

# BULLETIN

LIGY PROTI REUMATIZMU NA SLOVENSKU



pozor zväčšenie na 160%  
nemame v lepšom rozlíšení?

## VYBERÁME Z OBSAHU:

- Alkaptonúria – Stratégie pre nájdenie lieku: príbeh od pacientov
- Zástupcovia EULAR – PARE v Piešťanoch
- DAR ROKA 2010
- 1. konferencia patientskych organizácií
- Obezita ako rizikový faktor kardiovaskulárnych chorôb



## 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 mladých reumatikov v Piešťanoch ..... 4

Rekondično-integračný pobyt 2010 ..... 6

Správa o ukončení hlasovania o mená mas ..... 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 pohľadnici k 90. výročiu dňu reumatizmu ..... 11

### Vzdelávanie

Možnosti použitia biologickej liečby ..... 12

Komunitná prvá pomoc v systéme ..... 12

Etické atribúty bolesti a utrpenia ..... 14

Biodostupnosť kalcia z nealkoholických ..... 16

20 rokov preparátu Biomin H® – Bio ..... 18

Eular odporúčania pre manažment ..... 24

antireumatickými liekmi ..... 24

Správa z EULAR jesennej konferencie ..... 36

Osteoporóza – tichý zlodej kostí ..... 37

### Aktivity

Preventívne vyšetrenia v rámci Svetovej ..... 38

Fotografická súťaž Bariéry 2010 ..... 38

...stačí sa zastaviť ..... 39

5. ročník akcie „Nemocnica v pohybe“ pod ..... S. Steel ..... 39

V Košiciach sa stretli špecialisti z oblasti ortopedie ..... 40

4. medzinárodné vedecké a edukačné osteologické ..... 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

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

**POMÔŽTE**

**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:** JAR (© ember)

Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú.

# VII. JARNÝ REUMATOLOGICKÝ seminár

**N**a VII. jarnom reumatologickom seminári v apríli 2011 konanom v Piešťanoch pri príležitosti 100. výročia narodenia prof. Siťaja sa aj tento rok zišli odborníci, ktorí si uctili pamiatku zakladateľa odboru na Slovensku. V rámci seminári navštívili pacientov v zdravotníckom zariadení, ktorí sa momentálne liečia na alkaptonúriu.

Dr. Nicolas Sireau z Cambridge predniesol prehľadný referát na tému Alkaptonúria – stratégia pre nájdenie lieku – príbeh pacientov.

V úvode uviedol, že o alkaptonúrii sa dozvedel z publikácií prof. Siťaja a spolupracovníkov, ako aj z iných štúdií. Do Piešťan prišiel preto, že Slovensko je také dôležité v hľadaní lieku na alkaptonúriu. Má na to nasledovné predpoklady: výskum alkaptonúrie sa robí od roku 1951, má v evidencii vysoký počet pacientov a v Národnom ústave reumatických chorôb v Piešťanoch bolo roku 2010 zriadené Národné centrum pre alkaptonúriu a ochronózu. Definoval alkaptonúriu (AKU) ako enzýmovú nedostatočnosť, ktorá vedie k akumulácii kyseliny homogentizovej. Keď sa táto kyselina ukladá v kĺbových tkanivách, vzniká ochronóza – chorobný proces degeneratívneho ochorenia kĺbov ako pri osteoartróze ťažkého stupňa. Najviac sú postihnuté veľké kĺby a chrbtica. Táto choroba postihuje 2 – 4 ľudí z milióna. Alkaptonúriu

objavil Archibald Garrod (obr. 1).

Dr. Nicolas Sireau prezentoval metabolizmus bielkovín, pri rozpade ktorých vzniká alkaptonúria (obr. 2).

V pokročilejšom štádiu choroby sa objavujú na očiach pacienta tmavé škvrny, ktoré sú najcharakteristickejšim prejavom alkaptonúrie a ochronózy (obr. 3).

Podľa dr. N. Sireau je našou nádejou na pomoc postihnutým prípravok Nitisinon (obr.4). Vyvinula ho firma Swedish Orphan Biovitrum International a použila ho na liečbu dedičnej tyrozinémie typu 1. Nitisinon redukuje kyselinu homogentizovú o 95 %. V súčasnosti však nie je licencovaný na alkaptonúriu.

Dr. N. Sireau demonštroval vo svojej prednáške distribúciu nájdených pacientov na celom svete (obr. 5), ukázal aj najvyšší výskyt na Slovensku (obr. 6) a referoval o hnutí alkaptonúrie v Liverpoole, ktoré má v databáze 650 pacientov. Uviedol, že existujú vedecké skupiny v Liverpoole, na Slovensku, v Taliansku, Španielsku, USA a Francúzsku. Vo Veľkej Británii, Francúzsku, Taliansku a Severnej Amerike sú asociácie pacientov. Cieľom je licencovanie Nitisinonu na alkaptonúriu a budovanie patientskeho hnutia.

V závere autor poďakoval svojim partnerom a inštitúciám v týchto štátoch (obr. 7). Vyzval ku kontaktom a uviedol adresu (obr. 8).

*J. Rovenský, T. Urbánek*



Prof. Rovenský a Dr. Nicolas Sireau.



Prof. Rovenský a ...



Prof. Rovenský a ...

1901: Archibald Garrod objavil alkaptonúriu

Metabolická cesta

Alkaptonúria: čierne miesta na očiach

Naša nádej na liečbu: Nitisinone\*

\*Táto látka momentálne nie je licencovaná na alkaptonúriu

Globálne hnutie alkaptonúrie

SLOVAKIA

Špeciálne poďakovanie našim partnerom

- Royal Liverpool University Hospital, UK
- University of Liverpool, UK
- University of Siena, Italy
- National Institutes of Health, USA
- Slovak Academy of Sciences, Slovakia
- National Institute of Rheumatic Diseases, Slovakia
- University of Cambridge, UK
- University of Mutah, Jordan
- ALCAP (AKU) Society France
- AKU (AKU) Society Italy
- AKU Society North America (USA and Canada)
- AKU Society UK
- Genetic Alliance
- European Organisation of Rare Diseases (EURODIS)

Kontaktujte ma

[nick@akusociety.org](mailto:nick@akusociety.org)

[www.alkaptonuria.info](http://www.alkaptonuria.info)

# ZÁSTUPCOVIA EULAR – PARE v Piešťanoch

Začiatkom apríla 2011 sa uskutočnilo prvé pracovné stretnutie delegácie z EULAR – PARE v zastúpení pani Jacqueline Mäeder, predsedníčky PARE, s ktorou prišiel i pán Florian Klett, projektový koordinátor EULAR, s dobrovoľníkmi Ligy proti reumatizmu na Slovensku. Stretnutie sa konalo v kongresovej sále NÚRCH v Piešťanoch. **Obe strany pre-**

**zentovali svoju činnosť a vo vzájomnej neformálnej diskusii hľadali spôsoby a možnosti budúcej spolupráce.**

Delegácia mala možnosť prezrieť si Národný ústav reumatických chorôb a absolvovať krátku prechádzku po Kúpeľnom ostrove. Popoludní ich program pokračoval v Ilave, kde ich pozval Ing. Josef Rosenbaum. Na stretnutí sa zúčastnila aj miestna pobočka LPre z Trnavy.

## Putovná výstava WORKING WONDERS v NÚRCH Piešťany

Od utorka 5. do 14. apríla 2011 sa vo vstupnej hale Národného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch konala putovná výstava WORKING WONDERS. Výstava oslavuje a šíri pozitívny prínos pracovných a iných aktivít pre ľudí s reumatickými chorobami po celej Európe. Je projektom Európskej Ligy proti reumatizmu (European League Against Rheumatism – EULAR). Výstavu na Slovensko priviezli počas návštevy Jacqueline Mäeder a Florian Klett. Výstava bola zahájená minulý rok v októbri v Bruseli a odvtedy už navštívila mnohé štáty v Európe a ich hlavné mestá. Na Slovensku bola inštalovaná 31. marca až 4. apríla 2011 v Ilave a potom bola premiestnená do Piešťan. Z Piešťan – svetoznámeho kúpeľného mesta poputovala do Budapešti. Hospitalizovaní a ambulantní pacienti Národného ústavu reumatických chorôb si s nadšením pozreli vystavené panely. Text každého z nich bol preložený aj do slovenčiny. Dozvedeli sa o zaujímavých príbehoch, ktoré sú možno pre niekoho všedné, ale pre ľudí s reumatickým ochorením často až za hranicou vlastných síl. Protagonisti výstavy sa nenechali zlomiť



Mgr. Katarína Barančíková, Ing. Rosenbaum a Mgr. Jana Dobšovičová Černáková sprevádzali na výstave návštevníkov.



Mgr. Gabriela Klementová, tajomníčka LPre SR, prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP, predseda LPre SR (v strede) a Mgr. Katarína Barančíková, podpredsedníčka LPre SR.



Prvé pracovné stretnutie delegácie z EULAR – PARE v zastúpení pani Jacqueline Mäeder, predsedníčky PARE, pána Floriana Kletta, projektového koordinátora EULAR a dobrovoľníkov Ligy proti reumatizmu na Slovensku.



Doc. MUDr. Tibor Urbánek, CSc., zakladateľ Ligy proti reumatizmu na Slovensku, na výstave.

nepriazňou osudu, ale napriek vážnym zdravotným problémom si splnili sny a vlastné predsavzatia. Teraz šíria pozitívnu energiu na rôznych miestach v Európe. Ďakujeme hlavnému organizátorovi výstavy WORKING WONDERS a obzvlášť nás teší návšteva doc. MUDr. Tibora Urbánka, jedného zo zakladateľov reumatológie i Ligy proti reumatizmu na Slovensku, ktorý bol na výstave WORKING WONDERS medzi prvými.

Počas výstavy v Piešťanoch návštevníkov na požiadanie sprevádzali Mgr. Katarína Barančíková, Ing. Rosenbaum a Mgr. Jana Dobšovičová Černáková.

–jdc–

# SLOVENSKÁ HUMANITNÁ RADA ocenila dobré skutky – udeľovali ceny DAR ROKA 2010

Čestná komisia Slovenskej humanitnej rady (SHR) pre morálne ocenenie – **Cena Dar roka 2010** zasadala dňa 29. marca 2011 v zložení: Mgr. art. Igor Bázlik, MUDr. Miloš Bubán, ThDr. Marián Červený, Ing. Milan Gliviak, prof. PhDr. Miron Zelina, DrSc., Ing. Ivan Sýkora, za účasti tajomníčky komisie PhDr. Margity Škrabáľkovej.

**Medzi nominovanými boli aj mladí reumatici z Ligy proti reumatizmu – Sekcie mladých reumatikov.** Oceňovali sa najrôznejšie humánne skutky, pomoc ľuďom s hendikepom, dobrovoľnícka práca, boj s povodňami a záchrana ľudských

životov, ale hlavne obetavý prístup a solidarita s ľuďmi, ktorí to potrebujú. Tak by sa dal zhrnúť 16. ročník morálneho oceňovania Dar roka 2010, ktoré organizuje SHR. Na jej adresu prišlo 59 návrhov na ocenenie Dar roka. Za mnohostrannú pomoc získal cenu Dar roka Peter Mikulášik z Kežmarku, ktorý je aj hlavným laureátom ceny Dar roka. V kategórii právnické osoby komisia ocenila Neziskový fond TESCO Stores, ktorý je podľa nej skvelým príkladom firemnej filantropie a spoľahlivého partnerstva. Ďalšími ocenenými sú koordinátor slovenských humanitárnych projektov spoločnosti Adra Pavel Cimerman,

Slovenské elektrárne, doktor Jozef Šóth, Gertrúda Rosendorfski a jej manžel Erich, šéfkla Nadácie Výskum rakoviny Margita Klobušická, operná speváčka Lívia Ághová, primátor Handlovej Rudolf Podoba a **jedna zo zakladajúcich členov Sekcie mladých reumatikov Jana Dobšovičová Černáková.** Mimoriadne ocenenie Dar života tento rok získala Špeciálna záchraná kynologická služba, ktorá pomáhala napríklad po zemetrasení na Haiti a počas ekologickej katastrofy v maďarských obciach Kolontár. Slávnostné odovzdanie ceny Dar roka sa uskutoční 16. júna v Priemyselnom paláci v Bratislave.

## DEŇ OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM v parlamente Slovenskej republiky

25. novembra 2010 sa v Bratislave uskutočnila tradičná Konferencia pri príležitosti Dňa osôb so zdravotným postihnutím v Národnej rade Slovenskej republiky. Organizátorom podujatia bola Národná rada občanov so zdravotným postihnutím. Na jej pozvanie sa na podujatí zúčastnili aj zástupcovia Ligy proti reumatizmu SR. Liga je jednou z členských organizácií NROZP. Na podujatí sa zúčastnilo vyše 80 delegátov a hostí. S príhovorom vystúpili dvaja poslanci NR SR a predstaviteľ NROZP z Českej republiky.

Predseda NROZP pán Branislav Mamojka vo svojom vystúpení priblížil Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý Slovensko ratifikovalo roku 2010 spolu s Opčným protokolom. Dohovor sa vo svojich článkoch zameriava na všetky oblasti života ľudí so zdravotným postihnutím, od vzdelávania cez zamestnávanie až po zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Hovorí aj o spoluúčasti týchto ľudí na tvorbe politik, ktoré sa ich bezprostredne dotýkajú, a to na všetkých úrovniach. Dokument napríklad zakazuje diskrimináciu osôb so zdravotným postihnutím a sprístupňuje celé spektrum

ľudským práv. Okrem iného aj právo na pozitívne akcie, ktoré slúžia na prekonávanie znevýhodnení týchto osôb.

**„Osoby so zdravotným postihnutím majú určité práva, ktoré sa do značnej miery neuplatňujú, alebo uplatňujú a my potrebujeme oboznamovať nielen verejnosť, ale aj samotných zdravotne postihnutých o týchto právach, o tom, že zdravotné postihnutie nie je výsledkom oslabeného zdravia, ale je vlastne výsledkom postoja spoločnosti, ktorá neráta s rôznorodosťou“ – povedal Mamojka.**

Osoby so zdravotným postihnutím majú na Slovensku stále problémy s prístupom k informáciám v prijateľnej forme, ako aj s celkovou prístupnosťou prostredia, napríklad pri výstavbe nových budov sa nemyslí na to, aby boli od začiatku prístupné aj pre ľudí s postihnutím. Problémy sú ešte stále napríklad pri integrovanom vzdelávaní občanov s ťažkým zdravotným postihnutím, keďže nie sú zabezpečené služby, ktoré takíto študenti vyžadujú. Účastníkov konferencie oslovila prezentácia pani Kvetoslavy Repkovej o výhodách a nevýhodách

neformálneho opatrovnictva. Nielenže mala veľmi zaujímavú tému, ale vedela ju aj rečnícky perfektne podať, jej dokonalá prezentácia umocnila celkový dojem z podujatia.

-jdc a as-



V predvečer konferencie sa 24. 11. 2010 konalo zasadnutie predsedníctva NROZP v SR, kde LPre SR delegovala svoju zástupkyňu JUDr. Zuzanu Žatkovičovú (na snímke vpravo). Na podujatí sa zúčastnila nová členka Sekcie mladých reumatikov Adriana Salamová (na snímke vľavo) a predsedníčka LPre – SMR Jana Dobšovičová Černáková.

## BUDÚ SOCIÁLNI PRACOVNÍCI v zdravotníckych zariadeniach?

12. apríla 2011 zorganizovala Asociácia na ochranu práv pacientov (AOPP) pracovné stretnutie skupiny zástupcov jej členských organizácií s ministrom zdravotníctva Ivanom Uhliarikom a štátnym tajomníkom Jánom Porubským. Za patientske organizácie sa zúčastnili Slovak Crohn club, Liga proti reumatizmu SR, Združenie na pomoc diabetikom, Združenie sclerosis multiplex Nádej. Obe strany majú do budúcnosti ambíciu, aby sa takéto stretnutia konali častejšie a v pravidelných intervaloch. Na stretnutí hovorili o poplatkoch za pobyt v nemocnici, s ktorými nesúhlasia nielen členovia asociácie, ale ani minister Uhliarik. Druhou témou v poradí, ktorú prezentovala Mgr. Dobšovičová Černáková z LPre SR, bola iniciatíva o doplnení predmetnej legislatívy, aby sa v praxi ľahšie uplatňovalo zriaďovanie nových pracovných pozícií sociálneho pracovníka v zdravotníckych zariadeniach. Poukázali sme na stále nedocenenie profesie sociálneho pracovníka v zdravotníctve. Stretávame sa s prípadmi, že zdravotnícke zariadenia (ZZ) majú záujem o zriadenie takéhoto pracoviska, ale z dôvodu nedoriešenia legislatívy a komplexného financovania sa dobrý zámer nepodarí zrealizovať.

V rézii ZZ nie sú finančné a prevádzkové možnosti na krytie mzdových a iných nákladov s tým spojených. V odvetví zdravotníctva sociálny pracovník samozrejme nikdy nebude, ani nemôže byť dominantný v poskytovaní služieb, ale v určitých životných situáciách je jeho pomoc, podpora a pomáhajúce pacientom/klientom nenahraditeľnou súčasťou služieb aj v ZZ. Demografické ukazovatele neúprosne naznačujú, že populácia v našej spoločnosti starne. S niektorými chronickými ochoreniami pacient prežije väčšiu časť svojho života, a táto skutočnosť má následne aj sociálne dôsledky. Pacient/klient počas hospitalizácie potrebuje okrem medicínskej pomoci aj sociálnu opateru a služby, aby sa mohol rýchlejšie vrátiť do svojho domáceho (sociálneho), či pracovného prostredia. Profesionálna sociálna práca v zdravotníckych zariadeniach má reálnu šancu stať sa súčasťou multidisciplinárneho tímu odborníkov, ktorí budú poskytovať komplexné služby pacientom/klientom. Z praxe poznáme prípady, kedy by včasná odborná pomoc sociálneho pracovníka v ZZ pomohla vyriešiť akútny sociálny problém pacienta/klienta, a tým by sa predišlo nepríjemnostiam, alebo až ško-



Minister zdravotníctva SR Ivan Uhliarik.

dám, ktoré vznikli slabou informovanosťou pacientov/klientov i zdravotníckeho personálu v oblasti zdravotno-sociálnej starostlivosti. Sociálny pracovník v zdravotníctve by mal byť preto súčasťou tímu odborníkov a v rámci holistického prístupu v oblasti medicíny, diagnostiky, rehabilitácie, psychologickú a sociálnu podporu pomáhať pri uzdravovaní, resp. liečbe pacienta/klienta. Veď práve na týchto miestach, akými sú zdravotnícke zariadenia, sú ľudia vo zvýšenej miere odkázaní na pomoc iného. Kumuluje sa tu zmes najrôznejších požiadaviek a potrieb na riešenie zložitej zdravotnej i sociálnej situácie jednotlivca, ktorý si nevie, alebo nemôže pomôcť sám.

Minister návrh akceptoval a prisľúbil pri najbližšej novelizácii predmetnej legislatívy zaradiť doplnenie profesie sociálneho pracovníka v zdravotníctve medzi profesie uvedené v zákone 578/2004.

-jdc-

## NA 1. KONFERENCII patientskych organizácií sa zúčastnila aj LPre SR

V dňoch 25. a 26. marca sa v piešťanskom hoteli Park uskutočnila 1. konferencia patientskych organizácií (KPO), kde sa stretlo 130 delegátov z viac ako 100 patientskych organizácií z celého Slovenska. Medzi pozvanými delegátmi boli za Ligu proti reumatizmu pani Anna Lýgia Pučeková a Viktória Ďurišová a za Sekciu mladých reumatikov Adriana Salamová a Jana Dobšovičová Černáková.

Úvodný ročník podujatia sa venoval praktickým otázkam týkajúcim sa fungovania patientskych združení na Slovensku. Nosnými témami prednášok boli

spôsoby získavania podpory pre vlastné aktivity, organizácia a manažment združení, projektový manažment a hľadanie modelov vzájomnej spolupráce. Ambíciou projektu bolo vytvorenie trvalej platformy pre riešenie aktuálnych otázok zdravotnej a sociálnej starostlivosti v krajine. Cieľom je predstaviť problematiku patientskych združení na Slovensku a napomôcť vzájomnej výmene skúseností a pomoci medzi jednotlivými komunitami. Hlavným organizátorom je vydavateľstvo MedMedia v spolupráci s občianskym združením SLOVENSKÝ PACIENT.

-jdc-



Adriana Salamová a Jana Dobšovičová Černáková za Sekciu mladých reumatikov a Anna Lýgia Pučeková a Viktória Ďurišová za Ligu proti reumatizmu na 1. konferencii patientskych organizácií.

# ŽIVOTOSPRÁVA a liečba pri Bechterevovej chorobe – ankylozujúcej spondylitíde

**P**oslaním brožúrky je poskytnúť predovšetkým chorým, ale aj širokej verejnosti potrebné informácie o Bechterevovej chorobe – ankylozujúcej spondylitíde: o jej hlavných prejavoch, priebehu, liečení, s osobitným zameraním na hlavné zásady životosprávy, zabránenie vzniku deformity chrbtice a uchovanie správneho držania tela. Brožúrka má pomôcť ľahšie prekonať úskalía choroby, pri ktorej možno systematickou liečbou, pevnou vôľou a vlastným úsilím chorého veľa dosiahnuť. Hlavne by sme chceli chorých presvedčiť, že majú svoju budúcnosť prevažne vo vlastných rukách.

## Čo je to Bechterovova choroba – ankylozujúca spondylitída?

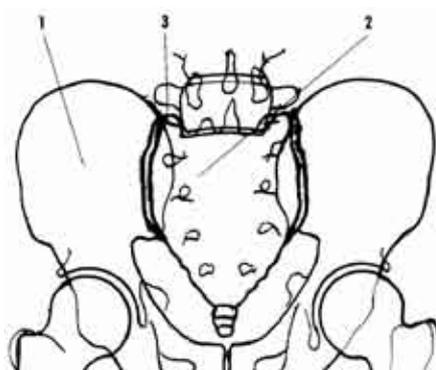
**Bechterovova choroba – ankylozujúca spondylitída** (v ďalšom texte Bechterovova choroba) je zápalové reumatické ochorenie, ktoré postihuje chrbticu a niekedy aj kĺby končatín. Pretože má zdĺhavý priebeh a väčšinou spôsobuje postupné stuhnutie jednotlivých úsekov chrbtice, označuje sa aj ako postupujúci reumatický zápal chrbtice, ktorý vedie do postupného tuhnutia chrbtice. Choroba sa zvykne nazývať podľa slávneho ruského lekára V. M. Bechtereva – Bechterevova choroba. Okrem tohto názvu sa používa tiež názov ankylozujúca spondylitída. Je to oficiálny názov, ktorý doslovne znamená zápalové stuhnutie chrbtice.

**Chrbtica sa skladá z týchto stavcov:** 7 krčných, 12 hrudných, 5 driekových,

5 krížových a 5 kostrčových, ktoré sú pevne zrastené do krížovej kosti a kostrče. Jednotlivé stavce chrbtice sú medzi sebou spojené malými medzistavcovými kĺbmi a medzistavcovými platničkami (obr. 1).

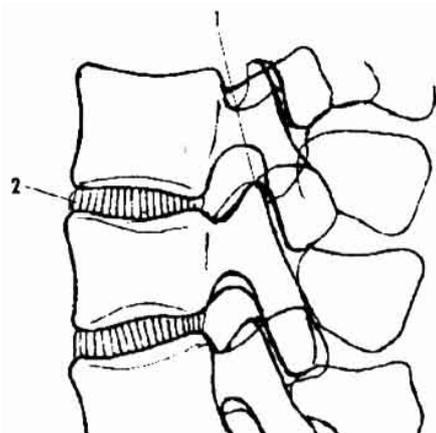
Pri Bechterevovej chorobe postihuje zápalový proces medzistavcové kĺby a okraje medzistavcových platničiek, ako aj mäkké tkanivo – väzy chrbtice.

Najskôr postihne kĺby bedrovo-krížové, ktoré sú medzi krížovou kosťou a panvovými kosťami (obr. 2).

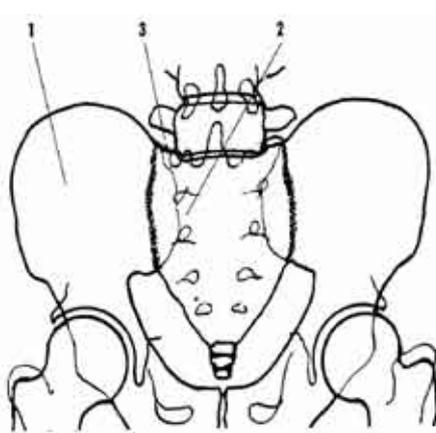


Obrázok 2. Obrázok normálneho spojenia kĺbov krížovej kosti a panvových kostí (1 – panvová kosť; 2 – krížová kosť; 3 – štrbina krížovo-bedrového kĺbu).

V tkanive okrajových častí platničiek a tiel stavcov, ktoré sú pozmenené zápalom, sa ukladá vápnik a medzi stavcami vytvárajú sa kostné premostenia. Obmedzuje sa pohyblivosť chrbtice a môže dôjsť k jej úplnému stuhnutiu. Štrbiny

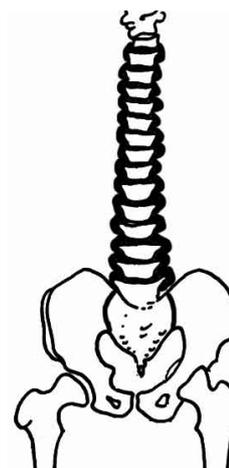


Obrázok 1. Spojenie stavcov medzistavcovými kĺbmi a medzistavcovými platničkami (1 – medzistavcový kĺb; 2 – medzistavcová platnička).

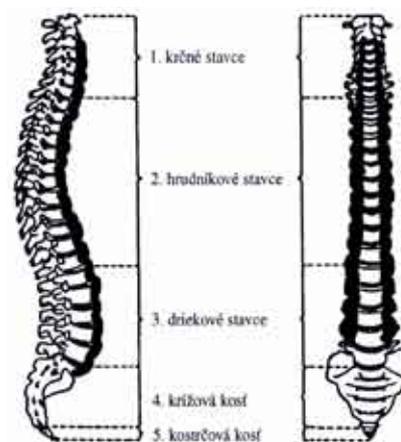


Obrázok 3. Zhrubnutie (zvápenatenie) kĺbov krížovej kosti a panvových kostí pri Bechterevovej chorobe (1 – panvová kosť; 2 – krížová kosť; 3 – štrbina krížovo-bedrového kĺbu).

krížovo-bedrových kĺbov medzi krížovou a panvovou kosťou (obr. 3) ako aj štrbiny medzistavcových kĺbov postupne skostnatejú a zanikajú. V pokročilom štádiu vzniknuté zmeny na chrbtici vytvárajú obraz podobný bambusovej palici (obr. 4, 5).



Obrázok 4. Premostujúce zväpenatenie stavcov (bambusová tyč) pri Bechterevovej chorobe.



Obrázok 5. Chrbtica človeka (bočný pohľad a pohľad spredu) – stuhnutie chrbtice bambusového tvaru.

Bechterevova choroba postihuje častejšie mužov ako ženy, väčšinou v mladom veku, 20-30 rokov. Ide teda prevažne o chorobu mladých mužov. Choroba sa vyskytuje približne u 1 percenta populácie. Menej často môže ochorenie vzniknúť už v rannej mladosti, 10-15 rokov (juvenilná forma).

**Príčiny ochorenia nie sú dosiaľ celkom známe.** Niekedy v jednej rodine trpí

na Bechterevovu chorobu i viac členov. Určitú úlohu má teda aj dedičný faktor. V rámci skúmania vzniku choroby sa poukazuje na častý výskyt znaku, ktorým je antigén HLA B27 u pacientov s Bechterevovou chorobou v 90 – 95 % v slovenskej populácii. V kontrolnej zdravej populácii HLA B27 sa zisťuje len v 6 – 8 %. Jedinci s nálezom antigénu HLA B27 majú väčšiu tendenciu k vzniku choroby. Predpokladá sa, že na vzniku Bechterevovej choroby sa podieľajú i niektoré ďalšie činitele.

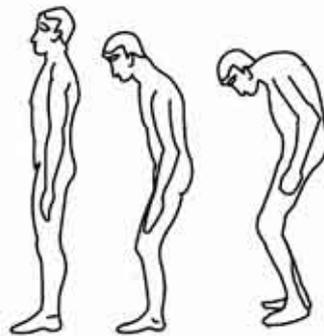
Častejší výskyt Bechterevovej choroby v niektorých rodinách neznamena, že ide o nákazlivé ochorenie. Určitý význam pri vzniku ochorenia sa však pripisuje aj infekciám najmä v oblasti močových ciest a pohlavných orgánov a rovnako k niektorým črevným infekciám.

### Hlavné prejavy Bechterevovej choroby

Choroba sa väčšinou začína pozvoľne bolesťami v krížovo-bedrovej oblasti chrbtice najmä v noci alebo nadržanom. Bolesť v začiatku sa niekedy šíri po zadnej ploche stehna až po koleno. Ráno sa chorý prebúdzá s pocitom stuhnutia chrbtice, ktoré sa rozhybaním zmierni prípadne ustúpi. Zriedkavejšie sa choroba ohlasuje bolesťami v drieku, krku alebo hrudníku. Inokedy choroba začína bolesťami kĺbov často kolena, ktoré opuchne, bolesťami päty, Achillovej šľachy aj s opuchom. Nezriedka choroba začína zápalom očnej dúhovky prevažne jednostranným. Niekedy sa choroba ohlasuje neurčitou ťažobou v chrbte alebo pocitom telesnej slabosti, rýchlou únavou, nechutenstvom a chudnutím.

**V priebehu choroby sa postupne znižuje pohyblivosť chrbtice** najskôr pri záklone, potom aj pri predklone. Keď sa zápalové zmeny rozšíria na hrudnú často postihnú aj malé kĺby medzi rebrami a stavcami. Pohyby hrudníka pri dýchaní sa tým znižujú, postihnutý častejšie dýcha pomocou bránice („brušné dýchanie“). V pokročilejších fázach sa hrudná chrbtica čoraz viac oblúkovito zakrivuje, a to smerom dopredu (obr. 6). Keď choroba postihne aj krčnú chrbticu, pri jej stuhnutí sa môže hlava predsunúť. V pokročilejšom stave už nemôže chorý pohybovať hlavou tak, aby sa mohol pozrieť smerom nahor, ďaleko pred seba, pod nohy. Keď sa chce obzrieť do strán, musí sa obracať celým telom. Cieľom liečby, ale predovšetkým cvičenia, je predísť takémuto stavu.

Postupujúcim zápalom môžu byť **okrem chrbtice postihnuté aj kĺby končatín**. Bolesť a opuchy kĺbov sa zja-



Obrázok 6. Priebeh vzniku charakteristického ohnutia chrbtice – deformity – pri Bechterevovej chorobe v pokročilom štádiu.

vujú relatívne častejšie v mladšom veku a u žien. Postihnutie kĺbov sa označuje ako periférna forma Bechterevovej choroby. Vyskytuje sa okolo 20 %. Väčšinou bývajú viac postihnuté kĺby dolných končatín najčastejšie kolenná, členky, malé kĺby nôh. V kolennách a bedrových kĺboch nezriedka vznikajú deformity – x kontraktúry x – jednostranné alebo obojstranné ohnutie kĺbu s následným obmedzením chôdze až s úplným stuhnutím kĺbov, s neschopnosťou chôdze.

Pri Bechterevovej chorobe vznikajú veľmi často bolestivé zápalové zmeny aj v úponoch šliach a väzov. V postihnutých lokalitách sa ukladá zväpnený materiál, ktorý sa na röntgenových snímkach zobrazuje ako kostný výrastok. Tento sa môže vytvoriť na spodnej (šľapovej) ploche päty a nezriedka na zadnej strane päty často aj s bolestivým zhrubnutím v oblasti úponu Achillovej šľachy (obr. 7). Kostné výrastky sa môžu vyskytovať na hrboloch sedacích kostí a horných okrajoch panvových kostí.



Obrázok 7. Zväpnenie šľachových úponov na pätovej kosti – ostrohy – pri Bechterevovej chorobe.

### Postihnutie orgánov pri Bechterevovej chorobe

Okrem pohybových ústrojov chrbtice, končatín môžu byť pri Bechterevovej chorobe postihnuté aj niektoré iné orgány.

**Objavuje sa zápal dúhovky** (15 – 30 %). Hlavnými príznakmi je pichavá a pohmatová bolesť postihnutého oka, zvýšené slzenie, svetloplachosť, začervenanie belma oka, zúženie zornice.

Pomerne rýchlo vznikajú zrasty okrajov dúhovky prednou plochou šošovky. Zápal dúhovky môže byť aj jeden z prvých príznakov Bechterevovej choroby. Môže vzniknúť aj neskôr v jej priebehu a ustúpiť bez následkov, avšak môže oko aj poškodiť, najmä ak sa viackrát opakuje. Preto je potrebné zápal dúhovky liečiť vždy zavčas u očného lekára.

**Zriedkavejšie postihnutie srdca** pri Bechterevovej chorobe (1 – 5 %) spôsobujú zápalové zmeny pri odstupe aorty – srdcovnice – a na aortálnych chlopniach so vznikom aortálnej chlopňovej chyby. Postihnutie prevodového systému (zabezpečuje pravidelnú činnosť oboch komôr srdca) zápalovými zmenami spôsobuje poruchu srdcového rytmu. Postihnutie srdca s poruchou prevodového systému, s aortálnou chlopňovou chybou (nedostatočné uzavieranie aortálnej chlopne) je potrebná pravidelná kontrola, aby sa zhoršenie funkčného stavu srdca zachytilo včas a správne liečilo.

**Obmedzené dýchacie pohyby hrudníka** u pacientov s Bechterevovou chorobou spôsobujú poruchy dýchacích funkcií. Všeobecne sa uznáva, že pacienti s pokročilou Bechterevovou chorobou sa menej pohybujú už preto, že sa ľahko zadýchavajú a že sa u nich prejavujú určité príznaky nedostačujúceho oxyšľachovania krvi. O škodlivom vplyve fajčenia na zdravie dnes už nie sú žiadne pochybnosti. Poznatky z mnohých štúdií potvrdzujú, že fajčenie u pacientov s Bechterevovou chorobou výrazne zvyšuje nebezpečie vzniku závažných ochorení dýchacieho systému, ako je zdĺhavý zápal priedušiek, rozdutie pľúc (emfyzém), pľúcna fibróza, ale najmä rakovina pľúc. Pre pacientov s Bechterevovou chorobou preto dvojnásobne platí dobrá rada: nefajčiť!

**Priebeh choroby** nie je u každého rovnaký, v niektorých prípadoch môže byť premenlivý.

Ľahšie formy majú nevýrazné prejavy, obdobia s bolesťami chrbtice sa striedajú s obdobiami, v ktorých sú bolesti minimálne alebo aj neprítomné. Mierne obmedzená pohyblivosť chrbtice sa niekedy po celé roky udržuje v rovnakom rozsahu, alebo sa len pomaly zhoršuje a obyčajne trvá aj dlhšie, i desaťročia, kým chrbtica úplne nestuhne. Takto priebehu choroba takmer v dvoch tretinách prípadov a pacienti sú schopní vykonávať primeranú prácu až do dôchodku. Celkom ojedinele sa choroba po úvodných príznakoch v ďalšom priebehu nezhoršuje.

Niekedy prebieha choroba už od samého začiatku veľmi prudko a pomerne

rýchlo a stav chorého sa trvale zhoršuje. Už za krátky čas môže stuhnúť celá chrbtica. Keď sú zároveň postihnuté aj končatinové kĺby, najmä bedrové a ramenné, môže v nich dôjsť k väčšiemu obmedzeniu pohyblivosti, prípadne až k úplnému znehybneniu čo vedie k pacientovej invalidite.

Bechterevova choroba u žien sa vyznačuje častejším postihnutím krčnej chrbtice, periférnych kĺbov končatín a zápalom očnej dúhovky. Pribeh ochorenia býva vcelku obdobný ako u mužov, zväčša kolísavý so striedaním obdobia zlepšenia či zhoršenia stavu. Asi v jednej tretine býva pribeh ochorenia pomerne ľahší, s menšími ťažkosťami. Plodnosť nebýva znížená. V súčasnosti nie je dostatok dôkazov o vplyve tehotenstva na zhoršenie priebehu ochorenia.

## Liečba

**I keď pri Bechterevovej chorobe ide o zdĺhavú chorobu, vo väčšine prípadov ju možno priaznivo ovplyvniť liečbou.** Výsledky sú tým lepšie, čím skôr sa s liečbou začne, avšak podmienkou je, že sa musí uskutočňovať sústavne a pod dozorom odborného lekára, reumatológa. Rozhodne treba odmietnuť nesprávne názory, že liečba je zbytočná, pretože chorobu aj tak vyliečiť nemožno. Nie je to pravda, ale práve naopak: včasnou správne uskutočňovanou a sústavnou liečbou sa dá v prospech chorého mnoho urobiť.

**Liečebný plán je dlhodobý. Cieľom liečby je:**

- potlačiť zápal, a tým zmierniť alebo odstrániť bolesti,
- spomaliť alebo zastaviť postup choroby,
- zlepšiť alebo udržať pohyblivosť v najväčšom možnom rozsahu,
- zabrániť vzniku chybného postavenia chrbtice a kĺbov končatín.

Pri liečbe Bechterevovej choroby sa vychádza z jednoduchých, všeobecných zdravotných zásad, ktoré tvoria akúsi základňu – a na ňu bezprostredne nadväzujú vlastné liečebné opatrenia.

**Medzi všeobecné zdravotné zásady, ktoré musí dodržiavať každý chorý, patrí:**

- správna výživa,
- pohybová liečba
- odpočinok na vhodne upravenom lôžku,
- používanie ortopedických pomôcok,
- správne držanie tela,
- úprava pracovného prostredia,
- spolupráca s lekárom a zdravotníckymi pracovníkmi.

## Je potrebná osobitná diéta?

Nie je známa ani potrebná nejaká osobitná diéta. **Najvhodnejšia je bežná, ľahko stráviteľná, pestrá energeticky hodnotná strava.** Má obsahovať dostatok bielkovín (najmä v mlieku a mliečnych výrobkoch), zeleninu a ovocie. Na jedálnom lístku môže byť mäso (hovädzie, teľacie, baranie, bravčové, ryby, hydina) i vajcia. V strave treba obmedzovať jedlá s vysokým obsahom glycidov (zemiaky, múčne jedlá, sladkosti, koláče, zákusky atď.) a tuky. Prednosť treba dávať tukom rastlinného pôvodu.

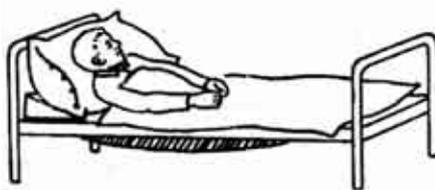
## Odpočinok na vhodne upravenej posteli

**Telesný i duševný odpočinok má priaznivý vplyv na zmiernovanie zápalu.** Najsprávnejšie je striedať pracovnú aktivitu a odpočinok tak, aby chorý ukončoval deň bez pocitu prílišnej únavy a vyčerpanosti. Vo väčšine prípadov stačí 8 – 10-hodinový odpočinok.

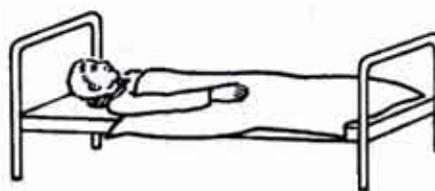
Keď choroba vzplanie, čas odpočinku sa primerane predlžuje. Odpočívať však neznamená, že sa musí bez pohybu ležať na posteli. Vhodné je chvíľami sa rozhýbať, trochu si zacvičiť, aby sa predišlo stuhnutiu chrbtice a končatín.

Človek trávi takmer tretinu svojho života odpočinkom na osteli. **Chorý na Bechterevovu chorobu musí osobitnú pozornosť venovať úprave postele.** Pri bolestiach chrbtice totiž nachádza úľavu, keď si pod hlavu navrhí niekoľko vankúšov. Takáto poloha tela je však nevhodná, pretože urýchľuje vznik a vývoj ohnutia hrudného a krčného úseku chrbtice (obr. 8).

**Chorý má odpočívať na rovnej, nepoddajnej posteli (obr. 9).** Má na ňom ležať rovno. Pod hlavou má mať len jeden vankúš, ale ešte lepšie je naučiť sa spať bez neho. Jednoduchým spôsobom



Obrázok 8. Nesprávna posteľ.



Obrázok 9. Správna posteľ.

možno posteľ vhodne upraviť tak, že pod matrac vložíme dosky. Aby posteľ nebola tvrdá, používajú sa podložky z molitanu, ktoré sa položia na matrace. Pacient má ležať v polohe naznak a občas sa obrátiť na brucho. Aj táto poloha bráni ohnutiu chrbtice, ako aj bedrových a kolenných kĺbov.

## Ortopedické pomôcky

Pri predchádzaní vzniku chybného zakrivenia chrbtice alebo postavenia končatinových kĺbov, prípadne pri ich naprávaní je veľmi dôležité používať rôzne typy bariel, ortopedickú obuv, podporné aparáty a podobne.

Ďalej sú to osobitné pomôcky, ktoré chorým uľahčujú vykonávať niektoré bežné denné práce. Pri voľbe vhodnej ortopedickej pomôcky najlepšie poradí lekár.

Keď Bechterevova choroba postihne kĺby dolných končatín, väčšinou sa sťažuje chôdza. Na jej uľahčenie pomôže zdravotná palička. Má tvarovanú rukoväť a na druhom konci gumený násadec, ktorý chráni chorého pred pošmyknutím. Musí byť primerane dlhá, aby nebolo potrebné ohýbať chrbticu a paličku bolo možné držať s laktom ohnutým asi v 30° uhle.

V ťažkých prípadoch ochorenia treba používať barly, a to buď krátke alebo dlhé (podpazušné) podľa rady lekára. Barly musia byť primerane dlhé, aby sa pri chôdzi udržal vzpriamený postoj. Všetky druhy bariel dostať na predpis odborného lekára reumatológa, ortopéda alebo odborného lekára pre fyziatriu a rehabilitáciu.

Pri postihnutí nôh hrozí vznik plochej nohy. V takých prípadoch **treba nosiť vhodnú obuv**; má byť ľahká, ale pevná, aby nedochádzalo k splošťovaniu nožnej klenby. Keď hrozí vybočenie členka, treba nosiť šnurovaciu obuv. Na ploché nohy s vybočenými palcami alebo inými deformáciami prstov treba nosiť špeciálnu ortopedickú obuv na mieru s vložkami pod priečnu alebo pozdĺžnu klenbu nôh.

## Starostlivosť o správne držanie tela

**Najzávažnejšou komplikáciou Bechterevovej choroby je vznik oblúkovitého ohnutia chrbtice dopredu** tzv. hyperkyfóza. Vo väčšine prípadov je možné tomuto ohnutiu predísť, alebo aspoň zabrániť vzniku prílišného skrivenia chrbtice. Ide predovšetkým o sústavnú a dôslednú starostlivosť o správne držanie tela pri práci, bežnej dennej činnosti, ale aj pri odpočinku. Pri chôdzi treba držať telo vzpriamené, nehrbiť sa, nepredkláňať

hlavu, nespúšťať plecia dopredu. Správne treba telo držať aj pri sedení a ležaní.

### **Pracovné prostredie**

Pokiaľ to zdravotný stav dovoľuje, chorý nielenže môže, ale mal by pracovať. Pracovná činnosť napomáha zvyšovať sebavedomie chorého, ktorý sa cíti rovnocenný so svojimi spolupracovníkmi, priateľmi i ostatnými ľuďmi vo svojom okolí. Pomáha tak ľahšie prekonávať aj rôzne úskalia choroby.

**Pracovné prostredie by malo byť primerane teplé, bez väčších teplotných výkyvov a suché.** Práca podľa možností nemá byť jednotvárna. Nie je dobré dlho sedieť, stáť, ale ani chodiť. Najvhodnejším zamestnaním pre chorých na Bechterevovu chorobu je polosedavé zamestnanie, pri ktorom pri sedení alebo státí sa nevyžaduje dlhšie zotrúvanie v ohnutej alebo skrútenej polohe. Nevhodné je dvíhanie a nosenie ťažkých predmetov alebo bremien. Pri práci v sede sa osvedčuje vysoká stolička s operadlom alebo primerane vysoký pracovný stôl.

Keď chorý nemôže vykonávať pôvodnú prácu alebo keď ju lekár nepovažuje za vhodnú, chorý by nemal klesať na duchu – do bezradnosti, ale snažiť sa najstí si vhodnejšiu prácu. Avšak ani vtedy, ak sa chorý nemôže zamestnať, nemal by upadať do beznádeje. Vždy si môže nájsť určitú osobnú záľubu – svojho „koníčka“, aby nemyslel stále na svoju chorobu. Rovnako keď je pripútaný na posteľ, by nemal strátiť záujem o dianie okolo seba a v širšom okolí i vo svete. Aby sa však necítil vyradený a zbytočný, musia mu v tom pomôcť predovšetkým jeho najbližší. Pri liečbe Bechterevovej choroby má veľký význam dôvera a dobrá spolupráca chorého s lekárom, so zdravotníckymi pracovníkmi a jeho rodinnými príslušníkmi. S ochotou a zodpovedne treba prijímať a plniť ich rady a odporúčania. Prejavom sústavnej spolupráce s lekárom okrem iného je aj pravidelné dochádzanie chorého na kontroly, pri ktorých sa zhodnocuje celkový stav, robia sa potrebné vyšetrenia a určuje sa ďalšia liečba.

**Na celkový zdravotný stav blahodarne pôsobí pobyt na čerstvom vzduchu. Dôležitou súčasťou pohybovej liečby je pravidelná denná chôdza formou aerobického cvičenia ( nordická) za pomoci dvoch špeciálnych paličiek.** Pobyt vo voľnej prírode treba využívať na rozumné otužovanie, primerané športovanie. Pretekanie je nevhodné a navyše nebezpečné, pretože môže ľahko dôjsť k úrazu. Rizikové sú však najmä úrazy v oblasti chrbtice (zlomeniny stavcov).

### **Komplexná liečba Bechterevovej choroby**

Komplexná liečba Bechterevovej choroby zahŕňa:

- rehabilitačné postupy, (pohybová liečba, prostriedky fyzikálnej medicíny),
- liečbu medikamentóznou – užívanie liekov,
- liečbu reumo-chirurgickú.

#### **Liečba medikamentózna – užívanie liekov**

**Pri liečbe Bechterevovej choroby sa používajú viaceré lieky, ktoré odporúča a predpisuje lekár. Osobitnú skupinu tvoria tzv. nesteroidové antireumatiká (NSA).** Charakteristické sú tým, že majú dobrý, najmä proti bolestivý a protizánětlivý účinok, zmierňujú bolesť, rannú stuhnutosť, uľahčujú vykonávať pohybovú liečbu, a tým zlepšovať funkčnú schopnosť. Využívajú sa pri liečbe širokého okruhu zápalových a nezápalových reumatických chorôb. NSA pri liečbe Bechterevovej choroby pre priaznivé účinky slúžia najmä pri ovplyvňovaní bolestí a čiastočne aj zápalových prejavov. NSA je najlepšie užívať po jedle a zapíjať ich vodou, zásaditou minerálkou alebo mliekom, čím možno predchádzať žalúdočným ťažkostiam. Keď sa však tieto dostavia, chorý zvracia alebo má aj čiernu stolicu, ktorá je znakom krvácania do tráviaceho traktu, potom treba ďalšie užívanie liekov ihneď prerušiť a vyhľadať lekára. Rovnako je treba postupovať, ak sa objavia difúzne opuchy na predkoleniach, ktoré siahajú na členky a nohy. Môže to signalizovať poškodenie obličiek liekmi.

Ďalšou skupinou liekov pri Bechterevovej chorobe sú lieky, ktoré priaznivo ovplyvňujú niektoré ukazovatele zápalu, ako je sadlivosť červených krviniek (sedimentácia krvi), C-reaktívny proteín (CRP). Predstaviteľom tejto skupiny protizápalových liekov je Sulfasalazín (tabletky). Používa sa prevažne pri periférnej forme Bechterevovej choroby s postihnutím kĺbov končatín. Denná dávka je 2 – 3 g rozdelená v dvoch dávkach ráno a večer 2 tabletky. Pri liečbe je potrebná pravidelná kontrola laboratórnych vyšetrení (krvný obraz, sadlivosť červených krviniek, funkčné vyšetrenie pečene, obličiek).

Celková liečba s hormonálnymi prípravkami (prednizón, prednizolón, triamcinolón ai.) nemá až na prechodné zlepšenie ťažkostí žiadne dlhodobé priaznivé výsledky. Navyše je tu riziko závažných komplikácií (odvápnenie – osteoporóza kostí najmä chrbtice, nekróza hlavy bedrového kĺbu ai.). Lokálne miestne

podávanie hormonálnych liekov (glukokortikoidov) injekčne do kĺbovej dutiny opuchnutých bolestivých kĺbov je indikované, pretože priaznivo ovplyvňuje miestne zápalové prejavy (bolesť, opuch, kĺbový výpotok).

Významný pokrok v liečbe Bechterevovej choroby je zavedenie biologickej liečby. Jej podstatou je blokovanie, potlačenie zápalových elementov, ktoré spôsobujú, vyvolávajú chorobné zmeny v postihnutých štruktúrach chrbtice a periférnych kĺbov končatín. K biologickým liekom pri Bechterevovej chorobe, ktoré sa v súčasnosti používajú patrí infliximab, etanercept a adalimumab. Vyznačujú sa výrazným protizápalovým účinkom. Navyše majú schopnosť zastaviť ďalší rozvoj chorobných zmien. Priaznivo ovplyvňujú liečbu Bechterevovej choroby klasickej formy s postihnutím chrbtice, periférnej formy s postihnutím periférnych kĺbov, taktiež i postihnuté šlachové úpony. Je nutné zdôrazniť, že aj v priebehu biologickej liečby je potrebné pokračovať so sústavnou pohybovou liečbou.

#### **Reumochirurgická liečba Bechterevovej choroby**

Zameriava sa predovšetkým na nápravu pokročilého oblúkovitého ohnutia chrbtice – kyfotické deformity hrudníkovej chrbtice s následným predsunutím hlavy. Pacient nemôže sa pozeráť pred seba, môže sa pozeráť na zem tesne pred seba. Operáciu možno ohnutie chrbtice čiastočne viac alebo menej narovnať.

Ďalšou potrebou – indikáciou reumochirurgickej liečby býva náhrada ťažko postihnutého bedrového kĺbu umelým kĺbom (totálna endoprotéza) s následnou úpravou deformácie, zlepšením až úpravou pohyblivosti kĺbu a tým zlepšením schôdze.

#### **Pohybová liečba**

**Pohybová liečba pri Bechterevovej chorobe je v rehabilitačnom pláne vždy na prvom mieste.** Ide o systematické pravidelné cvičenia, ktoré účinne pomáha udržiavať vzpriamené držanie tela, normálny tvar chrbtice, primerane dobrú pohyblivosť celej chrbtice, kĺbov končatín, najmä bedrových a ramenných. Ďalej pomáha udržiavať pohyby hrudníka a zlepšovať tak dýchanie chorého.

**Odborný lekár pre rehabilitáciu vysvetlí každému pacientovi podstatu cvičenia pri Bechterevovej chorobe.** Odporučí tie cviky, ktoré sú pre neho najpotrebnejšie. Cvičiť ho naučí rehabilitačný pracovník. Vyžaduje si to obojstrannú trpezlivosť a určitý čas. Najmä v tejto ob-

lasti sa vyžaduje od chorého pocit zodpovednosti a zmysel pre úzku spoluprácu.

**Pre uľahčenie práce a celkovú orientáciu pri zostavovaní programu cvičenia v domácom prostredí uvádzame súbor cvikov aj so schémou,** ktorý sa už pri Bechterevovej chorobe osvedčil. Pochopiteľne, že nemožno precvičiť denne všetky cviky. Z celej skupiny si treba na každý deň zvoliť niekoľko cvikov a v nasledujúcich dňoch ich striedať a obmieňať. **Vyberáme si cviky na každý úsek chrbtice a cviky na kĺby končatín.**

Cvičiť sa musí najmenej 20 – 30 minút raz až dvakrát denne, rozhodne aspoň raz denne. Každý cvik treba aspoň 10-krát opakovať, na cvičenie sa sústrediť a jednotlivé pohyby vykonávať čo najsvedomitejšie. Treba si uvedomiť, že cvičenie je najlepší spôsob, ako si uchovať správne držanie tela so vzpriamenou chrbticou. Je to v najvlastnejšom záujme chorého, pretože je zaiste rozdiel, či chodí chorý s rovnou chrbticou alebo sa ťažkopádne a obmedzene pohybuje s ohnutým chrbtom a so sklonenou hlavou, prípadne aj s postihnutými kĺbmi na končatinách. Pohybová liečba pomáha udržať celkovú pohyblivosť chorého.

Pokyny pre cvičenie v domácom prostredí: cvičiť podľa možnosti v ľahkom oblečení, vo vzdušnej miestnosti s optimálnou teplotou 15 – 20°. Cvičiť pomaly, pozvoľna. Nevykonávať pohyby prudké, švihové. Cvičiť na nepoddajnej posteli, na podlahe, pokrytej kobercom alebo tenkým molitanovým kobercom.

**Pri cvičení** možno medzi jednotlivými cvikmi robiť celkom krátke (1 – 2 minúty) odpočinkové prestávky.

**Po cvičení** sa nemajú objavovať silnejšie bolesti pretrvávajúce dlhšie ako 2 hodiny. Niekedy, najmä po prvých cvičeniach, sa zjavuje prechodná únava a bolesti „celého tela“. Je to dosť obvyklý jav, ktorý naznačuje, že chorý nebol dosiaľ zvyknutý pravidelne cvičiť. Pocity únavy ma však ustúpiť do 24 hodín. Keď sa po cvičení zvyšuje telesná teplota alebo bolesť a pocity únavy pretrvávajú aj v nasledujúcich dňoch, znamená to, že cvičenie treba prechodne obmedziť čo do rozsahu i trvania.

**Pred vlastným cvičením** sa odporúča teplý kúpeľ alebo sprcha. Zahriatím organizmu sa uvoľňuje napätie svalstva, čím sa uľahčuje pohyb. Nie vždy je však možné vykúpať sa alebo osprchovať pred každým cvičením v domácom prostredí. Vtedy treba pred cvičením užiť lieky „uvoľňujúce“ svalstvo a zmiernujúce bolestivosť. Lieky predpisuje lekár. Užívajú sa približne 1/2 hodiny pred cvičením.

Cvičenie sa začne ľahkou celkovou rozcvičkou, potom sa precvičí celá chrbtica a kĺby končatín.

**Veľký význam v rámci pohybovej liečby sa pripisuje dychovým cvičeniam na udržanie primeranej pohyblivosti hrudného koša pri dýchaní.** Skostnatenie malých kĺbov spájajúcich rebrá s hrudníkovou chrbticou spôsobuje postupné obmedzovanie dýchacích pohybov hrudníka s jeho následnou stuhnutosťou.

Dychové cvičenie hrudníka sa robia každodenne ráno a večer 3 – 5 minút, najlepšie na záver každého cvičenia. Zdôrazňuje sa význam dychových cvičení na čerstvom vzduchu, pri otvorenom okne alebo pri vhodných poveternostných podmienkach aj vonku.

**Zvlášť dôležité je dodržiavať pravidelnosť cvičenia.** Prerušiť by sa malo iba pri prechodnom vzplanutí zápalu, ktorý je spojený so zvýšenou teplotou, opuchnutím kĺbov alebo pri náhlom zápale dýchovky. Prestávku treba urobiť aj pri inom závažnom ochorení. Prerušenie v pohybovej liečbe má byť podľa možnosti čo najkratšie.

Cvičenie, ktoré vykonáva sám chorý vlastnou silou, bez pomoci, označujeme ako **aktívne cvičenie**.

Cvičenie, ktoré vykonáva chorý pomocou druhej osoby, sa označuje ako **pasívne cvičenie**. Pri tomto druhu cvičenia druhá osoba, ktorou je obvykle rehabilitačný pracovník, pomáha chorému pri dotahovaní pohybu. Rodinného príslušníka preto treba poučiť a naučiť aby mohol chorému v domácom prostredí pri cvičení pomáhať.

### Športovanie pri Bechterevovej chorobe

Skúsenosti potvrdzujú, že športovanie pri Bechterevovej chorobe je veľmi nápomocné a užitočné. Odporúča sa taký šport, pri ktorom sa zapája celý pohybový aparát s chrbticou a končatinovými kĺbmi. Cieľom je udržovanie a zlepšovanie celkovej pohyblivosti, posilňovanie svalstva driekového, brušného i končatín. Športovanie pri Bechterevovej chorobe nesmie viesť k úrazovosti.

### Vhodné športy pri Bechterevovej chorobe

**Prvoradé** je plávanie v primerane teplej vode v rôznych polohách, najmä kraul a znak. Rovnako veľmi prospešné je cvičenie vo vode, ktoré napomáha udržiavať vzpriamené držanie tela s rovnou chrbticou, uvoľnenie svalstva je ľahšie, cvičenie sa jednoduchšie vykonáva. Pre chorého

sú vhodné aj loptové hry napr. volejbal, menej jednostranné ako bedminton, tenis, stolný tenis, Osožný je pobyt vo voľnej prírode, ľahký beh cezpoľný, v parku, v lese. Popri bežnej chôdzi veľmi hodnotnou je tzv. nordická chôdza, ktorá rámcovo napodobňuje pohyby lyžiara. V podstate ide o chôdzu s dvoma vyššími palicami (podobným lyžiarskym paliciam). Na pohybovej aktivite sa podieľa celý driek s končatinami. Účinne sa posiluje svalový aparát, uvoľňuje sa, zlepšuje sa pohyblivosť a správne formovanie a vzpriamené držanie chrbtice. Rovnako hodnotný zo zimných športov je beh na lyžach. Taktiež napomáha vzpriamené držanie chrbtice, ako aj uvoľňovanie a zlepšovanie pohyblivosti. Nevhodné až nebezpečné je zjazdová forma lyžovania.

Nevhodné – rizikové športy pri Bechterevovej chorobe sú zápasenie, karate, judo, futbal, hádzaná, basketbal. Nevhodné je pretekárske športovanie.

### Cvičenia pre chorých na bechterevovu chorobu v domácom prostredí

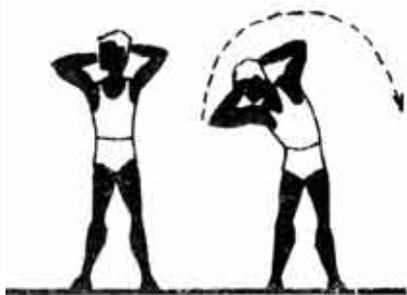
#### Cvičenie chrbtice



Obrázok 10. Stoj mierne rozkročný, vzpažit: predklon – prsty rúk čo najväčšmi priblížiť k podlahe; vzpriam – predpažením vzpažit – záklon hlavy – chrbát prehnúť.



Obrázok 11. Stoj mierne rozkročný, vzpažit: úklon vpravo, potom vľavo.



Obrázok 12. Stoj mierne rozkročný, ruky do tyla: lakte tlačiť dozadu – úklony striedavo vpravo a vľavo.



Obrázok 13. Stoj mierne rozkročný, vzpažiť: predklon – prstami pravej ruky smerovať k ľavej nohe; vzpriam – predklon – prstami ľavej ruky smerovať k pravej nohe.



Obrázok 14. Stoj mierne rozkročný, ruky v bok: otáčať trupom striedavo doľava a doprava.

**Cvičenie vo vzpore kľačmo („štvornožky“)**

Cvičí sa na rozprestretej deke alebo inej podložke na zemi.



Obrázok 15. Vzpor kľačmo: liezť dopredu, najprv súčasne pravou rukou a ľavou nohou, potom ľavou rukou a pravou nohou.



Obrázok 16. Vzpor kľačmo: liezť dopredu, najprv súčasne ľavou rukou a ľavou nohou, potom pravou rukou a pravou nohou.



Obrázok 17. Vzpor kľačmo: striedavo priťahovať koleno k brade a potom zanožovať, najprv pravou, potom ľavou.



Obrázok 18. Vzpor kľačmo: ťahať dopredu najprv pravé, potom ľavé plece – kolená a ruky ostávajú na mieste.



Obrázok 19. Kľak: sed na päty a späť do kľaku; možno dosadať aj vedľa piat, vpravo, potom vľavo.



Obrázok 20. Vzpor kľačmo: záklon hlavy – chrbát v drieku prehnutý („labutia šija“).



Obrázok 21. Vzpor kľačmo: predklon hlavy – chrbát vyklenutý („mačací chrbát“).



Obrázok 22. Vzpor kľačmo: predklon – vzpažiť (ruky sa dotýkajú zeme) – potom paže roztiahnuť čo najviac od seba.

**Cvičenie krčnej časti chrbtice**

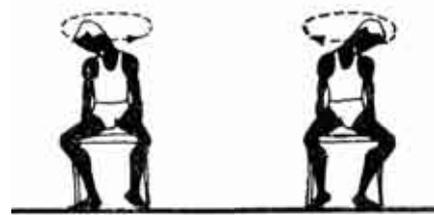
Ráno, ešte v posteli, obracať hlavu na vankúši sprava doľava a späť. Opakovať 10 – 15-krát.



Obrázok 23. Sed na stoličke: striedavo predklon a záklon hlavy.

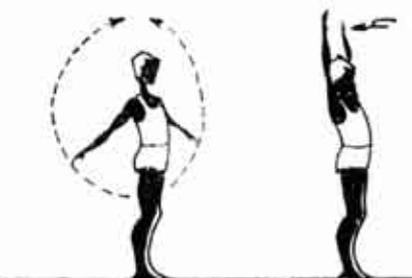


Obrázok 24. Sed na stoličke: úklony hlavy striedavo vpravo a vľavo.



Obrázok 25. Sed na stoličke: krúžiť hlavou striedavo vľavo a vpravo.

**Cvičenie ramien, šije a hlavy**



Obrázok 26. Stoj spojný: upažením vzpažiť – kmity vzad do vzpaženia.



Obrázok 27. Stoj spojný: krúžiť vystretými ramenami.



Obrázok 28. Stoj mierne rozkročný: ramaťná skrížiť na prsiach – švihom upažiť.



Obrázok 29. Stoj mierne rozkročný: skrčiť upažmo (ruky pred prsia, dlane dolu) – lakte tlačíť vzad.



Obrázok 30. Stoj spojný: upažením zapažovať.

**Cvičenie drieku, kolien, bedrových kĺbov**



Obrázok 31. Na rovnej nepoddajnej podložke denne dvakrát ležať na bruchu aspoň po 10 minút. Skúšať pritom čítať knihu, noviny.



Obrázok 32. Ľah na bruchu: striedavo zanožovať ľavou, potom pravou nohou – súčasne striedavo otáčať hlavou vľavo, potom vpravo.



Obrázok 33. Ľah na bruchu: dvíhať hlavu a hornú časť trupu.



Obrázok 34. Ľah na bruchu: dvíhať hlavu.



Obrázok 35. Ľah na bruchu: záklon hlavy – zapažovať.



Obrázok 36. Ľah na bruchu, oprieť čelo o podložku: striedavo zapažovať.



Obrázok 37. Ľah na bruchu: zapažovať pravou a zanožovať ľavou rukou; potom opačne.



Obrázok 38. Ľah na chrbte, dlane na podložke: striedavo krčiť a vystierať nohy v kolenách, „bicyklovať“.



Obrázok 39. Ľah na chrbte, ruky do tyla: predklon hlavy – bradu tlačíť na prsia.



Obrázok 40. Ľah na chrbte, pripažiť: dlane oprieť o podložku, dvíhať hornú časť trupu – úklony striedavo vpravo a vľavo.



Obrázok 41. Ľah na chrbte, pripažiť: striedavo prednožovať, nohy v kolenách vystreté.



Obrázok 42. Ľah na chrbte: krúžiť ľavou vystretou nohou – pravá na podložke, potom opačne.



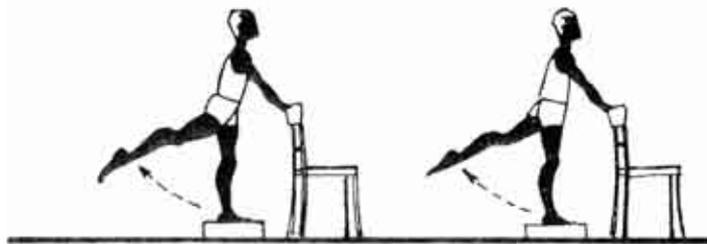
Obrázok 43. Ľah na chrbte: striedavo roznožovať a prinožovať.



Obrázok 44. Ľah na chrbte: prekladať jednu nohu cez druhú, možno vytáčať aj panvu.



Obrázok 45. Ľah na chrbte: striedavo prítahovať kolena k brade, k nosu alebo k čelu.



Obrázok 46. Stoj spojný, čelom k stoličke sa postaviť: ľavou nohou na stoličku – pravou zanožovať, potom opačne.

### Cvičenie v ľahu na boku



Obrázok 47. Ľah na ľavom boku: vzpažiť ľavou – pravú ruku pokrčenú opierať pred hrudníkom – unožovať pravou nohou; to isté na opačnom boku.



Obrázok 48. Ľah na pravom boku: vzpažiť pravou rukou – ľavou pripažiť, potom predpažením vzpažovať; to isté na opačnom boku.



Obrázok 49. Ľah na pravom boku: vzpažiť pravou rukou – prednožovať a zanožovať ľavou nohou; to isté na opačnom boku.

### Dychové cvičenia na zlepšenie pohyblivosti hrudníka

Hlboký vdych a výdych. Pri vdychu predpažením vzpažiť, vťahnuť brucho. Pri výdychu predpažením pripažiť, uvoľniť brucho.

Pri dychových cvičeniach v ľahu (na posteli, na podložke) položiť si ruky k dolnému okraju hrudníka – k dolnému rebrovému oblúku, pritom pomaly vdychovať a vydychovať. Chorým, ktorí dýchajú prevažne „bruchom“, treba brušné steny upevniť popruhom alebo vreckom s pieskom.

Veľmi nápomocným pre posilňovanie svalstva, zúčastňujúceho sa na dychových pohyboch hrudníka, je spievanie u pacientov, ktorí majú v oblúbe túto činnosť. Pre pacientov ovládajúcich hru na niektorý dychový nástroj je rovnako

užitočné hranie na takomto hudobnom nástroji.

### **Cvičenie vo vode**

Cvičenie vo vode je pre pacienta ideálne. Možno ho však vykonávať len v bazéne, čím sú možnosti využívania tohto spôsobu cvičenia dosť obmedzené. Kde to je však len trochu možné, kde sú na to primerané podmienky, treba ich využiť a cvičiť v bazéne aspoň 1 – 2-krát týždenne. Ideálne je, keď možno použiť cvičný bazén fyziatricko-rehabilitačného oddelenia nemocnice.

**Na cvičenie vo vode má byť voda 37 – 39 °C teplá.** Výhodné je, ak pri hornom okraji bazénu z vnútornej strany je pripevnená tyč, o ktorú sa možno pri cvičení zachytiť. Nadľahčovanie vodou umožňuje pacientovi vykonávať pohyby vo väčšom rozsahu ako na suchu. Pred začatím cvičenia sa pacient najprv vo vode zohreje až potom začne cvičiť cieleňé cviky na chrbticu a koreňové kĺby. Niekedy sa do bazénu umiestňuje lôžko na závese, ktoré umožňuje cvičenie choreho v ľahu na chrbte.

Mimoriadny význam majú cviky na koreňové kĺby, to znamená kĺby ramenné a bedrové. Osvedčuje sa nácvik chôdzi po dlhšom pripútaní na lôžko alebo keď je chôdza obmedzená a treba ju zlepšiť. Prvé kroky, ktoré možno vo vode urobiť podstatne ľahšie ako na suchu, sú pre choreho aj veľkým povzbudením do ďalšieho cvičenia.

### **Cvičenie na náradí**

Cvičenie na náradí sa vo všeobecnosti viaže na telocvičňu, niektoré druhy náradia však možno použiť aj doma. **Rebriny** vyžadujú na upevnenie nevelkú plochu voľnej steny. Chorý vystúpi po niekoľkých priečkach, zavesí sa rukami, nohy nechá voľne visieť. Je obrátený čelom alebo chrbtom k stene. Iný spôsob využitia rebrín: poležiačky na zemi telom kolmo k rebrine, rukami šplhať po spodných priečkach čoraz vyššie, pritom vyťahovať hornú polovicu tela nahor a niekoľko sekúnd vydržať v takej polohe. Potom sa spúšťať opäť k zemi.

Medzi dvere možno upevniť **hrazdu alebo kruhy** v takej výške, aby sa chorý, keď sa zavesí, nohami nedotýkal zeme. Hrazda má byť dostatočne dlhá, aby boli ruky čo najviac od seba.

**Pri cvičení na hrazde, kruhoch alebo rebrinách sa chorobne skrivená chrbtica narovnáva hmotnosťou tela,** skrútené svaly chrbtice sa napínajú, brušné svalstvo sa posilňuje.

**Okrem cvičení na náradí je veľmi užitočné cvičiť s loptou, so švihadlom,**

**s činkami, s palicou – tyčou,** ktorú chorý drží vodorovne za chrbtom. Palica má byť asi 1 m dlhá. Jej pomocou sa narovnáva hrudná časť chrbtice. Rovnaký účel má zdvíhanie drevenej tyče za chrbtom striedavo hore a dole. Ruku, držiacu horný koniec, ťahať nahor, v ďalšej fáze ruku, držiacu dolný koniec, dávať nadol.

### **Fyzikálna a kúpeľná liečba**

**Pod fyzikálnou liečbou rozumieme liečbu pomocou účinkov tepla, svetla, elektrickej energie, vody, masáže.** Fyzikálna liečba s využitím rôznych prístrojov sa uskutočňuje výlučne na fyziatricko-rehabilitačnom oddelení zdravotníckych zariadení.

**V domácom prostredí sa využíva hlavne teplo.** Vo väčšine prípadov priaznivo pôsobí pri „reumatických“ ťažkostiach a tak aj pri liečbe Bechterevovej choroby.

Teplo sa dosiahne lepšie prekrvením tkanív, uvoľňuje sa napätie svalov, zmiernujú sa bolesti a stuhnutosť kĺbov. Aplikácia tepla je dobrou prípravou na pohybovú liečbu.

**Zohrievanie organizmu sa dosahuje rôznymi spôsobmi.** V zdravotníckych zariadeniach sa na to používajú účinné prístroje. V domácom prostredí sa využíva teplý vaňový kúpeľ alebo sprcha. Iným zdrojom tepla je soluxová lampa. Niekedy je možné používať soluxové žiarovky, ktoré sa dajú vložiť do normálnej objímky. Soluxovou lampou postavenou do vzdialenosti asi 25 cm sa postupne zohreje celá chrbtica, prípadne kĺby končatín. Stačí na to zakaždým 20 – 30 minút. Na prehrievanie sa používa aj elektrický **vankúš alebo elektrický teplomet, termofor, priamy styk s teplými a suchými predmetmi** (keramické kachle, radiátory ústredného kúrenia, biolampa).

Dosiahnuté dobré liečebné výsledky potvrdzujú opodstatnenosť komplexnej kúpeľnej liečby Bechterevovej choroby.

Kúpeľnú liečbu navrhuje lekár, ktorý musí zodpovedne posúdiť, či je pre choreho vhodná.

**Kúpeľná liečba sa neodporúča v období vzplanutia zápalu, akútneho zápalu očnej dúhovky, pri celkovom oslabení organizmu alebo pri iných závažných ochoreniach.**

### **Zdravotná starostlivosť o pacientov s Bechterevovou chorobou**

Pacienti s Bechterevovou chorobou sú zaregistrovaní u odborného lekára reumatológa v reumatologických ambulanciách.

Reumatologické ambulancie v Slovenskej republike sú metodicky riadené Národným ústavom reumatických chorôb. Vysoko špecializované zariadenie poskytuje konziliárne ambulantné vyšetrenia a taktiež hospitalizáciu.

Podrobnejšie informácie poskytuje stránka ústavu na internete [www.nurch.sk](http://www.nurch.sk).

Adresa ústavu: Národný ústav reumatických chorôb, nábrežie I. Krasku 4, 921 01 Piešťany.

V Slovenskej republike je inštituovaná patientská organizácia: Liga proti reumatizmu na Slovensku.

Adresa: Liga proti reumatizmu na Slovensku, nábrežie I. Krasku 4, 921 01 Piešťany.

Telefón: 033/7301 414; 033/7969 111, Fax: 033/7721 192

### **Hodnotenie funkčnej schopnosti pri Bechterevovej chorobe**

V priebehu Bechterevovej choroby striedajú sa obdobia zhoršovania či zlepšovania. Potrebné je preto venovať pozornosť funkčnej schopnosti postihnutých orgánov: chrbtice a kĺbov. K hodnoteniu funkčnej schopnosti sa používajú štandardné dotazníky, v ktorých sú uvedené otázky zamerané na činnosť denného života. Dotazníky umožňujú pacientovi samému vyhodnotiť svoje funkčné schopnosti. Pri Bechterevovej chorobe sa používa dotazník BASFI. Bol vypracovaný v reumatologickom centre v meste Bath v Británii a našiel v reumatológii široké uplatnenie (tab. 1).

Pacient odpovie na každú otázku uvedenú v dotazníku. Zaznamená v príslušnej rubrike, či určitú činnosť urobí bez ťažkostí alebo s ťažkosťami menšími alebo väčšími alebo ju neurobí. Keď činnosť urobí bez obtiaží, zapíše v príslušnom stĺpci nulu (0); činnosť urobí s menšími ťažkosťami, zapíše číslo 1 bod; urobí s väčšími ťažkosťami zapíše číslo 2 body; keď činnosť neurobí zapíše 3 body. Celkový súčet bodov sa vydelením číslom 10, toľko je otázok. Zistená hodnota môže kolísť od nuly (0) po číslo 3. Nula vyjadruje dobrý funkčný stav, vyššie hodnoty 1 – 2 body svedčia pre čiastočné funkčné obmedzenie. Najvyššia hodnota – 3 svedčí pre výrazné zníženie funkčných schopností.

Funkčné hodnotenie pacienta s Bechterevovou chorobou je veľmi potrebné. Lekárovi poskytuje cenné informácie o priebehu a stave ochorenia z hľadiska funkčnej schopnosti a môže byť bázou pre ďalšiu liečbu medikamentóznou aj rehabilitačnou.

### Na záver niekoľko rád

Hoci je Bechterevova choroba vážnou chorobou, včasnou a sústavnou liečebnou starostlivosťou ju možno priaznivo ovplyvniť a primerane zvládnuť. Preto ochorenie nemusí bezpodmienečne viesť k obávanému stuhnutiu a zdeformovaniu chrbtice, prípadne predčasnej invalidite.

Na záver ešte zopakujeme hlavné zásady, ktoré musí každý chorý vo svojom vlastnom záujme dodržiavať na zlepšenie svojho zdravotného stavu:

1. pravidelne každý deň cvičiť,
2. odpočívať a spať na nepoddajnej rovnej posteli,
3. dodržiavať predpísanú životosprávu,
4. pravidelne užívať predpísané lieky,

5. spolupracovať s lekárom a dôverovať mu,
6. dochádzať na pravidelné kontroly,
7. uchovávať si pokojnú myseľ a neupadať do beznádeje.

MUDr. Viliam Švec, CSc.  
Národný ústav reumatických chorôb,  
Piešťany

**Tabuľka 1.** Dotazník pre hodnotenie funkčnej činnosti pri Bechterevovej chorobe (modifikovaný BASFI)

Otázka číslo	Ste schopný (á)	Áno (0 bodov)	S ťažkosťami		Nie (3 body)
			menšími (1 bod)	väčšími (2 body)	
1.	Natiahnuť si ponožky alebo pančuchy bez pomoci?				
2.	Zohnúť sa v páse a zdvihnúť zo zeme pero bez pomoci?				
3.	Dočiahnuť na poličku nad Vašou hlavou bez pomoci?				
4.	Vstať zo stoličky bez opierok bez použitia rúk alebo inej pomoci?				
5.	Postaviť sa zo zeme bez pomoci z polohy na chrbte?				
6.	Stáť bez podpory po dobu 10 minút bez obtiaží?				
7.	Zdolať 10-12 schodov bez použitia bariel alebo paličky?				
8.	Pozrieť sa za alebo na Vaše rameno bez otočenia tela (otočenia krku)?				
9.	Robiť fyzicky namáhavú prácu (napr. cvičenie, domáce práce, práca v záhradke)?				
10.	Robiť celodennú prácu doma alebo v zamestnaní?				

## OBEZITA ako rizikový faktor srdcovocievnych ochorení

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa obezita definuje ako závažné chronické ochorenie, ktoré spôsobuje nadbytok tukového tkaniva (bieleho tuku) v organizme. Navonok sa prejavuje nárastom telesnej hmotnosti nad normu stanovenú podľa pohlavia, veku a výšky. V súčasnosti obezita predstavuje najčastejšiu poruchu látkovej premeny u človeka. Treba hneď dodať, že obezita je závažný rizikový faktor, ktorý ovplyvňuje morbiditu i mortalitu veľkých skupín pacientov. Je druhou najčastejšou príčinou predčasnej smrti. Na prvom mieste sú stále – a to aj napriek obrovskému pokroku v liečbe, diagnostike i prevencii – srdcovocievne ochorenia. Epidemiologické údaje poukazujú na priamu súvislosť medzi kardiovaskulárnymi ochoreniami a ukladaním tuku v brušnej dutine (tzv. vnútrobrušná obezita). Na druhej strane je zaujímavé, že obezita, ktorá sa donedávna označovala aj ako „syndróm blahobytu“, postihuje najmä sociálne slabšie skupiny obyvateľstva.

Obezita spĺňa všetky charakteristiky globálnej epidémie (2, 4, 7).

### Obezita na Slovensku a vo svete

Podľa Organizácie pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj má na Slovensku nadváhu takmer 58% obyvateľov a asi tretina Slovákov je obéznych. Viac ako 60% obyvateľov Slovenska trpí nadváhou – až 48% mužov. Obezita prevláda u žien (26%). Celkovo majú problémy s obezitou približne 2 milióny Slovákov. Zaujímavé bolo zistenie, že len 7% obéznych ľudí je v regióne východnej Ázie. Naproti tomu v Kanade trpí obezitou až 36% ľudí, na blízkom východe 38% a v Južnej Afrike je obéznych až 40% dospelých ľudí. Index telesnej hmotnosti tam dosahuje priemernú hodnotu 29. V krajinách severnej Európy priemerný index predstavoval 27 a v južnej Európe hodnotu 28. Celkovo trpí obezitou 24% mužov a 27% žien. Ďalších 30% mužov a až 40% žien má nadváhu. Merania teda ukázali, že zvyšok sveta vo výskyte obezity dobieha

USA, krajinu, o ktorej sa predpokladá, že má najviac obéznych obyvateľov. V USA majú nadváhu alebo obezitu takmer dve tretiny dospelých ľudí. Slovensko sa dostalo na štvrté miesto za USA, Veľkú Britániu a Austráliu.

Nadváha a obezita sa merajú pomocou indexu telesnej hmotnosti, v ktorom sa hmotnosť v kilogramoch delí druhou mocninou výšky v metroch. Za „normu“ sa považuje index od 18 do 25. Pri indexe v rozmedzí od 25 do 30 sa hovorí o nadváhe a nad 30 už o obezite (tab. 1). Index

**Tabuľka 1.** Hodnoty pre BMI.

Norma pre ženy	BMI 19–24
Norma pre mužov	BMI 20–25
Nadváha	BMI > 24/25–29
Obezita I. stupňa	BMI > 30–34
Obezita II. stupňa	BMI > 35–39
Obezita III. stupňa	BMI > 40 (morbidná, resp. monštrózna obezita)

telesnej hmotnosti sa nepoužíva u aktívnych športovcov, detí a tehotných žien (skreslené hodnoty). Obezita nie je len estetický nedostatok, ako si ľudia často myslia, ale podľa lekárov zvyšuje riziko mnohých ochorení vrátane srdcovocievnych chorôb, cukrovky a niektorých druhov rakoviny (2, 6, 10).

### Trendy v obezite

Americká asociácia pre obezitu definovala niektoré všeobecné a regionálne trendy v obezite, medzi nimi nasledovné:

- v mnohých rozvojových krajinách existuje obezita spolu s nedostatčnou výživou,
- v ekonomicky rozvinutých regiónoch rozvojových krajín môže byť percento výskytu obezity rovnako vysoké ako v priemyselných krajinách,
- vo všeobecnosti je väčšie percento obezity u žien ako u mužov, muži majú väčšie percento nadváhy,
- výskyt obezity u detí a u adolescentov narastá v rozvinutých aj v rozvojových regiónoch,
- obezita je relatívne zriedkavá v afrických a ázijských rozvojových krajinách, a ak sa vyskytuje, tak viac v mestskej ako vo vidieckej populácii,
- mnohé krajiny juhovýchodnej Ázie prechádzajú „nutričnou zmenou“, ktorá obsahuje zmenu štruktúry stravy, znižovanie fyzickej aktivity a rapidný nárast výskytu obezity,
- niektoré krajiny vo východnom Stredomorí udávajú vysoký výskyt obezity u dospelých, hlavne žien. Tieto percentá výskytu sú vo všeobecnosti vyššie ako u žien vo väčšine priemyselných krajín,
- výskyt obezity v Európskych krajinách narástol v poslednom desaťročí o 10 – 40 %.

Je potrebné zvýšiť zdravotné uvedomenie ľudí. Telesná hmotnosť človeka je výsledkom energetickej rovnováhy organizmu. Je dôležité, aby sa táto rovnováha stala „životným štýlom“ a nielen krátkodobou módnou zmenou (na pol roka, či rok). V takomto prípade by závažná obezita nemala byť problémom (4, 10, 11).

### Tuky v ľudskom tele

Tuky sú jednou z troch základných zložiek ľudskej stravy. Sú to zlúčeniny tvorené kyselinami s dlhým reťazcom (mastnými kyselinami) a alkoholom (glycerolom). Na základe svojej chemickej štruktúry sa jednoduché tuky označujú ako triacylglyceroly (TAG). TAG sú základom mnohých procesov lákovej preme-

ny v organizme, a to ako stavebné látky na tvorbu komplexnejších zlúčenín, ako súčasť bunkových membrán a ich nahromadenie vo forme zásob má aj ochrannú (tepelnouizolačnú) funkciu. Tuky zabraňujú napr. vysušovaniu pokožky.

Základnou funkciou tukov je uskladnenie energie. Tuky z potravy sa v tráviacom trakte štiepia pomocou enzýmov a žlče na menšie zložky, ktoré sa následne vstrebávajú a slúžia ako zdroj energie. Časť, ktorá sa nevyužije na krytie energetických potrieb organizmu, sa opäť premieňa na TAG a ukladá v predilekčných miestach organizmu vo vnútri tukových buniek (adipocytoch). Tuk uložený v tukovom tkanive môže byť použitý na látkovú premenu, ak si to bude vyžadovať momentálna situácia, napríklad pri dlhotrvajúcom hladovaní. Za normálnych podmienok existuje rovnováha medzi tukovými zásobami a energetickými požiadavkami organizmu. Rozlišujeme dva typy tuku:

- biely tuk je bohatý na TAG, je uložený najmä v podkoží a okolo orgánov ľudského tela, má ochrannú úlohu a slúži ako zásobáreň energie,
- hnedý tuk je chudobný na TAG, je uložený na určitých miestach organizmu, ako je šija, pazuchy, medzi lopatkami a rebrami. Jeho hlavnou úlohou je tvorba tepla s cieľom udržať telesnú teplotu v normálnom rozmedzí (2, 3).

Percentuálne zastúpenie tuku v organizme štihlej ženy je 20 – 30%, je to o niečo viac ako v tele štihleho muža (12 – 20%). Spôsob ukladania tuku v ľudskom tele je rôzny (obr. 1). Nie každý tuk predstavuje rovnaké zdravotné riziko. Zdravotnou hrozbou je tzv. vnútrobrušná obezita (vyjadrená zvýšenou hodnotou obvodu pásu), väčšinou spôsobená hromadením tukového tkaniva v brušnej

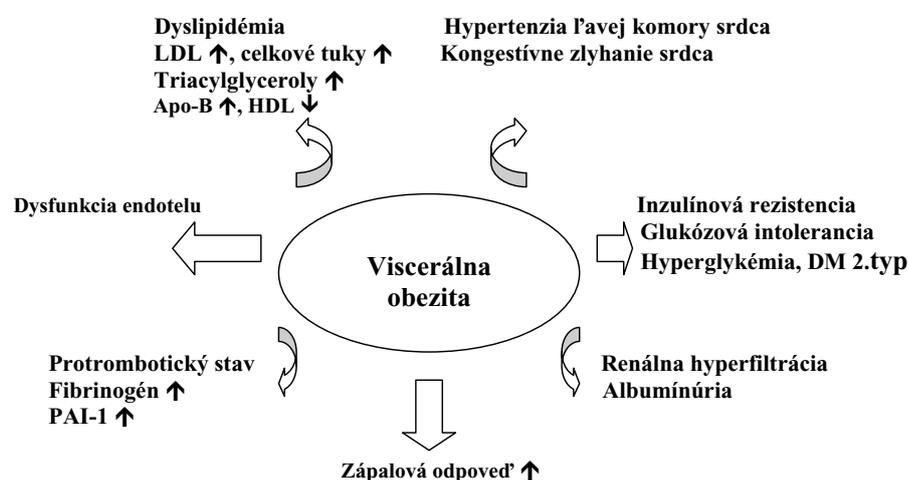
dutine a v blízkosti hlavných vnútorných orgánov ľudského tela. Takýto spôsob ukladania tukov je priamo spojený so vznikom kardiometabolických rizikových faktorov, akými sú vysoká hladina glukózy v krvi, poruchy metabolizmu tukov a vysoký krvný tlak, ktoré môžu viesť ku vzniku srdcovocievnych ochorení a k diabetes mellitus II. typu.

### Príčiny obezity

Príčiny obezity sú rôzne. Rozpoznanie príčiny obezity je dôležité pre správnu liečbu. Je potrebné dostať do povedomia postihnutých ľudí, že úspech univerzálnych redukčných diét alebo čajov je deklarovaný väčšinou len v reklamných spotoch. Ľuďom s nadváhou nepomôžu ani dobre mienené rady typu „menej jedzte a viac sa hýbte“. Obezita je oveľa komplexnejšie ochorenie, ktoré sa môže nenápadne spustiť napr. prejedaním, ale ktoré sa rýchlo rozvinie do stavu, keď pacient už nedokáže jednoducho obmedziť príjem potravy, nedokáže prekonať zníženú pohyblivosť a obezita sa fixuje.

Faktorov, ktoré sa uplatňujú pri vzniku a fixácii obezity, je niekoľko: genetický vplyv alebo dedičná predispozícia, stravovacie návyky, ochorenia pohybového aparátu, úrazy, ktoré viedli k obmedzeniu hybnosti, psychické alebo psychologické príčiny, dlhodobý pôsobiaci stres, diabetes mellitus, rôzne iné najmä metabolické a neurohormonálne ochorenia, vedľajšie alebo sprievodné účinky niektorých liekov a iné.

Rovnica vzniku nadváhy a obezity je neúprsná: hmotnosť sa zvyšuje, ak prijímame viac energie, ako organizmus na telesné aktivity spotrebuje. Spôsob života sa v súčasnosti dramaticky zmenil, život je oveľa pohodlnejší, človek nemusí „fyzicky bojovať“ o prežitie, efektívne hos-



Obrázok 1. Patofyziológia viscerálnej obezity.

podárstvo produkuje nadbytok potravy, mechanizácia a robotizácia v priemysle odstraňuje fyzickú prácu, na chronický nedostatok pohybu trpí už mládež. Nepomerom medzi príjmom potravy a výdajom energie sa vyvíja akýsi „**syndróm blahobytu**“.

Už dlho sa diskutuje o tom, či je príčinou obezity viac genetika alebo prostredie. U človeka sa v procese jeho fylogenézy vyvinul genotyp, ktorý dovoľuje uskladňovať energiu vo forme tuku. Lenže na rozdiel od minulosti to dnes pre mnohých znamená veľký zdravotný problém. Zjednodušene možno k podielu genetiky na nadváhe a obezite povedať, že gény môžu byť predpokladom nadváhy alebo obezity, ale reálnu hmotnosť človeka v konečnom dôsledku určuje strava (zloženie a množstvo) a telesná aktivita. Príjem nadbytočného množstva kalórií, sedavý spôsob života, alebo oboje vedú po určitom čase vždy k nadváhe a obezite.

K príčinným faktorom vzniku obezity patria:

**Dedičné faktory:** genetické súvislosti obezity sú dokázané. Obézni rodičia majú viac ako 75% šancu, že budú mať obézne deti. Ťažko odlišiť, či ide skutočne o dedičnú náchylnosť na vznik obezity, alebo sa obezita u detí vyvíja v dôsledku nesprávnych stravovacích návykov v týchto rodinách. Účasť dedičnej predispozície sa nepriamo potvrdila, keď u detí adoptovaných obéznymi partnermi sa obezita nevyvinula.

**Stravovanie:** nadmerný príjem potravy nepochybne podporuje vznik obezity, pričom pod nadmerným príjmom sa rozumie také množstvo kalórií, ktoré organizmus nedokáže spáliť pri svojej každodennej aktivite. Na druhej strane tvrdenie, že obezita vzniká iba následkom nadmerného jedenia, by bolo príliš zjednodušené. Aj stravovanie významne ovplyvňuje niektoré zlozvyky (napr. rýchle jedenie, jedenie v priebehu dňa medzi hlavnými jedlami, večerné a nočné prejedanie, strava bohatá na cukry a živočíšne tuky). Dieťa a zlé stravovacie návyky sa môžu navzájom kompenzovať aj viac rokov bez vzniku obezity. Človek si už od detstva zvyká na určitý denný objem stravy (vytvorenie pocitu sýtosti). Tento objem sa fixuje ako miera príjmu stravy a len ťažko sa prestavuje na iný. Ak sa objem stravy priebežne nereguluje, môže to vyústiť do zvýšenej hmotnosti v priebehu rokov súbežne so znižovaním telesnej aktivity. Príčiny obezity treba hľadať už v detstve. Dokázalo sa, že pri nadmernom príjme potravy v detstve sa

zvyšuje počet tukových buniek (neskôr sa ich počet už nemení). Jedinca s vyšším počtom tukových buniek sú predisponovaní k zvyšovaniu hmotnosti a obezite.

**Psychologické faktory:** niektorí jedinci v určitých stresových situáciách reagujú zvýšeným príjmom potravy, najmä vysokokalorických jedál. Ide najmä o situácie spojené s úzkosťou, depresiou alebo banálnou nudou. Často sa stretávame s jedincami, ktorí vyslovene potrebujú neustále niečo jesť, napr. pri sledovaní televízneho programu, počítačových hrách, čítaní knihy. U obéznych jedincov prísna diéta vyvoláva príznaky depresie. Toto kontrastuje so skutočnosťou, že obézni jedinci sú skupinou obyvateľstva s najnižším výskytom depresívnych epizód. Treba povedať, že výnimkou je situácia, keď začnú striktnú diétu a nadmerne sa zaoberajú svojím telesným vzhľadom, čo zvyčajne vedie k pocitom úzkosti.

**Kultúrne a sociálnoekonomické faktory:** v súčasnosti sa vo vyspelých krajinách prejavuje paradox, že obezitou trpia najmä sociálne slabšie, resp. najslabšie skupiny obyvateľov. Z hľadiska vzdelania výskyt obezity prevažuje medzi skupinami obyvateľstva s nižším stupňom vzdelania, a to najmä u žien. U mužov tento vzťah neplatí, alebo dokonca môže byť aj opačný (robotnícke zamestnania sú fyzicky náročnejšie). Niečo podobné možno pozorovať v súvislosti s ekonomickou úrovňou; kým ženy z vyšších spoločenských vrstiev sú zvyčajne štíhle, u mužov je to presne naopak a nadváha v tejto skupine súvisí s ich sedavým zamestnaním. Tieto pozorovania nemajú všeobecnú platnosť a existujú mnohé výnimky.

Všetky tieto faktory ovplyvňujú náchylnosť k obezite, no základom jej vzniku je nerovnováha medzi energetickým príjmom (zvýšený príjem) a výdajom (znížený výdaj). Treba si uvedomiť (pri určitom zjednodušení), že jedinec nemôže byť obézny, ak má dlhodobo nižší energetický príjem ako výdaj, ale na druhej strane obezita môže vzniknúť aj pri normálnom energetickom príjme, ak človek nevykonáva prakticky nijakú fyzickú aktivitu.

Príjem potravy je riadený chuťou do jedla, ktorá je kontrolovaná impulzmi z centra hladu a sýtosti, umiestnenými na úrovni mozgovej štruktúry označovanej ako hypotalamus. Pri obezite sa nadmerný príjem potravy dáva do vzťahu s poruchou regulácie na úrovni centra hladu a sýtosti. Postihnutý jedinec stráca pojem o hranici, kde sa končí skutočná potreba organizmu a začína sa prejedanie. Obézni ľudia podceňujú prijímané množstvá

potravy až o 30 % – to znamená, že zjedia až o tretinu viac, ako udávajú.

Energetický výdaj predstavuje druhý pól tejto rovnováhy. Metabolizmus predstavuje veľkú časť energetickej spotreby organizmu za normálnych podmienok. Bunky potrebujú energiu na udržanie svojej štruktúry a vykonávanie funkcií. Ďalšia časť energie sa spotrebuje pri tvorbe tepla, ktoré sa využíva na udržanie vhodnej telesnej teploty. V tomto prípade ako zdroj slúži najmä hnedý tuk. Približne len 20% energie, ktorú prijíma potravou, sa spotrebuje na dennú fyzickú aktivitu. Ak chceme dosiahnuť rovnováhu medzi príjmom a výdajom energie, musíme sa snažiť ovplyvniť práve ostávajúce 80 %. Vo všeobecnosti sa obézni jedinci snažia vyhýbať každej nadbytočnej telesnej činnosti (používanie výťahu namiesto schodov, dopravné prostriedky namiesto chodenia peši), nemajú záujem o šport.

Z faktorov, ktoré najviac ovplyvňujú vznik nadváhy a obezity, sú najdôležitejšie tie, ktoré môže a dokáže pacient kontrolovať sám. Zmeniť hmotnosť možno zmenou nesprávnych stravovacích a pohybových návykov, prevenciou a odbúraním stresu (relaxácia a pohyb v prírode) a znížením príjmu energeticky bohatej potravy. Znižovanie hmotnosti musí byť pomalé a postupné (priemerne 0,5 kg za týždeň). Z lekárskeho hľadiska je cieľom liečby obezity zníženie hmotnosti o 5 – 10%, čo sa premietne priemerne do predĺženia priemerného veku života o 2 – 4 roky (7, 9).

## Androidný a gynoidný typ obezity

V poslednom čase sa stretávame s novším rozdelením obezity: podľa pôvodu, v závislosti od veku nástupu, podľa typu rozloženia tuku.

1. Podľa pôvodu rozlišujeme **obezitu primárnu** – najčastejšia, tzv. izolovaná forma obezity, a **sekundárnu obezitu**, ktorá v dôsledku rôznych ochorení (polycystické vaječníky, hypotyreóza, niektoré mozgové nádory, ako aj pri užívaní niektorých liekov zo skupiny antidepresív, antihistaminík, kortikoidov atď.). Vyliečenie (odstránenie) základného ochorenia vedie k úprave obezity.

2. V závislosti od veku začatia obezity ju delíme na **dlhodobú obezitu** – objavuje sa v detstve alebo v období dospievania, má silný dedičný podklad a vykazuje tendenciu pretrvávajúť po celý život, a **obezitu dospelosti** – začína sa približne v 30. roku života; súvisí so znížením telesnej aktivity a sedavým zamestnaním. Možnosti liečby sú väčšie.

3. Veľmi známe je delenie podľa rozloženia tuku v organizme – **androidná obezita** – nahromadenie tuku sa vyskytuje v oblasti tváre, krku, na trupe a typicky okolo pupka na bruchu. Tuk sa hromadí nielen v podkoží, ale aj v útrobach brušnej dutiny. Tento druh obezity je častý u mužov, ale aj žien po menopauze. Androidnú obezitu označujeme aj ako centrálna obezita tvaru jablka; **gynoidnú obezitu** – tuk má tendenciu hromadiť sa na bokoch, zadnej časti tela, stehnách a nad lonovou kosťou. Je častejšia u žien a do veľkej miery je aj kozmetickým problémom; **difúzný typ**.

Rozdelenie obezity je dôležité preto, lebo osoby s androidným typom majú významne väčšie riziko následných ochorení a komplikácií. Zistilo sa totiž, že brušný tuk produkuje voľné radikály, je aktívnym endokrinným orgánom, ktorý produkuje hormóny, cytokíny, rôzne zápalové látky a iné (napr. IL-1, IL-6, TNF $\alpha$ , NEFAs, PAI-1, leptín, prostaglandíny, adiponektín, rezistín, angiotenzinogén). Tukové bunky medzi črevnými kľúčkami nie sú len obyčajným skladiskom energie, ale súvisia s rozvojom cukrovky, poruchou metabolizmu tukov, zvýšeným krvným tlakom, dysfunkciou endotelu a v konečnom dôsledku celého radu závažných ochorení.

**Brušná obezita je súčasťou tzv. smrtiaceho kvarteta – obezita, hyperglykémia, hyperlipémia a hypertenzia. Stav označujeme ako metabolický syndróm.** Zákernosť tejto kombinácie spočíva v tom, že v prvej fáze sa nepremiata nijako negatívne do zdravotného stavu pacienta, pacient sa cíti subjektívne relatívne dobre. Zdravotné problémy sa však postupne rozvíjajú. Vedú k diabetes mellitus 2. typu, ICHS, infarktu myokardu, mozgovej mŕtviaci a iným závažným stavom. Ľudia s metabolickým syndrómom majú trikrát vyššiu úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca. Ak sa človek stane obéznym napr. vo veku 20 – 44 rokov, má 6-násobne vyššie riziko zvýšeného krvného tlaku v porovnaní s osobou, ktorá pribrala vo vekovom rozmedzí 45 – 74 rokov.

### Cena za obezitu

Najnovšia štúdia realizovaná v Centre pre kontrolu a prevenciu chorôb odhaduje, že v Spojených štátoch je ročne približne 112 000 úmrtí spájaných s obezitou. Zdravotný úrad vo Veľkej Británii odhaduje, že do roku 2010 bude v tejto krajine obézny každý tretí dospelý a každé piate dieťa (spolu 13 miliónov ľudí).

Na celom svete nadváha a obezita ovplyvňujú nielen zdravotný stav jednotlivcov, ale zásadným spôsobom zvyšujú

aj celkové náklady na zdravotnú starostlivosť. V Spojených štátoch sa priame zdravotné náklady súvisiace s obezitou roku 1995 odhadli na 52 miliárd dolárov, reálne náklady roku 2003 boli už 75 miliárd dolárov.

Obézni a ľudia s nadváhou majú signifikantne väčšie riziko, že sa u nich vyvinie závažné chronické ochorenie, vrátane diabetu 2. typu a kardiovaskulárnych ochorení. Z ďalších štatistík vyplýva, že obezita je rizikovým faktorom vzniku mnohých porúch na úrovni metabolických procesov a fungovania jednotlivých orgánov.

K hlavným komplikáciám obezity patria:

- srdcovocievne postihnutie: obezita je úzko spätá s ďalšími kardiovaskulárnymi rizikovými faktormi, ako sú hypertenzia, zvýšená hladina cholesterolu, pričom znásobuje ich škodlivý vplyv na srdce a obehový systém. Obezita podporuje rozvoj aterosklerózy, ICHS a zvyšuje prácu srdca (zhoršené diastolické funkcie, zvýšený periférny odpor),
- kostné a kĺbové postihnutie: nárast telesnej hmotnosti vedie k preťaženiu kĺbov (bedrový a kolenný kĺb, chrbtica), ktoré v mladom veku môže prebiehať nepozorovane, ale v dospelosti býva príčinou chronickej bolesti,
- diabetes mellitus (cukrovka): obezita je hlavnou príčinou vzniku cukrovky 2. typu, ktorá sa zvyčajne objavuje v dospelosti následkom rezistencie orgánov proti pôsobeniu inzulínu. Inzulínovú rezistenciu pozorujeme často práve u jedincov s nadbytkom telesného tuku. Zníženie telesnej hmotnosti o 20 % významným spôsobom zlepšuje kontrolu hladiny cukru v krvi u týchto pacientov, často natoľko, že možno vysadiť liečbu cukrovky a udržiavať primerané hladiny len diabetickou diétou,
- dýchacie ťažkosti: obézni jedinci môžu mať ťažkosti so správnou ventiláciou pľúc v dôsledku postihnutia bránice, ktorá je hlavným dýchacím svalom človeka. Spánkové apnoe (krátkodobé zastavenie dýchania) sa objavuje častejšie u jedincov so zvýšenou hmotnosťou a obezitou, ,
- ďalšie ochorenia: dna, žľčové koliky, zvýšená hladina cholesterolu, obličkové zlyhanie, trombózy sa tiež vyskytujú častejšie u obéznych jedincov. Ukázalo sa, že niektoré typy nádorových ochorení (napr. rakovina prostaty, prsníka, krčka maternice alebo konečníka) častejšie postihujú obéznych ľudí (príčina nie je známa).

**Morbidná obezita** je pojem označujúci extrémnu obezitu, ktorá je vyjadrená BMI nad 40 (viac ako 50 kg nad ideálnu hmotnosť). Morbidnú obezitu sprevádza vysoké riziko vzniku závažných komplikácií, ako srdcové zlyhanie, stukovatenie pečene, dychová nedostatočnosť a nekontrolovateľná cukrovka. Títo pacienti sú ohrození aj vyššou pravdepodobnosťou náhleho úmrtia (cievna mozgová príhoda, infarkt myokardu, náhla kardiálna smrť). Prognóza je pre pacienta nepriaznivá.

### Možnosti ovplyvnenia obezity

Podstatou tzv. pyramídy zdravej výživy je „denná kontrola hmotnosti a dávkovaná pohybová aktivita“. Komplexný prístup obsahuje reguláciu príjmu a výdaja energie. Základom je úprava výživy (množstvo, zloženie, frekvencia), zvýšenie fyzickej aktivity, celková zmena životného štýlu a až potom podporná liečba. Treba pripomenúť, že akýkoľvek liek je účinný hlavne v spojení s úpravou životného štýlu. Lieky na chudnutie by mal pacient užívať len pod dohľadom odborníka a ako súčasť dlhodobej liečby. Neodporúča sa užívať voľnopredajné prípravky, ktoré síce v reklamách sľubujú až „zázračne priaznivý a rýchly efekt“, ale bez kontroly a spolupráce s lekárom, spravidla vyvolávajú viac komplikácií ako pozitív.

Obezita je jedným z najťažšie liečiteľných ochorení. Zvládnutie ochorenia si vyžaduje vysoký stupeň spolupráce a disciplíny zo strany postihnutého jedinca a komplexný prístup zo strany zdravotníkov. Prvý krok, tak ako aj pri iných ochoreniach, je dosiahnuť, aby pacient obezitu akceptoval ako chorobný stav a chcel sa liečiť. Až potom možno určiť liečebný plán, edukovať pacienta a pripraviť ho na náročnú a dlhodobú liečbu, zmenu životného štýlu, spôsobu stravovania a vhodné pohybové aktivity. Pre každého pacienta s obezitou, ktorý sa rozhodne liečiť, by mal lekár pripraviť individuálny plán. Súčasťou liečby je pravidelné sledovanie zdravotného stavu a prevencia možných komplikácií. V praxi sa skôr stretávame s neodbornými prístupmi k liečbe obezity (zázračné diéty, rôzne voľnopredajné lieky a pod.), ktoré v mnohých prípadoch nielenže nie sú účinné, ale môžu ohroziť pacientovo zdravie.

Liečbu obezity môžeme rozdeliť do 4 podskupín.

#### 1. Stravovanie

Vyrovnané stravovanie – strava musí byť nízkokalorická, vyvážená nutrične i kaloricky vzhľadom na fyzickú aktivitu

pacienta. 55 – 60% konzumovaných kalórií by malo pochádzať z cukrov (chlieb, cestoviny, zelenina, zemiaky, strukoviny). Bielkoviny by mali predstavovať 15% energetického príjmu (chudé varené mäso, ryby, divina, mlieko, vajcia). Tuky by mali pokrývať 30 – 35% celkových kalórií (mäso, olivový olej, ryby, mlieko, syr). Pri každej diéte je nevyhnutné dbať na dostatočný prívod vitamínov a vlákniny. V rámci pitného režimu sa odporúča vypiť 1,5 – 2 litre tekutín za deň (čistá voda, minerálne vody, žiadne sladené nápoje). Je potrebné vyhýbať sa potravinám s vysokým obsahom tuku, vyprázanému mäsu, sladkostiam a alkoholu. Diéta musí byť individuálna, prispôsobená potrebám a možnostiam každého pacienta. Len tak sa možno vyhnúť zlyhaniu. Nie je vhodné kategoricky zakazovať celé skupiny potravín. Vhodnejšie je „prerokovať“ s pacientom konzumáciu niektorých jedál, čím sa väčšinou dosiahne aj lepšia spolupráca pri dodržiavaní diéty.

K prevencii obezity prispievajú aj správne stravovacie návyky:

- nevynechávať raňajky, medzi hlavnými jedlami nejeseť, celodennú stravu rozložiť do 5 dávok,
- pri jedle si dávať do úst malé kúsky, jesť pomaly, dobre požuť potravu. Vždy jesť pri prestretom stole, posedieť, najlepšie na tom istom mieste,
- používať menšie taniere, nepridávať si jedlo, nikdy nejeseť dve jedlá naraz, pri jedle nerobiť nijakú inú činnosť,
- po skončení jedla ihneď vstať od stola,
- nakupovať podľa vopred napísaného zoznamu, nenakupovať potraviny hladný, ale vždy po jedle,
- požiadať o dodržiavanie zásad správneho stravovania celú rodinu.

## 2. Telesné cvičenie

Telesné cvičenie (šport, fyzická práca) zvyšuje energetický výdaj. Zníženie energetického príjmu a zvýšený energetický výdaj sa premietnu do úbytku telesnej hmotnosti. Bez telesného cvičenia by jedinec so sedavým spôsobom života mohol zostať obézny aj napriek dodržiavaní striktného diétného stravovania. Telesné cvičenie musí byť prispôsobené schopnostiam každého jedinca. Vo všeobecnosti sa odporúča plávanie, bicyklovanie a rýchla chôdza. Je dôležité, aby sa pravidelné cvičenie stalo pre pacienta súčasťou jeho denného režimu. Preto volíme spočiatku telesné aktivity, ktoré sú pre pacienta prijateľné, nenásilné a príjemné. Intenzita a frekvencia cvičenia sa musia prispôbiť možnostiam a „vôli“

jedinca. Odporúča sa predovšetkým aeróbne cvičenie, bez záťaže. Pri cvičení so záťažou sa môže stať, že organizmus v snahe zvládnuť zvýšenú záťaž, začne naberať svalovú hmotu a hmotnosť sa prechodne zvýši.

## 3. Farmakologická liečba

Farmakologická liečba by v nijakom prípade nemala nahradiť dietetické opatrenia a zvýšenú pohybovú aktivitu – ale mala by byť len ich doplnkom. Zo všetkých skupín používaných liekov žiadna neponúka z dlhodobého hľadiska väčšiu účinnosť ako prísne dodržiavaná diéta. K hlavným skupinám liekov používaných v liečbe obezity patria:

- anorektiká – mechanizmus ich pôsobenia je založený na znížení chuti do jedla, a to buď prostredníctvom pôsobenia podobnému antidepresívam, alebo stimuláciou centrálného nervového systému. Ich používanie sa musí uskutočňovať pod kontrolou odborníka. V každom prípade je potrebné zobrať do úvahy prítomnosť iných ochorení u daného jedinca a zvážiť možné nežiaduce účinky,
- termogénne prípravky – zvýšenie bazálneho energetického výdaja. Prínos tejto skupiny sa však spochybňuje. Výsledky výskumu sú však stále pomerne nádejné,
- stimulátory pocitu plnosti sú látky ako vláknina alebo niektoré deriváty celulózy, ktoré naplnením žalúdka pôsobia na centrum sýtosti, a tak skracujú čas príjmu potravy a množstvo konzumovaného jedla,
- inhibítory vstrebávania (orlistat) – niektoré látky majú schopnosť čiastočne znižovať v čreve vstrebávanie tukov a cukrov.

## 4. Chirurgická liečba

Existujú rôzne chirurgické výkony, ktoré vedú k úbytku telesnej hmotnosti. Reštrikčné techniky sú založené na redukcii objemu žalúdka pomocou naloženia špeciálneho elastického pásu na žalúdok. To spôsobuje pocit plnosti už po požití malých množstiev potravy. Výhodou tejto techniky je jej reverzibilita. Malabsorpčné techniky (sťažené vstrebávanie) spočívajú vo vylúčení časti čreva z črevnej pasáže prostredníctvom črevného bypasu. Pri jejunoileálnom bypase sa vyradí z pasáže podstatná časť lačníka a bedrovníka a ponechá sa v pasáži len 40 cm lačníka a 10 cm bedrovníka. V súčasnosti sa obmedzilo používanie tejto techniky napriek vysokej účinnosti vzhľadom na možné komplikácie (náročnosť

chirurgického výkonu, zmeny vnútorného prostredia pacienta a iné).

Tzv. bariatrická chirurgia (chirurgia obezity) sa môže indikovať len pri presne určených podmienkach, napr. pri morbidnej obezite (BMI nad 40) alebo dlhotrvajúcej obezite, pri ktorej iné liečebné postupy boli opakovane neúspešné, pri stredne ťažkej obezite, ktorá sa však spája so závažnými ochoreniami priamo súvisiacimi s nadmernou hmotnosťou. Kontraindikáciou je psychiatrické ochorenie alebo choroba tráviaceho traktu pacienta. V každom prípade možno chirurgický výkon realizovať až po 18. roku života.

## Diagnostika obezity

Najvhodnejší klinický test na odhalenie nadváhy a obezity je meranie obvodu pásu. Meranie obvodu pásu je dokonca vhodnejšie ako počítanie BMI! Toto zistenie posunulo diagnostiku obezity od lekárov k pacientom. Ak sú hodnoty obvodu pásu nad rizikovou hodnotou (u mužov nad 94 cm a u žien nad 80 cm), treba navštíviť lekára, ktorý vyšetří v krvi hladiny cholesterolu a cukru, zmeria krvný tlak (preventívne srdcovocievne a diabetologické vyšetrenie). Ak má žena obvod pásu viac ako 88 cm alebo muž viac ako 102 cm, riziko vzniku uvedených ochorení je vysoké a zníženie hmotnosti je nevyhnutné (tab. 2).

**Tabuľka 2.** Zdravotné riziko spojené s veľkosťou obvodu pásu

	Zvýšené riziko	Závažné riziko
Muži	nad 94 cm	nad 102 cm
Ženy	nad 80 cm	nad 88 cm

Správne meranie obvodu pásu: použijeme krajčírsky meter, meriame priamo na tele (nie cez oblečenie). Páska metra prechádza okolo celej dutiny brušnej v strede medzi dolným rebrovým oblúkom a horným okrajom bedrovej kosti, nad pupkom (nie v mieste pupka). Počas merania obvodu pásu je brucho uvoľnené, hrudník vo výdychu. Výsledok merania je potrebné zapísať, najlepšie do prehľadnej tabuľky (podľa dátumu). Pomer medzi bokmi a pásom netreba brať do úvahy.

## Záver

Obezita sa stala najväčším klinickým problémom moderného sveta. Paradoxne postihuje sociálnoekonomicky

slabšie vrstvy obyvateľov v rozvinutých krajinách. Rozsahom a dopadmi sa stáva najväčšou epidémiou tohto storočia. Obezita je rizikovým faktorom najzávažnejších srdcovocievnych, metabolických, pohybových i nádorových ochorení. Preto je nevyhnutné začať masívnu ofenzívu zo strany zdravotníkov, ale aj školstva a sociálnej starostlivosti v oblasti prevencie nadváhy a obezity. Zásadné opatrenia musia smerovať do zmeny stravovacích návykov, životného štýlu a pohybových aktivít vžitých v celej spoločnosti. Pri reforme školstva by sa mala premietnuť potreba aspoň hodiny denne povinnej telesnej výchovy už od prvých ročníkov základných škôl, zvýšenie počtu záujmových športových krúžkov, aby sa predišlo vzniku obezity detí a mladistvých. Náklady na liečbu obezity a jej zdravotných komplikácií stúpajú exponenciálne vo všetkých vyspelých krajinách, hrozí, že systém zdravotnej starostlivosti sa preťažá. Veríme, že aj táto naša práca je príspevkom k prevencii, edukácii a zasta-

veniu nástupu epidémie obezity u nás. Možnosť identifikovať pacientov so zvýšeným rizikom srdcovocievnych chorôb a cukrovky meraním obvodu pásu je najjednoduchší klinický test, ktorý môže použiť nielen každý zdravotnícky pracovník, ale aj každý človek.

### Literatúra

1. Bernadič, M. a spol.: Regulované zvýšenie telesnej teploty a patofyziológia bolesti. Bratislava, Faber 2004, 78 s.
2. Ďuriš, I., Hulín, I., Bernadič, M. (Eds.): Princípy internej medicíny. 3. diel. Bratislava, SAP 2001, s. 1971–2951.
3. Ferencík, M. a spol.: Biochémia. Bratislava, SAP 2000, 924 s.
4. Ginter, E., Šimko, V.: Adult obesity at the beginning of the 21st century: epidemiology, pathophysiology and health risk. Bratisl. Med. J., 109, 2008, č. 5, s. 224–230.
5. Hrnčiar, J. a spol.: Endokrinné choroby a hormonálno-metabolické rizikové faktory ICHS. Žilina, EPP 1997.
6. Hulín, I. a spol.: Patofyziológia. 6. vydanie. Bratislava, SAP 2002, 1397 s.
7. Jurkovičová, J.: Vieme zdravo žiť? Bratislava, LF UK 2005, 166 s.
8. Jurkovičová, J. a spol.: Vybrané ukazovatele zdravotného stavu a spôsobu života v špecifickej skupine mládeže. In: XXIX. Ostravské dny detí a dorostu. Praha, SZU 2001, s. 196–203.
9. Jurkovičová, J. a spol.: Lipidový profil zdravej dospeléj populácie Slovenska. S. 299–306. In: Životné podmienky a zdravie. Bratislava, ŠFZÚ SR 2003.
10. Jurkovičová, J. a spol.: Životný štýl a výskyt niektorých rizikových faktorov kardiovaskulárnych chorôb v slovenskej populácii. Kardiológia pre prax, 4, 2006, č. 4, s. 245–250.
11. Lean, M.E.J.: Obesity. London, Science Press 1996.
12. Šuch, S.: Obezita. Hyperlink <http://www.zzz.sk/?profil=776>, 25.02.2008.

H. Bernadičová, M. Bernadič  
e-mail: [bill@fmed.uniba.sk](mailto:bill@fmed.uniba.sk)

## „SINE“ syndróm pri SLE (klinický a laboratórny)

**S**ystémový lupus erythematosus (SLE) je chronické zápalové ochorenie charakterizované pestrým klinickým obrazom a prítomnosťou auto-protilátok. Diagnostika tohto ochorenia vyžaduje prítomnosť najmenej štyroch z jedenástich diagnostických kritérií (1). Napriek tomu sa aj pri tomto ochorení môžu vyskytnúť tzv. „sine“ syndrómy, ktoré môžu byť klinické a laboratórne.

V prvom prípade sa pri laboratórnom vyšetrení zistí pozitívita antinukleárných protilátok (ANA) alebo protilátok proti ds-DNA, ale klinické prejavy SLE nemusia byť tak úplne vyznačené, aby spĺňali diagnostické kritériá pre SLE. V takom prípade je dôležité rozhodnutie, či pacienta len dlhodobo sledovať alebo ihneď začať imunosupresívnu liečbu.

Ako príklad uvádzame prípad 20-ročnej pacientky, u ktorej sa v úvode ochorenia zistil len minimálny močový nález so zvýšenou aktivitou močových enzýmov a prítomnosťou ANA protilátok v sére. Iné klinické prejavy poukazujúce na SLE neboli prítomné. Doplnili sme biopsiu obličiek a histologickým vyšetrením sa zistila prítomnosť deponovaných imunokomplexov v glomeruloch. U pacientky sa stav hodnotil ako SLE a začala

sa imunosupresívna liečba, pri ktorej vymizol močový nález. Ani pri dlhodobom sledovaní pacientky nedošlo v ďalšom priebehu ochorenia k objaveniu sa iných klinických prejavov SLE, ani k reaktivácii glomerulonefritídy. V laboratórnom obraze pretrváva len nízka pozitívita ANA-protilátok.

Druhým príkladom je pacient s 5-ročnou anamnézou opakovane zachytenej erytrocytúrie a proteinúrie. Vo veku 22 rokov bol prijatý na internú kliniku pre rozvinutý nefrotický syndróm s neselektívnou proteinúriou a hematúriou. Iné klinické prejavy poukazujúce na SLE neboli prítomné. Histologickým vyšetrením sa zistila lupusová glomerulonefritída IV. typu s aktívnymi léziami. Vyšetrením auto-protilátok sa našla len izolovaná pozitívita antinukleárných protilátok. Na základe týchto nálezov sa stav hodnotil ako SLE s nefritídou. U pacienta sa začala pulzná liečba metylprednizolonom a cyklofosfamidom, neskôr s prechodom na azatioprin. Pri uvedenej liečbe došlo k navodeniu remisie základného ochorenia. Pacient je sledovaný 6 rokov, pričom počas tohto obdobia sa nezistila reaktivácia glomerulonefritídy ani prítomnosť iných klinických, či imunologických prejavov SLE.

Druhú skupinu „sine“ syndrómov tvoria pacienti s typickými klinickými príznakmi SLE, u ktorých však vyšetrenia ANA-protilátok boli opakovane negatívne. Uvádza sa, že približne 5% pacientov s diagnostikovaným SLE má laboratórne vyšetrenie ANA-protilátok negatívne, ale pritom spĺňajú diagnostické kritériá pre SLE. ANA-negatívny SLE má častejšie kožné prejavy, fotosenzitivitu, vyššiu prevalenciu anti-Ro-protilátok a anticyploplazmatických protilátok a nízky výskyt orgánových komplikácií, takých ako postihnutie CNS alebo obličiek. Dokladom toho sú výsledky najväčšej publikovanej štúdie pacientov s ANA-negatívnym SLE (2), ktorá potvrdila častejší výskyt kožných prejavov a relatívne nižší výskyt artritídy, sérozitídy, hematologických abnormalít a obličkového postihnutia (tabuľka).

Kaur (3) opísal prípad 13-ročnej pacientky so 4-mesačnou anamnézou erytému tváre a pálenia kože, ktoré sa zväčšovali po expozícii slnečnému žiareniu, artralgií, orálnych ulcerácií, padania vlasov a Raynaudovým fenoménom. U pacientky sa doplnila biopsia kože a na základe histologického obrazu bol kožný nález verifikovaný ako lupusový. Vyšetrením laboratórnych parametrov sa zistila

Výskyt klinických prejavov pri ANA negatívnych SLE (2)

Klinické prejavy	ANA-negatívne n=66 (%)	ANA-positívny n=107 (%)
„Motýľový“ exantém	60 (91)	65 (61)
Diskoidný LE	12 (18)	11 (10)
Fotosenzitivita	52 (79)	21 (20)
Raynaudov fenomén	11 (17)	31 (29)
Polyartritída	22 (33)	87 (81)
Serozitída	12 (18)	53 (50)
Cytopénia	17 (26)	75 (70)
Neuropsychiatrické prejavy	6 (10)	16 (15)
Proteinúria	8 (12)	45 (42)

prítomnosť reumatoidného faktora a anti-Ro-protilátok. ANA a anti-dsDNA-protilátky boli negatívne.

Výskyt orgánových komplikácií pri „séronegativnom“ SLE sa považuje za menej častý. Xie (4) opísal prípad 30-ročnej tehotnej ženy, u ktorej sa v druhom mesiaci tehotnosti objavil erytém na tvári, bolesti kĺbov, opuchy dolných končatín, močový nález, teploty a alopecia. Postupne sa manifestovali záchvaty kŕčov. Vyšetrené autoprotilátky (ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-La, reumatoidný faktor, aCL, LA a anti-CCP) boli negatívne. Zložky komplementu C3 a C4 boli mierne znížené, v moči bola prítomná proteinúria 2,12 g/24 h, pozitívny bol Coombsov test, prítomný bol malý perikardiálny a pleurálny výpotok, MRI-vyšetrením mozgu sa zistili hyperintenzívne ložiská bielej hmoty. Stav sa hodnotil ako SLE s artritídou, erytémom na tvári, sérozitídou, proteinúriou, encefalopatiou, lymfopéniou a hemolytickou anémiou. Pacientka sa liečila metylpred-

nizolonom a cyklofosfamidom.

Podobne u 25-ročného pacienta (5) s lupusovým exantémom, celkovými príznakmi („flu-like sy“), myalgiami, slabosťou svalov, cefaleou, poruchami zraku, zmenami na očnom pozadí a orálnymi ulceráciami sa histologicky verifikovala mierna mezangiálna glomerulonefritída (WHO IIA). Následne vyšetrené ANA, dsDNA, reumatoidný faktor a ENA protilátky v sére boli negatívne. Aj u tohto pacienta sa zaznamenal dobrý efekt kortikoterapie a imunosupresívnej liečby.

Sugisaki (6) publikoval prípad 28-ročnej ženy s febrilitami, erytémom na tvári, krčnou lymfadenopatiou, polyartritídou, progredujúcou proteinúriou, miernou leukopéniou, hypokomplementémiou, hraničnou pozitivitou anti-dsDNA protilátok, pozitivitou LA a vysokou pozitivitou anti-P-protilátok. ANA-protilátky vyšetrené imunofluorescenčne na Hep2 bunkách boli opakovane negatívne.

V ďalšej práci sa u 28-ročnej pacientky sa krátko po 4. pôrode objavila hyperten-

zia, opuchy DK a na rtg hrudníka príznaky pľúcnej kongescie. V laboratórnom obraze bola prítomná anémia, vzostup hodnôt urey a kreatinínu, v moči leukocyty, erytrocyty a proteinúria 3000 mg/dl, s postupnou progresiou na 12 g/24 h. Vyšetrené autoprotilátky (ANA, dsDNA, ANCA) boli negatívne. Doplnilo sa bioptické vyšetrenie obličiek, na základe ktorého sa histologickým vyšetrením zistila difúzna proliferatívna glomerulonefritída. Následne podávaná parenterálna pulzná liečba metylprednizolonom a cyklofosfamidom, ktorá pokračovala perorálne podávaným prednizónom, viedla k zlepšeniu stavu. V ďalšom priebehu ochorenia klesala proteinúria a objavila sa pozitivita ANA-protilátok (7). Dá sa predpokladať, že negativita ANA-protilátok bola spôsobená nízkou hladinou sérových imunoglobulínov v dôsledku masívnej proteinúrie. Obličková biopsia je diagnosticky dôležitá najmä pri tých prípadoch, pri ktorých chýbajú iné klinické, biochemické a sérologické prejavy poukazujúce na SLE.

Aj u 16-ročnej pacientky (8) s ochrnutím tváre, rašom, alopeciou, orálnymi ulceráciami, proteinúriou 744 mg/24 h a histologicky verifikovanou mezangiálnou glomerulonefritídou a nešpecifikovanou leukocytoklastickou vaskulitídou bolo vyšetrenie na ANA-protilátky opakovane negatívne. Prítomná bola pozitivita anti-Ro-protilátok a hypokomplementémia. Až v ďalšom priebehu ochorenia sa objavila artritída, psychóza, pleuritída/perikarditída, lymfopénia a pozitivita ANA a dsDNA-protilátok.

Caltic (9) opísal prípad 13-ročného pacienta, ktorý bol prijatý do nemocnice pre bolesti brucha, vracanie a hematemézu. Pri prijatí sa zistili pretibiálny opuch DK s artritídou a petechiami okolo členkov, postihnutím obličiek, stúpajúcimi hladinami kreatinínu, hypoalbuminémiou, hypokomplementémiou, proteinúriou, hematuriou, sérozitídou (pleurálny výpotok, ascites). Testy na vyšetrenie ANA, anti-dsDNA, ANCA a ACLA-protilátok boli negatívne. Biopickým vyšetrením sa diagnostikovala difúzna proliferatívna lupusová nefritída. Podľa klinického obrazu sa určila diagnóza SLE (artritída, sérozitída, kožná vaskulitída, anémia s pozitívnym Coombsovým testom a hypokomplementémia). Napriek neprítomnosti autoprotilátok sa začala pulzná liečba metylprednizolonom, následne p.o. prednizónom. Po prechodnom zlepšení bol pacient rehospitalizovaný pre progredujúci ascites a pleurálny výpotok. Doplnila sa biopsia obličky s nálezom



Obrázok 1. Patofyziológia viscerálnej obezity.

lupusovej nefritídy IV. typu. Pacientovi sa podávala pulzná liečba metylprednizolonom i.v. mesačne počas 6 mesiacov a p.o. cyklofosamid, ktorý bol neskôr zmenený za azatioprin. Vyšetované autoprotílátky boli negatívne.

Cobenas (10) publikoval prípad 5-mesačného dievčatka prijatého do nemocnice pre slabosť, bledosť, purpuru, trombocytopéniu a anémiu s diagnózou idiopatickej trombocytopenickej purpury s dobrým efektom prednizónu. Po prerušení liečby došlo k relapsu ochorenia, postupne s vývojom hepatosplenomegálie, pozitívneho Coombsovho testu. Pri reaktivácii ochorenia dostávala pulzy metylprednizolonu bez trvalej medikácie. Vo veku 22 mesiacov sa objavila hypokomplementémia, o mesiac proteinúria 300 mg/dl, vo veku 26 mesiacov nefrotický syndróm s KVP 4,95 g/l. Bioptickým vyšetrením sa potvrdila membranózna glomerulonefritída. ANA i anti-dsDNA-protílátky boli opakovane negatívne. Stav bol hodnotený ako ANA-negatívny SLE s nefritídou, hemolytickou anémiou a trombocytopéniou. V liečbe sa podávali pulzy metylprednizolonu a cyklofosfamidu, následne s prechodom na azatioprin. Sharman (11) preferuje termín C1q nefropatie pred „séronegativna lupusová nefritída“. V súbore 9 pacientov s typickým histologickým obrazom lupusovej nefritídy a negatívnou sérologiou sa v priebehu 6-ročného sledovania u žiadneho z nich neobjavili iné klinické ani sérologické prejavy SLE.

Predpokladá sa viacero príčin „séronegativných“ SLE. Najčastejšou metódou na vyšetovanie ANA-protílátok je nepriamy imunofluorescenčný test. Dôležité pri tomto vyšetrení je správa riedenie séra (12). Substráty na detekciu ANA-protílátok sa líšia aj senzitivitou. V skupine 76 pacientov so SLE s negatívnymi ANA-protílátkami vyšetrenými na potkaních heparoch boli séra vyšetrené testom ELISA. Vo všetkých pôvodne ANA-negativných sérach sa testom ELISA zistila zvýšená hladina anti-Ro/SSA-protílátok a u takmer polovice pacientov aj anti-La/SSB protílátok. Test ELISA je 10 – 100-krát

citlivejší než nepriama imunofluorescencia. Pozitivita prítomnosti protílátok anti-Ro/SSA v gélovej difúzii je približne 68 % a testom ELISA sa zvyšuje na 92 – 100 % (13). Imunologické testy na detekciu anti-dsDNA-protílátok sa líšia medzi sebou špecifickosťou a senzitivitou. Z testov dnes najčastejšie používaných je nepriamy imunofluorescenčný test s použitím antigénu *Crithidia luciliae* a test ELISA s purifikovanou dsDNA (14). Ďalšou možnou príčinou je prítomnosť antiribozomálnych protílátok P (anti-P), ktoré nie sú detegované bežnými testami. ANA môžu byť aj súčasťou imunokomplexov, a preto nie sú zachytené v sére. Aj masívna proteinúria môže byť príčinou neprítomnosti ANA-protílátok v dôsledku strát močom (4).

Priemerne 10 % pôvodne ANA-negativných SLE sa v priebehu ochorenia približne do 4 rokov stáva ANA-positívnymi (15).

Diagnostika SLE pripomína skladačku puzzle. Vždy je potrebné postupné a dôsledné skladanie jednotlivých kusov skladačky (klinických i laboratórnych prejavov, ktoré sa postupne objavujú), pričom prítomnosť nefropatie môže byť jedným z dôležitých záchytných bodov pre diagnózu séronegativného SLE.\*

## Literatúra

1. Tan, E.M. a spol.: The 1982 revised criteria for the classification systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, 25, 1982, s. 1271 – 1277.
2. Žitňan, D., Cebebauer, L.: Systémový lupus erythematosus. Martin: Osveta, 1973, 215 s.
3. Maddison, P.J. a spol.: Serological findings in patients with „ANA negative“ systemic lupus erythematosus. *Medicine (Baltimore)*, 1981, s. 87 – 94.
4. Kaur, S., Thami, G.P.: Antinuclear antibody-seronegative lupus erythematosus: revisited. *Indian J. Pediatr.*, 70, 2003, č. 2, s. 185 – 186.
5. Xie, Q. a spol.: Antinuclear antibody-negative systemic lupus erythematosus in a case with pregnancy. *Rheum. Int.* Published online: 13 April 2010.

6. Creamer, P., Kirwan, J.: Seronegative systemic lupus erythematosus. *Br. J. Rheum.*, 21, 1992, s. 619 – 622.
7. Sugisaki, K. a spol.: An anti-nuclear antibody-negative patient with systemic lupus erythematosus (SLE) accompanied with anti-ribosomal P antibody (anti-P). *Int. Med.*, 41, 2002, s. 1047 – 1051.
8. Ozdemir, F.N. a spol.: Seronegative systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14, 2005, s. 629 – 631.
9. Blaustein, D.A., Blaustein, S.A.: Antinuclear antibody negative systemic lupus erythematosus presenting as bilateral facial paralysis. *J. Rheumatol.*, 25, 1998, s. 798 – 800.
10. Caltic, A. a spol.: An unusual of ANA negative systemic lupus erythematosus presented with vasculitis, long-standing serositis and full-house nephropathy. *Reumatol Int.* Published online. June 8, 2010.
11. Cobenas, C.J., Spizzirri, F.D.: Membranous nephropathy and seronegative systemic lupus erythematosus. *Pediatr. Nephrol.*, 18, 2003, s. 202 – 203.
12. Sharman, A. et al.: Distinguishing C1q nephropathy from lupus nephritis. *Nephrol. Dial. Transplant.*, 19, 2004, s. 1420 – 1426.
13. Lukáč, J., Cebebauer, L.: Autoprotílátky pri systémových autoimunitných chorobách. S. 72 – 82. In: Lukáč, J. a spol. (Eds.): Systémové choroby spojivového tkaniva (systémové autoimunitné choroby). Piešťany: PN print, s.r.o., 2010.
14. Reichlin, M.: ANA negative systemic lupus erythematosus sera revisited serologically. *Lupus*, 2000, č. 9, s. 116 – 119.
15. Atta, A.M. a spol.: Anti-dsDNA antibodies in Brazilian patients of mainly African descent with systemic lupus erythematosus: lack of association with lupus nephritis. *Clin. Rheumatol.*, 28, 2009, s. 693 – 697.
16. Ahmed, A.R., Workman, S.: ANA-negative lupus erythematosus. *Clin. Exp. Dermatol.*, 1983, č. 8, s. 369 – 377.

J. Rovenský, S. Blažičková, A. Tuchyňová  
Národný ústav reumatických chorôb,  
Piešťany  
M. Vašáková  
Pneumologická klinika Thomayerovej  
nemocnice FN, Praha

# OSTEOARTRÓZA

**O**steoartróza (OA) predstavuje najčastejšie postihnutie pohybového systému a býva aj príčinou bolesti a zníženej funkcie postihnutej oblasti. V práci sa uvádzajú novšie poznatky o etiológii, ale predovšetkým etiopatogenéze a terapii osteoartrózy. Zmeny v homeostáze chrupky sa najmä pri aktivovanej artróze približujú zápalovým procesom prebiehajúcim napr. pri reumatoidnej artritíde. Opísaná je úloha prozápalových cytokínov, rastových faktorov a oxidu dusnatého pri deštrukcii chrupky a zmenách v synoviálnej tekutine. V terapii OA sa zdôrazňuje význam poučenia o chorobe, úprave životosprávy a využitia nemedikamentózných prostriedkov (1). Farmakoterapia je v súčasnosti obohatená o novú skupinu nesteroidových anti-flogistík – koxiby. Ich prednosť spočíva v tom, že blokujú len cyklooxygenázu 2 (COX-2) a neovplyvňujú cyklooxygenázu 1 (COX-1), ktorá je zodpovedná za časté nežiaduce účinky v oblasti GIT. Niektoré koxiby však zvyšujú riziko kardiovaskulárnych chorôb, a preto boli stiahnuté z predaja (2, 3). V chirurgickej liečbe predstavujú budúcnosť najmä transartroskopické metódy obnovy chrupky a metódy tkanivového inžinierstva (*tissue engineering*), transplantácia autológnych chondrocytov alebo priamo chrupky.

Z reumatických chorôb je osteoartróza (OA) najčastejším postihnutím pohybového systému a súčasne aj najčastejšou príčinou bolestí spojených so znížením pohyblivosti v postihnutej oblasti.

Možných príčin vzniku OA je veľa, a to je dôvod, prečo osteoartróza nie je zatiaľ presne definovanou nozologickou jednotkou, ale heterogénnou skupinou prekrývajúcich sa kĺbových syndrómov s podobnými biologickými, patologickými, rádiologickými a klinickými prejavmi. Ide o zlyhanie kĺbu ako následok poruchy metabolizmu predovšetkým kĺbovej chrupky, ktorá zapríčiňuje zmenu jej mechanických vlastností. Miestom vzniku OA však nemusí byť chrupka, podľa nových názorov je pravdepodobným miestom vzniku OA subchondrálna kosť.

## Epidemiológia osteoartrózy

V posledných desaťročiach OA celosvetovo pribúda, okrem iného aj v dôsledku starnutia populácie. Výskyt OA do 30 rokov je nízky, do 65 rokov prudko narastá

a vo veku nad 65 rokov má viac ako 70 % osôb röntgenologicky zistiteľné artrótické zmeny na kĺboch, pričom nie všetci majú subjektívne ťažkosti. Do veku 45 rokov postihuje artróza častejšie mužov, vo veku nad 54 rokov častejšie ženy, ktoré majú väčšiu pravdepodobnosť postihnúť viaceré kĺby. Podľa Kellgrena je artróza kĺbov a chrbtice u anglického obyvateľstva zo všetkých reumatických ochorení najčastejšou príčinou pracovnej neschopnosti. Z iných národných databáz vyplýva, že OA s vývojom do disability sa vyskytuje častejšie na južnej ako na severnej pologuli. Dnes sa uvádza, že artróza postihuje všetky rasy a obe pohlavia bez rozdielu (4).

## Sociálno-ekonomický dopad osteoartrózy

Sociálno-ekonomický dopad osteoartrózy je enormný, ale je neľahké získať validné údaje exkluzívne o výdajoch na liečbu OA. Na podklade štúdií z Mayo Clinic v USA sa vo veľkej skupine pacientov s OA zistili podstatne vyššie náklady na liečbu ako v skupine chorých s rovnakými chorobami, ale bez symptomatickej OA. Novšie práce z USA poukazujú na to, že OA sa stáva jednou z „najdrahších“ chorôb vzhľadom na vysoké náklady na lieky, rehabilitáciu, kúpeľnú i chirurgickú liečbu a počet priznaných invalidných dôchodkov (5).

Poznatky o etiológii a patogenéze OA sú stále neúplné a nedostatočné. Prispieva k tomu aj skutočnosť, že začiatkové štádium OA prebieha dlho nebadane a pred jej rozvojom nie je známy celkový zdravotný stav postihnutého ani biochemické, či morfológické zmeny kĺbu, na ktorom sa neskôr OA rozvinie. Aj keď sa v posledných rokoch získalo veľa dôležitých poznatkov o iničiálnych štádiách umelo indukovanej artrózy na zvieracom modeli, nemožno tieto pozorovania vždy úplne aplikovať v humánnej medicíne. U človeka majú totiž na vzniku OA podiel nielen rôzne rizikové faktory, ale aj elementárne vývinové rozdiely, počnúc vzpriameným postojom človeka a končiac množiacimi sa stresovými situáciami v ľudskom živote.

## Patogenéza osteoartrózy

OA postihuje nielen chrupku, ale všetky periartikulárne štruktúry vrátane subchondrálnnej kosti, synoviálnej membrány, kĺbového puzdra, ligamentov a pri-

ľahlých svalov. Nezávisle od etiológie je spoločným znakom OA ireverzibilné poškodenie chrupky s rozvláknením fibríl, tvorbou fisúr, ulcerácií a konečne úplnou stratou kĺbovej chrupky (6).

Homeostázu zdravej chrupky reprezentuje dynamická rovnováha medzi jej novotvorbou a odbúraním. Chondrocyty ako jediné bunky chrupky zodpovedné za jej metabolizmus strácajú počas artrótického procesu postupne schopnosť udržať rovnováhu medzi syntézou a degradáciou makromolekúl extracelulárneho matrixu. Aj pri OA sa aktivujú cytokíny, najmä interleukín 1 (IL-1) a faktor nekrotizujúci nádory (TNF). K degradačným zmenám sa tak pripájajú aj zápalové procesy v synoviálnej membráne. IL-1 a TNF spúšťajú kaskádu ďalších katabolických procesov v chrupke stimuláciou tvorby degradačných enzýmov – metaloproteináz (stromelyzínu, kolagenázy, želatinázy, agrekanázy) a ďalších enzýmov, ako sú elastáza, katepsín G, katepsín B a iné. Aktivuje sa aj tvorba voľných radikálov kyslíka a oxidu dusnatého, ktoré degradačný proces ďalej potencujú. Na degradácii kolagénu a bielkovinového jadra proteoglykánov sa zúčastňujú najmä metaloproteinázy. Do degradačných mechanizmov súčasne zasahujú protizápalové cytokíny – transformujúci rastový faktor TGF-beta a rastový hormón podobný inzulínu IGF-1, ktoré tlmia nielen účinok interleukínov a TNF, ale aj účinok metaloproteináz a stimulujú tvorbu kolagénu typu II a indukujú syntézu agrekanu.

Posledné dve dekády priniesli veľa nových poznatkov, týkajúcich sa patogenézy osteoartrózy, najmä o zmenách v subchondrálnnej kosti. V súčasnosti niektorí autori predpokladajú, že zmeny pri osteoartróze sa začínajú v subchondrálnnej kosti (7). Na začiatku je pozorovateľná zvýšená osteolýza v subchondrálnnej kosti, ktorá je spojená so zvýšenými hladinami markerov osteoresorpcie. V neskoršom štádiu OA dochádza ku sklerotizácii subchondrálnnej kosti, ktorá sa prejavuje zvýšenou denzitou. Toto zvýšenie je však výsledok skôr zvýšenej tvorby osteoidu ako zvýšenej mineralizácie. Predpokladá sa intenzívna vzájomná interakcia metabolických pochodov a ich aktérov v subchondrálnnej kosti a chrupke.

Súbežne so zápalovými procesmi v synoviálnej membráne prebiehajú aj

zmeny v synoviálnej tekutine (ST). Zo zápalovo zmenenej synoviálnej membrány difundujú do ST prozápalové cytokíny, voľné radikály a oxid dusnatý. Účinkom voľných radikálov kyslíka a dusíka sa znižuje koncentrácia a molekulová hmotnosť kyseliny hyalurónovej v ST, čím sa zásadne menia jej viskoelastické vlastnosti, zníži sa jej viskozita a zmenší elasticnosť. V niektorých prípadoch sa vyvinie synovialitída, pri ktorej rôzne proteinázy a voľné radikály vo väčšom množstve prestupujú do synoviálnej tekutiny a odtiaľ do kĺbovej chrupky. Klinicky sa hovorí o aktivovanej OA (8). Je to obvyčajne synovialitída, ktorá núti pacienta navštíviť lekára.

Mechanizmus vzniku bolesti pri OA nie je jednotný, čo vyplýva z heterogenity choroby a rôznej vývojovej fázy OA u jednotlivého pacienta. Chrupka je avaskulárna a anervná, postihnutá chrupka preto nemôže byť zdrojom bolesti. Bolesť vyvolávajú až sekundárne zmeny ďalších kĺbových tkanív, ako sú synoviálne membrána, periost, úpony väzív, inzercie svalov a subchondrálnej kosti (9). Relatívne častým zdrojom bolesti býva zápal synoviálnej membrány – synovitída. Kĺb býva opuchnutý, palpačne citlivý a niekedy aj teplejší. Zápal synoviálnej membrány postihuje len určité časti membrány a jeho intenzita je oveľa nižšia ako pri reumatoidnej artritíde. Prítomnosť zápalu vysvetľuje aj dobrý analgetický účinok perorálne podávaných NSA a intraartikulárne aplikovaných glukokortikoidov. Ďalším zdrojom bolesti môžu byť kostné mikrofraktúry v subchondrálnej kosti. Ďalšie možné príčiny bolesti pri OA sú zhrnuté v tabuľke 1.

**Tabuľka 1.** Príčiny bolesti pri osteoartróze

• Synovitída
• napnutie kĺbového puzdra
• elevácia periostu
• bolesť úponov (entezopatia)
• bolesť v mieste inzercie šliach
• svalový hypertonus
• zvýšený vnútrokĺbový tlak
• kostné mikrofraktúry

### Rizikové faktory vzniku osteoartrózy

Okrem patobiochemických faktorov sa v patogenéze OA uplatňuje viacero rizikových faktorov:

1. genetické faktory,
2. vrodené a vývinové chyby,

3. preťažovanie kĺbov pracovnou a športovou činnosťou,
4. obezita – pri znížení hmotnosti sa spomaľuje progresia ochorenia, napr. pri gonartróze,
5. porucha inervácie kĺbu (vyradenie ochranných reflexných mechanizmov),
6. metabolické a endokrinné choroby,
7. hypermobilita.

Dlhodobou známou je rodinný výskyt heberdenskej nodozity, pri ktorej sa vyskytuje autozomálne dominantný typ dedičnosti (u žien). Pri generalizovanej nodálnej forme sa zistila asociácia s HLA-A1 a B 8 a s MZ fenotypom alfa-1-antitrypsínu. Predčasný výskyt OA sa zistil aj pri familiárnych ochoreniach, ako je chondrokalcinóza a ochronóza. Zoznam genetických asociácií s OA je široký, týka sa génov kódujúcich molekuly extracelulárneho matrixu, kolagénu COL2A1 alebo COMP (chrupkový proteoglykán), génov kontrolujúcich vývoj skeletu, ako sú BMP proteíny (kostné morfogénne proteíny) (ASPN, BMP2) alebo Wnt signálne gény, ale tiež gény pre zápalové cytokíny (IL-1, IL-6, IL-10) (10). Metaanalýza ľudského genómu potvrdila pomocou asociačných štúdií, že lokus predispozície OA kolena sa nachádza na dlhom ramienku chromozómu 7 v oblasti 7q22. Metaanalýza ľudského genómu potvrdila pomocou asociačných štúdií, že lokus predispozície OA kolena sa nachádza na dlhom ramienku chromozómu 7 v oblasti 7q22 (11).

Vyšší vek spojený s involučnými zmenami aj pohybového systému je tiež podporným faktorom vzniku OA, aj keď obraz starnúceho kĺbu sa od artrotického kĺbu líši morfológicky, röntgenologicky i biochemicky. Pri OA sa v mieste fibrilácie chrupky rozpadajú chondrocyty a v dôsledku katabolických dejov vzniká jej celkový úbytok. Starnúcu chrupku naproti tomu charakterizuje úbytok chondrocytov následkom zníženia ich replikačnej schopnosti (20).

### Klinický obraz osteoartrózy

Hlavným príznakom OA je bolesť v postihnutom kĺbe, ktorá sa spočiatku prejaví po zvýšenej záťaži, postupne sa tolerancia na záťaž znižuje. Bolesť na začiatku pohybu, tzv. štartovacia, ktorá ustúpi po rozhýbaní sa, je typická pre váhonosné kĺby. V pokročilejších štádiách OA sa objavia pokojové bolesti a nočné bolesti, ktoré sú nepriaznivým znakom vývoja OA.

Niekedy zdanlivo bez príčiny sa obmedzuje pohyb v kĺbe, inokedy je znížená pohyblivosť viazaná na zhoršujúce sa bolesti. Býva prítomná aj ranná stuhnutosť,

ktorá však na rozdiel od reumatoidnej artritídy pomerne rýchlo ustúpi. Niekedy môže byť prítomný aj malý výpotok.

#### Objektívne príznaky osteoartrózy:

- krepitus – hrubý, svedčí o nerovnom povrchu kĺbu,
- zhrubnutie kostných štruktúr – defigurácia kĺbu, remodelácia kĺbu (osteofyty),
- obmedzenie pohybu – pokročilejšie štádium OA,
- napínacia bolesť – pri dosiahnutí pohybu do koncovkej exkurzie (periartikulárne štruktúry),
- osová odchýlky – varozita, valgozita (kolená, bedrové kĺby), deviácie (DIP),
- kĺbová instabilita – narušenie ligamentov,
- citlivosť kĺbovej štrbiny – zhrubnutie synovie,
- svalové atrofie – z inaktivity.

### Formy osteoartrózy

**Koxartróza.** Je najzávažnejšou formou OA (4). V začiatočnom štádiu sa bolesť môže propagovať do ingviny, do oblasti veľkého trochantera, ale aj do gluteálnej oblasti. Najčastejšie vyžaruje bolesť na prednú stranu stehna a do kolena. Progresiou ochorenia sa zvyrazňuje nerovnováha medzi svalovými skupinami, ktoré stabilizujú panvový pletenec, čo sa prejaví tendenciou k postaveniu dolnej končatiny do flexie, addukcie a vonkajšej rotácie. Svalová slabosť postihuje najviac extenzory a abduktory bedrového kĺbu. Prvým oslabeným svalom býva m. gluteus medius, čo má diagnostický význam (Trendelenburgov znak).

Ťažkosti majú kolísavý priebeh, v štádiu aktivovanej artrózy sa všetky príznaky zhoršia, zvyraznia sa bolesti, obmedzuje sa pohyb v kĺbe. Prognóza ochorenia však nemusí byť vždy zlá, progresia sa môže zastaviť, a tým sa zníži intenzita symptomatológie.

**Gonartróza.** Je najčastejšou formou artrózy (12). V mladšom veku sa vyskytuje častejšie u mužov, v staršom veku u žien. Býva spojená s nadváhou. Väčšinou sa vyskytuje obojstranne. Klinické prejavy gonartrózy závisia od prevažujúcej lokalizácie artrotických zmien v kolene. Častejší je výskyt artrózy mediálneho femorotibiálneho kompartmentu, na podklade ktorej sa vyvíja typická varózna deformácia kolena. Skoro rovnako časté je aj postihnutie patelofemorálneho kompartmentu. Typické pre bolesti kolena je ich zhoršovanie pri vystupovaní po schodoch a po nerovnom teréne. Krátkodobá bolesť sa ohlasuje pri zmene z polohy posediačky do polohy postojáčky.

Môže byť prítomná bolesť pri pasívnych pohyboch, najmä násilnej hyperextenzii. Pri dlhšie trvajúcej gonartróze atrofuje kvadriceps, najmä vastus medialis, a objavujú sa bolestivé entezopatie – lig. patellae a pes anserinus. Gonartróza býva často spojená s generalizovanou formou OA a prognóza ochorenia je horšia ako pri artróze bedrového kĺbu (obr. 1).

**Artróza kĺbov ruky.** Najčastejšie sú postihnuté kĺby DIP (Heberdenova nodozita) alebo PIP (Bouchardova nodozita). Ide o zhrubnutie kĺbov IP na ich dorzálnom a laterálnom okraji. Toto kostné zhrubnutie predchádza tvorba želatinóznych cýst. Občas môže vzniknúť akútna exacerbácia bolesti, ľahké zdurenie a sčervenenie kĺbu. Postupne vznikajú typické deformácie, akou je laterálna sublúxácia a deviácia prevažne kĺbov DIP. Artróza kĺbov DIP i PIP má dobrú prognózu, funkcia postihnutých kĺbov nebyva narušená (obr. 2).

Artróza prvého karpometakarpálneho kĺbu – **rhizarthrosis** – je charakterizovaná bolesťou a citlivosťou koreňového kĺbu palca, ktorá sa prejaví pri úchope medzi palcom a ukazovákom. Pohyb je spojený s krepitom, v neskorších štádiách vzniká addukčná deformácia palca, často s hyperextenziou proximálneho článku palca a báza palca dostane trvalo štvorcový tvar. Na rozdiel od artrózy kĺbov DIP a PIP tento typ OA výrazne a trvalo postihuje funkciu ruky. Stav môže zlepšiť chirurgický výkon.

Zriedkavým postihnutím malých kĺbov rúk (PIP a DIP) je **erozívna artróza**. Charakterizujú ju zápalové prejavy, najmä bolestivý opuch týchto kĺbov, v rtg obraze sú prítomné subchondrálne erózie. Ochorenie má epizodický priebeh a môže sa končiť i ankylózou jedného alebo i viacerých kĺbov (18).

Klinické vyšetrenie pri OA treba doplniť rtg vyšetrením, ktoré odráža patologické procesy v chrupke a subchondrálnej kosti.

**Röntgenologický nález pri osteoartróze:**

- osteofyty – marginálne kostné výrasty (remodelácia),
- zúženie kĺbovej štrbiny ako výraz zníženia kĺbovej chrupky,
- subchondrálne kostná skleróza – je prejavom patologických procesov v subchondrálnej kosti,
- subchondrálne cysty znamenajú narušenú integritu chrupky,
- remodelácia kostného povrchu a zmena tvaru kosti.

Relevantné rtg zobrazenie pomerov v kĺbe závisí od presnej techniky sníma-

nia. Už malé odchýlky vedú k chybné informácii o šírke kĺbovej štrbiny, a tým aj o výške kĺbovej chrupky. Možno povedať, že typické príznaky OA na kostnokĺbových štruktúrach svedčia už o pokročilom štádiu OA. K modifikáciám rtg zobrazenia patrí technika zväčšovania obrazu, ktorá poskytuje viac informácií o stave chrupky, podobne ako digitálna analýza z digitálne uložených snímok.

Stále častejšie nachádza uplatnenie ultrazvukové vyšetrenie, ktorým možno odhaliť aj malý kĺbový výpotok a ktoré poskytuje cenné informácie o stave periartikulárnych štruktúr.

Známa je diskrepancia medzi röntgenologickým a klinickým obrazom, keďže aj pokročilé rtg zmeny nemusia mať klinickú odozvu a naopak (4).

**Klasifikácia osteoartrózy**

**1. Idiopatická OA.** OA môže byť lokalizovaná na:

- rukách (Heberdenove a Bouchardove uzly, CMC 1) erozívna forma,
- nohách (MTP 1),
- bedrových kĺboch,
- kolenách,
- chrbtici (úsek C a L)

Generalizovaná OA (postihuje najmenej 3 kĺby).

**2. Sekundárna OA.** Vzniká ako následok:

- traumy (fraktúry, najmä intraartikulárne, poškodenie mäkkých častí),
- mikrotraumy (zamestnanie, športové preťaženie),
- anatomických zmien,
- epifyzolyzy, kongenitálnej dysplázie bedrového kĺbu,
- hypermobilného syndrómu, nerovnakej dĺžky končatín,
- metabolických ochorení (m. Gaucher, hemachromatóza a ďalšie),
- endokrinopatií (akromegália, diabetes mellitus, hypotyreóza, hyperparatyreóza),
- depozity kryštálov (kalciumpyrofosfát, hydroxyapatit, kyselina močová),
- zápalových chorôb (reumatoidnej artritídy, infekčnej artritídy).

Artróza môže postihnúť všetky kĺby, najčastejšie sú to malé kĺby rúk a chrbtica. Závažným zdravotným problémom sa stáva, ak postihne váhonosné kĺby, kolenná a bedrové kĺby, čo zapríčiňuje zníženie celkovej mobility chorého, trvalé zníženie kvality jeho života a neraz aj invaliditu.

**Diagnostické kritériá osteoartrózy**

Určeniu diagnózy OA napomáhajú diagnostické kritériá, ktoré vypracovala ACR

(American College of Rheumatology; 2000) (13).

Diagnózu artrózy malých kĺbov rúk možno potvrdiť, ak je prítomná:

1. bolesť alebo stuhnutosť kĺbov ruky po väčšinu dní za posledný mesiac,
2. zhrubnutie tvrdého tkaniva 2 alebo viacerých z 10 vybraných kĺbov,
3. opuch dvoch alebo viacerých kĺbov MCP,
4. zväčšenie hrúbky tvrdého tkaniva 2 alebo viacerých kĺbov DIP,
5. deformácia 1 alebo viacerých vybraných kĺbov (vybrané kĺby sú: obojstranne DIP II, III, PIP II, III, CMC I).

OA je prítomná, ak sú splnené kritériá 1, 2, 3, 4 alebo 1, 2, 5.

**Diagnóza koxartrózy:**

1. bolestivosť bedrového kĺbu väčšinu dní za posledný mesiac,
2. zvýšenie FW nad 20,
3. osteofyty na femore alebo acetábule diagnostikované röntgenologicky,
4. zúženie kĺbovej štrbiny.

Koxartróza je prítomná, ak sú splnené kritériá 1, 2, 3 alebo 1, 2, 4, alebo 1, 3, 4.

**Diagnóza gonartrózy:**

1. bolesť kolena väčšinu dní za posledný mesiac,
2. osteofyty na kĺbových okrajoch,
3. nezápalový kĺbový výpotok,
3. vek nad 40 rokov,
5. ranná stuhnutosť dlhšia ako 30 min,
6. tvrdý krepitus pri aktívnom pohybe.

Gonartróza je prítomná, ak sú splnené kritériá 1, 2 alebo 1, 3, 5, 6, alebo 1, 4, 5, 6.

**Liečba osteoartrózy**

Cieľom všetkých liečebných zásahov je tlmieť alebo odstrániť bolesť, zachovať funkciu kĺbu a ovplyvniť progresiu ochorenia (14, 15). Aby liečba OA bola účinná, je potrebné určiť diagnózu včas, zistiť rozsah funkčného postihnutia, oboznámiť sa s aktivitami chorého v zamestnaní, domácnosti a pri športe. Pre pacienta je dôležité, aby dodržiaval určité všeobecné opatrenia, ktoré mu uľahčia prekonať ťažkosti spojené s OA.

**Všeobecné opatrenia pri osteoartróze:**

- redukcia hmotnosti pri obezite,
- dodržiavanie princípov správnej výživy,
- udržiavanie celkovej fyzickej kondície,
- postihnutý kĺb zaťažovať, ale nepreťažovať,
- v období aktivovanej artrózy častejší pokoj na posteli,
- používať príslušné pomôcky.

Liečbu treba vždy začať **nemedikamentóznymi prostriedkami**. Liečebný program zahŕňa:

1. poučenie a výchovu pacienta,
2. pohybovú liečbu,
3. prostriedky fyzikálnej medicíny,
4. úpravu obuvi, ortézy, barly, pomôcky,
5. medikamentóznú liečbu,
6. chirurgickú liečbu.

**Poučenie a výchova pacienta.** Pacienta s OA treba informovať o podstate a priebehu ochorenia, o možnostiach liečby a o potrebe jeho aktívnej spolupráce, najmä pri dodržiavaní všeobecných opatrení (16).

**Pohybová liečba.** Účelom pohybovej liečby pri OA je udržanie rozsahu pohybu, svalovej sily, svalovej rovnováhy a zlepšenie celkovej kondície chorého (17, 18). Pohybová liečba je potrebná pri postihnutí chrbtice a nevyhnutná pri OA bedrových a kolenných kĺbov. Už v začiatkových štádiách OA váhonosných kĺbov sa zobaví nerovnováha svalov bedrového a kolenného kĺbu, výsledkom ktorej je nesprávny pohybový stereotyp. Dôležité je obnoviť alebo udržať silu štvorhlavého svalu a veľkého sedacieho svalu, ktoré bývajú výrazne oslabené a ktorých dobrá vzájomná spolupráca umožní chorému ľahšie vykonávať bežné úkony (vstávanie zo stoličky, vystupovanie po schodoch). Pri artróze váhonosných kĺbov je nenahraditeľné cvičenie v odľahčení – v závese alebo vo vodnom prostredí. V stabilizovanom štádiu je indikované aerobické cvičenie, najlepšie chôdza.

Pohybovú liečbu pri OA chrbtice treba zamerať na úpravu rovnováhy medzi hrudníkovými a chrbtovými svalmi a brušnými a driekovými svalovými skupinami.

**Fyzikálna liečba.** Prostriedkami fyzikálnej terapie (FT) možno tlmieť bolesti, zlepšiť lokálny metabolizmus, prípadne znížiť zápalové prejavy (19). Pri stabilizovanej artróze sa využíva termoterapia (parafínové zábaly, vlhké teplé zábaly) a elektrotermoterapia. Pri aktivovanej artróze sa aplikuje lokálne kryoterapia a elektroanalgézia (TENS a prúdy strednej frekvencie). Na zvládnutie bolesti pri gonartróze sa osvedčila aj akupunktúra. Reflexnou i klasickou masážou možno ovplyvniť svalové spazmy a reflexné deje, najmä pri artróze chrbtice. Špeciálnu formu terapie predstavuje balneoterapia, ktorá v komplexe s inými prostriedkami fyzioterapie je prednostnou indikáciou pri OA.

**Ortopedické pomôcky.** Pri OA váhonosných kĺbov a chrbtice treba korigovať nesprávne postavenie. Priečne i pozdĺžne plochú nohu treba ošetriť vhodnými vložkami alebo ortopedickou obuvou. Dôležitá je korekcia dĺžky končatín po-

užitím podpätienky. Pri určitom stupni varozity, či valgozity kolena alebo pri jeho instabilite treba využiť individuálne zhotovené ortézy. Pri pokročilejšej OA kolenných alebo bedrových kĺbov je potrebné, aby pacient používal francúzske barly. V domácom prostredí sa chorému odporúča používať zvýšené stoličky, nadstavec na WC, držadlá pri vani a pod. OA chrbtice môže spôsobovať bolesti až koreňového charakteru. Úľavu môže priniesť podporný bedrový pás, v prípade bolesti v krčnej chrbtici golier.

### Medikamentózna liečba osteoartrózy

Rozdelenie medikamentózne liečby OA je v tabuľke 2.

**Tabuľka 2.** Medikamentózna liečba osteoartrózy

A) Symptomatické lieky
1. s krátkodobým rýchlo nastupujúcim účinkom
• nesteroidové antiflogistiká
• analgetiká
• intraartikulárne glukokortikoidy
• lokálna liečba
2. s dlhodobým pomaly nastupujúcim účinkom
• glukozamínsulfát
• chondroitínsulfát
• kyselina hyalurónová
• diacerein
• ASU (výťažok z avokádového a sójového oleja)
B) Lieky modifikujúce štruktúru
C) Experimentálna liečba

### Lieky s rýchlo nástupom účinku

Ich účinok nastupuje do niekoľkých hodín, ale dozníe po ukončení liečby. Tieto lieky neovplyvňujú priebeh choroby, ale pôsobia analgeticky a antiflogisticky (4, 20).

**1. Neopioidové analgetiká.** Hlavným predstaviteľom tejto skupiny je paracetamol, patria sem i nízke dávky salicylátov a metamizol. Nemajú protizápalový účinok, ich výhodou je nízky výskyt nežiaducich gastrointestinálnych účinkov a nízka cena.

Podľa farmakologického odporúčania ORSI (Osteoarthritis Research Society International) pre manažovanie OA kolena a/alebo bedrového kĺbu, by mal byť liekom prvej voľby paracetamol (až do 4g/deň). U pacientov s výraznejšou bolesťou a iritačnou synovitiídou sú spravi-

dla prvým alternatívnym liekom nesteroidové antiflogistiká. Mali by sa používať v čo najnižšej efektívnej dávke, pričom by sa malo vyvarovať ich dlhodobému užívaniu. Okrem jednej štúdie, v ktorej sa nezistil rozdiel v účinnosti medzi paracetamolom a ibuprofénom, klinické štúdie preukázali vyššiu účinnosť NSA – najmä u chorých s výraznejšími algickými prejavmi. Napriek tomu až 40% pacientov považuje paracetamol za rovnako účinný ako NSA. Výskyt subjektívnych gastrointestinálnych NÚ (dyspepsie, bolesti brucha) je po paracetamole v dávke vyššej ako 2,5 g denne porovnateľný s NSA, dôležité však je, že endoskopická štúdia nepreukázala vyšší výskyt vredov a ich komplikácií pri užívaní paracetamolu. Okrem toho má paracetamol výhodný pomer cena/riziko/účinnosť. U pacientov s dostatočnou účinnosťou paracetamolu nie je potrebné prechádzať na podávanie NSA.

**2. Nesteroidové antiflogistiká.** NSA majú analgetický, protizápalový a antipyretický účinok. Pri OA sú indikované v prípadoch, ak nefarmakologická liečba alebo analgetiká nie sú dostatočne účinné. Majú rôznu chemickú štruktúru, podobné farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti, podobný mechanizmus účinku a liečebný účinok (20 – 23).

**Rozdelenie NSA.** Nesteroidové antiflogistiká sa rozdeľujú podľa chemickej štruktúry, dĺžky plazmatického eliminačného polčasu a pomeru inhibície cyklooxygenázy 1 (COX-1) a cyklooxygenázy 2 (COX-2).

Podľa chemickej štruktúry sú to deriváty organických – karboxylových kyselín. Výnimku tvorí nabumetón, ktorý nemá charakter kyseliny.

Podľa plazmatického eliminačného polčasu sa rozdeľujú na:

- NSA s krátkym plazmatickým eliminačným polčasom – do 6 hodín – napr. diklofenak, ibuprofén, ketoprofén, flurbiprofén;
- NSA s dlhým biologickým polčasom – viac ako 12 hodín: naproxén, piroxikam, meloxicam, celecoxib, etorikoxib.

Podľa pomeru inhibície COX-1 a COX-2 sú to:

- neselektívne NSA, ktoré inhibujú COX-1 aj COX-2 – sú to všetky používané NSA,
- preferenčné inhibitory COX-2: meloxicam, nimesulid, etodolak,
- špecifické inhibitory COX-2: celokoxib, etorikoxib.

Účinnosť NSA je veľmi podobná, väčšie rozdiely sú vo výskyte nežiaducich účinkov. Podľa výsledkov metaanalýzy

až 84% porovnávacích štúdií nezistilo významné rozdiely medzi jednotlivými NSA, ale 41% štúdií preukázalo rozdiely vo výskyte nežiaducich účinkov.

**Mechanizmus účinku NSA.** Hlavný mechanizmus účinku NSA je inhibícia enzýmu cyklooxygenázy (COX) (22). Tým sa blokuje tvorba prostaglandínov. Cyklooxygenáza sa vyskytuje v dvoch izoformách – COX-1 a COX-2. COX-1 je konštitutívna a je zodpovedná za syntézu prostaglandínov, ktoré zabezpečujú fyziologické funkcie trombocytov, gastrointestinálneho systému a obličiek. COX-2 je indukovateľná, vzniká v mieste zápalu, v poškodených tkanivách a sprostredkuje syntézu prozápalových prostaglandínov. Inhibícia COX-2 má za následok zníženie tvorby prostaglandínov (PG), ktoré sa uplatňujú v patogenéze zápalu a tvorby bolestivých vzruchov. Má však i niektoré fyziologické funkcie v obličkách, centrálnom nervovom systéme a ženskom urogenitálnom systéme. Inhibícia COX-2 znižuje produkciu prostaglandínu I<sub>2</sub> v cievnom endoteli, čo má za následok zvýšené riziko trombózy. Účinok NSA je však komplexný a okrem inhibície COX sa uplatňujú aj iné mechanizmy účinku (tab. 3).

**Tabuľka 3.** Mechanizmus účinku NSA

Inhibícia syntézy prostaglandínov (inhibícia COX)
Inhibícia syntézy cytokínov, leukotriénov
Blokáda membránových enzýmov (NADPH-oxidáza leukocytov, fosfolipáza C makrofágov)
Blokáda oxidačnej fosforylácie v mitochondriách
Inhibícia uvoľnenia lyzozómových enzýmov
Blokáda superoxidových radikálov
Inhibícia aktivity polymorfonukleárov
Inhibícia syntézy indukovateľnej NO-syntázy

Vznik nežiaducich účinkov je spojený najmä s inhibíciou COX-1. Analgetický účinok NSA sa uplatňuje na periférii tým, že inhibíciou syntézy PG sa znižuje dráždenie nociceptorov a spinálnych synaptických zakončení. Antiedematózne pôsobenie znižuje dráždenie mechanoreceptorov tlakom a ťahom. NSA nie sú vhodné na tlmenie neuropatickej bolesti. Analgetický účinok NSA nastupuje

niekoľko minút až hodín po užití lieku, protizápalový po 7 – 14 dňoch pravidelného užívania. Niektoré NSA – najmä indometacín a kyselina acetylosalicylová – majú katabolický vplyv na metabolizmus chrupky.

**Gastrointestinálne nežiaduce účinky NSA.**

Pri liečbe NSA sa vyskytujú najčastejšie: uvádza sa, že 30 – 50% pacientov má dyspepsiu, 20% chorých ulcerácie horného GIT a 1% komplikácie vredu (krvácanie a perforácia). Rizikové faktory NSA-gastropatie sú uvedené v tabuľke 3 a toto riziko sa zvyšuje s vekom. Najvyššie riziko vzniku vredu a jeho komplikácií (krvácanie, perforácia) – až 4,4-násobné – majú spomedzi NSA neselektívne inhibítory COX-1 a COX-2. Táto skutočnosť núti hľadať možnosti na zníženie NÚ NSA na GIT:

- kombinácia NSA s analógom PGE2 – misoprostolom, kombinácia NSA s inhibítormi protónovej pumpy: táto kombinácia znižuje riziko recidívy peptických vredov, ale nezabraňuje tvorbe lézií v distálnych častiach tráviaceho systému;
- enterosolventné prípravky taktiež môžu spôsobovať sliznicové lézie v tenkom čreve;
- liekové formy vo forme injekcií a čapíkov: tieto liekové formy nepôsobia priamo na sliznicu žalúdka a dvanástnika, ale nezabránia systémovým NÚ vyvolaným inhibíciou COX-1;
- nitroderiváty: oxid dusnatý (NO) viazaný na molekulu účinnej látky (nitroflurbiprofén, nitrofenak) esterickou väzbou znižuje gastrointestinálne nežiaduce účinky pôvodného lieku. Nitroderiváty však majú tendenciu znižovať aj krvný tlak;
- NSA viazané na cyklodextrín. Štandardné NSA majú kryštalickú štruktúru,

ale naviazaním jednej molekuly NSA na jednu molekulu betacyklodextrínu sa výrazne zrýchli absorpcia, nástup účinku lieku a skrúti sa trvanie kontaktu so žalúdočnou sliznicou. Tým sa dosiahne aj nižší výskyt žalúdočných lézií a zlepšiť tolerancia po perorálnom podaní. V súčasnosti je k dispozícii prípravok piroxikam-beta-cyklodextrín (Flamexin). Túto technológiu objavili Cram, Federsen, Lehn a ich objav bol ocenený Nobelovou cenou.

**NSA s preferenčnou inhibíciou COX-2.**

Majú preukázateľne nižší výskyt NÚ na GIT. Meloxicam sa v štádiu dekompenzovanej OA podáva v dávke 7,5 až 15 mg denne, nimesulid v dávke 2 x 100 mg.

**Špecifické inhibítory COX-2.** *In vivo* špecificky inhibujú COX-2, neovplyvňujú aktivitu COX-1, a preto majú významne nižší výskyt NÚ na GIT, pričom ich analgetický a antiflogistický účinok je porovnateľný s neselektívnymi NSA (3, 24). Tieto výsledky priniesli už prvé štúdie s celecoxibom aj rofekoxibom. V štúdiu VIGOR sa u pacientov užívajúcich rofekoxib zistil významne vyšší výskyt kardiovaskulárnych príhod. Zvýšené riziko kardiovaskulárnych príhod sa potvrdilo i v ďalších štúdiách, preto farmaceutická spoločnosť MSD roku 2004 dobrovoľne stiahla rofekoxib zo svetového trhu. Pri užívaní celecoxibu sa zvýšené riziko kardiovaskulárnych komplikácií nezistilo.

V súčasnosti sú k dispozícii COX-2 špecifické inhibítory 2. generácie – celecoxib a etorikoxib. Aj pri týchto špecifických inhibítoroch COX-2 sa preukázal významne nižší výskyt gastroduodenálnych vredov. Celecoxib sa pri OA a RA podáva v dávke 200 mg raz denne, etorikoxib v dávke 30, 60 alebo 90 mg raz denne.

Špecifické inhibítory COX-2 majú indikačné a preskripčné obmedzenia. Sú

**Tabuľka 4.** Nežiaduce účinky nesteroidových antiflogistík

Gastrointestinálne	dyspepsia, gastroezofágový reflux, peptický vred, GIT – perforácia a krvácanie, krvácanie tenkého čreva
Hepatálne	cholestáza, hepatocelulárna toxicita, zvýšená hladina transamináz
Obličkové	prechodné zvýšenie kreatinínu, hypernátriémia, akútne zlyhanie obličiek, intersticiálna nekróza, hyperkáliémia, analgetická nefropatia
Hematologické	trombocytopenia, neutropénia, aplázia kostnej drene, hemolytická anémia
Kožné	fotosenzitivita, erytéma multiformná, urtikária, toxická epidermálna nekrolýza
Respiračné	bronchospazmus, pneumonitída
Centrálny nervový systém	bolesti hlavy, závrate, zmena osobnosti, aseptická meningitída
Kardiovaskulárne	trombotické príhody, infarkt myokardu

indikované u pacientov s OA a reumatoidnou artritídou užívajúcich glukokortikoidy, antikoagulancia a s anamnézou gastrofibroskopicky verifikovaného vredu v posledných 5 rokoch. Ich nevýhodou je pomerne vysoká cena, ale ak sa prihliadne na liečbu GIT-komplikácií v rizikových skupinách pacientov a starších osôb, je ich podávanie ekonomicky výhodné.

**Tabuľka 5.** Rizikové faktory nežiaducich účinkov a nesteroidových antiflogistík na GIT

Kombinácie viacerých NSA
Vysoké dávky a dlhodobé užívanie NSA
Vek > 60 rokov
Anamnéza gastropatie
Zníženie renálnych funkcií (hypertenzia, edém)
Kombinácia s glukokortikoidmi, antikoagulanciami, antiagreganciami
Ženské pohlavie
Hypalbuminémia
Infekcia <i>Helicobacter pylori</i>
Alkohol, fajčenie káva

**3. Opioidové analgetiká.** Slabé opioidy – dihydrokodeín, oxykodón, propoxyfén a tramadol – sa využívajú pri liečbe bolestivých exacerbácií OA (25). Sú vhodné na krátkodobú liečbu akútnych bolestivých stavov, na tlmenie stredne silných bolestí a v prípadoch, ak sú NSA kontraindikované.

Tramadol je centrálné pôsobiace analgetikum, pôsobí duálne; viaže sa na opioidový receptor v centrálnej nervovej sústave a slabo inhibuje aj reutilizáciu biogénnych aminov. Tramadol sa rýchlo a kompletne absorbuje a jeho účinok sa dostaví v priebehu 1 hodiny po orálnej aplikácii. Je vhodný na liečbu chronickej nenádorovej bolesti. Podáva sa v dávke 100 – 200 mg denne. Jeho účinnosť je porovnateľná s diklofenakom. Môže sa podávať ako monoterapia, kombinovať s paracetamolom alebo s NSA. Dihydrokodeín sa podáva v dávke 60 – 120 mg denne.

**4. Lokálna transdermálna liečba**

Na lokálnu transdermálnu liečbu sa využívajú salicyláty, kapsaicín a NSA (26). Salicyláty horšie prenikajú cez kožu preto sú málo účinné. Širšie uplatnenie má kapsaicín, ktorý pochádza z čili papriky. Irituje nervové ukončenia, čím vyvoláva depléciu nociceptorových transmitterov bolesti. NSA možno použiť na topickú

liečbu aj vo forme krémov, mastí, gélov a sprejov. Výhodne sa táto liečba používa najmä v začiatkových štádiách OA na ovplyvnenie bolestivých miest, ako sú úpony svalov, šliach a ligamentov. Koncentrácia účinnej látky v mieste pôsobenia je pri topickej liečbe väčšia ako pri systémovej terapii. Obídením GIT a hepatálnej cesty je transdermálna liečba výhodným prostriedkom na ovplyvnenie bolestivých prejavov pri artróze najmä u starších ľudí.

**5. Intraartikulárna liečba glukokortikoidmi**

Vnútrokĺbová aplikácia glukokortikoidov je vhodná na potlačenie sekundárnej synovitídy v štádiu aktivovanej artrózy (22, 27). Intraartikulárna liečba by sa nemala aplikovať často a nie do kĺbov, v ktorých nie sú prítomné prejavy zápalu. Do jedného kĺbu možno aplikovať glukokortikoidy maximálne 4 – 5-krát za rok. Na intraartikulárnu liečbu sa najčastejšie používa triamcinolon acetonid (prípravok Kenalog) alebo betametazón + dipropionát (prípravok Diprophos) a metylprednizolón. Účinok tejto liečby je zvyčajne krátkodobý, väčšina štúdií udáva 2 – 4 týždne.

**Lieky s pomalým nástupom účinku (SYSADOA)**

Označujú sa aj ako lieky modifikujúce chorobu (DMOAD) alebo novšie lieky modifikujúce štruktúru (22, 28). Ich chondroprotektívny účinok sa potvrdil v mnohých experimentálnych štúdiách a novšie aj v dlhodobých klinických štúdiách u ľudí. Štruktúru modifikujúci účinok týchto liekov však nie je všeobecne prijatý, očakávajú sa ďalšie dlhodobé štúdie a precíznejšie detekčné metódy a biochemické ukazovatele na charakterizáciu štruktúrnych zmien v chrupke a okolitých štruktúr. Sú to lieky, ktoré majú spomalený začiatok účinku, ktorý však pretrváva po vysadení lieku až 2 mesiace. Pôsobia fyziologickejšie ako NSA, pozitívnym spôsobom ovplyvňujú metabolizmus chondrocytov kĺbovej chrupky a inhibujú degradačné deje vyvolané prozápalovými cytokínmi, kyslíkovými a dusíkovými radikálmi, metaloproteinázami, lyzozómovými proteázami a glykozidázami.

**Glukózaminosulfát (GS).** Je základným substrátom pre syntézu glykózaminoglykánov. Skladá sa z dvoch molekúl aminoglukózy a sulfátovej skupiny. Z tenkého čreva sa vstrebáva až 80% substancie a maximálnu plazmatickú koncentráciu dosahuje po 1 hodine po užití. *In vitro* stimuluje tvorbu prote-

oglykánov, znižuje aktivitu metaloproteináz (MMP), fosfolipázy, agrekanázy a lyzozómových enzýmov. Glukózaminosulfát je prístupný vo forme sulfátu aj chloridu. Väčšina klinických štúdií sa robila glukózaminosulfátom. Metaanalýza zahrňujúca 20 randomizovaných, dvojito slepých štúdií ukázala 28% zlepšenie bolesti a 21% zlepšenie funkcie u pacientov s OA (29). Dve štúdie trvajúce 3 roky preukázali spomalenie rtg progresie pri liečbe glukózaminosulfátom, čo podporuje názor, že táto látka má štruktúru modifikujúci účinok (30, 31). Neodporúča sa u pacientov s glukózovou intoleranciou a diabetom. Účinná dávka je 1500 mg na deň, rozdelená do 2 – 3 dávok. Liečba spravidla trvá 2 – 3 mesiace. Liečebná kúra sa opakuje 3-krát ročne. Ojedinele sa vyskytujú tráviace ťažkosi alebo kožná reakcia.

**Chondroitínsulfát (CS).** Je to makromolekulová látka, ktorá je fyziologickou súčasťou veľkého proteoglykánu hyalínovej chrupky, agrekánu. Chondroitínsulfát je sulfátovaný glykózaminoglykán. Ako súčasť agrekánu viaže vodu, zvyšuje osmotický tlak extracelulárneho matrixu chrupky, dodáva pružnosť a napätie siete kolagénových vlákien. Priaznivo ovplyvňuje metabolizmus chondrocytov, stimuluje syntézu kolagénu typu II a proteoglykánov a naopak, inhibuje aktivitu degradačných enzýmov a uvoľňovanie lyzozómových enzýmov (32). Má aj protizápalový účinok, inhibuje chemotaxiu, migráciu leukocytov a fagocytózu. Biologická dostupnosť po perorálnej aplikácii je približne 12 %.

Chondroitínsulfát v dvojitozaslepanej, placebom kontrolovanej štúdií pri gonartróze a koxartróze znižoval pokojovú bolesť, stuhnutosť a algofunkčný index. Účinok pretrvával ešte 2 mesiace po ukončení liečby (33, 34). Posledná metaanalýza, ktorá zahrňovala 10 štúdií a 3803 pacientov bola publikovaná roku 2010 a nevyznela pozitívne ani pre chondroitínsulfát, ani pre glukózaminosulfát (35).

Chondroitínsulfát sa podáva v dávke 800 mg denne počas troch mesiacov, trojmesačné kúry liečby sa opakujú pravidelne po trojmesačných prestávkach. Závažnejšie nežiaduce účinky neboli pozorované.

**Diaceréin.** Je to acetylovaná forma reínu, čo je výťažok z rebarbory. Jeho najdôležitejším účinkom je inhibícia syntézy interleukínu-1 a TNF-alfa. Znižuje chemotaxiu buniek, fagocytózu leukocytov a tvorbu kyslíkových radikálov. Pri dlhodobom užívaní stimuluje tvorbu

makromolekulových komponentov chrupky: kolagénu, glykózaminoglykánov a proteoglykánov (36). Jeho účinnosť pri gonartróze a koxartróze sa dokázala viacerými klinickými štúdiami, najmä jeho výrazný analgetický efekt. Metaanalýza 19 randomizovaných, klinických štúdií ukázala, že diacerein je účinnejší ako placebo v liečbe bolesti a zlepšení funkcie kĺbu pri gonartróze a koxartróze (37). V porovnaní NSA bol analgetický nástup účinku diacerinu neskorší, ale od prvého mesiaca do konca liečby rovnaký ako pri NSA (38). Morfológické štúdie preukázali výrazné spomalenie rtg progresie artrózy.

Podáva sa denne 100 mg v dvoch dávkach, po hlavných jedlách najmenej počas 6 mesiacoch. Na začiatku liečby sa môžu objaviť hnačky.

**Nesaponifikovaná frakcia sójového a avokádového oleja (ASU).** Kombinácia nasaponifikovaného oleja zo sójových bôbov (200 mg) a avokáda (100 mg), tzv. ASU pod názvom Piascledine 300 je registrovaný ako liek na liečbu osteoartrózy. Inhibuje produkciu prozápalových látok, ako sú IL-1, TNF-alfa, COX-2 a expresiu génu pre i-NOS, produkciu PGE<sub>2</sub> a NO v artikulárnych chondrocytoch a monocyto/makrofágoch (39). Stimuluje expresiu a syntézu transformujúcich rastových faktorov TGF-β1 a TGF-β2, čo priaznivo ovplyvňuje tvorbu medzibunkovej hmoty chrupky (40). Klinické štúdie dokázali jeho priaznivý vplyv na symptómy osteoartrózy (41). Metaanalýza celkových randomizovaných štúdií s ASU, ktoré zahrňovali 664 pacientov, ukázala výrazný pokles Lequesnovho indexu a VAŠ (42). Liečebný efekt nastupoval po troch mesiacoch a bol výraznejší pri gonartróze. ASU redukoval aj zúženie kĺbovej štrbiny pri koxartróze (43). Používa sa raz denne počas jedla. Je veľmi dobre znášaný. Zriedkavo sa vyskytuje regurgitácia žalúdočného obsahu s pachuťou tuku, kožná alergia, zriedkavé je aj mierne zvýšenie pečeneových testov.

**Kyselina hyalurónová.** Kyselina hyalurónová (KH) vo forme solí, hyalurónanov je súčasťou spojivových tkanív, napr. kože, sklovci, chrupky, ale najviac hyalurónanu je v synoviálnej tekutine 0,5 až 4 mg/ml. Vysoká koncentrácia a molekulová hmotnosť KH v synoviálnej tekutine je základnou podmienkou viskoelastických vlastností synoviálnej tekutiny a správnej funkcie kĺbu. V priebehu OA dochádza k zníženiu molekulovej hmotnosti KH dôsledku narušeného metabolizmu fibroblastov synovie, depolymerizácie účinkom voľných radikálov

a intracelulárnej hyaluronidázy a iných glukozidáz v synoviocytoch a leukocytoch synoviálnej membrány (44, 45). Pre intraartikulárnu aplikáciu je v komerčnej distribúcii niekoľko foriem KH, ktoré sa líšia molekulovou hmotnosťou, pôvodom (živočíšneho a baktériového), prípadne chemickou modifikáciou. Podľa molekulovej hmotnosti KH delíme na nízkomolekulové (0,5 – 0,7 x 10<sup>6</sup> Da), strednou molekulovou hmotnosťou (0,8 – 1,5 x 10<sup>6</sup> Da) a vysokou molekulovou hmotnosťou (> 1,5 x 10<sup>6</sup> Da) (46). Zmyslom chemickej modifikácie je zvýšiť molekulovú hmotnosť, zlepšiť reologické vlastnosti a predĺžiť biologický polčas v kĺbe. Chemicky modifikované hyalurónany – hylany (Hylan GF-20, Synvisc) majú molekulovú hmotnosť až 6 x 10<sup>6</sup> Da (47). Pretože farmakologický účinok bol dokumentovaný len pre nízkomolekulový hyalurónan sodný na odporúčenie Európskej liekovej agentúry bol registrovaný ako liek, ostatné prípravky s vyššou molekulovou hmotnosťou ako zdravotnícke pomôcky (45). Kyselina hyalurónová je v kĺbovej dutine metabolizovaná o 3 – 5 dní po intraartikulárnej aplikácii, ale jej priaznivé účinky pretrvávajú niekoľko týždňov. Vzhľadom na túto skutočnosť koncept viskosuplementácie nevysvetľuje celkom klinickú účinnosť KH. Hyalurónany sa viažu na špecifické receptory na bunkách CD44, intracelulárne adhezívne molekuly (ICAM-1) a na receptor pre hyalurónanom sprostredkovanú motilitu (RHAMM), ktoré sa exprimujú na rôznych bunkách vrátane tých, ktoré sa zúčastňujú na patologickom procese pri OA (44, 46). Cez tieto receptory sa môžu hyalurónany zapájať do rôznych biologických procesov. Významnou vlastnosťou intraartikulárne aplikovaného KH je schopnosť indukovať syntézu endogénnej KH v synoviocytoch aj chondrocytoch. Ďalšie možné účinky KH sú protizápalové: inhibícia IL-1, inhibícia prostaglandínu PGE-2 a bradykinínu, inhibícia chemotaxie a fagocytózy granulocytov a monocytov a zníženie aktivity metaloproteináz.

Optimálna hodnota molekulovej hmotnosti KH z hľadiska klinického účinku nie je zatiaľ známa. Randomizované štúdie (47), ako aj Reichenbachova metaanalýza (48) dospeli k záveru, že medzi jednotlivými preparátmi nie sú významné rozdiely. U pacientov liečených hylanom sa zaznamenal väčší výskyt nežiaducich účinkov. Po intraartikulárnej aplikácii KH sa preukázalo zlepšenie subjektívnych ťažkostí (zmiernenie bolesti) a pri artroskopickom hodnotení účinku hyluróna-

nu sa dokázal jeho priaznivý vplyv na štruktúrne zmeny chrupky (49). Indikáciou pre KH je gonartróza II. – III. stupňa pri intenzívnej bolesti a nedostatočnom účinku alebo intolerancii NSA.

Hyalurónany sa aplikujú intraartikulárne 3 – 6-krát v týždňových intervaloch. Liečebný cyklus sa môže zopakovať 2-krát do roka. Vysokomolekulový hylan (Synvisc) sa podáva intraartikulárne v 3 dávkach v týždňových intervaloch. Nežiaduce účinky nie sú časté ani závažné, u 10 – 20% pacientov sa opisujú lokálne reakcie, bolestivosť alebo prechodná synovitída v mieste vpichu. Pri správnej technike aplikácii a dodržaní hygienických predpisov sú závažnejšie nežiaduce účinky zriedkavé. Pri hyalurónanoch izolovaných z kohútich hrebeňov treba dávať pozor na pacientov alergických na vaječnú bielkovinu.

## Experimentálna liečba

**Pralnacasan.** Je to orálne aplikovateľný prodrug, nepeptidový inhibitor enzýmu konvertujúceho interleukín 1β (ICE) (50). Redukuje vznik a uvoľňovanie interleukínu 1β a IL-18. Tieto cytokíny sú kľúčové mediátory patomechanizmu artritíd a artróz. Aktivujú synoviocyty, osteoklasty, vyvolávajú zápal a erózie chrupky a kostí. Jeho účinnosť pri OA bola dokázaná multicentrickou štúdiou kontrolovanou placebo u pacientov s OA kolena. Nemá toxický efekt ani pri vysokých dávkach. Podľa účinku by tento liek mohol byť v budúcnosti zaradený medzi lieky modifikujúce chorobu pre OA.

**Ortokínová terapia.** Orto terapiu OA vyvinuli ortopéd Wehling a molekulový biológ Reinecke z Ortopedickej kliniky Univerzity Heinricha Heineho v nemeckom Düsseldorfe. Vychádzali z poznatku, že u pacientov s OA sa tvorí IL-1, cytokín, ktorý výrazne prispieva k zápalu a degradácii chrupky. Spomalil alebo zastavil účinok IL-1 možno receptorovým antagonistom (IL-1Ra). IL-1Ra neutralizuje efekt IL-1 a má protizápalový, analgetický a chondroprotektívny účinok. Rôzne protizápalové a rastové faktory aj IL-1Ra získava ortokínová metóda z pacientovej vlastnej krvi. Pacientovi sa odoberie krv z ruky do skúmavky so sklenenou náplňou, ktorá slúži ako aktivačná látka. Skúmavka sa inkubuje pri 37 °C, pričom dochádza k syntéze protizápalových bielkovín, ako je IL-1Ra, rastových faktorov a ďalších. Sérum, ktoré sa získa po odstredení krvi, je pripravené na použitie a môže sa aplikovať späť do kĺbu. Jedna kúra predstavuje 6 injekcií, ktoré sa aplikujú do kĺbu po 1 týždni. Klinická štúdia u pacientov

s OA kolena ukázala dobrú účinnosť tejto terapie. Yang a spol. (51) v randomizovanej, multicentrickej, dvojito zaslepenej, placebom kontrolovanej štúdií našli preukazné zlepšenie u pacientov liečenými s ortokinovou terapiou v porovnaní s placebom. Znížilo sa WOMAC skóre a ďalšie hodnotiace parametre bolesti a funkcie kĺbu. V súčasnosti sa používa v ortopédii na liečbu OA kolena a poškodených chrupiek, zápalu šliach, poranenia svalov a šliach a najnovšie aj v neurológii pri chronickom dráždění nervu roztrhnutou platničkou, resp. jej vyklenutím, či na ošetrovanie drobných kĺbov chrbtice. Na Slovensku sa táto terapia aplikuje v Národnom ústave reumatických chorôb v Piešťanoch a Železničnej nemocnici s poliklinikou v Košiciach. Výhodou tejto metódy je, že sa vykonáva ambulantne.

### Terapia zameraná na subchondrálnu kosť

Poznatky v patofyziológii OA priniesli zaujímavé výsledky týkajúcej sa subchondránej kosti. Zmeny v štruktúre subchondránej kosti sú pozorovateľné už na začiatku OA (52). Tieto zmeny sú resorpčné a obyčajne sú spojené so zvýšenou aktivitou markerov osteoresorpcie. Skleróza subchondránej kosti sa objavuje až pri pokročilom OA a rezultuje zo zvýšeného množstva kostného tkaniva a nie zo zvýšenej mineralizácie. Existuje už veľa dôkazov o vzájomnom pôsobení subchondránej kosti a chrupky. Rôzne molekuly/faktory difundujú zo subchondránej kosti do chrupky. Táto difúzia sa deje pravdepodobne cez kanáliky a trhliny v tidemarku, ktoré sú pozorovateľné na začiatku OA. Zmeny v subchondránej kosti a interakcia subchondránej kosti a chrupky, priniesli ďalšie možnosti liečby OA. V súčasnosti prebiehajú klinické štúdie II. a III. štádia s liekmi používanými v liečbe osteoporózy. Medzi tieto lieky patria bisfosfonáty, stronciumranelát, kalcitonín, inhibítor katepsínu K, vitamín D a ďalšie. Experimentálne práce na zvieratách ukázali, že napr. kalcitonín pôsobí preventívne aj terapeuticky pri OA (53). Výsledky malej štúdie u pacientov s OA kolena ukázali, že kalcitonín znižuje Lequesneho index a biomarkery kĺbového metabolizmu. Perspektívne sú aj inhibítory katepsínu K, pretože môžu ovplyvniť remodeláciu subchondránej kosti aj chrupky (54). Z hľadiska bisfosfonátov výsledky nie sú jednoznačné. V súčasnosti prebiehajú viaceré klinické štúdie antiresorpčnými a osteoformačnými liekmi pri OA, ktoré môžu rozšíriť paletu liečiv pre toto ochorenie.

**Vitamíny, minerály a výživové doplnky.** Na OA trpia najmä starší ľudia, preto väčšina výživových doplnkov na prevenciu a liečbu OA obsahuje okrem glukózaminou, kyseliny chondroitínsirovej alebo oboch aj vitamíny, minerály a ďalšie výživové doplnky (55). Z vitamínov priaznivo pôsobí na symptómy osteoartrózy vitamín C (56) vo vysokých dávkach, aplikácia vitamínu E a betakaroténu nemá výrazný efekt. Aplikácia vitamínu B<sub>12</sub> a kyseliny listovej (folátu) znižovala u pacientov s OA rúk bolesť a stuhnutosť. Väčší výskyt OA sa zaznamenal u pacientov s nedostatkom vitamínu K. Nedostatok vitamínu K sa často vyskytuje najmä u starších ľudí, preto by sa v prípade nedostatku mal tento vitamín doplniť.

Ukázala sa určitá súvislosť medzi zníženým obsahom bóru v strave a zvýšeným výskytom OA, preto niektoré výživové doplnky obsahujú aj bór. Selén sa využíva ako antioxidant. Mangán významne zasahuje do metabolizmu kolagénu a glykózaminoglykánov. Podobne ako selén býva súčasťou výživových doplnkov pre liečbu OA.

Z prírodných rastlinných látok sa často využíva extrakt z kôry stromu *Boswellia serrata*, ktorý sa vyskytuje najmä v Indii a je známy stáročia v ajurvédskom liečiteľstve. Obsahuje veľké množstvo kyseliny boswelliovej, ktorá má protizápalový a antioxidantný účinok a zmiernuje prejavy OA (57). Škandinávskym objavom je extrakt zo zvláštnej odrody šípovej ruže (*Rosa canina* L.), ktorý obsahuje účinnú látku galaktolipid, známu pod skratkou GOPO. Táto látka má výrazný protizápalový účinok. Inhibuje chemotaxiu leukocytov, znižuje ich oxidačné reakcie. U pacientov s OA znižuje bolesť a stuhnutosť a naopak, zvyšuje pohyblivosť (58).

Zo živočíšnych produktov sa používa malé množstvo natívneho kolagénu typu I a II. Natívne, nedenaturované kolagény pôsobia protizápalovo a majú imunomodulačné účinky (59, 60). U pacientov s OA preukazuje znižujú bolesť, stuhnutosť a naopak, zvyšuje funkčnosť kĺbu. Želatína je zdrojom dôležitých aminokyselín, ako sú glycín a prolín, potrebných na syntézu kolagénu a regeneráciu chrupky. Často sa kombinuje s glukozamínom a kyselinou chondroitínsirovou. V poslednom čase sa na trhu objavilo niekoľko prípravkov, ktoré obsahujú mikrobiálnu kyselinu hyalurónovú alebo izolovanú z kohútich hrebeňov. Hyalurónom značeným izotopom sa potvrdilo, že aj per os aplikovaný hyalurónan sa môže dostať do kĺbu. Mlieko obsahuje tzv. mikronutrienty, ktoré majú neobyčajne

biologické vlastnosti. V mlieku je ich však veľmi málo, preto sa využíva koncentrát z mlieka od kráv imunizovaných multibaktériovou vakcínou – mikrolaktín. Klinické štúdie svedčia o jeho protizápalovom a antiartritickom účinku (61).

V poslednom čase viaceré štúdie dokázali protizápalový účinok omega-3 mastných kyselín pri artritíde aj artróze (62). Tieto polynenasýtené mastné kyseliny priaznivo ovplyvňujú bunkový metabolizmus, štruktúru bunkovej membrány a redukujú tvorbu prozápalových cytokínov a prostaglandínov. Aplikácia polynenasýtených mastných kyselín, najčastejšie vo forme rybieho oleja, ktorý obsahuje spolu približne 30% kyseliny eikosapentaénovej a dokosaheptaénovej, priaznivo pôsobí na symptómy artrózy aj artritídy, navyše má protektívny účinok na kardiovaskulárne ochorenia.

Metylsulfonylmetán (MSM) – telu vlastná zlúčenina, zdroj organickej síry nevyhnutnej na tvorbu glykózaminoglykánov a kolagénu – dôležitých komponentov chrupky – je často používaným komponentom výživových doplnkov pre OA.

### Chirurgická liečba OA

Chirurgické výkony pri OA majú v jej liečbe významnú úlohu. Uplatňujú sa pri neúspechu farmakologickej i nefarmakologickej liečby, pri ťažkých formách artrózy bedrového a kolenného kĺbu. Indikáciou operačného výkonu sú trvalé silné bolesti a výrazné obmedzenie funkcie postihnúťého kĺbu.

V súčasnosti je najčastejším a najefektívnejším výkonom úplná náhrada bedrového alebo kolenného kĺbu. Väčšina pacientov je po artroplastike schopná vrátiť sa k aktivitám každodenného života. Skvalitňovanie použitých materiálov pri vývoji endoprotézy zaručuje ich dlhšiu životnosť (10 – 15 rokov), ako aj možnosť následnej výmeny (63).

### Transartroskopické metódy očisty kĺbu a obnovy chrupky

Na odstránenie drobných úlomkov chrupky, ktoré dráždia synoviu, sa používa **artroskopická laváž kĺbu**. Možno ju kombinovať s transartroskopickým oškrabaním chrupky (debridement, shaving). Sú dôkazy, že po tejto kombinovanej procedúre nastáva úľava od bolesti a zlepšuje sa funkcia kĺbu, no obnova chrupky sa nezačne.

V snahe po obnovení chrupky boli vyvinuté viaceré mikrochirurgické artroskopické techniky, napr. na stimuláciu vrstvy fibrokartilaginózneho tkaniva do

subchondrálnej kosti sa navrtávajú drobné otvory do subchondrálnej cievnej siete. Dobré výsledky sa dosiahli aj tzv. špongializáciou, čo je resekcia celej subchondrálnej kostnej platničky pri chondromalatickej patele.

Inou metódou na obnovu poškodennej chrupky je využitie chrupkových autoštepov a aloštepov. Využíva sa najmä u mladých osôb po vnútrokĺbovom úraze. Miesto poškodenia sa prekryje mnohopočetnými autológnyimi drobnými štepami (mosaic plasty) alebo presne vysústruhovaným a tesne vsadeným osteochondrálным štepom do miesta poškodennej chrupky.

Využívajú sa aj zmrazené autológne štepy, pri ktorých je však riziko imunologickej reakcie. Podobne ako štepy z chrupky sa používa na prekrytie defektov v chrupke aj periostálne a perichondrálne tkanivo. Hlavným problémom tejto metódy je upevnenie štepov v mieste defektu a ich častá kalcifikácia. Novšie, v rámci tzv. tkanivového inžinierstva (tissue engineering), sa z malej biopsie získavajú autológne bunky, napr. z nazálnej chrupky, ktoré sa implantujú priamo do subchondrálnej kosti (64).

## Literatúra

- Reginster, J. Y. a spol.: Osteoarthritis. Clinical and experimental aspects. Berlin – Heidelberg: Springer Verlag, 1999, 525 s.
- Fendrick, A.M., Greenberg, B.P.: A review of the benefits and risks of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of mild-to-moderate osteoarthritis. *Osteopath. Med. Prim. Care*, 3, 2009, s. 1 – 9.
- Pavelka, K., Štolfa, J.: Uplatnění koxibů v léčbě bolesti u OA a RA. *Bolest*, 2, 2002, s. 89 – 96.
- Pavelka, K., Adam, M.: Osteoartróza. S. 447 – 471. In: Rovenský, J., Pavelka, K. (Eds.): *Klinická reumatológia*. Martin: Osveta, 2000.
- Gabriel, S.E. a spol.: Indirect and non-medical costs among people with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared with non-arthritis controls. *J. Rheumatol.*, 24, 1997, s. 43 – 48.
- Hunter, D.J.: Imaging insights on the epidemiology and pathophysiology of osteoarthritis. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 35, 2009, s. 447 – 463.
- Kwan Tat, S. a spol.: Targeting subchondral bone for treating osteoarthritis. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, 24, 2010, s. 51 – 70.
- Pelletier, J.P. a spol.: Osteoarthritis, an inflammatory disease. Potential implication for the selection of new therapeutic targets. *Arthritis Rheum.*, 44, 2002, s. 1237 – 1247.
- Pavelka, K.: Bolest u osteoartrózy. *Postgrad. Med.*, 11, 2009, s. 820 – 826.
- Valdes, A., Spector, T.D.: The clinical relevance of genetic susceptibility to osteoarthritis. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, 24, 2010, s. 3 – 14.
- Evangelou, E. a spol.: Meta-analysis of genome-wide association studies confirms a susceptibility locus for knee osteoarthritis on chromosome 7q22. *Ann. Rheum. Dis.*, 70, 2011, s. 349 – 355.
- Ratzlaff, C.R., Liang, M.H.: New developments in osteoarthritis. Prevention of injury-related knee osteoarthritis: opportunities for the primary and secondary prevention of knee osteoarthritis. *Arthritis Res. Ther.*, 12, 2010, s. 215
- American College of Rheumatology Subcommittee on osteoarthritis Guidelines. Recommendation for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. *Arthritis Rheum.*, 43, 2000, s. 1905 – 1915.
- Pendleton, A. a spol.: EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: reports of a task force of The Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic trials (ESCI-SIT). *Ann. Rheum. Dis.*, 59, 2000, s. 936 – 944.
- Zhang, W. a spol.: OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartil.*, 15, 2008, s. 137 – 162.
- Tauchmanová, H., Gubzová, Z.: Reumatologická rehabilitácia. S. 965 – 986. In: Rovenský, J., Pavelka, K. (Eds.): *Klinická reumatológia*. Martin: Osveta, 2000.
- Rannou, F., Poiraudeau, S.: Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, 24, 2010, s. 93 – 106.
- Tauchmanová, H., Gubzová, Z.: Rehabilitačné postupy a ich vyhodnotenie v reumatológii. S. 1007 – 1024. In: Rovenský, J. a spol.: *Reumatológia v teórii a praxi VI*. Martin: Osveta, 2004.
- David, C., Lloyd, D.: *Rheumatological Physiotherapy*. Mosby International Limited, 1999, s. 223.
- Pavelka, K., Trnavský, J.: Terapie osteoartrózy. *Čes. Rheum.*, 7, 1999, s. 22 – 33.
- Pavelka, K.: Symptomatická léčba osteoartrózy: paracetamol nebo nesteroidní antirevmatika? *Čes. Revmatol.*, 2004, č. 12, s. 14 – 19.
- Pavelka, K. a spol.: Farmakoterapeutická léčba revmatických onemocnění. Praha: Grada Publishing 2005.
- Altman, R.D.: Practical considerations for the pharmacologic management of osteoarthritis. *Am. J. Managed Care*, 15, 2009, s. 236 – 243.
- Silverstein, F.E. a spol.: Gastrointestinal toxicity with celecoxib nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS study: a randomised controlled trial. *J. Am. Med. Ass.*, 284, 2000, s. 1247 – 1299.
- Nemčíková, Ľ.: Farmakoterapia bolesti. S. 834 – 865. In: Rovenský, J. a spol.: *Reumatológia v teórii a praxi VI*. Martin: Osveta, 2004.
- Barthel, H.R., Axford-Gatley, R.A.: Topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis. *Postgrad. Med.*, 122, 2010, s. 98 – 106.
- Žlnay, D. a spol.: Intraartikulárna a intraleziónárna liečba v reumatológii. S. 949 – 964. In: Rovenský, J., Pavelka, K. a spol.: *Klinická reumatológia*. Martin: Osveta, 2000.
- Lukáčová, O., Lukáč, J.: Pomaly pôsobiace lieky na osteoartrózu. *Paliat. Med.*, 3, 2008, s. 148 – 152.
- Towheed, T.E.: Published meta-analyses of pharmacological therapies for osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 10, 2002, s. 836 – 837.
- Pavelka, K. a spol.: Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Arch. Intern. Med.*, 162, 2002, s. 2113 – 2123.
- Bruyere, O. a spol.: Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomised, placebo-controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage*, 16, 2008, s. 254 – 260.
- Martel-Pelletier, J. a spol.: Effects of chondroitin sulfate in the pathophysiology of the osteoarthritic joint: a narrative review. *Osteoarthritis Cartilage*, 18, 2010, Suppl. 1, s. S7 – 11.
- Verbruggen, G. a spol.: Chondroitin sulfate: S/DMOAD (structure/disease modifying antiosteoarthritic drug) in treatment of finger joint OA. *Osteoarthritis Cartilage*, 6, 1998, Suppl., s. 37 – 38.
- Pavelka, K. a spol.: Double blind, dose-effect study of oral chondroitin 4,6 sulphate 1200 mg, 800 mg, 200 mg and placebo in the treatment of knee osteoarthritis. *Litera Rheum.*, 1999, EULAR, Zurich, s. 21 – 30.
- Wandel, S. a spol.: Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *Brit. Med. J.*, 341, 2010, s. 4675 – 4681.
- Dougados, M. a spol.: Evaluation of structure modifying effects of diacerhein in hip OA. *Arthritis Rheum.*, 44, 2001, s. 2539 – 2547.
- Rintelen, B. a spol.: A meta-analysis of controlled clinical studies with diacerhein in

- the treatment of osteoarthritis. Arch. Intern. Med., 166, 2006, s. 1899 – 1906.
38. Pavelka, K.: Diacerein v léčbe osteoartrózy. Rheumatologia, 24, 2010, s. 115 – 120.
39. Au, R.Y. a spol.: Avocado soyabean unsaponifiables (ASU) suppress TNF-alpha, IL-1 beta, COX-2, iNOS gene expression, and prostaglandin E2 and nitric oxide production in articular chondrocytes and monocyte/macrophages. Osteoarthritis Cartilage, 15, 2007, s. 1249 – 1255.
40. Boumediene, K. a spol.: Avocado/soya unsaponifiables enhance the expression of transforming growth factor beta 1 and beta 2 in cultured articular chondrocytes. Arthritis Rheum., 42, 1999, s. 148 – 156.
41. Pavelka, K. a spol.: Efficacy and safety of piascledine 300 versus chondroitin sulfate in a 6 months treatment plus 2 months observation in patients with osteoarthritis of the knee. Clin. Rheumatol., 29, 2010, s. 659 – 670.
42. Christiansen, R. a spol.: Symptomatic efficacy of avocado-soyabean unsaponifiables (ASU) in osteoarthritis (OA) patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Osteoarthritis Cartilage, 16, 2008, s. 399 – 408.
43. Lequesne, M. a spol.: Structural Effect of Avocado/Soyabean unsaponifiables on joint space loss in osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum., 47, 2002, s. 50 – 58.
44. Altman, R.D.: Intra-articular sodium hyaluronate in osteoarthritis of the knee. Sem. Arthritis Rheum., 30, 2000, Suppl. 1, s. 11 – 18.
45. Pavelka, K.: Kyselina hyalurónová v léčbě osteoartrózy. Medicina po promoci, 2, 2009, s. 1 – 6.
46. Lesley, J. a spol.: Hyaluronan binding function of CD 44 is transiently activated on T cell during in vivo response. J. Exp. Med., 180, 1994, s. 383 – 387.
47. Vitanzo, P.C. Jr., Sennett, B.J.: Hyaluronans: is clinical effectiveness dependent on molecular weight? Am. J. Orthop. (Belle Mead NJ), 35, 2006, s. 421 – 428.
48. Reichenbach, S. a spol.: Hylan versus hyaluronic acid for osteoarthritis of the knee: a systemic review and meta-analysis. Arthritis Rheum., 15, 2007, s. 1410 – 1418.
49. Listrat, V. a spol.: Arthroscopic evaluation of potential structure modifying activity of hyaluronan (Hyalgan) in osteoarthritis of the knee. Osteoarthritis Cartilage, 5, 1997, s. 153 – 160.
50. Randle, J.C. a spol.: ICE/Caspase-1 inhibitors as novel anti-inflammatory drugs. Expert Opin Investig Drugs, 10, 2001, s. 1207 – 1209.
51. Yang, K.G. a spol.: Autologous interleukin-1 receptor antagonist improves function and symptoms in osteoarthritis when compared to placebo in a prospective randomized controlled trial. Osteoarthritis Cartilage, 16, 2008, s. 498 – 505.
52. Raynauld, J.P. a spol.: Correlation between bone lesion changes and cartilage volume loss in patients with osteoarthritis of the knee as assessed by quantitative magnetic resonance imaging over a 24-month period. Ann. Rheum. Dis., 67, 2008, s. 683 – 688.
53. Manicourt, D.H. a spol.: Oral salmon calcitonin reduced Lequesne's algofunctional indexes and decreases urinary and serum levels of biomarkers of joint metabolism in knee osteoarthritis. Arthritis Rheum., 54, 2006, s. 3205 – 3211.
54. Kontinen, Y.T. a spol.: Acidic cysteine endopeptidase cathepsin K in the degeneration of the superficial articular hyaline cartilage in osteoarthritis. Arthritis Rheum., 46, 2002, s. 953 – 960.
55. Henrotin, Y. a spol.: Nutraceuticals: do they represent a new era in the management of osteoarthritis? A narrative review from the lessons taken with five products. Osteoarthritis Cartilage, 19, 2011, s. 1 – 21.
56. Olszewska-Slonina, D.M. a spol.: Oxidative equilibrium in the prophylaxis of degenerative joint changes: an analysis of pre- and postoperative activity of antioxidant enzymes in patients with hip and knee osteoarthritis. Med. Sci. Monit., 16, 2010, s. 238 – 245.
57. Clayton, J.J.: Nutraceuticals in the management of the osteoarthritis. Orthopedics, 30, 2007, s. 624 – 629.
58. Winther, K. a spol.: powder made from seeds and shells of a rose-hip subspecies (Rosa canina) reduces symptoms of knee and hip osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Scand. J. Rheumatol., 34, 2005, s. 302 – 308.
59. Crowley, D.C. a spol.: Safety and efficacy of undenatured type II collagen in the treatment of osteoarthritis of the knee: a clinical trial. Int. J. Med. Sci., 6, 2009, s. 313 – 321.
60. Stančík, R. a spol.: Undenatured collagen type I in the treatment of painful osteoarthritis of the knee. Hung. Rheumatol., 3, 2010, s. 218.
61. Colker, C.M. a spol.: Effects of a milk-based bioactive micronutrient beverage on pain symptoms and activity of adults with osteoarthritis: a double-blind, placebo-controlled clinical evaluation. Nutrition, 18, 2002, s. 388 – 392.
62. Cieland, L.G. a spol.: Omega-6/omega-3 fatty acids in arthritis. World Rev. Nutr. Diet, 92, 2003, s. 152 – 158.
63. Makai, F. a spol.: Reumoortopédia. S. 1003 – 1026. In: Rovebnský, J., Pavelka, K. a spol.: Klinická reumatológia. Martin: Osveta, 2000.
64. Clouet, J. a spol.: From osteoarthritis treatments to future regenerative therapies for cartilage. Drug Discov. Today, 14, 2009, s. 913 – 925.

*Jozef Rovenský, Helena Tauchmannová,  
Mária Stančíková, Jana Bakošová*

## LIEČBA A STAROSTLIVOSŤ o pacientov so systémovou sklerózou

**S**ystémová skleróza (SSc) je chronická celková autoimunitná choroba prejavujúca sa poruchou imunity, vaskulopatiou a fibroproduktívnymi procesmi s depozitmi kolagénu v koži a vnútorných orgánoch.

**Patogenéza systémovej sklerózy**  
Predpokladá sa, že neznámy spúšťač faktor spôsobuje aktiváciu a dysfunkciu endotelových buniek (EB). Aktivujú sa aj T-lymfocyty a monocyty a zvyšuje sa produkcia cytokínov. Aktivácia B-lymfocytov vedie k tvorbe autoprotilátok. Vyvíja sa

poškodenie mikrovaskulatury a tkanivová hypoxia. Zápalové a autoimunitné procesy aktivujú fibroblasty k proliferácii a diferenciácii na myofibroblasty, ktoré produkujú extracelulárny matrix (schéma 1) (37). **Vaskulopatia pri SSc** postihuje malé cievy už v počiatkových štádiách

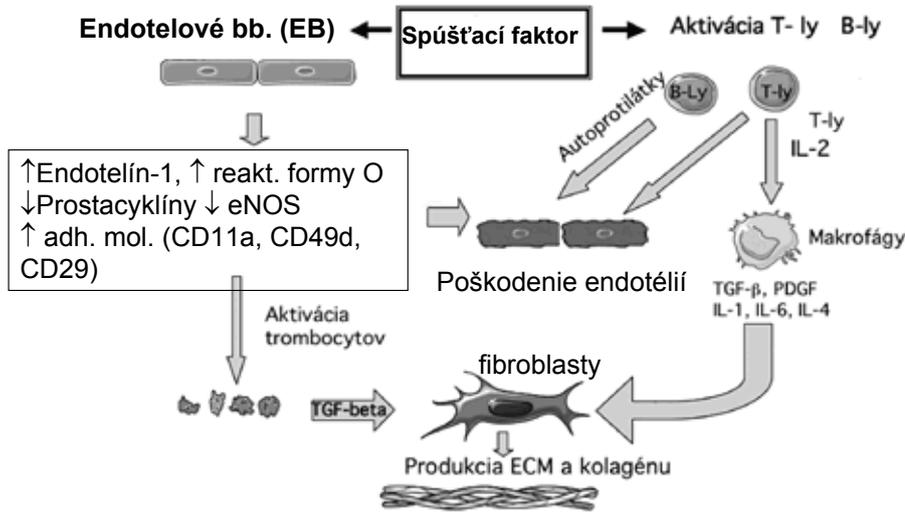


Schéma 1. Patogenéza systémovej sklerózy.

(obr. 1). Klinické prejavy vaskulopatie majú 3 klinické manifestácie:

- digitálne ulcerácie (DU),
- pľúcnu artériovú hypertenziu (PAH),
- renálne krízy pri SSc.

**Starostlivosť o pacientov so SSc** má byť komplexná. Vyžaduje si dodržiavanie nasledujúcich zásad:

1. včasná diagnostika,
2. komplexné vyšetrenie (algoritmus vyšetrení),
3. vyhodnotenie prognostických faktorov,
4. liečba.

### Včasná diagnóza SSc

V súčasnosti sa používajú klasifikačné kritériá z roku 1980 (tab. 1). Pracovná



Obr. 1 Kapilaroskopické nálezy.

a) Normálny nález (kapiláry sú morfoloicky bez zmien, ich počet a usporiadanie je pravidelné). b) Obraz typu SSc. Dilatácia kapilár, avaskulárne oblasti, znížený počet kapilár, mikrohemorágie, porucha v usporiadaní kapilár.

Tabuľka 1. Klasifikačné kritériá SSc

<b>I. Veľké kritérium:</b> proximálna sklerodermia (dermoskleróza proximálne od MCP)
<b>II. Malé kritériá:</b> a) sklerodaktýlia b) jazvičky na bruškách prstov rúk alebo zmenšenie objemu brušiek prstov c) obojstranná bazilárna pľúcna fibróza
Prítomnosť veľkého alebo 2 či 3 malých kritérií spĺňa istú diagnózu SSc v 97% prípadoch

skupina EUSTAR pri EULAR pracuje na programe včasných kritérií pre diagnózu SSc. Za suspektný vývoj SSc sa považuje prítomnosť Rf, difúzných opuchov prstov rúk a antinukleárných protilátok (ANA). Táto trieda sa označuje ako „red flag“. Príznaky včasnej diagnózy SSc sú: Rf, difúzne opuchy prstov rúk, alebo

Tabuľka 2. Prognosticky nepriaznivé faktory SSc

<ul style="list-style-type: none"> <li>• vek viac ako 65 rokov</li> <li>• difúzna SSc – vysoké celkové kožné skóre</li> <li>• postihnutie vnútorných orgánov (obličky, pľúca, srdce, GIT)</li> <li>• znížené renálne funkcie (zvýšená urea, kreatinín)</li> <li>• zníženie DLCO pod 50% referenčných hodnôt</li> <li>• pľúcna artériová hypertenzia, perikarditída</li> <li>• anti-DNA-topo I</li> <li>• poruchy kožnej pigmentácie</li> <li>• anémia zníženie celkových sérových bielkovín &lt; 60 g/l</li> <li>• mužské pohlavie</li> </ul>
---

I. stupeň  
Podozrenie na SSc

Rf, dif. opuchy prstov, ANA („red flag“)  
Suspektná včasná SSc

II. stupeň  
Diagnóza SSc

1. Kapilaroskopia  
2. Autoprottilátky ACE, anti-SCI-70

Ak je jeden znak pozit. – možno stanoviť dg. včasnej SSc a vykonať ďalšie vyšetrenia

Ezofageálna manometria  
HRCT pľúc  
Funkčné vyš. pľúc

Schéma 2. Včasná diagnóza SSc (VEDOSS – Very Early Diagnosis of SSc) (podľa 3)

choroby a spôsobuje progredujúcu stratu kapilár a porušenie angiogenézu. Morfoloicky sa zisťuje proliferácia intimy, média a fibróza adventície. To vyvoláva

zúženie až obliteráciu lúmenu artérií, redukciiu cirkulácie. Mikrovaskulopatia je jedným z najčastejších príznakov SSc a dá sa detegovať kapilaroskopicky

Tabuľka 3. Farmakologická liečba systémovej sklerózy

Vazoaktívne lieky Liečba Rf a DU	Imunosupresíva	Lieky s antifibrotickým účinkom	Symptomatická liečba orgánových zmien
Nitráty Blokátory Ca-kanálov Prostaglandíny Inhibítory fosfodiesterázy 5 Inhibítory ACE Blokátory alfa adrenenergických receptorov Antagonisty sérotonínu Statíny	Glukokortikoidy Cyklofosfamid Azatiopín Metotrexát Mykofenolátmofetil Cyklosporín A Imunoablácia s transplantáciou kmeňových buniek FK-506 Chlorambucil 5-fluorouracil	D penicilamín Interferón-γ Relaxin Interferón-α Kolchicín Dimetylsulfoxid	Pľúcné Gastrointestinálne Kardiovaskulárne Obličkové Neurologické

sklerodaktília, prítomnosť protilátok proti centroméram, proti topoizoméráze 1 a kapilaroskopický obraz typu SSc (3). Diagnostický algoritmus je uvedený v schéme 2. Vyhodnotenie prognosticky nepriaznivých znakov si vyžaduje komplexné vyšetrenie pacienta vrátane vyšetrenia vnútorných orgánov (tab. 2).

### Liečba systémovej sklerózy

Liečba SSc musí byť komplexná, farmakologická i nefarmakologická. Nefarmakologická liečba sa týka režimových opatrení:

1. Poučenie pacienta a rodinných príslušníkov o chorobe.
2. Režimové opatrenia. Znížiť riziko mikrotraumy – vylúčenie ťažšej manuálnej práce, šetrné ošetrovanie nechtov a nechtových valov.
3. Predísť vazokonstrikcii vyhýbaním sa chladu, odstránením emocionálneho stresu a fajčenia. Škodlivé je i pasívne fajčenie.
4. Prerušit alebo upraviť liečbu liekmi s vazokonstrikčným účinkom (betablokátory).
5. Liečebná rehabilitácia zameraná na uvoľňovanie a prevenciu kontraktúr drobných kĺbov rúk, ramien, lakťov, kolenných kĺbov a tonizáciu svalov končatín a trupu. Pravidelné dychové cvičenia s cieľom zachovať dychové exkurzie hrudníka a tonus dýchacieho svalstva.
6. Pravidelné masáže kože krémami obsahujúcimi lanolín. Používanie krémov vždy po kontakte s vodou.
7. Chirurgická liečba.

### Farmakologická liečba systémovej sklerózy

V liečbe SSc sa využívajú imunosupresíva. Označujú sa aj ako choroby modifikujúce lieky. Lieky, ktoré zasahujú do fibroproduktívnych procesov, by mali mať antifibrotické účinky. Vazoaktívne lieky

zlepšujú mikrocirkuláciu a prispievajú k hojeniu akralných ulcerácií. Symptomatically pôsobiace lieky sa podávajú pri postihnutí vnútorných orgánov (tab. 3).

### Lieky modifikujúce priebeh SSc

#### Cyklofosfamid

Cyklofosfamid je cytotoxický liek, ktorý sa uplatňuje pri liečbe závažných foriem SSc. Viaceré štúdie preukázali účinnosť cyklofosfamidu na kožnú sklerózu a postihnutie pľúc pri SSc. Funkčné pľúcne parametre sa zlepšujú po aj po intravenózne liečbe cyklofosfamidom u pacientov so SSc (5). Štúdia Griffina a spol. preukázala priaznivý účinok cyklofosfamidu na skóre kožného postihnutia (16). Pri SSc s prognosticky nepriaznivými prejavmi choroby by sa mala liečba začínať cyklofosfamidom. Nevýhodou liečby cyklofosfamidom sú jeho nežiaduce účinky – najmä na gonády, sliznicu močového mechúra, pečeň, krvotvorbu a riziko malignít. Pri SSc by sa cyklofosfamid nemal podávať dlhšie ako 2 roky.

#### Mykofenolátmofetil

Mykofenolát mofetil priaznivo ovplyvňuje kožné a pľúcne postihnutie pri SSc. Indikuje sa predovšetkým ako udržiavacia liečba po liečbe cyklofosfamidom (34).

#### Metotrexát

Metotrexát významne zmiernuje sklerózu kože, zlepšuje silu úchopu rúk a znižuje sedimentáciu erytrocytov (36). Metotrexát je liekom voľby u pacientov so SSc s myozitídou, alebo SSc s chronickou artritídou, u pacientov s prekrytými syndrómami SSc s ostatnými SSc. Je kontraindikovaný v prípadoch stredného a závažného postihnutia pľúc pri SSc.

#### Azatiopín

Pri liečbe azatiopínom sa zistila stabilizácia skóre kožného postihnutia a funkč-

ných pľúcnych parametrov (25). Azatiopín je menej účinný ako cyklofosfamid, je však vhodný pri miernych a stredne závažných neprogredujúcich formách SSc a ako udržiavacia liečba po preliečení pacientov cyklofosfamidom.

#### Cyklosporín A

Cyklosporín A síce zlepšuje kožné skóre pri SSc, ale až dvojnásobne zvyšuje riziko renálnych kríz, pretože môže zhoršovať perfúziu obličkami. Nemôže sa podávať u pacientov s rizikom vzniku nefropatie pri SSc. Cyklosporín A je účinný i v liečbe lokalizovaných foriem sklerodermie (morfea, lineárna sklerodermia).

#### Glukokortikoidy

Glukokortikoidy (GK) sú indikované v nízkych dávkach vo včasnom – edematóznom štádiu SSc a u pacientov s myozitídou, artritídami, sérozitídou a pri prekrytých syndrómoch.

Maximálna denná dávka by nemala prekročiť 15 mg denne, pretože pri vyšších dávkach sa zvyšuje riziko renálnych kríz. V neskorších štádiách sú GK indikované pri fibrotizujúcej alveolitide a progredujúcej pľúcnej fibróze, tiež iba v dávke do 20 mg denne a na prechodné obdobie.

#### Autológna transplantácia kmeňových buniek

U pacientov so závažnými progredujúcimi formami SSc štatisticky významne zlepšuje kožné skóre. Pre náročnosť tejto liečby a závažné nežiaduce účinky (fatálne komplikácie u takmer 10 % pacientov) je tento spôsob liečby vyčlenený iba pre špecializované pracoviská (14).

#### Tolerancia k humánnemu kolagénu typu I

Pri SSc sa zistili viaceré druhy autoantigénov. Jeden z takýchto autoantigénov je kolagén typu I. V pilotnej štúdií sa po-

dával boviný kolagén typu I na indukciu imunitnej tolerancie k humánnemu kolagénu typu I. Predpokladá sa, že liečba boviným kolagénom I môže byť účinná u pacientov v neskorších fázach SSc (27). **Chlorambucil** nebol účinný v liečbe SSc. Pri liečbe **5-fluorouracylom** sa síce zlepšilo skóre kožného postihnutia, ale vyskytli sa závažné nežiaduce účinky (7).

#### Antifibrotická liečba

Lieky z tejto skupiny by mali zasahovať do syntézy extracelulárneho matrixu a kolagénu. Niektoré z tejto skupiny liekov sa javia ako účinné, iné nepreukázali priaznivý terapeutický efekt v liečbe SSc.

#### Imatinibmesilát

Imatinibmesilát je malá molekula, ktorá špecificky blokuje enzým tyrozínkinázu a receptor pre rastový faktor odvodený z platničiek (PDGF), ktorý sa uplatňuje v patogeneze fibrotických zmien v koži pri SSc. Imatinib sa javí účinný v liečbe kožnej sklerózy, pľúcneho a obličkového postihnutia pri SSc (18, 31).

#### D-penicilamín

D-penicilamín bol v minulosti rozšírený v liečbe SSc. V dvojito zaslepenej randomizovanej klinickej štúdii z roku 1999 sa nedokázal jeho terapeutický účinok pri SSc (8), a v súčasnosti sa v liečbe SSc nepoužíva. Novšia retrospektívna kohortová štúdia však preukázala jeho benefit na kožné skóre a stabilizáciu orgánového postihnutia u 75 % pacientov (13).

**Relaxín a interferón  $\gamma$**  sa v liečbe SSc neosvedčili.

#### Rekombinantná humánna protilátka proti transformujúcemu rastovému faktoru beta (anti-TGF $\beta$ )

Protilátka anti-TGF $\beta$  označovaná ako CAT-192 zlepšuje kožné skóre u pacientov so SSc (12).

#### Biologická liečba

V retrospektívnej štúdii sa podával *etanercept* u pacientov so SSc s artritídou. Preukázal sa priaznivý účinok liečby na kĺbové postihnutie, ako aj tendencia k zlepšeniu kožného skóre (22). V otvorenej prospektívnej štúdii s *infliximabom* sa dokázala stabilizácia kožného skóre, zaznamenal sa však vysoký výskyt infúzných reakcií (11). *Rituximab* sa použil v malých otvorených klinických štúdiách. V jednej z nich sa zistilo zlepšenie kožného skóre (30), v ďalšej štúdii liečba rituximabom nebola účinná (21).

#### Liečba Raynaudovho fenoménu a digitálnych ulcerácií

Raynaudov fenomén je záchvatovitá reverzibilná periférna ischémia vyvolaná konstrikciami drobných ciev. Prejavuje sa zbledením, následne zmodrením a sčervením prstov rúk (*obraz trikolóry*) v dôsledku chladu alebo emocionálneho stresu. Pri sekundárnom Rf sa uplatňuje ET-1, ktorý má výrazný vazokonstrikčný účinok. Pri vazokonstrikcii sa tiež uplatňuje angiotenzín 2. Pri SSc sú hladiny angiotenzínu 2 zvýšené. Opačný účinok ako vazokonstrikčné mediátory majú prostaglandíny a oxid dusnatý. Prostaglandíny inhibujú agregáciu trombocytov a chemotaxiu leukocytov a zvyšujú fibrolytickú aktivitu. Problém liečby Rf nie je dosiaľ uspokojivo vyriešený.

**Digitálne ulcerácie** (DU) pri SSc sú nekrotické lézie lokalizované na bruškách prstov, na distálnych článkoch rúk alebo nad kostnými prominenciami – na extenzorovej strane kĺbov. Sú často spojené s kalcinózou. Sú sprevádzané výraznou bolesťou a sú hlavnou príčinou porušenej funkčnej schopnosti rúk a zníženej kvality života pri SSc. Komplikáciou DU sú sekundárne infekcie, osteomyelitída, v závažných prípadoch gangréna a amputácia prstov. Za **aktívnu** sa považuje otvorená a secernujúca DU (obr.

2a). **Chronická ulcerácia** je perzistujúca, bolestivá, zasahujúca do podkožia (obr. 2b). Vo veľkých súboroch pacientov so SSc sa DU vyskytujú až u 58 % pacientov. U 32 % pacientov DU perzistujú, alebo recidivujú v priebehu 6 mesiacov. Približne u 30 % pacientov s perzistujúcimi DU bol priebeh komplikovaný gangrénou prstov (obr. 2c) alebo hroziacou gangrénou, ktorá si vyžadovala sympatektómiu alebo amputáciu. U pacientov s DU sa častejšie vyskytujú protilátky antiScl-70 a anticentromerové protilátky.

#### Nefarmakologické postupy liečby digitálnych ulcerácií

1. Znížiť riziko mikrotraumy.
2. Predísť suchosti kože používaním krémov a emulzií (17).
3. Predísť vazokonstrikcii vyhýbaním sa chladu, odstránením emocionálneho stresu a fajčenia. Škodlivé je i pasívne fajčenie.
4. Prerušit liečbu liekmi s vazokonstrikčným účinkom.
5. V prípade vzniknutých ulcerácií neinvazívny debridement s antiseptickým ošetrením, lokálnym podaním antibiotík a krytie rán hydrokoloidnými náplastami.
6. Kontaminované DU si vyžadujú lokálne, niekedy aj celkové podanie antibiotík.
7. Chirurgické postupy: digitálna sympatektómia, cervikálna a torakálna sympatektómia, artéριοvá adventektómia, odstránenie kalcinotických ložísk, amputácia. Sympatektómia má iba prechodný účinok v liečbe Rf. Je indikovaná pri sekundárnom Rf v prípadoch závažnej ischémie s nekrotizmi a pri hroziacej gangréne. Digitálna sympatektómia by sa mala zvažovať v prípade DU rezistentných na liečbu.



Obr. 2 Typy ulcerácie

a) Aktívna secernujúca ulcerácia nad MCP I. vpravo. b) Chronická ulcerácia na brušku I. prsta vľavo a nad MCP II, III. c) Gangrény dist. článov prstov pravej ruky.

## Farmakologická liečba Raynaudovho fenoménu a digitálnych ulcerácií

Aj keď sú k dispozícii viaceré medikamentózne postupy, ich účinnosť je často sporná.

### Vazodilatačná liečba

**Nitráty** boli použité pri liečbe primárneho aj sekundárneho Rf vo forme topickej (transdermálne náplaste alebo krémy a gély) alebo perorálnej. Podávanie nitrátov zlepšuje hojenie ulcerácií a znižujú závažnosť a počet raynaudovských kríz pri primárnom a sekundárnom Rf, ale až u 80% pacientov sa vyskytli bolesti hlavy a hypotenzia (15).

**Blokátory kalciových kanálov** účinkujú prostredníctvom vazodilácie, ale majú tiež antitrombotický účinok. Blokátory kalciových kanálov s nižšou kardioselektivitou – zo skupiny dihydropyridínov – sú liekom prvej voľby, osobitne pri primárnom Rf (33). Kardioselektívnejšie blokátory kalciových kanálov (fenylalkylamíny a benzotiazepíny) nie sú účinné u pacientov so závažným Rf (19). Blokátory kalciových kanálov, osobitne s krátkodobým účinkom – ako je nifedipín – vyvolávajú relaxáciu hladkého svalstva ciev a periférnu vazodiláciu, ktorá sa môže prejavovať flashom, bolesťami hlavy a tachykardiou (1). Účinnosť blokátorov kalciových kanálov s dlhším účinkom, ako je felodipín, amlodipín alebo nitredipín, je nižšia.

Metaanalýza blokátorov kalciového kanála preukázala efekt pri primárnom Rf v znížení frekvencie a závažnosti raynaudovských kríz (35). Pri sekundárnom Rf nemalo podávanie nifedipínu v dávke 40 mg denne žiadny efekt (32). Ani podávanie blokátorov kalciového kanála nemá vplyv na prevenciu digitálnych ulcerácií pri SSc. V klinickej praxi sa odporúča nifedipín v dávke 10 – 30 mg 3-krát denne alebo amlodipín 5 – 20 mg raz denne pri primárnom Rf.

### Prostaglandíny

Prostaglandíny *prostacyklín* (PGI<sub>2</sub>) a *alprostadil* (PGE<sub>1</sub>) majú vazodilatačný účinok, antiproliferatívny účinok na vaskulatúru a inhibujú agregáciu trombocytov. Vyžadujú intravenózne podávanie a sú nestabilné (32). V súčasnosti sa u nás najviac využíva infúzna liečba alprostadilom. *Iloprost* je stabilnejší analóg prostacyklínu a je významne účinnejší v liečbe sekundárneho Rf ako nifedipín (28). Perorálne podávaný *iloprost* (50 mg 2-krát denne) nie je účinný v liečbe sekundárneho Rf (38). Nežiaduce účinky liečby prostaglandínmi sú bolesti hlavy, reakcia v mieste po-

daní infúzie, flush a nauzea. U pacientov s kongestívnym zlyhávaním srdca môžu prostaglandíny vyvolať pľúcny edém.

### Inhibítory fosfodiesterázy 5

Inhibítory fosfodiesterázy 5 zmierňujú príznaky primárneho a sekundárneho Rf. Inhibítory fosfodiesterázy 5 – *sildenafil* a *vardenafil* sú účinné v liečbe primárneho a sekundárneho Rf. Uplatňujú sa v liečbe PAH a erektilnej dysfunkcie. Sildenafil v dávke 50 mg 2-krát denne znižuje počet raynaudovských kríz a zlepšuje mikrocirkuláciu v kapilárnom riečisku (20).

### Blokátory angiotenzinových receptorov

Antagonista receptora pre angiotenzín II (*losartan*) sa v pilotnej štúdii preukázal ako účinný v liečbe R – účinnejší ako nifedipín.

### Blokátory alfaadrenergických receptorov

Prazosín významne znižuje závažnosť a frekvenciu raynaudovských kríz. Jeho efekt na Rf je však iba mierny. Jeho pou-

žívanie je limitované nežiaducimi účinkami, ako je nauzea, bolesti hlavy, šumenie v ušiach, palpitácie a hypotenzia.

### Statíny

Statíny majú pleiotropný účinok na funkciu EB a potenciálne spomaľujú vaskulárne poškodenie. U pacientov so sekundárnym Rf pri SSc 40 mg *atorvastatínu* významne znižuje počet DU a zlepšuje aj kvalitu života pacientov (2).

### Inhibítory sérotonínu

Selektívny inhibitor spätného vychytávania sérotonínu *fluoxetín* v dávke 20 mg významne zmierňoval závažnosť a frekvenciu raynaudovských kríz v porovnaní s nifedipínom 40 mg, ale účinok na sekundárny Rf bol nižší (9). Metaanalýza klinických štúdií s ketanserínom nepreukázala jeho účinok na Rf pri SSc (26).

### Antagonisty endotelinových receptorov

Endotelín 1 je účinný mediátor vazokonstrikcie, ktorý sa tiež podieľa na remodelácii vaskulatury a fibróze – osobitne

**Tabuľka 4.** Farmakologické a nefarmakologické charakteristiky antagonistov ET receptorov

	<b>Bosentan</b>	<b>Sitaxsentan</b>	<b>Ambrisentan</b>
Štruktúra	sulfonamid	Sulfonamid	Kyselina difenylpropiónová
Selektivita ETA/ETB	30:1	6500:1	4000:1
Vplyv na hladký endotelín	↑	↓	↑
Denná dávka	2x125 mg	100 mg	5 – 10 mg
Biodostupnosť	~ 50%	70 – 100%	Vysoká
Čas max. koncentrácie	3 – 5 h	1 – 4 h	1,7 – 3,3 h
Cytochrómy p450	CYP2C9 ↑	CYP2C9 ↓	CYP2C19 ↑
Exkrécia močom	menej ako 3%	50 – 60%	Nízke
Liekové interakcie	sildenafil warfarín, cyklosporín A	warfarín, cyklosporín A	cyklosporín A

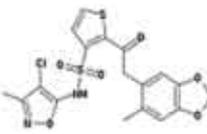
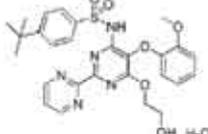
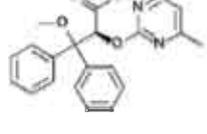
<u>sitaxsentan</u>	<u>bosentan</u>	<u>ambrisentan</u>
		
Selektivita ET <sub>A</sub> : ET <sub>B</sub>	Selektivita ET <sub>A</sub> : ET <sub>B</sub>	Selektivita ET <sub>A</sub> : ET <sub>B</sub>
6500:1	30:1	4000:1

Schéma 3. Antagonisty endotelinových receptorov

u pacientov so sekundárnym Rf. Endotelín je zvýšený v sére pacientov so SSc, špeciálne u tých, ktorí majú DU a javí sa ako biomarker závažnosti vaskulopatie (6, 14). Zo známych antagonistov endotelínových receptorov *bosentan*, *sitaxsentan*, *ambrisentan*, *tezosentan* (tab. 4, schéma 3) sa v liečbe DU skúšal *bosentan*. V dvoch dvojito zaslepených multicentrických štúdiách (RAPIDS-1 a RAPIDS-2) s *bosentanom* sa potvrdilo zníženie tvorby nových ulcerácií (tvorba nových ulcerácií znížená o 48 % v RAPIDS-1 a o 30 % v RAPIDS-2). Nezistil sa však účinok na hojenie už existujúcich ulcerácií (23).

### Liečba intersticiálnej kalcinózy

V liečbe intersticiálnej kalcinózy pri SSc sa skúšali viaceré metódy liečby. Niektoré z nich boli účinné u časti pacientov, ale ani jedna z nich problém liečby intersticiálnej kalcinózy uspokojivo nerieši.

- Intraléziové podanie GK môže pôsobiť svojím protizápalovým účinkom a inhibičným vplyvom na aktivitu fibroblastov.
- Probenecid and kolchicín boli účinné v niektorých prípadoch intersticiálnej kalcinózy.
- Etidronát sodný a alendronát môžu spomaľovať kostný obrat a inhibovať rast ektopických kryštálikov. Alendronát sa ukázal ako účinný v liečbe kalcinózy pri juvenilnej dermatomyozitíde. Je však potrebná dlhodobá liečba.
- Minocyclín v kazuistických prípadoch pôsobil priaznivo na kalcinózu a akrálne ulcerácie pri SSc.
- Warfarín v nízkych dávkach 1 mg/deň je účinný v niektorých prípadoch intersticiálnej kalcinózy a v prevencii vzniku nových ložísk intersticiálnej kalcinózy (10).
- Blokátor kalciových kanálov diltiazem a kolchicín sa skúšali v liečbe intersticiálnej kalcinózy, ale ich efekt nebol jednoznačný.
- Účinné je chirurgické odstránenie kalcinotických ložísk, ak to ich lokalizácia umožňuje. Kalcifikácie často recidivujú na rovnakom mieste, môžu sa však vytvoriť v iných lokalizáciách.
- Kombinovanou liečbou ionoforézy s kyselinou octovou a ultrazvukom sa dosiahlo mierne zlepšenie rádiologického nálezu (29).

### Liečba pľúcnej artériovej hypertenzie

Cieľom liečby PAH je zasiahnuť do troch základných patofyziologických mechanizmov: do vazokonstrikcie, proliferácie v cievnej stene a prokoagulačného stavu.

**I. Režimové opatrenia** zahŕňajú obmedzenie fyzickej záťaže, pobyt vo vysokých nadmorských výškach a u žien vylúčenie hormonálnej antikoncepcie.

**II. Štandardná liečba** pozostáva z podávania **diuretik, digitálisových liekov a kyslíka**. Diuretiká zlepšujú príznaky srdcového zlyhania zo stázy krvi. Oxygenoterapia zlepšuje saturáciu artériovej krvi kyslíkom. **Antikoagulačná liečba** sa podáva takmer u všetkých pacientov s PAH, nevyhnutná je predovšetkým u pacientov s ACLA a/alebo trombotickými a trombembolickými príznakmi. **Blokátory kalciových kanálov** (nifedipín, diltiazem, amlodipín) sú čiastočne účinné iba u pacientov so zachovanou vazoreakciou – t. j. asi u 13 % pacientov.

**III. Špecifická liečba**. Vysoký terapeutický potenciál majú analógy prostacyklínu, antagonisty endotelínových receptorov a inhibitory fosfodiesterázy 5.

**1. Analógy prostacyklínu. Prosta-cyklín** (prostaglandín I<sub>2</sub>) vyvoláva vazodilatáciu, má antiagregačný efekt a pôsobí antiproliferatívne. Pri PAH je znížená aktivita prostacyklínu v pľúcnom a systémovom riečiisku.

**Epoprostenol** je syntetický analóg prostacyklínu, vazodilatátor pľúcnych artérií, má krátky biologický polčas (< 6 min). Podáva sa preto v kontinuálnej infúzii do centrálnej žily počas 24 hodín. Zlepšuje hemodynamiku, klinické prejavy, funkčnú zdatnosť a prognózu chorých s PAH. Môže sa kombinovať s *bosentanom*. **Treprostinil** je analóg prostacyklínu, môže sa podávať vo forme intravenózne alebo subkutánnej infúzie, skúša. Zlepšuje hemodynamiku, funkčnú schopnosť a prognózu pacientov s PAH. **Iloprost** je stabilný tricyklický analóg prostacyklínu. Má sérový polčas 20 – 25 minút. Podáva sa inhalačne 6 – 9-krát denne alebo intravenózne. **Beraprost** je stabilný analóg prostacyklínu, podáva sa perorálne. Zlepšuje 6-minútový test chôdze.

**2. Antagonisty endotelínových receptorov**. V patogenéze PAH sa uplatňuje dysfunkcia endotelových buniek s nadprodukciou endotelínu 1. Medzi antagonisty endotelínových receptorov patria: *bosentan*, *sitaxsentan*, *ambrisentan*, *tezosentan* (schéma 3, tab. 4). **Bosentan** je perorálny duálny antagonist endotelínových receptorov ET<sub>A</sub> a ET<sub>B</sub> s vyššou afinitou pre ET<sub>A</sub>. Pôsobí vazodilatačne a antiproliferačne. Je účinný pri idiopatickej PAH aj PAH asociovanej so SSc. Významne predlžuje prežívanie pacientov s PAH pri

SSc. Môže sa kombinovať s epoprostenolom alebo sildenafilom. Najčastejším nežiaducim účinkom je reverzibilné zvýšenie pečeňových testov (10 % pacientov). **Sitaxsentan** je vysoko-selektívny antagonist ET<sub>A</sub>, chemicky je to derivát sulfonamidu. Podáva sa v dávke 100 mg raz denne. Zlepšuje funkčnú triedu PAH, zlepšuje 6 minútový test chôdze, skóre dýchavičnosti a hemodynamiku. Podľa metaanalýzy prvých troch štúdií so sitaxentanom (STRIDE) predlžuje čas do klinického zhoršenia PAH. Jeho účinok pretrváva aj po 12 mesiacoch. Efekt na vrodenú srdcovú chybu sa nezistil. (tab. 4) (4). **Ambrisentan** je relatívne selektívny antagonist endotelínového receptoru ET<sub>A</sub>. Zlepšuje hemodynamické parametre, fyzickú výkonnosť a zmierňuje príznaky PAH. Nezistili sa klinicky významné rozdiely medzi antagonistami endotelínových receptorov vo vzťahu k selektivite. Predpokladá sa však, že selektívne blokovanie receptoru ET<sub>A</sub> by mohlo byť účinné najmä v skupine pacientov s PAH pri SCHS (24).

**3. Inhibitory fosfodiesterázy 5**. Inhibitory fosfodiesterázy 5 pôsobia vazodilatačne a antiproliferačne. Znižujú zvýšenú aktivitu fosfodiesterázy 5. **Sildenafil** je selektívny inhibitor fosfodiesterázy 5. Vyvoláva relaxáciu svalstva ciev a vazodilatáciu. Znižuje stredný tlak v pľúcni. Zlepšuje toleranciu námahy, hemodynamické parametre pri PAH a zlepšuje prežívanie pacientov. Kombinuje sa s *bosentanom* alebo s analógmi prostacyklínu.

### Liečba orgánového postihnutia pri SSc

**Postihnutie kardiovaskulárneho systému**. Pri závažnejšej forme perikarditídy sa uplatňujú GK v dávke do 15 mg a imunosupresíva. Pri poruchách srdcového rytmu sa podávajú antiarytmiká, pri kongestívnom zlyhaní srdca diuretiká a kardiotoniká. Pri kardiovaskulárnych príznakoch sa podávajú antiagregačné dávky kyseliny acetylosalicylovej, hemo-reologiká (pentoxifylin), vazoaktívne látky (naftidrofuryl) alebo vazodilataciá na prírodnej báze (napr. extrakt ginkgo biloba). Pri hroziacich trombotických komplikáciách, oklúziách ciev (gangrény), renálnych krízach a väčšine pacientov s PAH sa podávajú antikoagulanciá.

**Respiračný systém**. Vo včasnej fáze intersticiálnej pneumopatie – fibrotizujúcej alveolitíde – je účinná liečba cyklofosfamidom v kombinácii s predni-

zónom do 20 mg denne. Po dosiahnutí stabilizácie pľúcneho nálezu sú pacienti dlhodobo liečení azatioprinom; účinný je i mykofenolátmofetil. V liečbe suchého kašľa sa využívajú antitusiká.

**Muskuloskeletálny systém.** Pri chronickej artritíde a myozitíde pri SSc sa podávajú antimalariká, metotrexát, nízke dávky glukokortikoidov alebo imunosupresíva. Metotrexát je kontraindikovaný v prípadoch strednej a závažnej intersticiálnej pneumopatie.

**Gastrointestinálny systém.** Pri sicca prejavoch sa používa substitúcia slín, pri gastroezofágovom refluxe antacidá, blokátory H<sub>2</sub>-receptorov, cisaprid. Pri dyspepsii sa využívajú prokinetiká (domperidon, metoklopramid), často v kombinácii s antibiotikami (erytromycín), upravuje sa mikrobiálna črevná flóra. Pri steatorei sa podávajú pankreatické enzýmy.

**Nefropatia pri SSc.** Najzávažnejším prejavom nefropatie pri SSc je renálna kríza. Prejavuje sa akcelerovanou artériovou hypertenziou, oligúriou, močovým nálezom s proteinúriou, erytrocytúriou a mikroangiopatickou hemolytickou anémiou. Po zavedení inhibítorov angiotenzínkonvertázy (ACEI) sa výskyt renálnych kríz výrazne znížil a významne klesol aj počet úmrtí na renálne zlyhanie. Inhibitory angiotenzínkonvertázy používané v liečbe artériovej hypertenzie sú vhodné pri prevencii renálneho zlyhanie. V liečbe renálnych kríz sa okrem ACEI využívajú antikoagulancia a diuretiká.

### Monitorovanie pacientov so systémovou sklerózou

Okrem zavedenia zodpovedajúcej liečby sú potrebné pravidelné kontroly u viacerých odborných lekárov. Monitorovanie pacientov je zamerané na aktivitu, progresiu choroby, skrining orgánového postihnutia a jeho dynamiky a možné nežiaduce účinky liečby. Hlavné zásady sa dajú zhrnúť do nasledujúcich bodov:

1. Kontroly moču, transamináz, sedimentácie erytrocytov, krvného obrazu, dusíkatých katabolitov, celkových bielkovín, albumínu, C-reaktívneho proteínu. Kontroly krvného tlaku.
2. HRCT pri začiatku SSc raz ročne, pri progredujúcej pneumopatii a fibrotizujúcej alveolitíde i častejšie. Pri stabilizovanom pľúcnom náleze raz za 2 roky.
3. Funkčné vyšetrenie pľúc – vrátane DLCO, FVC a TLV 1x ročne.
4. ECHOkg vyšetrenie 1x ročne. Pri PAH a suspektnej PAH katetrizácia srdca na špecializovanom kardiologickom pracovisku.

5. Pasáž kontrastnej látky ezofágom 1x za 2 roky. Pasáž tenkým črevom, gastrofibroskopia, kolonoskopia podľa aktuálnych klinických príznakov.
6. Vyšetrenie iných orgánov a systémov podľa aktuálnych klinických príznakov.
7. Úprava liečby podľa prognózy, aktivity a progresie choroby.
8. Kontrola nežiaducich účinkov liečby. Starostlivosť o pacientov so SSc je komplexný a dlhodobý proces, ktorý je si vyžaduje individuálny prístup k liečbe a účasť lekárov viacerých medicínskych odborov.

### Literatúra

1. Abernethy, D.R., Schwartz, J.B.: Calcium-antagonist drugs. *New Engl. J. Med.*, 341, 1999, s. 1447 – 1457.
2. Abou-Raya, A. a spol.: Statins: potentially useful in therapy of systemic sclerosis-related Raynaud's phenomenon and digital ulcers. *J. Rheumatol.*, 35, 2008, s. 1801 – 1808.
3. Avouac, J. a spol.: Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis (VEDOSS), results of a Delphi Consensus Study from EULAR Scleroderma Trials and Research Group (EUSTAR). *Ann. Rheum. Dis.*, 69, 2010, Suppl. 3, s. 128.
4. Benza, R. a spol.: Sitaxsentan for treatment of pulmonary arterial hypertension. *Chest*, 134, 2008, s. 775 – 782.
5. Berezne, A. a spol.: Therapeutic strategy combining intravenous cyclophosphamide followed by oral azathioprine to treat worsening interstitial lung disease associated with systemic sclerosis: a retrospective multicenter open-label study. *J. Rheumatol.*, 35, 2008, s. 1064 – 1072.
6. Binks, M. a spol.: Phase I/II trial of autologous stem cell transplantation in systemic sclerosis: procedure related mortality and impact on skin disease. *Ann. Rheum. Dis.*, 60, 2001, s. 57 – 584.
7. Casas, J.A. a spol.: 5-fluorouracil in the treatment of scleroderma: a randomised, double-blind, placebo controlled international collaborative study. *Ann. Rheum. Dis.*, 49, 1990, s. 926 – 928.
8. Clements, P.J. a spol.: High-dose versus low-dose D-penicillamine in early diffuse systemic sclerosis: analysis of a two-year, double-blind, randomised, controlled clinical trial. *Arthritis Rheum.*, 42, 1999, s. 1194 – 1203.
9. Coleiro, B. a spol.: Treatment of Raynaud's phenomenon with the selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine. *Rheumatology*, 40, 2001, s. 1038 – 1043.
10. Cukierman, T. a spol.: Low dose warfarin treatment for calcinosis in patients with

systemic sclerosis. *Ann. Rheum. Dis.*, 63, 2004, s. 1341 – 1343.

11. Denton, C.P. a spol.: An open-label pilot study of infliximab therapy in diffuse cutaneous systemic sclerosis. *Ann. Rheum. Dis.*, 40, 2008.
12. Denton, C.P. a spol.: Recombinant human anti-transforming growth factor  $\beta$  1 antibody therapy in systemic sclerosis: a multicentre randomised, placebo-controlled phase I/II trial of CAT-192. *Arthritis Rheum.*, 56, 2007, s. 323 – 333.
13. Derk, C.T. a spol.: A retrospective randomly selected cohort study of D-penicillamine treatment in rapidly progressive diffuse cutaneous systemic sclerosis of recent onset. *Br. J. Dermatol.*, 158, 2008, s. 1063 – 1068.
14. Farge, D. a spol.: Autologous stem cell transplantation in the treatment of systemic sclerosis: report from the EBMT/EULAR registry. *Ann. Rheum. Dis.*, 63, 2004, s. 974 – 981.
15. Franks, A.G. Jr.: Topical glyceryl trinitrate as adjunctive treatment in Raynaud's disease. *Lancet*, 1, 1982, č. 8263, s. 76 – 77.
16. Griffiths, B. a spol.: Systemic sclerosis and interstitial lung disease: a pilot study using pulse intravenous methylprednisolone and cyclophosphamide to assess the effect on high resolution computed tomography scan and lung function. *J. Rheumatol.*, 29, 2002, s. 2371 – 2378.
17. Hummers, L., Wigley, F.: Management of Raynaud's phenomenon and digital ischemic lesion in scleroderma. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 29, 2003, s. 293 – 313.
18. Chung, L. a spol.: Molecular framework for response to imatinib mesylate in systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.*, 60, 2009, s. 584 – 591.
19. Kinney, E.L. a spol.: The treatment of severe Raynaud's phenomenon with verapamil. *J. Clin. Pharmacol.*, 22, 1982, s. 74 – 76.
20. Kumana, C.R. a spol.: Severe digital ischaemia treated with phosphodiesterase inhibitors. *Ann. Rheum. Dis.*, 63, 2004, s. 1522 – 1524.
21. Lafyatis, R. a spol.: B cell depletion with rituximab in patients with diffuse cutaneous systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.*, 60, 2009, s. 578 – 583.
22. Lam, G.K. a spol.: Efficacy and safety of etanercept in the treatment of scleroderma-associated joint disease. *J. Rheumatol.*, 2007, č. 34, s. 1636 – 1637.
23. Matucci-Cerinic, M. a spol.: Bosentan treatment of digital ulcers related to systemic sclerosis: results from the RAPIDS-2 randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann. Rheum. Dis.*, 70, 2011, s. 32 – 38.
24. Opitz, C. a spol.: Inhibition of endothelin receptors in the treatment of pulmonary

- arterial hypertension: does selectivity matter? Eur. Heart J., 29, 2008, s. 1936 – 1948.
25. Paone, C. a spol.: Twelve-month azathioprine as maintenance therapy in early diffuse systemic sclerosis patients treated for 1-year with low-dose cyclophosphamide pulse therapy. Clin. Exp. Rheumatol., 25, 2007, s. 613 – 616.
26. Pope, J. a spol.: Ketanserin for Raynaud's phenomenon in progressive systemic sclerosis. Cochrane Database Syst Rev, 2, 2000, CD000954.
27. Postlethwaite, A.E. a spol.: A multicenter, randomised, double-blind, placebo-controlled trial of oral type I collagen treatment in patient with diffuse cutaneous systemic sclerosis. Arthritis Rheum., 58, 2008, s. 1810 – 1822.
28. Scorza, R. a spol.: Effects of long-term cyclic iloprost therapy in systemic sclerosis with Raynaud's phenomenon. A randomized controlled study. Clin. Exp. Rheumatol., 19, 2001, s. 503 – 508.
29. Shetty, S. a spol.: A pilot study of acetic acid iontophoresis and ultrasound in the treatment of systemic sclerosis-related calcinosis. Rheumatology (Oxford), 44, 2005, s. 536 – 538.
30. Smith, V.P. a spol.: Rituximab in diffuse cutaneous systemic sclerosis: an open-label clinical and histopathological study. Ann. Rheum. Dis., 2008.
31. Spiera, R.F. a spol.: Imatinib mesylate (Gleevec) in the treatment of diffuse cutaneous systemic sclerosis: results of a 1-year, phase IIa, single-arm, open-label clinical trial. Ann. Rheum. Dis., Mar 11, 2011. [Epub ahead of print].
32. Stosic-Grujicic, S. a spol.: Antidiabetogenic effect of pentoxifylline is associated with systemic and target tissue modulation of cytokines and nitric oxide production. Autoimmun., 16, 2001, s. 2199 – 206.
33. Stosic-Grujicic, S.D. a spol.: Pentoxifylline prevents autoimmune mediated inflammation in low dose streptozotocine induced diabetes. Dev. Immunol., 8, 2001, č. 3 – 4, s. 213 – 221.
34. Swigris, J.J. a spol.: Mycophenolate mofetil is safe, well tolerated and preserves lung function in patients with connective tissue disease related interstitial lung disease. Chest, 130, 2006, s. 30 – 36.
35. Thompson, A.E. a spol.: Calcium channel blockers for primary Raynaud's phenomenon: a meta-analysis. Rheumatology, 44, 2005, s. 1841 – 1847.
36. Van den Hoogen, F.H.J. a spol.: Comparison of methotrexate with placebo in the treatment of systemic sclerosis: a 24 week randomised double-blind trial, followed by a 24 week observational trial. Br. J. Rheumatol., 35, 1996, s. 364 – 372.
37. Varga, J., Abraham, D.: Systemic sclerosis: a prototypic multisystem fibrotic disorder. J. Clin. Invest., 117, 2007, s. 557 – 567.
38. Wigley, F.M. a spol.: Oral iloprost in patients with Raynaud's phenomenon secondary to systemic sclerosis: A multicenter, placebo-controlled, double-blind study. Arthritis Rheum., 41, 1998, s. 670 – 677.

J. Lukáč, O. Lukáčová

Národný ústav reumatických chorôb,  
Piešťany

## REUMA nie je len chorobou starých ľudí ...



### Kto sme?

Občianske združenie Liga proti reumatizmu – Sekcia mladých reumatikov a Klub Kíbič pôsobia na Slovensku od roku 1998 a 2003. **Združujeme mladých reumatikov aj deti** do 18 rokov, ktoré sú postihnuté týmto ochorením. **Sme členom Medzinárodnej organizácie mladých reumatikov IOYR** a spolupracujeme s Európskou ligou proti reumatizmu EULAR.

### Čo je naším cieľom?

Osvetou a edukáciou chceme **zlepšovať kvalitu života mladých reumatikov a detí s reumatickými ochoreniami** a pomáhať im začleniť sa do spoločnosti.

Podporujeme skvalitnenie komunikácie medzi pacientom a jeho lekárom, snažíme sa naučiť našich členov formulovať požiadavky, zvyšovať im sebavedomie, a tým zabezpečiť rovnocenné postavenie v spoločnosti.

### Aké sú naše aktivity?

Pravidelne organizujeme:

- **rekondično-integračné pobyty,**
- **podporujeme edukačnú a vzdelávaciu činnosť,** osvetu v oblasti nových liečebných metód a sociálnych konzultácií,
- **distribuuujeme dve nové DVD s cvičebnými zostavami** pre deti aj do-

spelych,

- **iniciujeme rozvoj** webu [www.moja-reuma.sk](http://www.moja-reuma.sk) a otvorenej skupiny na sociálnej sieti. Facebook: Moja & Tvoja artritída

### Základné údaje nášho občianskeho združenia

Názov: Liga proti reumatizmu –  
Sekcia mladých reumatikov  
Sídlo: Nábřežie Ivana Krasku 4,  
921 01 Piešťany  
Právna forma: Občianske združenie  
IČO: 31822142007

## Ahoj priatelia!

**B**oli ste s nami v Piešťanoch, Liptovskom Jáne, Dudinciach, Trenčianskych Tepliciach, či Nimnici? Je tu nová šanca stretnúť starých aj nových kamarátov na tradičnom týždňovom Rekondično-integračnom pobyte LPRe-SMR v krásnom prostredí Nízkych Tatier, Liptovský Ján, hotel AVENA v termíne od 10. do 16. júla 2011. Neváhajte a prihláste sa na **rekondicia@mojareuma.sk**. Obratom Vám pošleme podrobné informácie a záväznú prihlášku.



# SPRÁVA O AKTIVITÁCH LPre – SMR a KK za rok 2010

Liga proti reumatizmu – Sekcia mladých reumatikov (LPre – SMR) je od roku 1998 organizačnou jednotkou Ligy proti reumatizmu SR. Súčasťou SMR je Klub Kĺbik (KK), ktorý vznikol roku 2003.

LPre-SMR a KK za 12 rokov svojej činnosti zorganizovali množstvo vydarených podujatí. Podľa úspešnosti a obľúbenosti medzi členskou základňou sa roku 2010 uskutočnili tradičné podujatia, ktoré sa konajú opakovane každý rok (rekondično-integračné pobyty pre deti z Klubu Kĺbik, ich rodičov a pre mladých reumatikov, benefície pri príležitosti osláv Svetového dňa reumatizmu – 12. október, publikačná činnosť – Kamienky z mozaiky 2, Zborník KROK 2008 – 2009...). Príbudli nové projekty, ako napríklad dve DVD s cvičebnými zostavami pre RA a JIA, I. ročník Novinárskej pocty KROK, Detský kútik v NÚRCH. Tieto projekty a podujatia majú tiež dobrú perspektívu stať sa tradičnými.

SMR roku 2010 svoju činnosť realizovala v súlade so stanovami LPre SR a systematicky sa venovala práci v prospech svojich členov, aby informovala, edukovala a šírila osvetu o reumatických ochoreniach a ich dôsledkoch.

Všetky podujatia boli v prospech ľudí s reumatickým ochorením, ich rodín i priaznivcov, ako aj v prospech širokej verejnosti. Spolupracovali sme s jednotlivcami aj s inštitúciami, ktorí sú sympatizanti a partneri v rôznych projektoch.

K 31. 12. 2010 mala SMR 159 členov, z toho Klub Kĺbik 90 členov. Príbudlo 18 nových členov (SMR 7 a KK 11).

Roku 2011 očakávame redukciu v databáze členov spôsobenú neplatením členských príspevkov niektorých jednotlivcov, ktorá v súlade so Stanovami LPre – SMR má lehotu 2 roky. Veríme, že deficit úbytku v počte členov počas roka opäť dobehneme prijatím nových členov.

V rámci manažmentu činnosti sa uskutočnilo 12 riadnych zasadnutí Výboru SMR a členská schôdza (pozri zápisnice).

Odpočtom a zhodnotením aktivít s plánom SMR na rok 2010 splnila naplánované úlohy. Dokonca počas roka SMR realizovala aktivity, ktoré neboli plánované, ale boli v prospech členskej základne do programu zaradené (úspešná iniciatíva Humira – pero).

SMR sa nepodarilo splniť stanovenú úlohu pri realizácii celoštátnej mediálnej

kampane a tlačovej konferencie. Napriek predbežnej dohode s partnerskou inštitúciou sa kampaň z finančných dôvodov neuskutočnila. Napriek tomu sa v drobných pokusoch o pozitívnu medializáciu podarilo spolupracovať s TV Karpaty, Slovenským rozhlasom, Rádiom LUMEN a prostredníctvom spolupráce s novinármi v Novinárskej pocte KROK sa predpripravili niektoré námety na reportáže. Vernisáž fotografií sa neuskutočnila z dôvodu nezájmu oslovených aktérov, ale pri reedícii knižky Kamienky z mozaiky 2 sme zaradili fotografie jedného aktívneho fotografa.

Systematicky v rámci svojich možností propagujeme činnosť aj význam pacientskej organizácie pre jednotlivca a jeho rodinu.

## Správa o plnení programu aktivít LPre – SMR naplánovaných na rok 2010

- Začiatkom roka sa uskutočnili prípravy a potom zbierka 2% z daní FO a PO.
- Od mája bolo spustené hlasovanie I. ročníka Novinárskej pocty KROK 2009.
  - Vypracovanie Štatútu Novinárskej pocty KROK, nadviazanie partnerstva so Slovenským syndikátom novinárov, avízo na poctu zverejnené na webe.
  - Na [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk) mohli naši členovia i široká verejnosť pridať svoje hlasy nominovaným príspevkom, ktorých ústrednou témou je život s reumou.
  - Slávnostné vyhlásenie Novinárskej pocty KROK 2009 sa uskutočnilo 23. októbra 2010 na tradičnej Benefícii v NOC – Dom umenia Piešťany, kde v hlavnom programe vystúpila kapela Vidiek.
- Z projektu Novinárska pocta Krok pripravili publikáciu „Zborník KROK 2008 – 2009“
- Pre veľký, pozitívny ohlas vyšla publikácia „Kamienky z mozaiky 2“ v rozšírenej reedícii s anglickou mutáciou.
- Celoročne poskytovali sociálne konzultácie, pomoc a poradenstvo pri odstraňovaní architektonických bariér v domácom prostredí.
- Spolu s komisiou sociálnej práce podali pre Ligu a vedeniu ústavu pripomienky a návrhy na debarierizáciu izieb v NÚRCH Piešťany.

- Budovali modernú databázu členskej základne LPre – SMR a na aktualizácii a konsolidácii s centrálou.
- Pripravili Rekondično-integračný pobyt 2010 pre vyše 50 účastníkov v hoteli Máj Piešťany v dňoch 11. – 17. 7. 2010
- Pre účastníkov pobytu organizačný RIP-tím pripravil opäť bohatý program. Mali jedinečnú možnosť zúčastniť sa na prednáškach:
  - Prednáška i osobné konzultácie s reumopediatrickou MUDr. E. Koškovou.
  - Kurz pohybovej liečby pri osteoporóze pre pacientov vedený MUDr. Ďurišovou.
  - Prezentácia výskumu o reumatoidnej artritíde v kontexte bio-psycho-sociálneho prístupu Mgr. Jany Kočanovej.
  - Prednáška o rodine so znevýhodneným dieťaťom – Bc. Jana Dobšovičová Černáková.
  - Prednáška o „Racionálnom využívaní času“ – Ing. Radoslav Regiec.
  - Rehabilitačné procedúry, plávanie v bazéne a výlety, hry a tvorivé dielne pre deti.
  - Sociálna terapia – nadviazanie užitočných kontaktov medzi účastníkmi pobytu, aby vedeli že s reumou nie sú sami.
- Na R-IP 2010 sme pokrtili dve DVD s cvičebnými zostavami pre JIA a RA
- V zbierke 2% z daní podporili Rekondično-integračný pobyt 2010, vybudovanie Detského kútika v NÚRCH, motivačný seminár dobrovoľníkov (október 2010), finančno-technické zabezpečenie celoročných konzultčných a organizačných činností v prospech sociálnej terapie a rehabilitácie členov, náklady na info-linku a podporili edukáciu mladej členky KK na študijný pobyt v zahraničí a špeciálne rehabilitačné a protetické pomôcky pre čl. SMR.
- Usporiadávali pravidelné zasadnutia Výboru LPre – SMR (prvý pondelok v mesiaci prostredníctvom skype-konferencie spolu 12-krát).
11. júla 2010 sa uskutočnila v Piešťanoch Členská schôdza LPre – SMR.
- Administratíva a organizačné práce na riadení LPre – SMR.
- Rozvoj a aktualizácia [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk).

16. Tvorba a krst maskotov Remík a Remka.
17. Na webe bolo spustené hlasovanie za mená budúcich maskotov.
18. Od septembra bolo spustená pracovná pozícia projektového manažéra LPre – SMR.
19. Prípojili sa k štafete Behu reumatikov a reumatológov v Piešťanoch 22. 10. 2010.
20. Prehĺbenie spolupráce s miestnymi pobočkami LPre SR, zverejnenie ich kontaktov na našom webe.
21. Podpora MP Košice pri návšteve Lotyšov (finančne i promo predmety SMR a KK).
22. Odprezentované prednášky, ppt. prezentácie a edukácia: Tematické okruhy prednášok: a) v prvej polovici roka 2010 skype kurz AJ (Mgr. M. Godányiová), b) v októbri 2010 motivačný seminár – ako pracovať v dobrovoľníckej svojpomocnej skupine a tréning riešenia konfliktov (J. D. Černáková).
23. Spolupracovali s partnermi LPre – SMR na základe dlhodobého plánovaného a dohodnutého harmonogramu.
24. Zaviedli a zverejnili novú info-linku LPre – SMR mobil: 0917 790 264
25. Vypracovali 3 projekty IWC of Bratislava, Nadácia Tatrabanka a T-com, v dvoch boli úspešní.

*Správu vypracovala  
Jana Dobšovičová Černáková  
predsedníčka LPre – SMR  
Výbor LPre-SMR schválil 7. 2. 2011  
(pozri Zápisnica 1/28/2011)*

## PLÁN ČINNOSTI LPre – SMR a Klubu Kíbič na rok 2011

- Zbierka 2% z daní zaplatených v roku 2010 od PO a FO.
- Účasť na odborných podujatiach doma i v zahraničí marec KPO v Piešťanoch, apríl – pracovné stretnutie s delegáciou z EULAR, príprava a koordinácia tejto akcie, máj a jún 2011 kongres IOYR v Estónsku, vysielať 5-člennú skupinu SMR.
- Dve pracovné stretnutia členov Výboru v Piešťanoch (február a október, účasť 18 osôb, motivačné kurzy, prednášky a vzdelávanie dobrovoľníkov).
- Príprava a koordinácia projektu KROK, spustenie hlasovania od 1. mája 2011 [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk).
- Rekondično-integračný pobyt SMR a KK (10. – 16. júl 2011 v Liptovskom Jáne) pre deti z KK, ich rodičov a členov SMR, spolu 50 účastníkov.
- Výročná členská schôdza, VOĽBY do Výboru LPre – SMR na obdobie 2011 – 2014, termín: 10. júla 2011 hotel Avena, Liptovský Ján.
- Benefícia 2011 Svetový deň reumatizmu NOC – Domu umenia, termín: 15. októbra 2011 o 18. h, v programe koncert Zuzany Smatanovej.
- Slávnostné vyhlásenie výsledkov II. ročníka Novinárskej pocty KROK 2010, termín: 15. októbra 2011 v NOC – Domu umenia Piešťany.
- Mediálna kampaň na zviditeľnenie LPre-SMR, s využitím maskotov Remík a Remka a svojpomocná výroba maskotov v miniatúrnych rozmeroch (do 10 cm).
- Rozvoj a aktualizácia [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk).
- Prehĺbenie spolupráce s MP LPre SMR a účasť na podujatiach organizovaných centrálnou LPre SR.

- Odborné prednášky, tvorivé dielne, sociálne konzultácie a poradenstvo pri odstraňovaní bariér v domácom prostredí.

*Správu vytvorila  
Jana Dobšovičová Černáková  
Plán schválil Výbor LPre-SMR 7. 2. 2011*



*Tvorivá dielňa – arteterapia.*



*Výrobky z tvorivých dielní na Rekondično-integračnom pobyte 2010 v Piešťanoch.*

### Aktuálne termíny podujatí

- 1. apríla 2011 pracovné stretnutie s delegáciou zástupcov EULAR-PARE, príprava a koordinácia akcie, príprava ppt. prezentácie o činnosti a prínose Ligy pre svojich členov v slovensko-anglickej mutácii, účasť 5 – 6 členov SMR a vedenia LPre SR.
- 20. – 22. mája 2010 účasť na prípravnom pracovnom stretnutí v Talline, 2 členky SMR.
- 20. – 28. júna 2011 účasť 5-člennej skupiny SMR na Medzinárodnom kongrese mladých reumatikov IOYR v Talline (Estónsko).
- 10. júla 2011 sa v hoteli Avena uskutoční Výročná členská schôdza LPre – SMR aj s voľbou nového Výboru za účasti členov LPre – SMR a KK. Prosím potvrdte svoju účasť do 30. júna 2011 na e-mail: [sekretariat@mojareuma.sk](mailto:sekretariat@mojareuma.sk), alebo pošlite splnomocnenie. Program a bližšie inštrukcie budú včas zverejnené na [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk).
- 10. – 16. júla 2011 Rekondično-integračný pobyt sa uskutoční v Liptovskom Jáne, hotel Avena. Oznam a prihláška na R-IP sú k dispozícii cez [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk) a na FB v skupine Moja & Tvoja artritída.
- Termín Benefície 2011 a slávnostné vyhlásenie II. ročníka Novinárskej pocty KROK 2010 bol určený na 15. októbra 2011. Od mája je na webe spustené [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk) on-line hlasovanie za jednotlivé príspevky. Súčasťou programu je koncert Zuzany Smatanovej s kapelou. Srdečne vás všetkých pozývame!

-jdc-

## KTO ešte nemá DVD?

**A**k máte záujem o DVD s cvičebnými zosťavami, napíšte na [dvd@mojareuma.sk](mailto:dvd@mojareuma.sk) alebo zavolajte na 0917 790 264. Pošleme Vám ich na dobierku. DVD vznikli z iniciatívy LPRé – 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 (JIA). Cieľom projektu je 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 pobybe a zachová ich prirodzenú mieru funkč-



nosti. Počas pobytu v NÚRCH Piešťany si môžete DVD zakúpiť na sekretariáte LPR SR, kus za 5 €. Sledujte aktuálne info na [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk).

## MOTIVAČNÝ KURZ dobrovoľníkov

**26.** februára 2011 sa konal v Piešťanoch Motivačný kurz dobrovoľníkov LPRé – SMR. Účastníci sa začali schádzať v skorých obedňajších hodinách. Nasledovalo krátke zvitanie. Pracovné stretnutie Výboru a pozvaných hostí sa konalo v hoteli Máj. Účastníkov kurzu privítala predsedníčka Jana Dobšovičová Černáková, ktorá kurz pripravila a koordinovala jeho priebeh. Po úvodných slovách a stručnom predstavení programu vyzvala kolegov, aby anonymne napísali na lístoček svoje očakávania od tohto stretnutia. Na záver sa očakávania porovnali s realitou a vyhodnotil sa prínos pracovného stretnutia. Cieľom kurzu bolo motivovať účastníkov k efektívnej dobrovoľníckej spolupráci v prospech občianskeho združenia Liga proti reumatizmu – Sekcia mladých reumatikov a Klubu Kĺbik. V príjemnej tvorivej atmosfére si účastníci vyskúšali prezentáciu vlastnej osoby i nášho občianskeho združenia, vystupovanie pred skupinou poslucháčov a učili

sa na vlastných závähaniach, ktoré sa potom spoločne analyzovali. Keďže okrem „súčasných výborníkov“ zavítali medzi nás aj noví, naša predsedníčka si na nás pripravila niekoľko „sofistikovaných“ otázok. Bez zvláštnej prípravy sa každý predstavil poslucháčom tak, aby ich zaujal. Prezentácie boli výstižné a nápadité, až prekvapivo na vysokej úrovni aj u nových členov skupiny. Drobnou korekciou prezentácií sa účastníci stretnutia trénovali,



Účastníci motivačného kurzu dobrovoľníkov LPRé – SMR v Piešťanoch.

nadobúdali sebadôveru a prejavovali si vzájomné uznanie alebo povzbudenie. Bolo to veľmi zaujímavé a podnetné. V ďalšej časti programu sme diskutovali o aktuálnych prípravách tradičných projektov SMR, prezentovali sa návrhy, ako zefektívniť dobrovoľnícku prácu. Na záver sme vyhodnotili lístočky s predstavami a očakávaniami jednotlivých účastníkov, ktoré sme písali na začiatku. Tie moje sa určite naplnili. Som bohatšia o množstvo nových informácií a teším sa, že som spoznala nových, perspektívnych kolegov, ktorí majú záujem o spoluprácu v SMR. Sú to mladí kreatívni ľudia, ktorí budú pre naše občianske združenie prínosom. Dovolím si konštatovať, že naše pracovné stretnutie sa vydarilo. Malo význam a bolo prínosom i motiváciou pre budúce projekty, lebo pri spolupráci je dôležité vedieť predstaviť seba, naše občianske združenie a koordinácia spolupráce v skupine. Nie je nad osobný kontakt a vzájomná výmena názorov.

-gč-

## II. ročník novinárskej pocty KROK

Organizátor novinárskej pocty KROK Liga proti reumatizmu – Sekcia mladých reumatikov vyhlasuje **II. ročník novinárskej pocty KROK 2010**, kde môžete nominovaným novinárom alebo redakciám pridelovať hlasy v **kategoriách**:

- a) televízne príspevky,
- b) rozhlasové príspevky,
- c) printové príspevky.

Každý nominovaný príspevok je uverejnený (nižšie) v **zozname súťažných príspevkov** podľa kategórií a na [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk), kde si ho môžete pozrieť, vypočuť, či prečítať. Týmto si vás dovoľujeme požiadať o pridelenie hlasu tomu z nominovaných článkov a relácií, ktoré vás najviac oslovili. Hlasovať môžete jednoduchým kliknutím, podľa uvedených inštrukcií, a to v termíne **od 1. mája do 30. septembra 2011**.

Slávnostné vyhlásenie II. ročníka novinárskej pocty KROK 2010 sa uskutoční pri príležitosti Svetového dňa reumatizmu **15. októbra 2011 o 18.00 h na Benefícii 2011 v NOC – Dome umenia Piešťany, kde v programe vystúpi Zuzana Smatanová s kapelou.**

### Zoznam súťažných príspevkov „KROK 2010“

#### a) Kategória: televízne príspevky v súťaži KROK 2010

##### 1. RSTV relácia FOKUS zdravie – REUMA

**Odvysielané:** 23. 11. 2010 na Dvojke (Košice)

**VIDEO a link:** <http://www.stv.sk/online/archiv/fokus?id=36565&scroll=74>

**Autor:** Jozef Puchala, moderátor: Stanislav Lažo

*Lekárska veda rozoznáva takmer dvesto reumatických chorôb a reumatických príznakov. Ich postih a priebeh sa pritom môžu líšiť. Najčastejšie zápalové ochorenie – reumatoidná artritída – postihuje prevažne ľudí v produktívnom veku, dokonca aj deti. Z nezápalových reumatických ochorení sa najčastejšie vyskytuje osteoartróza, ktoré postihuje najskôr starších ľudí. Aj tieto témy rozoberali s profesorom MUDr. Ivanom Rybárom z NÚRCH Piešťany v kontaktnej televíznej relácii FOKUS.*

##### 2. TV MARKÍZA – Modré z neba – PALCULIENKA/NICE

**Odvysielané:** 28. 4. 2010

**VIDEO a link:** <http://video.markiza.sk/archiv-tv-markiza/modre-z-neba/41608>

**Režisér:** Ivan Holub, produkcia: Ján Melikant, scenár: Mariana Cyprichová

**Moderátor:** Vilo Rozboril

*Oblúbená televízna relácia TV MARKÍZA – Modré z neba – je rodinná show o splnených snoch. Táto emotívna televízna relácia prilákala k obrazovkám koncom apríla 2010 mnohých divákov a obzvlášť aj tú časť publika, ktorá pozná život s reumatickým ochorením. Milujúca mamička vysnívala svadobnú cestu do Nice pre svoju dcéru Ivetku a zaťa Robka. Keďže Ivetke od malička poznačilo osud reumatické ochorenie, ich cesta bola zvláštna aj tým, ako krásne vedú spolu s manželom zvládať všetky prekážky a v jedinečnej synchronizácii s humorom vyriešiť každý problém. Ako sa ich svadobná cesta vydarila, môžete sledovať v ukážke.*

##### 3. TV KARPATY Piešťany – reportáž: UVEDENIE DO ŽIVOTA DVD

**Odvysielané:** 16. 7. 2010

**Moderátorka:** Tatiana Hužovičová

**VIDEO reportáž**

*Uvedenie do života DVD, ktoré sa uskutočnilo 12. júla 2010 v hoteli Máj v Piešťanoch, zaznamenala regionálna televízia TV KARPATY v reportáži odvysielanej 16. 7. 2010. Na slávnostnom podujatí sa uskutočnil „Krst dvoch DVD“ nahrávok s cvičebnými zostavami pre deti s JIA a pre dospelých s RA. DVD slávnostne uviedla do života posypaním lupienkami ruží bývalá vedúca rehabilitačného oddelenia Národného ústavu reumatických chorôb Helenka Haringová. Podujatie moderovala známa slovenská herečka Bibiana Ondrejková. Sama zdôrazňuje potrebu osvety v tejto oblasti. Pre pacientov s reumatickým ochorením je dôležité systematicky cvičiť každý deň, nové DVD môžu cvičenie uľahčiť. Pacienti i rodičia chorých detí majú z videonahrávky rehabilitačných cvičení radosť.*

##### 4. MTT – Mestská televízia Trnava – spravodajstvo Liga proti reumatizmu

**Odvysielané:** 3. 5. 2010

**Redaktorka:** Ivana Mušková, kameraman: Matej Michalec

**VIDEO a link:** <http://www.mtt.sk/spravodajstvo/trnavsky-magazin/?video=769>

*Miestna pobočka Ligy proti reumatizmu Trnava je nová, má však už 210 členov. O reálnom význame výskumu pre zdravie pacientov sa dozvedeli na vzdelávacom popoludní, kde vznikla v máji 2010 reportáž do spravodajstva Mestskej televízie Trnava.*

#### b) Kategória: rozhlasové príspevky v súťaži KROK 2010

##### 1. RSTV – Martin Jurčo, reportáž zo slávnostného vyhlásenia výsledkov KROK

**Odvysielané:** 25. 10. 2010, 09:20

**AUDIO záznam**

*Liga proti reumatizmu – Sekcia mladých reumatikov vznikla roku 1998 a združuje deti v Klube Klábik a mladých pacientov do 35 rokov. Na začiatku boli spoločné stretnutia na rekondičných pobytoch v rôznych kúpeľných mestách na Slovensku. Vznik takéhoto záujmového občianskeho združenia bol teda logickým vyústením spoločných aktivít. Na ich podujatiach sa zúčastňujú nielen chorí, ale aj ich rodiny, priatelia a sympatizanti. Na jednom z podujatí vznikla aj myšlienka novinárskej súťaže Krok, ktorá by cez novinárov mohla viac propagovať aktivity mladých reumatikov, a tak im nepriamo pomáhať. Prvý ročník novinárskej súťaže vyhodnotili 23. októbra 2010 v Piešťanoch. Viac sa dozviete v reportáži Martina Jurča, ktorý sa na podujatí zúčastnil.*

##### 2. RSTV – Jozefína Mikovinyová, reportáž – Centrum biologickej liečby

**Odvysielané:** 23. 2. 2010, 14:51

**AUDIO záznam**

*Stuhnutosť a neznesiteľné bolesti, taká je reumatická artritída. Postihuje ľudí nielen vo vyššom veku a je často dôvodom na invaliditu. Pokrokom je nová skupina liekov, ktorú už niektorí postihnutí pacienti poznajú pod názvom biologická liečba reumy. Účinne pôsobí až na dve tretiny pacientov a u tridsiatich percent z nich úplne vymiznú príznaky a zmeny na kĺboch. Centrum biologickej liečby pre stredné Slovensko je od leta 2009 v Rooseveltovej nemocnici v Banskej Bystrici. Jozefína Mikovinyová sa o tejto liečbe najskôr pohovárila s pacientkou, potom oslovila vedúcu lekárku z Centra biologickej liečby pre stredné Slovensko Zlatu Kmečovú z Rooseveltovej nemocnice v Banskej Bystrici. Nové lieky*

vedia do veľkej miery zlepšiť zdravotný stav pacientov a skvalitniť im život.

**c) Kategória: printové a internetové príspevky v súťaži KROK 2010**

**1. redakcia PRAVDA: Amerika dala Slovákov slobodu vo vede, odmenil sa jej miliónmi**

**Autor:** Miroslav Čaplovič

**Publikované:** 19. 3. 2010

**link:** [http://spravy.pravda.sk/amerika-dala-slovakovi-slobodu-vo-vede-odmenil-sa-jej-milionmi-p6v-/sk\\_svet.asp?c=A100319\\_165902\\_sk\\_svet\\_p12](http://spravy.pravda.sk/amerika-dala-slovakovi-slobodu-vo-vede-odmenil-sa-jej-milionmi-p6v-/sk_svet.asp?c=A100319_165902_sk_svet_p12)

**krátke video**

Ján Vilček (76) pochádza z Bratislavy, kde vyštudoval medicínu. Pôsobil vo Virologickom ústave Československej akadémie vied. Po emigrácii do USA sa zamestnal na Newyorskej univerzite, kde pracuje doteraz. S manželkou Maricou založil Nadáciu Vilček, ktorá zvyšuje povedomie o prínose prisťahovalcov v oblasti umenia a vedy. Každoročne udeľuje ceny v hodnote v prepočte 110 tisíc eur (3,3 milióna Sk). Vilček sa podieľal na vývoji lieku proti artritíde. Väčšinu z príjmov súvisiacich s objavom daroval lekárskej fakulte v New Yorku. Ako

dieťa prežil holokaust, ako nádejný vedec emigroval do USA a za novú šancu, ktorú mu roku 1964 poskytla Newyorská univerzita, sa jej neskôr rozprávkovo odmenil. Ján Vilček daroval tamojšej lekárskej fakulte príjem z licenčných poplatkov, čo mu patrilo ako odborníkovi, ktorý pomohol vyvinúť liek proti artritíde.

**2. redakcia PRAVDA: Bolesťivá reuma patrí do rúk lekára**

**Autorka:** Dorota Hudecová

**Publikované:** 15. 8. 2010

**link:** [http://zdravie.pravda.sk/bolestiva-reuma-patri-do-ruk-lekara-d6d-/sk-zpreven.asp?c=A100812\\_113201\\_sk-zpreven\\_p31](http://zdravie.pravda.sk/bolestiva-reuma-patri-do-ruk-lekara-d6d-/sk-zpreven.asp?c=A100812_113201_sk-zpreven_p31)

Reuma je štvrtou najčastejšou príčinou invalidity. Trpí ňou viac ako sto miliónov Európanov, s reumatickou artritídou má problémy 50 tisíc Slovákov. Ide o chronické zápalové ochorenie neznámej príčiny. Postihnuté kĺby sú opuchnuté, bolesťivé, s obmedzenou pohyblivosťou. Keďže nepoznáme príčinu vzniku reumy, ťažko hovoriť o prevencii. Dôležitý je pohyb.

**3. redakcia Plus 7: Nevládal som sa pohnúť**

**Autorka:** Jozefína Kaššová,

**Publikované:** 21. 10. 2010

**link:** <http://zdravie.pluska.sk/zdravie/pribeh/nevladal-som-pohnut.html>

Robert Hrnčíř (45) vie veľmi dobre, čo je neznesiteľná bolesť. Nedokázal pre ňu nastúpiť do auta, nevedel sa zohnúť, obuť ani obliecť. Prečo mu lekári nepomohli? Choroba ho začala prenasledovať krátko po dvadsiatke. „Bolievala ma chrbtica, občas som bol ráno celý stuhnutý. Lekári mi predpisovali protizápalové lieky, pojedol som ich dosť, no príliš nepomáhali. Bolesť bola čoraz horšia, niekedy som ani nevládal chodiť,“ hovorí Robert, povolaním kuchár.

**4. redakcia PRAVDA: Dôvera pacienta k lekárovi je veľmi dôležitá, tvrdí ortopéd Jakubík**

**Autorka:** Dorota Hudecová

**Publikované:** 14. augusta 2010

**link:** [http://zdravie.pravda.sk/dovera-pacienta-k-lekarovi-je-velmi-dolezita-tvrdi-ortoped-jakubik-1di-/sk-zpreven.asp?c=A100812\\_112754\\_sk-zpreven\\_p31](http://zdravie.pravda.sk/dovera-pacienta-k-lekarovi-je-velmi-dolezita-tvrdi-ortoped-jakubik-1di-/sk-zpreven.asp?c=A100812_112754_sk-zpreven_p31)

Kĺby sú najdôležitejšie orgány pohybu. O tom, prečo bolia, ale aj ako sa o ne starať, hovorí ortopéd Tomáš Jakubík a tvrdí, že hoci sú dnešné umelé kĺby veľmi kvalitné a vydržia dlho, lekári sa snažia oddialiť čas, keď je potrebné voperovať umelý kĺb.

-jdc-

## LPRe Miestna pobočka Ilava DOBRÝ SKUTOK bez výčitiek

Všiestej triede základnej školy som vyhral v školskej predvianočnej lotérii starý fotoaparát. Povedali mi, že fotoaparát darovalo do lotérie združenie rodičov a priateľov školy a že ľudia, väčšinou rodičia, robia takéto dobré skutky, a tak pomáhajú škole. Toto zistenie som si utvrdil v poslednom ročníku, keď nám združenie prispelo na celodenný výlet. Ani som sa nenazdal a sám som sa stal rodičom a za nejaký čas i členom združenia pri základnej škole. Vedomý si svojho poznatku zo základnej školy som sa snažil vždy robiť dobré skutky, a tak škole pomáhať. O to väčšiu zodpovednosť som pocítoval, keď som sa stal predsedom tohto združenia. Príležitostí na robenie dobrých skutkov bolo veľa, ale najväčšia bola v období školskej zábavy a chystanie vecí do tomboly. Pokyn na získanie predmetov na losovanie vždy znel veľmi diplomaticky: „Kto čo môže darovať do našej tomboly, darujte to, čo



Spoločnú fotografiu s členmi Ligy proti reumatizmu a Klubu seniorov z Ilavy spolu so zverencami „Krista Veľkňaza“ a p. farárom Mariánom Kuffom (druhý zľava). Na fotografii sú aj vrecia s topánkami.

máte v robote navyše, doneste to“. Nechcelo sa mi veriť, koľko vecí bolo v robote „navyš“. Vždy sme mali veľa vecí na vylosovanie. Roky som do tomboly nosil brzdvú kvapalinu a nemrznúcu zmes. Ešte aj dnes stretávam výhercu topánok vyrobených v miestnej pobočke ZDA Partizánske, ktorý keď vylosoval jeho číslo, ich niesol vysoko nad hlavou a kričal, že takéto si chcel akurát kúpiť. Jeho nadšenie trvalo do okamihu, keď zistil, že topánky sú preňho malé, a tak ho nezapadlo nič iné, ako ich hneď druhý deň vrátiť do spomínanej prevádzky, žiaľ priamo do riaditeľskej kancelárie. Bolo ťažké vysvetliť, že zrejme práve tieto topánky chceli urobiť dobrý skutok a dostali sa do tomboly samy od seba. A tak som si vyhodnotil tento skutok získania topánok do tomboly ako dobrý skutok, no žiaľ s výčitkami. Ostatné zahojil čas.

A naraz som zistil, že seniori sú mojimi vrstovníkmi. Spolu usporadúvame akcie, hľadáme výhodné dovolenky, pripravu-

jeme výlety, pričom najsympatickejšie akcie sú tie, kde je poznámka „Zľava pre seniorov“...

V máji tohto roku sme boli s manželkou a priateľmi na krátkej dovolenke na východnom Slovensku. Pekná dovolenka, krásna príroda. Jeden deň sme navštívili malú obec Žakovce neďaleko Kežmarku. Obec, v ktorej žije spoločenstvo ľudí, ktorí mali v minulosti problém so zákonom, brali drogy, boli bezdomovcami. Títo ľudia tu našli zmysel života. Tu sa venujú zmysluplnej činnosti. Duchovným otcom tohto spoločenstva je pán farár Marián Kuffa. Správne by som mal napísať, že štatutárom je Ing. Mgr. Marián Kuffa, Dr.h.c.

...a dobré skutky vidieť všade. Aj po krátkej návšteve sme mali ja i moji priatelia dojem, že by bolo treba urobiť nejaký dobrý skutok a tomuto spoločenstvu pomôcť. Nakoniec sme sa dohodli, že urobíme zbierku. Desil som sa, keď som zistil, že ktosi navrhol, aby sme urobili

zbierku topánok. A topánky sú tu opäť, myslel som si, len aby to nedopadlo ako vtedy v školskej tombole. Požiadali sme členov v Klube dôchodcov a členov Ligy proti reumatizmu, aby doniesli do zbierky zvyšné topánky, ktoré už nenosia, alebo z ktorých už vyrástli – hlavne, aby boli v dobrom stave. Potom ich zabalíme a pošleme do Žakoviec poštou. Nechcelo sa mi veriť, že toľko ľudí v Ilave sa rozhodlo urobiť dobrý skutok. Topánkami sme naplnili 4 plné veľké vrecia a 2 menšie. To sa už nedalo poslať poštou, a tak sme vrecia naložili do auta a osobne sme ich do Žakoviec odviezli. Na pamiatku sme urobili spoločnú fotografiu. V kronike Klubu dôchodcov v Ilave a v pobočke Ligy proti reumatizmu v Ilave si vyhodnotíme túto akciu ako dobrý skutok, ktorý sme urobili pred Vianocami 2010. Tešilo ma, že som sa na tomto dobrom skutku tiež podieľal a nakoniec, aj keď to boli topánky, bol to dobrý skutok bez výčítiek...

*Ing. Josef Rosenbaum*

## CHCEME sa pochváliť!

**N**a výročnú členskú schôdzu miestnej pobočky Ligy proti reumatizmu v Ilave sme pozvali a mali česť aj privítať dvoch zástupcov Európskej ligy proti reumatizmu, za PARE pani Jacqueline Mäder a projektového koordinátora EULAR pána Floriána Kletta. Bola to ich prvá návšteva Slovenska. Pri tejto príležitosti nám bola zapožičaná i putov-

ná výstava **Working Wonders Traveling Exhibition** – výstava o ľuďoch, ktorí aj keď sú chorí, opäť sa zapojili do života. A tak po Bruseli, Taline, Berlíne a Moskve bola táto výstava aj v Ilave, neskôr v Národnom ústave reumatických chorôb. Zo Slovenska putovala do Budapešti a Záhrebu. Radi by sme spomenuli i pani Birte Glüsing, ktorá s nami pri príprave vý-



Účastníci stretnutia.

stavy aktívne spolupracovala a vďaka jej prístupu sa výstava aj uskutočnila.

*josros*

## LPre Miestna pobočka Košice

### ČO VŠETKO SME ZVLÁDLI a dokázali v roku 2010

**H**lavné myšlienky pri tvorbe plánu činnosti vychádzali zo skutočnosti, že rokom 2010 sa končí kampaň Dekáda kostí a kĺbov 2000 – 2010 a my v roku ukončenia záväzujeme všetky dobré plány a zámery kampane. Cieľom Dekády bolo obrátiť pozornosť širokej verejnosti na problematiku reumatických chorôb a postavenie reumatika v spoločnosti.

Dôležitým, niekedy až rozhodujúcim faktorom popri diétnej a medikamentózne terapii je primeraná fyzická aktivita. Každú nedeľu od 17.30 do 18.45 h majú členovia a sympatizanti za symbolické 1 euro k dispozícii telocvičňu s vynikajúcou cvičiteľkou. Pri jej bodystylingu si v rámci svojich možností a daností precvičíme všetky kĺby a svaly (aj tie, o ktorých sme nevedeli...). Miesto: LUX, n. o.,

Opatovská cesta 97, cvičí: RNDr. Agi Fehérová.

Už tretíkrát po sebe sa v hoteli CHEMES na Zemplínskej Širave v dňoch 17. – 22. mája zrekreovalo 24 chorých. Spolu prežité chvíle pri oddychu, rehabilitačných procedúrach, na výletoch i v bazéne a saune stmelili „starých“ i nových reumatikov a osteoporotikov a okrem tela pookriala aj naša myseľ. Nezháľal ani

mozog – prednášku o prevencii a liečbe osteoporózy a reumatoidnej artritídy nám odprednášal zástupca firmy Sanofi-Aventis s množstvom aktuálnych brožúr a informačných letákov. Opätovne sa pri záverečnom „táborákovom“ vyhodnotení potvrdila potreba podobných relaxačno-rehabilitačných pobytov za prijateľnú cenu aj pre sociálne znevýhodnených členov.



Spolupracujeme so zahraničnou partnerskou organizáciou z Lotyšska. V júni k nám zavítalo 45 lotyšských reumatikov na čele so zariadeným vedúcim Artúrom Apinisom. Pripravili sme prehliadku historických pamiatok Košíc, pohostenie v cukrárni a občerstvenie v hoteli Strojár pred odchodom. V spolupráci hodláme pokračovať, stretnutie s patientskou lotyšskou organizáciou z mesta Jelgava bolo inšpiratívne a poučné. Ich milé a srdečné pozvanie do Lotyšska sme prijali a tohto roku v máji sa chystáme ich návštevu opätovať.

Ako po iné roky nezabúdame ani na edukáciu našej členskej základne. Členské schôdze a výročná členská schôdza sú vždy „obohatené“ o kvalitné a žiadané prednášky medicínskeho aj sociálneho

charakteru. Spolupracujeme s odborníkmi, ako sú doc. MUDr. Želmíra Macejová, PhD., a MUDr. Mária Oetterová. V tomto roku 2011 otvoríme témy bezbariérové stavby, rovnosť príležitostí a integrácie postihnutých do spoločnosti.

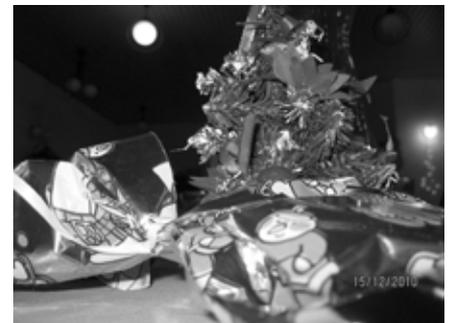
V termíne od 18. 10. do 24. 11. 2010 sme absolvovali počítačový kurz ZÁKLADY POUŽÍVANIA POČÍTAČOV A INTERNETU „40UP“ – „Užívajme počítač po štyridsiatke“. Absolventi z Ligy proti reumatizmu dostali Certifikát a pre veľký záujem plánujeme kurz aj v 1. štvrtroku 2011.

4. ROČNÍK BEHU ZDRAVIA A CHÔDZE pri príležitosti Svetového dňa reumatikov (12. október) sme usporiadali 14. októbra na školskom dvore sociálneho zariadenia LUX, n. o., na Opatovskej ceste



97. Spoločne si zabehlo vytýčenú trasu 69 bežcov z hostiteľskej organizácie a 9 členov Ligy proti reumatizmu. Víťazov sme štedro odmenili. S mnohými klientmi zariadenia sa už dôverne poznáme a nezabúdame na nich ani v čase Vianoc. T. r. výbor pripravil balíčky špeciálne pre 11 seniorov, ktorí i v tomto sviatočnom čase zostávajú v Luxe.

PREDVIANOČNÉ KONCERTY sa stávajú už tradičnými a každoročne obľúbenými podujatiami Ligy na záver roka. Dňa 15. 12. 2010 po 16.00 hodine sa v hoteli Strojár stretlo 45 členov, ktorí mali k sebe blízko, lebo poznajú, čo je choroba, boľešť a spoločne sa snažia prelomiť komunikačné bariéry, keďže chcú žiť napriek ochoreniu plnohodnotný a zmysluplný život.



*Náš rok je bohatý na aktivity a zážitky. Radi medzi nami privítame nových členov, nielen reumatických pacientov, ale aj sympatizantov Ligy proti reumatizmu.*

*Príďte medzi nás...*

Bližšie informácie na tel. čísle 055/6741 014 ; e-mailovej adrese: palkova.katarina@post.sk; www.ligareumake.sk

## Výročná členská schôdza

### Vyhodnotenie činnosti za rok 2010

VČS dňa 29. 4. 2011 sa konala v tvorivej pracovnej atmosfére. Rokom 2010 skončila kampaň Dekáda kostí a kĺbov. Ako sa nám podarilo splniť a zúročiť zámery kampane a náš plán na rok 2010 informovala predsedníčka Katarína Palková:

1. Rekondičný pobyt na Širave v máji – odrekreovaných 25 členov.

2. Úspešne zvládnutý Beh zdravia v októbri – 108 registrovaných účastníkov.
3. Pravidelné „nedelne cvičenia s Ági“ pre členky – priemerná účasť do 15 cvičení. Pravidelné „utorok na fit-lopte“ – 10 členiek.
4. Neformálna aktívna spolupráca s MP Úniou proti osteoporóze a so sociálnym zariadením LUX, n.o., pri športe a kultúre po celý rok.



5. 20-hodinový počítačový kurz absolvovalo v novembri 18 členov.
6. Spoluprácu so zahraničnou partnerskou organizáciou z Lotyšska z miest-

nej pobočky Jelgava sme nadviazali v júni, počas ich zázjazdu po východnom Slovensku (45 účastníkov).

- Edukácia členskej základne formou odborných 9 prednášok z medicíny a sociálno-právnych problémov v priebehu roka.
- Informačné plagáty MP (3 typy) a kvalitná aktuálna webová stránka [www.ligaremake.sk](http://www.ligaremake.sk) informujú o našej činnosti priebežne.
- V decembri zorganizovaný Vianočný koncert s „mikulášskymi balíčkami“ pre 55 členov a zabezpečenie vianočných balíčkov pre imobilné členky (4) a 15 balíčkov pre LUX, n.o.
  - Výbor MP sa zúčastnil na všetkých zasadnutiach Predsedníctva v Piešťanoch.

• Výbor aktualizoval členskú základňu v zmysle novelizovaných stanov LPRe.

O hospodárení s finančnými prostriedkami referovala Ing. Melicharová.

### Plán činnosti na rok 2011

pokračuje vo všetkých úspešných činnostiach, ktoré sa v uplynulom období osvedčili a členovia si ich obľúbili. Navyše:

- Členská schôdza jednohlasne odsúhlasila úpravu členského príspevku na rok 2011 na výšku 5 eur.
- Predsedníčka požiadala o návrhy kandidátov na nový pracovný výbor od roku 2012 s dôrazom na oblasť ekonomiky a vedenia kroniky.



- Do plánu činnosti 2011 navrhujeme navyše zaradiť spoločné návštevy predstavení ŠD trikrát do roka a iných kultúrnych podujatí v rámci EHMK Košice 2013.

*Daniela Fényesová  
tajomníčka LPRe Košice*

## LPRe Miestna pobočka Lučenec PODHÁJSKA v zime

Presne na „Mikuláša“ sme si urobili predĺžený víkendový pobyt v Podhájskej. Teplá voda a dobrá nálada nám nechýbala a naše „medvedice“ to dokazujú.



Liečivá voda v Podhájskej pomáha zregenerovať boľavé kĺby, ako aj nabráť silu k predvianočnému upratovaniu.

*Mária Gilanová*



## Dni zdravia a výživy

Dňa 24. marca 2011 na našom stretnutí MUDr. Iveta Stanová prednášala o dodržiavaní zdravej výživy, ktorá je potrebná pre udržanie nášho zdravia. Pripomenuli sme aj MDŽ, ktoré nám spríjemnili deti zo Základnej školy na Kubínyho námestí spoločenskými tancami.

*M. Gilanová*



*Prednáška o dodržiavaní zdravej výživy zaujala.*

## AJ SENIORI chcú vedieť viac...

Preto sa jedenásť členov MP LPRe v Lučenci rozhodlo rozšíriť svoje vedomosti na počítačovom kurze. Veď dnes technika hýbe svetom a vedieť pracovať s počítačom a internetom je potrebná vec.

Ďakujeme riaditeľovi Akadémie vzdelávania Mgr. Jánovi Belkovi za umožnenie tohto vzdelávacieho kurzu s profesorovi Meszárošovi za výučbu a trpezlivosť s nami.

*Účastníci kurzu*



*Účastníci kurzu počítačovej zdatnosti.*



*Príjemné popoludnie nám spríjemnili vzajomné rozhovory.*

## Deň kože – Deň dotykov

Dňa 5. mája 2011 sa konalo stretnutie členov Klubu psoriatickov a atopikov, ako aj členov miestnej pobočky LPre. Pútavú prednášku o psoriáze a jej liečbe nám priblížil MUDr. Urbanček, primár Kožného oddelenia v Banskej Bystrici. Toto ochorenie je u nás dosť rozšírené, a preto je potrebná účinná liečba.

Druhá prednáška sa týkala materských znamienok. Opäť je tu po roku Európsky deň melanómu, čo je príležitosť, keď Vám

16. mája 2011 vybraní dermatológovia bezplatne preventívne skontrolujú znamienka. Melanóm je zhubné ochorenie kože prejavujúce sa často práve materským znamienkom, ktoré mení svoj vzhľad. No pri včasnom odhalení vám ho vyberú a okrem pár stehov vás do konca života tento problém nemusí trápiť. Preventívne prehliadky v Lučenci sa budú konať od 9. do 4. hodiny.

Pri tejto príležitosti sme si pripomenuli Deň matiek a deti z materskej školy



Deti z materskej školy na ulici Zvolenskej nám spríjemnili zážitok pekným kultúrnym programom.

na ulici Zvolenskej nám ho spríjemnili pekným kultúrnym programom, za čo im srdečne ďakujeme.

Mária Gilanová

## LPre Miestna pobočka Piešťany

### Rok 2010 s Ligou proti reumatizmu na Slovensku

Rok sa začal novoročným posedením v klube „Rozmarín“, vyzprávaním rôznych zážitkov, spevom kolied, ktoré neodmysliteľne patria k tomuto času a „koštovkou“ rôzneho pečiva z domácej výroby našich členov.

19. 1. 2010 sme sa stretli opäť v klube pri pletení košíkov zo starých zlatých stránok. Naše členky – Božka Kudláčová a Alenka Fabianová nás zasvätili do tohto umenia a my ostatní sme krásne precvičovali stuhnuté prsty rúk jemnými motorkými cvikmi.

26. 1. 2010 sa naši členovia v hojnom počte zúčastnili na pútavej prednáške pani MUDr. Márie Orlovskej.

10. 2. 2010 MP LPre zhodnotila svoju činnosť za rok 2009 na výročnej členskej schôdzi, oboznámila celú členskú základňu so zmenami, ktoré nastali vo vedení miestnej pobočky a s plánovanými aktivitami na rok 2010.

Presne podľa plánu sa rozbehla činnosť pobočky pod vedením Mgr. Rotákovskej, 12. 3. 2010 oslávili MDŽ. Chrípka a ako sa pred ňou chrániť – to bola naplánovaná a odprednášaná téma MUDr. Kiňu. Aktuálnosť témy zabezpečila bohatú diskusiu, a tak členovia aj MUDr. Kiňo odchádzali spokojní.

23. 3. 2010 sa členovia zúčastnili na spoločnej prechádzke po našich parkoch s cieľom poznávania stromov.

V apríli sme sa zúčastnili na Dni humoru – do programu sa zapojili naše členky zo Sokoloviec veselou scénkou.

V tomto mesiaci odzneli v klube prednášky na tému „Reuma“ MUDr. Kusenka a „Zdravá výživa“, ktorú odprednášala Daniela Kosáková.

Máj – najkrajší z jarných mesiacov sa začal pekne i pre členov MP LPre, hoci v malom počte, ale predsa sa zúčastnili na stretnutí pri príležitosti Dňa matiek vo Fontáne a hoci bol dôvod oslavovať, celé posedenie bolo poznačené ďalšími zmenami, ktoré bolo potrebné urobiť vo vedení miestnej pobočky.

Mgr. Mária Rotáková sa vzdala funkcie predsedníčky miestnej pobočky z vážnych zdravotných dôvodov, zvyšok výboru oslovil pani Vieru Mikulovú, kooptoval ju do výboru a voľbou sa stala novou štatutárkou miestnej pobočky LPre.

Nie je jednoduché naskočiť do rozbehnutého vlaku, nedoráňať sa a pokračovať v ceste – ale podarilo sa!

Výbor sa doplnil o nových členov: Ing. Andrej Svitana a pani Anna Šípošová.

Nový výbor pracuje v nasledovnom zložení:

- predseda Viera Mikulová
- podpredseda Mgr. Edita Macegová
- tajomník Ing. Andrej Svitana
- pokladník Eva Adamcová
- kronikár Anna Šípošová
- člen výboru Dušan Chudý
- člen výboru Irena Črepová
- člen výboru MUDr. Viera Beňáčková
- predseda revíznej komisie Eva Šajbanová



– členovia revíznej komisie

Olga Tóthová, Štefan Bučko

Plán práce bol vyhotovený, neostávalo teda nič iné, len sa s vervou pustiť do jeho plnenia.

Prvou akciou môjho „úradovania“ bol jednodňový zájazd na trase Piešťany – Smrdáky – Kunov – Branč – Piešťany 15. 6. 2010. Za zájazd bol zodpovedný Dušan Chudý a musím uznať, že veľmi pohodovým spôsobom riadil 45 účastníkov zájazdu. Všetci boli spokojní, všetkým sa páčilo. V Smrdákoch – v kúpeľoch bola



vybavená beseda s lekárom a sestričky nás previedli jednotlivými pavilónmi. Prednáška o liečení kožných ochorení nás veľmi zaujala, odchádzali sme plní dojemov s rôznymi prospektami, príjemne prekvapení zo správania sa liečebného personálu tam a samozrejme hneď sme porovnávali s našimi kúpeľmi a nechotou, s akou sa bežne stretávame pri pokuse o vybavenie nejakých procedúr za prijateľnú cenu u nás.

Ďalšou, už tradičnou akciou bol týždenný liečebný pobyt v Turčianskych Tepliciach (28. 6. až 4. 7. 2010), kde chodíme takmer ako rodinní príslušníci. Každoročne nám vychádzajú v ústrety a denne okrem stredy, keď máme vstup do Spa Aquaparku, máme večerný bazén len pre našich členov.

Liečebný pobyt má presný režim dňa:

7.00 – 7.30 rozcvička v prírode  
(precvičuje p. Mikulová)  
7.30 – 8.30 raňajky  
8.30 – dopoludňajšie procedúry  
12.00 – 13.00 obed  
13.00 – 15.00 oddych alebo procedúry  
14.00 – 17.00 vychádzky do okolia, ponuka kúpeľov alebo kultúrny program  
17.30 večera  
18.00 lekárska prednáška  
19.00 – 20.00 cvičenie a plávanie v bazéne (p. Mikulová).

Tiché a pohodové prostredie Turčianskych Teplíc sa odzrkadlí na každom jedincovi, veľmi pozitívne ho vnímame všetci. Každý si oddýchne po psychickej aj po fyzickej stránke.

Aj báseň z pera Viery Mikulovej, ktorá odznela na rozlúčkovom posedení, vyjadrila, že skutočne každý tam našiel presne to, čo hľadal a potreboval.

A samotné kúpele a liečivé účinky vody! – hádam nebolo nikoho, kto by nespozoroval úľavu od bolesti aj od stuhnutosti. Jediným želaním všetkých zúčastnených bolo – zopakovať pobyt aj v roku 2011.

Ďalšou akciou bola Podhájska (15. 7. 2010) – celodenný pobyt na kúpalisku s vodou hodnoty mŕtveho mora. Napriek veľkým horúčavám, keď sme uvažovali o zrušení akcie, sme zájazd absolvovali a ľudia vychutnávali priaznivé účinky vody bez ujmy na zdraví, s veľmi dobrým ohlasom a krásnymi spomienkami.

Už roky spestrujeme svoj život o zážitky zo zahraničia – ozdravným pobytom pri mori – ale i poznávaním historických



miest tej, či onej krajiny. Tieto aktivity, na ktorých sa zúčastňujú väčšinou členovia MP LPre (tento rok 4 neboli členmi LPre), si do posledného centa hradíme všetky výdavky z vlastného vrecka, aj keď ide o liečbu, tzv. talasoterapiu, ktorá má blahodarné účinky na artrózu, osteoporózu, artritídu (zápalové ochorenie kĺbov), na rôzne druhy kožných ochorení, na cievy a v neposlednej miere na astmatické problémy, či problémy s dýchaním. Aj tu začíname deň rozcvičkou, niektorí aj kúpaním a plávaním v mori, chodíme vdychovať jód a do určitej miery máme skupinový program (okrem fakultatívnych zájazdov), ktorému sa všetci podriaďujú. V tomto roku sme boli čerpať vitamín D v Chorvátsku v stredisku Baško Polje v termíne od 27. 8. do 5. 9. 2010.

Pri poslednom rozlúčkovom posedení v stredisku, ktoré bolo spestrené programom našich členov (Julka Blšťáková a Viera Mikulová) a spevom našich krásnych ľudových piesní, sme si hádam všetci vrývali do pamäti hukot mora z jednej strany a pohorie Biokovo, ktoré sme navštívili, zo strany druhej a robili plány na rok nasledujúci.

Tak, ako vravia lekári – najprv more, potom hory – držíme sa tohto hesla a od mora (tento rok hneď druhý deň ráno, t. j. 6. – 12. 9. 2010), sme odišli do Tatier – Kežmarských Žlabov. Je to týždenný rekondičný pobyt s presne dodržaným režimom dňa – s každodennými rozcvičkami, lekáorskými prednáškami, prechádzkami v prírode, návštevou múzeí, historických budov a pod. Hoci nám tento roku počasie moc neprialo, stihli sme aj túry na Zamkovského chatu a Sliezsky dom. Najväčšiu radosť sme mali, keď sme sa vyviezli na Hrebienok s členmi, ktorí sú po operácii bedrového kĺba a už ani neverili, že by sa im to niekedy podarilo. Už sa stalo tradíciou, že na každom rekondičnom pobyte máme posedenie, na ktorom sa vzájomne zoznámime, a podobne na jeho záver, písomne zhodnotíme celú akciu. Rozlúčkové posedenie býva doplnené programom, ktorý pripravia jednotliví členovia (tance, piesne, scénky, ale aj básne – pozri báseň Jeseň zo zbierky „Nakolene“ autor V. Mikulová v prílohe). Domov sme odchádzali plní dojemov, prekrásnych zážitkov, nových priateľstiev a spomienok.

25. 9. 2010 sme usporiadali 1. ročník cyklistiky pod názvom CYKLOTUR DE RE-UMATIC – pozri foto. Trasa viedla ratnovskou stranou Váhu cez hať a naspäť. Hoci



bol silný protivietor, nálada bola výborná, akcia sa ujala a určite ju zopakujeme.

Okrem uvedených aktivít sme zabezpečili našim členom masáže – na jar 2010 (zúčastnilo sa 67 členov) a na jeseň 2010 (zúčastnilo sa 120 členov).

Celý školský rok majú možnosť naši členovia cvičiť v telocvični gymnázia pod vedením pani Lýdie Mayerovej raz týždenne 1 hodinu a február – máj a september – november zúčastňovať sa na rehabilitačnom telocviku a plávaní v bazéne NÚRCH dvakrát týždenne po 2 hodiny, pod vedením pani Viery Mikulovej a Mgr. Petra Žilku. Obe akcie sú navštevované a veľmi obľúbené.

Okrem toho sme zakúpili pre našich členov 75 vstupeniek do bazéna v hoteli Park.

Zúčastnili sme sa na Dni zdravia – akcii k Svetovému dňu reumatizmu, 4. ročníku Behu a chôdze reumatikov a reumatológov, pri ktorom sme oslovili všetkých členov, sympatizantov a širokú piešťanskú verejnosť, o čom svedčí účasť na tomto podujatí. Celá akcia bola veľmi vydarená, obohatená o prednáškovú činnosť lekárov NÚRCH.

12. 10. 2010 sme dôstojne oslávili 15. výročie založenia Ligy proti reumatizmu na Slovensku – Miestnej pobočky v Piešťanoch. K uvedenému výročiu nám primátor mesta udelil Pamätný list a Pamätnú medailu.

## Jeseň

Jeseň je krásna, – to mi ver!  
Maľuje – zdá sa – celý deň

Tu pridá žltej, – ba až zlatej čosi, –  
Tam z červene listu hľadá kvapka rosy

Tá skotúľa sa do zelene trávy...  
Rozumieš deva, – čo všetko ti vraví?

Nuž, – spieva jesennú, – spomienkovú pieseň  
Jej nápev prináša do srdiečka tieseň

Núti nás zamyslieť sa, – pospomínať časy,  
Keď v lete v poliach zreli žita klasy

V novembri sme v spolupráci s denným klubom „Rozmarín“ zorganizovali zájazd na divadelné predstavenie do Bratislavy a v decembri na divadelné predstavenie do Nitry (celkovo sme na obe predstavenia zakúpili 100 vstupeniek pre členov LPRé).

Už tradične spoločne organizujeme novembrové a decembrové utorky – premietanie filmov – literárno-hudobné pásma – besedy s lekárom – besedy so spisovateľkou – posedenie pri bylinko-

vom čaji s vianočnými koledami.

V decembri sme zorganizovali decembrové posedenie, pobavenie a poučenie v KSC Fontána s kultúrnym programom, prednáškou lekára, možnosťou zakúpenia si vitamínov a potravinových doplnkov „papučovou“ dražbou a ... prišiel i Mikuláš ...

Domnievame sa, že sme mali šťastnú ruku pri výbere jednotlivých akcií, ktoré boli nápadité, pestro farebné, pripravené z lásky a od srdca. Svedčí o tom stály záujem členov, čo nás veľmi teší. Vracajú sa k nám bývalí členovia, doplácajú členské príspevky za zameškané roky, rozrastá sa členská základňa a opäť sa oživuje činnosť miestnej pobočky, z čoho máme veľkú radosť.

Držte nám, prosím, palce!

Viera Mikulová  
predseda MP LPRé Piešťany



## REFERÁT K 15. výročiu založenia miestnej pobočky LPRé v Piešťanoch

Vážení prítomní!

Stretávame sa tu presne po 5 rokoch od 12. októbra 2005, keď sme sa zišli z rovnakých dôvodov: aby sme oslávili Svetový deň reumatizmu a založenie dvoch charitatívnych organizácií – Ligy proti reumatizmu na Slovensku a Miestnej pobočky v Piešťanoch.

Dnes budeme sláviť sami. Prečo? – to viete, 10-ročné dieťa, – to ešte narobí kotrmelcov!

Ale 15-ročné .... stáva sa zodpovednejším .... dostáva občiansky preukaz ... a tak.

5 – 10 – 15 – 20 ..... Rátanie rokov ..... Aká márna práca!

Sivý vlas, verte, nie je sivý svet!!! – hovorí básnik Pavol Koyš v jednej zo svojich básní.

Zastavíme sa teda pri čísle 15 a budeme hovoriť o tých, ktorí sa snažili ten časťo pre niekoho sivý svet urobiť jasnejším, farebnejším, pestrejšým, plnším a radostnejším, a Vy posúďte, či sa nám to aspoň trochu podarilo.

Snahou nás, dobrovoľných funkcionárov je pomôcť všetkým, ktorí pomoc potrebujú, hľadať možnosti na zlepšenie práce, pre postihnutých pripraviť akcie čo najzaujímavejšie a podľa možnosti vyhovieť čo najväčšiemu počtu našich členov. Nie vždy sa to podarí, a to ešte nespomíname získavanie financií na prácu a činnosti).

Vraví sa, že človek by sa nemal vracat späť – mal by napredovať.

My sa však aspoň trochu poohliadneme a pripomenieme si pár faktov z histórie našej organizácie.

Choroby kĺbov a kostí sú príčinou nielen chronickej dlhotrvajúcej bolesti a čiastočnej alebo úplnej invalidity, ale zasahujú aj do situácie v rodinách, kde sa treba o chorého starať. Nemožnosť spoločenských kontaktov a imobilita vplývajú na psychiku chorého, ktorý svoje pocity a nervozitu prenáša na celé okolie. Mnohí sa dostávajú do depresí, lebo prestávajú veriť, že sa ich stav zlepší. A práve v tejto oblasti sa snažia pomôcť charitatívne organizácie.

Prvá organizovaná kampaň proti reumatickým chorobám sa začala v Československu už roku 1924 a roku 1928

vzniká nezávislá Medzinárodná liga proti reumatizmu.

Roku 1990, keď to umožnila legislatívna úprava, vznikla z iniciatívy zamestnancov a pacientov Výskumného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch Liga proti reumatizmu na Slovensku. Dňa 22. 10. 1990 bola zaregistrovaná Ministerstvom vnútra a získala právnu subjektivitu. Jej poslaním je organizovať spoluprácu všetkých, ktorí chcú a môžu pomôcť chorým, oboznamovať verejnosť s problematikou reumatických ochorení, usilovať sa o zlepšenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti reumatikov, presadzovať sústavné zvyšovanie odbornosti v reumatológii a rozširovať kontakty s národnými ligami a podobnými inštitúciami na celom svete.

### Čo liga poskytuje svojim členom?

- Poradenskú činnosť vo veciach zdravotných a sociálnych
- Rekondičné, liečebno-rehabilitačné pobyty
- Kurzy so zdravotnou a sociálnou tematikou
- Spoločenské, kultúrne a športové podujatia
- Edičnú činnosť – 2-krát do roka Informačný bulletin
- Brožúrky poskytujúce praktickú orientáciu pri liečbe a prevencii jednotlivých reumatických chorôb

Výkonnými orgánmi, ktoré poskytujú pomoc svojim členom na mieste, sú miestne pobočky ligy – tie zabezpečujú starostlivosť a bezprostredne zisťujú pomery svojich členov v mieste bydliska. Ich predsedovia sú pravidelne prizývaní na zasadania predsedníctva, čím je zabezpečený pružný kontakt s riadiacou zložkou ligy.

Miestna pobočka LPre v Piešťanoch bola založená pri reumatologickej ambulancii, ktorá pôsobila pri Nemocnici s poliklinikou pod vedením MUDr. Viery Beňačkovej, ktorá dala podnet, vytipovala si z radu svojich pacientov predsedu a oslovila našu Jarku Dugátovú.

Jarka nechcela vládnuť, ale vedela a dodnes vie odvieť kus statočnej práce, čo je a vždy bude pre vznik organizácie veľmi dôležité, a tak do prípravného výboru boli vymenovaní: Jarmila Dugátová, Jarolím Masarovič a Olívia Packová.

Vypracovaním stanov bola poverená J. Dugátová.

Dňa 5. 10. 1995 sa konala ustanovujúca schôdza, na ktorej sa zúčastnilo 31 ľudí – na schôdzi bol jednohlasne schválený výbor novovznikajúcej pobočky – jej

predsedom sa stal Jarolím Masarovič, tajomníčkou Jarmila Dugátová, podpredsedom Olívia Packová, MUDr. Viera Beňačková a Oľga Maňková členmi. Revízná komisia – Mgr. Oľga Psalmanová a Edita Holobradá. Náhradníkmi boli Pavol Čipkár a Jozef Kováč.

Už roku 1996 za finančnej pomoci LPre na Slovensku sa členovia pobočky zúčastnili na 1. rekondičnom pobyte v hoteli DUMAS na Modrovej.

Roku 1997, keď počet členov vzrástol na 171, prizvali na pomoc p. Pučekovú pre prácu v sociálnej komisii a p. Vančovú ako aktivistky. 21. 1. 1998 boli obe prijaté do výboru a 27. 10. 1998 po náhlej smrti p. Masaroviča sa ujala funkcie predsedníčky pani Anna Lýgia Pučeková.

Pani Pučeková pevne chytila žezlo do rúk a držala ho celých 10 rokov, teda do roku 2008.

Roku 2009 odišla z výboru a s ňou i ďalší členovia – za predsedu bol menovaný Mgr. Pavol Puček a krátko nato Mgr. Rotáková, ktorá sa s vervou vrhla do pracovného kolotoča, ale zlyhalo jej zdravie. Vzdala sa teda postu predsedníčky a ostávajúca časť výboru oslovila p. Vieru Mikulovú, ktorá funkciu prijala a hoci pracovala 6 rokov vo výbore ako hospodárka, vďaka kronikám zmapovala predchádzajúce obdobie, aby nebol nik poškodený a fakty poprekrúcané. Získala prehľad o jednotlivých činnostiach a aktivitách a pomaly sa zaplnili strany – vznikol referát k 15. výročiu založenia miestnej pobočky LPre v Piešťanoch.

A akože to pokračuje?

Naši členovia sa zúčastňujú na jednodňových poznávacích výletoch, chodia sa kúpať do napoleonských kúpeľov, navštevujú kultúrne podujatia, spolupracujú s Mestskou knižnicou a Domom umenia, navštevujú vernisáže, besedy o knihách, výstavy v Informačnom centre. Venujú sa prednáškovým činnostiam. Počet členov narástol na 229 – o takéto činnosti rastie záujem.

Za rok 1999 ocenila našu prácu LPre na Slovensku uznaním ako najlepšiu pobočku. Toto prvenstvo držíme pevne vo svojich rukách.

Roky plynuli a pribúdali – ale pribúdali i zážitky – či už z divadelných predstavení v Nitre, Trnave, či Bratislave, kde sme návštevu vždy spojili s prehliadkou múzeí, výstav (Biodiverzita Zeme, Šangrila), rímskych vykopávok v Iži, Rusovciach, Komárne, archeologické nálezy Moravy a Nitrianskej Blatnice, výstavou sklára Zoričáka v Ždiari (Arktický kvet).

Zúčastňovali sme sa na kurzoch gramotnosti – počítačové kurzy a internet

v Mestskej knižnici a ZŠ A. Trajana.

Vnímať prírodu všetkými zmyslami a prekonávať sami seba sme sa učili na besedách s horolezcami Petrom Ondrejovičom, Jánom Markechom a s cestovateľom a filmárom Pavlom Barabášom. Prostredníctvom Jarky poznáme všetky jeho filmy, stretávame sa s ním na Euro-ture vo Fontáne, osvojujeme si jeho krásny vzťah k prírode a Slovensku.

Príroda je i pre nás ideálnym prostredím na to, aby sme v prekrásnom okolí našich ubytovacích zariadení pri rehabilitačných pobytoch pookriali na tele i na duchu, zabudli na ťažkosti a bolesti, vytvorili priateľskú atmosféru a po procedúrach sa vrátili domov s krásnymi spomienkami a novými poznatkami. Svedectvom sú mnohé básne a vyznania písané amatérskym perom našich členov – aspoň niekoľko z nich: Horehronské variácie,

Pozdrav Oraviciam, Pozdrav Žiarskej doline, Spomienka na Tatranské Matliare, Na rozlúčku s Tatrami, Tatry v októbri 2002, Tradície augusta...

V duchu pohody, relaxu, pohybu na čerstvom vzduchu, ale aj poučenia vždy pripravujeme program pobytu. Pri udržaní telesnej kondície nezabúdame na cvičenie – rozcvičky, ktoré sa stali súčasťou každého rekondičného alebo liečebného pobytu.

Navštívili sme takmer všetky fungujúce termálne kúpele na Slovensku a postupne aj Aquaparky – Dunajskú Stredú, Štúrovo, Vincov les, Podhájsku, Bešeňovú.

Vyviezli sme sa na Kráľovu hoľu, na Smrekovicu, Malinô Brdo, Martinské hole, geografický stred Slovenska Hrb, terénnym autom sme sa dostali až pod Gerlach na Velické pleso k Sliezskemu domu, vo Fatre na Kráľovu studňu, do Gaderskej doliny, na hornú nádrž Čiernovážskej prečerpávacej elektrárne, do Tureckej pod Krížnu, na Tále, Krpáčovo a Kosodrevinu, sedačkou na Chopok, na Lysú Poľanu, Ždiar a Osturňu, do Poľska na Morské oko, do soľnej bane vo Wieliczke a Krakova, i do Nového Targu, Zakopaného a Jablonky.

V Slovenskom raji sme prešli väčšinu prístupných roklín – posledná bola Zejmarská a Geravy. Poznáme Čierny Balog so skanzenom vo Vydrove, Prednú Horu, Muránsku planinu a hrad, Krásnu Hôrku, Betliar, Spišský hrad a Spišskú Kapitulu, Levoču, Kežmarok s hradom, Havránok, Liptovský Mikuláš, navštívili sme Bardejov, Duklu, Medzilaborce, Košice, Prešov, Svidník i drevené kostolíky, v Hronseku, Kežmarku a Sv. Kríži artikulárne kostoly, pralesy v Badíne a Dobroči – Kalište, Ba-

láže, Telgárt, Tokajík, kaštieľ Strážky – to všetko boli ciele našich ciest. Poznáme Gotickú – Drevenú – Železnú a Vínnu cestu, ale aj technické pamiatky železnej cesty – Tri vody s vysokou pecou, Tisovec, horehronské maše, banské mestá Kremnicu, Kremnické bane a Banskú Štiavnicu. Vodné nádrže Domašu, Zemplínsku Šíravu, Oravskú priehradu, Liptovskú Maru a ďalšie – v drevených mlynoch v Tomášikove, v Kolárove, Jelke i vo včelárskom múzeu v Kráľovej pri Senci.

Spoznali sme spolu lyžiarske strediská – Valčiansku a Jasenskú dolinu, Veľkú Raču, Oravice, Spálenú v Roháčoch, vo Vrátnej i na Donovaloch, Chleb, Veľký a Malý Kriváň, plavili sme sa po Dunajci.

Vysoké Tatry s Popradom – ako východiskom sú pre nás vzácné nielen svojou krásou, pred ktorou stojíme často v úžase, ale aj svojím ozdravným pôsobením na náš organizmus.

V Tatranskej kotline sme absolvovali liečebno-rehabilitačný týždenný pobyt a do Kežmarských Žlabov sa vraciame veľmi radi – poskytujú možnosť výjazdov a túr na Skalnaté pleso s možnosťou vyviezť sa na Lomnický štít, nádherné výhľady z Hrebienka, túry na chaty v tatranských dolinách – to sú zážitky na celý rok. Bilíkova chata s vodopádom Studeného potoka, Rainerova chata, Chata pri Zeleňom plese, chata na Popradskom plese, Hincovo pleso, vodopád Skok a pre náročných Poľský hrebeň a Ostrva.

Navštívili sme i jaskyne – Važeckú, Beliansku, Bystriansku, Ochtinskú, Gomba-seckú, jaskyňu Domicu a Driny.

Úžasným zážitkom pre nás bola návšteva Vlkolínca, ale i vtáčie kráľovstvo – záhrada s vyše 200 búdkami pre vtáky vo Vyšnej Revúcej u p. Mira Sanigu.

Zapôsobilo na nás Gabčíkovo s Čunovským kanálom na divokej vode, nádvorie Európy v Komárne, bazilika v Ostrihome.

Smrdáky, Santovka, Skalica, Levický hrad i Branč s priehradou Kunov, bazilikou v Šaštíne i na Starých horách sme tiež navštívili – a vínna cesta cez Modru, Pezinok nás zaviedla až do templárskych pivníc v Čejkovičiach na Morave.

K nášmu zviditeľneniu prispieva p. Jarka Dugátová svojimi článkami o nás a našich aktivitách v rôznych periodikách. Aktívni „skôr narodení“ – Piešťanci sa opäť

ozvali – Po stopách SNP – So skúsenosťami z ciest sa s nami podelila J. Dugátová – Barabášov fanklub – Prešli takmer celé Slovensko.

Ešte dlho by som mohla vyratúvať miesta, ktoré sme spoznali vďaka Jarke Dugátovej, ktorej akýmsi krédom je – hlúpučkí sme sa narodili, ale nemusíme takí aj zomrieť...

Za spomienku určite stojí trochu inak ladená akcia Edukačno-rehabilitačný deň pod názvom „Deň pre ženu“, ktorý sme organizovali v spolupráci s pracovníkmi NÚRCH, aktivity tohto roka, z ktorých vyberám – liečebný pobyt v Turčianskych Tepliciach, zúčastnilo sa na ňom 44 členov – náklady na liečebné procedúry boli hrazené z 2 % z daní

Na rekondičnom pobyte v Kežmarských Žlaboch sa zúčastnilo 43 členov – časť nákladov bola hrazená z 2 % z daní. Z jednodňových zájazdov bola zaujímavá návšteva Podhájskej (voda na úrovni vody mŕtveho mora).

K zdraviu určite prispievajú pravidelné cvičenia členov v Gymnáziu a cvičenie spojené s rehabilitačným telocvikom v bazéne dvakrát do týždňa v NÚRCH.

Tento rok sme usporiadali 1. ročník Cyklotúry – DE REUMATIC – trasa viedla ratnovskou stranou Váhu na Hať a zúčastnilo sa 16 členov.

Úžasným zážitkom pre mňa a verím, že aj pre Vás, bol 4. ročník Behu reumatikov a reumatológov, na ktorom sa zúčastnila väčšina našich členov, za čo srdečne ďakujem.

Áno, o tom to je! Zúčastňovať sa v čo najväčšom počte na aktivitách, ktoré pre Vás pripravujeme s láskou a plným nasadením.

Nuž – 15 rokov nie je veľa – ale nie je ani málo! Čo teda zaželať tejto organizácii?! VIVAT! VIVAT!! miestna pobočka Ligy, nech sa ti darí, nech i naďalej oslovuješ svojimi zaujímavými činnosťami, nech plníš prania a želania širokej základne svojich členov, nech skutočne prispievaš k zmierneniu bolestí a skvalitneniu života reumatikov.

Želám Vám všetkým zdravie, zdravie a ešte raz veľa zdravia! Nech sa nachádzate v našich činnostiach, ktoré pre Vás pripravujeme, nech Vám prinášajú radosť a duševnú pohodu!

Záverom by som chcela poďakovať všetkým jednotlivcom, kolektívom, podnikom, fyzickým a právnickým osobám za dôveru, podporu, ale aj finančnú pomoc pri poskytnutí 2 % z daní. Vážime si Vašu pomoc – zostaňte nám verní i naďalej! Len s Vašou pomocou sa nám darí naplňovať naše ciele.

Ďakujem všetkým občianskym združeniam za spoluprácu a dobré vzťahy pri realizácii spoločných aktivít.

Ďakujem celému výboru – svojim najbližším spolupracovníkom za podporu, ochotu, obetavosť, trpezlivosť a porozumenie pri zabezpečovaní jednotlivých úloh.

Srdečná vďaka Vám!

Mnohí z nás sa tohto dňa nedožili – pomaly sa vytrácajú z našich radov priatelia, spolupracovníci – naši členovia. Nie sú dnes síce s nami, ale my nezabúdame – nemôžeme – aj oni zanechali stopu v našich myšliach, v našich spoločných zážitkoch – v našich srdciach.

Prosím, uctíme si ich pamiatku minútu ticha – ďakujem.

A teraz dovoľte, aby som odovzdala čestné uznanie tým, ktorí stáli pri zrode našej pobočky a boli akýmisi pioniermi, ktorí obetujú svoj čas a neváhajú pomáhať, ktorí majú dobré a veľké srdcia a neváhajú rozdávať!

Prosím MUDr. Vieru Beňačkovú, Jarmilu Dugátovú, Olíviu Packovú a Oľgu Maňkovú, Annu Lýgiu Pučekovú, Mgr. Ľudmilu Hrkovú, Julku Blštákovú, Vlastičku Zelezníkovú ako vedúcu „Rozmarínok“, Mgr. Martu Jurčovú, Mgr. Rotákovú, Mgr. Macegovú, Evu Adamcovú, Dušana Chudého, Štefana Bučku, Lýdiu Mayerovú, Vieru Mikulovú a Stanislava Koutného, aby prevzali čestné uznanie. Gratulujem všetkým a ešte raz ďakujem.

K uznaniam by patrila aspoň malá obáločka – ja viem – ale nemám. Odmeneným a samozrejme i Vám všetkým ostatným darujeme teda kyticu piesní v podaní našich „Rozmarínok“ pod taktovkou Vlastičky Zelezníkovej.

Želám Vám všetkým zdravie a ešte raz veľa zdravia, lebo to je tým najcennejším darom, aký si môžeme priat' navzájom.

Viera Mikulová ???  
MUDr. Mária Orlovská???

## LPre Miestna pobočka Poprad

# SPRÁVA O ČINNOSTI MP LPre Poprad za rok 2010

Členovia MP LPRS v Poprade sa pri svojej činnosti riadili plánom práce na rok 2010.

Naša činnosť je už dlhodobo obmedzená nezaujmom našich členov o tradičné spoločné akcie, ako sú napr. spoločné výlety, účasť na spoločenských akciách a prednáškach. Pre nezaujem členov sme museli po niekoľkonásobných pokusoch vziať naše úsilie o bezplatné cvičenie kаланetiky, prípadne inej rehabilitačnej činnosti pre našich členov.

Našu činnosť roku 2010 ovplyvnila aj nepriaznivá finančná situácia. Okrem fyzických osôb nám na našu činnosť prispeli len firma Kufferand Levice a Mgr. Tomajko, za čo im úprimne ďakujeme.

Napriek týmto okolnostiam sa nám podarilo uskutočniť niekoľko akcií.

V januári 2010 sme sa zúčastnili na plese Združenia podtatranských stolárov a v mesiaci február sa už tradične 4 naši

členovia zúčastnili na Poľovníckom plese v Spišskej Teplici.

V januári 2010 sme prostredníctvom MUDr. Rovderovej pokračovali v rozdeľovaní vitamínových prípravkov zakúpených ešte v decembri 2009.

V marci 2010 sa uskutočnila výborová schôdza MP a aktivovali sme našich členov a rodinných príslušníkov k venovaniu 2% z daní pre našu miestnu pobočku.

27. 5. 2010 sa uskutočnila 19. výročná plenárna schôdza. Ako hostia sa zúčastnili MUDr. Žlnay za celoslovenskú Ligu proti reumatizmu LPre Piešťany. MUDr. Žlnay mal odbornú prednášku, MUDr. Čižmáriková – odborná lekárka reumatologička a MUDr. Rovderová – odborná lekárka reumatologička.

V júni 2010 sa 4 naši členovia zúčastnili na výlete do kúpeľov Brusno, kde sme sa zúčastnili aj na zdravotnej prednáške pre pacientov, ktorá tam práve prebiehala.

V auguste 2010 sa 6 naši členovia zúčastnili na krátkodobom pobyte (predĺžený víkend) v rekreačnom stredisku Podhájska. Tamajšia voda veľmi blahodarne pôsobí okrem iného aj na pohybové ústrojenstvo.

V septembri 2010 bolo zasadnutie výboru MP, spoločná návšteva AquaCity Poprad a zakúpenie vstupeniek do AquaCity Poprad.

V októbri 2009 sme urobili nástenku pri ambulancii MUDr. Rovderovej k mesiacu úcty starším a zúčastnili sme sa na kultúrnom podujatí pri príležitosti 750. výročia založenia obce Spišská Teplica.

V decembri 2010 sme zakúpili vitamínové prípravky a ďalšie vstupenky do AquaCity Poprad (spolu bolo roku 2010 zakúpených a rozdанных medzi našich členov 70 vstupeniek do AquaCity Poprad).

*Mária Galková  
predsedníčka MP LPre Poprad*

## 20. VÝROČIE založenia MP LPre Poprad

Naša pobočka bola založená v januári 1991 z iniciatívy LPRS Piešťany a s veľkou organizačnou podporou MUDr. Rovderovej. Vznikli sme ako prvá miestna pobočka na Slovensku.

Prvou predsedníčkou miestnej pobočky sa stala p. Alena Liptajová, od roku 1999 túto funkciu vykonával Ing. Karol Takáč až do roku 2004, keď sa svojej funkcie vzdal zo zdravotných dôvodov. Pol roka našu pobočku viedla poverená predsedníčka p. Liptajová a po nej bola zvolená za predsedníčku p. Galková.

Naša pobočka hneď od začiatku svojho vzniku bola veľmi aktívna a v júni 1992 sme boli nápomocní pri organizovaní medzinárodného kongresu reumatológov v Dolnom Smokovci, vo Vysokých Tatrách.

Činnosť našej pobočky v začiatkoch bola úzko spätá s činnosťou LPRS v Piešťanoch na Slovensku, keďže mala možnosť čerpania grantov a organizovala pre našich členov rekondičné pobyty, ich organizovaním bola poverené vždy iná pobočka.

Naša pobočka vtedy zorganizovala rekondičný pobyt vo Vysokých Tatrách v hoteli Belevue pre tri ďalšie miestne pobočky, a to pre miestne pobočky Poprad, Bardejov a Vranou nad Topľou.

Neskôr bola táto činnosť utlmovaná pre nedostatok finančných prostriedkov a orientovali sme sa viac-menej na osvetovú a prednáškovú činnosť. Pokiaľ sme nazbierali nejaké finančné prostriedky, tak každý rok sa zakupovali prostredníctvom MUDr. Rovderovej vitamínové preparáty a prideľovali sme ich členom miestnej pobočky. Tieto vitamíny sa kupujú tradične najmenej raz ročne.

Veľmi aktívnu na kultúrnom poli je naša členka p. Mgr. Mária Sýkorová, ktorá sa pravidelne a veľmi úspešne zúčastňuje na abylimpiádach. O jej úspechoch svedčí aj fakt, že bola pozvaná na abylimpiádu do Japonska, žiaľ nepodarilo sa nám zabezpečiť finančné prostriedky na cestu, a preto sa na abylimpiáde nezúčastnila.

Činnosť našej pobočky oživila po zaregistrovaní sa ako príjemcu 2% z daní fyzických a právnických osôb, aj keď príjmy

z toho nie sú veľké, umožnili nám oživiť činnosť miestnej pobočky. Zakúpili sme permanentky superpaket AquaCity Poprad, ktoré na požiadanie členov miestnej pobočky dala MUDr. Rovderová. Rok 2006 sme začali účasťou na Poľovníckom plese v Spišskej Teplici. Miestna pobočka zorganizovala pre svojich členov výlety na Spišský hrad, do historického centra Levoče a prechádzku v Slovenskom raji. Naši členovia využili služby termálneho kúpaliska vo Vrbove. Zlepšila sa aj spolupráca s celoslovenskou LPre v Piešťanoch, o čom svedčí účasť našich členov na rekondičnom pobyte v kúpeľoch Nimnica. Koniec roka sme zakončili mikulášskym večierkom. Tieto akcie s výnimkou poskytnutia permanentiek a poskytnutých vitamínových prípravkov si všetci zúčastnení hradili z vlastných prostriedkov.

Roku 2007 sme boli pomerne úspešní pri výbere 2% z daní, hlavne vďaka p. Zacherovej, ktorá sprostredkovala prostredníctvom svojho syna, aby nám firma Kufferand Levice venovala zo svojich daní

30 000 Sk. V apríli sa 8 našich členov zúčastnilo na spoločnom výlete do Poľska, konkrétne do miest Zakopané a Nowy Targ. V októbri v rámci akčného týždňa dekády a osláv Medzinárodného dňa reumatizmu sme pripravili nástenku pri reumatologickej ambulancii MUDr. Rovderovej. V novembri sme zakúpili vitamínové prípravky pre našich členov. V priebehu roka 2007 sme priebežne zakupovali a rozdeľovali medzi našich členov vstupenky do AquaCity Poprad.

Roku 2008 hneď od začiatku roka a hlavne v marci sme sa v súlade s plánom práce snažili aktivovať členov a rodinných príslušníkov a známych MP, aby venovali 2% z daní pre našu pobočku. Veľmi úspešnými v tejto činnosti boli p. Zacherová (firma Kuferand, Levice, a p. Mgr. Tomajko). V marci sme navštívili solnú jaskyňu. V októbri sa naša členka výboru p. Liptajová zúčastnila na Motivačnom kurze MPRe SR. V decembri sme z našich prostriedkov zakúpili a rozdali prostredníctvom MUDr. Rovderovej medzi našich členov vitamínové prípravky, ako aj vstupenky do solnej jaskyne a masáže. Zakúpili sme notebook, tlačiareň a USB kľúč pre MP.

Rok 2009 sme sa ako zvyčajne zúčastnili na plese v Spišskej Teplici. V marci sme sa v súlade s plánom práce snažili aktivovať členov a rodinných príslušníkov a známych MP, aby venovali 2% z daní pre našu pobočku. Veľmi úspešnými v tejto činnosti boli p. Zacherová (firma Kuferand, Levice, a p. Mgr. Tomajko) a v tomto roku nám veľmi pomohla aj firma SKI-CHEM Svit, prostredníctvom

ktorej sme lacnejšie nakupovali vstupenky do AquaCity Poprad. V máji sme zakúpili 40 ks vstupeniek do AquaCity Poprad. V mesiaci jún sme sa zúčastnili aj sčasti spolupodieľali na organizácii Behu a chôdze reumatikov a reumatológov v Starom Smokovci pri hoteli Bellevue. Za našu pobočku sa zúčastnili 20 členovia, ale prišli nás podporiť aj členovia z Piešťan, Žiliny a iných pobočiek. Táto akcia pomohla k propagácii činnosti Ligy proti reumatizmu na Slovensku. Túto akciu moderoval redaktor televízie Jój p. Kubáni a televízia odvysielala šot z tejto akcie. V mesiaci júl sme zakúpili 60 ks vstupeniek do AquaCity Poprad. V septembri bola spoločná návšteva AquaCity Poprad a zakúpenie 60 ks vstupeniek do solnej jaskyne a 15 ks vstupeniek na masáže. V decembri sa 4 členovia zúčastnili na slávnostnom koncerte a vyhodnotení humánnej činnosti Asociácie zdravotne postihnutých občanov, ktoré sa uskutočnilo v SND Bratislave. Zakúpili sme pre našich členov vitamínové prípravky. Koncom roka sa nám podarilo získať 5 nových členov a títo sa oficiálne stali našimi členmi až roku 2010.

Roku 2010 v mesiaci január sme sa zúčastnili na plese Združenia podtatranských stolárov a na Poľovníckom plese. Tak ako každý rok v súlade s plánom práce sa snažili aktivovať členov a rodinných príslušníkov a známych MP, aby venovali 2% z daní pre našu pobočku. Ako už tradične aktívny bol Mgr. Tomajko a roku 2010 nám veľmi pomohla firma Cetelem Slovensko, a.s., Bratislava. V júni sa 4 naši členovia zúčastnili na výlete do kúpeľov

Brusno, kde sme sa zúčastnili na zdravotnej prednáške pre pacientov, ktorá tam práve prebiehala. V júli sme zakúpili 16 vstupeniek do AquaCity Poprad, 20 ks vstupeniek na masáže v zariadení Relax Poprad a 10 ks vstupeniek na masáže v zariadení Spolcentrum Svit, všetky boli rozdelené medzi našich členov. V auguste sa 6 naši členovia zúčastnili na krátkom pobyte (predĺžený víkend) v rekreačnom stredisku Podhájska. Tamojšia voda veľmi blahodarne pôsobí, o.i., aj na pohybové ústrojenstvo. V septembri – zakúpenie vstupeniek do AquaCity Poprad a jeho spoločná návšteva. V októbri bola urobená nástenka k mesiacu úcty starším a zúčastnili sme sa na kultúrnom podujatí pri príležitosti 750. výročia založenia obce Spišská Teplica. V decembri sme pre našich členov zakúpili vitamínové prípravky.

Môžeme konštatovať, že 20 rokov našej činnosti bolo úspešných, aj keď v posledných rokoch sa naša činnosť až na výnimky obmedzuje na poskytovanie vitamínových prípravkov, poukazov na masáže a vstupeniek do AquaCity Poprad, pretože naši členovia nejavia záujem o rôzne prednášky, cvičenia kalanehtiky a iné akcie, ktoré sme pre nich pripravovali a pre nezáujem sa neuskutočnili.

Našej pobočke by pomohlo omladenie ako členskej základne, tak aj samotného výboru a pri tomto by sme očakávali väčšiu pomoc od centrálného výboru v Piešťanoch, pretože máme pocit, že okrem kritiky za tzv. pasivitu sa nám nič iné od nich nedostáva.

Mária Galková

## LPre Miestna pobočka Trnava

### 1. PLES trnavských reumatikov

Liga proti reumatizmu na Slovensku, miestna pobočka Trnava v spolupráci s firmou Energy klub Trnava usporiadala v priestoroch Strednej priemyselnej školy dňa 4. 3. 2011 svoj 1. ples trnavských reumatikov. Ples otvorili predsedníčka Ligy proti reumatizmu miestnej pobočky v Trnave pani Houbová spolu s pani Drobnoú, ktorá zastupovala firmu Energy klub Trnava a MUDr. Pavol Dobrovodský, reumatológ FN Trnava, ktorí svojimi krátkymi príhovormi zahájili ples. Po zahájení plesu vystúpili tanečníčky z Tr-

navského tanečného centra pod vedením dr. Balúnovej. O dobrú náladu sa svojou hudbou a farebnými efektami postaral DJ Dušan z Hlohovca až do ranných hodín. Svojím vystúpením nadchla takmer všetkých návštevníkov plesu Jadranka a slovenské pesničky v podaní skupiny Javor rozospievali celú sálu. Na plese sa zúčastnilo 158 členov a sympatizantov našej ligy. Hoci to bol 1. ples organizovaný Ligou proti reumatizmu miestnou pobočkou v Trnave, odozvy účastníkov plesu ukazujú, že vynaložená námaha



Pani Houbová spolu s pani Drobnoú, ktorá zastupovala firmu Energy klub Trnava, a MUDr. Pavlom Dobrovodským, reumatológom z FN Trnava svojimi krátkymi príhovormi zahájili ples.

usporiadateľov nebola zbytočná. Tešia sa na ďalšie aktivity našej miestnej pobočky a všetci sa už tešia na ples roku 2012.

Vilma Houbová  
predsedníčka LPre MP Trnava

## VÝROČNÁ ČLENSKÁ SCHÔDZA a vzdelávacie popoludnie 26. januára 2011

Členovia Ligy proti reumatizmu Miestnej pobočky Trnava sa prvýkrát v tomto kalendárnom roku stretli dňa 26. januára 2011 na výročnej členskej schôdzi a vzdelávacom popoludní. Program vzdelávacieho popoludnia bol skutočne bohatý. V prvej časti boli vyhodnotené aktivity a správa o finančnom hospodárení pobočky za uplynulý rok. Prítomní boli oboznámení s pripravovanými podujatiami pre rok 2011, akými sú 1. ples trnafsých reumatikov, rehabilitačno-rekondičný pobyt v Turčianskych Tepliciach, benefičný koncert, 5. ročník behu reumatikov a odborné prednášky. Po tejto časti nasledovali voľby nových členov výboru a revíznej komisie pobočky v Trnave. Druhá časť sa venovala trom prednáškam. Dr. Duhan sa zamerával na prezentáciu prírodných produktov podporujúcich imunitný systém organizmu. Tému významu pozitívneho myslenia a zdravého životného štýlu si zvolila za tému svojej prednášky Margi-

ta Drobná. Zaujímavá bola aj prednáška Ing. Aleny Jurkasovej o bezlepkovej diéte a produktoch pre celiatikov najmä preto, lebo hovorila o vlastných skúsenostiach s týmto druhom diéty.

Na záver p. Vilma Houbová v mene výboru Ligy proti reumatizmu-miestnej pobočky Trnava pozvala všetkých členov a širokú verejnosť na 1. ples trnafsých reumatikov, ktorý sa bude konať v spolupráci s firmou Energy Trnava v priesto-

roch Strednej priemyselnej školy v Trnave dňa 4. 3. 2011. Ďalšia odborná prednáška bude 13. 4. 2011. Naša pobočka má pre najaté priestory kancelárie v budove Strednej priemyselnej školy v Trnave, v priestoroch Domova mládeže na Študentskej 16. Kancelária bude otvorená pre verejnosť v pondelok od 13. do 16. h vždy v pondelok.

Vilma Houbová  
predsedníčka LPre MP Trnava



Program vzdelávacieho popoludnia bol skutočne bohatý.



Zaujímavá bola prednáška o bezlepkovej diéte a produktoch pre celiatikov.

## VZDELÁVACIE POPOLUDNIE konané dňa 13. 4. 2011

Vzdelávacie popoludnie otvorila predsedníčka pobočky p. Houbová, ktorá privítala všetkých prítomných a požiadala prednášajúcich o ich príspevky.

O očných komplikáciách pri reumatických ochoreniach podrobne informoval účastníkov vzdelávacieho popoludnia MUDr. Pavol Dobrovodský z FN Trnava.



O očných komplikáciách pri reumatických ochoreniach účastníkov MUDr. Pavol Dobrovodský z FN Trnava.

Prítomným okrem iného vysvetlil súvislosť reumatických ochorení s očnými chorobami, aké sú mimokĺbové prejavy, že reumatoidná artritída sa vyskytuje častejšie u žien, že zrak je postihnutý veľmi často, a to najmä v dospelosti. Zároveň oboznámil všetkých o možnostiach liečby.

O chorobe „Syndróm suchého oka“ predniesla rozsiahlu prednášku MUDr. Miroslava Kollar z Očnej ambulancie, s.r.o., Trnava. Vyhlásila, že uvedené ochorenie býva neskoro diagnostikované, a pritom ide o nenáročnú liečbu. Je sprevádzané zápalom oka, reumatizmom, u postihnutého sa prejavuje časté žmurkanie viečkom (každých 5 – 10 sekúnd). Pani doktorka vysvetlila pojem multifaktového ochorenia. Spomenula prejavy, ako napr. suchosť, tlak, únava, citlivosť na svetlo atď. Chronické štádium vrcholí zápalom rohovky. Paradoxom je zvýšená tvorba slz. Zároveň oboznámila prítom-

ných s diagnostickými testami, terapiou, že najskôr je potrebné nájsť príčinu a až potom nasleduje liečba, ako napr. umelé slzy, striedanie studených a teplých obkladov, reflexia slz, terapeutické kontaktné šošovky a pod. Potom nasledujú lieky, chirurgické výkony, očné kvapky.

Zástupca firmy Abbot Laboratories Slovakia, s.r.o., Bratislava začal svoju prednášku históriou firmy. Prítomní sa dozvedeli, že spoločnosť bola založená roku 1988, na Slovensku začala pôsobiť roku 1996 a má zastúpenie v 130 krajinách sveta. Jej zakladateľom bol doktor Abbot, ktorý objavil tabletky s účinnším dávkovaním. Firma získala rôzne ocenenia, venuje sa výskumu, uvádza na trh inovatívne lieky predlžujúce život. Náklady na výskum presahujú čiastku 1 mld eur, výskum trvá približne 12 rokov.

Na tému „Prírodné kalcium pre celú rodinu“ prednášala MVDr. Ingrid Oppenbergerová z firmy BIOMIN, a.s., Cífer. I ona

začala históriou firmy, ktorej zrod sa datuje od roku 1990.

Prírodné kalcium je vyrábané z vajecných škrupín, nie je použitá žiadna chémia ani iné pomocné látky. Vápnik sa lepšie zabuduje do organizmu. Výrobok neobsahuje cukor, takže je vhodný napr. pre diabetikov a celiakov. Vysvetlila prítomným, že vápnik je v organizme prítomný v kostiach, bunkách, tkanive a plazme. Ďalej vysvetlila dôležitosť prevencie a liečby osteoporózy, ktorá je tretím najzávažnejším problémom 8% populácie. Uvedenú diagnózu má každá tretia žena a ôsmy muž. Predchádzať tejto chorobe možno vyváženou stravou a pohybom. Ohrozené sú deti, tehotné ženy a ženy po menopauze. Pani doktor-



O vzdelávacie popoludnie konané dňa 13. 4. 2011 bol mimoriadny záujem.

ka oboznámila prítomných s výživovými doplnkami, ktoré sú prevenciou únavy, kŕčov, stresov, znížením hladiny cholesterolu, celkovou podporou obranyschopnosti organizmu. Svoju prednášku ukončila výrokom: „Prevencia je lepšia ako liečba.“

Na tému „Zdravie nie je všetko, ale bez neho je všetko ničím!“ prednášal Ing. Ivan Gallo z firmy Update Slovakia, s.r.o., Komárno. Firma poskytla zároveň sponzorsky svoje výrobky všetkým účastníkom vzdelávacieho popoludnia. Pán Gallo vysvetlil prítomným, čo sú to kalórie, z čoho sa skladajú, že cukor nie je zdravý, ale je dôležitý. Vysvetlil princíp bielkovín, ich skladbu, trávenie v čreve. Ďalej uviedol, že najvyššiu kalorickú hodnotu majú tuky, vysvetlil ich metabolizovanie, podotkol, že tuky sa bez cukru nezapália, vysvetlil pojem pridaný cukor a ďalšie náležitosti týkajúce sa zdravej výživy. Svoj prejav ukončil výrokom:

*„Žiť je dobre, ale zdravo ešte lepšie.“*

Pani Ľubica Balážová z firmy Ľubka potraviny pre zdravie, Trnava začala svoj prejav vyhlásením, že veľa ľudí si myslí, že to, čo je zdravé, musí byť nechutné a naopak – čo je chutné, nie je zdravé.

Vysvetlila, že je veľa ochucovadiel, ktoré nemusia obsahovať cukor, že sa dá sladiť napr. sušeným ovocím, vyzdvihla prirodzenú chuť potravín, že soliť možno aj rôznymi omáčkami bez pridaného glutamátu, bylinkami a pod. Základom stravy má byť dostatok bielkovín, človek nadobudne pocit sýtosti. Vysvetlila, že je potrebné jedlá chrúmať, a nie hltat – jedlá, ktoré sa chrúmu, zasýtia viac, stravu treba kvalitne pohryzť. Na záver uviedla, že chute by mali byť harmonicky doladené a každý bežný jedálny lístok má obsahovať 5 chutí.

Predsedníčka p. Houbová ukončila vzdelávacie popoludnie a poďakovala všetkým za účasť. Zároveň vysvetlila, že z časovej tiesne sa nemohla konať diskusia, ale prednášajúci budú ešte v krátkosti odpovedať na otázky.

Súčasťou vzdelávacieho popoludnia bola prezentácia menovaných firiem, kde si mohli členovia zakúpiť produkty jednotlivých firiem. Podobne bola súčasťou aj anketa poriadaná Prvou stavebnou sporiteľňou, ktorá bola zlosovateľná.

*Zapísala: Jana Šarmírová  
Overila: Vilma Houbová  
štatutár*

## MÁJOVÝ KVET

Jednou z májových aktivít niektorých členov našej pobočky bola účasť na druhom ročníku festivalu Májový kvet, ktorý sa uskutočnil pri príležitosti Dňa matiek 12. a 13. mája pred trnavskou radnicou. Podujatie organizované mestskou samosprávou slávnostne otvoril zástupca primátora p. Bystrík Stanko, ktorý srdečne privítal všetkých prítomných návštevníkov. Akcia sa konala na pešej zóne, ktorá sa na dva dni premenila na krásnu rozkvitnutú záhradu. Milovníci kvetín a záhradkári mali čo obdivovať. Pestovatelia ponúkali na obdiv i predaj nádherné letničky, skalničky, trvalky, ihličnany, bonsaje, bylinky a rôzne iné rastliny a dreviny. Kupujúcim poskytli odborné poradenstvo. Zahanbiť sa nedali ani vystavovatelia krásnej keramiky, výrobkov z prútia a mnohých ďalších drobností. Súčasťou podujatia bola aj výstava amatérskych textilných návrhárok, kde upútali našu pozornosť hlavne ručné práce



Na 2. ročníku festivalu Májový kvet sa zúčastnili aj členovia našej pobočky pri príležitosti Dňa matiek 12. a 13. mája pred trnavskou radnicou.

zhotovené technikou patwork. O kultúrny program sa postarali deti z trnavských materských škôl, žiaci zo Základnej umeleckej školy v Trnave, ako i niektoré trnavské tanečné a hudobné skupiny, takže na svoje si prišli všetky vekové kategórie. Pre nežnejšie pohlavie pripravili organizátori módnou prehliadku, zadarmo sa mohli skrášliť odborničkami kozmetickej firmy,

ktoré im zároveň poskytli bezplatné poradenstvo. Návštevníci si mohli vyplniť zlosovateľné dotazníky. Žrebovanie bolo záverečnou bodkou každého dňa a výhercovia sa mohli tešiť z pekných cien. Myslím si, že podujatie bolo úspešné, organizátori v ňom budú pokračovať a tretí ročník bude ešte zaujímavejší.

*Jana Šarmírová, LPRé MP Trnava*

# Prof. MUDr. ŠTEFAN SIŤAJ, DrSc., člen korešpondent SAV

## Venované 100. výročiu jeho narodenia

Prof. Siťaj uzrel svetlo sveta dňa 29. mája 1911. Opustil nás po krátkej chorobe, v septembri 1990 vo veku nedožitých 80 rokov, uprostred činorodej práce.

Patril k priekopníkom európskej reumatológie a špičkoví reprezentanti tohto novovznikajúceho odboru si ho vážili a považovali za svojho osobného priateľa. Prispela k tomu dokonalá a často najmä cudzincami obdivovaná znalosť viacerých svetových jazykov. Pritom bol známy svojou skromnosťou a pokorou vo verejnom vystupovaní, v pracovnom i súkromnom živote. Nemal rád popularitu a akákoľvek okázalosť mu bola cudzia.

Štefan Siťaj po maturite na gymnáziu v Novom Meste nad Váhom roku 1929 sa zapísal na LFUK v Bratislave. Časť štúdia medicíny absolvoval na viedenskej lekárskej fakulte a v klinických semestroch pokračoval v štúdiu na známej parížskej univerzite. Po promócií roku 1935 v Bratislave pracoval na internej klinike pod vedením prof. Netouška ako asistent do získania špecializácie vo vnútornom lekárstve.

V priebehu druhej svetovej vojny, za Slovenského štátu, predstavenstvo Ústrednej sociálnej poisťovne prenieslo ťažisko starostlivosti o reumatikov do Trenčianskych Teplíc. V bývalom Železničiariskom dome zriadili liečebný ústav Robotníckej sociálnej poisťovne. Pod vedením MUDr. Siťaja tu vzniklo roku 1942 klinické reumatologické oddelenie, jedno z prvých v Európe.

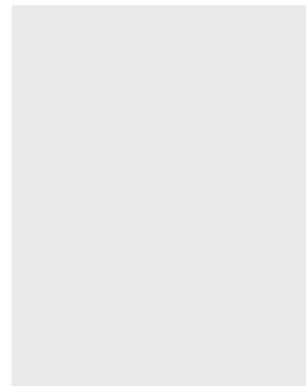
Bolo šťastím, že na čele reumatologického oddelenia a celého ústavu stál pomerne mladý, ale dobre teoreticky vzdelaný lekár, so širokou klinickou erudíciou, s bohatými zahraničnými skúsenosťami a osobnou invenciou, ktorý so svojimi spolupracovníkmi položil základy pre vznik nového odboru – reumatológie.

Po skončení II. svetovej vojny ústav prevzala Národná poisťovňa. Š. Siťaj využil rozšírené možnosti kontaktov s odbornými pracoviskami vo vyspelých západných štátoch a roku 1946 absolvoval dlhodobý študijný pobyt v Anglicku u prof. Kerslyho. Tu načerpal bohaté teoretické vedomosti i praktické skúsenosti, ktoré mu umožnili nasmerovať slovenskú reumatológiu na najmodernejší svetový trend. Stály kontakt s internou klinikou

LFUK, vedecká práca a publikačná činnosť vytvorili podmienky pre habilitáciu Š. Siťaja a získanie hodnosti docenta (1946). Keď sa rok 1952 zriadovali v ČSSR v rezorte zdravotníctva výskumné ústavy, doc. Siťaj bol poverený zriadiť Výskumný ústav reumatických chorôb v Piešťany – VÚRCH, ktorý začal svoju činnosť 1. 3. 1953.

Ukázala sa sila osobnosti doc. Siťaja, keď svojím nadšením vedel strhnúť malý kolektív, ktorý ho nasledoval z Trenčianskych Teplíc do Piešťan, k maximálnemu výkonu a obetavosti. Za neuveriteľne krátky čas sa podarilo zriadiť výskumné pracovisko medzinárodného významu. Doc. Siťaj prednášal na najrôznejších domácich a zahraničných podujatiach, nadväzoval kontakty s poprednými medzinárodnými inštitúciami a od roku 1960 so svojimi spolupracovníkmi organizoval známe piešťanské reumatologické kongresy s medzinárodnou účasťou, za prítomnosti niekoľko sto špičkových reumatológov zo všetkých kontinentov. Tak sa v tom čase už takmer zabudnuté Piešťany dostali do povedomia strednej a mladšej generácie zahraničných reumatológov, čo sa výrazne odrazilo aj na návštevnosti kúpeľov v 60. rokoch aj neskôr.

Intenzívna vedecká a pedagogická činnosť doc. Siťaja bola podkladom aj v získaní hodnosti a titulov: doktorát vied (1966), profesúra na LF LTK v Bratislave (1969), členstvo v Slovenskej akadémii vied (1978). Súbežne pribúdali aj rôzne ocenenia. Z najvýznamnejších treba uviesť: dvakrát cena Ministerstva zdravotníctva SSR (1972 a 1976), Štátne vyznamenanie za zásluhy o výstavbu (1962), Rád práce (1971), Národná cena SSK (1975), Medaila J.E. Purkyňa (1967), Medaila J.E. Guotha (1975), ako aj zahraničné: Čestný diplom EULAR za zásluhy o rozvoj európskej reumatológie (1971) a Heberdenova medaila, ktorú anglická reumatologická spoločnosť periodicky udeľuje najvýznamnejším vedeckým pracovníkom a prof. Siťaj ju dostal ako druhý reumatológ na európskom kontinente. Ako prejav úcty k originálnym výsledkom vedecko-výskumnej práce poctili prof. Siťaja čestným členstvom okrem domácich aj tieto vedecké spoločnosti: Európska liga proti reumatizmu, Ame-



rická reumatologická asociácia, Anglická kráľovská lekárska spoločnosť, ako aj národné reumatologické spoločnosti Bulharska, Fínska, Francúzska, Juhoslávie, Maďarska, Nemecka, Poľska, Rakúska a Talianska.

Popri vedecko-výskumnej a organizátorskej práci vynikal prof. Siťaj aj v pedagogickej činnosti. Už od roku 1956 poriadal so svojimi spolupracovníkmi obľúbené reumatologické kurzy pre internistov, ktorými prešli staršie generácie reumatológov z celého Česko-Slovenska. Z hľadiska výučby v reumatológii má nezastupiteľnú úlohu moderne koncipovaná obsiahla trojväzková celoštátna učebnica Reumatológia v teórii a praxi, v ktorej pokračujú jeho žiaci vydaním ďalších dielov, štvrtého, piateho a šiesteho pod vedením prof. J. Rovenského, DrSc.

Už od začiatku činnosti ústavu sa rozvíjala veľmi konkrétna plodná spolupráca s domácimi vedeckými inštitúciami, ako aj s reumatologickými pracoviskami zo susedných aj zo vzdialenejších štátov (Veľká Británia, Holandsko, Fínsko, Švajčiarsko, Švédsko a iné).

Na základe týchto rozsiahlych skúseností bol piešťanský ústav od roku 1975 koordinujúcim pracoviskom výskumu štátneho plánu technického rozvoja pre oblasť reumatických chorôb v bývalej ČSSR.

Rovnako významná je aj publikačná činnosť prof. Siťaja, ktorá mala tematicky neuveriteľne široký záber, vždy však dbal viac o kvalitu ako o počet publikácií. Z najvýznamnejších treba spomenúť prvú monografiu vo svetovom písomníctve o alkaptonúrii a ochronóze (1956), spo-

luprác na štúdiách o chondrokalcinóze, originálne práce o algodystrofickom syndróme a entezopatiách, ďalej to boli epidemiologické štúdie, medzinárodne koordinovaná porovnávací štúdia prevalencie reumatoidnej artritídy vo vybraných lokalitách v Anglicku – Manchester, Fínsku – Heinola, ČSSR – Piešťany a ZSSR – Moskva, štúdie incidencie reumatickej horúčky, prevalencie osteoartrózy a iné. Priniesli ústavu významné postavenie koordináčného centra pre epidemiológiu reumatických chorôb v medzinárodnom meradle.

Rovnako dôležitým úsekom činnosti prof. Siťaja bolo založenie a redigovanie periodika Acta balneologica et rheumatologica pistiniensis vydávaného v anglickom a nemeckom jazyku a odborného vedeckého časopisu Rheumatologia, ktorý je indexovaný v databáze Excerpta Medica a v informačnom systéme Internet logos a vychádza nepretržite už jeho 25. ročník.

Prof. Siťaj docielil to, čo je dopriate len výnimočným jedincom. Založil odbor a dosiahol v ňom medzinárodné úspechy. Založil školu, v ktorej vychoval rad

vedeckých a odborných pracovníkov a položil základy pre kvalifikovanú starostlivosť o reumatikov na solídnej medzinárodnej úrovni. Zapísal sa trvale do histórie svetovej reumatológie. Na jeho počesť konáme „Siťajov predvianočný seminár“ so zmeneným názvom sympóziom bohato navštevované slovenskými, českými v poslednom čase aj inými zahraničnými pracovníkmi. Vynasnažíme sa, aby sme ním vytvorené dielo naďalej rozvíjali a odovzdali ďalším generáciám Česť jeho nehynúcej pamiatke!

J. Rovenský  
T. Urbánek

## JESEŇ ŽIVOTA a úcta k starobe

**S**tarnutie je komplexný biologický proces, ktorý prebieha po celý život. Starnutie je súčasťou nášho života. Starnutie je naplnením cesty k ľudskej zrelosti a vyrovnanosti. Starnutie sa líši podľa rôznych ľudí a býva v rôznych podobách.

### Aké je to byť starým človekom?

Myslím, že na jednej strane je to múdrosť, skúsenosť a vyrovnanosť človeka. Na druhej strane je to pocit nepotrebnosti, zbytočnosti. Vrásky na tvári a ruky starca odzrkadľujú celoživotnú prácu, zdravotné problémy – aj o tom je staroba. Je to individuálne a je to stav mysle každého človeka!

Všetko, alebo aspoň veľa záleží od psychiky človeka, od spôsobu života v strednom veku, od názorov, životných hodnôt, od sociálnych kontaktov, od aktivít a záujmov, od neustáleho vzdelávania sa, od našej snahy nepoddať sa zdravotným problémom, ktoré pretrvávajú počas života a podobne. Starnutie je darom, je to súčasť Božieho plánu, aby človek pochopil zmysel a nadobudol „múdrost srdca“. Je to zrelosť a vyjadrenie Božieho požehnanie.

Etapa starnutia je definitívna, rôznorodá, môže však byť pekná. Tak ako jeseň. Pre niekoho jeseň znamená chladné, daždivé mesiace. Nepohodlné a smutné obdobie. Pre iného je jeseň nekonečná hra farieb v posledných lúčoch slnka. Jeseň môže byť príležitosť zastaviť sa, vychutnať si vôňu bylinkového čaju po prechádzke v prírode, zbieranie gaštanov alebo púšťanie šarkana s vnúčatami. Starý človek sa neponáhľa za smrťou tak ako

mnohí z mladšej generácie. Každodenný zhon a stres sa vytráca z jeho života.

### Kto sa považuje za starého človeka?

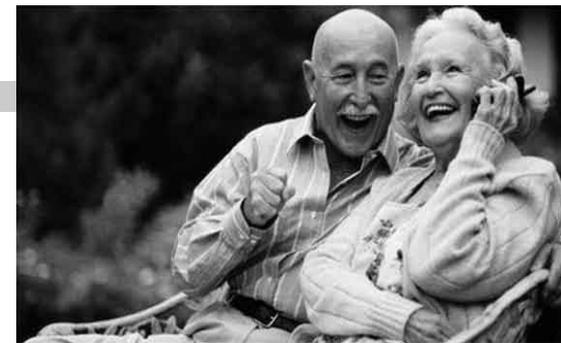
Roku 1800 sa za starého človeka považoval štyridsiatnik. Roku 1980 to bol päťdesiatnik. V súčasnosti sa hranica staroby udáva vo veku 65 rokov. Záujem gerontológie sa sústreďuje až na vek 75 rokov (gerontológia je náuka o ľudskej starobe, starnutí organizmov a chorobách staršieho veku a neustále sa vyvíja).

### Ako sa starať o starého človeka?

Majme úctu k starým ľuďom. Prijmime ich, starajme sa o nich nielen vtedy, keď majú zdravotné problémy! Oceňujme ich skúsenosti, kvalitu, aby sa cítili súčasťou spoločnosti i napriek oslabeniu zdravia a ubúdajúcich síl. Zapájajme ich do spoločenských aktivít, využívajme aktivity v občianskych združeniach, kluboch dôchodcov. Štúdiom na univerzite tretieho veku je tiež prospešné, ak má senior záujem. Nesmierne dôležitá je vhodne zvolená komunikácia. Treba dávať najavo, že starých ľudí potrebujeme pre ich skúsenosť, ich názor je dôležitý a potrebný... Rešpektujme ich potreby, tolerujme ich nedostatky, milujme a ochraňujme ich tak, ako to robili oni, keď sme to my potrebovali. Vráťme im to, čo sa nás snažili celý život učiť.

### Krátke zamyslenie na záver

pochádza od teológa a filozofa Karola Rahnera. Je to vlastne jeho modlitba, písaná zvláštnou formou veršovanej prózy – Pane, nauč ma starnúť.



„Pane, nauč ma starnúť.

Presvedč ma, že komunita mi nijako neublíži, ak ma zbavuje zodpovednosti, ak sa ma už nepýta na mienku, ak si vybrala na moje miesto iných.

Ober ma o pýchu, na ktorú ma zvädzajú moje skúsenosti, a odním mi pocit nenahraditeľnosti.

Nech v tomto postupnom odpútavaní sa od vecí vidím jedine zákon času a toto striedanie úloh nech mi pripomína zaujímavý zákon života, ktorý sa obnovuje z podnetu tvojej prozreteľnosti.

Pane, daj, aby som vedel byť svetu i naďalej užitočný a svojím optimizmom a modlitbou, aby som prispieval k radosti a k odvahe všetkých, čo po nás preberajú zodpovednosť.

Nech žijem v pokornom a pokojnom kontakte so svetom, ktorý sa premieňa.

Nech nežialim nad minulosťou a svoje ľudské utrpenie nech prinášam ako dar na sociálne zmierenie.

Môj odchod z poľa činnosti nech je prostý a prirodzený ako šťastný západ slnka.

Odpusť mi, že až dnes v pokoji začínam chápať, ako si ma miloval a pomáhal mi.

Kiežby som aspoň teraz živo a hlboko pochopil podiel radosti, ktorú si mi pripravil a ku ktorej si mi dal vykročiť v prvý deň môjho života.

Pane, nauč ma starnúť takto. Amen.“

-ib-

# ZDRAVIE a detoxikácia

**Z**dravie. Sedem písmen vyslovené a používané v bežnom živote často. Zdravie si prajeme jeden druhému navzájom, ale neprikladáme slovu veľký význam, skôr by som povedala, že sa o svoje zdravie nestaráme takmer vôbec. Zabúdame na preventívne prehliadky, stresujeme sa, nemáme dostatok spánku, máme nesprávnu výživu, málo pohybu... Akosi naivne si nahovárame: „Mne sa nič zlé nemôže stať!“ Až keď je príliš neskoro, radi by sme všetko vrátili späť – aj zahraničnú pracovnú cestu, aj nočné vysedávanie pri PC, aj hodiny strávené nad neodkladnými projektmi, aj... Žiaľ, neskoro si uvedomíme, že zdravie je to najcennejšie, čo človek má, a je našou povinnosťou vážiť si ho a starať sa oň.

U chronicky chorých pacientov je starostlivosť potrebná každodenne. Liečba je niekedy zložitá, individuálna a nepriinesie okamžité zlepšenie zdravia, ako by sme si priali. Často je liečba zdĺhavá a náročná. A to nespomínam finančnú náročnosť, či pre poisťovňu alebo pacienta žijúceho pre svoje zdravotné obmedzenia len z invalidného dôchodku. Vo všeobecnosti chronické ochorenie vyčerpá človeka po všetkých stránkach a čím je človek starší, tým je to horšie.

Preto je veľmi dôležité starať sa o svoje zdravie hneď od prvých príznakov ochorenia. Dbať na rady lekárov a odborníkov, dodržiavať určené liečbu, sledovať zmeny. Platí to pre detského aj pre dospelého pacienta. Dospelý sa pozoruje sám a choré dieťa pozoruje rodič. V oboch prípadoch je potrebné o prípadných zmenách informovať ošetrojúceho lekára.

Zdravie. Sedem písmen. Napadne ma disciplína, vytrvalosť, ochota načúvať svoje telo i dušu. Rodičia starajúci sa o svoje choré deti, ktoré nie sú sebestačné, ktoré potrebujú pomoc inej osoby, si musia na svoje zdravie dávať pozor. Mali by sme si uvedomiť, že všetky deti potrebujú rodiča nielen milujúceho, ochotného, obetavého, ale aj zdravého!

**Detoxikácia** – odstránenie jedovatosť, jedovatých a inak škodlivých látok v jarnom období urobí „dobré“ nášmu organizmu a myslí. Očista tela nie je záležitosťou jedného mesiaca, treba pol roka až rok, vhodná je i zmena myslenia v stravovacích návykoch. Pri detoxikácii sa uvoľnia hlieny a môže sa náš zdravotný stav podobáť prechladnutiu. Pravidelnou detoxikáciou môžeme zabrániť rôznym chorobám.

Jednou z možností je kúpiť si bioprodukty na detoxikáciu – stačí sa poradiť v lekárni s odborníkom, potom sú to rôzne bylinky a čaje. Niektoré recepty sme vyskúšali.

**Čaj Lapacho** – označuje sa ako čaj Inkov. Červené Lapacho je vnútorná kôra juhoamerického stromu Lapacho. Je veľmi silným antioxidantom, hlavným účinkom čaju je jeho schopnosť prebudiť vlastný obranný systém k aktivite a zvýšiť tak imunitu tela, zlikvidovať rôzne nežiaduce parazity a pôvodcov infekčných ochorení. Má skvelú škoricovú chuť, užíva sa 2 – 3-krát denne. Dá sa kúpiť v drogérii.

**Potraviny** – do svojho jedálneho lísta treba zaradiť obilniny, ovocie, semená, orechy. Ak chýba vláknina, zelenina a voda, činnosť hrubého čreva sa spomalí a škodliviny ostávajú v tele dlhšie.

**Pravidelné vyprázdňovanie** – ak má človek problémy s vyprázdňovaním, toxíny sa cez stenu hrubého čreva dostávajú do krvi a orgánov. Lanové semeno je vhodné aj na dlhodobé užívanie. Zomelieme dve polievkové lyžice semena a pridáme ich do jogurtu, tvarohu. Užívame 3-krát denne, účinok sa dostaví o 2 – 3 dni.

**Bylinková kúra** – jarná únava sa dá prekonať cesnakom medvedím a žihľavou. Cesnak dodá telu vitamín C, detoxikuje, vyčistí črevá, žalúdok a krv. Pomáha pri zažívaní, zabraňuje kôrnateniu ciev, znižuje krvný tlak, pôsobí proti nespavosti, proti hučaniu v ušiach. Mladé lístky žihľavy rozmixujeme s troškou vody, odložíme žihľavovú štavu do uzatvorenej fľaše a uskladníme v chladničke. Užívame nalačno čajovú lyžičku 3-krát denne najmenej dva týždne. Lieči zápaly močových ciest, podporuje činnosť hrubého čreva, a preto je vhodná na detoxikáciu tela.

**Zázvor ako liek** – znásobuje vnútorné teplo, vzbudzuje chuť, podporuje látkovú premenu, vyťahuje z organizmu hlieny. Zázvorový čaj je skvelý pri prechladnutí. Ďumbier očistíme, nastrúhame, necháme postáť. Na jeden pohár dáme 1 čajovú lyžičku zázvoru. Necháme odstáť 20 minút, pridáme med. Užívame 3 – 4-krát denne najviac 3 – 4 čajové lyžičky. Korenistá vôňa odstraňuje vyčerpanosť, apatiu, zosilňuje sa viera v seba, komunikatívnosť i pôvab.

**Chren a med** – dokážu stimulovať imunitu vďaka vysokému obsahu vitamínov. Koreň chrenu najemno postrúhame a zmiešame s rovnakým množstvom medu. Zmes užívame po lyžičkách 3 – 7-krát denne.

**DetoxiPan** – revitalizovanie, očistenie ľudského tela a zvýšenie imunitného systému prirodzeným spôsobom. DetoxiPan je náplasť, ktorú si naordinujete pred spaním na chodidlo a výsledok sa prejaví hneď druhý deň. Detoxi vankúšiky odstraňujú jedy, krv prúdi ľahšie, rýchlejšie, a tým sa v tele zmierňujú chronické aj akútne bolesti, ale odstraňujú sa aj príčiny mnohých ochorení. Zbavujú sa únavy, kožných ochorení, bolestí, alergií. DetoxiPan nie je liek, no dokáže zlepšiť telesný stav.

**Cvičenie, joga, saunovanie alebo masáže** – tiež podporujú detoxikáciu tela. Dá sa predísť bolestiam hlavy, únavy, keď sa telo počas prvých dňoch bude zbavovať jedovatých látok.

Kvalita telesných a duševných aktivít závisí od toho, ako sa staráme nielen o zovňajšok, ale aj o vnútro. Neuvedomujeme si dôležitosť pravidelnej detoxikácie – očisty organizmu, a preto ponúkame knihu od Kataríny Horárovej pod názvom Detoxikácia organizmu – zmena života k lepšiemu. Cieľom knihy je poradiť všetkým tým, ktorí chcú pre svoje zdravie niečo urobiť a žiť kvalitný život v zdraví. Každé obdobie je vhodnou príležitosťou na očistnú kúru. Zmeny pocítite nielen na tele, ale i na duši.

Ingrid Brečová

## DÔCHODOK v bezpečí

**S**te v nemocnici, na dovolenke, liečebnom pobyte alebo len s priateľmi na káve... a práve dnes je výplatný termín vášho dôchodku?

Netreba sa stresovať, netreba čakať na poštového doručovateľa. Stačí si vo VÚB zriadiť SENIORKONTO a máte po probléme. Netreba nosiť hotovosť, lebo za nákupy sa dá platiť pomocou platobnej

karty. Dôchodok dostanete každý mesiac na účet, o peniaze je postarané, a to len za poplatok 0,30 € mesačne. Každé tri mesiace dostanete zadarmo poštou na svoju adresu výpis z účtu. Internet banking sa za 0,85 € mesačne nám pomôže pri úhradách mesačných záloh. Treba sa v banke preukázať potvrdením, že ste poberateľom dôchodku (invalidný, starobný). -ib-

# Ako cvičenie vylepšilo môj život s reumou

Lill Due (Nórsko)

„Pas de chat! Roznožiť! Dôsledne!”

Moja francúzska učiteľka baletu bola veľmi prísna. Prísna a krásna. Keď sme napríklad nemali nohy dostatočne napnuté, prišla, paličkou na ne ukázala a povedala: „Postav sa poriadne a vyrovnaj sa! Takto je to výborne!”

Keď som bola malá, trénovala som najviac, ako sa dalo. Vždy, keď som tancovala, vstupovala som do vlastného sveta. Moje telo žilo vlastným životom. Vždy, keď som robila ten najťažší „Pas de chat“, tak akoby som lietala ponad parket. Bola som ohybná, elegantná, tenká a pritom silná. Dosiahla som najvyššiu úroveň sebakontroly a disciplíny. Potrebovala som mať pod kontrolou každý nerv a sval v celom tele, aby som ovládala rovnováhu a využívala silu potrebnú pre tanec.

Keď som mala osemnásť rokov, tancovala som úlohu Popolušky vo Švédskom kráľovskom baletе. Keď som mala 19 rokov, prvýkrát sa u mňa prejavila Bechterevova choroba a odvtedy som žila v neustálej, nekončiacej sa bolesti. Keď som sa spýtala, či môžem rozvíjať aj ďalej svoj talent, povedali: „Áno, mali by ste byť schopná. Ale nezabudnite trénovať, aby vám chrbát nestuhol, pretože táto choroba spôsobuje vážne poškodenia stavcov a hrozí aj poškodenie miechy. Teda máte na výber, buď budete trénovať, alebo vám budeme musieť implantovať protetické výstuže na poškodené miesta.” Keď mi lekári toto všetko povedali, nechcela som veriť vlastným ušiam. Ale ja som veľmi chcela tancovať! Chcela som sa tancom zbaviť všetkej tej desivej bolesti a stuhnutosti a zabudnúť na všetky tie desivé slová, ktoré som počula. Počas tých lepších dní som mohla tancovať, ale keď prišli tie horšie, musela som ostať celý deň v posteli. Čo bude s mojou budúcnosťou – vzdelaním, prácou, rodinou? „Skúste žiť rovnako ako predtým,” hovorili lekári, „je dôležité cvičiť, hoci profesionálny balet už nie je pre vás vhodný. Nemôžete sa stať profesionálnou tanečnicou, ale musíte zostať silná a ohybná, aby vás choroba nespútala.”

Cvičenie som robila najčastejšie v bazéne a potom som chodila k fyzioterapeutke. Môj život sa absolútne zmenil, ale našťastie som sa stále mohla hýbať. Pokúšala som sa v bazéne aj tancovať. Nikdy som neprestala tancovať

vo svojom srdci. Zároveň som aj plakala sama nad sebou. Ostala mi však nádej a viera. Dúfala som, že bolesť jedného dňa pomínie a vráti sa mi môj milovaný bývalý život, že budem schopná kráčať bez krívania, tancovať, žiť... Bez bolesti.

„Bohužiaľ, nemáte inú možnosť. Musíme vám vymeniť bedrové kĺby,” povedali mi lekári, keď som mala dvadsaťštyri rokov. Túto katastrofu som ani nedokázala pochopiť. Bolo to, akoby mi osud dal príliš ťažkú ranu. Výmena bedrových kĺbov, protetické implantáty? Rezanie mojich svalov, pílenie kostí, vtĺkanie ocele do tela? Jediné, o čom som teraz dokázala rozmýšľať, bolo, čo bude s mojím životom. Čo bude s mojím baletom? Až doteraz som sa nevzdávala, ale teraz...

Po operácii ku mne prišiel lekár a povedal: „Teraz je dôležité, aby ste rehabilitovali a cvičili.” Jediné, čo som však chcela ja, bolo, aby som zostala v posteli, navždy... „Načo mi to cvičenie bude? Teraz už nebudem môcť nikdy tancovať,” uvažovala som.

Ako som tam tak stála v nemocničnej hale, cítila som sa neuveriteľne deprimovaná, ustarostená a vystrašená. Kto teraz som? Som stále rovnaký človek, aj keď mám teraz túto chorobu? Som stále tá malá baletka, ktorá bola taká elegantná a ohybná, ktorá mohla lietať po parkete na špičkách?

Presne si pamätám chvíľu, keď som stála na chodbe v nemocnici, stískala chodítko a naraz začula energický hlas, ako mi hovorí: „Pas de chat! Dôrazne! Sústredene! Drž sa toho!” Okamžite som zacítila vôňu baletnej sály a jemné karhivé klopkanie paličkou mojej trénerky o lýtka. Pamätala som si, ako som sa vždy dokázala sústrediť iba na tanec, aj keď boli

moje nohy krvácajúce a zapálené. Zavrela som oči a naraz som vedela, že som to ja, stále tá istá osoba. Začala som kráčať, jeden malý krôčik za druhým a každý jeden nerv a sval v mojom tele poslúchol, presne tak isto, ako keď som tancovala. Disciplína! Takmer som s chodítkom preletela cez halu. Vo vnútri som bola stále tou Popoluškou, ktorú som tancovala v Kráľovskom baletе, hoci navonok som bola mladá žena s úplne novými bedrovými kĺbmi.

Keď som objavila tento nový spôsob „tanca”, vedela som, že vyhrám nad osudom. Cítila som, ako som postupne získavala kontrolu nad pohybmi. Bolesť ustupovala. A aj keď pohyby stále boleli, zaťažovala som bedrá stále viac a viac. Znova som mohla kráčať! Pred operáciou som nemohla urobiť ani krok, ale teraz, po mesiacoch rehabilitácie, som znova mohla „tancovať”.

Vo svojom vnútri tancujem balet vždy, keď cvičím v bazéne, alebo som s mojou fyzioterapeutkou. Bez sebadisciplíny a sebakontroly, ktorým ma naučil balet, by som sa iste vzdala. Ale ja vždy budem tancovať, prinajmenšom svojim srdcom aj napriek tomu, že mám umelé kĺby a chronickú chorobu. Nevzdávajte sa – nesmiete sa vzdať, keď ste v podobnej situácii, pretože by sa vám stav určite zhoršil. Musíte sa hýbať, nájsť nové cesty, ako používať svoje telo tak, aby fungovalo. Každý spôsob je dobrý! Ja som stále Popoluškou. Ibaže tancujem iným spôsobom. Tancujem svoj vlastný „Pas de chat”!

*Volne podľa anglického originálu poviedky, ktorá získala Cenu Edgara Stenea (2011), preložil Marko Bernadič.*

# SLOVENSKÁ LEKÁRNICKÁ KOMORA podala k návrhu Zákona o liekoch 45 strán zásadných pripomienok

Návrh novely zvyhodňuje lekárne prevádzkované laikmi, nie farmaceutmi

**BRATISLAVA 26. apríl 2011** – Návrh novely zákona o liekoch sleduje podľa Slovenskej lekárskej komory (SLeK), jedinej zákonom zriadenej stavovskej organizácie farmaceutov na Slovensku, skôr ekonomický prospech veľkých poskytovateľov na úkor zdravia pacienta. SLeK má k nemu veľa zásadných výhrad, ktorá v rámci medzirezortného pripomienkového konania podala v podobe 45 strán zásadných pripomienok. SLeK takisto prostredníctvom svojich členov podporila 8 hromadných pripomienok verejnosti, podaných na Portáli právnych predpisov a podporených stovkami ďalších ľudí, nielen odborníkov, ale aj laikov.

Návrh novely zákona o liekoch prináša podľa SLeK do lekárenstva mnohé dehonestujúce pojmy, a je vo viacerých ustanoveniach nepresný a nezrozumiteľný. „K našim najväčším výhradám patrí napríklad obmedzenie kompetencií farmaceuta vo verejnej lekárni či znižovanie kritérií pre výkon činnosti zodpovedné-

ho farmaceuta. Návrh novely umožňuje aj nedodržiavať kategorizáciu liekov a reguláciu cien, takisto znevýhodňuje farmaceutov pri poskytovaní lekárskej starostlivosti a zvyhodňuje lekárne prevádzkované laikmi a obchodnými sieťami. Pozoruhodné je, že napriek odmietnutiu národnou radou a aj prezidentom začiatkom roku 2011, novela opätovne posúva do legislatívneho procesu aj tzv. vernostné systémy,“ hovorí Tibor Czulba, prezident Slovenskej lekárskej komory.

SLeK vidí dôvod vysokého počtu svojich zásadných pripomienok najmä v tom, že napriek zákonnej povinnosti nebola zahrnutá do legislatívneho procesu a do prípravy novely. Ministerstvo zdravotníctva ako predkladateľ novely celkovo k jej príprave pristupovalo bez širšej odbornej diskusie, v úvodnej prípravnej fáze legislatívneho procesu nielenže nebola napriek zákonnej povinnosti zahrnutá Slovenská lekárska komora, ale ani hlavný odborník pre lekárenstvo,

krajskí odborníci či akademická obec.

„Slovenská lekárska komora vníma novelu zákona o liekoch ako jeden z kľúčových zákonov tejto vlády v oblasti lekárenstva. Ak by návrh prešiel v tejto podobe, hrozí ďalšia monopolizácia lekárenstva a takisto aj jeho možná kartelizácia, s priamymi dôsledkami v podobe zvyšovania rizika pre pacienta, znižovania vplyvu regulátora na cenotvorbu lieku či priamy negatívny dopadom na štátny rozpočet,“ dodal Tibor Czulba.

*Slovenská lekárska komora vznikla 3. 12. 1991 ako jediná zákonom zriadená stavovská organizácia farmaceutov na Slovensku. Jej úlohou je chrániť odborné záujmy svojich členov. Prvým prezidentom SLeK bol RNDr. Anton Bartunek. V súčasnosti je jej členmi 3720 farmaceutov.*

*PharmDr. Tibor Czulba  
prezident Slovenskej lekárskej komory  
PhDr. Jozef Bednár, PhD.  
mediálny poradca*

## NA DONOVALOCH odštartovala séria regionálnych stretnutí slovenských lekárníkov

Témou aj generická preskripcia a jej vplyv na lekárenstvo

**DONOVALY 2. apríl 2011** – Na Donovaloch sa včera večer uskutočnilo prvé zo série odborných regionálnych stretnutí lekárníkov, ktoré organizuje Slovenská lekárska komora v spolupráci s Alianciou lekárníkov a spoločnosťou Unipharma – 1. slovenská lekárska akciová spoločnosť. Hlavnou témou všetkých regionálnych stretnutí sú Lekárne lekárníkom. Na stretnutí na Donovaloch sa zúčastnilo viac ako 100 lekárníkov prevažne z banskobystrického kraja.

S odbornými prednáškami na podujatí vystúpil prezident Slovenskej lekárskej komory Tibor Czulba, Ondrej Sukeľ z Aliancie lekárníkov, hlavný odborník MZ SR pre lekárenstvo Peter Mihálik a predseda predstavenstva a generálny riaditeľ Unipharmy Tomislav Jurik. „Cieľom týchto regionálnych stretnutí lekárníkov je začať verejnú odbornú debatu na témy, ktoré najviac zaujímajú slovenských lekárníkov. Predovšetkým ide o tému ako lekárne lekárníkom, vplyv generickej preskripcie na lekárenstvo či o redefinovanie legislatívnych podmienok v lekárenstve, ktoré budú odrážať verejný, a nie obchodný záujem,“ povedal na margo stretnutí Tibor

Czulba, prezident Slovenskej lekárskej komory.

Po Donovaloch budú regionálne stretnutia lekárníkov pokračovať v priebehu apríla postupne v Košiciach, Trenčíne, Prešove, Nitre, Žiline, Bratislave a Trnave. Odborným garantom podujatia je Slovenská farmaceutická spoločnosť.

*PharmDr. Tibor Czulba  
prezident Slovenskej lekárskej komory  
PhDr. Jozef Bednár, PhD.  
mediálny poradca*

# NEMOCNICA KOŠICE-ŠACA, a.s., 1. súkromná nemocnica tretíkrát získala Slovak Gold Exclusive

**KOŠICE, 28. marec 2011** – Nemocnica Košice-Šaca, a.s., 1. súkromná nemocnica v týchto dňoch opätovne získala predĺženie platnosti certifikátu Slovak Gold Exclusive na ďalších 24 mesiacov. Nemocnica je držiteľom ocenenia od novembra 2006. Cenu udeľuje Nadácia Slovak Gold (uznávaný systém certifikácie produktov nadštandardnej kvality).

Nemocnica Košice-Šaca, a.s., 1. súkromná nemocnica, patriaca do skupiny Unipharma, získala certifikát Slovak Gold Exclusive ako prvé zdravotnícke zariadenie na Slovensku a naďalej je jediným zdravotníckym zariadením, ktoré to ocenenie má. Je to ocenenie za výborné hospodárske výsledky a stabilitu, zabezpečovanie ďalších hodnôt, ako sú napríklad investície do ľudských zdrojov, ochrana zdravia a životného prostredia, plnenie si daňových a odvodových povinností, korektné obchodné vzťahy, či verejný prospech.

„Pre mňa i celý tím spolupracovníkov v nemocnici opätovné získanie certifikátu Slovak Gold Exclusive je dôkazom toho, že v našom zdravotníckom zaria-

dení naďalej poskytujeme pacientom kvalitnú zdravotnú starostlivosť a je ocenením našej snahy. Zároveň je pre nás výzvou, aby sme úroveň, ktorú sme dosiahli, neustále udržiavali či zvyšovali. Ďakujem všetkým spolupracovníkom za skvelú spoluprácu,“ povedal Juraj Vančík, riaditeľ nemocnice Košice-Šaca.

Prepožičanie práva používať značku Slovak Gold Exclusive je časovo obmedzené na dobu platnosti, t. j. 24 mesiacov, prípadne na dobu ďalšieho predĺženia jeho platnosti (ďalších 24 mesiacov). Cenu Slovak Gold Exclusive doteraz získalo len 8 firiem.

Nemocnica Košice-Šaca sa okrem Slovak Gold Exclusive pýši aj inými oceneniami, napr. získala integrovaný certifikát manažérstva kvality ISO:2000 a životného prostredia ISO 14001:2004, Cenu primátora mesta, certifikát rodovo zodpovednej organizácie či Baby Friendly Hospital. Oficiálne odovzdanie nového certifikátu prebehne na slávnostnom ceremoniáli v máji 2011.

*Nemocnica Košice-Šaca, a.s., 1. súkromná nemocnica vznikla roku 2003 so spádo-*

*vou oblasťou približne 100 000 obyvateľov. Zamestnáva 952 zamestnancov, z toho 179 lekárov, 319 sestier, 454 zdravotníckeho a nezdravotníckeho personálu. Postelová časť (379 postelí) má priemernú obložnosť postelového fondu 72%, s priemernou dobou hospitalizácie 6,48 dňa. Priemerná ročná hospitalizácia je približne 16 700 pacientov. Počet operačných výkonov je viac ako 9100 ročne a približne 1450 pôrodov. Poliklinická časť pozostáva z 15 ambulancií všeobecného lekárstva, 7 stomatologických ambulancií a 67 odborných ambulancií. V ambulanciách je ročne ošetrovaných viac ako 531 000 osôb, pričom počet ambulantných výkonov je viac ako 754 000. V nemocnici sa nachádzajú aj pracoviská spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek. Priemerný počet pacientov ošetrovaných na týchto pracoviskách je 516 000 osôb ročne s počtom výkonov 1,24 mil. ročne. Súčasťou nemocnice je aj diagnostické centrum.*

*MUDr. Juraj Vančík, CSc.  
riaditeľ nemocnice Košice-Šaca  
Mgr. Adriana Bednárová  
mediálny poradca*

## VI. STREDOEURÓPSKY POPÁLENINOVÝ KONGRES sa uskutočnil 25. – 27. 5. 2011 v Košiciach

### 40. výročie košickej Kliniky popálenín a rekonštrukčnej chirurgie

**KOŠICE, 25. máj 2011** – Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica – Klinika popálenín a rekonštrukčnej chirurgie v spolupráci so Slovenskou lekárskou spoločnosťou (SLS), Lekárskou fakultou Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Spoločnosťou plastickej a estetickéj chirurgie a Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek usporiadajú v hoteli Double Tree by Hilton VI. Stredoeurópsky popáleninový kongres o liečbe popálenín. Kongres zahája vo štvrtok 26.05.2011 o 8.00 hod. za účasti primátora mesta Košice, Richarda Rašeho.

„Hlavnou tematikou kongresu bude liečba rozsiahlych termických úrazov

a ich komplikácií, hromadné termické úrazy a dôležitou súčasťou bude aj návrh preventívnych opatrení predovšetkým v oblasti detskej úrazovosti. Tento kongres bude zároveň oslavou 40-teho výročia založenia popáleninového centra v Košiciach – Šaci, ktoré za toto obdobie liečilo 23812 pacientov s rozsiahlymi termickými úrazmi a ich komplikáciami, z toho viac ako 7000 detských pacientov,“ hovorí Ján Babík, prednosta Kliniky popálenín a rekonštrukčnej chirurgie.

„Špeciálne by som upozornil na prednášku doc. Kollera, CSc. a prof. Dr. Konigovej na tému Elektrické popáleniny, pozornosť si zaslúži prednáška prof. Dr. Herndona z USA na tému Komplexná

liečba popálenín,“ dodáva Ján Babík.

Na kongrese sa zúčastní 150 odborníkov z viacerých európskych krajín a USA a 60 zdravotných sestier.

Súčasťou kongresu bude aj výstava zdravotníckej techniky a zdravotníckeho materiálu používaného v tejto oblasti. Viac informácií: <http://www.progress.eu.s>

V roku 1971 bolo v Košiciach – Šaci založené oddelenie pre liečbu popálenín a rekonštrukčnej chirurgie na čele s jeho zakladateľom primárom MUDR. Štefanom Šimkom, CSc. Ten zaviedol na oddelení najmodernejšie metódy liečby termických úrazov. V roku 1980 na základe dosiahnutých výsledkov, MZ SSR priznalo pracovisku štatút Centra lieč-

by popálenín a bolo zaradené do NsP III. typu. V roku 1986 sa ujal primariátu MUDR. Jaroslav Bláha, CSc., ktorý rozšíril pôsobnosť centra o kožnú banku, ktorá spolupracovala s EuroSkin Bank v Holandsku. Od roku 1993 je primárom Kliniky popálenín a rekonštrukčnej chirurgie MUDr. Ján Babík, CSc., ktorý sa od

roku 1997 stal jej prednostom. Klinika sa stala externým pracoviskom Lekárskej fakulty, ako súčasť výučbovej bázy LF UPJŠ v Košiciach. Od roku 1972 v nej prebieha doškolovanie lekárov pre chirurgickú atestáciu, doškolovanie sestier v oblasti liečby popálenín a pod. Postupne boli v nej otvorené pracovisko hyperbarickej

liečby a 1. laserové dermatokozmetické centrum.

Viac informácií:

MUDR. Ján Babík, CSc.  
Prednosta Kliniky popálenín  
a rekonštrukčnej chirurgie  
Mgr. Adriana Bednárová  
MARCUS PR, s.r.o.

## V nemocnici v Bánovciach nad Bebravou dokončili NOVÉ DIALYZAČNÉ STREDISKO

**BÁNOVCE NAD BEBRAVOU, 19. apríl 2011** – V priestoroch Nemocnice Bánovce – 3. súkromnej nemocnice bolo dnes slávnostne otvorené nové dialyzačné stredisko spoločnosti B. Braun Avitum, ktorá ho vybudovala za takmer 1 milión EUR. Ide v poradí o desiate stredisko B. Braun Avitum pre pacientov trpiacich chronickým ochorením obličiek na území Slovenska. V Bánovciach nad Bebravou bude dialyzačné stredisko schopné denne ošetriť až 14 pacientov v dvoch smenách. Otvorením tohto strediska sa výrazne zvýši kapacita v spádovej oblasti okresu Bánovce nad Bebravou.

„Myšlienka vybudovania dialyzačného strediska v našej nemocnici sa zrodila ešte v roku 2006,“ hovorí Ivan Mokrá, riaditeľ nemocnice Bánovce. „V roku 2008 sa nám podarilo nájsť aj vhodného partnera na realizáciu tohto projektu. Som veľmi rád, že sa nám tento projekt v spolupráci s našim partnerom podarilo úspešne dokončiť, už čoskoro tak v dialyzačnom

centre spolu privítame prvých pacientov,“ dodal I. Mokrá.

„K rozhodnutiu vybudovať nové dialyzačné centrum práve v Bánovciach nad Bebravou nás primäla najmä tá skutočnosť, že tu žije vysoký počet pacientov s chronickým ochorením obličiek. Stredisko tak zvýši dostupnosť starostlivosti v regióne a prispeje tak k vyššiemu komfortu pacientov. Zároveň tým dôjde k zníženiu nákladov za dopravu, ktoré hradia zdravotné poisťovne,“ uvádza Martin Kuncak, riaditeľ siete dialyzačných stredísk B. Braun Avitum.

Dialyzačné stredisko bude poskytovať chronickú dialyzačnú starostlivosť – od hemodialýzy, cez hemodiafiltráciu, po peritoneálnu dialýzu. „Celý náš personál je na tieto úkony a procedúry špeciálne vyškolený. Snažíme sa našim pacientom zaistiť špičkovú starostlivosť na najvyššej úrovni, a okrem profesionálnej spôsobilosti našich lekárov a sestier kladieme tiež obrovský dôraz na vytvorenie pria-

teľského prostredia a do značnej miery až rodinného zázemia,“ hovorí vedúca lekárka strediska Jana Šišková a dodáva: „Vzhľadom k tomu, že k nám väčšina pacientov dochádza v priemere trikrát v týždni, predstavuje pre nich náš personál skutočne niečo ako druhú rodinu.“

*Nemocnica Bánovce – 3. súkromná nemocnica, s.r.o., je nemocnicou patriacou do skupiny Unipharma – 1.slovenská lekárnická akciová spoločnosť. Unipharma vlastní nemocnicu od 1.1.2006, až doteraz do jej rozvoja investovala takmer 2 mil. eur. Poskytuje komplexnú zdravotnú starostlivosť obyvateľom spádovej oblasti okresu Bánovce nad Bebravou s rozlohou 462 km<sup>2</sup> a s počtom približne 38.385 obyvateľov.*

Ing. Ivan Mokrá  
riaditeľ nemocnice  
Mgr. Adriana Bednárová  
mediálny poradca  
Ing. Lucie Kocourková  
tlačová hovorkyňa

# LIGA PROTI REUMATIZMU na Slovensku

O bčia??????

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP  
riaditeľ NÚRCH Piešťany

## OZNAM pre členov SMR a KK

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 bulletine a na [www.mojareuma.sk](http://www.mojareuma.sk) v rubrike „ČLENSTVO“.

Nedoplatky na členskom príspevku za roky 2009 a 2010 môžete doplatiť v do-

teraz 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 cm<sup>2</sup> • Technika tlače: ofset

Cena inzercie: 1 cm<sup>2</sup> = 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](mailto:liga@nurch.sk)

[www.reuma.sk](http://www.reuma.sk)

*Približne 43 tisíc ľudí  
na Slovensku trpí  
reumatickými  
ťažkosťami.<sup>1</sup>*

**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™