3/2008 ročník LXXX

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory

Podávání novinových zásilek povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpným závodem severní Morava, č. j. 1559/96 - P/1

editorial

„Někdy jsem ráda, že jsem tak stará. Už mi nehrozí, že bych v lékárně slyšela, a se mnou i ti v řadě za mými zády, co si mám kam mazat a podobně“, řekla mi před řadou let respondentka ankety o spokojenosti se službami v lékárnách. Vzpomněla jsem si na tu paní po přečtení článku, který přetiskujeme na str. 13.

Vím, že v některých, zejména malých lékárnách si na diskrétní zóny příliš nepotrpí kupodivu hlavně pacienti. Ale obecně je drtivá většina z nich vítá, i když si jdou koupit jen zubní pastu. Po letech dravého českého kapitalismu by možnost diskrétního rozhovoru návštěvníka lékárny s lékárníkem měla být jevem zcela běžným. Dokonce řeč o té zubní pastě plyne úplně jinak, když se člověk může poradit ohledně péče o zubní protézu.

Možná je to víc než deset let, co lékárníkům přednášel na téma komunikace s klientem psycholog PhDr. Karel Bláha, CSc. Mluvil také o frustračních situacích, na které jsou různé emoční odezvy, jako například zklamání a rezignace i hněvivý afekt. Lidé, kteří se nevhodným chováním personálu v lékárně mohou cítit poníženi, se své frustrace zbaví někde jinde, ale do té lékárny už jindy nepřijdou. Zařadí se do skupiny občanů, kteří řečem o vysoké prestiži lékárnického stavu nebudou věřit.

Ten článek v Instinktu mě opravdu otrávil hlavně proto, že popisuje situace nikterak výjimečné. Jestli nebude ze zákona povinnost vytvořit diskrétní zónu nebo možnost poskytování diskrétní informace (a taky dokud si lékárník neuvědomí, že to, co on sám považuje za běžný zdravotní problém, vidí pacient jako něco, za co se stydí), situace se moc nezmění.

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
vydavatel
Lékárnická 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
SEVEROMORAVSKÁ DISTRIBUČNÍ, 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. 4/2008 – 1. dubna 2008
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 redakcí 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, reprodukci apod.) • K příspěvkům přes 60 řádků NR požadujeme barevnou fotografii (stačí pasový formát) zachycující současnou podobu autorky či autora •

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

ročník LXXX 3/2008

Přívozská 6, 702 00 Ostrava
tel.: 596 115 372, tel. + fax: 596 114 844
e-mail: casopis@ova.inecnet.cz

obsah

Oddechový čas netrvá věčně 4

Zeptali jsme se 5

Svatoplukovy pruty a veřejné lékárenství 6

Poznámky ke dni 7

I ve světě hledají řešení
Osvědčení k výkonu soukromé praxe 8

Odborné semináře;
Interaktivní dispenzační semináře 10

Správné dispenzační minimum: Tobramycin 11

Lékárník v současné podobě je ohrožený druh 12

Klokani, klokanice, klokáňata… 14

Jsme schopni korektní (kultivované) diskuse obecně? 15

Tak to vidím já: Kde skončí veřejné lékárenství? 16

Molekula měsíce: Maraviroc 17

Nově registrované látky: Rotigotin 18

Role lékárny v procesu léčby samostatné nemoci závislosti na tabáku a v systému zdravotní péče uživatelům návykových látek 19

Akutní rýma – prevence a léčba 20

Projekt SENIOŘI 22

Nové léčivé rostliny: Boswellia serrata 23

Pacient může o své léčbě rozhodovat výrazněji 24

Pozvánka na XII. Dny klinické farmacie 25

Sedmdesát let od objevu LSD 26

Památce kolegy Karla Záveského 28

Jak se psalo před 75 lety 29

Starší generace se učí komunikovat 30

titulní strana

Společně dospěli k názoru, že na děťátko je dcera ještě moc mladá a že nejlepším řešením bude adopce. Okolí o tom ale nemusí vědět. A tak předem domluvili přijetí dcery do Klokánku v době, kdy už by se těhotenství nedalo utajit. Přivezli ji tři měsíce před porodem.

(ad Příběh Pavlínky, str. 15)

Oddechový čas netrvá věčně

V poslední době zažíváme jako lékárníci klidnější období. I když jistě není všechno ideální, můžeme po dlouhé době říci, že ve státní správě máme partnera, který naslouchá našim argumentům a názorům a někdy je dokonce i vyslyší. Zdálo by se sice, že to je v demokratickém státě samozřejmost, ale řada let minulých nás přesvědčila o opaku. Tento, pro někoho možná malý, pokrok nás tak může docela těšit.

PharmDr. Kamil Hrubý

Ve světle našich profesních zkušeností je ale téměř jisté, že toto klidnější období, sportovně řečeno tento „oddechový čas“, nebude trvat věčně. Příští parlamentní volby se každým dnem blíží a v předvolebním boji se lékárnický „otloukánek“ jistě bude hodit. Levice na tuto osvědčenou kartu hraje víceméně stále. V našem zájmu proto je posílit naše zdravotnické ukotvení v systému poskytování zdravotní péče co možná nejvíce.

Je mi až trapné znovu opakovat, že naši práci musíme postupně měnit. Všichni to víme, mluvíme o tom, opakujeme to při nejrůznějších příležitostech. Přesto, až na čestné výjimky, jsme drceni každodenní lékárenskou rutinou. Naše nesmělé pokusy o změnu přístupu navíc až příliš často naráží na nezájem a nepochopení pacientů i zdravotních pojišťoven. Bezesporu se na tom nezřídka podílí i naše neschopnost tyto záležitosti, pro nás sice samozřejmé, ostatním kvalitně osvětlit a přesvědčit je, že jsou jim ku prospěchu.

Jistě ne všichni, ale určitě většina z nás bude souhlasit s tím, že jedna z hlavních příčin nepříznivého vnímání naší profese veřejností je provázanost našeho odměňování s finančním objemem vydaných léčiv. Tím jsme automaticky vnímáni jako maloobchodníci s bílým pláštěm. Lidé kolem nás pak celkem logicky očekávají, že naším bytostným zájmem je neustálé zvyšování objemu a ceny vydaných léčiv. Nahlíženo touto optikou pak některé naše snahy o servis pacientům, např. provádění generické substituce, vypadají nepřesvědčivě a vnitřně rozporně. Přeci si jako maloobchodníci nebudeme snižovat obrat, že?

Jsem proto hluboce přesvědčen o tom, že v zájmu naší profesní budoucnosti je co nejvíce oslabit vztah mezi naším odměňováním a cenou vydávaných léčiv. Systém degresivní přirážky jde tímto směrem, stále je ale dost příležitostí pro spekulativní „vyzobávače rozinek“. Reálná hodnota naší práce ale není ve vztahu k ceně vydávaného přípravku. Neřeknu nic nového – vysoce nákladný lék je často bezproblémový, lék za pár korun vysoce rizikový, náš přínos pacientu tak často nezanedbatelný, odměna ovšem mizivá. Pro mě osobně je tedy dalším krokem ve změně odměňování lékárníků kombinace paušální částky za výdej balení a několikamáloprocentní přirážky k nákupní ceně (viz Německo).

Následným krokem na této cestě by byla bonifikace těch odborně a komunikačně zdatnějších za konzultační služby a další servis (měření tlaku, BMI, glykémie, poradenství při odvykání kouření a při jiných závislostech, rozbory farmakoterapie a jejích rizik…). Otevírá se zde možnost, jak dát jasný smysl kontinuálnímu vzdělávání. Začátky těchto aktivit budou povlovné a budeme muset jít cestou od jednoduššího k složitějšímu. Budeme muset vypracovat systém, strukturu a náplň těchto činností, určitou inspirací nám mohou být zahraniční zkušenosti. Posloupnost vývoje konzultačních aktivit od jednodušších k složitým nelze podle mě obejít. Domnívám se proto, že návrhy představenstva ČLK na konzultace lékárníků v gerontologii a adiktologii nejsou adekvátní současné situaci. Proč? Tyto konzultace míří do specializovaných oblastí, obzvláště v případě adiktologie jde o třešničku na dortu. Hrozí, že tyto konzultace budou ušity na míru menšině odborně a personálně vybavených pracovišť. Neříkám tím, že tyto návrhy jsou chybné, měli bychom ale vymyslet i něco trochu jednoduššího. Prosadit odměňování za tyto aktivity také nebude vůbec snadné. Minimálně stejně obtížné bude ovšem i změnit nazírání veřejnosti na to, že naše služby mají svou, finančně vyčíslitelnou, hodnotu. Dnes jsou zřejmě všichni přesvědčeni, že bychom to měli dělat zadarmo, pouze za peníze z přirážky.

K prosazení našich návrhů budeme potřebovat nejen dobré vztahy se státní správou a politickou reprezentací, budeme potřebovat data. Je nutné začít systematicky sbírat údaje o našich činnostech. Nestačí zůstat u počtu vydaných balení a odhadu množství nespotřebovaných léčiv. Jsem přesvědčen, že je potřeba čísel o identifikovaných přeskripčních omylech a jejich typech, o počtu odhalených závažných interakcí a typu farmaceutické intervence, a také o počtu našich chyb a jejich řešení. Mělo by přitom jít o co nejjednodušeji postavený systém, s jednoduchým zadáváním informací při expediční činnosti, např. pomocí „horkých kláves“. Se sběrem dat o preskripčních omylech začali kolegové z IKEM a jimi získané výsledky jistě jsou a budou pro nás přínosné.

Říkáte si, no to jsou mi novinky, tohle všechno dobře víme. Souhlasím, ty nejjednodušší pravdy nejsou složité, a to platí i pro naši profesi. Proto by se tento úvodník mohl jmenovat třeba „Opakování známých pravd“. Doba je ale celkem otevřená našim nápadům, a tak si ty svoje nenechávejte pro sebe. Třeba s něčím nesouhlasíte, něco máte promyšlené, děláte něco, co jiní nedělají. Nenechávejte si to pro sebe, pište, pište, mluvte při našich setkáních. Pokud hráči i trenér mlčí, je oddechový čas nanic. Víc hlav víc ví. A to je dnes moje poslední známá pravda.

Pražské sdružení lékárníků

Shromáždění pražských lékárníků se koná dne **29. března od 9 hodin** v hotelu Olympik. Podrobnější informace najdete na webu ČLK.

Za organizátory srdečně zvou
PharmDr. Martin Staněk a Mgr. Ivana Kohoutková

Začíná diskuse o tom, co chceme

Lékárníci nejčastěji mluví o tom, co jim vadí v jejich práci, co se jim nelíbí v oboru obecně, co nechtějí. Zatím ale nikde neříkají, jak si představují svou budoucnost, kde vidí směr, kterým by se v příštím období mělo české lékárenství ubírat.

Na poradě předsedů OSL padlo hodně dotazů kolem uvažované **koncepce zaměstnávat v lékárnách osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)** – podrobněji na str. 12 a 13. Ještě víc než v samotné diskusi se pak v kuloárech probíralo, jestli je to vůbec z právního hlediska průchodné, zda to ve skutečnosti není tzv. švarcsystém. Jestli by třeba lékárník s mandátní smlouvou měl v létě „povinnou dovolenou“ nebo s ním provozovatel na tu dobu dokonce zrušil smlouvu, jak se to stává např. učitelům některých škol. Byla by to ve skutečnosti dohoda mezi firmou a firmou? Platila by pro OSVČ vůbec pracovní doba? Bude možné, aby bez změny zákona vedle sebe v jedné lékárně pracovali zaměstnanci a OSVČ? Bude tím lékárenství svobodnější povolání než dosud?

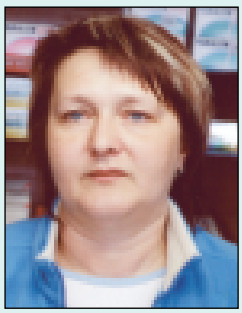
Podobných otázek vás jistě napadne mnohem víc a skoro na každou lze odpovědět jednou větou: **Základem je propracovaná mandátní smlouva s přesným vymezením náplně činnosti.** Pak by přestalo platit, že živnostník v roli zaměstnance je méně chráněn, protože se na něj nevztahuje zákoník práce. A pro koho by to byl přínos? Samozřejmě pro zaměstnavatele nezatížené platbou zdravotního a sociálního pojištění za zaměstnance, i pro OSVČ uplatňující paušální odpočet ze svých příjmů. Stát v tomto směru asi vstřícný nebude.

Je ale důležité si uvědomit, že OSVČ v lékárnách je jen jednou z možností, jak definovat práci lékárníka. My sami zatím neumíme vyjádřit srozumitelně, co naše práce obnáší. Pro veřejnost je lékárník člověkem v bílém plášti, který podává léky na recept. Jestliže se zamýšlíme nad OSVČ, začínáme konečně přemýšlet nad tím, co ve skutečnosti chceme. Je nejvyšší čas.

(jh)

ZEPTALI JSME SE

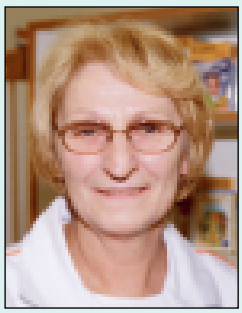
Bylo by vhodné, aby ČLK vydávala časopis pro pacienty a klienty, který by distribuovaly lékárny? Dokázali byste pro tuto aktivitu vytvořit podmínky?



PharmDr. MARCELA BLAHOVÁ
Lékárna Aura, Velká Bíteš

V zásadě bych se vytvoření podmínek pro distribuci takového časopisu nebránila, ale postrádám informaci o jeho obsahu. Pokud bychom jím měli směrem k pacientovi ventilovat naše potíže, obávám se, že tudy cesta nevede. Pacienti přicházejí do lékárny řešit své problémy, ty naše je nezajímají. Pro pozitivní obraz lékárenství v povědomí veřejnosti by asi více udělala dobrá PR agentura, která by naši věc „protlačila“ do hlavních médií – tam je záruka, že to lidé budou číst. Pokud bychom časopis pro pacienty distribuovali bezplatně, tak si ho sice každý vezme, ale málokdo přečte; pokud bychom jej měli rozšiřovat za peníze, troufám si odhadnout, že si ho téměř nikdo nekoupí.

Mgr. ANNA POLÍNKOVÁ
Lékárna, Černá Hora



V naší lékárně dobře funguje oboustranná komunikace. Víme, co pacienty zajímá a vždy se snažíme, aby od nás získali vyčerpávající odpověď. Je třeba říci, že mnozí přicházejí do lékárny předem informovaní především z internetu – někteří natolik, až si žertem říkáme, že jsou „pomalu chytřejší než my“. Nemám sice pocit, že by takový časopis potřebovali, ale pokud by se komora rozhodla jej vydávat, dovedla bych v lékárně vytvořit podmínky pro jeho distribuci.

PharmDr. MILAN SÍTORA
Lékárna Arnica, Tišnov

Domnívám se, že odborné periodikum tohoto typu do lékárny patří. Výhodou by byla možnost přiblížení lékárenské problematiky v nezkrácené a nezměněné podobě. To bychom jistě ocenili v krizových situacích. Distribuci odborného časopisu („Moje zdraví“) vlastně provádíme již nyní. Faktem ale je, že drtivou většinu výtisků rozdáme věrným zákazníkům. Pokud by v ostatních lékárnách byla obdobná tendence, záleželo by na ochotě lékárníků tyto časopisy rozdávat. S tím souvisí i cena, která by podle mého názoru neměla překročit 20 Kč.

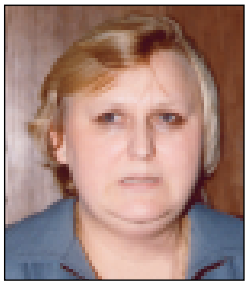
PharmDr. ZDENĚK BLAHUTA
Lékárna Na poliklinice, Frenštát pod Radhoštěm

Komora by se o to v každém případě měla pokusit. Pacienti jsou ovlivňováni jinými časopisy a jinými účastníky distribučního řetězce. My sami teď po reformě zdravotnictví vidíme, že po nás lidé chtějí informace, které jsou k jejich prospěchu. Jestli k tomu dojde, bude povinností každého člena tuto možnost podpořit tak, že aspoň jednou za čas něco do časopisu napíše.

Snímky ČČL – V. Vrbovský

Svatoplukovy pruty a veřejné lékárenství

Jak známá pověst praví, dal si před smrtí moravský kníže Svatopluk povolat své tři syny, postupně jim vložil do rukou tři svázané pruty a požádal je, aby je přelomili. Když se jim to nepodařilo, přikázal kníže svazek rozvázat. Pak každému ze synů podal jen jeden prut, a tu jej zlomili snadno. Takto kníže syny nabádal ke svornosti a pravil: „Budete-li jednotni a budete-li o svou zemi pečovat více než o své vlastní zájmy, nikdo vás nezdolá."



PharmDr. Marcela Škrabalová

Při pohledu na české veřejné lékárenství se zdá, jakoby tato stará pravda upadla v zapomnění. Naše nejednotnost a nedostatečná komunikace vytváří prostor, v němž se pohybují ti, kteří mohou této situace využívat ve svůj prospěch. A přitom v českém lékárenství již několik pevných prutů máme, nyní nastal čas svázat je dohromady. Tato úvaha vedla k tomu, že se dne 21. 2. 2008 sešli lékárníci z představenstev ČLK, GML, Družstva lékáren, z Fóra nezávislých lékáren a další aktivní zájemci z řad členů ČLK k historickému aktu, k vytvoření nové Pracovní skupiny veřejného lékárenství při ČLK.

Vznikla na základě společné vůle všech zúčastněných podpořit myšlenku na zlepšení spolupráce a komunikace mezi veřejnými lékárníky. Byla připravena se záměrem vytvořit široké diskusní fórum k problematice veřejného lékárenství. Spojuje lékárníky-provozovatele i lékárníky-zaměstnance z různých regionů i různě velkých lékáren, a tudíž skýtá záruku pestrosti názorů a různých úhlů pohledů, tolik potřebných k získávání komplexních závěrů k řešeným tématům. Otevírání aktuálních koncepčních témat i pro širokou lékárenskou obec a akceptování názorů lékárníků z terénu je předpokladem správného nastavení kormidla pro budoucí směřování veřejného lékárenství. Tato pracovní skupina se deklaruje jako otevřená, data konání jejích schůzek a řešená témata budou předem známá. Veřejní lékárníci z terénu se k nim mohou vyjadřovat prostřednictvím e-mailu a v případě zájmu se mohou těchto schůzek také aktivně zúčastnit, vyjadřovat své názory, konfrontovat svá stanoviska a získávat nové informace.

Smyslem této pracovní skupiny není řešení dílčích odborných problémů, ale práce na společné koncepci a směru dalšího vývoje veřejného lékárenství. Smělou ambicí je vytvoření efektivně fungujícího poradního sboru nejužšího vedení ČLK k problematice veřejného lékárenství. Ze schůzek budou přijímány společné závěry, se kterými bude lékárenský terén pravidelně seznamován prostřednictvím lékárenského webu a ČČL.

Již z první schůzky k problematice specializačního vzdělávání vyplynulo mnohé. Podle názoru zúčastněných členů pracovní skupiny by současný systém vzdělávání měl být podroben důkladné analýze.

PharmDr. Jan Horáček prezentoval některé sporné otázky, ke kterým bude nutno zaujmout zásadní stanoviska. Kolik máme kategorií lékárenství? Chceme atestace jako plošnou, či výběrovou záležitost? Jaké mají být náplně vzdělávacích programů? Mají odrážet ve větší míře potřeby praxe? Výčet otázek k problematice specializačního vzdělávání jistě není konečný. Je žádoucí, aby se k dané problematice vyjádřil také lékárenský terén. Proto se téma specializací objevilo v diskusní části lékárenského webu. Názory lékárníků z terénu jsou cenným zdrojem inspirace pro závěrečné usnesení pracovní skupiny. Její nově zvolený vedoucí PharmDr. Kamil Kalousek vyjádřil naději, že tato skupina dokáže zharmonizovat názorové spektrum veřejných lékárníků a pomůže nově zvoleným členům hlouběji proniknout do aktuální problematiky lékárenství. Tématu specializací se bude pracovní skupina věnovat také na své následující schůzce a o jejím průběhu a závěrech bude lékárenský terén informovat. Členové pracovní skupiny, prezenční listina i zápis z první zakládající schůzky jsou na lékárenském webu.

Pokud se týká historické pravdy o knížeti Svatoplukovi, budete zklamáni. Svatopluk měl pravděpodobně jen dva syny a o jeho otcovském naučení žádné hodnověrné zprávy nemáme. Přesto nás vzdálená i nedávná minulost mnohokrát přesvědčila o tom, jak moc je tato stará pověst pravdivá.

ZASEDALO PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

Praha, 29. ledna 2008

PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

- **schválilo pracovní komisi pro vybavení lékáren ve složení dr. Gondek, Mgr. Bažantová, Mgr. Šnajdrová, Mgr. Kotlář.**
- **nepřijalo návrh k zastupování České lékárnické komory v PGEU dr. Chudobou.**
- **schválilo téma pro Den lékáren: „Metabolický syndrom, zaměření na krevní tlak" a garantem akce ustanovilo dr. Staňka.**
- **vzalo na vědomí informace Mgr. Hojného o výsledcích schůzky pracovní skupiny k webovým stránkám České lékárnické komory a schůzky se zástupci firmy BA Navigation včetně návrhu dalšího postupu.**

LEGISLATIVA

- **Volby představenstev okresních sdružení lékárníků v Praze: Představenstvo České lékárnické komory svolá na 29. března v souladu s volebním řádem členy OSL Praha 1 k volbám do představenstva a do revizní komise tohoto sdružení. Termíny voleb pro ostatní pražské obvody budou upřesněny v dubnu.**

- **Zákon o střetu zájmů: Představenstvo uložilo prezidentovi komory připojit se k připomínkám České advokátní komory a České stomatologické komory.**
- **Změny stavovských předpisů České lékárnické komory: Představenstvo určilo pracovní skupině pro přípravu změn stavovských předpisů následující termíny –**
  – do 30. dubna 2008 ukončit sběr návrhů a připomínek ke stavovským předpisům České lékárnické komory;
  – do 30. května 2008 předložit zpracované materiály členům České lékárnické komory k široké diskusi. Tato diskuse bude ukončena na poradě předsedů okresních sdružení lékárníků v září 2008 a po okamžitém zpracování připomínek budou výsledné návrhy poskytnuty delegátům sjezdu.
- **Jednání o zákonu č. 220/1991 Sb. (o komorách): Prezident předložil představenstvu plány a vize ke strategii a taktice České lékárnické komory pro jednání k tomuto zákonu.**
- **Vyhlášky o předepisování, o SLP: Představenstvo diskutovalo nad nejasnostmi okolo vyhlášek. Stanovisko České lékárnické komory k opakovacímu receptu zveřejní na webu Mgr. Kotlář. Problematiku hmotné nouze řešit cestou provozovatelů (Grémium majitelů lékáren, Asociace provozovatelů lékáren).**

Hradec Králové, 15. února

PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

- rozhodlo hodnotit v rámci kontinuálního vzdělávání členů České lékárnické komory i semináře, které se konají v zahraničí; v souvislosti s tímto rozhodnutím je zapotřebí upravit příslušná kritéria.
- vyslovilo souhlas s návrhem ing. arch. Flašara o užívání lékárenského znaku.

LEGISLATIVA

- **Role lékárníka v budoucnosti, role České lékárnické komory v budoucnosti: Představenstvo zahájilo diskusi, ve které bude pokračovat.**
- **Zákon 95: Prezident komory podal informaci z jednání u ředitelky odboru vzdělávání a vědy Ministerstva zdravotnictví ČR Mgr. Proškové.**
- **Zákon č. 220/1991 Sb. (o komorách): Prezident informoval představenstvo o jednání s prezidentem České stomatologické komory dr. Pekárkem a s právníky.**

(člk, ččl)

Podrobné zápisy z těchto jednání najdete na www.lekarnici.cz

Jak nereklamovat

Vážená paní magistro!

Stále jsem se nemohla odhodlat Vám napsat, a tak uběhlo trochu času od oné události. Měla jsem také manžela v nemocnici a sama jsem také nebyla zrovna v pořádku, ale přece jen mi to nedá, abych Vám nevylíčila, co jsem zažila v lékárně na trhu. Bydlíme tam také a tak, když se tu objevila nová lékárna, bylo to pro mě výhodné, že nemusím chodit daleko…

Šla jsem manželovi pro extrakt z kanadských brusinek, 60 kapslí. Léky jsem donesla domů a manžel si hned jednu kapsli vzal. Chtěla jsem léky uklidit, ale zdála se mi dóza příliš lehká. Vysypala jsem obsah na talířek a bylo jich tam 18. Po telefonickém hovoru s magistrou jsem tam hned šla lék vrátit, že jej budu reklamovat. Ale udělala jsem velkou chybu, dala jsem magistře balení do ruky, ona odešla a po delší době se vrátila s tím, že se ke mně otočila, co dělám paniku, že je tam všech 60 tablet (mělo jich tam být o jednu méně, když si manžel 1 kapsli vzal)…

Zůstala jsem stát doslova jak Lotova žena, ohradila jsem se, že do 18 i do 60 s manželem ještě počítat umíme. To se už přidala i její kolegyně a obě se chovaly doslova jako hokynářky na trhu a nikoliv jako vysokoškolsky erudované mladé ženy. Titul PhMr. vždy cosi znamenal, byli to lidé vstřícní, ochotní cokoliv vysvětlit a poradit, ale to je doba minulá, ve které jsme žili i my a dnes je všechno jiné.

Standa Havlíček:
POZNÁMKY KE DNI

Od té doby do této lékárny nevkročím a i když chodím s holí (zlobí mě kolenní kloub), raději pojedu tramvají o dvě zastávky dál, kde pracují daleko vlídnější lidé.

Děkuji Vám za trpělivost, kterou jste věnovala mé zkušenosti, a přeji Vám, abyste kolem sebe vždy měla jen a jen dobré spolupracovníky.

Sdělení o ztracené důvěře

To je větší část dopisu, který jsme obdrželi na sekretariát komory. Nemá cenu bádat nad tím, kdo měl nebo neměl pravdu a jestli reklamace proběhla ke spokojenosti zákazníka (pacienta?). Podstatné zůstává sdělení mezi řádky. Je to sdělení o ztracené důvěře v lékárníky.

Všichni víme, že do originálních balení se nevidí. Víme, že i stroje mají čas od času nějakou provozní závadu.

Můžeme se o tyto vědomosti podělit i s pacienty. Můžeme pacientům nabídnout partnerství. Informační podřízenosti mají v ordinacích nadbytek. Budou si příště dávat větší pozor. Možná dokonce odhalí i závažnější pochybení strojů. Možná dokonce přijmou kontrolní úlohu lékárny. Když může chybovat stroj, může chybovat i lékař. Možná začnou požadovat partnerství i u lékařů. Možná prošlapou cestu těm z nás, kteří se lékařům klaní až k zemi. Slyšel jsem nedávno podivnou repliku o generické substituci: „To já vám vyměnit nemůžu ani když si to přejete. Paní doktorka nám to zakázala. Ona má s tou firmu nějakou dohodu."

Zpátky k reklamacím. Tahle paní za cenu vlastního ponížení „úspěšně" reklamovala kanadské brusinky. Příště půjde do lékárny, kde se k ní budou chovat vlídněji. Rád bych, aby si i ostatní pacienti vybírali lékárny podle širokého spektra informačních služeb a kvality personálu. Vám přeji, abyste byli mezi vybranými dřív, než začnou vybírat pojišťovny, jejichž jediným kritériem bude cena.

I ve světě hledají řešení

V první den platnosti (25. 2.) vyhlášky 54/2008 Sb., o předepisování schválil dánský parlament pilotní lékařský program pro předepisování heroinu nejvážněji závislým narkomanům. Rozpočet programu je pro roky 2008–2009 zhruba 10 milionů eur a má pomoci přibližně pěti stům nejhůře závislým v Dánsku.

Od roku 1924 má podobný program i Velká Británie a od roku 1993 resp. 1999 i Švýcarsko s 2500 zařazených pacientů, po roce 2000 se připojilo Německo, Nizozemí, Portugalsko a Španělsko.

Lék potlačující bažení (crawing) a euforii závislých na stimulanciích je v druhé fázi klinických zkoušek

Americká FDA (agentura pro léky a potraviny) přijala antikonvulzivum vigabatrin (Ovation Pharmaceuticals) do režimu „zrychleného posuzování za účelem uvedení na trh".

Lék má být prodáván pod obchodním jménem Sabril. Blokuje pocit bažení po droze a euforii po jejím užití. To je pravděpodobně způsobeno zvýšením mozkové hladiny GABA. Pokusy na zvířatech a dvě menší klinické studie na lidech ukázaly, že lék potlačuje pocit bažení (nezvladatelné touhy po droze) a pocit euforie po užití drogy. FDA v současnosti testuje bezpečnost Sabrilu v druhé fázi klinických testů, na kterých se podílí i NIDA (americký Národní ústav pro otázky zneužívání drog). Třetí a potenciálně poslední fáze posuzování má začít příští rok. Po jeho schválení půjde o první oficiální lék pro léčbu závislosti na kokainu a metamfetaminu (pervitinu).

Zdroj:

FDA fast-tracks first cocaine, meth addiction fighter, Chicago Sun – Times, JoinTogether, www.adiktologie.cz

Předpokládám, že v globalizovaném světě se evropský a následně i český trh „dočká" hned vzápětí. V sortimentu lékáren se kromě substituce nikotinu a opiátů objeví i substituce metamfetaminů. Lékárny a lékárníci se stanou nikoliv zdrojem „pololegální" suroviny pro výrobu metamfetaminu, ale řešením svízelné situace řady závislých „pacientů". V této souvislosti

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v únoru 2008

Zrušená osvědčení

39/1997	PharmDr. Daniela Bachanová, Ř. Volného 60, Příbor
166/1999	Mgr. Hana Knapová, Palackého nám. 30, Rosice
246/2000	Mgr. Jana Kašparová, Kravařova 2, Prostějov
179/2002	PharmDr. Martin Dočkal, Švihovská 14, Plzeň
76/2003	Mgr. Eva Brettlerová, Bezručovo nám. 446, Česká Třebová
103/2003	PhMr. Vlasta Hrušková, Sokolovská 118, Praha 8
118/2003	PharmDr. Alena Zatloukalová, Jeremenkova 40/1056, Olomouc
50/2004	RNDr. František Franek, Jablunkovská 1916, Český Těšín
107/2004	PharmDr. Eva Trojanová, Znojemská 1359, Třebíč
186/2004	Mgr. Jaromíra Vávrová, Kostelecká 822, Praha 9
215/2005	Mgr. Milena Majerová, Josefa Ressla 2277, Pardubice
448/2005	Mgr. Marta Frolíšková, Hálkova 2, Brno
450/2005	Mgr. Eva Michálková, Jugoslávská 75b, Brno
34/2006	Mgr. Jana Kloudová, ul. 17. listopadu 133/17, Říčany
62/2006	Mgr. Ivana Hamplová, Mírové náměstí 1, Hlučín
317/2006	PharmDr. Kateřina Dvořáková, Rudná 114/3114, Ostrava
325/2006	PharmDr. Lenka Štýsová, Nerudova 607, Klatovy
205/2007	RNDr. Jarmila Sirotková, Vítězství 184, Boletice nad Labem
218/2007	PhMr. Vladimír Němeček, nám. T. G. Masaryka 6, Smečno
259/2007	PharmDr. Milan Koželuha, Sportovní 244, Moravský Písek
264/2007	PharmDr. Tomáš Florian, Oblouková 4, Děčín
281/2007	PharmDr. Viktor Přibyl, Lidická 935/10, Boskovice
289/2007	Mgr. Eva Šafránková, Tanvaldská 345, Liberec 30
332/2007	RNDr. Hana Walterová, Kyjevská 44, Pardubice
415/2007	PharmDr. Jitka Pudilová, Řevnická 1/121, Praha 5
40/2008	Mgr. Iman El-Takkale, Jana Koziny 31/1628, Teplice

Vydaná osvědčení

38/2008	Mgr. Benedikt Juris, Lékárna Globus – Čakovice, Kostelecká 822, Praha 9, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
39/2008	PharmDr. Martin Dočkal, Švihovská 14, Plzeň, provozovatel: Dopravní zdravotnictví a.s.
40/2008*	Mgr. Iman El-Takkale, Lékárna ALHAYATT, Jana Koziny 31/1628, Teplice, provozovatel: ALHAYATT s.r.o.
41/2008	Mgr. Petra Schneiderová, Farmaka, Puchmajerova 7, Ostrava, provozovatel: Lékárna U Don Boska, v.o.s.
42/2008*	RNDr. Ivona Andělová, Eurolékárna Cheb, Pražská 2494/15, Cheb, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.
43/2008*	Mgr. Andrea Navarová, Lékárna u polikliniky, Masarykova 765, Litovel, provozovatel: Lékárna MUDr. Andrea Dostálová, s.r.o.
44/2008	PharmDr. Vlasta Bergerová, U Černého orla, T.G.Masaryka 197, Nové Město nad Metují, provozovatel: Ing. Petr Drašnar
45/2008	Mgr. Eva Brettlerová, Bezručovo nám. 446, Česká Třebová, provozovatel: Dopravní zdravotnictví a.s.
46/2008	PharmDr. Alena Zatloukalová, Železniční lékárna, Jeremenkova 1056/40, Olomouc, provozovatel: Dopravní zdravotnictví a.s.
47/2008	Mgr. Daniela Örhalmi, Lékárna Apatyka, Řehoře Volného 60, Příbor, provozovatel: Lékárna „APATYKA SPOL. s r.o."
48/2008	Mgr. Marcela Štorková, Lékárna Na Dukle, Josefa Ressla 2277, Pardubice, provozovatel: Pardubická investorská společnost, a.s.

49/2008 PharmDr. Tomáš Florian, Dr. Max LÉKÁRNA, SNP 1081, Chrudim, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

50/2008 PharmDr. Milan Koželuha, Sportovní 244, Moravský Písek, provozovatel: SWISSPHARMA, spol. s r.o.

51/2008 Mgr. Pavla Vašenková, Lékárna Shopping park Ostrava, Rudná 114/3114, Ostrava, provozovatel: Mgr. Dagmar Pohlová

52/2008 Mgr. Růžena Kladívková, Pod Hůrkou, Nerudova 607, Klatovy, provozovatel: BK MEDIKA a.s.

53/2008 Mgr. Beata Kukuczka, Lékárna sv. Josefa, Jablunkovská 1916, Český Těšín, provozovatel: LÉKÁRNA SV. JOSEFA s.r.o.

54/2008 Mgr. Jitka Janišová, Lékárna U hradeb, Mírové náměstí 1, Hlučín, provozovatel: KRATEGUS spol. s r.o.

55/2008 Mgr. Kateřina Muchová, U Zlaté husy, Hálkova 2, Brno, provozovatel: NEO PLUS s.r.o.

56/2008 Mgr. Romana Beránková, Nemocnice s poliklinikou Mělník, Pražská 528, Mělník, provozovatel: Mělnická zdravotní, a.s.

57/2008 PharmDr. Dagmar Čejková, Rosapharm, Palackého nám. 30, Rosice, provozovatel: ROSApharm v.o.s.

58/2008 Mgr. Jana Purová, U Vlaštovky, Kravařova 191/2, Prostějov, provozovatel: Mgr. Jana Kašparová

59/2008 PharmDr. Božena Tachcoglu, Na Výsluní, Vítězství 184, Boletice nad Labem, provozovatel: Ivanka Melounová

60/2008 Mgr. Jana Kodadová, Lékárna u Nádraží, J. V. Sládka 699, Veselí nad Lužnicí, provozovatel: PharmDr. Eva Panochová

61/2008 Mgr. Jitka Kosourová, Lékárna Na poliklinice, Žižkova 922, Pacov, provozovatel: ALMA Benešov, s.r.o.

62/2008 PharmDr. Kateřina Häringová, 1. května 863, Ostrava-Polanka, provozovatel: SOBIMED s.r.o.

63/2008 Mgr. Jitka Machová, 17. listopadu 641/22, Ostrava-Poruba, provozovatel: Ing. Pavel Harazim

64/2008 Mgr. Markéta Tížková, Lékárna INTEX, Tanvaldská 345, Liberec, Vratislavice nad Nisou, provozovatel: Volkskversand Versandapotheke s.r.o.

65/2008 PharmDr. Radana Eiblová, Dr. Max LÉKÁRNA, Oblouková 1395/4, Děčín, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

66/2008* Mgr. Alexandra Mazalová, Dr. Max LÉKÁRNA, OD Kaufland, Cukrovarská 492/4, Vyškov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

67/2008* Mgr. Robert Košťál, Selbská 2889, Aš, provozovatel: IPC Alfa s.r.o.

68/2008* RNDr. Jarmila Sirotková, Eurolékárna Most, Velebudická 1352, Most, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.

69/2008* PharmDr. Eva Trojanová, Lékárna Helios, Znojemská 863/1, Třebíč, provozovatel: HELIOS PHARMA s.r.o.

70/2008 Mgr. Akram El Hadjoine, Lékárna ALHAYATT, Jana Koziny 31/1628, Teplice, provozovatel: ALHAYATT s. r. o.

71/2008 Mgr. Ivana Friedrichová, Lékárna Na Královské, Sokolovská 118, Praha 8, provozovatel: ETHAN FROME s.r.o.

72/2008 PharmDr. Zuzana Koníčková, LÉKÁRNA U LABUTĚ, ul. 17. listopadu 133/17, Říčany, provozovatel: AZ-PHARM, s.r.o.

73/2008 Mgr. Marcela Macáková, Náměstí Republiky 11, Tachov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

74/2008 RNDr. Jitka Šťastná, Lékárna Pardubické krajské nemocnice, a.s., Kyjevská 44, Pardubice, provozovatel: Pardubická krajská nemocnice, a.s.

76/2008 Mgr. Markéta Mandová, Lékárna Viola, nám. T. G. Masaryka 6, Smečno, provozovatel: Hana Kvíčerová

77/2008 PharmDr. Július Kiss-Tóth, Dr. Max LÉKÁRNA, Polní 622/27, Liberec, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

** = nová lékárna* **(člk)**

a v souvislosti s několika záchyty „perníkových“ varen z doby nedávné jsem velmi rád, že ČLK zahájila spolupráci s Centerem adiktologie a se Společností pro léčbu závislosti na tabáku. Programy řízeného odvykání pod odborným dohledem totiž dokáží eliminovat snahy současných (ale i budoucích) poslanců o rozšíření tohoto sortimentu mimo lékárny. Poslední snahou v tomto ohledu je aktivita poslance Šťastného k uvolnění nikotinových náhražek mimo lékárny; do trafik, restaurací, samoobsluh, čerpacích stanic a dost možná i do školních automatů… Z tohoto pohledu se ukazuje, že primární není odstranit návyk na tabák, ale udržet návyk nikotinový, a tím zabezpečit dlouhodobý (reklamou podpořený) prodej. V případě úspěchu této aktivity je jen otázkou času, kdy se vytvoří, pod rozličnými záminkami, jiná prodejní síť i pro ostatní substituce. Abychom svoji nezastupitelnou roli v takto nastaveném systému uhájili, musíme vybudovat systém odměňování naší poradenské práce na jiných základech, než je „odměna za výkon obchodu“ (marže). Základním kamenem tohoto systému nepochybně je kvalitní vzdělávací program a následně vzdělaní lékárenští odborníci, kteří povedou pacienty na cestě od návyku, nikoliv k němu.

Jednou z možností jak odstartovat spolupráci lékárníků v těchto oblastech je zapojení do programů Centra adiktologie a Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Více na str. 19 v tomto čísle ČČL.

Stanislav HAVLÍČEK

Poděkování za práci

Koncem loňského roku ukončil na vlastní žádost své členství v redakční radě našeho časopisu doc. RNDr. Jiří Portych, CSc., na prvním letošním zasedání redakční rady tak učinila i Mgr. Leona Štěpková. Oběma upřímně děkujeme za všechno, čím se podíleli na obsahu i výsledné podobě Časopisu českých lékárníků.

Jsme rádi, že konec členství neznamená konec spolupráce s oběma jmenovanými, protože zkušenosti docenta Portycha stejně jako aktivita, dobré nápady, rady i nesčetné náměty magistry Štěpkové by nám chyběly.

Redakce

ODBORNÉ SEMINÁŘE

Přihlášky na jednotlivé akce s uvedením data a místa konání a samozřejmě osobních dat (jména, příjmení, titulu, resp. členského čísla či adresy pracoviště + kontaktního telefonu) zasílejte na adresu mrazkova@lekarnici.cz nebo horakova@lekarnici.cz, přihlásit se můžete rovněž na www.lekarnici.cz. Odtud budou předávány místním organizátorům akcí společně s formuláři osvědčení o účasti, která pečlivě uschovejte, budou se hodit.

Poplatek 200 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 5 dní před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnutnějším případě).

Brno (kód semináře: 79)
Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní ul., Brno, začátek v 10 hodin

so 12. 4. Diagnostika a léčba urogenitálních infekcí a sexuálně přenosných infekcí
Benigní hyperplazie prostaty – současné možnosti léčby
(MUDr. Jiří Kladenský)

Odborný garant: PharmDr. Vladimír Holub

Hradec Králové (kód semináře: 75)
FaF, posluchárna A, začátek v 9.30 hodin

so 26. 4. Psychologické aspekty v komunikaci s chronickými pacienty a problémovými klienty lékárny. Klady, negativa a zdravotní rizika specifických nutričních stylů (makrobiotika, vegetariánství)
(Mgr. Jan Hovorka)

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

Praha (kód akce: 80)
Palác Dunaj, Národní třída 10, Praha 1, začátek v 9 hod.

so 19. 4. Přednáškový den projektu SENIOŘI „Racionální užití léků ve stáří“
(prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., PharmDr. Daniela Fialová, PhD., prof. RNDr. PhMr. Jan Solich, CSc., MUDr. Tomáš Doležal)

Odborný garant: PharmDr. Daniela Fialová, PhD

Ústí nad Labem (kód akce: 81)
Hotel Vladimír, Masarykova 36, začátek v 9 hod.

so 7. 6. Přednáškový den projektu SENIOŘI „Racionální užití léků ve stáří“
(prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., PharmDr. Daniela Fialová, PhD., prof. RNDr. PhMr. Jan Solich, CSc., MUDr. Tomáš Doležal)

Odborný garant: PharmDr. Daniela Fialová, PhD

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

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

České Budějovice (kód semináře: 23)
Kulturní dům Metropol, Senovážné nám. 2, začátek v 17.30 hodin

st 2. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Farmakoterapie dyslipidemií a metabolický syndrom
(Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart)

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

Bruntál (kód semináře: 24)
Restaurace U Kelta, Sladovnická 17, začátek v 18 hodin

út 8. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Zajímavé kazuistiky z oblasti interní medicíny III
(PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lukáš Láznička, MUDr. Lukáš Burda)

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

Praha (kód semináře: 25)
Lékárna FN Na Bulovce, Budínova 2, začátek v 18 hod.

st 9. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Polymorbidity u onkologicky nemocných
(Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Michaela Šlesingerová, MUDr. Kateřina Hesová)

Odborný garant: Mgr. Jana Gregorová

Brno (kód semináře: 26)
Pavilon farmacie (seminární místnost), FaF VFU Palackého 1–3, Brno, začátek v 17 hodin

st 9. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Pacient s metabolickým syndromem
(PharmDr. Dana Mazánková, PhD, PharmDr. Hana Kotolová, PhD, MUDr. Alena Floriánová)

Odborný garant: PharmDr. Dana Mazánková, PhD

Hradec Králové (kód semináře: 27)
FaF, Heyrovského ul., začátek v 9.30 hodin

so 12. 4. Interaktivní dispenzační seminář č. 5: Kazuistiky v neurologii
(Mgr. Petr Červený, Mgr. Josef Malý, MUDr. Karel Macek, CSc.)

Odborný garant: Mgr. Josef Malý

Plzeň (kód semináře: 32)
Cizinecký dům, Karlovarská 83, začátek v 10 hodin

so 12. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Glukokortikoidy – jejich léčebné užití, užití v dermatologii
(MUDr. František Kulič, Mgr. Ladislav Ruman, MUDr. Alexandr Moróc)

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

Břeclav (kód semináře: 28)
Poliklinika Břeclav – jídelna, bří Mrštíků 38, začátek v 18 hodin

čt 17. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Farmaceutická péče u jaterního selhání, refluxní ezofagitidy
(doc. RNDr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Vladan Ryšavý)

Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

Teplice (kód semináře: 29)
Dům kultury, Mírové nám., začátek v 9.30 hodin

so 19. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Rizika farmakoterapie u polymorbidního pacienta (Mgr. Pavla Cinglová, Mgr. Renáta Kuželová, Mgr. Kateřina Langmaierová, MUDr. František Kulič)
Odborný garant:
Mgr. Kateřina Langmaierová

Liberec (kód semináře: 31)
Společenská místnost lékárny U Orla, Soukenné nám. 4, začátek v 8.30 hodin
so 26. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Farmakoterapie v psychiatrii (PharmDr. Jiří Lukáč, PharmDr. Aleš Mareček, MUDr. Petra Kordová)
Odborný garant:
PharmDr. Aleš Mareček

Praha (kód semináře: 30)
Lékárnická akademie, Antala Staška 80, Praha 4, začátek v 17.30 hodin
st 30. 4. Interaktivní dispenzační seminář: Racionální volba psychofarmak u pacienta s polyfarmakoterapií (PharmDr. Daniela Fialová, PhD, MUDr. Ivana Doleželová)
Odborný garant:
PharmDr. Daniela Fialová, PhD

Praha (kód semináře: 34)
Lékárnická akademie, Antala Staška 80, Praha 4, začátek v 17.30 hodin
st 14. 5. Interaktivní dispenzační seminář: Racionální volba psychofarmak u pacienta s polyfarmakoterpií (PharmDr. Daniela Fialová, PhD, MUDr. Ivana Doleželová)
Opakování z 30. 4.
Odborný garant:
PharmDr. Daniela Fialová, PhD

Uskuteční se pouze při naplnění kapacity semináře pořádaného 30. 4. 2008 a při přihlášení min. 15 zájemců o jeho opakování.

SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

Tobramycin

Tobramycin je pro svou toxicitu používán pouze pro lokální podávání, převážně v oftalmologii. K dispozici jsou jednak monokomponentní preparáty ve formě kapek a masti (TOBREX), ale také kombinované formy, převážně s kortikoidy (dexamethasonem – TOBRADEX).

Tato antimikrobní látka patří do skupiny aminoglykosidů a stejně jako celá skupina působí obdobným mechanismem účinku, inhibuje proteosyntézu bakterií a způsobuje jejich zánik. Mezi základní spektrum účinku patří převážně působení na gram-negativní bakterie, ale lze jej použít i v léčbě stafylokokových infekcí (pokud ovšem nejsou dostupné méně toxické preparáty). V oftalmologii je používán k léčbě superficiálních infekcí očního bulbu. Není však určen k léčbě herpetických, mykobakteriálních a mykotických infekcí očí.

K aplikaci do očí se používá asi 1,2 cm proužku masti, který se vkládá 2–3x denně do oka, nebo 1–2 kapky 4–6x denně (u závažnějších infekcí každou hodinu do zlepšení, pak se frekvence dávek zpomalí). Lokální lékové formy nevykazují tolik nežádoucích účinků jako ostatní systémově podávané aminoglykosidy, avšak jako u každého ATB je třeba myslet na nebezpečí alergické reakce. V době těhotenství je řazen do kategorie B, tzn. aplikovat pouze v nezbytných případech.

V ČČL 12/2007 bylo podrobně referováno o správném způsobu aplikace očních kapek (článek Timolol), proto zde jen stručně: umýt ruce mýdlem před i po aplikaci, zaklonit hlavu, vkápnout do spojivkového vaku, mírně zatlačit na slzný kanálek u hřbetu nosu asi na jednu minutu, nedotýkat se kůže kapacím uzávěrem lahvičky. Zavřít víčka, vyčkat 2–3 minuty a nemrkat.

Edukace pacienta:
- Na počátku léčby je možné přechodné slzení, pálení a svědění oka, rozmazané vidění (u mastí). Pokud jsou tyto příznaky závažné, doplněné zhoršenou a trvající bolestí, otokem a zarudnutím oka, je vhodnější léčbu přerušit a upozornit lékaře.
- Pacient nemá používat v průběhu léčby těmito antibiotiky oční čočky.
- Jelikož se jedná o ATB léčbu, je nutné dodržet předepsaný interval léčby.
- Používá-li pacient i další oční kapky, udělat přestávku mezi aplikacemi alespoň 10 minut.
- Uchovávání – při pokojové teplotě, chráněno před světlem a mrazem.
- Nikdy se nemají používat kapky s prošlou dobou použitelnosti, zakalené nebo zbarvené.

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

Příznivé zprávy z vidnavské lékárny

Po přečtení editorialu v ČČL 2/2008 chci poděkovat za všechny venkovské lékárníky i jejich pacienty, kteří jsou většinou vděčni za zdravotní lékárenskou péči jim poskytovanou pro okruh nejméně několika kilometrů. Pro obyvatele měst, kde o lékárny „zakopávají“ na každém rohu, je představa lékáren a praktických lékařů vzdálených od sebe 15 km – jako u nás na Jesenicku – určitě těžko myslitelná.

Začátkem února jsem se snažil odpovědět na dotaz redakce do stálé rubriky i formulovat tristní stav, ve kterém se s lékárnou i pacienty přes půl roku nacházíme. V oněch dnech tomu bylo právě sedm měsíců, kdy zemřel tatínkův nástupce na místě praktického lékaře ve Vidnavě. O dlouhodobém nedostatku praktiků i stomatologů se dlouho píše, ale pro nás už je realitou. Shodou okolností ale koncem února začal konečně ordinovat nový lékař, který k nám dorazil z jižní Moravy. Aleluja! Jen aby vydržel a nenechal se uštvat a znechutit…

Existence historické kulturní památky, secesní lékárny U Černého orla ve Vidnavě, je tedy snad zachráněna. Mohu však říci, že horší období jsme nezažili – ani lékárna za 240 let trvání, ani já za 20 let své praxe.

S opatrnou nadějí a pozdravem
vidnavský lékárník Vít STARÝ

Lékárník v současné podobě je ohrožený druh

„Všechno je na webu“, připomíná pravidelně prezident ČLK Stanislav Havlíček. Na webu jsou i prezentace, které zazněly na poradě předsedů OSL 16. února na farmaceutické fakultě v Hradci Králové. Kdo je tam nehledá, asi to podstatné slyšel z úst přítomných zástupců OSL. Protože však do Hradce nedorazil ani jeden kolega z šestnácti (!) okresních sdružení, a z revizních komisí a čestných rad se dostavili zástupci pouze jednadvaceti okresů, tady je stručná zpráva pro všechny, kterým informace chybí.

Porada se – bez dvou dnů – sešla sto dní od posledního sjezdu ČLK. Podle tiskového mluvčího komory Aleše Krebse tím novému představenstvu skončila doba hájení.

Pozitivní mediální obraz

Po posledním sjezdu komory se ze tří čtvrtin změnilo složení představenstva. „Mohlo to způsobit nějakou diskontinuitu v chodu představenstva, ale nestalo se tak,“ řekl viceprezident komory **Michal Hojný**. „Ustanovili

jsme nový mediální tým. V listopadu jsme spadli rovnýma nohama do maratónu připomínkování legislativních norem. V případě zákona o léku například návrh na uvedení diagnózy na receptu, telefonní číslo pacienta, hmotnost dětského pacienta apod. byl smeten lékařskou lobby. Cenový věstník přinesl nový model degresivní marže, arcus tangens. V prosinci nám byly předloženy věcné záměry dalších reformních zákonů (o zdravotních službách, o veřejném zdravotním pojištění, o zdravotních pojišťovnách, o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami). V lednu jsme pokračovali v intenzivní mediální kampani. I nadále projevují někteří politici určitou snahu o zásadní oslabení role komor, především lékařské.

Objevují se i úvahy o možnosti mandátního systému (osoby samostatně výdělečně činné) ve smyslu podpory lékárenství jako svobodného povolání. K hlavním cílům, které si ČLK klade, patří orientace činnosti na lékárníka jako nositele odbornosti, nalezení nového modelu odměňování, aktivizace práce na OSL zejména v Praze, Plzni a Brně, důraz na etiku odborných činností, zvýšení odbornosti jak farmaceutů, tak farmaceutických asistentů a celokomorová diskuse k vnitřním stavovským předpisům,“ dodal Michal Hojný.

Aleš Krebs uvedl, že byl vytvořen základní tříčlenný mediální tým, který do aktivit zapojuje i regionální mluvčí. Základní směry komunikace jsou k lékárníkům a k veřejnosti laické i odborné. Zdrojem informací je web komory, obnovil se monitoring tisku, je zájem obnovit i Lékárnické kapky, teď ale směrem k lékárníkům, aby měli informace např. z jednání na představenstvu apod.

Připomněl dále projekt Klokánek, do kterého se v první sbírce zapojilo 400 lékáren, teď je jich necelých 200, ale veřejnost má o aktivitě lékárníků na pomoc dětem jen málo informací.

Profesní záležitost, nebo obchod?

Otázku, zda je třeba zásadně změnit současný model lékárenství a uplatnění farmaceuta v ČR, nastolil člen představenstva ČLK **Jiří Kotlář**. Vyjmenoval pro lékárenství několik negativních klíčových faktorů, jako jsou globalizace, komercionalizace, ekonomické tlaky, vznik řetězců a další. V ČR je problematická poptávka po kvalitní lékárenské péči. Společnost chce nejlevněji, nejrychleji, kdekoliv a co nejvíce. Naše profese je ohrožena s každou změnou legislativy. Klaďme si otázky, jestli je lékárenství naše profesní a srdeční záležitost, nebo jen obchod, nebo jestli nám současný stav vůbec vadí. Naší šancí je klinická farmacie, dále konzultace farmakoterapie – povinná pro všechny chronické polymorbidní pacienty, hrazená zdravotními pojišťovnami. Šancí je i „ordinace“ lékárníka, individuální farmakoterapie a činnost co nejméně závislá na obchodu s léčivy.

Fungující, respektovaná komora

O ustanovení pracovní komise pro úpravu komorových řádů hovořil člen představenstva ČLK **Stanislav Rovan**. Komise ve složení Marek Hampel, Stanislav Rovan a Martin Staněk bude navazovat na činnost práce minulého představenstva. Do 30. 4. 2008 připraví vlastní paragrafové znění řádů, nad kterými proběhne zhruba tříměsíční celokomorová diskuse. K diskusi jsou témata jako povinné – nepovinné členství, licenční činnost komory (ano – ne), zachování apolitičnosti komory a další.

V současné době se komora potýká s malou aktivitou na úrovni OSL, v některých okresech nefungují tato sdružení vůbec. Dlouhodobým cílem je fungující, respektovaná komora, harmonizace s předpisy EU, jednodušší a efektivnější práce a vyšší zájem členů o práci v ČLK.

Jak zachránit lékárníky?

„Jeden týden prosazujeme jednu věc, další týden ji popíráme. Jednou zveřejníme velmi krátkodobou strategii, další týden se v terénu dovídám, že je to špatné, protože o to nikdo nemá zájem. Proto bychom rádi věděli, co

Pokračování na další straně

kolegové lékárníci chtějí“ – shrnul předešlá vystoupení **Stanislav Havlíček**. „Jedním z nápadů jak dál je lékárník s mandátní smlouvou. Z 2500 lékáren bylo v prosinci 590 řetězcových, v polovině února už 650. Takový vývoj nezastavíme, ale vy ho podpoříte tím, když svoji lékárnu řetězcům prodáte. Jednou z možností jak zachránit lékárníky může být prosazení myšlenky lékárníka s mandátní smlouvou (OSVČ) v legislativních složkách. Náš kredit je něco, co nikdo jiný nemá. Musíme si ujasnit, jestli chceme komoru. V současné době totiž za lékárníky mluví kdekdo,“ řekl Stanislav Havlíček a zahájil tak obsáhlou diskusi.

Máme jen jednu cestu?

Nejvíce se diskutovalo nad koncepcí OSVČ, odborností a perspektivou oboru.

S. Rovan: Pokud budou chtít lékárny přežít, nebudou moci přežít jako samostatné jednotky, aniž by se vázaly na jednotky spřátelených kolegů, vytváření lékárnických řetězců apod. Není nutné lékárnu prodávat a bát se, že skončíme.

A. Krebs: Před patnácti lety jsme si rozvoj řetězců, přímých nebo virtuálních, nedovedli představit. Nedávno mi známý řekl, že někde už mají výdejní automaty a lékárníky vůbec nepotřebují. Jestli ke své práci budeme přistupovat bez zodpovědnosti, za deset let tu může být plno automatů a pár lékárníků někde na venkově.

A. Nedopil: Měli bychom pořádat semináře, jak se správně chovat v tržním hospodářství, jak vyžít ve městě, kde je pět lékáren na deset tisíc obyvatel. Chceme slušné peníze a za ty peníze jako univerzitně vzdělaní lidé chceme poskytovat vysoký servis.

L. Janáček: Ano, to co děláme je byznys. Prodává se ale produkt, o který je zájem. Pokud ale takový produkt nenajdeme, jestli neoddělíme naši existenci od marže za obchod, mluvíme o práci maximálně na rok, dva roky.

S. Havlíček: V současné době tvoří určité aktivity několik řetězců, a my, protože to neumíme, jejich aktivity kopírujeme. Lidí, kteří umí jen farmacii, je víc než těch, kteří umí farmacii i ekonomiku.

P. Krpálek: Na fakultě jsme se učili, že lékárenství není jen odbornost, ale i obchodní činnost, ale ta obchodní nesmí převažovat nad odbornou.

M. Škrabalová: Na představenstvu je OSVČ téma k diskusi, na které dosud nemáme jednotný názor. Zajímá nás, jak se díváte na to, kdyby v lékárně pracoval lékárník jako OSVČ, kolik nás se v naší profesi uživí a co budou dělat ti ostatní.

S. Havlíček: Vidím bohužel málo řešení. Jestli máme jen jednu cestu, jsme v pasti. Chceme konzervovat to, co máme, když to má exspiraci posledního prosince tohoto nebo příštího roku?

M. Potužák: Upozorňuji u OSVČ na tzv. švarcsystém, který zákon zakazuje. A další téma – přimlouvám se, aby vzdělávání asistentů bylo vedeno stejným duchem jako u lékárníků.

M. Hojný: Jsem proti tomu, po odborné stránce by měl být zásadní rozdíl mezi semináři pro lékárníky a asistenty. Měly by se vedle vzdělávacích akcí pořádat semináře zvlášť pro asistenty, kterých by se mohli zúčastňovat lékárníci, a ne naopak.

P. Grodza: Spolek farmaceutů dělá přednáškové večery, kterých se zúčastňují asistentky, polovina jich tam chodí pro kredity, ostatní se chtějí opravdu něco dovědět. Ještě k OSVČ: Svoboda mého povolání je pro mne všechno, proto je to myšlenka dobrá, sám bych si takového lékárníka najal, nemusel bych se starat, jestli jsem za něho odvedl dávky pojištění, kdyby mi nevyhovoval, propustím ho bez odstupného apod.

O. Bednařík: Bylo by možné oprostit naše akce od vlivu farmaceutických firem? Na jednom školení jsem se dověděl, že v Kanadě je povolání lékárníka jedním z nejvýše hodnocených. Zazněla tam spousta vznešených myšlenek, ale ve stejném týdnu se mě obchodní zástupkyně té firmy zeptala: „Do které ordinace to pošleme?“

■

Momentálně je koncepce OSVČ ve stadiu zrodu (je ale také možné, že většina lékárníků zůstane zaměstnanci). Bude možné v případě OSVČ oddělit lékárnické a obchodní hledisko? Je lékárník s mandátní smlouvou dobrý nápad, nebo má tato myšlenka minimální šanci?

Jaroslava HOŘANSKÁ
Snímky ČČL – V. Vrbovský

Přečetli jsme

…v týdeníku INSTINKT č. 10, str. 10:

Snad ve všech tuzemských bankách se už běžně dodržují takzvané diskrétní zóny. Člověk díky nim stojí u přepážky sám a všechny finanční operace může řešit bez slídivého dohledu ostatních klientů. Stejně jako při návštěvě lékaře. Do hodnoty krevního tlaku a stavu vaší peněženky nikomu nic není. Naprosto odlišná situace ovšem panuje **v lékárnách**. Jakmile se postavíte do fronty, stáváte se automaticky účastníkem nechtěné reality show s tragicko-komickým podtextem. V hlavní roli exceluje Velký bratr v podobě paní magistry, který bez slitování maří všechny pokusy zákazníků o navození jakési spiklenecké intimity blízké **rituálu zpovědního tajemství**. Vždyť jsme všichni z masa a kostí, tak proč tajit nějaké ty neduhy?

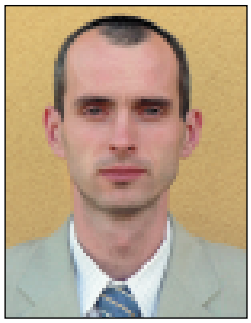
Naposledy to probíhalo takhle. Upravená padesátnice špitla své přání u pultu, paní magistra se otočila, vytáhla dvě tuby krémů a hlasitě odvětila: „**Lubrikační gely…** máme tohle stogramové balení a pak tohle padesátigramové…“ Paní zrudla, pokusila se na lékárnici zamrkat, aby s krabičkami nešermovala frontě na očích, ale už bylo pozdě. V trapném tichu zaplatila (za jedno stogramové balení) a rychle odešla.

Jindy se zpoza pultu ozve: „Martičko, máme ještě tu oranžovou mast na hemeroidy?“ Pán středního věku, který před chvílí svou prosbu takřka zašeptal, by se nejradši na místě propadl. Stejně jako dívka, se kterou magistra začne rozebírat problémy kolem její menstruace.

Vždyť je to stejné, jako když si u řezníka objednáváme půl kila ocásků a něco **drštěk na polívku**. Takže to klidně i v lékárně rozbalte pěkně na rovinu: „Máte mastičku na breberky? A něco na smradlavé nohy?“

§ PRÁVNÍ PORADNA §

Dotaz: V naší lékárně je řádná dovolená (ŘD) 25 dnů ročně. Kolik činí správně její délka u nového zaměstnance, který podepsal pracovní smlouvu k 2. 1. 2008? Podle vyjádření naší mzdové účtárny je to pouze 23 dnů, protože nárok na ŘD vzniká za každý celý měsíc. V tomto případě tedy poměrná část za jedenáct měsíců je 23 dnů řádné dovolené. Je tento postup správný?



Poměrná část dovolené za kalendářní rok přísluší zaměstnanci, jehož pracovní poměr netrval nepřetržitě po dobu celého kalendářního roku, a činí za každý celý kalendářní měsíc nepřetržitého trvání téhož pracovního poměru jednu dvanáctinu dovolené za kalendářní rok. Pokud tedy pracovní poměr nového zaměstnance vznikl až k druhému dni v kalendářním měsíci, pak se skutečně nejedná o celý kalendářní měsíc a za tento mu dovolená nepřísluší. Pokud by však vznik tohoto pracovního poměru bezprostředně navazoval na skončení pracovního poměru u dosavadního zaměstnavatele, přísluší poměrná část dovolené ve výši jedné dvanáctiny též za kalendářní měsíc, v němž zaměstnanec své zaměstnání změnil, přičemž tuto dovolenou je povinen poskytnout nový zaměstnavatel.

V odpovědi vycházím z toho, že den podpisu pracovní smlouvy je i dnem vzniku pracovního poměru. Pokud by v pracovní smlouvě byl jako den nástupu do práce sjednán jiný den, muselo by se při výpočtu dovolené vycházet z tohoto jiného data.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK,
právní poradce ČLK

Klokani, klokanice, klokáňata…

Od dětství miluju Austrálii (ve které jsem ovšem v životě nebyla) a všechno co v ní žije a roste, snad kromě pavouků. Klokan, spolu s koalou, ptakopyskem, ježurou a vombatem, je mi vyloženě sympatické zvíře a pořád doufám, že se mi někdy poštěstí vidět je v přírodě na vlastní oči.

Mgr. Leona Štěpková

Projektu „Klokánek“ se účastním od začátku. Hned se mi líbil, nikdo mě nemusel přemlouvat a moje nadšení určitě nesouvisí jenom s mým obdivem ke klokanům. Upřímně řečeno, trochu mě zklamalo, když jsem si jako dítě přečetla, že klokanice většinu času nenosí ve vaku mláďátko s roztomilým kožíškem, ale „slizké cosi“…

Fond ohrožených dětí zkrátka vybral název výborně.

Během let, kdy jsem pracovala v představenstvu komory, jsem na projektu docela spolupracovala a měla jsem několikrát příležitost být s dětmi, kterých se týká. Na rovinu můžu říct, že „je to síla“. Číst o nich, vidět je, mluvit s nimi, hrát si s nimi nebo je dokonce chovat. Ze začátku brečíte, pak se smějete. Jsou to opravdu normální děti, některé maličké, jiné větší včetně několika puberťáků. Příběhy, které musíte číst vícekrát, abyste vůbec uvěřili. Holčička, která prožila prvních pár let života v odpadcích s krysami, jiná s tolika zlomeninami, že vám na ně nestačí prsty obou rukou, chlapeček, kterého adoptivní rodiče vrátili hned druhý den, ale jeho sestřičku–miminko si nechali… atd.

Tyhle děti pomoc opravdu potřebují, a přilepit si kasičku na táru je to nejmenší, co pro ně můžu udělat. Já vím, musím vyplnit papíry, musím jít na městský úřad, musím tu kasičku hlídat a vybrat ji „na povel“, ale tohle všechno je maličkost. V podstatě mě to nijak nezatíží, nic neriskuji, a přitom mám fakt dobrý pocit, protože jsem si jistá, že se ty vybrané peníze použijí účelně. Spousta klientů si u nás zvykla přispívat pravidelně, házet tam vrácené drobné a v období přerušení sbírky se na chybějící pokladničku pořád ptali. Samozřejmě, že jsme je to museli nejdřív naučit. Když nám nechali „dýško“, slušně jsem poděkovala, řekla, že to za ně dám na Fond ohrožených dětí a před jejich očima hodila dovnitř. Od některých kolegů jsem slyšela, že lidi nepřispívají, že si pokladničky nevšimnou, že se bojí krádeže apod. Jasně, ale pacienti za prvé musí kasičku vidět – musí je praštit do očí, oni ji totiž hledat nebudou. No a za druhé je to musíme postupně naučit. Krádež je problém, jste povinni zavolat policii a udělat zápis, který odešlete na FOD. Nikdo vám ale nepřikazuje ukradené peníze nahrazovat – jak jsem taky slyšela.

Tak jako ty naše by měly být spokojené všechny děti.

„Lékárnická sbírka na Klokánka“ je zatím nejdelší a nejznámější charitativní projekt v historii ČLK. Byla by škoda ho nějak zazdít tím, že máme v lékárnách málo pokladniček. A zatím jich, bohužel, je žalostně málo – kolem dvou set. Je mi jasné, že někteří z vás chtěli, ale nestihli, zapomněli, ztratili papíry, odkládají to apod. Stále je ještě čas připojit se. Stačí zavolat vaší obchodní zástupkyni z Alliance Healthcare a ona vám to zajistí.

Jestli nás zůstane takhle málo, vybereme také málo peněz. Věřte, je to takhle jednoduché. Čím více kasiček, tím více korunek. Prosím, zapojte se. Věřím, že většina projekt chápe a rozumí mu a že není jako angličtí objevitelé Austrálie. Ti koukali s vyvalenýma očima (nejen) na klokany a ptali se australských domorodců, co že je to za zvířata. Oni jim odpovídali: „Kan Ghu Ru“ a tak vznikl kangaroo. Jiná věc je, že „Kan Ghu Ru“ znamená „já ti nerozumím“.

Klokani, klokanice, klokáňata…: Příběh Pavlínky

Když se rodiče šestnáctileté Pavlínky dozvěděli, že je těhotná, nadšení z toho nebyli. Nic jí nevyčítali. Vždycky jim dělala jen radost. Žádné výchovné ani jiné problémy s ní nikdy neměli. Očekávané miminko je plodem velké lásky. Společně dospěli k názoru, že na děťátko je dcera ještě moc mladá a že nejlepším řešením bude adopce. Okolí o tom ale nemusí vědět. A tak předem domluvili přijetí dcery do Klokánku v době, kdy už by se těhotenství nedalo utajit. Přivezli ji tři měsíce před porodem, v září 2003.

Pavlínka byla v Klokánku stejně hodná a milá jako doma. Ráda pomáhala s malými dětmi a moc dobře to s nimi uměla. Často myslela na své děťátko a najednou si nedokázala představit, že by je mohla opustit. Těšila se na miminko a milovala je už teď, kdy s ní komunikovalo jen svými pohyby. A tak se s jistými obavami chystala zavolat domů, že si adopci rozmyslela. Štěstím se celá rozzářila, když jí budoucí babička sama řekla, jestli si to nechce rozmyslet, že by jí s děťátkem rádi pomohli. Kryštůfek se narodil začátkem prosince a byl to kluk jako buk. Hned z porodnice s ním maminka odjela domů a krásným miminkem se pochlubila všem známým i sousedům. Až do konce prázdnin se plně věnovala dítěti. Pak ale ráda využila nabídky Klokánku a vrátila se tam i s Kryštůfkem, aby si dodělala školu. O chlapečka pečuje výborně. Jen v době, kdy je ve škole, se o něj starají tety. Když se v areálu Klokánku uvolnila garsonka určená pro matky s malými dětmi, Pavlínka se tam celá šťastná i s Kryštůfkem nastěhovala. Má tady své soukromí a domácnost zvládá docela dobře. Když jde do školy, dává syna do Klokánku jako do jeslí. A má ještě jeden důvod ke štěstí. Její milý ji neopustil, našel si v Praze práci a pomáhá jí, jak se dá. Je také na svého synka náležitě pyšný. Plánují svatbu hned, jakmile Pavlínka dosáhne zletilosti.

V Klokánku jim všichni drží palce a jsou rádi, že se u Kryštůfka splnilo přání z básničky, kterou složila „klokaní“ teta Jaroslava Frolíková:

Děkujem ti, klokane,
že dokážeš, co my ne,
že dokážeš přijmout dítě
a říci mu „Miluji tě“.
Kéž by jednou v blízké době
nemuseli jsme děkovati tobě,
kéž by jednou v blízké době
patřili máma, táta a dítě
vždycky k sobě.

Jsme schopni korektní (kultivované) diskuse obecně?

Podíváme-li se do slovníku cizích slov, zjistíme, že pod výrazem diskuse najdeme překlad do češtiny rozprava, výměna a obhajoba názorů, debata. Dle mého názoru je nejdůležitější a nejpřesnější překlad „výměna a obhajoba názorů“. Pokud má diskuse sloužit k něčemu jinému, než k utracení času či zábavě, musíme dbát velice pečlivě na to, abychom si názory opravdu vyměňovali, snažili se respektovat názory ostatních a velice pečlivě a přesně obhajovali názory svoje. Není žádnou ostudou ustoupit ze svého názoru a nechat se přesvědčit o tom, že názor někoho jiného je správnější nebo alespoň obecně přijatelnější.

V minulém čísle ČČL pan kolega Hampel použil pro název svého diskusního příspěvku otázku „Jsme schopni kultivované diskuse nad stavovskými předpisy?“ Nahlédnu-li opět do slovníku cizích slov, zjistím, že kultivovanost znamená vyšlechtěnost, vytříbenost, uhlazenost, vybrané způsoby. Pan kolega tedy očekává od diskuse opravdu mnoho. Mně by stačilo držet se poněkud při zemi a snažit se alespoň o to, aby naše diskuse byly korektní – přeloženo do češtiny správné a slušné. Pod pojmem *správný* si představuji, že budou zachovávána pravidla diskuse a pojem *slušný* snad nemusím vysvětlovat.

Rozhlédneme-li se kolem sebe, zjistíme, že korektních diskusí je málo jako šafránu. Většina diskutujících není ochotna naslouchat názorům druhých a jdou do diskuse s cílem ponížit a urazit svého oponenta, zviditelnit se a pokud možno prosadit jen své názory, často s použitím nepravdivých argumentů. Z některých televizních diskusí mám často pocit, že diskutující jde do televize právě jen proto, aby pomocí obrazovky sdělil národu jen nepravdy, případně šířil poplašné zprávy a rádoby senzace.

Čeho bychom se tedy měli v diskusích vyvarovat? Za nejdůležitější pravidlo považuji to, že nelze názory ostatních takzvaně nálepkovat. Pokud nedokáži doložit proč, nemohu označit názor oponenta za nepravdu, urážku, osočování, předsudek, polopravdu, účelovou konstrukci či podobné hanlivé vyjádření. Nedovedu-li to doložit, je třeba mlčet. V drtivé většině případů, je-li názor oponenta tím, co je popsáno výše, na to ostatní diskutující a posluchači či čtenáři diskuse přijdou sami.

Další velkou nekorektností, kterou často slýcháme například v diskusích jednoho nejmenovaného politika, je obrat „všichni rozumní lidé ví, že…“, nebo „každý, kdo věci rozumí, vidí, že…“, a člověk s opačným názorem je tímto rázem označen za hlupáka.

Za další velkou podpásovku považuji vyjádření typu „nesnížím se k tomu, abych reagoval…“, jednak je to nesmysl, protože už tímto začátkem věty jsem se k tomu snížil, jednak proto, že tímto začátkem obvykle pokračuje ono výše popsané „nálepkování“ bez jakéhokoliv důkazu.

Další oblíbenou fintou je vložit do úst oponenta to, co nikdy neřekl, nebo mu vyčíst úmysl, který nikdy neměl, nebo mu vyčíst, že neřekl to, co nikdy říci nechtěl.

Podívám-li se tedy na diskusní příspěvek pana kolegy Hampela z pohledu výše napsaného, domnívám se, že většiny toho, čeho bychom se měli v diskusi vyvarovat, se pan kolega dopustil, čili jeho diskusní příspěvek nebyl korektní a už vůbec ne kultivovaný.

Snažme se proto prosím o diskusi korektní, tedy vyměňujme si a obhajujme názory a snažme se vyvarovat výše popsaných „faulů“.

PharmDr. Jarmila SKOPOVÁ

TAK TO VIDÍM JÁ: Kde skončí veřejné lékárenství?

Jsem absolventkou FaF UK v Hradci Králové, obor klinická farmacie, tehdejší studentkou pánů docentů a profesorů Sovy, Čeladníka, Paláta, Solicha, Smečky, Žáčka a „třešničky na dortu" Květiny. Atestace v témže oboru. V roce 1983 jsem nabitá ideálem klinické farmacie, s průbojností sobě vlastní a s červeným diplomem jako němým garantem skvělé odbornosti, nastoupila jako lékárník-asistent v ústavní lékárně. Promovaní idealisté s jasnou teoretickou představou o tom, jak má lékárenství vypadat, snad neměli být do skutečných lékáren vůbec vpouštěni. Od tohoto bodu se formuje můj dnešní náhled na lékárenství a z titulu 50 let věku a téměř 20 let strávených dnes a denně za tárou snad i jistý nadhled.

Květinova představa klinické farmacie a role klinického farmaceuta skýtá jednu z mála nadějí, že farmakoterapie se bude aplikovat promyšleně v „celostních" souvislostech ve prospěch pacienta. Po drsném střetu s realitou jsem dnes přesvědčena, že pro uplatnění klinického farmaceuta, jako žádaného odborníka v praxi, neposkytuje farmaceutická fakulta dostatečné medicínské vzdělání ve studijním oboru klinická farmacie. Lékárníka jako člena klinického týmu musí lékař respektovat nejen jako dobrého chemika a farmakologa, ale též jako kolegu, který jaksi mimoděk „umí medicínu" a dokáže s ním mluvit „jeho jazykem".

Na lékárníka to klade obrovské nároky na trvalé intenzivní samostudium. Vyjadřuji obdiv hrstce kolegů, kteří se, jak jsem se dočetla, snaží tímto směrem prosadit a myslím, že by čas od času byli přínosnými přednášejícími na našich komorových seminářích (díky za vynikající seriál Dr. Zdeňka Kučery na stránkách ČČL).

Vize: příští kliničtí farmaceuti, absolventi fakulty poskytující ucelené farmaceuticko-medicínské vzdělání, by se zajisté lehce uplatnili – třeba jako OSVČ – ve všech typech nemocničních zařízení u nás i v cizině, a nejen tam. Jde o to, zda tato místa neobsadí kliničtí farmakologové, což se stane v případě, kdy na propojení farmaceuticko-medicínského typu vzdělávání zareagují v některém ze svých oborů lékařské fakulty. Přiznávám, že tato vize budoucího důstojného uplatnění lékárníka je mému srdci nejbližší.

O budoucnost lékárníků technologů, lékárníků ve službách farmaceutických firem, a troufám si říci i lékárníků v ústavních lékárnách, se myslím nemusíme obávat, jejich ukazatel potřebnosti se pohybuje trvale v příznivých hodnotách.

Žhavá otázka „kde skončíme" se týká především veřejného lékárenství. Za posledních zhruba 17 let prošel tento obor naprosto převratnými změnami. Některé jsme si přáli, proti jiným jsme více či méně úspěšně protestovali, politické vůli s jasným degradačním dopadem na lékárenství jsme nedokázali čelit. V jasně strukturovaných tržních podmínkách to každý pojal po svém. Lékárníci v mnoha případech neodolali touze pochlubit se svým blahobytem a okázalou prezentací hmotných statků donutili veřejnost k úvahám, zda poskytování veřejné služby, o které koneckonců za 17 let nikdo nedokáže s jistotou říci, zda si jí cení, není přemrštěně nadhodnocené.

Promítněme si další libůstky, jako jsou batůžkaření, hokynaření, předhánění se ve slevách, uplácení pacientů platbami za donesený recept, vracení třiceti korun – toto není zodpovědnost nějakých řetězců či supermarketů, toto je zodpovědnost jednotlivých kolegů lékárníků, kteří tuto činnost praktikují na základě osvědčení ČLK. Někteří kolegové vše odůvodňují vše umožňujícím zaklínadlem „chovám se tržně". Nelze proti tomu nic namítnout v okamžiku, kdy si jako model zvolíme samostatně praktikující individuum, mající na mysli pouze svůj ekonomický růst. Potom stavovská komora nemá žádný smysl.

Vize: Stavovská komora má svůj neoddiskutovatelný smysl jako garant kvality výkonu lékárenské praxe, důstojný a respektovaný zástupce lékárníků navenek, subjekt tak silný a sebevědomý, že dokáže modulovat politické tlaky v zájmu uchování podmínek pro výkon lékárenské praxe v potřebné spádovosti. Lékárník – člen této stavovské komory – si tento servis zaslouží tím, že svojí každodenní činností v lékárně přispěje k návratu důvěry pacientů ve své odborné schopnosti. Svojí odbornou dispenzační a konzultační činností při výdeji léků vypěstuje v pacientovi přesvědčení, že pouze vzdělaná osoba lékárníka dokáže podat erudovanou a hodnověrnou informaci ohledně jeho farmakoterapie. K profesní odpovědnosti patří neodmyslitelně uplatňování zásad etiky a empatie a dále též pěstování tradičních kolegiálních a sebevědomých vztahů s předepisujícími lékaři, kdy odborná konstruktivní konzultace je vždy ve prospěch vyvážené léčby pacienta. V tomto prostředí pacienti rádi upřednostní přímý kontakt s lékárníkem před sběrnými aktivitami různých pošt a drogerií, a též strohý kontakt s automatem nebude to pravé (pokud jim ho agilní kolegové nebudou sami v zájmu vlastního pohodlí nabízet).

Nakonec poznámka pod čarou:
Ke generické substituci – každý lékárník to samozřejmě zvládne naprosto rutinně – nejde o znalosti či neznalosti. V mých očích nastává jiná situace právní: lékárník se stává plně odpovědný za přípravek, který vybral pro pacienta jako nejvhodnější – a zde bych před nabubřelým sebevědomím upřednostnila uvážlivý a odpovědný přístup ke každému pacientovi individuálně a důsledné respektování podmínky jednoznačného souhlasu pacienta.

Avizuji dopředu všem kolegům a kolegyním, že své názory nikomu nevnucuji a není mým cílem, aby se staly předmětem jakýchkoliv diskusí. Pokud se naopak kdokoliv s některou z mých myšlenek ztotožní, mohu určitě očekávat příliv pozitivní energie.

PharmDr. Jitka ŘÍŠOVÁ,
provozovatel a vedoucí lékárník
lékárny Holoubkov a OOVL Mýto

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ…

Rupeš, V., Vlčková, J.: Veš dětská v praxi
Pediatrie pro praxi č. 1/2008

Výskyt napadení vší dětskou se v posledních letech výrazně zvýšil. Za příčinu se v prvé řadě považuje rezistence k odvšivovacím léčivům a prostředkům. U nás byla zaznamenána rezistence k permethrinu již v r. 1992 a k malathionu v r. 2004. V současné době se u nás používají čtyři léčiva, dvě ze skupiny syntetických pyrethroidů (**permethrin – Diffusil repelent a d-phenothrin – Parasidose®**, od r. 2006), organofosfát **malathion (Diffusil H92M**, od r. 2004) a karbamát **carbaryl (Diffusil Hforte®**, od září 2006). Z insekticidních přípravků se dnes zdá účinným pouze carbaryl. Na bezpečnost odvšivovacích léčiv jsou kladeny vysoké nároky, protože s nimi zacházejí většinou laici-rodiče. Nejnebezpečnějším se zdá být lindan (Jacutin), vůči kterému jsou dnes vši stejně rezistentní. V poslední době se používají prostředky s obsahem nečekaných látek, jako jsou silikonový olej, diemticon, isopropylmyristát, cyclomethicon. Zdánlivě dokonalým se může zdát ostříhání dohola, může však dítě stresovat. Ví se ale, že na vlasech kratších 1cm není veš schopna přežít.

Jirák, R.: Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou
Psychiatrie pro praxi č. 1/2008

Poruchy chování patří ke třem hlavním příznakům A. choroby (kromě kognitivních poruch a poruch aktivity denního života). Tyto poruchy představují postižení emotivity (deprese, úzkost), spánku a cyklu spánek-bdění a změny chování. Z farmakoterapeutických přístupů se využívá podání antipsychotik, a to buď jednorázově ke ztlumení akutního neklidu nebo dlouhodobě při přetrvávajících poruchách chování. Preferována jsou jednoznačně atypická antipsychotika (II. generace). Z 1. generace se v akutní fázi může použít melperon (Buronil), někdy i haloperidol. Z antipsychotik II. generace se využívá tiaprid, risperidon, ziprasidon (zatím málo zkušeností), olanzapin (dávka 5–7,5 mg denně), vhodný je quetiapin, málo informací je o aripiprazolu. Někdy se ke zklidnění používají benzodiazepiny (BD). Existují však vůči nim vážné výhrady. Kromě možného rizika návyku mohou BD zhoršovat kognitivní funkce i kvalitativní úroveň vědomí snížením centrální acetylcholinergní transmise. Jednorázově se dá použít klonazepam a při nespavosti midazolam. Neklid se někdy léčí i podáním betablokátorů či antiepileptik (karbamazepin, valproát), ovlivňují jej i základní farmaka k léčbě A. demence (donepezil, rivastigmin, galantamin, memantin). K léčení depresí u A. demence se využívají antidepresiva II. generace (trazodon, mianserin, bupropion), III. generace (sertralin, citalopram, S-citalopram, není vhodný fluoxetin) a IV. generace (venlafaxin, mirtazapin, milnacipran) a výjimečně moclobemid.

Sylvie Dusilová-Sulková a kol.: Renální osteopatie

Edice farmakoterapie pro praxi

Jessenius Maxdorf, Praha, 2007, 210 stran

ANOTACE

Chronické onemocnění ledvin postihuje v ČR statisíce osob a část z nich se dostává do stadia chronického selhání. Renální kostní postižení popsal poprvé v r. 1883 anglický lékař Davis-Colley pod názvem renální křivice. Jeho terapeutická doporučení jsou platná dodnes: dietní omezení bílkovin a potravin s vysokým obsahem fosfátů a přívod vitaminu D.

Repetitorium publikace se zabývá definicemi, klasifikací, terminologií, etiologií, patogenezí, dědičností, rizikovými faktory, prevencí, klinickým obrazem, vývojem, komplikacemi renální osteopatie.

Diagnostika zahrnuje spektrum vyšetřovacích postupů, biochemické markery, sonografii, scintigrafii příštítných tělísek, kostní histomorfometrii a diferenciální diagnostiku s odlišením od jiných situací.

Farmakoterapeutické postupy jsou většinou cíleny na léčbu sekundární hyperparatyreózy. Základem jsou tři velké skupiny léčiv:

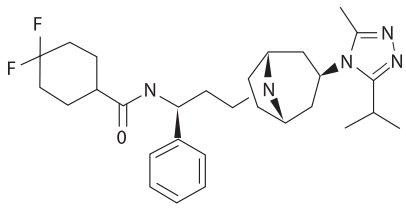
1) vazače fosfátů v zažívacím traktu: **kalciové** – kalcium karbonát, v USA acetát, citrát, laktát, glukonát, ketoanaloga esenciálních AK, **sevelamer HCl (RenaGel)** – nekovový vazač fosfátů se stejnou účinností, ale menším výskytem komplikací a s některými dalšími pozitivními vlastnostmi, **uhličitan lanthanitý (Fosrenol)**, u něhož se tvoří vazba fosfátu na trojmocný lanthanitý kationt,
2) metabolity a analoga vitaminu D: **kalcitriol (Rocaltrol), alfakalcidol (Alpha D3), maxakalcitol, parikalcitol, doxerkalciferol, falekalcitriol,**
3) kalcimimetika: **cinacalcet (Sensipar)**, pozn. molekula měsíce v září 2003, zvyšuje citlivost CaR (calcium senzing receptor) na povrchu příštítných tělísek vůči vápníku.

Kapitola chyby a omyly zachycuje nejčastější úskalí včasné diagnostiky a terapie renální osteopatie. Následuje sedm zajímavých kazuistik. Poslední kapitolou jsou rady pacientům ohledně stravování a jeho vztahu k příjmu fosforu. Tyto informace může s výhodou využít praktikující lékárník v poradenství pacientům s touto závažnou nemocí.

Léčení nemocných nakažených virem HIV se používá kombinace tří antivirotik. Dva nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI) s jedním inhibitorem proteáz, nebo dva NRTI s jedním nenukleosidovým inhibitorem, nebo tři různé NRTI, používají se i fixní kombinace. Žádná léčba není kauzální, často vzniká rezistence, úplná eradikace viru není možná.

MOLEKULA MĚSÍCE

Maraviroc



Nové látky se rekrutují ze skupiny inhibitorů CCR5 proteinu. Tento protein (spolu s CXCR4) umožňuje vstup viru HIV do makrofágu, slouží jako ko-receptor. Maraviroc firmy Pfizer (Selzentry, Celsentri) byl schválen FDA v srpnu 2007 zkráceným procesem registrace, jelikož narůstá rezistence viru HIV. Dalšími zkoumanými látkami jsou vicriviroc (Schering Plough) a aplaviroc (GSK). Klinická studie MOTIVATE probíhala 24 týdnů ve dvojitě slepém, placebem kontrolovaném provedení a prokázala vysokou účinnost maraviroku po přidání ke konvenční terapii AIDS. Maraviroc se podává ústy dvakrát denně v dávce 150, 300 nebo 600 mg, která závisí na bazální antiretrovirové léčbě. Maraviroc je substrátem cytochromu P450, subtypu CYP3A a interaguje s některými léčivy (ketokonazol, itrakonazol, klaritromycin). Slouží jako rezervní antiretrovirotikum při selhávající konvenční léčbě pacientů s AIDS. Používá se u pacientů tzv. CCR5-tropních již dříve léčených. Tato vlastnost se dá zjistit krevním farmakogenetickým testem. Má ji asi 50–60 % nakažených. EMEA vydala registrační rozhodnutí přípravku Celsentri 18. září 2007.

Zdroje:

prous.com/molecules/default.asp?ID=168
hivinsite.ucsf.edu/inSite?page=ar-06-01
www.aids.about.com
www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/celsentri/H-811-cs1.pdf
www.osel.cz/index.php?zprava=279

Stránku připravil
PharmDr. PAVEL GRODZA
panacea@iol.cz

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D.
odborný redaktor, Remedia, Praha
a sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP

Rotigotin

Parkinsonova nemoc (PN) je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které postihuje zejména populaci ve vyšším věku. Trpí jím zhruba 1 % lidí starších šedesáti let, je mírně častější u mužů než u žen. Incidence se odhaduje na 4,5–21 případů na 100 000 obyvatel, prevalence je kolem 120 případů na 100 000 obyvatel. Podstatou patologie PN je zejména úbytek dopaminergních neuronů v substantia nigra a jiných oblastech mozku. Úbytek neuronů v substantia nigra vede k deficitu dopaminu ve striatu. Příčina odumírání nervových buněk není zatím známá. Základní motorické příznaky PN jsou svalová ztuhlost, klidový třes a celkové zpomalení pohybů. Charakteristický je pomalu progresivní průběh onemocnění.

Charakteristickým rysem pro PN je reakce na dopaminergní léčbu. Základním kamenem je proto léčba levodopou, která se v organizmu metabolizuje na dopamin. Levodopa se v současnosti podává s inhibitory enzymu dopa-dekarboxylázy (karbidopa, benserazid), které omezují periferní metabolismus levodopy na dopamin. U pokročilých stádií se levodopa kombinuje nejen s inhibitory dopa-dekarboxylázy, ale také s inhibitorem katechol-o-methyltransferázy (entacapon). U mnoha pacientů se však po dlouholeté léčbě levodopou objevují tzv. pozdní motorické komplikace – poruchy souhry pohybů, fluktuace hybného stavu (střídání stavů dobré hybnosti – on, se stavy špatné pohyblivosti – off). Předpokládá se, že pozdní komplikace jsou způsobeny pulzními změnami hladin dopaminu v počátku PN po podání levodopy. Proto se v počátku onemocnění podávají jiné typy léčiv. Selegilin či rasagilin jsou selektivními inhibitory monoaminoxidázy typu B, která odbourává dopamin. Dochází tak ke zvýšení koncentrace dopaminu ve striatu. Především třes ovlivňují anticholinergika (banzatropin, biperiden, procyklidin), která snižují ve striatu působení acetylcholinu, jenž je zde v relativním nadbytku oproti dopaminu. Vyplavení dopaminu z terminálního zakončení neuronů podporuje amantadin. Perspektivní skupinou antiparkinsonik se jeví agonisté dopaminových D1 a D2 receptorů v CNS. Jejich účinek je o něco menší ve srovnání s levodopou, ale při jejich podávání je menší riziko vzniku dyskinéz. Starší látky byly odvozeny od struktury námelových alkaloidů (pergolid, kabergolin, dihydroergokryptin), novější již nejsou odvozeny od ergotové struktury a mají méně nežádoucích účinků (ropinirol, pramipexol). Nově se mezi neergotové agonisty dopaminových receptorů zařadil rotigotin.

Farmakologické aspekty

Agonisté dopaminových receptorů zmírňují příznaky PN tím, že simulují účinek dopaminu na postsynaptické receptory ve striatu. Kromě dopaminových receptorů D1, D2 a D3 se rotigotin váže na α_2-adrenergní receptory a serotoninové receptory.

Rotigotin je aplikován ve formě matrixové adhezivní náplasti, která umožňuje kontinuální uvolňování účinné látky po dobu 24 hodin. Nejvyšší plazmatická koncentrace je dosažena po 16 hodinách, zvyšuje se proporcionálně s dávkou, bez ohledu na místo aplikace náplasti. Rozdíly v biologické dostupnosti v závislosti na místě aplikace náplasti sice existují (rameno vs. stehno až 41 %), nepřikládá se jim však klinický význam. Vazba na plazmatické bílkoviny byla 92 %. Po odstranění náplasti se koncentrace rotigotinu v organismu snižuje s poločasem 6,82 hodin. Rotigotin je metabolizován hepatální cestou (cytochrom P450), je vylučován ledvinami. U pacientů s těžkou renální insuficiencí je jeho clearance o 50 % nižší.

Klinické aspekty

Účinnost rotigotinu v monoterapii byla zkoušena v klinických studiích u pacientů v počátečních stádiích PN. U pacientů v pokročilých stádiích PN byl rotigotin podáván v kombinaci s levodopou. V prvním případě byla porovnávána léčba rotigotinem s placebem nebo s ropinirolem. Došlo ke zlepšení hybnosti (pokles UPDRS skóre o 5,28 bodu) ve srovnání s podáváním placeba. Dávka 8 mg/den rotigotinu byla v další studii ekvivalentní 12 mg/den ropinirolu. V klinických studiích u pacientů v pokročilém stádiu PN zkrátilo přidání rotigotinu k terapii levodopou dobu v „off“ stavu ve srovnání s podáváním levodopy samotné. Schopnost kombinace rotigotin + levodopa zkracovat dobu „off“ stavu byla ve studii Cleopatra-PD obdobná účinnosti kombinace pramipexol + levodopa.

Nežádoucí účinky rotigotinu souvisí se stimulací dopaminových receptorů. V klinických studiích se nejčastěji vyskytovaly případy snížení bdělosti, nauzey, zvracení, závratí, špatného usínání. Vzhledem k podání formou náplasti se objevovaly také kožní reakce v místě nalepení, proto se doporučuje tato místa střídat.

Z lékových interakcí je podstatný zákaz podávání společně s antagonisty dopaminu (neuroleptika, metoklopramid). Kvůli možným aditivním účinkům je nutná opatrnost při současném podávání léků s tlumivým účinkem na CNS (benzodiazepiny, antipsychotika, antidepresiva).

Výhodou transdermálního systému je možnost aplikace rotigotinu jednou denně (vs. ropinirol, pramipexol – 3krát denně). Dávka se postupně zvyšuje podle stavu pacienta v týdenních intervalech z počáteční dávky 2 mg/24 hod. přes 4 mg/24 hod. až na maximálně možných 8 mg/24 hod. u mírnějších forem PN nebo 16 mg/24 hod. u pokročilých forem PN. Léčivý přípravek obsahující rotigotin se jmenuje Neupro a vyrábí jej firma Schwarz Pharma (člen skupiny UCB). Aktuálně je dostupnost rotigotinu pro širší okruh pacientů v České republice omezená poměrně vysokým doplatkem (přibližně 3 000 Kč na měsíc v terapeutické dávce 8 mg/24 hod.).

… v procesu léčby samostatné nemoci závislosti na tabáku

Závislost na tabáku je samostatná nemoc, která je podle klasifikace WHO zařazena mezi jiné závislosti – diagnóza F 17. Je příčinou téměř pětiny úmrtí a způsobuje nemoci v rámci téměř všech oborů medicíny.

Existuje účinná léčba: psychobehaviorální strukturovaná intervence a farmakoterapie. Farmakoterapie především potlačuje abstinenční příznaky, jako nutkání kouřit, špatnou náladu, depresi, podrážděnost, nespavost, nesoustředěnost, zvýšenou chuť k jídlu, úzkost – proto je kromě užívání léků potřeba i kuřákovo pevné rozhodnutí přestat kouřit, změnit své návyky a denní stereotypy, protože mu žádný lék nemůže zabránit v tom, aby sáhl po cigaretě.

role lékárny:

Mezi účinné léky patří:

- náhradní léčba nikotinem (náplast, žvýkačka, inhalátor, mikrotableta, pastilka), volně prodejná v lékárně, zdvojnásobuje úspěšnost
- bupropion, vázaný na recept, rovněž zdvojnásobuje úspěšnost
- vareniklin, vázaný na recept, úspěšnost ztrojnásobuje

Každý lékař i sestra by měli při každém klinickém kontaktu s kuřákem krátce intervenovat. Kuřáka, který chce přestat a jemuž se nemohou více věnovat, doporučit do specializovaného centra závislosti na tabáku. Těch je u nás dvacet a adresy jsou například na www.clzt.cz.

Schéma krátké intervence:

1. Ptát se na kuřácký návyk, zaznamenat do dokumentace
2. Kuřákovi jasně doporučit přestat
3. Posoudit ochotu přestat (pokud nechce, motivovat, jinak nepokračovat v intervenci)
4. Pomoci přestat: psychobehaviorální podpora („Připravte si předem náhradní řešení svých typicky kuřáckých situací“) a farmakoterapie
5. Kontroly

Kuřák v lékárně

Je samozřejmé, že v lékárně není moc času. Ale lékárna by zajisté neměla být jen skladištěm a výdejnou léků, ale centrem kvalitních informací týkajících se zdraví, personál je k tomu nepochybně dostatečně vzdělaný. Kouření souvisí skoro se všemi onemocněními, pokud je přímo nezpůsobuje, jejich průběh prakticky vždy zhoršuje: to dává příležitost zeptat se na kouření při vydávání jakéhokoli léku. Při kladné odpovědi by mělo následovat doporučení přestat kouřit a nabídka pomoci (pokud je čas a možnost posadit se na několik minut s klientem), v zásadě podle výše uvedeného schématu.

Pokud k tomu lékárna možnost nemá, může kuřák dostat leták či brožuru se základními informacemi, jak přestat kouřit. Lze jej také směrovat na Linku pro odvykání kouření, která je v provozu každý pracovní den od 12 do 20 hod. za místní hovorné z celé republiky na čísle 844 600 500. Nabídku pomoci by měla většina kuřáků přijmout kladně, protože kolem 70 % kuřáků, tedy asi 1 700 000 Čechů, by raději nekouřilo, kdyby si mohli vybrat. Pokud kuřák reaguje negativně („Co je vám do toho?“), měli bychom mu jen sdělit, že naší povinností je pouze informovat jej o nutnosti přestat kouřit pro jeho zdraví, eventuálně nabídnout pomoc – jak se zachová, je skutečně pouze na něm. Měli bychom být také empatičtí: přestat kouřit je skutečně obtížné i v případě, že si to kuřák upřímně přeje nebo trpí nemocí jasně kouřením způsobenou. Máme pacienty-kuřáky v těžkém stadiu CHOPN, po infarktech a bypassech, dokonce i po transplantaci srdce.

MUDr. Eva KRÁLÍKOVÁ, CSc.
Ústav hygieny a epidemiologie
a Centrum léčby závislosti
na tabáku
III. interní kliniky 1. LF UK a VFN

… a v systému zdravotní péče uživatelům návykových látek

Stále poukazujeme na to, že lékárna je zdravotnickým zařízením. Jako taková je často prvním a možná jediným kontaktním místem s prozatím ještě „zdravým“ kuřákem. Kromě dalších poradenských aktivit v lékárnách (diabetes, obezita, geriatrie) se jako velmi progresivní ukazuje i poradenská činnost v oblasti adiktologie (výzkum, prevence a léčba závislostí). Proto Vás žádám o spolupráci na studii, která může významným způsobem ovlivnit zapojování lékáren do dalších poradenských a screeningových činností.

Už v loňském roce byl zahájen sběr dat pro výzkumnou studii: **„Role lékáren v systému zdravotní péče (injekčním) uživatelům drog v České republice“** (MZ ČR; IGA NR 0447-2). Řešitelem studie je Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze, které je zodpovědné za sběr a vyhodnocení dat.

Úspěch této „grantové“ studie je vázán na zapojení maximálního počtu lékáren. Jedná se pouze o vyplnění elektronického **dotazníku**, což zabere maximálně 10 minut. Výsledky studie použije ČLK pro argumentaci při prosazování lékáren jako center poradenské péče.

I kouření nepochybně patří mezi závislosti, a proto je dobrou příležitostí využít návštěvy kuřáka v lékárně pro přinejmenším krátké doporučení.

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (www.clzt.cz) připravila ve spolupráci s Českou lékárnickou komorou krátký text, obsahující základní návod, jak přestat kouřit, informace o lécích a kontaktní adresy specializovaných center v ČR. Na přelomu března a dubna bude tento leták k dispozici v distribuci (předpokládám AH, Pharmos a Phoenix). O možnosti a způsobu objednání budeme informovat prostřednictvím www.lekarnici.cz, předsedů OSL a operátorek distribučních firem.

Mgr. Stanislav HAVLÍČEK
prezident
České lékárnické komory

Akutní rýma – prevence a léčba

Nachlazení (akutní virová nasofaryngitida) je nejrozšířenější infekční onemocnění na světě. Je definováno jako mírné infekční onemocnění horních cest dýchacích projevující se zduřením nosní sliznice, tvorbou sekretu, ucpáním nosu, kýcháním, bolestmi v krku. Většinou samo odezní. Článek se bude zabývat prevencí a léčbou nosních příznaků nachlazení (rýma, akutní rhinitis) z pohledu „medicíny založené na důkazech". Nebude diskutována léčba bolestí v krku (antiseptické pastilky apod.) a kašle (antitusika, expektorancia, mukolytika). Nachlazení (cold, common cold, chill) je nutné odlišit od onemocnění s podobnými projevy, jako je chřipka (flu, influenza) nebo alergická rýma (tab. 1).

PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D.

Symptomy nachlazení může způsobit minimálně sedm rodin virů, z nichž nejčastěji jsou příčinou rhinoviry tvořící 50 % případů (na podzim až 80 %), koronaviry (15 %), parainfluenza viry (5 %), respiratory syncitial viry (5 %), adenoviry apod. Lehká infekce virem chřipky se také často svými příznaky překrývá s nachlazením. Odhaduje se, že průměrný člověk během svého života prodělá zhruba 200 nachlazení. Právě velká variabilita patogenů způsobujících nachlazení (asi 200 subtypů virů) je pravděpodobně zodpovědná za neustále se opakující příhody. Ze stejného důvodu je téměř nemyslitelná vakcinace. Toto onemocnění je v dětském věku odpovědné za 50 % absencí ve školách. Nejvíce komplikací se objevuje u kojenců, kteří jednak nemají dostatečně „zkušené" obranné mechanismy, jednak z anatomických důvodů dýchají pouze nosem a jeho obstrukce může vést k nespavosti, výraznému neklidu a potížím s kojením.

Symptomy nachlazení se objevují 1–2 dny po styku s patogenem, vrcholu dosahují o 2–4 dny později. Symptomy začínají jako šimrání nebo bolestivost v krku, následuje kýchání, vodnatý čirý výtok z nosu a jeho ucpání, dostavuje se malátnost. Teplota bývá normální, oči jsou typicky lesklé. Onemocnění odeznívá do 10 dnů. Na primární onemocnění může nasednout bakteriální infekce projevující se žlutým, hnisavým nosním sekretem. Komplikací může být postup virového zánětu do nosních dutin nebo do oblasti středního ucha, u malých dětí mohou být postiženy dolní dýchací cesty. Virové respirační infekce jsou častější u kuřáků, astmatiků, imunokompromitovaných lidí apod.

Literatura zabývající se nachlazením je obsáhlá, její metodická kvalita však kolísá.

Prevence

Z režimových opatření prevence nachlazení lze zmínit např. otužování, vyhýbání se kontaktu s nakaženou osobou a mytí rukou.

Z farmakologických metod prevence nachlazení je diskutována otázka preventivního podávání vitaminu C a imunomodulátorů.

Vitamin C. Meta-analýza 30 klinických studií zahrnujících 11 350 účastníků zkoumala vliv profylaktického podávání vitaminu C na incidenci rýmy. Relativní riziko pacientů užívajících více než 200 mg vitaminu C bylo 0,96 a nebylo statisticky významné. Pokud se metaanalýza věnovala jen těžce pracujícím ve studených podmínkách, riziko vzniku rýmy bylo redukováno o 50 %. Vitamin C zkracoval o 8 % délku a též mírně zlepšoval průběh nachlazení.

Imunomodulátory. Bakteriální lyzáty jsou podávány v případě opakujících se těžších infekcí horních cest dýchacích. Mechanismem účinku je aktivace slizniční imunity, která ač aktivována bakteriálním lyzátem by měla chránit více také před virovými infekcemi. V klinických studiích došlo ke snížení frekvence opakování a zkrácení doby infekcí horních dýchacích cest. Riziko vzniku autoimunitních onemocnění nebylo potvrzeno.

Léčba

Nefarmakologické metody. Jako základní opatření léčby nachlazení se doporučuje klid, zvýšený příjem tekutin a strava bohatá na zeleninu a ovoce. Rhinovirus přežívá v rozmezí teplot 33–35 st. C. Při vyšších teplotách dochází k inaktivaci virionů. Vyšších teplot je dosahováno inhalací páry, ale i ve vnitřních orgánech těla. Proto např. polykáním sekretů obsahujících rhinoviry nehrozí u malých dětí infekce vnitřních orgánů. Hypertonické roztoky (mořská voda) mohou způsobit dočasnou úlevu vasokonstrikcí cév sliznice a rozpuštěním sekretu, který je snáze odstranitelný. Doklady z klinických studií chybí.

Farmakologické metody. V této části se zaměříme na účinnost vitaminů, zinku, antihistaminik, dekongestiv, nesteroidních antiflogistik a vybraných rostlinných extraktů ve snižování symptomů rýmy.

Vitaminy. Léčba vitaminem C během prvních příznaků neprokázala zlepšení těchto příznaků ani zkrácení doby nachlazení. Ani terapie vitaminem A neprokázala jakékoli výraznější zlepšení oproti placebu.

Zinek. Z osmi studií prokázaly účinek podávání zhruba 20 mg glukonátu zinečnatého při prvních příznacích na trvání rýmy čtyři studie. Metaanalýza těchto klinických studií však neprokázala rozdíl, ačkoli poměr šancí vzniku pozdních symptomů rýmy v prvním týdnu byl 0,52 (95% CI 0,25-1,2) ve prospěch léčených zinkem oproti placebu.

Antihistaminika. Při nachlazení dochází k dilataci cév a obstrukci nosní sliznice. Sympatikus a parasympatikus regulují průsvit cév. Aktivací alfa1 receptorů sympatiku v cévách dochází k jejich konstrikci (využívají dekongestiva), blokádou parasympatických receptorů pro acetylcholin na cévách dochází také ke konstrikci cév. Právě anticholinergním mechanismem působí antihistaminika 1. generace (klemastin, promethazin, cyproheptadin), nikoli však nová antihistaminika (loratadin, desloratadin, levocetirizin, cetirizin), která postrádají anticholinergní účinek. Léčbu mohou provázet

Tab. 1 **Diferenciální diagnóza a prevence nachlazení, chřipky a alergické rhinitidy**

Symptom	nachlazení	chřipka	alergická rýma
kašel	++, mírný	+++, může být i těžký	+
kýchání	+++	+	+++
bolesti	bolesti hlavy	celé tělo (hlava, svaly)	ne
únava, vyčerpání	+	+++	+
ucpaný nos	+++	+	+++
bolesti v krku	+++	+	+
teplota	zvýšená, zřídka	vysoká	normální
svědění očí	+/-	+/-	+++
délka	týden	14 dní	týdny (v závislosti na alergenu)
prevence	mytí rukou, vyvarovat se kontaktu s infikovanou osobou, otužování	viz nachlazení + vakcinace	vyvarovat se styku s alergenem

nežádoucí účinky (spavost). Účinek byl pozorován jen 2.–4. den od počátku nachlazení. Anticholinergní účinek vykazuje i ipratropium.

Dekongestiva. Dekongestiva využívají svého agonistického působení na alfa1 receptory cév nosní sliznice. Tyto receptory jsou odpovědné za konstrikci cév. Dekongestiva jsou buď používána v perorálních kombinacích s analgetiky (např. ibuprofen + pseudoefedrin, paracetamol + pseudoefedrin + dextromethorfan) nebo lokálně v různých nosních kapkách apod. Studie zkoumající perorální podání dekongestiv prokázaly jistý avšak malý efekt těchto látek na průchodnost nosních cest. Více pozornosti budí spíše fakt možnosti zneužití narkomany a nežádoucí účinky spojené s aktivací sympatiku (např. hypertenze). Preference je proto dávána lokálnímu použití. Meta-analýza sedmi klinických studií zabývající se lokálními dekongestivy prokázala účinek již po první dávce – došlo k 6% snížení subjektivního hodnocení závažnosti symptomů. Největší efekt podávání byl prokázán mezi 3.–5. dnem od počátku nachlazení. Lokální dekongestiva se výrazně neliší v účinku, novější látky (xylometazolin, oxymetazolin) vykazují dlouhodobější účinek trvající 8–12 hodin. Vzhledem k možnosti syndromu z ukončení léčby, projevujícího se obstrukcí cest, se nedoporučuje užívat lokální dekongestiva déle než týden (britská doporučení uvádějí 5 dní). Dlouhodobým používáním lokálních dekongestiv se naopak může sliznice vysušit a stát se prostupnější pro patogeny. Proto někteří výrobci začali obohacovat nosní kapky látkami zvlhčujícími a chránícími sliznici (např. hyaluronát sodný).

Analgetika. Pokud nachlazení doprovází teplota, bolesti hlavy či svalů, lze užívat analgetika. Používány jsou ibuprofen, paracetamol, kys. acetylsalicylová. Ibuprofen a paracetamol mohou být podávány již od velmi raného věku. To neplatí o kyselině acetylsalicylové, kde není doporučováno podávání do 15 let věku z důvodu výskytu závažných nežádoucích účinků (Reyův syndrom). Paracetamol a ibuprofen mají také oproti kys. acetylsalicylové méně nežádoucích gastrointestinálních účinků. Pro závažnější případy není vyloučena ani možnost kombinace paracetamol + ibuprofen. Nebylo dosud zpracováno systematické review zkoumající účinnost analgetik na nachlazení. Obava, že by nesteroidní antiflogistika svým působením na teplotu a imunitní mechanismy (zánět) mohla prodlužovat symptomy rýmy, se nepotvrdila.

Echinacea. Echinacea spp. a její extrakty vykazují příznivý účinek na imunitní procesy. Účinek extraktů z Echinacey zkoumal systematický přehled klinických studií. Navzdory přínosu prokázanému několika studiemi neexistují pádné důkazy o tom, že přípravky z echinacey zajišťují účinnou léčbu nebo prevenci běžného nachlazení. Problémem tohoto přehledu je mj. druhová různorodost echinacey a nízká definovanost obsahových látek v zahrnutých studiích. Nejnovější metaanalýza 14 klinických studií v The Lancet Infectious Diseases dává echinacee novou šanci, protože došla k závěru, že echinacea snížila šanci vzniku nachlazení o 58 % a zkrátila délku rýmy o 1,4 dne.

■

Mám-li shrnout obvyklý postup léčby nosních projevů nachlazení, doporučují se u dospělých výplachy nosu mořskou vodou nebo podávání šetrných dekongestiv (xylometazolin, oxymetazolin) případně v kombinaci s látkami chránícími sliznici (hyaluronát sodný). U malých dětí lze použít šetrná dekongestiva a po zaškolení lékařem/lékárníkem je možno odstraňovat hleny odsávačkami.

Literatura u autora

Připraveno pro specifickou skupinu pacientů aneb Racionální využití léků ve stáří

Ve vyšším věku dochází u řady pacientů k nárůstu nemocnosti. Mění se spektrum a množství užívaných léků a jsou zaznamenávány změny v účinnosti a bezpečnosti léčiv. To vše je třeba brát v úvahu při preskripci léků a lékovém poradenství, neboť léky užívají senioři většinou ve složitých schématech a dlouhodobě.

S rostoucím počtem léků stoupá i riziko noncompliance, zvýšeného výskytu nežádoucích účinků a nové lékové preskripce. V našich podmínkách je známo, že senioři spotřebovávají více než 1/3 všech nákladů na léky a každý druhý volně prodejný lék je zakoupen starší osobou. Z dosavadních šetření vyplývá, že většina starších pacientů patří ke skupině vysoce nemocných, s častou polypragmazií, ale i vysokou mírou noncompliance. A to mnohdy z důvodu velkého množství užívaných léků, složitého dávkovacího schématu nebo i z důvodů fyziologických a patologických změn provázejících stárnutí, které se projevují např. poruchami kognitivních funkcí, zmateností, poruchami motorických funkcí, apod.

Kvalita života seniorů může být výrazně zlepšena a jejich život prodloužen správným užíváním léků. Senioři jsou specifickou skupinou, kde poradenství v oblasti racionálního užití léků má významný ekonomický dopad, dosud však není dostatečně realizováno. Z těchto důvodů se Česká lékárnická komora ve spolupráci se Svazem důchodců České republiky, 1. Lékařskou fakultou UK a Sekcí klinické farmacie ČFS JEP rozhodla vypracovat projekt SENIOŘI. Hlavními organizátory projektu jsou za Českou lékárnickou komoru prezident a viceprezident ČLK Mgr. Stanislav Havlíček a Mgr. Michal Hojný, za Geriatrickou kliniku 1. LF UK a Sekci klinické farmacie ČFS ČLS JEP PharmDr. Daniela Fialová, PhD., a za Svaz důchodců ČR prof. RNDr. PhMr. Jan Solich, CSc.

Projekt SENIOŘI

Ilustrační foto: David SOKOL

Cílem projektu je nejen zvýšit znalosti lékárníků o specifických projevech onemocnění ve vyšším věku a moderních přístupech racionální léčby, ale zlepšit i znalosti samotných pacientů v oblasti racionálního užití léků. Vybraní lékárníci budou v projektu působit jako regionální přednášející pro pacienty. Nedílnou součástí záměru je tedy aktivní zapojení lékárníků-školitelů v poradenství a přednáškách pro seniory, snaha posílit spolupráci lékárník – lékař – pacient a zvýšit informovanost pacientů o strategiích a problémech léčby ve stáří.

Projekt SENIOŘI bude probíhat postupně v jednotlivých regionech ČR. V prvním roce realizace (2008) budou přednáškové akce projektu ve čtyřech městech ČR, a to do června 2008 v Praze a Ústí nad Labem. Koordinátorkami projektu v jednotlivých regionech jsou PharmDr. Dana Syrová z Nemocniční lékárny VFN, Praha, a Mgr. Jana Gregorová z Nemocniční lékárny, FN na Bulovce.

V první fázi projektu se uskuteční v uvedených regionech přednáškový den pro lékárníky na téma Racionální užití léků ve stáří, který poskytne podrobné informace o demografickém stárnutí populace, farmakoterapeutických a ekonomických aspektech léčby ve stáří a základní informace o seniorských hnutích v ČR a v Evropě. V druhé fázi budou uspořádány odborné semináře pro vybrané lékárníky „školitele“, kteří projeví zájem zabývat se sledovanou problematikou. V třetí fázi budou realizovány přednášky lékárníků-školitelů pro pacienty na témata probíraná v odborných seminářích. Po přednáškách pro seniory se uskuteční vždy diskusní část, která umožní pacientům tázat se lékárníka a přizvaného lékaře na problémy související s racionální farmakoterapií, na jejichž řešení nemusí být

Přednáškový den projektu SENIOŘI

Na téma racionálního užití léků ve stáří se uskuteční (od 9 do 14 hodin) přednáškový den projektu SENIOŘI, a to v Praze 19. dubna v Paláci Dunaj, v Ústí nad Labem 7. června v hotelu Vladimír.

Zazní zde přednášky na téma stárnutí populace a zvláštností nemocí vyššího věku, zvláštností farmakoterapie ve stáří, dále k ekonomickým otázkám racionální léčby ve stáří a k problematice seniorského hnutí v České republice a v Evropě.

Od 15 do 18 hodin bude školení lektorů projektu SENIOŘI, které však není součástí přednáškové akce.

Přihlášky k akci s uvedením data a místa konání, jména, příjmení, titulu, členského čísla (či adresy pracoviště a kontaktního telefonu) zasílejte na adresu mrazkova@lekarnici.cz nebo horakova@lekarnici.cz. Přihlášení je preferováno přes webový server www.lekarnici.cz.

Účastnický poplatek: 250 Kč (zahrnuje odborný program, vzdělávací materiály akce, sylaby přednášek, učebnice racionální farmakoterapie ve stáří, informace o seniorském hnutí, občerstvení formou coffee breaku), platba bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100 vedený u KB, var. symbol: členské číslo účastníka, kont. symbol: 558, spec. symbol: 80 (akce Praha), 81 (akce Ústí nad Labem). Splatnost nejpozději 5 dní před konáním akce (v hotovosti na místě pouze v nejnutnějším případě).

v lékárně vždy dostatečný prostor. Z témat připravovaných pro přednášky pacientům v tomto roce byly vybrány „Poruchy spánku a paměti ve stáří - možnosti prevence a léčby“ a „Jaké chyby dělají senioři při užívání léků?“. V dalších fázích projektu budou probírána témata týkající se lékové compliance, správné výživy ve stáří, polékových syndromů a symptomů apod.

Snahou záměru je vychovat mezi lékárníky odborníky v regionech v oblasti racionální farmakoterapie ve stáří a vytvořit specifická centra farmaceutické péče, která posílí význam a úlohu lékárníka v systému zdravotní péče a v péči o pacienta.

■

Lékárníci z oblasti Prahy a okolí a severních Čech, kteří mají zájem zapojit se do týmu školitelů v projektu SENIOŘI, se mohou hlásit koordinátorkám projektu Dr. Syrové a Mgr. Gregorové na e-mailové adresy (dana.syrova@vfn.cz; jana.gregorova@fnb.cz).

Z přihlášených účastníků proběhne užší výběr.

Za organizátory projektu SENIOŘI
PharmDr. Dana SYROVÁ

Nové léčivé rostliny: *Boswellia serrata ROXB. ex COLEBR.*

Boswellia serrata ROXB. ex COLEBR. – kadidlovník pilovitý, (Burseraceae).

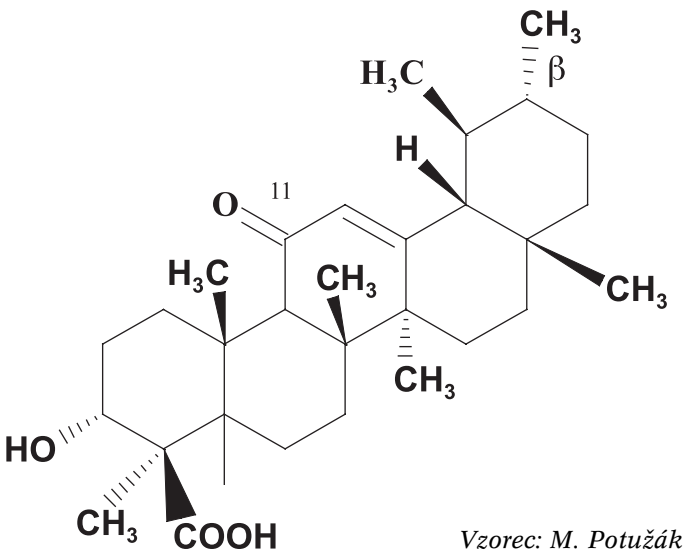
Nízký strom rostoucí v Indii až do podhůří Himalájí, dále v severní Africe a na Středním východě. Z jeho pryskyřice (indické kadidlo) se připravují léčivé extrakty. Příbuzný druh Boswellia carteri, asi dva metry vysoký keř, domácí v Somálsku, byl po staletí pěstován v severní Africe pro klejopryskyřici zvanou olibanum – kadidlo.

Synonyma: **Boswellia glabra ROXB., Boswellia thurifera ROXB. ex FLEM., Libanus thuriferus COLEBR.**

Obecný název: **Indian olibanum tree, Salai tree** (angl.)**, Gúgal** (ind.)**, Sallaki** (sanskrt)

Sbíraná část: **gummiresina**

Droga: **Boswelliae serratae gummiresina, (Sálaigugul** [ind.] **(Indian olibanum** [angl.]**)**



Vzorec: M. Potužák

kyselina 11 - keto - β - boswellová

Obsahové látky: nejvýznamnější složkou drogy je pryskyřičná frakce tvořená pentacyklickými triterpenoidními kyselinami boswellovými: β-boswellovou, 11-keto-β-boswelovou a jejich 3-O-acetyl deriváty, dále tetracyklickými triterpenoidními tirukalenovými kyselinami. V silici převažují monoterpeny (+) thujen a (+) α-felandren. Sliz je tvořen polysacharidy s 46% zastoupením D-galaktózy, 12 % D-arabinózy a kyselinou galakturonovou a podobnými látkami.

Obrázek: Wikipedia

Účinky a použití: v lidové indické medicíně je droga aplikována při revmatické artritidě, ulcerózní kolitidě, hemoroidech a jiných zánětlivých postiženích. Indická ajurvéda oceňuje pryskyřici při chorobách krve, kůže, diabetu, horečce, křečích a dyspepsiích, doporučuje při poševním výtoku a onemocnění varlat.

V současných výzkumech zjištěné antiflogistické a antiedematózní působení drogy se opírá především o boswellové kyseliny, které inhibují enzym 5-lipoxygenázu, důležitý pro syntézu leukotrienů. Kromě zánětů pohybového aparátu je extrakt z pryskyřice účinný i při léčbě Crohnovy choroby s výsledky srovnatelnými s mesalazinem. U kyseliny acetyl-11-keto-β-boswelové byla zjištěna indukce apoptózy buněk lidské leukémie HL – 60. Zajímavá je schopnost drogy snižovat syntézu cholesterolu. K dispozici jsou mono- i polykomponentní přípravky. Akutní toxicita je velmi nízká.

Dávkování: 3x 1 tabletu s obsahem 250 mg standardizovaného extraktu, u astmatu po 300 mg extraktu.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: nejsou známy, pro období těhotenství a laktace chybí dostatek informací.

Zdroje: Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Medline, Toxline, Wikipedia.

PharmDr. Pavel ŘÁDEK
PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Pacient o své léčbě může rozhodovat výrazněji

Je známo, že nezanedbatelný počet lékárníků se generické substituci vyhýbá. Myslím, že na jejich strachu z další odpovědnosti mají velký podíl i média. Ta v posledních měsících poskytovala velký prostor odpůrcům generické substituce v lékárnách, kteří se snažili budit u veřejnosti dojem, že záměna přípravku v lékárně může poškodit pacientovo zdraví.

PharmDr. Petr Krpálek, předseda představenstva GML

Tuto obavu pak začala vedle pacientů a klientů sdílet i část lékárníků, kteří jakoby zapomněli na svou dostatečnou erudici k tomu, aby dokázali posoudit vhodnost záměny, schopnost najít ke konkrétnímu léku vhodnou alternativu.

Pravomoc zaměnit léčivý přípravek je u kolegů v některých zemích zcela běžná. Někde se dokonce předepisuje pouze účinná látka a konkrétní síla, a je na lékárníkovi, aby pro terapii vybral ekonomicky nejméně náročný přípravek.

Musíme mít na zřeteli, že zásadní podobnost generického ekvivalentu s originálním lékem je založena na kvalitativní a kvantitativní shodě v účinné substanci, stejné lékové formě a bioekvivalenci. Že generikum představuje účinnou látku, která se uvolnila pro trh po skončení patentové ochrany originálního přípravku. Kvalita generických přípravků se prověřuje v klinických studiích, jejichž výsledky ověřuje státní autorita. Mezi generiky a originálem mohou být například dvacetiprocentní rozdíly v bioekvivalenčních studiích. Ale je třeba si uvědomit, že lineární závislost mezi dávkou a účinkem neexistuje. Jestli se o dvacet procent zvýší nebo sníží biologická dostupnost, neznamená to dvacetiprocentní zvýšení nebo snížení biologického účinku. Je dokonce známo, že při bioekvivalenčních zkouškách se mohou projevit poměrně značné rozdíly u stejných přípravků jedné firmy, ale vyráběných v několika závodech.

Lékárníci by měli být sebevědomější. Ve skutečnosti totiž systém generické substituce už poměrně dlouhou dobu funguje v nemocničních lékárnách, kde vytvářejí tzv. pozitivní listy, které ovlivňují ekonomické ukazatele samotné lékárny i jednotlivých oddělení nemocnice.

Je v zájmu nás lékárníků, abychom byli schopni nabídnout pacientovi nějakou pro něj ekonomicky zajímavou variantu ke konkrétnímu přípravku. Znamená to, že lékárník pacientovi radí po odborné i finanční stránce, aby dostal kvalitní lék za finančně výhodnějších podmínek. Podobně bychom pak měli postupovat i vůči zdravotním pojišťovnám. Jestliže se nám podaří doporučovat léčivé přípravky způsobem, který by šetřil náklady ze zdravotního pojištění, měli bychom žádat zdravotní pojišťovny, aby nám určitou část z těchto ušetřených finančních prostředků refundovaly. I to by výrazněji motivovalo lékárny k většímu zájmu o generickou substituci. V první řadě by byla přínosem pro pacienty, protože by zůstával větší objem finančních prostředků na nákladnější léčiva k terapii závažných onemocnění.

Někteří lékárníci se obávají právního postihu, kdyby se u pacienta po záměně přípravku projevily nějaké nežádoucí účinky. Pokud však lékárník při provádění generické substituce dodrží dikci zákona (tzn. že zamění preparát za jiný se stejnou účinnou látkou, stejnou lékovou formou a stejnou cestou podání, a pacient se záměnou souhlasí), nemá se čeho obávat. Ve stejné situaci by se totiž ocitl lékař, který by se rozhodl pacientovi dané generikum předepsat. Projevy nežádoucích účinků mohou být individuální reakcí pacienta na konkrétní léčivo.

Lékaři, kteří jsou proti generické substituci, někdy namítají, že záměna různobarevných krabiček může pacienta zmást. Nemá cenu pacienty podceňovat. Naopak by si lidé měli uvědomovat, jaké léky užívají, brát je po zralé úvaze a se zodpovědností k vlastnímu zdraví. Pokud by si přece jen pacient nebyl jist, lékárník mu může například na krabičku napsat název léku, který se zaměňuje, aby je pacient nebral zároveň.

Při generické substituci v lékárně je zajímavé si také uvědomit, že se záměnou musí vždy souhlasit pacient. Pokud se rozhodne pro generický přípravek lékař, pacienta se na souhlas ani neptá. V lékárně je tedy pacient více vtažen do procesu rozhodování o své léčbě. On sám musí zvážit všechny výhody a nevýhody, které mu záměna přípravku přinese.

Ochrana zdraví před změnou klimatu

SVĚTOVÝ DEN ZDRAVÍ 2008

Světový den zdraví (WHD) se koná každoročně 7. dubna. Letos se symbolicky pojí se 60. výročím vzniku WHO. Po 60 letech má původní mezinárodní závazek – vybudovat celosvětovou bezpečnost a mír – stejný význam. Opět se zdůrazňuje zranitelnost a solidarita společnosti v době, kdy se zvyšuje hrozba změny klimatu.

Podle Margaret Chanové, generální ředitelky WHO, jsou nejzranitelnějšími ty populace, které žijí v zemích, v nichž se sektor zdravotnictví potýká s prevencí, detekcí, kontrolou a léčbou onemocnění a zdravotních stavů, včetně malárie, horečky dengue, podvýživy a diarey. Uvedená onemocnění jsou příčinou více než tří milionů úmrtí ročně. První alarmující příklady zahrnují 44 000 úmrtí způsobených vlnou veder v srpnu 2003. Motto WHD ***„ochrana zdraví před změnou klimatu“*** konkretizují jednotlivé body poselství WHD:

– zdraví je jednou z oblastí, která je změnou klimatu nejvíce ovlivněna a je jí právě nyní ovlivňována

Pokud zůstane trend oteplování nekontrolován, bude lidstvo čelit mnoha úrazům, onemocněním a úmrtím souvisejícím se živelnými pohromami a vlnami veder – zvýší se počet potravou, vodou a vektory přenášených nemocí, bude více

předčasných úmrtí a onemocnění souvisejících se znečištěním ovzduší. V řadě částí světa se budou muset velké populace stěhovat v důsledku vzestupu hladiny moře, budou postiženy suchem a trpět nedostatkem potravin.

– dopady na zdraví v důsledku změny klimatu nejtvrději zasáhnou chudé obyvatelstvo

Země s vysokou mírou chudoby a podvýživy, nevyhovující infrastrukturou zdravotnictví, politickou nestabilitou budou nejméně schopné zvládnout tuto situaci. Samotná změna klimatu je zodpovědná každý rok za více než 60 000 úmrtí v důsledku živelných pohrom, z nichž většina postihuje rozvojové země.

– tradiční nástroje veřejného zdravotnictví jsou důležitými komponentami efektivní reakce na změnu klimatu

Čistá voda a hygiena, dostatek bezpečných potravin, očkování, surveillance onemocnění a reakcí na ně, bezpečná a efektivní kontrola vektorů (přenašečů) nemocí, připravenost na pohromy – to všechno jsou rozhodující složky praxe veřejného zdravotnictví pro klimatickou adaptaci.

– je nezbytné, aby této globální zdravotní hrozbě čelila meziodvětvová, interdisciplinární spolupráce

Změny klimatu mají široký rozsah, a proto bude pro efektivní adaptaci nevyhnutné spolupracovat při posuzování expertiz vládních, mezivládních a nevládních agentur a organizací, průmyslu, profesních skupin a místních komunit.

– činnost k ochraně zdraví musí být zahájena již nyní

Je urgentní zahájit již nyní činnosti vedoucí ke stabilizaci klimatu, a adaptační aktivity k zabránění zvýšení výskytu předvídatelných nemocí, které souvisejí s klimatem.

Veškeré aktivity, které se váží k tématu WHD, se nemají realizovat pouze 7. dubna. Problematika veřejného zdraví vyžaduje trvalou pozornost společnosti.

Literatura u autora.

Doc. RNDr. Jozef KOLÁŘ, CSc.
Ústav aplikované farmacie, FaF VFU Brno

Pandemie pokračuje

V Evropské unii bylo od roku 2002 zaznamenáno téměř 250 tisíc případů výskytu HIV, přičemž rezistence na alespoň jednu třídu antiretrovirálních léčiv může činit až 76 procent.

V roce 2006 bylo za šest měsíců provedeno v ČR ve 158 laboratořích přes 413 tisíc testů na přítomnost infekce HIV u českých občanů a rezidentů (osob jiné než české národnosti, s dlouhodobým pobytem v ČR). Nově bylo zachyceno 58 případů HIV/AIDS.

Preparát Isentress® (raltegravir), pro který získala licenci společnost MSD, je prvním z nové třídy antiretrovirálních léčiv nazývaných inhibitory integrázy. Zabraňuje vniknutí DNA viru HIV do lidské DNA. Pokud se podaří zabránit integráze, aby plnila tuto svou základní funkci, nebude se moci virus množit a napadat nové buňky. Používají se i další léky, které inhibitují další dva enzymy klíčové pro proces množení viru HIV, ale raltegravir je v tomto směru jediným schváleným. **(dop)**

POZVÁNKA NA XII. DNY KLINICKÉ FARMACIE

Sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP ve spolupráci s Farmaceutickou fakultou UK pořádají v roce 2008 již tradiční Dny klinické farmacie s tématem **„Rizika farmakoterapie a bezpečnost léčby: klinické a epidemiologické aspekty“**.

Akce se uskuteční v novém pojetí jako jednodenní a opakovaně se stejným tématem **v Praze v pátek 23. 5. 2008**, v Lékařském domě **od 13 do 18 hod. a v Brně v pátek 13. 6. 2008**, v hlavním sále Kanceláře veřejného ochránce práv **od 13 do 18 hod.**

Na obou akcích se zájemci mohou zúčastnit workshopu lektorů interaktivních dispenzačních seminářů od 10 do 12.30 hod., který bude přístupný pro prvních třicet registrovaných zájemců o workshop.

Registrační poplatek akce činí pro člena Sekce KF ČFS JEP 250 Kč, pro nečlena 350 Kč (poplatek zahrnuje odborný program a občerstvení). Je možné platit bankovním převodem nebo složenkou na konto ČFS ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, č. účtu 500617613/300 ČSOB Praha, variabilní symbol 258588 do 30. 4. 2008. Platba na místě je možná po dohodě s paní Kynkorovou.

Přihlášky zasílejte do 23. 4. 2008 na adresu: paní L. Kynkorová, Farmaceutická fakulta UK, Heyrovského 1203, 500 05 Hradec Králové, ludmila.kynkorova@faf.cuni.cz, tel.: 495 067 355.

Přihlášky volných sdělení k aktivní účasti zasílejte dr. Fialové na adresu: daniela.fialova@faf.cuni.cz (v kopii ludmila.kynkorova@faf.cuni.cz).

Kolegové, jejichž příspěvky budou přijaty k aktivní účasti, hradí snížený registrační poplatek (150 Kč člen, 250 Kč nečlen ČFS ČLS JEP).

PROGRAM

10.30–12.30: Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Michaela Šlesingerová, Nemocniční lékárna FN Bulovka. **Workshop lektorů interaktivních dispenzačních seminářů**

13.00–13.15: Zahájení

13.15–14.00: **MUDr. Michal Prokeš,** Infopharm, Praha. **Hodnocení kvality preskripce – role lékárníka**

14.00–14.45: **MUDr. Karel Macek, MUDr. Martina Prixová,** Odd. klinické farmakologie, Interní klinika FN Hradec Králové. **Lékové interakce a interakce léků s potravou**

14.45–15.00: Přestávka

15.00– 15.45: **Doc. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,** Katedra sociální a klinické farmacie, FaF UK. **Rizika léčby a epidemiologický přístup**

15.45–16.30: **PharmDr. Daniela Fialová, PhD,** Geriatrická klinika 1. LF a VFN, Praha, Katedra sociální a klinické farmacie, FaF UK. **Polyfarmakoterapie ve stáří – klinický a epidemiologický pohled**

16.30– 17.00: Volná sdělení

17.00– 17.45: Panelová diskuse, diskuse nad směřováním oboru KF

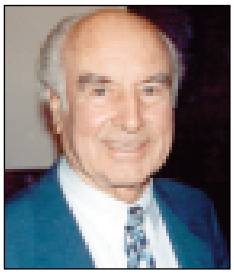
17.45–18.00: Aktivity Sekce klinické farmacie ČFS JEP v roce 2007–2008

Srdečně zve organizační výbor:

PharmDr. Daniela Fialová, PhD
PharmDr. Přemysl Černý
PharmDr. Alena Linhartová

Sedmdesát let od objevu LSD

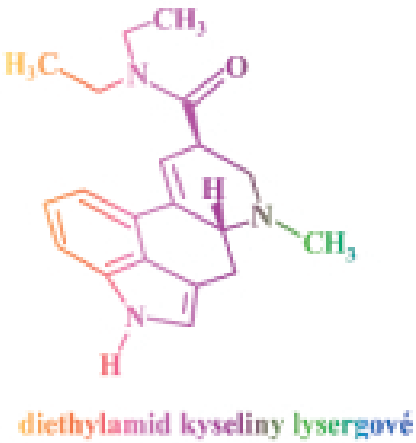
V letošním roce oslaví sedmdesátiny diethylamid kyseliny lysergové, obecně známý jako LSD. Tato rozporuplná látka rozhodně nepomýšlí na zasloužený odpočinek, ale dál zaměstnává miliony lidí na celém světě. Kolem jejího vzniku panovalo mnoho dohadů. Novináři ponejvíce zdůrazňovali náhodnost objevu. A skutečnost?



Dr. Albert Hofmann
Foto:
Philip H. Bailey

Ve 30. letech minulého století se švýcarská firma Sandoz plánovitě zabývala obměnami struktur sloučenin izolovaných z přírodních zdrojů. Mezi nimi byly i alkaloidy z paličkovice nachové (Claviceps purpurea), u nichž byl předpoklad pro využití v gynekologii a porodnictví. První syntézu LSD-25 provedl v roce 1938 člen výzkumného týmu, legendární chemik Albert Hofmann. Účinky nové sloučeniny však farmakology neuspokojily a testování bylo přerušeno. Tím historie LSD málem skončila.

O pět let později, 16. dubna 1943, připravil doktor Hofmann několik centigramů látky, aby je předal k dalším zkouškám. Při manipulaci došlo k náhodnému požití stop LSD. „Doma jsem si lehl a upadl do nepříjemného stavu podobného opilství, projevujícího se přebujelou obrazotvorností. Když jsem zavřel oči (denní světlo bylo velmi nepříjemně ostré a jasné), ocitl jsem se ve stavu podobném snění, projevujícím se nepřetržitým tokem představ fantastických výjevů, zobrazujících se s neobyčejnou intenzitou a projevujících se kaleidoskopickou hrou barev. Po dvou hodinách tento stav pomalu odezněl," napsal Albert Hofmann. Tři dny na to si vzal pokusně 0,25 mg látky, netušil, že jde o několikanásobek účinné dávky. Doprovázen asistentem dorazil po bláznivé jízdě na kole domů, kde musel okamžitě ulehnout. Nechme jej znovu vzpomínat: „Mé okolí se okamžitě začalo přetvářet do děsivých podob. Vše v místnosti vířilo a důvěrně známé předměty a věci nabývaly groteskně hrozivých tvarů. Nepřetržitě se pohybovaly, jako by byly poháněny nějakým skrytým neklidem." V ten den se objevil nový fenomén, působící na hranici mezi tělesnou a duševní existencí.



Vzorec: M. Potužák

Po druhé světové válce bylo LSD použito v lékařském výzkumu psychických chorob. Postupně se stalo modlou toxikomanů a později i hnutí hippies. A doktor Hofmann začal studovat zprávy cestovatelů, v nichž byly popisovány účinky některých rostlin, které nápadně připomínaly jeho vlastní zážitek po požití LSD. Ani snad nepřekvapilo, když v kultovní droze ololiuqui, semenech mexické svlačcovité rostliny Rivea corymbosa (L.) Hall., nalezl amid kyseliny lysergové a hydroxyetylamid kyseliny lysergové. Příroda si opět zalaškovala. Svlačec a cizopasná houba.

Zajímavostí LSD je nejen velmi nízká účinná dávka, kolísající v rozmezí 0,3–1,0 μg/kg, ale i malá toxicita látky pro člověka, charakterizovaná LD_{50}, odhadovaná mezi 200–1000 μg/kg. Bylo zjištěno, že účinky LSD mohou být rychle inaktivovány aplikací 50 mg chlorpromazinu i.m. Současná farmakologie se při popisu účinku LSD přiklání spíše k termínu rozšířeného vědomí (psychedelikum), než halucinace. Klíčové je ovlivnění serotoninových (5-hydroxytryptamin) 5-HT_{2A} receptorů. Nebezpečí drogy spočívá v možnosti návyku, vyvolání latentní schizofrenie a konání kriminálních činů pod jejím vlivem.

Mnoho času strávil Albert Hofmann vysvětlováním etických problémů svého objevu. Ale ani dnes nezahálí. V březnu 2008 bude moderátorem sympozia World Psychedelic Forum. Vždyť mu bude teprve 102 let. Ať jeho elán ještě dlouho vydrží.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Zdroje:
Hofmann, A.: Journal of Psychedelic Drugs, Vol. 11 (1-2), 1979, Kreigová, M. B.: Zelená medicina, Orbis, Praha 1970, Medline, Toxline, Wikipedia.

Devátý ples je za námi, ať žije příští – desátý!

S myšlenkou uspořádat lékárnický ples v Ostravě přišel před devíti lety PharmDr. Dušan Křiva. Pomyslné žezlo hlavního organizátora od něho po dvou letech převzala tehdejší předsedkyně OSL Ostrava Mgr. Bronislava Kovářová, tu ve funkci vystřídal Mgr. Tomáš Machů (na snímku vpravo). Letos kolegovi Machů přibyly i povinnosti spojené se zajištěním hladkého průběhu v pořadí už devátého plesu.

A tak se lékárníci z různých míst republiky 8. března sešli opět v hotelu Imperial. Přestože jich bylo trochu méně než v uplynulých letech, bavili se výborně. Za zaznamenání stojí myšlenka jednoho z nich: „V dnešní době jsme si samozřejmě všichni tak trochu konkurenty. Ale je škoda, že na to nedovedeme zapomenout ani ve chvílích, kdy se můžeme bavit a leccos si vyříkat v příjemné atmosféře. Rád

Blíží se jubilejní šedesátka od naší promoce v roce 1948

Carissime, blíží se jubilejní šedesátka od naší promoce v roce 1948. Eia ergo je nutné oslavit ji důstojně v co největším počtu, protože už to asi bude derniéra našich tradičních milých srazů. Stane se tak v sobotu 5. dubna 2008 od 13 hodin opět v Praze v Mánesu.

Věřím, že si tuto příležitost nenecháš ujít, neboť se všichni na sebe vzájemně těšíme, takže pokud jen trošku budeme moci přijít, nikdo z nás nebude chybět.

Těšíme se na Tebe, uvítáme Tě se slavnostním pocitem a velkou radostí.

Za promoční ročník 1948
Zdenka FOUKALOVÁ

Pozn. red.: Tento sjezd absolventů se koná každoročně pravidelně v dubnu – v době promoce. Zápisy ze setkání, pozvánky, fotografie i podpisy účastníků tvoří obsah už dvou zcela zaplněných alb, která budou zanedlouho předána do fondu Českého farmaceutického muzea v Kuksu.

Snímek je ze setkání v loňském roce.

vidím kolegyně a kolegy, kterým se vede výborně a těším se z přítomnosti dalších, kteří jsou v podnikání méně úspěšní, a přesto nezatrpkli."

Výborná kapela k tanci i poslechu, tradiční vystoupení mažoretek a bohatá tombola, to všechno na plese bylo.

Dík za krásný večer patří organizátorům, jimiž jsou Česká lékárnická komora a Okresní sdružení lékárníků v Ostravě, a samozřejmě také letošním sponzorům, společnostem Pharmos, Česká lékárnická a.s. a Alliance Healthcare.

Už nyní se však můžeme těšit na příští rok, neboť, jak pravil magistr Machů: „Devátý ples je za námi, ať žije příští – desátý!" **(red)**

VÝZNAMNÁ JUBILEA
březen 2008

80 let

PhMr. Jiřina Menclová (PSL)

60 let

Mgr. Helena Kalousová (PSL)
Mgr. Bohumila Mlčochová (OSL Přerov)
PhMr. Dáša Polikarpovová (OSL Karviná)
Mgr. Svatava Saadonová (OSL Rakovník)
RNDr. Helena Staňková (OSL Zlín)

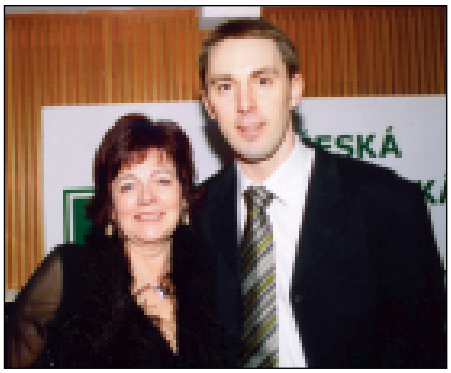
Za kolegou Zdeňkem Mickem

Dne 11. února zemřel ve věku nedožitých 80 let náš kolega pan PhMr. Zdeněk Micek.

Jako lékárník působil celý život v ostravských lékárnách, pro farmacii vychoval i svého syna.

Magistr Zdeněk Micek bral své povolání jako poslání. Svým nadhledem, klidem a rozvahou si získal úctu pacientů i spolupracovníků. Svou profesní kariéru zakončil na poliklinické lékárně v Ostravě-Hrabůvce.

Za kolegy a představenstvo
OSL Ostrava
Mgr. Bronislava KOVÁŘOVÁ



Sejdeme se po pětadvaceti letech?

Začínali jste studovat FAF UK v Hradci Králové **v roce 1983** a chcete společně po 25 letech zavzpomínat?

Přijeďte na sraz spolužáků všech tří oborů – **31. 5. 2008** do Hradce Králové. Přihlásit se můžete a více informací získáte na www.spoluzaci.cz/594840, na tel. 603 422 013 nebo pište na ludvik.racek@seznam.cz. Přihlašujte se prosím nejpozději do 15. 4. 2008! Místo srazu bude upřesněno, záleží na počtu přihlášených. Sledujte www.spoluzaci.cz/594840 !!!

Těšíme se na Vaši účast!

Hanka Humlová-Šindelářová, Luďa Ráček, Martin Mašát, Jirka Lukeš

Americké farmaceutické společnosti vynakládají více než 225 mil. USD na marketing potenciálních „blockbusters“ v období od třetí fáze klinického hodnocení do jednoho roku po uvedení přípravku na trh, a to úměrně očekávanému maximu obratu.

U přípravků s předpokladem obratu 500 mil. až 1 mld. USD je to v průměru 90 mil. USD, u přípravků s menším očekávaným obratem představují tyto prostředky pod 50 mil. USD.

Zajímavosti ze světa léků

Bezpečné užívání léčiv je hlavní záležitostí všech zdravotnických pracovníků, pojišťoven a pacientů.

Odhady hovoří o tom, že 3–7,5 % pacientů má zkušenost s klinicky významnými nežádoucími událostmi v souvislosti s medikací (nežádoucí lékové reakce, alergické reakce, interakce, chyby v medikaci). Tyto problémy byly důvodem 2,4–3,6 % hospitalizací v Austrálii, 3,1–6,2 % hospitalizací v USA či 3,2 % hospitalizací ve Francii. Prodlužují délku pobytu v nemocnici o 1,7–2,2 dne. Se závažnými zdravotními důsledky se potýká 6,7 % hospitalizovaných, fatální byly zaznamenány v 0,3 % případů.

Podle odhadů trpí 60–65 % dospělé populace v USA nadváhou. Jednou z obvykle přehlížených příčin přibývání tělesné hmotnosti mohou být užívaná léčiva, zvláště psychofarmaka (atypická antipsychotika, tricyklická antidepresiva), antidiabetika, steroidy, antihistaminika.

Podle přehledu z roku 2001, který se zabývá sexuálními problémy mužů, trpí alespoň jedním z nich přes 72 % mužů ve věku od 40 do 49 let. Nejčastější je předčasná ejakulace (66 %; podle konzervativnějších odhadů 35–40 %).

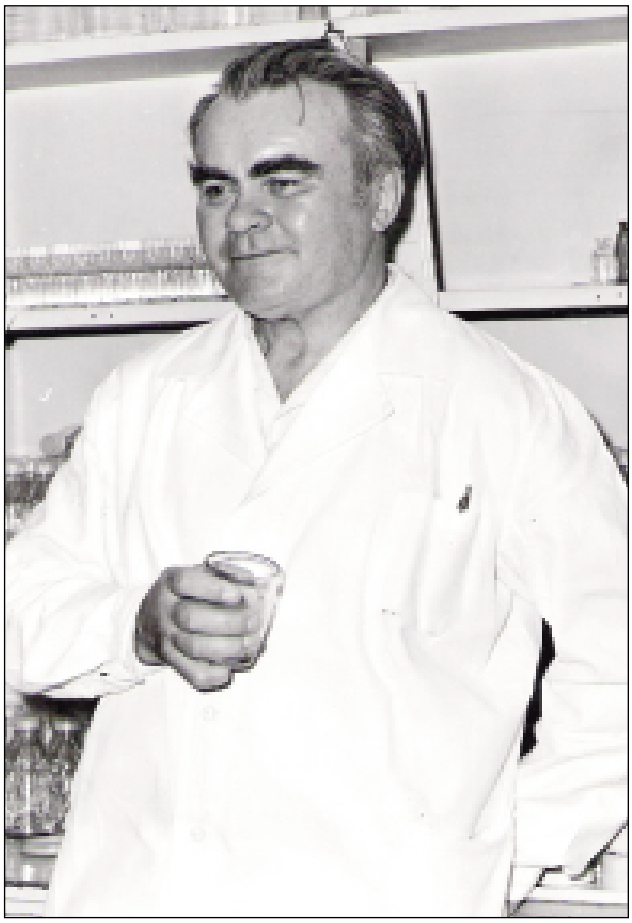
Tyto obtíže značně ovlivňují kvalitu života, vedou k depresím, nespavosti a konfliktům v partnerských vztazích.

(Par)

Památce kolegy Karla Záveského

Koncem loňského roku se lékárníci v Hradci Králové naposledy rozloučili s nestorem místních lékárníků panem PhMr. Karlem Záveským, který zemřel 6. listopadu 2007 v požehnaném věku 91 let.

Narodil se 8. května 1916 v Chlumci nad Cidlinou – Kladrubech, vystudoval Reálné gymnasium v Novém Bydžově, kde také maturoval. Jako aspirant nastoupil v červenci roku 1935 do lékárny „U zlaté koruny“ PhMr. Kunovského. Praxi zakončil o dva roky později tyrocinální zkouškou. Následovala studia na Universitě Karlově v Praze, kde promoval 24. 6. 1939.



Krátce pak pracoval v lékárně u PhMr. Marie Pomoczké v Novém Bydžově, odkud v srpnu téhož roku přesídlil do Hradce Králové do lékárny „U bílého jednorožce“ PhMr. Antonína Dvořáčka. Zde pracoval po celou válku až do 30. 6. 1945.

Vojenskou službu odsloužil od dubna do října roku 1946 v hodnosti nadporučíka.

Po smrti svého bratra vychovával láskyplně jeho děti, a protože s manželkou Jaroslavou nemohli mít děti, věnoval se jim jako vlastním.

Od 1. 7. 1945 do 15. 1. 1950 působil v Nové lékárně PhMr. Honse na Roseweltově náměstí. Po znárodnění tamtéž až do konce listopadu 1951, kdy byla lékárna zrušena. Dne 1. 12. 1951 se vrací jako odpovědný správce do znárodněné lékárny PhMr. Antonína Dvořáčka na třídě Československé armády 287, později za Lékárenské služby označené číslem 05-02-03. Zde působí až do svého odchodu do penze 30. 6. 1980. Fotografie PhMr. Záveského je pořízena při předávací inventuře.

Díky jeho konzervativnímu postoji a vytrvalému odmítání „modernizace“ lékárny v šedesátých létech, kdy vznikaly šedobéžové sektorové typizované oficíny, zůstal zachován původní dřevěný lékárenský nábytek, který tak dodnes slouží svému účelu v lékárně ve Věkoších.

Pan lékárník Záveský svým profesním i lidským přístupem vychoval mnoho mladších kolegů. Byl úzce spjat s lékárnou mého tatínka, a když jsem dva dny po maturitě 4. 5. 1944 nastoupil do lékárny, byl to on, který mne společně s mým tatínkem zasvěcoval do tajů farmacie. A po více než třiceti letech, v roce 1976, můj syn, PharmDr. Milan Dvořáček, svoji první praxi při studiu farmacie absolvoval rovněž v bývalé dědečkově lékárně pod laskavým vedením pana lékárníka Záveského.

S kolegou Karlem jsem se dlouhá léta setkával při různých lékárnických akcích i na vojenských cvičeních. S jeho odchodem jsme ztratili nejen vynikajícího kolegu lékárníka, ale také milého a laskavého přítele, na kterého nikdy nezapomeneme.

PhMr. Milan DVOŘÁČEK

jak se psalo před 75 lety

Jak evidovati drobné dlužníky

Záleží sice čistě jen na lékárníkovi, kdy a za jakých podmínek dá lék na dluh, ale dá-li již, jest druhou otázkou, jak má vésti v evidenci všechny ty drobné dlužníky a hlavně fakt, platí-li dlužníci správně. Samozřejmě, že záznam se svěří i s celou evidencí papíru.

Při těchto dluzích je hlavní otázkou doba splatnosti – záznam má podat v přehledu seznam nezaplacených obnosů, jejichž splatnost již prošla. Dlužníky budeme zaznamenávat tedy do knihy linkované, opatřené číslováním a sice tak, že je číslována na svém začátku každá druhá linka pořadovým číslem. Celou knížku máme rozdělenou na jednotlivé měsíce v roce (asi snad po čtyřech listech začíná nový měsíc). Abychom jednotlivé měsíce snadno v knize vyhledali, opatříme knihu po straně dvanácti výřezy (po způsobu manuále).

Vydáváme-li pak nějaký lék na dluh, domluvíme se nejprve se stranou o splatnosti příslušné částky (ve kterém měsíci nám bude částka splacena) a podle toho vepíšeme pak dluh do knihy do příslušného měsíce. Pro každého dlužníka máme k disposici dva řádky: Na prvním řádku je poznamenané pořadové číslo, jméno dlužníkovo a jeho bydliště (číslo domu!), na druhém pak datum a dlužná částka. Dlužníkovi odevzdáme lístek (z tuhého papíru!), na kterém je pořadové číslo dluhu, případně i výše dluhu. Při placení dlužník lístek předloží, aby bylo usnadněno hledání. Nedonese-li lístek sebou, nezbude než hledati, jak tomu konečně jest vždy, píší-li se dlužníci postupně za sebou.

Praktický lékárník, březen 1933, str. 80

Konečně rybí tuk bez zápachu

Ol. Jecoris Asselli alb. jest ode dávna znám jako specifikum při rachitis, dále jako nutriens při skrofulose a tbc., avšak pro přílišný rybí zápach jen nepatrné procento malých pacientů jej snášelo. Nyní podařilo se však tento rybí zápach, rybímu tuku tak vlastní, chemickou cestou odstraniti.

Tento nový rybí tuk, jinak identický s Ol. jecoris asselli alb., odpovídající Ph. A. VIII., přichází již na náš trh v originálních láhvích po 200 gr. pod názvem „Vitran“ (odvozeno z „Vitaminy“ a „Fischtran“) za lidově přístupnou det. cenu Kč. 12.- a bude vítán jistě jako vděčný předmět ručního prodeje v našich lékárnách.

Praktický lékárník, březen 1933, str. 84

Spojme se k boji proti fušerství!

Již řadu let pozorujeme u nás neblahé zjevy pokud se týče způsobu soutěže a propagace při prodeji farmaceutických specialit. Pozorujeme s údivem, co všechno jest možné a ptali jsme se v duchu, proč se nenajde někdo, kdo by rázně zakročil. Barnumský a neseriosní ton reklamy některých „podnikatelů“ vzbuzuje v odborných kruzích pohoršení, v kruzích průmyslových zmatek, nejistotu a touhu po spravedlivém potrestání těch, kteří svým počínáním hanobí dobré jméno lékárnictví a farmaceutické výroby.

A tu v hodině více než dvanácté čteme v Časopise lékařů českých výborný a přehledný článek Dra E. Starkensteina, profesora farmakologie na zdejší německé univerzitě, o dnešním smutném stavu při léčení specialitami.

Ve specialitách jest největší závadou, že se uvádějí na trh stále tytéž základní látky s nepodstatnými změnami, ale s novými jmény a neprůhlednými chemickými formulemi, takže lékaři nevědí, co svým nemocným dávají a často střídajíce léky, dávají ve skutečnosti pořád týž lék. Platí to zvláště o luminalu, pyramidonu, antipyrinu. Místo kofeinu je na př. nový lék označen jako 1-3-7-trimethyl-2-6-dioxypurintrioxycarballyl, místo diuretik se napíše acetylhydroxybenzoat, místo papaverin tetrametoxybenzylisochinolin, místo saccharin orthosulfaminobenzoanhydrit.

Lékaři nepátrají po složení léku a ordinují prostě jména podle indikace obchodních prospektů. Klasický příklad jarmarečního nabízení léků, které lékaři nekriticky předpisují, je nejnovější ostuda s togalem. Lékárník Brauner na Příkopě si přinesl ze své vlasti do Prahy smysl pro obchodní podnikání: ve všech denních listech českých i německých nabízí togal proti všem nemocem od chřipky takřka až k plešatosti. Jeho tabletka togalu obsahuje 0.193 g kyseliny acetylsalicylové, 0.004 g chininu, 0.0018 g lithia, 0.0098 g tanninu, 0.056 g salicylové kyseliny, 0.05 g magnesia a hliníku. V prospektu slibuje, že togal mírní „bolesti všeho druhu“, ač je známo, že to nedokáže aspirin ani atofanová skupina, nýbrž jen morfium. Slibuje účinek při dně, ač je tam lithia nedostatečná dávka, slibuje účinek při tyfu atd. Kdežto aspirinu stojí 10 g 2.80 až 4.10 Kč, stojí v togalu 10 g kys. acetylosalicylové 44 Kč.

Lékárník Brauner uvádí ve prospektech i lékařské autority plným jménem, které si togal chválí. Starkenstein dopsal dvor. radovi Singerovi do Vídně a ten odpověděl, že vůbec togal nezná, zásilku na zkoušku vrátil, prof. Fleckseder píše, že togalu ani jednou neužil se zřením k podvodnické reklamě.

Starkensteinova kroku bylo již vskutku velmi zapotřebí, neboť prapodivné metody propagační rozmáhají se i u nás dle některých neblahých vzorů cizích zvláště amerických stále víc a více a laická propaganda stává se vlastně běžným zjevem a pomůckou ke zvýšení obratu zvláště u těch firem výrobních, které nezískaly dostatek sympatií lékařství a lékárnictva a musí si pomoci tím, že „jdou mezi lidi“.

Prof. Starkenstein vyzval lékařstvo. Kdo vyzve lékárnictvo? Kdo je upozorní, že právě tato těžká doba svádí slabé charaktery k nekalému podnikání, kdo je upozorní, že se nejedná vždy jen o speciality, nýbrž o vše, co může lékárník potřebovat, na př. chemikálie, drogy, galenica? Kdo semkne řady farmaceutů k boji proti úpadku odborné odpovědnosti a morálky, v boji pro rozkvět našeho veřejného zdravotnictví? Máme-li přečkati současnou neutěšenou epochu hospodářského i mravního úpadku hmotně i mravně, jest nám zapotřebí vážné iniciativní práce a ne neplodného napodobení cizích vzorů ať již dobrých či špatných.

Časopis československého lékárnictva, č. 3/1933, str. 130

NADAČNÍ FOND LIVIE
A VÁCLAVA KLAUSOVÝCH:

Starší generace se učí komunikovat

Představujeme Nadační fond manželů Livie a Václava Klausových, který se úspěšně zapsal i do současného života důchodců ČR.

Fond byl založen v roce 2003 a jeho úkolem je podporovat především humanitární aktivity fyzických a právnických osob, zaměřené zejména na podporu projektů a aktivit sociálně-zdravotního charakteru a v oblasti vzdělávání.

Vše o Nadačním fondu je konečně na www.nadacnifondklausovych.cz.

Fond má řadu aktivit velmi prospěšných zejména pro děti v dětských domovech, jako je startovné do života, dále jazykové kursy v dětských domovech, řidičské kursy pro děti z těchto zařízení. Fond podporuje rovněž letní divadelní představení, návštěvy Klementina, přípravu děti ze sociálně slabších rodin pro studium architektury a poskytuje řadu stipendií pro studium u nás i v zahraničí,

Jeden z programů Nadačního fondu manželů Livie a Václava Klausových je věnován zvýšení gramotnosti nejstarší generace, a to v práci s počítačem a užíváním internetu. Tento program nazvaný „Senioři komunikují“, který se uskutečnil v roce 2007 poprvé, potěšil řadu seniorů nejen proto, že jim umožnil seznámit se s počítačem a internetem, ale také zacházet s mobilem či platební kartou.

V předešlém roce to byly 103 kursy v celé republice. V každém je jen deset účastníků. Dvanáct těchto kursů organizoval i Svaz důchodců ČR, a to v Praze, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Jihlavě, Prachaticích a ve Frýdku-Místku. Konají se především ve školách a z peněz fondu je hrazeno nejen zapůjčení místností a počítačů, ale také odměna lektorům.

Nadace organizacím hradí i náklady spojené s propagací a zabezpečením kursů, které jsou pro seniory zcela zdarma, navíc dostane každý velmi kvalitní a srozumitelně připravená skripta. Povinností účastníků je nejen pravidelná docházka (osvědčilo se kurz uskutečnit během týdne v odpoledních hodinách, kdy školy měly volné učebny), ale také zhodnocení kursů. To dopadlo u 120 účastníků z řad členů Svazu důchodců ČR velmi pozitivně. Většina účastníků byly ženy, nemálo bylo i lidí starších pětasedmdesáti a více let. Každý z účastníků obdržel osvědčení o absolvování kursu. Navíc Nadační fond rozdal organizacím počítače, které musí být veřejně pro seniory přístupné (např. v klubovnách, v knihovnách apod.).

Zájem o kursy pro rok 2008 je veliký. Jen Svaz důchodců ČR požádal o uspořádání osmadvaceti kursů.

Uvádíme tyto údaje také proto, že i lékárníci se stále více budou setkávat se seniory, kterým internet zatím nebyl dostupný, ale teď budou lépe komunikovat také s odborníky.

(jsol)