

Informačný

1-2/2010

XIX. ročník

BULLETIN

LIGY PROTI REUMATIZMU NA SLOVENSKU



VYBERÁME Z OBSAHU:

- **Biologická liečba pri reumatoidnej artritíde**
- **Etické atribúty bolesti a utrpenia**
- **20 rokov preparátu Biomin**
- **EULAR odporúčania pre manažment reumatoidnej artritídy**





Informačný BULLETIN

Ligy proti reumatizmu na Slovensku

1-2
2010

XIX. ročník

Obsah

Ocenenie

Ocenenia k 90. výročiu vzniku Spolku slovenských lekárov v Bratislave 3

Sekcia mladých reumatikov LPre

Slávnostné otvorenie Detského kútika v NÚRCH 3

Tlačová správa o činnosti LPre SMR 2010..... 4

Vyhodnotenie Rekondično-integračného pobytu Klubu Klíbk a Sekcie mladých reumatikov v Piešťanoch 4

Rekondično-integračný pobyt 2010..... 6

Správa o ukončení hlasovania o mená maskotov LPre-SMR..... 6

Sumárna správa o BEHU reumatikov 2010..... 7

Krst DVD..... 7

Benefícia 2010 8

Zúčastnila som sa na koncerte 10

Ohlasy členov i sympatizantov na podujatia a aktivity LPre – SMR venované Svetovému dňu reumatizmu 11

Vzdelávanie

Možnosti použitia biologickej liečby pri reumatoidnej artritíde vyššieho veku 12

Komunitná prvá pomoc v systéme neodkladnej zdravotnej starostlivosti..... 12

Etické atribúty bolesti a utrpenia 14

Biodostupnosť kalcia z nealkoholického nápoja AQUA OS 16

20 rokov preparátu Biomin H® – Biomin H® v prevencii a liečbe osteoporózy 18

Eular odporúčania pre manažment reumatoidnej artritídy so syntetickými a biologickými ochoreniami modifikujúcimi antireumatickými liekmi 24

Správa z EULAR jesennej konferencie pre PARE 2010 36

Osteoporóza – tichý zlodej kostí..... 37

Aktivity

Preventívne vyšetrenia v rámci Svetového dňa obličiek v Kežmarku 38

Fotografická súťaž Bariéry 2010 38

...stačí sa zastaviť..... 39

5. ročník akcie „Nemocnica v pohybe“ podporili aj zástupcovia HC Košice a U.S. Steel 39

V Košiciach sa stretli špecialisti z oblasti ortopédie a traumatológie 40

4. medzinárodné vedecké a edukačné osteologické sympóziu v Bratislave 40

Z tvorby mladých básnikov 40

Školenie o pracovnej a sociálnej rehabilitácii 41

Reumatici a reumatológovia bežali pre zdravie 55

Miestne pobočky 41

Osobnosť

Moja životná vedecká cesta s pracovníkmi Slovenskej akadémie vied..... 47

Môj príbeh

Spomienka taká ostane mi – Spomienka taká ostane jej... 49

Na cestách

Via dolorosa – krížová cesta Jeruzalemom na kolesách..... 51

Informácie 53

Vydavateľ/Publisher: Liga proti reumatizmu na Slovensku/League against Rheumatism in Slovakia

Šéfredaktor/Editor in Chief: PhDr. Helena Bernadičová

Redakčná rada/Editorial Board: prof. MUDr. J. Rovenský, DrSc., FRCP, Mgr. K. Barančíková, doc. MUDr. M. Bernadič, CSC., prof. MUDr. ThDr. K. Bošmanský, DrSc., I. Brečová, Bc. J. Dobšovičová-Černáková, Mgr. M. Godányiová, Mgr. G. Klementová, MUDr. M. Orlovská, CSC., M. Palková, doc. MUDr. T. Urbánek, CSC., prof. MUDr. V. Štvrtinová, PhD.

Adresa redakcie/Address: Národný ústav reumatických chorôb, Nábřežie I. Krasku 4, 921 12 Piešťany, tel.: +421 33 796 91 19, 796 91 11, www.nurch.sk, e-mail: helena.bernadicova@fmed.uniba.sk

Grafické spracovanie a tlač/Printed: Slovak Academic Press, s. r. o., Bratislava

Obrázok na titulnej strane: POÉZIA JESENE (autor –ember–)

Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú.



Ocenenia k 90. výročiu vzniku SPOLKU SLOVENSKÝCH LEKÁROV v Bratislave

V rámci slávnostnej schôdze pri príležitosti 90. výročia vzniku Spolku slovenských lekárov v Bratislave prezident Spolku prof. MUDr. Igor Riečanský, CSc., ocenil prácu tých, ktorí sa významnou mierou pričínili o prácu Spolku. Medzi ocenenými bol aj prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP, a doc. MUDr. Tibor Urbánek, CSc., za dlhoročnú prednáškovú aktivitu a podporu Spolku. Pamätné medaily 90. výročia Spolku, ktoré vytvoril akad. sochár Marián Polonský, si laureáti prevzali 20. 10. 2010 počas slávnostnej schôdze v Primaciálnom paláci v Bratislave.

Na slávnostnej schôdzi boli vyznamenaní medailou 90. výročia Spolku aj bývalí predsedovia Spolku prof. J. Tréger (1943–1946), prof. J. Sumbal (1947–1948), prof. V. Mucha (1948–1950), prof. D. Blaškovič (1950–1952), prof. G. Bárdoš (1952–1954), prof. M. Ondrejčíka (1954–1956), prof. M. Nosál (1957–1958), prof. T. R. Niederland (1958–1959), doc. K. Holomáň (1959–1964), prof. V. Haviar (1964–1972), prof. A. Pontuch (1972–1988), prof. M. Kokavec (1988–1992), prof. I. Šimkovic (1992–1995) a ďalší významní predstavitelia medicíny a jej odborov z celého Slovenska.

M. Bernadič



SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE Detského kútika v NÚRCH

Dňa 12. júla 2010 Sekcia mladých reumatikov po dlhoročnom snažení úspešne zrealizovala svoj zámer a slávnostne otvorila Detský kútik v NÚRCH v priestoroch Zimnej záhrady. Na otvorení sa zúčastnili deti z Klubu Klíbkik, účastníci rekondično-integračného pobytu, vedenie ústavu, zdravotnícky personál i pacienti, ktorí boli práve hospitalizovaní alebo ambulantne vyšetřovaní. Všetci mali rovnako veľkú radosť, lebo v detskom kútiku si môžu spríjemniť chvíle čakania na vyšetřenie, alebo počas dní hospitalizácie deti najrôznejšieho veku. Pre mamičky a ich bábätká bol inštalovaný nový prebaľovací pult. Prostredie v Zimnej záhrade zútulnili obrazy, ktoré Lige proti reumatizmu SR venovala členka SMR Lenka Svorová.

Prajeme detičkám i rodičom, aby strávili príjemné chvíle v detskom kútiku a prípadné návrhy na zlepšenie podmienok i prostredia posielali na e-mail: sekretariat@mojareuma.sk

Sponzorom Detského kútika je LPRe – Sekcia mladých reumatikov a kamaráti z Krakovian.

-jdc-



Deti z Klubu Klíbkik a tím, ktorý sa zaslúžil o vznik a otvorenie detského kútika.



MUDr. H. Košková a deti z Klubu Klíbkik.



Detský kútik v NÚRCH Piešťany.

TLAČOVÁ SPRÁVA o činnosti LPre SMR 2010

Bohatá a systematická činnosť Sekcie mladých reumatikov, ktorá je opakovane hodnotená aj predsedníctvom Ligy ako jedna z najaktívnejších v rámci organizačných jednotiek LPre SR, aj v tomto roku priniesla nespočetne veľa projektov, ktoré sú tradičné, ale aj celkom nové.

Medzi tradičné podujatia patria napríklad rekondično-integračné pobyty pre mladých reumatikov a deti z Klubu Kĺbik. Publikačná činnosť LPre – SMR, ktorá slúži na informovanie členskej základne i verejnosti v brožúrach, letákoch, knihách a dennej tlači. V roku 2006 vydali knižku *Boľavý kĺbik*, ktorá je určená pre rodičov a deti s reumatickými chorobami, ako prvotná informácia a povzbudenie, keď dieťa ochorie. Roku 2008 uzrela svetlo sveta ďalšia knižka *Kamienky z mozaiky*, ktorá obsahuje príbehy a osobné výpovede reumatikov. Pre jej pozitívny ohlas práve vychádza táto publikácia v rozšírenej reedícii s anglickou mutáciou pod názvom *Kamienky z mozaiky 2*. Nesmieme zabudnúť na Benefície pri príležitosti Svetového dňa reumatizmu, ktorými sa vždy završia celoročné aktivity občianskeho združenia spolu s miestnymi pobočkami, sympatizantmi a podporovateľmi ich činnosti. Celoročne poskytujú sociálne konzultácie, pomoc a poradenstvo pri odstraňovaní architektonických bariér

v domácom prostredí, pripomienkovali odborné štúdie o bezbariérovom turizme v SR, obzvlášť štúdiu o odbúravaní bariér v exteriéri. V rámci edukácie a sociálnej rehabilitácie pripravili množstvo prednášok. Medzi najvyhľadávanejšie v tomto roku patrili prednášky reumopediatricky MUDr. Koškovej, prednáška a Kurz pohybovej liečby pri osteoporóze pre pacientov vedený primárkou MUDr. Ďurišovou a prezentácia výskumu o Reumatoidnej artritíde v kontexte bio–psycho–sociálneho prístupu Mgr. Jany Kočanovej, ďalej prednáška o Rodine so znevýhodneným dieťaťom – Bc. Jana Dobšovičová–Černáková a „Ako si usporiadať svoj deň“ – Ing. arch. Radoslav Regiec.

Za veľký úspech sa považuje natočenie a distribúcia dvoch DVD nahrávok cvičebných zostáv, ktoré vznikli z iniciatívy mladých reumatikov na rehabilitačnom oddelení Národného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch a sú určené pre pacientov s reumatoidnou artritídou (RA) a pre deti s juvenilnou idiopatickou artritídou. Autori a celý realizačný tím DVD si určili za cieľ hlavne to, aby pacienti po návrate z hospitalizácie aj vo svojom domácom prostredí hneď mohli nadviazať na získané návyky z rehabilitácie a pokračovať systematicky v každodennom cvičení podľa tejto nahrávky 20 – 30 minút denne. Takéto asistované

cvičenie udržiava čo najdlhšie postihnuté kĺby v prirodzenom pohybe a zachová ich mieru funkčnosti a je vhodné pre každého, kto si potrebuje v miernom tempe precvičiť celé telo. Obe DVD si možno objednať telefonicky 0917 790 264, e-mailom: dvd@mojareuma.sk, alebo zakúpiť priamo na sekretariáte Ligy v budove NÚRCH Piešťany.

Tento rok sa uskutočnili dve veľké ankety – hlasovanie v Novinárskej pošte KROK 2009 a anketa, ktorá určila meno nových maskotov mladých LPre – SMR. V napínavom boji zvíťazili mená REMÍK a REMKA. Maskoti boli slávnostne uvedení do života 22. 10. 2010 vo Wellness&SPA hotel MÁJ v Piešťanoch pri príležitosti ukončenia štafety Behu 2010.

Dobrych nápadov je stále veľa, ale pre týchto mladých nadšencov bol, je a bude stále najdôležitejší osobný priateľský kontakt s konkrétnym človekom a v pravý čas nezištne ponúknuť pomocnú ruku. Niečo také by sa dalo konkretizovať na jednom z mnohých príkladov, keď mladučkej členke Klubu Kĺbik Veronike podporili vysnívaný študijný pobyt v Amerike. Jej sa splnil sen, dokázala si posunúť hranice možného pre seba, ale nepriamo aj pre iných, ktorí zviazaní reumou už nevedia snívať a prekonávať prekážky. Ukázala sebe a ostatným, že nič nie je nemožné, keď človek chce a niečo pre splnenie sna aj urobí.

–jdc–

VYHODNOTENIE Rekondično-integračného pobytu Klubu Kĺbik a Sekcie mladých reumatikov 11. – 17. júla 2010 v Piešťanoch v hoteli Máj

Rekondično-integračný pobyt 2010 bol pripravovaný od januára a jeho program bol zostavený vzhľadom na jedinečnú príležitosť, že sa väčšia skupina členov LPre – SMR a KK stretne v určitom čase a na určitom mieste. To bolo treba absolútne využiť. Preto bol určený čas maximálne racionálne naplánovaný, aby sa v programe realizovali projekty, ktoré sa inak nedajú uskutočniť, lebo LPre – SMR má celoslovenskú pôsobnosť a jej členovia sú roztrúsení po celej

republike. Druhou prioritou programu bolo zosúladienie programu pre všetky zúčastnené vekové kategórie od najmenších detí až po dospelých. Podľa ohlasov účastníkov sa obe priority R-IP tímu podarilo naplniť. Na pobyt sa prihlásilo 52 účastníkov, z toho 18 detí vo veku od 3,5 roka do 17 rokov a jedna 18-ročná členka KK, ktorá bola slávnostne uvedená do klubu dospelých reumatikov.

Miestom konania R-IP 2010 bol hotel Máj v Piešťanoch, kde nám vytvorili priaz-

nivé podmienky pri ubytovaní (bezbariérové izby a iné priestory), vynikajúce procedúry, možnosť kúpania v hotelovom bazéne. Účastníci boli veľmi spokojní s podávanou stravou, obsluhou a príjemným prístupom personálu. V neznesiteľných horúčavách boli vďační za klimatizovaný priestor v kongresovej sále.

V nedeľu po príchode, obede a ubytovaní sa stretli prvýkrát všetci účastníci R-IP 2010 v kongresovej sále. Organizátori – členovia R-IP-tímu ich srdečne privi-

tali, oboznámili ich s programom. Každý si mohol zobrať pripravené publikácie z tvorby LPRe – SMR a iných spolupracujúcich organizácií aj letáky, samolepky s logom, perá ..., a potom už mohli začať od prvého dňa písať svoje Pocity. Pre účastníkov, ktorí už na podobnom pobyte boli, je to známa vec, že sa spíše súbor zážitkov a pocitov, od každého autora zvlášť. Po skončení R-IP sa dajú tieto



Aj takto chutí leto...

to oblasti. Pre pacientov reumatickým ochorením je dôležité systematicky cvičiť každý deň. Nové DVD im má toto cvičenie uľahčiť. Pacienti i rodičia chorých detí majú z videonahrávky rehabilitačných cvičení radosť. Oba nosiče s cvičebnými zostavami sa postupne distribuujú medzi členov Ligy proti reumatizmu – Sekcie mladých reumatikov a Klubu Klíbk, do miestnych pobočiek a k dispozícii budú aj v Národnom ústave reumatických chorôb v Piešťanoch na rehabilitačnom oddelení. V odbornom programe, kde sa organizátori snažili zabezpečiť možnosť ďalšej edukácie a výmeny dôležitých informácií pre každodenný život, boli prednáška reumopediatricky MUDr. Koškovej, prednáška a Kurz pohybovej liečby pri osteoporóze pre pacientov vedený primárkou MUDr. Ďurišovou. Účastníci prednášky na záver dostali knihy od autorky aj CD, čo partnersky podporilo Reumatologicko-rehabilitačné centrum Hlohovec, s.r.o., a firma Sanofi-Aventis, Ďalej svoju prezentáciu výskumu o reumatoidnej artritíde v kontexte bio-psycho-sociálneho prístupu predniesla Mgr. Jana Kočanová. Ďalšie dni mali prednášku aj dvaja členovia R-IP-tímu: o Rodine so znevýhodneným dieťaťom – Bc. Jana Dobšovičová-Černáková a o tom Ako si usporiadať svoj deň prednášal Ing. arch. Radoslav Regiec. Účastníci R-IP 2010 absolvovali v rámci voľnočasových aktivít výlety a podujatia. V Pocityvníku, ktorý je uverejnený na www.mojareuma.sk spolu s Pocityvníkmi z minulých ročníkov R-IP sme zachytili veľa pekných a úprimných postrehov. Všetko ostatné, čo sa nepodarilo zachytiť slovami, je zachytené vo fotografiách, ktoré dokreslia celkový obraz Rekondično-integračného pobytu mladých reumatikov v Piešťanoch roku 2010.

Jana Dobšovičová-Černáková



Výlet do histórie – za Krakovskú bránu.

príspevky do jedného kompletného materiálu, ktorý je potom najkomplexnejšou a objektívnou správou o pobyte. V závere správy sú z neho použité citácie.

Súčasťou zahájenia R-IP 2010 bola aj Výročná členská schôdza LPRe – SMR, na ktorej sa zúčastnili ďalší pozvaní hostia. V družnej debata však zapadli medzi účastníkov R-IP a možno potichu obanovali, že sa tiež neprihlásili na R-IP 2010. Zápisnica z VČS je v archíve a je uverejnená na www.mojareuma.sk. Po skončení oficiálnej časti zahájenia už nastal relax, prvé kúpanie v bazéne a večera. Ivetka Klaková predviedla svoje večerné relaxácie, ktoré si našli svojich priaznivcov.

V pondelok sa naplno rozbehli procedúry a plávanie v bazéne, každý podľa individuálneho rozpisu. Boli k dispozícii rôzne masáže, zábaly, vírivky vo vaňovom kúpeli, raňajšie rozcvičky v parku a tak často ospevované plávanie a šantenie v bazéne. Procedúry sponzorsky podporil Internacional Women's Club of Bratislava.

Veľkým spestrením programu boli ďalšie doplnkové podujatia, ktoré sa uskutočnili počas pobytu. Napríklad bol slávnostne otvorený Detský kútik v Zimnej záhrade v budove NÚRCH. 12. júla sa v hoteli Máj uskutočnil Krst dvoch DVD nahrávok s cvičebnými zostavami pre deti s JIA a pre dospelých s RA. Krst DVD partnersky podporila spoločnosť Roche Slovensko a hotel Máj. DVD slávnostne

uviedla do života posypaním lupienkami ruží bývalá vedúca rehabilitačného oddelenia NÚRCH pani Helena Haringová. Podujatie moderovala známa slovenská herečka Bibiana Ondrejková.

Sama zdôrazňuje potrebu osvetu v tej



Krst DVD (Bibiana Ondrejková, Helenka Haringová, Jana Dobšovičová-Černáková).



Deti z Klubu Klíbk po prevzatí certifikátov o absolvovaní R-IP.

REKONDIČNO-INTEGRAČNÝ POBYT 2010

Piešťany sú najznámejšie a najnavštevovanejšie kúpeľné mesto na Slovensku. V júli 2010 privítali členov Sekcie mladých reumatikov a Klubu Klíbk na rekondično-integračnom pobyte. Do hotela Máj, ktorý sa nachádza v jeho okrajovej časti, v tichom a pokojnom prostredí plnom zelene, sa začali schádzať „staré známe tváre“, ale aj úplne noví účastníci.

Bol to už môj tretí takýto pobyt. Aj teraz bolo pre účastníkov pobytu všetko profesionálne pripravené. Na celý týždeň sme mali zabezpečený zaujímavý program. Dovolím si povedať, že každý rok je kvalitnejší, pestrejší a pútavejší. Tu v Piešťanoch sme toho zažili naozaj veľa. Spomeniem aspoň tie časti programu, ktoré najviac oslovili mňa.

Rozbehlo sa to už hneď na druhý deň po našom príchode. Členovia výboru Sekcie mladých reumatikov i niektorí účastníci rekondično-integračného pobytu prišli do NÚRCH, kde bol slávnostne otvorený Detský kútik. Bude slúžiť tým najmenším pacientom. Môžu si tu skrátit dlhé chvíle pri čakaní na lekárske vyšetrenie. K celej tejto udalosti možno povedať len to, že to bola vynikajúco zrealizovaná myšlienka.

Poobede pokračoval program krstom dvoch DVD-čiek s cvičeniami pre reumatikov. Jedno pre deti, druhé pre dospelých. Je to pomôcka, z ktorej sa dá dozvedieť, ako správne rozhybať choré kĺby.

Tradičiou v rámci rekondično-integračných pobytov je organizovanie prednášok na rôzne témy. Ani teraz to nebolo inak.

Bolo ich niekoľko, ale mňa osobne najviac zaujala prednáška pani primárky Ďurišovej o osteoporóze, ktorá bola doplnená aj ukážkou cvičebnej zostavy. Na záver ako bonus dostal každý knihu s jej podpisom.

Kým sa „dospeláci“ zúčastňovali na prednáškach, deti mohli tráviť čas v „kútiku tvorivých činností“. Zožal veľký úspech a do ručných prác sa postupne s chuťou zapojili aj tí skôr narodení. Pod vedením Matky, Lenky a Ivetky sa pletli košíky a misky z novinového papiera, servítkovou



Park miniatúr v Podolí -- model kostolíka.



Bolo tu aj niekoľko krásnych modelov slovenských hradov a zámkov.

kovou technikou sa vyrábali obrázky, zdobili hrnčeky, modelovali z plastelíny. Mnohým to išlo veľmi dobre, boli šikovní a fantáziou sa nešetrilo. Nakoniec sa zo všetkých výtvorov urobila malá výstava.

Celý týždeň bolo v Piešťanoch horúce, slnečné počasie. Slová, ako kúpať sa a plávať, bolo počuť na každom kroku. Skutočnosť, že sme mali k dispozícii bazén, bola ako balzam na všetko. Najviac si to opäť užívali deti. Vyšantili sa do sýtosti, niektoré sa zdokonalili v plávaní a rodičia tu z nich vybili aspoň časť z ich nekonečnej energie.

Súčasťou rekondično-integračných pobytov bývajú aj výlety do blízkeho okolia. V Piešťanoch sa uskutočnila plavba loďou po Váhu na Sĺňavu, navštívili sme Rybársky dvor, kde sme sa navečerali a deti dostali certifikáty o absolvovaní rekondično-integračného pobytu a drobné darčeky. Boli sme aj v Krakovanoch, kde sme navštívili etnografické múzeum. Tu sme mali možnosť oboznámiť sa s rôznymi predmetmi, zvyklosťami a tradíciami našich starých rodičov.

Mňa najviac zaujal Park miniatúr v Podolí. Sú tu vystavené miniatúry niektorých slovenských hradov, zámkov, kaštieľov a drevených kostolíkov. Že niečo také vzniklo, tak to je zásluha niekoľkých dobrovoľníkov, ktorí sa snažia zachovať niečo z našej histórie aj pre budúce generácie.

Tých niekoľko dní ubehlo ako voda. Domov sme sa všetci vrátili s kopou zážitkov a určite mnohí už rozmyšľajú, čo nás bude čakať o rok.

G.Č.

SPRÁVA O UKONČENÍ HLASOVANIA o mená maskotov LPre-SMR

LPre – SMR spustila na svojej stránke www.mojareuma.sk dňa 1. júna 2010 hlasovanie, v ktorom si hlasujúci mohli vybrať meno pre svojich maskotov zo šiestich ponúkaných možností. Hlasovanie prebiehalo do polnoci 31. septembra 2010, keď bolo hlasovanie ukončené. Posledný týždeň pred ukončením hlasovania sa dostali do užšieho výberu mená: Jarko&Jarka, Reumáčikovia a Remík&Remka. Nakoniec sa na prvé

miesto prebojovali **Remík&Remka** s 87 hlasmi v tesnom predstihu pred Jarko&Jarkou, ktorí sa páčili 82 hlasujúcim.

Noví maskoti Remík a Remka pomôžu upozorniť zdravých ľudí na problematiku reumatických ochorení. Reumatikovia stále pribúda a medzi 50 000 Slováckmi s niektorou formou reumy má každý 110. Slovák svoju rodinu, príbuzného, či priateľa a možno si ani neuvedomuje, aké ťažké môžu byť pre reumatika kaž-

dodenné aktivity, ktoré sú pre zdravých také samozrejmé. Veríme, že sa nám podarí tieto dve milé postavičky dostať do povedomia všetkých ľudí na Slovensku a s nimi zvýšiť aj povedomie o reumatických ochoreniach.

Slávnostný krst maskotov prebehne 22. 10. 2010 pred Behom a chôdzou reumatológov a reumatikov o 14.00 h v Piešťanoch pred hotelom Máj.

I.R.

SUMÁRNA SPRÁVA o BEHU reumatikov 2010

Liga proti reumatizmu na Slovensku (LPre SR) sa ako pacientska organizácia venuje širokej skupine diagnóz, ľudovo nazývanej „reuma“ a v tomto roku si pripomína už **20. výročie založenia a zahájenia svojej činnosti.**

12. október vyhlásila **Organizácia spojených národov za Svetový deň reumatizmu.** Tento rok vrcholila na celom svete aktivity v rámci kampane **Dekáda kostí a kĺbov**, ktorú iniciovala Organizácia spojených národov a Svetová zdravotnícka organizácia.

Do kampane sa od roku 2000 zapojila aj Slovenská republika. Cieľom bolo počas celého desaťročia upozorňovať na problematiku a obrátiť pozornosť širokej verejnosti smerom k reumatickým ochoreniam a hlavne na ich dopady pre jednotlivca, rodinu a celú spoločnosť.

Október je pre členov občianskeho združenia Liga proti reumatizmu najakčnejším mesiacom v roku, lebo práve v tomto období vrcholí celoročné snaženie dobrovoľníkov a sympatizantov v činnosti pre svojich členov. Pripravili množstvo podujatí, ktoré sa konajú v miestnych pobočkách po celom Slovensku.

V miestnych pobočkách sa uskutočnil regionálny Beh a chôdza reumatikov ako štafeta v 9 mestách na Slovensku. Medzi sebou si túto špecifickú štafetu jednotlivé mestá posúvali v termínoch od 5. do



Účastníci Behu a chôdze reumatológov a reumatikov.



Mamičky s deťmi nezaháľali.

22. októbra 2010. Partnerom podujatia bola organizačná zložka spoločnosti UCB, s.r.o., Bratislava.

Spolu sa do štafetového BEHU 2010 zapojilo 1068 účastníkov.

Miestne pobočky okrem Behu pripravili aj ďalšie podujatia, ako sú odborné prednášky reumatológov, sociálnych pracovníkov z ÚPSVaR a ďalších odborníkov v problematike (pozri správy z MP).

Mladí reumatici a deti z KLUBU KĹBIK pred štartom záverečnej štafety BEHU 2010 v Piešťanoch pred hotelom MÁJ pokrstili svojich maskotov.

*Bc. Jana Dobšovičová-Černáková
koordinátorka Behu 2010*

KRST DVD

Výnimočnou udalosťou bol „KRST DVD“ s dvoma cvičebnými zostavami, ktoré boli slávnostne uvedené do života 12. júla 2010 v hoteli Máj Piešťany. Cvičebné zostavy vznikli z iniciatívy LPre – Sekcie mladých reumatikov na rehabilitačnom oddelení Národného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch. Obe sú určené pre pacientov s reumatoidnou artritídou (RA) a pre deti s juvenilnou idiopatickou artritídou. Figurantmi z radov pacientov a členov SMR a KK sú Jakubko a pani Ivetka.

Autori a celý realizačný tím DVD si postavili za cieľ hlavne to, aby pacienti po

návrate z hospitalizácie mohli aj vo svojom domácom prostredí hneď nadviazať na získané návyky z rehabilitácie a **pokračovať systematicky v každodennom cvičení podľa tejto nahrávky 20 – 30 minút** denne. Takéto asistované cvičenie udržiava čo najdlhšie postihnuté kĺby v prirodzenom pohybe a zachová mieru ich funkčnosti.

Obe DVD sa priamym predajom alebo na objednávku distribuujú medzi členov LPre – SMR a KK i do miestnych pobočiek. Sledujte aktuálne informácie na www.mojareuma.sk

OZNAM o predaji DVD

Milí naši priatelia, oznamujeme vám, že máte možnosť zakúpenia nových DVD nahrávok s dvoma cvičebnými zostavami. Prvá je určená pre deti s JIA a druhá pre dospelých pacientov s reumatoidnou artritídou.

Ak máte záujem, môžete sa bližšie informovať na t. č. 0917 790 264 alebo dvd@mojareuma.sk, kde si možno DVD objednať za cenu 5 € za ks, plus poštovné a balné. Viac sa dozviete na www.mojareuma.sk

Ďakujeme a tešíme sa na váš záujem!
Výbor LPre - Sekcia mladých reumatikov
Partner projektu: Roche Slovensko, s.r.o.

BENEFÍCIA 2010 a slávnostné vyhodnotenie výsledkov Novinárskej pocty KROK 2009

Liga proti reumatizmu – Sekcia mladých reumatikov (LPRe SMR) 23. 10. 2010 tradične pripravila slávnostnú BENEFÍCIU 2010 v NOC – Dom umenia v Piešťanoch, kde vystúpila skupina VIDIEK a zároveň bola vyhodnotená Novinárska pocta KROK 2009.

Scenár večera prebiehal v troch blokoch. Najskôr moderátorka Mgr. Ľudmila Hrkčková privítala hostí a priblížila im činnosť mladých reumatikov za posledné obdobie. Pripomenula, že LPRe SR v tomto roku oslavuje 20. výročie svojho založenia a stručne zhodnotila prínos nášho občianskeho združenia pre reumatikov i širokú verejnosť za toto obdobie. Príjemným pohladením poéziou bol vstup kamaráta mladých reumatikov Martina Bernadiča, keď zarecitoval vlastnú báseň CHCEM VEDIEŤ. Nasledovalo slávnostné vyhlásenie výsledkov Novinárskej pocty

KROK 2009 za účasti novinárov a zástupcov rôznych tlačových, rozhlasových a televíznych médií. V treťom záverečnom bloku zahrála a zaspievala nezištné, bez nároku na honorár skupina VIDIEK. V sále vytvorila spolu s divákmi pôsobivú atmosféru. Na chvíľu každý zabudol na problémy a bolesti všedných dní.

KROK 2009

Liga proti reumatizmu – Sekcia mladých reumatikov sa od svojho vzniku usilovala spolupracovať s médiami, aby tak ešte účinnejšie mohla pomáhať svojim mladým členom v boji s ich závažnou chronickou, ale vo verejnosti často podceňovanou chorobou. Táto spolupráca priniesla v minulosti veľa dobrého ovocia v podobe lepšej infor-

movanosti našej spoločnosti o tých, ktorí trpia už v útlom, respektíve v mladom veku rôznymi reumatickými ochoreniami. Organizátori pocty KROK si veľmi vážia túto mediálnu pomoc a podporu, preto sa rozhodli mediálnu spoluprácu pravidelne odmeňovať čestným ocenením – Novinárskou poctou KROK. Roku 2009 to bolo v nultom ročníku pocty a teraz roku 2010 v riadnom I. ročníku. Na www.mojareuma.sk bolo možné už druhýkrát od mája do októbra 2010 pridelať hlasy nominovaným príspevkom, ktorých ústrednou témou je život s reumou. Z tohto pro-

jektu organizátori pripravili novú publikáciu „**Zborník KROK 2008 – 2009**“.

Pre mladého reumatika býva najväčším pokrokom a úspechom jeho všedných dní skutočnosť, že dokáže urobiť – napriek intenzívnym bolestiam a mnohým iným vážnym prekážkam vo svojom živote – prvý krok, za ním druhý, a potom ďalší... Impulz pre takýto dôležitý – čo i len jediný krok – reumatikom poskytujú často aj slová novinárov, redaktorov, mediálnych pracovníkov... Z vďačnosti za takéto podnety ku kráčajú životom so vztýčenou hlavou napriek ťažkému chronickému ochoreniu sme naše čestné ocenenie ako Novinársku poctu príznačne nazvali KROK.

Poslaním Novinárskej pocty KROK je podnietiť opätovný záujem osôb s reumatickým ochorením a širokej verejnosti o už publikované a odvysielané príspevky novinárov o reumatických ochoreniach, o živote s týmto ochorením a jeho následkoch, informáciách o liečbe a spoločenskom uplatnení ľudí s telesným postihnutím a oceniť najkvalitnejšie príspevky a ich autorov – novinárov a iných masmediálnych pracovníkov.

Hlasovanie KROK prebieha tak, že nominované príspevky sú uverejnené podľa kategórií na www.mojareuma.sk, kde si ich každý môžete pozrieť, vypočuť, či prečítať. Týmto si vás dovoľujeme upozorniť, že aj roku 2011 bude KROK pokračovať vo svojej tradícii II. ročníkom a vy



Martin Bernadič recituje báseň Chcem vedieť.



Janko Kuric a hudobná skupina VIDIEK.



Deti z Klubu kľbik s členmi skupiny VIDIEK.

môžete pridelovať hlasy tomu z nominovaných článkov a relácií, ktoré vás najviac oslovia. Hlasovať môžete jednoduchým kliknutím, podľa uvedených inštrukcií, a to v termíne **od apríla do októbra 2011**.

Umiestnenie súťažiacich príspevkov „KROK 2009“

Slávnostné vyhlásenie I. ročníka Novinárskej pocty KROK 2009 sa uskutočnilo pri príležitosti Svetového dňa reumatizmu **dňa 23. októbra 2010 o 18.00 h na Benefícii 2010 v Dome umenia Piešťany**. Víťazi získali certifikát a špeciálny upomienkový predmet s logom Novinárskej pocty KROK 2009. Oficiálne výsledky zverejnené na slávnostnom vyhlásení výsledkov Novinárskej pocty KROK 2009 boli nasledovné:

a) Kategória: televízne príspevky v súťaži KROK 2009

1. miesto

Relácia CESTY NÁDEJE – Tichý nepriateľ – reuma
režia, scenár: Kateřina Javorská
scenár, moderátorka: Patrícia Garajová Jariabková
dramaturg: Peter Ďureje
STV2 21. 11. 2009

„Diskusia“ je relácia TV Karpaty pozostávajúca z dvoch častí. Prvá časť deviateho pokračovania relácie sa venovala reume, jej príznakom a liečbe s poprednými odborníkmi v reumatológii profesorom J. Rovenským, docentom J. Lukáčom a doktorkou E. Koškovou. V druhej časti sa diváci viac dozvedeli o činnosti občianskeho združenia Liga proti reumatizmu prostredníctvom charismatickej osobnosti Mgr. Ľ. Hrkovej, ktorá s prehľadom priblížila cieľ, náplň a činnosť patientskej organizácie, ktorá sa snaží aktívne prispievať ku skvalitneniu komplexnej starostlivosti o ľudí s reumatickými chorobami.

2. miesto

DÁMSKY MAGAZÍN
dramaturg: Dagmar Fule Bartovičová
moderátorky: Iveta Malachovská, Soňa Müllerová
STV1 12. 10. 2009

Do štúdia v Mlynskej doline sme vyslali Mgr. I. Regiecovú za pacientov, ale hlavne ako členku vedenia LPRe – Sekcie mladých reumatikov. Vo svojom vystúpení na podklade osobného príbehu na veľmi krátkom časovom poli fundovane podala množstvo informácií, v ktorých divákovi odovzdala nielen vlastné skúsenosti, ale



Ocenené novinárky Katarína Bánska a Andrea Eliášová v rozhovore po vyhlásení výsledkov.

použila a vysvetlila aj základnú reumatologickú terminológiu, čím prekvapila aj moderátorky. Reumofyzioterapeutka doc. MUDr. Z. Popracová priblížila problematiku reumatických ochorení z odborného hľadiska a poskytla možnosť využitia on-line poradne cez internet priamo počas vysielania.

3. miesto

Relácia DISKUSIA – Zdravotníctvo
moderátorka: Eva Hrušková
TV KARPATY 9/2009

Na jeseň 2009 televízny štáb STV oslovil vedenie LPRe – Sekciu mladých reumatikov s požiadavkou o stretnutie, ktoré sa uskutočnilo priamo v niektorých domácnostiach reumatikov, ale aj v bezbariérovom, piešťanskom hoteli Máj, či v NÚRCH Piešťany.

Hlavnou témou relácie bola Juvenilná idiopatická artritída, krátke sondy do života ľudí, do osudu ktorých zasiahla reuma. „Cesty nádeje“ je publicistická

relácia, ktorá informuje a radí zdravotne postihnutým občanom, ako sa liečiť a predchádzať chorobám. V tejto relácii divák nájde príbehy ľudí, ktorí sa so svojim osudom dokázali popasovať a môžu byť príkladom aj pre iných.

b) Kategória: rozhlasové príspevky v súťaži KROK 2009

1. miesto

Relácia Andrea Eliášová – Sviece a prameň
Rádio LUMEN – 10. 4. 2009

Rozhovor o tom, ako žiť s bolesťou i nezdarmi a tešiť sa pri tom z každého dňa. Niekedy nepotrebujeme ku šťastiu veľa, stačí niekoľko vrúcnych slov alebo viet a vieme, že nie sme na svete sami. Relácia bola odvysielaná v predveľkonočnom období, na Veľký piatok, čomu zodpovedá aj komorná atmosféra, ladenie hudby i témy rozhovoru.



Rodičia a sestra Veroniky Červenákovéj a Patrícia Garajová-Jariabková.

2. miesto

Reportáž Martin Jurčo – Trnava

– prednáška pre hendikepovaných
SLOVENSKÝ ROZHLAS 21. 1. 2009

Od 1. 1. 2009 sa v sociálnej oblasti výrazne upravila legislatíva. Trnavská miestna pobočka LPRe SR chcela aktuálne informovať svojich členov aj širokú verejnosť s úpravami v sociálnych zákonoch. Pripravila prednášku o zmenách legislatívy pre sociálne znevýhodnených a ťažko zdravotne postihnutých. O základných bodoch programu pripravenej prednášky porozprávala redaktorovi Martinovi Jurčovi pani Alena Musilová z Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v Trnave. Rozhovor môže slúžiť k väčšej informovanosti zainteresovaných.

3. miesto

Reportáž Bernadetta Fendiková – Beh reumatikov

SLOVENSKÝ ROZHLAS 25. 6. 2009

Rozhovor nám priblížil podujatie, ktoré sa uskutočnilo vo Vysokých Tatrách, Košiciach, Piešťanoch, Žiline, Prievidzi, ale i v ďalších mestách na Slovensku. Bol to „3. ročník behu a chôdze reumatikov a reumatológov“. Športová aktivita bola určená širokej verejnosti a jej cieľom je

každoročne podporiť ľudí s reumatickými ochoreniami a upozorniť na ich špecifické problémy. Viac sa dozvieme v rozhovore s pani Katarínou Palkovou, predsedníčkou miestnej pobočky Ligy proti reumatizmu v Košiciach.

c) Kategória: printové príspevky v súťaži KROK 2009

1. miesto

Článok Katarína Čulenová – Sen

o Amerike

Časopis ŠARM

Reumatické ochorenie môže človeka spútať bolesťou a slabšou pohyblivosťou, ale ak jednotlivec zabojuje a nevzdá sa, môže si splniť svoje sny a prežiť plnohodnotný život v harmónii a s optimizmom. Veronika sníva svoj veľký sen o plnohodnotnom živote a pripravuje sa na študijný pobyt v USA.

2. miesto

Článok Katarína Bánska – Nové trendy

v liečbe reumatoidnej artritídy

Noviny KOMPENDIUM MEDICÍNY

– č. 15/2009

Tento odborný článok o prevencii, správnej výžive, možnosti liečby reumatoidnej

artritídy (RA) je určený viac odbornej verejnosti, ale laik si v ňom určite nájde podstatnú správu, že remisia, alebo stav nízkej aktivity ochorenia je novým veľkým úspechom dnešných možností liečby RA. Biologické lieky ako nové možnosti liečby spĺňajú väčšinu požiadaviek, ktoré sa na modernú liečbu RA kladú a prinášajú aj novú nádej pre reumatických pacientov.

3. miesto

Článok Alžbeta Pňačeková –

Neposlušné kĺby

Internetový časopis MARKÍZA

Stuhnuté kĺby, bolesti, ktoré sa zhoršujú najmä pri zmene počasia alebo po námahe, môžu znepříjemniť život malým i veľkým pacientom. Okrem užívania liekov je veľmi dôležitá každodenná rehabilitácia a vyvážovanie rúk, či nôh. Pomáhajú i ľadové obklady na zapálené a rozhorúčené kĺby. Každodenné cvičenie je nevyhnutné. Často je spojené so slzami a s bolesťou. Myslíte si, že sa to týka iba starých ľudí? Omyl! Bohužiaľ nie je to tak. V článku „Neposlušné kĺby“ sa dozvieme, že reumatické ochorenie môže postihnúť aj celkom malé deti.

Jana Dobšiová-Černáková

ZÚČASTNILA som sa na koncerte

Októbrová udalosť Benefícia sa uskutočňuje pri príležitosti Svetového dňa reumatizmu každoročne v Národnom osvetovom centre – Dom umenia Piešťany. Mám rada túto akciu z viacerých dôvodov. Stretnem ľudí, čo počas roka nemám šancu stretnúť. Stretnem známych, či menej známych hercov, skvelých muzikantov, umelcov. „Odrhnem sa“ od povinností a bežného kolobehu v rodine. Zažijem večer príjemných melódií alebo sledujem dej príbehu odohrávajúceho sa na doskách, čo znamená svet!

Po príchode služobným vchodom sa stretnem s úžasným človekom pani riaditeľkou Editou Bjeloševičovou, a to naznačuje, že sa začína príjemný večer. Stretávam ľudí so srdcom na dlani – pracovníčky v administratíve, milé uvádzačky a nesmiem zabudnúť na mužský kolektív pracovníkov zabezpečujúci celkový technický chod DU. Všetkých je radosť stretnúť. Ďakujem im za spoluprácu.



Zľava podpredsedníčka LPRe Mgr. Ľ. Hrčková, v strede ocenená v súťaži MUDr. K. Bánska a tajomníčka SMR a spoluorganizátorka večera I. Brečová.

Som niekoľkoročnou členkou ligy a toto je akcia, kde môžem prispieť aktívne a byť kvapkou v mori. Pomáham prekonať bariéry pri organizovaní podujatia. Robím šoféra, hostesku, fotografujem... Po vyhlásení výsledkov súťaže Krok 2009 a koncerte skupiny Vidiek sa konala recepcia, kde vznikla milá fotografia.

Príjemnú atmosféru vytvoril Janko Kuric so skupinou. Niektorí účastníci koncertu neodolali a zatancovali si. Ďakujem Vám všetkým, už teraz sa teším na ďalší ročník a nechám sa milo prekvapit programom.

Andrea Mišíková

OHLYASY ČLENOV I SYMPATIZANTOV na podujatia a aktivity LPre – SMR venované Svetovému dňu reumatizmu

Beh zdravia 2010, Krok 2009 a Benefíciu 2010

Beh a chôdza pre zdravie 2010 sa uskutočnila pri príležitosti Svetového dňa reumatizmu. Akcia tradične patrí k vyvrcholeniu osláv a zhodnoteniu celoročnej činnosti LPre – SMR pod vedením predsedníčky Jany Dobšovičovej-Černákovéj.

Beh sa uskutočnil v parku pred hotelom Máj v Piešťanoch, ktorému predchádzal

krst maskota LPre-SMR s menami Remka a Remík, ktorých autorkou a zároveň i krstnou mamou je Ingrid Regiecová.

Slnčné jesenné popoludnie v príjemnej atmosfére ľudí s reumatickým ochorením prežili priaznivci športu, zábavy, priatelia Klubu Klábik, seniory z MP Piešťany, široká verejnosť, ale i deti s rodičmi a pedagogickým dozorom z MŠ, mamičky

ky s kočíčkami a mama s hendikepovaným dievčatom.

Veľmi pekne ĎAKUJEM VŠETKÝM, čo októbrové akcie SMR podporili morálne a finančne. Ďalej tým, čo sa podujatia akcie zorganizovali, a Vám, čo ste sa zúčastnili. Mám k vám obdiv, úctu a radosť z podujatia. Možno o rok sa stretneme opäť, priatelia, pretože všetci potrebujeme prežiť deň naplno! *I.B.*

Materská škola v Šípkovom vyslovuje podakovanie za všetky deti, rodičov a pedagogických pracovníkov za pozvanie na akciu Beh a chôdza pre zdravie usporiadanú Sekciou mladých reumatikov v Piešťanoch. Iniciátorkou tohto pozvania bola pani Ingrid Brečová z Vrbového. Deti boli nadšené a uchvátené behom pre zdravie v okolí hotela Máj, za čo dostali sladkú odmenu a drobné darčeky. Tiež krstom Remky a Remíka.

Mocková, riaditeľka školy

Prínosom bola uskutočnená akcia nielen pre deti, ktoré sa mnohé prvýkrát vo svojom živote stretli s hendikepovanými deťmi a dospelými, ale aj pre nás dospelých. Nie často a už vôbec nie osobne môžeme tráviť čas v spoločnosti ľudí, ktorí napriek nepriazni osudu pôsobia optimisticky a oduševnene. Aj deti pocítovali dobrú atmosféru akcie, k čomu značnou mierou prispelo krásne slnečné počasie. Ako na objednávku svoje úsmevy rozdávalo nielen slniečko, ale aj Terezka. Dievčatko na vozíčku, ktoré pri hre s marionetami Remkou a Remíkom, krstnými práve v tento deň, prilákalo k sebe ostatné „zdravé“ deti. Na pamiatku sa všetci účastníci behu pre zdravie, spoločne odfotili. Príjemné popoludnie nám dospelým i deťom z materskej školy v Šípkovom sprostredkovala pani Ingrid Brečová, tajomníčka sekcie mladých reumatikov. Všetci sme si odnášali domov príjemný pocit z nového stretnutia a navyše deti i dospelí boli obdarení malými darčekmi. Pamiatkou na tento deň nám bude nielen tričko, ale aj diplom, ktorý sme si

z spoločnej akcie dňa 22. 10. 2010 prevzali a odniesli do materskej školy v Šípkovom.

Ešte raz srdečná vďaka organizátorom akcie beh a chôdza pre zdravie 2010 v Piešťanoch od rodičov a ich detí navštevujúcich materskú školu v Šípkovom a tiež pedagogických zamestnancov.

Lenka Piačková, pedagóg MŠ

Ešte raz ďakujem všetkým v LPre na Slovensku za ocenenie, ktoré ste udelili mojej minuloročnej novinárskej práci. Súčasne Vám vyslovujem obdiv za to, čo robíte napriek mnohým a zďaleka nielen zdravotným ťažkostiam, ktoré prekonávate so zarputilosťou a eleganciou, akej nie sú schopní mnohí zdraví ľudia. A Janko Kuric bol super...

Katarína Bánska

Ďakujem, že sa môžem byť s vami pri organizovaní Benefícií. Pýtate sa prečo? Inak by som nemala šancu stretnúť kopy skvelých ľudí. Od organizátorov podujatia cez zamestnancov Domu umenia, moderátorku až po umelcov zo skupiny Vidiek a iných. Som rada, že môžem byť kvapkou vody v mori.

Andrea M.

Na pozvanie som zareagovala kladne, hoci sa mi vnútorne na Beh zdravia 2010 s dcérou na vozíčku nechcelo ísť. Počasie nám prišlo. Terinka bola nadšená, ľudia rôzneho veku, mamičky s kočíčkami, pani s viditeľnými problémami nemala problém sa sebavedome pohybovať medzi účastníkmi behu. Sme radi,

že sme prišli. Chcem veriť, že i takto sa búrajú bariéry a príde ten čas, keď sa nebudú za nami ľudia otáčať a pozeráť na nás, ako keby sme pochádzali z inej planéty.

Michaela a Terezka

Zaujímavá akcia, nikdy som na nijakej podobnej akcii nebola. Myslím si, že môjmu 7-ročnému Adamkovi sa do života zide vidieť aj deti s problémami. A môjmu druhému synovi, asi najmladšiemu účastníkovi Behu 8-mesačnému Miškovi o akcii porozprávam, keď bude mať primeraný vek. Spoločný štart bez rozdielu postihnúť, či veku, fotografovanie, Remík a Remka ... ďakujem za pekný deň.

Lýdia s deťmi

Veľmi rád spomínam na všetky tie dni, ktoré som strávil na liečebných pobytoch v Piešťanoch. Priznám sa, že pre mňa možno viac ako zmeny môjho zdravotného stavu znamenali priateľstvá, ktoré som tam nadviazal. Už sa stávalo takmer tradíciou, že som sa tešil na leto, na starých aj nových známych. Stretli sme sa a nevynechali sme ani jednu príležitosť zúčastniť sa na akciách, ktoré pre pacientov aj ostatných návštevníkov kúpeľov poriadala Liga proti reumatizmu spolu s ostatnými organizáciami. Je škoda, že pobyt teraz stojí tak veľa peňazí, lebo dostať sa „medzi svojich“ je veľmi komplikované. Preto ďakujem, že si na mňa spomeniete, keď je nejaká akcia a ja sa môžem vrátiť...

M. Bernadič

MOŽNOSTI POUŽITIA BIOLOGICKEJ LIEČBY pri reumatoidnej artritíde vyššieho veku

Jedným z najzávažnejších a najčastejších zápalových reumatických ochorení je reumatoidná artritída (RA). Ochorenie sa môže začať v každom veku. O reumatoidnej artritíde vyššieho veku hovoríme vtedy, ak sa choroba začne vo veku nad 60 rokov. Vekový faktor je veľmi dôležitý, pretože ochorenie reprezentuje 10 – 33% všetkých prípadov reumatoidnej artritídy (RA). RA vo vyššom veku je charakteristická tým, že má niektoré osobitosti v klinickom obraze, preto si dovoľme túto problematiku uviesť v našom článku a zamerať sa aj na otázku cieľovej terapie (biologickej liečby) pri RA vo vyššom veku.

Spektrum klinických prejavov pri RA vyššieho veku je charakteristické v tom, že pomer muži : ženy je 1 : 1, pričom pri klasickej RA stredného veku je pomer muži : ženy 1 : 2. Kým pri klasickej RA je začiatok postupný, pri RA vyššieho veku je častejší akútny nástup spojený aj s orgánovými prejavmi. Pri RA stredného veku ochorenie je polyartikulárne (postihnutie viacerých kĺbov), pri vyššom veku je oligoartikulárne (teda je postihnuté zápalom menej kĺbov). Pri RA vo vyššom veku bývajú často postihnuté ramená a bedrové kĺby, to znamená veľké kĺby. Lokali-

zícia postihnutia pri klasickej RA sú skôr malé kĺby rúk a nôh. Problém je v tom, že RA vyššieho veku má často ťažký priebeh a jej prognóza je závažná.

Cieľom liečby pri RA je potlačenie zápalových prejavov choroby, zmiernenie opuchov, bolestí kĺbov, zastavenie rádiografickej progresie, zlepšenie kvality života, odstránenie únavy, depresie u chorých. V liečbe reumatoidnej artritídy sa uplatňujú predovšetkým nesteroidové antireumatiká. Následne sa pacientovi aplikujú tzv. bazálne, alebo tzv. „chorobu modifikujúce lieky“, kam patrí napríklad metotrexát, sulfasalazín, soli zlata, antimalariká, leflunomid a ďalšie. Posledných desať rokov môžeme závažné, tzv. rezistentné formy reumatoidnej artritídy liečiť cieľovou liečbou proti zápalovým faktorom, ktoré sa odborne nazývajú prozápalové cytokíny. Je ich niekoľko, ale najdôležitejší je faktor spôsobujúci odumretie nádorov (tumor nekrotizujúci faktor alfa / TNF-alfa). TNF-alfa je rozhodujúcim činiteľom, ktorý vedie bunky imunitného systému k tvorbe ďalších zápalových faktorov, ktoré sa podieľajú nielen na zápalovom procese štruktúr kĺbu, ale aj orgánových prejavoch, mimokĺbových prejavoch pri RA.

Zasluhou slovenského vedca profesora dr. Jána Vilčeka (pôsobí New Yorku v USA) došlo k objaveniu biologickej liečby pomocou protilátky, ktorá zabrzdí tvorbu TNF-alfa a týmto spôsobom sa zastaví zápalový proces pri RA. Dnes už na takomto princípe pracuje viacero biologických liekov, ktoré vedú k zneškodneniu účinku TNF-alfa. Otázkou je, či možno biologické lieky podávať aj pri RA vyššieho veku. Podľa prác špičkových reumatológov je to možné a výsledky sú vynikajúce. U starších ľudí je však potrebná opatrnosť u pacientov s vysokým krvným tlakom, ischemickou chorobou srdca, nádorovou chorobou alebo infekciami. Pred začatím uvedenej liečby je nevyhnutné vylúčiť skrytú formu tuberkulózy. Keď sa tieto kritériá rešpektujú, je podávanie biologickej liečby bezpečné, nejaví sa ako rizikové a dosahujú sa dobré výsledky, podobne ako pri RA stredného veku. Liečba reumatoidnej artritídy inhibítormi TNF-alfa vedie jednoznačne k potlačeniu zápalovej aktivity, zastaveniu rádiologickej progresie a podstatnému zlepšeniu kvality života aj pacientov s RA vo vyššom veku.

*Jozef Rovenský, Dagmar Mičková
Národný ústav reumatických chorôb,
Piešťany*

KOMUNITNÁ PRVÁ POMOC v systéme neodkladnej zdravotnej starostlivosti

Podľa zákona 576/2004 Z. z. je neodkladná zdravotná starostlivosť zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene zdravotného stavu, ktorý ohrozuje jej život a ktorý bez rýchleho poskytnutia neodkladnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobiť náhlu a neznesiteľnú bolesť, alebo spôsobiť náhle zmeny správania a konania, pod vplyvom ktorých bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladnou starostlivosťou je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode.

Neodkladná zdravotná starostlivosť je integrálnou súčasťou komplexnej zdra-

votnej starostlivosti a v prípade život a závažných zdravie ohrozujúcich stavov je strategickým bodom prevencie smrti, invalidity a prevencie neprimerane dlhej práceneschopnosti.

Život a zdravie osôb môže byť ohrozené v rôznych situáciách, napr. pri dopravných nehodách, pri rôznych nešťastiach, živelných pohromách, katastrofách a v iných krízových situáciách. Najčastejšou príčinou náhleho ohrozenia života je prerušenie alebo výrazné zníženie dodávky kyslíka pre mozgové bunky na viac ako 4 – 5 minút, čím nastáva nezvratné poškodenie mozgu. Základným cieľom

je minimalizovať následky, stabilizovať a ošetriť postihnutú osobu do príchodu profesionálnej pomoci.

V zmysle vyhlášky 30/2006, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zdravotnej záchrannnej službe, je povinná zdravotná záchranná služba uskutočniť výjazd do 1 minúty a prísť na miesto nehody do 15 minút. Odborná pomoc v podobe mobilných ambulancií ZZS je od jej zavolania dostupná priemerne o 10 – 15 minút. Nijaký štát však nemá k dispozícii toľko zdravotníkov – záchranárov, aby prišli na miesto každej nehody do kritických 5 minút. Uvedené poškodenia sú

riešiteľné svedkom nehody priamo na mieste náhlej príhody poskytnutím prvej pomoci ešte pred príchodom zdravotnej záchrannej služby.

Systém neodkladnej zdravotnej starostlivosti – tzv. reťaz života

1. prvá pomoc na mieste náhlej príhody, nehody – poskytuje ju záchranca, svedok nehody,
2. volanie odbornej pomoci – zabezpečuje záchranca, svedok nehody a operátor linky tiesňového volania (112),
3. neodkladná odborná zdravotná starostlivosť – na mieste nehody ju poskytuje ZZS,
4. kvalifikovaný transport postihnutého – transport do zdravotníckeho zariadenia zabezpečuje ZZS,
5. komplexná liečebná starostlivosť so zameraním na budúcu kvalitu života – umiestnenie postihnutého v správnej nemocnici (vhodná nemocnica s oddelením urgentnej medicíny).

Vyhliadky na prežitie a uzdravenie postihnutého ovplyvňuje nielen stupeň a rozsah poškodenia zdravia, predúrazový stav (vysoký vek, kardiovaskulárne ochorenia, iné ochorenia), ale aj dostupnosť a kvalita prednemocničnej a nemocničnej neodkladnej starostlivosti. Najslabšími článkami v tomto reťazci sú v súčasnosti prvý a piaty článok.

Cieľom prvej pomoci je prispieť k skorému zotaveniu postihnutého s maximálnou možnou kvalitou budúceho života (skrátene práceneschopnosti, prevencia invalidizácie a smrti).

- Hlavnými úlohami prvej pomoci sú:
- zachrániť život – podpora životných funkcií – resuscitácia, polohovanie, zastavenie masívneho krvácania,
 - zabrániť ďalšiemu poškodeniu zdravia – ošetriť rany, znehybniť končatiny, zabezpečenie polohy, ochrana pred vlhkosťou, chladom, upokojiť postihnutého,
 - zabezpečiť ďalšiu liečbu (ak je potrebné).

Na plnenie týchto cieľov musí záchranca zvládnuť nasledujúce činnosti:

1. zhodnotiť situáciu so zameraním na minimalizáciu rizika ďalšieho ohrozenia seba, postihnutého a ďalších osôb – bezpečnosť,
2. zhodnotiť ochorenia alebo úraz, ak je to potrebné,
3. volať pomoc cez linku tiesňového volania,
4. poskytnúť prvú pomoc a v primeranom rozsahu aj psychosociálnu pomoc,
5. odovzdať postihnutého pracovníkom ZZS.

Národný program vzdelávania v neodkladnej zdravotnej starostlivosti

Cieľom Národného programu vzdelávania v neodkladnej zdravotnej starostlivosti a prvej pomoci (ďalej len „národný program“) je na základe všeobecne akceptovaných medicínskych poznatkov vytvoriť systém vzdelávania pre poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V nadväznosti na povinnosť každého poskytnúť prvú pomoc alebo sprostredkovať nevyhnutnú pomoc osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí znaky vážnej poruchy zdravia, ak tým závažným spôsobom neohrozí svoj život a zdravie, vzniká požiadavka na schopnosť poskytnúť prvú pomoc nielen pre zdravotníckych pracovníkov, ale v rôznom rozsahu sa týka aj ostatných subjektov.

Komunitná prvá pomoc sa orientuje na nasledovné cieľové skupiny:

- verejnosť,
- žiaci stredných škôl a študenti vysokých škôl,
- žiadatelia o vodičské oprávnenie,
- vodiči profesionáli,
- dobrovoľní pracovníci SČK.

Vzdelávacie programy je potrebné realizovať so zameraním na základnú neodkladnú podporu životných funkcií v rozsahu prvej pomoci – Basic Life Support – BLS – PP.

Súhrn vedomostí a zručností komunitnej prvej pomoci je zameraný na osvojenie poznatkov z nasledujúcich oblastí:

- zhodnotenie pacienta,
- neurologické stavy,
- dýchacie cesty,
- dýchanie,
- krvný obeh,
- kostra a svalstvo,
- pôsobenie vonkajšieho prostredia,
- technická prvá pomoc – vyslobodzovanie, premiestňovanie, dvíhanie,
- všeobecné zásady poskytovania prvej pomoci,
- komunikácia,
- bezpečnosť a ochrana pri práci,
- etika a právo.

Roku 2005 Európska rada pre resuscitáciu (ERC) oznámila nové odporúčania pre prvú pomoc v prípade zastavenia srdca a dýchania. Zmeny postupov sú založené na vedeckých dôkazoch v snahe zjednodušiť ich pre výučbu a zapamätanie si algoritmov. Postupy sú určené pre laickú verejnosť a sú v súlade s Národným programom.

Prerušenie dodávky kyslíka pre mozog vzniká najčastejšie ako následok bezvedomia, ak je spojené s upchatím

dýchacích ciest (zapadnutie jazyka), dusením sa, krvácaním a zastavením krvného obehu.

Základná podpora životných funkcií u dospelých (Adult BLS – Adult Basic Live Support) (poznámka: pod pojmom „dospelosť“ myslíme obdobie od puberty, teda 12 rokov a viac)

Postup pri základnej kardiopulmonálnej resuscitácii

Bezpečnosť – presvedčíme sa, či sú záchranca, postihnutý a okolostojaci v bezpečí.

Diagnostika základných životných funkcií

1. *Diagnostika vedomia* – vykonáme ju sledovaním reakcie postihnutého na oslovenie a dotykový (až bolestivý) podnet – žiadna reakcia znamená bezvedomie.

- ak odpovedá:
 - ak nehrozí nebezpečenstvo, ponecháme ho v polohe, v akej sme ho našli,
 - zistíme, čo sa stalo a zabezpečíme ďalšiu pomoc,
 - pravidelne kontrolujeme stav postihnutého,
- ak neodpovedá:
 - zakričíme o pomoc,
 - položíme postihnutého na rovnú podložku a uvoľníme dýchacie cesty miernym záklonom hlavy – manéver „head tilt – chin lift“ – prst – brada – pozdvihnutie sánky, mierny záklon hlavy (vytvorený pozdvihnutím sánky), pootvorenie úst.

2. *Diagnostika dýchania a priechodnosti dýchacích ciest* – použijeme zmysly:

- vidíme – sledujeme, či sa hrudník zdvíha,
- cítime – na tvári cítime vydychovaný vzduch postihnutého,
- počujeme – počúvame prúdenie vzduchu.

Pozor: prvé minúty po zastavení srdca môže postihnutý vydávať lapavé zvuky, chrčať. Tieto zvuky nezamieňame s normálnym dýchaním. Ak máme pochybnosti o normálnom dýchaní, postupujeme tak, akoby nedýchal.

- ak postihnutý dýcha:
 - privoláme pomoc alebo požiadame o to okolostojacich,
 - sledujeme vedomie do príchodu odbornej pomoci,
 - pri neúrazovom poškodení uložíme postihnutého do stabilizovanej polohy.

- Pozor:** Ak chceme dostať pacienta s úrazom do stabilizovanej polohy, treba zabezpečiť stabilitu hlavy a krku voči veľkým výkyvom. Jeden záchranca drží hlavu počas celého výkonu.
- ak postihnutý nedýcha:
 - zabezpečíme privolanie odbornej pomoci druhou osobou,
 - ak sme sami, privoláme (resp. odídeme privolať) odbornú pomoc a čo najskôr začneme s resuscitáciou.

3. Diagnostika krvného obehu

Pozor: Pri laickej prvej pomoci sa diagnostika tepu na krčnici nevyžaduje. Stláčanie hrudníka (masáž srdca) treba začať, ak je postihnutý v bezvedomí a nedýcha alebo nedýcha normálne.

Kardiopulmonálna resuscitácia

- pomer stlačení a vdychov je 30 : 2 (univerzálny algoritmus s výnimkou detí do veku 1 rok).

Pozor: ak nemôžeme, alebo nechceme poskytnúť umelé dýchanie, resuscitáciu možno vykonávať pomocou stláčania hrudníka. Takáto resuscitácia však nie je všeobecným pravidlom, ale alternatívnym riešením.
- postihnutý leží na chrbte na pevnom podklade, záchranca kľučí po boku postihnutého v úrovni jeho srdca,
- miesto stláčania – stred hrudnej kosti a „kúsok“ smerom k dolnej polovici,
- hlbka stláčania 4 – 5 cm,
- frekvencia stláčania je 100/min – ne celé 2 stlačenia za 1 sekundu,
- spôsob stlačenia – zápästné hrany dlaní oboch rúk, vystreté lakte a ramená, dlhá os rúk je kolmá na trup postihnutého,

- po každom stlačení hrudník uvoľníme, ruky však zostanú položené na hrudi, aby sme nestratili kontakt s miestom stláčania,
- uvoľnenie dýchacích ciest – manéver „head tilt – chin lift“,
- vdych nesmie byť rýchly a objemovo veľký,
- hrudník postihnutého sa musí primerane dvíhať,
- doba stlačenia a uvoľnenia hrudníka by mala mať rovnaké trvanie.

Pozor: ak sa hrudník počas umelého dýchania nedvíha, pred ďalším pokusom o vdych:

- skontrolujeme ústnu dutinu postihnutého a odstránime prípadné prekážky (cudzie telesá, zvratky, krv),
- skontrolujeme, či sú mierny záklon hlavy a podvihnutie brady dostatočné.

Resuscitáciu neprerušujeme, pokiaľ postihnutý nezačne sám dýchať, kým nepríde kvalifikovaná pomoc, alebo do vyčerpania záchranca.

Pozor: ak sú prítomní viacerí záchranovia, resuscitáciu vykonáva vždy len jeden záchranca. Aby sa predišlo únave, asi po 2 minútach sa vystriedajú. Odporúčanie, aby vykonával resuscitáciu len jeden záchranca, vyplýva z toho, aby sa predišlo časovej strate pri pokuse vzájomne sa skoordinať, najmä ak sa záchranovia nepoznajú.

Záver

Život ohrozujúce stavy sa môžu vyskytnúť v cestnej premávke, v rodinnom prostredí, na dovolenke, na pracovisku,

pri športe a pod. Prvotný prístup k úrazovým a neúrazovým zmenám zdravotného stavu, ktoré vyžadujú poskytnutie prvej pomoci, môže byť pri život ohrozujúcich stavoch rozhodujúci. Pri závažných poškodeniach zdravia môže významnou mierou prispieť k rýchlejšiemu uzdraveniu, čím sa prvá pomoc stáva nenahraditeľnou súčasťou systému neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

- Dobiáš, V.: Príručka pre inštruktorov kurzov prvej pomoci pre autoškoly. Bratislava: 2008, 50 s.
- Kálig, K. a spol.: Prvá pomoc. Učebné texty pre kurzy prvej pomoci pre žiadateľov o vodičské oprávnenie a ostatných účastníkov cestnej premávky. Bratislava: 2008, 150 s.
- Šanta, M. a spol.: Prvá pomoc. Martin: Osveta, 2006, 179 s.
- Národný program vzdelávania v neodkladnej zdravotnej starostlivosti a prvej pomoci.
- Vyhláška MZ SR č. 30/2006 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zdravotnej záchrannej službe.
- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 2 ods. 3.

PhDr. Beáta Bugyíková, PhD.
 SOŠ zdravotnícka – Egészségügyi
 Szakközépiskola
 Pod kalváriou 1
 940 01 Nové Zámky
 e mail: bugyikova@zoznam.sk

ETICKÉ ATRIBÚTY bolesti a utrpenia

Moderné ošetrovatelstvo presadzuje koncepciu holizmu (celostnosti), čo znamená rešpektovanie človeka v jeho dimenzii telesnej, psychickej, emočnej, sociálnej aj duchovnej.

Fyzickú (telesnú) bolesť možno rozpoznať a do určitej miery definovať ľahšie ako ostatné formy bolesti. Pretože aj podľa definície algeziologickej spoločnosti je bolesť subjektívna, je jej kvantitatívne hodnotenie vždy ťažké. Vnímanie bolesti je modulované kognitívnymi vlastnosťami pacienta, jeho zdravotným

stavom, ale aj mnohými ďalšími kultúrnymi vplyvmi (Bernadič a Kulichová, 1999, 2001).

Sociálna bolesť je utrpením spojeným s predtuchou straty alebo aj so skutočným odlúčením od rodiny a priateľov alebo so stratou sociálnej roly.

Duševná bolesť (emočná bolesť) je pocitový komplex, ktorý zahŕňa duševný otras, hnev, smútok, úzkosť až depresiu. Ide o dynamiku zármutku, ktorý je súčasťou konečného obdobia choroby. Psychologická rovina bolesti je určená emočnou kvalitou.

Bolesť spirituálna (duchovná) sa vysvetľuje ako utrpenie spojené s odcudzením od svojho najhlbšieho Ja a prežíva sa ako strach z neznáma, ako pocit straty zmyslu.

Malígna bolesť je bolesť sprevádzajúca niektoré typy onkologických ochorení. Má typické prejavy, vyžaduje špecifický prístup pre svoju intenzitu a súvislosť s infaustnou prognózou. Výrazne zhoršuje kvalitu života chorého človeka.

Benígna bolesť sprevádza ochorenia, ktoré síce nebývajú život ohrozujúce, nemusia mať infaustnú prognózu, ale svo-

jím pôsobením prakticky vždy menia kvalitu života chorého. Nielen nádorová, ale aj nenádorová bolesť vyžadujú celkom špecifické vnímanie problémov a potrieb chorého človeka, liečbu bolesti a individuálny psychoterapeutický prístup.

Častým prejavom **psychogéennej bolesti** je bolestivé správanie. Aj táto bolesť môže signalizovať ochorenie. Hoci nemusí mať príčinu v somatických štruktúrach, môže významným spôsobom ovplyvňovať kvalitu života pacienta. Prejavuje sa utrpením až depresiou, úzkosťou alebo rôznymi psychickými poruchami. Pacient bolesť skutočne pociťuje a my mu musíme pomôcť. Príčiny tejto bolesti môžu byť najrôznejšieho pôvodu, väčšinou sa viažu na organickú alebo psychickú poruchu pacienta.

Etika a liečba bolesti

V modernej medicíne vychádzajúcej z komunikácie medzi lekárom a pacientom sa stáva samozrejmosťou informovaný súhlas pacienta s diagnostikou a navrhovanou terapiou. Informovaný súhlas je prijatý, poučený a kvalifikovaný súhlas pacienta, v ktorom sú obsiahnuté postupy, ktoré boli navrhované pre ďalšiu diagnostiku a liečbu (Fricová, 2005).

Informovaný súhlas dáva možnosť pacientovi:

1. odmietnuť liečbu, ktorú si nepraje,
2. lekár môže odmietnuť poskytovať starostlivosť, ktorú považuje za bezúčelovú alebo škodlivú. Lekár má povinnosť odmietnuť z medicínskych a právnych dôvodov postup, ktorý odporuje správnej klinickej praxi.

Všetci lekári, nielen špecialisti pre liečbu bolesti, by si mali uvedomiť, že pacient má základné ľudské právo netrpieť bolesťou, z čoho vyplýva právo na včasnú a odbornú liečbu bolesti.

Deklarácia IASP (International Association for the Study of Pain) o právach pacientov na adekvátnu liečbu bolesti zahŕňa tieto práva:

- Právo na uznanie bolesti.
- Právo na hodnotenie a liečbu bolesti. Pacienti a ich rodiny sú súčasťou zdravotníckeho tímu, ktorý sa stará o pacienta, snaží sa stanovovať realistické ciele pre liečbu bolesti.
- Právo na výsledky hodnotenia bolesti a právo prispôbovať sa na ich základe terapii k dosiahnutiu efektívnej úľavy.
- Právo na starostlivosť poskytovanú profesionálmi s odbornými vedomosťami a skúsenosťami v liečbe bolesti.
- Právo na vhodnú a efektívnu stratégiu liečby bolesti.

- Právo na vzdelávanie v oblasti efektívnych liečebných možností.
- Právo na vhodný plán liečby po vyčerpaní možností akútnej neodkladnej starostlivosti.

Zásady ošetrovateľského prístupu k chorému s bolesťou

- Brať vážne sťažnosti chorého, aktívne mu načúvať, dať chorému najavo, že máme preňho čas, že nám záleží na tom, aby sa s nami podelil o svoju bolesť.
- Nechať chorého opísať vlastnými slovami, aká bolesť ho trápi. Klásť taktne doplňujúce otázky pre vytvorenie presného obrazu pacientovej bolesti.
- Nehovoriť chorému, že „takto ho to nemôže predsa bolieť“.
- Nepridávať vlastné možnosti, pokiaľ sa nás na to nepýta.
- Využívať všetky svoje vedomosti a skúsenosti k utíšeniu bolesti, mnohokrát pomôže „obyčajný obklad“.
- Vyžadovať aktívnu účasť chorého pri potlačovaní bolesti, napr. spolupráca s rodinou.
- Pomáhať vo vyhľadávaní zamerania pozornosti iným smerom.
- Ponúknuť chorému relaxačné techniky, snažiť sa o celkové upokojenie, kým nastúpi liečba analgetikami.
- Nepodávať lieky rutinným spôsobom, ale podľa individuálneho prežívania bolesti a po zhodnotení pacientovej tolerancie bolesti.
- Zamerať sa na problém vzťahov (kladný vzťah a vzťah s porozumením medzi pacientom a personálom napomáha liečbe bolesti) a na problém komunikácie (nadviazať zrozumiteľnú a akceptovateľnú komunikáciu pre obe strany).

Utrpenie v súvislosti s bolesťou v živote človeka a jeho zvládanie

Utrpenie je psychologický pojem, ktorý úzko súvisí s prežívaním bolesti alebo iným fyzickým postihnutím. Spája sa s nepríjemnými alebo nepriaznivými okolnosťami v živote, s narušením dôležitých medziludských vzťahov, alebo s prekážkami v realizácii zámerov a cieľov, teda so situáciami, ktoré človeka nejakým spôsobom obmedzujú, ohrozujú, resp. znepriemňujú mu život, ktoré hlboko emocionálne prežíva, usiluje sa ich racionálne vysvetlovať, zdôvodňovať a prisudzovať im určitý význam (Nemčeková a spol., 2004).

Význam a zmysel utrpenia

Význam utrpenia spočíva v tom, že na základe poznávania súvislostí a vnú-

torného prežívania utrpenia, vlastného i cudzieho, učí človeka, že je bytosťou relatívne ohraničenou časom a vonkajšími podmienkami, závislou od pomoci iných ľudí, a tým otupuje egoizmus a vedomie vlastnej výlučnosti. Zároveň dáva človeku možnosť byť bytosťou schopnou pomáhať (nielen inštrumentárne), stávať sa niekým blízkym, blížnym, ľudsky významným. Poznávanie utrpenia je dôležitou podmienkou rozvíjania empatie sestry. Zmysel utrpenia má aj osobnejší charakter – osobnejšie poňatie. Môže spočívať v poznávaní vlastných dispozícií a možností byť hybnou silou nielen určitého sebaovládania, sebaregulácie, ale predovšetkým osobnostného rastu. Pretrpená skúsenosť nás môže urobiť citlivejším k problémom iných, môže byť zdrojom porozumenia, nástrojom empatie, možno aj prameňom síl oproti citovému vyhasínaniu v styku s trpiacimi.

Utrpenie nerobí človeka samo osebe lepším, mravným, ale je možnosťou, ktorá viac ako iné prispieva k osobnostným premenám (Nemčeková, 2004).

Etický prístup sestry k pacientom s bolesťou a k ľuďom prežívajúcim utrpenie

Od lekárov, sestier a ostatných poskytovateľov starostlivosti o chorých spoločnosť očakáva určité prejavy správania a jednania, ktoré nazývame normami typickými pre určitú skupinu. Profesia sestry je chápaná ako rola samostatne konajúceho pracovníka. Sestra je expertom a nositeľkou ošetrovania v celej jeho šírke, je nositeľkou hmatateľnej úľavy.

Chorý človek očakáva od svojho lekára a sestry pomoc. Čaká pochopenie, očakáva pomoc pri návrate ku zdraviu, chce, aby lekár a sestra boli sprievodcami v jeho chorobe, eventuálne sprievodcami v najťažších chvíľach.

Medzi lekármi, sestrami a pacientmi by mal byť vzťah vzájomnej úcty, rešpektu a porozumenia.

Etický prístup znamená akceptovať pacienta takého, aký je, takého, aký sa nám javí. Brať pacienta so všetkými jeho zmenami v chorobe, nezľahčovať jeho ťažkosti, vypočuť jeho názor, rešpektovať jeho podelenie sa s predchádzajúcimi skúsenosťami. Považovať chorého za partnera, najmä v rešpektovaní jeho individuality, chápať, že aj on má svoj názor na chorobu, na ošetrovanie a teda má následne právo spolurozhodovať o liečebnom postupe.

Profesionalita ošetrovateľskej starostlivosti je vyjadrená v Etickom kódexe pre

prácu sestier, ktorý stanovila medzinárodná rada sestier (ICN).

Pacientom s bolesťou a utrpením musí sestra venovať osobitnú pozornosť. Tu je našou úlohou predovšetkým eliminácia nepríjemných vnemov a takisto snaha o zapojenie pacienta do normálneho života v takej miere, ako mu to dovoľuje jeho základné ochorenie.

Našou najdôležitejšou úlohou je individuálny prístup ku každému pacientovi. Pacientova psychika je narušená bolesťou, preto je nervóznejší a najmä znechutený z neúspešných pokusov o liečbu. Preto sa musíme vyzbrojiť trpezlivosťou a pochopením, aby sme mohli poskytnúť potrebnú psychickú podporu. S bolesťou pri rakovine zaobchádzame inak ako s chronickou bolesťou nezhubného pôvodu. Poskytovatelia starostlivosti musia vedieť, že otvorená komunikácia sestier, pacientov a lekárov chorým podstatne pomáha prežiť posledné dni života bez strachu a úzkosti. Pri rakovine ide o proces progredujúcich zmien. Je potrebné pravidelne posudzovať poskytovanú

úľavu od bolesti, pretože jej podoba sa môže meniť. Je potrebné starať sa o všetky aspekty telesného pohodlia. Pacienti trpiaci bolesťami pri rakovine môžu mať reakcie „boja alebo úteku“, s ktorými sa obvykle stretávame pri akútnej bolesti, ale nezriedka trpia zároveň nespavosťou, stratou chuti do jedla, stratou libida, zápchou, zmenami osobnosti, prílišným zameraním na symptómy a nezaujmom o prácu. Pokiaľ bolesť pri rakovine nie je zvládnutá, utrpenie pacienta demoralizuje a vyčerpáva. Správne zaobchádzanie s bolesťami pri rakovine zahŕňa i pomoc chorému s rakovinou vo forme poskytovania zodpovedajúcej medikácie, pokoja a pozornosti.

Literatúra

- Bernadič, M., Kulichová, M.: Bolest'. Patofyziológia, diagnostika, liečba. 3. doplnené vydanie. Bratislava, SAP 1999, 102 s.
- Bernadič, M., Kulichová, M.: Bolest' – najčastejší symptóm v medicíne. S. 152–175. In: Ďuriš, I., Hulín, I., Bernadič, M.: Princípy internej medicíny. 1. diel. Bratislava, SAP 2001, 2951 s.

Bernadič, M., Štvrtinová, V., Bernadič, M., Jr.: Chronická bolesť pri PAO a možnosti jej ovplyvnenia. S. 236–250. In: Štvrtinová, V. (ed.): Choroby ciev. Bratislava, SAP 2008, 896 s.

Bernadič, M., Jr., Bernadič, M., Kulichová, M.: Bolest'. S. 55–80. In: Siman, J., Haruštiak, S., Kothaj, P., Pechan, J., Vajó, J.: Princípy chirurgie. Diel 1. Bratislava, SAP 2007, 923 s.

Nemčeková, M. et al.: Práva pacientov. Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti. Martin, Vydavateľstvo Osveta 2004, 213 s.

Ondrejovičová, J.: Komunikácia s pacientmi s malígnym ochorením. Sestra, 1, 2005, č. 2.

Ondriová, I.: Psychická a fyzická záťaž onkologických sestier. Sestra, 4, 2005, č. 12, s. 18. Ondriová, I. et al.: Etické aspekty ošetrovania v pediatrii. Cesta k modernému ošetrovateľstvu 5, 2003, s. 119–121.

Sofaer, B.: Bolest, príručka pro zdravotní sestry. Praha, Grada Publishing 1997, 104 s.

*Ing. Jarmila Dučaiiová
Združená stredná škola
A. Dubčeka 963/2
093 01 Vranov nad Topľou*

BIODOSTUPNOSŤ KALCIA z nealkoholického nápoja AQUA OS

Základom prevencie a liečby osteoporózy je zabezpečenie dostatočného príjmu kalcia a vitamínu D a dostatok pohybovej aktivity. Odporúčaná denná dávka pre adolescentov, tehotné a dojčiacie ženy, ženy po menopauze, ako aj mužov vo veku nad 65 rokov je 1200 – 1500 mg kalcia na deň. Prieskumy ukázali, že denný príjem kalcia u našich žien je 300 – 500 mg na deň, čo je hlboko pod odporúčaný denný limit. Dennú spotrebu vápnika môžeme získať v strave bohatej na kalcium, ako sú mlieko alebo mliečne produkty (tvrdé syry, jogurty, kyslomliečne produkty), väčšie množstvo sa nachádza aj v lieskových orieškoch, maku a brokolici. V prípade nedostatku kalcia v strave ho treba suplementovať vo forme liekov alebo výživových doplnkov. Často sa zabúda na minerálne vody bohaté na kalcium, ktoré sú nízkoenergetické, nezvyšujú cholesterol, naopak, obvyčajne sú zdrojom aj ďalších látok potrebných na tvorbu plnohodnotnej kosti. Navyše nám pomáhajú dodržať pitný režim. Mimoriadne bohatým zdrojom kalcia je

nealkoholický nápoj AQA OS, ktorého základ tvorí prírodná síranovo-hydrouhličitanová minerálna voda Korytnica. Tento nápoj je výnimočný svojím zložením – má vyvážený pomer životne dôležitých minerálov vápnika a horčíka, nízky obsah sodíka a zároveň lahodnú chuť. Práve vďaka osviežujúcej chuti a výnimočne nízkemu obsahu sodíka (11,3 mg/l) je vhodný na každodenné pitie. Obsahuje približne 600 mg kalcia a 160 mg horčíka na liter a je fortifikovaný vitamínom D. Obsahuje stopové prvky stroncium, meď, mangán a iné, ktoré aktivujú novotvorbu kostí, znižujú osteoresorpciu, stimulujú syntézu kolagénu, tvorbu osteoidu a jeho mineralizáciu (11). Niekoľko štúdií týkajúcich sa biodostupnosti kalcia z rôznych minerálnych vôd bolo publikovaných (1, 2, 3, 8). Aj keď sa použité metódy líšia, všeobecne sa dá konštatovať, že biodostupnosť kalcia z minerálnych vôd bohatých na kalcium je podobná alebo lepšia ako biodostupnosť kalcia z mlieka.

Mnohostranné účinky v organizme má vitamín D. Vitamín D₃ – cholekalciferol

môžeme získať zo živočíšnych produktov (studenovodné ryby, rybí olej, tresčia pečeň, maslo), z rastlinných zdrojov pochádza vitamín D₂ – ergokaliferol. 80 – 90 % vitamínu D získavame účinkom ultrafialového žiarenia. Dehydrocholesterol v koži sa mení účinkom UV-B žiarenia na cholekalciferol. Cholekalciferol sa ďalej hydroxyluje v pečeni a obličkách a konečným produktom je aktívna forma 1,25-dihydroxy vitamín D₃, kalcitriol. Kalcitriol má vlastnosti hormónu a spolu s ďalšími kalcitropnými hormónmi udržiava homeostázu kalcia a fosforu v organizme, zvyšuje absorpciu vápnika z čreva a znižuje hladinu parathormónu v sére. Kalcitriol ovplyvňuje v organizme približne 200 génov a jeho účinok sa zďaleka neskončí pri homeostáze kalcia. Zasahuje do regulácie buniek ich rastu a diferenciáciu. Nedostatok vitamínu D môže preto negatívne ovplyvniť vznik a priebeh autoimunitných ochorení, ako sú reumatoidná artritída, systémový lupus erythematosus, skleróza multiplex a ďalšie, svalové funkcie, nervový systém

.... osteoporóza dostala prezývku „epidémia tohto tisícročia“ osteoporóza vykazuje taký prudký nárast výskytu ako takmer žiadna iná choroba približne 75 miliónov ľudí v Európe, USA a Japonsku je postihnutých osteoporózou každá tretia žena a približne každý piaty muž utrpia do konca svojho života zlomeninu spôsobenú osteoporózou ... každoročný počet osteoporotických zlomenín u žien je vyšší ako počet prípadov mozgovej mŕtvice, infarktu a rakoviny prsníka ... riziko utrieť počas života fraktúru spojenú s osteoporózou je dnes približne 40% a je tým na rovnakej úrovni ako riziko srdcovo-cievneho ochorenia vzhľadom na jej bezbolestný priebeh a nedostatočnú osvetu u pacientov je osteoporóza stále silne poddiagnostikovaná

BOJÍTE SA OSTEOPORÓZY?

Ideálna celoživotná prevencia osteoporózy
a podpora pitného režimu zároveň.



TENTO PRODUKT ODPORUČA:
Slovenská spoločnosť pre osteoporózu
a metabolické ochorenia kostí

AQUAOS

1 LITER DENNE

- optimálne zloženie pre zdravý vývoj kostí
- v 1 litri je 600 mg prírodného, vynikajúco absorbovateľného kalcia, 160 mg prírodného magnézia, 400 IU rovnomerne rozptýleného vitamínu D a stopové prvky stroncium a mangán
- účinnosť overená štúdiou Národného ústavu reumatických chorôb
- minimálny obsah sodíka, žiadne kalórie, žiadne látky zaťažujúce organizmus, bez nežiadúcich účinkov
- vhodné na dlhodobé užívanie
- chutný, osviežujúci nealkoholický nápoj, bez dosycovania CO₂ - ideálna podpora pitného režimu
- program AQUA OS už od 21,90 EUR za mesiac
(cena za 30 litrov vrátane donášky do vášho domu)

Ako sa zaradiť do programu?

www.aquaos.eu alebo bezplatné telefónne číslo - **0800 500 013**

a tiež rakovinu hrubého čreva, prsníkov, vaječníkov a prostaty. Štúdie vo svete aj u nás ukázali, že väčšina žien a starších ľudí má v zimných mesiacoch nedostatok vitamínu D (9, 12, 13). Sledovanie súboru premenopauzálnych žien na Slovensku ukázalo, že už v októbri má 38% žien mierny nedostatok vitamínu D (14). Zimné mesiace december, január, február, keď je slnečného žiarenia málo a intenzita nízka, by sme mali myslieť na suplementáciu vitamínu D. V Amerike, severných krajinách a západnej Európe sa veľa potravín fortifikuje vitamínom D. Medzi prvé lastovičky u nás patrí nealkoholický nápoj AQUA OS fortifikovaný cholekalci-ferolom v množstve 400 IU/l.

Cieľom našej štúdie bolo sledovať biodostupnosť vápnika z vitamínom D fortifikovaného nealkoholického nápoja AQUA OS s vysokým obsahom kalcia u zdravých premenopauzálnych žien.

Materiál a metódy

Štúdia sa uskutočnila v Národnom ústave reumatických chorôb v Piešťanoch a na štúdiu sa zúčastnilo 12 zdravých premenopauzálnych žien. Štúdiu schválila etická komisia Národného ústavu reumatických chorôb. Všetky ženy po dôkladnom poučení podpísali informovaný súhlas. U žien boli na začiatku štúdie vyšetrené: sedimentácia erytrocytov, krvný obraz a semikvantitatívne moč. Ženy vypili 0,5l nealkoholického nápoja AQUA OS obohateného o vitamín D ráno nalačno. Deň pred štúdiou konzumovali ženy len ľahko stráviteľnú stravu a nepožili alkohol. Po polnoci už nekonzumovali žiadnu potravu. V priebehu štúdie, počas 4 hodín ženy zostávali nalačno a nepili ďalšiu vodu.

V deň odberu krvi sa ženám zaviedla intravenózna ihla. Krvné vzorky (3 ml bez venostázy) sa odobrali pred užitím v čase 0, potom po 1, 2, 3 a 4 hodinách po vypití nealkoholického nápoja AQUA OS. Vzorky moču sa odoberali pred začiatkom štúdie a po 2 a 4 hodinách. V sére a moči sa stanovovalo kalcium ešte v deň odberu a ďalšie tri vzorky séra z každej vzorky krvi sa zamrazili a skladovali zmrazené pri -60°C až do vykonania analýzy.

V sére sa ešte určoval intaktný parathormón (iPTH), 25-hydroxyvitamín D a marker osteoresorpcie CTx (CrossLaps).

Nealkoholický nápoj AQUA OS použitý v štúdiu obsahoval 628 mg kalcia na liter a bol obohatený dispergovanými mikročasticami vitamínu D_3 – 160 IU/L (produkt Dry Vitamín D_3 100 GFP od spoločnosti BASF, Nemecko, určený na fortifikáciu nápojov).

Tabuľka 1. Zmena sérovej koncentrácie vápnika počas 4 hodín po aplikácii nealkoholického nápoja AQUA OS

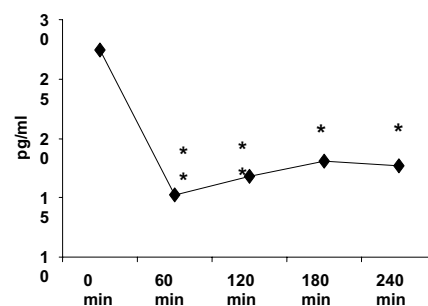
Časy, hodiny	sCa mmol/l
0	$2,28 \pm 0,028$
1	$2,34 \pm 0,11^{**}$
2	$2,34 \pm 0,09^*$
3	$2,34 \pm 0,09^*$
4	$2,33 \pm 0,09$

Signifikantný rozdiel v porovnaní s začiatčnou hodnotou meranou v čase 0, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Výsledky

Všetky ženy dokončili štúdiu a veľmi dobre spolupracovali. Z hľadiska krvného obrazu, sedimentácie a močového nálezu boli všetky ženy spôsobilé zúčastniť sa na klinickej štúdiu.

Po aplikácii AQUA OS sa významne zvýšila sérová koncentrácia kalcia, priemerne o 3% už po prvej hodine a zostala zvýšená počas ďalších 2 hodín (tab. 1). Kalcium v moči v priebehu štúdie sa zvýšilo, ale neprekročilo normálne hodnoty. Koncentrácia iPTH negatívne koreluje s koncentráciou kalcia a po zvýšení koncentrácie kalcia v sére reaguje poklesom. Sérová koncentrácia iPTH v našej štúdiu sa preukazne znížila už po prvej hodine a zostala znížená počas celej štúdie na hladine významnosti $p < 0,05$ a $p < 0,01$ (obr. 1). Jedna žena bola zo súboru vylúčená pre podozrenie na hyperparatyreózu. CTx (CrossLaps) obsahuje degradačné produkty z telopeptidickej časti kostného kolagénu typu I, ktoré sa do cirkulácie uvoľňujú pri osteoresorpcii. CTx preukazne klesol po dvoch hodinách a zostal znížený aj počas ďalších 2 hodín ($p < 0,05$ a $p < 0,01$) (obr. 2). Koncentrácia 25-hydroxyvitamínu D je ukazovateľom celkového

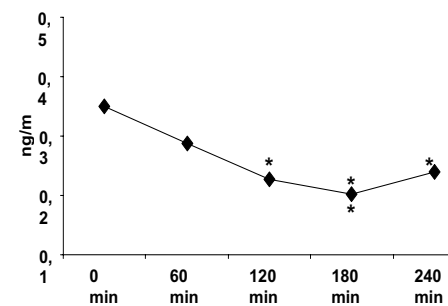


Obrázok 1. Časový priebeh zmien priemernej sérovej koncentrácie iPTH po aplikácii nealkoholického nápoja AQUA OS. Priemerné hodnoty 11 žien. Signifikantný rozdiel v porovnaní s bazálnou hodnotou v čase 0, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

štatútu vitamínu D v organizme. Pretože štúdia sa robila vo februári, naše zdravé ženy bez výnimky mali koncentráciu 25-hydroxyvitamínu D v rozmedzí 25 – 74 nmol/l, čo sa považuje za nedostatočnú koncentráciu. Koncentrácia 25-hydroxyvitamínu D v sére po aplikácii AQUA OS (160 IU/l vitamínu D_3) sa významne nezmenila.

Diskusia

Nealkoholický nápoj AQUA OS má vysoký obsah kalcia približne 600 mg/l a magnézia 160 mg/l (podľa aktuálneho zloženia minerálnej vody Korytnica) a zároveň nízky obsah sodíka. O výbornej biodostupnosti kalcia svedčí zvýšená koncentrácia kalcia v sére a významný pokles sérovej koncentrácie iPTH po aplikácii 0,5l nealkoholického nápoja AQUA OS zdravým ženám nalačno. Koncentrácia iPTH po prvej hodine klesla o 44,6%, CTx po 3 hodinách o 42%. Tieto výsledky sú v súlade s pozorovaním Guillemanta a spol. (7), ktorí po aplikácii 0,5 litra minerálnej vody ešte s menším obsahom kalcia 344 mg/l mladým mužom zistili 34% pokles iPTH po prvej hodine a pokles CTx o 34,7% po 3 hodinách, kým po aplikácii minerálnej vody s nízkym obsahom kalcia (<10 mg/l) bol pokles týchto parametrov významne menší. Podobný pokles PTH a markerov kostnej resorpcie močového deoxyypyridinolu a CTx sa pozoroval po jednorazovej aplikácii oveľa väčšieho množstva kalcia, 1000 – 1500 mg (4, 5, 6). Tieto výsledky potvrdzujú už známu skutočnosť, že aplikácia kalcia v menších dávkach zvyšuje jeho absorpciu z intestinálneho traktu, čo je pri minerálnych vodách veľmi pravdepodobné, pretože ľudia pijú nápoje v menších množstvách. Meunier a spol. (10) sledovali vplyv minerálnej vody bohatej na kalcium (596 mg/l) a minerálnej vody s nízkym obsahom



Obrázok 2. Časový priebeh zmien priemernej sérovej koncentrácie CTx po aplikácii nealkoholického nápoja AQUA OS. Priemerné hodnoty 11 žien. Signifikantný rozdiel v porovnaní s bazálnou hodnotou v čase 0, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

kalcia (10 mg/l) u 180 zdravých postmenopauzálnych žien rozdelených do dvoch skupín. Po 6 mesiacoch u žien, ktoré užívali 1 liter minerálnej vody bohatej na kalcium, významne klesol sérový parathormón a markery kostného obratu. Naopak u žien, ktoré užívali minerálnu vodu s nízkym obsahom kalcia markery osteoresorpcie, sa zvýšili. Nepozorovali sa žiadne nežiaduce účinky minerálnej vody bohatej na kalcium. Záverom autori konštatujú, že minerálna voda bohatá na kalcium môže suplementovať nedostatočný príjem kalcia a redukovať kostný úbytok u postmenopauzálnych žien a zároveň prispieva k dostatočnej hydratácii organizmu.

Nízke koncentrácie 25-hydroxyvitamínu D u našich žien v štúdií svedčia o nízkej hladine aktívneho vitamínu D v organizme a tieto výsledky sú v súlade s publikovanými údajmi (9, 13). Po aplikácii AQUA OS 160 IU /L sme nezistili preukaznú zmenu sérovej koncentrácie 25-hydroxyvitamínu D, preto sme odporučili množstvo cholekalciferolu v AQUA OS zvýšiť na 400 IU/l.

Nealkoholický nápoj AQUA OS má preukazne vysokú biodostupnosť kalcia a predstavuje nielen ďalší dietárny zdroj kalcia, ale znižuje akútnu sekréciu parathormónu a osteoresorpciu. Príjem vitamínu D môže zvýšiť nielen absorpciu kalcia, ale môže prispieť k zdravej výžive

našej populácie a predchádzať tak osteoporóze a iným chronickým ochoreniam, ktoré sa spájajú s nedostatkom kalcia a vitamínu D.

Literatúra

1. Bacciotiny, L. et al.: Calcium bioavailability from a calcium-rich mineral water, with some observations on method. *J. Clin. Gastroenterol.*, 38, 2004, s. 761–766.
2. Böhner, H. et al.: Calcium supplementation with calcium-rich mineral waters: A systemic review and meta-analyses of its bioavailability. *Osteoporosis Int.*, 11, 2000, s. 938.
3. Cepollaro, C. et al.: Effect of calcium supplementation as a high-calcium mineral water on bone loss in early postmenopausal women. *Calcif. Tissue Int.*, 59, 1996, s. 238–239.
4. Couzy, F. et al.: Calcium bioavailability from a calcium- and sulfate-rich mineral water, compared with milk, in young adult women. *Am. J. Clin. Nutr.*, 62, 1995, s. 1239–1244.
5. Gullimant, J., Guillimant, S.: Comparison of the suppressive effect of two doses (500 mg vs. 1500 mg) of oral calcium on parathyroid hormone secretion and cyclic AMP. *Calcif. Tissue Int.*, 53, 1993, s. 304–306.
6. Guillemant, J. et al.: Acute effects induced by calcium-rich mineral water on calcium metabolism and parathyroid function. *Osteoporosis Int.*, 7, 1997, s. 85–86.
7. Guillemant, J. et al.: Mineral water as a source of dietary calcium: acute effects on parathyroid function and bone resorption in young men. *Am. J. Clin. Nutr.*, 71, 2000, s. 999–1002
8. Heaney, R.P.: Absorbability and utility of calcium in mineral waters. *Am. J. Clin. Nutr.*, 84, 2006, s. 371–374.
9. Masaryk, P. a spol.: Funkčný status vitamínu D u premenopauzálnych žien na Slovensku s normálnou kostnou denzitou. *Rheumatologia*, 24, 2010, s. 39–43.
10. Meunier, P.J. et al.: Consumption of high calcium mineral water lower biochemical indices of bone remodelling in postmenopausal women with low calcium intake. *Ost. Int.*, 16, 2005, s. 1203–1209.
11. Němčíková, P. a spol.: Vztah sérových hladin manganu a meďi k denzitě a kvalitě kostí u postmenopauzálních žen. Pilotní studie. *Osteol. Bull.*, 14, 2009, s. 97–100.
12. Sethi, M. et al.: Vitamin D status in four ethnic groups. *Andocrine Abstracts*, 15, 2008, s. P15.
13. Vanuga, P. a spol.: Vitamin D levels in young healthy premenopausal females in Slovakia *Endocrine Abstracts*, 20, 2009, s. P266.

Ing. M. Stančíková, CSc.

*Prof. MUDr. J. Rovenský, DrSc., FRCP
Národný ústav reumatických chorôb,
Nábřežie I. Krasku 4, 921 01 Piešťany
e-mail: stancikova@nurch.sk*

20 ROKOV PREPARÁTU BIOMIN H®

Biomin H® v prevencii a liečbe osteoporózy

Úvod do histórie

Slepačia vaječná škrupina slúži v prvom rade ako ochrana kuracieho embrya. Ako zdroj vápnika sa používa v humánnej výžive už veľa rokov v rozdrvenej forme ako súčasť rôznych zmesí (s alkoholom, citrónovou šťavou). V ľudovom liečiteľstve sa tieto zmesi používali najmä ako podporný liek pri liečbe tuberkulózy ako podpora kalcifikácie. Maďarský lekár Krompecher so svojimi spolupracovníkmi už v 40. rokoch vypracovali základ terapie s vaječnými škrupinami. Bol pracovníkom Biologického výskumného ústavu v Tihanyi a v povojnových rokoch 1945 – 1947 nastúpil ako praktický lekár v oblasti Balatónu. Stretával sa s ťažkými prípadmi rachitidy a z prostriedkov, kto-

ré mal k dispozícii, využil vaječné škrupiny. V rozsiahlych metabolických štúdiách a experimentálnych prácach dokázal opodstatnenosť používania drvených a mletých vaječných škrupín pri liečbe rachitidy. Rachitickým deťom podával denne až 6 g vaječných škrupín. Tieto boli tepelne ošetrené v obyčajných peciach. Počas terapie pozoroval ústup typických deformácií kostry a zlepšenie krvného nálezu (zvýšenie počtu erytrocytov, úpravu sedimentácie). Liečeným deťom sa zvýšila hmotnosť a zlepšila sa ich fyzická kondícia. Podávaním vaječných škrupín tehotným ženám v rodinách s výskytom rachitidy sa znížila frekvencia rachitických novorodencov a podstatne sa znížil aj počet vrodených bedrových anomálií.

Svoje skúsenosti zhrnul v knihe *Die Knochenbildung* (1937) a hlavne v publikácii *Die Grundlage der Eierschalentherapie*, ktorá bola vydaná roku 1958. Prof. Lichenstein (1948) o prášku z vaječných škrupín píše tiež ako o veľkom zásobníku vápnika, ktorý sa odhadzuje namiesto toho, aby sa využíval.

Éra Biominu H sa začala písať v 80. rokoch, keď MVDr. Karol Michálek prišiel na nový spôsob spracovania vaječných škrupín spočívajúci v mytí, sušení, mletí a tepelnom ošetrení, ktorý bol v 90. rokoch patentovaný v ČSSR, v rôznych európskych krajinách a neskôr aj v USA. Biomin H® ako liek bol zaregistrovaný roku 1992. Biomin H® je prírodný zdroj vápnika, ktorý okrem vápnika a fosforu obsahuje

stopové množstvá ďalších prvkov a malé množstvo organických látok, ktoré môžu účinky vápnika vhodne dopĺňať alebo potencovať. Jeden gram prášku obsahuje 370 mg vápnika, 0,6 mg fosforu a 5 mg horčíka a ďalšie prvky (tab. 1).

Tabuľka 1. Zloženie Biominu H

Prvok	Jednotky	Množstvo*
Dusík	mg/g	3,96
Amoniak	mg/g	0,38
Vápnik	mg/g	370
Horčík	mg/g	5,0
Fosfor	mg/g	0,60
Stroncium	µg/g	372
Zinok	µg/g	5,1
Mangán	µg/g	0,2
Železo	µg/g	22,4
Meď	µg/g	5,7
Lítium	µg/g	0,3
Bór	µg/g	<0,5
Chróom	µg/g	0,12
Fluór	µg/g	3,75
Selén	ng/g	23,5
Vanád	µg/g	<0,5
Olovo	µg/g	<0,5
Hliník	µg/g	1,2
Kadmium	ng/g	<50
Ortuť	µg/g	<0,2

*Priemer zo 6 stanovení.

Vápnik v prevencii a liečbe osteoporózy

Najvhodnejším zdrojom vápnika zostáva naďalej strava bohatá na vápnik, najmä mlieko, mliečne výrobky, jogurty, tvrdé syry a iné, pretože kosť potrebuje aj ďalšie výživné látky a vyvážený prísun minerálov a vitamínov (1). Niektorí ľudia sa mlieku vyhýbajú pre vysoký obsah tukov, iní pre laktózovú intoleranciu alebo pre alergické reakcie na mliečne výrobky. Dlhodobé štúdie vo viacerých európskych krajinách a v Amerike ukázali, že strava zďaleka neobsahuje potrebné množstvo vápnika a táto skutočnosť zvyšuje riziko vzniku osteoporózy a následných zlomenín (tab. 2). Na odporúčenie WHO sa preto pristúpilo k jeho suplementácii v strave rôznymi vápnikovými preparátmi. Aj keď odporúčané dávky sa môžu líšiť podľa predstáv rôznych expertných skupín, podstatne sa nelíšia od údajov uvedených v tabuľke 2. Spotreba vápnika sa vekom mení. Veľmi dôležitý je dostatočný prísun vápnika v detskom veku a puberte, aby sa v mladosti dosiahla geneticky determinovaná optimálna kostná

hmota, ktorá neskôr významne ovplyvní riziko osteoporózy (2). V dospelosti je dôležité kostnú hmotu udržať a v starobe jej úbytok minimalizovať.

Vápnik do organizmu vstupuje výlučne cestou absorpcie z intestinálneho traktu. Z čreva sa absorbuje dvoma mechanizmami: aktívnym transportom cez črevnú stenu prostredníctvom bielkoviny viažucej vápnik, alebo pasívnym transportom podľa koncentračného gradientu. Aktívny transport dominuje pri nízkom prívode Ca a zabezpečuje až 70% resorpcie Ca. Naopak, pri nadmernom príjme Ca (> 3g/deň) klesá jeho podiel na 20% (3). Transportný systém je pod kontrolou kalcitriolu, ktorý aktívny transport Ca stimuluje. Pasívna difúzia má veľký význam u starších ľudí (> 65 rokov), u ktorých aktívny transport klesá v dôsledku nedostatku kalcitriolu a zníženej gastrointestinálnej citlivosti ku kalcitriolu. Absorbovateľnosť vápnika závisí aj od formy aplikovaného vápnika, aj od ďalších zložiek potravy. Absorpciu vápnika znižuje prítomnosť fosfátov, šľavelanov, kyseliny fytovej, nadmerného množstva vlákniny, solí horčíka, draslíka a sodíka. Namiesto podávania neúmerne vysokých dávok vápnika sa odporúča zlepšiť jeho vstrebávanie a retenciu, t. j. znížiť príjem nátria (kuchynskej soli) a fosfátov (niektoré nápoje), obmedziť metabolickú acidózu a zabezpečiť odporúčanú dennú dávku vitamínu D (4). Vápnikové preparáty je vhodné podávať spolu s jedlom alebo po ňom v kombinácii s citrusovými džúsami (kyslé prostredie zlepšuje dostupnosť vápnika). Použiť menšie množstvo < 500 mg v jednej dávke a aplikovať častejšie. Odporúča sa jednu dávku podať aj večer pred spaním, pretože sa tým znižuje nočný vrchol koncentrácie parathormónu v krvi obvykle spojený s nočným zvýšením osteoresorpcie. U zdravých ľudí sa príjem vápnika do 2,500 mg/deň po-

važuje za bezpečný. Opatrnosť je vhodná u pacientov s nefrolitiázou a urolitiázou okrem oxalátových kameňov, kde naopak vychytávanie oxalátov vápnikom zo stravy v intestinálnom trakte môže zabrániť vzniku kameňov. Kontraindikáciou je aj nefrokalcinóza, hyperkalcémia; opatrnosť sa vyžaduje u digitalizovaných pacientov (5, 6). Chronický nedostatok kalcia v strave a znížená absorpcia z čreva u postmenopauzálnych žien a starších osôb predstavuje vážny rizikový faktor pre urýchlený úbytok kostnej hmoty.

Samo kalcium tvorí 1 – 2% celkovej hmotnosti ľudského tela a z tohto množstva sa 99% nachádza v kostiach. Vápnik má v organizme nenahraditeľnú funkciu a okrem podpornej úlohy v kostiach a dentálnej hmote je súčasťou viacerých metabolických procesov. Má vplyv na nervovosvalovú dráždivosť, na svalovú kontrakciu, na krvnú zrážanlivosť, priepustnosť bunkových membrán, pôsobí ako sekundárny messenger pri pôsobení hormónov a ďalších signálnych dráh (1). Sérová koncentrácia vápnika je pod kontrolou hormónov parathormónu, kalcitriolu a v menšej miere kalcitonínu. Na zabezpečenie vitálnych funkcií organizmu sa sérová koncentrácia kalcia udržuje v úzkom rozmedzí 2,1 až 2,7 mmol/l.

V súčasnosti sa vápnik suplementuje najmä ako prevencia osteoporózy a kostných fraktúr. Osteoporóza je definovaná ako systémové, metabolické ochorenie, ktoré sa vyznačuje znížením obsahu kostnej hmoty a narušením mikroarchitektúry kosti, čo zapríčiňuje zvýšenú fragilitu kostí, a tým zvýšené riziko fraktúr už pri minimálnej traume (6). Keďže kalcium tvorí základnú zložku kostného minerálu, jeho podávanie predstavuje absolútnu a nevyhnutnú podmienku akejkoľvek liečby osteoporózy („conditio sine qua non“). Monoterapia kalciumom je spravidla neúčinná pri vysokoobratovej postmenopau-

Tabuľka 2. Optimálny denný príjem vápnika pre jednotlivé vekové kategórie

Veková kategória	Optimálny denný príjem (mg)	
Deti	0 – 6 mesiacov	400
	6 mesiacov – 1 rok	600
	1 – 5 rokov	800
	6 – 10 rokov	800 – 1200
Dospievajúci	11 – 24 rokov	1200 – 1500
Muži	25 – 65 rokov	1000
	nad 65 rokov	1500
Ženy	gravidné a dojčiace	1200 – 1500
	25 rokov – menopauza	1000
	postmenopauzálne s HRT	1000 – 1200
	bez HRT	1500

zálnej osteoporóze (6). Je však aj v tomto prípade vhodným doplnkom hormonálnej substitučnej terapie (7). U ostatných postmenopauzálnych žien suplementácia vápnikom obyčajne vedie k malému prírastku kostnej denzity v niektorých lokalitách kostného skeletu alebo aspoň k spomaleniu jej úbytku (8, 9). Z hľadiska priaznivého účinku suplementácie vápnika na výskyt zlomenín u starších žien bola účinnosť suplementácie vápnikom v prevencii kompresie stavcov opakovane dokázaná (10, 11). Iné výsledky potvrdzujú účinnosť suplementácie vápnikom v prevencii zlomenín proximálneho femuru. V kombinácii s vitamínom D je liekom voľby pri senilnej osteoporóze, najmä u inštitucionalizovaných pacientov (2, 12). Veľký význam má optimalizácia celkového množstva dosiahnuteľnej kostnej hmoty (PBM – peak bone mass) v prvých dekádach života. I keď maximálna kostná hmota je do značnej miery geneticky determinovaná, trvalý a dostatočný prívod vápnika významne ovplyvňuje akumuláciu kostnej hmoty u rastúcich detí a dospievajúcich (13, 14).

Iste je vhodná otázka, prečo suplementovať vápnik vo forme Biominu H[®]. Na túto otázku by mali dať odpoveď práce, v ktorých sa Biomin H[®] testoval či už experimentálne *in vitro*, event. na zvieratách alebo u ľudí, ktoré sú v tejto práci zhrnuté.

Zloženie preparátu Biomin H[®]

Zastúpenie vápnika a ďalších prvkov v Biomine H[®] osciluje okolo hodnoty uvedenej v tabuľke 1 a závisí najmä od obdobia znášky, či ide o zimnú, jarnú, letnú alebo jesennú znášku vajec. Na kvalitu pripraveného prášku však nemá výrazný vplyv. Hodnoty bóru, vanádu, olova, kadmia a ortuti sú pod detekčným limitom. Schaafsma a spol. (15) porovnali vplyv krmiva na zloženie prášku z vaječných škrupín vyrobených v Holandsku z 3 rôznych zdrojov vajec. Vaječné škrupiny od sliepok chovaných na „zelenej tráve“ a kŕmené obilím a strukovinami obsahujú viac stroncia, ale aj olova a kadmia ako škrupiny od sliepok kŕmených štandardnou kŕmnom zmesou. Autori to považujú za následok environmentálneho znečistenia. Biomin H[®] v porovnaní s práškom z vaječných škrupín z holandských chovov patrí medzi zdroje vápnika s najnižším obsahom ťažkých kovov najmä kadmia (tab. 1).

Zo stopových prvkov vo významnom množstve je zastúpené stroncium (371 ± 161 µg/g). Ak sa suplementuje vápnik v preparáte Biomin H[®] v dávke 6 g Biomi-

nu H[®] na deň, množstvo stroncia pokryje polovicu jeho dennej potreby. Stroncium je chemickým analógom vápnika, ktorý sa môže zabudovať do kostnej hmoty. Na kostné bunky má antiresorpčný a najmä výrazný anabolický účinok (16). Na trhu sú stronciové prípravky; (stronciumranelát) ako lieky podporujúce osteoformáciu v terapii osteoporózy. Za zmienku stojí aj prítomnosť ďalších stopových prvkov, ako sú horčík, zinok, meď, mangán, fluór, ktoré môžu ovplyvniť najmä kvalitu kostnej hmoty. Horčík má na kosť viaceré účinky, zasahuje do remodelácií kostí, ovplyvňuje pevnosť kostí a zúčastňuje sa na ich ochrane (17). Horčík nie je integrálnou súčasťou hydroxyapatitových kryštálikov, skôr sa nachádza na ich povrchu a inhibuje ich tvorbu. Limitáciou veľkosti týchto kryštálikov sa zvyšuje pevnosť kostí. Deficiencia horčíka mení metabolizmus vápnika, často zapríčiňuje hypokalcémiu (hypokalcémia je obyčajne spojená s potlačenou sekréciou parathormónu), abnormality vitamínu D a neuromuskulárnu hyperexcitáciu (18). Možný účinok rôznych kovov na kosť a osteoporózu rozoberá vo svojej práci Eaton-Evans (19). Meď je kofaktorom lyzyl oxidázy, ktorá má dôležitú úlohu pri maturácii kolagénu. Fluór je esenciálny prvok nevyhnutný pre normálny rast skeletu a dentálnej hmoty. V súčasnosti sa zlúčeniny fluóru využívajú ako anabolické lieky v liečbe osteoporózy (20).

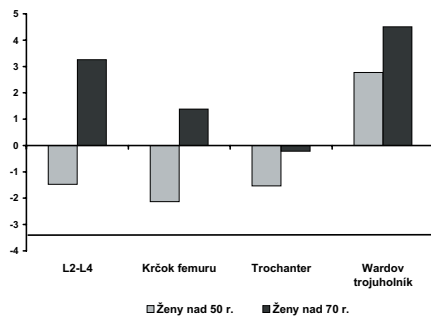
Častá averzia k prírodným zdrojom kalcia vyplýva zo strachu z nečistôt, najmä ťažkých kovov. V niektorých prípadoch, ako je to napr. pri dolomite ako zdroja vápnika, to aj platí, pretože sa v ňom našlo zvýšené množstvo ťažkých kovov. Neplatí to však o preparáte Biomin H[®]. Mimoriadne zaujímavé je zistenie Holanďanov (15), že potenciálne toxické prvky, ako sú ťažké kovy: olovo, ortuť a kadmium, sú obsiahnuté v prášku z vaječných škrupín, či už zo Slovenska alebo z Japonska v menších množstvách, ako sú v preparáte z čistého uhličitanu vápenatého alebo z ulity ustríc. Obsah ťažkých kovov vo vaječných škrupinách je hlboko pod akceptovateľný denný príjem aj pri odporúčenej dennej dávke kalcia 1200 mg. Tento fakt je zrejme následkom vycytávania ťažkých kovov v pečeni, obličkách a iných orgánoch sliepky.

Absorpcia vápnika z uhličitanu vápenatého a z prášku vaječných škrupín

Vápnik je v škrupinách prítomný vo forme uhličitanu vápenatého. Uhličitan vápenatý sa pre svoju nerozpustnosť vo

vode dlho podceňoval ako zdroj vápnika, uprednostňovali sa rozpustnejšie organické soli vápnika, ako napr. citrát vápenatý alebo askorbát vápenatý. Ukázalo sa však, že absorpcia vápnika z rôznych solí sa výrazne nelíši. Uhličitan vápenatý je vo vode síce nerozpustný, ale pri kyslom pH žalúdka sa veľmi ľahko ionizuje. Autori Deroisy a spol. (21) porovnávali biologickú dostupnosť vápnika z rôznych solí, ako sú uhličitan vápenatý, laktoglukonát vápenatý, citrát vápenatý, pidolát vápenatý a ossein-hydroxyapatit u mužov. Dostupnosť vápnika stanovovali nepriamo; sledovali zvýšenie sérového Ca a zníženie koncentrácie parathormónu v sére po jednorazovom podaní 500 mg Ca vo forme týchto solí. Všetky testované preparáty zvyšovali Ca v sére a znižovali koncentráciu parathormónu. Hladinu parathormónu v sére najvýraznejšie znižoval uhličitan vápenatý, z neho sa resorbulovalo najviac vápnika, za ním nasledoval citrát vápenatý a potom ostatné soli. Uhličitan vápenatý má aj ďalšiu výhodu v tom, že pomer vápnika k uhličitanovému zvyšku je priaznivý a pacienti pri predpísanej dávke napr. 1 g Ca stačí užiť 2,5 g soli, event. 2,7 g prášku z vaječných škrupín, kým vo forme napr. laktátu vápenatého potrebuje 7,7 g soli. Schaafsma a Beelen (22) študovali absorpciu vápnika z uhličitanu vápenatého a prášku z vaječných škrupín na miniprasiatkach. Stráviteľnosť vápnika u miniprasiatok je dobrou proximálnou metódou pre sledovanie absorpcie vápnika, pretože intestinálna absorpcia u týchto zvierat je najbližšia človeku. Absorpciu vápnika sledovali v dvoch diétnych zmesiach, v kombinácii s kazeínom alebo bielkovinami izolovanými zo sóje. V oboch prípadoch absorpcia vápnika bola v prospech prášku z vaječných škrupín. Sója obsahuje izoflavóny, ktoré majú mierne estrogénne účinky, čím pôsobia preventívne proti osteoporóze (23). Na druhej strane však sójové proteíny inhibujú absorpciu vápnika. Dôležitým zistením je preto aj skutočnosť, že tieto bielkoviny inhibujú absorpciu vápnika z vaječných škrupín menej ako z čistého uhličitanu vápenatého. Klinická štúdia robená v Národnom ústave reumatických chorôb v Piešťanoch porovnávala absorpciu vápnika z Biominu H[®] a Calcium effervesens Sandoz. Zdravým ženám (12 žien) vo veku 25 – 45 rokov sa jednorazovo podalo 1000 mg kalcia nalačno vo forme jedného z uvedených vápnikových preparátov. Sérové kalcium a intaktný parathormón sa určovali v časových intervaloch 0, 60, 120, 240, 300, 360 a 420 minút. Počas

experimentu boli ženy nalačno, pili iba vodu s nízkym obsahom vápnika. Hladiny parathormónu významne klesali a kalcia v sére významne stúpali po oboch prípravkoch (obr. 1). Výsledky však ukázali, že v priebehu 7 hodín sa z prípravku Biomin H[®] absorbovalo približne o 30% viac vápnika v porovnaní so šumivým kalcium Sandoz.



Obrázok 1. Pokles sérovej koncentrácie parathormónu po aplikácii Biominu H[®] a šumivého kalcia – Calcium Sandoz effervescent.

Biomin H[®] – rastové faktory a iné biologicky aktívne látky

Biomin H[®] obsahuje aj biologicky aktívne látky somatomedíny podporujúce rast kostnej hmoty a chrupky. Historický názov „somatomedín“ vyjadruje schopnosť týchto látok modulovať účinky rastového hormónu GH (growth hormon). V 80. rokoch sa izolovali inzulínu podobné rastové faktory IGF-I (insulin-like growth factor-I, pôvodný názov somatomedín C), IGF-II a ďalšie. Vo svetle najnovších poznatkov však somatomedínová teória prešla dôkladnou revíziou, a v súčasnosti sa vie, že IGF rastové faktory sa nesyntetizujú len v pečeni, ale aj iných, keď aj nie vo všetkých tkanivách a majú aj účinky nezávislé od rastového hormónu (24). IGF-I má kľúčovú úlohu pri formovaní a rastu dlhých kostí, v kostnej remodelácii pôsobí ako spojovací faktor medzi kostnou resorpciou a formáciou, uvoľňuje sa pri kostnej resorpcii a stimuluje diferenciáciu osteoblastov (20). Dve prospektívne štúdie ukázali, že nízka sérová hladina IGF-I predstavuje zvýšené riziko pre vertebrálne fraktúry a fraktúry femuru (25, 26). IGF-I sa zaraďuje aj medzi anabolické prípravky v liečbe postmenopauzálnej osteoporózy.

V *in vitro* kultúrach chrupiek panvových kostí kuracích embryí prejavuje Biomin H[®] výraznú somatomedínovú aktivitu (27). V množstve 15 mg Biominu H[®] v inkubačnom médiu má somatomedí-

novú aktivitu odpovedajúcu somatomedínovej aktivite 1 ml normálneho ľudského séra. Sledovanie somatomedínovej aktivity v sérach pacientov pred liečbou a po liečbe preparátom Biomin H[®] ukázalo zvýšenie somatomedínovej aktivity, i keď toto zvýšenie nebolo štatisticky preukazné. Pozoruhodná je signifikantná pozitívna korelácia medzi zvýšením somatomedínovej aktivity a nárastom denzity v oblasti krčka femuru u postmenopauzálnych žien, ktoré boli liečené preparátom Biomin H[®].

Bohatším zdrojom rastových faktorov je vaječná blana a stojí zrejme za uváženie, či tieto blany treba odstraňovať pri spracovaní alebo nie. Schaafsma a spol. (15) našli vo vaječných škrupinách aj malé množstvo kalcitonínu (10 – 25 ng/g) a progesterónu (0,30 – 0,33 ng/g). Biomin H má aj mierne imunostimulačné vlastnosti; *in vitro* stimuluje T-lymfocyty a zvyšuje aktivitu NK-buniek (28).

Enzymohistochemická štúdia Pavlíkovej a spol. (29) o účinku Biominu H[®] na embryonálne chrupky kurčaťa pestované *in vitro* dokázala výrazný stimulačný efekt tohto preparátu na rast chrupky.

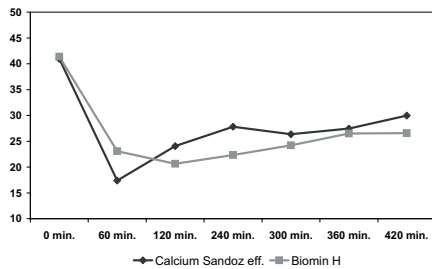
Experimentálne práce na zvieratách

Štúdie na ovariektomovaných potkaních samiciach znovu ukázali, že Biomin H[®] je viac ako uhličitan vápenatý. Ovariektomované potkanie samice po 9. týždňoch stratia výraznú časť svojej kostnej hmoty, podobne ako ženy po menopauze. Pretože metabolizmus u týchto zvierat je oproti človeku výrazne rýchlejší, je i úbytok kostnej hmoty rýchlejší. Preto sa tento model používa ako model postmenopauzálnej osteoporózy. Kým zvieratá liečené chemicky čistým uhličitanom ukázali len malé zlepšenie v kostnej minerálnej denzite a kostnom minerálnom obsahu, zvieratá liečené Biominom H[®] boli výrazne lepšie ako neliečené ovariektomované potkanie samice (30). V moči potkaních samíc výrazne znižuje koncentráciu pyridinolínu a deoxypyridinolínu (31). V ďalšej štúdii sa sledoval vplyv kombinovanej terapie alendronat sodný + Biomin H[®] (32). Biomin H[®] sa opäť ukázal ako veľmi užitočný. Už pri polovičnej dávke alendronátu v kombinácii s Biominom H[®] bol liečivý efekt podobný ako pri dávke samotného alendronátu sodného potrebnej na zastavenie úbytku kostnej denzity (32). Prídavok vitamínu D₂ k Biominu H[®] nemal na liečbu s Biominom H[®] u potkanov na kostnú minerálnu denzitu zlepšujúci efekt (33, 34). Avšak doplnok

vitamínu D₃, ako ukázali Hirasawa a spol. (35), zvyšuje benefičiálny účinok prášku z vaječných škrupín u ovariektomovaných zvierat. Zaujímavá je kombinácia Biominu H[®] a malého množstva kolagénu typu I, ktorá ešte účinok Biominu H[®] mierne potencuje (36).

Predklinické a klinické štúdie u ľudí

Prvá predklinická, dnes už historická, práca autorov Makai a Chudáček (37) s Biominom H[®] bola uverejnená roku 1991. Skupina pacientov s osteoporózou pozostávajúca z 52 žien a 32 mužov bola liečená dennou dávkou 6g prášku 2 až 6 mesiacov. U väčšiny pacientov sa zmenšila bolesť, zlepšila sa pohyblivosť a zvýšila sa kostná denzita (meraná Kociánovým indexom). Už títo autori pozorovali, že bolesť sa znížila aj u pacientov s osteoartrózou s malou alebo žiadnou osteoporózou. Po týchto veľmi povzbudzujúcich výsledkoch sa Biomin H[®] postupne dostával do povedomia lekárov aj pacientov. Klinická štúdia Palmaja (38), v ktorej sa zároveň sledovala tolerancia Biominu H[®], sa robila u ortopedických pacientov s rôznymi diagnózami. Autor opisuje veľmi dobrú toleranciu preparátu Biomin H[®], okrem pacientov s výraznou hypaciditou. Preparát mal priaznivý efekt na remineralizáciu osteoporotických kostí, na hojenie fraktúr a pseudoartrózu. Zaznamenal sa aj výrazný analgetický efekt preparátu. Aj ďalšie klinické práce len potvrdzujú jeho účinnosť u pacientov s osteoporózou. Porovnávacia štúdia s Calcium effervescent (Pharmacia) Stejskala a Bártka (39) u pacientov s osteoporózou vyznieva jednoznačne v prospech preparátu Biomin H[®]. V štúdií Masaryka a spol. (40) 30 žien s vertebrálnou osteoporózou a aspoň jednou fraktúrou stavca dostávalo denne 3g preparátu Biomin H[®] (t. j. 1110mg Ca) v jednej dávke. Pred začiatkom liečby a po ukončení sa hodnotila kostná denzita L2 – L4, krčka femuru, trochanteru a Wardovho trojuholníka pomocou DEXA denzitometra NORLAND XR-26. Zároveň sa u pacientok sledovali biochemické ukazovatele: osteokalcín, vápnik a fosfor v sére, kalcúria/24 h, pyridinolín a deoxypyridinolín v moči. Po roku liečby sa u žien zvýšila denzita vo Wardovom trojuholníku (+2,77%), v ostatných oblastiach došlo k úbytku denzity. Výsledky boli lepšie u pacientok vo veku nad 70 rokov, u ktorých sa denzita, okrem Wardovho trojuholníka (+4,51%), zvýšila aj v oblasti L2 – L4 (+3,26%) a krčku femuru (+1,38%) (obr. 2). Pri liečbe Biominom



Obrázok 2. Zmeny kostnej denzity u postmenopauzálnych žien aspoň s jednou fraktúrou stavca po roku liečby Biominom H. (Masaryk a spol., 40).

H^o malo sérové kalcium zvyšujúcu tendenciu, kým fosfor v sére sa po začiatčnom poklese postupne upravil. Kalcúria významne vzrástla po 3 a 6 mesiacoch, potom opäť klesala. Hladiny osteokalcínu, pyridinolínu a deoxypyridinolínu po liečbe Biominom H^o významne klesli. Pokles biochemických markerov osteoformácie a osteoresorpcie, t. j. spomalenie kostného obratu po polročnej a ročnej aplikácii preparátu Biomin H^o postmenopauzálnym ženám potvrdzuje aj štúdia Stančíkovej a spol. (41). Je dôležité poznamenať, že pri aplikácii preparátu Biomin H^o sa vyskytuje málo nežiaducich účinkov, obyčajne sú to nežiaduce účinky bežné pri aplikovaní vápnikových preparátov, ako sú obstipácia, plynatosť, tlak v žalúdku, hnačky a zriedkavo alergické reakcie. Kriško a spol. (42) opísali veľmi dobré výsledky pri liečbe vertebrálnych algických syndrémov osteoporotickej genézy. U týchto pacientov bolo možné po užívaní Biominu H^o zredukovať alebo vysadiť prolongovanú analgetickú a ďalšiu prevažne symptomatickú liečbu.

Veľmi pozoruhodné sú aj výsledky Hejzmanovej a spol. (43) u detí a dospievajúcich s rôznymi metabolickými poruchami. Na Klinike detí a dorastu, vo Fakultnej nemocnici a na Lekárskej fakulte UK v Prahe sledovali účinnosť Biominu H^o v prevencii osteopenie u detí a dospievajúcich s fenylketonúriou. Tieto deti majú zo stravy vyradených až 80 – 90% obvyklých zdrojov prirodzených bielkovín, a tým strácajú aj hlavné zdroje minerálov, ktoré sa musia v strave suplementovať. Longitudinálna, 12 mesiacov trvajúca štúdia u detí a dospievajúcich s Biominom H v dávke 550 mg Ca denne mala veľmi dobrý účinok. Významne vzrástol marker osteoformácie osteokalcín a naopak signifikantne klesla močová koncentrácia markerov osteoresorpcie, pyridinolínu a deoxypyridinolínu. Autori odporúčajú Biomin H^o ako osvedčený zdroj vápnika pre týchto pacientov.

Biomin H^o je užitočný aj pri liečbe Sudeckovho syndrómu popri komplexnej a systematickej fyzikálnej terapii môže úspešne nahradiť používanie analgetík aj Trimepranolu. Jeho aplikácia u pacientov znižuje opuch, kožnú teplotu a zvyšuje funkčnosť postihnutej končatiny (44). Autori Šmondrek a spol. (45) sledovali tiež vplyv Biominu H^o na symptómy osteoartrózy u pacientov s koxartrózou a gonartrózou. Zistili ústup bolestí a nárast pohybovej aktivity.

Firma Friesland Coberko Dairy Foods je najväčším producentom mlieka a mliečnych výrobkov v Holandsku. Táto firma financovala viaceré projekty zamerané na výskum vaječných škrupín a vyvinula produkt na suplementáciu vápnika v mlieku na báze produktu Biomin H^o z firmy Biomin, a.s., Cífer. Ďalšia holandská firma Gull Nutraceutical B.V. pokračuje vo výskume a vývoji nových produktov. Doteraz sa podarilo pripraviť niekoľko konceptov nových potravinových doplnkov pre deti, dospelých a starých ľudí. O výskum a propagovanie produktov fortifikovaných práškom z vaječných škrupín (Biomin, a.s., Cífer) sa v Holandsku a iných západoeurópskych krajinách najviac zaslúžili MUDr. I. Pakan a dr. A. Schaafsma.

Od Schaafsma a Pakana (46, 47, 48) pochádza aj pilotná štúdia o účinku prášku z vaječných škrupín ako potravinového doplnku na kostnú minerálnu denzitu u pacientov s osteoporózou a osteopéniou. U deviatich postmenopauzálnych pacientok a jedného pacienta ukázali, že priemery hodnôt BMD v lumbálnej chrbtici, proximálnom femure a trochantere signifikantne vzrástli po 4 – 8-mesačnej intervencii, kým v kontrolnej skupine zdravých žien naopak v niektorých oblastiach, ako sú lumbálna chrbtica a krček femuru, pozorovali preukazný pokles. U pacientov s osteoporózou zaznamenali aj signifikantný pokles bolesti.

V ďalšej práci Schaafsma a spol. (49) sledovali vplyv suplementácie vápnika (500 mg) a štandardnej zmesi vitamínov i minerálov na kostnú minerálnu denzitu v lumbálnej chrbtici a v krčku femuru u zdravých postmenopauzálnych žien, ktoré boli najmenej 5 rokov po menopauze. Ženy, celkovo 85, rozdelili do troch skupín: v skupine A vápnik suplementovali vo forme prášku z vaječných škrupín, v skupine B vo forme čistého uhličitanu vápenatého a placebová skupina (skupina C) dostávala prášok zo sušeného mlieka, ktorý obsahoval len 25 mg vápnika a stopové množstvá minerálov i vitamínov.

Zaslepená a placebo kontrolovaná štúdia trvala 12 mesiacov. Okrem BMD autori sledovali aj biochemické markery kostného metabolizmu. Výsledky ukázali, že u žien, ktoré dostávali vápnik vo forme prášku z vaječných škrupín, sa po 12 mesiacoch signifikantne zvýšila BMD v krčku femuru a Wardovom trojuholníku oproti bazálnej hodnote v ostatných skupinách nárast nebol signifikantný. Po 12 mesiacoch bol preukazný rozdiel v BMD krčka femuru aj medzi skupinou, ktoré vápnik dostávali vo forme prášku z vaječných škrupín a placebovou skupinou v prospech prášku z vaječných skupín. Z biochemických ukazovateľov zaznamenali pokles hodnôt deoxypyridinolínu v moči v skupine A v porovnaní so skupinou C. Tieto výsledky vyzneli v prospech žien, u ktorých sa vápnik suplementoval vo forme prášku z vaječných skupín.

Schaafsma a spol. (38) robili podobnú štúdiu u postmenopauzálnych žien s osteopéniou a osteoporózou. V otvorenej štúdii sledovali 53 žien, z ktorých 24 malo osteopéniu (-2,5 < T skóre ≤ 1) a 26 malo osteoporózu (T-skóre ≤ 2,5) zistenú v lumbálnej chrbtici. Štúdia trvala 12 mesiacov. Aj v tejto štúdii bol prášok z vaječných škrupín lepší ako uhličitan vápenatý z hľadiska nárastu BMD v oblasti trochanteru a Wardovho trojuholníka, ktorý sa pozoroval len v skupine žien, ktoré brali prášok z vaječných škrupín.

Biomin H^o tohto roku oslávi už svoju dvadsaťročnú existenciu ako liek a experimentálne práce objavujú ešte stále jeho ďalšie liečivé vlastnosti. Na Slovensku, v Čechách i iných krajinách pomohol veľa ľuďom pri prevencii, ako aj liečbe osteoporózy, prípadne ako aditívum pri osteoartróze, pri hojení zlomenín a ďalších ochoreniach skeletu.

Literatúra

1. Kocián, J.: Osteoporóza a osteomalacie. Praha: Triton, 1995.
2. Reid, I.R.: The roles of calcium and vitamin D in the prevention of osteoporosis. Osteoporosis, 27, 1998, s. 389 – 398.
3. Štefíková, K. a spol.: Prevencia a terapia osteoporózy vápnikom a vitamínom D. S. 34 – 48. In: Spustová, V. (Ed.): Osteoporóza. Bratislava: Slovak Academic Press, s.r.o., 1998.
4. Štepán, J., Wendl, J.: Osteoporóza v praxi. Bratislava: Triton, 1998.
5. Blahoš, J.: Osteoporóza. Praha: Galén, 1995.
6. Masaryk, P. a spol.: Klinická reumatológia. Martin: Osveta, 2000.
7. Ettinger, B. a spol.: Postmenopausal bone loss is prevented by treatment with low-

- dosage estrogen with calcium. *Ann. Int. Med.*, 106, 1987, s. 40 – 45.
8. Elders, P.J.M. a spol.: Long-term effect of calcium supplementation on bone loss of perimenopausal women. *J. Bone Miner. Res.*, 1994, č. 9, s. 963 – 970.
 9. Reid, I.R.: The role of calcium in the prevention and treatment of osteoporosis. *The Endocrinologist*, 1977, 7, s. 294 – 299.
 10. Cumming, R.G. a spol.: Calcium intake and fracture risk, s. Results from the study of osteoporotic fractures. *Am. J. Epidemiol.*, 145, 1997, s. 926 – 934.
 11. Cumming, R.G. a spol.: Calcium for prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *J. Bone Miner. Res.*, 1997, č. 12, s. 1321 – 1329.
 12. Ilich, J.Z., Kerstetter, J.E.: Nutrition in bone health revised, s. A story beyond calcium. *J. Amer. Coll. Nutr.*, 19, 2000, s. 715 – 737.
 13. Lee, W.T.K. a spol.: Relationship between long-term calcium intake and bone mineral content of children aged from birth to 5 years. *Br. J. Nutr.*, 70, 1993, s. 235 – 248.
 14. Lee, W.T.K. a spol.: Double-blind, controlled calcium supplementation and bone mineral accretion in children accustomed to a low-calcium diet. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 60, 1994, s. 744 – 750.
 15. Schaafsma, A.: Chicken eggshell powder in nutritional intervention of age related bone loss. *Datawyse, Universitaire Pers Maastricht* 2000.
 16. Marie, P.J. a spol.: Effect of low doses of stable strontium on bone metabolism in rats. *Min. Electr. Met.*, 1985, č. 11, s. 5 – 13.
 17. Martini, L.A.: Magnesium supplementation and bone turnover. *Nutr. Rev.*, 57, 1999, s. 227 – 229.
 18. Rude, R.K.: Magnesium deficiency, s. a cause of heterogeneous disease in humans. *J. Bone Miner. Res.*, 13, 1998, s. 749 – 758.
 19. Eaton-Evans, J.: Osteoporosis and the role of diet. *Br. J. Biomed. Sci.*, 51, 1994, s. 358 – 370.
 20. Menuier, P.J.: Anabolic agents for treating postmenopausal osteoporosis. *Joint Bone Spine*, 68, 2001, s. 576 – 581.
 21. Deroisy, R. a spol.: Acute changes in serum calcium and parathyroid hormone circulating levels induced by the oral intake of five currently available calcium salts in healthy male volunteers. *Clin. Rheum.*, 16, 1997, s. 249 – 253.
 22. Schaafsma, A., Beelen, G.F.: Eggshell powder, a comparable or better source of calcium than purified calcium carbonate. *S. piglet studies. J. Sci. Food Agric.*, 79, 1999, s. 1596 – 1600.
 23. Knight, D.C., Eden, J.A.: A review of the clinical effects of phytoestrogens. *Obstet. Gynecol.*, 87, 1996, s. 897 – 904.
 24. Le Roith, D. a spol.: The somatomedin hypothesis. *Endocrine Rev.*, 22, 2001, s. 53 – 74.
 25. Bauer, D.C. a spol.: Low serum IGF-I but not IGFBP-3 predicts hip and spine fracture, s. the study of osteoporotic fracture. *J. Bone Miner. Res.*, 23, 1998, Suppl., s. 561.
 26. Sugimoto, T. a spol.: Serum levels of IGF-I, IGFBP-2 and IGFBP-3 in osteoporotic patients with and without spine fractures. *J. Bone Miner. Res.*, 1997, č. 12, s. 1272 – 1279.
 27. Rovenský, J. a spol.: Somatomedin-type activity of Biomin H. *Čas. Lék. Čes.*, 133, 1994, s. 213 – 214.
 28. Rovenský, J. a spol.: Príspevok imunofarmakologickým vlastnostiam preparátu Biomin H. *Farm. Obzor*, 61, 1992, s. 199 – 206.
 29. Pavlíková, D. a spol.: Účinok Biominu-H na embryonálne chrupky kurčáta pestovaného in vitro. *Enzymohistochemická štúdia. Rheumatologia*, 1995, č. 4, s. 185 – 192.
 30. Švík, K. a spol.: Porovnanie liečby biopreparátom Biomin H[®], kolagénom a uhličitanom vápenatým u ovariectomovaných potkaníc. *Osteol. Bull.*, 1999, č. 4, s. 78.
 31. Švík, K. a spol.: Vplyv Biominu-H na hladinu PYR a DPYR v moči ovariectomizovaných potkaníc. *Čes. Revmatol.*, 1997, č. 5, s. 53.
 32. Masaryk, P. a spol.: Biomin H – nové poznatky z experimentálnych štúdií. *Zdrav. Noviny*, 35, 2001, s. 5.
 33. Švík, K. a spol.: Effect of Biomin H and vitamin D₂ on the ovariectomized rats. *Osteoporosis Int.*, 6, 1996, Suppl. 1, s. 85.
 34. Švík, K. a spol.: Vplyv Biominu-H a vitamínu D₂ na ovariectomované potkanice. I. Kostná denzita a zloženie stehrovej kosti. *Rheumatologia*, 11, 1997, s. 133 – 138.
 35. Hirasawa, T. a spol.: Effect of 1 α -hydroxyvitamin D₃ and egg-shell calcium on bone metabolism in ovariectomized osteoporotic model rats. *J. Bone Miner. Metab.*, 19, 2001, s. 84 – 88.
 36. Švík, K. a spol.: Effect of egg-shell calcium and combination therapy with collagen on the ovariectomized rats. *Calcified Tissue Int.*, 70, 2002, s. 291.
 37. Makai, F., Chudáček, J.: The treatment of osteoporosis with Biomin-H. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 1991, č. 2, s. 487 – 490.
 38. Palmaj, J.: Naše klinické skúsenosti s preparátom Biomin H. *Zborník pracovnej konferencie SRS v Piešťanoch. Osteoporóza, Biomin H.* 1993, s. 30 – 33.
 39. Stejskal, D., Bártek, J.: Biomin-H v liečbe osteoporózy. *Osteol. Bull.*, 1996, č. 1, s. 11 – 12.
 40. Masaryk, P. a spol.: Biomin H v liečbe postmenopauzálny osteoporózy. *Osteol. Bull.*, 1996, č. 2, s. 46 – 50.
 41. Stančíková, M. a spol.: Vplyv Biominu-H na biochemické ukazovatele kostného metabolizmu u postmenopauzálnych žien s osteoporózou. *Rheumatologia*, 10, 1996, s. 61 – 65.
 42. Krišto, V. a spol.: Naše prvé skúsenosti s liečbou Biominom H. *Zborník pracovnej konferencie SRS v Piešťanoch. Osteoporóza, Biomin H.* 1993, s. 34 – 36.
 43. Hejcmanová, L. a spol.: Bone metabolism study in some risk groups of adolescents in the course of 12 months administration of a calcium biopreparation. *7th International Congress of Inborn Errors of Metabolism, Vienna* 1997, 246.
 44. Šmondrk, J., Rovenský, J.: Liečba Sudeckovho syndrómu Biominom H. *Zborník pracovnej konferencie SRS v Piešťanoch. Osteoporóza, Biomin H.* 1993, s. 46 – 48.
 45. Šmondrk, J. a spol.: Naše skúsenosti s preparátom Biomin H u niektorých (degeneratívnych) ochorení pohybového aparátu. *Voj. Zdrav. Listy*, 60, 1991, s. 21 – 27.
 46. Schaafsma, A. a spol.: Eggshell powder as a calcium source in postmenopausal women with excessive demineralisation. *Osteoporosis Int.*, 1998, č. 8, s. 103.
 47. Schaafsma, A., Pakan, I.: Short-term effects of a chicken eggshell powder enriched dairy-based products on bone mineral density in persons with osteoporosis or osteopenia. *Bratisl. Lek. Listy*, 100, 1999, s. 651 – 656.
 48. Schaafsma, A., Pakan, I.: Effect of a chicken eggshell powder enriched dairy product on bone mineral density in persons with osteoporosis or osteopenia. *Nutrition*, 15, 1999, s. 157.
 49. Schaafsma, A. a spol.: Positive effects of a chicken eggshell powder-enriched vitamin-mineral supplement on femoral neck bone mineral density in healthy late postmenopausal Dutch women. *Br. J. Nutr.*, 87, 2002, s. 267 – 275.
 50. Dokkum van, W.: Safe daily intake by a 70 kg weighing adult. *Additieven an contaminanten. S. 1 –16.* In: Kroes, R., Claesen, H., Hermus, R.J.J., Kroonenberg, C.C., Van Damme, J., Van Ree, J.W. (Eds.): *Nutrition in Practice.* Bohn, Schellema and Holkema, Utrecht 1985.
 51. National Research Council. *Recommended Dietary Allowances. Ed.10, National Academy Press, Washington D.C.* 1989.
 52. Standing Commit on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. *Dietary reference intakes, s. calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride.* National Academy Press, Washington DC 1997.

*J. Rovenský, M. Stančíková,
P. Masaryk, K. Švík, R. Ištók
Národný ústav reumatických chorôb,
Piešťany*

EULAR ODPORÚČANIA pre manažment reumatoidnej artritídy so syntetickými a biologickými ochoreniami modifikujúcimi antireumatickými liekmi

J.S. Smolen^{1,2}, R. Landewé³, F.C. Breedveld⁴, M. Dougados⁵, P. Emery⁶, C. Gaujoux-Viala^{5,7}, S. Gorter³, R. Knevel⁴, J. Nam⁶, M. Schoels², D. Aletaha¹, M. Buch⁶, L. Gossec⁵, T. Huizinga⁴, J. W. J. W. Bijlma⁸, G. Burmester⁹, B. Combe¹⁰, M. Cutolo¹¹, C. Gaby¹², J. Gomez-Reino¹³, M. Kouloumas¹⁴, T.K. Kvien¹⁵, E. Martin-Mola¹⁶, I. McInnes¹⁷, K. Pavelka¹⁸, P. van Riel¹⁹, M. Scholte¹⁴, D.L. Scott²⁰, T. Sokka²¹, G. Valesini²², R. van Vollenhoven²³, K.L. Winthrop²⁴, J. Wong²⁵, A. Zink²⁶, D. van der Heijde⁴

- ¹Divízia reumatológie, Klinika medicíny 3, Lekárska univerzita vo Viedni, Viedeň, Rakúsko
²Druhá klinika medicíny, Nemocnica Hietzing, Viedeň, Rakúsko
³Klinika internej medicíny/reumatológie, Univerzitná nemocnica v Maastrichte, Maastricht, Holandsko
⁴Klinika reumatológie, Medicínske centrum Univerzity v Leidene, Leiden, Holandsko
⁵Klinika reumatológie B, Univerzita Descartes v Paríži, Nemocnica Cochin, Paríž, Francúzsko
⁶Oddelenie ochorenia kostrovej a svalovej sústavy, Inštitút molekulárnej medicíny v Leeds, Univerzita v Leeds, Leeds, Veľká Británia
⁷Univerzita Pierre et Marie Curie v Paríži VI, APHP, Reumatológia, Nemocnica Pitié-Salpêtrière, Paríž, Francúzsko
⁸Klinika reumatológie a klinickej imunológie, Medicínske centrum Univerzity v Utrechte, Utrecht, Holandsko
⁹Klinika reumatológie a klinickej imunológie, Humboldtova Univerzita, Nemocnica Charité, Berlín, Nemecko
¹⁰Service d'Immuno-Rhumatologie, Univerzita Montpellier, Nemocnica Lapeyronie, Montpellier, Francúzsko
¹¹Akademická klinická jednotka reumatológie, Klinika internej medicíny, Janovská Univerzita, Janov, Taliansko
¹²Divízia reumatológie, Univerzitná nemocnica, Ženeva, Švajčarsko
¹³Nemocnica pri univerzite v Santiago, Lekárska fakulta univerzity v Santiago, Santiago de Compostela, Španielsko
¹⁴EULAR stála komisia ľudí s artritídou/reumatizmom v Európe, Zürich, Švajčiarsko
¹⁵Klinika reumatológie, Nemocnica Diakonhjemmet, Oslo, Nórsko
¹⁶Nemocnica La Paz, Madrid, Španielsko
¹⁷Glasgowská univerzita, Glasgow, Veľká Británia
¹⁸Inštitút reumatológie a klinickej reumatológie, Karlova univerzita, Praha, Česká republika
¹⁹Klinika reumatológie, Medicínske centrum Radboudskej univerzity v Nijmegen, Nijmegen, Holandsko
²⁰King's College School of Medicine, Westonské edukačné centrum, Londýn, Veľká Británia
²¹Klinika reumatológie, Hlavná nemocnica v Jyväskylä, Jyväskylä, Fínsko
²²Reumatologická jednotka, Klinika klinickej medicíny a medicínskej liečby, Univerzita Sapienza di Roma, Rím, Taliansko
²³Reumatologická jednotka, Klinika medicíny, Karolinska Inštitút, Univerzitná nemocnica Karolinska, Solna, Švédsko
²⁴Oregonská univerzita zdravotníctva, Portland, Oregon, USA
²⁵Divízia pre klinické rozhodovanie, informatiku a telemedicínu, Univerzita Tufts, Lekárska fakulta, Boston, Massachusetts, USA
²⁶Nemecké výskumné centrum reumatizmu a Lekárska univerzita Charité, Berlín, Nemecko

Manažment liečby reumatoidnej artritídy (RA) sa opiera o niekoľko princípov. Medikamentózna liečba, ktorú tvoria choroby modifikujúce antireumatické lieky (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs), ale aj nesteroidové antiflogistiká (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) a glukokortikoidy (GCs), ako aj nefarmakologické opatrenia, ako napríklad fyzikálne, profesijné a psychologické prístupy, môžu spoločne viesť k terapeutickému úspechu. Hlavným nosným pilierom liečby RA je však podávanie DMARDs. Predovšetkým liečba DMARDs prešla v poslednom desaťročí dramatickými zmenami, pričom v súčasnosti poskytuje v minulosti nevídané terapeutické dimenzie. Neustále sa vyvíjajú nové a vysokoúčinné DMARDs – konkrétne ide o biologické lieky, ktoré zasahujú na úrovni cytokínov, receptor interleukínu 1 (IL-1),

receptor IL-6, B-lymfocyty a kostimuláciu T-buniek (1). Okrem toho sa na trhu objavil chemický DMARD leflunomid. Zlúčeniny, ktoré sa používajú už mnohé desaťročia, ako napríklad metotrexát (MTX), sulfasalazín (SSZ) a GCs, boli opäť podrobené analýzám, ktorých cieľom bolo dosiahnuť ich vyššiu účinnosť. Napríklad v súčasnosti je osvedčené užívanie MTX (2) (vo vysokých dávkach) a GCs (s účinkami modifikujúcimi ochorenie) predovšetkým v kombinácii s tradičnými DMARDs (3 – 7). Navyše sa počas tohto obdobia zmenili liečebné stratégie, a to najprv na základe potreby včas zachytiť ochorenie a včas zaviesť liečbu DMARDs na základe príslušných dôkazov o klinickej účinnosti (8 – 10) a neskôr na základe dôkazov, že dôsledná kontrola využívajúca kombinované meranie aktivity ochorenia a vhodné zmeny medikamentózneho liečenia sú vysokoúčinné prístupy (11 – 14).

Hoci všetky tieto údaje pochádzajúce z klinických a pozorovacích štúdií zameraných na výskum liekov a liečebné stratégie boli veľmi poučné, pacienti a lekári sú v súčasnosti zaplavení množstvom takýchto informácií. Tieto informácie nie vždy umožňujú pacientom a lekárom bez problémov a definitívne sa rozhodnúť, ktorou cestou sa pri zavedení alebo zmene liečebných stratégií u pacientov s RA vydať. V jednom prieskume uskutočnenom na poslednom každoročnom Európskom kongrese reumatológov zistili medzi sebou reumatológovia skutočne určité nezrovnalosti v terapeutických cieľoch a stratégiách (15). Tieto nezrovnalosti môžu mať čiastočne pôvod v rozdielnych prístupoch medzi jednotlivými lekármi, ktorí sa starajú o pacientov s RA, ďalej v prostredí a podmienkach (akademické centrá versus súkromná prax), preferenciách pacientov a systémoch

hradenia liekov. A takisto ani informácie o aktuálnom stave dôkazov o účinnosti rozličných látok alebo terapeutických stratégií sa nemusia vždy považovať za dostatočne úplné alebo použiteľné.

V tomto zmysle vyjadrila Európska liga proti reumatizmu (European League Against Rheumatism, EULAR) nedávno hlavné ciele, ktoré popri ďalších aspektoch uvádzajú, že „EULAR pripraví do roku 2012 štandardy zdravotnej starostlivosti a podporí prístup k optimálnej starostlivosti o pacientov s ochoreniami kostrovej a svalovej sústavy v Európe“ (16). Keďže modifikácia ochorenia predstavuje u pacientov s RA najdôležitejší terapeutický zásah, cieľom tejto pracovnej skupiny EULAR bolo nájsť súhlasné stanovisko v odporúčaníach pre manažment liečby RA syntetickými a biologickými DMARDs.

Metódy

Pracovná skupina sa zamerala na zhrnutie dostupných a vhodných informácií o modifikácii ochorenia RA do praktických odporúčaní. Základom aktivít pracovnej skupiny boli štandardizované pracovné postupy EULAR na vypracovanie odporúčaní (17), ktoré navrhujú ustanovenie výboru odborníkov povereného nájdením súhlasného stanoviska na základe dôkazov zabezpečených systematickým prehľadom literatúry (systematic literature review, SLR) a odborného posudku. Úloha vypracovať odporúčania pre manažment reumatoidnej artritídy sa považovala za veľmi veľkú, a tak bola táto téma rozdelená do piatich hlavných oblastí: a) syntetické DMARDs ako monoterapia alebo kombinovaná liečba bez GCs; b) GCs samotné a v kombinácii so syntetickým(i) DMARD(s); c) biologické DMARDs; d) terapeutické stratégie; e) ekonomické otázky. Tento posledný aspekt sa považoval za dôležitý na pochopenie finančných dôsledkov liečby RA vyhľadávaním existujúcich dôkazov; štvrtá oblasť bola určená na preskúmanie tých najlepších prístupov s cieľom dosiahnuť terapeutické ciele, definovanie pojmu „stratégia“ ako dlhodobého akčného plánu na dosiahnutie tohto cieľa; a čo je najdôležitejšie, prvé tri oblasti súviseli s dostupnými dôkazmi o účinnosti, bezpečnosti a monitorovaní liekov, ktoré sa v súčasnosti používajú.

V odporúčaníach bude vyjadrený rovnovážny stav medzi účinnosťou a bezpečnosťou a nebudú podrobne venované otázkam toxicity DMARDs. Najdôležitejšie informácie v tomto smere sú uvedené v osobitných publikáciách v SLRs (18

– 22), ktoré sú skutočne neoddeliteľnou súčasťou týchto odporúčaní a tvoria ich základ. Odporúčania, ktoré sú tu uvedené, sa teda budú vzťahovať predovšetkým na lieky, pri ktorých sa zdá, že toxicita je zvládnuteľná za predpokladu, že užívatelia budú si vedomí príslušných rizík, alebo sa riadia informáciami uvedenými v príbalových letákoch. V prípadoch, kde bude toxicita vzbudzovať veľké obavy, bude do príslušných odporúčaní zahrnuté aj všeobecné upozornenie.

Výbor odborníkov sa skladal z 25 reumatológov, dvoch pacientov, jedného odborníka na infekčné ochorenia, jedného ekonóma pre oblasť zdravotnej starostlivosti a piatich vedeckých pracovníkov. Členovia tejto pracovnej skupiny pochádzali z 12 európskych krajín a z USA. Výbor odborníkov bol rozdelený do piatich podskupín; každá podskupina sa skladala z piatich až siedmich členov vrátane jedného vedeckého pracovníka a zaoberala sa jednou z vyššie uvedených tém. Tieto podskupiny na svojom prvom zasadnutí zoradili predmetné otázky podľa dôležitosti, vymedzili príslušné vedecké pojmy a podali komplexnú správu výboru, ktorý na základe súhlasného stanoviska uskutočnil konečné rozhodnutie.

Potom vedeckí pracovníci pomocou svojich poradcov vykonali náležitý SLR, pričom prehľadali databázy PubMed, Embase, Medline a Cochrane Library a najnovšie abstrakty článkov až do polovice roka 2009. SLRs zahŕňali metaanalýzy, systematické prehľady, randomizované kontrolované klinické skúšania (RCTs), nerandomizované kontrolované klinické skúšania (non-RCTs) a pozorovacie štúdie vrátane údajov získaných z registrov. Jednotlivé výskumné otázky, predovšetkým o účinnosti a toxicite látok podrobených výskumu, sa skúmali na základe analýzy populácie dospelých pacientov s RA, druhu látky, kontrolnej látky použitej na porovnanie a výsledku. Výsledok bol podľa možnosti kvantifikovaný s použitím veľkostí účinku. Tie sú bez jednotky, a preto umožňujú analýzu účinnosti bez ohľadu na opatrenia a meradlá hodnotené v jednotlivých klinických skúšaníach; tieto údaje budú uvedené výhradne v správach zo SLRs. Kategorizácia dôkazov a sily odporúčaní bola stanovená podľa noriem Oxford Centre for Evidence Based Medicine (23).

Vedeckí pracovníci na druhom zasadnutí pracovnej skupiny predložili výsledky SLR v súhrnnej forme jednotlivým podskupinám. Členovia podskupín diskutovali o predložených dôkazoch, vyhodnocovali ich a formulovali pred-

bežné skupiny odporúčaní. Tieto návrhy na odporúčania potom oznámili celej pracovnej skupine, ktorá sa nimi podrobne zaoberala a ak počas hľadania súhlasného stanoviska považovala za vhodné, menila a dopĺňala ich, a napokon prijala konečné rozhodnutia. Posledné kolo upresňovania jednotlivých znení sa uskutočnilo prostredníctvom elektronickej komunikácie, prostredníctvom ktorej sa uskutočnilo aj anonymné hlasovanie o stupni zhody. Okrem toho boli respondenti požiadaní, aby uviedli, ktoré tvrdenia sú v súlade s ich súčasnými liečebnými postupmi a, ak nie sú, či by túto svoju liečebnú prax zmenili. Pracovná skupina začala pracovať v decembri 2008 a svoju činnosť ukončila v júni 2009.

Výsledky

Všeobecné zásady

Predtým, ako sa pracovná skupina začala zaoberať odporúčaniami na aktuálnu liečbu, prediskutovala niekoľko zásad, ktoré považovala za dôležité na to, aby boli pridané k zásadám pre liečbu RA, alebo ktoré súviseli s manažmentom RA. Tieto zásady týkajúce sa starostlivosti o pacientov s RA mali tak všeobecne použiteľnú povahu, že ich skupina považovala za „všeobecné“ (tab. 1). Pracovná skupina jednomyselne tieto tri zásady odsúhlasila.

A) *Reumatológovia sú odborní lekári, ktorí by mali pacientom s RA poskytovať zdravotnú starostlivosť primárne.* Toto tvrdenie vychádza z dôkazu, že v porovnaní s inými lekármi sú pacienti s RA, ktorí sú v sledovaní reumatológmi, diagnostikovaní včasnejšie, častejšie im je predpisovaná liečba DMARD a majú lepšie výsledky pri všetkých hlavných znakoch RA, predovšetkým pri poškodení kĺbov a telesnej funkcie (24 – 28). Reumatológovia kontrolujú aktivitu ochorenia svojich pacientov s RA vhodnými nástrojmi a veľmi dobre poznajú indikácie, kontraindikácie a nežiaduce účinky DMARDs; tieto skutočnosti nadobudli mimoriadny význam s príchodom moderných druhov liečby a stratégií. Preto vo všeobecnosti by pacienti so zápalovou artritídou, a predovšetkým so suspektnou RA, mali byť čo najskôr poukázaní k reumatológom, keďže omeškanie v tomto smere je jednou z najbežnejších a zbytočných príčin oneskoreného podania účinnej liečby (9, 29). Pracovná skupina však zámerne k tomuto tvrdeniu priradila pojem „primárne“, pretože na manažmente pacientov s RA by sa v multidisciplinárnom prístupe mali podieľať aj všeobecní lekári spolu s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi. V krajinách, kde je nedostatok re-

umatológov, môžu túto úlohu prevziať aj iní lekári, ktorí majú skúsenosti so starostlivosťou o pacientov s RA.

B) *Liečba pacientov s RA by sa mala zameriavať na tú najlepšiu starostlivosť a musí sa zakladať na spoločnom rozhodnutí pacienta a reumatológa. S obsahom tejto zásady súvisia dve hlavné myšlienky – po prvé pojem „najlepšia starostlivosť“, o ktorom sa pracovná skupina domnievala, že by mal byť pridaný do ďalšieho odporúčania, a po druhé, výraz „spoločné rozhodnutie“ s pacientom, čo sa vzťahuje na potrebu prediskutovať ciele liečby, plány liečby a dôvody na odporúčané prístupy spolu s pacientom.*

C) *Liečba RA je z hľadiska nákladov na zdravotnú starostlivosť a nákladov súvisiacich s produktivitou finančne náročná, pričom ošetrojúci reumatológ by mal vziať do úvahy oba tieto aspekty.* Výbor odborníkov chcel zhrnúť, že priame a nepriame náklady na liečbu RA, obzvlášť ak je nedostatočne liečená, sú veľmi vysoké (28, 30 – 33). Moderné druhy liečby, predovšetkým biologické lieky, sú drahé (30, 34, 35), môžu však umožniť zníženie krátkodobých a dlhodobých nepriamych nákladov na liečbu ochorenia – skutočnosť, ktorú treba mať na pamäti v prípade individuálnych prístupov k liečbe, ako aj pri úvahách o úhrade výdavkov. Táto hlavná zásada podporuje aj rozhodnutie vyhodnotiť ekonomické aspekty v súvislosti s jednotlivými odporúčaniami na preskúmanie nákladovej efektívnosti liečby RA.

Odporúčania

V každej podskupine členovia podrobne prediskutovali dôkazy, ktoré poskytli vedeckí pracovníci vo svojich SLRs, a dohodli sa na piatich až ôsmich odporúčaníach pre príslušnú oblasť. Celá pracovná skupina potom tieto predbežné tvrdenia o manažmente RA syntetickými DMARDs, GCs a biologickými liekmi, ako aj o liečebných stratégiách a ekonomických aspektoch, dôkladne preskúmala a posúdila, zhrnula a schválila ich hlasovaním. Tento proces viedol k vytvoreniu 15 odporúčaní pre manažment liečby a liečebné stratégie. Každé z týchto 15 odporúčaní bolo potom podrobené ekonomickému hodnoteniu v súlade s výsledkami, ku ktorým dospela podskupina pracovnej skupiny pre ekonomiku.

Uvedených 15 odporúčaní (podrobne uvedených v tabuľke 1) sa nachádza ďalej v článku v skrátanom znení. Úroveň dôkazov a sila odporúčaní za každé odporúčanie sú potom uvedené v tabuľke 2 a ekonomické hodnotenie v tabuľke

3. Týchto 15 odporúčaní je zoradených podľa logickej postupnosti alebo procedurálnej a chronologickej hierarchie, a nie podľa veľkosti závažnosti. Výnimku tvoria prvé dva body, ktoré predstavujú základ pre všetky nasledujúce časti. Slúžia aj ako východisko algoritmu uvedeného na obrázku 1.

1. *Včasná liečba syntetickými DMARDs* – Pracovná skupina bola jednotná vo svojom názore v tom, že vo veľkej väčšine

pacientov s RA by prvý liečebný prístup mal zahŕňať syntetické DMARDs, keďže stav veľmi nízkej aktivity alebo remisie ochorenia môže dosiahnuť značný podiel pacientov (36 – 39); jednotlivé druhy DMARDs s dôkazom o účinnosti budú uvedené v bodoch 3 – 6. Okrem toho liečba DMARD by sa mala začať hneď po určení diagnózy RA, pretože každé oneskorené začatie liečby DMARD u pacientov s RA môže v porovnaní so včasným

Tab. 1. Odporúčania pre manažment reumatoidnej artritídy nebiologickými a biologickými ochorením modifikujúcimi antireumatickými liekmi

Všeobecné zásady	
A	Reumatológovia sú odborní lekári, ktorí by mali pacientom s RA poskytovať zdravotnú starostlivosť primárne.
B	Liečba pacientov s RA by sa mala zameriavať na tú najlepšiu starostlivosť a musí sa zakladať na spoločnom rozhodnutí pacienta a reumatológa.
C	Liečba RA je z hľadiska nákladov na zdravotnú starostlivosť a nákladov súvisiacich s produktivitou finančne náročná, pričom ošetrojúci reumatológ by mal vziať do úvahy oba tieto aspekty.
Konečný súbor 15 odporúčaní pre manažment RA	
1.	Liečba syntetickými DMARDs by sa mala začať okamžite po stanovení diagnózy RA.
2.	Liečba by sa mala zameriavať na dosiahnutie cieľa – remisie alebo nízkej aktivity ochorenia u každého pacienta čo najskôr; pokiaľ tento cieľ nie je dosiahnutý, liečba môže byť upravená na základe častého (každé 1 – 3 mesiace) a dôsledného monitorovania.
3.	MTX by mal byť u pacientov s aktívnou RA súčasťou prvej liečebnej stratégie.
4.	Ak existujú kontraindikácie na MTX (alebo intolerancia), za súčasť (prvej) liečebnej stratégie treba považovať tieto DMARDs: leflunomid, SSZ alebo injekčne podávané zlato.
5.	U pacientov, ktorí doposiaľ neboli liečení DMARDs, sa môže nezávisle od pridania GCs uplatniť skôr monoterapia syntetickým DMARD ako kombinovaná liečba syntetickými DMARDs.
6.	GCs pridávané v nízkych dávkach k stredne vysokým dávkam monoterapie syntetickým DMARD (alebo kombináciám syntetických DMARDs) zabezpečujú prínos ako začiatočná krátkodobá liečba, ale mali by byť znižované tak rýchlo, ako je to z klinického hľadiska možné.
7.	Ak nie je liečebný cieľ dosiahnutý prvou stratégiou DMARDs, o pridaní biologických DMARD by sa malo uvažovať v prípade prítomnosti nepriaznivých prognostických faktorov; ak nepriaznivé prognostické faktory chýbajú, treba uvažovať o prechode na stratégiu s inými syntetickými DMARDs.
8.	U pacientov, ktorí na liečbu MTX a/alebo inými syntetickými DMARDs bez GCs alebo s nimi neodpovedajú dostatočne, treba začať s liečbou biologickými DMARDs*; podľa súčasnej praxe by sa začalo inhibítorom TNF (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab)†, ktorý by bol kombinovaný s MTX*.
9.	Pacientom s RA, u ktorých prvý inhibítor TNF zlyhal, by mala byť podávaná liečba ďalším inhibítorom TNF (abatacept, rituximab alebo tocilizumab).
10.	V prípadoch refraktérnej závažnej RA alebo v prípade kontraindikácií na biologické lieky, prípadne už spomenuté syntetické DMARDs, by bolo možné takisto uvažovať s ďalej uvedenými syntetickými DMARDs ako o monoterapii alebo kombinovanej liečbe s niektorými vyššie uvedenými látkami: azatioprin, cyklosporín A (alebo, výnimočne, cyklofosamid).
11.	S intenzívnymi liečebnými stratégiami by sa malo uvažovať u každého pacienta, hoci pacienti s nepriaznivými prognostickými faktormi môžu získať väčší prínos.
12.	Ak je pacient po postupnom znižovaní dávok GCs v pretrvávajúcej remisii, možno uvažovať o plynulom znižovaní DMARDs‡, najmä ak je táto liečba kombinovaná so syntetickým DMARD.
13.	V prípadoch udržanej dlhodobej remisie by sa mohlo uvažovať s opatrnou titráciou dávky syntetických DMARDs, a to po spoločnom rozhodnutí pacienta a lekára.
14.	O kombinovanej liečbe MTX s biologickým liekom by sa malo uvažovať u pacientov s nepriaznivými prognostickými markermi, ktorí DMARDs doposiaľ neužívali.
15.	Pri upravovaní liečby by sa okrem aktivity ochorenia mali vziať do úvahy aj iné faktory, ako napríklad štrukturálne poškodenie, komorbidity a obavy o bezpečnosť.

Symbole *, † and ‡ sa vzťahujú na úroveň dôkazov uvedenú v tabuľke č. 2. DMARD – ochorenie modifikujúci antireumatický liek; GCs – glukokortikoidy; MTX – metotrexát; RA – reumatoidná artritída; SSZ – sulfasalazín; TNF – tumor nekrotizujúci faktor.

začatím liečby viesť k horšiemu výsledku (8, 10, 40). Liečbu DMARDs je potrebné začať hneď po určení diagnózy RA. Diagnostikovanie RA v jej najvčasnejšom štádiu však nie je vždy ľahké a jednoduché, a tak na iniciáciu liečby DMARD môže stačiť suspektná diagnóza RA. Čo je dôležité, American College of Rheumatology (ACR) a EULAR vypracovali nové kritériá, ktoré sa vzťahujú na túto včasnú fázu ochorenia (41).

2. *Liečba zameraná na remisiu alebo zníženie aktivity ochorenia* – Dosiahnutie stavu remisie alebo nízkej aktivity ochorenia bezpochyby vedie k lepším štrukturálnym a funkčným výsledkom než uspokojenie sa s reziduálnou aktivitou ochorenia (11, 42 – 467) a čím skôr sa takýto stav dosiahne, tým lepšie (43, 47). Remisia je teda primárnym terapeutickým cieľom predovšetkým pri včasnej RA, hoci nízka aktivita ochorenia môže byť primeranou alternatívou najmä u pacientov s dlhoročnou RA, ako dospel k záveru aj výbor odborníkov, ktorý sa nedávno zaoberal definovaním cieľa liečby RA (48). Strategické klinické skúšania preukázali, že zameranie sa na nízku aktivitu ochorenia alebo remisiu upravovaním liečby každé 1 – 3 mesiace spolu s dôsledným monitorovaním je spojené s lepším klinickým, rádiografickým a funkčným výsledkom ako pri náhodnom monitorovaní (11, 13, 49). Cieľ liečby by mal byť teda podľa možnosti dosiahnutý, alebo takmer dosiahnutý, v priebehu 3 mesiacov a v každom prípade maximálne do 6 mesiacov; hoci tento časový rámec nebol v porovnávacích štúdiách priamo skúmaný. Uvedený odborný posudok sa zakladá na 1–3-mesačnom období potrebnom na zmenu liečby, ktoré bolo určené v strategických klinických skúšaniach (11 – 14), a na údajoch, ktoré preukazujú, že pri stanovovaní stavu aktivity ochorenia v 3 – 6 mesiacov po začatí liečby sa predpokladá neskorší výsledok (50). V uvedenom časovom rámci 3 – 6 mesiacov by pacienti mali byť veľmi starostlivo sledovaní (v prípade potreby každý mesiac) a podávaná liečba by mala byť zintenzívnená alebo napokon zamenená za inú (48). V súlade s týmito odporúčaniami by sa malo pravidelne vykonávať monitorovanie. Aj keď v rozličných strategických klinických skúšaniach sa uplatnilo niekoľko odlišných meradiel (21), v jednom z posledných odborných posudkov sa odporúča používať kombinované meradlá aktivity ochorenia, medzi ktoré patrí určenie počtu bolestivých a opuchnutých kĺbov (48). Nedávno boli na tento účel platné meradlá prehodnotené a ná-

Tab. 2. Úroveň dôkazu, stupeň odporúčania a úroveň zhody

Odporúčanie	Úroveň dôkazu	Stupeň odporúčania	Úroveň zhody
1	1a	A	9,9 ± 0,4
2	1b	A	9,7 ± 0,7
3	1a	A	9,8 ± 0,5
4	1a	A	8,6 ± 1,5
5	1a–	A	8,5 ± 2,0
6	1a–	A	8,7 ± 1,7
7	5	D	8,8 ± 1,7
8	*1b	*A	9,3 ± 1,5
	†4	†C	
9	1b	A	9,5 ± 0,9
10	1a-	B	8,1 ± 1,6
11	1b	B	9,2 ± 1,2
12	3b	B	8,4 ± 1,6
13	4	C	8,5 ± 1,9
14	2b	C	8,0 ± 2,3
15	3b	C	9,5 ± 1,1

Znaky sa vzťahujú na zodpovedajúce znaky v odporúčaní v tabuľke 1 a uvádzajú ich príslušný dôkaz.

Tab. 3. Ekonomické hodnotenie odporúčaní

Odporúčanie	Úroveň dôkazu a sila odporúčania pre účinnosť z hľadiska nákladov
1	NA
2	2c., B
3	2b., B
4	1b., 2b; B
5	2c., B
6	2c., B; 5., D
7	2b., B
8	2b., B
9	2b., B
10	NA
11	NA
12	2c., B
13	2c., B
14	1b., A (pre skutočnosť, že nie je účinný z hľadiska nákladov*)
15	NA

*Nie je účinný na úrovni skupiny posúdený v príslušných klinických skúšaniach, ale nie nevyhnutne na úrovni jednotlivého výnimočného pacienta, ako sa hovorí v odporúčaní. NA (not applicable., nehodí sa)

sledne sa stali ich súčasťou Skóre aktivity ochorenia (Disease Activity Score, DAS), Skóre aktivity ochorenia s použitím 28 bolestivých a opuchnutých kĺbov (28-joint count DAS, DAS 28), Zjednodušený index aktivity ochorenia a Klinický index aktivity ochorenia (51).

3. *MTX ako liek prvej voľby* – MTX je vysokoúčinný liek, ktorý modifikuje ochorenie u pacientov s RA (52) a podľa najnovších poznatkov možno tvrdiť, že MTX podávaný vo vyšších týždenných dávkach (20 – 30 mg) je účinnejší ako MTX podávaný v nižších týždenných dáv-

kach (7,5 – 15 mg) (2, 53). MTX sa pri RA považuje za liek modifikujúci ochorenie (54), a to tak na základe jeho účinnosti vo forme monoterapie, ako aj na základe jeho schopnosti zvýšiť pri súčasnom užívaní biologických DMARDs ich účinnosť (55 – 59) a v neposlednom rade pre jeho priaznivý profil dlhodobej bezpečnosti (60). MTX je účinný u pacientov s včasnou RA, ktorí zatiaľ neboli liečení žiadnymi DMARDs (13, 49, 56, 61) a jeho klinickú účinnosť ešte neprekonal ani iné syntetické DMARDs ani trvale monoterapia inhibítormi tumor nekrotizujúceho faktora

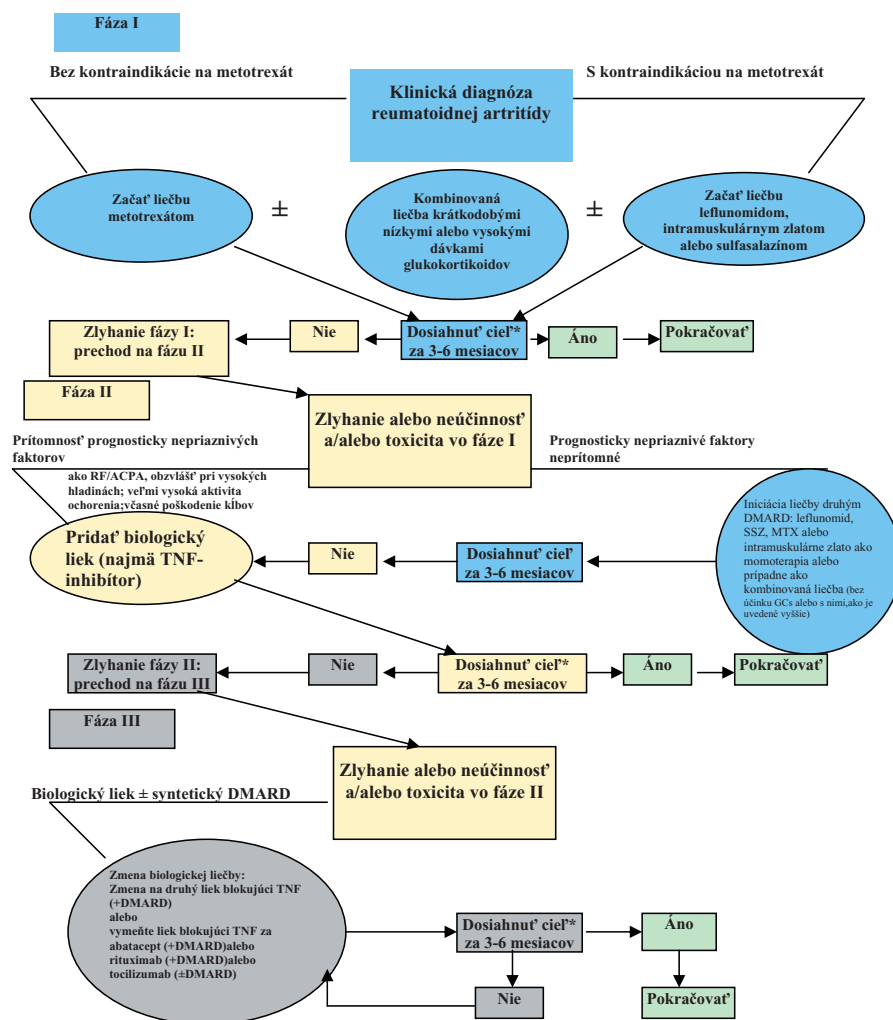
(TNF) (37, 55, 56, 62). Z týchto dôvodov bola pracovná skupina toho názoru, že liečba MTX by mala byť u pacientov s RA indikovaná čo najskôr. Súčasťou tohto tvrdenia okrem odporúčania na užívanie MTX sú ešte tri časti; po prvé, používa znenie „súčasť prvej liečebnej stratégie“, čo implikuje, že MTX možno kombinovať s ďalšími liekmi (pozri nižšie); po druhé, vzťahuje sa na „aktívnu RA“, z čoho vyplýva, že pacienti s nízkou aktivitou ochorenia nemusia nevyhnutne potrebovať liečbu MTX; a po tretie, tvrdenie nepriamo naznačuje, že stratégia používajúca MTX by sa mala uplatniť aj u pacientov s aktívnou RA, ktorí v minulosti ešte neužívali MTX, ale iba iné syntetické DMARDs. Samozrejme, toto odporúčanie sa netýka pacientov, u ktorých je MTX kontraindikovaný (pozri ďalej).

4. *Leflunomid, SSZ alebo injekčne podávané zlato* – V súčasnosti nie je dostatok dôkazov o tom, že by leflunomid, SSZ alebo intramuskulárne podávané soli zlata boli menej účinné ako MTX (37, 38, 62 – 64). Napriek tomu by sa však v dôsled-

ku veľkého množstva údajov o účinnosti a bezpečnosti, ktoré sú pre MTX k dispozícii, tieto tri uvádzané DMARDs mali používať namiesto MTX ako prvá liečba DMARDs predovšetkým vtedy, ak existujú kontraindikácie (alebo neznášanlivosť) na MTX. Tieto alternatívy MTX by sa analogicky s predchádzajúcim odsekom mali brať do úvahy aj ako súčasť liečebnej stratégie. Pomerne významné miesto parenterálneho podávania solí zlata bolo predmetom intenzívnej diskusie, možno ho však odôvodniť dôkazmi vysokej úrovne, ktoré sú v súčasnosti k dispozícii (63, 65, 66) a toto rozhodnutie napokon podporila väčšina členov pracovnej skupiny. Okrem liekov uvedených vyššie sa pri liečbe RA používajú aj antimalariká (hydroxychlorochín a chlorochín). Pokiaľ ide o znaky a symptómy, určitú účinnosť preukazujú v podobe monoterapie (67) a často sa používajú ako súčasť kombinovanej liečby (42, 68, 69). Nie je však jasne určené, či antimalariká preukazujú dodatočnú účinnosť v kombinovanej liečbe. Navyše antimalarické lieky nezabraňujú

dostatočne štruktúrnemu poškodeniu, predovšetkým v porovnaní s inými účinnými liekmi ako napr. SSZ (70). Vo vyjadrení k odporúčaniam preto neboli nejaké výraznejšie spomenuté. Napriek tomu však na základe svojej klinickej účinnosti môžu mať ako monoterapia určitú hodnotu u pacientov s veľmi miernym ochorením, u ktorých sú kontraindikované iné lieky.

5. *Monoterapia alebo kombinovaná liečba syntetickými DMARDs* – Za posledné dva desaťročia sa o kombinovanej liečbe rôznymi syntetickými DMARDs tvrdilo, že zabezpečuje vyššiu účinnosť v porovnaní s monoterapiou (7, 42, 68, 69, 71). Výsledky klinických skúšaní, ktoré skúmajú prídanie syntetických DMARDs k MTX u pacientov s reziduálnou aktivitou ochorenia napriek liečbe MTX, sú často používané na podporu hypotézy doplnkového prínosu (72, 73); v týchto klinických skúšaní však chýbalo kontrolné liečebné rameno (prechod na inú liečbu) a podiel respondentov užívajúcich kombinovanú liečbu neprekročil podiel pacientov, ktorým bola podávaná monoterapia (74). Dôležitá skutočnosť, ktorú treba vziať do úvahy na skutočné docenenie obsahu tohto odporúčania, je však tá, že vo väčšine klinických skúšaní porovnávajúcich kombinovanú liečbu s monoterapiou s vyrovnanými výsledkami, GCs buď boli povinné v liečebnom ramene s kombinovanou liečbou, alebo užívanie GCs bolo v oboch liečebných ramenách odlišné, čo pravdepodobne vysvetľuje nadradenosť (lepší účinok) kombinovanej liečby (74). Niekoľko ďalších klinických skúšaní naznačuje, že bez podávania GCs ani začatie liečby kombináciami syntetických DMARDs ani zintenzívnenie kombinovanej liečby nie je v porovnaní s monoterapiou alebo zamenou DMARDs z hľadiska významných výsledkov lepšie (49, 75 – 77). SLR umožnil v tomto zmysle dospieť k definitívnemu záveru (18). Okrem toho u pacientov, ktorí ešte DMARDs neužívali, rovnováha medzi účinnosťou a toxicitou hovorí v porovnaní s kombinovanou liečbou v prospech monoterapie MTX, hoci dôkaz je nepresvedčivý u pacientov s nedostatočnou odpoveďou na DMARDs (78). Pracovná skupina preto rozhodla tu použiť výraz „môže“. Je dôležité mať na pamäti, že ak kombinovaná liečba syntetickými DMARDs neumožní dosiahnuť cieľ liečby, nie je možné rozpoznať, ktorá z látok nebola dostatočne účinná, čo bráni častejšiemu používaniu syntetických DMARDs. Vyhlásenie zahŕňa ešte ďalší prvok – a to časť, nezávisle od prídania GCs.



Obr. 1. Cieľ liečby je klinická remisia., alebo ak je nepravdepodobné dosiahnuť remisiu., cieľom je minimálne nízka aktivita ochorenia.

Výbor sa jednomyselne zhodol na tom, že pridanie GCs buď k monoterapii, alebo ku kombinovanej liečbe DMARDs zlepši výsledky. Klinické skúšania umožňujúce priame porovnanie GCs plus monoterapia DMARD oproti GCs plus kombinácia DMARDs sa však ešte neuskutočnili.

6. *Glukokortikoidy* – Bolo preukázané, že GCs majú nielen protizápalové, ale nepochybne aj ochorenie modifikujúce vlastnosti (5, 79, 80). Dôkaz, že monoterapia DMARD je taká účinná ako kombinovaná liečba DMARDs, nasvedčuje tomu, že podstatne lepšie výsledky klinických skúšaní, ktoré používali kombinácie syntetických DMARDs spolu s GCs oproti monoterapii DMARD, by bolo možné pričítať zložke GCs (7, 12, 42). Tento názor nachádza významnú podporu v štúdiách, ktoré preukázali, že pridanie GCs k monoterapii DMARD (3, 4) je prospešné. Liečba GCs bola k DMARDs pridaná úspešne v nízkych dávkach (< 10 mg/deň) (3, 4, 42), ale rýchlejšie zlepšenie možno dosiahnuť krátkodobým pridaním GCs vo vyšších dávkach (7, 49). Pridaná účinnosť GCs vo vysokých dávkach však ešte nebola porovnaná s pridanou účinnosťou GCs v nízkych dávkach, a tak dostatočný dôkaz chýba. Z hľadiska dlhodobého užívania je dôležité, že GCs môže viesť k nežiaducim účinkom (81), no obavy o bezpečnosť môžu existovať aj zo strednodobého hľadiska, hoci väčšina štúdií zameraných na toxicitu GCs je nízkej kvality a krátko trvania. Napriek tomu by sa podľa názoru pracovnej skupiny ich toxicita, predovšetkým zo strednodobého až dlhodobého hľadiska, nemala podceňovať, a GCs by sa teda mali užívať opatrne a podľa možnosti iba krátkodobo. V dôsledku toho by dávky GCs mali byť znižované čo najrýchlejšie, a to podľa klinického stavu pacienta. Bezpečnosť GCs bola tiež dôležitým aspektom odporúčaní EULAR k manažmentu liečby GCs (82).

7. *Pridanie biologického DMARD alebo prechod na iný syntetický DMARD* – Toto tvrdenie vnáša do rozhodovaní o liečbe RA význam prognostických markerov. Medzi faktory, ktoré podľa všetkého nezávisle predurčujú zlé výsledky, patria: a) prítomnosť autoprotilátok, t. j. reumatoidný faktor a/alebo protilátky proti citrulinovaným peptidom, a to najmä vo vysokých koncentráciách; b) vysoká aktivita ochorenia meraná na základe zložených indexov (DAS, DAS 28, Zjednodušený index aktivity ochorenia a Klinický index aktivity ochorenia), počtu opuchnutých kĺbov alebo reaktantov akútnej fázy zápalu (C-reaktívny proteín, sedimentácia

erytrocytov); c) včasný výskyt erózií (83 – 87); aj tieto faktory boli nedávno zlúčené do modelu rizika (88). Pracovná skupina schválila, aby sa pacientom, u ktorých sa nepodarilo dosiahnuť cieľ liečby pri prvotnej stratégii so syntetickými DMARDs a u ktorých nie sú prítomné nepriaznivé prognostické markery uvedené vyššie, zmenila stratégia liečby na iné syntetické DMARDs po období 3 – 6 mesiacov predtým, ako sa prijme ďalšie rozhodnutie o nasadení biologického lieku; tieto iné DMARDs boli uvedené v odporúčaní č. 4. Pacienti, u ktorých prvý DMARD zlyhal a ktorí majú nepriaznivé prognostické markery, by však mali mať možnosť užívať okrem ich syntetického DMARD aj biologický DMARD. Je zaujímavé, že pri zaplňaní medzery v informáciách použitím kontrolného liečebného ramena pacientov užívajúcich aktívnu liečbu, bolo v jednej z posledných štúdií, ktorá nebola súčasťou SLR, uvedené, že u pacientov s včasnou RA, ktorým sa nepodarilo dosiahnuť nízku aktivitu ochorenia po 3 mesiacoch monoterapie MTX, pridanie inhibítora TNF prinieslo podstatne lepšie klinické výsledky ako pridanie SSZ a hydroxychlorochinínu (89). Tieto údaje tiež potvrdzujú závery, o ktorých sa hovorí v odporúčaní č. 5 a 6, a to že kombinácia syntetických DMARDs bez pridania GCs (liečba až trojkombináciou MTX, SSZ a hydroxychlorochinínu) má obmedzenú účinnosť a nemusí byť účinnejšia než v prípade, keby pacient prešiel na liečbu SSZ, ako bolo preukázané v klinickom skúšaní BeSt (12). Táto limitovaná (ale sčasti prejavená) účinnosť uvedeného liečebného režimu so syntetickými DMARDs podporuje aj odborné posúdenie zmeny liečby u pacientov, u ktorých zlyhala prvá stratégia s DMARDs a ktorí napriek tomu nemajú zlé prognostické markery, na iný DMARD (prípadne na kombináciu DMARDs). Naproti tomu zase u pacientov, u ktorých zlyhala prvotná liečba MTX alebo inými syntetickými DMARDs (najlepšie s GCs) a ktorí majú nepriaznivé prognostické ukazovatele, by sa vo všeobecnosti mal použiť biologický DMARD, najmä inhibítora TNF. Čo je však dôležité, dosiaľ žiadne randomizované kontrolované alebo pozorovacie štúdie tento prístup odlišnej liečby založený na prognostických faktoroch neskúmali. Preto ostáva toto tvrdenie na úrovni odborného posudku, ale podporujú ho rozličné nepriame dôkazy uvedené v súčasnej literatúre.

8. *Iniciácia liečby inhibítormi TNF* – Toto rozšírenie tvrdenia č. 7, ktoré sa vzťahuje na pacientov sledovaných podľa pred-

chádzajúceho vyhlásenia, zdôrazňuje, že biologické lieky sú účinné vtedy, keď syntetické DMARDs zlyhali (úroveň 1a, stupeň A), a že by sa mali kombinovať s MTX (alebo inými DMARDs), pretože táto kombinácia má vyššiu účinnosť ako monoterapia s väčšinou biologických liekov; overené je to pri inhibítorech TNF na základe príslušných porovnávacích klinických skúšaní fázy III (55, 56)⁵ a pri rituximabe a tocilizumabe na základe porovnávacích klinických skúšaní fázy II (úroveň 1b, stupeň A). V čase uskutočňovania SLR boli jedinými biologickými liekmi schválenými v Európe na liečbu pacientov s aktívnou RA napriek liečbe syntetickými DMARDs inhibítory TNF a tocilizumab; rituximab a abatacept sú v súčasnosti schválené iba na použitie po zlyhaní liečby inhibítormi TNF. Abatacept v USA, hoci v súčasnosti v Európe nie, možno použiť aj u týchto prvých uvedených pacientov; vzhľadom na najnovšie údaje z klinických skúšaní (90, 91) abatacept a rituximab získajú od európskych regulačných úradov pre kontrolu liečiv onedlho podobné schválenie ako prvé biologické lieky. Stojí za povšimnutie, že niektoré inhibítory TNF, ako napríklad adalimumab a etanercept, sú na základe svojej účinnosti v klinických skúšaní schválené ako monoterapia, ale údaje o ich klinickej nadradenosti v porovnaní s monoterapiou MTX sú sčasti zmiešané. Aktuálne údaje nasvedčujú tomu, že monoterapia tocilizumabom je účinnejšia než monoterapia DMARDs, ako napríklad MTX (93, 94); toto RCT (randomizované kontrolované klinické skúšanie) však nemalo tretie liečebné rameno s pacientmi, ktorí by užívali kombináciu oboch liekov, a tak dodnes nie je jasné, či u pacientov s včasnou RA je monoterapia tocilizumabom podobne alebo menej účinná ako kombinovaná liečba tocilizumabom a MTX. V súčasnosti je pri inhibítorech TNF k dispozícii najväčšie množstvo informácií o bezpečnosti, pretože sa užívajú už viac ako jedno desaťročie a pretože sú dostupné rozsiahle dlhoročné registre. Tieto chemické zlúčeniny obsahujú adalimumab, etanercept a infliximab, ale medzičasom boli schválené aj certolizumab a golimumab. Treba však vziať do úvahy, že aktuálny stav sa zakladá na súčasnom odbornom posúdení a časom sa môže zmeniť, najmä pri novom schvaľovaní ďalších biologických účinných látok ako možných prvých biologických liekov pre pacientov, ktorí na liečbu DMARDs nereagujú dostatočne – konkrétne ide o tocilizumab v Európe a abatacept v USA a iných krajinách mimo Európy. Je potrebné tu tiež uviesť,

že hoci je anakinra, antagonist receptoru IL-1, u jednotlivých pacientov s RA účinná, v klinických skúšaní nepreukázala vysokú úroveň klinickej účinnosti (95, 96), a preto sa neodporúča ako hlavný biologický liek na liečbu RA.

9. *Abatacept, rituximab a tocilizumab* – Jedno randomizované kontrolované klinické skúšanie prinieslo dôkazy s vysokou úrovňou, že abatacept, golimumab, rituximab a tocilizumab sú účinné u pacientov, u ktorých zlyhala liečba inhibítormi TNF (97 – 100) (úroveň 1b, stupeň A). Tieto údaje sčasti podporujú pozorovacie štúdie vychádzajúce z registrov, ktoré tvrdia, že prechod z jedného inhibítora TNF na druhý, ako aj prechod z látok blokujúcich TNF na rituximab, je prospešný (101, 103). Výbor dosiaľ nemohol nájsť RCTs, pri ktorých bol prechod v prípade jednotlivých biologických liekov náležite porovnaný, a preto uprednostnenie konkrétneho biologického lieku sa nemohlo za týchto okolností určiť (104).

10. *Azatioprin, cyklosporín A alebo cyklofosfamid* – RA môže mať priebeh, ktorý je refraktérny na určité DMARDs a biologické lieky a môže byť silne deštruktívny a viesť k invalidite (99, 100, 105, 106). Hoci v predchádzajúcich odporúčaní boli spomenuté štyri syntetické DMARDs a deväť biologických liekov, ktoré umožňujú celú škálu liečebných možností, i tak sa môže vyskytnúť, ba aj sa vyskytne refraktérnosť. Pracovná skupina s cieľom uspokojiť potreby tejto skupiny upozornila na lieky, pri ktorých sa v literatúre uvádzajú dôkazy o účinnosti. Nemožno však zabúdať ani na toxicitu, predovšetkým v prípade cyklosporínu A a cyklofosfamidu; tento druhý liek by sa mal použiť iba vo výnimočných situáciách. Niekoľko možných DMARDs sme tu vylúčili, pretože dôkazy o ich účinnosti boli považované za nepostačujúce; medzi ne patrí D-penicilamín, minocyklín, aurano-fín, takrolimus a chlorambucil. Pokiaľ ide o antimalariká, pozrite si odsek s odporúčaním č. 4.

11. *Stratégia intenzívnej liečby* – Toto tvrdenie dopĺňa niektoré predchádzajúce odporúčania o farmakologickej liečbe. Obhajovanie stratégií intenzívnej liečby sa odvoláva na obsah stratégie, ako napríklad MTX spolu s GCs alebo MTX spolu s biologickými liekmi, ako aj dôsledné monitorovanie a rýchle zmeny liečby, ak nie sú dosiahnuté liečebné ciele („benchmarking“) (12, 107). Vyhlásenie, že pacienti s nepriaznivými prognostickými faktormi môžu získať väčší prospech, pramení v poznatku, že pacienti s priaznivou prognózou veľmi často odpovedajú na

monoterapiu s nízkou intenzitou alebo na stratégie intenzívnej liečby (podobne 87, 88), ale že pacienti so závažným alebo agresívnym priebehom ochorenia často neodpovedajú dostatočne na monoterapiu DMARD ani kombinovanú liečbu bez pridania GCs či biologických liekov.

12. *Plynulé znižovanie biologických DMARDs* – V súčasnosti nie je jasné, ako pokračovať v liečbe alebo ukončiť ju u pacientov, u ktorých došlo k remisii. Dôkladne uskutočnené RTC zamerané na ukončenie liečby syntetickými DMARDs u pacientov v remisii preukázalo, že približne iba u jednej tretiny pacientov, ktorí pokračovali v užívaní svojich DMARDs, vzplanulo ochorenie na rozdiel od približne dvoch tretín tých pacientov, ktorí prestali užívať (108); okrem toho po ukončení liečby DMARDs bolo oveľa ťažšie dosiahnuť remisiu (109). Takýto záver poskytla aj jedna najnovšia metaanalýza venovaná tomuto problému (110). Prvý aspekt ukotvený v tomto tvrdení sa vzťahuje na trvanie remisie: mala by byť pretrvávajúca – znamená to, že by mala trvať niekoľko mesiacov pred tým, ako by bolo potrebné uvažovať so znižovaním dávok biologických a/alebo syntetických DMARDs. Pred plynulým znižovaním dávok DMARDs sa však dávky GCs musia znížiť podľa tvrdenia č. 6 a remisia musí ďalej pretrvávať. Pracovná skupina sa domnievala (na základe odborného posudku), že biologické lieky by sa mohli potom pomaly znižovať predĺžovaním časového intervalu medzi jednotlivými dávkami alebo znižovaním dávky, hoci syntetické DMARDs by sa mali užívať naďalej. Nebol tu uvedený žiaden konkrétny časový rámec, pretože k dispozícii nie sú žiadne údaje; remisiu trvajúcu najmenej 12 mesiacov by podľa odborného posudku bolo možné považovať za „pretrvávajúcu“ (110).

13. *Znižovanie syntetických DMARDs* – Toto tvrdenie nasleduje za predchádzajúcim a tvrdí, že o postupnom vysadzovaní liečby syntetickými DMARDs by v prípade dlhodobej remisie bolo možné uvažovať po ukončení liečby GCs a biologickými liekmi. Dôkazy na podporu tohto prístupu neexistujú – takisto ani údaje o časovom rámci, dávkovaní ani dĺžke intervalu v priebehu procesu znižovania dávok. Spôsoby znižovania dávok sú teda ponechané na uvážení pacienta a lekára. Vzhľadom na dostupné údaje, ktoré preukazujú, že vysadenie DMARDs sa spája so zvýšeným výskytom vzplanutia ochorenia (108, 110), sa výbor domnieva, že znižovanie dávok by sa malo uskutočňovať opatrne a ma-

lo by sa starostlivo a dôkladne posúdiť.

14. *Biologická liečba u pacientov, ktorí ešte neboli liečení DMARDs* – Hoci biologické DMARDs by sa v súlade s tvrdeniami č. 7 a 8 mali vo všeobecnosti podávať u pacientov, u ktorých zlyhala liečba syntetickým DMARD (syntetickými DMARDs), výbor bol presvedčený, že existujú pacienti, u ktorých treba uvažovať o prvolíniovej biologickej liečbe spojenej s MTX. Títo pacienti majú zvyčajne nepriaznivé prognostické znaky vrátane veľmi aktívneho ochorenia alebo včasného štrukturálneho poškodenia. V súčasnosti sú schválené na liečbu takýchto pacientov iba inhibítory TNF, ale v budúcnosti, po uskutočnení viacerých klinických skúšaní, môžu získať podobné schválenie ďalšie biologické lieky. Pri hodnotení výsledkov klinických skúšaní zameraných na užívanie inhibítora TNF a MTX u jednotlivcov, ktorí ešte neužívali MTX, a klinických skúšaní s rovnakými chemickými zlúčeninami u pacientov s ochorením aktívnym napriek liečbe MTX (1, 55, 56, 61, 111 – 113), pacienti, ktorí ešte MTX neužívali, preukazovali vyššiu mieru odpovedí ako pacienti, ktorí na MTX odpovedali nedostatočne; mnoho pacientov v liečebnom ramene s kombinovanou liečbou, ktorí ešte neužívali MTX, by však rovnako odpovedalo na monoterapiu MTX. A tak hoci tu existuje aj dodatočný dôkaz zo strategických klinických skúšaní, že začatie liečby inhibítormi TNF a MTX zavčas zabezpečí účinnú liečbu (36, 49), najnovšie údaje naznačujú, že tento prístup nemusí byť u pacientov s včasnou RA účinnejší ako začať najprv s užívaním syntetických DMARDs a rýchlo (v uvedenom klinickom skúšaní po 3 mesiacoch), ak aktívne ochorenie ešte trvá, pridať k DMARD nejaký biologický liek (114). Až dosiaľ však žiadne klinické skúšanie neskúmali súčasné odporúčania založené na stanoviskách odborníkov a nepoužili túto stratégiu na niekoľkých vybraných pacientoch, ako je uvedené vyššie. Toto tvrdenie skutočne získalo najnižšiu úroveň zhody (8,0/10) a bol to jediný bod, pri ktorom väčšina reumatológov vyhlásila, že nejde o ich bežnú, súčasnú prax a že toto odporúčanie by ich prax zmenilo.

15. *Úprava liečby* – Rozvážnosť a vedomosti budú viesť každého lekára, aby pri predpisovaní liekov na RA nezabúdali na toxicitu účinných látok a komorbidít. Okrem aktivity ochorenia a iných prognostických faktorov však rozhodovanie v zmysle vyhlásení č. 7 a 14 môže byť podporené rýchlosťou progresie poškodenia kĺbov, predovšetkým ak sa uka-

zuje, že dané poškodenie kĺbov napriek dosiahnutiu želaného cieľa liečby značne postupuje; pred prijatím tohto rozhodnutia však treba vziať do úvahy periódy oneskorenia (47).

Ekonomické aspekty

Efektívnosť nákladov na liečebné opatrenia odporúčané vyššie bola podrobne posúdená na základe intenzívneho SLR (Systematic Literature Review), čo je tiež osobitne publikované (22). Údaje, ktoré sú k dispozícii, nasvedčujú, že všetky odporúčania sú z hľadiska nákladov efektívne s výnimkou tvrdenia č. 14 (tab. 3). Ekonomická analýza, ktorá by brala do úvahy iba osobitnú skupinu pacientov uvedenú v odporúčaní č. 14, však ešte nebola vykonaná. Výbor nevylučuje možnosť, že by v tejto konkrétnej kategórii pacientov prístup nasadenia biologických liekov v rámci prvolíniovej liečby DMARDs mohol byť z hľadiska nákladov efektívny.

Výskumný plán

Vo všetkých podskupinách boli formulované otázky výskumu. Pracovná skupina uvedené otázky posúdila a výsledok tejto diskusie je zhrnutý v tabuľke 4.

Diskusia

Pracovná skupina vypracovala 15 stručných tvrdení k manažmentu RA syntetickými a biologickými DMARDs. Tieto tvrdenia vychádzali väčšinou zo SLR pri hľadaní súhlasného stanoviska o znení odporúčaní, ale sčasti aj výhradne z odborného posudku. Výbor sa na základe tohto procesu a stanovenia príslušnej úrovne dôkazu a sily odporúčania pri každom odporúčaní pridržiaval štandardizovaných pracovných postupov EULAR na vypracovanie jednotlivých bodov (17). Okrem toho tam, kde chýbali dôkazy a pracovná skupina musela dospieť k odbornému posudku, bol vypracovaný výskumný plán na urýchlenu získavania dôkazov v budúcnosti.

Zdôvodnenie každého tvrdenia a predovšetkým špecifického znenia každého odporúčania je podrobne objasnené v časti o výsledkoch a nebude sa tu opakovať. Je dôležité, že celková zhoda s týmito tvrdeniami, posúdená anonymne niekoľko týždňov po ich vypracovaní, bola veľmi vysoká, so strednými hodnotami $\geq 8/10$ pri všetkých a $> 9/10$ pri siedmich z 15 odporúčaní (tvrdenie č. 1 – 3, 8, 9, 11 a 15). Najnižšia zhoda (8/10) bola pri odporúčaní začať s biologickými liekmi a MTX ako prvou DMARD strategickou liečbou u vybraných pacientov s veľmi vysokou aktivitou ochorenia a nepriaz-

Tab. 4. Výskumný plán

1	Aká je účinnosť GCs pri ich pridávaní k DMARDs iným., ako je MTX., alebo ku kombináciám syntetických DMARDs s MTX., ako napríklad GC plus SSZ v porovnaní s GC plus MTX a biologické lieky + MTX?
2	Do akej miery je porovnateľná alebo rozdielna účinnosť rozličných biologických liekov u pacientov s aktívnym ochorením napriek liečbe MTX?
3	Do akej miery je porovnateľná alebo rozdielna účinnosť rozličných biologických liekov u pacientov., ktorí na liečbu nereagovali alebo stratili odpoveď na inhibitory TNF?
4	Možno liečbu biologickými liekmi ukončiť pri pretrvávajúcej remisii s udržiavaním remisie a ako porovnať ukončenie liečby biologickými liekmi s ukončením liečby GC plus MTX alebo ukončením liečby GC?
5	Aký je najlepší spôsob znižovania dávkovania pri liečbe syntetickými a biologickými DMARDs u pacientov v dlhodobej remisii? (porovnanie rozličných spôsobov znižovania dávkovania)
6	Aké rozdiely budú existovať pri porovnávaní liečebných stratégií začnúc paralelne s monoterapiou MTX plus GC., kombináciou syntetických DMARDs vrátane MTX plus GC., kombináciou syntetických DMARDs vrátane MTX bez GC a biologických liekov plus MTX?
7	Aký je rozdiel klinickej., funkčnej a rádiografickej účinnosti., keď je liečebná stratégia cieľená na remisiu na základe novo definovaných ACR/EULAR kritérií porovnávaná so stratégiou cieľenou na dosiahnutie nízkej aktivity ochorenia?
8	Môžeme nájsť prediktory odpovede na syntetické DMARDs a rozličné biologické lieky?
9	Aký je efekt pridania antimalarík k MTX alebo k MTX + SSZ?
10	Do akej miery je z hľadiska nákladov efektívna liečba jednotlivcov s výnimočne vysokým rizikom rýchlej progresie s biologickými liekmi v porovnaní so syntetickými DMARDs plus GCs., ak sa pri porovnaní použije následnosť liekov stanovená inštitúciami sociálneho zabezpečenia alebo NICE?

Tento výskumný plán je čiastočne založený na odporúčaní odvođených od odborného posudku., pri ktorých chýbajú dostatočné dôkazy.

ACR/EULAR – Americká reumatologická spoločnosť/Európska liga proti reumatizmu; DMARD – ochorenie modifikujúci antireumatický liek; GCs – glukokortikoidy; MTX – metotrexát; NICE – National Institute of Health and Clinical Excellence; SSZ – sulfasalazín; TNF – tumor nekrotizujúci faktor.

nými prognostickými markermi (č. 14). A vskutku, bol to tiež jediný bod, pri ktorom mnoho reumatológov potvrdilo, že to nie je ich súčasný postup a že toto odporúčanie by ich súčasné liečebné postupy zmenilo (údaje nie sú uvedené).

Rozdelenie úlohy na päť špecifických oblastí zrejme pomohlo dosiahnuť jednoznačné závery. Tri z týchto oblastí sa týkali súčasnej farmakologickej liečby. Okrem toho rozdelenie SLRs o syntetických DMARDs na syntetické DMARDs s pridaním GCs a syntetické DMARDs bez pridanej GCs uľahčili odvodiť odporúčania pre kombinovanú liečbu s jednoznačnosťou, ktorá bola v minulosti nedocenená; táto jednoznačnosť zároveň so sebou priniesla nové otázky, ktoré vyžadujú ďalšie vysvetlenie.

Treba však poznamenať, že podľa názoru pracovnej skupiny najpresvedčivejší priamy dôkaz účinnosti bol k dispozícii pri štyroch syntetických DMARDs (MTX, leflunomid, SSZ a parenterálne podávané zlato; tvrdenia č. 3 a 4) a ôsmich biologických liekoch (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, abatacept, rituximab a tocilizumab; tvrdenia č. 7 – 9). Týchto 12 liekov je tiež názorne uvedených v podrobne rozpisovaných vetách jednotlivých odporúčaní. V článku

sa spomínajú iba dva doplnkové lieky – konkrétne antimalariká a anakinra, pretože hoci sú účinné pri RA, ich účinnosť je nižšia ako účinnosť iných látok v ich hlavnej, syntetickej, či biologickej, skupine. Posledná skupina DMARDs sa uvádza ako posledná možnosť pre pacientov, u ktorých liečba vyššie uvedenými liekmi zlyhala (tvrdenie č. 10). Treba tu uviesť, že aj GCs majú schopnosť modifikovať ochorenie (80), ale pracovná skupina ich neodporúča používať ako monoterapiu vzhľadom na ich profil nežiaducich účinkov (81). Čitatelia sú pre úplné informácie o účinnosti príslušných látok upozornení aj na sprievodné dokumenty o SLRs.

Pracovná skupina bola presvedčená, že moderná liečba RA by mala byť orientovaná na cieľ a riadiť sa prístupom strategickému liečby. Cieľom liečby by mala byť remisia alebo aspoň nízka aktivita ochorenia, a to v súlade s najnovším odporúčaním o liečebných cieľoch pri RA (48, 115). Na ceste k splneniu tejto úlohy by pacienti mali byť dôsledne monitorovaní s použitím kombinovaných meradiel aktivity ochorenia (116, 117) a liečby upravenej podľa tohto odporúčania, ak cieľ liečby nie je dosiahnutý v priebehu (podľa možnosti) 3 mesiacov, ale nanajvýš 6 mesiacov.

Pracovná skupina bola tiež silne presvedčená, že vo všeobecnosti by sa liečba DMARDs mala začať užívaním MTX v primerane vysokých dávkach, prípadne s krátkodobým pridaním GCs ešte pred tým, ako sa prijímajú iné opatrenia, ak terapeutický cieľ nie je dosiahnutý maximálne do 6 mesiacov. Druh ďalšieho opatrenia by mal závisieť od prognostických faktorov: hoci s biologickými liekmi možno uvažovať u všetkých pacientov, ktorí nedosiahli remisiu alebo nízku aktivitu ochorenia pri vyššie uvedenej liečbe, takáto liečba má väčší význam v prítomnosti nepriaznivých prognostických faktorov, ako sú autoprotilátky, stav vysokej aktivity ochorenia alebo včasné erozívne ochorenie; keď chýbajú nepriaznivé prognostické faktory, celkom vhodné by bolo uvažovať o alternatívnych syntetických DMARDs. Pracovná skupina však tiež vyslovila názor, že úzka skupina pacientov, ktorí potrebujú mimoriadne rýchly, vysoko účinný zásah, môže získať z podania biologického lieku spolu s MTX ako realizovateľnej a užitočnej voľby prínos.

Osobitný dôraz sa kládol na analýzy kombinovaných druhov liečby syntetickými DMARDs. SLR neodhalilo žiadnu všeobecnú nadradenosť týchto kombinácií v porovnaní s príslušnými monoterapiami. Iba v klinických skúšaníach, kde boli GCs pridané k syntetickému DMARD (DMARDs) (alebo boli podávané vo vyšších dávkach, prípadne častejšie ako v kontrolovaných liečebných ramedách), sa vyskytol presvedčivý dôkaz pre nadradenosť týchto kombinácií, ale čo je dôležité, nadradenosť bola prítomná bez ohľadu na to, či boli GCs pridané k monoterapii syntetickým DMARD (ako napr. MTX), alebo ku kombináciám syntetických DMARDs (ako napr. liečba trojkombináciou s MTX, SSZ a antimalarikami).

GCs zaberajú v predmetnej diskusii (tvrdenia č. 5, 6, 8 a 12) osobitné miesto. Na jednej strane, pokiaľ ide o všetky výsledky, ich účinnosť ako monoterapia, ale predovšetkým v kombinácii so syntetickými DMARDs, je nesporná. Na druhej strane ich toxicita, najmä v strednodobom až dlhodobom horizonte, sa považovala za závažnú (82), a tak by sa mali užívať opatrne a iba krátkodobo. Oblasťou diskusie bolo aj postupné znižovanie dávok GCs, no i biologických liekov a prípadne syntetických DMARDs (tvrdenie č. 13), ale v súčasnosti nie je k dispozícii dostatok dôkazov týkajúcich sa výsledkov a možných rizík, a preto ani ako v tomto ohľade pokračovať. Z tohto dôvodu sa výbor domnieval, že postupné znižovanie dávok by sa malo uplatniť

iba v prípadoch udržanej remisie a malo by byť súčasťou výskumného plánu.

Obrázok 1 sumarizuje odporúčania a výsledné logaritmy. Fáza I tvorí začatie liečby DMARDs po určení diagnózy RA (tvrdenie č. 1 – 6). Fáza II sa zaoberá pacientmi, u ktorých cieľ liečby nebol stratégiou č. 1 dosiahnutý (tvrdenia č. 7 a 8); tu sú pacienti stratifikovaní podľa prognostických faktorov a táto stratégia zahŕňa všetky kroky až po užívanie prvého biologického lieku. Fáza III sa vzťahuje na pacientov, u ktorých prvá biologicky účinná látka zlyhala (tvrdenie č. 9). Odporúčania pre manažment RA, ktoré v tomto článku uvádza pracovná skupina EULAR, nie sú prvé svojho druhu. EULAR už v minulosti zverejnila odporúčania pre včasnú RA (115), no tento dokument sa vzťahuje na všetkých pacientov s RA, nielen na pacientov s včasnou RA alebo nediferencovanou artritídou, a poskytuje oveľa viac údajov o farmakologických zlúčeninách. Avšak podľa odporúčaní, ktorých autorom je Combe a spol., sa v prvom bode vyžaduje, aby sa liečba DMARDs začala okamžite po stanovení diagnózy RA.

Okrem dokumentu EULAR pre manažment skorej RA poskytuje terapeutické odporúčania už niekoľko rokov Americká reumatologická spoločnosť (American College of Rheumatology ACR) (118). Jej najnovšie odporúčania z roku 2008 sú však zložité a nepokrývajú v plnej miere jednotlivé aspekty farmakologickej liečby a terapeutických stratégií a cieľov (119). Komplexný dokument, ktorý vydal National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) Spojeného kráľovstva (29) v čase, keď naše výskumy už značne pokročili, dospel k mnohým záverom, ktoré sú podporené našimi, a naopak, hoci táto publikácia NICE neberie do úvahy biologické liečby. Napokon mnoho národných reumatologických spoločností, ako napríklad francúzske alebo nemecké, zverejnilo svoje vlastné vnútroštátne odporúčania.

Tieto odporúčania EULAR vypracovali členovia pracovnej skupiny z 12 európskych krajín a USA. Určené sú na to, aby pomohli reumatológom v Európe a inde, aj keď nie všetky lieky tu uvedené sú všade schválené; niektoré látky skutočne ešte neboli v Európe schválené, keď sa členovia pracovnej skupiny zaoberali príslušnou literatúrou v očakávaní, že do predloženia tohto rukopisu na uverejnenie budú certifikované.

Okrem reumatológov je dokument určený aj pre pacientov s RA, aby ich informoval o súčasných cieľoch, stratégiách

a možnostiach liečby, ako vyplýva z dôležitej úasti pacientov v pracovnej skupine. Napokon tento dokument je tiež určený pre príslušných pracovníkov vlád, agentúr a úradov sociálneho zabezpečenia, ako aj platobných refundačných agentúr, keďže odráža aktuálny stav myslenia v oblasti manažmentu RA a zakladá sa na čo najväčšom množstve dostupných dôkazov. V tejto súvislosti má svoj význam aj ekonomické hodnotenie; všetky odporúčania sú vskutku podporené údajmi o efektívnosti nákladov, a to s výnimkou začatia liečby biologickými liekmi pred liečbou syntetickými DMARDs; tento záver ďalej podporuje aj Cochranova metaanalýza, podľa ktorej u pacientov s včasnou RA sa biologické lieky podávané spolu s MTX nemusia od placeba podávaného spolu s MTX významne odlišovať, pričom pomery rizík sú 1,43% a 95% interval spoľahlivosti 0,98 až 2,09 (120). V tomto smere je však potrebný ďalší výskum, pretože odporúčania sa týkajú iba obmedzeného množstva tzv. výnimočných pacientov, ktorých liečba z ekonomického hľadiska ešte nebola skúmaná. Niektoré odporúčania sa naozaj zakladajú v oveľa väčšej miere na odbornom posudku a na klinickej praxi, ktorá vznikla v niektorých inštitúciách, než na dostupných dôkazoch. A práve tu možnosť získavať dôkazy musí potvrdiť alebo vyvrátiť nesprávnosť odborného posudku alebo praxe, čo je sčasti hnacou silou výskumného programu. Navyše tak ako to bolo za posledné desaťročie, v nasledujúcich niekoľkých rokoch budú pribúdať nové údaje o súčasných alebo nových liekoch, či terapeutických stratégiách. Preto budeme vývoj v tejto oblasti pozorne sledovať a predpokladáme, že zmena a doplnenie týchto odporúčaní budú potrebné aspoň tak o 2 roky. Napokon, tieto odporúčania nezávisle od vhodnosti alebo dostupnosti určitých liekov môžu poslúžiť aj ako vzor pre jednotlivé národné spoločnosti, ktoré ich prispôbia svojej vnútroštátnej klinickej praxi a dodržia pritom ich všeobecný rámec.*

*Článok nebol objednaný a bol nezávisle zrecenzovaný.

Literatúra

1. Smolen, J.S., et al.: New therapies for treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet*, 370, 2007, s. 1861 – 1874.
2. Visser, K., van der Heijde, D.: Optimal dosage and route of administration of methotrexate in rheumatoid arthritis. a systematic review of the literature. *Ann Rheum Dis*, 68, 2009, s. 1094 – 1099.

3. Svensson, B., et al.: Low-dose prednisolone in addition to the initial disease-modifying antirheumatic drug in patients with early active rheumatoid arthritis reduces joint destruction and increases the remission rate, s. a two-year randomized trial. *Arthritis Rheum*, 52, 2005, s. 3360 – 3370.
4. Wassenberg, S., et al.: Very low-dose prednisolone in early rheumatoid arthritis retards radiographic progression over two years. a multicenter., double-blind., placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*, 52, 2005, s. 3371 – 3380.
5. van Everdingen, A.A., et al.: Low-dose prednisone therapy for patients with early active rheumatoid arthritis clinical efficacy, disease-modifying properties, and side effects, a randomized double-blind, placebo controlled clinical trial. *Ann Intern Med*, 136, 2002, s. 1 – 12.
6. Möttönen, T.T., et al.: Combination DMARD therapy including corticosteroids in early rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 17, 1999, Suppl. 18, s. S59 – 65.
7. Boers, M., et al.: Randomised comparison of combined step-down prednisolone., methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone in early rheumatoid arthritis. *Lancet*, 350, 1997, s. 309 – 318.
8. van der Heide, A., et al.: The effectiveness of early treatment with "second-line" antirheumatic drugs. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 124, 1996, s. 699 – 707.
9. Emery, P., et al.: Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis. evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis*, 61, 2002, s. 290 – 297.
10. Nell, V.P., et al.: Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43, s. 906 – 914.
11. Grigor, C., et al.: Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study), a single-blind randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364, s. 263 – 269.
12. Goekoop-Ruiterman, Y.P., et al.: Comparison of treatment strategies in early rheumatoid arthritis. a randomized trial. *Ann Intern Med*, 2007, 146, s. 406 – 415.
13. Verstappen, S.M., et al.: Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis. aiming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial). *Ann Rheum Dis*, 2007, 66, s. 1443 – 1449.
14. Fransen, J., et al.: Effectiveness of systematic monitoring of rheumatoid arthritis disease activity in daily practice, s. a multicentre, cluster randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 2005, 64, s. 1294 – 1298.
15. Schoels, M., et al.: Follow-up standards and treatment targets in rheumatoid arthritis (RA), results of a questionnaire at the EULAR 2008. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 575 – 578.
16. Breedveld, F.C.: For EULAR. The Eight EULAR 2012 Objective, s. <http://www.eular.org/myUploadData/files/Stene%20Prize%202009%20Booklet.pdf>. 2009.
17. Dougados, M., et al.: EULAR standardised operating procedures for the elaboration, evaluation, dissemination, and implementation of recommendations endorsed by the EULAR standing committees. *Ann Rheum Dis*, 2004, 63, s. 1172 – 1176.
18. Gaujoux-Viala, C., et al.: Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with synthetic disease-modifying antirheumatic drugs. systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 1004 – 1009.
19. Nam, J.L., et al.: Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with biological disease-modifying antirheumatic drugs. a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of RA. *Ann Rheum Dis* 2010, 69, s. 976–986.
20. Gorter, S.L., et al.: Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with glucocorticoids. a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 1010 – 1014.
21. Knevel, R., et al.: Current evidence for a strategic approach to the management of rheumatoid arthritis with disease-modifying antirheumatic drugs. a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 987 – 994.
22. Schoels, M., et al.: Economic aspects of treatment options in rheumatoid arthritis. a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 995 – 1003.
23. Oxford Center for Evidence Based Medicine. Levels of Evidence, 2009.
24. Ward, M.M., et al.: Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Associations with rheumatology subspecialty care. *Arch Intern Med*, 1993, 153, s. 2229 – 2237.
25. Criswell, L.A., et al.: Differences in the use of second-line agents and prednisone for treatment of rheumatoid arthritis by rheumatologists and nonrheumatologists. *J Rheumatol*, 1997, 24, s. 2283 – 2290.
26. Rat, A.C., et al.: Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*, 2004, 71, s. 190 – 197.
27. Lacaille, D., et al.: Gaps in care for rheumatoid arthritis. a population study. *Arthritis Rheum*, 2005, 53, s. 241 – 248.
28. Solomon, D.H., et al.: Costs, outcomes, and patient satisfaction by provider type for patients with rheumatic and musculoskeletal conditions. a critical review of the literature and proposed methodologic standards. *Ann Intern Med*, 1997, 127, s. 52 – 60.
29. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid Arthritis. National Clinical Guideline for Management and Treatment in Adults. London, Royal College of Physician, February 2009.
30. Michaud, K., et al.: Direct medical costs and their predictors in patients with rheumatoid arthritis. a three-year study of 7,527 patients. *Arthritis Rheum*, 2003, 48, s. 2750–2762.
31. Rat, A.C., Boissier, M.C.: Rheumatoid arthritis direct and indirect costs. *Joint Bone Spine*, 2004, 71, s. 518 – 524.
32. Pagner, K.M., et al.: The costs of rheumatoid arthritis. an international long-term view. *Semin Arthritis Rheum*, 2000, 29, s. 305 – 320.
33. Yelin, E., Wanke, L.A.: An assessment of the annual and long-term direct costs of rheumatoid arthritis. the impact of poor function and functional decline. *Arthritis Rheum*, 1999, 42, s. 1209 – 1218.
34. Kobelt, G., Jönsson, B.: The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment, s. outcome and cost-utility of treatments. *Eur J Health Econ*, 8, 2008, Suppl. 2, s. S95 – 106.
35. Spalding, J.R., Hay, J.: Cost effectiveness of tumour necrosis factor-alpha inhibitors as first-line agents in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 2006, 24, s. 1221 – 1232.
36. Emery, P., et al.: Comparison of methotrexate monotherapy with a combination of methotrexate and etanercept in active, early, moderate to severe rheumatoid arthritis (COMET), a randomised., double-blind., parallel treatment trial. *Lancet*, 2008, 372, s. 375 – 382.
37. Nandi, P., et al.: Disease-modifying antirheumatic drugs other than methotrexate in rheumatoid arthritis and seronegative arthritis. *Curr Opin Rheumatol*, 2008, 20, s. 251 – 256.
38. Plosker, G.L., Croom, K.F.: Sulfasalazine, s. a review of its use in the management of rheumatoid arthritis. *Drugs*, 2005, 65, s. 1825 – 1849.

39. Dougados, M., et al.: Efficacy and safety of leflunomide and predisposing factors for treatment response in patients with active rheumatoid arthritis. RELIEF 6-month data. *J Rheumatol*, 2003, 30, s. 2572 – 2579.
40. Lard, LR., et al.: Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis, comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med*, 2001, 111, s. 446 – 451.
41. Aletaha, D., et al.: The American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification and Diagnostic Criteria for Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010. Submitted (unpublished data) and renumber the subsequent reference.
42. Möttönen, T., et al.: Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis. a randomised trial. FIN-RACo trial group. *Lancet*, 1999, 353, s. 1568 – 1573.
43. Smolen, J.S., et al.: Radiographic changes in rheumatoid arthritis patients attaining different disease activity states with methotrexate monotherapy and infliximab plus methotrexate, s. the impacts of remission and tumour necrosis factor blockade. *Ann Rheum Dis*, 2009, 68, s. 823 – 827.
44. Molenaar, E.T., et al.: Functional disability in relation to radiological damage and disease activity in patients with rheumatoid arthritis in remission. *J Rheumatol*, 2002, 29, s. 267 – 270.
45. Molenaar, E.T., et al.: Progression of radiologic damage in patients with rheumatoid arthritis in clinical remission. *Arthritis Rheum*, 2004, 50, s. 36 – 42.
46. Aletaha, D., et al.: The importance of reporting disease activity states in rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum*, 2008, 58, s. 2622 – 2631.
47. Aletaha, D., et al.: Rheumatoid arthritis joint progression in sustained remission is determined by disease activity levels preceding the period of radiographic assessment. *Arthritis Rheum*, 2009, 60, s. 1242 – 1249.
48. Smolen, J.S., et al.: Treating rheumatoid arthritis to target, s. recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 631 – 637.
49. Goekoop-Ruiterman, Y.P., et al.: Clinical and radiographic outcomes of four different treatment strategies in patients with early rheumatoid arthritis (the BeSt study), s. a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum*, 2005, 52, s. 3381 – 3390.
50. Aletaha, D., et al.: Disease activity early in the course of treatment predicts response to therapy after one year in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum*, 2007, 56, s. 3226 – 3235.
51. Aletaha, D., Smolen, J.S.: The definition and measurement of disease modification in inflammatory rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am*, 2006, 32, s. 9 – 44.
52. Weinblatt, M.E.: Efficacy of methotrexate in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*, 34, 1995, Suppl. 2, s. 43 – 48.
53. Aletaha, D., Smolen, J.S.: Effectiveness profiles and dose dependent retention of traditional disease modifying antirheumatic drugs for rheumatoid arthritis. An observational study. *J Rheumatol*, 2002, 29, s. 1631 – 1638.
54. Pincus, T., et al.: Methotrexate as the “anchor drug” for the treatment of early rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 21, 2003, Suppl. 31, s. S178 – 185.
55. Klareskog, L., et al.: Therapeutic effect of the combination of etanercept and methotrexate compared with each treatment alone in patients with rheumatoid arthritis. double-blind randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 363, s. 675 – 681.
56. Breedveld, F.C., et al.: The PREMIER study a multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. *Arthritis Rheum*, 2006, 54, s. 26 – 37.
57. Maini, R.N., et al.: Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody combined with low-dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 1998, 41, s. 1552 – 1563.
58. Edwards, J.C., et al.: Efficacy of B-cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*, 2004, 350, s. 2572 – 2581.
59. Maini, R.N., et al.: Double-blind randomized controlled clinical trial of the interleukin-6 receptor antagonist, tocilizumab, in European patients with rheumatoid arthritis who had an incomplete response to methotrexate. *Arthritis Rheum*, 2006, 54, s. 2817 – 2829.
60. Salliot, C., van der Heijde, D.: Long-term safety of methotrexate monotherapy in patients with rheumatoid arthritis. a systematic literature research. *Ann Rheum Dis*, 2009, 68, s. 1100 – 1104.
61. St Clair, E.W., et al.: Combination of infliximab and methotrexate therapy for early rheumatoid arthritis a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum*, 2004, 50, s. 3432 – 3443.
62. Donahue, K.E., et al.: Systematic review, s. comparative effectiveness and harms of disease-modifying medications for rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med*, 2008, 148, s. 124 – 134.
63. Rau, R., et al.: Radiographic outcome after three years of patients with early erosive rheumatoid arthritis treated with intramuscular methotrexate or parenteral gold. Extension of a one-year double-blind study in 174 patients. *Rheumatology (Oxford)*, 2002, 41, s. 196 – 204.
64. Weinblatt, M.E., et al.: Sulfasalazine treatment for rheumatoid arthritis. a metaanalysis of 15 randomized trials. *J Rheumatol*, 1999, 26, s. 2123 – 2130.
65. Hamilton, J., et al.: Comparative study of intramuscular gold and methotrexate in a rheumatoid arthritis population from a socially deprived area. *Ann Rheum Dis*, 2001, 60, s. 566 – 572.
66. Lehman, A.J., et al.: A 48-week, randomized, double-blind, double-observer, placebo-controlled multicenter trial of combination methotrexate and intramuscular gold therapy in rheumatoid arthritis. results of the METGO study. *Arthritis Rheum*, 2005, 52, s. 1360 – 1370.
67. Suarez-Almazor, M.E., et al.: Antimalarials for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, č. 4, s. CD000959.
68. O'Dell, J.R., et al.: Treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate alone, sulfasalazine and hydroxychloroquine, or a combination of all three medications. *N Engl J Med*, 1996, 334, s. 1287 – 1291.
69. Calgüneri, M., et al.: Combination therapy versus monotherapy for the treatment of patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 1999, 17, s. 699 – 704.
70. van der Heijde, D.M., et al.: Sulphasalazine versus hydroxychloroquine in rheumatoid arthritis 3-year follow-up. *Lancet*, 1990, 335, s. 539.
71. McCarty, D.J.: Suppress rheumatoid inflammation early and leave the pyramid to the Egyptian, s. *J Rheumatol*, 1990, 17, s. 1115 – 1118.
72. Tugwell, P., et al.: The Methotrexate-Cyclosporine Combination Study Group. Combination therapy with cyclosporine and methotrexate in severe rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*, 1995, 333, s. 137 – 141.
73. Kremer, J.M., et al.: Concomitant leflunomide therapy in patients with active rheumatoid arthritis despite stable doses of methotrexate. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*, 2002, 137, s. 726 – 733.
74. Smolen, J.S., et al.: Superior efficacy of combination therapy for rheumatoid arthritis. fact or fiction? *Arthritis Rheum*, 2005, 52, s. 2975 – 2983.
75. Dougados, M., et al.: Combination therapy in early rheumatoid arthritis a randomised,

- controlled, double blind 52 week clinical trial of sulphasalazine and methotrexate compared with the single components. *Ann Rheum Dis*, 1999, 58, s. 220 – 225.
76. Haagsma, C.J., et al.: Combination of sulphasalazine and methotrexate versus the single components in early rheumatoid arthritis a randomized, controlled, double-blind, 52 week clinical trial. *Br J Rheumatol*, 1997, 36, s. 1082 – 1088.
 77. Schipper LG., et al.: Methotrexate therapy in rheumatoid arthritis after failure to sulphasalazine, to switch or to add? *Rheumatology (Oxford)*, 2009, 48, s. 1247 – 1253.
 78. Katchamart, W., et al.: Efficacy and toxicity of methotrexate (MTX) monotherapy versus MTX combination therapy with non-biological diseasemodifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. a systematic review and metaanalysis. *Ann Rheum Dis*, 2009, 68, s. 1105 – 1112.
 79. Kirwan, J.R.: The effect of glucocorticoids on joint destruction in rheumatoid arthritis. The Arthritis and Rheumatism Council Low-Dose Glucocorticoid Study Group. *N Engl J Med*, 1995, 333, s. 142 – 146.
 80. Kirwan, J.R., et al.: Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007, 1, s. CD006356.
 81. Hoes, J.N., et al.: Adverse events of low- to mediumdose oral glucocorticoids in inflammatory diseases. a meta-analysis. *Ann Rheum Dis*, 2009, 68, s. 1833 – 1838.
 82. Hoes, J.N., et al.: EULAR evidence-based recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*, 2007, 66, s. 1560 – 1567.
 83. Scott, D.L., et al.: Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis. results after 20 years. *Lancet*, 1987, 1, s. 1108 – 1111.
 84. Rantapää-Dahlqvist, S.: Diagnostic and prognostic significance of autoantibodies in early rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*, 2005, 34, s. 83 – 96.
 85. Nell, V.P., et al.: Autoantibody profiling as early diagnostic and prognostic tool for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 2005, 64, s. 1731 – 1736.
 86. van der Heijde, D.M., et al.: Prognostic factors for radiographic damage and physical disability in early rheumatoid arthritis. A prospective follow-up study of 147 patients. *Br J Rheumatol*, 1992, 31, s. 519 – 525.
 87. Smolen, J.S., et al.: Predictors of joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with high-dose methotrexate with or without concomitant infliximab, s. results from the ASPIRE trial. *Arthritis Rheum*, 2006, 54, s. 702 – 710.
 88. Vastesaeger, N., et al.: A pilot risk model for the prediction of rapid radiographic progression in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 2009, 48, s. 1114 – 1121.
 89. van Vollenhoven, R.F., et al.: Addition of infliximab compared with addition of sulphasalazine and hydroxychloroquine to methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis (Swefot trials). 1-year results of a randomised trial. *Lancet*, 2009, 374, s. 459 – 466.
 90. Westhovens, R., et al.: Clinical efficacy and safety of abatacept in methotrexate-naive patients with early rheumatoid arthritis and poor prognostic factors. *Ann. Rheum. Dis.*, 2009, 68, s. 1870 – 1877.
 91. Rigby, W.F., et al.: Rituximab improved physical function and quality of life in patients with early rheumatoid arthritis. results from a randomized active comparator placebo-controlled trial of rituximab in combination with methotrexate compared to methotrexate alone in pat. *Ann Rheum Dis*, 68, 2009, Suppl. 3, s. 581.
 92. Bathon, J.M., et al.: A comparison of etanercept and methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*, 2000, 343, s. 1586 – 1593.
 93. Jones, G., et al.: Comparison of tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis. the AMBITION study. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 88 – 96.
 94. Nishimoto, N., et al.: Study of active controlled monotherapy used for rheumatoid arthritis, an IL-6 inhibitor (SAMURAI), evidence of clinical and radiographic benefit from an x ray reader-blinded randomised controlled trial of tocilizumab. *Ann Rheum Dis*, 2007, 66, s. 1162 – 1167.
 95. Cohen, S., et al.: Treatment of rheumatoid arthritis with anakinra, a recombinant human interleukin-1 receptor antagonist, in combination with methotrexate, results of a twenty-four-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*, 2002, 46, s. 614 – 624.
 96. Gartlehner, G., et al.: The comparative efficacy and safety of biologics for the treatment of rheumatoid arthritis. a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol*, 2006, 33, s. 2398 – 2408.
 97. Genovese, M.C., et al.: Abatacept for rheumatoid arthritis refractory to tumor necrosis factor alpha inhibition. *N Engl J Med*, 2005, 353, s. 1114 – 1123.
 98. Smolen, J.S., et al.: Golimumab in patients with active rheumatoid arthritis after treatment with tumour necrosis factor alpha inhibitors (GO-AFTER study), a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled., phase III trial. *Lancet*, 2009, 374, s. 210 – 221.
 99. Cohen, S.B., et al.: Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy, results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four week, s. *Arthritis Rheum*, 2006, 54, s. 2793 – 2806.
 100. Emery, P., et al.: IL-6 receptor inhibition with tocilizumab improves treatment outcomes in patients with rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor biologicals. results from a 24-week multicentre randomised placebocontrolled trial. *Ann Rheum Dis*, 2008, 67, s. 1516 – 1523.
 101. Gomez-Reino, J.J., Carmona, L.: Switching TNF antagonists in patients with chronic arthritis. an observational study of 488 patients over a four-year period. *Arthritis Res Ther*, 2006, 8, s. R29.
 102. Hyrich, K.L., et al.: Outcomes after switching from one anti-tumor necrosis factor alpha agent to a second anti-tumor necrosis factor alpha agent in patients with rheumatoid arthritis. results from a large UK national cohort study. *Arthritis Rheum*, 2007, 56, s. 13–20.
 103. Finckh, A., et al.: Which subgroup of patients with rheumatoid arthritis benefits from switching to rituximab versus alternative anti-tumor necrosis factor (TNF) agents after previous failure of an anti-TNF agent? *Ann Rheum Dis*, 2010, 69, s. 387 – 393.
 104. Smolen, J.S., Weinblatt, M.E.: When patients with rheumatoid arthritis fail tumour necrosis factor inhibitors. what is the next step? *Ann Rheum Dis*, 2008, 67, s. 1497 – 1498.
 105. Teng, Y.K., et al.: Differential responsiveness to immunoablative therapy in refractory rheumatoid arthritis is associated with level and avidity of anti-cyclic citrullinated protein autoantibodies a case study. *Arthritis Res Ther*, 2007, 9, s. R106.
 106. Moreland, L.W., et al.: Interleukin-2 diphtheria fusion protein (DAB486IL-2) in refractory rheumatoid arthritis. A double-blind., placebo-controlled trial with open-label extension. *Arthritis Rheum*, 1995, 38, s. 1177 – 1186.
 107. Smolen, J.S., et al.: A proposed treatment algorithm for rheumatoid arthritis, aggressive therapy, methotrexate, and quantitative measures. *Clin Exp Rheumatol*, 21, 2003, Suppl. 31, s. S209 – 210.
 108. ten Wolde, S., et al.: Randomised placebocontrolled study of stopping second-line drugs in rheumatoid arthritis. *Lancet*, 1996, 347, s. 347 – 352.
 109. ten Wolde, S., et al.: Effect of resumption of second line drugs in patients with rheumatoid arthritis that flared up after treatment discontinuation. *Ann Rheum Dis*, 1997, 56, s. 235 – 239.

110. O'Mahony, R., et al.: Withdrawal of DMARDs in patients with rheumatoid arthritis, a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* Published Online First, s. 17 February 2009 doi: 10.1136/ard.2008.105577.
111. Lipsky, P.E., et al.: Infl iximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. *Anti-Tumor Necrosis Factor Trial in Rheumatoid Arthritis with Concomitant Therapy Study Group*. *N Engl J Med*, 2000, 343, s. 1594 – 1602.
112. Keystone, E.C., et al.: Radiographic, clinical, and functional outcomes of treatment with adalimumab (a human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody) in patients with active rheumatoid arthritis receiving concomitant methotrexate therapy, s. a randomized, placebo-controlled, 52-week trial. *Arthritis Rheum*, 2004, 50, s. 1400 – 1411.
113. Weinblatt, M.E., et al.: A trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor, s. Fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate. *N Engl J Med*, 1999, 340, s. 253 – 259.
114. Soubrier, M., et al.: Evaluation of two strategies (initial methotrexate monotherapy vs its combination with adalimumab) in management of early active rheumatoid arthritis. data from the GUEPARD trial. *Rheumatology (Oxford)*, 2009, 48, s. 1429 – 1434.
115. Combe, B., et al.: EULAR Recommendations for the Management of Early Arthritis. Report of a Task Force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCI-SIT). *Ann Rheum Dis*, 2007, 66, s. 34 – 45.
116. Aletaha, D., et al.: Reporting disease activity in clinical trials of patients with rheumatoid arthritis. *EULAR/ACR collaborative recommendation*, s. *Ann Rheum Dis*, 2008, 67, s. 1360 – 1364.
117. Aletaha, D., et al.: Reporting disease activity in clinical trials of patients with rheumatoid arthritis. *EULAR/ACR collaborative recommendations*. *Arthritis Rheum*, 2008, 59, s. 1371 – 1377.
118. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guideline, s. *Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. 2002 update*. *Arthritis Rheum*, 2002, 46, s. 328 – 346.
119. Saag, K.G., et al.: American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 2008, 59, s. 762 – 784.
120. Singh, J.A., et al.: Biologics for rheumatoid arthritis: an overview of Cochrane reviews.

SPRÁVA Z EULAR jesennej konferencie pre PARE 2010

V dňoch 4. – 7. 11. 2010 som sa zúčastnil na konferencii ako zástupca LPRe za Slovensko v stálom výbore s hlasovacím právom aj ako účastník konferencie. Konferencia sa konala v Berlíne v hoteli „Swissotel“ podľa predloženého a schváleného programu.

4. 11. 2010 som bol ako účastník s hlasovacím právom prítomný na „Standing committee PARE meeting (stálom výbore PARE), ktorý:

- odsúhlasil závery výboru zo stretnutia výboru v Ríme zo dňa 12. 6. 2010,
- prediskutoval a poukázal na strategické zameranie Svetového dňa artritídy,
- zhodnotil činnosť za roky 2008 a 2009,
- navrhol projekt na Svetový deň artritídy pre rok 2011,
- aktualizoval prebiehajúci projekt „Patient Research Partner – pacient ako partner“,
- oboznámil s novými aktivitami v Európe, predovšetkým s odporúčením európskeho predsedníctva z Bruselu z 18. – 20. 10. 2010,
- navrhol Meeting PARE Standing Committee v roku 2011,
- oboznámil s projektom „Who is who..?“

V samotnom programe od 5. do 7. 11. 2010 boli účastníci informovaní o konferencii predsedníctva EÚ v Bruseli na tému reumatických a muskuloskeletálnych ochorení a hlavne o odporúčaní európskeho predsedníctva pre štáty Európskej únie

uvádzané ako „Brussels Declaration“ z októbra 2010 – informoval Mr. Betteridge.

Bruselská deklarácia má 6 bodov a odporúča: (preklad deklarácie je uvedený v správe tučným písmom)

1. Európska únia a jej členské štáty by mali uznať socioekonomickú dôležitosť reumatických a muskuloskeletálnych ochorení a priradiť im patričnú prioritu.

2. Urgentnú potrebu základného a klinického výskumu vzhľadom na príčiny, predikovanie, priebeh a dopad týchto chronických ochorení.

3. Európska únia a jej členské štáty by mali zabezpečiť, že ľudia znevýhodnení reumatickými a muskuloskeletálnymi ochoreniami majú plné právo zaradiť sa do spoločnosti – to vyžaduje optimalizáciu faktorov pre životný štýl a životné prostredie, dostupnosť pomôcok a uznanie na flexibilné vzdelávanie a vytváranie vhodného životného prostredia.

4. Ľudia s reumatickými a muskuloskeletálnymi ochoreniami by mali mať rýchly prístup ku kvalitnej odbornej starostlivosti, ideálne v špecializovaných centrách, a tak mať zabezpečenú dlhodobú kvalitu života.

5. Liečenie reumatických a muskuloskeletálnych ochorení by malo byť v súlade so základnými odporúčaniami rovnaké v každom štáte Európskej únie.

6. Ľudia s reumatickými a muskulo-

skeletálnymi treba považovať za odborníkov, pretože s chorobou žijú a treba ich zahrnúť do výskumu a využívať ich poznatky.

Workshopy v sobotu 6. 11. 2010 sme v skupine s ústrednou témou Fit for Work pripomienkovali a navrhovali, ako pomôcť ľuďom s reumatickými chorobami. Jednotlivé návrhy a celkové spracovanie bude na webovej stránke EULAR. V nedeľu 7. 11. 2010 boli workshopy zamerané na mladých dospelých a komunikáciu medzi deťmi s reumatickými chorobami a rodičmi.

Prínosy konferencie: veľká výmena skúseností, časté emotívne príspevky, celkové obohatenie účastníkov, snaha určiť spoločnú stratégiu pre kvalitnú pomoc ľuďom s reumatickými chorobami v jednotlivých štátoch EÚ, ktorá je v súčasnosti významne rozdielna v jednotlivých štátoch EÚ, výborná organizácia.

Nedostatky konferencie (podľa môjho názoru): závery majú len odporúčajúci charakter, neúčast mladých zo Slovenska, ktorí by boli schopní odbornejšie pripomienkovať workshopy v posledný deň.

Pred ukončením konferencie som navrhol niektorým predstaviteľom štátov v EÚ, aby pricestovali na našu výročnú schôdzu v Ilave, kde by bolo možné stručne predniesť ich skúsenosti v starostlivosti o ľudí s reumatickými chorobami v ich krajine a jeden deň stráviť v kúpeľoch.

Ing. Josef Rosenbaum

OSTEOPORÓZA – tichý zlodej kostí

Osteoporóza, nazývaná aj tichý zlodej kostí, je mimoriadne závažné ochorenie, ktorým trpeli ženy už v období staroveku. Dokazujú to egyptské múmie staré 4000 rokov, ktoré majú typicky skrivenú chrbticu, tak ako to poznáme z nášho okolia. Dnes však už ženy nemusia znášať osud svojich egyptských predchodkýň. Moderná medicína má totiž dostatok informácií o tomto ochorení na to, aby sme mu mohli predchádzať a vedeli ho efektívne liečiť.

Napriek tomu je aj dnes osteoporóza mimoriadne rozšíreným ochorením, ktoré postihuje každú tretiu ženu a každého piateho muža vo veku nad 50 rokov. Odhaduje sa, že v Európe trpí osteoporózou viac ako 30% žien po menopauze, pričom viac ako 40% z nich aspoň raz v živote utrpí osteoporotickú zlomeninu¹. Na Slovensku má osteoporózu približne 300 000 ľudí, z ktorých 30% sa diagnostikuje a len 18% adekvátne lieči². Dôvodom je, že osteoporóza sa neprejavuje žiadnymi typickými príznakmi a nebolí. Preto ju pacienti aj lekári neraz prehliadajú a pacient sa o nej často dozvie až po vzniku prvej zlomeniny.

Práve zlomeniny patria k najzávažnejším následkom osteoporózy, a to nielen pre spôsobenú bolesť, ale aj pre dočasnú alebo dlhodobú imobilitu a závislosť od pomoci okolia. Zlomeniny bedrového kĺbu navyše zvyšujú riziko úmrtnosti u žien nad 55 rokov³ až 6-násobne, pričom približne 20% pacientov po zlomenine bedrového kĺbu do 1 roka⁴ zomrie a vyše 50% žien po roku od zlomeniny nie je schopných chodiť bez pomoci⁵. Osteoporóza má aj závažné ekonomické dopady, keďže na liečbu osteoporotických zlomenín je ročne v Európe vynaložených až 36 mld. eur a na základe súčasných trendov sa odhaduje nárast tejto sumy do roka 2050 až na 76,7 mld.

Preto je mimoriadne dôležité ochorenie nielen odhaliť včas, ale nastaviť vhodnú liečbu a uvedomiť si, že osteoporóza nie je chrípka a nezmizne za týždeň. Lieky je potrebné užívať nepretržite celé roky, niekedy aj doživotne. Na základe dostupných údajov však vieme, že ani rok po osteoporotickej zlomenine sa až 8 z 10 žien nelieči⁶. Častým javom medzi pacientkami je vynechanie jednej alebo viacerých dávok liečby, resp. jej úplné prerušenie. To však vedie k 20% nárastu výskytu zlomenín a až 50% nárastu rizika

hospitalizácie, čo určite nepoteší nikoho z nás⁷.

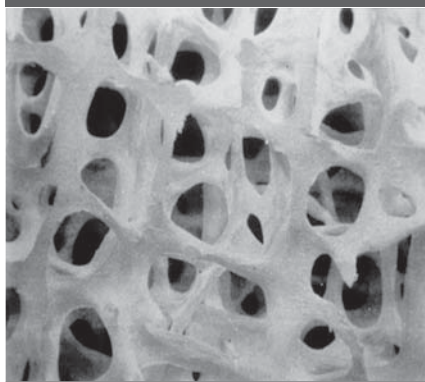
Najdôležitejším cieľom liečby osteoporózy je zabrániť vzniku zlomeniny. Na rozdiel od minulosti, keď boli vápnik a vitamín D jedinými dostupnými liekmi na osteoporózu, v súčasnosti sa možnosti liečby už podstatne rozšírili, aj keď zatiaľ ešte nie je situácia celkom uspokojivá. Lieky, ktoré sú dostupné na trhu, majú viacero nežiaducich účinkov a do veľkej miery prinášajú pacientkam obmedzenia v každodennom živote, čo je často príčinou prerušenia liečby. Efektivita liečby sa v takýchto prípadoch výrazne znižuje a obyčajne vyústí do ďalších zlomenín. Kľúčová zodpovednosť v dosahovaní výsledkov pri liečbe osteoporózy preto leží na samotnom pacientovi, ktorý musí dlhodobo zachovať sebadisciplínu a dodržiavať odporúčania svojho lekára.

pre dlhodobú liečbu, ako sú žalúdočné problémy, potreba užívať liek nalačno, či zotrvať po jeho užití vo vzpriamenej polohe. Má preto tie najlepšie predpoklady pre efektívnu liečbu tohto ochorenia. Liečba podávaná raz za pol roka výrazne zvyšuje mieru spolupráce pacienta, a tým aj pravdepodobnosť, že pacient pri nastavenej liečbe zotrvá. Tento spôsob užívania dáva pacientom navyše pocit nezávislosti, pretože s výnimkou návštev lekára dvakrát ročne nevytvára žiadne ďalšie obmedzenia.

Liek už prešiel schválením Európskej komisie a v blízkej dobe by mal byť dostupný aj pre pacientov na Slovensku.

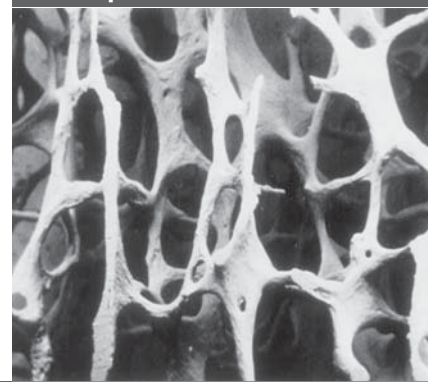
J. Rovenský
NÚRCH Piešťany

Normálna kosť



Osteoporóza je ochorenie, ktoré sa vyznačuje nízkou hustotou kostí a poruchou mikroarchitektúry kostného tkaniva.

Osteoporotická kosť



Aj v liečbe osteoporózy však veda napreduje a medicína prichádza s novými poznatkami o stavbe a metabolizme kostí. Na základe najnovších poznatkov z oblasti biológie kosti vedci vyvinuli novú vysokoúčinnú liečbu, ktorej mechanizmus účinku je založený na napodobňovaní prirodzených procesov tvorby a odbúravania kostnej hmoty v ľudskom tele. Ide o prvý liek, ktorý sa viaže na kľúčový regulátor odbúravania kostí, čím zabraňuje znižovaniu hustoty kostnej hmoty.

Nový liek, ktorý je schválený na liečbu osteoporózy, navyše formou podávania vo forme podkožnej injekcie raz za 6 mesiacov odbúrava aj kľúčové prekážky

- 1 Epidemiology. International Osteoporosis Foundation. Accessed at <http://www.iofbonehealth.org/health-professionals/about-osteoporosis/epidemiology.html> on 10 March 2009.
- 2 MUDr. P. Maresch, CSc., I. ortopedicko-traumatologická klinika FNsP, LF UK a SZU Bratislava, prezentácia: Zlomeniny – závažný klinický prejav osteoporózy, Bone Academy, 7. Apríl, 2010.
- 3 Cauley, J. A. et al.: Osteoporos Int 2000; 11: 556–561.
- 4 Cole, Z. A. et al.: Current Rheumatology Reports 2008; 10: 92–96.
- 5 Keene, G. S. et al.: BMJ 1993; 307: 1248–1250.
- 6 Brown, S. A. et al.: Med Clin N Am 2003; 87: 1039–1063.
- 7 Huybrechts, K. F. et al.: Bone 2006; 38: 922–928.

PREVENTÍVNE VYŠETRENIA v rámci Svetového dňa obličiek v Kežmarku



Pri príležitosti Svetového dňa obličiek 11. marca 2010 sa v Kežmarku uskutočnila veľká akcia pre širokú verejnosť zameraná na prevenciu chorôb obličiek. Organizátori rozmiestnili v Kežmarku 6 stánkov, v ktorých zdravotnícki pracovníci z Dialcorpu, s.r.o. (Kežmarok), Ústavu experimentálnej medicíny LF UPJŠ (Košice) a študentky zo Zdravotníckej školy (Poprad) merali občanom krvný tlak. Krvný tlak si dalo odmerať 332 občanov. Z tohto počtu sa 241 občanov považovalo za zdravých, napriek tomu z nich 63 malo hypertenziu I. alebo II. štádia. Títo ľudia o svojej chorobe – vysokom krvnom tlaku – vôbec nevedeli. Všetci boli poučení o potrebe navštíviť všeobecného lekára, prípadne odbor-

ného lekára. Najmladší účastníci mali 12 rokov (chlapec, neliečený, TK 118/97 mm Hg) a 15 rokov (mladý muž, neliečený, TK 150/76 mm Hg) a najstarší účastníci mali 80 rokov (muž, neliečený, TK 159/100 mm Hg) a 84 rokov (žena, neliečená, TK 230/80 mm Hg).

Ochorenie obličiek je relatívne časté a často je spojené s hypertenziou. Chorí nemajú významné subjektívne ťažkosti. Pri chorobách obličiek sa vyskytuje bielkovina v moči, leukocyty aj erytrocyty a iné látky, ktoré svedčia o poškodení funkcie obličiek. Moč si dalo vyšetriť 18 občanov. Desiati vyšetrení mali chemicke negatívny moč, šiesti mali leukocyty v močovom sedimente (3 – 8 leukocytov/ μ l), jeden občan mal 28 – 30 leukocytov/

μ l a jeden z nich mal záplavu leukocytov a významnú proteinúriu. Tento človek bol poučený a poslaný na odborné vyšetrenie. Chemické vyšetrenie moču sa uskutočňovalo v biochemickom laboratóriu v Kežmarku.

Svetový deň obličiek sa koná každý rok, a to vždy druhý štvrtok v marci. Najdôležitejším cieľom tohto dňa je prevencia chorôb obličiek a ak sa choroba obličiek vyskytne, začatie včasnej liečby. Na záver pozývam všetkých občanov Kežmarku aj všetkých návštevníkov, aby sa na tejto akcii v marci 2011 zúčastnili.

M. Bíla
Dialcorp, s.r.o., Kežmarok
e-mail: mbila@dialcorp.sk



Cenné informácie o obličke môžete získať na webovej stránke: www.oblickanadzlatko.sk, ktorá vznikla v spolupráci spoločnosti Roche a odborníkov v oblasti transplantologickej medicíny na Slovensku. Sú tu uverejnené základné informácie o funkciách a ochoreniach obličiek, možnostiach liečby, je tam priestor na komunikáciu s odborníkmi, recepty pre vaše obličky a iné.

Informácie a pomoc získate bezplatne aj na infolinke 0800 800 789.

Fotografická súťaž BARIÉRY 2010

Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR vyhlásila fotografickú súťaž, ktorá prebiehala v čase od 22. 6. do 26. 11. 2010. Fotografie zobrazujúce bariéry, prekážky, s ktorými sa stretávajú denne nielen ľudia so zdravotným postihnutím, ale aj starší občania alebo rodičia s detským kočíkom.

Prekážky – bariéry, ktoré nie sú na prvý pohľad viditeľné, a predsa nám robia starosti. Treba upozorniť širokú verejnosť na nedostatky, snažiť sa hľadať riešenia a postupne bariéry odstraňovať. Bariéry búrať a nie stavať! Nemyslím len tie architektonické, ale aj komunikačné...

Naši členovia SMR sa v minulých ročníkoch zapojili do súťaže a získali aj ocenenie. Tento rok sa znova zapojili do súťaže. Prispeli k zviditeľňovaniu prekážok, s ktorými sa stretávajú ľudia so zdravotným postihnutím. V súťaži sú napríklad aj

tieto fotografie s názvom Láska – Tomáš a jeho syn Matej, alebo Matka so synom na Corfu – dovolenka snov v Grécku.

Svoje fotografie môžete zasielať foto@nrozp-bariery.sk, súťaží fotografia, nie autor, a tak môžete zaslať aj viac záberov. Organizátori vyberú 30 najlepších fotografií, ktoré budú vystavené vo výstavných priestoroch CITY PRESBURG na Michalskej ulici v čase od 16. decembra



Matka so synom.



Fotografická súťaž Bariéry 2010 – stánok.

2010 do 14. januára 2011. Vernisáž fotografickej súťaže a zároveň slávnostné vyhlásenie výsledkov bude dňa 16. 12. 2010 o 17.00 v Bratislave.

Ingrid Brečová



Láska – Tomáš a jeho syn Matej.

...stačí sa zastaviť

O d rána nám obloha praje dážď a miestami sú zrážky ozaj výdatné! Je piatok 18. september 2010. Človek po celom týždni unavený, znechutený, podráždený ponáhľajúci sa z práce. Všade plno ľudí naznačuje blížiaci sa víkend! Hlavou sa nám motajú myšlienky typu: aby som nezabudla kúpiť, musím stihnúť poštu, odviešť syna na plávanie, dcéra má poznámku hneď na začiatku školského roka... a neviem, čo všetko sa cestou k rodinnému krbu môže stať. Cez víkend bude zasa veľa povinností, ktoré sa nestihli počas pracovného týždňa, zobrať deti na spoločný výlet, uvariť pre kompletnú rodinu, práčka sa zastaví v nedeľu pred obedom, ak je párný týždeň, tak prídu svokrovci na obed... Život v pohode? V strese? Treba sa tešiť, či skôr plakať?

V Piešťanoch, v Hudobnom pavilóne Mušľa v parku sa začína festival hudby, zábavy, divadelných predstavení, prezentácie občianskych združení, diskusie... „Ľudia potrebujú ľudí 2010“.

Predseda Národnej rady organizácií zdravotne postihnutých v SR pán Branislav Mamojka spolu s projektovou manažérkou Michaelou Hirčkovou spoločne kráčajú na pódium zahájiť festival už tretíkrát... stačí sa zastaviť.

Prezentácia NROZP v SR v stánku je hneď pri chodníku, veľa zaujímavých a poučných brožúr, farebné i čiernobiele letáky, množstvo zaujímavých informácií... stačí sa zastaviť.

Parkom sa nesú známe tóny piesní, ktoré spieva mladá speváčka Barbora Balúchová. Rozprúdiť krv v žilách okoloidúcim, vyčarí úsmev... stačí sa zastaviť.

Usmievavá Katka podáva informácie o činnosti občianskeho združenia, odpovedá na rôzne zvedavé otázky okoloidúcich rôzneho veku, deťom ponúknú čokoládu... stačí sa zastaviť.

Hendikepovaní tanečníci z OZ Barlička prišli potešiť účastníkov festivalu až z Prešova, ich výkony boli odmenené potleskom... stačí sa zastaviť.

Festivalom sa približuje širokej verejnosti talent, schopnosti, zručnosti po-



stihnutých umelcov, ich nadanie, búrajú sa bariéry v komunikácii, pomáha sa integrácii, bojuje sa proti predsudkom... stačí sa zastaviť.

Stačí sa zastaviť! Premýšľať o našom uponáhlanom a hektickom spôsobe života, o našich životných hodnotách, o rodine, o deťoch, o škole, o práci, o zdraví, o priateľoch, o bežných každodenných povinnostiach, o ľuďoch...

Stačí sa zastaviť a možno práve týmto spôsobom vyjadriť spolupatričnosť ľuďom, čo nedostali toľko zdravia a sily, ako by potrebovali k samostatnosti, podporiť ľudí s rôznym zdravotným obmedzením, potleskom vyjadriť uznanie, oceniť snahu, ich talent...

Životné skúsenosti naznačujú, že potrebujeme ľudí s veľkým L, potrebujeme ľudí bez rozdielu, aj s ich odlišnosťami. Nevieť ako Vy, ale ja ich k svojmu životu rozhodne potrebujem. Mnohému ma naučili, pomohli mi vo chvíľach, keď som nevedela, ako ďalej kráčať životom. Sú mojimi priateľmi, majú môj obdiv, vážim si ich a som im vďačná. My sme sa na festivale, kde sa stretli ľudia s dobrým úmyslom, srdcom, s úsmevom na tvári, zastavili... Viem, že „Ľudia potrebujú ľudí“!

JaKubko

5. ročník akcie „NEMOCNICA V POHYBE“ podporili aj zástupcovia HC Košice a U.S. Steel

V sobotu 25. septembra 2010 Nemocnica Košice–Šaca, a.s., 1. súkromná nemocnica zrealizovala v areáli nemocnice už 5.ročník akcie „Nemocnica v pohybe“. Akciu podporili zástupcovia HC Košice – 1. tréner Rastislav Čada, kapitán mužstva Peter Bartoš a Katka Hricková, reprezentantka basketbalového klubu Dobrí anjeli. Na podujatí sa aktívne zúčastnili aj zástupcovia vedenia U.S. Steel viceprezident pre technológiu Vladimír Jacko a generálny právny zástupca Joseph Napoli s rodinami.

„Hlavnou myšlienkou, tak ako aj po minulé roky, je motivovať ľudí k športu a urobiť niečo pre zdravie. Tento rok sa na „Nemocnici v pohybe“ zúčastnilo pri-

bližne 300 ľudí, čo je znamením, že ľudia majú záujem starať sa o svoje zdravie a zostať zdraví a vitálni,“ povedal Juraj Vančík, riaditeľ Nemocnice Košice–Šaca.

Okrem tradičného behu a chôdze na 3 km si účastníci mohli odmerať krvný tlak, hladinu tuku a cukru v krvi, prístrojom „smokerlyzer“ odmerať hladiny CO vo svojich pľúcach. Pripravené boli aj ukážky prvej pomoci. Program pre deti pripravili dobrovoľníci z Detskej organizácie FRIGO.

Viac info na www.nemocnicasaca.sk.

Mgr. Adriana Bednárová
mediálny poradca
MARCUS PR, s.r.o., Hušovská 229/34
931 01 Šamorín



Zástupcovia HC Košice: zľava Rastislav Čada, Juraj Vančík, Peter Bartoš.

V KOŠICIACH sa stretli špecialisti z oblasti ortopedie a traumatológie

V Košiciach sa v dňoch 20. – 22. 10. 2010 uskutočnil trojdňový Jesenný kongres SOTS 2010. Kongres s medzinárodnou účasťou organizovalo ortopedické oddelenie z Nemocnice Košice–Šaca, a.s., 1. súkromná nemocnica, Slovenská ortopedická a traumatologická spoločnosť, Slovenská spoločnosť pre artroskopiu a športovú traumatológiu v spolupráci so spoločnosťou Unipharm – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť. Jesenný kongres SOTS sa konal pri príležitosti 40. výročia založenia ortopedického oddelenia v Košiciach–Šaci a životného jubilea primára ortopedického oddelenia MUDr. Ivana Staška. Zúčastnilo sa na ňom 406 lekárov zo Slovenska, Čiech, Maďarska, Nemecka, Belgicka a Talianska.

Na kongrese sa zúčastnili a so svojimi prednáškami vystúpili okrem iných aj doc. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA, viceprezident SICOT (Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie – Svetová ortopedická spoločnosť) z Českej republiky a Prof. Dr. Luigi Zagra, prezident European Hip Society, z Talianska. „Tohtoročný Jesenný kongres SOTS je ďalším dôkazom, že Nemocnica Košice–Šaca, a.s., 1. súkromná nemocnica je špičkové stredoeurópske pracovisko s bohatými medzinárodnými kontaktmi,“ povedal na margo trojdňového stretnutia odborníkov v oblasti ortopedie a traumatológie Tomáš Trč.

„Ortopedické oddelenie v nemocnici Košice–Šaca sa dlhé roky venuje endoprotetickým operáciám bedrového a ko-

lenného kĺbu, artroskopickým operáciám všetkých kĺbov, operáciám členka a nohy a traumatológii pohybového aparátu,“ doplnil Peter Polan, vedecký sekretár kongresu.

V programe bola zaradená aj sekcia „Dni mladých ortopédov“ s tematikou operačnej liečby v oblasti členka a nohy a sympóziu „Osteoporóza – súčasnosť a budúcnosť“ pri príležitosti svetového dňa osteoporózy.

MUDr. Ivan Staško
Ortopedické oddelenie Nemocnica
Košice–Šaca, a. s.,
1. súkromná nemocnica
Lúčna 57, 040 15 Košice - Šaca
e-mail: istasko@nemocnicasaca.sk
MUDr. Peter Polan

4. MEDZINÁRODNÉ vedecké a edukačné osteologické sympóziu v Bratislave

Dňa 10. novembra 2010 sa konalo 4. medzinárodné vedecké a edukačné osteologické sympóziu v historických priestoroch Zichyho paláca v Bratislave. Už štvrtý rok sa prezentovali originálne práce vedeckých a odborných intelektuálnych osobností z oblasti klinickej aplikovanej osteológie. Bolo potešujúce, že slovenskí kolegovia sa aj na minulých sympóziách aktívne zapájali do diskusie v jazyku anglickom alebo nemeckom a že nadviazali pracovné i osobné priateľstvá s prednášajúcimi.

Prednášané práce boli na vysokej vedeckej úrovni a zodpovedali nielen schopnostiam vedcov, ale aj podmienkam, ktoré sú vytvorené pre výskum v krajinách západnej Európy, USA, Kanady a podobne. Tohtoročné sympóziu bolo výnimočné, pretože ním sa začalo aj 1. sympóziu aplikovanej biomechaniky v medicíne na Slovensku. Je to veľká udalosť z hľadiska zahraničných spoločností pre aplikovanú biomechaniku v medicíne.

Tento interdisciplinárny odbor si získava vo svete dôležité postavenie v osteológii, ortopédii, úrazovej chirurgii, stomatológii, rehabilitácii, protetike, súdnom lekárstve, vo fyziológii, v patofyziológii a postupne preniká aj do ďalších medicínskych odvetví. V odbornom programe vystúpila doc. MUDr. Jaroslava Wendlová, PhD., s prácou nazvanou „Utrpia muži a ženy zlomeninu krčka femuru pri páde pri rovnakej hodnote BMD?“

Prof. Dr. Ing. Zysset Philippe, PhD., predniesol prednášku na tému „Metóda konečných prvkov v predikcii pevnosti kosti: možnosti klinickej aplikácie v osteológii“, Prof. Dr. hum. biol. Dipl. Phys. Peter Augat, PhD., mal prednášku na tému „Aplikovaná biomechanika v kostnej denzitometrii“ a Prof. Dr. Med. Peter Pietschmann, PhD., „Po-hlavné rozdiely v osteoporóze“.

Z TVORBY mladých básnikov

Môjmu Bohu

Čítal som mnoho svätých textov
V každom si, Pane, mal inú tvár
Kolená v prachu a s piesňou piesní
Sklopil som oči a s láskou sa vzdal.

Počul som amen v mnohých rečiach
Čo si ich, Otče, pomotať dal
Ticho ťa prosím o mojich veciach
Aby tú tarchu zo mňa si sňal.

Videl som, Pane, tvoj veľký zázrak
Keď z očí Sveta vytekal smiech
Keď fľaša bez vody nebola prázdna
Keď si si zobral môj smrteľný hriech.

Zažil som, Bože, tvoju obeť
Keď už aj za mňa zomrieť si chcel
Prosím ťa chvíľku môj život poved'
Kým bude na dosah môj posledný cieľ.

Dominik Abrahámsky

ŠKOLENIE o pracovnej a sociálnej rehabilitácii

V uplynulých dňoch som sa zúčastnil na stretnutí, ktorého témou bola pracovná a sociálna rehabilitácia. Stretnutie sa uskutočnilo v Inštitúte pracovnej rehabilitácie (IPR) so sídlom v Bratislave, na Mokrohájskej ulici 1. Ako školiteľ nás viedol Ing. Číž, vedúci Centra sociálnej a pracovnej rehabilitácie, ktorý nás informoval o rôznych formách, akými v spomínanom inštitúte prebieha pracovná a sociálna rehabilitácia. Na stretnutí vystúpil aj riaditeľ inštitútu, PhDr. Dušan Piršel a za všetkých zúčastnených prehovorila Mgr. Michaela Hirčková, projektová manažérka NROZP.

Celé stretnutie slúžilo na vymieňanie si informácií a skúseností, ako aj predstavenie samotného Inštitútu pracovnej rehabilitácie. Boli sme informovaní o formách a možnostiach štúdia, ako aj o „doplňkových“ službách, akými je komplex

zdravotníckych a rehabilitačných služieb, možnosť celoročného ubytovania a stravovania pre klientov Inštitútu, ako aj sociálne a psychologické poradenstvo.

V priestoroch poskytujúcich zdravotnícke a rehabilitačné služby sme mali následne možnosť absolvovať krátku exkurziu, kde sme sa detailnejšie oboznámili s možnosťami a úrovňou poskytovaných služieb.

Predstavili nám komplexné spektrum otvorených, i v budúcnosti ešte otváraných učebných a študijných odborov, z ktorých mnohé sú s možnosťou pokračovať v danom odbore v nadstavbovom, maturitnom štúdiu.

Aj pre mňa, ako bývalého absolventa tohto inštitútu, bolo príjemným prekvapením, akou rekonštrukciou v súčasnosti prechádzajú všetky priestory IPR. Rovnako potešujúco vyznieva fakt, aké široké

spektrum voľnočasových a študijných aktivít Inštitút pracovnej rehabilitácie, ponúka, či už záujemci prejavia záujem o umelecko-remeselnícke práce, odbory týkajúce sa strojárkej, či kovoobrábačskej oblasti, odbory zamerané na štúdium administratívy, výpočtovej techniky, ekonomiky a účtovníctva, alebo najnovšie otvorený odbor, ktorý sa svojou náplňou venuje verejnej správe.

Martin Bernadič
SZTP Bratislava
e-mail: sztp@sztp.sk

LPR Miestna pobočka Lučenec LETNÉ AKTIVITY

Pretože na naše kĺby najviac účinkujú termálne vody, išli sme si do Podhájskej užiť liečivé účinky vody a slnka až dvakrát.

Počasiu nám prialo, takže sme si pred odchodom už mohli natierať len opálené telá. Nebolo to inak ani v Egri, či Tiszaújvárosi v Maďarsku, ako aj v Hajdúszoboszló. Hoci sú tieto termálne vody od nás vzdialené dobrých pár kilometrov, nikto neľutuje tú dlhú cestu. Leto sme ukončili 15. septembra kúpaním v jaskyni v Miskolc-Tapolci.

Je to úžasné plávať pri svetle lúčov, alebo sa nechať unášať umelo vytvoreným prúdom vody, alebo sedieť v bazéne, kde je vyčarená obloha s hviezdami a počúvať tichú hudbu. V septembri sme mali aj ďalšie prekvapenie, keď sme nemohli uskutočniť plánovanú opekačku v prírode, varili sme kapustnicu a hrala nám pritom aj harmonika.

Najkrajšie zážitky však máme zo slnečného Talianska, kde sme pobudli na pláži v Lignano-Sabiadoro 10 dní. Užili sme si

mora aj slnka. Oddychom na piesku sme si vyhrievali boľavé kĺby. Pekne opálení a oddýchnutí sme sa vracali domov. Cestou sme mohli obdivovať veľikány Álp.



Pred odchodom z kúpaliska Podhájska.

Keďže bolo krásne slnečné odpoľudnie, mohli sme sa pokochať krásnou prírodou.

Každoročne chodíme aj na relaxačno-rehabilitačný pobyt do kúpeľov v Tur-



Kúpanie v bazénoch v Maďarsku.



Dovolenka pri mori v Taliansku.

čianskych Tepliciach. Aj teraz sme tam pobudli začiatkom októbra 8 dní. Procedúry aj počasie tam umocnili náš dobrý dojem. Okrem procedúr a prechádzok sme mali aj prednášky – zdravotnú a dejepisnú o histórii Turca, ktorú nám pripravil profesor Moravec. No nechýbali ani tančeka, či to bolo na zoznamovacom, alebo rozlúčkovom večierku. Pekné spomienky máme aj na večerné kúpanie.



Zastávka v „srdci Európy“.

Cestou domov sme si urobili prestávku v „srdci Európy“.

Po návrate sme už mali naplánované stretnutie s bohatým programom. Zapojili sme sa do 4. ročníka Behu reumatológov a reumatikov, ktoré sa uskutočnilo aj v našom meste. Prišiel nás pozdraviť aj pán primátor Ing. Marko a prednosta



4. ročník Behu pre zdravie.

BEH A CHÔDZA reumatológov a reumatikov v Lučenci

Do štafety Beh reumatológov a reumatikov sa zapojilo desať slovenských miest. Medzi nimi aj Lučenec. Vo štvrtok vyše päťdesiatčlenná skupinka mužov i žien bežala od mestského úradu k obchodnému domu a späť. Najstarší bežec mal 75 rokov. „Som rád, že sme našim behom upozornili na problém reumatických ochorení a zároveň poukázali na to, aký dôležitý je pohyb pre zdravie,“ hovorí Ján Vančo.

Organizácia spojených národov vyhlásila 12. október za Svetový deň reumatizmu. Ochorenie ľudovo nazývané reuma sa prejavuje veľkým bolesťami a stuhnutosťou kĺbov. Sťažuje pohyb, a preto to bol práve beh, ktorým upozornili na toto ochorenie.

Viktor Kvak



Ocenenie zaslúžilých pracovníkov na Mestskom úrade v Lučenci.



Prednáška MUDr. Paulusovej.

mesta JUDr. Ilčík.

Keďže máme spoločné stretnutie s klubom PSaA, pripomenuli sme si 20. výročie založenia Ligy proti reumatizmu a Svetový deň reumatizmu. Potom nasledovala prednáška MUDr. Paulusovej, ktorá hovorila o význame Svetového dňa psoriázy, jej liečbe, ako aj o nových možnostiach liečby.

Po občerstvení nám spríjemnila chvíle pani Strigáčová hrou na harmoniku, kde sme si aj zaspievali, a tak spríjemnili októbrový sviatok seniorov – Úcta k starším.

28. októbra sa konalo na Mestskom úrade v Lučenci ocenenie dlhoročných dobrovoľných pracovníkov zo zdravotných organizácií. Takéto ocenenie prebrali z rúk primátora mesta Mária Kosková a Helena Lekárová ako dlhoročné členky výboru LPre MP Lučenec.

Mária Gilanová
predsedníčka LPre MP Lučenec



Svetový deň psoriázy.

LPre Miestna pobočka Košice

BEH ZDRAVIA

Posledné hrejivé lúče jesenného slnka prehrievali rozľahlý školský dvor ZŠ pre telesne postihnutých v Košiciach na Opatovskej ceste č. 97.

Je štvrtok, 14. októbra 2010 krátko po 13.00 hodine a tu sa už začínajú prípravy na 4. ročník „Behu a chôdze reumatikov a reumatológov“. Žiaci chystajú zosilňovaciu aparatúru na reprodukciu hudby. Už z minulého ročníka vedia, že bude veľká zábava. Na stôl pomáhajú uložiť donesené veľké škatule plné sladkostí, darčiekov, spomienkových predmetov a množstvá „papierov“. Oči im žiaria v očakávaní – veď už druhý raz sa tu všetci spolu stretávajú, aby si svorne zabehli, každý podľa svojich fyzických možností a schopností.

Postupne k stolom prichádzajú deti so svojimi vychovávateľkami a sociálnymi pracovníčkami. Podpisujú prezenčné listiny a menia sa na malých anjelikov. Biele tričká všetkým nesmierne pristanú – presvedčte sa na priložených fotografiách! Všetci z I., II. a III. skupiny sú už v plnej predštartovej paráde a horúčke. Zostavu doplnia tohto roku prvý raz aj telesne postihnutí dospelí a seniory. Spolu sa za-

registrovalo 108 účastníkov „Behu“ z radov ZŠ (deti aj pedagogickí pracovníci a dospelí klienti zariadenia) a členov Ligy proti reumatizmu.

Beh zdravia otvoril najstarší účastník prelomením barly a napätie ukončili výstrely štartovacej pištole. Postupne podľa stupňa telesného hendikepu vyštartovala I. skupina, kde tempo udávali súrodenci Robo a Majo, po nich nasledovala II. skupina, ani vozíčkari z III. skupiny sa nedali zahanbiť – Andrejka a Petra spolu so svojou tetou vychovávateľkou statočne bojovali. Zahanbiť sa nedali ani dospelí a seniory povzbudzovaní svojou sociálnou pracovníčkou pani Dankou Žizákovou.

Vyhlásenie víťazov, odovzdanie cien, darčiekov a povzbudenie aj do budúceho „Behu 2011“ bolo v rukách predsedníčky K. Palkovej. Milým účastníkom zdôraznila, že zvíťazil každý, kto prišiel, prekonal pohodlnosť a s chuťou si zabehol určený, vyznačený okruh. Príhovor pani Gabriely Ószovej z vedenia ZŠ pohladil srdcia všetkých, ktorí prispeli svojou troškou práce do organizácie a prípravy tohto podujatia. Vyjadrila vďaka účastníkom aj



Po registrácii sa účastníci stretli „v akcii“.



Najstarší účastník zlomením barly odštartoval Beh zdravia.

organizátorom a povzbudila prítomných do ďalších športových aktivít.

Hit školy – pieseň od slovenskej speváčky Kristíny uzavrel tohtoročný „Beh zdravia“. Spievali a tancovali všetci – každý koľko a ako vládol a nám už nezostávalo nič iné, len sa rozlúčiť s nádejou na skoré stretnutie roku 2011, milí naši spolubežci.

*Daniela Fenyesová
tajomník LPre Košice*

LPre Miestna pobočka Trenčín

VYHODNOTENIE ČINNOSTI ZA ROK 2010

Vzmysle uznesenia z výročnej členskej schôdze za rok 2009 a plánu činnosti na rok 2010 boli realizované nasledovné úlohy a činnosti:

1. Bolo vypracované a podané priznanie k dani právnických osôb za rok 2009 s využitím údajov zo „Správy revízie komisie o výsledku hospodárenia“.

2. Uskutočnili sme 3-krát zájazd do Veľkého Medera na kúpanie v termálnych bazénoch (v pláne činnosti bol 2-krát).

3. Zakúpili sme 26 ks permanentiek po 5 procedúr do Edukačno-rehabilitačného centra, ktoré patrí organizáciám zdravotne postihnutých.

4. Z 2% zaplatenej dane za rok 2009 sme získali 1171 EUR.

Je zabezpečený zápis do registra oprávnených osôb na príjem podielu 2% zaplatenej dane aj v roku 2011.

5. V zmysle pozvánok sme sa pravidelne zúčastňovali na zasadnutiach predsedníctva LPR v Piešťanoch.

6. Schôdze výboru MP boli organizované podľa potreby, vždy však po zasadnutí predsedníctva LPR za účelom postúpenia informácií všetkým členom výboru a zabezpečenia zadaných úloh.

7. Bola vykonaná inventúra členskej základne:

– bolo vyradených 5 členov, ktorí nezaplatili členské príspevky za 2 po sebe nasledujúce roky (v zmysle novelizovaných stanov LPR),

– 5 členov požiadalo o ukončenie členstva k 1. 1. 2010. Súčasný stav je 103 členov, všetci majú zaplatené členské príspevky, prevodným príkazom boli zaslané na účet do Piešťan a aktuálny zoznam členov bol odovzdaný pani Ďurišovej. V tomto zmysle budeme postupovať každý rok.

8. Pán Rudolf Paulech – tajomník výboru sa aktívne podieľal na akcii bechterevikov „spanilá jazda“ a má záujem o aktivizáciu bechterevikov.

*Vojtech Rosa
predseda MP Trenčín*

LPre Miestna pobočka Trnava DNI ZDRAVIA 10. – 11. 6. 2010

V dňoch 10. – 11. 6. 2010 sme sa zúčastnili na „Dňoch zdravia“, ktoré usporiadalo Zdravé mesto Trnava. Naša pobočka mala samostatný stánok, v ktorom sme propagovali našu pobočku, akcie, ktoré organizujeme, sme propagovali aj prostredníctvom brožúr NÚRCH a veľký záujem bol aj o zdravotné brožúry.

Našu pobočku prišiel aj osobne podporiť p. primátor Ing. Bošňák v sprievode poslancov, ktorí boli veľmi spokojní s našou prácou.

Na dňoch zdravia sme získali viac nových členov, ktorí majú záujem o činnosť našej pobočky.

Na Dňoch zdravia bolo veľa sprievodných akcií, na ktorých sa zúčastnili aj viacerí naši sponzori, hlavne v oblasti zdravej výživy.

Na budúci rok sa určite zúčastníme na tejto veľmi peknej akcii.

*Vilma Houbová
predsedníčka LPre MP Trnava*



Otvorenie Dní zdravia v Trnave.



Propagácia činnosti pobočky bola úspešná.

4. ROČNÍK BEHU A CHÔDZE REUMATOLÓGOV A REUMATIKOV

Pri príležitosti Svetového dňa reumatizmu zorganizovala naša miestna pobočka Trnava 4. ročník Behu a chôdze reumatológov a reumatikov.

Uvedená akcia bola organizovaná v spolupráci s Mestom Trnava, ktoré v tom istom dni uskutočnilo 2. ročník Veľtrhu pre seniorov. Veľtrh seniorov slávnostne otvoril primátor mesta Trnava Ing. Bošňák. Po otvorení nasledovali vystúpenia folklórnych súborov a prednášky o zdravej výžive.

O 14. hodine prišla na rad samotná akcia LPre MP Trnava. 4. ročník Behu a chôdze reumatológov a reumatikov prišiel otvoriť prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP, predseda Ligy proti reumatizmu na Slovensku. Po krátkom príhovore, ktorý zdokumentovala aj Mestská televízia Trnava, nasledovalo slávnostné odštartovanie behu. Na hvizd píšťalky p. prof.

Rovenského a pokynu pani Houbovej sa všetci zúčastnení vrhli na zdolávanie danej trasy. Niektorí zdatnejší reumatici bežali, tí menej zdatní, ktorým to vek alebo zdravotný stav nedovolil, zdolali vytýčenú trasu chôdzou – či už bez pomoci alebo pomocou palíc. Po celej trase zúčastnených sprevádzala krásnymi piesňami folklórna skupina Modrančanka, ktorej členovia sa tiež aktívne zúčastnili na behu.

Chodilo sa a behalo v Mestskej športovej hale. Celkovo sa zúčastnilo 358 účastníkov, medzi ktorých patrili aktívni členovia LPre MP Trnava a široká verejnosť. O pobočku LPre MP Trnava je veľký záujem, o čom svedčí aj to, že na behu sa prihlásili ďalší noví členovia. Každý účastník Behu dostal na pamiatku tričko, ktoré sponzorsky pripravila firma UCB.

Myslím, že všetci účastníci boli veľmi spokojní a po behu sa mohli zabaviť aj



Beh reumatikov otvoril prof. MUDr. J. Rovenský, DrSc., FRCP.



Zúčastnení sa s úsmevom pustili do prekonávania seba samých.

na vystúpení p. Kazíka, ktoré zabezpečilo mesto. Spoločne si mohol, kto chcel, aj zatancovať.

4. ročník behu osobne považujem za veľmi vydarený. Na budúci rok sa určite tiež zúčastníme na 5. ročníku.

*Vilma Houbová
predsedníčka LPre MP Trnava*

PREDNÁŠKA 29. 9. 2010

Dňa 29.9.2010 Liga proti reumatizmu miestna pobočka Trnava zorganizovala pre svojich členov, ako aj pre širokú verejnosť vzdelávacie popoludnie na vysokej odbornej úrovni. Účastníci popoludnia obohatili svoje vedomosti týka-

júcej sa témy „Osteoporóza – dokážeme úspešne bojovať s riedkymi kosťami“, ktorú predniesol MUDr. Pavol Dobrovodský z FN Trnava. Pretože členovia LPre Trnava majú veľký záujem o prednášky o betaglukáne, dozvedeli sa, aký vplyv má betaglukán na

imunitný systém človeka. O tejto téme sa mohli dozvedieť od Mgr. Juraja Jakubíka, zástupcu spoločnosti Natures. Keďže medzi členmi LPre Trnava sú väčšinou starší ľudia, pre ktorých je poistenie dôležité, spoločnosť Generali urobila prednášku na tému „Poistenie ako darček“. Na vzdelávacom popoludní sa zúčastnilo 153 účastníkov.

*Vilma Houbová
predsedníčka LPre MP Trnava*

REKONDIČNÝ POBYT V ŠOPORNI

Rekondično-rehabilitačný pobyt v Hoteli Relaxinn v Šoporni sa uskutočnil v dňoch 18. – 20. 6. 2010. Organizovala ho Liga proti reumatizmu na Slovensku – Miestna pobočka Trnava pod vedením predsedníčky pobočky pani Vilmy Houbovej a zúčastnilo sa na ňom 74 účastníkov.

Cieľom pobytu bolo zlepšenie zdravotného stavu účastníkov – členov LPre MP Trnava, poskytnutie relaxu, odpočinku, využitie zdraviu prospešných procedúr, racionálneho stravovania, každodenného ranného cvičenia v prírode na čerstvom vzduchu, ako aj účasti na zdravotníckej prednáške. Bola tu možnosť využitia krásneho prostredia, kultúrneho a spoločenského života, ako aj utuženie vzájomných priateľských vzťahov medzi členmi organizácie.

Účastníci boli ubytovaní v hoteli Relaxinn v dvojpostelových izbách vybavených sociálnym zariadením, televízorom. S ubytovaním a čistotou priestoru boli veľmi spokojní. Pri stravovaní mali na výber jedno z dvoch jedál alebo podľa požiadavky diéty. Jedlá boli bohato doplnené zeleninovými šalátmi, čerstvou

zeleninou a ovocím, jogurtmi, cereáliami, kávou a ovocnými džúsami. Obzvlášť ocenili pestrý výber a bohatú ponuku jedál na raňajky.

Na základe lekárskej prehliadky mali všetci účastníci predpísané liečebné procedúry adekvátne ich zdravotnému stavu. Súčasťou rehabilitácií bola aj plaváreň, ktorá bola k dispozícii počas celého dňa. Oblúbené a účinné bolo ranné rehabilitačné cvičenie, ktorým sme začínali každý deň nášho pobytu.

Prednášky sa venovali téme výživy a výživovým doplnkom aj významu rehabilitačno-rekondičných pobytov a boli doplnené diskusiou a vzájomnou výmenou skúseností.

V sobotu večer pripravili účastníci pobytu rozlúčkový galavečer v altánku v areáli Relax. strediska s bohatým zábavným, kultúrnym a tanečným programom.

LPre MP Trnava zabezpečila dopravu účastníkov mimoriadnym autobusom.

Účastníci rehabilitačno-rekondičného pobytu hodnotili tento náš prvý rekondičný pobyt veľmi kladne, pričom vzniesli požiadavku na členov výboru ligy, aby sa aj v budúcnosti organizovali pobyty



Výraznú časť pobytu venovali účastníci relaxácii a utužovaniu zdravia v prírode.



Spokojní účastníci rekondičného pobytu v Šoporni 2010.

s relaxačno-rehabilitačným zameraním.

Pobyt poskytol účastníkom zlepšenie a upevnenie telesného i duševného zdravia, kvalitný oddych a relax, upevnenie priateľských vzťahov medzi členmi pobočky LPre MP Trnava.

Vilma Houbová
Ing. Slávka Sorádová
Helena Varinská
LPre MP Trnava

LPre Čadca

5. októbra 2010 sa v Čadci uskutočnil ďalší ročník Behu a chôdze reumatikov a reumatológov. Reumatológovia svojim behom a reumatici chôdzou upozornili na problém reumy a jej liečby na Slovensku. Ide v poradí už o štvrtý ročník symbolického

behu a chôdze „pre zdravie“, ktorý organizuje Liga proti reumatizmu na Slovensku v spolupráci s okresnou organizáciou Zväzu postihnutých civilizačnými chorobami v Čadci. Podujatie koordinovala predsedníčka MP LPre SR v Čadci p. Margita Ďurišová. Partnerom podujatia bola

spoločnosť UCB, organizačná zložka Bratislava. Beh 2010 svojou účasťou podporilo 45 účastníkov. Zviditeľnenie potrieb reumatikov prišiel podporiť aj primátor mesta Čadca Jozef Vražel.

Margita Ďurišová

LPre Topoľčany

Miestna pobočka LPre SR v Topoľčanoch usporiadala Beh 2010 dňa 7.10. 2010. Na podujatí sa zúčastnilo 39 členov a traja hostia. Miesto, ktoré sme vybrali, bol mestský park. Členovia sa zhromaždili pri improvizovanom štarte, kde sme umiestnili stolík pre pre-

zentáciu. Dostali tričká a propagačný materiál. Účastníci potom prešli trasu cez celý mestský park do budovy Domu Červeného kríža, kde bolo vyhodnotenie a malé občerstvenie. Keďže naši členovia majú aj spevácku skupinu, zabavili sa a zaspievali si. Aj počasie nám prišlo, takže akcia bola

veľmi pekná. Našimi hosťami boli dvaja poslanci MsÚ a riaditeľ Domu Červeného kríža. Fotografovanie a báseň zabezpečil náš člen pán Doroszényi. Akciu pripravil výbor miestnej pobočky

Ing. Koloman Krivošík
podpredsa pobočky

LPre Turčianske Teplice

12. októbra 2010 sa v Turčianskych Tepliciach pri príležitosti rekondičného pobytu MP Čadca v tomto kúpeľnom meste uskutočnil ďalší ročník Behu a chôdze reumatikov a reumatológov za spoločnú myšlienku. Podujatie koordinovala pred-

sedníčka MP v Čadci p. Margita Ďurišová, podobne ako 5. októbra v Čadci. Reumatológovia svojím behom a reumatici chôdzou upozornili na problém reumy a jej liečby na Slovensku. Ide v poradí už o štvrtý ročník symbolického behu a chôdze „pre zdravie“, ktorý organizu-

je Liga proti reumatizmu na Slovensku v spolupráci s okresnou organizáciou Zväzu postihnutých civilizačnými chorobami v Čadci. Partnerom podujatia bola spoločnosť UCB, organizačná zložka Bratislava. Beh 2010 svojou účasťou podporilo 109 účastníkov.

Margita Ďurišová

LPre Púchov

Chôdza reumatikov sa konala 13. 10. 2010 o 15.h. Zúčastnilo sa na nej 45 žien.

Organizátorky boli Veronika Krošláková a Mária Hijová. Bola kratšia i dlhšia

trať. Zástavka bola v Centre voľného času, deti nám pripravili krátky program a srdiečka pre každú chodkyňu. Mali sme pripravené malé občerstvenie, čaj a koláčiky, ktoré upiekla pani Krošláková. Bola

to vydarená akcia aj s krásnym počasím. Prišla nás pozdraviť aj MUDr. Janíková – reumatologička.

*Marta Bossanyiová
predsedníčka LPre SR Púchov*

LPre Partizánske

Dňa 20. 10. 2010 miestna pobočka LPre v Partizánskom zorganizovala pre občanov celodenný program zameraný na edukáciu o reumatických ochoreniach. Hlavným bodom programu však bol Beh a chôdza reumatológov a reumatikov, na ktorom sa naša miestna pobočka zúčastnila už tretíkrát. Už od rána sa začali zbierať občania do Klubu spoločenských organizácií, kde za podpory firmy Servier prebiehalo skrínigové vyšetrenie kostí periférnym kostným denzitometrom. Počas dopoludnia bolo vyšetrených 110 ľudí. O 14.

h bol odštartovaný Beh a chôdza reumatikov a reumatológov. Miestna pobočka zorganizovala beh nielen v meste Partizánske na námestí SNP, kde bežalo 142 ľudí, ale členky výboru MP LPre zorganizovali tento beh aj v okolitých obciach nášho okresu. Takže beh sa symbolicky uskutočnil v rovnakú dobu takmer v celom okrese Partizánske. V Skačanoch beh podporilo 21 ľudí. V Klátovej Novej Vsi bežalo 22 ľudí a vo Veľkých Uherciach 41 ľudí. Čiže miestna pobočka LPre v Partizánskom zorganizovala 232 bežiacich a kráčajúcich. O 15,30 hod sa všetci zišli

v Klube spoločenských organizácií v Partizánskom, kde reumatologička MUDr. Brušková prezentovala prednášku na tému „Poznáte reumatické ochorenia?“. 79 poslucháčom objasnila, aké typy reumatických ochorení sa vyskytujú. Pri najviac sa vyskytujúcich ochoreniach (osteoartróza, osteoporóza, reumatoidná artritída a dna) MUDr. Brušková povedala aj o najnovších možnostiach liečby. Na záver prítomným ponúkli občerstvenie, ktoré sponzorovala firma Eli Lilly, a všetci sa rozchádzali s pocitom pekne stráveného dňa v kruhu reumatikov.

MUDr. Lívia Brušková

LPre – sekcia mladých reumatikov a klub KĹBIK

Počas štvordňového motivačného kurzu mladých reumatikov 20. – 24. októbra sa ako sprievodná akcia uskutočnila v piatok 22. 10. aj záverečná štafeta Behu a chôdze reumatikov.

Mladí reumatici a deti z KLUBU KĹBIK ešte pred štartom záverečnej štafety BEHU 2010 v Piešťanoch pred hotelom MÁJ po-

krstili svojich maskotov REMÍKA a REMKU, ktorých dostali ako dar v podobe dvoch bábok od partnera UCB Slovensko. Krstnými rodičmi maskotov sú manželka Regiecovci z Nitry. Báby boli vyrobené podľa pacientskych návrhov. Beh a chôdzu reumatikov prišli podporiť nielen členovia Sekcie mladých reumatikov, ale aj ich pria-

telia a sympatizanti a členovia MP v Piešťanoch. Milým prekvapením bola účasť 16 detí z materskej škôlky zo Šípkového. Prišli podporiť Jakubka, ktorého mamička je tajomníčkou LPre – SMR.

Na podujatí sa spolu zúčastnilo 78 pohybových bežcov.

Bc. Jana Dobšovičová-Černáková

MOJA ŽIVOTNÁ VEDECKÁ CESTA s pracovníkmi Slovenskej akadémie vied



Ako mladý lekár som po nástupe roku 1969 pracoval na oddelení imunopatológie Výskumného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch.

Pracovisko bolo vedecko-výskumnou ustanovizňou Ministerstva zdravotníctva vtedajšej Slovenskej socialistickej republiky. V ústave pracovali okrem nestora slovenskej reumatológie prof. MUDr. Štefana Siťaja, DrSc., vtedajšieho riaditeľa, významní vedeckí pracovníci, ktorí boli približne o generáciu starší odo mňa a už vtedy ukončovali vedeckú hodnosť doktorov lekárskeho vied, alebo ju už dosiahli (boli to doc. MUDr. Dušan Žitňan, DrSc., prof. MUDr. Karel Trnavský, DrSc., MUDr. Svatopluk Hüttl, DrSc., doc. MUDr. Tibor Urbánek, CSc., prof. MUDr. Karol Bošmanický, DrSc.). Príšť medzi špičku slovenskej lekárskej vedy nebolo pre mňa ľahké.

Po obhájení práce k vedeckej hodnosti kandidáta lekárskeho vied (CSc., teraz PhD.), ktorá sa týkala funkcie bunkovej imunity pri zápalových reumatických chorobách, roku 1976 na LF v Olomouci som zistil, že jedine spolupráca so špičkovými pracoviskami Slovenskej akadémie vied môže posunúť dopredu môj záujem o účasť produktov celulárnej imunity, ktorých nositeľmi sú T-lymfocyty. Išlo o aktuálne problémy, ktoré sa vyskytli pri jednej z najzávažnejších chorôb v reumatológii – systémovom lupus erythematosus (SLE). Úmrtnosť na toto ochorenie bola vysoká. Domnievali sme sa, že inhibíciou vírusovej infekcie obmedzíme aktivitu vyššie uvedeného ochorenia. Preto v spolupráci s RNDr. Jiřím Doskočilom, DrSc., z vtedajšej ČSAV v Prahe, mojím školiteľom MUDr. Janom Pekárkom, CSc., z Ústavu sér a očkovacích látok v Prahe a vedúcim oddelenia imunopatológie vo VÚRCH Piešťany doc. MUDr. D. Žitňanom, DrSc., sme začali imunizovať NZB/Swiss F1 myši rôznymi induktormi interferónu najmä ds-RNA, o ktorej sa vedelo, že má silný antivírusový účinok. SLE je ochorenie, ktoré malo výhodu, že už v tom čase existovali modely, najmä myšie, ktoré napodobňujú priebeh ľudského SLE. Po naplánovaní dizajnu experimentálnej práce a po podaní ds-RNA a iných induktorov zo skupiny polynukleotidov, ktoré indukovali interferón, som bol veľmi nešťastný, lebo experimentálne zvieratá začali

rapídne hynúť. Telefonicky som sa spojil s mojím učiteľom v imunológii a školiteľom o radu, čo budeme robiť. MUDr. Jan Pekárek, CSc., mi povedal, aby sme pokus zastavili a počkali tri týždne. Myšky sa zotavili, aplikovali sme im ešte niekoľko injekcií vyššie uvedených preparátov a po ich utratení sme analýzami zistili, že hladina protilátok proti ds-DNA ktorá bola vysoká, prudko klesla a zápalový proces na obličkách sa potlačil. Vysvetľovali sme to tým, že v organizme chorých zvierat vznikli proti-protilátky proti ds-DNA protilátkam, takzvané anti-idiotypové protilátky. Tým sme položili základ terapii intravenóznymi imunoglobulínmi pri rezistentných formách glomerulonefritídy pri SLE u ľudí. Prácu sme publikovali v časopise Acta Virologica. Bol to vlastne teoretický experimentálny predpoklad, aby sa takáto forma terapie používala aj podnes.

Samozrejme, neboli sme jediní. Škola profesora Shoenfelda, ktorá súčasne pracovala na tomto probléme, dosiahla pozoruhodné výsledky. Bolo pre mňa šťastím, že v rámci klinickej spolupráce som spoluautorom prác o terapii IVIg pri SLE spolu s MUDr. Ľubicou Rauovou, CSc., mojou spolupracovníčkou, ktorá urobila významné práce v tejto oblasti a publikovala ich vo významných časopisoch.

Bez spolupráce s nebohým prof. MUDr. Ladislavom Boreckým, DrSc., a RNDr. Vladimírom Lackovičom, CSc., z Virologického ústavu SAV, RNDr. Jiřím Doskočilom, DrSc., a MUDr. Janom Pekárkom, CSc., by tento príspevok k imunomodulačnej liečbe nebol vznikol. Vďaka za nezištnú spoluprácu pracovníkom oboch akademií nielen kvôli publikácii, ale aj za záchranu chorých so SLE, u ktorých sa podarilo zastaviť aktivitu zápalu obličiek a progresiu choroby do obličkovej nedostatočnosti.

Druhým míľnikom môjho vedeckého života bol začiatok spolupráce s Ústavom experimentálnej endokrinológie SAV v Bratislave. Začala sa roku 1979, keď ma prof. MUDr. Š. Siťaj, DrSc., požiadal, aby som prevzal vedenie oddelenia balneológie, a požiadal ma, aby som zhodnotil úlohu endokrinného systému pri degeneratívnych reumatických chorobách, pri ktorých on a primár dr. Gustáv Niepel urobili podrobnú analýzu funkčného zlepšenia kĺbov. Nevidel som tu už veľa

priestoru pre výskum a skôr ma zaujímali imunomodulačné účinky hormónov pri reumatických ochoreniach. Preto sme s MUDr. Milanom Vigašom, DrSc., v Laboratóriu endokrinológie človeka začali sledovať odpovede endokrinného systému pri vybraných reumatických ochoreniach. Náš záujem sa najprv sústredil hlavne na sekréciu imunostimulačných hormónov – rastového hormónu a prolaktínu v rozličných záťažových situáciách (hypertermia v kúpeli, v bahennom zábale, hypoglykémia) u pacientok s reumatoidnou artritídou. Zistili sme, že u starších pacientok je vyplavenie týchto hormónov na podnet nižšie ako u vekovo zodpovedajúcich zdravých, ale východiskové koncentrácie prolaktínu boli vyššie u chorých, ktorí mali ťažší priebeh ochorenia a horšie reagovali na liečbu a ak sa museli liečiť steroidmi, vyžadovali vyššie dávky ako pacienti s normálnymi koncentraciami prolaktínu.

Pri systémovom lupus erythematosus (SLE) prvé štúdie s experimentálnym sledovaním prolaktínu urobila hlavne skupina McMurraya a spol., ktorá poukázala, že hladiny prolaktínu bývajú hlavne pri modelovom ochorení NZB/W F1 myši zvýšené spolu s prítomnosťou anti-ds-DNA protilátok. Je to parameter, ktorý je obvykle v úzkom vzťahu s klinickou aktivitou choroby. Naša práca s MUDr. M. Vigašom, DrSc., poukázala na to, že pri ľahkých klinických formách SLE, ktoré majú nízku aktivitu, je hladina prolaktínu v norme. Výsledky sme prezentovali na svetovom kongrese o SLE v Mexiku a neskôr v časopise Lupus. Aj tieto teoretické poznatky spolu s funkčnými testami s inzulínom, ktoré ukázali určitú pohotovosť k zvýšenému uvoľneniu prolaktínu po stresorickom podnete inzulínom, prispeli k tomu, že pacienti so SLE, ktorí majú torpidnú hyperprolaktinémiu, sa preliečili bromokriptínom – liekom, ktorý je inhibítorom tvorby prolaktínu v hypofýze alebo antimalarikami. Na tomto terapeu-

tickom prístupe má najväčšiu zásluhu americká lekárka prof. Sara Walkerová.

Intenzita vedeckej spolupráce s Ústavom experimentálnej endokrinológie sa zvýšila po zapojení ďalších pracovníkov vo výskumnom tíme, ktorými boli MUDr. Juraj Koška, PhD., MUDr. Žofia Rádiková, PhD., MUDr. Miroslav Vlček, PhD., a MUDr. Adela Penesová, PhD., pričom problematike hormonálnej regulácie imunity sa venoval predovšetkým MUDr. Richard Imrich, PhD. Pozornosť sme sústredili na sledovanie endokrinnno-imunitných stavov u mladých pacientok, ktoré nemali iné pridružené ochorenia. Zistilo sa, že tieto pacientky na intenzívny stresový podnet reagujú zníženou odpoveďou nadobličiek, tak steroidových hormónov, ako aj katecholamínov. V hodnotení odpovedí adrenalínu a noradrenalínu u reumatikov bola významná pomoc dr. Richarda Kvetňanského, DrSc. Uvedené nálezy môžu mať významnú úlohu v ďalšom vývoji imunitných a metabolických zmien v priebehu ochorenia. Pri steroidových hormónoch, ktoré sú významnou zložkou liečby ťažších foriem, sa dokázalo, že na relatívnom znížení cirkulujúcej koncentrácie sa nepodieľa ich zrýchlená degradácia, ani znížená stimulácia z nadradených neuroendokrinných centier, ale porucha biosyntézy v nadobličke.

Dôležitý problém, ktorý si stále zasluhuje pozornosť, je tvorba, degradácia a transport hormónov v zapálenom synoviálnom tkanive postihnutých kĺbov. Prínosom do tejto oblasti boli práce MUDr. Ladislava Macha, DrSc., ktorý zistil zvýšené koncentrácie niektorých hormónov v synoviálnom výpotku oproti koncentrácii v cirkulujúcej krvi. Aj tieto výsledky naznačili, že hormonálne faktory v patogenéze RA sú veľmi dôležité a je potrebné ich rozvíjať a hľadať súvislosti s klinickým obrazom. Aj naše výsledky významne prispeli k celosvetovej renesancii liečby reumatoidnej artritídy nízkymi dávkami steroidov, ktoré rešpektujú fyziologické potreby organizmu, a to dokonca aj z hľadiska cirkadiálnych zmien vo vyplavovaní kortizolu (nové preparáty s oneskoreným uvoľňovaním prednizónu).

Po dr. Vigašovi v spolupráci pokračuje tím ambiciózných vedeckých pracovníkov. Jedným z nich je MUDr. Richard Imrich, PhD., terajší riaditeľ Molekulárno-

-medicínskeho centra SAV v Bratislave.

V našej práci sme pokračovali a za najvýznamnejší považujem výsledok, že pri zápalových reumatických chorobách najmä reumatoidnej artritíde je deficit, teda nedostatok nadobličkových androgénov, ako je dihydroepiandrosterón. Nízka aktivita hormónu sa našla nielen pri RA, ale aj pri SLE a polymyalgia rheumatica. Zásluhou prof. M. Petriovej bola snaha zaviesť substitúciu tohto hormónu do liečby SLE ako aditívnu liečbu, i keď klinické skúšky neboli jednoznačné. Je potrebné aj v tejto oblasti ďalej bádať. V spolupráci s MUDr. R. Imrichom, PhD., a MUDr. M. Vlčekom, PhD., pokračujeme hlavne vo výskume metabolického syndrómu pri reumatoidnej artritíde, pretože jednou zo závažných komorbidít je predčasný vývoj aterosklerózy a inzulínovej rezistencie pri RA, čo má za následok predčasné koronárne príhody pri RA, ako aj predčasné úmrtie pacienta. RA je ochorenie, ktoré skraca život o 10 rokov, preto bádanie v oblasti výskytu a príčiny metabolického syndrómu je veľmi potrebné. Len v Slovenskej republike sa vyskytuje vyše 50 tisíc pacientov s RA. Napriek tomu, že nie je dostatok finančných prostriedkov, podarilo sa presadiť projekt RASGENAS s Lekárskou fakultou – Klinikou reumatológie vo Viedni, ktorej vedúcim je prof. Josef Smolen a Molekulárno-medicínskym centrom SAV v Bratislave. Od roku 2004 prebieha identifikácia ľudského genómu. Často sa identifikujú iba asociované gény a nevieme ich spojiť s funkčným významom pre rozvoj choroby. Naš prebiehajúci projekt má priniesť nové poznatky aj v oblasti vplyvu rizikových génov na imunitnú funkciu. Napríklad, ako sme publikovali s prof. MUDr. Milanom Bucum, DrSc., v monografii Zápal pri reumatoidnej artritíde, štúdie odhalili niektoré okrem známeho HLA aj RA-asociované gény. K najdôležitejším patrí TNFAIP3, TRAF1, STAT4 a PTPN22. Už z doterajších bádání vyplynulo, že pri RA ide o geneticky predisponovaných jedincov a ochorenie spúšťa nejaký mikroorganizmus.

Je potrebné len zaželať tímu MUDr. Richarda Imricha, PhD., ktorého som členom, a prof. Smolena mnoho bádateľských úspechov v tomto smere.

Záverom, by som zhrnul, že spolupráca medzi klinickým pracoviskom a pra-

coviskom Slovenskej akadémie vied sa mi javí veľmi užitočná aj preto, že klinik nemôže do detailu vidieť a naštudovať všetky teoretické problémy a teoretik a experimentálny pracovník sa na túto problematiku díva zo širšieho hľadiska. Naproti tomu klinický pracovník vie definovať problém, ktorý ho trápi pri klinickej aktivite ochorenia, ktorej príčinu nevie zistiť a tento problém nemôže sám vyriešiť, preto vždy hovorím, že pri tejto forme spolupráce možno dosiahnuť významné výsledky, ktoré sa neskôr môžu použiť pri nozografickom ohraničení choroby, jej aktivity a progresie. Vyžaduje to trpezlivosť, dlhodobé sledovanie a nadšenie v práci, ktorá je korunovaná publikáciou v dobrom časopise a na výsledky ktorej nadviažu ďalšie tímy.

Naša práca nebola zbytočná, viacero výsledkov bolo publikovaných v prestížnom časopise *Annals Rheumatic Disease* a práce boli často citované. Môžem ešte pripomenúť, že moja aktivita s Endokrinologickým ústavom SAV pokračuje hlavne v oblasti RA asociovaných génom a javí sa ako perspektívna. Našli sme aj ďalšiu oblasť spolupráce s dr. K. Bauerovou z Farmakologického ústavu SAV, kde sledujeme vybrané imunomodulátory a liečebné prostriedky pri adjuvantnej artritíde. Napriek biologickej terapii RA je v súčasnosti potrebné v experimentálnej reumatológii hľadať nové cesty. Táto cesta je tiež dlhá – od spolupráce s dr. Jaroslavou Grimovou v bývalom VÚFB v Prahe cez dlhoročnú spoluprácu s Ing. Máriou Stančíkovou, PhD., a dr. Katarínou Bauerovou, PhD., sa snažíme nájsť látku, ktorá by bola kandidátom na použitie v terapii RA. Je to cesta dlhá, ale treba sa snažiť, aby sa ku kotviacemu lieku, ako je metotrexát pri RA, našla látka, ktorá by podporila jeho účinok, a tak sa obmedzila finančne náročná biologická liečba.

Na jeseň mojej životnej cesty by som záverom rád poďakoval všetkým spolupracovníkom zo Slovenskej akadémie vied a všetkým, ktorí mi na mojej ceste nezištne pomáhali k prospechu našich chorých, „lebo dlhá je cesta pravidlami a krátka a pôsobivá príkladmi“.

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP
Národný ústav reumatických chorôb
Nábřežie I. Krasku 4
921 12 Piešťany

**Liga proti reumatizmu na Slovensku disponuje
účtom číslo 62336-212/0200 VÚB, expozitúra Piešťany**

POMÔŽTE

SPOMIENKA také ostane mi...

Na ten neopísateľný moment, keď som zistila, že už nebudem kráčať životom sama. Budeme dvaja. Je to taký silný okamih v mojom živote, že aj teraz sa chvejem radosťou, som šťastná, usmievam sa. Najradšej by som bola radosťnú novinu „budem mamou“ vykričala do celého sveta! 7. decembra to bude šesť rokov, no akoby to bolo len včera.

Od toho radostného a prekvapivého okamihu sa mi začalo meniť a stále sa mení takmer všetko. Mením sa ja, moje okolie, moje priority a každý deň sa mení aj môj syn. Je to krásny život, i keď musím priznať, že niekedy sa mi všetko zdá veľmi zložité, ťažké. Občas mám pocit, že idem z problému do problému. Našťastie viem, že problémy sú nato, aby sa riešili. Chcem vám priblížiť náš život. Napriek všetkému je to nádherné obdobie, nemôžem sa sťažovať, no vylepšovať sa dá vždy. Snažíme sa každý deň, dnes už spoločne, aby to tak bolo. Každé ráno si navzájom povieme: „Lúbim ťa, dávaj si pozor a prajem ti pekný deň“!

Tehotnosť bola bezproblémová, vzorová, pokojné bábätko občas kopkalo, v ničom som sa nemusela obmedzovať. Užívala som si ten čas. Ako „tehuľka“ s reumatickým ochorením som prestala pracovať, aby sme mali pohodu, aby sme nenachytali bacily (pracovala som v školstve), aby sme prišli v bezpečí na našu spoločnú štartovaciu čiaru. Chodila som na pravidelné kontroly k odborníkovi, ktorý vedie celý tím ľudí na gynekologicko-pôrodníckom oddelení. Úprimne ďakujem za starostlivosť, ľudskosť patrí pánovi primárovi MUDr. Nieplovi. Skvelý človek, ktorému patrí moja úcta. Veľmi dobre sa o nás staral počas celého obdobia tehotnosti.

Keďže mám zdravotné obmedzenia, po dohode s pánom primárom som nastúpila do nemocnice plánovane, deň pred pôrodom. Syn sa narodil v 39. týždni tehotnosti, z indikácie matky sa uskutočnil pôrod sekciou v lokálnej anestézii. Zdravotnícky personál na pôrodnej sále bol príjemný, všetko prebehlo v poriadku, Jakubka Lea som videla hneď, krásny, drobučký uzlíček v plienocke ako anjelik. Odniesla ho sestrička na bežné vyšetrenia po pôrode k detskej lekárke a mňa odviezli späť na ARO a asi o hodinku na oddelenie – pôrodnicu. Podali mi telefón a tam už prvé gratulácie, čo ma príjemne prekvapilo. Lekár anestéziológ zavola-

riaditeľstvo školy a oznámil im, že ich zamestnankyňa má syna. Tiež úžasný človek, bol zhovorčivý a vtipný. Počas výkonu ma prepadol i strach, či budem počuť synov plač, jeho prvé nadýchnutie. Emócie mnou „lomcovali“ a neskôr som sa dozvedela, že mi „skákal“ krvný tlak, čo som ja nepocitovala. Starostlivosť o mňa ako o pacientku hodnotím na vysokej úrovni a aj starostlivosť ako o človeka bola veľmi dobrá. Možno až sama som bola prekvapená, ako všetko krásne funguje v zdravotníctve.

Uhradila som si nadštandardnú izbu z viacerých dôvodov. Jeden bol ten, že som chcela mať maximálne súkromie, priviesť na svet dieťa je veľmi intímna záležitosť. Každý nový okamih v živote s novým členom rodiny som si chcela vychutnať. Vedela som si predstaviť, že po pôrode žena potrebuje oddych, potrebuje načerpať silu do ďalších dní. Predpokladala som, že v prostredí, kde je viac rodičiek na izbe, deti si plačom vyžadujú pozornosť v inom čase..., si pravdepodobne pokoj veľmi neužijem. Ďalší dôvod bol môj zdravotný stav, moje základné ochorenie pohybového aparátu. Chcela som sociálne zariadenie mať sama pre seba, blízko. Nemala som chuť vysvetľovať nič o svojom zdravotnom stave nezainteresovaným, chcela som si užiť syna od prvej chvíle. Nadštandard má aj iné výhody – návštevy sa prijímajú na izbe, strava je lepšia, dieťaťko je s matkou na izbe v postielke na kolieskach, sestričky dieťa na nočné spanie zoberú na novorodenecké oddelenie, aby sa matka mohla vyspať, oddýchnuť si. Dieťa prinesú na dojčenie podľa požiadaviek drobca.

Mám skúsenosť so stredným zdravotníckym personálom – sestrička hneď v deň príchodu „vletela“ do izby. Nebola som zorientovaná v priestore, cestovná

taška nevybalená ... Podsunula mi podpísať papier o možných komplikáciách, rizikách pri výkone. Keďže nikdy som nebola operovaná, nevedela som ani poriadne, o čo ide, a tak som to odmietla. Jednala narýchlo, povrchno – že má veľa práce, aby som nezdržovala, že má aj iných pacientov. O chvíľu sa ochotne zastavil na izbe pán primár, všetko sme si vysvetlili, dohodli sa na ďalšom postupe – ústretovosť, pochopenie, žiaden stres, ochota a empatia. To som našla u lekára. Sestrička prišla opäť (nepamätám si prečo) a využila som chvíľu stretnutia a podala zmluvu o odbere pupočníkovej krvi, lebo som nemala tušenie, či bude vhodnejšia príležitosť. Zašomrala: „Izba a ešte aj toto“. To bola jediná nepríjemná skúsenosť z nemocnice. Je potrebné položiť si otázku, prečo to tak bolo? Čo tým chcela sestrička naznačiť? Odpoveď si musí dať každý sám. Ja som si nedala touto nevhodnou a neprofesionálnou poznámkou pokaziť deň.

V tom čase som mala viac ako tridsať rokov, život v plnom nasadení, vedela som presne, čo chcem, ale vedela som aj to, čo je pre mňa neprijateľné. Snažila som sa formulovať a prezentovať svoje požiadavky, prosby zrozumiteľne, čo najpresnejšie, aby nedochádzalo k nedorozumeniam. Všade je dôležitá komunikácia. Netreba sa báť, je dôležité pýtať sa, ak človek nevie, nerozumie, ak má pocit, že má k svojmu zdravotnému stavu čo povedať. Existujú povinnosti na oboch stranách, aj u lekárov, stredného zdravotníckeho personálu, ale aj u pacienta. Samozrejme aj slušnosť a úsmev patria k tomu. To, keď sa stretne na oboch stranách súčasne, človek si už viac nemôže priať.

Ak by boli v tom čase odstránené architektonické bariéry, tak by to bolo super. Napríklad v kúpeľni som ich zaregistrovala, aj na chodbe, kde sa prijímali návštevy. Tým, že človek mal súkromie, tak sa dali zvládnuť tieto prekážky pomocou rodiny celkom dobre.

SPOMIENKA také ostane jej...

Na ten deň, keď nastali problémy počas tehotnosti, a na dni hospitalizácie, ktoré strávila v zdravotníckom zariadení. V neskorých nočných hodinách zostala sama s bábätkom v brušku na nemocničnej chodbe, kde

si ju po čase vyzdvihla služba konajúca zdravotná sestra. Odborné vyšetrenia naznačovali, že pôjde o predčasný pôrod. O tejto skutočnosti ju lekár neinformoval, len to tušila a cítila, že niečo nie je v poriadku. Nemocnica sa pacientky „vzdala“

a poslala ju neskutočne starou sanitkou do okresného mesta. Podajú jej zdravotnú dokumentáciu do ruky a vníma slová, ktorým nemôže uveriť: „Výťahom dolu na prízemie, tam vás prevezme vodič sanitky“. To odmietla a dožadovala sa, aby na hodinovú cestu išiel zdravotník. Kto by niesol zodpovednosť za pôrod v sanitke a bez pomoci.

Po prevoze do okresnej nemocnice sonografické vyšetrenie ukázalo veľmi nízku hmotnosť dieťaťa. Jedno z rizík predčasného pôrodu bola skutočnosť, že dieťaťu hrozila smrť udusením aj vzhľadom na zhoršujúci sa stav rodičky – nemerateľný krvný tlak.

Prístup lekárky na príjme bol dobrý, horšie to bolo na oddelení, na izbe. Čakala, čo bude, alebo nebude. Príšerná noc, plná hrôzy. Neskutočne opovrhujúce správanie zdravotníckeho personálu k mladej žene, prvorodičke, k budúcej matke. Podľa pacientky neodobnosť, lekári sa nevedeli dohodnúť na ďalšom postupe. Jeden lekár chcel pôrod urobiť hneď, cisárskym rezom. Druhý lekár pôrod odkladal, čakal. Pacientka spomína: „Na nasledujúce hodiny ticha sa nedá zabudnúť!“ Po 15 hodinách čakania sa zistilo, že rodička je v ohrození života – má zápal vnútorného prostredia. Začali podávať lieky na vývoj pľúc dieťaťa, no všetky potrebné dávky sa nepodali pre nedostatok času.

Neprofesionálny prístup personálu k pacientovi a tiež lekárov podľa slov

matky dieťaťa, ktoré sa narodilo v 30. týždni tehotnosti bola zanedbaná starostlivosť o prvorodičku aj o dieťa. Časom sa ukázalo, že dieťa má poškodený mozog trvale, že má detskú mozgovú obrnu. Je zbytočné sa dnes pýtať, ako to všetko mohlo dopadnúť, ak by sa lekári medzi sebou vedeli včas dohodnúť na postupe a starostlivosti kvôli zdravotnému stavu rodičky a dieťaťa. Ak by podali lieky pre dieťa včas a dostačujúce množstvo. Verí, že by postihnutie bolo v menšej miere, ak by vôbec nejaké poškodenie organizmu dieťaťa nastalo.

Oznámenie o zdravotnom stave dcéry sa nedozvedela matka priamo. Lekári tvrdili, že dieťa je v poriadku, len treba čas, aby Terezka pribrala na hmotnosti a bude prospievať tak ako iné deti, postupne všetko „dobehe“. Nevie s odstupom času zhodnotiť, či lekári komunicovali takýmto spôsobom na základe jej nepriaznivého psychického stavu, no myslí si, že mala právo vedieť viac o zdravotnom stave svojej predčasne narodenej Terezky a tiež detaily prognózy o stave dieťaťa. Stále sa musela sama dožadovať informácií. Jednoznačne zlyhala komunikácia. Prečo? Existuje viac odpovedí, preto nech si každý čitateľ týchto riadkov odpovie sám.

Ako veľkú nespravodlivosť a „prázdno“ pociťuje skutočnosť, že 1200 gramov vážiacu Terezku mohla navštíviť síce denne, no byť s ňou len 15 minút v čase návštevnych hodín berie ako deficit vo vzťahu.

Vzťah medzi matkou a dieťaťom sa nadväzoval veľmi ťažko, bola jej predsa cudzia. Nemohla sa jej dotýkať, necítila jej vôňu, ruka priložená na skle inkubátora, úplne blízko, a predsa tak ďaleko. Terezka bola veľmi vzdialená. Niekde v dialke, kde v tom čase si netrufla ani dovidieť, ich čakal spoločný život. V súčasnosti majú obe super baby život krásny, ťažký, ale sú spolu a nevzdávajú sa. Bojujú každý deň a maličkými krôčikmi sa posúvajú k vysnívanému cieľu. Ja verím, že to dokážu!

Prečítali ste si príbehy dvoch žien, ktoré majú rozdielnu skúsenosť so zdravotníckym zariadením. Ženy sú vekovo rozdielne, mali, či nemali zažitú rôzne životné situácie. Prvá žena s hendikepom a druhá žena bez neho. Úplne rozdielne matky. Spája ich skutočnosť, že sa tešili na krehké stvorenia, ktorým budú môcť byť rodičom. Obe boli prvorodičky, narodili sa im vytúžené, plánované deti. V súčasnosti sa matky poznajú a ich krásne, šikovné deti Jakub Leo a Terezka sú kamaráti. Netušia, čo prežívali ich matky pri ich príchode na svet. Deti medzi sebou neriešia odlišnosti, ktoré majú. Žiadne komunikačné bariéry nemajú, a prečo by ich mali mať?! To my, dospelí ľudia, si často zbytočne, bezdôvodne staviame bariéry.

Ingrid Brečová

OZNAM

Slovenská lekárska spoločnosť, Slovenská reumatologická spoločnosť, Slovenské liečebné kúpele, a.s., Piešťany a Národný ústav reumatických chorôb organizujú

IV. Siťajovo predvianočné sympóziu

v dňoch **3. – 4. 12. 2010** v Spoločenskom centre na Kúpeľnom ostrove v Piešťanoch.

Program sympózia sa začína 3. 12. 2010 o 8.00 h a končí sa 4. 12. 2010 o 13.00 h. Na programe bude problematika biologickej liečby pri zápalových reumatických chorobách, vybrané kazuistiky, diagnostika a liečba vaskulitíd, transplantácie pľúc a imunologické problémy v patogenéze zápalových reumatických chorôb.

Na sympóziu sú pozvaní aj odborníci zo zahraničia: Prof. Dr. F. Ring – Bath (Anglicko), Prof. Dr. K. Ammer – Viedeň, Prof. Dr. L. Guillemin – Paríž, Prof. MUDr. P. Pafko, DrSc. – Praha a MUDr. Š. Ružičková – Praha.

Aktívne vystúpia pracovníci NÚRCH a reumatológie zo Slovenska.

Prof. MUDr. J. Rovenský, DrSc., FRCP – predseda SReS
Doc. MUDr. J. Lukáč, PhD. – vedecký sekretár SReS



VIA DOLOROSA – krížová cesta Jeruzalemom na kolesách

Púť do mesta miest, starobylého Jeruzalema, bohatého, hriešneho a vykúpeného mesta, bola mojim snom. Ale dajú sa sny splniť aj na invalidnom vozíku? Čo ma čaká na Olivovej hore, v Getsemanskej záhrade, na Sióne, či Golgote? Prebrodím po „mačacích hlavách“ najväčší trh sveta – trh v Jeruzaleme? Pozývam Ťa, milý priateľ, na krátku prechádzku mojim naplneným snom.

Prichádzali sme autobusom od Tel Avivu, čo je vlastne supermoderné mesto postavené na troskách antickej Joppy (Džopy) – možno poznáte príbeh o Perseovi a Androméde. Tak v Joppe bola Androméda prikovaná ku skale (samozrejme Perseus ju vyslobodil). To len na pripomenutie. Jeruzalem som uvidel prvýkrát z autobusu, keď sme prechádzali popod jeho hradby do Betlehéma, kde sme bývali. Bolo to podvečer, slnko pomaly zapadalo a dlhé tieňe mohutných hradieb s vežami a bránami nám dali pocítiť úžasnosť tohto mesta. Áno, popod tieto hradby sa odvíjali tisícročia, tu sa prechádzal v záhradách Ježiš s učeníkmi, tu kričali dav „Hosanna“, ale aj „Ukrižuj“!

Jeruzalem sme navštívili niekoľkokrát, ale ja tieto návštevy spojím do jednej, ako si to pamätám. Najkrajší pohľad na Jeruzalem je cez okienko kaplnky Dominus flevit.

Je to mreža nad oltárom, kde Ježiš zaplakal nad osudom Jeruzalema. Vidieť úbočie Olivovej hory, dolu je Cedron, priamo pred nami hradby Jeruzalema so Zlatou bránou, cez ktorú má viesť na konci sveta Jahve svojich verných do



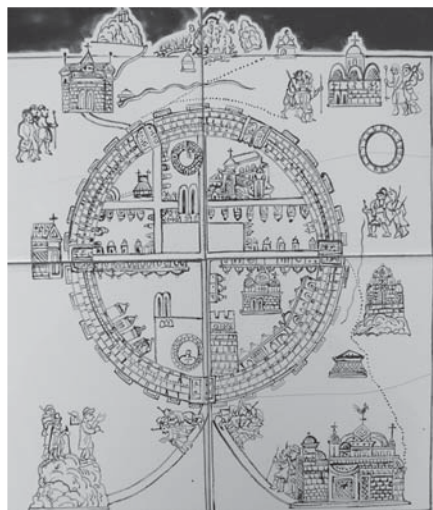
Pohľad na Jeruzalem cez okno kaplnky Dominus flevit.

zasľúbeného mesta. Preto sú najcennejšie hrobové miesta práve v blízkosti dnes zamurovanej Zlatej brány... Nad hradbami sa čnie zlatá kupola nádhornej mešity Al aksa (Na skale), ktorá je postavená nad skalou, kde bol Abrahám ochotný obetovať jediného syna Izáka. Áno, korene židovstva, kresťanstva aj islamu sú tie isté, prepletené a spoločné. Hľadal som pohľadom Chrámovú horu. Videl som Sion, uvidel som vysokú vežu evanjelického chrámu hneď vedľa kupoly Chrámu Božieho hrobu. Dnes ohraničujú hradby Jeruzalema oveľa väčší priestor ako za vlády Herodesa. Vtedy bola Golgota úplne mimo mesta, dnes je takmer v strede historickej časti. Golgota je vlastne skrytá pod kupolami rozsiahlych chrámových komplexov, v najvyššom bode tejto časti mesta. Ale poďme po poriadku.

Na Olivovej hore sme navštívili kláštor Pater noster – teda Otče náš. Táto modlitba je tu vypísaná na stenách asi v každej reči a nárečí sveta. Starý text v slovenčine s mnohými chybami, ktorý venovali americkí Slováci, dnes nahradil nový text s krásnou slovenčinou. Text je umiestnený v kostole vľavo pri vstupe.

Aj tento dotyk so Slovenskom nás mimoriadne potešil a povzbudil. Potom sme

pomaly zišli kľukatými cestičkami s prudkým klesaním okolo pravoslávneho chrámu sv. Magdalény s nádhernými zlatými kupolami ku Getsemanskej záhrade. Táto záhrada má dnes dve časti. Vpravo je vyhradená na rozjímanie, omše, pre pútnikov. Aj my sme tu mali svoju slovenskú omšu. Sedeli sme v tieni tisícročných olív, neďaleko miesta, kde sa Ježiš krvou potil (Chrám národov), jaskyne, kde ho Judáš



Starodávny plán Jeruzalema s hlavnými bránami.



Pater noster a slovenský otčenáš.

zradil a označil bozkom, nad Chrámom nanebovzatia Panny Márie. Hodina v Getsemanskej záhrade bola ako deň a pôsobila ako živá voda. Cítili sme sa ako doma. Nemal som žiaden problém nazrieť do všetkých zákutí, nafotiť vzácne pohľady na mesto i chrámy.

V Chráme národov, na ktorý sa zložili mnohé národy sveta, sme sa dotýkali skál, ktoré boli svedkom oných čias. Je to zvláštny pocit. Akoby tie skaly oživali s našimi myšlienkami. Človek vtedy nedokáže myslieť na seba, myslí na svojich blízkych, priateľov, na celý svet. Vozíčkarovi vznikne problém, keď chce navštíviť jaskyňu Judášovej zrady. Treba prekonať asi 40 schodov na znížené priestranstvo a ďalších asi 15 dolu do jaskyne. No ešte väčší problém je navštíviť prázdny hrob Panny Márie. Vchádza sa do tmavého portálu kostola, kde sa hneď od vchodu začínajú široké schody bez zábradlia. Schody strmo padajú do tmavej hĺbky. Davy ľudí, žmurkajúce lampičky, chlad



Chrám národov na Hore olivovej.
Tu sa Ježiš krvou potil.

a hlboké ticho. Zdola doliehal nádherný spev Poliakov. Pustili sme sa dolu. Po schodoch sa nešlo dobre, ale otec ma zviezol dolu bez zaváhania. Cesta do hrobu je asi vždy ľahšia ako z neho... Dolu je niekoľko oltárov, po stenách sú obrazy zo života Panny Márie. Ten spev sa ozýval od nádhornej ikony Panny Márie na oltári za miestom hrobu. Do hrobu sa vchádzalo cez úzky zdobený vchod, ale s vozíčkarmi tam nepočítali. Ak sa chcete dotknúť hrovej dosky, dám vám tip – choďte k východu z hrobu (kde iní vychádzajú), dá sa kúsok vojsť a môžete vysloviť svoje modlitby. Pokiaľ sme dolu išli ľahko, hore sa už začala krížová cesta aj pre nás. Nedalo sa oddýchnuť, zachytiť, cítil som, že otec má toho dosť. Ako dosť, to som uvidel až hore, keď sme vyšli na slnko. Bavlnené bledohnedé tričko bolo tmavé a prepotené tak, že by sa dalo žmýkať. Vonku nás oslepilo slnko a na tričkách vykreslilo slnú mapu tohto miesta. Zážitok však doteraz nevybledol.



V Getsemanskej záhrade je krásne a príjemne.

Hneď odtiaľ sme pešo prešli k bráne Sv. Štefana, kde sa v podstate začína Via dolorosa, cesta utrpenia alebo krížová cesta. Z pôvodnej Antoniovej pevnosti, kde Ježiša väznili a ponižovali, sme postupne prešli niekoľkými miestami, kde ho bičovali, trním korunovali a viedli s krížom na pleciah na popravisť. Zachovala sa tu aj časť pôvodnej kamennej dlažby (lithostratos) z tých čias. Keby kamene vedeli rozprávať... Musím povedať, že aj pre vozíčkara je to cesta utrpenia. Jeruzalem je postavený z izraelského bledého mramoru. Mesto aj preto pôsobí úžasne, starobylo a mohutne. Dodnes musia byť obklady všetkých budov z rovnakého kameňa. Aj dlažba je kamenná, nerovná, má široké štrbiny – pre úzke kolesá vozíka je nebezpečná. Postupovali sme stále do kopca. Na jednotlivých zastaveniach, ktoré sú priamo na ulici, na trhu, na krížovatkách, na schodoch – všade sme oddychovali a naberali sily. Dotkol som sa miesta, kde Veronika podala Ježišovi ručník, takmer sme spadli, keď sa mi koleso dostalo do špáry. Veru, bolo aj miesto, kde sa nám arabský chlapci – asi desaťroční – posmievali... Pre mňa boli najväčším problémom schody k 9. zastaveniu. Tam, kde Ježiš najviac trpel, my sme oddychovali. Cesta utrpenia nás priviedla na strechu Chrámu Božieho hrobu. Tam som videl asi desať opretých krížov. Dá sa kríž odložiť? Do malých kobiek vchádzali koptskí mnísi, jednoduchí a skromní, bez svetského bohatstva, s bohatstvom v duši. Priateľsky ma zdravili. Boli mi veľmi blízki. Vošli sme do ich kostola – veľké nástenné obrazy návštevy kráľovnej zo Sáby u Šalamúna vysvetľujú silné kresťanské tradície v Etiópii a významné postavenie Koptskej cirkvi v priestoroch Chrámu Božieho hrobu. Ozaj, viete, že kľúče od tohto chrámu má stará arabská rodina? Že celý chrám má prísne rozdelený pod správu 6 cirkví

– kresťanskej, pravoslávnej, arménskej, sýrskej, etiópskej a koptskej? Dokonca tak presne, že dve susediace strany stĺpov už „spravujú“ iné cirkvi? Ocitli sme sa v bočnej veži, odkiaľ sme po starobylych vydratých schodoch prudko schádzali na nádvorie pred hlavný vchod do Chrámu. Tak toto bolo ako na bobovej dráhe! Schody vyleštené tisíckami nôh, žiadna možnosť brzdiť, žiadne zábradlie. Nič sa nám nestalo – taký malý zázrak.

Práve pri našom vstupe do hlavného chrámu začali kdesi zvonit' zvončeky, zaznel spev, zacítili sme kadidlo a okolo prechádzali zrejme arménski kňazi k hrobu, kde sa krátko modlili a poklonili. My sme sa vybrali najskôr na Golgotu. Schody boli plné ľudí, vystupovalo sa hore popod oblúk na poschodie. Pre nás s vozíčkom nedostupné. Ľudia schádzali z Golgoty bočným schodiskom, dlhším, ale upraveným protišmykovo so zábradlím. No a to bolo dobré aj pre mňa. Vyšli sme hore plní nadšenia, opäť sme to dokázali! Hore nás čakal neobyčajný zážitok. V priestore sú tri oltáre – pravoslávny na mieste, kde stál kríž, katolícky na druhej strane a oltár Stabat mater (utrpenie matky) medzi nimi. Pred miestom, kde stál v skale kríž, sa ľudia tiesnili v dlhom rade. Postavili sme sa na koniec, unavení, strašne spotení, ale šťastní, že sme to dokázali. Chceli sme sa v pokoji pomodliť, porozmýšľať a aj si vydýchnuť. Ale okamžite bol pri nás mních, ktorý nás nezadržateľne ťahal dopredu. Nedalo sa mu nič vysvetľovať, tak sme išli. Samozrejme, že som zliezol z vozíka, aby som sa mohol dotknúť hviezdy, kde stál kríž. Asi som zliezol dosť krkolomne, lebo prizierajúci stojaci ľudia to asi pocítili tak, že ako na povel padli na kolená. Bolo to ako blesk z neba. Myslím,



Pred vchodom do Chrámu Božieho hrobu.

že v ten deň sa na Golgotu už vychádzalo len na kolenách... Z Golgoty sme zišli rovnakou cestou dolu ku skale, kde Ježiša sňali z kríža a balzamovali pred uložením do hrobu. Odtiaľto je to len kúsok ku hrobu. Ak napíšem, že pred Božím hrobom čakalo tisíc ľudí, možno mi neuveríte. Bolo to na deň čakania. Ale anjel, ktorý nás sprevádzal, naozaj nezaháľal... Ešte som nestihol ani otvoriť fotoaparát, už boli pri nás pravoslávni mnísi, dali mi tri sviečky a nekompromisne ma vzali priamo dopredu k Božiemu hrobu. Vypratali celý priestor, o dva kroky vrátili tisícčlenný dav a ja som vošiel do predsieni Božieho hrobu. Vozík prešiel na milimeter cez skalný vchod. Mal som dostatok času pre svoje pocity a modlitbu za všetkých a za všetko. Až neskôr som si uvedomil, že mnísi nechávali ľudí dnu asi 30 sekúnd, ja som tam bol asi 3 minúty... Teraz ma to aj mrzí, ale vtedy som si to vôbec neuvedomil. Naozaj. Vo vnútri je mramorová doska z červeného mramoru, na nej boli tri obrazy – výjav zmŕtvychvstania, strieborná ikona ukrižovaného a kríž. Horeli tam sviece, akoby v kytici. Pocítil som nie smútok, ale akúsi vnútornú radosť, ktorú som nosil v sebe ešte mesiace potom.



Z toho pocitu sa dokáže človek usmievať na svet aj z vozíka. Atmosféra v Chráme Božieho hrobu je úžasná. Vyšli sme z chrámu a na nádvorí sme opretí o mohutné múry čakali ostatných. Bolo teplo, steny boli príjemne chladivé, urobil som asi sto záberov. Cez toto čakanie sme vyšli aj na trh, nakúpili sme si pár drobností za ceny asi desaťkrát vyššie, ako by to stálo inde. Predavači vedia, že zážitok z chrámu je taký silný, že pútnici si ho chcú pripomínať pamiatkami kúpenými práve tu. Dnes ľutujem, že som toho nekúpil viac. A ešte chcem napísať, že hneď pri chráme sú priestranné, moderné sociálne zariadenia, pitná voda, dostupnosť, čistota. Sa-

mozrejme, že aj toto znásobí spokojnosť a dobrý pocit na ďalšej ceste.

No, kde sme boli ešte? Navštívili sme Sion, Chrám usnutia Panny Márie. Hovorí sa, že na tomto mieste Panna Mária spala prvú noc po ukrižovaní Ježiša. Áno, aj taká noc bola. Hneď vedľa je večeradlo, krásna miestnosť, kde sa zhromaždili apoštoli s Ježišom. Tu kdesi je zrejme aj hrob kráľa Dávida. Pripomína to Dávidova socha. Jeden z najsilnejších dotykov histórie som pocítil aj pri Múre nárekov, najposvätnejšom mieste židovského náboženstva.

Múr je pozostatkom západnej steny Šalamúnovho chrámu, ktorý zničili Rimania. Obrovské kvádre, ktoré ostali, pripomínajú najslávnejšie roky Šalamúnovho panovania. Kúsok od nás práve mladí chlapci čítali prvýkrát verejne tóru (Bar micva). Rodičia a príbuzní sviatočne oblečení boli pri nich.

Niektorí vkladali papieriky do škár medzi skaly. Papierik som nemal, ale želal som si, aby som sa tam ešte raz vrátil. Uvidím, či sa to splní. Želám aj Vám, aby sa Vám splnilo aspoň jedno – na pohľad nesplniteľné – želanie. Ale podmienkou je, aby ste také želanie mali!

M. Bernadič

PREDSTAVUJEME NOVÉ KNIHY

GERIATRIA

L. Hegyi, Š. Krajčík (Eds.)

Bratislava: Herba, 2010, 602 strán.

V týchto dňoch sa na knižných pultoch objavila kniha, ktorá je v mnohých ohľadoch významná a zasluhuje si našu pozornosť. Geriatria je odbor, ktorý sa v kontexte s významom, ktorý zastáva, dynamicky rozvíja. K rozvoju odboru patrí knižná publikácia. Zostavovatelia a hlavní autori prof. Hegyi a prof. Krajčík zapojili do prípravy diela široký tím skúsených geriatrov, internistov, ale aj odborníkov z ďalších hraničných odborov a spoločne sa im podarilo pripraviť komplexné dielo, ktoré sa môže považovať za základné pre slovenskú geriatricu.

Hlavné črty demografického vývoja na Slovensku sledujú trendy v najrozvinutejších krajinách Európskej únie. Stredná dĺžka života sa zvyšuje, čo zrejme odráža dostupnosť a úroveň zdravotnej starostlivosti, ktoré zvyšujú strednú dĺžku života v priemere o 10 – 25 %. Stredná dĺžka ži-

vota 45 rokov sa zvýšila roku 2004 u mužov oproti roku 1990 o 1,66 roka (vek dožitia 72,13 roka) a u žien o 1,2 roka (vek dožitia 78,78 roka). Napriek tomu zaostáva mužská populácia Slovenska za najdlhšie žijúcimi Švédmi o viac ako 8 rokov a ženská populácia za najdlhšie žijúcimi Francúzkami o viac ako 5 rokov. Celkový demografický trend vyspelých krajín sveta – starnutie populácie – sa začína prejavovať aj u nás. Prináša mnoho problémov, medzi nimi samozrejme aj pre zdravotnícku a sociálnu starostlivosť. Dĺžka veku však nie je jediná charakteristika, ktorá nás zaujíma. Stále viac sa hovorí o kvalite života.

Zvýšenie absolútneho počtu žijúcich starých ľudí najmä vo vyšších vekových skupinách zvyšuje hospitalizačný tlak na všetky medicínske odbory. Aby jednotlivé odbory boli schopné poskytovať adekvátnu starostlivosť, musia byť k dispozícii dostatočné nielen konziliárne, ale aj ambulantné, nemocničné a ďalšie geriatrické služby.

O osude seniora spravidla nerozhoduje akútne ochorenie, pre ktoré sa práve lieči, ale skôr početné nešpecifické komplikácie – tzv. *geriatrické syndrómy*. V praxi sú časté somatické geriatrické syndrómy (poruchy chôdze, pády, inkontinencia, závraty a iné); psychické (demencia, depresia, poruchy chovania a pod.) a sociálne geriatrické syndrómy (napr. sociálna izolácia, dysfunkcia rodiny, násilie voči starému človeku a iné). Je potrebné myslieť na to, že polymorbidita staršej populácie je dôsledkom vysokej prevalencie rizikových faktorov zdravia v mladšej populácii.

Napriek všetkým problémom ambulantnej geriatricy si myslíme, že vzhľadom na starnutie populácie sa bude zvyšovať potreba ošetrovania seniorov v ich domácom, rodinnom prostredí, s čím súvisí zvýšenie počtu geriatrických ambulancií. Súčasťou práce geriatrickej ambulancie musí byť *dispenzarizácia* seniorov. Indikáciou na zaradenie je významná multimorbidita s prítomnosťou geriatrických

syndrómov (najmä geriatrického maladaptívneho syndrómu) a dlhovekosť. V praxi sa však vzhľadom na nedostatočné finančné ohodnotenie a nadmerné pracovné zaťaženie ambulantných geriatrov dispenzarizácia presadzuje len veľmi ťažko. Perspektívne by sa mali geriatrické ambulancie užšie zameriavať aj na špecifické *geriatrické syndrómy* (inkontinencia, problematika pádov, kognitívne poruchy, malnutícia a iné).

Predlžovanie ľudského veku prináša so sebou mnoho problémov zdravot-

níckych a sociálnych nielen pre seniora, ale aj pre jeho rodinu a celú spoločnosť. Starnutie populácie ako typický jav modernej spoločnosti vyžaduje v mnohých oblastiach zmenu myslenia a postojov, od konzervativizmu lekárov až po nevšímanosť politikov.

Ani na tomto mieste nemôžeme neuviesť aktivity Vydavateľstva zdravotníckej literatúry HERBA, s. r. o., v Bratislave, konkrétne prim. MUDr. Radka Menkynu, ktorý ako vedúci redaktor vydavateľstva bol iniciátorom myšlienky pripraviť Geriatriu

v našich podmienkach a pre našich lekárov. V diele cítiť aj starostlivú ruku recenzenta doc. MUDr. Š. Litomerického, CSc., ktorý nielen posúdil rukopis, ale ho aj doplnil. Kniha je určená predovšetkým geriatrom, internistom, všeobecným lekárom prvého kontaktu, nielen pre postgraduálne vzdelávanie, ale aj pre štúdium vybraných kapitol v rámci pregraduálneho vzdelávania na lekárske fakultách. Sme presvedčení, že aj toto dielo nadviaže na úspech predchádzajúcich dvoch vydaní geriatrickej pre praktického lekára.

PhDr. H. Bernadičová

AUTIZMUS Z POHLADU NEUROPSYCHOBIOLÓGIE

D. OSTATNÍKOVÁ a spol.

Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2010, 257 strán.

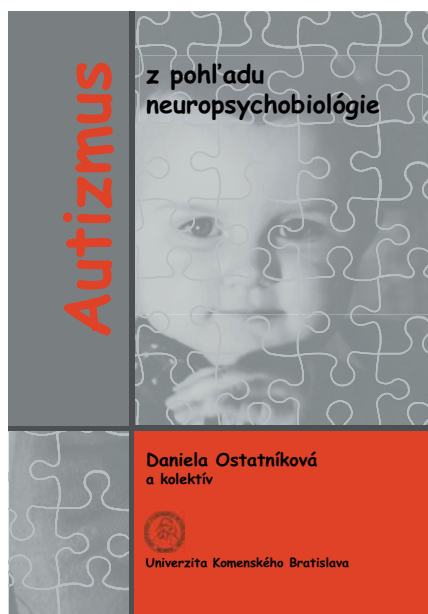
Vo vydavateľstve Univerzity Komenského v Bratislave vyšlo v týchto dňoch unikátne dielo *Autizmus z pohľadu neuropsychobiológie* (Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2010, 257 s. ISBN 978-80-223-2825-8), ktoré ako editorka a hlavná autorka v spolupráci s ďalšími poprednými odborníkmi v tejto oblasti pripravila doc. MUDr. Daniela Ostatníková, PhD., prednostka Fyziologického ústavu LFUK v Bratislave. Doc. Ostatníková sa orientuje na výskum mozgu a vyššej nervovej činnosti v norme i patológii, prednáša na viacerých fakultách UK, je zakladateľkou vedeckej školy, ktorá sa venuje štúdiu pohlavných hormónov a ich vplyvu na kognitívne funkcie mozgu v súvislosti s pohlavným dimorfizmom. V rámci grantových projektov sleduje aj možnú účasť testosterónu v etiológii autizmu.

Autorka predkladá komplexný materiál, v ktorom si síce nenárokujú na kompletný a vyčerpávajúci pohľad na autizmus, ale v skutočnosti ide o jedinečné knižné spracovanie problematiky, ktoré prináša o autizme komplexné poznatky tak z pohľadu lekárov, ako aj tých, ktorí sa o týchto pacientov starajú.

V úvode knihy rodičia autistických detí vykresľujú plastický obraz života s takýmito pacientmi. Editorka im dala prvé najcennejšie stránky knihy, pretože ide o reálne životom prinášané skúsenosti a dotyky s touto chorobou. Tieto skúsenosti obohacujú čitateľa o nezameniteľné informácie.

O autizme z pohľadu klinického psychiatra píše doc. J. Pečeňák. Doc. Ostatníková v podrobnom prehľade definuje autizmus ako neurovývinové ochorenie.

Diferenciálnodiagnostický pohľad



spracovali psychológovia Mgr. Jánošíková, PhD., a spol., ktorí sa v samostatnej časti venujú aj vzťahom autizmu a Aspergerovho syndrómu.

Psychológ Mgr. Krajmer uvádza najdôležitejšie psychologické teórie autizmu (teória sociálneho oslabenia, exekutívnej dysfunkcie, slabej centrálnej koherencie, magnocelulárnu teóriu, teóriu zrkadlových neurónov, slepotu mysle, empatizácie a systemizácie).

Pre rodiny pacientov i odborníkov je cenná Segalova príručka pre prax (návod na prežitie...). Tu sú podrobne analyzované jednotlivé kritické obdobia od raného veku dieťaťa cez socio-komunikačné deficity a ich prekonávanie až po riziká školského veku a poruchu osobnosti v dospelosti. Autori nezabúdajú na rady rodičom.

Genetik a patofyziológ MUDr. Ing. et Mgr. P. Celec, PhD., približuje genetiku autizmu ako ochorenia s vysokou heritabilitou.

Doc. Ostatníková v druhej časti knihy približuje zásadné výsledky svojho výskumu, z ktorého podáva podstatné čas-

ti vo vzťahu k autizmu. Venuje sa problematike pohlavného dimorfizmu a úlohe testosterónu v kognitívnych procesoch, opisuje tzv. organizačné a aktivačné účinky testosterónu na kogníciu. Osobitne cenná je kapitola hlavnej autorky o výskume empatie a systemizovanosti u detí s Aspergerovým syndrómom, ktorý zorganizovala na Slovensku.

Komplexnosť pohľadu dopĺňajú precízne spracované kapitoly RNDr. Schmidtovej o testosteróne a RNDr. Kelemenovej o neuromediátoroch v etiopatogenéze autizmu. V závere knihy sú definované úlohy detského neurológa v manažmente starostlivosti o dieťa s autizmom a komplexný model multidisciplinárnej starostlivosti o takéhoto pacienta. Dr. Schmidtová približuje systém práce centier špeciálno-pedagogického poradenstva, ale aj celý systém ďalších špecializovaných centier a občianskych združení, ktoré zakladajú rodičia autistických detí (kontakty).

Záverom môžeme konštatovať, že vznikla cenná odborná-vedecká publikácia, ktorá je cenným študijným materiálom i praktickou pomôckou pre lekárov, psychológov a psychiatrov, genetikov a výskumných pracovníkov, ale aj rodičov a ďalších, ktorí sa o autistické dieťa starajú. Doc. Ostatníková urobila významný krok v oblasti, ktorá je doslova „tabu“, kde vzniká množstvo pracovných hypotéz, ale stále sa nenachádza spôsob, ktorý by viedol k novej liečbe. Len sústredený výskum a ďalšie konkrétne nové poznatky na multidisciplinárnej báze môžu viesť k úspechu v tejto oblasti.

Nám neostáva iné, ako zblahoželať k priekopníckej práci a zaželať editorku i autorom získanie takých poznatkov, ktoré povedú k prepracovanému (spoznanie etiopatogenézy) a doplnenému (účinná liečba) vydaniu tejto pozoruhodnej publikácie už v skorej budúcnosti...

Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc.

Reumatici a reumatológovia bežali pre zdravie

Vuzimenú, ale slnečnú sobotu, 9. októbra 2010, bežali v Piešťanoch lekári a ich pacienti za spoločnú myšlienku. Reumatológovia svojím behom a reumatici chádzou upozornili na problém reumy a jej liečby na Slovensku. Šlo v poradí už o štvrtý ročník symbolického behu a chôdze „pre zdravie“. Zviditeľnenie potrieb reumatikov prišla podporiť i verejnosť a rodinní príslušníci reumatických pacientov. Nazbieralo sa ich takmer 200. Od 5-mesačného dieťaťa po najstaršiu účastníčku, 89-ročnú Máriu Kravárikovú. Celé podujatie sa konalo v súvislosti so Svetovým dňom rematismu (12. 10.). Akciu organizovala Liga proti reumatizmu na Slovensku za podpory spoločnosti Pfizer.

Beh odštartoval symbolickým zlomením barly predseda Slovenskej reumatologickej spoločnosti a Ligy proti reumatizmu na Slovensku prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc. Tento ročník bol o to slávnostnejší, že Liga proti reumatizmu oslavuje 20. výročie svojho pôsobenia na Slovensku.

Podujatie pokračovalo odbornými prednáškami reumatológov z Národného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch – prof. Jozef Rovenský, MUDr. Dagmar Mičeková, MUDr. Elena Košková, MUDr. Oľga Lukáčová, MUDr. Záhová, MUDr. Daniel Žlnay. Špecialisti sa laickú verejnosť náučnou formou snažili informovať o vybraných diagnózach, ich diagnostike, liečbe a možnostiach prevencie. Diskutovalo sa na tému artritídy u detí, osteoartrózy, ankylozujúcej spondylitídy a neobišli ani otázku kvality života reumatického pacienta.

Zopár faktov

- Reuma patrí medzi najčastejšie civilizačné ochorenia. V zozname „top desiatky“ sa dostala už na tretie miesto, dohŕňajúc srdciarov a onkodiagnózy. Svetová zdravotnícka organizácia aj preto vyhlásila toto desaťročie za de-

kadú kostí a kĺbov. Jej cieľom je dôraznejšie sa za spomínaných 10 rokov venovať hustote a štruktúre kostí. Po sedemdesiatke má s kĺbmi problémy takmer každý. Je tu teda dosť veľké riziko, že sa do ortopedického kolotoča raz dostaneme všetci.

- Osteoartróza je najčastejšie ochorenie kĺbov, pri ktorom dochádza postupne k úbytku až strate chrupky a súčasne k narastaniu kostného tkaniva v kĺbe a tvorbe kostných výrastkov. To spôsobuje bolesti, opuchy, obmedzenie pohybu a rastúce zhrubnutie, deformáciu až skostnatenie kĺbu. Toto ochorenie patrí medzi nevyliciteľné. Pri liečbe ide predovšetkým o to, aby sa choroba ďalej nerozvíjala a aby mal pacient možnosť žiť kvalitne a pokiaľ možno bez obmedzenia. Najčastejšie

bývajú postihnuté bedrové a kolenné kĺby, drobné kĺby rúk a chrbtica.

- Ankylozujúca spondylitída (AS) postihuje najmä osovú kostru. Ak sa choroba nelieči, schopnosť normálne žiť sa časom postupne obmedzí. AS má širokú škálu symptómov zahŕňajúcich bolesti krížov a stuhnutosť, ktorá je silnejšia ráno po zbudnutí a zmierni sa pohybom alebo cvičením. Okrem osovej kostry choroba postihuje tiež periférne kĺby (boky) a orgány (ako oči, črevá, srdce a pľúca). V ďalších štádiách sa bolesť rozšíri až do krčnej chrbtice. V neskorom štádiu choroby sa môže vyvinúť kostnatenie tkaniva v medzistavcových priestoroch.
- Aj deti môžu mať reumu. Juvenilná idiopatická artritída (JIA) je najčastejšie ochorenie kĺbov, ktoré môže začať v mladom veku a vedie k invalidite. Ide o zápal kĺbov z neznámej príčiny. Choroba má rôzny priebeh. Môže sa začínať pomaly, ale aj naraz silnými bolesťami kĺbov. Bolesť sa objavuje najčastejšie v pokoji a býva rôznej intenzity. Dieťa v dôsledku bolesti zapáleného kĺbu odmieta pohyb, čo už pri krátkodobom trvaní choroby vedie k poruche funkcie kĺbov, krívaniu, opuchom. Z dlhodobého hľadiska sa choroba prejavuje celkovými poruchami rastu.
- Liga proti reumatizmu na Slovensku v súčasnosti vedie a podporuje viac ako 2800 svojich členov – ľudí s chronickými a veľmi bolestivými reumatickými chorobami a ochoreniami pohybového aparátu od narodenia až po vysoký vek. Toho roku slávi 20. výročie svojho pôsobenia. Hlavným poslaním Ligy je najmä zlepšovanie kvality života ľudí trpiacich reumatickými diagnózami a ich začleňovanie sa do spoločnosti, skvalitňovanie komunikácie medzi pacientom a lekárom a presadzovanie sústavného zvyšovania odbornosti v reumatológii.



LIGA PROTI REUMATIZMU na Slovensku

O bčianske združenie Liga proti reumatizmu sa zasaduje za práva pacientov s reumatickými chorobami a združuje približne 2790 členov – ľudí s chronickými a veľmi bolestivými reumatickými chorobami a ochoreniami pohybového aparátu od detstva až po vysoký vek. Ústav sa zameriava na:

- špecializovanú ústavnú liečbu všetkých závažných foriem reumatic-

kých chorôb vrátane ich dlhodobého sledovania,

- ambulantnú starostlivosť o reumatických pacientov z celého Slovenska,
- konziliárnu činnosť pre špecializované pracoviská a všetkých spádových reumatológov Slovenska (štátnych aj neštátnych reumatológov v sieti),
- výskum v reumatológii podľa projektov na štátej aj medzinárodnej úrovni (prí-

prava projektov garantovaných EÚ),

- vypracúvanie a zavádzanie nových terapeutických postupov do praxe,
- postgraduálnu výučbu reumatológie (SZU),
- pregraduálnu výučbu reumatológie na vysokých školách.
- výchovu vedeckých pracovníkov
Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP
riaditeľ NÚRCH Piešťany

OZNAM pre členov SMR a KK

D ňa 11. júla 2010 Členská schôdza LPre – Sekcie mladých reumatikov schválila úpravu členského príspevku SMR a KK.

Od 1. januára 2010 bude zvýšenie členského príspevku pre členov LPre – SMR a KK z 3,32 € na celkovú sumu 7,60 €.

Dávame do pozornosti našim členom, že konečná suma členského 7,60 € pozostáva z dvoch položiek, a to 4,95 € ročný príspevok na činnosť Sekcie mladých reumatikov a Klubu Kílbik plus povinný členský príspevok, ktorý sa odvádza do centrálnej Ligy 2,65 €.

Doteraz bol členský príspevok pre jedného člena LPre – SMR iba 3,32 €. Z toho SMR odvádza povinnú čiastku za každého platiaceho člena do centrálnej LPre SR v sume 2,65 €. Na činnosť SMR z členského príspevku na jedného člena pripra-

dalo 0,67 €. Táto suma bola neadekvátne nízka a na pomer aktivít, ktoré SMR pre svojich členov pripravuje, už bola značne neúmeraná a neúnosná, nezodpovedá ani nákladom potrebným na administratívu evidencie členov, kde sú len poštovné náklady pri posielaní pozvánok alebo upomienok vyššie, ako podiel členského, ktorý doteraz prináležal SMR.

Prednesený návrh bol Členskou schôdzou jednomyselne schválený.

Milí naši členovia LPre – SMR a KK!

Od 1. januára 2011 platíme členské do LPre – SMR, resp. KK priamo na účet, a to prevodom alebo vkladom vo VÚB.

Číslo účtu: 1897835356/0200
Variabilný symbol: 2011 Správa pre adresáta: Vaše meno a priezvisko a (SMR, KK)

Výška členského na rok 2011 je min. 7,60 EUR, dobrovoľný príspevok závisí len od Vás. Ak je v jednej rodine viac členov LPre – SMR, do správy pre prijímateľa treba napísať (uviesť) napr.: Ján Novák 3x

Táto zmena bude včas zverejnená na dostupných informačných paneloch v NÚRCH, v Informačnom bulletinu a na www.mojareuma.sk v rubrike „ČLENSTVO“.

Nedoplatky na členskom príspevku za roky 2009 a 2010 môžete doplatiť v doteraz platnej sume 3,32 € na číslo účtu 1897835356/0200 a s príslušným variabilným symbolom 2009 alebo 2010. Podľa Stanov Ligy proti reumatizmu SR sa neplatí členských príspevkov po dvoch rokoch neplnenia si platobnej povinnosti musia vyradiť z evidencie. Ak potrebujete osobnú konzultáciu volajte na 0917 790 264

Ďakujeme Vám za porozumenie!

Výbor LPre – SMR

Základné sadzby inzercie pre domácich inzerentov

Periodicita: 2-krát ročne • **Formát: 200/280/560 cm²** • **Technika tlače: ofset**
Cena inzercie: 1 cm² = 0,70 €

	celá strana	1/2 strany
čiernobiela inzercia:	399 €	200 €
dvojfarebná:	532 €	266 €
štvorfarebná:	996 €	498 €

Ceny za inzerciu sú základné, postupujeme formou dohody. Faktúrujeme po vydaní čísla, možnosť fakturácie aj vopred. Inzerát je potrebné zadať formou objednávky aspoň mesiac vopred pred vyhotovením sadzby, uviesť presné požiadavky a dodať kvalitnú predlohu. Objednávky zasielajte na adresu: Redakcia Informačného bulletinu, Liga proti reumatizmu, Nábřežie I. Krasku 4, 921 12 Piešťany, č. tel.: 033/796 91 11, 796 91 19, e-mail: liga@nurch.sk

INOVÁCIA V LIEČBE OSTEOPORÓZY

AMGEN[®]

Amgen Slovakia s.r.o.
Radlinského 40a, 921 01 Piešťany
www.amgen.com

gsk
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Slovakia, s.r.o.
Galvaniho 7/A, 821 04 Bratislava, www.gsk.sk

SK-PRO-AMG-006-2011





Rýchla odpoveď.

Rýchla voľba

týždeň 1

týždeň 6

týždeň 12



Vďaka rýchlejšej odpovedi na liečbu má Váš lekár príležitosť rozhodnúť do 12 týždňov, či je Vaša liečba reumatoidnej artritídy úspešná.*

* Opýtajte sa svojho lekára.



UCB s.r.o., organizačná zložka,
Úprkova 4, 811 04 Bratislava,
tel.: +421 2 5920 2020, fax: +421 2 5920 2026
e-mail: info.bratislava@ucb.com





Informačný

1-2/2010

XIX. ročník

BULLETIN

LIGY PROTI REUMATIZMU NA SLOVENSKU



Ďakujeme partnerom za pomoc pri vydaní časopisu

ABBOTT



AQUA OS distribution

AMGEN Slovakia



GEDEON RICHTER

GEDEON RICHTER

MSD



MSD

PFIZER LUXEMBOURG SARL

ROCHE Slovensko

UCB





www.reuma.sk

*Približne 43 tisíc ľudí
na Slovensku trpí
reumatickými
ťažkosťami.¹*

Referencie:

1. Reumatológia v teórii a praxi V, J. Rovenský a kolektív, 1998, 58-59



Dotyky
Vedieť viac, žiť lepšie.

Kontaktný program
pre ľudí postihnutých
reumatoidnou artritídou
a psoriázou.



Spoločne pracujeme pre zdravší svet™

PFIZER LUXEMBOURG SARL, o.z, Pribinova 25, 811 09 Bratislava, Tel.: (+421) 2 33 55 55 00, Fax: (+421) 2 33 55 54 99, www.pfizer.sk

SK 11-021

