

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

MUDr. LUDVÍK TUŽÍN

odborný lékař nemocí vnitřních

BRNO, Náměstí Svobody 21.

Tel. 13.790.

Ord. 8¹/₂—10, 14—16.

Rp.

25.50

9.-
-10
7.97
6.75
90

Emmydium 0.002
Frochman ali 0.3
Mphratdmo XX
L. deumelhuam

18.72
36
19.08

Rp.

Nab. breuak 20
Lul. as. Fulleu 4
Aqua pulchra
L. deumelhuam

2.80
2.40
20
4.50
7.40

Dr. L. Tužín
Nám. Svobody 21.
Tel. 13.790.

DR. L. TUŽÍN
NÁM. SVOBODY 21.
TEL. 13.790.

6.30
12
6.42

Domnívám se, že schizofrenický poplatkový stav, ve kterém se ocitli lékárníci i široká veřejnost, začal už tehdy, kdy nikomu nevadily pětikoruny nebo desetikoruny darované klientům v řetězcových lékárnách. Jeho kořeny možná sahají ještě mnohem hlouběji, do časů, v nichž se zrodila možnost různě vysokých doplateků. Naši politici usoudili, že to není nic proti ničemu. Tím dali veřejnosti signál, že každý méně štědrý lékárník je mamonař a netřeba mu žádných ohledů. Oni sami z toho „vytrískali“ politické body.



Co nás teď čeká? Může se stát, že většina lékáren bude poplatky vybírat dál. Pak ale musí státní správa zajistit, aby byly právně vymahatelné. Je také možné, že budou zrušeny úplně (znamenalo by to nadlouho konec všem poplatkům ve zdravotnictví), ale pak je nutné trvat také na zrušení odpočtu a zavedení pevné výše doplatku. Třetí možnost je přetrvávající agonie, a v tom případě nejsou liché obavy zejména provozovatelů malých lékáren, že některé z nich zmizí z trhu. Podle jednoho kolegy „...buď nás spolknou řetězce nebo se budeme požírat vzájemně.“

První krok k nějaké změně možná učinil pardubický hejtman Radko Martínek, který (bez ohledu na následné reakce svých spolustraníků) vyzval lidi, aby poplatky pokud možno platili.

Nevím jak to bude třeba za měsíc, pokud se však lékárníci masivně rozhodnou nevybírat regulační poplatky, potom se tím naruší veškerá jednání o s nimi svázaném odpočtu, ale také vztah s pacienty. Jestli jsme celý rok poplatky vybírali a teď už je nechceme, kdo nám bude věřit, že jsme si každých třicet korun nestrkali do vlastní kapsy?

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda)

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuf, PharmDr. Dušan Holečko,

PharmDr. Kamil Hrubý, doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,

Mgr. Jiří Kotlář, Mgr. Aleš Krebs, PharmDr. Miloš Potužák,

PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.

A. Staška 80, 140 46 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku

vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C
vložka 74194.

distribuce

PNS Grosso, s. r. o.

Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

grafická úprava

Kateřina Vévodová

tisk

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 3/2009 – 2. března 2009

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

- Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů)
- K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukcii apod.)
- K příspěvkům přes 60 řádků NR požadujeme barevnou fotografii (stačí pasový formát) zachycující současnou podobu autorky či autora



obsah

Tak zle na tom ještě nejsme	4
Zeptali jsme se	5
Dr. J. Šáleného budeme navždy postrádat	6
„Proč platíš, když nemusíš?“ – na to slyší skoro každý	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Odborné semináře, Interaktivní dispenzační semináře	10
Správné dispenzační minimum: Zolpidem	11
V „kontinuálu“ je dosud víc otázek než odpovědí	12
Dřevo bude dřevem i se dvěma atestacemi	13
Kdyby se dal vrátit čas, zase bych šel do lékárny	14
Tak to vidím já: „...jaký si to uděláš, takový to máš“	16
Molekula měsíce: Telavancin	17
Nově registrované látky: Dabigatran	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Trifolium pratense L.	19
Vlastnictví lékáren před evropským soudem	20
Předatestační a další vzdělávání v oblasti KF	21
Vzpomínky na pohnutou minulost: Po únoru 1948	22
Pacienti rádi hledají na webu	23
Několik poznámek na téma „hlíva ústříčná“	24
Věda o obezitě zatím ještě v plenkách	25
Jak se psalo před 75 lety	26

titulní strana



Z května roku 1942 je recept odborného lékaře nemocí vnitřních. MUDr. Ludvík Tužín ordinoval pět dnů v týdnu od 8.30 do 10 a pak od 14 do 16 hodin.

(recept zapůjčen z fondu
Českého farmaceutického muzea v Kuksu)

Tak zle na tom ještě nejsme

„Prosím vás, mein Herr, zastřelte ty děti pořádně,“ žádá v románu *Laskavé bohyně* klidným hlasem německý Žid, otec dvou nemluvnat, německého důstojníka stojícího nad hromadným hrobem plným zmitajících se těl nepřesně postřelených odsouzených, v němž má záhy skončit život Židův i jeho zatím v náruči svíraných dětí. Představa sebe sama v roli otce je mou nejděsivější noční můrou. Nic nepomáhá, že jde o scénu z románu. Skutečnost musela být již mnohokrát i strašlivější.



MUDr. Mgr. Jaroslav Maršík

Optikou mé noční můry zdá se býti život v Česku tím nejrůžovějším z růžových. I život právníka lékárníků, ba i život lékárníkův. Jen jako prchavý oblaček na blankytně modré obloze občas zastíní tváře tu regulační popleta, tu suk(l)ovitý sběratel. Občas se přizná šupito Prest (NEO)... šílená bouřka se zařazeným zpětným chodem, po níž občané volají: „Děkujeme, odečtěte!“, aniž by tušili, o čem to arcusují.

I ta z nejrůžovějších růžová někdy ztmavne. To když se různí polyhejtgamisté v panické hrůze ze zapomení pustí do dštění sirných par a pevných leč nevábných částic do všehomírného ovzduší, kte-

ré zamoří celý Kraj. Nám, co nejsme vyvolení, a nemůžeme odplout za moře, pak nezbyvá, než se jmot očistění. Přesto, že se nemáme ani z poloviny tak rádi, jak si zasloužíme, a ani s polovinou ostatních nevycházíme tak, jak bychom měli, a přesto, že některým se ze sirného puchu samou zvrácenou rozkoší z té hrůzy slastí otevírají póry, přesto všechno jsme jednotní.

Nejde přitom jen o jednotu slov a činů. Obojí se mnohdy rozchází téměř radikálně. Jde o schopnost rozlišit zlo a ochotu se mu postavit. „Prosím vás, mein Herr, zastřelte ty děti pořádně.“ V hrůze z této věty jsme zajedno i s našimi protivníky.

Zlo není vždy tak průhledné. Oči jedněch vidí víc než oči druhých a tytéž oči jsou jindy slepé. Jen, když vede otec své děti na popravu, vidí všechny stejně.

Lékárníci jsou pravidelně vystaveni různým zkouškám. Roztřákané pohledy se v těchto chvílích stahují jedním směrem a tmelí stav v jedno tělo. Těžko říci, kde má těžce zkoušený organismus hlavu, a zda má jen jednu, či vůbec nějakou. V divoké palbě občas dostává ránu na komoru. Častěji od honců, občas od vlastní, zmitající se končetiny. Zkouška, které jsou lékárníci vystaveni dnes, je podle mnohých nejhorší za mnoho let. Téměř polarizovala naději na lepší příští na otázku: „Jak je toto možné?“ Údiv je bezmezný. Ale názor na to, co je správné, stále jednotný není. A ač je to paradoxní, je to dobře. Je snad dost jednotný na to, aby lékárnický stav střelený na komoru napřel síly společným směrem, a dost málo na to, aby se na všem shodl. A proč je to dobře? Protože to znamená, že na tom ještě nejsme tak špatně, abychom museli říci: „Prosím vás, mein Herr, zastřelte ty děti pořádně.“ To by byla čirá beznaděj. A tu já rozhodně necítím.

Autor je právním zástupcem
České lékárnické komory

Kdo to ví a poradí?

Naposledy možná v lednovém televizním pořadu *Máte slovo* na téma „Poradil vám špatně lékárník?“ s Michaelou Jílkovou zazněl požadavek zástupce veřejnosti na diskretní zóny v lékárnách. K lékárníkům, které zajímá způsob technické realizace uvedené záležitosti, patří i Mgr. Jiří Zimák z pardubické Lékárny U Kostelíčka. Domnívá se, že jen výrazná linie na podlaze pacienty nedonutí, aby dodržovali diskretní vzdálenost od člověka stojícího před tárou. A tak se ptá:

Jaké jsou možnosti zřízení diskretní zóny kromě vyznačené linie nebo stojanů s žádostí o dodržování odstupu?

Máte kontakty na spolehlivé firmy, které jsou schopny takovou zakázku realizovat a je nutno počítat s narušením provozu lékárny?

V jakých cenových relacích se takové úpravy pohybují?

Odpovědi na tyto otázky by rádi znali i další lékárníci. Jestli jste schopni kolegům poradit, napište (casopis@ova.inetnet.cz) nebo zatelefonujte (596 115 372) do redakce. (red)

Termín pro zaplacení členských příspěvků na rok 2009 je 28. únor 2009. Rozhodné datum pro výši členského příspěvku (3 000 Kč nebo 1 500 Kč) je pozice lékárníka k 1. únoru 2009. V případě úhrady po stanoveném termínu podléhá platba členského příspěvku penále, které činí 10 % z dlužné částky za každý (i započatý) měsíc prodlení; penále je splatné spolu s členským příspěvkem.

Máte zaplacený členské příspěvky?

Podrobné informace k platbě členských příspěvků byly zveřejněny v Časopise českých lékárníků č. 12/2008 (str. 13 a 14). Tytéž informace (v rozšířené podobě) jsou rovněž k dispozici na webové stránce ČLK (www.lekarnici.cz) v sekci „Aktuality pro lékárníky“ (autorizovaná sekce s nutností přihlášení), článek má název „Členské příspěvky členů České lékárnické komory na rok 2009“ a na web byl vložen 18. 12. 2008.

Před úhradou členských příspěvků si prosím pečlivě přečtete pokyny v uvedených článcích. Speciálně si dovoluujeme upozornit, že **požadujeme jako povinný údaj uvést do zprávy pro příjemce jméno a příjmení člena, kterého se platba členského příspěvku**

týká. Zvláště potřebné je to v případech, kdy za člena platí členský příspěvek zaměstnavatel nebo když je platba poukazována z účtu, jehož majitelem je někdo jiný než člen. Aby nedocházelo k chybám u plateb od zaměstnavatelů, doporučujeme pravidla pro platbu členských příspěvků v kopii předat vašim účetním.

Jestliže bude členský příspěvek za člena

platit zaměstnavatel, pak je nutno upozornit na povinnost, která byla v článku v ČČL 12/2008 kvůli potřebě zkrácení textu vypuštěna: Pokud zaměstnavatel uhradí za zaměstnance členský příspěvek, v souladu s příslušnými daňovými zákony musí zaměstnanci na příslušný měsíc částku zaplaceného členského příspěvku přičíst jako nepeněžní plnění do hrubé mzdy a z takto navýšené mzdy odvést jak zdravotní a sociální pojištění, tak provést odvod daně podle platných předpisů.

V případě potřeby se můžete obrátit na sekretariát ČLK – paní Žárská (tel. 261 006 508, zarska@lekarnici.cz nebo ing. Fuxa (tel. 261 006 505, fuxa@lekarnici.cz). (člk)

Vzkaz autorům

Obracíme se ke všem externím autorům příspěvků na stránky Časopisu českých lékárníků se žádostí, aby nám do redakce posílali vždy jen **konečnou verzi svých příspěvků bez vyznačených oprav, různých zárážek a jiných „ozdob“**. Pro redakční práci s příspěvkem je optimální prostý text (zvýraznění slov či pasáží tučným písmem nebo kurzívou nevádí). Považujte, prosím, tento vzkaz za návod k efektivnější spolupráci. Děkujeme za pochopení. **redakce ČČL**

Vyjádření podpory našim kolegům

Vážení kolegové,

vyjadřujeme podporu všem lékárníkům, kteří se rozhodli pro respektování platné legislativy, která ukládá povinnost vybírat za vydání každého, ze zdravotního pojištění alespoň částečně hrazeného, léčivého přípravku regulační poplatky, a která ukládá pacientovi povinnost tento poplatek zaplatit. Zavedení regulačních poplatků za výdej léčiv sledovalo změnu v rozložení nákladů na léčiva tak, aby se i nejnákladnější léčiva stala dostupnějšími, a naopak, aby náklady na léčiva nikoliv nezbytného významu nebyly čerpány ze zdrojů zdravotního pojištění. Statistiky za rok 2008 ukazují, že se tyto předpoklady potvrdily. Zastáváme názor, že nevybírání poplatků má mimo postih ve formě pokuty stanovené zákonem rovněž rovinu morální, a to vědomé porušování právní úpravy, při němž se jak pacienti, tak zdravotní pojišťovny dostávají do pozice rukojmích. Lékárník, jakožto člen České lékárnické komory, má podle Etického kodexu znát a dodržovat předpisy pro výkon povolání, vystupovat jako čestný člověk, který plní své povinnosti a závazky a vystříhá se nepoctivého jednání. Lékárnická profese stojí v současnosti před celou řadou problémů a její budoucnost bude záviset na způsobu jejich řešení. To, co se jeví z krátkodobého hlediska jako „výhodné“, může mít pro další vývoj nenapravitelné následky. Proto podporujeme každou iniciativu vycházející ze současné právní úpravy lékárenství.

doc. RNDr. J. Kolář, CSc., doc. PhDr. K. Král, CSc., RNDr. B. Macešková, CSc.
Ústav aplikované farmacie,
Farmaceutická fakulta VFU Brno
Kolektiv pracovníků Fakultní lékárny,
Farmaceutická fakulta VFU Brno

ZEPTALI JSME SE

Jak reagují vaši pacienti na situaci, kdy se od 1. února v některých lékárnách Jihomoravského kraje vybírají regulační poplatky, a v jiných ne?



PharmDr. MARCELA BLAHOVÁ
Lékárna Aura, Velká Bíteš

„Mí“ pacienti na tuto situaci nereagují nijak. Musím říct, že mě tím dost zaskočili. V pondělí druhého února jsem otevírala lékárnu vyzbrojená darovacími smlouvami a odhodláním „vydržet, nevracet a vysvětlovat a vysvětlovat“... Na otázku ČČL odpovídám ve čtvrtek pátého, a doposud se žádný pacient ani nezeptal, proč u nás stále platí regulační poplatky. Nejspíš ten „velkorysý“ dar kraje nestojí za řeč, nebo překvapivě zvítězil zdravý rozum.

Mgr. EVA FABULOVÁ
Lékárna Kojál, Vyškov

Po prvním únoru jsme nezaznamenali žádný významný úbytek pacientů, ti „naši“ nám zatím zůstali věrní. Je ale otázka, na jak dlouho. Doufám, že se politici přestanou chovat nezodpovědně a nabádat k nedodržování zákonů. Takové znevýhodňování lékáren, které nezřídil kraj, je nehorázné.



PharmDr. JIŘÍ SEDLÁČEK
Lékárna U Jednorozce, Moravské Budějovice

Jelikož naše město Moravské Budějovice leží na rozhraní krajů Jihomoravského a Vysočiny a geograficky je to do lékáren řízených krajskými úřady obou krajů daleko – pětadvacet kilometrů, tak situace s placením poplatků v naší lékárně je vlastně na okraji zájmu pacientů. Asi v pěti případech jsem byl dotazován, zda poplatky vybíráme, či nevybíráme. My se však řídíme zákonem a poplatky za výdej vybíráme. Akce jedné strany se v naší oblasti nesetkala s úspěchem.

Mgr. HANA PSOTOVÁ
Lékárna M.K.P. service, Ivančice

Na vaši otázku není jednoznačná odpověď, protože co pacient, to názor. Pacienti se rozdělili na dvě skupiny – většina zastává názor poplatky neplatit, ale někteří se bojí podepsat nějaké darovací smlouvy. Jiní si poplatky raději zaplatí sami. Všichni pacienti by rozhodně měli mít stejná práva i povinnosti. Myslím si, že tato situace se pro soukromé lékárny v blízkosti krajských lékáren může stát až likvidační.



ZASEDALO PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

Praha, 7. ledna 2009

■ V části jednání věnované legislativě představenstvo mimo jiné absolvovalo diskusi a hlasování nad spornými pasážemi zákona o komorách.

■ V záležitosti předávání dat informoval dr. Mgr. Maršík, že na základě jednání s ředitelem SÚKL dr. Benešem byly vypracovány materiály pro lékárníky, týkající se centrálního úložiště dat, zosobněny předsedům okresních sdružení, do lékáren a zveřejněny na webu komory. Právní zástupce ČLK nedoporučuje lékárníkům převzetí a on-line připojení routerů, jak požaduje SÚKL, který technickou dokumentaci zveřejnil až 31. prosince 2008. Představenstvo se rozhodlo informovat ministerstvo zdravotnictví, svolat schůzku se softwarovými firmami a požádat SÚKL o další společné jednání.

■ Představenstvo projednalo žádost šéfredaktorky ČČL o rozhodnutí ve věci umístění „Novoročního prohlášení organizací provozovatelů veřejných lékáren v ČR“, podepsaného představiteli GML, virtuálního řetězce Alphega, projektu Moje lékárna, Družstva lékáren a společnosti Europharm, na stránky měsíčníku stavovské lékárnické komory. Po diskusi představenstvo přistoupilo k hlasování a zveřejnění před-

mětného článku v ČČL zamítlo (z 11 přítomných členů představenstva se pro zveřejnění vyslovili 3, proti zveřejnění bylo 6 a 2 se hlasování zdrželi). Mgr. Hampel v dané souvislosti prezentoval své stanovisko, že taková situace, kdy představenstvo musí schvalovat uveřejnění článku v ČČL, nebyla v celé historii komory, tímto se zabráňuje členům ČLK vyjádřit svůj názor k hodnocení aktuální situace do ČČL; tato situace je pro něho nepřijatelná a svým způsobem zavádí cenzuru.

■ K problematice výdeje léčivých přípravků s omezením informovala představenstvo dr. Nedopilová a na základě analýzy způsobu realizace této činnosti v Německu konstatovala, že tamní systém je podstatně jednodušší než návrh SÚKL; omezení jsou pouze odborná, a nikoliv technická.

Praha, 21. ledna 2009

■ Představenstvo bylo seznámeno se záměrem provozovatele lékáren Dr. Max, který bude ve všech svých zařízeních proti vybranému poplatku vracet 30 Kč jinou formou. Mgr. Hampel informoval o postoji GML, které své členy bude nadále nabádat k dodržování zákona.

■ Představenstvo se zabývalo nevybíráním regulačních poplatků ve Středo-

českém kraji a přípravou tohoto záměru i v ostatních krajích. Situaci lékáren plnění povinnosti regulační poplatky vybírat, které se potýkají s odlivem pacientů, považuje představenstvo za kritickou.

Po seznámení s právním rozbohem možností se představenstvo shodlo, že právními prostředky nelze nevybírání regulačních poplatků rychle a účinně zamezit; poplatky za položku na receptu proto nyní považuje za nástroj, který přestal sloužit regulaci léků a stal se kritériem pro výběr lékárny pacientem.

Představenstvo proto rozhodlo, že Česká lékárnická komora navrhne zrušení poplatku za položku na receptu a zároveň bude i nadále podporovat snahy provozovatelů lékáren postavit se obcházení zákona. Současně doporučuje svým členům, aby respektovali povinnost vybírat regulační poplatky. Mgr. Havlíčkovi představenstvo uložilo projednat uvedené s ministerstvem zdravotnictví a případně s dalšími orgány.

■ Prezident komory projednal činnost SÚKL s předsedou Úřadu pro ochranu osobních údajů; výsledkem bylo zařazení SÚKL do plánu kontrol tohoto úřadu.

(člk, ččl)

Podrobný zápis z těchto jednání: www.lekarnici.cz



Doktor Jiří Šálený na archívním snímku ze zasedání redakční rady ČČL.

Dr. J. Šáleného budeme navždy postrádat

Dne 16. ledna zemřel ve věku 75 let RNDr. Jiří Šálený. Do lékárenské praxe vstoupil po promoci na Masarykově univerzitě v Brně v roce 1957. Nastupuje do nemocniční lékárny v Plzni, kde působí až do založení výroby infuzních roztoků v Rokycanech počátkem 60. let. V roce 1967 získává doktorát přírodních věd v oboru farmacie na Univerzitě Komenského v Bratislavě. Průběžně si doplňuje profesní odbornost atestacemi z lékárenství a technologie léků, ve které absolvuje i nadstavbovou atestaci.

V roce 1990 se stává vedoucím lékárníkem nově postavené lékárny v Rokycanech, která navazuje na činnost již nevyhovující lékárny U čápa, podle tehdejší nomenklatury lékárny 030803. Na projektu a praktické realizaci stavby této lékárny se ve složité době významně podílel. Především jeho zásluhou se zrealizovala na tehdejší poměry moderní lékárna, včetně potřebného oddělení přípravy sterilních léků. Byl jmenován okresním lékárníkem v tehdejší OÚNZ Rokycany. Zapojuje se do nově vznikajících lékárenských zájmových struktur, které vyústí ve vznik České lékárnické komory, kde působí jako člen představenstva, později jako předseda její Čestné rady. Podílel se na formování nově vznikajícího Časopisu českých lékárníků a působil jako dlouholetý člen jeho redakční rady.

Celoživotním koníčkem kolegy Jiřího Šáleného byla filatelie, které věnoval velkou část svého volného času.

Jeho stálý optimismus, odbornou erudici a trvalý zájem o etický rozvoj našeho oboru budeme navždy postrádat. Čest jeho památce!

Za OSL Rokycany PharmDr. Jiří KAČÍREK

Televizní šoty z lékáren zřizovaných kraji, v nichž se tlačí občané, aby nemuseli platit 30 korun za položku na receptu, se staly na obrazovkách klasikou. Zprávy o lékárenství se smrskly na jediný pohled do ofi­ciny, kde po dlouhém čekání žádný pacient už nechce nic slyšet a žádný magistr nemá čas mu nic říct. Zmatek, chaos, únava a stres.

Jaroslava Hořanská

V Lékárně U Brány v Jičíně (jedna ze šesti ve městě) v Královéhradeckém kraji to v prvním únorovém týdnu překvapivě vypadalo úplně jinak. Je to lékárna krajská, nemocniční, ale historicky mimo areál nemocnice, má tedy i významnou část veřejnou. „Víme, do jaké situace se dostaly ostatní lékárny, které regulační poplatky vybírají, a je nám to velmi nepříjemné,“ říká vedoucí lékárník PharmDr. Zdeněk Turčín.



PharmDr. Zdeněk Turčín, vedoucí lékárník Lékárny U Brány v Jičíně.

„Těžko se dá situace hodnotit za prvních pět dnů, zatím kolísá. Máme zhruba dvakrát vyšší počet receptů, ale levnějších, hlavně od důchodců s běžnou preskripcí. Jaký nárůst má jičínský Dr.Max, nevíme. Velké fronty u nás zatím nejsou, na ulici pacienti čekat nemusí. Převážně chodí lidé z tohoto regionu. Zaznamenali jsme naopak úbytek maminek s dětmi, asi i s ohledem na chřipkovou epidemii. Navíc maminky mívají méně receptů, které třeba raději zaplatí jinde. Lidé chodí nepravidelně. Pokud přijde více pacientů najednou, do čekárny se pohodlně vejdu a my jsme schopni situaci personálně

zvládnout. Běžný stav je pět magistrů, naštěstí nikdo z nás neonemocněl, dvě výdejní místa jsou obsazena po celou otevírací dobu. Na velmi krátký úvazek jsme přijali brigádníci na pomocné práce při příjmu léků. Kromě výdeje pro veřejnost musíme zajistit i zásobení dvou našich nemocnic. Dispenzační činnost probíhá v klidu, máme přiměřenou distanční zónu. Pacienti jsou zatím ukáznění.

„Proč platíš, když nemusíš?“ – na to slyší skoro každý

V našem kraji bylo rozhodnuto, že dohody s pacienty můžeme uzavírat i ústně, takže administrativní část nám tolik času nezabere, na vyžádání však smlouvu dostanou. Prozatím odmítá dar kraje zhruba pět až osm procent pacientů, dodává PharmDr. Turčín. Stejně jako drtívá většina kolegů z lékáren, kde se na základě politického rozhodnutí regulační poplatky nevybírají, je s ostatními lékárnami solidární: „K nevybírání poplatků jsme byli přinuceni. Nestojíme o nezaslouženou konkurenční výhodu ani o zisk na úkor ostatních lékáren. Jsem si jist, že ani kraj je nemá v úmyslu likvidovat. Měl by proto poskytnout stejné podmínky pro všechny lékárny. Současný poplatkový chaos je neudržitelný, nespravedlivý a musí být urychleně řešen vládou a parlamentem.“



Lékárna Na Láni v Rychnově nad Kněžnou sídlí v budově polikliniky. Je to soukromá lékárna s odbornými pracovišti, která zásobuje i nemocnici. Její provozovatelka PharmDr. Lenka Ruffe­rová doufá, že v jejím okolí není žádná



lékárna, kde by regulační poplatky nevybírali.

„V opačném případě bych se to jako předsedkyně rychnovského OSL dověděla, a v našem okresním sdružení bychom se snažili to provozovateli přinejmenším vymluvit,“ říká. „Jestli přijdou pacienti a nebudou spokojeni s tím, že v naší lékárně poplatky vybíráme, zatím jich bylo málo, vysvětlím jim, že tato lékárna je soukromá a že jsem povinna dodržovat zákon. Řeknu to v klidu a když pacient nesouhlasí, recept mu vrátím a pošlu ho do nejbližší lékárny v Jičíně. To, že je momentálně lékárna skoro prázdná, není tím, že vybíráme poplatky, ale jen shodou okolností, protože je v podstatě vytížená celý den.“

Samozřejmě jsem přemýšlela nad situací kolegů, kteří se obávají, že když budou i nadále vybírat poplatky, dramaticky jim ubude pacientů a klientů. Jsem přesvědčena, že pokud už má někdo teď ekonomické potíže a ještě přestane vybírat, tak nevím, jakou má šanci přežít a jestli to

Pokračování na straně 8-9



**„Proč platíš, když nemusíš?“
– na to slyší skoro každý**

Pokračování ze strany 7

není jen prodlužování agonie. Takový propad přece nemůže ustát. Jakou má jistotu, že se mu opravdu vyplatí, jestli mu přijde o nějaké procento, které nedokáže odhadnout, lidí víc? Záleží samozřejmě na tom, kde je lékárna situovaná. Jestli má za zády nemocniční lékárnu nebo lékárnu Dr.Max, kterou jistí velký kapitál, stejně ho to dříve nebo později vyřídí.

Teď je situace složitá, ale věřím ve vítězství zdravého rozumu. Kdyby to tak šlo dál, vrátíme se do časů socialismu. Nevím, jestli si lidé pamatují, jak to bylo s léky, jak to bylo se zdravotnickou péčí, že na všechno čekali a někdy se nedočkali vůbec. Myslím, že lékárenství a poplatky byly



Provozovatelka Lékárny Na Láni v Rychnově nad Kněžnou a předsedkyně rychnovského OSL PharmDr. Lenka Rufferová.

politicky zneužity. Když budete v rámci politické kampaně lidem pořád říkat *proč platíš doktorovi, proč platíš v lékárně, když nemusíš*, polovina národa na to bohužel slyší. Kdyby uvažovali dopředu, museli by pochopit, že se to jednou musí skácet. Sliby politiků jsou pořád stejné, ale někdo to nakonec zaplatí,“ zamýšlí se doktorka Rufferová.

„My jsme po 1. lednu loňského roku nezaznamenali mezi pacienty nějakou enormní nespokojenost, i když si uvědomuji, že jiná situace je například na Ústecku nebo Ostravsku, kde je hodně lidí nezaměstnaných.

Reforma byla dobře nasměrovaná. Fandila jsem Julínkovi, měla jsem dobrý pocit, že konečně někomu jde o to, abychom

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE zrušená a vydaná v lednu 2009

Zrušená osvědčení

- 256/1993 RNDr. Jitka Veselá, Alejní 2788, Teplice + OOVL (provoz lékárny zrušen)
- 313/1996 Mgr. Vladimír Valášek, Čkyně 301
- 148/1998 Mgr. Alena Hájková, Školní 399/12, Lovosice
- 258/1999 Mgr. Aleš Řezáč, Pekařská 75, Lednice na Moravě
- 129/2000 PharmDr. Blanka Součková, Kartouzská 204/6, Praha 5
- 259/2001 Mgr. Alice Novotná, Dragounská 13, Cheb (provoz lékárny zrušen)
- 135/2002 PharmDr. Michaela Faktorová, Husova 143, Trhové Sviny
- 283/2003 Mgr. Martina Jarmarová, Nádražní 1, Šternberk
- 4/2004 Mgr. Zuzana Jakalová, Dobrovského 23, Brno
- 122/2005 Mgr. Magdalena Zlatníková, T. G. Masaryka 29, Všetaty
- 276/2005 PharmDr. Miloslav Bačák, Mimoňská 3090, Česká Lípa
- 435/2005 Mgr. Marcela Povolná, Tilleho nám. 793, Praha 5
- 260/2006 Mgr. Zhanneta Nasserová, Lodžská 399/26, Praha 8
- 281/2006 Mgr. Barbora Králíková, Křenova 3/438, Praha 6
- 60/2007 PharmDr. Libuše Žáčková, L VLP Štítná nad Vláří 72 (provoz lékárny zrušen)
- 91/2007 PharmDr. Anna Žižková, L VLP 9. května 9, Litvínov (provoz zrušen)
- 113/2007 Mgr. Alice Klepárníková, Smetanova 830, Choceň
- 199/2007 PharmDr. Kateřina Běhounková, Havířská 19, OC Carrefour, Ústí nad Labem
- 254/2007 PharmDr. Petra Pátková, nám. T. G. Masaryka 3, Holice
- 307/2007 PharmDr. Jaroslava Ulíková, Hradecká 600, Stod
- 317/2007 Mgr. Agáta Hrubšová, Slavětínská 771, Praha 9
- 342/2007 PharmDr. Milan Mach, Stachy 354 (provoz lékárny zrušen)
- 403/2007 Mgr. Miroslava Lukšová, Dobrovodská 631/70, České Budějovice
- 53/2008 Mgr. Beata Kukuczka, Jablunkovská 76a, Český Těšín
- 115/2008 PharmDr. Jarmila Staňková, Přimdská 501, Bor
- 118/2008 Eulália Suchá, prom. farm., Hraničky 94/1, Troubsko
- 266/2008 Mgr. Anna De Lucca, Na Sádkách 1444, České Budějovice
- 276/2008 Mgr. Eva Bartáková, Socháňova 1220, Praha 6
- 288/2008 PharmDr. Ivana Szalayová, tř. 9. května 9, Tábor
- 344/2008 Mgr. Jarmila Kotková, Voctářova 8, Praha 8
- 3/2009 PharmDr. Blanka Kubičková, Lovosická 40/440, Praha 9

Vydaná osvědčení

- 1/2009* Mgr. Jitka Krupíková, Dr.Max LÉKÁRNA, Vojtíškova 1783, Praha 4, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 2/2009* Mgr. Miloslava Jakešová, Lékárna Olše, Táborská 26/17, Praha 3, provozovatel: R-PA-KA s.r.o.
- 3/2009 PharmDr. Blanka Kubičková, Lékárna Prosek, Lovosická 40/440, Praha 9, provozovatel: POLIKLINIKA PROSEK

- 4/2009 Mgr. Ivo Ješina, Lékárna Nad Primaskou, Nad Primaskou 49, Praha 10, provozovatel: PharmDr. Karel Ulrych
- 5/2009 Mgr. Eva Bartáková, LÉKÁRNA SOCHÁŇOVA, Socháňova 1220, Praha 6, provozovatel: LISSETE PHARM a.s.
- 6/2009 Mgr. Zhanneta Nasserová, LÉKÁRNA ODRÁ, Lodžská 399/26, Praha 8, provozovatel: LISSETE PHARM a.s.
- 7/2009 Mgr. Alena Nemčáková, Dr.Max LÉKÁRNA, Štefánikova 247/28, Říčany, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 8/2009* PharmDr. Petr Haničák, Lékárna Tomášov, U Lomu 638, Zlín, provozovatel: ZM-TECH s.r.o.
- 9/2009 Mgr. Eva Staňková, Lékárna GABRETA + OOVL Kašperské Hory, Pivovarská 317, Vimperk, provozovatel: AQUILAE VIRIDAES, a.s.
- 10/2009* Mgr. Irena Hrubá, Lékárna Mamed Hulín, náměstí 206, Hulín, provozovatel: Mamed s.r.o.
- 11/2009 Mgr. Romana Crháková, Lékárna Lípa, Skandinávská 2, Brno, provozovatel: AVICENUM s.r.o.
- 12/2009 Mgr. Petr Mašek, LÉKÁRNA PHARMALAND, OC Olympia, Srbice 464, Teplice, provozovatel: EUROPHARM a.s.
- 13/2009 Mgr. Milada Neveselá, Lékárna Cyrnex, Pekařská 75, Lednice na Moravě, provozovatel: Cyrnex, s.r.o.
- 14/2009 Mgr. Vladimír Valášek, Lékárna Čkyně, Čkyně 301, provozovatel: Mgr. Luboš Vančura
- 15/2009 Mgr. Zlatica Petruš, Májová lékárna, tř. 9. května 2886, Tábor, provozovatel: DEVĚTSIL JST, s.r.o.
- 16/2009 Eva Šiková, prom. farm., Lékárna U Zlaté renety, Libušina 994/24, Karlovy Vary, provozovatel: ZYFORA s.r.o.
- 17/2009 Mgr. Kristýna Nesrstová, Lékárna Nádražní, Šternberk, provozovatel: EUROPHARM a.s.
- 18/2009 PharmDr. Petra Pátková, Lékárna Na Slovanech, Dašická 1804, Pardubice, provozovatel: PeBD-MED s.r.o.
- 19/2009 PharmDr. Michaela Faktorová, Dr.Max LÉKÁRNA, Na Sádkách 1444, České Budějovice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 20/2009 Mgr. Anna De Lucca, Lékárna Bor, Přimdská 501, Bor, provozovatel: REAL 1 a.s.
- 21/2009 Mgr. Jiřina Růžičková, Lékárna sv. Josefa, Jablunkovská 1916, Český Těšín, provozovatel: LÉKÁRNA SV. JOSEFA s.r.o.
- 22/2009 Mgr. Eva Klepárníková, Lékárna Na Náměstí, Tyršovo nám. 299, Choceň, provozovatel: TL-Pharma s.r.o.
- 23/2009 Mgr. Eva Tománková, LÉKÁRNA TROUBSKO, Hraničky 94/1, Troubsko, provozovatel: Renata Batelková
- 24/2009 Mgr. Jiřina Povolná, Lékárna Pharmaland, Plzeňská 8, Praha 5, provozovatel: EUROPHARM a.s.
- 25/2009 PharmDr. Ludmila Reitmeierová, LÉKÁRNA ZAMZAM, Tilleho náměstí 793, Praha 5, provozovatel: ZAMZAM s.r.o.
- 26/2009 PharmDr. Blanka Kubičková, Lékárna Prosek, Lovosická 40/440, Praha 9, provozovatel: Poliklinika Prosek, a.s.
- 27/2009 PharmDr. Michala Belasová, Lékárna Hvězda Petřiny, Křenova 438/3, Praha 6, provozovatel: HELA-CZ, spol. s r.o.
- 28/2009 PharmDr. Andrea Kuklová, Lékárna Klánovice, Slavětínská 771, Praha 9, provozovatel: PATEO, a.s.
- 29/2009 Mgr. Jiřina Zubajová, Dr.Max LÉKÁRNA, OD Kaufland, Voctářova ul., Praha 8, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

* = nová lékárna

(člk)



V oficiálně Lékárny Na Láni se zatím činila magistra Lenka Hladká.

po dvaceti letech někam pokročili. A že byly nějaké chyby? Všechno je třeba nejdřív vyzkoušet. Na to přijdou časem i ti, kteří se jednou stejně budou muset přinejmenším pokusit něco změnit.“

Snímky: Vladimír VRBOVSKÝ

Další kazuistika na webu komory

Na webu ČLK byla uveřejněna další zajímavá kazuistika.

Jedná se o příspěvek **Mgr. Zuzany Vašířové** s názvem „**Theofylin - možná rizika a komplikace při jeho podávání**“. Jak sám název napovídá, těžištěm této kazuistiky jsou úskalí spojená s podáváním theofylinu.

Theofylin je stále frekventně používaným léčivem v terapii chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) a bronchiálního astmatu, ovšem rozhodně není lékem první volby, přestože je za něj v praxi ještě někdy považován. V roce 2003 iniciativa Globální strategie diagnostiky, léčby a prevence CHOPN (GOLD) vydala novelizaci svého základního dokumentu, ve kterém zohlednila na základě medicíny založené na důkazech nové poznatky za poslední necelé tři roky. Přinesla nové rozdělení CHOPN do čtyř stadií (lehké, středně těžké, těžké a velmi těžké). Nově také určila v léčbě CHOPN jako léky první volby inhalační kortikosteroidy, inhalační β -mimetika s dlouhodobým účinkem a inhalační anticholinergikum tiotropium, které má 24hodinový efekt.

Na vaše komentáře a příspěvky do diskuze se těšíme na <http://www.lekarnici.cz/kazuistiky.php>.

Redakční rada Kazuistik z IDS

ODBORNÉ SEMINÁŘE

Poplatek uhradte bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře.

Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek).

Hradec Králové (kód semináře: 09002) poplatek 300 Kč, v hotovosti 400 Kč

Farmaceutická fakulta UK, nová posluchárna, začátek v 9.30 hod.

So 28. 2. Zvláštnosti nemocí ve stáří;
Racionální farmakoterapie ve stáří.
Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,
MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

Hradec Králové (kód semináře: 09003) poplatek 300 Kč, v hotovosti 400 Kč

Farmaceutická fakulta UK, posluchárna B, začátek v 9.30 hod.

So 21. 3. Základy marketingových dovedností pro lékárníka
Lektoři: Pavel Vítek, daňový poradce

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

Generálním partnerem je firma Krka ČR, s. r. o.

Poplatek 100 Kč: bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře.

Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek 150 Kč).

Čt 5. 3. Znojmo (kód semináře: 09016) – změna termínu!
hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18 hod.

Farmaceutická péče o onemocnění oka I.
Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Larisa Kopecká
Odborný garant: PharmDr. Zora Zoubková

St 10. 3. Brno (kód semináře: 09015) – změna termínu a tématu!

FaF Brno, Palackého 1/3, seminární místnost, začátek v 17 hod.
Pacient s metabolickým syndromem II.
Lektoři: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,
PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,
MUDr. Alena Floriánová
Odborný garant: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.

St 11. 3. Praha (kód semináře: 09014)
FN Na Bulovce, Budínova 2, začátek v 18 hod.

Kazuistiky s neurologickou problematikou
Lektoři: PharmDr. Mira Hojdarová, Mgr. Jana Vinšová,
MUDr. Petr Dušek
Odborný garant: Mgr. Jana Vinšová

Út 17. 3. Šumperk (kód semináře: 09017)
Nemocnice Šumperk, začátek v 18 hod.

Interna IV

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lukáš Láznicka,
MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

St 18. 3. Praha (kód semináře: 09018)
Lékařnická akademie, Antala Staška 80, začátek v 18 hod.

Farmakoterapie migrény v kazuistikách
Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová, MUDr. Jolana Marková
Odborný garant: PharmDr. Alena Linhartová

So 21. 3. Teplice (kód semináře: 09019)
Dům kultury, začátek v 9.30 hod.

Rizika farmakoterapie u polymorbidního pacienta
Lektoři: Mgr. Pavla Cinglová, Mgr. Renata Kuželová,
Mgr. Kateřina Langmaierová, MUDr. Petr Tamler
Odborný garant: Mgr. Kateřina Langmaierová

St 25. 3. Ostrava (kód semináře: 09020)
Dům techniky, Ostrava, začátek v 18 hod.

Farmakoterapie pacientů s ICHS
Lektoři: PharmDr. Ivana Sokolová, MUDr. Hana Buriánová
Odborný garant: PharmDr. Ivana Sokolová

St 1. 4. Praha (kód semináře: 09022)
Lékařnická akademie, Antala Staška 80, začátek v 18 hod.

Farmakoterapie migrény v kazuistikách
(opakování z 18. 3. 2009)
Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová, MUDr. Jolana Marková
Odborný garant: PharmDr. Alena Linhartová

So 4. 4. Hradec Králové (kód semináře: 09023)
FaF UK, Heyrovského 1203, začátek v 9 hod.

IDS č. 11: Vybrané GIT symptomy a onemocnění,
rizika terapie I.
Lektoři: PharmDr. Petr Červený, Ph.D., Mgr. Josef Malý,
MUDr. Tomáš Douša
Odborný garant: Mgr. Josef Malý

St 15. 4. Praha (kód semináře: 09024)
FN Na Bulovce, Budínova 2, začátek v 18 hod.

Renální funkce a léčiva I.
Lektoři: Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Michaela Šlesingerová,
MUDr. Kateřina Hesová
Odborný garant: Mgr. Jana Gregorová

Čt 16. 4. Břeclav (kód semináře: 09025)
Lékařna Na Poliklinice, začátek v 18 hod.

Lékařská péče u astma bronchiale
Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Vladan Ryšavý
Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

So 18. 4. Liberec (kód semináře: 09021)
Lékařna U Orla, Soukenné nám. 4, začátek v 8.30 hod.

Lékařská péče v pediatrii
Lektoři: PharmDr. Jiří Lukáč, MUDr. Jana Culková
Odborný garant: PharmDr. Jiří Lukáč

So 18. 4. Podbořany (kód semináře: 09026)
Národní dům (salonek), začátek v 9.30 hod.

Rizika farmakoterapie u polymorbidního pacienta
(opakování z 21. 3. 2009 v Teplicích)
Lektoři: Mgr. Pavla Cinglová, Mgr. Renata Kuželová,
Mgr. Kateřina Langmaierová, MUDr. Petr Tamler
Odborný garant: Mgr. Kateřina Langmaierová

Zajímavosti ze světa léků

■ U léčiv k terapii věkem podmíněné makulární degenerace, diabetické retinopatie a diabetických makulárních edémů se v příštím roce očekává, že vygenerují společný výnos na hranici 1,84 mld. USD. V roce 2003 tento společný výnos představoval 224,9 mil. USD.

■ Do roku 2013 se předpokládá podstatný nárůst trhu s antipsoriatiky na úroveň 3,3 mld. USD. Na léčbu akné a růžovky (rosacea) bylo před pěti lety vynaloženo přes 2,16 mld. USD. Na základě očekávání 1,4procentního tempu růstu by letos tyto náklady měly dosáhnout 2,31 mld. USD.

■ Americký trh léčiv pro mírnění neuropatických bolestí má hodnotu 741 mil. USD. Do deseti let se očekává zvýšení objemu tohoto segmentu na trhu na 3,5 mld. USD.

■ V roce 2010 dosáhne hodnota trhu s neuroprotektivně účinnými přípravky 11,5 mld. USD. Jde o výrazný nárůst od 1,8 mld. USD v roce 2004 přes více než 5 mld. USD v roce 2005.

■ Růst amerického trhu s léčivy používanými k mírnění bolesti u onkologických pacientů, který má letos dosáhnout 1,58 mld. USD, je nevýrazný, v podstatě se dá hovořit o stagnaci (před pěti lety činil 1,53 mld. USD). Tato situace souvisí s expirací patentové ochrany tzv. blockbusterů, např. přípravků DURAGESIC (fentanyl, Johnson&Johnson) a OXYCONTIN (Oxykodon, Purdue Pharma).

■ Hodnota trhu s léčivými přípravky k terapii melanomu by v letošním roce měla činit 630 mil. USD jako důsledek průměrného ročního růstu 18,9 % od roku 2004, kdy představovala 265 mil. USD.

■ Léčiva k terapii Alzheimerovy choroby měla na sedmi hlavních trzích v roce 2005 hodnotu 6,1 mld. USD. Ta by podle předpokladů měla v příštím roce dosáhnout 7,8 mld. USD.

(Par)

SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

Zolpidem

Benzodiazepinová hypnotika byla v poslední době z velké části nahrazena nebenzodiazepinovými, tzv. „z-hypnotiky“, kam se zařazuje zolpidem, zopiclon a zaleplon. Řada lékařů však stále používá stávající benzodiazepiny (diazepam, alprazolam, clonazepam) částečně i v indikaci hypnotické, obvykle ve snaze umožnit pacientovi dostupnost „bezdotkatkového“ léku na spaní. Že mu tak poskytují medvědí službu a vyrábějí mu závislost, si uvědomí až později. Této závislosti se pacient zbavuje jen velmi těžko a často si ji nese do konce života.

Asi před 20 lety se zdálo, že řešením nebezpečí z abúzu bude podávání tzv. „z-hypnotik“. Jejich rozšíření do klinické praxe bylo velmi rychlé a zpočátku se zdálo bezpečné. Nynější zkušenosti však ukazují, že potenciál vzniku závislosti je i zde velmi vysoký, není však tak rychlý a nemá tak devastující následky na lidský organismus. Obecně platí, že u lidí se sklonem ke vzniku závislosti v minulosti (jiná léčiva, alkohol, kouření) je riziko vzniku závislosti vždy vyšší.

Zolpidem patří dnes v ČR mezi nejčastěji používaná hypnotika. Kromě originálu je i v generických modifikacích a tak je pro pacienty finančně relativně dostupný. Strukturálně je odlišný od benzodiazepinů, ale působí také přes GABAergní receptory. Má selektivní agonistický účinek na benzodiazepinových receptorech BZ₁. Benzodiazepiny působí i na BZ₂ a jejich efekt tedy není tolik selektivní, zahrnuje i účinek anxiolytický, myorelaxační a antikonvulzivní.

Indikací k podání je krátkodobá léčba nespavosti (hlavně tam, kde je problém s usínáním; retardované preparáty řeší i delší poruchy s udržení spánku). V některých zemích se tato skupina léčiv dostala do režimu tzv. „výdeje s omezením“, o kterém je u nás taky široká diskuze. Zde musí farmaceut velmi důkladně informovat pacienta o charakteru tohoto léku, jeho nežádoucích účincích a omezeních při podávání (riziko útlumu, řízení auta, ovládání strojů atd.).

Užívání hypnotik může vyvolat řadu NÚ paradoxního charakteru – abnormální myšlenky, změny chování, agrese, agitace, halucinace atd. Tyto účinky mohou nastat zcela nečekaně a někdy je takto rozpoznána i nějaká dosud nediodagnostikovaná psychiatrická porucha. Činnosti prováděné v průběhu takového „spánku“ jsou mnohdy velmi bizarní: náměšičnost, vaření a požívání, telefonování a jiné činnosti, o kterých pacient ráno vůbec neví. Nejnebezpečnější je pochopitelně riziko takového „spánku“ při řízení vozidla. U pacientů s depresí může dojít při nasazení těchto hypnotik i ke zhoršení stavu s větším rizikem suicidií. Proto se má vždy užívat co nejmenší dávka vyvolávající hypnotický efekt – ta může být interindividuálně odlišná, zvláště u seniorů (obvykle o polovinu nižší). Účinek zolpidemu je pochopitelně potencován při současném podání jiných CNS tlumivých látek nebo alkoholu. Při náhlém přerušení terapie se projevují příznaky z vysazení. V postmarketingových studiích byla u pacientů často užívajících v anamnéze hypnotika popsána vyšší hypersenzitivita na zolpidem, zahrnující anafylaktickou reakci i angioedém. Protože nástup účinku je poměrně rychlý (do 30 min.), má se lék užívat těsně před ulehnutím nebo až v posteli při problémech s usnutím. Doba trvání účinku je 6–8 hodin.

Kromě zmíněných farmakodynamických interakcí s ostatními tlumivými látkami nemá zolpidem významné interakce s běžně podávanými léčivy. Metabolizuje se převážně CYP3A4, proto mohou některé inhibitory CYP3A4 zvýšit jeho hypnotický efekt, např. imidazolová antimykotika. Naopak látky ze skupiny tzv. induktorů CYP3A4 účinek zolpidemu snižují, např. rifampicin, třezalka, grapefruit – tyto kombinace proto nejsou vhodné. V těhotenství (kategorie B) tedy jen omezeně v případě nutnosti.

- Užívat nalačno, těsně před spaním.
- Neužívat současně alkohol nebo jiné látky tlumící CNS.
- Zajistit dostatečnou aktivitu během dne, v průběhu dne nespát.
- Závažné NÚ – alergické kožní reakce, zmatenost, agitovanost, halucinace, poruchy vidění – je třeba hlásit lékařům.
- U pacientů v péči ošetřovatelů zajistit postel nějakými postranicemi.
- Při delším užívání uvedeného léku by měl pacient vědět o riziku vzniku závislosti – pro případ náhlého vysazení.

PharmDr. Marie ZAJÍCOVÁ
marie.zajicova@nemocnice.opava.cz

V „kontinuálu“ je dosud víc otázek než odpovědí

Ano, vzdělávat se je potřebné, ale...

Už v dobách svého vzniku vzbuzovala forma kontinuálního vzdělávání mnoho nevole. Od té doby uplynulo hodně vody a řekla bych, že se v tomto směru nezměnilo nic.

Vlastně změnilo: Nejdříve se z bezplatných akcí staly akce placené. Musíme se přihlásit v dostatečném předstihu a v předstihu zaplatit – bez nároku na vrácení peněz. Můžeme za sebe vyslat náhradníka – jen se pozapomnělo na to, že mezi lékárníky jsou i jednotlivci, kteří pracují na jednokoňce, a čím déle tam pracují, tím méně vhodných adeptů znají. Objevila se myšlenka, že by mohlo být vytvořeno jakési konto, kam by si lékárník mohl uložit částku a z ní by bylo možné odčerpat poplatek v šikovnějším termínu než 10 dnů předem. Ovšem jak rychle se tento nápad objevil, tak rychle zanikl. Takže je i nadále nutné akce platit dopředu a riskovat, že na ně nakonec nepojedeme nebo na místě připlatit. A jak se dalo čekat, jejich ceny vzrůstají a riziko potenciálních ztrát se zvyšuje.

Už v dobách svého vzniku vzbuzovala forma kontinuálního vzdělání mnoho nevole. Od té doby uplynulo hodně vody a řekla bych, že se v tomto směru nezměnilo nic.

A v novém vzdělávacím cyklu došlo k další změně: komora devalvovala hodnocení seminářů. Zatímco dříve nebyl problém najít si jednodenní akci hodnocenou 10 body, dnes takovou v nabídce nenajdete.

Jak jsem psala, proti vzdělávání nic nemám, ale s jeho formou spokojená nejsem (a nejsem sama). Když si přečtete některé starší příspěvky v internetové diskuzi, připadají vám i dnes aktuální. Stále stejné problémy: málo vhodných termínů, nezajímavé přednášky. Představa, že budu muset absolvovat pro stejný počet bodů dvojnásobek akcí, mi vůbec nepřipadá lákavá.

Přestože KV má za sebou tři cykly, zdá se, že pořad není jasné, co s ním. Můžeme část bodů získat elektronickou formou. Ano, to je hezké, ale mají všichni přístup k internetu? Na druhé straně, pokud k němu lékárník přístup má a je zvyklý s ním pracovat, proč není možné získat všechny body touto formou? Máme strach, že si lékárníci správné odpovědi odněkud opíší? Ale jaký je rozdíl mezi opsanými výsledky a „odsezenou“ přednáškou? A proč je jen „odsezená“? Pochopili přednášející, co lékárníky z terénu zajímá? Rozdělení antidiabetik či jiné farmakoterapeutické skupiny to asi nebude.

Je hezké, že nám Lékařnická akademie slibuje spoustu zajímavých vzdělávacích projektů. Ale otázka zní: kde na to vezme lektory? Kde jsou ty zástupy schopných jedinců, kde se dosud schovávali? Nebo žijí pražští nemocniční lékárníci v nějaké jiné vesmírné dimenzi, než já, a tam jsou přednášky v KV poutavé a pro lékařský terén přínosné?

A pak je tady ještě jedna věc: existuje určitá skupina lékárníků, kteří nikdy nebyli na žádné vzdělávací akci, celé KV házejí za hlavu. V současnosti jim za to vlastně nic nehrozí. A komora místo toho, aby je motivovala ke změně jejich postoje, přitvrďila u těch, kteří se dosud aspoň snažili své body získat. Neriskuje tím, že se zmíněná skupina lékárníků rozroste?

PharmDr. Marcela DVORSKÁ

Pokračování ze str. 10

So 18. 4. Plzeň (kód semináře: 09027)

Cizinecký dům, Karlovarská 83, začátek v 10 hod.

Choroby štítné žlázy

Lektoři: Mgr. Ladislav Ruman, MUDr. Jarmila Klabočová

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

St 22. 4. Brno (kód semináře: 09028)

FaF, Palackého 1/3, seminární místnost, začátek v 17 hod.

Gynekologická problematika

Lektoři: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,

PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,

MUDr. Jana Neuwirthová

Odborný garant: PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.

Út 28. 4. Opava (kód semináře: 09029)

Slezská univerzita, začátek v 18 hod.

Interna IV

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lukáš Láznicka,

MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

St 29. 4. Praha (kód semináře: 09030)

Lékařnická akademie, Antala Staška 80,

začátek v 17.30 hod.

Komplexní posouzení lékového režimu u seniorů

s polyfarmakoterapií II.

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,

prim. MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

SEMINÁŘE, které pořádá PHC

(přihlašování pouze na www.edukace.cz)

3. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Brno**, hotel International

7. 3. Léčba závislosti na tabáku, role lékáren – **Hradec Králové**, hotel Černigov

11. 3. Moderní antihistaminika a v léčbě alergií – **Praha**, hotel Tristar

14. 3. Probiotika – **Olomouc**, hotel Hesperia

17. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Plzeň**, hotel Parkhotel

18. 3. Moderní antihistaminika a v léčbě alergií – **Hradec Králové**, hotel Černigov

21. 3. Jak nejlépe poradit pacientovi ohledně hubnutí – **Ostrava**, Harmony Club hotel

21. 3. Farmakologie v ORL; Nově registrované léky v roce 2008 – **Praha**, hotel Dorint Don Giovanni

24. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Olomouc**, Regionální centrum

25. 3. Poruchy paměti – **Hradec Králové**, hotel Černigov

25. 3. Moderní antihistaminika a v léčbě alergií – **Olomouc**, Vojenská nemocnice

26. 3. Právní povědomí lékárníka VIII. – **Brno**, Orea hotel Voroněž

26. 3. Umíte přednášet?? Démosthenes by se divil II. – **Brno**, Orea hotel Voroněž

31. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Praha**, hotel Olympik

Dřevo bude dřevem i se dvěma atestacemi

Rád bych se připojil k příspěvku kolegy Mgr. Aleše Novosáda (ČČL 1/2009, str. 16) a vyjádřil se i k některým dalším záležitostem, s příspěvkem alespoň okrajově souvisejícím. Každý máme právo na svůj názor a je fajn, že na nápad (resp. názor s nápadem se ztotožňující) trvalé přítomnosti atestovaného lékárníka na pracovišti reagoval někdo z čerstvých absolventů. Snad bych pohnutky, které vedly ČLK k nápadu, aby byl po celou otevírací dobu lékárny přítomný atestovaný lékárník (hrozba řetězců?), pochopil, ale...



PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

V praxi, kde připadá na 1 lékárnu 1 atestovaný lékárník, by to dopadlo, jemně řečeno, hodně špatně. Z x-možných argumentů „proti“ (které byly mnohokrát prezentovány) zmíním i další – po lékárnících se chce, aby se věnovali pedagogické, publikační a jiné dobročinné aktivitě, ale kdy se jí mají věnovat? Výhradně po pracovní době, když by během dne museli, jakožto jediní atestovaní, být přítomni v lékárně? Večerní VOŠZ pro FA či VŠ pro farmaceuty zatím, pokud vím, zřízena nebyla.

Naprostou rovněž nesouhlasím s argumentem, že můžeme být (lékárníci) nahrazeni laborantkami nebo bakaláři, když, cituji „povíme ze zásad být v první řadě nezaměnitelným odborníkem“. Lékárník (tedy minimálně magistr), atestovaný nebo neatestovaný, bude vždy hierarchicky výše, než Bc. nebo DiS., to je snad neoddiskutovatelné, a představitelé komory by to měli mít stále na paměti – viz stupeň vzdělání: bakalář (Bc.) – magistr (Mgr., PharmDr.) – doktor (Ph.D.). A nezaměnitelným odborníkem lékárník je a bude, ať má, nebo nemá atestaci, pokud je mi známo, daná „odborná způsobilost“ lékárníka je dosažena již absolvováním farmaceutického studia (přesná formulace viz příslušný zákon).

Rovněž vyjádření, že je potřebné, aby pacient mohl kdykoliv své problémy konzultovat s atestovaným lékárníkem, mi přijde absurdní. Pacient nepozná, zda je lékárník atestovaný, a ani ho to nezajímá. Zajímá ho, co lékárník ví a jak mu informace podá. Atestace (alespoň z veřejného lékárenství) ještě nikoho chytrějším neudělala a patrně neudělá.

Nabízí se otázka: proč studujeme tak těžkou vysokou školu, když po jejím skončení jsme bráni – alespoň to tak vyznívá z úst některých kolegů farmaceutů – jako *nedostudovaní* nebo *méněcenní*? Není to trochu

na hlavu? Svým způsobem by se to dalo brát jako pohrdání vysokoškolským farmaceutickým studiem, tedy „Almou mater“. Co by podle těch, podle kterých je lékárník bez atestace prakticky neschopen samostatného rozhodování, asi tak dělal? K čemu by v té lékárně byl? Jestliže je člověk kvalitní, se zájmem, dobře se orientující v problematice, rychle se v praxi naučí. Kdo je dřevo, zůstane dřevem i s dvěma atestacemi a třeba i 15 lety praxe. Kdo není, je schopen sloužit pohotovostní službu půl roku po promoci. Je to o přístupu, jako ve všem.

Nechat výjimečně vydat (nikoliv vydávat!) laboranta na recept není snad taková katastrofa, ale řešit medikaci s pacientem bych mu nenechal, a on sám se do uvedeného také nehrne. A stejně tak, jako v jiných profesích, není laborant (po novu asistent) jako laborant – někteří (a znám nemálo takových) mají o farmacii zájem, dále se vzdělávají a pak dokáží pacientovi ohledně

volně prodejných léků a doplňků stravy dobře poradit. Takových farmaceutických asistentů, kteří mají o *Ars pharmaceutica* zájem a zároveň se nestydí na radu zeptat, ať už kolegy laboranta, nebo lékárníka, si osobně vážím.

Farmaceutičtí asistenti mají dnes v porovnání s dřívějším více pravomocí, ale též jsou za svou činnost plně odpovědní. Příkladem může být rovněž individuální příprava léčiv. Dnes je za celou přípravu IPLP, pokud ji samostatně provádí, odpovědný farmaceutický asistent. Jejich studium, při Vyšší odborné škole zdravotnické, je tomu přizpůsobeno. Učí se řešit i inkompatibilitu (alespoň na plzeňské VOŠZ je této problematice věnován nemalý prostor), což dříve vystudovaní farmaceutičtí laboranti ve škole příliš neprobírali a ti, kteří byli zvyklí, jen mastičky „domíchat a přeplnit“, případně rozdělit prášky, ani neznají. Náplně práce pro konkrétní zaměstnance určuje vedoucí lékárník, a domnívám se, že málokdo se hrne do kompetencí, které mu nepřísluší.

Pro ty, kteří se v systému dalšího vzdělávání rádi porovnávají s lékaři, si vypůjčím slova jedné paní kolegyně lékárnice: „Nezachraňujeme životy a neoperujeme mozek, nesrovnávejme se v tomto s lékaři.“

Autor je vedoucí lékárník veřejné lékárny a působí na částečný úvazek jako vyučující odborných předmětů na VOŠZ v Plzni

DO OPAVY NA TRADIČNÍ AKCI KOMORY

Konference mladých lékárníků se koná 29. a 30. května

Konference mladých lékárníků se bude konat 29.–30. května 2009 v Opavě v sídle Slezské univerzity (na snímku). Hlavní téma přednášek *Mentální zdraví* je pokračováním tématu z roku 2008. K aktivní účasti budou opět pozváni někteří psychiatři či psychologové, jednáme i s nestorem psychofarmakologie doc. Oldřichem Vinařem.

Především zveme k aktivní účasti všechny mladé lékárníky. Jejich přednášky mohou zahrnovat okruhy: dětská psychiatrie – anorexie, bulimie, ADHD (v hodnotících dotaznících z minulého roku byla několikrát požadována pediatrická témata); nežádoucí účinky psychofarmak, blok psychosomatických a somatopsychických onemocnění s ohledem na některé nemo-

ci, např. psoriáza, GIT, stresová manažerská povolání atd.

Časové schéma je podobné jako v minulých letech: v pátek večer divadelní představení, v sobotu 9–16 hod odborný program. Přihláška a podrobný program budou na webu www.lekarnici.cz.

(zaj; foto ččl)



Jednaosmdesátiletý pan doktor Jiří Etzler je lékárnickou legendou, i když on sám se takovému označení brání. V Ostravě zakotvil jako provozní lékárník lékárenského oddělení Krajského ústavu národního zdraví. Těžko říct, jestli spíše vypadal než byl přísný, ale neměl problém podřízenému říct, že s jeho prací není spokojen. Naštěstí jich moc nebylo. RNDr. PhMr. Etzler si tím schopných spolupracovníků uměl vytvořit.

Jaroslava Hořanská

■ Odkud pocházíte?

Narodil jsem se v Nových Zámčích na jižním Slovensku, kde můj otec svlékl po skončení 1. světové války uniformu italského legionáře a našel tam zaměstnání. Jen o málo později přijela do Nových Zámčů pracovat rodina vídeňských Čechů pocházející z Třeboně. Dcera Marie vstoupila do služeb pošty, potkala se s demobilizovaným legionářem a vzali se. Shodou těchto náhod jsem se v Nových Zámčích narodil i já. V roce 1938 jižní Slovensko připadlo Maďarsku a česká menšina se musela odstěhovat. Rodiče neměli jinou možnost, než se přechodně uchýlit k druhé části naší rodiny v Brně. Dlouho tam nepobyli, otec našel zaměstnání v Týništi nad Orlicí. Tam jsem dokončil 1. třídu tehdejší měšťanské školy, další třídy jsem tam už absolvovat nechtěl. Dal jsem se do studování a po prázdninách se pokusil složit přijímací zkoušku do reálného gymnázia v Kostelci nad Orlicí. Vyšla mi natolik dobře, že jsem byl přijat do sekundy.

■ Kdy jste se rozhodl stát se lékárníkem?

V roce 1947 jsem maturoval a zapsal se na Vysoké učení technické v Praze. Tam mne ale zradila má zraková vada a na doporučení lékařů jsem se musel se studiem techniky rozloučit. Vrátil jsem se do Týniště nad Orlicí a cestou z nádraží jsem se zastavil v lékárně. Tam právě pobíhal za tárou můj starší přítel, čerstvý absolvent studia farmacie. Když jsem mu popsal své problémy, zeptal se, proč jsem nešel na farmacii. Tak jsem šel.

V pardubickém kraji měli ještě neobsazené místo tyrona. To místo bylo v nové lékárně v České Třebové. Následující týden jsem už v bílém s velkou trémou poskakoval po novém pracovišti. Tyrocinální zkoušku jsem složil v roce 1949 v Pardub-

RNDr. PhMr. Jiří Etzler nám řekl:

Kdyby se dal vrátit čas, zase bych šel do lékárny

bicích a přihlásil jsem se ke studiu dvouleté farmacie na Karlově univerzitě v Praze. Byla to poslední možnost studia v Praze, zatímco v Brně už se studovala farmacie čtyři roky.

Další osudy lékárníků po ukončení studia určovalo ministerstvo zdravotnictví. Na mne se dostalo umístění do kraje Nitra na Slovensku, a to do Novák v okrese Prievidza. Na druhém konci vesnice v širém poli stál malý domek, skrývající lékárnu o třech místnostech, vzniklých rozdělením jediného většího prostoru regály. Nábytek už byl hodně opotřebovaný a velká část pro provoz lékárny sotva použitelná. Po třech měsících jsem žádal o přeložení bez jakékoliv odezvy. Po dalších třech měsících marného škemrání o odpověď jsem jednoho dne sedl do rychlíku a jel domů do Týniště. Další den jsem jel na ministerstvo zdravotnictví do Prahy a žádal o přeložení blíže k domovu. Po třech reprízách návštěv ministerstva mi byl předán dekret přeložení do kraje Zlín. Dostal jsem nové umístění v Kyjově, což byl neuvěřitelný obrat k lepšímu. V lékárně na náměstí bylo asi patnáct zaměstnanců, z toho sedm lékárníků. Práce bylo nad hlavu, zvláště v tržebné dny, v sobotu a v neděli bylo otevřeno dopoledne,

odpoledne držel službu lékárník na zavazování. Kolektiv lékárny byl ale velmi pracovitý, i přes největší nápor práce se udržovaly krásné vztahy a vzájemná ohleduplnost. Asi po roce mého působení mě ředitelství přemístilo do Bzence náhradou za kolegu, který se nesnášel s vedoucím lékárníkem. Byla to malá lékárna, ale pracovalo se tam krásně. Po třech měsících mi ale přišel povolávací rozkaz o nástupu do základní vojenské služby.

Do civilu jsem se vrátil v roce 1955 zpět do kraje Zlín (tehdy Gottwaldov). Do Valašského Meziříčí jsem šel rád, i když tam lékárny svými prostory a vybavením nevyhovovaly potřebám veřejnosti. Seznámil jsem se tam se svou budoucí manželkou, zdravotní sestrou, a koncem roku 1955 jsme se vzali. Současně jsme byli oba přeloženi do Uherského Hradiště, kde bylo také sídlo valašsko-slovácké Mediky se všemi sklady léčiv. Poprvé jsem nepracoval v lékárně, ale jako kvalitař léčiv v krajském skladu.

■ Co vás přiválo do Ostravy?

V roce 1960 se reorganizovaly kraje, počet krajů byl omezen, na Moravě byly ponechány jen Jihomoravský v Brně a Severomoravský v Ostravě. Některé sklady začaly sloužit jako pobočky. Lékařny byly



Po celý život provází doktora Etzlera láska k výtvarnému umění.



přiřazený k Okresním ústavům národního zdraví, kde je řídil okresní lékárník. Ve větších okresech mohl mít i provozního lékárníka. Metodicky řídil okresní lékárníky krajský lékárník, který měl k dispozici zpravidla tři provozní lékárníky – lékárníka pro zásobování léčiv, lékárníka pro provoz lékáren a lékárníka pro účelnou farmakoterapii.

Podle dislokačních zásad jsem měl přejít do skladu léčiv v Brně, ten však nebyl s to zajistit mi ubytování. Mou situaci zachránil krajský lékárník v Ostravě. Jeho nabídku jít do Ostravy jsem přijal a hned nastoupil. Nejprve do krajského skladu léčiv, kde jsem dělal stejnou funkci jako v Uherském Hradišti.

■ Co vás čekalo v KÚNZ?

Po čase jsem byl přijat na lékárenské oddělení KÚNZ jako lékárník pro provoz,

kde byla velmi široká pracovní náplň. V podstatě šlo o to, aby se veškerá provozní opatření daná příkazy ministerstva zdravotnictví, krajského lékárníka nebo krajského národního výboru dostala včas do všech lékáren v okresech a byla prováděna jednotně. Kontrolovali jsme i výstavbu a přestavbu lékáren v okresech, aby byly v souladu se všemi předpisy a normami, ale také se současným stavem lékárenské techniky. Snažili jsme se šířit v kraji vědomosti o nových prvcích vybavování lékárenských pracovišť. Všechny prováděcí projekty nových lékárenských zařízení nebo přestaveb a úprav zařízení už provozovaných muselo schválit Rozvojové lékárenské středisko v Praze a současně i lékárenské oddělení KÚNZ.

V případě výstavby krajské nemocnice v Ostravě-Porubě šlo o mimořádně náročný úkol, jehož realizace byla rozdělena do mnoha etap. Lékárníky zajímala o to víc, že v bývalé krajské nemocnici byla lékárna velmi stísněná a mnoha požadavkům oddělení nemocnice nemohla vyhovět, zvláště u sterilních a technologicky náročných léků. Protože jsem byl po celou dobu zpracování projektu jednotlivých budov, provozu a technologických problémů přítomen, cítil jsem i velkou dávku odpovědnosti. Velkou pozornost věnoval výstavbě lékárny také krajský lékárník RNDr. PhMr. Vladimír Jeřábek.

Zvláštní pozornost jsme ve výstavbě věnovali vybudování oddělení pro přípravu sterilních léků, zvláště infuzních roztoků, injekčních roztoků, popřípadě i mastí, kterých byl v celém státě nedostatek. Pro tento úkol jsme získali i MUDr. Jiřího Kalinu, jehož oddělení zdravotnické techniky nám hodně pomohlo. Důležité bylo neustále sledovat rychlý technický rozvoj nemocničních a lékárenských zařízení. Pro konečný výsledek bylo rozhodující, že nám byl umožněn nákup některých technologických zařízení z dovozu, například výkonné apyrogenní destilační přístroje. Nejcenějším zařízením byly dva velké prokládací autoklávy s automatickým řízením, nuceným chlazením po skončení sterilizace, zavážecím zařízením umožňujícím vložit do autoklávu 500 infuzních lahví po 500 ml najednou a jedinou osobou. Měli jsme krásnou dvoupatrovou moderní lékárnu, největší v republice.

■ Chtěl byste být lékárníkem i v této době?

V nemocniční lékárně určitě, kdyby se dal vrátit čas a já nebyl starcem. Závidím dnes aktivním kolegům, že neznají trampty se zásobovací situací, jak jsme s ní

bojovali my, a přes všechny naše snahy a úsilí ovlivňovala prestiž lékárenství.

Proti nám mají dnes lékárníci pohodlnější život. V době našeho apatykaření měly i malé venkovské lékárny pohotovostní a sváteční služby. Výjimku mohly dostat pouze ty, ve kterých pracoval jen jeden vysokoškolák. Finanční hodnocení pohotovostních služeb bylo směšně nízké.

■ Koho ze svých kolegů jste si nejvíce považoval?

Nejraději vzpomínám na RNDr. PhMr. Otakara Krojzla. Pracoval v Brně v Nemocnici u svaté Anny a už tehdy dělal infuzní roztoky, i když lékárna tam byla dost strašná, jako celá ta tehdejší nemocnice. To byl pan lékárník. Dovedl se domluvit s lékaři, co pro pacienty potřebují. Lékaři věděli, že je skutečný odborník, naprosto mu důvěřovali a vážili si ho. Byl pro ně rovnocenný partner v léčbě.

Velmi jsem si vážil také RNDr. PhMr. Jana Urbance, tajemníka Lékopisné komise v SÚKL. Byl neobyčejně pracovitý a trpělivě vkládal jednotlivé návrhy a připomínky členů této komise až k úplné přípravě k tisku. Bohužel na jeho pohřbu byli jen dva lékárníci, manželka PhMr. Olga Urbancová a já.

■ Jak byste charakterizoval náplň práce „létajícího magistra“?

Létající magistři fungovali i před padesáti lety, sám jsem jich několik znal. Byli to většinou rozvedení muži, kteří se nechtěli nikde vázat. Když jim zavolali, že někde je lékárna bez vedoucího lékárníka, popadli svůj stále připravený kufr, rychle sedli do vlaku a jeli tam. Takový člověk, tenkrát i nyní, je ale použitelný jen v tom nejjednodušším slova smyslu. Stoupne si za taru, umí přečíst recept, ví kde má tabletky, kapky, injekce, a to má za tři dny v lékárně v kapse. Ale nic by nebyl platný v ústavní lékárně, kde to chce jiný přístup.

■ Čím vám obohatilo život výtvarné umění, jehož jste znalcem a také sběratelem?

Jako lékárník jsem nikdy neměl tolik peněz, abych si mohl kupovat drahé obrazy, přesto jsme si jich se ženou několik pořídili. Když jsme začali před lety jezdit po světě a navštěvovali jsme obrazárny, nadchl nás pohled na skupinky malých žáků sedících na polštářích před obrazem a učitelka jim o něm vyprávěla.

Mně osobně umění přináší hlavně radost. Když člověk přijde unavený z práce, podívá se na obrazy, zapomene na hloupé tahanice a hned je na tom líp.

Snímky: Vladimír VRBOVSKÝ

Rozdělovat lékárnickou obec se mi zdá nerozumné

Vážení, velice mě překvapilo prohlášení organizace provozovatelů veřejných lékáren v ČR, které bylo dosti agresivním atakem na Českou lékárnickou komoru.

Zdá se mi nerozumné v současné době rozdělovat lékárnickou obec, která bude snáze zranitelnou. Heslo „rozděl a panuj“ je toho dokladem. Jistě by bylo účelnější, aby komora a organizace provozovatelů veřejných lékáren místo vzájemného napadání hledaly společnou řeč. Lékařství je oborem, kde jsou zastoupeni jak provozovatelé lékáren, tak zaměstnanci lékárníci, a jejich

společnou snahou je zajistit občanům lékárenskou péči na kvalitní odborné úrovni.

dopis redakci

Je jisté, že podmínkou uskutečňování této péče je ekonomika veřejných lékáren. Zdá se mi však velmi neseriózní obviňovat Českou lékárnickou komoru z toho, že je nehomogenní organizací a že není schopna hájit zájmy lékárnické obce. Bude toho snad lépe schopna organizace, která bude hájit zájmy provozovatelů bez ohle-

du na jejich zaměstnance? Právě proto by bylo účelnější, aby obě organizace našly společnou cestu k vyjednávání podmínek a k hájení zájmů českého lékařství.

Za dobré nepokládám ani snahy o budování lékáren bez tzv. přípravy, stejně jako to, že OOVL by neměl vést atestovaný lékárník.

A jen tak mimochodem – není za vši tou polemikou náhodou snaha být na špici rozhodování v oboru?

RNDr. PhMr. Eugenie TRÁVNÍKOVÁ
čestná členka České lékárnické komory

TAK TO VIDÍM JÁ: „...jaký si to uděláš, takový to máš“



Dlouho se chystám zejména našim mladším kolegům přinést aktuální informace o průběhu postgraduálního vzdělávání, o možnostech a s tím souvisejících povinnostech k získání specializované způsobilosti. Procházíme krizemi ekonomickou, plynovou, obdobím penzijní a zdravotnické reformy. Při pohledu na diskusní část webových

stránek ČLK však nabývám pocitu, že více než těmi zmiňovanými procházíme krizí komunikační. Jako bychom neuměli nebo snad ani nechtěli najít společnou řeč. Sám nevím, jestli jsem více rozhořčený nebo překvapený prezentovaným slovíčkařením, tahanicemi o kompetence, a o osud předatestační přípravy vůbec.

Asi bychom si nejdříve měli ujasnit, zda vůbec a v jaké podobě bychom chtěli postgraduální vzdělávání mít. Jsme schopni dohodnout se jako členové v rámci komory a své stanovisko konzultovat s odbornými společnostmi (ČFS ČLS JEP), s akreditovanými pracovišti i se státní autoritou?

Pro některé kolegy bez atestace je atestace zbytečnou institucí, a ty, kteří atestační zkoušku úspěšně vykonali již v minulosti, toto téma nezajímá, další na atestace asi názor nemají vůbec. Především kolegové, kteří se připravují ke zkoušce, nebo ti, kteří ji nedávno absolvovali, tzn. všichni, kteří procházejí aktuálními změnami a měnicími se „pravidly hry“ za pochodu, mají připomínky a výhrady. Bohužel ne všichni jsou schopni a ochotni formulovat připomínky konstruktivně – viz web. Kolikrát již vedoucí katedry lékařství IPVZ v této webové diskusi vysvětloval a vysvětluje aktuální stav a nabízí možnost řešení konkrétních situací? Kolik abstraktní kritiky ještě přijde?

Diskuse na webu stále běží a změny ve vzdělávacích programech nemají oficiální podobu. Pokusím se tedy, kolegyně a kolegové, a především kritici vzdělávacího programu, alespoň zmínit změny, ke kterým na katedře lékařství nedávno došlo. Změně na postu vedoucího předcházela na katedře v průběhu posledních let i obměna odborných asistentů. Ti všichni jsou lékárníky s praxí a v reálném profesním životě řeší lékárenskou problematiku stejně jako ostatní lékárníci. Místo nekonkrétní kritiky se rozhodli věnovat svůj čas ve prospěch nastupující generace. Noví odborní asistenti změnili strukturu kurzů, témata přednášek a stáží. Spolu s externími spolupracovníky katedry se

snaží o změny ve vzdělávacích programech. Bohužel jsou je schopni docenit pouze ti, kteří prošli atestační přípravou v obou rozdílných obdobích, tedy jen někteří nemocniční lékárníci. Nová struktura kurzů obsahuje témata zabývající se aktuální problematikou, i témata, která se u zkoušky jeví jako problematická. Tato nová struktura zároveň vylučuje opakování témat v průběhu průpravy. A pokud se prolínají, je to záměr – jsou jen zrcadlem výkonů u atestačních zkoušek.

Ani tyto změny však kverulantům nestačí. Nelíbí se jim témata, přednášející, nic. (Konkrétní program jednoho z kurzů je uveden na webu komory, ostatní jsou k nahlédnutí na studijním oddělení IPVZ.) V rámci kurzů přednášející upozorňují na průběh přípravy i vlastní zkoušky. Chyby a nedostatky, byť i formální, zjištěné při vlastní zkoušce, jsou pak většinou důsledkem letného studia vzdělávacího programu vydaného MZ ČR, který obsahuje výčet všech povinností potřebných k přistoupení a úspěšnému absolvování atestační zkoušky. Tyto a další informace jsou i na webových stránkách katedry: <http://www.ipvz.cz/kontakty.asp?xid=172&akce=menu>.

Místa konání stáží a kurzů jsou závislá na ochotě a přístupu provozovatelů jednotlivých pracovišť, na nichž jsou absolvována, a nesmí být ztrátová – tolik poznámka k často diskutované ceně. Budiž tímto díky všem, kteří s kurzy a stážemi pomáhají po stránce odborné i organizační.

Změny, které se snaží katedra implementovat do vzdělávacích programů, rovněž vycházejí z potřeb současného i budoucího lékařství. Jsou v kontextu s úrovní znalostí zjišťovaných při stážích i při vlastní zkoušce, což má možnost posoudit oborová zkušební komise, tedy zástupci IPVZ, ČLK i ČFS ČLS JEP.

Nesmíme též zapomenout na skutečnost, že nejdůležitější pro kvalitu celé průpravy je ona praxe trvající minimálně 48 měsíců, respektive kvalita pracoviště, přístup školitele a zejména vás, kolegové, kteří jste se do přípravy přihlásili.

Ještě jednou si dovoluji připomenout, že diskuze i na téma změn ve vzdělávacích programech, která je od jara minulého roku otevřena na stránkách komory, je přístupná konstruktivním připomínkám a návrhům nás všech. V kontextu s tím už mě napadá jen část písne Michala Malátného „...jaký si to uděláš, takový to máš“.

PharmDr. Pavel ŠKVOR
katedra lékařství IPVZ

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Fialová, J.: Acne vulgaris – moderní léčba

Medicína po promoci č. 6/2008

Akné patří mezi chronická neinfekční zánětlivá onemocnění kůže. U adolescentů je prevalence akné až 100%. Mění se složení mazu a pomnožuje se bakterie *Propionibacterium acnes* a je indukován zánět. Klinicky se dělí na tři typy: **acne comedonica**, **acne papulopustulosa** a **acne conglobata**. Léčba se dělí na lokální a systémovou. Z lokálních léčiv se používají **retinoidy** (adapalen, tretinoin, isotretinoin), **antibiotika** (erytromycin, clindamycin, kyselina fusidová, tetracyklin, chloramfenikol), **benzoylperoxid**, **kyselina azelaiová**, **metronidazol**. Ze systémových léčiv jsou to rovněž **antibiotika** (doxycyklin, minocyklin, azitromycin, clindamycin), **antiandrogeny** (cyproteron acetát, chlormadinon acetát, např. Belara, drospirenon – např. Yadine, Angeliq), **retinoidy** (isotretinoin v poč. dávce 0,5 mg/kg/den, pak dle tolerance se zvýší až na 1 mg/kg/den, maximální celková dávka a dle toho i délka terapie je na léčebnou kúru limitována 120 mg/kg, optimálně asi 16 týdnů. Z nefarmakologických postupů se uplatňuje fototerapie, chemický peeling, kryoterapie a psychoterapie.

Trnavský, K.: Biologická léčba revmatoidní artritidy

Praktický lékař č. 12/2008

Použití monoklonálních protilátek proti cytokinům a imunokompetentním buňkám, které se účastní na rozvoji kloubního zánětu, je principem nejpokrokovější metody léčení RA. Diskutovaná je stále otázka indikace, potřebná délka užívání a další postupy při neúčinnosti biologické léčby. První skupinu látek tvoří **inhibitory TNF α cytokinu** – chimérická protilátka infliximab (Remicade), plně humanizovaná protilátka adalimumab (Humira), dále i solubilní receptor pro TNF α zvaný etanercept (Enbrel). Nejrozšířenější je aplikace infliximabu (až 1 mil. nemocných na světě), kombinuje se s výhodou s metotrexatem. Nežádoucími účinky této skupiny jsou: reakce v místě vpichu (20 % nemocných), příznaky roztroušené sklerózy (kontraindikace u RS), bakteriální, virové, mykotické infekce – postihují močové cesty HCD, podkožní tkáň, výskyt malignit a maligních lymfomů. Z **ostatních biologik** se u RA používají: modifikátor B-buněk rituximab (Rituxan, MabThera), aktivátor T-lymfocytů abatacept (Orencia), antagonist receptoru pro interleukin-1 anakinra (Kineret), antagonist receptoru pro interleukin-6 tocilizumab. Kromě nežádoucích účinků je velkým problémem biologické léčby i její selhání, které činí např. u etanerceptu 30 %, u infliximabu 40–50 %, u adalimumabu 30–40 %. Pokud selže u pacienta i druhé biologikum, je téměř jisté, že selže i třetí.

Jindřiška Perušičová a kol.: Diabetologie 2008

Triton, Praha 2008, 275 stran

Další ročenka diabetologie přináší na rozdíl od loňské, která byla zaměřena na perorální antidiabetika, témata z různých oblastí teoretické i praktické diabetologie.

V první části prof. Milan Kvapil komentuje některé nové klinické studie mající vliv na terapii DM 2. typu – ADVANCE, VADT, ACCORD. Druhou část pod názvem Léčba hypertenze u diabetika sepsal farmakolog prof. Jan Bultas. Je to vlastně přehled nových postupů léčby vysokého krevního tlaku s ohledem na přidružené onemocnění – diabetes.

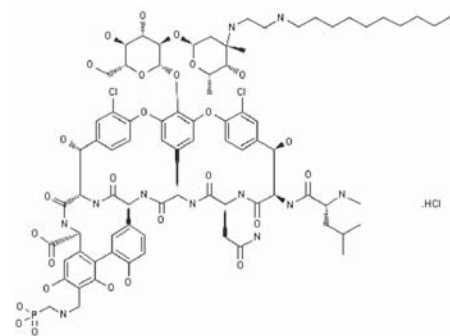
Jan Piňha se ve třetí části zabývá postižením cévní stěny u diabetiků z klinického pohledu. Jmenuje rizikové faktory a možnosti prevence i léčby aterosklerózy, měření endoteliální dysfunkce a její význam. Možnými cestami vývoje v následujících letech jsou jednak vývoj nových léčiv nebo standardizace a další vývoj metod zobrazujících postižení tepenné stěny, což poslouží k optimálnímu načasování léčby.

Michala Pelikánová zpracovala kapitolu o kontinuálním monitorování koncentrace glukózy (CGMS). Firma Medtronic vyrábí přístroj k tomuto nepřetržitému sledování celodenního průběhu glykémie. Je jediným přístrojem uznaným FDA a dostupným v ČR. Indikační skupina adeptů tohoto přístroje je široká, limitem je cena. Dagmar Bartáškova na tuto kapitolu navazuje prací o CGMS u gravidních diabetiček, Zdeněk Šumník píše o využití této metody v pediatrii. Pavlína Piňhová s Kateřinou Štechovou zpracovaly část o léčbě diabetiků I. typu inzulinovou pumpou. Osmá kapitola z pera Denisy Janíčkové a Milana Kvapila zodpovídá nejčastější otázky ohledně inzulinových analogů (glargine, detemir, glulisin, aspart, lispro).

Výskyt multirezistentních gram-pozitivních patogenů nutně vyvolává potřebu nových antibakteriálních látek s vyšší účinností proti nim. Výzkumníci se soustřeďují na modifikaci antibiotika vankomycin a jiných lipoglykopeptidů přidáním hydrofobních substituentů ke zvýšení účinnosti,

MOLEKULA MĚSÍCE Telavancin

sumární vzorec: $C_{80}H_{106}Cl_2N_{11}O_{27}P$
mol. hmotnost: 1755.63



absorpce, distribuce, metabolismu a exkrece. **Telavancin** je nové antibiotikum s dvojitým mechanismem účinku – inhibice syntézy buněčné stěny a porušení její integrity. Látka vykazuje vysokou aktivitu *in vitro* i *in vivo* proti methicillin-rezistentním kmenům *Staphylococcus aureus* (MRSA) a vankomycin-rezistentním enterokokům, a kromě toho i proti mnoha dalším skupinám Gram-pozitivních bakterií. Telavancin vykazuje i výhodnou farmakokinetiku a byl účinný v klinických studiích u pacientů s gram-pozitivními infekcemi kůže a měkkých tkání a u pacientů s v nemocnici získanou (nozokomiální) pneumonií.

Telavancin měl ekvivalentní klinickou odpověď (87,9 vs. 86,5 %) u pacientů s komplikovanou kožní infekcí ve studii ATLAS I. Randomizovaná, dvojité slepá multicentrická III. fáze klinického zkoušení zahrnovala 855 pacientů. Léčba spočívala v podání buď vankomycinu 1 g i.v. každých 12 hodin nebo telavancinu 10 mg/kg i.v. každý den 7–14 dní. Klinická odpověď byla ve vankomycinové skupině 85,5 a v telavancinové 87%. Látka je patentem firmy Theravance a licencována firmou Astellas.

Stránku připravil
PharmDr. PAVEL GRODZA
panacea@iol.cz

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Antikoagulancia zabraňují tvorbě a zvětšování tzv. červeného trombu, kdy je bílý trombus tvořený destičkami zasíťován fibrinem vznikajícím působením trombinu z fibrinogenu. Antikoagulancia nejsou schopna červený trombus rozpouštět (vs. trombolytika). Jsou indikována k terapii žilního ale i arteriálního (v kombinaci s antiagregancii) tromboembolismu. Klasickým příkladem žilního postiže-



PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D.
Sekce klinické farmacie ČLS JEP

ní, které je léčeno antikoagulancii, je hluboká žilní trombóza (HŽT), která může být zřídka doprovázena nebezpečnou plicní embolií. U rizikových stavů je lepší žilnímu tromboembolismu předcházet preventivním podáváním antikoagulancii, konkrétně např. po velkých ortopedických výkonech jako je náhrada kolenního a kyčelního kloubu, po operacích v onkologii, v obecné chirurgii, u dlouhodobě imobilních lidí, u těhotných, během hemodialýzy apod. Dalšími indikacemi pro antikoagulancia může být preventivní podávání u fibrilace síní, kdy stázou krve dochází k tvorbě trombů v levé síni s hrozbou mozkových příhod, u nestabilní anginy pectoris a infarktu myokardu (v kombinaci s antiagregancii) i u trombofilních dědičných stavů.

Jaká antikoagulancia máme v současné době k dispozici? V injekční formě to je heparin a nízkomolekulární hepariny (LMWH), v perorální formě to jsou antagonisté vitamínu K – warfarin. Na trhu je již nějakou dobu také fondaparinux – selektivní inhibitor aktivovaného srážecího faktoru Xa – a bivalirudin – inhibitor trombinu. Všechny tyto skupiny mají určité nevýhody. Warfarin: pomalý nástup účinku, vysoký interakční potenciál, nutnost měření protrombinového času (INR) díky těžce predikovatelným hladinám v organismu. Nutnost injekčního podání a výskyt závažného nežádoucího účinku – heparinem indukované trombocytopenie – limituje heparin i LMWH. Fondaparinux a bivalirudin jsou též podávány injekčně a navíc jsou velmi drahé. Proto se začínají objevovat nová perorální antikoagulancia, z nichž čerstvě registrovány jsou v ČR dabigatran etexilát a rivaroxaban. Dabigatran je příkladem přímého inhibitoru trombinu (faktor IIa), rivaroxaban (v příštím dílu) je přímým inhibitorem aktivovaného faktoru Xa.

Farmakologické aspekty

Dabigatran etexilát mesilát je proléčivo (mesilát – methansulfonát, etexilát – ethylester) bez farmakologické aktivity. V plazmě a v játrech je ethylester hydrolyticky odštěpen esterázami za vzniku aktivního metabolitu – dabigatranu. Dabigatran je kompetitivní reverzibilní přímý inhibitor trombinu. Protože trombin katalyzuje přeměnu fibrinogenu na fibrin během koagulační kaskády, jeho inhibice způsobuje zpomalení tvorby trombu. Dabigatran inaktivuje jak volný trombin, tak již vázaný na fibrinogen. Bráněno je i trombinem vyvolané aktivaci krevních

destiček. Koncentrace dabigatranu v plazmě koreluje s jeho anti-koagulačním efektem.

Absolutní biologická dostupnost dabigatranu je zhruba 6,5 %. V pooperačním období je vrcholových koncentrací látky dosaženo až po 6 hodinách, u zdravých dobrovolníků již za 2 hodiny. Jídlo neovlivňuje biologickou dostupnost, ale prodlužuje vstřebávání o 2 hodiny. Dabigatran se váže minimálně na krevní bílkoviny, distribuční objem je kolem 60 litrů. Plazmatický poločas je kolem 14 hodin. Metabolizován je minimálně. Vylučován je především v nezměněné podobě do moči, tzn. je nutné snížit dávky u renálního selhávání.

Dabigatran

Klinické aspekty

Indikace dabigatranu budou v budoucnu podobné jako u dalších antikoagulancii. Injekční přípravky si pravděpodobně zachovají použití v nemocnicích. Proto „life cycle management“ (zjednodušeně: plán registrací indikací) perorálního dabigatranu je zpočátku zacílen na indikace ambulantní – profylaktické podávání po operačních výkonech a na prevenci mozkových příhod u pacientů s fibrilací síní. První a zatím jediná indikace je v nyní v SPC: „Primární prevence žilních tromboembolií u dospělých pacientů, kteří podstoupili elektivní operativní totální náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu.“

S dabigatranem probíhá rozsáhlý klinický program RE-VO-LUTION. První dokončené studie – RE-MODEL, RE-NOVATE, RE-MOBILIZE a meta-analýza těchto studií prokázaly stejnou účinnost dabigatranu a enoxaparinu ve snižování příhod definovaných jako HŽT nebo úmrtí u velkých ortopedických výkonů (náhrada kolena, kyčle). Nejočekávanější studií je bezesporu RE-LY, jež se zaměřuje na otázku prevence mozkové příhody při fibrilaci síní (18 tisíc pacientů) ve srovnání s warfarinem. Evidence o účinnosti v léčbě HŽT přinese RE-COVER.

Kontraindikací podávání je krvácení. Interakce jsou dvojího druhu: a) s antikoagulancii a antiagregancii – současné podání se nedoporučuje; b) s p-glykoproteinem, jehož je dabigatran substrát. Inhibitory p-glykoproteinu (verapamil, klarithromycin, chinidin, amiodaron) mohou vést k nutnosti snížení dávky (chinidin je kontraindikován) a naopak induktory snižují koncentraci dabigatranu v krvi (třezalka). Krvácení je logickým nežádoucím účinkem, v klinických studiích zažilo 1 % pacientů velké krvácení a 14 % jakékoli krvácení. Byla prokázána reprodukční toxicita u březích samic.

Podávání dabigatranu by mělo být zahájeno do 4 hodin po operaci jednou tobolkou po 110 mg, další dávka je již 220 mg jednou denně po dobu 10 dní v případě náhrady kolenního kloubu a 28–35 dní u náhrady kloubu kyčelního. Léčivý přípravek s obsahem dabigatran etexilát mesilátu se jmenuje Pradaxa, držitelem registračního rozhodnutí je společnost Boehringer Ingelheim. Zatím probíhá řízení o stanovení výše a podmínek úhrady, maximální výrobní cena 30 tablet nepřesáhne 1 604 Kč.

**NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ
LÉČIVÉ ROSTLINY:**

Trifolium pratense L.

Trifolium pratense L. – jetel luční, (Fabaceae).

Vytrvalá bylina původem z Evropy, vytvářející řadu místních odrůd a kultivarů, pěstovaná jako pícnina. Kvete od května do října, plodem je lusk.

Synonyma: *Trifolium purpureum* GILIB. non LOISEL.

Obecný název: jetel červený (čes.), der Rotklee (něm.), Red Clover (angl.)

Sbíraná část: flos

Droga: Trifolii flos

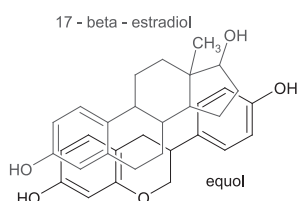
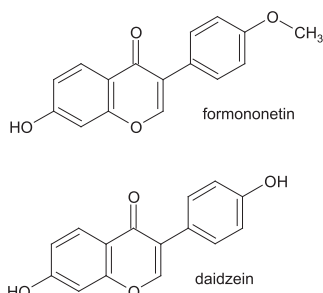
Obsahové látky: pozornost věnována hlavně isoflavonoidům (známo 14), prostoupena je celá rostlina s maximem v květu (0,2–0,6 % v sušině), převažuje formononetin a biochanin A, dále daidzein a genistein, včetně jejich glykosidů a malonylglykosidů. Vzhledem k působení na estrogenní receptory jsou isoflavonoidy řazeny do skupiny fytoestrogenů a jetel mezi tzv. fyto-SERMy (selective estrogen receptor modulator). V květní droze byly identifikovány i flavonoidy, anthokyany, silice, třísloviny, organické kyseliny, aminokyseliny s převahou argininu, různé sacharidy. V klíčcích kumarinové deriváty kumestany, především kumestrol.

Účinky a použití: isoflavonoidy jsou silné **antioxidanty** a zhašče volných radikálů, přičemž účinek jetele je silnější, než u sóji.

Současná medicína aplikuje drogu a extrakty z ní především jako prostředek příznivě ovlivňující některé projevy **menopauzy** a nahrazující mnohdy rizikovou hormonální léčbu.

Ve fertilním věku působí přirozený 17β-estradiol na α i β-estradiolový receptor (α-ER, β-ER), přičemž α-ER se nachází v prsní a děložní tkáni, β-ER v kostech, cévách, vyšších centrech CNS, ve střevě, u mužů v prostatě.

Oblasti využití isoflavonoidů souvisí s jejich **afinitou převážně k β-ER**, sice 100–1 000x slabší než 17β-estradiol, přesto kompetitivně blokující jeho vazbu na receptor. V období premenopauzy se isoflavonoidy chovají jako antiestrogeny, v průběhu menopauzy jako estrogeny. Vstřebávají jsou lipofilní aglykony, glykosidy až po štěpení ve střevě. Aktivita jednotlivých zástupců a metabolitů se značně liší. Asi estrogeně nejúčinnější je equol, který vzniká v menší míře působením lidské střevní mikroflóry z daidzeinu (cca 30 %).



V případě **osteoporózy** se považuje za výhodné užívat přípravky dlouhodobě již v premenopauzálním věku. V období menopauzy se omezuje osteoporóza a snižují **návaly horka**, u premenopauzálních žen dochází k zlepšení nepravidelné menstruace obsazením α-ER i β-ER isoflavonoidy. Bylo zjištěno, že po aktivizaci β-ER isoflavonoidy dojde ke snížení počtu α-ER (tzv. rakovinných). Extrakty z jetele **inhibují aromatázu**, která je uložena v tukové tkáni prsů aj. orgánů a převádí testosteron na 17β-estradiol. Tímto mechanismem je vysvětlován protirakovinný účinek u nádorů závislých na 17β-estradiolu. Lokálně podaná mast s extraktem z jetele snižuje metastázy u estrogeně závislé **rakoviny prsu**. Zvýšená denzita prsní tkáně souvisí s estrogeny a je řazena mezi rizikové faktory vzniku rakoviny. Jetelový extrakt nezvyšuje růst buněk, naopak snižuje napětí prsní tkáně. Na výsledku se podílí pravděpodobně kombinace inhibice aromatázy i antiestrogenní účinek.

Enzym **5α – reduktáza** je kompetitivně inhibován biochaninem A i genisteinem. Tím je bržděna konverze testosteronu na dihydrotestosteron a vznik **benigní hyperplazie prostaty**. Isoflavonoidy indukují i apoptózu (řízený zánik) rakovinných buněk v prostatě.

Pro antimitotickou aktivitu prostatických buněk má zásadní význam aktivní forma vitamínu D₃ (kalcitriol, syn. 1,25 – dihydroxycholecalciferol). Ten je inaktivován izoenzymem CYP24A1 z rodiny cytochromů. Genistein CYP24A1 inhibuje a přispívá tak k ochraně prostaty a pod., i střeva aj. orgánů. Isoflavonoidy vykazují afinitu k androgennímu i progesteronovému receptoru, přičemž afinita k androgennímu receptoru je vyšší. S jejich působením na progesteronový receptor souvisí mírně **antidepresivní účinky**.

Extrakty z jetele působí preventivně na vznik **kardiovaskulárních onemocnění**. Snižují systolický i diastolický tlak, dále inhibují lipooxygenázu, omezují oxidaci LDL a chrání cévní kolagen.

K dispozici jsou standardizované extrakty i čajoviny.

Dávkování: menopauza: preventivně 40–80 mg isoflavonoidů denně, 5x denně nálev ze 2 lžiček drogy.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: nepodávat při nádoru prsu, pohlavních orgánů a při trombóze, dětem do 2 let, možnost ovlivnění distribuce hormonů ve štítné žláze.

Interakce: hormonální antikoncepce

Literatura u autora.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia

Vzorec: autor

Vlastnictví lékáren před evropským soudem

Generální státní zástupce EU Yves Bot předložil v prosinci loňského roku Evropskému soudnímu dvoru své konečné návrhy k řízení Správního soudu Saarbrücken. Tato tzv. německá kauza se týká společnosti DocMorris. V roce 2006 jí tehdejší sárský ministr financí a zdravotnictví povolil kapitálový vstup do provozu jedné lékárny v Saarbrückenu se zdůvodněním, že zákaz cizího vlastnictví odporuje obecnému právu EU. Uvedené rozhodnutí soudně napadla místní lékárnice.

Zákazem cizího vlastnictví lékáren se Německo pokusilo ochránit hospodářské jednotky lékáren před vnějšími vlivy a zachováním jejich finanční nezávislosti zajistit podmínky pro svobodný výkon povolání lékárníka.

Prakticky stejný vývoj konstatoval generální státní zástupce EU v tzv. italské kauze. Kvůli zákazu cizího vlastnictví lékáren obdržela italská vláda v roce 2005 upomínku od komisaře pro vnitřní trh EU; Evropská komise zde navíc kritizovala zákaz vstupu farmaceutických velkodistributorů do komunálních lékáren. Komisař zažaloval Itálii u Evropského soudního dvora v roce 2006, o dva roky dříve si už na italská pravidla stěžoval koncern Celesio.

„Dotazované národní předpisy způsobují, že příslušníkům členských států, kteří nejsou lékárníky, bude zamezeno vlastnit a provozovat lékárny v Itálii a v Německu,“ konstatoval generální státní zástupce EU Yves Bot. „Tyto předpisy sice omezují vznik provozoven, protože brání vstoupit na trh fyzickým či právnickým osobám, které by chtěly v uvedených členských státech otevřít lékárnu, avšak jsou podle mého názoru oprávněné.“ Tento názor podpořila i spolková ministryně zdravotnictví Ulla Schmidtová a sdělila, že jejímu ministerstvu jde především o to, aby lékárna byla vedena lékárníkem a byla pouze v jeho vlastnictví.

Koncern Celesio se zatím omezil na kusé prohlášení, že je pro něj i pro rozvoj lékárenského trhu důležité, jaký bude rozsudek Evropského soudního dvora. Ten má padnout na jaře 2009. Konečné návrhy generálního státního zástupce EU nejsou pro soudce zavazující, ti však obvykle v 80 % případů tato doporučení respektují.

Význam nezávislosti lékárníka

Při ověřování oprávněnosti německých a italských předpisů se zřetelem na obecný zájem dospěl Yves Bot k závěru, že členský stát může určit, na jaké úrovni zajistí ochranu zdraví svých občanů, a jak této úrovni má být dosaženo. Kvalita výdeje léčiv je podle něho těsně spjata s nezávislostí, kterou si lékárníci pro naplnění svého poslání musejí zachovat, ve spojení souhlasu s provozem lékárny s osobou lékárníka vidí účinný pro-

středek řádného a bezpečného výdeje léčiv, poněvadž lékárník jako provozovatel lékárny je na něm profesně i ekonomicky přímo závislý – v případě profesního pochybení se ocitá v nebezpečí, že přijde nejen o aprobační, ale též o provozovatelskou licenci.

Kvalita výdeje léčiv je těsně spjata s nezávislostí, kterou si lékárníci pro naplnění svého poslání musejí zachovat.

Yves Bot, generální státní zástupce EU

Ohlasy v politických kruzích

Návrhy generálního státního zástupce EU vzbudily ohlas na německé politické scéně. Frakce FDP je považuje za dobrý základ pro udržení stávajících pravidel. Tvrdí, že lékárníci jsou obchodníci a zdravotníci, a proto je vzhledem k pacientům jen dobře, bude-li se Evropský soudní dvůr doporučeními Yvese Bota řídit při uzavření sporu. Při této příležitosti FDP tvrdě odsoudila vznik „lékárenských koutků“ v drogeriích a požaduje jejich zákaz.

Němečtí Zelení naproti tomu s Botovými doporučeními nesouhlasí, argument, že „ochrana zdraví je tím vyšší, čím více je výdej léčiv spojen s hospodářským zájmem nezávislé lékárny“, považují za nepřijatelný a věří, že v tomto duchu rozhodne i Evropský soudní dvůr.

Strany levice a CDU/CSU doporučení generálního státního zástupce EU přivítaly.

Farmaceutické firmy pozitivně

Farmaceutické firmy se k doporučení vyjádřily pozitivně. Vidí v něm jasné sdělení o prosazování nezávislých lékáren; podle nich jen takové nabízejí nezávislé poradenství, které jejich klienti ohledně léčiv jako zvláštního zboží potřebují. Výrobci léčiv garantují kvalitu svých produktů, ale pro

kvalitu použití léčivých přípravků pacienti jsou nezastupitelní lékárníci jakožto nositelé vysoké odborné kompetence; obojí vede k terapii s optimálním výsledkem.

Obdobná stanoviska zaujaly Spolkový svaz výrobců léčiv (BAH) a Spolkový svaz farmaceutického průmyslu (BPI) s tím, že pouze princip povinnosti výdeje léčiv vázaného na lékárny a řád pro provoz lékáren zajišťují potřebnou bezpečnost výdeje léčiv. Z tohoto důvodu BAH i nadále podporuje možnost výdeje OTC přípravků jedině v lékárnách.

PGEU vyjádřilo úlevu

Generální sekretář PGEU (Sdružení lékárníků EU) John Chave pochválil doporučení Yvese Bota pro Evropský soudní dvůr jako naprosto jasné a nezpochybnitelné vyjádření. PGEU s úlevou konstatoje, že rozhodující pro lékárníky v celé Evropě je Botovo smysluplné uplatnění principu subsidiarity ve zdravotním sektoru. Nejedná se o výzvu k ignorování společného vnitřního trhu, nicméně jednotlivé členské státy by měly mít volnost při úvahách nad předpisy, byť by oproti jiným zemím obsahovaly více restriktivních prvků.

Generální sekretář PGEU ale zároveň varoval před unáhleným optimismem, poněvadž Evropský soudní dvůr v některých kauzách ohledně vnitřního trhu rozhodl jinak než doporučoval generální státní zástupce EU.

Reakce lékárnických komor

Španělská lékárnická komora vyjádřila ústy svého prezidenta Pedra Capilly přesvědčení, že potvrzení zákazu cizího vlastnictví lékáren by přineslo prospěch i španělskému modelu lékárenství, který je hodnocen jako efektivní, garantuje nezávislost lékárníků a zajišťuje tak preferenci odborných zájmů před ekonomickými. Capilla mj. argumentuje příkladem negativních dopadů liberalizace v Norsku, kde je 80 % lékáren v rukou nadnárodních společností a kde už v mnoha malých městech není žádná lékárna. (Španělsku přitom rovněž hrozí žaloba ze strany Evropské komise, které vedle zákazu cizího a vícečetného vlastnictví lékáren vadí i tamní podmínky pro schválení nové lékárny a licenční řízení. Španělská vláda lékárníky podporuje.)

Rakouská lékárnická komora doporučení hodnotí jako „vítězství rozumu“. Soudní řízení EU proti Itálii a Německu sice nesouvisí s upomínacím řízením ohledně porušení smluvních dohod, vedeným proti Rakousku, avšak jeho průběh může být rozhodující i pro ně.

Předmětem zkoumání Evropské komise

v Rakousku je zákaz vícečetného vlastnictví lékáren stejně jako ověřování lokální potřeby lékárenské péče. Podle prezidenta komory Heinricha Burggassera garantuje rakouský model s jasnými pravidly plošně dostupnou péči; lékárny se zde orientují do míst, kde je potřebná – na rozdíl od řetězců, které

se koncentrují pouze v místech zisku. To má pak jednoznačný následek v podobě zhoršené dostupnosti péče (viz Norsko).

Německá ABDA se k doporučení vyjádřila pochvalně. Její prezident Heinz-Günter Wolf uvedl, že generální státní zástupce EU citlivě vystihl profesní svobodu a odpověd-

nost lékárníků včetně vyjádření požadavku ochrany pacientů. Yves Bot obdržel tiskové sdělení, v němž ABDA oceňuje jeho rozhodnutí o zabezpečení lékárenské péče a vyjadřuje spokojenost, že racionální úsudek zvítězil nad politicky orientovanými tlaky.

Zdroj: www.apatykar.cz

Předatestační a další vzdělávání v oblasti KF

Klinická farmacie je v současné době velmi perspektivním oborem, který připravuje farmaceuty k multidisciplinární spolupráci v rámci individualizované farmaceutické péče, a to pro nemocniční i ambulantní sféru. Kliničtí farmaceuti významně přispívají k racionalitě a nákladové efektivitě užívaných léků, pomáhají jistit účinnost a bezpečnost podávaných léků a podporují lékovou compliance nemocných.

Nacházejí široké uplatnění na nemocničních odděleních stejně jako ve specializovaném poradenství u ambulantních nemocných i v pozici revizních farmaceutů ve zdravotních pojišťovnách a na odborných odděleních farmaceutických firem (např. v oblasti farmakoinformatiky, farmakovigilance, klinického výzkumu apod.).

Cílem vzdělávání v oboru klinická farmacie je vychovávat specialisty, kteří během předatestační přípravy získají podrobné klinické znalosti a zkušenosti v postupech léčby u hlavních nosologických jednotek, jsou cvičeni v posuzování terapeutické hodnoty léků za různých klinických podmínek a dále se specializují v užších klinických oborech (geriatrie, onkologie, paliativní péče, revmatologie apod.).

Do předatestační přípravy jsou zapoje-

ni kvalitní školitelé, kteří mají dlouholeté zkušenosti a klinickou farmacii sami praktikují. Předatestační trénink tak nabízí možnost získat kvalitní znalosti, zejména však klinické zkušenosti pod vedením zkušeného školitele, které nemohou být nahrazeny teoretickou přípravou. Praktikování klinické farmacie je zcela nezbytné, a to i k pochopení oboru samotného.

Kliničtí farmaceuti jsou cvičeni v komplexním hodnocení lékových režimů i v posouzení terapeutické účinnosti a bezpečnosti léků za různých klinických podmínek a specializují se na diagnostiku a řešení lékových chyb a nežádoucích polékových reakcí (např. nežádoucích účinků, lékových interakcí, interakcí lék-nemoc, apod.) Specializační příprava obnáší i trénink v aplikované farmakologii a far-

makoepidemiologii, v lékové informatice a v základech farmakoekonomiky. Specialisté v klinické farmacii jsou rovnocennými partnery lékařů při úpravách lékových režimů, zejména v oblasti bezpečnosti léčby, a úzce spolupracují se sesterským personálem a dalšími zdravotnickými pracovníky.

Klinickou farmacii je třeba rozvíjet na všech úrovních zdravotní péče – v ambulantní, domácí, nemocniční i paliativní péči a podporovat mezioborovou spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky. Předatestační příprava v oboru klinická farmacie se proto v současné době významně mění, a to jak vzdělávací program, tak vedení a tým školitelů Subkatedry klinické farmacie IPVZ (změny sledujte na jejich webových stránkách od začátku března 2009).

Přijměte pozvání na jednodenní monotematické přednáškové kurzy, které pořádáme v tomto půlroce. Přihlásit se můžete na www.ipvz.cz.

PharmDr. Daniela FIALOVÁ, Ph.D.
vedoucí Subkatedry KF IPVZ, Praha

Vzdělávací akce Subkatedry KF IPVZ, jaro–léto 2009

Místo konání: **Hotel ILF, Budějovická 15, Praha 4**

Uvedené akce jsou ohodnoceny i v kontinuálním vzdělávání České lékárnické komory

12. února:

Možnosti klinické farmakologie a klinické farmacie při zvyšování účinnosti a bezpečnosti léčby (Možnosti zvyšování účinnosti a bezpečnosti léčby, Principy biologické protinádorové léčby, Interakce při protinádorové léčbě, Farmakogenetika – interakce a nežádoucí účinky léčiv, Farmakoinformatika)

Pořádající: prof. MUDr. František Perlík, DrSc.,
PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

4. května:

Klinická farmacie v paliativní péči (Klinická farmacie v nemocniční, ambulantní a hospicové péči u terminálně nemocných, vybrané poznatky klinicky orientované farmaceutické péče u terminálně nemocných, potřebné pro farmaceuty a klinické farmaceuty v běžné denní praxi, dostupnost a možnosti hospicové péče v ČR)

Pořádající: Mgr. Jana Gregorová, PharmDr. Jiří Netočný

9. dubna:

Problematika léčby jaterních onemocnění (Klinické projevy jaterních onemocnění, Vliv hepatopatií na význam lékových interakcí, Zvláštnosti farmakokinetiky léčiv u jaterních onemocnění, Akutní hepatopatie a jejich léčba, Hepatotoxicitata léčiv, Postavení hepatoprotektiv v léčbě jaterních onemocnění)

Pořádající: prof. MUDr. Ludmila Kameníková, CSc.

2. června:

Kultura bezpečnosti léčby z pohledu lékaře, sestry a farmaceuta (Úloha klinického farmaceuta v jistění bezpečnosti farmakoterapie, možnosti multidisciplinární spolupráce v oblasti bezpečnosti léčby s lékaři, sestrami a dalšími zdravotnickými pracovníky, způsoby detekce, posouzení a řešení lékových chyb a polékových reakcí)

Pořádající: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,
PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

VZPOMÍNKY NA POHNUTOU MINULOST: **Po únoru 1948**

Padesátá léta přinesla pro naši republiku pronikavé změny, které měly tvrdý dopad i na farmaceutickou obec. Některé události chci připomenout.

Znárodnění lékáren – rodinná tradice neodvolatelně smazána

Vypráví RNDr. PhMr. Věra Honová z Napajedel

Lékárnu „U zlatého hada“ v Napajedlích zakoupil PhMr. Jan Hon od PhMr. Jelínka v roce 1910. Nový majitel lékárny v roce 1924 zemřel. Po manželově smrti dostala Marie Honová od majitele domu výpověď z bytu i z pronajatých prostor lékárny. Byla nucena postavit dům na Palackého ulici č. 201. Tam se v roce 1927 přestěhovala i s lékárnou a dvěma malými syny.

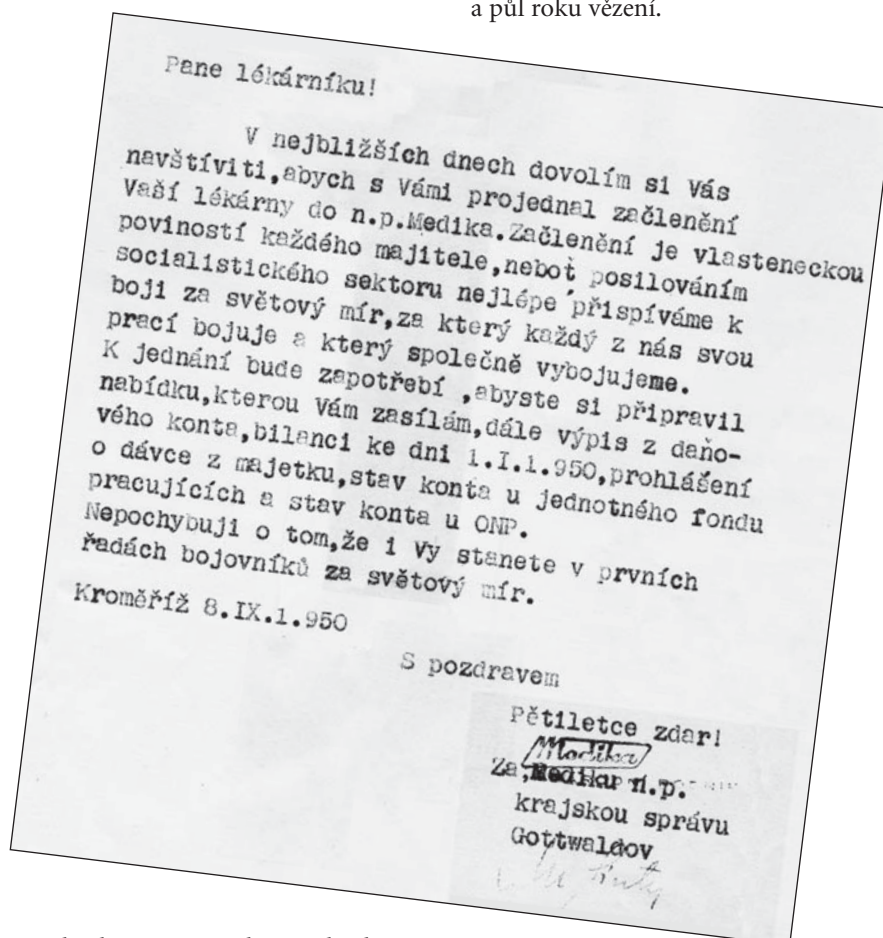
Marie Honová vedla do roku 1946 lékárnu vdovským právem za odborného vedení různých provizorů, jedním z nich byl PhMr. Kučera, který si později otevřel lékárnu v Otrokovicích. V roce 1946 předala svou koncesi svému synu Miroslavovi, který se stal majitelem lékárny. Ta byla 22. 10. 1950 znárodněna a přešla do majetku přerovské Mediky. Předávací inventuru provedli PhMr. Ginter, Matocha a Holub. Vlastnímu znárodnění předcházela dopis adresovaný majiteli lékárny s apelem na sociální citění a na dobrovolné začlenění lékárny do socialistického sektoru.

Miroslav Hon se stal na dva roky jejím správcem. Za dané situace totiž nemohl být jako bývalý majitel vedoucím lékárny, a tak do roku 1952 byla vedoucí jmenována manželka, která tuto funkci zastávala až do odchodu do důchodu. Skutečnost, že v lékárně pracoval bývalý majitel se svou manželkou, vedla ke snaze přeložit je na jiná pracoviště. Proto se v lékárně konaly časté kontroly a inventury. Přidělený kolega tam měl za úkol najít závažné nedostatky a chyby v provozu, na jejichž základě by mohli být manželé přeloženi. Nepovedlo se.

V roce 1980 byla lékárna přestěhována do nových prostor zdravotního střediska na Sadové ulici. Pokus o restituci rodinné lékárny, případně o privatizaci v letech 1991–92 byl neúspěšný, s výjimkou vrácení decimální váhy, lékopisů, mikroskopu, polarimetru a dalších drobností, na které byl právní nárok. Ostatní odnesl čas a rodinná tradice byla neodvolatelně smazána.

**Dělnický ředitel – neomezený vládce
Vypráví RNDr. PhMr. Ivan Anděl
ze Zlína**

Morální satisfakci jsem obdržel až v roce 1962, kdy tento dělnický ředitel byl za rozsáhlé rozkrádání odsouzen na sedm a půl roku vězení.



Po absolvování prvního čtyřletého reformativního studia farmacie v Brně v roce 1952 jsem 14. 7. 1952 nastoupil do lékárny v Trenčíně. Bylo to v době, kdy byly znárodněny lékárny a vznikaly celky, které pod názvem Medika řídily činnost lékáren. Hlavní zásadou v personální politice bylo, že bývalý majitel nesměl pracovat ve vlastní lékárně. Měl samozřejmě punc vykořisťovatele a kapitalisty.

V čele Mediky stál dělnický ředitel, který byl sice neodborník, ale politicky neomezený vládce dohlížející na třídní kádrovou politiku. Jeho moc jsem pocítil v roce 1959. V roce 1957 byla založena nová lékárna, která zásobovala místní nemocnici a byla i s právem veřejnosti, a já jsem se stal vedoucím lékárníkem. Byl jsem ale bezdůvodně a podle napadení dělnickým ředitelem Benjaminem Murcinou, a i nadále pronásledován. Proto jsem raději volil odchod z tohoto místa i z Trenčína. Proti Murcinovým postupům nebylo možné se odvolat ani bránit, přestože jeho argumenty byly lživé.

Představitel ministerstva zdravotnictví tehdy napsal do Zdravotnických novin rozsáhlý článek nazvaný „Murcina, Námer a spol.“, ze kterého cituji:

„Před čtrnácti dny, 6. května 1962, skončil před trestním senátem okresního soudu v Bratislavě proces s 24člennou skupinou rozkradačů socialistického vlastnictví. Mezi trestně stíhanými bylo 10 lékárníků (z nich 7 bývalých majitelů lékáren), 4 další zaměstnanci lékáren, 3 lékaři, 1 veterinární lékař, 1 manželka lékaře a 3 zaměstnanci krajského skladu léčiv (ředitel, vedoucí zásobovacího oddělení a skladník).

Důvodů, proč nedošlo k dřívějšímu odhalení této bandy příživníků naší společnosti, je několik.

S rozkradači byl ve spojení ředitel krajského skladu léčiv v Bratislavě B. Murcina, který vykonával současně (protiprávně) funkci krajského lékárníka. Šlo o ředitele dělnického původu, nositele Řádu práce, který mu byl udělen na jeho dřívějším

pracovišti v Závodě Míru v Bratislavě. Požíval mimořádné důvěry politických a státních orgánů. Této pozice dovedl dobře využít. Tím, že dosazoval do funkcí lidí sobě zavázané nebo takové, o kterých předpokládal, že s ním budou spolupracovat, a odstraňoval ty, kteří s jeho činností projeví nesouhlas, vytvářel podmínky pro svoji trestní činnost.“

Článek dále rozebírá škodlivost této skupiny rozkradačů v tehdejší společnosti a popisuje i jednotlivé případy trestné činnosti: falešné recepty, nákup jedlého oleje a výdej za olivový, předražování kosmetických přípravků, krácení dávek pro zvířata atd.

Každá doba má své problémy. Toto období bylo charakterizováno tvrdou кадровou politikou plnou třídního boje, pronásledování i vězněním. Bylo to období strachu.

Lékařník odsouzený za velezradu

Vypráví paní Marie Janalíková z Uherského Brodu, dcera

RNDr. PhMr. Miloslava Součka

Narodil se 31. 12. 1904 v Uherském Brodě. V roce 1926 dokončil studia farmacie na Karlově univerzitě v Praze, kde

také v roce 1928 získal titul doktora přírodních věd.

Byl majitelem lékárny „U zlatého pelikána“ v Uherském Brodě, majitelem drogerie a firmy Inhalochema. Po roce 1948 mu byl postupně znárodněn veškerý majetek. Doktor Souček, vlastenec, sportovec, milovník hudby, dlouholetý aktivní člen pěveckého sboru Dvořák Uherský Brod, byl 21. 7. 1951 zatčen a vyšetřován ve známém vězení v Uherském Hradišti. Rozsudkem Státního soudu, oddělení v Brně, byl 29. srpna 1952 odsouzen za trestný čin velezrady na dvanáct let vězení a k propadnutí celého jmění, k peněžitému trestu ve výši 60 tisíc korun a ztrátě všech občanských práv. Postupně prošel věznicemi ve Vítkově, Mírově, Příbrami, Pankráci, Ilavě. Po devíti letech, 9. května 1960, byl propuštěn na základě amnestie prezidenta Novotného.

Po jeho zatčení a odsouzení zůstala manželka na všechno sama a bez prostředků. Musela žít nejen tři malé děti a svou matku, ale postarat se i o manžellovy rodiče. Měla problémy s obstaráním zaměstnání, nakonec dostala práci v družstevním kravíně.

V roce 1971 podal Dr. Souček žádost o přezkoumání rozsudku. Uvedl všechny vyšetřovací metody, které zažil v Uherském Hradišti. Jeho výpovědi byly vynuceny pod fyzickým a psychickým nátlakem. V době normalizace, 25. 11. 1974, byla jeho žádost zamítnuta jako neodůvodněná.

Přes noc se stal z váženého a významného lékárníka brodského regionu nepřítel společnosti a velezradce. Toto označení zůstalo na něm a jeho rodině celých 38 let a soudruzi v Uherském Brodě dohlíželi na to, aby кадровé materiály všech členů rodiny tak byly vždycky označovány.

Česká lékárnická komora udělila RNDr. PhMr. Součkovi medaili Honoris et Merito in memoriam.



Podobný tvrdý osud postihl i řadu dalších lékárníků. Jsou to střípky událostí z období, kdy se život tisíců lidí změnil v tragédii. Stojí za připomenutí i mladé generaci, co všechno se v této zemi událo.

RNDr. Ivan ANDĚL

Pacienti rádi hledají na webu

„Akutní zánět středouší je častým onemocněním hlavně u dětí ve věku od 3 měsíců až do 8 let. Jeho výskyt je často v dětství spojen především se zvětšenou nosní mandlí. Nosní kapky se snaží sliznici zanemizovat (oplasknout) a tím dosáhnout volnosti ústí sluchové trubice. Mnohdy se pouze touto léčbou a smrkáním, či odsáváním z nosu zabrání rozvoji středoušního zánětu. „Pokud je už bubínek zanícený a vyklenutý, provede se většinou paracenteza (propíchnutí bubínku) a sekrece se odebere na bakteriologickou kultivaci. Dítě dostane opět nosní kapky, dle výtěkáající sekrece také antibiotika, nebo se dle stavu dítěte může počkat až do výsledku výtěru,“ vysvětluje MUDr. Maja Strížesková (autorka fotografie), která dlouhodobě spolupracuje s portálem lekari-online.cz.

Uvedený portál patří mezi největší projekty tohoto druhu ve střední Evropě, má sedm jazykových mutací, z toho šest je

zaměřeno na zdravotní turistiku. Návštěvnost se pohybuje kolem 150 tisíc unikátních návštěvníků měsíčně. Jedná se o nový internetový projekt zaměřený na zdravotnictví a zdravotní péči, který byl spuštěn v roce 2008. Jeho cílem je pomoci pacientům, kteří řeší zdravotní problémy, nalézt vhodného lékaře a odpovědi na dotazy z oblasti zdravotnictví. Přibližuje odborné souvislosti jednotlivých výkonů formou srozumitelnou i pro laickou veřejnost. Zhruba 50 procent návštěvníků jsou cizinci. **(dop)**



VÝZNAMNÁ JUBILEA

únor 2009

80 let

Dr. PhMr. Jiří Dlouhý,
čestný člen ČLK

70 let

Mgr. Božena Stará
(OSL Chrudim)

60 let

RNDr. Dimitrios Karajannis
(OSL Bruntál)

PharmDr. Marie Klementová
(PSL)

Mgr. Marie Kubíková
(OSL Brno)

RNDr. Jiří Petřík
(OSL Teplice)

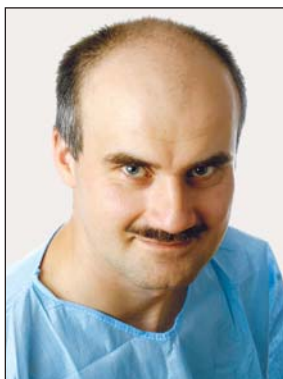
RNDr. Libuše Průhová
(OSL Cheb)

Mgr. Milan Sedláček
(OSL Litoměřice)

RNDr. Jiřina Vokrouhlíková (PSL)

Upřímně blahopřejeme! **(člk)**

Několik poznámek na téma „hlíva ústříčná“



Mgr. Tomáš Volný

Chápání těchto rozdílů je základní podmínkou úspěšné orientace v jejich biologické účinnosti, bezpečnosti, dávkování a v neposlední řadě také v racionálnosti výrobcem použitých zdravotních tvrzení. Sušená, pomletá biomasa plodnic je pestrá směs látek. Některé byly izolovány a detailně popsány teprve nedávno. Pozornost je soustředěna na biologické aktivity proteinových a polysacharidových frakcí. Z plodnic byl izolován protein pleurostrin, který vykazuje inhibiční aktivitu na růst konkurenčních hub. Velmi zajímavý je také protein ostreolysin, jehož molekula zřejmě interaguje s membránovým sfingomyelinem, dipalmitoylfosfatidylcholinem, cholesterolem a může tak ovlivňovat funkci buněčné membrány. Řada izolovaných proteinů dosud nemá název, blíže definovány jsou pouze svou molekulovou hmotností. Klinická znalost jejich účinnosti je na velmi nízké úrovni. Teprve loni byly zveřejněny první preklinické zkušenosti. Pozornost bychom měli věnovat i významně zastoupeným nukleotidům a sterolům, o jejichž biologické účinnosti také víme málo. V plodnicích je obsažen houbový chitosan, asi 10–140 mg na 1 g sušené biomasy. Nejlépe klinicky popsán je extrakt s převažujícím obsahem beta-glukanů nebo samotné jednotlivé typy izolovaných purifikovaných beta-glukanů. Výčet potenciálně biologicky účinných látek hlívy ústříčné sice není zdaleka vyčerpán, ale je zřejmé, že silný pleotropní charakter biologické aktivity sušené,

Konkurenci na trhu s doplňky stravy pravidelně generují nepřesná a někdy zavádějící tvrzení. Příkladem je rostoucí zájem o téma jedlé houby hlívy ústříčné (*Pleurotus ostreatus*). Orientaci v dané problematice znesnadňuje množství komerčně dostupných surovin nejčastěji v podobě sušené, pomleté biomasy plodnic nebo ve formě extraktů o různé standardizaci a obsahu. Zcela rozdílná surovina je izolovaná směs gluků. Na další kvalitativní úrovni je nutné rozlišovat purifikované frakce s převahou jednotlivých typů beta-glukanů.

pomleté biomasy znesnadňuje racionální deklaraci zdravotních tvrzení.

Extrakt a beta-glukany

Zcela odlišná je klinická znalost extraktů s obsahem směsi gluků (heteroglukany, alfa-glukany, beta-glukany) nebo nejlépe izolovaných frakcí s převahou jednotlivých typů beta-glukanů. Vzhledem k současným experimentálním vědomostem můžeme deklarovat a v praxi pracovat s racionálními zdravotními tvrzeními. Beta-glukany jsou přírodní polymery glukózy (polyglukopyranózy) a vzájemně se liší molekulovou hmotností, prostorovým uspořádáním molekuly, typem a stupněm řetězení. Potvrdilo se, že jejich imunomodulační aktivita je vystupňována převahou postranních beta-1,3 a beta-1,6 glykosidových řetězců. Naopak s převahou postranních beta-1,3 a beta-1,4 nebo jiných glykosidových řetězců imunomodulační aktivita výrazně klesá a tyto typy beta-glukanů musíme charakterizovat pouze jako dietní vlákninu. Někteří výrobci definují obsažené glukany jako beta-1,3-D glukany, což bohužel neupřesňuje stav postranního řetězení, a proto není možné predikovat převládající biologickou účinnost. Striktně platí, že imunomodulační účinnost je nutné u každé suroviny individuálně experimentálně prověřit. Vlastní kalkulace denní dávky imunomodulačně účinných gluků je významně ovlivněna jejich farmakokinetickými parametry. Glukany s vyšší molekulovou hmotností se na makrofágy vážou nespecificky nebo jsou pouze fagocytovány. Důsledkem tohoto typu aktivace makrofágů je nejen spuštění jejich

oxidativního vzplanutí, ale také stimulace produkce celé řady imunoaktivních látek (interleukin-6, interferony aj.). Vysokomolekulární glukany mají vyšší rezistenci vůči glomerulární filtraci ledvin a vůči jejich biotransformaci v játrech.

Na rozdíl od těchto velkých gluků, nízkomolekulární glukany účinkují prostřednictvím jiných mechanismů, vážou se na receptor CR3 (CD11b/CD18), po této vazbě pak dochází k prostorové změně receptoru a k jeho specifické aktivaci. Tento aktivovaný receptor následně reaguje na setkání s cílovou buňkou (například bakterií, buňkou infikovanou virem, nádorovou buňkou), která je zchtněna složkou komplementu (iC3b). CR3 receptory jsou přítomné na povrchu makrofágů, monocytů, neutrofilů a NK buněk. Pokud nejsou CR3 receptory aktivované malým glukem, mohou se vázat na opsonizované buňky, ale nejsou schopné je specificky zabít. Ve většině dostupných studií byly glukany podávány intravenózně nebo subkutánně. Novější studie však potvrdily obdobnou biologickou účinnost i v případech perorálně podávaných gluků – pak tolik nezáleží na velikosti jeho molekuly. Glukany totiž zřejmě aktivují makrofágy Peyerových plátů, které po aktivaci migrují do dalších orgánů a zde následnou produkcí a sekrecí cytokinů spouštějí kaskádu imunitních reakcí. Spíše pak záleží na jejich chemické čistotě. Ta má pravděpodobně vliv na vyšší doporučené denní dávky gluků. Obecně lze shrnout, že imunomodulační účinnost vysokomolekulárních beta-glukanů je při perorálním užití spojena spíše s vyššími denními dávkami (asi 100–200 mg) a naopak u nízkomolekulárních beta-glukanů s nižšími denními dávkami (asi 10–100 mg). Samozřejmě nelze opomenout všechny zjednodušeně charakterizované kvalitativní parametry. Z uvedeného je zřejmé, že nelze v žádném případě zaměňovat sušenou, pomletou biomasu hlívy ústříčné a izolované, purifikované frakce gluků.

Autor, klinický farmaceut,
je vedoucí aplikovaného výzkumu
a vývoje Iinstitutu

LÉKÁRNICKÉ POHÁDKY

VYDALI JSME NOVOU POHÁDKU!

nová pohádka krásně a mile vypráví o lékárenských vahách • obsahuje dvoustranu se zábavnými úkoly pro děti • má nový formát A5 knížečky a 8 stran • k pohádkám přikládáme stojánek

Patálie s váhami

Registrováno: MK ČR E 15540, kontakt: Karla Babišová, tel./fax.: 595 782 637, mobil: 721 305 718, e-mail: k.babisova@lekarnickepohadky.cz

Věda o obezitě zatím stále ještě v plenkách

(Pokračování z minulého čísla)

Začátkem 21. století došlo k novému nárůstu mortality na kardiovaskulární onemocnění, která se tak opět dostávají na první místo v celkové mortalitě, a to nejen v západní civilizaci, ale dokonce celosvětově.

Nižší tělesná hmotnost – nejhůře zvládnutelný problém

Každý obézní pacient by měl mít hodnoty krevního tlaku nižší než 140/90 mm Hg, ale pacienti s metabolickým syndromem nebo diabetici by měli dosáhnout aspoň hodnoty 130/80 mm Hg a nižší. MUDr. Ján Fedačko, FICN, (působí v Centru preventivního a sportovního lékařství, na Klinice preventivní medicíny a tělovýchovného lékařství FN L. Pasteura a Lékařské fakultě UPJŠ v Košicích) zdůraznil, že obezita, jako závažný rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, se podílí především na rozvoji aterosklerózy ve všech jejích formách a lokalizacích. Je závažným predisponujícím faktorem arteriální hypertenze, souvisí s rozvojem dyslipidemií a diabetu. V neposlední řadě tvoří součást tzv. metabolického syndromu (abdominální obezita, hypertenze, hypertriacylglycerolemie, nízká hladina HDL cholesterolu a zvýšená glykémie nalačno, resp. diabetes 2. typu – přítomnost alespoň tří z těchto pěti abnormalit).

U obézních pacientů, kteří mají i metabolický syndrom nebo diabetes, jsou kromě úpravy faktorů životního stylu jako léky první volby preferována metabolicky neutrální nebo protektivní farmaka (inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu, sartany nebo blokátory kalciových kanálů).

Komplexní management pacienta s obezitou, kromě redukce tělesné hmotnosti, znamená dostatečnou kontrolu krevního tlaku, normalizaci plazmatických lipidů a kontrolu glykémie.

Pro svou fyzickou odlišnost je obézní pacient svým okolím více či méně zjevně šikanován a manipulován zastrašováním, emočním vydíráním a zesměšňováním.

Lidé s nadváhou se časem zdravotníkům vyhýbají

Soukromá internistka a systemická terapeutka v nestátním zdravotnickém zařízení v Praze MUDr. Kateřina Cajthamlová se zabývá popularizací komplexního přístupu k obézním pacientům a pacientům s nadváhou.

Vyjmenovala kromě jiného dopady obezity na psychiku pacienta. Například fyzické obtíže (bolest, změny pohyblivosti...) pacienta často izolují od jeho okolí. Změny sociálních vztahů (vlivem ochranných, šikanujících či zesměšňujících přístupů) zvyšují stress-skore a vedoucí často k pocitům viny a sebeodmítání.

Doktorka Cajthamlová uvedla, že s obézním pacientem je málokdy nakládáno jako s chronicky nemocným a často psychicky trpícím. V porovnání s pacienty trpícími ostatními podobně chronickými civilizačními chorobami, jako jsou onemocnění kardiovaskulární, choroby pohybového systému, nádorová nebo

metabolická onemocnění, dostává se obéznímu mnohem méně pochopení od okolí a často je svým okolím více či méně zjevně šikanován. Proto se lidé s nadváhou i lidé už vysloveně obézní snaží svou situaci řešit primárně mimo zdravotnictví, nejprve laickou svépomocí. Původně už většinou psychicky stigmatizovaný, často geneticky predisponovaný jedinec je postupem času přehnaně sebekritický, trpí pocitem viny, někdy až zoufalstvím. Kvůli opakovaným relapsům ztrácí sebedůvěru, izoluje se a často se začne zdravotníkům vyhýbat.

Klíčovou roli v práci s obézními má lékař prvního kontaktu. Je nutné mj. navodit atmosféru důvěry, hledat individuální příčiny pacientovy nadváhy či obezity, nastavit realistické postupné cíle, dlouhodobě sledovat a oceňovat i menší pozitivní změny.

S obézním pacientem je málokdy nakládáno jako s chronicky nemocným a často psychicky trpícím.

BMI není dobrým ukazatelem

Protihladová dieta, Prevence a léčba deprese jídlem, Zen a umění – jak přimět děti běhat. To jsou některé z názvů knih, jejichž autory jsou italské lékaře Dr. Luca Speciani z Milána a jeho bratr Dr. Attilio Speciani (alergolog a imunolog).

Luca Speciani je odborníkem na dietu GIFT (Graduality, Individuality, Flexibility, Tone). Je založena na signálech z hypothalamu (www.dietagift.it). Charakterizuje ji tak, že spočívá v hlubokém zájmu o hormonální a metabolickou rovnováhu s pomocí správného a přírodního způsobu života. Je tedy protikladem obvyklých nízkokalorických diet. Výsledky padesáti let nízkokalorických/nízkotučných diet jsou špatné. Jako prevence obezity totiž vůbec nezabírají, a to ani u dětí.

V obsáhlé přednášce k nové strategii zdravé výživy a zdravého způsobu života Luca Speciani připomněl, jak vážným problémem je obezita u dětí. V Itálii je více než 12 procent obézních dětí, přičemž čtyři z deseti matek těchto dětí problém podceňují nebo přehlížejí.

Změní-li se u pacienta poměr tukové a svalové hmoty, BMI zůstává stejný; tento index proto nelze považovat za jednoznačný ukazatel.

Rovněž řekl, že při řešení problémů obézního nelze jednoznačně vycházet z BMI. Jestliže se změni poměr tukové a svalové hmoty, BMI zůstává stejné.

Nové přístupy k obezitě znamenají věnovat pozornost hormonální rovnováze, obzvláště silnému působení leptinu. Ten aktivně vylučuje tuková tkáň, která je výkonným endokrinním orgánem. Nový dietní přístup tvoří bohatá snídaně, potřebná dávka bílkovin (1g/kg/den), glykemická rovnováha, kvalita stravy, tělesná aktivita, boj proti zánětům pomocí prevence potravinových alergií, pomalé žvýkání potravin, duševní vyrovnanost atd.

Připravila Jaroslava HOŘANSKÁ

O podivnostech v medicíně

Naše anatomie, hlavně tzv. normální (prof. Weigner), trpí chronickou bídou o mrtvolu, kterých se dožebravá, jak se dá, a kterých je čím dále tím méně. Na čem tedy učit mediky? Na čem dělat vědu? Snadná odpověď. Když si obecní úřad neví rady s mrtvým, a chce ušetřit obci za pohřeb, nechť se obrátí na anatomický ústav, a ti si rádi pro nebožtíčka přijedou speciálním autem. Pomůže se oběma stranám a mrtvý, ten o tom již neví a je mu to jistě jedno. A víte, jaká je to někdy starost, kam s nebožtíkem? Poslyšte, jak se to dělá.

Plave utopenec na Labi. Přinesla ho voda od horního toku a vyhodí ho na břeh zlomyslně v katastru obce S. Příběhnou lidé na obecní úřad to ohlásit, a za chvíli vidíte, jak pan starosta s obecním policajtem utíkají po lukách k Labi, každý bidlo na rameni. A teď to začne. Mrtvého skulí zpět do vody, a odstrkují ho bidlem tak dlouho, až se ho voda zase ujme a nese ho dál, nebo aspoň na protější břeh, kde má již katastr obec P. Ať se s ním zlobí na druhé straně a platí mu funus také na druhé straně! Obec S. nedá ani haléře. Po delší námaze si dá ten utopenec přece jen říci a jede pomalu na druhý břeh.

Historie se na druhém břehu opakuje. Ale jsou již mazaní, a proto ho nechají do večera na břehu a jak se sešerí, odšoupnou ho po pramici zase na břeh obce S., a aby se pojistili, že se jim již nevrátí, jdou to hlásit nejen starostovi, ale i četníkům, a to tak úředně, že mrtvý po třetí přes Labe již nemůže.

Milý čtenáři, chceš-li prospět vědě i výchově budoucích lékařů, Tvých spolupracovníků, veď takovéto historky v patrnosti, upozorni na to starostu, až s ním budeš večer hrát dardu, a když se něco podobného u Vás stane, pamatuj na Alma Mater, která je tak potřebná.

Praktický lékárník, únor 1934, str. 41

Stěhování národů na dnešní způsob

Stěhování národů máme již za sebou skoro dva tisíce let, ale ta nomádká nátura se z nás tak docela ještě nevykouřila, ta ještě pod tvrdou vrstvou kulturní a civilizační lávy dřímá a doutná, a občas přece jen přijde k výbuchu. Jelikož se nemohou již dnes lidé stěhovat v té evropské tlačenici podle libosti, a jelikož je i stěhování z bytu do bytu spojeno s tělesným nepohodlím a nebezpečím zhoršení činže, vymysleli si našinci jinou legraci, která je zřejmě dokonalou náhražkou nomádkových nápadů a má tu přednost, že je to laciný sport a nadělá hodně hluku. Oni se totiž stěhují z pokladny do pokladny.

Podle zákona o nemocenském pojištění může dáti podnik půlletní výpověď k stanoveným pololetním termínům a po prošlé lhůtě přihlásit se u jiné pojišťovny do pojištění. A tohle se používá pilně, hlavně v Praze, kde je na nemocenské pojišťovny znamenitá úroda, tak že je v každé čtvrti hnedle jedna. A tak vidíme, že se letos k novému roku stěhuje a přehlašuje dělnictvo fy Orion z Všeobecné do Okresní, a u fy Polák z Okresní do Strojnické, tak to jde vesele dále. A víte proč? Protože se odjakživa do nemocenského pojištění míchá politika, a to zrovna ta čistokrevná, táborová.

V pokladně nacytá kontrolor pacienta při nějaké nepřístojnosti a zastaví mu podporu. Pan pacient má právě patent na politickou kušnu, nebo je dokonce nějakým důvěrníkem ane-

bo jiným řečníkem, a ten hned se dá do agitace a do křiku a vychvaluje ráje jiné pokladny tak dlouho, až se nomádi zdvihnou a hnou tábořem. S nadějí velikou přijdou, a za chvíli je zklamání dokonalé, protože všechny pokladny jsou dělány podle jednoho receptu, a poněvadž i chronický dales postihuje celkem všechny stejně (ostatně chronický dales je světová pandemie, třeba o tom nikde v bakteriologii nepracují a epidemický zákon se na to nevztahuje; ba jest litovati, že ani na lékařských fakultách se o této zlé nemoci dosud nepřednáší) a kapsu mají prázdnou až na dno. A je veliká pravděpodobnost, že i u té nové pokladny nacytá kontrolor toho tlučhubu co nevidět, a že zase bude shánět nové stěhování národů a vytrubovat svojí domnělou křivdu jako důvod stěhování. Tohle jest ovšem jenom ta stránka na celé té věci, která nás baví.

Ale ono to má stránku, která nás nebaví. Kartoteky, knihy, zapracované úřednictvo, lékařské rajony, výpočty pojistně-matematické, lékárnické účty, předpisování příspěvků a čert ví, co ještě, to všechno se zhoupne a stane se bezcenným kusem počmáraného papíru. Pokladna to odnese a s ní ti, jimž dává kus chleba, úředníci, lékaři atd. A proč?

Proto, že není unifikace, že není pro politické zájmy možnost ke sloučení pojišťoven, a že je naše publikum tak demagogicky vychovávalo denním tiskem, že každý mluvka a drzoun může provést svou, jenom když při křiku předčasně neochraptí. To je kvítok z luhů nesprávně chápané demokracie-lidovlády.

Praktický lékárník, únor 1934, str. 42

Sedlejte Pegasa, slavní kolegové!

Nos červený, líce vpadlé, hlas chraptivý, oči zlé třesoucí se ruce slabé, v řeči věty oplzlé:

Alkoholik – kdysi občan vážný to a pilný byl, napřed začal sklenkou piva a pak v rumu dům propil.

Běda – kdo si zvykne na rum – v životě to prohraje – nalejte mu místo rumu Citronely do čaje.

Kdo pije čaj s Citronelou, obejde se bez rumu, zachová si zdraví, statek a neztrácí rozumu.

Citronela nemá líhu, Citronela štáva je,

Citronela vníká všude bitešského do kraje.

Také lékárník může a má získávat zákazníky veršovanými texty. Humorná forma bez přemrštěného a násilného přepínání jest velmi účelná. Máme pohromadě více podobného materiálu. Jsou to plody řemeslných i neřemeslných veršotepců, nehodí se vždy a všude. Dnes přinášíme malou ukázkou, básničku o Citronele, citronové šťávě, kterou vyrábí kol. Mr. Ženatý, a která byla otištěna v úhledném kalendáříku, který kol. Ženatý vydal roku 1929 pro obvod své lékárny. Otiskujeme tuto básničku jako ukázkou, aby všichni lékárníci básníci se přihlásili. Nemáme vysokého měřítka uměleckého, jde tu především o praxi, o získávání, upozorňování zákazníka na lékárnické výrobky. Naším měřítkem může tu býti jedině praktický zřetel, zda pomůže básnička prodati či nikoliv. Pošlete nám podobný materiál! Všichni společně najdeme potřebný typ a propracujeme se v tomto směru k takovým veršům, které by každá lékárna mohla použít ve svém boji o zákazníka. Přečtěte si báseň o Citronele a sedlejte Pegasa!

Praktický lékárník, únor 1934, str. 47

**Jak se psalo
před 75 lety**