ SR pre urológiu**
- 26 **Diskusné fórum**
– Myopatia – možný dôsledok liekových interakcií statínov
- 28 **24. 3. – Svetový deň TBC**
– Liečba tuberkulózy v súčasnosti
- 32 **Rozhovor s novým dekanom FaF UK**
- 36 **Novinky z Čiech: Prečo odmietajú elektro-nickú preskripciu?**
- 37 **Rozhovor s MUDr. Minou Bobockou**
- 40 **30. jubilejná Medicamenta Nova**
- 42 **Psychológia v lekárni: Dobrý zamestnávateľ – spokojný zamestnanec**
– PhDr. Petra Klastová Pappová, PhD.
- 44 **Zahraničná stáž študenta farmácie**
- 46 **Medzi nami študentmi**
- 47 **Alergie na blišie bodnutie**
- 48 **Farmaceutický laborant: História čaju**
– Stela Vartovníková
- 51 **Sudoku so spoločnosťou OBRA SK**
- 52 **História farmácie**
– PaedDr. Uršula Ambrušová, PhD.
- 53 **Farmaceutické kalendárium**
– Belo Voldán
- 54 **In memoriam**
– RNDr. PhMr. Štefan Mareček
- 55 **Tiráž**



32



- **doc. PharmDr. Pavel Mučaji, PhD.**
– novým dekanom FaF UK
Prinášame Vám rozhovor, ktorý nám poskytol hneď v prvé dni vo svojej funkcii.



11

- **Neprimerané obchodné podmienky pri obchodovaní s potravinami sa týkajú aj vás!**
– Mgr. Juraj Nikodémus



12

- **Krátke správy**
– Vydanie lieku na interrupciu je morálnym i právnym problémom!



24

- **MUDr. Vladimír Baláž, PhD.:**
– Nielen v urológii je povinnosťou prinášať pacientom moderné trendy v medicíne

- **MUDr. Mina Bobocká:**
Potrebovala by som, aby môj deň trval 36 hodín



37



18

Hlavná téma čísla

Pozor na močové ústrojenstvo!

- **Infekcie močových ciest**
– MUDr. Peter Čech
– MUDr. Romana Hubináková
- **Brusnice a prevencia zápalu močových ciest**
– Ing. Jarmila Kabátová



Vážení čitatelia časopisu Lekárnik,

situácia v dodávkach liekov začína na Slovensku pripomínať čiernu dieru, kedy sa pacient často nemôže dostať k svojim liekom, pretože tie

akoby sa vyparili, či zmizli v spomenutej čiernej diere. Ruky si pritom alibisticky umýva a viny sa zbavuje každý z článkov liekového reťazca. A čo je ešte smutnejšie, aj štát...

Už niekoľko rokov je poslaním lekárskej distribúcie Unipharma nielen bojovať za zachovanie nezávislosti výkonu lekárskeho povolania, ale denne zabezpečovať pre svojich zákazníkov – lekárníkov zásady 5 S. Servis, spoľahlivosť, serióznosť, stabilita a sortiment, čiže kompletné liekové portfólio tak, aby sa prostredníctvom lekární dostal každý pacient k svojmu lieku včas. Bohužiaľ situácia v zásobovaní liekmi na slovenskom trhu sa zúžila na boj o nedostatkové, reexportom ohrozené lieky.

Aký je dôvod tejto krízovej situácie?

Základná matematika liekového reťazca znie: výrobná firma vyrobí lieky žiadané trhom, cez distribútora liekov ich dodá do lekární a lekárník ich následne vydá pacientovi. Na prvý pohľad ľahký vzorec, ktorý sa však kvôli vplyvom iných, dopredu často nečakaných premenných, stáva neriešiteľnou rovnicou.

Hlavnou úlohou všetkých článkov liekového reťazca je, aby sa pacient dostal k svojim liekom a adekvátnej liečbe včas a za prijateľnú cenu. Presný opak je však skutočnosťou. Pacient je nútený opakovane absolvovať maratón svojím mestom a lekárniami, aby svoj potrebný liek vôbec obdržal. Lekáreň denne niekoľkokrát vyvoláva svojej distribučnej spoločnosti a výrobcovi liekov, kde sa dopytuje po dodávke. Distribútor trávi hodiny zháňaním dopytovaného lieku a organizovaním mimoriadnych dodávok od výrobcu. Výrobca zas trávi hodiny vysvetľovaním distribútorovi a lekárníkov, že množstvo, ktoré na náš trh dodal, je dostatočné pre reálne potreby pacientov. Kde sa teda lieky strácajú? Záranky sa nedejú a lieky hádam len tak v nejakej pomyslenej čiernej diere nemiznú, či? Alebo nie je to skôr „aktívnom obchodovaní“, inak povedané reexporte liekov, na ktorom si svoj biznis založilo množstvo neeticky obchodujúcich spoločností?

Kto dal reexportu zelenú?

Problémom reexportu, ktorý priamo ohrozuje aj vždy korektné a v prospech lekárnika a pacienta pôsobiacu našu distribučnú spoločnosť, je balík zákonov č. 362/2011 Z. z. a č. 363/2011 Z. z., ktoré nadobudli účinnosť 1. 12. 2011 a stanovili spôsob určovania ceny lieku na Slovensku na druhú najnižšiu

cenu v rámci krajín EÚ. Cieľ MZ SR znížiť ceny liekov bol možno prvoplánovo šlachetný, ale nedomyšlený. Keď k tomuto faktu pridáme možnosť paralelného obchodu v rámci EÚ, dvere reexportu sú otvorené.

Aká je naša úloha ako lekárskej distribúcie?

Už celé roky patrí k nášmu poslaniu a misii i boj za lekárníkov, nielen za zachovanie ich nezávislosti, ale aj za každú ich jednu oprávnenú požiadavku. Dnes tou základnou požiadavkou vás – lekárníkov, je nedostatkový sortiment. Našou úlohou je zozbierať objednávky lekární a samozrejme čo v najbližšej miere a k čo najväčšej spokojnosti ich vybaviť. Čo máme však urobiť, keď objednávky lekární výrazne prevyšujú naše dodávky od výrobcov? Ako máme vedieť objektívne zhodnotiť reálne potreby trhu? Aké je správne kritérium na rozdelenie liekov?

Denno denne musíme zvládať námietky lekární, prečo daný sortiment nedostanú, keď ho reálne potrebujú pre pacienta. Viem, že vy – lekárnici sa nachádzate v nepríjemnej situácii, keď ste nútení chorého pacienta poslať domov bez svojho lieku, ktorý nutne potrebuje. Mnohokrát sú to dôležité onkologické lieky, lieky na utlmenie bolesti, liečbu astmy... Pravdaže sa objavujú i sťažnosti, že distribučné spoločnosti sa dostávajú k najväčším dodávkam liekov a reexportujú alebo, že ciele neperozdeľujú sortiment vybraným lekárniam.

Lekárska distribúcia, ako to už vyplýva z jej filozofie, sa však k takémuto kroku nikdy neuchýlila a ani neuchýli. Celý kolektív Unipharmy od oddelenia nákupu po oddelenie predaja rokuje s výrobcami, s cieľom zabezpečiť požadované množstvá niektorých druhov nedostatkového sortimentu, ale aj ak by sme mali 100 % podiel na dodávkach od výrobných firiem, nepokryli by sme 100 % potreby našich klientov.

Kto môže v tejto situácii podať pomocnú ruku? Nemal by už v tomto bode, keď dochádza k zahrávaniu sa s pacientovým zdravím, zakročiť aj štát? Veď jeho primárnu úlohou je zabezpečiť dostupnú, včasnú a cenovo primeranú liečbu pre každého svojho obyvateľa!

Jedno riešenie už poskytnuté bolo: novela zákona č. 362/2011 Z. z. s účinnosťou od 2. 1. 2013 zaviedla distribútorom nahlasovaciu povinnosť vývozu liekov 30 dní pred plánovaným vývozom na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, ktorý v prípade ohrozenia dostupnosti lieku, daný vývoz môže zakázať. Lekárska distribúcia jednoznačne očakáva ráznejší zásah štátu v tejto problematike a bude vždy stáť za akýmkoľvek opatrením, ktoré bude viesť k zníženiu reexportu liekov zo Slovenskej republiky a zabezpečenia ich dostupnosti pre pacientov.

MVDr. Branislav Klopán
riaditeľ nákupu a výroby
Unipharma – 1. slovenská
lekárska akciová spoločnosť

Stretnutie

s obchodnými partnermi a priateľmi

Autor: Mgr. Ivana Murínová
Foto: archív redakcie

Úspešná spolupráca bude pokračovať



Spoločnosť Unipharma v stredu 27. februára 2013 navštívili generálny riaditeľ Pfizer Slovensko MUDr. Branislav Budke a Commercial Director Mag. Martin Bugan. V Bojniciach ich privítali generálny riaditeľ RNDr. Tomislav Jurik, CSc. spolu so synom MSc Petrom Jurikom, riaditeľom pre rozvoj. Počas rokovania zhodnotili doterajšiu spoluprácu, diskutovali o súčasnej situácii v distribučnom podnikaní a nevyhli sa ani problematike rozmáhajúceho sa trhu s falošnými liekmi. Spolupráca medzi oboma spoločnosťami sa má naďalej aktívne rozvíjať i v tomto roku. Pre spoločnosť Pfizer bude podľa slov Dr. Budkeho rok 2013 najvýznamnejším za posledných 10 rokov, pretože sa chystajú na trh uviesť nové lieky, ktoré by mali priniesť pacientom s vážnymi ochoreniami zlepšenie prognóz. Momentálne má firma vo svojom portfóliu registrovaných 223 liekov a jej cieľom je neustále prinášať slovenským pacientom nové lieky. Pri tejto téme sa Dr. Budke dotkol i dostupnosti liekov na



↑ Zľava: MUDr. Branislav Budke, Peter Jurik, MSc, Mag. Martin Bugan

Slovensku, kde zhodnotil zákon č. 363/2011 Z.z., kde podľa neho zmena v cenách a úhradách liekov výrazne ovplyvňuje dostupnosť nielen ich liekov na slovenskom trhu. Riešenie vidí v odbornej diskusii, ktorá by mala priniesť stabilitu práve v tejto problematike. ■

Storočnica spoločnosti EGIS

Pri príležitosti stého výročia založenia EGIS Pharmaceuticals PLC bol riaditeľ nákupu a výroby spoločnosti Unipharma, MVDr. Branislav Klopán pozvaný na oslavy jubilea priamo do Budapešti, kde sídli jej centrála. Jedna z vedúcich farmaceutických spoločností v strednej Európe vznikla v roku 1913 v Maďarsku pod názvom Dr. Wander Gyógyszer-és Tápszergyár Rt. ako pobočka švajčiarskej Dr. Albert Wander A.G. V polovici dvadsiateho storočia sa po zlúčení šiestich farmaceutických spoločností premenovala na EGYT, no mnohí zahraniční partneri sa domnievali, že ide o egyptskú spoločnosť, preto v roku 1985 dostala názov EGIS a strategickým partnerom sa päť rokov na to stala úspešná francúzska spoločnosť Servier. Na oslavách jubilea, kde sa doktor Klopán zúčastnil, nemohol chýbať príhovor generálneho riaditeľa či slávnostný koncert. ■



■ § 19a zákona o liekoch zaviedol monitorovanie vývozu humánneho lieku: „Vývoz humánneho lieku môže vykonávať držiteľ povolenia na výrobu liekov, ak vyvážený humánny liek vyrobil, alebo držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov. Ak vývoz humánneho lieku vykonáva držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov, je povinný 30 dní pred začatím vývozu humánneho lieku písomne oznámiť štátnemu ústavu zámer vykonať vývoz humánneho lieku.“ ŠÚKL má možnosť do 30 dní od doručenia oznámenia vývoz nepovoliť, ak je humánny liek nedostatkový a vývoz by ohrozil jeho dostupnosť a poskytovanie zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Otázka:

Myslíte si, že novela zákona č. 362/2011 Z. z. zavádzajúca povinnosť nahlasovania vývozu liekov 30 dní pred plánovaným vývozom štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv, zvýši dostupnosť re-exportných liekov na Slovensku?

doc. PharmDr. Pavel Mučaji, PhD.
dekan
Farmaceutická fakulta UK
Bratislava



?

Do uzávierky časopisu sa nevyjadril.

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



áno

Zníženie ceny liekov na druhú najnižšiu v rámci EÚ bolo dvojsečnou zbraňou, pretože pre niektoré spoločnosti zatriktívnilo reexport z SR a spôsobilo jeho nárast neudržateľným tempom. Verím tomu, že nahlasovacia povinnosť vývozu na ŠÚKL je prvým krokom k prísne monitorovaniu reexportu. Osobne podporím každé jedno opatrenie, ktoré zvýši dostupnosť nedostatkových liekov pre slovenských pacientov.

PharmDr. Tibor Czulba
prezident
Slovenská lekárska komora



áno

Niektoré krajiny EÚ majú povinnosť, aby časť liekov umiestňovaných na trh pochádzala z paralelného dovozu. Má to potenciál šetrenia verejných zdrojov, ak sú lieky na trh uvádzané v cenách nižších ako je v danej krajine zvykom. Jediná cesta je racionálna regulácia, a s tým spojená aj dôsledná kontrola.

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



áno

Dúfajme, že áno. Veľmi veľa bude závisieť od technických a personálnych možností ŠÚKL dôkladne a dôsledne monitorovať a riadiť tento proces. A samozrejme aj od zodpovednosti farmaceutického priemyslu a veľkodistribúcie liekov.

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



áno

Základným zámerom ustanovenia § 19a je zabrániť nedostatku liekov určených pre trh Slovenskej republiky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

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



áno

Notifikácia vývozu liekov zo Slovenskej republiky môže prispieť k získaniu prehľadu o tých distribútoroch, ktorí plánujú vyvážať lieky zo Slovenskej republiky a tým ohroziť dostupnosť liekov pre pacientov v Slovenskej republike.

PharmDr. Ondrej Sukeľ
1. viceprezident
Slovenská lekárska komora



nie

Reexport je príliš lukratívny biznis viacerých distribútorov, aby sa ho len tak jednoducho vzdali.

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



?

Nemám dostatočné informácie o miere reexportu liekov, aby som na anketovú otázku dala odpoveď.

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



nie

Novela zákona č. 362/2011 Z. z. platí od 2. 1. 2013. Zatiaľ sme v lekárnach nepostrehli výraznú zmenu u nedostatkových liekov. §19a v písm. 5 hovorí: Štátny ústav nepovolí vývoz humánneho lieku, ak je humánny liek nedostatkový v SR a vývoz humánneho lieku by ohrozil jeho dostupnosť a poskytovanie zdravotnej starostlivosti v SR. Prítom sortiment nedostatkových liekov v lekárnach neustále stúpa.

PharmDr. Ivan Kraszkó
Country Manager
Mylan s. r. o.



nie

Reexport liekov je pre vybrané spoločnosti hlavnou činnosťou, z ktorej sa financujú. Nie je tu skutočný záujem zo strany politikov a regulátorov viesť transparentný systém a poriadok do reexportu, nakoľko mnohí významní predstavitelia sú v ňom zainteresovaní. Preto uvedený paragraf v novele zákona nebude mať regulačný vplyv na zníženie nedostatku atraktívnych liekov pre reexport.

PharmDr. Peter Smieško
predseda
Sekcia zamestnancov
Slovenská lekárska komora



áno

Reexport liekov nemal byť nikdy povolený a som za úplný zákaz takéhoto obchodovania. Liek nie je tovar, na ktorý sa dá pozeráť očami komerčného obchodníka. Skutočnosť, že boli ohrození občania SR (a to boli – z vlastnej praxe), svedčí o úrovni spoločnosti, v ktorej pôsobíme. Opäť boli čísla silnejšie ako rozum a zodpovednosť, ale to sme už predsa zvyknúti.

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



nie

Osobne si myslím, že ŠÚKL nemá možnosť vývoz lieku nepovoliť, pretože by to bolo v rozpore s princípom voľného pohybu tovaru v rámci EÚ.



Aké je riešenie problematiky reexportu liekov na Slovensku?

OTÁZKA: Myslíte si, že novela zákona č. 362/2011 Z. z. zavádzajúca povinnosť nahlasovania vývozu liekov 30 dní pred plánovaným vývozom štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv, zvýši dostupnosť reexportných liekov na Slovensku?



PharmDr. Tibor Czulba
Slovenská lekárska komora
prezident

áno

■ ■ ■ Reexport sa na Slovensku rozmohol rýchlym tempom najmä od 1. 12. 2011, keď bola uzákonená cena liekov na druhú najnižšiu v EÚ. Dostupnosť akých liekov je podľa Vás najviac ohrozená?

■ Najlepší prístup majú k reexportu distribučné spoločnosti, zatiaľ čo niektoré lekárne sem tam vyvážajú obmedzené množstvá, distribútori to robia vo veľkom. Taká situácia sa aj časom ustáli, z lekárni to prevažne vymizne a budú to robiť len siete a distribučné spoločnosti. Na reexporte najviac získa sieť a distribútor, prípadne nejaký korumpovaný oblastný riaditeľ výrobnéj firmy.

►►► Problematike reexportu sme sa na stránkach časopisu Lekárnik venovali už minulý rok, keď sa tento obchod začal na slovenskom trhu s liekmi rozmáhať veľmi rýchlym tempom. Vtedy sme sa pýtali či reexport reálne ovládol náš trh s liekmi a ohrozuje zdravotný stav vážne chorých pacientov, kde 6 z 9 respondentov, odborníkov v zdravotníctve, dalo kladnú odpoveď. Na nedostupnosť niektorých druhov liekov momentálne upozorňujú už nielen výrobné firmy, distribučné spoločnosti a lekárnici, ale svojich liekov sa domáhajú pacienti, ktorých liečba je ohrozená.

►►► Po neustálych výzvach odbornej verejnosti volajúcich po legislatívnej zmene, ktorá by re-export regulovala, bol s platnosťou od 2. 1. 2013 novelizovaný zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 244/2012 Z. z., kde bolo v § 19a zavedené monitorovanie vývozu humánneho lieku: liekov, zdravotníckych pomôcok a diétnych potravín verejnosti a bude oprávnená účtovať cenu obchodného alebo sprostredkovateľského výkonu.

►►► „Vývoz humánneho lieku môže vykonávať držiteľ povolenia na výrobu liekov, ak vyvážaný humánny liek vyrobil, alebo držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov. Ak vývoz humánneho lieku vykonáva držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov, je povinný 30 dní pred začatím vývozu humánneho lieku písomne oznámiť štátnemu ústavu zámer vykonať vývoz humánneho lieku.“ ŠÚKL má možnosť do 30 dní od doručenia oznámenia vývoz nepovoliť, ak je humánny liek nedostatkový a vývoz by ohrozil jeho dostupnosť a poskytovanie zdravotnej starostlivosti na Slovensku.



Výrobcovia chcú merať nedostatnosť liekov ináč ako sa robí teraz. Asi zatiaľ ani nevedia ako, ale prekáža im, že keď je ich liek 30 dní nedostupný, vypadnú z kategorizácie, čo ich stojí nemalé peniaze. Proti reexportu nechcú bojovať aj keď by ho vedeli obratom ruky zniesť zo sveta a to tak, že by zjednotili ceny v celej Európe. Túto situáciu samozrejme nechcú, takže sa vytvorí nejaká rovnováha. Ohrozené lieky sú tie, ktoré sú v zahraničí drahšie ako u nás, čím drahšie, tým lepšie.

■ ■ ■ Je podľa Vás ohrozené zdravie pacientov trpiacich na niektoré vážne ochorenia?

■ Každomesačne ku mne prichádza pacient na Inspru, alebo Seretide s malou dušičkou, či nejaký dostane.

■ ■ ■ Aké existuje podľa Vás riešenie situácie reexportu? Resp. aké kroky plánuje podniknúť v tejto problematike SLEK?

Reexport netreba vnímať ako čisto negatívny jav. Niektoré krajiny EÚ majú povinnosť, aby časť liekov umiestňovaných na trh pochádzala z paralelného dovozu. Má to potenciál šetrenia verejných zdrojov, ak sú lieky na trh uvádzané v cenách nižších, ako je v danej krajine zvykom. Jediná cesta je racionálna regulácia a s tým spojená aj dôsledná kontrola. SLEK združuje lekárnikov, teda ľudí, ktorí prichádzajú do styku s negatívnymi dôsledkami

reexportu. Postihnutý v tomto prípade je však pacient a pôžitky z tohto konania požíva sieť, distribútor, alebo niekto, kto dokáže zabezpečiť obídenie dovozných kvót na lieky.



MUDr. Richard Raši, PhD., MPH
Výbor NRSR pre zdravotníctvo
predseda

áno

■ ■ ■ **Reexport sa na Slovensku rozmohol rýchlym tempom najmä od 1. 12. 2011., keď bola uzákonená cena liekov na druhú najnižšiu v EÚ. Dostupnosť akých liekov je podľa Vás najviac ohrozená?**

■ Iba tých, ktoré budú vyvážané pri špekulatívnych reexportoch distribučných firiem. Na reexporte získa najviac tá distribučná firma, ktorá namiesto zdravia slovenských pacientov uprednostní vlastný zisk.

■ ■ ■ **Aké existuje podľa Vás riešenie tejto situácie - okrem nahlasovanie vývozu ŠÚKL?**

■ Tvrdý zákonný postih tých, ktorí ohrozujú zdravie slovenských pacientov, ktorý môže viesť až k odňatiu licencie.



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

áno

■ Notifikácia vývozu liekov zo Slovenskej republiky môže prispieť k získaniu prehľadu o tých distribútoroch, ktorí plánujú vyvážať lieky zo Slovenskej republiky a tým ohroziť dostupnosť liekov pre pacientov v Slovenskej republike. Povinnosť distribútorov nahlasovať na Štátny ústav plánovaný vývoz liekov zo Slovenska 30 dní pred jeho uskutočnením je pre ŠÚKL nová úloha, ktorá znamená navýšenie povinností pre pracovníkov ŠÚKL a vyžaduje si personálne a finančné navýšenie pre evidenciu hlásení, ich analýzu, vyhodnocovanie a podobne. Napriek tomu, že v súčasnosti nie sú tieto nové úlohy zohľadnené v navýšenom rozpočte ústavu, už dnes máme funkčný elektronický systém evidencie nahlasovania plánovaného vývozu liekov a všetky analýzy vyplývajúce z oznamovaní o plánovanom vývoze: prehľady o „top distribútoroch“ a „top liekoch“, ktoré plánujú distribútori vyvážať zo Slovenskej republiky. Ak sa potvrdí, že tento ich zámer ohrozí dostupnosť liekov pre pacientov, ŠÚKL využije všetky dostupné zákonné možnosti na zabezpečenie ochrany občanov-pacientov v SR pred nedostupnosťou liečby z dôvodu, že konkrétni distribútori liekov nadradujú svoje ekonomické záujmy nad ich povinnosť dodávať lieky do zdravotníckych zariadení v SR pre zabezpečenie dostupnosti liekov pre slovenských pacientov.

■ Príčinou, ktorá môže byť nedostatnosťou lieku pre pacientov, je vývoz lieku zo Slovenska do iných krajín. Existujú aj iné príčiny (nedostatok v kvalite lieku, výpadok vo výrobe a podobne). Výpadky v dodávkach liekov z týchto iných príčin (nedostatok v kvalite lieku, výpadok vo výrobe a podobne) ŠÚKL uverejňuje na svojej internetovej stránke v časti Inšpekcia, pod názvom Prerušenia a zrušenia dodávok a Stiahnutie lieku z trhu.

Nedostupnosť liekov v Slovenskej republike z dôvodu jeho vývozu, je za ostatné obdobie (viac ako jedného roku) čoraz častejší fenomén. Vývoz liekov zo Slovenskej republiky je zrejme pre

niektorých distribútorov liekov ekonomicky zaujímavý, atraktívny vo veľkom rozsahu. V týchto prípadoch je tomu preto, že cena lieku je výrazne nižšia v Slovenskej republike ako v inej krajine. Sme názoru, že ak má subjekt záujem o vývoz lieku zo Slovenska z dôvodu jeho nízkej ceny, tak to nie je výrobca lieku. Výrobca lieku by totiž v konečnom dôsledku finančne na vývoze svojich liekov zo Slovenskej republiky stratil. Preto reexport zo Slovenskej republiky z dôvodu nízkej ceny lieku na Slovensku je zrejme v záujme každého iného subjektu, len nie výrobcu (to znamená distribútora, lekárne, združeniu lekární, nemocnic a podobne). Preto rozumná cenová regulácia liekov môže okrem monitorovania reexportu zabrániť nedostatku lieku z dôvodu jeho reexportu zo Slovenska. Pri akomkoľvek úradnom stanovovaní cien lieku, napríklad porovnávaním s okolitými krajinami sa nedá vyhnúť riziku, že stanovená cena lieku v Slovenskej republike sa líši (je nižšia) od ceny v inej krajine. To môžu využívať istí "podnikatelia" na svoje obohacovanie na úkor pacientov v Slovenskej republike. Po zavedení prísnejšieho mechanizmu porovnávania cien liekov v krajinách EU pre účely stanovovania ceny lieku v Slovenskej republike od decembra 2011 sa v horšom prípade môže ukázať, že ceny liekov budú v SR nastavené príliš nízko a preto sa musí cenový regulátor – v našom prípade Ministerstvo zdravotníctva pripraviť a následne reagovať, napr. centrálnym nákupom liekov poisťovňami alebo flexibilnou reakciou na úpravu ceny lieku a podobne, na možný nedostatok dôležitých liekov. Krajným riešením by mohlo byť aj zavedenie dočasného povolenia zvýšiť cenu lieku o určité percento nad referenčnú hodnotu stanovenú na Slovensku, hlavne pri chýbajúcich liekoch. Samozrejme, rozumnou legislatívnou reguláciou cien liekov treba pri tomto postupe doceliť, aby si výrobcovia a dodávatelia liekov nenárokovali túto prípadnú výnimku a neúmerne zvyšovanie cien liekov cez vytváranie umelého nedostatku liekov.

■ Súčasné referencovanie cien liekov – porovnávanie cien v rámci krajín EU a nastavenie ceny lieku výrobcu v Slovenskej republike na druhú najnižšiu cenu, resp. od januára 2013 na priemer z troch najnižších cien – podľa našich zistení využívajú niektorí distribútori alebo niektoré subjekty na realizáciu väčšieho množstva vývozu niektorých liekov zo Slovenskej republiky, čím nadradujú ekonomické záujmy nad svojou základnou povinnosťou - dodávkou liekov do zdravotníckych zariadení pre občanov Slovenskej republiky.

■ Hlavnými kandidátmi z používaných liekov pre prípadný reexport zo Slovenska sú také lieky, pri ktorých je malý počet alternatív alebo žiadne náhradné lieky (generiká), nakoľko v tomto segmente je nízka konkurencia.

■ Záverom uvádzam, že prísnejšie referencovanie cien liekov od decembra 2011 a následne od januára 2013 v Slovenskej republike znamená podľa mňa snaha dostať cenu lieku čo najbližšie na hranu a pritom nespadať do priepasti. Tá hrana predstavuje vyčerpanosť marže farmaceutických spoločností pri monopolnom postavení lieku a priepasť znamená nedostatok dôležitých liekov pre pacientov. Zvýšené riziko nedostatku liekov vyplývajúce z prísnejšieho referencovania cien môže Ministerstvo zdravotníctva oslabiť dobre zvolenou reguláciou, ak sa ukáže skutočný nedostatok liekov z dôvodu vývozu zo Slovenska. Štátny ústav pre kontrolu liečiv môže podľa personálnych možností poskytovať dôležité informácie o porovnaní dovozu liekov a ich spotrebe, o čom som hovoril vyššie. Štátny ústav pre kontrolu liečiv môže tiež v súčasnosti identifikovať tie subjekty, ktoré vyvážajú lieky zo Slovenskej republiky a tým nadradujú svoje ekonomické záujmy

nad ich povinnosťou dodávať lieky do zdravotníckych zariadení v SR pre zabezpečenie dostupnosti liekov pre slovenských pacientov. V súčasnosti (28. 02. 2013) evidujeme viac ako 600 oznámení o plánovanom vývoze liekov zo Slovenskej republiky v zmysle § 19a zákona o liekoch.

MVDr. Ján Mikloš

AstraZeneca
Country director



Možno by otázka mala znieť či toto opatrenie zníži alebo sťaží vývoz liekov zo SR. Skutočne si myslím, že je to posun správnym smerom a je vidieť, že pre štát je to takisto citlivá záležitosť a uvedomuje si zodpovednosť za zdravie svojich obyvateľov a snaží sa zabezpečiť, aby sa občan, ktorý je chorý, k svojmu lieku aj dostal. Prax ukáže, či je toto opatrenie dostatočné a či sú potrebné ďalšie opatrenia, ktoré by ešte viac sťažili a znížili vývoz liekov zo Slovenska.

Reexport sa na Slovensku rozmohol najmä od 1. 12. 2011, keď bola uzákonená cena liekov na druhú najnižšiu v EÚ. Výrobná firma je podľa zákona povinná dodať požadovaný liek do lekárne najneskôr do 60 dní, inak firme hrozí vyradenie lieku z kategorizačného zoznamu a pokuta do výšky 30 000 €. Nedostatok lieku však môže byť spôsobený inými článkami liekového reťazca, ako výrobcom. Stala sa už situácia, že ste obdržali sťažnosť a pritom ste potrebné množstvo liekov na slovenský trh doviezli?

Reexport niektorých liekov bol aj pred zavedením ceny liekov na druhú najnižšiu v rámci štátov EÚ. Týkalo sa to hlavne niektorých onkologických prípravkov. Je pravda, že po 1.12.2012 sa reexport stal veľmi zaujímavým a jeho dôsledkom je zníženie dostupnosti liekov pre pacientov v SR.

Áno, aj nám sa v súčasnosti objavujú sťažnosti na nedostupnosť lieku na liečbu astmy a chronickej obštrukčnej choroby pľúc. Naša spoločnosť – Astra Zeneca dodáva cez distribútorov na slovenský trh dostatočné množstvo liekov pre potreby pacientov. Výroba a dodávky sú nastavené podľa plánu a pokrývajú požadované množstvá, ktoré majú zabezpečiť liečbu pacientov v SR.

Slovensko v rámci referencovania cien má doteraz druhú najnižšiu cenu liekov v rámci EÚ, ktorú musia všetky farmaceutické spoločnosti dodržiavať na základe platnej legislatívy. Od januára 2013 platí nový zákon, ktorý nastavuje ceny v SR na priemer troch najnižších v rámci EÚ. Podľa analýz, ktoré si robili ADL, SAFS a GENAS, značná časť liekov v SR bude mať cenu nižšiu ako je terazšia druhá najnižšia, čo ešte zvýši atraktivnosť vývozu liekov zo SR.

Farmaceutické spoločnosti nemajú žiadnu legislatívnu možnosť zamedziť tomuto vývozu a myslím si, že nielen naša, ale aj ostatné farmaceutické spoločnosti robia všetko preto, aby dostupnosť liečby pacientov na Slovensku nebola ohrozená a navyšujú dodávky pre SR.

Kto si myslíte, že najviac ziskáva práve na reexporte? Akých liekov sa to najviac týka?

Keďže v rámci legislatívy EÚ platí voľný pohyb osôb, tovaru a služieb, spoločnosti ktoré majú licenciu na vývoz, túto možnosť aj využívajú a lieky zo SR vyvážajú do krajín, kde je cena vyššia. Týka sa to všetkých liekov, kde je zaujímavý rozdiel v cene. O tom, že je to veľmi atraktívny biznis svedčí aj to, že ŠÚKL – podľa informácií, ktoré v súčasnosti máme, eviduje viac ako 600 hlásení na vývoz liekov.

Aké existuje podľa Vás riešenie situácie reexportu?

Je to veľmi zložitá a neviem či sa nejaké riešenie vôbec dá nájsť aj vo vzťahu k už spomenutej legislatíve EÚ. Je úplne samozrejmé a legitímne, že štát cez MZ a zdravotné poisťovne chce zabezpečiť dostupnú a kvalitnú liečbu pre svojich obyvateľov a snaží sa znížiť ceny liekov čo najviac. Na druhej strane to spôsobuje už hore zmienené problémy s reexportom liekov a farmaceutické spoločnosti správne poukazujú, že riešením je zvýšenie cien. Ak bola predtým cena na úrovni priemeru šiestich najnižších cien v EÚ, tak reexport nebol veľmi atraktívny.



PharmDr. Lubomír Chudoba

Česká lekárska komora
prezident



Domnievam sa, že ide o jedno z možných riešení. Aj z tohto dôvodu sme sa nápadom SR inšpirovali a koncom minulého roku predložili českým poslancom pri prejednávaní novely zákona o liekoch návrh Českej lekárskej komory. Som presvedčený, že v prípade zaistenia dostupnosti liekov musí byť Štátny ústav pre kontrolu liečiv ďaleko aktívnejší. V Českej republike ŠÚKL teraz dostáva priebežné, bezplatné a povinné hlásenie o predaných liekoch od všetkých distribučných spoločností a údaje o vydaných liekoch z väčšiny lekární. Pri svojej činnosti by ŠÚKL mohol využívať napríklad „právo veta“, alebo zabrániť nechcenému vývozu vystavením „negatívneho listu“. Náš návrh nebol schválený, bola prijatá len zmena, ktorá postihuje prevádzkovateľov lekární, zároveň vlastniacich distribučné oprávnenie. Žiadnemu veľkodistribútorovi vo vývoze nezabráni.

Každému ale musí byť jasné, že v ČR, ako aj na Slovensku, dochádza k reexportom vďaka veľmi nízkym cenám väčšiny liekov. Práve z tohto dôvodu sa u nás začína diskutovať možnosť mať ceny liekov „primerané“, v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ, ale vynucovať si od výrobcov „spätne zľavy“. V tejto súvislosti začínajú byť veľmi aktívne zdravotné poisťovne. Po skúsenostiach s ich neschopnosťou riešiť omnoho jednoduchšie témy a vzhľadom k obave zo zneužitia dominantného postavenia zdravotných poisťovní nad zdravotníckymi zariadeniami vrátane lekární, som veľmi, veľmi zdržanlivý.

Stretávate sa Vy v praxi v Česku s problémom nedostupnosti liekov?

Áno, dochádza k situáciám, že niektorý liek nie je dostupný i niekoľko mesiacov a jeho náhrada je veľmi ťažká.

Aké je podľa Vás riešenie reexportu na Slovensku?

Osobne by som uprednostňoval aktívnejšiu úlohu ŠÚKLu.

Ing. Bc. Štefan Mesároš, PhD.

Slovenská asociácia farmaceutických spoločností
výkonný riaditeľ



Vnímame to ako pokus ministerstva riešiť problém, ktorý tu zanechalo bývalé vedenie ministerstva, a na ktorý sme vždy veľmi nahlas upozorňovali. Nemyslíme si však, že táto novela problém reexportu liekov odstráni, pretože priamo naráža na právo EÚ, ktoré zakazuje obmedzovať pohyb tovaru na území únie. Ako členský štát by sme mohli so zdôvodnením, že dochádza ku ohrozeniu ochrany verejného zdravia požiadať o výnimku, ale túto by musela schváliť Európska komisia. Takže nakoniec sa

môže stať, že reexportom nielenže nezabráname, ale ešte sa to otočí proti Slovenskej republike.

■ ■ ■ Reexport sa na Slovensku rozmohol rýchlym tempom najmä od 1. 12. 2011., keď bola uzákonená cena liekov na druhú najnižšiu v EÚ. Dostupnosť akých liekov je podľa Vás najviac ohrozená?

■ Reexport liekov ako jav, sme na Slovensku začali pozorovať hneď ako sa zaviedol princíp medzinárodného porovnávania cien (referencovanie cien liekov na priemer 6-tich najnižších) už od roku 2009. Keď sme v roku 2011 pripomienkovali Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu, ktorý stanovil metódu referencovania na priemer 3 najnižších cien, upozorňovali sme, že aktuálne reexporty liekov sa pohybujú na úrovni 10 – 15 percent a aplikáciou Zákona č. 363/2011 Z.z. sa môžu zdvojnásobiť. Nikto nás vtedy nechcel vypočuť a naše obavy sa naplnili. Zdá sa, akoby bol tento zákon šitý na mieru tým, ktorí z reexportov profitujú. On totiž aj vznikol veľmi divne. Začali sme ho pôvodne pripomienkovať ako novelu zákona č. 577/2004 Z. z. a zrazu sa z neho v legislatívnej rade vlády záhadným spôsobom stal zákon č. 363/2011 Z. z., čiže zákon, ktorý nikto nepripomienkoval.

■ ■ ■ Kto si myslíte, že najviac získava práve na reexporte?

■ Členské firmy SAFS určite nie, pretože reexportom sa nevenujeme. Pacient určite nie – ten je dokonca obeťou, pretože sa nevie dostať ku svojim liekom. A pacient sa stal obeťou napriek tomu, že bývalé vedenie ministerstva sa pri tejto zákonnej úprave oháňalo práve ochranou práv pacientov. Podľa exministra mali mať pacienti po znížení cien liekov lacnejšie lieky a systém mal ušetriť stámiľióny. Realita je taká, že doplatky pacientov sa zvýšili, niektoré lieky sa stali nedostupnými a systém neušetril takmer nič. Takže kto na tom celom zarobil a zarába je jasné.

■ ■ ■ Aké existuje podľa Vás riešenie tejto situácia?

■ To, čo poviem sa nepočúva dobre, ale je to čistá pravda – jediná skutočne zmysluplná a najmä efektívna metóda, ako zabrániť reexportom liekov, je zrealizovať ich oficiálne ceny s európskymi cenami a odstrániť tak motiváciu obchodníkov realizovať reexporty.



doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc.
Univerzitná lekárka
prednosta

nie

■ Reexport liekov je biznis s liekmi na úkor pacientov. Zákon č. 362/2011 Z. z. § 19a o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení v znení neskorších predpisov sa evidentne nedodržiava. Zostal iba na úrovni formálneho papiera, ktorý nikoho nesankcionuje a počet nedostatkových liekov stúpa. Ako sa v tlači uvádza v kontexte Európskeho práva je prijatá novela v rozpore s legislatívou Európskej únie.

■ Zaujímá EÚ, či náš pacient dostane svoj liek? Máme nedostatok vybraných skupín liekov dôsledkom reexportu a ich počet stále stúpa. Na Slovensku je cena liekov oproti susedným krajinám nižšia, a preto sa stali niektoré lieky vývozným artiklom. Napriek tomu, že pani Ministerka zdravotníctva SR, Zuzana Zvolenská sprísnila kontrolu reexportu, mína sa účinkom. U nás sa denne stáva, že pacient príde do lekárne a liek nemôžeme vydať, pretože má dlhodobý výpadok. MZ SR sa snaží zamedziť reexportu liekov cez ŠÚKL, ktorý môže ako uvádza novela zákona č. 362/2011 Z.z., zakázať vývoz daného lieku. Čo ale prípade, že sa počet žiadostí hromadí a ŠÚKL jednoducho do 30 dní

nestihne odpovedať? V danom prípade vývoz môže žiadateľ realizovať. Novela nie je dôsledná.

■ Napriek tomu, že platí dva mesiace, nedostatkových liekov pribúda, ich počet sa nezastavil ani neklesol. Z toho usudzujem, že novela zákona nič nerieši. Podľa mňa je potrebné kontrolovať nielen distribúciu liekov, ale i samotné lekárne a ďalšie zdravotnícke zariadenia. Okrem toho je základná chyba v liekovej politike, ktorá má páky na to, aby sa dlhodobé výpadky liekov nestávali na úrovni celého Slovenska.



PharmDr. Ján Valjan
lekárne Statim
Spišská Nová Ves

nie

■ Reexport liekov nie je záležitosť len nejakého znenia zákona. Máme veľa zákonov, ktoré znejú pekne, ale prax je o niečom inom. Reexport treba jednoznačne zakázať a myslím si, že ani EÚ nebude namietat a to dokonca pod stratou licencie. Sme na Slovensku a nemali by sme slovenským pacientom, ktorí tu platia odvody sťažovať situáciu. Takže nestane sa nič, vždy sa to nejak vyrieši, porieši, prerieši. Vlk sa nažerie...

Však to poznáte, reexport je v prvom rade o morálke a profesijnej etike. Ale to je na dlhšiu diskusiu.



RNDr. Mária Mušková, PhD.
Lekárka Sv. Kríža
Štupava

nie

■ ■ ■ Stretávate sa v praxi s problémom nedostupnosti liekov často?

■ Stretávame sa s nedostatkom liekov v lekárni denne. Je to závažný problém chýbajú lieky pre onkologických pacientov! Chýbajú lieky pre pacientov s ťažkou astmou! Chýbajú lieky pre pacientov s ťažkými psychickými poruchami! Reexport je hanba, je to dôsledok nepremyslenej liekovej politiky!

■ ■ ■ Aké je podľa Vás riešenie tejto situácie na Slovensku?

■ Riešenie je len jedno. Zvýšiť ceny liekov, inak je to boj s veternými mlynmi.



PharmDr. Marcel Jusko, PhD.
Lekárne u Samaritána
Michalovce

?

■ ■ ■ Stretávate sa v praxi s problémom nedostupnosti liekov často?

■ Stáva sa čoraz častejšie, že daný liek je dlhodobo nedostupný. Lekárnik v praxi len ťažko vie dekódovať pravé príčiny „výpadku“ lieku.

■ ■ ■ Aké je podľa Vás riešenie reexportu na Slovensku?

■ V prvom rade nenazerať na liek ako na tovar, ale vnímať bolesť a utrpenie pacienta, pre ktorého je to prostriedok k prinavráteniu zdravia a zlepšeniu kvality života. Ale realnejšie by azda bolo predĺženie 30 dňovej lehoty pred plánovaným vývozom lieku, aby bol dostatočný čas pre ŠÚKL pre posúdenie reálneho stavu

nakoľko v § 19a ods.(5) sa hovorí: Štátny ústav nepovolí vývoz humánneho lieku, ak je humánny liek nedostatkový v Slovenskej republike a vývoz humánneho lieku by ohrozil jeho dostupnosť a poskytovanie zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike. Podľa ods. 3 v § 19, držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov môže vykonať vývoz humánneho lieku, ak štátny ústav v lehote 30 dní od doručenia oznámenia o vývoze humánneho lieku písomne neoznámí držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu liekov, že vývoz humánneho lieku nemožno vykonať. Tento odsek by som navrhol zrušiť, pretože dáva priestor pre špekulantov.

■ A v neposlednom rade prísnejšie monitorovanie vývozu liekov zo strany MZ SR.

PharmDr. Koloman Gachall

Ewopharma spol. s r.o.
Country Manager



■ Nahlasovanie plánovaného vývozu liekov 30 dní pred vývozom by malo byť podľa mňa bariérou pre reexport. Otázne je či sa týmto krokom podarí obmedziť reexport na Slovensku. Túto nahlasovaciu povinnosť považujem ako administratívne opatrenie, aby výrobcovia liekov vedeli, kto, aké lieky vyviezol a v akom množstve. Pre výrobnú firmu je táto informácia prospešná, aby vedela identifikovať hráčov, ale nakoľko táto aktivita pôsobí preventívne pred reexportmi, neviem posúdiť. Pravdaže, v tomto bode bude záležať na tom, ako sa k tomuto faktu postaví Ministerstvo zdravotníctva SR, pretože 30 dní pred vývozom je veľmi krátka doba. Viete, že sa niekto chystá vyviezť vaše lieky, ale čo môžete urobiť?

■ V prípade, že štát nezabezpečí ďalšie opatrenia, ktoré by viedli k bezpečnému pôsobeniu firmy na slovenskom trhu, hrozí reálne ohrozenie bezpečnosti pacienta a znížená dostupnosť vybraných liekov. Každá výrobná firma má obmedzené výrobné kapacity

a samozrejme vyrába taký počet liekov, aký zodpovedá reálnej potrebe štátu. Ak sa stane, že v nie tak veľkom štáte, akým je Slovensko, sa stane istý liek prudko nedostatkový, firma môže prijať rozhodnutie, že väčšie množstvo sa pre ňu neoplatí vyrábať a dané výrobné kapacity radšej využije pre inú krajinu.

V podstate by sme lieky mohli rozdeliť do dvoch skupín. Prvú tvoria lieky, ktoré majú veľa generických náhrad, druhú, kde je počet náhrad nízky a nedostupnosť daného lieku sa pre pacienta stáva rizikom.

■ Na reexporte najviac získavajú špekulanti, priekupníci, ktorí neinvestujú žiadne náklady spojené s výrobou liekov. Ako z toho profituje krajina, ktoré exportované lieky prijíma, neviem. Osobne pri reexporte vidím riziko z hľadiska bezpečnosti liekov, pretože nikdy neviete konkrétne ako boli dané lieky skladované.

■ ■ ■ Aké je podľa Vás riešenie problematiky nedostupnosti liekov?

■ Riešením je podľa mňa ohlasovacia povinnosť ŠÚKL, ale nielen z pohľadu evidencie, ale i následného schválenie, resp. neschválenie vývozu. MZ SR by malo rozhodnúť či môže byť daný liek reexportovaný, či sa neohrozí zásobovanie liekov. Pokiaľ by výrobca deklaroval, že nedokáže vyrobiť dostatočné množstvo, a v danej skupine liekov je málo generických náhrad, reexport by nemal byť povolený z hľadiska rizikovitosti. Hlavnou úlohou MZ SR by mala byť starostlivosť o bezpečnosť a zdravie občanov, mala by sa nastaviť taká politika, aby sa ľudia mohli spoľahnúť, že dostanú primeranú a cenovo dostupnú liečbu.

resumé:

áno = 4 nie = 4 ? = 3

List výrobným a distribučným spoločnostiam

■ ■ ■ Pred pár dňami obdržala spoločnosť Unipharma spolu s ostatnými distribučnými spoločnosťami ako i výrobnými firmami, list od nespokojného lekárnik, ktorý sa dožadoval istého množstva nedostupných liekov pre svoje lekárne.

„Milé kolegyně, kolegovia,

dovoľujeme si Vás upozorniť na opätovný výpadok tovaru, deklarovaný Vašími distribučnými spoločnosťami.

Naša spoločnosť uzavrela dňa 5. 11. 2012 v súlade s paragrafom 409 a násl. zákona č. 513/1991 Zb., v znení neskorších predpisov Zmluvu o poskytovaní služieb a dodávke tovaru pod číslom 2012/91 s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti Šrobárov ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n. o. Podstata zmluvy spočíva najmä v poskytovaní služieb „nemocničnej lekárne“ pre spomínané zariadenie. Zmluva bola riadne zverejnená, a to v zmysle zákona č. 546/2010 Z. z. a v súlade so zákonom č. 2011/2000 Z. z. v znení neskorších predpisov.

V tejto súvislosti sme opakovane komunikovali a upozorňovali na problém

výpadkov produktov, ktorých držiteľom registrácie / „reprezentatívnym subjektom“ na Slovensku sú Vaše spoločnosti.

Dovoľíme si Vás preto opätovne požiadať o písomné stanovisko k predmetnej veci a prípadnú nápravu na úrovni Vašich distribučných reťazcov v prospech zabezpečenia liečiv pre pacientov vyššie uvedného poskytovateľa.

Zároveň, keďže ide o opakovaný výpadok / nedostupnosť, a napriek našej snahe zabezpečiť dostupnosť liečby pre najzraniteľnejšiu cieľovú populáciu – deti, sme nútení týmto informovať aj dotknuté kompetentné orgány štátnej liekovej politiky.“

■ ■ ■ Vyjadrenie oddelenia nákupu spoločnosti Unipharma k nedostatkovému sortimentu liekov:

„Distribučné spoločnosti sa momentálne nachádzajú medzi dvomi mlynskými

kameňmi. Z výrobnej firmy dostávame informáciu, že dodávajú dostatok jednotlivých druhov liekov na pokrytie potrieb slovenského pacienta. My však denne bojujeme s limitovanými množstvami a nie sme schopní pokryť potreby našich klientov. Áno, výrobné firmy dodávajú pre slovenský trh dostatok, ale to neznamená, že my ako distribučná spoločnosť dostaneme nami plne objednané množstvo. Čo máme v tomto prípade robiť? Jedná sa reálne o „výpadok liekov“ ako je písané v liste, alebo sú len požiadavky slovenského trhu výrazne vyššie ako je potreba?

Disproporcía, ktorá na trhu momentálne vzniká sa stáva neúnosnou pre každý článok liekového reťazca. Ako dokáže distribučná spoločnosť zhodnotiť reálnu potrebu lekárne? Je vôbec oprávnená v tejto veci robiť v tejto veci zásadná rozhodnutia? Má pre to dostatok informácií? ■



Mgr. Juraj Nikodémus
vedúci právneho odboru
Unipharma a. s.

Neprimerané obchodné podmienky pri obchodovaní s potravinami sa týkajú i Vás, lekárníkov!

„Presadzovanie opatrení, ktoré zamedzia zneužívaniu ekonomického postavenia odberateľa na vnútornom trhu s potravinami z hľadiska štruktúry tohto trhu a podielu odberateľa a dodávateľa na tomto trhu, vyžadovaním jednostranných výhodných obchodných podmienok.“ Takto dôvodová správa definuje cieľ uplatňovania zákona č. 362/2012 z 26. októbra 2012 o neprimeraných obchodných podmienkach v obchodných vzťahoch, ktorých predmetom sú potraviny.

□ Aký bol dôvod tejto zmeny?

Dôvodová správa k zákonu ďalej vysvetľuje motívy vzniku tohto právneho predpisu. „**Jedným z mnohých skutočností z uplatňovania nekalých praktík vo vzťahu k tuzemským dodávateľom potravín do obchodnej siete na Slovensku je pokles podielu potravín od slovenských dodávateľov v obchodnej sieti v prospech dovážaných potravín.** Vyplýva to nielen z oficiálnej zahranično-obchodnej bilancie, ale aj z monitorovania ponuky a z prepočtov podielu potravín vyrobených na Slovensku na pultoch slovenských predajní. Kým v roku 2008 bol podiel vybraných základných potravín na pultoch slovenských maloobchodných predajní približne 56 %, tak v roku 2011 to už bolo len približne 47 %. Takýto podiel nebol zaznamenaný nikde inde v okolitých krajinách. Pritom veľké obchodné systémy sú pre dodávateľov potravín akosi vstupnou bránou pre ich výroby pre konečného spotrebiteľa. Dokumentuje je to aj vývoj podielu tržieb obchodných systémov na Slovensku za potraviny. Kým v roku 2003 tento podiel predstavoval približne 50 %, tak v posledných troch rokoch tento podiel stúpol na 80 % až 90 %. Ide o skutočnosť, ktorá sa síce nedá pripísať iba na vrub uplatňovania nekalých praktík, ale určite do značnej miery obmedzujú možnosti potenciálnych slovenských dodávateľov stať sa nimi i reálne. Možno zjednodušene konštatovať, že podmienkam obchodných reťazcov sa omnoho jednoduchšie prispôsobia nadnárodné potravinárske spoločnosti ako malé a stredné podniky, medzi ktoré patrí aj väčšina potenciálnych slovenských dodávateľov.“

□ Zákon má dopad i na liekový reťazec

Ak by z vyššie uvedeného mali lekárnici, veľkodistribútori liekov a výživových doplnkov, či výrobcovia liekov a výživových doplnkov pocit, že tento zákon sa ich predsa nemôže týkať, sú v omyle. Aj oni totiž dodávajú či odoberajú potraviny. **Špecifickým druhom potraviny sú aj výživové doplnky.** A hoci účelom predmetného zákona bolo presadzovanie opatrení proti zneužívaniu ekonomického postavenia obchodných reťazcov, zákon má dopad rovnako na lekárníkov, veľkodistribútorov liekov a výživových

doplnkov a výrobcov liekov a výživových doplnkov, kde k zneužívaniu postavenia odberateľa vyžadovaním jednostranných výhodných obchodných podmienok od dodávateľa, tak ako by to mohlo byť v prípade veľkých obchodných reťazcov, nedochádza. Podľa definície prevádzkovateľa potravinárskeho podniku v zmysle čl. 3 ods. 3 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 178/2002 z 28. januára 2002, sa **za prevádzkovateľa potravinového podniku považuje aj držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov, nakoľko na trh (do lekární) umiestňuje (distribuuje) okrem iného výživové doplnky a výživový doplnok predstavuje špecifický druh potraviny. Za potravinársky podnik sa rovnako považuje držiteľ povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti.**

□ Čo sú neprimerané obchodné podmienky?

Zákon o neprimeraných podmienkach v obchodných vzťahoch, ktorých predmetom sú potraviny, definuje množstvo neprimeraných obchodných podmienok. Dohodnúť neprimerané obchodné podmienky zákon zakazuje. **Jednou z takýchto podmienok je aj dohoda o lehote na úhradu kúpnej ceny za potraviny, ktorá je dlhšia ako 30 dní od doručenia faktúry, najneskôr 45 dní odo dňa dodania potraviny.** Ten, v prospech koho je neprimeraná obchodná podmienka dohodnutá, sa vystavuje riziku sankcie v podobe pokuty, ktorú môže uložiť Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky. **Zákon je účinný od 1. 1. 2013 a v zmysle prechodných ustanovení, ak zmluva pred 1. 1. 2013 nespĺňa podmienky podľa tohto zákona, dodávateľ a odberateľ sú povinní ju uviesť do súladu do 28. 2. 2013.**

Tiež máte pocit, že zákonodarcovia opäť raz nedomysleli súvisiace dopady zákona, ktorý ide zjavne nad rámec účelu, ktorý jeho predkladatelia a schvaľovatelia sledovali?

Naozaj dochádza vo vzťahu výrobca – veľkodistribútor – lekárnik, k zneužívaniu ekonomického postavenia zo strany odberateľov dodávaných potravín, k zneužívaniu ich ekonomického postavenia na vnútornom trhu? Myslím si, že nie. ■

Rýchlejší prístup pacientov ku generikám?

Európsky parlament v stredu 6. februára 2013 schválil navrhovanú smernicu, podľa ktorej by mali mať pacienti rýchlejší prístup k lacnejším generickým liekom. Nové pravidlá stanovujú zodpovedným orgánom kratšie lehoty pre určovanie cien a úhrad za lieky a zavádzajú nové požiadavky v oblasti transparentnosti.

♦ „Je neprijateľné, aby prietahy v oblasti stanovovania cien a úhrad za lieky prekročovali 700 dní. Som presvedčená, že férové postupy na našom farmaceutickom trhu by prospeli pacientom



aj národným systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti,“ uviedla správodajkyňa navrhovanej smernice, poslankyňa Antonia Parvanova. Lehota na stanovenie ceny a úhrad za generické lieky by nemala presiahnuť 60 dní. Na rozhodnutia týkajúce sa nových liekov by sa vzťahovala aktuálne platná lehota 180 dní.

♦ Za účelom zaistenia transparentnosti a integrity svojich rozhodovacích postupov by zodpovedné orgány v členských štátoch mali zverejňovať zoznamy svojich členov a odborníkov spolu s ich vyhláseniami o záujmoch a minimálne raz za rok úplný zoznam liekov, ktoré spadajú do ich systémov verejného zdravotného poistenia a ktorých ceny boli stanovené počas daného obdobia.

Zdroj: europa.eu



Pôrodnica v nemocnici Košice-Šaca je podľa mamičiek najlepšia v kraji

Spracovala: Mgr. Ivana Murínová

Nemocnica Košice-Šaca a. s., ktorá patrí do skupiny Unipharma, sa môže pochváliť veľmi dobre hodnotenou pôrodnicou v Košickom kraji. Vyplývalo to z hodnotenia pôrodníc za rok 2012, do ktorého sa zapojilo vyše tritisíc mamičiek, štrnásť expertov z oblasti perinatológie a koordinátori projektu HPI a rodinka.sk. V celkovom poradí obstála najlepšie Fakultná nemocnica v Trenčíne.



↑ Košická pôrodnica sa môže pochváliť aj prvým dieťaťom roku 2013 – Markom, ktorý sa narodil 1. 1. 2013 presne o polnoci mamičke z obce Čečejojce

Hodnotenie malo tri časti:

- ♦ **expertné hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti**
 - ♦ **hodnotenie služieb**
 - ♦ **hodnotenie spokojnosti mamičiek**
- Parametrami expertného hodnotenia boli napríklad frekvencia cisárskych rezov, počet pôrodov v pôrodnici za rok či podiel úmrtí dieťaťa do 7 dní po pôrode. Zistilo sa, že na Slovensku je veľmi vysoké percento cisárskych rezov, takmer 30% (WHO odporúča 15%), pričom nadmerné využívanie tohto zákroku bez medicínskej indikácie zvyšuje riziko pre matku aj dieťa.
- ♦ Kľúčovými oblasťami pri službách bolo hodnotenie prípravy na pôrod, možnosti sprevádzajúcej osoby na sále, možnosti pôrodu a vybavenia pôrodnického traktu, podpory rozvoja rodinných väzieb, podpory bondingu (procesu primárnej väzby medzi

matkou, dieťaťom a otcom) a dojčenia. Rezervy máme práve v podpore bondingu a rešpektovaní individuality ženy, jej intimity a prirodzeného pôrodu. Mamičky okrem bondingu najnižšie hodnotili aj prvé minúty po pôrode.

♦ V pôrodnici košickej nemocnice, kde ako primárka novorodeneckého oddelenia pôsobí **MUDr. Slávka Virágová, PhD.**, sa ženám snažia vyhovieť čo najviac. Mamičky si v rámci predpôrodnej starostlivosti môžu prehliadnuť oddelenie, sály aj izby a chodiť na tehotenské cvičenia. Pôrodnica ponúka aj prítomnosť partnera pri pôrode, dohodnutie konkrétneho pôrodníka, nadštandardnú izbu hotelového typu, epidurálnu anestéziu dvadsaťštyri hodín denne aj možnosť odberu pupočníkovej krvi.

Zdroj: www.sprievodcaporodnicami.sk

Nielen chorý orgán, ale celý človek

V susedných Čechách sa má stať odbor psychosomatickej medicíny oficiálnou lekárskou špecializáciou. Českí lekári tak po jednom až dvoch rokoch štúdia budú môcť byť špecialistami v tomto odbore.

- ♦ Odsúhlasil to český minister zdravotníctva **Leoš Heger**. Pozitíva vidí v tom, že lekári ľuďom, ktorí sa cítia byť chorí a majú objektívne ťažkosti, no vyšetrenia u nich nepotvrdili žiadne ochorenie, komplexne poradia, čo v živote zmeniť, aby sa cítili opäť dobre. Psychosomatická medicína totiž vidí príčinu zdravotných problémov vo všetkých súvislostiach, vrátane duševného stavu a odhaľuje skryté dôvody ochorení. Ide napríklad o problémy so spánkom, s otehotnením, s bolesťami hlavy, chrbta, svalov či s podráždeným žalúdkom.
- ♦ V Nemecku existuje dokonca sieť psychosomatických kliník, hradených poisťovňami.

Zdroj: zpravy.idnes.cz



Vydanie lieku na interrupciu – morálny i právny problém

Vo februárovom čísle časopisu *Lekárnik* sme informovali o registrácii liekov Medabon a Mifegyne, určených na ukončenie vnútromaternicového tehotenstva spolu s negatívnymi reakciami odbornej verejnosti na túto skutočnosť. Povolenie liekov na interrupciu trápi aj vás:

◆ O problémoch súvisiacich s registráciou tzv. potratovej tabletky u nás sa vyjadrila aj **RNDr. JUDr. Hana Vrabcová z lekárne Harmónia v Bratislave:**

◆ Registrácia prípravkov Mifegyne a Medabon v decembri minulého roka vyvolala veľa diskusií a polemík. Medabon ako kombinovaný prípravok, obsahujúci účinné látky mifepriston a misoprostol, bol zaregistrovaný formou decentralizovanej európskej registrácie. Tá sa používa u prípravkov, ktoré ešte nie sú zaregistrované v žiadnom členskom štáte a registračný proces prebieha súčasne vo viacerých členských štátoch EÚ. Mifegyne, ktorého zložkou je len látka mifepristone, bol zaregistrovaný procesom vzájomného uznávania, to znamená, že uvedený prípravok je už registrovaný v jednom členskom štáte, ktorý sa stane referenčným a ostatné štáty jeho hodnotiacu správu posúdia a vydajú kladné alebo záporné stanovisko vo svojom štáte, to znamená uznanie alebo zamietnutie registrácie.

◆ Registračný postup musí prebiehať podľa príslušných ustanovení zákona č. 362/2011 Z.z. tak, aby príslušné dokumentácie spĺňali požiadavky účinnosti, bezpečnosti a kvality a ostatné náležitosti, ktoré vyžaduje uvedený zákon.

◆ **Faktom je, že písomná informácia o lieku v príbalovom letáku uvádza informácie, pokyny a použitie pre „používateľku“, ktoré nie sú v súčasnej dobe legislatívne podložené a odporujú viacerým zákonom a vyhláškou.**

◆ Zákon č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva vyžaduje, aby sa chirurgický výkon UPT urobil v príslušnom zdravotníckom zariadení, za vopred stanovených podmienok, ktorých súčasťou je aj poučenie uvedené v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotníckej starostlivosti, predpísaným spôsobom, ktorý je uvedený vo vykonávacej vyhláške MZ SR č. 419/2009.

V tejto je presne opísaný postup výkonu umelého prerušenia tehotenstva chirurgicky (zákroková sála čistoty B, celková anestézia, druh výkonu, popis postupu práce lekára atď.). **Zákon o umelom prerušení tehotenstva nepozná žiadne ustanovenie o inom spôsobe prerušenia tehotenstva, ako je chirurgický spôsob.**

◆ Podľa Trestného zákona č. 300/2005 Z. z. sa podľa § 151 trestného činu dopustí ten, „kto so súhlasom tehotnej ženy umelo preruší tehotenstvo postupom alebo za podmienok, ktoré odporujú všeobecne záväzným predpisom o umelom prerušení tehotenstva“ a podľa §152 ďalej ten, „kto tehotnú ženu navedie na to, aby svoje tehotenstvo sama umelo prerušila, alebo iného požiadala, alebo mu dovolila, aby jej bolo tehotenstvo umelo prerušené“, ale aj ten, „kto tehotnej žene pomáha pri prerušení jej tehotenstva ňou samou, alebo pri tom, aby iného požiadala, alebo inému dovolila umelo prerušiť tehotenstvo“.

◆ **Osobami, ktoré by konali v rozpore s vyššie uvedeným zákonom, môže byť**

lekárnik, ktorý vydá prípravok na predpis s obmedzením v lekárni, lekár alebo zdravotnícky pracovník, pod dohľadom ktorého musí používateľka prípravok užiť, alebo iný poverený zdravotnícky pracovník.

◆ Myslím si, vzhľadom na závažnosť problematiky nového spôsobu umelého prerušenia tehotenstva, na etické a morálne aspekty s tým súvisiace, by mala byť najskôr uskutočnená odborná a spoločenská diskusia, aká je v súčasnej dobe v Českej republike, kde prípravky nie sú zaregistrované.

◆ Pre porovnanie, vo Francúzsku je zákonom stanovený postup pri medikamentóznom prerušení tehotenstva vyššie uvedeními prípravkami, lekár, ktorý zabezpečuje výkon si musí sám vybrať lieky v lekárni, nie pacientka, spísať protokol a vykonať ostatné zákonom predpísané náležitosti.

◆ **V každom prípade, je treba najskôr novelizovať príslušné zákony a zabezpečiť striktné dodržiavanie predpísaného postupu, aby prípravky na medikamentózne prerušenie tehotenstva nemohli byť zneužitú.** ■

Milá redakcia, milí kolegovia,

naša lekárňa považuje za potrebné zaujať stanovisko v tak vážnej veci, akou je registrácia prípravkov Medabon a Mifegyne určených na ukončenie vnútromaternicového tehotenstva.

Zdravotnícka škola, fakulta, ale aj spoločnosť nás pripravila na povolanie, v ktorom máme človeka liekom liečiť, pomáhať mu v chorobe a zlepšovať kvalitu života. Na druhej strane, spomínané prostriedky určené na usmrtenie nenarodeného dieťaťa znižujú dôstojnosť nášho povolania. Pri popísaní mechanizmu účinku celkom zabúdame, že sa tu ukončuje ľudský život. Pýtame sa otázkou laika i odborníka, či má takýto „liek“ miesto v lekárni. Nelieči, nediagnostikuje, nepôsobí preventívne, ale zabíja. Prepáčte, že sme sa nevyjadrili dosť odborne, ale je zlé, ak nás veda a pokrok zbavia ľudskosti.

Kam to posúvame povolanie lekárni? Chcú sa vôbec slovenskí lekárnici legálne zapojiť do chemických potratov alebo zostanú na strane ochrany života?

Za liek, ktorý vydáme v lekárni predsa nesieme zodpovednosť! Dúfame, že lekárne na Slovensku nájdú dostatok odvahy hájiť svoje pravé poslanie.

S pozdravom
kolektív Lekárne Matky Terezy
Námestovo

Mgr. Albína Paliderová
Beáta Bedrichová
Gabriela Kunočová



Svet farmácie



Grécko:

Úrady zakazujú predaj liekov reimportérom

■ ■ ■ Reexport liekov je v dnešnej dobe dobre etablovaným, vzťahujúcim sa prvkom na poli podnikania vo farmapriemysle. Je výnosným artiklom pre spoločnosti, ktoré si v dnešných neľahkých časoch pomáhajú v boji o prežitie aj týmto spôsobom. Na druhej strane však stoja pacienti, pre liečbu ktorých boli exportované lieky pôvodne určené a ich reálny nedostatok vážne ohrozuje ako ich zdravotný stav, tak aj postup v terapii. Grécko v tomto smere urobilo rázny krok.

■ ■ ■ Grécka lieková agentúra od odvolania zakázala export viac ako 34 liekov. Štátny kontrolný orgán chce daným opatrením chrániť pacientov vo vlastnej krajine, keďže v súčasnosti sa reexporty týkajú 108 HVL, ktoré sú v krajine nedostatkové. Dokonca sa diskutuje aj o variante, že by sa exporty liekov úplne zakázali. Veľkodistribútori sú však proti. Oni len využívajú farmaceutický priemysel, ktorý bol síce poškodený lacnými predajmi liekov do ostatných členských štátov EÚ, ale z hľadiska európskeho práva je export chápaný ako plne legálny postup. Veľkoobchodníci nateraz plánujú danú záležitosť doviesť až pred Európsky súdny dvor (ESD).

■ ■ ■ Situácia v krajine je taká, že v dôsledku finančnej krízy vláda a lieková agentúra aj naďalej pokračovala v tendencii znižovania cien liekov. Aj vďaka tomu sa stal paralelný export pre veľkodistribútorov významným druhým nosným pilierom ich obchodovania. K tomu sa navyše pripojila skutočnosť, že veľa gréckych lekární z dôvodu nepriaznivých finančných strát nemohlo splatiť svoje účty. Aj z tohto dôvodu sa stal export stále dôležitejším prvkom pre mnohých malých veľkoobchodníkov.

■ ■ ■ Medzi preparáty zahrnuté do zákazu patrí množstvo liekov, ktoré sú tiež nezriedka súčasťou reimportov do Nemecka, napríklad sa medzi nimi vyskytujú Viread (tenofovir), Crestor (rosuvastatín), Atacand (candesartan) a Clexane (enoxaparín).

■ ■ ■ Grécka lieková agentúra tvrdí, že zásobenie liekov v rámci krajiny trpí kvôli sekundárnej obchodnej činnosti veľkodistribútorov. Spoločnosti sa však bránia tvrdením, že exportujú len lieky, ktoré by sa tak či tak v Grécku nepotrebovali. Okrem toho asociácia veľkodistribútorov argumentuje tým, že exporty sa aj tak obmedzili na hodnotu okolo 600 mil. €.

■ ■ ■ Z pohľadu veľkodistribútorov veľké medzinárodné farmaceutické koncerny v Grécku úspešne lobovali, aby tak ochránili svoje materské koncerny v ostatných štátoch EÚ pred lacnejšími importmi. Už v polovici minulého roka požadoval šéf Európskej federácie farmaceutického priemyslu (EFPIA), Sir Andrew Witty (výkonný riaditeľ Glaxo Smith Kline), vo svojom liste adresovanom vedúcim európskym politikom dočasný

zákaz reimportov z krízou najviac postihnutých štátov.

■ ■ ■ Týmto spôsobom by sa zabránilo, aby hospodársky stabilné krajiny profitovali z výhodnejších cien liekov. Rovnako v liste upozornil aj na trend nedostatku liekov v krajinách s úradne stanovenými nižšími cenami liekov.

■ ■ ■ Lekárnici a veľkodistribútori budú musieť v budúcnosti liekovej agentúre preukázať, ktoré HVL vyvážajú. Agentúra plánuje export presne monitorovať, kontrolovať.

■ ■ ■ Je to po prvýkrát, kedy štát EÚ zakázal paralelný export liekov, ktorý je podľa európskeho práva chápaný ako úplne legálny. Podľa správ v médiách by sa mal dokonca tento zákaz ešte rozšíriť. Iné informačné zdroje zas zverejnili, že dané opatrenia sú len dočasné. Lieková agentúra sa však k tomu nevyjadřila.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC, z 14. 2. 2013



Dánsko:

Lekárne sa chcú aj naďalej finančne podporovať

■ ■ ■ Dánski lekárnici ešte stále tápu v tmách. Dánska vláda totiž ohlásila plánovanú „modernizáciu“ lekárenskeho trhu. Jednotliví ministri dokonca spochybnili existujúci zákaz zahraničného a mnohonásobného vlastníctva lekární. Napriek tomu vláda ešte nepredložila žiaden plán zmien. No už teraz je jasné, že dôjde pravdepodobne k úplnému zrušeniu kompenzačného fondu pre vidiecke lekárne. Dánsky lekárnický zväz však trvá na finančnej pomoci pre malé lekárne a vypočítal, že po zrušení fondu bude musieť 43 lekární ukončiť svoje podnikanie, čo je koniec koncov každá siedma lekáreň v Dánsku.

■ ■ ■ Dánsko má s veľkým prehľadom najnižšiu hustotu lekární v Európe. V súčasnosti je tu približne 250 lekární s ďalšími 60 pobočkami. Kým v Nemecku na jednu lekáreň pripadá 3 820 obyvateľov a na Slovensku 2 672, v Dánsku je to takmer 17 000.

■ ■ ■ Aby bola zabezpečená dostupnosť liekov aj vo vidieckych oblastiach, sú lekárne s nízkym obrátom podporované prostredníctvom kompenzačného fondu, do ktorého prispievajú majitelia veľkých lekární. Z tohto dôvodu sa každoročne vypočítava priemerný ročný obrat všetkých lekární. Ak sa lekáreň nachádza nad stanovenou hranicou, musí do fondu odovzdať 3,9 % zo svojho obratu (nad daným limitom).

■ ■ ■ V roku 2006 bola napríklad hranica stanovená na hodnotu 47 mil. dánskych korún, čo je v prepočte 6,3 mil. €. 147 lekární, ktoré odpovedajú 58 % zo všetkých dánskych lekární, získalo peniaze zo spoločného fondu, pričom najmenšia lekáreň mala obrat v hodnote 14 mil. dánskych korún (približne 1,9 mil. €).

■ ■ ■ Kritika tohto systému nie je nová. Už predchádzajúca

liberálna, pravicovo-orientovaná vláda, chcela tento predpis zrušiť. V posledných mesiacoch narastá tlak aj zo strany reťazcov drogérií. Príkladom tejto tendencie sú Coop a Matas, ktoré sú pripravené a chcú otvoriť lekáre v rámci svojich obchodov. V médiách a na politickej scéne reťazce argumentujú, že týmto opatrením vznikne viac dispenzačných miest vo vidieckych oblastiach v prípade, ak im bude umožnené vydávať lieky. Vtedy by už nebolo potrebné vykonávať ani porovnávacie výpočty za účelom kompenzačného fondu.

■ ■ ■ Podľa zväzu lekárníkov, ak by došlo k zrušeniu kompenzačných dotácií, v priamom ohrození by sa ocitlo 43 lekární. To však nie je všetko. Dánske vidiecke lekáre prevádzkujú predovšetkým vo svojich spádových oblastiach na vidieku aj tzv. „zberne receptov“ a výdajne OTC sortimentu v rámci supermarketov. Ak by došlo k zrušeniu spomínaných 43 vidieckych lekární, zaniklo by aj takmer 150 takýchto výdajných miest.

■ ■ ■ Dotknuté sú najmä regióny Sjælland, Severné, Južné a Stredné Jutsko, ako aj ostrovy. Celkovo by malo takmer 500 000 ľudí sťažený prístup k svojim liekom. Taká pochmúrna, ale reálna, je vízia zväzu lekárníkov.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC, z 30. 1. 2013



EÚ:

TELEMEDICÍNA: e-Recept v Európe

■ ■ ■ Svet napreduje stále rýchlejšim tempom. V súčasnej dobe je preto nevyhnutné mať rýchly prístup k spoľahlivým informáciám. V oblasti zdravotníctva je tento trend spojený s elektronizáciou zdravotníctva, patientskych zdravotných údajov, ako aj e-Predpisovanie. Nórsko nedávno na tomto poli zaznamenalo veľký úspech.

■ ■ ■ Vo všetkých 737 lekárnach v Nórsku sú od začiatku februára akceptované už aj elektronické recepty. V rámci Európy je jednou z prvých krajín, ktorá celoplošne umožňuje digitálny prenos lekárskeho predpisov. Vo väčšine sa e-Preskripcia nachádza vo forme návrhov zákonodarcom, ktoré doposiaľ nepresiahli pilotné projekty. Často sa proti zavedeniu systému vyskytovali námietky týkajúce sa bezpečnosti údajov, technických prekážok alebo organizačných problémov.

■ ■ ■ Od roku 2010 bol systém predpisovania liekov v Nórsku postupne prestavaný. Až do roku 2015 môžu byť aj naďalej používané recepty v papierovej forme. Nórske ministerstvo zdravotníctva plánuje prostredníctvom nového systému drasticky obmedziť falšovanie receptov.

■ ■ ■ Otázka zabezpečenia údajov bola pre Nórov obzvlášť dôležitá. V rámci lekárskeho vyšetrenia by mal lekár vytvoriť na centrálnom serveri záznam pacienta, v ktorom sú nastavené aj recepty. Následne sa potom lekárnik a pacient dostanú k údajom s použitím osobného prístupu. Navyše, pacienti môžu požiadať svojho lekára o zakódovanie všetkých informácií a v tom prípade by lekárnik potreboval súhlas pacienta na ich otvorenie.

■ ■ ■ V Nemecku a Rakúsku obavy týkajúce sa zákonnej ochrany údajov zabránili pokroku v oblasti e-Receptov. V Alpskej republike sa síce zaviedol elektronický systém patientskych údajov (ELGA), ale aj naďalej sa predpisuje vo forme papierových predpisov. Podobný priebeh nastal aj v Nemecku. V tomto prípade boli plány, podľa ktorých mali byť recepty uložené na nové elektronické zdravotné karty (eGK), opätovne zamietnuté.

■ ■ ■ Podľa Zväzu lekárníkov Európskej únie (PGEU) je e-Predpisovanie popri Nórsku aj v krajinách ako Švédsko, Estónsko a Holandsko etablované takmer na 100 %. Vo Švédsku bol tento systém naposledy prepracovaný s nedávnou liberalizáciou v roku 2009. Softvérový systém vtedajšej štátnej siete lekární Apoteket bol prevedený na štátny podnik, ktorý poskytol k dispozícii národný server pre spracovanie receptov, pričom všetky lekáre v krajine sa musia k nemu pripojiť.

■ ■ ■ V Dánsku sú akceptované obe formy receptu aj v papierovej, aj v elektronickej forme, 80 % všetkých lekárskeho predpisov sa napriek tomu realizuje elektronicou formou. Zaujímavé je aj napredovanie v Chorvátsku, kde vláda zákonom prebudovala systém predpisovania liekov z jedného dňa na druhý. Táto zmena by sa mala úspešne zapracovať.

■ ■ ■ V Belgicku, Írsku, Portugalsku a Fínsku práve prebiehajú pilotné projekty k zavedeniu systému e-Receptu. Portugalský model bol testovaný pred šiestimi rokmi v regióne na juhu krajiny po dobu jedného roka, ale doposiaľ nebola predložená žiadna hodnotiacia správa. Vo Fínsku mal byť e-Recept v apríli minulého roka po ukončení projektovej fázy dokončený na národnej úrovni, ale proces napriek tomu napreduje len ťažkopádne. Okrem iného sa vyskytli mnohé problémy v spojení s rozličnými IT systémami.

■ ■ ■ V niektorých prípadoch sa aj sám zákonodarca postavil do cesty. Talianska vláda rozhodla o prestavbe systému pred niekoľkými rokmi. Podľa plánu sa do konca roka 2012 mali lieky predpisovať už len v elektronickej forme, ale keďže regióny používajú rôzne technické postupy účtovania smerom k zdravotným poisťovniam, bol doteraz e-Recept testovaný len na lokálnej úrovni. Aj v Česku mal byť podľa zákona e-Recept zavedený, doteraz sa to však neuskutočnilo.

■ ■ ■ Podobne aj vo Francúzsku existuje zákon, ktorý pripravuje prestavbu na elektronický systém, pričom podľa PGEU je v rozpore s ďalším zákonom, ktorý stanovuje predpisovanie lieku lekárom výhradne v papierovej forme.

■ ■ ■ V záujme obmedzenia korupcie v zdravotníctve by aj Grécko malo prejsť na systém e-Receptov. Tak aspoň rozhodla grécka vláda pod tlakom zo strany Trojka a EÚ ešte v lete minulého roka. Pri prechode na nový systém ale vyvstalo množstvo technických problémov, pretože v niektorých častiach krajiny nie sú lekáre pripojené ani na internet.

Zdroj: APOTHEKE ADHOC, z 6. 2. 2013



Koktejl z farmácie

TAMIFLU už dva týždne po narodení



FARMÁCIA

Farmaceutický výrobca Roche uverejnil informáciu, že Americká lieková agentúra FDA rozšírila povolenie pre použitie oseltamivir obsahujúcich preparátov Tamiflu®, ktoré by sa mali používať u dojčiat vo veku od dvoch týždňov po narodení používajú na liečbu akútnych infekcií chrípky bez komplikácií. Povolenie FDA sa zakladá na dvoch otvorených farmakokinetických štúdiách, ktoré u 136 dojčiat chorých na chrípkové ochorenie vo veku do jedného roka skúmali absorpciu a distribúciu oseltamiviru v tele. Na základe výsledkov sa potvrdilo, že podávanie oseltamiviru v dávke 3 mg/kg po dobu piatich dní je u liečených dojčiat rovnako bezpečné a účinné ako liečba starších detí a dospelých týmto inhibítorom neuraminidázy. V EÚ je oseltamivir schválený na terapiu chrípky a k post-expozíčnej profylaxii u jedincov starších ako 1 rok. V prípade vypuknutia pandémie chrípky je Tamiflu indikované na liečbu chrípky, prípadne

post-expozíčnú profylaxiu, aj u dojčiat vo veku do jedného roka. Vo všeobecnosti však pre dojčatá vo veku do jedného roka existujú len obmedzené údaje o farmakokinetike a bezpečnosti. Za účelom podpory rozšírenia použitia bolo vykonané aj tzv. farmakokinetické modelovanie, kde boli okrem týchto údajov použité aj údaje zo štúdií s dospelými pacientmi, malými deťmi a deťmi vo veku od jedného roka alebo staršími. Výsledky potvrdili, že dávka liečiva 3 mg/kg dvakrát denne u dojčiat vo veku medzi 3–12 mesiacmi a 2,5 mg/kg dvakrát denne u dojčiat vo veku medzi 1–3 mesiacmi dosahuje približne rovnaké hodnoty dostupnosti a účinnosti ako u dospelých, batoliat a detí od 1 roku veku alebo starších. V súčasnosti nie sú dostupné žiadne údaje o použití Tamiflu u dojčiat mladších ako jeden mesiac, je však dosť možné, že po zverejnení nových výsledkov štúdie a vďaka rozhodnutiu FDA o rozšírení povolenia sa zmenia aj informácie pre odbornú verejnosť (SPC) v EÚ. Na otázku Pharmazeutische Zeitung výrobcu Roche uviedol, že je plánujú rozšírenie povolenia pre použitie preparátu u dojčiat od 2 týždňov veku aj v EÚ, no nezverejnili žiadne bližšie informácie.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (1/2/2013, str. 24)

Mechanizmus účinku METFORMÍNU objasnený

FARMÁCIA:

Hoci biguanid metformín sa používa už celé desaťročia ako antidiabetikum, až doposiaľ nebol celkom objasnený jeho mechanizmus účinku. Americkí vedci nedávno informovali, že účinná látka zabraňuje hormónu glukagónu vo vytvorení dôležitej signálnej molekuly a týmto spôsobom zastavuje glukoneogézu v pečeni. Nová zistenia publikoval tím okolo Morrisa J. Birnbauma v odbornom časopise „Nature“. V posledných desiatich rokoch sa predpokladalo, že biguanidy aktivujú enzým AMPK (prostredníctvom AMP-aktivovaná proteínkináza), ktorý následne inhibuje anabolické procesy ako je glukoneogéza. Najnovšie štúdie však potvrdili, že pečeň myši, v ktorých bol odstránený gén pre AMPK napriek tomu stále reagovala na metformín. Birnbaum so svojimi

kolegami preto hľadal odlišný východiskový bod pre účinnú látku a kaskádu glukagónu podrobil drobnohľadu. Priebeh kaskády možno charakterizovať nasledne: hormón glukagón sa viaže na svoj receptor na bunkách pečene, aktivuje tým enzým AC (adenylcyklázu), ktorá produkuje cyklický AMP (cAMP). Táto signálna molekula stimuluje enzým proteínkinázu A (PKA) fosforyzujúci rozličné cieľové enzýmy, ktoré spoločne zvyšujú produkciu glukózy v pečeni. Pri pokusoch na myšiach vedci zistili, že metformín signálnu cestu glukagónu narúša už priamo v počiatkovej fáze, čo zároveň zvyšuje aj intracelulárnu koncentráciu AMP, inhibítora AC, ktorý tým zastavuje tvorbu cAMP, čím sa glukoneogéza nedostaví. Akým spôsobom metformín zvyšuje intracelulárnu koncentráciu AMP však vedci neuvádzajú. Súčasne dúfajú, že AC by mohla predstavovať nový cieľ pre rozvoj ďalších antidiabetík, ktoré by pravdepodobne mohli mať ešte menej nežiaducich účinkov ako metformín.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (1/2/2013, str. 24)



FDA odporúča zníženie dávky ZOLPIDEMU

FARMÁCIA:

Americká lieková agentúra FDA odporúča lekárom, aby hypnotikum zolpidem odteraz ženám predpisovali len v nízkych dávkach. U mužských pacientov by mali lekári zvážiť rovnaký postup, každopádne sa však zníženie dávky liečiva v tejto skupine pacientov neodporúča tak zreteľne ako u žien. Nové údaje podľa FDA preukázali, že u niektorých pacientok môže užitie vysokých dávok zolpidemu pred spaním spôsobiť riziko vzniku stavu charakterizovaného ako „ráno po opicii“. Z tohto dôvodu by mali ženy v budúcnosti brať namiesto 10 mg zolpidemu iba

5 mg. Tablety s pomalým uvoľňovaním účinnej látky, ktoré však v Európe nie sú registrované, by mali byť ženám predpisované iba v dávke 6,25 mg a nie v dvojnásobnej dávke. Iničiálnym faktorom pre zmenu odporúčania FDA je štúdia, v ktorej bola u 250 mužov a žien osem hodín po užití 10 mg hypnotika meraná hladina zolpidemu v krvi. A aký bol výsledok? 15 % žien a 3 % mužov mali v tejto dobe viac ako 50 ng/ml účinnej látky v krvi. Z tejto koncentrácie je dotyčná osoba tak silno utlmená, že by nemala viesť motorové vozidlo.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (3/2013, str. 27)

MIRABEGRON na hyperaktívny močový mechúr

FARMÁCIA:

Európska lieková agentúra EMA povolila uvedenie na trh agonistu β_3 -receptoru mirabegron (Betmiga® od Astellas Pharma) k liečbe hyperaktívneho močového mechúra. Na rozdiel od anticholinergík, ktoré sa najčastejšie používajú v liečbe hyperaktívneho mechúra,

u mirabegronu tak často nedochádza k nežiaducemu účinku (sucho v ústach). Nový liek prichádza na trh vo forme tabliet s predĺženým uvoľňovaním v dávke 25 a 50 mg, pričom interval podania by mal byť jedenkrát denne.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (3/2013, str. 27)

DIABETES: Povolenie pre lixisenatid

FARMÁCIA:

Európska lieková agentúra EMA povolila uvedenie na trh pre antidiabetikum lixisenatid (Lyxumia od Sanofi Aventis). Spomínané inkretínové mimetikum je indikované k liečbe u diabetikov II. typu v kombinácii s orálnymi antidiabetikami a/alebo bazálnym inzulínom v prípade, že doterajšia terapia nedosiahla dostatočnú glykemickú kontrolu. Lixisenatid musí byť injektovaný subkutánne jedenkrát denne. V predregistračných štúdiách GLP-1-agonista zapríčinil výrazný pokles postprandiálnej glykémie (glykémia nameraná po jedle), ako aj hodnôt HbA1c

(hodnota pre glykovaný hemoglobín, ktorá poskytuje nepriamu informáciu o priemernej hladine cukru v krvi – glykémie v časovom období 4 – 6 týždňov. V hovorovom označení tzv. priemerná a dlhodobá glykémia). K najčastejším nežiaducim účinkom, ako aj pri ostatných GLP-1-agonistoch, patrí nevoľnosť a vracanie. V budúcnosti sa podľa výrobcu plánuje uviesť na trh aj kombinovaný preparát z lixisenatidu a inzulínu glargin (Lantus). Pacienti by si potom museli liečivo aplikovať len jedenkrát.

Zdroj: PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG (6/2013, str. 34)

KOLCHICÍN ako ochrana pred infarktom?

MEDICÍNA:

Kolchicín môže byť eventuálne prospešný aj v sekundárnej prevencii koronárnej choroby srdca. Aktuálna štúdia potvrdila, že pacienti liečení preparátom proti dne výrazne menej trpeli kardiovaskulárnymi príhodami.

Autori austrálskej nízкодávkovéj-kolchicín-štúdie (LoDoCo) liečili 532 pacientov s angiograficky potvrdenou koronárnou chorobou srdca (KCHS), ktorí boli po dobu dvoch rokov rozdelení a liečení v placebo alebo kolchicín skupine. Z výsledkov vyplýva, že akútny koronárny syndróm, zástavu srdca mimo nemocnice, alebo cievnú mozgovú príhodu utrpelo 5 % pacientov v kolchicín skupine, ale postihlo až 16 % účastníkov placebo skupiny. To zodpovedá zníženiu rizika v miere až 67 %, ako vysvetľuje vedúci výskumu Dr. Stefan Nidorf zo srdcového výskumného inštitútu Západnej Austrálie v Perte na kongrese Americkej srdcovej asociácie.



Stabilizuje kolchicín aterosklerotické plaky?

Ako mechanizmus účinku sa predpokladá efekt na neutrofilné granulocyty v ruptúrou ohrozených koronárných plakoch. Vďaka svojmu protizápalovému účinku kolchicín pravdepodobne stabilizuje aterosklerotické lézie.

Tento preparát na liečenie dny poskytuje hneď niekoľko výhod, vrátane dobrého bezpečnostného profilu a ľahkej manipulácie. Ešte predtým ako bude kolchicín zahrnutý do prevencie koronárnej choroby srdca však kritici tejto štúdie požadujú každopádne viac dôkazov. Protistrana tiež zdôrazňuje, že liek proti dne bol v štúdiu nasadený popri už etablovanej liečbe KCHS.

Zdroj: MEDICAL TRIBUNE Nemecko, z 15. 12. 2012

FIBRILÁCIA predsiení vyvolaná troma pohármi piva?

MEDICÍNA:

Nadmerný príjem alkoholu, ale aj mierna konzumácia troch pohárov piva môže viesť k vzniku fibrilácie predsiení. Dokonca už mierny konzum alkoholu môže podľa kanadských vedcov spustiť fibriláciu predsiení. Vo svojich tvrdeniach sa opierajú o údaje od viac ako 30 000 účastníkov druhej najväčšej hypertonickej štúdie

(ONTARGET, TRANSCEND).

Aj mierny konzum alkoholu môže vyvolať fibriláciu predsiení

Ako mierny konzum možno klasifikovať maximálne 3 poháre piva u mužov a 2 u žien. Testovaní s miernym až vysokým konzumom alkoholu vykazovali signifikantne zvýšené riziko výskytu predsieňovej fibrilácie (HR-tepová frekvencia 1,14 resp. 1,32).

Rovnako sa zdá, že aj ojedinelý príjem alkoholu môže poškodiť predsieň. Aj mierny príjem alkoholu, ktorý zahŕňa aj príležitostné „hýrenie“ na oslavách, nesie v sebe rovnako vysoké riziko fibrilácií ako vysoký príjem alkoholu.

Zdroj: MEDICAL TRIBUNE Nemecko, z 30. 1. 2013



MUDr. Peter Čech
 MUDr. Romana Hubináková
 urologické oddelenie
 Nemocnica s poliklinikou Prievidza
 so sídlom v Bojniciach

Infekcie močových ciest

Infekcie močových ciest sú zápalové ochorenia, charakterizované prítomnosťou patogénnych mikroorganizmov v uropoetickom trakte. Vyskytujú sa v každom veku, je to druhá najčastejšia lokalizácia bakteriálnej infekcie po respiračných ochoreniach a patrí medzi infekcie, ktoré významne finančne zťažujú spoločnosť. Tvoria zhruba 40 % infekcií, ktoré si vyžadujú hospitalizáciu, z nich väčšina je spojená so zavedením permanentného katétra. V USA tvoria IMC asi 7 miliónov návštev u praktického lekára.

🕒 Epidemiológia

IMC sa vyskytujú vo všetkých vekových kategóriách, etiológia je multifaktoriálna. U detí do 5 rokov bývajú spojené s kongenitálnymi vadami močového traktu, neskôr dochádza k vzostupu incidencie u dievčat a k poklesu u chlapcov až do obdobia adolescencie. Symptomatická infekcia močových ciest postihuje 30 % žien vo vekovom rozpätí 20–40 rokov, tieto hodnoty súvisia so započatím sexuálneho života, u mužov do 35. roku je IMC zriedkavá a spája sa s abnormalitami močového traktu. Po 65. roku incidencie výrazne stúpa u oboch pohlaví. Súvisí to s gynekologickými operáciami a operáciami prostaty a taktiež s katetrizáciou. U 40 % pacientov s permanentným katétrom sa bakteriúria vyvinie do doby 1 týždňa, z toho 10 – 12 % sú infekcie nozokomiálne, spôsobené multirezistentným kmeňom. Jednorazové zavedenie katétru spôsobí bakteriúriu u 1– 2 % prípadov. V každom prípade dôjde k infekcii do 4 týždňov.

🕒 Patogenéza

Ascendná cesta šírenia infekcie je najčastejšia, dochádza k prieniku baktérií z prirodzených rezervoárov ako sú črevo a vagína, vyššie riziko je u žien dané kratšou uretrou v kombinácii s tesnou blízkosťou týchto orgánov. Ďalšími rizikovými faktormi sú obštrukcia, konkrement v močových cestách, inštrumentálny zákrok a katetrizácia, hormonálne zmeny a poruchy imunity, u žien vo fertilnom veku je to sexuálny styk a používanie spermicídnych látok. Hematogénna cesta sa vyskytuje v 2 %, týka sa predovšetkým obličiek, prostaty, semenníkov a nadsemenníkov. Táto cesta sa uplatňuje hlavne pri vírusovej orchitíde pri parotitíde a u ďalších bakteriálnych kmeňov a Candida spp., kde sa primárny fokus infekcie nachádza v inom orgáne.

Šírenie lymfatickými cestami je skôr v rovine teoretickej, pri stagnácii črevného obsahu a šírenie per continuitatem z okolitých orgánov.

Najčastejším pôvodcom nekomplikovaných IMC je *E. coli* v 85 %, menej často sa vyskytujúce patogény sú *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis*, *Enterobacter* spp. a enterokoky. Spomedzi nozokomiálnych kmeňov sú najčastejšími pôvodcami *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp. a *Staphylococcus* spp. Dochádza ku globálnemu nárastu multirezistentných kmeňov ako MRSA (meticillin-rezistentný *Staphylococcus aureus*) a ESBL (extended-spectrum β -lactamase producing) *E. coli*, citlivý iba na triedu karbapenémov. Zvyšuje sa rezistencia k fluorochinolónom a cefalosporínom, taktiež ku gentamicínu. Anaerobné mikroorganizmy nachádzame hlavne pri hnisavých infekciách urogenitálneho systému (skrotálne, prostatické a perinefrické abscesy). Obr. 1



Rozdelenie

IMC môžeme rozdeliť podľa niekoľkých kritérií, a to časového priebehu, klinickej prezentácie a postihnutého orgánu a pridruženého rizikového faktoru. Obr. 2

Akútne	Horné močové cesty	Nekomplikované infekcie
	– Urethritis – Cystitis	
Chronické	Dolné močové cesty	Komplikované infekcie + Konkrement Vezikoureterálny reflux Renálna insuficiencia Diabetes mellitus Imunosupresia Obštrukčná uropatia
	Mužské pohlavné orgány	
	– Prostatitis – Orchitis – Epididymitis	
	Sepsis	

Klinické prejavy močovej infekcie

Polakisúria – časté močenie • Strangúria – pálenie pri mikcii • Cystalgia – bolesť nad sponou, hlavne pri naplnenom močovom mechúri • Hematúria – (makroskopická, mikroskopická) • Urgencia – nútenie na mikciu • Febrilita nad 38 °C s triaškou a zimnicou, nauzea a zvracanie, pozitívny tapotment patria k zápalom horných ciest močových, prípadne k zápalom mužských pohlavných orgánov

Diagnostika

Za základné vyšetrenie považujeme vyšetrenie moču, vizuálne hodnotíme farbu, skalenosť, prípadne prímies krvi, zápach (pyúria, hematúria). Chemické vyšetrenie moču preukazuje proteinúriu, hematúriu, čo sú známky nešpecifické. Vyšetrenie močového sedimentu potvrdzuje leukocytúriu, erytrocytúriu a bakteriúriu. V prípade infekcie u mužov, recidivujúcej infekcie u žien sa uplatňuje kultivačné vyšetrenie, taktiež v prípade, že máme podozrenie na pyelonefritídu, pokiaľ sa symptómy objavia po ukončení ATB terapie 2 – 4 týždne u žien



Sekcia klinickej farmácie, SFS, o. z. SLS,
v spolupráci s
Farmaceutickou fakultou UK,
Farmakologickou spoločnosťou, o. z. SLS,
Lekárnickou komorou

si Vás dovoľujú
pozvať na:

XXII. Sympóziu klinickej farmácie Lívie Magulovej

ktorá sa bude konať

19. apríla 2013 na SZU v Bratislave

Téma:

Farmakoterapeutické riziká a pochybenia
-úloha klinickej farmácie v ich predikcii,
minimalizácii a riešení.

II. Jarná konferencia klinickej farmácie

ktorá sa bude konať

18. apríla 2013 na FaF UK
v Bratislave

Téma:

Riešenie vybraných farmakoterapeutických
problémov (workshopy).

Na workshop je obmedzený počet účastníkov.

■ Podrobné informácie o oboch podujatiach Sekcie klinickej farmácie budú uvedené na webovej stránke Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS) a SLeK.

Tešíme sa na stretnutie s Vami.

■ Za prípravný výbor:

PharmDr. Vlasta Kákošová, predsedníčka
Sekcie klinickej farmácie, SFS, o. z. SLS

PharmDr. Mária Göböová, vedecká sekretárka
Sekcie klinickej farmácie, SFS, o. z. SLS

■ Zájemcovia o obe odborné podujatia sa môžu prihlásiť na:

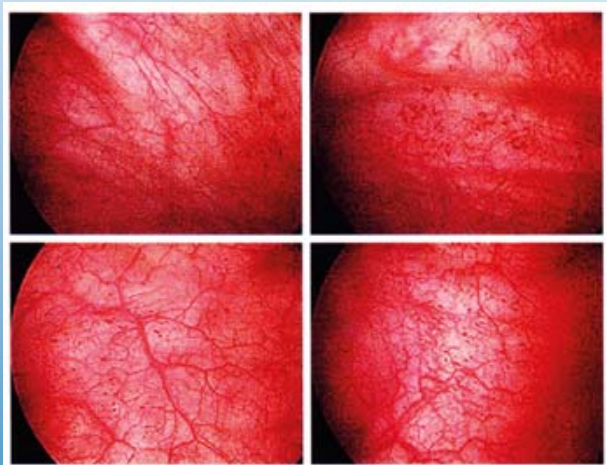
Antónia Gulišová

Slovenská lekárska spoločnosť, Kongresové
oddelenie, Cukrová 3, 813 22 Bratislava
e-mail: gulisova@sls.sk

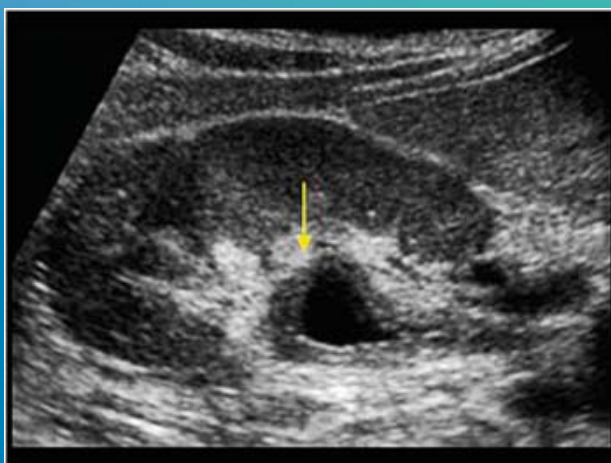
tel.: 00421 2 5292 20 20, 00421 2 5292 20 19

fax.: 00421 2 5263 56 11

mob.: 00421 915 777 153



↑ Obr. č. 2 – Cystoskopický nález akútnej cystitídy



↑ Obr. č. 3 – Sonografický obraz akútnej pyelonefrítidy

s atypickou symptomatológiou. K potvrdeniu infekcie horných močových ciest a mužských pohlavných orgánov nám napomáhajú aj základné laboratórne screeningové vyšetrenia (elevácia CRP, leukocytóza). Sonografické vyšetrenie uropoetického traktu je základnou diagnostickou metódou u pyelonefrítidy a obzvlášť dôležité k vylúčeniu novej obštrukcie so vznikom obštrukčnej pyelonefrítidy a následnou nutnosťou dutý systém zadrénovať (zavedenie ureterálneho stentu, nefrostómie). Obr. 3. Ďalšie vyšetrenia (CT, i.v. urografia) by sa mali doplniť v prípade, že febrilný stav trvá aj napriek terapii dlhšie ako 72 hod.

🕒 Zásady racionálnej antimikrobiálnej terapie

Pri výbere preparátu sa posudzujú spektrum a typ účinku, biologická dostupnosť a prienik do tkanív, nežiaduce účinky a toxicita na renálny a hepatálny parenchým, cena preparátu, doba trvania terapie závisí od rozsahu a doby mikrobiálnej invázie ako v tkanivách, tak aj koncentrácia v moči, dosiahnuteľná koncentrácia preparátu v moči a imunitná odpoveď hostiteľa.

🕒 Terapie

U akútnej nekomplikovanej cystitídy sa odporúča doba trvania terapie 3 dni, u mužov a gravidných žien 7 dní. Antibiotikom

1. voľby podľa guidelines je nitrofurantoin 50 mg na 7 dní, alternatívou sú chinolóny na 3 dni. Doteraz často používaný trimethoprim-sulfamethoxazol sa odhaduje rezistencia kmeňa *E. coli* až 20 %. Symptomatická liečba zahŕňa aj dostatočný pitný režim a spazmoanalgetickú liečbu.

U akútnej nekomplikovanej pyelonefrítide sa odporúča doba trvania terapie 10 – 14 dní a ako liečba prvej línie sa odporúčajú fluorochinolóny (rezistencia *E.coli* je stále pod 10 %) alebo cefalosporíny 3. generácie, v ťažkých prípadoch v úvode parenterálne. Co-amoxiklav sa ako liek prvej línie neodporúča. U ESBL-produkujúcej *E. coli* a *E.coli* rezistentnej na fluorochinolóny aminoglykozid alebo karbapenem.

U mužov do 35. roku postihnutých prostatitídou sa odporúča ako liek prvej voľby fluorochinolón (ofloxacin) alebo kombinácia cefalosporínu 3. generácie ceftriaxonu a doxycyklinu. U mužov nad 35 rokov monoterapia fluorochinolónom alebo TMP-SMX. Celková doba terapie by mala byť 2 – 4 týždne.

Komplikovaná infekcia močových ciest je infekcia u pacientov s anatomicou alebo funkčnou abnormalitou alebo s komorbidity, ktorá zvyšuje riziko výskytu infekcie alebo zlyhanie terapie. V terapii sú odporúčané fluorochinolóny s veľkým spektrom účinku po dobu 10 – 14 dní, ktoré dosahujú vysokú koncentráciu v tkanivách a moči. Ďalšie alternatívy sú cefalosporíny 2. alebo 3. generácie, aminoglykozidy, karbapenémy. Vo väčšine krajín je *E. coli* už rezistentná ku TMP-SMX (USA 18 – 25 %). *E. coli* je taktiež rezistentná k aminopenicilínom, ampicilínu a amoxicilínu. Ak empirická terapia zlyhá, je nutná zmena antibiotika podľa rezistogramu s jednotlivými MIC.

IMC u tehotných je bežná, z toho 20–40 % žien s asymptomatickou bakteriúriou prechádza do akútnej pyelonefrítidy, preto by každá bakteriúria mala byť preliečená ATB. Asymptomatická bakteriúria je významná, pokiaľ v dvoch po sebe nasledujúcich močeniach vykultivujeme viac ako 10 na 5 cfu/ml zárodokov rovnakého kmeňa (katetrizovaného moču viac ako 10na5 zárodokov). Ak je bakteriúria symptomatická, za významné množstvo považujeme hodnotu viac ako 10 na 3 zárodokov. Odporúčaná terapia je Amoxicilin 500 mg 3 – 5 dní (stúpajúca rezistencia), co-amoxicilin/klavulanát 500 mg 3 – 5 dní u asymptomatickej bakteriúrie. U akútnej pyelonefrítidy Ceftriaxon 1 – 2 g i. v. denne, Gentamicin 2 – 3 mg/kg/deň i. v. v 3 dávkach po dobu 7–10 dní.

Terapia uretritídy je Cefixim 500 mg v 1 p.o. dávke, Ceftriaxone 125 g v 1i. m. dávke, Ciprofloxacín 500 mg, častá je konkomitantná infekcia *Chlamydia trachomatis*, pridávame Azitromycín 1 g v 1 p.o. dávke, Doxycyklin 100 mg 2 x denne po dobu 7 dní. Liečiť je nutné všetkých sexuálnych partnerov a uplatňovať chránený pohlavný styk alebo zdržanlivosť.

🕒 Záver

IMC postihujú aspoň raz v živote skoro polovicu žien v priebehu ich života. Je to ochorenie, s ktorým sa stretáva ako urológ, tak praktický lekár alebo gynekológ. Treba klásť dôraz na správnu antimikrobiálnu liečbu infekcií s prihliadnutím na aktuálnu regionálnu situáciu rezistentných kmeňov baktérií, optimalizovať dĺžku terapie a podpornú symptomatickú liečbu. Rezistencia *E. coli* voči inhibítorm beta-laktamáz a cefalosporínom 1. a 2. generácie v poslednom období dosiahla skoro 40 %. 7,1 % dosahuje multimikrobiálnu rezistenciu a u týchto kmeňov je stále častejšie pozorovaná rezistencia aj voči TMP-SMX, ampicilínu a cephalotínu. ■



Slovenská lekárska spoločnosť
Slovenská farmaceutická spoločnosť
Lekárnická sekcia



Slovenská lekárnická komora
Regionálna lekárnická komora Prešov
Farmaceutická fakulta UK

Vás pozývajú v dňoch

27. - 29. júna 2013

na

XXXIX. lekárnické dni
Kúpele Nový Smokovec

téma odborného podujatia:

OCHORENIA KOŽE, ICH PREVENCIA A TERAPIA

Legislatívne zmeny v lekárenstve ■ Lekárska prax študentov FaF UK ■ Ďalšie vzdelávanie lekárníkov: sústavné, špecializačné

Rámcový program:

štvrtok – 27. jún 2013

12.00 – 14.30 registrácia účastníkov
a vystavovateľov
14.30 slávnostné otvorenie
15.00 – 18.30 odborné prednášky
19.30 uvítací večer

piatok – 28. jún 2013

08.00 – 13.00 odborné prednášky
13.00 – 14.30 obed
14.30 – 17.30 odborné prednášky
19.00 kultúrny večer

sobota – 29. jún 2013

09.00 – 12.00 odborné prednášky
a panelová diskusia

■ **Aktívna účasť:**

V prípade záujmu o aktívnu účasť (prednáška, poster) pošlite vyplnenú prihlášku **do 28. 3. 2013** na adresu:

• **doc. RNDr. M. Fulmeková, CSc.,**

Univerzitná lekáreň, Ružinovská 12, 821 01 Bratislava, alebo mailom na adresu: prednosta@ulfafuk.sk

■ **Abstrakty a súhrny (prednášky a poster):**

• **Stručný abstrakt** (cca 100 slov) zašlite najneskôr 2 mesiace pred konaním akcie doc. Fulmekovej. Bez tohto abstraktu komora nepridelí podujatiu kredity!

• **Súhrny** zašlite/odovzdajte najneskôr počas konania konferencie. Budú uverejnené v časopise Farmaceutický obzor. Štruktúra súhrnu: rozsah maximálne 1 strana, podľa pokynov pre prispievateľov do Farmaceutického obzoru.

• **Stručné abstrakty aj súhrny sa posielajú elektronicky** vo forme dokumentu MS Word ako príloha e-mailovej správy na adresu: prednosta@ulfafuk.sk

■ **Predpokladaný počet kreditov: 10 – 14**

■ **Registrácia účastníkov prebieha do 28. 3. 2013**

Počet účastníkov je limitovaný kapacitou prednáškového sálu – 200 osôb.

■ **Registrácia pasívnych účastníkov:**

Prihlásiť sa je možné:

• vyplnením prihlášky online na: www.lekarnickedni.farmi-profi.sk

• zaslaním vyplnenej prihlášky poštou na adresu: FARMÍ-PROFI, Stredná 80, 821 04 Bratislava

• telefonicky, resp. faxom na číslach: tel.: +421 2 6446 1555, +421 915 293 610,

fax: +421 2 6446 1487

• prostredníctvom e-mailu: na adrese: lekarnickedni@farmi-profi.sk

■ **Súčasťou úspešnej registrácie je úhrada registračného poplatku do 28. 3. 2013.**

■ **Registračný poplatok:**

Aktívna účasť	bez poplatku
Členovia SFS a zároveň SLeK	30,-€
Členovia buď SFS, alebo SLeK	40,-€
Pre nečlenov SFS, alebo SLeK	50,-€
Registrácia na mieste	60,-€

■ **Registračný poplatok uhradte na účet:**

Názov účtu	Slovenská lekárska spoločnosť
Číslo účtu VÚB	4532012/0200
Variabilný symbol	1310190104
Konštantný symbol	0308 (platba cez internet banking)

• V prípade platby iným subjektom (firma, nemocnica) je potrebné uviesť meno osoby/osôb, za ktorú/é bola platba uskutočnená. Potvrdenie o zaplatení registračného poplatku si prosím starostlivo uchovajte a v prípade potreby predložte pri registrácii. • Poplatok zahŕňa účasť na odbornej a spoločenskej časti, program, potvrdenia o účasti s kreditovým hodnotením SLeK (za aktívnu alebo pasívnu účasť) a občerstvenie. • **Registračný poplatok je nenávratný.**

■ **Návrh zloženia panelu:**

• zástupca MZ SR • zástupca SLeK • zástupca FaF UK • zástupcovia zdravotných poisťovní • zástupca ÚDZS
• zástupca SZU • zástupca SFS • zástupca Nezávislého liekového inštitútu

■ **Organizačný výbor:**

• doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc. • PharmDr. Lucia Černušková, CSc. • PharmDr. Jana Minichová, MBA
• PharmDr. Lucia Masaryková • PharmDr. Peter Stanko • PharmDr. Tatiana Geročová, PhD.

■ **Organizačno-technické zabezpečenie, registrácia: FARMÍ - PROFÍ**

■ **Odporúčané ubytovanie:** • Kúpele Nový Smokovec, a. s. • hotel Palace a Branisko • okolité kúpeľné vilky
Ubytovanie zabezpečuje FARMÍ-PROFI, kontakt: Mgr. Eva Kačeriková, tel. číslo: +421 918 502 341, +421 2 6446 1555,
e-mail: kacerikova@farmi-profi.sk, lekarnickedni@farmi-profi.sk

Brusnice a prevencia zápalu močových ciest

Infekcia močových ciest je častou a veľmi nepríjemnou chorobou, ktorá vo veľkej miere postihuje predovšetkým ženy. Dôvodom je práve anatomický rozdiel močových ciest, nakoľko močová trubica žien je oveľa kratšia, nachádza sa v blízkosti pošvy a konečníka a z toho dôvodu je aj náchylnejšia na vznik infekcie.

Štatistiky hovoria o tom, že až 40% žien a 12% mužov aspoň raz za život toto ochorenie postihne. U každej piatej ženy sa ochorenie aj zopakuje.

Prejavuje sa častým nutkaním na močenie, pálením počas močenia, ktoré je v komplikovaných prípadoch sprevádzané prítomnosťou krvi v moči a teplotami či bolesťami v podbrušku. **Pokiaľ sa infekt nerieši, môže viesť k zápalu obličiek sprevádzaného vysokými teplotami, bolesťami v krížovej oblasti a v extrémnych prípadoch to môže končiť až úmrtím chorého.**

Príčinou vzniku môže byť prechladnutie (krátke tričká a holé kríže, sedenie na studených stoličkách, podlahe či chodníkoch alebo bosé nohy, kúpanie v bazéne, mokré a studené plavky), pohlavný styk (je dokázané, že ženy, ktoré začnú sexuálne žiť aj pri dostatočnej hygiene trpia infekciami močových ciest častejšie), nedostatočná hygiena, stres, nedostatočný pitný režim, častá liečba antibiotikami, oslabený imunitný systém a pod. Väčšiu náchylnosť na vznik infekcie majú tiež tehotné ženy a ženy trpiace poruchami odtoku moču alebo cukrovkou.

V 90 % prípadov je príčinou **Escherichia coli**, baktéria žijúca v hrubom čreve a na koži v okolí konečníka. Ak sa dostane cez pošvu do močovej rúry, môže vyvolať infekciu močových ciest. Akútne infekcie sú obvyčajne dobre liečiteľné bežnými antibakteriálnymi prípravkami v priebehu niekoľkých dní. Pri recidivujúcich (opakovaných) uroinfekciách treba okrem okamžitej akútnej liečby pripojiť aj dlhodobú adjuvantnú, čiže doplnkovú terapiu, ktorej cieľom je predovšetkým prevencia recidív. Doplnkovú liečbu často predstavuje dlhodobé podávanie malých dávok močových



Ing. Jarmila Kabátová
Nutričný poradca gastroenterologickej
ambulancie/Dr. Schär
Odborná detská ambulancia s. r. o.
Piešťany
e-mail: jarmilakabatovaml@gmail.com
mobil: +421 949 353 565



chemoterapeutík, čo však môže byť príčinou vzniku bakteriálnej rezistencie. Preto je potrebné hľadať a využívať aj ďalšie terapeutické a profylaktické metódy liečby. Jednou z možností je aj užívanie extraktov z **kanadskej brusnice (Vaccinium macrocarpon)** a to buď v podobe tabliet s koncentrovaným extraktom brusníc, alebo v podobe čistej nesladenej brusnicovej šťavy.

■ Pôvodne sa tvrdilo, že biologická aktivita brusníc má oxylujúci účinok na moč, táto teória však bola do značnej miery vyvrátená. V súčasnosti akceptovaný mechanizmus pôsobenia liečby a prevencie infekcií močových ciest spočíva v potlačení schopnosti adhézie (prilnutia) baktérií E. coli k močovej trubici.

■ **Brusnica obsahuje dve zložky – fruktózu a proanthokyanidín (PAC – zhrtené triesloviny)**, ktoré sa spájajú s proteínmi v riasovitých vláknach baktérií E. coli, čím efektívne zabraňujú adhézii baktérií k epitelovým bunkám vo výstelke močovej rúry. Bez možnosti vybudovania silného záchytného miesta pomocou adhézie je infekcia buď oslabená, alebo zneškodnená hneď v začiatkoch.

PAC prítomné v plodoch brusníc zabraňuje adhézii baktérií na epitelové bunky močových ciest. Ako terapeutická dávka sa uvádza 36 mg PAC/deň.

Fruktóza, ktorú brusnice obsahujú, takisto prispieva k antibakteriálnemu pôsobeniu brusníc.

■ **Zmes z brusnicovej šťavy sa preukázala ako inhibitor adhézie E. coli.** Tiež sa však preukázalo, že brusnice nie sú schopné vypudiť baktériu, ktorá sa už prichytila k epitelovým bunkám močových ciest. Ďalším opísaným účinkom brusnicového koncentráту je schopnosť inhibície tvorby biofilmu, hlienu, vďaka ktorému je E. coli schopná v močovej trubici prežiť a vyvolať infekciu. Priame antibakteriálne pôsobenie brusnicových preparátov však preukázané nebolo.

■ Účinok brusnicového koncentrátu stúpa s podanou dávkou. Opakovane bol opísaný **nižší efekt podávania brusnicových preparátov na prevenciu vzniku močových infekcií u starších osôb.** To môže súvisieť s nedostatočnou glomerulárnou filtráciou obličiek. Pokiaľ dôjde k jej zníženiu, čo sa častejšie stáva vo vyššom veku, na zabezpečenie dostatočnej koncentrácie v moči je potrebné podanie vyšších dávok brusnicových preparátov. Brusnicové extrakty sa môžu užívať preventívne dlhodobo, závažné nežiaduce účinky tejto terapie neboli doposiaľ opísané. Z tohto dôvodu sa môžu použiť v prevencii recidivujúcich infekcií aj u predisponovaných gravidných a dojčiacich žien. Na základe výsledkov jednotlivých publikovaných štúdií tiež nie je zrejmy signifikantný rozdiel vo výskyte močových infekcií pri podaní brusnicového koncentrátu vo forme džúsu, tabliet alebo kapsúl.

■ **Mnohé výskumy potvrdili, že pravidelným užívaním brusníc klesá riziko tohto ochorenia až o 50 %.** Najnovšie dokonca preukázali, že látky obsiahnuté v brusniciach chránia nielen pred zápalom močových ciest, ale rovnako aj pred infekciami v iných častiach tela, ako napríklad v žalúdočnej sliznici, ústnej dutine a pod. Brusnice sú výdatným zdrojom vitamínu C (100 g brusníc

obsahuje 20 mg vitamínu C) a štúdie potvrdili, že sú silným prírodným antibiotikom. To však automaticky nepotvrďuje, že užívanie tohto ovocia (spracovaného alebo nespracovaného) je úplne bezpečné pre všetkých, alebo že je jeho užívanie bezpečné i vo veľkých množstvách. Vzhľadom na vysoký obsah sodíka **nie sú vhodné pre ľudí s vyso-**

■ Brusnice sú bohatým zdrojom vitamínu C, A, K, magnézia, karoténu a vlákniny, polyfenolových antioxidantov. Obsahujú tiež kyselinu citrónovú, jablčnú, benzoovú a šťaveľovú, kalcium, mangán, fosfor a sodík.



kým tlakom a vzhľadom na vysoký obsah kyseliny šťaveľovej **ani pre ľudí s chorými obličkami.** Existujú však aj názory, že brusnice nemajú vplyv na zlepšenie zdravotného stavu pri infekčných ochoreniach močových ciest či pohlavných orgánov. Jedna z dôležitých oblastí záujmu sú pacienti s rizikom vytvorenia obličkových kameňov. Pri štúdiu, do ktorej sa zapojili zdraví dobrovoľníci, ktorí konzumovali brusnicové tablety počas jedného týždňa vo výrobcom stanovených dávkach, sa preukázalo výrazné zvýšenie hladiny močových oxalátov. Rovnako tak by sa aj ľudia, ktorí berú lieky na riedenie krvi mali vyhnúť brusnicovým produktom, nakoľko brusnice môžu spôsobiť nadmerné krvácanie.

■ Opakovanými štúdiami bol preukázaný vplyv brusnicových preparátov na prevenciu vzniku recidív infekcií dolných močových ciest pri dlhodobom užívaní najmä u premenopauzálnych žien. Vo vyšších vekových kategóriách sú potrebné ešte ďalšie štúdie na verifikáciu ich účinku.

Treba mať na pamäti, že nejde o žiadne lieky, ale o výživové doplnky. Tieto látky sa môžu využiť ako alternatívny doplnok terapie štandardnými liečivými prípravkami, najmä v prevencii a doplnkovej liečbe, ale s prihliadnutím na ich možné limitované účinky. Ich zmysluplným využívaním vo vhodných prípadoch sa dá prispieť aj k zníženiu spotreby antibiotík a močových chemoterapeutík, a tým sekundárne aj k redukcii neustále stúpajúcej, epidemiologicky veľmi významnej, bakteriálnej rezistencie. ■

Autor: Mgr. Ivana Murínová

Foto: archív MUDr. Vladimíra Baláza, PhD.



MUDr. Vladimír Baláž, PhD. pôsobí v zdravotníctve už viac ako štvrtstoročie. Absolvent Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave v odbore všeobecné lekárstvo s atestáciou I. a II. stupňa v urológii a klinickej onkológii od roku 2005 pôsobí ako prednosta Urologickej kliniky Slovenskej zdravotníckej univerzity, od apríla minulého roku je riaditeľom Rooseveltovej nemocnice v Banskej Bystrici, je prvým primárom Oddelenia zákrokových sál a robotickej chirurgie, členom Výboru NR SR pre zdravotníctvo a hlavným odborníkom MZ SR pre urológiu. Tomu, kam sa dopracoval vďaka aj veľkej túžbe stať sa lekárom a dávke šťastia.

Nielen v urológii je povinnosťou

prinášať pacientom moderné trendy v medicíne



Pán doktor, v oblasti zdravotníctva pracujete už dlhých 30 rokov, prešli ste teda poriadne dlhý kus cesty. Zastavíte sa niekedy a obzriete späť ešte k vašim začiatkom na univerzite? Aké ste vtedy mali predstavy o svojej budúcnosti? Určite ste nepredpokladali, že raz budete riaditeľom nemocnice ☺

Keď sa nad tým zamyslím, je pre mňa vždy veľkým prekvapením (v dobrom aj v zlom slova zmysle), že pracujem už tridsať rokov od skončenia lekárskej fakulty. Mám dojem, ako by ten čas strašne rýchlo ubehol. Až kam mi pamäť siaha, vždy som túžil byť lekárom. Mal som šťastie, že po skončení školy som mohol nastúpiť do novopostavenej nemocnice v Banskej Bystrici, kde sa vytvoril mladý kolektív zapálených ľudí, ktorí časom dosiahli vysoké méty v medicíne. Ja sám som sa vždy snažil určitým spôsobom udávať tón v mojom odbore, čo sa mi, dúfam, aj darilo. Keďže sa situácia v zdravotníctve nevyvíjala dobre, stále som v kruhu spolupracovníkov a priateľov „kibicoval“ a rozumoval, ako to robiť lepšie. Keď sa veci vyvinuli tak, že som mohol aktívne do riadenia zasiahnuť, už som nemal na výber ☺



Vašou hlavnou špecializáciou sa stala urológia, čo vás lákalo práve na tomto odbore?

Mojím snom bolo pracovať v niektorom chirurgickom odbore. Počas štúdia na vysokej škole som mal šťastie, že som mal možnosť vidieť prácu takých ľudí v odbore urológia ako boli prof. Zvara, prof. Breza či doc. Payer. K tomu sa pridal aj skvelý zážitok, keď som počas nočnej stáže na Urologickej klinike Dérerovej nemocnice v piatom ročníku zažil transplantáciu obličky. Tento zážitok ma hlboko ovplyvnil a dá sa povedať, že aj

predurčil môj ďalší profesionálny život. Sám som sa po čase transplantáciám obličky venoval.



Aké typy urologických ochorení liečite najčastejšie?

Vo svojej odbornej praxi som sa najčastejšie venoval onkologickým ochoreniam v urológii, transplantáciám obličiek, hlavne od živých darcov a v poslednom období moderným spôsobom liečby v urologickej operatíve – minimálne invazívnej chirurgii.



Mohli by sme povedať, že jedným z najčastejších urologických ochorení u žien je zápal močových ciest a u mužov, najmä tých starších, sa častejšie vyskytuje hyperplázia prostaty?

Áno, bežný život urológa sa skladá hlavne zo starostlivosti o pacientov s infektom močových ciest, ťažkosťami s močením mužov, či už pre zväčšenú prostatu, alebo pre akúkoľvek inú príčinu. V starostlivosti urológa je však aj značné množstvo malígnych ochorení alebo liečba kameňov v močovom systéme.



Ženy vraj trpia ochoreniami močových ciest častejšie ako muži, pretože majú kratšiu močovú rúru. Zápal močových ciest je určite nebezpečný pre ženu v gravidite, no nemôže prekonanie niekoľkých zápalov spôsobiť aj problémy s otehotnením?

Ženy naozaj trpia na infekty močových ciest častejšie ako muži. Je to spôsobené hlavne anatomickými pomermi, ako ste spomenuli v otázke. Ak ženy trpia na chronický zápal dolných močových ciest, predstavuje to nielen problém urologický, ale aj gynecologický. Pacientky sa často nevedia z tohto stavu dostať a vzniká syndróm bolestivej panvy, ktorý má závažné medicínske

a psychologické dôsledky, obmedzuje ženu v sexuálnej aktivite a často aj znemožňuje otehotnenie. Zápal v gravidite, hlavne ak sa šíria do vyšších močových ciest, sú závažné aj z hľadiska možných následkov pre dokončenie tehotenstva. Je ich však možné pri včasnom prístupe dobre a komplexne liečiť.

? **V tomto čísle nášho časopisu máme hlavnú tému Infekcie močových ciest. Môže zápal močových ciest prejsť až do zápalu obličky? A ako ho liečiť?**

Zápal obličky je oveľa vážnejším stavom ako len zápal dolných močových ciest. Niekedy môže prechádzať až do septického stavu a ohroziť pacienta na živote. Zápal obličky môže vzniknúť rozšírením zápalu z dolných močových ciest (močový mechúr) alebo rozšírením infekcie krvou, cestou z iného zápalového ložiska v organizme (zápal mandlí, zubný vačok a pod.). Zvlášť nebezpečný je zápal obličky, ak sú odvodné močové cesty, močovod, blokované nejakou prekážkou, napr. kameňom. Dochádza k refluxu infikovaného moču do celej obličky a následne celého organizmu s možnosťou vzniku septického šoku. Vtedy je pri forme antibiotickej liečby nutné aj bezodkladné odstránenie prekážky odtoku moču.

? **Spolupracujete pri zistení zápalu obličky aj s nefrológom alebo to nie je potrebné?**

Zápaly obličiek, ak nie je prítomná niektorá vývojová anomália alebo príčina, ktorú je nutné urológicky odstrániť, lieči aj nefrológ. Samozrejme, hlavným predmetom záujmu nefrológa sú ochorenia obličiek, kedy dochádza k chronickej, resp. akútnej poruche jej funkcie.

? **Povedzte, že pacientka prekonala zápal močových ciest, ktorý prešiel až do zápalu obličky, úspešne sa vyliečila a čo ďalej? Je potrebné ďalšie monitorovanie zdravotného stavu pacientky alebo sa má ukázať len v prípade spozorovania nejakých problémov? Ako dlho majú byť takíto pacienti pod preventívnym dohľadom lekára?**

Jednoduchý zápal močových ciest alebo obličky nevyžaduje ďalšie sledovanie špecialistom. Samozrejme, ak sa zistia nejaké okolnosti, ktoré môžu mať vplyv na ďalší priebeh, alebo, ak sa zápal opakuje, je nutné pacienta ponechať v sledovaní odborníkom.

? **Ako hlavný odborník MZ SR pre urológiu máte aj právo zasahovať istým spôsobom do legislatívy. Ako hodnotíte svoje pôsobenie na tejto pozícii? Čo sa vám podarilo ovplyvniť a čo, naopak, nevyšlo podľa vašich predstáv?**

Hlavný odborník je poradným orgánom ministra zdravotníctva v danom odbore. Nechcem sám hodnotiť svoje pôsobenie v tejto funkcii. Sám som si položil ako hlavnú úlohu postarať sa, aby urológia na Slovensku bola moderným medicínskym odborom, pracujúcim s moderným armamentáriom.

? **Myslíte si, že máme na Slovensku dostatok kvalitných urológov a že pracoviská sú z hľadiska regiónov rozložené tak, aby k nim mali prístup všetci potenciálni pacienti?**

Slovenskí urológovia sú prostredníctvom Slovenskej urolologickej spoločnosti členmi Európskej urolologickej asociácie a majú možnosť podieľať sa na kreovaní ďalšieho vývinu európskej urológie. Myslím si, že v tomto smere musíme byť oveľa aktívnejší a zapájať sa do práce viacerých sekcií. Do tejto oblasti patrí aj vzdelávanie v urológii a dosahovanie európskych urológických atestácií. Tu máme ešte značné rezervy. Samozrejme, na Slovensku existujú pracoviská s vysokou, ale bohužiaľ aj s nižšou kvalitou. Je to spôsobené hlavne nedostatočnou prístupnosťou k moderným medicínskym technológiám. Myslím si, že v budúcnosti

bude potrebné s citom regulovať rozsah poskytovania urolologickej zdravotníckej starostlivosti na jednotlivých pracoviskách, aby sme dosiahli dostupnosť vysokej kvality v každej časti Slovenska.

? **Spolupracujete aj so zahraničnými lekármi, ktorí sa špecializujú na urológiu? Ako hodnotíte úspešnosť liečby na Slovensku v porovnaní so zahraničím? Napredujeme, alebo skôr stagnujeme?**

Zaostávanie slovenskej medicíny, hlavne čo sa týka moderných technológií oproti západnej Európe do roku 1989, bolo značné. Dohoniť túto stratu nie je jednoduché. My by sme mali porovnávať naše napredovanie hlavne so susednými krajinami. Bohužiaľ, nie sme lídri, ale nie sme ani úplne na konci tohto trendu. Nielen v urológii je našou povinnosťou prinášať našim pacientom moderné trendy v medicíne. Najdôležitejšia je včasná diagnóza, presne indikovaná a čo najmenej invazívna liečba a rýchly návrat do bežného života so zachovaním jeho vysokej kvality.

? **Ludia sa väčšinou riadia heslom „poučím sa z vlastných chýb“. Aplikujú to však často aj na svoje zdravie. Ako by ste ovplyvnili zmenu ich vnímania? Myslíte, že stačí len dostatok informácií alebo si to naozaj „musíme prežiť na vlastnej koži“?**

Poučenie, že hlúpy sa učí z vlastných chýb a múdry z cudzích je krásne, ale v praxi naozaj málokedy funguje. Vnímam však pozitívne zmeny, čo sa týka informovanosti obyvateľstva o dôležitosti aktívneho prístupu k svojmu zdraviu a potrebe prevencie. Prispievajú k tomu hlavne moderné technológie ako je internet a pod. Na tomto poli je však stále dostatok práce pre nás všetkých.



? **V úvode som sa pýtala na sny, ktoré ste mali v mladosti, keď ste ešte netušili, aká bude vaša budúcnosť. Teraz sa spýtam, čo by ste ešte v živote chceli dosiahnuť a zároveň aké sú priority pre urológiu v ďalších rokoch?**

Som realista, myslím si, že som z hľadiska praktickej urológie dosiahol vrchol svojich schopností. To, čo je teraz pre mňa najdôležitejšie je pokračovať vo výchove mladších kolegov a povzbudzovať ich, aby prekonávali dnešné hranice. Slovenská urológia bude musieť sledovať trendy v rozvinutej Európe a ísť cestou rozvoja minimálne invazívnej a robotickej chirurgie a zachovať si vysoký štandard v ambulantnej starostlivosti o našich pacientov. **Ďakujem za rozhovor, pán doktor. ©**

MYOPATIA

možný dôsledok liekových interakcií statínov



PharmDr. Lubomír Virág, PhD.
Lekárneň Čajka
Nitra

- ▶ Pacientka (57-ročná) s hypertenziou v súčasnosti užíva:
 - kyselinu acetylsalicylovú (1 x 100 mg)
 - verapamil (1 x 240 mg).
- ▶ Počas pravidelnej návštevy ošetrojúceho lekára sa zistila zvýšená hladina cholesterolu. Lekár stanovil diagnózu hypercholesterolémie, odporučil dodržiavať diétne a režimové opatrenia.
- ▶ Po 6 mesiacoch sa nepodarilo dosiahnuť cieľové hodnoty cholesterolu, preto lekár zvažuje indikáciu atorvastatínu (1 x 20 mg).
- ▶ Pacientkina sestra v minulosti užívala simvastatín, objavili sa bolesti svalov, ktoré sa stupňovali až sa podávanie statínu ukončilo. Preto pacientka vyjadruje obavy z možných nežiaducich účinkov odporúčaného lieku.



Odborná verejnosť už niekoľko rokov venuje zvýšenú pozornosť množiacim sa prípadom závažnej myopatie a rabdomyolýzy, ktorá môže vyústiť až do renálneho zlyhania. Podľa doterajších skúseností ide o najzávažnejší nežiaduci účinok inhibítorov hydroxymetylglutaryl koenzym A (HMGCoA) reduktázy – statínov. Výskyt statínových myopatií v placebom kontrolovaných štúdiách sa pohyboval na úrovni 5 %, z nich v 7,6 % sa jednalo o fatálnu rabdomyolýzu.

■ ■ ■ Z dostupných prehľadov literárnych údajov vyplýva, že výskyt fatálnych rabdomyolýz bol najvyšší u cerivastatínu (16 – 80 x vyšší ako u ostatných statínov), naopak u fluvastatínu nebol doteraz popísaný žiadny prípad fatálnej rabdomyolýzy. Fluvastatín je polosyntetický statín II. generácie, ktorý sa vyznačuje priamym pôsobením. Pomerne silne sa viaže na plazmatické bielkoviny, je skôr hydrofilný. Rovnako ako ostatné molekuly zo skupiny statínov, okrem pravastatínu, sa i fluvastatín metabolizuje v pečeni prostredníctvom cytochrómu P450. Avšak na rozdiel od ostatných statínov sa metabolizuje zo 75 % izoenzýmom CYP2C9 a iba z 20 % izoenzýmom CYP3A4, z 5 % CYP2C8 a CYP2D6.

■ ■ ■ Všeobecne známou je skutočnosť, že myopatia je na dávke závislý nežiaduci účinok (typ A) a jeho riziko úmerne stúpa s hodnotou plazmatickej koncentrácie príslušného statínu. Vlastný mechanizmus vzniku statínovej myopatie nie je zatiaľ známy. Predpokladá sa, že inhibíciou HMGCoA reduktázy dochádza nielen k zníženiu tvorby cholesterolu, ale i iných izoprenoidných zlúčenín, čím možno vysvetliť priaznivé tzv. extralipidové účinky statínov, ale aj možný vznik myopatie.

■ ■ ■ Riziko rabdomyolýzy sa zvyšuje so zvyšujúcou sa koncentráciou liečiva, ako plazmatickou, tak intramyocytárnou. Podľa

FDA je 55 % statínových myopatií dôsledkom liekových interakcií (najčastejšie na úrovni CYP3A4), ktoré vedú k zvýšeniu sérových hladín niektorých statínov. Statíny nie sú z hľadiska potenciálu liekových interakcií rovnaké a nie je preto možné nazerať na ne skupinovo. Nízka závislosť metabolizmu fluvastatínu na izoenzýme CYP3A4 vedie k výrazne nižšiemu počtu potenciálne rizikových kombinácií liečiv. V roku 2005 bola publikovaná štúdia uskutočnená vo Švajčiarsku so skupinou pacientov liečených statínmi. Potenciálne liekové interakcie sa identifikovali u 12,1 % pacientov liečených simvastatínom, u 10 % pacientov s atorvastatínom, u 3,8 % pacientov s fluvastatínom a u 0,3 % pacientov s pravastatínom. Vzhľadom k tomu, že statíny užívajú pacienti s komorbiditami, sú ich kombinácie s inými liečivami pomerne časté. Závažnosť možných nežiaducich účinkov vyplývajúcich z niektorých liekových interakcií vyžaduje venovať zvýšenú pozornosť týmto kombináciám a voľbe konkrétneho statínu.

■ ■ ■ K ďalším rizikovým faktorom myotoxicity statínov patrí ženské pohlavie, alkoholizmus, redukčná diéta, febrilné stavy, hypokaliémia a komorbidita (hlavne hypotyreóza a diabetes mellitus). Fibráty sú vylučované močom, preto myotoxicita fibrátov výrazne narastá u pacientov s nedostatočnou činnosťou obličiek a pri súčasnom užívaní furosemidu.

■ ■ ■ Najvyššie riziko predstavujú silné inhibítory CYP3A4, ktoré dokážu zvýšiť plazmatické koncentrácie väčšiny statínov až niekoľkonásobne a môžu tak viesť k významnému zvýšeniu rizika nežiaducich účinkov. K typickým silným inhibítormi CYP3A4 patrí: klaritromycín, itrakonazol, ketokonazol, flukonazol, verapamil, amiodaron a diltiazem. K liečivám, ktoré inhibujú

CYP2C9, ktoré by potenciálne mohli ovplyvniť metabolizmus fluvastatínu, patrí flukonazol a amiodaron.

■ ■ ■ Pred nasadením hypolipidemika je potrebné posúdiť rizikové faktory – výskyt myopatie v rodine, liekové interakcie, výskyt myopatie v minulosti. Po nasadení lieku by mal byť pacient minimálne 3 mesiace sledovaný (hodnota kreatínkinázy – CK v sére), rizikovní pacienti majú byť sledovaní dlhodobo. Dôležité je poučenie pacienta. Asymptomatická elevácia CK je dôvodom na ukončenie liečby statínom. Výmena preparátov v rámci skupiny neznižuje riziko. Do úvahy však pripadá výmena statínu za fibrát.

■ ■ ■ Liečba symptomatickej myopatie spočíva vo vysadení hypolipidemika, respektíve ďalších liekov s myotoxickým potenciálom. Niektorí autori odporúčajú 2-mesačné podávanie koenzýmu Q10 v dávke 2 x 60 mg. Lahšie formy myopatie indukované liekmi znižujúcimi cholesterol ustúpia spontánne v priebehu dní až týždňov po vysadení hypolipidemika. Pri prolongovanom užívaní má myopatia tendenciu k progresii. Lieky znižujúce cholesterol a lipidy majú pre pacienta nesporný benefit, na druhej strane nemožno zabudnúť na ich myotoxický potenciál.

■ ■ ■ Atorvastatín sa metabolizuje prostredníctvom CYP3A4, verapamil je inhibítorom uvedeného izoenzýmu. V dôsledku tejto interakcie dochádza k zvýšeniu plazmatických hladín atorvastatínu, tým sa zvyšuje riziko manifestácie závažných nežiaducich účinkov – myopatia až rhabdomyolýza. Odporúča sa podávať čo najnižšiu účinnú dávku atorvastatínu. Pacient by mal byť starostlivo sledovaný a pri objavení slabosti, myalgii, elevácie CK,

či iných známkov myopatie je potrebné liečbu prerušiť. Dôležité je, že prognóza je vo všeobecnosti dobrá, potenciálne fatálna rhabdomyolýza je skôr zriedkavá. Pretrvávanie príznakov myopatie aj po vysadení statínu vzbudzuje podozrenie na iné ochorenie svalu a vyžaduje diagnostické doriešenie. Prospešné môže byť zväžiť indikáciu fluvastatínu, resp. pravastatínu, ktoré môžu byť vhodnou alternatívou u pacientov užívajúcich rizikové liečivá z pohľadu klinicky významných liekových interakcií.

ZÁVER

O klinickom význame statínov svedčia výsledky doterajších klinických štúdií, ktoré sa zaoberajú primárnou a predovšetkým sekundárnou prevenciou kardiovaskulárneho rizika. Lieková skupina statínov ostáva veľkým príslubom a jedným z pilierov liečby kardiovaskulárnych ochorení. Rozhodnutie o liečbe musí vždy vychádzať nielen zo starostlivého zváženia účinnosti, ale aj bezpečnosti liečby. Prípád cerivastatínu ukazuje, že napriek známym údajom o nežiaducich účinkoch statínov a ich interakciách, mal nekritický prístup k vedeniu liečby fatálne následky. ■

Použitá literatúra

- **Blaier D. et al.** Managing statin-induced muscle toxicity in a lipid clinic. *J Clin Pharm Ther*, 36, 2011, 336 – 341.
- **Hedenmalm K. et al.** Muscle toxicity with statins. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 19, 2010, 223 – 231.
- **Laššánová M. a kol.** Môžu byť problémy pri liečbe statínmi? *Klin Farmakol Farm*, 19, 2005, 160 – 164.
- **Molden E. et al.** Risk management of simvastatin or atorvastatin interactions with CYP3A4 inhibitors. *Drug Saf*, 31, 2008, 587 – 596.
- **Richter D., Špalek P.** Myopatia indukovaná liekmi znižujúcimi cholesterol a triacylglyceroly. *Via pract*, 7, 2010, 23 – 25.
- **SmPC** výrobcov liekov

inzercia



Amylasein

Mgr. Lenka Drapáčová
Brainway Inc., Bratislava

Význam inhibítorov alfa-amylázy

■ ■ ■ Ludská výživa sa skladá z troch základ-

ných zložiek: sacharidov, lipidov a proteínov. Sacharidy v nej pritom tvoria až 60 % a väčšinu z tohto množstva človek prijíma vo forme škrobu. Trávacie enzýmy štiepia tento polysacharid pomocou enzýmov až na glukózu, ktorá je základným zdrojom energie živočíšnych buniek. Inhibíciou amylázy sa znižuje biologická dostupnosť glukózy a dochádza k redukcii postprandiálnej hyperglykémie (zvýšené množstvo glukózy v krvi po jedle). Tieto inhibítory môžu mať významnú úlohu pri diagnostike a liečbe cukrovky a obezity. Látky s týmto účinkom sa vyskytujú aj v niektorých rastlinách

a v poslednom čase sú predmetom intenzívneho výskumu.

■ ■ ■ Amyláza je extracelulárny enzým, ktorý rozkladom 1,4 – alfa-D-glykozidovej väzby zaisťuje štiepenie škrobu na jednoduchšie cukry. Vznikajú tak monosacharidy maltózy, maltotriózy, zmes oligosacharidov a malé množstvo glukózy – jediných sacharidov, ktoré ľudské telo dokáže využívať a ktoré je vôbec schopné vstrebávať do krvného obehu. Amyláza pôsobí aj v ústach, ale až 95 % jej produkcie vzniká v slinivke brušnej, odkiaľ sa uvoľňuje do tenkého čreva. Má niekoľko podtypov, ale jediný dobre zdokumentovaný podtyp je alfa-amyláza, ktorá zaisťuje štiepenie až 90 % všetkých sacharidov zo stravy. Na celkovom príjme sacharidov sa škroby podieľajú 65–85%. Prírodné škroby, obsiahnuté v zelenine a ovocí, sú štiepené ťažko. Avšak modifikované (umelé) škroby, často využívané

práve v potravinárskom priemysle, sú štiepené veľmi ľahko a môžu sa už počas niekoľkých desiatok minút premeniť na podkožný tuk.

■ ■ ■ Vysoká nadmerná spotreba modifikovaného škrobu je jednou z hlavných príčin epidémie obezity i diabetu. Už pred 40 rokmi boli objavené prvé prirodzené inhibítory alfa-amylázy v rôznych druhoch zeleniny. Dnes je problém obezity natoľko aktuálny, že vzrástol záujem aj o dezaktiváciu alfa-amylázy, a tým aj o obmedzenie vstrebávania škrobu. Je známymi niekoľko látok dezaktivujúcich alfa-amylázu, ale len fazeolín nespôsobuje žiadne tráviace ťažkosti. Môžeme to vysvetliť tým, že rastlinné inhibítory v ďaleko väčšej miere inhibujú aj mikrobiálnu (kvasinkovú) amylázu – nerozštiepené oligosacharidy a polysacharidy tak nepodliehajú kvasným procesom a nedochádza k vzniku črevných problémov. ■

Liečba TUBERKULÓZY v súčasnosti



MUDr. Ivan Solovič, CSc.
Fakulta zdravotníctva KU,
Ružomberok
NUTPCH a HCH, Vyšné Hágy

V roku 2010 bolo hlásených 8,8 milióna prípadov tuberkulózy vo svete. Vyžiadala si približne 1,45 milióna úmrtí v tomto roku. Napriek dramatickému poklesu v celkovom výskyte tuberkulózy v posledných 100 rokoch v Európe, je TBC ochorením historického záujmu a európsky región definovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) zaznamenal priemerne 2,7 % ročný nárast prípadov v rokoch 2004 – 2009. V roku 2010 sa tento trend zastavil.



Epidemiológia TBC infekcie

■ V roku 2010 podľa údajov WHO predstavoval európsky región 6% všetkých nových prípadov aktívnej TBC na celom svete. Hlásených bolo celkovo 309 818 prípadov. V krajinách Európskej únie, Islandu a Nórska bolo hlásených 73 996 prípadov tuberkulózy, čo je 7,1 % pokles oproti roku 2009. Až 3,6% všetkých nových prípadov na celom svete predstavovalo multirezistentnú tuberkulózu (MDR-TB). Z celkového počtu 440 000 pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulózných mykobaktérií vo svete bolo až 81 000 identifikovaných v rámci Európskeho regiónu. Rezistencia na izoniazid bola hlásená v 1 374 prípadoch a na rifampicin v 529 prípadoch z celkového počtu 17 559 novozistených bakteriologicky overených tuberkulózných prípadov v krajinách Európskej únie. Litva, Lotyšsko a Estónsko stále

majú najvyšší výskyt MDRTB a pohybuje sa od 17,4 % do 28 % z celkového počtu prípadov. Celková miera notifikácie predstavovala 14,6/100 000, čo však odráža veľké rozdiely v rámci regiónu. Od 4,7/100 000 na Cypre po 115,1/100 000 v Rumunsku. Navyše, značné rozdiely sa vyskytujú aj v rámci jednotlivých krajín. Vyššiu incidenciu hlásia veľké mestá ako je Londýn, ktorý tvoril 38 % prípadov z celkového počtu TBC prípadov vo Veľkej Británii v roku 2009. Až 23,6 % prípadov v Európskom regióne bolo hlásených u osôb cudzieho pôvodu, teda nenarodených v krajine, kde bola tuberkulóza zistená a liečená. Ak by sme z tejto štatistiky vyňali Bulharsko a Rumunsko, tak by sme mali podstatne vyšší priemer výskytu tuberkulózy u osôb nenarodených v krajine zistenia a síce by to bolo až 35 %.

■ V celosvetovom meradle výskyt TBC klesá, ale populačný rast spôsobil vyrovnanie tohto poklesu, takže absolútny počet nových prípadov neustále narastal do roku 2009, aj napriek tomu, že TBC je plne liečiteľná choroba. V roku 2010 sa po prvýkrát sleduje pokles absolútneho počtu prípadov tuberkulózy celosvetovo. Číne sa podarilo oproti roku 1990 znížiť výskyt ochorenia o 50 %, mortalitu dokonca o 80 %. India a Čína majú 40 % podiel na celosvetovom počte prípadov tuberkulózy. Vo svete žije až 10 miliónov detí, ktoré sú sirotami v dôsledku úmrtí rodičov na tuberkulózu.

Detská tuberkulóza v krajinách Európskej únie: v roku 2010 bolo hlásených 3035 prípadov u detí do 1 roku veku vrátane, čo je 4,1 % z celkového počtu prípadov. Bakteriologická overenosť bola 65,6 % z novo bakteriologicky overených prípadov. Len 4 krajiny vrátane Slovenska dosiahli 85 % úspešnosť liečby.

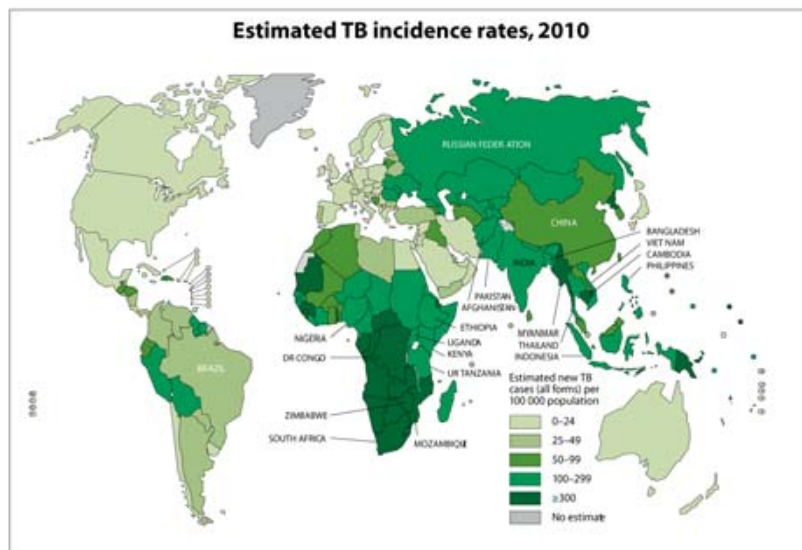
■ WHO sa pokúša odstrániť priepasť medzi tým, čo sa deje a čo by bolo potrebné urobiť a to zahájením programu **Stop TB partnerstvo** v roku 2001. Prostredníctvom globálneho plánu na zastavenie TBC je jej cieľom kontrolovať a odstrániť TBC ako globálnu hrozbu verejného zdravia a pritom sa zameriava na sedem samostatných oblastí: DOTS (priamo kontrolovaná liečba), TB/HIV, MDR-TB, TB nové lieky, nové vakcíny proti TB, nová diagnostika TBC spolu s komunikáciou a sociálnou interakciou. V reformulovanej stratégii v roku 2005 si WHO stanovila kľúčový cieľ, že do roku 2015 bude globálne bremeno TBC ochorenia znížené o 50 % v porovnaní s rokom 1990. Finančná, sociálna a politická vôľa na dosiahnutie tohto cieľa je významná: odhadovaných až 56 mld. USD je nutných pre plnenie plánu

v období rokov 2006 – 2015, čo predstavuje najväčší problém pri dosiahnutí naplánovaného cieľa programu. Aj napriek tomu je cieľ dosiahnuteľný, a to pomocou a koordináciou vlád a podporou od darcov. Je možné, že Stop TB partnerstvo je jedným z najdôležitejších programov, ktorý bol doposiaľ zaznamenaný počas celého vývoja v oblasti vedy a výskumu TBC. Číne sa podarilo oproti roku 1990 znížiť výskyt ochorenia o 50 %, mortalitu dokonca o 80 %.

■ Cieľom WHO je dosiahnutie sveta bez tuberkulózy – tento cieľ dosiahnuť ešte za nášho života, nulová úmrtnosť na tuberkulózu u detí, rýchlejšia diagnostika a liečba, účinná vakcinácia.

Obrázok č. 1:

Svetová incidencia TBC Estimated TB incidence rates, 2010



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Source: Global Tuberculosis Control, 2011, WHO, 2011.



© WHO 2011. All rights reserved.

Situácia na Slovensku

■ Pri zhoršení sociálno-ekonomických podmienok obyvateľstva dochádza k vzostupu výskytu TBC. Prognózy poklesu incidencie tuberkulózy na Slovensku aktuálne v 80-tých rokoch 20. storočia, sú dnes už len utópiou. V roku 1960 bolo registrovaných 7817 prípadov TBC. Podľa údajov Národného registra tuberkulózy došlo do roku 1970 k poklesu absolútneho počtu hlásených ochorení. V druhej polovici osemdesiatych rokov bol pokles ešte výraznejší. V roku 2002 bolo nahlásených 1053 prípadov novozistenej TBC a v roku 2003 sa po prvýkrát počet novozistených prípadov nedostal ani na tisíc. V dnešnej dobe je situácia na Slovensku stabilizovaná. V roku 2011 bolo do Národného registra TBC nahlásených 399 prípadov tuberkulózy, čo je 7,34/100 000 obyvateľov. Počet novozistených prípadov na 100 000 obyvateľov bol 6,42. V 337 prípadoch išlo o pľúcnu formu tuberkulózy a v 62 prípadoch o mimopľúcnu formu tuberkulózy. O recidívu tuberkulózy išlo v 50 prípadoch. Pri porovnaní vekových skupín možno na Slovensku pozorovať rozdiely medzi výskytom TBC u mužov (251 prípadov) a u žien (148 prípadov). U žien je výskyt najmä vo vyššom veku a u mužov vo vekovej kategórii 50 – 59 ročných. V detskej populácii sa tuberkulóza vyskytla v 17 prípadoch.

Všeobecné zásady liečby tuberkulózy

Cieľom liečby tuberkulózy je:

- vyliečiť chorého s tuberkulózou a zachovať kvalitu života a produktivitu,
- zabrániť úmrtiu na aktívnu tuberkulózu a predísť neskorým následkom,
- zabrániť relapsu ochorenia,
- minimalizovať možnosť prenosu na ostatné osoby,
- zabrániť vzniku získanej liekovej rezistencie.

■ Antituberkulózná liečba musí byť kombinovaná, aby sa zamedzilo vzniku rezistencie mykobaktérií na antituberkulotiká. V súčasnosti sa používajú krátkodobé režimy liečby vyžadujúce použitie bakteriocídnych antituberkulotík rifampicínu (RIF), isoniazidu (INH) a pyrazinamidu (PZA). Etambutol (EMB) a Streptomycín (STM) sú menej účinné preparáty, dôležité pri kombinovanej AT liečbe ako podporné lieky.

Hlavné účinky antituberkulotík:

- baktericídny účinok** – definovaný ako schopnosť rýchlo usmrtiť aktívne rastúce mykobaktérie, napr. isoniazid a v menšej miere rifampicín a streptomycín;
- sterilizačný účinok** – definovaný ako schopnosť usmrtiť semidormantné mykobaktérie, napríklad rifampicín a pyrazinamid;
- zabránenie vzniku liekovej rezistencie** – napr. isoniazid a rifampicín; menej streptomycín, ethambutol a pyrazinamid

■ Účinnosť režimov, v ktorých sa použije ako základ isoniazid, rifampicín a pyrazinamid je daná rýchlou sterilizáciou spúta a nízkym percentom relapsov ochorenia. Pred začatím liečby je potrebné zvážiť, o aký prípad tuberkulózy ide a aký režim pacientovi odporučíme.

■ Všetci pacienti (vrátane HIV infikovaných), ktorí neboli predtým liečení a bez rizikových faktorov rezistencie by mali byť liečení antituberkulotikami prvej voľby. Dávky antituberkulotík musia byť v súlade s medzinárodnými odporúčaniami (príloha 1). Bolo by vhodné, keby iniciálna fáza liečby bakteriologicky overených prípadov tuberkulózy prebiehala formou hospitalizácie a izolácia chorého by mala byť najmenej do doby kultivačného overenia bakteriologickej negativity ochorenia.

■ Dohľad a podpora počas antituberkulotickej liečby by mali byť individuálne a mali by byť v plnom rozsahu podľa odporúčaných postupov a dostupných podporných služieb, vrátane poradenstva a vzdelávania. Ústredným prvkom stratégie zameranej na pacienta, je použitie opatrení pre hodnotenie a podporu dodržiavania

liečebného režimu a riešenia intolerancie, keď k nej dôjde. Tieto opatrenia by mali byť prispôbené individuálnej situácii pacienta, na základe podrobnej anamnézy a vzájomne prijateľné pre pacienta aj poskytovateľa. Tieto opatrenia môžu zahŕňať priame pozorovanie požitia liekov (priamo kontrolovaná liečba) a identifikáciu a výcvik komunitnej sestry. Vhodné stimuly pre pacienta v liečbe a pre komunitnú sestru, vrátane finančných, sociálnych a psychosociálnych, môžu tiež slúžiť k posilneniu dodržiavania liečebného režimu.

■ Odpoveď na liečbu u pacientov s pľúcnou tuberkulózou by sa mala monitorovať nadväzujúcimi bakteriologickými vyšetreniami biologického materiálu (mikroskopicky aj kultivačne) v čase ukončenia iniciálnej fázy liečby (dva mesiace v prípade liekovo citlivej tuberkulózy). Ak je pri ukončení prvej fázy mikroskopia a kultivácia pozitívna, malo by byť spútom vyšetrené minimálne v trojmesačných intervaloch vrátane testovania citlivosti. U pacientov s mimopľúcnou tuberkulózou a u detí, ktoré nie sú schopné produkovať spútom, je odpoveď na liečbu hodnotená klinicky.

■ V prípade predchádzajúcej liečby antituberkulotikami a v prípade expozície liekovo rezistentným formám tuberkulózy je potrebné myslieť na pravdepodobnosť rezistencie mykobaktérií. Vzorku spúta treba odoslať na rýchle kultivačné testovanie a stanovenie citlivosti na rifampicín a isoniazid do certifikovaného laboratória. V uvedených prípadoch treba súčasne urýchlene začať s edukáciou pacientov za účelom minimalizácie možnosti prenosu infekcie na okolie.

■ Pacienti s liekovo rezistentnými formami tuberkulózy by mali byť liečení špeciálnymi režimami, ktoré obsahujú antituberkulotiká druhej voľby. Zvolený

Príloha č. 1

Dávkovanie základných antituberkulotík

LIEK (skratka lieku)	Odporúčené dávkovanie (rozpätie) v mg/kg			
	denná aplikácia		3 x týždenne	
	Dávka (rozpätie)	Maximum (mg)	Dávka (rozpätie)	Maximum (mg)
isoniazid (H)	5 (4 – 6)	300	10 (8 – 12)	900
rifampicín (R)	10 (8 – 12)	600	10 (8 – 12)	600
pyrazinamid (Z)	25 (20 – 30)	–	35 (30 – 40)	–
streptomycín (S)*	15 (12 – 18)	–	15 (12 – 18)	1 000
ethambutol (E)	15 (15 – 20)	–	30 (25 – 35)	–

*Chorí nad 60 rokov veku nemusia tolerovať dávku vyššiu ako 500 – 750 mg denne a tak niektoré štandardy odporúčajú v tejto vekovej skupine redukovat dávku na 10 mg / kg denne. Chorí s telesnou hmotnosťou pod 50 kg nemusia tolerovať dávku vyššiu ako 500 – 750 mg denne.

Príloha č. 2

Frekvencia dávkovania antituberkulotík u nových pacientov

Frekvencia dávkovania		Poznámky
Iniciálna fáza	Pokračovacia fáza	
denne	denne	optimálne
denne	trikrát týždenne	Akceptabilná alternatíva pre nového TB pacienta, u ktorého je liečba priamo kontrolovaná (DOTS)
trikrát týždenne	trikrát týždenne	Akceptabilná alternatíva za predpokladu, že liečba je priamo kontrolovaná a pacient je HIV negatívny a nepochádza z oblasti s vysokou prevalenciou HIV

Poznámka: Denné podávanie AT v iniciálnej fáze liečby lepšie pomáha zabrániť vzniku získanej liekovej rezistencie ako dávkovanie trikrát týždenne.



režim môže byť štandardizovaný buď na základe podozrenia, alebo potvrdených vzoriek testovaním citlivosti na antituberkulotiká. Pri liečebnom režime by mali byť použité najmenej štyri lieky, vrátane injekčnej formy a pyrazinamidu, na ktoré sú tieto mikroorganizmy citlivé. Liečba by mala byť aspoň dvadsať mesiacov, odporúčaná intenzívna fáza liečby je osem mesiacov.

■ Dojčiaca žena s tuberkulózou by mala dostať kompletnú antituberkulotickú liečbu. Včasná a riadne aplikovaná liečba je najlepšia cesta k zabráneniu prenosu tuberkulózných bacilov na dieťa. Všetky antituberkulotické lieky sú kompatibilné s dojčením a žena, ktorá ich užíva môže normálne dojčiť.

■ Rifampicín interaguje s perorálnymi kontraceptívami v zmysle zníženia ich ochranného účinku pred otehotnením. Žena užívajúca rifampicín a perorálnu antikoncepciu má v podstate dve možnosti: požiada gynekológa o predpis preparátu s vyšším obsahom estrogénu (50 ug) alebo inú formu antikoncepcie.

■ Liečba glukokortikosteroidmi sa riadi individuálnym prístupom. Je indikovaná u foriem tuberkulózy s výraznejšou exudáciou, hlavne u tuberkulózy mozgovomiešnych blán, serózných blán, u ťažkých toxických foriem tuberkulózy s celkovou alteráciou pacienta a u tuberkulózy nadobličiek. Liečbu začíname dávkou 0,5 – 1,0 mg prednizonu/kg hmotnosti u dospelých a 1–2 mg/kg hmotnosti u detí, resp. dávkou 100 mg – 300 mg hydrokortizonu za deň, prípadne zodpovedajúcim množstvom metylprednisolonu. ■

inzercia

■ Po vyšetrení celulárnej imunity a pri zistení závažnejšej poruchy v zmysle imunodefície sa môžu v liečbe podať v spolupráci s lekárom, špecialistom v odbore lekárska imunológia a alergológia, imunomodulancia, ktoré prispievajú k úprave narušenej funkcie imunitného systému.

■ Najčastejšie interakcie s antituberkulotikami sú spôsobené rifampicínom. Rifampicín indukuje procesy, ktorými sa metabolizujú iné lieky a tak znižuje koncentráciu a účinok týchto liekov. Udržanie dostatočného účinku týchto liekov môže vyžadovať zvýšenie dávky. Ak je rifampicín vysadený, efekt indukovaného metabolizmu ustúpi v priebehu 2 týždňov a dávkovanie iných liekov musí byť redukované. Rifampicín výrazne redukuje koncentráciu a účinok nasledujúcich liekov:

- i) **antiinfektíva** (zahŕňajúce isté antivírusové preparáty, meflochín, azolové antimykotiká, klaritromycín, erytromycín, doxycyklín, atovaquon, chloramfenikol),
- j) **hormonálna terapia** (vrátane etinylestradiolu, norethidronu, tamoxifénu, levotyroxínu),
- k) **metadon**,
- l) **warfarín**,
- m) **cyklosporín**,
- n) **kortikoidy**,
- o) **antikonvulzíva** (vrátane fenytoínu),
- p) **kardiovaskulárne lieky** (vrátane digoxínu, digitoxínu, varapamilu, nifedipínu, diltiazemu, propranolu, metoprololu, enalaprilu, losartanu, chinidínu, mexiletínu, tocainidu, propafenónu – teofylínu),
- q) **deriváty sulfonylmočoviny**,
- r) **hypolipidemiká**, (vrátane simvastatínu a fluvastatínu),
- s) **nortriptylín, haloperidol, quetiapín, benzodiazepíny** (vrátane diazepamu, triazolamu), **zolpidem, buspiron**. ■

Máte zvýšený cholesterol?

CVS-01-01 02-13-SK

Zerochol®

obsahuje fytosteroly

- ▶ „**fyto**steroly môžu znížiť riziko kardiovaskulárneho ochorenia“^{1,2}
- ▶ pomáha udržiavať normálnu hladinu cholesterolu
- ▶ odporúčaný v monoterapii alebo v kombinovanej liečbe so statínmi
- ▶ 2 tbl 1x denne s hlavným jedlom



Literatura: 1. U.S. Food and Drug Administration. A Food Labeling Guide VI. Appendix C. Health Claim. 2. U. S. Food and Drug Administration. FDA Letter Regarding Enforcement Discretion With Respect to Expanded Use of an Interim Health Claim Rule About Plant Sterol/Stanol Esters and Reduced Risk of Coronary Heart Disease 2003.

Actavis, s.r.o., Popradská 34
Bratislava B21 06, Slovakia

☎ +421 2 32 55 38 00
✉ slovakia@actavis.sk

Actavis

Spracovala: Ing. Lívia Kerumová
Foto: archív FaF UK a doc. Mučajiho



Treba sa prispôbiť podmienkam a bojovať za svoje práva

Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave má od 1. marca 2013 nového dekana, **doc. Pavla Mučajiho**. Doterajší prodekan FaF UK pre výchovno-vzdelávaciu činnosť a doktorandské štúdium, uspel vo voľbách dňa 30. januára 2013, kde získal 14 z 20 prítomných hlasov Akademického senátu a vystriedal na pozícii dekana profesora Kyseloviča a tento post bude zastávať do 28. februára 2017.

S novozvoleným dekanom sme sa porozprávali o jeho ambíciách na novom poste, o plánoch rozvoja fakulty a nazreli sme i do jeho súkromia. Krátky rozhovor vám prinášame na nasledujúcich stránkach.

Curriculum vitae

doc. PharmDr. Pavel Mučaji, PhD.

Dátum a miesto narodenia:

- 12. 4. 1968, Novi Sad, Srbsko

Vzdelanie a kvalifikácia:

- Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta
- 1993, odbor klinická farmácia
- 1997, titul PharmDr. v študijnom odbore farmácia
- 1999, titul PhD. v odbore farmakognózia, názov práce: Obsahové látky *Cynaracardunculus L.*
- 2004, habilitácia v odbore farmakognózia, názov práce: Saponíny vybraných rastlinných druhov – izolácia a hodnotenie ich biologických účinkov

■ 28. 5. 2012, inauguračná prednáška v odbore farmakognózia, na tému: Sekundárne metabolity rastlín ako potenciálny liečiv

Priebeh zamestnania:

- 1993 – 1994 – Vedecký pracovník na Katedre farmakognózie a botaniky Farmaceutickej fakulty UK, Bratislava
- 1994 – 1997 – Vysokoškolský učiteľ na Katedre farmakognózie a botaniky Farmaceutickej fakulty UK, Bratislava
- 1997 – 2004 – Vysokoškolský učiteľ – odborný asistent na

Katedre farmakognózie a botaniky Farmaceutickej fakulty UK, Bratislava

- 2005 – doteraz – docent na Katedre farmakognózie a botaniky Farmaceutickej fakulty UK, Bratislava

Súčasný funkcie a zamestnania:

- prodekan pre výchovno-vzdelávaciu činnosť a doktorandské štúdium na FaF UK v Bratislave
- člen Vedeckej rady FaF UK v Bratislave
- tajomník Katedry farmakognózie a botaniky FaF UK

v Bratislave

- funkčné miesto docenta pre študijný odbor farmakognózia
- podpredseda Subkomisie pre fytofarmaká a homeopatiká Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv v Bratislave
- člen skúšobnej komisie štátnej skúšky z predmetov farmakognózia, farmaceutická chémia, farmakológia a obhajoba diplomovej práce
- podpredseda SOK pre vedný odbor 7.3.4. Farmakognózia
- člen Odborovej rady pre Farmakognóziu, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, ČR

? Pán dekan, úvodom nám prosím prezradte čo Vás viedlo k štúdiu farmácie?

Rozhodnutie som urobil veľmi dávno, v roku 1988, ťažko sa rozpamätáva už na dôvody. Farmácia ma zaujímala od skoršieho veku, kde som si toto smerovanie vybral už pred strednou školou, ktorú som študoval ešte v Srbsku. Po povinnej vojenskej službe sa naskytla možnosť získať štipendium na Slovensku. So slovenčinou som problémy nemal, pretože som vojvodinský Slovák narodený v Novom Sade, takže tento prelomový moment ísť študovať na Slovensko som využil. Slovensko sa časom stalo mojim domovom. Po skončení štúdia v roku 1993 bola zložitá spoločensko-politická situácia v bývalej Juhoslávii a nebolo vhodné obdobie sa vrátiť domov. Ostal som na postgraduálnom štúdiu, neskôr som habilitoval. Medzitým som si tu založil rodinu a už som tu ostal. Do Srbska sa však vraciam niekoľkokrát ročne, navštíviť mojich rodičov.

? Aké boli Vaše najobľúbenejšie predmety počas štúdia?

Najzaujímavejšie boli pre mňa, keďže aj v súčasnosti pôsobím na Katedre farmakognózie a botaniky, liečivé rastliny, farmakológia ako i všetky profilové disciplíny. Všetky predmety čo sa týka farmácie ma zaujímali. Menej zaujímavými pre mňa v tom období boli matematika a fyzika, ale zvládnuť sa dalo všetko. Od strednej školy som chcel študovať farmáciu a išiel som si za svojim cieľom a nikdy som toto rozhodnutie neolutoval.

? S akými ambíciami prichádzate na miesto dekana Farmaceutickej fakulty?

Prihlásil som sa na toto miesto až po prvých voľbách, ktoré prebehli, teda v druhom kole, s ambíciami pokračovať v tom dobrom, čo sa za posledné obdobie na fakulte urobilo a rozvíjať to ďalej.

? Aké konkrétne zámery by ste chceli vo funkcii uskutočniť? Čo je Vašou hlavnou prioritou v rozvoji fakulty?

V minulosti sa konkrétne naštartovali niektoré pozitívne procesy, v ktorých by som rád pokračoval. Máme študijný program farmácie v anglickom jazyku, vďaka ktorému ako fakulta získavame finančné prostriedky, ktoré následne môžeme investovať do prestavby, takže našim cieľom je rozvíjať tento program. Financie následne investujeme do laboratórií, do prístrojového vybavenia a jednak aj do spoločenských priestorov pre študentov, učebných a seminárnych miestností. Momentálne je našich zahraničných študentov dosť i keď sa nám nedarí úplne naplniť program. Zahraničných študentov je približne 75 v ročníku, ale ideálny stav by bol 120. Čo sa týka zahraničných samoplatcov, v prevažnej väčšine sú to Gréci, ale chceli by sme tento program rozvíjať do viacerých krajín.

Taktiež sa chceme venovať oživeniu procesu postgraduálneho štúdia, v rámci ktorého prijímame viac študentov, fakulta publikuje viac prác, čo je veľmi pozitívny trend.

Medzi ciele fakulty patrí i rozvinutie programu Erasmus, tak aby študenti na výmenných pobytoch získavali skúsenosti aj z iných krajín, čo im následne môže prospieť pri zamestnaní,

pri zvýšení vlastnej konkurencieschopnosti na trhu. V rámci Erasmus máme podpísané bilaterálne zmluvy s 11 krajinami, kde sú najaktívnejšími Rakúsko, Španielsko a Francúzsko. Rokujeme i s ďalšími krajinami, pretože program chceme zintenzívniť. Čím viac študentov sa zúčastní, čím viac skúseností, vedomostí a prehľadu získajú, tým lepšie.

? Aké budú Vaše prvé kroky vo funkcii dekana fakulty a kto bude tvoriť Váš úzky tím spolupracovníkov?

Môj úzky tím spolupracovníkov budú tvoriť prodekan, ktorých mená Vám žiaľ zatiaľ nepoviem, pretože návrhy Akademický senát ešte neschválil. Prvým krokom bude vymenovanie nového vedenia, následne Vedeckej rady, tak aby fakulta bola funkčná. Následne sa spolu pustíme do niektorých riešení a určíme si v rámci vedenia priority fakulty, ako koľko finančných prostriedkov máme a do akých rekonštrukcií sa môžeme pustiť. Chceli by sme v prvom rade skompletizovať rekonštrukciu seminárnych a prednáškových miestností.

? Plánujete rekonštruovať i laboratóriá?

To je otázka konsenzu, musíme sa dohodnúť čo chceme. Ja by som preferoval postup, že najprv zrekonštruujeme všeobecné priestory pre študentov a potom sa môžeme pustiť do laboratórií, kde je prestavba nákladná. Na niektorých katedrách sú laboratóriá dokonca už po rekonštrukcii, takže mali by sme si vytvoriť systém, v rámci ktorého budeme môcť katedry pomaly obnovovať. Bude to ale predovšetkým závisieť od anglického študijného programu, ako sa nám podarí získať finančné prostriedky. Máme pravdaže financie i z Univerzity, ktoré však nie sú určené na rekonštrukcie. Sú to iba dotačné peniaze, ktoré majú svoje určenie a ani tie nám nevystačujú na potrebný chod fakulty v rámci jedného roka.

? Aké sú Vaše plány v oblasti vedy a výskumu?

Na vedu a výskum sa získavajú prostriedky z grantových agentúr. V tejto oblasti sa nám podarilo zrekonštruovať centrálnu laboratóriá, máme Centrum excelentnosti farmácie, kde sa nachádzajú prístroje a teraz je už na nás, akým smerom sa vývoj bude uberať. V oblasti výskumu treba postupovať spoločne, treba ho koordinovať, integrovať. Myslím si, že najťažšia časť je za nami tým, že máme dokončené centrálnu laboratóriá. Teraz je na rade dohoda katedier, akým postupom sa budú podávať granty. Je to o ochote spolupracovať a tvoriť granty spoločne, je pred nami výzva integrovať výskum.

? V čom zodpovedá a v čom zaostáva profil absolventa farmácie vašej predstave?

Samotný študijný program, ktorý máme vyhovuje a je plne kompatibilný so zahraničím a diplom našich absolventov je platný aj vzhľadom na prax. V tomto smere profilu nieť čo vyčítať. Samozrejme, aj vďaka legislatívnym zmenám, sú tu nové trendy, ktoré smerujú výkon povolania lekárnik ešte bližšie k pacientovi. Lekárnik nie je iba výdajca lieku, ale je to poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, u ktorého sa kladie stále väčší dôraz na dispenzačnú činnosť. V tejto súvislosti by sme chceli zmeniť niektoré predmety a zvyšovať

komunikačné schopnosti našich absolventov tak, aby hovoreli požiadavkám praxe a trendom EÚ, ale aj aby boli v súlade s legislatívou a zmenami ktoré sa odohrali.

? Aký je záujem o absolventov Farmaceutickej fakulty UK na slovenskom trhu práce, respektíve trhu EÚ?

Ešte stále je situácia na trhu taká, že si naši absolventi prácu nájst vedia v rámci Slovenska ako i susedných krajín, i keď je badať postupné zhoršovanie situácie. Samozrejme diplom je uznaný i v zahraničí, absolventi musia zvládnuť už len jazykové skúšky a legislatívne požiadavky danej krajiny. Príkladnou, otvorenou krajinou, kde sa ujme veľa farmaceutov je Rakúsko. Ak absolventi vedia cudzí jazyk, so svojim diplomom sa vedia ujať v akejkoľvek krajine.

? Legislatívne zmeny v oblasti farmácie spôsobili, že vnímanie farmaceuta ako odborníka neustále klesá. Ako by ste mohli Vy, z pozície dekana ovplyvniť mienku ľudí odbornej ako i laickej verejnosti práve v tejto oblasti?

Zmeniť niečiu mienku je veľmi obtiažne z akejkoľvek pozície. Toto nie je jednoduchý proces. Ľudia si musia uvedomiť, že lekárnik je tou prvou, vstupnou bránou, mnohokrát ešte predtým, ako navštívia so svojimi problémami lekára. Musia si uvedomiť, že farmaceut má všetky odborné vedomosti a všetky podklady, aby vykonával poradenskú činnosť. To, že lekárnici sú vnímaní tak ako ste naznačili, je dlhodobý vývoj, ktorý ide neustále smerom nadol a bude ho ťažké nejakým spôsobom zvrátiť. Určite zohráva svoju rolu i tlak, ktorý je na farmaceuta vyvolaný spolu s množstvom pacientov, kde sa veľakrát dispenzačná činnosť znižuje na to, že sa vydá liek a povedia sa k tomu základné údaje napr. o cene a dávkovaní. Určite by sme si to my, ako farmaceuti, teda ľudia v praxi, mali strážiť, pretože svojou odbornosťou vieme v prvej informácii

poradiť pacientom skôr ako lekár. Profil farmaceuta získaný na našej fakulte túto činnosť určite umožňuje. Celý proces vnímania je veľmi ťažké zmeniť. Sám viem z praxe ako to ľudia vnímajú, ako sa správajú, ale myslím si, že je to širší problém, v širšom kontexte celého zdravotníctva. Nechcem povedať, že povolanie farmaceuta je degradované, ale istotne je vnímané inak ako to bolo v minulosti. Zmena späť bude postupný proces, ale je potrebné, aby farmaceuti mali to sebavedomie, že majú podstatné informácie, že ich vedú kvalifikovane poskytnúť pacientovi. Musia byť samozrejme ochotní podávať tieto informácie bez ohľadu nato, že pacienti ich veľakrát ani nechcú počuť.

? Povoláním farmaceuta je odborne a profesionálne poskytovať zdravotnícku starostlivosť pacientom, a to slobodne a nezávisle. Práve v tejto súvislosti sa mi nedá nedotknúť sa zmien, ktoré práve toto poslanie potláčajú. Zrušenie demografických a geografických kritérií pri zakladaní lekární, zavedenie marketingových praktík v lekárnach a iné. Aký bude podľa Vás ďalší vývoj farmácie, aké zmeny sú podľa Vás potrebné?

Je mi veľmi ťažko predpovedať ďalší vývoj, ale myslím si, že sa trh s farmaceutmi časom určite nasýti. Na Slovensku máme okrem našej fakulty aj Fakultu v Košiciach, ktorá produkuje farmaceutov, takže nasýtenosť trhu istotne príde. Nebude to dobré ani z hľadiska zamestnanosti a ani z hľadiska finančného ohodnotenia ich práce. V súčasnosti je mnoho lekární v červených číslach, takže je otázne, či budú vznikáť nové lekárne a či sa majitelia – lekárnici, budú vedieť udržať na trhu alebo ich refazce lekární istým spôsobom prevalcujú. Je to o to zložitejšie, že je to nielen našou prácou, našim prístupom, ale je to i otázkou legislatívy. Jedno je, čo by sme si my farmaceuti priali a druhé je ako vyzerá skutočnosť. Samozrejme sa treba prispôbiť podmienkam, treba bojovať za svoje povinnosti a práva. My sa z hľadiska fakulty chceme venovať príprave



odborníkov, tak aby boli schopní svoje povolanie vykonávať, aby boli akceptovaní nielen doma ale i v zahraničí a nemali problém sa uplatniť.

? **Čo budete považovať za Váš najväčší úspech v pozícii dekana?**

Keď by sme zhrnuli moje dnešné slová a keď sa stretne na konci môjho obdobia a budem môcť zhodnotiť, že sa všetky moje predsavzatia splnili. Že sa nám na fakulte podarilo zrevitalizovať Erasmus program, že naši študenti cestujú do zahraničia a zahraniční vo väčšej miere študujú u nás a akceptujú našu fakultu, spôsob výučby. Taktiež budem spokojný, keď sa nám podarí zrekonštruovať laboratória, spoločenské priestory, aulu, ako i iné reprezentatívne miestnosti. Keď by sa toto všetko splnilo, bol by to pre mňa veľký úspech, s ktorým by som bol spokojný.

? **Dovoľte nám nazrieť trochu do Vášho súkromia. Čo považujete za Váš najväčší životný úspech ?**

Najväčším úspechom pre mňa je moja rodina – manželka a dve krásne deti a to, že sme všetci zdraví. To je pre mňa najdôležitejšie, to ostatné už príde časom samé.



? **Rozmýšľali ste niekedy nad návratom do Srbska?**

Na začiatku možno áno. Dokonca som rozmýšľal nad prácou v srbskom výskumnom ústave liečivých rastlín, ale časom sa priority zmenili. Mám tu rodinu, zázemie kamarátov, prácu, som tu už doslovne zakorenený a spokojný, neplánujem sa už sťahovať.

? **Ako trávite svoj voľný čas? Aké sú Vaše hobby?**

Bohužiaľ trávim v práci stále viac času, takže všetok môj čas sa snažím rozumne deliť medzi rodinu a pracovnú oblasť. Najviac času si vyžadujú deti, ktoré ešte nie sú vo veku, kedy by nás s manželkou nepotrebovali a treba si toho vážiť. Dcérika má len 6 rokov, syn 10, takže si užívame, že nás ešte potrebujú, že ešte chcú s nami byť a všetok voľný čas venujeme im. Na hobby veľmi veľa času nezostáva, a koničky išli po narodení detí bokom. Venoval som sa športu všeobecne, cestovaniu, turistike, ale to sa časom minulo a život je už pokojnejší. Moje koničky sú momentálne vždy späť s rodinou, napr. sa rád venujem klasickej práci okolo domu a v záhrade.

Ďakujem za rozhovor a vo Vašej novozvolenej funkcii Vám želáme veľa úspechov. ■



UNIPHARMA
1. slovenská lekárska akciová spoločnosť

prpravujú
**REGIONÁLNE STRETNUTIA
LEKÁROV a LEKÁRNIKOV**
na tému

**Ideálny model partnerstva
LEKÁRA a LEKÁRNIKA**

Kde a kedy?
prpravili sme sobotné
CELODENNÉ AKREDITOVANÉ AKCIE
9:00 – 16:00 hod.

TERMÍNY JARNÝCH STRETNUTÍ

TRENČÍN – 20. apríl 2013

TRNAVA – 27. apríl 2013

ŽILINA – 8. jún 2013

BANSKÁ BYSTRICA – 22. jún 2013

TERMÍNY JESENNÝCH STRETNUTÍ

september – november
**BRATISLAVA, NITRA,
KOŠICE, PREŠOV**



Bližšie informácie o programe
podujatí, o možnosti účasti
a nahlasovania sa, vám budú zaslané
poštou v priebehu marca.



Prečo odmietajú elektronickú preskripciu?



PharmDr. Lubomír Chudoba
Prezident ČLeK

Česká lekárnická komora neodmieta e-preskripciu z princípu, nesúhlasíme však s „českou cestou“ jej prípravy a jej násilnej implementácie. V súčasnej dobe totiž českými zákonodarcami prerokovávaná novela zákona o liečivách navrhuje povinnú implementáciu elektronickej preskripcie všetkými zdravotníckymi zariadeniami, vrátane lekární, počas dvoch rokov.

♦ V odborných kruhoch diskutujeme tri témy, ktoré súvisia s ďalším rozvojom využitia moderných informačných technológií v zdravotníctve. Sú to:

- elektronická preskripcia
- spoločné používanie zdravotných dát medzi zdravotníckymi zariadeniami
- falzifikáty liečiv.

♦ Za logické by som považoval, pokiaľ by sa o nich jednalo súbežne na úrovni poskytovateľov zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, zdravotných poisťovní a pacientov. **Nie je predsa možné jednotlivé časti systému pripravovať úplne izolovane.** To s najväčšou pravdepodobnosťou povedie k omnoho vyššej finančnej záťaži, vrátane vzájomne ťažko odhadnuteľnej kompatibility systémov nielen v rámci ŠÚKL, prípadne zdravotných poisťovní, ale predovšetkým u samotných poskytovateľov, lekární nevynímajúc.

♦ Česká lekárnická komora nemá žiadne aktuálne informácie o predstavách Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv k e-preskripcii. Mnoho otázok je tak pre nás stále otvorených a predovšetkým nevyriešených. Nie je jasné či a ako sa má ďalej rozvíjať Centrálné úložisko, či bude mať naozaj nastavbové funkcie (vyhodnocovanie duplicit, interakcií,...) ako sľuboval predchádzajúci riaditeľ ŠÚKL, alebo zostane len pri systéme zbierajúcom dáta bez jasného účelu pre pacientov a zdravotníkov? Nevieme, akými prostriedkami a na základe akých zmluvných vzťahov s lekárňami by mali byť napríklad šifrované informácie prenášané medzi lekárnou a CÚ? Majú to byť opäť routery „zdarma a bez zmluvy“, bez jasnej zodpovednosti za prípadné spôsobené škody? A ako by mala nakoniec prebiehať identifikácia lekárníkov?

♦ Na jednaniach pracovnej komisie na MZ boli v minulom roku postupne zmieňované tri možnosti – elektronický podpis, dátová schránka a Register zdravotníckych

pracovníkov. Jediné funkčné, ale drahé, je k dnešnému dňu len obstaranie a následná implementácia elektronickeho podpisu do softvéru lekárne. **Systém ŠÚKL teraz umožní jedine prevod receptu z jeho papierovej do elektronickej podoby s tým, že pacient dostáva kód e-receptu vytlačenej opäť na papieri.** To je žalosťne málo za neuveriteľne vysokú cenu. V minulých rokoch zaplatila každá lekáreň ohromné finančné prostriedky za aktualizácie svojich výpočtových systémov a za ich napojenie na portály zdravotných poisťovní. Vďaka tomu sme už dnes takmer eliminovali falzifikáty lekárske predpisov a celkom bránime vstupu falzifikátov liečiv do lekární. Nechceme preto sekundovať chaotickému postupu ŠÚKL z minulých rokov. Pokiaľ však ŠÚKL-u výška jeho mimorozpočtových zdrojov umožňuje „experimentovať“, mohli by sme povedať, že je to jeho vec. To by skutočne bola, pokiaľ by zmienené mimorozpočtové prostriedky nepochádzali z nie práve malých poplatkov lekární, výrobcov, distribútorov a ďalších. Radi by sme sa preto dozvedeli zadaním, náklady, očakávaný a skutočný výsledok experimentu, inými slovami, kam a za akým účelom zmienené prostriedky plynú.

♦ Druhou témou je zámer MZ na spoločnom používaní zdravotníckych dát formou lokálnych úložísk. S myšlienkou prístupnosti vybraných dát, v našom prípade aktuálneho liekového profilu pacienta, súhlasíme. Lekárnikom to umožní skvalitniť poskytovanú lekárenskú starostlivosť. Z dvoch seminárov, ktoré na MZ k tejto téme prebehli koncom minulého roku, máme ale veľmi rozporuplné pocity. **Vybudovanie funkčného systému spoločného používania dát si vyžiada ohromné finančné prostriedky, veľa energie vynaloženej na štandardizáciu zdravotníckej dokumentácie v elektronickej podobe a ťažko odhadnuteľný časový rámec naplnenia zámeru.**

Prísľubom je vraj čiastočná úhrada formou EÚ projektov. Koho a v akej výške sa táto subvencia dotkne však nie je jasné. Takisto ako to, prečo mlčia zdravotné poisťovne? Za akým účelom ony investujú do svojich kariet života, Vita kariet a ďalších obdobných produktov? Celý tento „systém“ je úplne roztrieštený a vzájomne nekompatibilný.

♦ Falošné liečivá sú samostatnou kapitolou. Výrobcom originálnych liečiv sa podarilo presvedčiť bruselských úradníkov, že európske lekáreň sú vraj plné falzifikátov liečiv. Objavil sa však v minulých rokoch v českých lekárnach nejaký falošný liek na lekárske predpis? Len na túto skupinu liekov sa má totiž európska smernica vzťahovať. Osobne neviem o žiadnom takom falzifikáte v našich lekárnach. Problém je predsa úplne inde, a to v zasielateľskom spôsobe dodávok liečiv „pacientom“ zo zahraničia, navyše väčšinou nelegálnym. V týchto prípadoch odhalila v minulom roku česká colná správa alarmujúcich viac než 16,5 tisíc kusov falošných liečiv. Aké protopatrenia sú pripravované k eliminácii tohto jediného zdroja falzifikátov v ČR? Neviem o žiadnych.

♦ Čo povedať na záver? Ani lekáreň nie sú také bohaté a ochotné sa podrobiť mnohokrát veľmi nevyberanému úradnému nátlaku, aby si bez hlbšej odbornej diskusie, bez elementárnej analýzy nechali legislatívne ukladať povinnosť stať sa do dvoch rokov spojením niečoho, o čom nevieme ani to, ako by to malo fungovať, s akými nákladmi, s akými výhodami pre pacientov, zdravotníkov, pre systém verejného zdravotného poistenia. Pokiaľ nebudú tieto úplné základy vyjasnené, pripravené v reálnej podobe a nebude odskúšaný funkčný systém, nie je možné očakávať ochotu lekární k ďalšiemu vynakladaniu finančných prostriedkov bez zodpovedajúceho benefitu pre starostlivosť o našich pacientov. ■



Autor: **Mgr. Adriana Bednárová**
Foto: archív MUDr. Minou Bobockej

Rozhovor s riaditeľkou Nemocnice
Bánovce – 3. súkromnej nemocnice
MUDr. Minou Bobockou

Potrebovala by som, aby môj deň trval 36 hodín

? V nemocnici Bánovce ste niekoľko rokov pôsobili ako námestníčka, takže keď ste sa pred niečo viac ako rokom stali riaditeľkou nemocnice, situáciu v nemocnici ste dobre poznali. Čo sa zmenilo od vášho nástupu na tento post?

V decembri 2012 to bol rok, čo pôsobím vo funkcii riaditeľky nemocnice. Do určitej miery som svoju funkciu považovala aj za svoju výzvu a možnosť naplňať vlastné predstavy ako by mohla nemocnica fungovať. Myslím si, že s nástupom do funkcie riaditeľky nemocnice prišla najvýraznejšia zmena v presadzovaní mojej vízie, aby sa celému pracovnému kolektívu aj za pomoci materskej firmy, Unipharmy podarilo vyprofilovať našu nemocnicu na fungujúce zdravotnícke zariadenie, ktoré pracuje na princípe efektívnosti. Čo sa týka zamerania nemocnice, za optimálne považujem, že sa nám ju podarilo nastaviť ako postupne sa modernizujúce zdravotnícke zariadenie. Je pre mňa prioritou, aby sme našu kvalitnú zdravotnú starostlivosť prezentovali ako jeden zo štandardov. Taktiež sa každodenne snažím zabezpečovať čo najlepšie a najkvalitnejšie podmienky na prácu a rozvoj nielen pre svojich kolegov a spolupracovníkov, ale hlavne pre našich pacientov.

? V čom vidíte najväčší posun v rámci kvality poskytovania zdravotníckych služieb?

Pri odpovedi na túto otázku musím v prvom rade povedať, že ma osobne mrzí, že finančná situácia v zdravotníctve a niektoré opatrenia ministerstva zdravotníctva smerovali v k zúženiu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Napriek tomu som presvedčená, že sme ako nemocnica za posledné obdobie zaznamenali značný

pozitívny progres v rámci kvality poskytovania zdravotníckych služieb. V tomto smere nám vo významnej miere pomáhajú aj súkromné investície. Úprimne som rada, že i touto formou môžem odprezentať naše dobré vzťahy s miestnym podnikateľským prostredím, ktoré nám už neraz pomohlo. Myslím si, že jeden z najvýznamnejších úspechov, ktorý priniesol rok 2012 bánovskej nemocnici bolo, že sa nám podarilo zozbierať niekoľko tisíc eur s pomocou sponzorských darov na nový artroskopický prístroj, za čo patrí veľká vďaka najmä podnikateľom z Bánoviec nad Bebravou. Okrem spomínaného financovania zo súkromného sektora sa na skvalitnení poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa môjho názoru podieľa i množstvo aktivít, ktoré sa v nemocnici začali organizovať za ostatné obdobie. Sme veľmi hrdí na to, že práve v Bánovciach nad Bebravou sú pacienti operovaní na oddelení jednoduchovej chirurgie. Toto oddelenie zvyšuje štandard v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pre pacientov je to výhoda hlavne z pohľadu ich rekonvalescencie. Taktiež nás teší i to, že v krátkom čase a napriek situácii aká je v zdravotníctve, by sme chceli zrealizovať zakúpenie ďalších novších a modernejších medicínskych prístrojov.

? Veľmi dobre ste obstáli v hodnotení nemocníc najväčšou súkromnou zdravotnou poisťovňou. Čomu pripisujete tento úspech?

Zastávam názor, že každé ocenenie, respektíve umiestnenie v určitom hodnotení, je vizitkou našej práce. Teší ma, že sa v hodnotení, v ktorom rozhodujú pacienti, umiestňujeme na popredných priečkach. Pacient je v našej nemocnici vždy prvoradý.

Pre nemocnicu je prínosom to, keď sa ho niekto spýta, aké má skúsenosti s našou nemocnicou, väčšinou odpovie v pozitívnom duchu. Zmiernené hodnotenie však nie je jediné, v ktorom sme obstáli na výbornú. Zabudnúť by sa nemalo ani na to, že bánovská pôrodnica patrí podľa posledného prieskumu k prvým piatim na Slovensku, s ktorým boli rodičky počas svojej hospitalizácie v období pôrodu najspokojnejšie. Mamičky, ktoré sa do prieskumu zapojili hodnotili odbornosť zdravotníckeho personálu aj to, ako sa k nim správali lekári a sestry počas pôrodu. Body, ktoré boli pri hlasovaní k dispozícii sa udeľovali napríklad za to, či mali ženy počas pôrodu súkromie a intimitu, či im priložili bábätko už na pôrodnej sále, ako sa o ne starali po pôrode na oddelení šesťnedeľa a či mohli dostatočne dojsť. Skrátka povedané, či by išli do tejto pôrodnice rodiť znova a či by túto nemocnicu odporučili aj svojej známej. A pacientky našu nemocnicu odporúčali. Samozrejme, ak sa pozrieme na rôzne hodnotenia inou optikou, je nutné zdôrazniť, že bánovská nemocnica má charakter menšej nemocnice, preto ju nie je možné porovnávať napríklad vo vzťahu k materiálno-technickým podmienkam s fakultnými nemocnicami, respektíve nemocnicami v krajských mestách. Pochopiteľne, tieto nemocnice sú koncipované iným spôsobom, ako je táto naša. Napriek tomu musíme uviesť, že sa neustále snažíme zlepšovať komfort pacienta. Myslím, že o tom, ako sa nám darí naplňovať túto ideu, svedčia aj spomínané umiestnenia v rámci rôznorodých hodnotení nemocníc.

V roku 2012 ste v nemocnici otvorili jednodňovú plastickú chirurgiu. Aký je o tento typ zákrokov záujem?

Záujem o plastickú chirurgiu už nie je ani v menších mestách ničím nezvyčajným. Po zmene k lepšiemu túži asi každá žena, ale aj ne jeden muž. K rozšírenosti plastickej chirurgie prispel určite aj fakt, že sa ľudia začali vo väčšej miere orientovať na svoj vzhľad. Významný podiel na úspešnom odštartovaní jednodňovej plastickej chirurgie v Bánovciach nad Bebravou má i to, že služby plastického chirurga sú cenovo dostupné širokej verejnosti. Napriek tomu nedochádza k zníženiu kvality, ktorá sa viaže na poskytovanie takejto špecifickej zdravotnej a estetickéj starostlivosti. Keď sa povie plastická chirurgia, väčšina ľudí si predstaví hlavne zväčšenie prs. Ale tento pojem zahŕňa oveľa viac. Vyhladenie vrások, odsávanie tuku, zväčšenie pier, korekcie nosa, uší, brady. Práve o tieto služby je v súčasnosti veľký záujem.

Podľa čoho si vyberáte ľudí do svojho tímu? Ktoré vlastnosti spolupracovníkov sú podľa Vás najcennejšie?

Nájsť a získať najvyššiu kvalitu na kľúčové medicínske pozície a vysoko špecializované pozície je podľa môjho názoru hlavným kľúčom k úspechom. Ľudia, ktorí u nás pracujú tvoria



Čo považujete za najväčší úspech, ktorý sa nemocnici podarilo dosiahnuť počas vášho doterajšieho pôsobenia na pozícii jej riaditeľky?

V prvom rade musím spomenúť, že nemocnica je držiteľom certifikátov ISO 14001:2004 a ISO 9001:2008 na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a poskytovanie služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. V tomto smere sa snažíme tento štandard udržať a neustále obstaráť pri obnovovaní práve spomenutých certifikátov kvality. Zároveň sa už dosiahnutú úroveň snažíme zvyšovať. To sa nám darí najmä rôznymi aktivitami, ktoré realizujeme počas celého roka. Napríklad v minulom roku to boli rôzne odborné semináre, spomeniem tie väčšie - v júni sa konal odborný seminár v spolupráci s Kardiocentrom Nitra, v októbri to bol seminár venovaný pediatrii v spolupráci s Detskou fakultnou nemocnicou v Banskej Bystrici. Takisto všetky sestry v nemocnici absolvovali kurz prvej pomoci. Tieto podujatia slúžia na výmenu skúseností a vedomostí a na zvyšovanie odbornosti zdravotníckeho personálu. Zapojili sme sa do projektu MOST. V rámci podujatia boli k dispozícii odborníci, ktorí bezplatne záujemcom poradili ohľadne rizík srdcovo-cievnych ochorení a tiež aké preventívne kroky podniknúť pre zachovanie zdravia svojho srdca. Začali sme používať novú operačnú metódu (RFITTH) pri liečbe hemoroidálnej choroby a krčových žíl dolných končatín. Naša nemocnica je medzi prvými na Slovensku, ktorá používa túto operačnú metódu. Pacientom jej používanie prinieslo kratšiu hospitalizáciu, lepšiu a rýchlejšiu rekonvalescenciu. Ďalej sme zakúpili už spomínaný artroskopický prístroj. Vďaka nemu môžu teraz lekári veľmi šetrne vyšetřovať a operovať kĺby. Tiež bolo obohatené prístrojové vybavenie rehabilitačného oddelenia magnetoterapiou, laserom, reboxom a terapiou plynovými injekciami. Zhmútním všetkých týchto aktivít je postupné dosiahnutie konečného cieľa, pozitívne hospodárenie nemocnice.

najdôležitejšiu hodnotu. Správne obsadenie miest je nielen rozhodujúcim faktorom v procese nášho rozvoja a zmien, ale aj umením, ktoré si vyžaduje osobitné postupy, schopnosti a skúsenosti. Ja sa vo svojej práci často riadim intuíciou. Domnievam sa, že je mojím najväčším radcom a myslím, že zatiaľ ma nikdy nesklamala.

Samozrejme, pre prácu v zdravotníckom zariadení sú potrebné značné odborné schopnosti a zručnosti. Taktiež je nutné sa po celý život vzdelávať. Ak by som však v skratke mala uviesť, podľa čoho si vyberám ľudí do svojho tímu, určite by som zdôraznila, že pri tejto neľahkej voľbe sa orientujem v prvom rade na profesionalitu a na kladné povahové vlastnosti.

V našej nemocnici sa snažím o to, aby sme mali personál, o ktorom budeme presvedčení, že spĺňa všetky odborné a morálne požiadavky. Mojou snahou je, aby bánovská nemocnica mala zdravotníckych pracovníkov s dobrými výsledkami a vzťahom k pacientovi. Samozrejme, že celkový dojem z toho, aká bola

pacientovi poskytnutá zdravotná starostlivosť, nie je výsledkom jednotlivca, ale kolektívnej spolupráce. Svojich kolegov osobne vnímam ako ľudí, ktorí majú kladný vzťah k svojej práci. Myslím si, že musíme mať zamestnancov, ktorých ich práca baví a naplňa, pretože majú obrovský vplyv na to, ako je nemocnica vnímaná z externého prostredia.

❓ **Nemocnica Bánovce dokazuje, že vie rýchlo napredovať. Čo Vás čaká v rámci rozvoja tento rok?**

Mojou víziou je, ako som už spomínala, viesť fungujúcu nemocnicu, ktorej činnosť je založená na efektívnosti. Dúfam, že bánovská nemocnica bude vnímaná odbornou i laickou verejnosťou ako moderné zdravotnícke zariadenie s kvalitnými službami. Z pohľadu materiálno-technického vybavenia sa budeme spoločne za finančnej pomoci materskej firmy usilovať o ďalšie nové moderné prístrojové vybavenie. Naším zámerom je mať napríklad nové digitálne RTG zariadenie. Plánujeme rozšíriť i služby vo vzťahu k jednodňovej plastickej chirurgii. Zároveň je v pláne otvorenie nového očného centra v priestoroch nemocnice, kde budú realizované operácie v oblasti mikrochirurgie oka a budeme prvou okresnou nemocnicou, ktorá bude mať ambulanciu srdcového zlyhania, ktorá je zatiaľ iba v Bratislave, Košiciach a Banskej Bystrici. Plánujeme otvorenie diabetologickej ambulancie.



Oblasť, kde máme snahu napredovať v našej nemocnici je veľa.

❓ **Vaša práca je určite časovo náročná. Predsalen ste žena, manželka, ako sa Vám darí zvládať prácu i rodinu?**

Som lekárka. Takže v mojom prípade sa nedá hovoriť o tom, že mám prácu alebo zamestnanie. Byť lekárom je povoláním. Aspoň ja takto vnímam svoju profesiu. Keďže pôsobím v niekoľkých funkciách, konkrétne od roku 2006 nepretržite zastávam pozíciu primárky oddelenia dlhodobých chorých a zároveň som i riaditeľkou nemocnice, moje povinnosti sa takto znásobujú. Často sa prichytím pri pomyslení, že by som potrebovala, aby môj deň trval 36 hodín... Možnosť mať voľný čas určený pre seba alebo pre svoju rodinu sa stáva skôr vzácnosťou.

❓ **Čomu sa venujete počas voľných chvíľ?**

Najviac voľného času trávim s mojím manželom, niekedy zjídeme do kina alebo na večeru. Taktiež spoločne radi cestujeme. Napriek pracovnému vytáženiu, ktoré zväčša poznačí rodinné vzťahy, som rada, že mi je práve môj manžel tou najvýznamnejšou oporou v pravom zmysle slova a právom mu patrí moja vďaka za lásku a trpezlivosť. Inak sa rada stretávam s priateľmi, rada lyžujem a k mojim koníčkom patrí hudba a móda. ■

inzercia



Pre to najcennejšie v živote.

Nová generácia mliečnej dojčenskej výživy po vzore materského mlieka

HiPP Combiotic®

Klinické štúdie demonštrujú bezpečnosť a účinnosť unikátnej kombinácie Lactobacillus fermentum* a GOS v počiatočnej a následnej dojčenskej výžive HiPP Combiotic®.**

- ✓ Bezpečnosť: adekvátny rast a prosperovanie
- ✓ Účinnosť: štatisticky významné zníženie výskytu epizód hnačiek



Potravina na osobitné výživové účely.

* Lactobacillus fermentum hereditum® CECT5716 – probiotická kultúra mliečného kvasenia, izolovaná z materského mlieka
 ** GOS – galaktooligosacharidy získané z laktózy po vzore materského mlieka

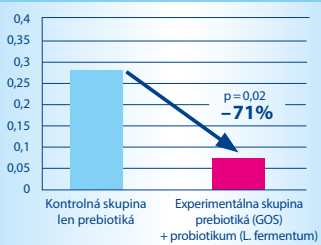
1 Gil-Campos et al.: Pharm Res 2012; 65: 231 – 238,
 2 Maldonado et al.: JPGN 2012; 54: 55 – 61,
 3 European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition – Braegger et al.: JPGN 2011; 52: 238 – 50

Dôležité upozornenie: Dojčenie je pre každé dieťa to najlepšie. Počiatočnú dojčenskú výživu odporúča lekár alebo osoby kvalifikované v oblasti výživy, farmácie alebo starostlivosti o matku a dieťa. Spôsob použitia a ďalšie informácie nájdete na obaloch výrobkov a webových stránkach. Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť.

www.hipp.sk

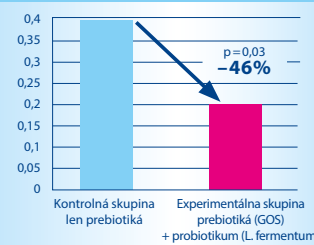
Štúdia s počiatočnou dojčenskou výživou¹

Počet epizód hnačkových ochorení u detí na konci štúdie (vek detí: 6 mesiacov)



Štúdia s následnou dojčenskou výživou²

Počet epizód hnačkových ochorení u detí na konci štúdie (vek detí: 12 mesiacov)



► Štúdie spĺňajú kritéria ESPGHAN³; bezpečnosť a účinnosť pre- a probiotickej dojčenskej výživy musia byť preukázané.

Autor: RNDr. Mária Mušková, PhD.
Foto: Mgr. Ivana Murínová

Posledný januárový štvrtok bolo 31. 1. 2013 a podľa tradície sa uskutočnil už 30. ročník odborného seminára – MEDICAMENTA NOVA, ktoré sa venuje farmakoterapii predovšetkým novými liekmi. Za 30 rokov histórie tohto podujatia bolo výzvou pre organizátorov neprerušit tradíciu, vybrať tú najaktuálnejšiu tému, prednášateľov nielen teoretikov, ale aj z praxe, a to z radov lekárov a farmaceutov.

30. jubilejné Medicamenta Nova



Vzácná spolupráca predstaviteľov Spoločnosti Klinickej farmakológie z LF UK a Slovenskej farmakologickej spoločnosti z FaF UK – profesorov **MUDr. Milana Krišku, DrSc.** a **MUDr. Pavla Šveca, DrSc.** prinášala v zimnom januári nevšedný odborný zážitok – 30 ročníkov.

Vivat páni – vďaka za celú farmaceutickú i lekársku obec!

Štafetu v posledných dvoch rokoch prevzala za LF UK profesorka **MUDr. Viera Kristová, CSc.** a za Slovenskú lekárnícku komoru **RNDr. Mária Mušková, PhD.** Témou jubilejného ročníka odborného podujatia vysokého kreditu boli:

Problémy farmakoterapie u geriatrických pacientov.

V úvodnej prednáške o špecifikách farmakologickej liečby v geriatrickej sa **doc. Martin Wawruch, PhD.** z Farmakologického ústavu LF UK v Bratislave, zameril na nežiaduce účinky pri vyššom počte užívaných farmák, ktoré sa manifestujú často atypicky ako pády, poruchy vedomia, nadmerná sedácia, obstipácia alebo

retencia moču. Vyšší výskyt nežiaducich účinkov u starších ľudí viedol k vývoju koncepcie potenciálne nevhodných liekov pre chorých vo veku nad 65 rokov. Obavy z nežiaducich účinkov môžu byť však príčinou poddimenzovanej farmakoterapie. Preto farmakologická liečba starších ľudí vyžaduje pravidelné prehodnocovanie a individuálne zváženie pomeru prínosov a rizík.

Pneumológ **MUDr. Štefan Laššán PhD.** z Pa F LF SZU v Bratislave prezentoval možnosti prevencie pneumokokových ochorení u dospelých. Incidencia invazívnych pneumokokových ochorení narastá hlavne po 65. roku veku a podľa údajov Európskej respiračnej spoločnosti je pneumokok stále najčastejším patogénom izolovaným u pacientov s komunitnou pneumóniou. Napriek významnému pokroku v diagnostike, prevencii a liečbe zostáva mortalita na komunitnú pneumóniu vysoká okolo 12 % a celkovo sú infekcie dolných dýchacích ciest na 4. mieste poradia úmrtnosti. Z hľadiska preventívnych opatrení na riešenie tohto nepriaznivého stavu sa javí ako vhodná vakcinácia, ktorá zabezpečí doživotnú ochranu očkovaného jedinca. Konjugovaná 13-valentná pneumokoková vakcína sa naviaže na polysacharidový antigén-nosičový proteín, čím sa zvyšuje imunogenita, indukuje sa imunitná pamäť, a tým doživotná aktívna prevencia, pričom neboli zaznamenané závažné nežiaduce účinky v žiadnej vekovej kategórii.

Kolektív autorov pod vedením **doc. MUDr. Jozefa Glasu** z Ústavu farmakológie LF SZU v Bratislave spracoval poznatky o liečbe vybraných ochorení gastrointestinálneho traktu (GIT) a pečene vo vyššom veku. Medzi najčastejšie diagnózy GIT u geriatrických pacientov zaznamenávajú poruchy prehĺtania, ezofageálny reflux, divertikulózu a poruchy mobility hrubého čreva (hnačka, zápcha), neopláziu GIT, krvácanie z hornej časti GIT, ktoré viac ako z polovice spôsobujú nesteroidné antiflogistiká. V pečeni od štvrtej do ôsmej

dekády života dochádza k úbytku parenchýmu v rozsahu od 30 do 40 %, ďalej k cirhóze, fibróze, čoho dôsledkom je znížená detoxikácia a eliminácia užívaných liekov. Na základe zhodnotenia celkového zdravotného stavu pacienta treba určiť konkrétne farmako-terapeutické priority, usilovať sa o individualizáciu dávkovania a výber liekov s relatívne priaznivým bezpečnostným profilom.

Docentka **MUDr. Viera Kořínková, CSc.** z Psychiatrickej kliniky LF UK v Bratislave spracovala príspevok pod názvom „**Klinika a farmakoterapia depresí vo vyššom veku**“. Epidemiologická štúdia na Slovensku zistila najvyššiu pre-

z roku 2007 pri demencii Alzheimerového typu, sú k dispozícii len štyri liečivá, ktoré majú oporu v odbornom dôkazovom materiáli. Inhibítory Acetylcholinesterázy – Donepezil, Rivastigmin a Galantamín a inhibítory glutamánového receptora Memantín. Žiadny z uvedených liekov sám ani v kombinácii nedokáže zastaviť rozvoj choroby. Jestvujú dôkazy, že rad používaných liekov nefun-



← ↑ → Medicamenta Nova prebiehala v priateľskom duchu



↑ Za prof. Šveca kyticu prebrala prof. Kuželová

↑ Prof. Kristová a RNDr. Mušková ďakujú prof. Kriškovi za spoluprácu na seminári

valenciu depresie 14 % vo vekovej kategórii 60 a viac rokov. Podľa očakávania sa najviac vyskytuje v zariadeniach sociálnych služieb (20 – 40 %) a v psychiatrických lôžkových zariadeniach (20%). Depresia zvyšuje mortalitu najmä zvýšeným rizikom suicidia. Pri výbere liečby majú výhodu bezpečné, selektívne antidepresíva, ktorých počas eliminácie nie je ovplyvnený vekom (napr. fluvoxamín, sertralín, moklobemid, venlafaxín, milnacipran, mirtazapín, bupropion, agomelatín), tie s lineárnou farmakokinetikou a minimálnym rizikom interakcií (napr. citalopram, escitalopram a sertralín). Z nežiaducich účinkov sa vo vyššom veku vyskytuje zvýšená krvácanosť a hyponatrémia.

■ ■ ■ Autori profesor **MUDr. Štefan Krajčík, CSc.** a **MUDr. Peter Mikuš** z Kliniky geriatrickej Univerzitnej nemocnice v Biskupiciach prezentovali výsledky „**Nežiaducich účinkov antipsychotík vo vyššom veku**“. Najčastejšou indikáciou neuroleptík sú poruchy správania spojené s demenciou a delírium. Výhodou atypických – slabších antipsychotík je nižší výskyt extrapyramidového syndrómu, tardívnych diskinez a malígneho neuroleptického syndrómu a tiež, že nezhoršujú kognitívne účinky dementných pacientov. Nevýhodou sú častejšie kardiovaskulárne komplikácie. Výskyt metabolických porúch ako obezita a diabetes je rovnaký u oboch typov antipsychotík. Klasické neuroleptiká zvyšujú riziko vzniku hlbokej žilovej trombózy, embólie do pľúc a náhlejšej smrti dôsledkom poruchy rytmu, ako aj náhlejšej mozgovej príhody. Vyskytujú sa aj osteoporóza, častejšie pády a zápal pľúc, čo všetko vedie k zvýšeniu celkovej úmrtnosti.

■ ■ ■ V poslednej prednáške **doc. MUDr. Lubomír Vražda, CSc.**, zakladateľ Centra MEMORY so zameraním na diagnostiku a liečbu demencií, nazvanej „**Mýty a skutočnosť vo farmakoterapii Alzheimerovej choroby**“ rozdelil realitu od nádejí. Podľa medzinárodných guidelines, odporúčaných postupov

guje – napríklad vitamín E, extrakty Ginkgo biloba, estrogény, seligilín, piracetam, pentoxyfýlín, statíny. Nefarmakologická terapia Alzheimerovej choroby, ktorá má rovnaký efekt ako farmakologická je založená na kognitívnej stimulácii, pracovnej terapii a rade aktivačných techník zlepšujúcich sebestačnosť pacientov. Rozvíjanie týchto terapeutických techník je perspektívou do budúcnosti.

■ ■ ■ Výber základných informácií o niekoľkých nových liekoch predstavili **PharmDr. Táňa Foltánová, PhD.** z FaF UK a **MUDr. J. Tisoňová** z LF UK.

■ ■ ■ Kolegovia farmakológovia z Lekárskej a Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského v januári 1984 zorganizovali prvý seminár Medicamenta nova. Odvtedy prešlo 30 pokračovaní a účastníci boli svedkami vývoja širokej problematiky farmakoterapie, úspechu či zlyhaní nových liekov, závažných nežiaducich účinkov, ale aj nádejných riešení. Získané poznatky boli prínosom nielen pre lekárov, farmakológov ale aj pre farmaceutov – lekárnikov pri starostlivosti o pacientov. Zaželajme tomuto jubilantovi semináru „**Medicamenta nova**“ a jeho organizátorom do nových ročníkov tvorivé nápady, entuziazmus a výborných prednášateľov! ■



DOBRÝ ◀...
zamestnávateľ

...▶ **SPOKOJNÝ**
zamestnanec

Väčšina ľudí produktívneho veku trávi v práci takmer tretinu svojho času. Spokojnosť v zamestnaní má preto značný vplyv na kvalitu života pracujúceho človeka. Závisí od naplnenia troch základných podmienok. Konkrétne samotnej **náplne práce**, čiže toho, čo človek robí, nakoľko ho to baví a či vo svojej činnosti vidí nejaký zmysel. Rovnako podstatné je aj **prostredie**, v ktorom človek svoju prácu vykonáva, či sa v ňom cíti dobre, aké má vzťahy s kolegami, príp. s nadriadenými alebo podriadenými. Veľmi dôležité je tiež **ohodnotenie** vykonanej práce, nielen finančné, ale aj vo forme rôznych benefitov, slovného ocenenia a pod.



PhDr. Petra Klastová Pappová, PhD.
psychoterapeutka
klinická psychologička
Bratislava

Manažment a komunikácia (aj) v rámci lekárne

■ Pokiaľ sú splnené aspoň dve z vyššie uvedeníh podmienok, môže byť človek v zamestnaní dlhodobo relatívne spokojný. To znamená, že ak napr. robí prácu, ktorá ho baví a dáva mu zmysel, v príjemnom prostredí a s dobrými kolegami, ľahšie vydrží, ak finančné ohodnotenie nie je také, aké by si predstavoval. Alebo naopak, zmysluplná a dobre ohodnotená práca môže človeka uspokojovať natoľko, že zvládne napr. to, že si s kolegami nerozumie. Ak je však uspokojený len v jednej z týchto troch oblastí, je málo pravdepodobné, že by sa mu z dlhodobého hľadiska v zamestnaní darilo dobre.

Len zmysluplná práca, len dobrý šéf či kolektív alebo len vysoké finančné ohodnotenie nestačia na to, aby bol zamestnanec dlhodobo spokojný.

■ Z uvedeného vyplýva, že by sa dobrý zamestnávateľ mal snažiť prijímať do zamestnania ľudí, ktorí majú o svoju prácu záujem a je pre nich zmysluplná, a zároveň ľudí, ktorí dokážu navzájom dobre spolupracovať a vytvoriť efektívny pracovný kolektív a príjemnú pracovnú atmosféru. Zároveň by mal byť dobrý zamestnávateľ schopný svojich zamestnancov dobre ohodnotiť. Nielen finančne, ale za dobre vykonanú prácu ich pochváliť aj slovné a poskytnúť im ocenenie vo forme benefitov.

■ Dobrý zamestnávateľ by mal tiež mať dostatok odvahy prepustiť tých zamestnancov, ktorí sa ukážu ako nekompetentní, nezodpovední alebo natoľko nestabilní, že ich nedostatky prevažujú ich prínos pre kolektív.

■ Mal by **k zamestnancom pristupovať s úctou a rešpektom**, ktoré sa budú prejavovať vo viacerých oblastiach, napr. v tom, že dodrží svoje slovo, ak zamestnancom niečo sľúbi, resp. ak ho dodržať nemôže, vysvetlí im prečo. Alebo v tom, že zamestnancov nadmerne nekontroluje (nerobí mikromanažment), nevyžaduje od nich prílišnú podriadenosť a poskytne im dôveru v ich vlastné schopnosti a rozhodnutia.

■ Ak je potrebné zamestnanca pokarhať alebo mu vysvetliť, v čom sa má zlepšiť, dobrý zamestnávateľ svoju **nespokojnosť vyjadrí jasne**

a zrozumiteľne, ale bez urážlivých komentárov či nepriateľského tónu hlasu, podľa možnosti v súkromí a nie pred ostatnými zamestnancami (ale pochvalu je užitočné udeliť aj pred ostatnými).

■ Každý zamestnávateľ môže samozrejme pocíťovať rôznu mieru sympatií k svojim zamestnancom, ale ten dobrý medzi nimi len na základe sympatií či nesympatií rozdiely nerobí. To znamená, že neposkytuje niektorým nadmerné výhody (napr. vyššie finančné ohodnotenie, väčšiu flexibilitu pri čerpaní dovolenky, pridelenie ľahších alebo príjemnejších úloh a pod.), pokiaľ by tieto výhody neboli zdôvodniteľné aj inak (napr. lepšími pracovnými výsledkami).

■ **Dobry zamestnávateľ podporuje zamestnancov vo vyjadrovaní ich prežívania, potrieb a prianí a je otvorený ich otázkam, aj keď by sa pýtali niečo zdaniivo „hlúpe“.** Zamestnancom, ktorí sú tvoriví umožní, aby sa mohli v práci tvorivo prejavovať v maximálnej možnej miere a podporuje rozvíjanie ich silných stránok.

■ Ak chce mať zamestnávateľ spokojných a dobre pracujúcich zamestnancov, mal by im vytvoriť na ich prácu **dobré podmienky** a byť im takým zamestnávateľom, pre ktorého budú pracovať radi. Samozrejme, že každý v súkromnej sfére potrebuje dosiahnuť dostatočný zisk, aby jeho spoločnosť mohla prosperovať, dobrý šéf sa však snaží aj o spokojnosť a pohodu svojich zamestnancov. Nesnaží sa napr. zamestnávať ich na dohodu alebo na čiastočný úväzok, aby sa vyhol plateniu rôznych benefitov, na ktoré by ako zamestnanci na plný úväzok mali nárok. Taktiež si uvedomuje, že ak im umožní ďalej sa vzdelávať, pokiaľ o to majú záujem, budú z nových skúseností a vedomostí profitovať nielen oni, ale aj on.



■ **Dobry zamestnávateľ ide svojim zamestnancom príkladom a správa sa tak, ako vyžaduje, aby sa správali aj oni (čiže napr. ak kladie dôraz na presnosť a dôslednosť zamestnancov, je sám presný a dôsledný).** Je dobré, ak si občas položí otázku, akým zamestnávateľom by chcel byť. A čo by potreboval k tomu, aby sa takým mohol stať. Zamestnancom zas môže prospieť, ak sa občas zamyslia nad tým, pre akého zamestnávateľa by chceli pracovať, či s ním môžu otvorene hovoriť o tom, čo by potrebovali v zamestnaní zmeniť. A ak nemôžu, čo by potrebovali k tomu, aby si mohli takého zamestnávateľa nájsť. ■

inzercia

kompava®

Staráme sa o Vaše zdravie....

- **pohyb bez bolesti**
- **zlepšená ohybnosť**
- **regenerácia**
- **ochrana**
- **obnova**



Objavte zdravý pohyb v jednom pohári nápoja!

Gelo-3 complex

Výživový doplnok na ideálnu ochranu kĺbov, väzív a kostí

Aktívne látky: glukozamín, chondroitín, hydrolyzovaná želatína, vitamíny B2, B6, B12, B3, C, E, Ca2+, Mg2+

Joint Bar

Vysoko nutričná kĺbová tyčinka = pochúťka pre kĺby
2 tyčinky Joint Bar predstavujú 1 CELÚ odporúčanú dennú dávku vitamínov!



Akcia trvá od 1.3.2013 do 31.3.2013.
Akcia je dostupná len v distribučnej spoločnosti Unipharma.

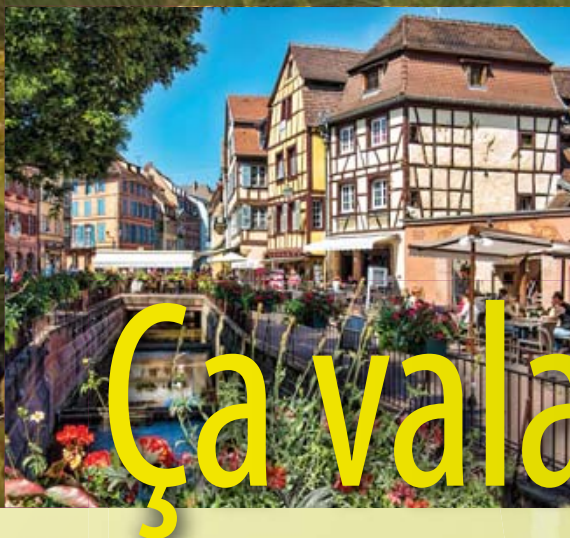
Pri kúpe výrobku Gelo-3 complex získate 3x tyčinku Joint bar GRÁTIS.

www.kompava.sk

Autor: Mgr. Ivana Murínová a Michal Staško

Foto: archív Michala Staška

Množstvo starých budov a kostolov, stavieb v nemeckom gotickom a ranom renesančnom štýle, bohatá história, tradície, pochúťky francúzskej kuchyne,... Prenesme sa na chvíľu do alsaského regiónu na východe Francúzska, do mestečka Colmar, ktoré je známe ako miesto ideálne na pestovanie vína.



Ça valait le coup!

(Stálo to za to!)

Študent piateho ročníka na FaF UK v Bratislave, **Michal Staško** mal vďaka študentskému výmennému programu, ktorý zastrešuje IPSF (Medzinárodná federácia študentov farmácie) a riaditeľovi nadnárodnej siete lekární Univers Pharmacie, Danielovi Buchingerovi možnosť nahliadnuť do dynamického prostredia lekárne vo Francúzsku. August 2012 bol preňho plný neopakovateľných zážitkov. „A stálo to za to!“ vyznáva sa.

► Viac ako lekáreň

Michal mal šťastie na prácu v druhej najväčšej lekárni v regióne Alsasko. „Táto lekáreň predstavuje dokonalý príklad toho, čo všetko môže pacient s receptom nájsť na jednom mieste.“ Na rozlahlom prvom poschodí oficiíny sa podľa jeho slov nachádza viac ako desať miest určených na výdaj liekov, doplnkového sortimentu a kozmetiky. „Nechýba oddelenie zdravotníckych pomôcok, optika, malé detské ihrisko, kabínky na dôverné rozhovory a miestnosť určená na poradenstvo pre pacientov s populačnými ochoreniami ako diabetes a hypertenzia.“ Pre tých lenivejších je vyhradené okienko na príjem receptov a výdaj liekov s odborným vysvetlením priamo cez okno auta.

► Lieky vám padnú rovno do rúk

„Aby lekárnik nemusel za liekmi behať po celej lekárni, pomáha mu robot. Po potvrdení výberu lieky lekárnikovi prídu z homého poschodia po páse a následne špirálovej šmykačke.“ Dopĺňanie stroja má na starosti personál bez odborného vzdelania. „Ak nastane problém, hneď sa telefonuje pracovníkovi, ktorý stroj obsluhuje a ten urýchlene problém vyrieši,“ vysvetľuje Michal. Nie všetky lieky sú takto rozbaľované, ide o službu navyše. Lieky sú programovo dávkované do malých vrecúšok označených menom,



↑ Michalova priateľka Zuzanka, ktorá mu týždeň robila milú spoločnosť



↑ Michal v laboratóriu



↑ Homeopatické špeciality lemujú steny lekárne



dátumom a časťou dňa (na každý deň štyri – ráno, na obed, večer, pred spaním) a sú natočené na kotúč. „Odtiaľ ich sestrička v domove dôchodcov postupne odtrháva a podáva pacientom. Iný spôsob balenia liekov je do špeciálnych personalizovaných výlískov vo forme adventného kalendára, kde si pacient každých osem hodín otvorí jedno okienko.“

Preskripcia a preplácanie liekov zdravotnou poisťovňou

„Lekársky predpis má zvyčajne formu čistej A4, na ktorú lekár vytlačí alebo napíše meno pacienta, lieky spolu s dávkovaním a svoj kontakt.“ Recept je bez poplatku. Po predpísaní si pacient musí vybrať lieky do troch mesiacov od dátumu vystavenia predpisu, ktorý môže byť podľa rozhodnutia lekára určený na viacnásobný výdaj liekov, najdlhšie však na jeden rok.

Lieky sú podľa percenta, ktoré uhrádza poisťovňa označené farebnými signatúrami. „Takže ak má liek oranžovú vinetu, poisťovňa hradí 15 %, ak má bielu, uhrádza 100 % z ceny lieku a tak ďalej. Zaujímavé je, že v prípade tehotenstva zdravotná poisťovňa matke od šiesteho mesiaca gravidity až do dvanásteho dňa po pôrode prepláca všetky náklady na lieky.“ Vo francúzskej lekárni je veľmi častá, až automatická, generická substitúcia. „Od 1. júla 2012 platí zákon, podľa ktorého ak si pacient zvolí originálny liek na úkor generického, musí zaplatiť jeho plnú sumu a až následne mu poisťovňa preplatí stanovenú čiastku.“ V prípade, že pacient súhlasí s lekárnikom navrhnutým generikom, zdravotná poisťovňa liek priamo prepláca. „Originálne lieky obsahujúce účinné látky ako fentanyl, valproát sodný, topiramát, levotyroxin a lamotrigin tvoria výnimku zo zákona a sú poisťovňou priamo uhrádzané. V prípade poznámky „non substituabile“ lekárnik nesmie generikum vydať.“ Samotná lekáreň svojich partnerov v generickej substitúcii prezentuje na svojej webovej stránke.

Veľa nespotrebovaných liekov

Kedže môže mať lekárske predpisy až ročnú platnosť, často sa stáva, že si pacienti vyberú všetky lieky, no nestihnú ich spotrebovať. „Nosia do lekárne „kopcovito naplnené igelitky“ s liekmi určenými na likvidáciu, tá ich následne odovzdá firme, ktorá je zodpovedná za ich spracovanie. Pre pacienta je takýto systém síce pohodlnejší, no pre štát drahší,“ hovorí Michal.

Čo je La Carte Vitale?

Ide o elektronickú kartu poistenca a záznam expedovaných liekov v časovom slede v jednom. „Lekárnik má na základe tejto zelenej karty prístup ku všetkým liekom, ktoré boli pacientovi vydané.

Preto nie je problémom konzultovať interakcie a nežiaduce účinky liekov, aj keď si pacient nepamätá všetky názvy liekov, ktoré užíva.“

Striktná hierarchia

Vysokoškolské štúdium farmácie vo Francúzsku trvá šesť rokov, pričom absolventi získajú titul doktora farmácie (pharmacie docteur, Pharm.D.). „Okrem nich pracujú v lekárni aj odborníci na lieky s dvojnásobným vysokoškolským vzdelaním (préparateur) a poradcovia pre oblasť kozmetiky bez odborného vzdelania. Každodenné problémy spojené s výdajom liekov sú riešené formou diskusie, pričom záverečné slovo má najskúsenejší a zväčša najstarší farmaceut.“ Často sa vraj stáva aj to, že nefarmaceuti odkážu pacienta priamo na konzultáciu s lekárnikom.

Magistraliter receptúra ušitá na mieru

Preparateur si po prepísaní základných údajov z receptu do lekárenskeho softvéru vytlačí kompletnú signatúru s menom pacienta, obsahovou látkou, jej silou, veľkosťou balenia a dávkovaním. „Vytlačia sa dve signatúry, prvou sa označí magistraliter, druhá sa prilepi na doklad o vyhotovení lieku. Pripravujú sa kapsule, masť, krémy, roztoky, čapíky a pre mňa najľákavejšie – čajové zmesi.“

Homeopatia, každodenný chlebiček

„Kto nevidel, neuverí. Plné police roztokov, tinktúr a kvapiek homeopatických špeciálov lemujú steny lekárne. Sú označované rovnakým číslom, aké sa nachádza aj na recepte, spolu s kompletným zložením lieku a riedením.“ Nechýbajú dobre známe tuby s granulami monokomponentov určené na humánne použitie. Okrem toho lekáreň podľa Michalových slov disponuje aj obľúbenou homeopatiou pre domácich miláčikov.

Lekárske remeslo

„Spolu s tamojšími odborníkmi na lieky sa zhodujeme v tom, že obidva systémy, slovenský aj francúzsky, majú svoje väčšie či menšie výhody i nevýhody.“ Francúzi ako naše najväčšie plus oceňujú platnosť lekárskeho predpisu a tým aj menej výrazné hromadenie nepoužitých liekov. „Z môjho pohľadu oceňujem hlavne správanie francúzskeho pacienta. Kedže si za každú návštevu u lekára platí, v prípade ľahšieho zdravotného problému zvolí návštevu lekárnika. Pacienti sú zvyknutí v lekárni čakať, ale aj sa veľa pýtať. Vedia, že keď prídu na rad, dostanú odpoveď na všetky svoje otázky.“ A nemusia pritom počúvať hudranie nedečakavých čakajúcich v rade za sebou. Lekárnik sa potom môže plnohodnotnejšie venovať svojmu poslaniu – odbornému poradenstvu pacientovi. ■

inzercia



Zaregistrujte sa na www.imunoglukan.com a získajte skúšobné balenie Imunoglukan P4H™ ZDARMA

Imunoglukan® P4H ACUTE!

výživový doplnok

s prírodným imunoglukanom, vitamínom C a zinkom na intenzívnu podporu imunity

1 kapsula denne počas piatich dní

- intenzívna podpora imunitného systému v rizikovom období
- prispieva k zníženiu vyčerpania a únavy

Imunoglukan P4H® ACUTE! je voľnopredajný výživový doplnok dostupný v každej lekárni bez predpisu.



 **Imunoglukan**
P4H

Výrobca: PLEURAN, s.r.o., Bratislava
Obch. zastúpnie: IMUNOGLUKAN, s.r.o., Bratislava
info@imunoglukan.com, www.imunoglukan.com



Čo to? Je tu letný semester!



Peter Šišovský, 3. ročník

Na jednej strane je marec prvým jarným mesiacom, na tej druhej zase mesiacom, v ktorom by vám SSSF chcel priniesť riadnu dávku vzdelávacích, ale aj tých ne(vzdelávacích) aktivít. Pretože skúškové je za nami a obdobia, kedy za deň prehovoríme tak tri vety a inak nonstop sedíme nad knihami, sú dávno preč, tešte sa na Majstrovstvá v lekárskej komunikácii! Áno, presne tak, jazyk treba obracať, niekto možno jazykolamom, iný rozumom v hrsti, pretože pri rôznorodých zákazníkoch treba oboje.

■ Od 18. do 22. marca poskytnete naša fakulta už tradične priestor TyFaVKa (Týždňu farmaceutického vzdelávania a kariéry). Počas nej sa môžete tešiť na témy, ktoré ulahodia, dúfame, čo najširšiemu, ale zároveň aj najužšiemu publiku, na prezentácie zapojených firiem a spoločností a nás, študentov, ako pobežujeme pomedzi nich a snažíme sa všetko dať dokopy, pretože TyFaVKa je tu už tradične predovšetkým pre študentov – aby lepšie spoznali svoje možnosti po skončení školy a preberali sa témy, ktoré ich zaujímajú. Veľmi sa tešíme na každého účastníka aj na neštudentov, takže neváhajte a navštívte v dňoch 18. až 22. marca Farmaceutickú fakultu UK, pretože v živote treba využiť tak veľa možností, ako sa len dá!

■ Samozrejme, v letnom semestri bude čas aj na menej formálne príležitosti, a to: Pharma párty, až dva teambuildingy, keďže minuloročné opekánie v lodenici UK a člnkovanie po ramene Dunaja sa stretli s mimoriadne pozitívnym ohlasom, futbalový turnaj, Svetový deň vody, Vampire cup – darovanie krvi, Treasure Hunt 2, Tabletku a mnohé ďalšie.

■ A teraz mi už dovoľte, aby sme vás oboznámili s tým, ako skončilo skúškové. Veru, pre mnohých to bola úloha neľahká, ale pasovali sa s ňou všetci. A aj pre tých, ktorí menej úspešne, treba dodať, že hlavné je zotrvať, pretože ako ďaleko sa dostaneme nezávisí len od toho, s akým vkladom sme prišli, ale aj od toho, že vieme zotrvať. Takže čítajte dva pekné a osobné zhodnotenia skúškového obdobia zimného semestra.



Michaela Barkociová, 1. ročník

Skúškové je bezpečne za nami. Niekto stihol aj prázdniny, niekto musí vhuľnúť do nového semestra bez nich, ale nevadí, podstatné je, že sme sa tam dostali. Že môžeme znovu index odložiť na poličku, vytiahnuť plášť a venovať sa tomu ľahšiemu obdobiu vysokoškolského štúdia. Oproti dvanástim hodinám nad knihami je šesť v labáku hračka a niet nad interné farmaceutické vtípky, ktoré často popri takejto práci vznikajú. Začiatok semestra je skrátka pekné obdobie. A samozrejme, letný semester je vždy krajší ako zimný, lebo na jeho konci sú prázdniny isté a tak aj chuti do práce je viac. Tešíte sa na spolužiakov, ešte ani priebežného učenia tak veľa nie je (stíhate aj nejakú párty), zbavili ste sa predmetov, ktoré neboli práve vaše obľúbené a čakajú vás nové a nové

ZOZNAM AKCIÍ NA MAREC:

- 18. – 22. 3. 2013 **TyFaVKa 2013** (Týždeň farmaceutického vzdelávania a kariéry)
- 19. – 20. 3. 2013 **KDF** (Kariérne dni farmaceutov)
- 20. 3. 2013 **Personálny manažment a komunikácia**
- 20. 3. 2013 **FaF UK Team building**
- 21. 3. 2013 **Majstrovstvá v lekárskej komunikácii**
- 22. 3. 2013 **Svetový deň vody**

V prípade záujmu spolupráce, reklamy či Vašej účasti akoukoľvek formou píšete na:

Mária Rexová: prezident@sssf.sk
Milan Berstling: kultura@sssf.sk
Nina Mačugová: vzdelavanie@sssf.sk

veci, ako v škole, tak aj mimo nej. A všetko to pomáha postupne sa dostať bližšie k odpovedi na večnú otázku: „Čo ja vlastne chcem robiť, keď doštudujem?“



Janka Uhliariková, 3. ročník

Piate skúškové úspešne za mnou. Zas a znova ten istý stereotyp. Ráno budík, káva, rozhybanie mozgu, prvé snahy začať robiť niečo užitočné a zvyšok dňa plynie tak nejakou klasicky. Skúškový stres, jedna radosť. Celé dni v tepláčkoch, v strnulej polohe, mastné vlasy v copíku, deficit komunikácie, divotvorné myšlienky. Vpred poháňa vidina rozletu, maximálnej pohody, radosti z pohybu. Konečne koniec a prázdniny. Dva týždne na horách, niečo nenormálne. Dni naplnené šťastím. Kamaráti, hory snehu, veľa zábavy. Všetci na jednej vlne. Vychutnávať život a žiť si ho, žiadne prežívanie. Ide sa naplno. Nekonečná radosť chytiť prvú sedačku, ponoriť sa do hmly, pustiť si to do 30 cm prašanu, trochu posurfovať, započúvať sa do zvukov praskajúceho snehu a ticha veľkosti prírody. Báseň. Opäť škola, lámanie tabletky, hodiny v labáčkoch, protokolové večery, prvé testy a písomky a na víkend späť do raja. Priatelia, život je rozprávka. Stačí, aby sme sa riadili heslom: „be active“ ■



AALERGIE na blšie bodnutie



Ako zabrániť vzniku alergie na blšie bodnutie a prečo je zimné obdobie dôležité z hľadiska prevencie proti jej vzniku?

• Alergia na blšie bodnutie je veľmi častým ochorením psov a mačiek, po prvotných príznakoch dochádza k tvorbe kožných lézií a obvykle sa pridruží aj ich bakteriálna infekcia. Nutnosťou zväčša býva náročná, dlhodobá a nákladná liečba. Existuje niekoľko faktorov, ktoré sa podieľajú na spustení alergickej reakcie:

- 1. **Alergia psov na sliny blch**
- 2. **Alergia psov na niektoré zložky z krmiva**
- 3. **Alergia psov na prach, peľ a iné vzdušné alergény**

• Všeobecne sa tieto alergény kumulujú na jar alebo v lete a náš miláčik je vystavený väčšiemu riziku dosiahnutia hypersenzitivity v priebehu teplého obdobia. Ďalším faktorom je zvýšená aktivita blch na jar, ktorá zvyšuje expozíciu zvierat alergizujúcim slinám blch.

• Miernym paradoxom môže byť, že prevencia by mala prísť na rad v období, kedy sa zdá, že blchy zmizli. V zime ostáva mnoho domácich miláčikov neošetrených, ale blchy tu stále pretrvávajú!

Je to práve zimné obdobie, počas ktorého by sa malo preventívne bojovať proti blchám a chrániť tak domácich miláčikov od hroziacej jarnej invázie blch.

• Antiparazitárnym prípravkom voľby je **FRONTLINE Combo®**, celosvetovo najpoužívanější veterinárny liek na ochranu psov a mačiek proti vonkajším cudzopasníkom.

• Liečba a súčasne prevencia postavená na použití prípravku FRONTLINE Combo zabezpečuje:

- **rýchlo pôsobiaci účinok** – usmrčuje blchy počas 24 hodín, čím preventívne bráni produkcii vajčiek
- **jednoduché ošetrovanie** – vonkajšia aplikácia na kožu spot-on jednou pipetou FRONTLINE Combo® každý mesiac je jednoduchou záležitosťou, ktorá zabezpečuje vysokú úroveň ochrany proti blchám
- **eliminácia vývojových štádií blch** na zvieratách i v prostredí domácnosti, čím účinne bráni prípadnému premoreniu domácností blšou populáciou. ■

**AKCIA 10 ZA CENU 9
4.3. - 28.3.2013
PRE LEKARNE**

FRONTLINE Combo®

Akcia platí pre všetky veľkosti balenia FRONTLINE Combo (S,M,L,XL, Cat) pri objednávke 10 pipiet z jedného druhu a veľkosti.





Čínsky cisár Šen-nung

Čaju sa vypije po celom svete viac ako ktorékoľvek iného nápoja. Pýši sa farbistou a fascinujúcou históriou, ktorá si kliesni cestu spoločenskými a kultúrnymi dejinami mnohých národov.

Podľa starej čínskej povesti objavil blahodarné účinky čaju **cisár Šen-Nung**, ktorý z hygienických dôvodov pil iba prevarenú vodu. Hovorí sa, že jedného dňa roku 2737 pr. Kr., keď odpočíval pod divokým čajovníkom, poryv vetra strhol niekoľko čajovníkových lístkov, ktoré spadli do vriacej vody. Cisár s údivom zistil, že nápoj má lahodnú chuť, je osviežujúci a povzbudzujúci. Tak bol objavený čaj.



História čaju

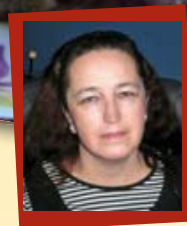


Prvý písomný záznam o čaji pochádza už z tretieho storočia pr. Kr., keď ho čínsky **lekár Chua Tchuo** odporúčal na posilnenie sústredenia a zahnatie únavy. Do tretieho storočia nášho letopočtu sa čaj pripravoval ako liek alebo tonikum z čerstvo nazbieraných zelených lístkov divoko rastúcich čajovníkov. Aby

poľnohospodári pokryli zvýšený dopyt a zabezpečili pravidelnú úrodu, začali čaj pestovať na svojich pozemkoch. Postupne sa vyvinul proces sušenia a spracovania lístkov.

• V 8. storočí bol v **Číne** čaj taký populárny, že na podnet skupiny obchodníkov spisovateľ Lu Ju napísal prvú známu knihu o čaji **Klasické pojednanie o čaji**. Začali ho ponúkať v krčmách, obchodoch s vínom a jedálňach podávajúcich tradičnú čínsku kuchyňu. Existujú dokonca vierohodné doklady o tom, že sa v podobe lisovaných tehličiek a doštičiek používal vo výmennom obchode s Turkami v roku 476.

• O období dynastie Tchang (r. 618 – 906) sa často hovorí ako o **Zlatej ére čaju**. Už sa nekonзумoval len ako liečebný prostriedok, ale aj pre samotný pôžitok z pitia. Príprava a podávanie sa stali starostlivo premysleným obradom a pre pestovanie a spracovanie lístkov platili striktné pravidlá. **Bolo jasne stanovené kto, kedy a ako mohol zbierať úrodu a ako sa malo manipulovať s čerstvo otrhanými lístkami**. Značný dôraz sa kládol tiež na osobnú hygienu a stravu mladých zberačiek – jesť cesnak, cibuľu a ostré korenie bolo prísne zakázané, aby akýkoľvek pach, ktorý by sa prichytil na ich prstoch, neznehodnotil budúcu hodnotu čaju. Natrhane mladé lístky sa napanili, rozdrvili a potom zmiešali so slivkovou šťavou na pastu. Tá sa naliala do foriem, lisovala do tehličiek alebo koláčikov a nechala usušiť v peci. Pri príprave vlastného nápoja sa tehlička musela oparať, aby zostala krehká a dala sa rozdrviť na prášok, ktorý sa nasypal do vriacej vody. V niektorých častiach Číny sa čaj solil, čím získal horkú príchuť. Bežnejšie sa však používala sladká cibuľka, zázvor, pomarančová kôra, klinček a mäta, ktorú pridávali do čaju pred lúhovaním alebo po ňom. Neskoršie sa čaj nedochucoval, ale aromatizoval



Stela Vartovníková
farmaceutický laborant
Lekáreň Sv. Kríža
Stupava

menej prenikavými prísadami, ako napr. silicami z jazmínu, lotosu a chryzantémy.

• Okolo r. 1200 sa začal v Číne piť **čaj práškový**. Tehličky sa zomleli na veľmi jemný prášok, ktorý sa zašľahal do vriacej vody. Postup sa opakoval z jednej dávky čaju sedemkrát. Takto sa pije dodnes a volá sa **MATCHA PULVER**.



Príprava práškového čaju matcha

Až do éry dynastie Ming (1368 – 1644) sa v Číne pil čaj výlučne zelený. V tomto čase sa lístky už nelisovali, preto nevydržal dlhé cesty do Európy, kedy bol používaný ako platidlo, a strácal svoju vôňu a chuť. Čínski pestovatelia teda vyvinuli nový druh – **čaj čierny**. Zistili, že lístky možno konzervovať fermentáciou (správnejšie oxidáciou), kým nezískajú medenú farbu a potom prirodzený rozkladný proces zastaví prudkým sušením v peci.

• Prvé záznamy o čaji v dejinách **Japonska** pochádzajú z roku 729. Vtedy sa tu čaj ešte nepestoval, spracované lístky sem dovážali z Číny. Neskôr boli aj do Japonska privezené semená čajovníka. Od konca 9. do 11. storočia sa vzťahy medzi Čínou a Japonskom zhoršili a čaj upadol u japonského dvora v nemilosť. Mnísi ho však stále pili pre jeho schopnosť udržiavať bdelú myseľ a sústredenosť pri meditáciách. Na začiatku 12. storočia sa vzťahy medzi oboma krajinami zlepšili a ako prvý zavítal do Číny japonský mních Eisai. Okrem množstva semien priniesol do Japonska aj čínsky zvyk – piť práškový zelený

čaj. Prišiel vybavený vedomosťami o učení školy RINZAI, zenového budhizmu. **Pitie čaju sa vyvíjalo v súlade s budhistickou vierou** a zatiaľ čo v Číne rituály spojené s pitím čaju zanikali, Japonci ich rozvinuli do zložitého obradu.

● V r. 1906 Okakuro Kakuzó vo svojej **Knihe o čaji** napísal: „Kult čaju je založený na obdivovaní krásy uprostred bežných udalostí všedného dňa. Skrýva v sebe čistotu a harmóniu, tajomstvo vzájomnej zhovievavosti a romantiku spoločenského rádu.“ V čajovom obrade sú obsiahnuté všetky základné prvky japonskej filozofie a umeleckej krásy. Prelínajú sa v ňom štyri základné ideály:

- **HARMÓNIA** (s ostatnými ľuďmi a prírodou)
- **ÚCTA** (k ostatným)
- **ČISTOTA** (srdca a mysle)
- **POKOJ**

Čajový obrad môže trvať aj štyri hodiny.

● V **Európe** sa čaj objavil začiatkom 17. storočia prostredníctvom holandských a portugalských lodných spoločností. Spočiatku bol drahý a tak sa jeho pitie šírilo iba medzi aristokratmi, no so stúpajúcim objemom dovozu sa stal prístupným aj širšej vrstve obyvateľstva.

● Na **britských ostrovoch** sa rozšíril za panovania Karola II. Jeho manželka Katarína z Braganzy si priniesla zvyk pitia čaju z rodného Portugalska. Prvý dochovaný záznam o jeho predaji v Británii je z roku 1658. V priebehu 18. storočia sa čaj stal najpopulárnejším britským nápojom. Ľudia ho pili doma aj po šírym nebom – vo vtedajších módných londýnskych čajových záhradách. Nachádzali sa na okraji Londýna a najslávnejšie z nich ponúkali okrem možnosti občerstvenia



Čajový obrad v Japonsku

a pitia čaju aj koncerty, ohňostroje, jazdu na koni, hazardné hry, lodné výlety a tanečné sály. Koncom 19. storočia však tieto záhrady zanikli.

● Zásluha na vzniku pojmu „**čaj o piatej**“ (v angl. Afternoon tea alebo Low tea) sa pripisuje Anne, vojvodkyni z Bedfordu, ktorá v dôsledku dlhej medzery medzi ľahkým obedom a neskorou večerou požiadala služobníctvo o čaj a niečo na zahryznutie. Zapáčilo sa jej to a začala na poludňajšie čaje pozývať priateľov, aby jej robili spoločnosť. Zvyk sa rýchlo rozšíril po celom Londýne, osvojili si ho aj široké vrstvy a pracujúcim často nahrádzal večeru.

● Čaj si Angličania priniesli aj do **Nového sveta**. V r. 1767 však Anglicko uvalilo na americké kolónie daň a v priebehu nasledujúcich rokov väčšina prístavov Ameriky nedovolila prijímanie zdaňovaného tovaru. V r. 1773 vyslali Angličania zásielku čaju do Bostonu. 16. decembra toho istého roku ho v jeho prístave vyhádzala skupina mužov prezlečených za Indiánov do mora. Tento čin je zapísaný v histórii ako „**Bostonské pitie čaju**“. Viedlo to nielen k vyslaniu anglického vojska do Severnej Ameriky a neskôr k vojne za nezávislosť, ale aj k ústupu pitia čaju

zdravie z Pienin a Jamaguria

AGROKARPATY, s.r.o. Plavnica
 065 45 Plavnica, Slovensko
 tel.: +421-52-43 93 133
 tel./fax: +421-52-23 88 007,
 e-mail: caj@agrokarpaty.com
www.agrokarpaty.com

Zažňte jarnú únavu šálkou pravého zdravého prírodného Elixíru



v Amerike. Na tomto území ho nahradila káva.

● Američania prispeli k rozvoju čajového priemyslu až v 20. storočí. V roku 1904 bol na svetovej výstave v St. Louis predstavený **ľadový čaj** a v r. 1908 vyvinul Thomas Sullivan z New Yorku **koncept čaju vo vrecúšku**.

● Po uzatvorení čajových záhrad mohli ľudia piť čaj iba doma. Prvá **verejná čajovňa** vznikla v roku 1864 v zadnej časti obchodu s potravinami pri London Bridge. Tento nápad nasledovalo viacero obchodníkov a v Británii vzniklo veľa „čajových domov“ (Tea House). Podával sa tu čaj, rôzne rýchle občerstvenie a k tomu všetkému vyhrávala hudba. V roku 1913 sa s príchodom zmyselného tanga z Argentíny zrodili tzv. „**tanečné čaje**“.

● Zmena životného štýlu spôsobená dvomi svetovými vojnami a záplava predajní rýchleho občerstvenia v 50. rokoch minulého storočia viedla k postupnému úpadku čajovej módy. Našťastie sa na začiatku 80. rokov zdvihla nová vlna záujmu o čaj, ktorá viedla k oživeniu čajovní a čaj sa v Anglicku teší obľube dodnes. Angličania ho pijú najmenej trikrát denne a väčšinou s mliekom. **Tradičný English breakfast tea** sa pripravuje tak, že sa do šálky naleje jedna tretina mlieka, vloží sa vrecúško so silným raňajkovým čajom a zaleje sa vriacou vodou. Čajovne v Anglicku ponúkajú väčšinou kvalitné sypané čaje a domáce koláče, zariadenie je klasické staroanglické, aby sa návštevníci cítili ako doma.



Prvé
čajové vrecko
vyvinul obchodník
Thomas Sullivan
z New Yorku



India



Japonsko



Čína



Turecko



Veľká Británia



Rusko



Tibet

Pitie čaju vo svete:

● **Číňania** si obľúbili zelené a ovocné čaje, aj keď Čína produkuje obrovské množstvo čierneho čaju. Na pitie čaju používajú čajový servis pozostávajúci z malej kanvičky a malých kalíškov.

● **Japonci** dávajú prednosť tradičnému zelenému čajovi, hlavne ráno a po jedle na trávenie. Mnohí z nich navštevujú čajové školy, kde sa učia čajový obrad. Existujú rôzne spôsoby vedenia rituálu, líšia sa podľa jednotlivých škôl a učiteľov.

● Pre **Tibetanov** je čaj posvätná obet'. Jeho vareniu venujú každý deň dôkladnú starostlivosť. Pijú slaný čaj pripravovaný z nastrúhaného kúska lisovaného čaju, ktorý sa povarí vo vode. Precedený čaj sa v drevenej nádobe dochutí jačím maslom a soľou, naleje sa do kanvice nad ohniskom, aby si udržal teplotu. Takto pripravený ho popijajú celý deň.

● **Indovia** krátko povaria čajové lístky vo vode s mliekom a cukrom, prípadne s korením. Bežne na ulici dostanete kúpiť veľmi silný čaj s mliekom. V preplnených indických vlakoch sa čaj rozlieva z obrovských kanvic do nepálených hlinených šálok, ktoré sa po jeho vypití odhodajú a recyklujú. Pije sa väčšinou zelený čaj.

● **Turci** podávajú silný precedený čierny nálev do pohárov tvaru vázy a popijajú ho celý deň. Čaju sa prikladá taký význam, že matky sa pred svadbou svojho syna presvedčujú, či ho ich budúca nevesta dokáže správne pripraviť.

● V **Írane** a Afganistane sa čaj, ako národný nápoj, popija z porcelánových hrnčekov žiarivých farieb. Zelený čaj sa pije na zahnanie smádu, zatiaľ čo čierny na zohriatie. Čaje sa značne sladja.

● V **Rusku** je známy samovar, z ktorého sa čaj podáva. Populárny je tu zelený a čierny čaj, ktorý sa pije z pohárikov zasadených do kovových stojančekov s uškom. Pred napitím sa vkladá do úst kocka cukru alebo lyžička džemu.

● **Egyptania** sú vyznávačmi silného a sladkého čaju. Servirujú ho v pohárikoch na podnose spolu s pohárom vody, cukrom, lyžičkou a niekedy aj s lístkami čerstvej mäty.

● Pre **Britov** zostal tradičný ČAJ O PIATEJ dodnes neoddeliteľnou súčasťou každodenného života. Priemerný Brit vypije približne 3,32 šálky čaju denne.



Dovoľte, aby som nakoniec odcitovala neznámeho milovníka čaju:

„**Pitie čaju je ako pokojná príjemná prechádzka záhradou a pitie kávy je ako uponáhľaná cesta do práce.**“

3		7	4					9
A	5			7			4	
		2	5	9		7	B	3
		C				1		5
	7	8				3	6	
5		1						
7		5	D	2	4	9		
	6			8				2
2					7	8		4

6	9	E			5			3
	3			1	9	7		
			3	6	F			8
	1	6			8	4		
				9				
		5	7		G	2	1	
2				3	7			
		1	6	2				9
3			5	H			4	2

			7					1
3		2		8	I			
7		5		3	6			8
9	5				1			
8	2	J						9
				9	K		6	1
	6		8	9	4			L
	8	4					3	
				1				2

● **ACAÍ BERRY BERRY** – pastilky na cmúľanie, ktoré vďaka extraktu z ovocia Acaiberry obsahujú rad vitamínov a minerálov, antioxidantov a bielkoviny. Sú obohatené o výťažok z rastliny Yerby maté, o vitamín C a tráviaci enzým Bromelaín. Určené na podporu pri redukčných diétach a dodanie energie.



● **ACAÍ BERRY LÍNIA** – rozpustný nápoj s osviežujúcou príchuťou lesného ovocia. Nabíja telo aj myseľ energiou, efektívne zrýchľuje metabolizmus a spaľovanie tukov. Potláča pocit hladu, preto je vhodným doplnkom pri redukčných diétach.



Ak ste vo februári 2013 súťažili so spoločnosťou **TABIMEX spol. s r. o.**, vylúštením sudoku (i tej tretej náročnejšej) ste dospeli k takémuto výsledku: **8255 – 6985 – 3293**. Lúštitelia postúpili do žrebovania a darčeka od spoločnosti TABIMEX vyhrávajú: • **Eva Chudobová**, Lekárneň Slatina, Slatina nad Bebravou • **Anna Marcínová**, Lekárneň na Starom námestí, Púchov • **Miroslava Albrechtová**, Lekárneň Daniela, Holíč • Výhercom gratulujeme.

Vyriešte sudoku a pošlite nám vylúštené čísla zo žltých štvorcíkov v abecednom poradí od A – L do 26. 03. 2013. Možno to budete Vy, komu pošleme balíček, ktorý venuje spoločnosť **OBRA SK, s. r. o.** Vylúštených 12 čísel zo sudoku posielajte na adresu redakcie poštou alebo e-mailom (lekar-nik@unipharma.sk). O zaradení do žrebovania rozhoduje názov a adresa lekárne, nie súkromná alebo len e-mailová adresa.

↓ Mesto Pittsford, New York
na dobovej fotografii.

NADMERNÉ NAMÁHANIE ŽENSKÉHO MOZGU MÔŽE VIESŤ K STERILITE

PaedDr. Uršula
Ambrušová, PhD.
Východoslovenské
múzeum v Košiciach



* Boj žien o získanie rovnoprávnosti a uznania v spoločnosti bol dlhým procesom. Na začiatku 19. storočia v Amerike všeobecne platilo, že žena nemohla mať politický názor, nemohla hlasovať a bola úplne závislá na mužovi. Najskôr to bol otec, potom manžel. Ženy mali len obmedzený kariérny výber, pretože boli vylúčené z väčšiny pracovných miest. Tie z nižších tried bývali zamestnané ako služobné, zo stredných a vyšších tried zvyčajne vypomáhali v rodinných podnikoch, no všeobecne tiež pôsobili v domácnosti.



↑ Penn Yan Academy v New Yorku.
Dobová pohľadnica.

* Žene, ktorej sa v druhej polovici 19. storočia i cez ťažkosti predsa len podarilo zrovnoprávniť s mužmi bola **Mary Elizabeth Hartman**, narodená 21. marca 1862 v Hall's Corners v New Yorku. Jej rodina sa presťahovala do Rochesteru a potom do Pittsfordu. Mary navštevovala vysokú školu Penn Yan Academy v New Yorku, bola inteligentná a mala výborný prospech. Svojho otca Dr. Williama A. Hartmana denne sledovala pri práci lekárnik, pomáhala mu v prevádzke a tak sa naučila viesť lekárňu. Neskôr sa rozhodla, že si zmení meno, lebo sa jej zdalo príliš dlhé. Stala sa tak Lillie Hartman. Veľmi si priala zložiť skúšku k získaniu licencie, aby sa mohla stať lekárnikom, dokonca viackrát požiadala štát, no zakaždým jej žiadosť zamietli, pretože bola žena. Lillie trvala na žiadosti až kým nezískala informáciu o tom, že skúška sa bude konať 26. novembra 1886 v Ženeve, teda na druhý deň ráno o 9.00 hodine. Náhoda chcela, že vlak mal meškanie a takmer o svoju šancu prišla. Nakoniec všetko dobre dopadlo a skúšku zložila s najvyššou známkou. Získala certifikát na prax a stala sa prvou ženou – farmaceutkou v Amerike v štáte New York. Lekárňu Hartman sídlila na Hlavnej ulici č. 33 v Pittsforde. Potom, čo jej zomrel otec, Lillie a jej matka Caroline prevádzkovali zariadenie pod názvom C & L lekáreň. Lillie bola aj zanietená fotografka, športovkyňa a reportérka – prispievala do denníka The Rochester Democrat & Chronicle. Zomrela 18. júna 1943 v Pittsforde.

* **V Británii bola v 19. storočí** situácia obdobná aj napriek reformám priemyselnej revolúcie. Azda najťažší boj zvädzali ženy práve s tradičným názorom na ich úlohu v spoločnosti. Okrem toho muži tvrdojšie obhajovali názor, že „*nadmerné namáhanie ženského mozgu by mohlo odvieť potrebnú energiu z maternice a viesť ku sterilite a hystérii.*“

* **Alice Vickery** bola prvá žena v Británii, ktorá sa kvalifikovala ako zdravotníčka. Narodila sa v roku 1844 v meste Devon na juhu Anglicka. V sedemástich rokoch sa presťahovala do Londýna. Na Ladies' Medical College začala v roku 1869 svoju lekársku kariéru, študovala za

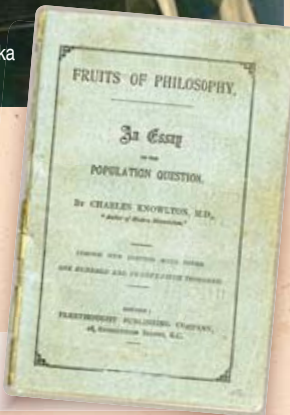


↑ Denná tlač Democrat & Chronicle, kde Lillie Hartman prispievala ako reportérka. Denník vychádzal od roku 1833 v meste Rochester, New York, USA.

pôrodnú asistentku. V roku 1873 úspešne zložila skúšku, no vzhľadom na to, že ženy v Británii nemohli získať lekársky diplom, ešte v tom roku odišla študovať medicínu do Paríža. Sebavedomá Alice na vysokej škole stretla Charlesa R. Drysdaleho, oboch spájali rovnaký názor na inštitúciu manželstva, preto sa údajne nikdy nezosobášili. Do Londýna sa Alice vrátila v roku 1877, dokončiť praktický výcvik na Medical School for Women. Avšak po vydaní kontroverzného diela amerického lekára Ch. Knowltona **Ovocie filozofie** zameranej na kontrolu pôrodnosti sa stala aktívnou členkou v Malthusovej lige, ktorá podporovala antikoncepciu. Keďže vysoká škola mala k jej aktivitám námietky, na čas sa stiahla. Po získaní lekárskeho diplomu v roku 1880 pracovala ako lekárka. Naďalej podporovala antikoncepciu ako základný prvok pre emancipáciu žien, bola aktívna v boji proti nákazlivým chorobám, v reforme rozvodového práva a medzinárodnej kontrole pôrodnosti. Po smrti partnera v roku 1923 sa presťahovala do Brightonu a vo veku nedožitých osemdesiatpäť rokov 12. januára 1929 zomrela na zápal pľúc. ■



↑ Dr. Alice Vickery – zanietená aktivistka v Malthusovej lige.



Titulná strana antikoncepcnej príručky amerického lekára Charlesa Knowltona *The Fruits of Philosophy* z roku 1877. Pôvodné dielo vyšlo v Amerike už v roku 1833. ➔

inzercia

SILA PRÍRODY

Bylinné čaje a prípravky z liečivých rastlín

viac informácií
hľadajte vo svojej lekárni

NOVINKY

Zázvor

Výživový doplnok

Zázvor (ďumbier) priaznivo pôsobí pri chorobách z prechladnutia a chrípkových ochoreniach. Má priaznivé účinky aj na trávenie, pri nadúvaní, prekyslení žalúdka a pri žalúdočných nevoľnostiach z cestovania.



Bylinná zmes pre diabetikov so sladidlom zo stévie

Výživový doplnok

Zmes bylín, ktoré sú prospešné pri cukrovke. Obsahuje glykozidy steviolu, prírodné sladidlo bez kalórií vhodné pre diabetikov.

FYTO
PHARMA

FYTOPHARMA, a.s.
Duklianskych hrdinov 47/651
901 27 Malacky

www.fytopharma.sk

FARMACEUTICKÉ • KALENDÁRIUM •

Belo Voldán

Rodák z Trnavy sa narodil v posledný decembrový deň roku 1911. Po dvoch semestroch na Filozofickej fakulte UK v Bratislave presedlal na štúdium farmácie. Ako 23-ročný sa stal tírónom v lekární U sv. Kataríny vo Vrbovom pri Piešťanoch, ktorá patrila PhMr. Jánovi Bábikovi, vedúcemu činiteľovi Sväzu lekárníkov Slovákov. Dvojročný pobyt mal na mladého Voldána pozitívny vplyv, tiež sa zapojil do stavovskej činnosti a s veľkým nasadením pracoval v SLS a jeho tlačovom orgáne Slovenský lekárnik. Po praktikantskej dobe a tirocínii vyštudoval farmáciu na Karlovej univerzite v Prahe a 27. júna 1938 v Karolíne promoval na magistra farmácie. Prvým pôsobiskom sa preňho stala lekáreň PhMr. Rudolfa Krajčoviča v Leviciach, nasledovala zvoľenská lekáreň U jednorozčca a ústavná lekáreň Štátnej nemocnice v Bratislave. RNDr. Voldán prejavoval záujem o mladú generáciu lekárníkov a študentov. Na valnom zhromaždení SLS v roku 1939 presadzoval návrh zriadiť nadáciu PhMr. J. Bábika, ktorá by ich materiálne podporovala a nadáciu PhMr. Ľ. Holčíka, ktorá by poskytovala prostriedky na nákup učebníc a odbornej literatúry. V roku 1941 sa RNDr. Voldán stal vojenským lekárnikom, po vojne pracoval na lekárenskom oddelení Povereníctva zdravotníctva, koncom roku 1948 už viedol bratislavskú lekáreň Flora patriacu prof. Ladislavovi Zathureckému. Bol aj prednášateľom a organizátorom seminárov mladých farmaceutov, ktoré usporiadal v rokoch 1967-70 na Dobrej Vode pri Trnave, vedúcim Krajského galenického laboratória patriaceho do n. p. Medika, odborným asistentom na FaF UK v Ústave galenickej farmácie a vedúcim Lekárskeho oddelenia Krajského ústavu národného zdravia Západoslonského kraja. V tejto funkcii pracoval 20 rokov, jeho činnosť prerušila až nečakaná smrť v nedeľné ráno 7. marca 1971. Len 4 roky pred smrťou získal titul RNDr. Priatelja Prof. Zathurecký a RNDr. Bábik ho v nekrológu charakterizovali ako „mysliaceho prírodovedca s dušou umelca“. ■

Spracovala: Mgr. Ivana Murínová
Zdroj: Anton Bartunek:
Osobnosti slovenského lekárnictva,
Osveta, 2001



RNDr., PhMr. Štefan Mareček

* 20. júl 1920

† 28. január 2013

So smútkom v duši a zadumaní nad zmyslom ľudského života sme sa 1. februára 2013 rozlúčili s RNDr., PhMr. Štefanom Marečkom. Poklonili sme sa pamiatke čínorodého človeka, vynikajúceho odborníka, dobrého kolegu a priateľa. RNDr., PhMr. Štefan Mareček sa narodil v Amerike v New Yorku 20. júla 1920, kde začal navštevovať základnú školu. Po návrate do vlasti sa rodina usadila v Novom Meste nad Váhom, kde absolvoval aj osemročné gymnázium s maturitou. V tom období zomrel jeho otec a on si musel počas celého štúdia na vysokej škole privyrábať na živobytie nočnou prácou a doučovaním svojich kolegov. Počas II. svetovej vojny bol povinne odvedený k tzv. slovenskému vysokoškolskému pluku do Talianska. Neskôr sa mu so skupinou dvadsiatich slovenských vojakov a dôstojníkov v priamom ohrození života podarilo vrátiť domov a pridať sa k oslobodzovacej armáde.

Po skončení štúdia pracoval na Povereníctve zdravotníctva Slovenskej republiky. V roku 1949 prichádza do Martina, kde zakladá nemocničnú lekárňu. Z malej lekárne, ako sa menili spoločenské, politické aj odborné udalosti, vybudoval ústavnú lekárňu na dobrej odbornej úrovni. Dlhé roky pôsobil ako člen atestačnej komisie pri vtedajšom Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov, pomáhal tak šíriť dobré meno lekárne po celom Slovensku. V rokoch 1960 - 1983 bol okresným lekárnikom. Počas tohto obdobia organizoval okresné semináre, ktoré na tú dobu mali veľmi dobrú odbornú úroveň. Stretávali sme sa tam kolegovia mladší, starší a poznávali sme sa nielen po odbornej, ale aj ľudskej stránke. Neexistovala komora, ale existovali dobré kolegiálne vzťahy, čo sa v dnešnej dobe komercializácie lekárenstva nedá povedať. V šesťdesiatych rokoch, keď nastalo určité politické uvoľnenie a bola snaha o zakladanie odborných spoločností, bol spoluzakladateľom spolku lekárnikov v Martine spolu s kolegami Kráľom a Rističom. Spolok bol aj za jeho príspevnia veľmi aktívny, konali sa odborné stretnutia, a som veľmi rada, že cez všetky úskalia Spolok lekárnikov v Martine patrí k tým životaschopným na Slovensku dodnes.

Osobitnú kapitolu v životnom diele RNDr., PhMr. Marečka tvorí jeho činnosť vo vydavateľstve Osveta, kde bol dlhé roky odborným recenzentom a aktívnym prispievateľom do viacerých kníh a časopisov. V roku 1954 vydáva svoju prvú 189-stranovú publikáciu „Čo vieme o liekoch“. Tým vlastne položil základy edičnej práce v tejto oblasti. V roku 1971 vydáva ako spoluautor 421-stranový „Malý atlas liečivých rastlín“ v dvadsaťpäťtisícovom náklade, ktorý potom pre veľký záujem v rokoch 1963 - 1983 vyšiel v deviatich vydaniach. Autorsky tiež prispel aj do „Základov farmaceutickej analýzy“ (autori: Portych, Děták, Mareček, Lehký, r. 1976), ktorá slúžila ako základná pomôcka pri kontrole liečiv v lekárňach. Významne pôsobil aj celoslovensky, napr. v roku 1978 spracoval návrh kardiovaskulárneho a onkologického programu. Avšak on sa nerád chválil a mnohé jeho činnosti sú dnes aj vďaka tejto vlastnosti zabudnuté.

Tak ako bol dobrým odborníkom, bol aj dobrým manželom a otcom, za čo mu dcéra Danica pri odobierke vrúčne poďakovala. Bol hudobne nadaný, pekne spieval, gitara a harmonika ho sprevádzali po celý život. Jeho obľúbená pesnička „Keď ma srdce bolí“ sa stala doslova symbolickou pri odchode na večný odpočinok. Srdiečko mu dotĺklo 28. januára 2013 vo veku 92 rokov. Česť jeho pamiatke.

Za kolektív bývalých
spolupracovníkov nemocničnej lekárne
PHMr. Margita Ondraská

Vydáva:

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť
Opatovská cesta 4, 972 01 Bojnice, www.unipharma.sk
IČO: 31 625 657

Šéfredaktorka: Ing. Lívia Kerumová

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

REDAKČNÁ RADA:

Predseda:

RNDr. Tomislav Jurík, CSc.

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

Členovia:

• **PharmDr. Tibor Czuľba**

Slovenská lekárnická komora

• **PharmDr. Vlasta Kákošová**

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava

• **RNDr. Štefan Kišoň**

Slovenská farmaceutická spoločnosť, Bratislava

• **Mgr. Michael Kotouček**

UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

• **doc. PharmDr. Pavel Mučaji, 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 Humavet, 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 Szúcsová, 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

Redaktorka a manažérka pre inzerciu:

• **Mgr. Ivana Murínová**

tel.: 0917 500 838, imurinova@unipharma.sk

Manažér pre inzerciu:

• **Karol Čermák**

tel.: 0917 500 848, kcermak@unipharma.sk

Grafická úprava a sadzba:

• **Eva Benková**

Tlač: NIKARA, Krupina

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. Vydavateľstvo

neručí za kvalitu tovaru a služieb ponúkaných inzerentmi.

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

ISSN 1335 – 924X

V apríli 2013 si prečítate:

■ Hlavná téma

Zriedkavé choroby

■ Legislatíva:

Myslíte si, že zoznam voľnopredajných liekov by mal byť pravidelne aktualizovaný, aby bol v súlade so zmenami kategorizácie?

■ ZAUJÍMA NÁS VÁŠ NÁZOR!

Napište nám váš pohľad na uvedenú tému do 22. marca na e-mail: lekarnik@unipharma.sk

inzercia

Beta glucan

vaša denná dávka imunity
Akcia: zľava 10%

Beta glucan Gel

- intenzívna regenerácia kože
- vhodné rôznych kožných problémoch a poškodeniach (popáleniny, zaparenia, odreniny atď)
- neparfémovaný

NOVINKA femiglucan

- 10 vaginálnych čapíkov
- pomoc a podpora pri opakovaných gynekologických infekciách
- pri vaginálnej suchosti, podráždení a diskomforte

Beta glucan 500
najsilnejší beta glucan z hľivy na slovenskom trhu

Výrobca:
Natures s.r.o., A. Sládkoviča 33, 91701 Trnava
www.natures.sk

LACALUT®

3 > kroky pre zdravé zuby a ďasná



1 > ZUBNÁ KEFKA

① LACALUT aktiv zubná kefka

- ✓ čistiace vlákna z mikrovláčna
- ✓ kužeľovitý tvar vlákna so zaoblenými špicami
- ✓ dve dĺžky vlákna, vynikajúca stabilita a pevnosť
- ✓ efektívne čistenie
- ✓ nepoškodzuje ďasná

2 > ZUBNÁ PASTA

② LACALUT aktiv zubná pasta

Odporúča Slovenská komora zubných lekárov. Zubná pasta je víťazom ankety Lekárnici odporúčajú v kategórii „Parodontóza“ v roku 2012.

- ✓ sťahuje a spevňuje ďasná
- ✓ zastavuje krvácanie ďasien
- ✓ pôsobí protizápalovo a regeneračne
- ✓ antibakteriálny účinok
- ✓ posilňuje zubnú sklovinu
- ✓ pomáha odstraňovať zubný povlak

3 > ÚSTNA VODA

③ LACALUT aktiv ústna voda

Odporúča Slovenská komora zubných lekárov

- ✓ použitá pred čistením zubov pomáha rozpúšťať zubný povlak
- ✓ zabraňuje tvorbe zubného kameňa
- ✓ vhodné aj pre nositeľov zubných náhrad

Klinická štúdia LACALUT aktiv ústna voda
Významná redukcia počtu kmeňov baktérií podliehajúcich sa na tvorbe plaku

