



LÉKÁRNA U ANDĚLA STRÁŽCE

— V PROSTĚJOVĚ, —

MR. ŠTĚPÁN GAZÁREK.

Rp.
 Ol amygdalar
 Plumbi acet bas sol
 Spirit aeth nitrici a 2g
 Tinct Benzoes H 2v
 Aq rosae ad 200g
 # Vše nahřít. 8
 Linae alb 4.5 9
 Ol amygd dulce 7.5 15
 Celacei 7.00 14
 Prisma submtr
 Hy ppt albi a 1g
 Mast

Jak po Lékařnickém sněmu? Jako po výprasku. Toto hodnocení jednoho z účastníků přesně popisuje náladu, v jaké lékárníci řadu let žijí. Je to bezmocnost a oprávněná pochybnost, jestli někomu v této zemi na lékárenství vůbec záleží. Máme obavy, že další a další změny (a nejde pouze o neustálé předělávání software) lékárníkům jen připomínají – nemáte si co vyskakovat! Ale to už tu v roce 1948 bylo. Lékařník je opět třídní nepřítel?



Nátlak na lékárníky přestává být únosný. Např. SÚKL požaduje informace z lékáren tak samozřejmě, jako by zákonodárce považoval jejich předávání za nedílnou podmínku fungování lékáren.

Každá změna prozatím vedla zároveň k tomu, že se lékárníci stali obvyklým hromosvodem pacientů. Asi by si obecně nespokojení občané nemohli vylít své každodenní frustrace jinde. A že možná ubude pár lékáren? No a co? I tak je jich víc než dost. Teď se už ale lidé těší, že v lékárně budou platit méně. Když si budou přát méně tabletek, dostanou jen jedno platíčko nebo jim lékařník pár kousků nasype do sáčku. To je pokrok! O změně zákona o léku ale není v té souvislosti slyšet.

Nedávno jsem mluvila s několika slovenskými lékařníky (příspěvky dvou z nich si můžete přečíst v tomto čísle). Situaci českých kolegů sledují průběžně a naše postavení považují za horší než na Slovensku, i když řadu problémů máme podobných. Jsme prostě pořád na jedné lodi. Jenže lepší je tančit na palubě s vědomím, že do podpalubí se nehrne voda.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda)

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuř, PharmDr. Dušan Holečko,

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

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

PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.

A. Staška 80, 140 46 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku

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

distribuce

PNS Grosso, s. r. o.

Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

grafická úprava

Kateřina Věvodová

tisk

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 4/2009 – 1. dubna 2009

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

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



Přívozká 6, 702 00 Ostrava

tel.: 596 115 372, tel. + fax: 596 114 844

e-mail: casopis@ova.inecnet.cz

obsah

Přechod na euro jsme zvládli, ale i tak se máme na co těšit	4
Zeptali jsme se	5
Na nejdůležitější otázky nedal odpověď ani Lékařnický sněm	6
Budiž světlo kolem náhrad za ztrátu času	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Vysoké dávky antidepresiv	9
Odborné semináře, Interaktivní dispenzační semináře, Semináře, které pořádá PHC	10
Správné dispenzační minimum: Kontaktní oční čočky	11
Výzva k posílení naší reprezentace ve FIP	12
Deváťáci, nezaváhejte, a hybaj do lékáren!	13
Rozhovor: Jediné, co můžeme dělat, je stát při sobě	14
Atestace by měly být nastaveny tak, aby zaručovaly odbornost	15
Tak to vidím já: Dík a uznání našim redaktorům	16
Molekula měsíce: Telcagepant	17
Nově registrované látky: Ribaroxaban	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Glycine max (L.) Merr.	19
Farmaceutická péče v lékárnách	20
Naše komora se podílí na projektu SENIOŘI	23
Biologická účinnost produktů z brusinek	24
Okresní sdružení Nový Jičín	26
...tak trochu být miláčkem bohů	27
Jak se psalo před 75 lety	28

titulní strana



Kopie na blanketu lékárny Prostějov, Mr. Štěpán Gazárek, bez data.

(recept zapůjčen z fondu Českého farmaceutického muzea v Kuksu)

Přechod na euro jsme zvládli, ale i tak se máme na co těšit

Euro, evro, ero. Ne že bychom měli u nás tři druhy měny, ale asi tak nějak nazývají lidé novou měnu. Cesta k tomuto cíli na Slovensku byla vytyčená někým jiným než lékárníky, a tak jsme se museli přizpůsobit. Ale jak říká lidové přísloví – člověk si zvykne i na šibenici. Jestliže mám zhodnotit celou situaci z pohledu lékárníka stojícího skoro denně za tárou, pak můžu konstatovat, že přechod nám sice připravil několik nepříjemných překvapení, ale obvykle to zavini-li buď příliš horliví úředníci některých institucí, nebo naopak někdy příliš pomalí úředníci, kteří měli na všechno čas.



PharmDr. Ján Valjan, prezident Slovenské lékárnické komory

V některých případech se v obou kategoriích vyskytli úředníci, kteří nevěděli, o čem úřadují.

Nejaktivnější asi byli různí kontroloři, kteří kontrolovali, jestli máme správné duální označení, správné tabulky s označením konverzního kurzu a jestli nezvyšujeme cenu. Celý proces měl několik fází. V té první přípravné fázi se nás v lékárnách týkalo několik povinností. Duální označení cen, tj. cena korunách a v eurech (přesně v tomto pořadí). V lékárnách to přineslo první problém.

Co se týče léků vydávaných bez lékařského předpisu – to bylo jasné. Co se týče léků vydávaných na recept a s doplatkem pacienta – musely by být na krabičce 4 (slovem čtyři) ceny. Celková cena v korunách a eurech, a to samé při doplatcích. Některé krabičky by byly polepené jen a jen cenovkami.

Příslušné orgány pochopily, že tak to být nemůže, proto pro léky vydávané na recept platily jen slovenské koruny a v lékárnách musel být vyvěšen seznam s cenami v korunách i eurech. Samozřejmě se to kontrolovalo. Až na větší spotřebu různých kancelářských potřeb, cenovek a nákupu duálních tipovacích kleští se v podstatě nic nedělo. Osobně jsme v lékárně duálně označovali co se dalo, abychom si zvykli na nové ceny v eurech.

Mnohem zajímavější situace nastala na Silvestra. Čekala nás měsíční uzávěrka, inventura, kategorizace a přechod na euro. Byl to velmi zajímavý Silvestr a oslavovali jsme tak pěkně socialisticky – prací. Největší problém měli ti, kteří 1. ledna začínali pohotovostní službou. Lékárně patřily mezi první zařízení na Slovensku,

která začala už od půlnoci používat novou měnu.

Situaci zkomplikovalo ještě to, že do 16. ledna 2009 platily dvě měny – tj. pacient mohl zaplatit v eurech nebo korunách, ale výdavek už musel dostat v eurech. Na tento bohumilý úkon jsme se předzásobili euromincemi. V některých lékárnách měli uložených třicet, ba i víc kilogramů euromincí. Pro uložení hmotnosti platily specifické požadavky bank. Aby se lékárně (ale i jiné provozovny) nestaly směnárny, platilo, že pokud se platí bankovkou převyšující čtyřnásobně hodnotu nákupu, nebyli jsme povinni vracet v eurech.

Fáze trvající přibližně dva týdny byla z hlediska práce za tárou asi nejsložitější. Bylo třeba věnovat pozornost nejen odborné stránce výdeje, ať už na recept nebo bez receptu, kontrolovat všechny náležitosti receptu, ale i pohybu financí, hlavně malilinkatých euromincí. Pro tyto účely jsme si zakoupili lupy – tedy hlavně ti dříve narození. Taky jsme si, aspoň většina z nás, zakoupili indikátor falešných bankovek. Nastoupila u nás plnohodnotná odborná práce.

Po 16. lednu 2009 už je to běžná rutina, nic nového pod sluncem, zkrátka fungujeme, jak zákon káže, až to hučí.

Dotkneme se ještě dvou zajímavých problémů. Noviny, televize a rozhlasové stanice se vehementně zajímaly o činnost lékáren. Jak víme, vždycky koncem roku, resp. začátkem roku, se obvykle dělají inventury, část lékáren má dovolenou apod. Doteďka to nebylo pro masmédiu nic zajímavého, až najednou začala spekulovat, proč jsou lékárně zavřené. Je pravda, že několik lékáren

využilo možnosti a do 16. ledna neotevřely, ale jinak provoz běžel úplně normálně. Pokud jsem sdělovacím prostředkům situaci vysvětlil tak, že se nic mimořádného neděje a že většina lékáren funguje normálně, přešly to bez povšimnutí. Spíš čekaly na nějaké senzace, že to nezvládneme, že na situaci nadáváme a podobně.

Druhým problémem se ukázal oběh mincí. Banky si za spočítání mincí braly poplatek. A staly se případy – když poplatek dosáhl značného procenta z hodnoty mincí, že poplatek za mince byl vyšší, než zisk z prodeje za tyto mince.

Dnes už tato anomálie skončila a doufám, že nikoho nenapadne ji obnovit. Když to mám zhodnotit, pak lékárníci přechod na euro zvládli. Problémy nastávají až nyní. V lednu o 20–30 procent nižší obrát lékáren. Nevíme, jestli to připisat hospodářské krizi nebo euru. A teď nás čeká nová kategorizace od 1. dubna. Předpokládané ztráty na lékárně budou od tisíce do osmi tisíc eur, podle velikosti lékáren. Máme se nač těšit.

PSEUDOEFEDRIN ZNOVU NA SCÉNĚ:

Je to chřipka, nebo „absták“?

Máme tu znovu novelu zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Kromě mediálně propíraného převedení pseudoefedrinu „na recept“ se provozu lékáren týká ještě další novinka – povinnost provozovatele požádat o povolení k zacházení s pomocnými látkami. Bližší podrobnosti zpracujeme po schválení zákona. Dnes snad jen poznámku, že se do původního návrhu podařilo pro lékárně změnit dobu platnosti povolení ze 3 let na dobu neurčitou a snížit na nulu původně navrhovaný správní poplatek 3 000 Kč.

A jak s „pseudoefedriny“? Už od začátku své účinnosti a ve všech pozdějších novelách řeší zákon o návykových látkách problematiku zneužívání léčiv jejich povinným výdejem na recept. Od 1. ledna 1999 se účinností zákona 167/1998 Sb., o návykových látkách, začala některá dříve volně prodejná léčiva vydávat pouze na recept. Pro mnohé z nás je dnes skoro nepochopitelné, že uvedené přípravky mohly být vydávány i bez receptu: Alnagon, Codein, Diolan, Spasmoveralgin (neo), Bellaspon, Dinyl, Fortral, Rohypnol...

ZEPTALI JSME SE

Myslíte si, že Česká lékárnická komora pracuje ve prospěch svých členů dostatečně?

Novelou tohoto zákona se od roku 2001 začal vydávat Rohypnol pouze na „opiátový“ recept s modrým pruhem a na „obvyčejný“ recept se přesunul výdej Solutanu, Mucoseptonexu E, Disophrolu a dalších léčivých přípravků s obsahem efedrinu nebo pseudoefedrinu. Výjimku tvoří léčivé přípravky s obsahem pseudoefedrinu do 30 mg v jednotce lékové formy (Aspirin Complex, Daleron, Modafen, Nurofen StopGrip, Panadol Plus Grip, Paralen plus). Už při novelizaci v roce 2000 se diskutovalo o převedení i těchto léčivých přípravků do výdeje na recept. Pozměňovací návrh takřka shodný se současným podávala tehdy ještě „neznámá“ poslankyně Lucie Talmanová. Její návrh se nakonec do zákona nedostal.

Přitom se od roku 2004 prodej této skupiny léčiv každoročně prakticky zdvojnásobuje. Podle dostupných údajů se více než 80 % použije pro nelegální výrobu metamfetaminu. Z původních odhalených 19 varen v roce 1999 se stalo zhruba 500 v roce 2008. Kromě očividného dopadu do společnosti a masivního nárůstu množství rekreačních uživatelů této drogy nelze opomenout dopady nelegální výroby na životní prostředí.

Izolací pseudoefedrinu z léčivých přípravků v nelegálních varnách odteklo za loňský rok přímo do kanalizace více než 10 tun ibuprofenu. Organická rozpouštědla (benzín, toluen) s obsahem fosforu a jódu, kyselina chlorovodíková... Na 1 gram vyrobené drogy připadá přibližně 100 gramů toxického odpadu. Na 1,5 tuny nelegálně vyrobeného pervitinu ročně připadá 150 tun nebezpečných chemikálií.

Vzhledem k tomu, že tato změna ovlivní i skupinu skutečných pacientů (těch, kteří pro terapii chřipky spotřebují méně než 20 % těchto léčiv) je namístě poukázat na to, že na trhu existuje dostatek terapeuticky ekvivalentních přípravků. Ty jsou a budou i nadále dostupné v lékárnách bez jakéhokoliv omezení, jejich výdej není vázán na lékařský předpis.

Minulý měsíc schválila poslanceká sněmovna další novelu, ve které poslanci své tehdejší rozhodnutí upravili. Pokud bude mít stejný názor i senát, bude možné vydávat léčivé přípravky s obsahem pseudoefedrinu pouze na lékařský předpis. Budeme držet palce sobě i paní poslankyni Konečné. Kdyby se totiž měla situace opakovat, stalo by se pro ni obsazení funkce příštího premiéra zajímavým i v jiné než politické rovině.

Mgr. Stanislav Havlíček
prezident České lékárnické komory



PharmDr. JANA BROFTOVÁ
Lékárna Masarykovy nemocnice,
Ústí nad Labem

Jsem přesvědčena, že pracuje dostatečně. Proto si myslím, že Grémium majitelů lékáren by nemělo v této složité době činnost představenstva komora podkopávat, ale naopak se s vedením komory spojit. Každá nejednotnost a každý spor oslabují, zejména v těchto těžkých časech, celý lékárnický stav.

PharmDr. LENKA HUSÁKOVÁ
Lékárna Zubří

Jsem vděčná komoře za její činnost, protože v současné krizové době představenstvo dělá co může. Přesto si myslím, že nemá cenu jednat v rukavičkách, když stát se k nám chová takovým způsobem. I výzva ke stávce nebo k občanské neposlušnosti je namístě. Situace je taková, že komora nemůže vyzývat k porušování zákona, ale musí hledat všechny možnosti, jak se bránit. Protože probíhá permanentní sjezd, jeho svolání považuji v této situaci za potřebné. Jestli se opravdu uvažuje o dalším snížení marže, mohlo by se stát, že za čas nebude koho svolávat.



Mgr. JAROSLAV SERVUS
Lékárna U Černého orla, Prostějov

Z pohledu toho, že komoru tvoříme my všichni její členové, považuji tu práci za nedostatečnou. Lékárníci v našem okrese jsou pasivní. Čekají, co se jim řekne, co se jim navrhne jako řešení. Představenstvo se snaží co mu síly stačí, ale postrádáme zpětnou vazbu, a to je chyba. Domnívám se, že to často vnímá podobně i představenstvo naší komory.

PharmDr. MARTIN KOPECKÝ, Ph.D.
Lékárna Zdraví, Zábřeh

Nejprve je třeba si ujasnit, kdo jsou členové komory. Jednotliví lékárníci, nebo provozovatelé lékáren? Členy komory jsou lékárníci, to vyplývá ze zákona o komorách. Proto jsem byl na Lékárnickém sněmu v Ostravě udiven, když jsem slyšel z úst přednášejících, že vedení komory se nyní zabývá především problémy provozovatelů a na jiné věci, které komoře přísluší (kontinuální vzdělávání, etika profese apod.) jim nezbyvá čas. Lze tedy říci, že v některých aktuálních problémech komora pracuje dobře (např. vypracovaná stížnost k Evropské komisi), v jiných špatně. Příkladem budiž jednání vedení ČLK na ministerstvu zdravotnictví o novém cenovém výměru platném od dubna. Jít na takto důležité jednání s analýzou dopadů výměru z jedné lékárny považuji za amatérismus, který ve svém důsledku může lékárny i poškodit. Svědčí to o nekompetentnosti komory jednat kdekoli o ekonomice lékáren.



V Ostravě se 7. března uskutečnil Lékárnický sněm, jehož se zúčastnilo kolem stovky kolegů a kolegů. Seznámili se s aktuálními informacemi o nejpálčivějších tématech současnosti. Regulační poplatky, odpočet, centrální úložiště, sběr dat, pseudoefedrin, stanovení úhrad se zpětnou platností byly více než dostatečnou náplní celodenního programu.

Z úst prezidenta, viceprezidenta, členů představenstva a právního poradce komory bylo možné si vyslechnout vše, co se v rámci těchto témat už odehrálo včetně toho, co lze očekávat do budoucna. Sněm byl ideální příležitostí k výměně názorů a k vysvětlení problémů, které nelze objasnit jen prostřednictvím zveřejnění na webu komory nebo v časopise.

Kvůli konání politické reprezentace se účastníci sněmu vůbec nedostali k jednání o věcech, o kterých by jistě mluvili raději.

Většina sněmovníků vyjadřovala názor, že nevybírání regulačních poplatků v krajích navodilo dosud nejhorší situaci v lékárenství v historii. O to znatelnější bylo rozhořčení z toho, že stát svou neschopností vymoci povinnosti, které sám zákonem ukládá, způsobuje, že jsou poškozova-



Na nejdůležitější otázky nedal odpověď ani Lékárnický sněm

vání ti, kteří zákon dodržují. Prázdné ofi- cíny jsou toho nejpřesvědčivějším důka- zem.

Bezmoc při využití právních prostřed- ků, které by lékárny rychle ochránily před nezákonným jednáním krajů, sněm vy- dířil alespoň sepsáním symbolické žaloby proti státu, ministerstvu a krajům. Je ne- sporané, že situací by vyřešilo úplné od- stranění regulačního poplatku za recept. Jednodušší by však bylo, kdyby se odpo- vědné orgány nebály označit poskytování jakýchkoliv výhod v souvislosti s předlo- ženým receptem za obcházení povinnosti vybírat regulační poplatky.

Komora i sami lékárníci mají jen ome- zené možnosti obrany. O to více je nutné, aby plně využívali těch, kterými disponu- jí. Proto byli sněmovníci vyzváni, aby byly v co největší míře podávány žádosti o od- škodnění Prestaria a odvolání proti roz- hodnutím o Renpressu a Inhibace. Systém regulačních poplatků, odpočtu a stanove- ní úhrad zavedený v posledních dvou le- tech je natolik složitý a bezohledný vůči lékárníkům, že je nutné jej napadnout ze všech stran v co největší míře. Jen tak lze alespoň upozornit na to, že lékárníkům vadí.

Na poli centrálního úložiště a sběru dat dosud nedošlo k posunu v názoru Stát- ního ústavu pro kontrolu léčiv na rozsah a způsob poskytování dat. Ústav nebyl schopen ještě ke dni konání sněmu při- pravit podmínky pro funkční nakládání s elektronickým receptem. Na sněmu opět zazněla výzva k nepřijímání routerů, jako jediného prostředku, který komoře umož- ňuje vést jednání o pohodlném přístupu do úložiště a přiměřenému předávání dat.

Lze říci, že kvůli konání politické repre- zentace se účastníci sněmu vůbec nedo- stali k jednání o věcech, o kterých by jistě mluvili raději. Odbornost, vzdělávání, bu- doucí vývoj se na pořad dne nevesly.

(red)

Snímky: Jiří KOTLÁŘ



Budiž světlo kolem náhrad za ztrátu času

Kolem odměňování funkcionářů komory se čas od času rozvine debata, ve které fakta a skutečnosti hrají epizodní roli. Po roce fungování nového představenstva ČLK je ideální čas předložit skutečnost a eliminovat báje a pověsti. Platný zákon o komorách č. 220/1991 Sb. v § 10 praví: „Funkce v orgánech komor a okresních sdružení jsou čestné; za jejich výkon je příslušnou komorou vyplácena náhrada za ztrátu času (dále jen NZČ) a náhrada hotových výdajů.“



Mgr. Michal Hojný, viceprezident ČLK

Tolik zákon. Konkrétní výši NZČ schvalují delegáti sjezdu. V roce 2000 byla takto schválena částka **100 Kč/hod.** K navýšení na **150 Kč/hod.** došlo v roce 2004. Delegáti sjezdu schvalují také v rozpočtu ČLK konkrétní kapitolu – Náhrady za ztrátu času. Tou je tedy dán maximální objem finančních prostředků, který lze použít za tímto účelem. Konkrétní pravidla pro stanovení a výplatu NZČ pro představenstvo, revizní komisi, čestnou radu, licenční komisi a inspektory každoročně schvalovalo (a i nadále schvaluje) představenstvo ČLK. Vychází přitom ze základních pravidel daných sjezdem s následujícími změnami:

■ **Hodinová sazba** schválená sjezdem ČLK se v případě prezidenta zvyšuje o 100 %.

■ **Hodinová sazba** schválená sjezdem ČLK se v případě viceprezidenta zvyšuje o 50 procent.

■ **Stanovuje se paušální částka** za 1 účast na zasedání orgánů ČLK s ohledem na průměrnou délku jejich jednání.

Náhrady za ztrátu času lze přiznat i předsedům OSL, resp. funkcionářům na úrovni OSL. Návrh na výplatu předkládají tito funkcionáři formou výkazu činnosti k odsouhlasení prezidentovi ČLK.

Od 1. 1. 2008 přijalo PČLK pro zprůhlednění systému odměňování pravidlo, že výplata NZČ bude realizována **výhradně** na základě vyplněného výkazu činnosti funkcionáře. Není-li takový výkaz předán na sekretariát, není vyplacena náhrada.

Připojená tabulka aktivit členů PČLK zahrnuje součet hodin uvedených v jejich výkazech a hodin strávených na zasedání PČLK za rok 2008.

Kapitolou zasluhující vlastní podrobný komentář je stanovení NZČ u prezidenta ČLK. Vzhledem k charakteru činnosti (prakticky úvazek 1,0 a vyšší bez možnosti vykonávat kontinuálně lékárnickou profesi v lékárně) byla již v minulosti stanovena paušální měsíční částka. Do srpna roku

2007 činila 60 000 Kč/měsíc. Následně byla valorizována na **90 000 Kč/měsíc.** Mgr. Havlíčkovi byla při nástupu do funkce odsouhlasena v lednu 2008 náhrada ve výši 70 000 Kč/měsíc. Z této částky prezident odvádí sociální a zdravotní pojištění. Hrubý příjem odpovídá cca **52 000 Kč mzdy zaměstnance.** To vše za prakticky celotýdenní pracovní nasazení. „Mzda“ prezidenta je tak na obdobné výši jako mzda odborného zástupce větší pražské lékárny... Časové vytížení srovnajte sami. V porovnání s prezidenty ostatních zdravotnických komor se jedná o nesrovnatelně nižší ohodnocení.

Na základě podnětu PharmDr. Stanislava Rovana byl výše uvedený dlouhodobě uplatňovaný systém podroben šetření

revizní komise ČLK. O výsledku šetření bude, předpokládám, informovat její předsedkyně PharmDr. Jana Schwarzová.

Bez ohledu na výsledek šetření ale bude třeba v letošním roce provést změny v systému NZČ. K poslední (kosmetické) změně v systému došlo v roce 2004. Proto během prvního pololetí předloží PharmDr. Vladimír Gonděk k celokomorové diskuzi návrh představenstva na systémovou změnu ve vyplácení náhrad za ztrátu času. Návrh by měl nabídnout odpovědi na následující otázky:

1. Zaslouží si funkcionáři ČLK finanční odměnu? Jestli ano, v jaké výši?

2. Bude preferován systém paušální částky za hodinu činnosti nebo bude umožněno prezidentovi ČLK (revizní komisi?) selektivně odměnit za zvýšenou aktivitu jednotlivé funkcionáře?

3. Jak stanovit odměnu u činnostech, které lze objednat za smluvních podmínek u externích firem v případě, je-li vykonávána členy PČLK? Jedná se např. o poradenství v PR, funkci tiskového mluvčího, organizaci seminářů, překlady, tvorbu prezentací atd.

4. Stanou se nová pravidla motivací pro zapojení většího počtu členů do činnosti ČLK?

Seznam členů PČLK	Účast na PČLK (počet za 2008)	Počet hod./rok	Průměr/měs.
Havlíček	18	paušál	paušál
Hojný	14	1 028	86
Bažantová	8	100	8
Gondek ***	17	431	36
Hampel	13	442	37
Horný	17	170	14
Kalousek *	15	539	45
Konečný	10	107	9
Kotlář *	17	746	62
Krebs	13	1 257	105
Laluch	7	70	6
Mátl *, **	15	398	33
Nedopilová	10	148	12
Rovan	16	376	31
Staněk	5	50	4
Škrabalová	16	160	13
Šnajdrová	14	337	28
Šperglová	10	100	8
Vala ***	6	107	9
Zajícová	9	288	24
Urbaníková	3	30	3

* aktivita „inspektor ČLK“ nezapočtena

** aktivita „tvorba výroční zprávy“ nezapočtena

*** včetně licenční komise

Ještě jedna vzpomínka

Je smutné vzpomínat na kolegu u příležitosti jeho odchodu na věčnost (16. ledna letošního roku). O RNDr. Jiřím Šáleném už bylo mnohé napsáno i v minulém vydání Časopisu českých lékárníků. Já však chci vzpomenout nejen za sebe, ale i za duše spřízněné ve Spolku pro vybudování Českého farmaceutického muzea, jehož členem doktor Jiří Šálený byl a s nímž jsme byli ve stálém kontaktu.

Ztratili jsme kolegu, kterého jsme měli rádi pro jeho vstřícnost, příkladné charakterové a povahové vlastnosti, farmaceutickou dovednost i ochotu naslouchat.

V poslední době se už nemohl zúčastňovat setkání členů Klubu a Spolku ČFM, ale formou telefonických dotazů měl stálý zájem o dění v nich.

Mám stále v srdci jeho smysl pro humor, vztah k oboru a ušlechtilost jeho duše. Byl to dobrý člověk, a o to je jeho ztráta citelnější. S Jiřím Šáleným se loučíme s těžkým a bolavým srdcem.

Dr. Eugenie TRÁVNÍKOVÁ

POZVÁNKA

Vážení kolegové, Sekce klinické farmacie ČFS a Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové si vás dovolují pozvat na **XIII. PRACOVNÍ DNY KLINICKÉ FARMACIE**.

Akce se uskuteční 24. dubna 2009 v Brně a 5. června 2009 v Praze – v obou místech se stejným programem:

V první části programu zazní přednášky na téma Endokrinologie – teorie a praxe léčby chorob štítné žlázy (doc. MUDr. Zdeněk Fryšák, CSc., a MUDr. Lukáš Burda), v druhé části pak vystoupí kolegové s volnými sděleními o zkušenostech z praxe klinických farmaceutů.



Podrobný program, organizační pokyny a přihlášku naleznete na adrese <http://www.faf.cuni.cz/conference/2009>. Na setkání se těší organizační výbor:

PharmDr. Marie Zajícová
PharmDr. Přemysl Černý
PharmDr. Alena Linhartová

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v únoru 2009

Zrušená osvědčení

- 264/1993 Mgr. Lubor Václavek, Svobodova 1015, Jiříkov
- 315/1993 Mgr. Hedvika Raiterová, T. G. Masaryka 446, Kamenický Šenov (provoz lékárny zrušen)
- 14/1994 PhMr. Štěpánka Kasalová, Dr. Beneše 3, Unhošť (provoz lékárny zrušen)
- 7/2002 Mgr. Olga Kellerová, Hvězdova 1601/21, Praha 4
- 191/2003 Mgr. Drahomíra Skálová, Vrchlického 1977, Kladno
- 271/2003 PharmDr. Josef Bakaš, Alej 17. listopadu 1101, Roudnice nad Labem
- 460/2003 Mgr. Bohuslava Šimková, Masarykovo nám. 516, Nýřany
- 285/2004 PharmDr. Denisa Švecová, Purkyňova 3859/11A, Hodonín (provoz lékárny zrušen)
- 152/2005 PharmDr. Pavel Zíta, Pražská 110, Kostelec nad Černými Lesy
- 207/2005 Mgr. Jaroslav Šantora, Mariánské Lázně – Kolonáda, Masarykova 22
- 258/2005 PharmDr. Jana Nachtigalová, Štúrova 1285, Praha 4 (provoz lékárny zrušen)
- 439/2005 Mgr. Markéta Chudobová, Gen. F. Moravce 15, Čáslav
- 78/2006 Mgr. Roman Kubík, Vinohradská 65, Praha 2
- 179/2006 Mgr. Veronika Darbujánová, Lidmily Malé 656, Pardubice
- 343/2006 Mgr. Jana Trnková, Dolní Kamenná, Karlovy Vary
- 392/2007 Mgr. Kateřina Adlerová, Lidická 3, Brno
- 38/2008 Mgr. Benedikt Juris, Kostelecká 822, Praha 9
- 68/2008 RNDr. Jarmila Širotková, Velebudická 1352, Most
- 132/2008 PharmDr. Denisa Kučerová, Aviatická 8/1092, Praha 6
- 162/2008 Mgr. Štěpánka Vildová, Radčická 2861/2, Plzeň
- 312/2008 Mgr. Michal Beran, Růžodol 1, Liberec
- 331/2008 RNDr. Jiří Strítezský, Palác Oasis, Sokolovská 394/17, Praha 8
- 341/2008 Mgr. Marek Lacko, Fibichova 2832, Most
- 357/2008 RNDr. Ivona Andělová, Chýnovská 3049, Tábor
- 363/2008 Mgr. Michaela Samoělová, Soukenné nám. 586, Liberec 1
- 371/2008 Mgr. Tomáš Kesl, Polská 1308, Ústí nad Orlicí
- 389/2008 RNDr. Květoslava Froňková, Rokycanská 1424/128, Plzeň

Vydaná osvědčení

- 30/2009 PharmDr. Alena Tomášková, Lékárna Nemocnice Vyškov, Purkyňova 36, Vyškov, provozovatel: Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace
- 31/2009 Mgr. Václav Novák, U Zlatého hada, Masarykovo nám. 516, Nýřany, provozovatel: Ivan Trejbal
- 32/2009 Mgr. Zdeněk Vítek, Lékárna PNsP, Alej 17. listopadu 1101, Roudnice nad Labem, provozovatel: Podřípská nemocnice s poliklinikou Roudnice nad Labem s.r.o.
- 33/2009 PharmDr. Romana Černá, Lékárna K, Pražská 110, Kostelec nad Černými Lesy, provozovatel: Lékárna K s.r.o.
- 34/2009* PharmDr. Veronika Polášková, Eurolékárna Campus, Netroufalky 14-16, Brno, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.

- 35/2009* Mgr. Hedvika Raiterová, Lékárna U Hedviky, Osvobození 464, Kamenický Šenov, provozovatel: Mgr. Hedvika Raiterová
- 36/2009* Mgr. Kateřina Adlerová, LÉKÁRNA ORION, Majdalenky 10a, Brno, provozovatel: Avenir, a.s.
- 37/2009 RNDr. Jaroslav Žák, TESCO Opava, Těšínská 44, Opava, provozovatel: MUDr. Hynek Navrátil
- 38/2009 Mgr. Bohuslava Šimková, Pharmaland, OC Plaza, Radčická 2861/2, Plzeň, provozovatel: EUROPHARM a.s.
- 39/2009 Mgr. Milada Sýkorová, Dr. Max LÉKÁRNA, Rokycanská 1424/28, Plzeň, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 40/2009 Mgr. Gabriela Deáková, Lékárna U Zlatého lva, Vinohradská 65/1292, Praha 2, provozovatel: TETRAX s.r.o.
- 41/2009 Mgr. Jitka Ládková, Lékárna Hvězdova, Hvězdova 1601/21, Praha, provozovatel: SAMOS, s.r.o.
- 42/2009* PharmDr. Blanka Součková, Lékárna Jesenice, Budějovická 571, Jesenice, provozovatel: HAŠVA s.r.o.
- 43/2009 PharmDr. Tatjana Kotábová, Lékárna Červený Rak, Palác Oasis, Sokolovská 394/17, Praha 8, provozovatel: Červený Rak s.r.o.
- 44/2009 Mgr. Daniela Burešová, Lékárna V Kartouzské, Kartouzská 6, Praha 5, provozovatel: Medifin s.r.o.
- 45/2009* Mgr. Božena Krčálová, Eurolékárna Třebíč, Spojovací 1345, Třebíč, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.
- 46/2009* Mgr. Ivana Maxová, VALDEK, Potoční 418, Hořovice, provozovatel: FARMCARE s.r.o.
- 47/2009* Mgr. Iva Rapcová, Lékárna Vranovice, Náměstíčko 53, Vranovice, provozovatel: VIANTE s.r.o.
- 48/2009* PharmDr. Ivana Kritschová, Lékárna Arnika, Pasovská 175, Vimperk, provozovatel: Knoflíček s.r.o.
- 49/2009* Mgr. Michaela Samoělová, Lékárna Forum Liberec, Soukenné náměstí 669/20, Liberec, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 50/2009 RNDr. Jarmila Sirotková, LÉKÁRNA PHARMALAND, OC Tesco, Havířská ul., Ústí nad Labem, provozovatel: EUROPHARM a.s.
- 51/2009 RNDr. Antonín Dudík, Lékárna U Zlatého hada, Školní 12, Lovosice, provozovatel: DECEM s.r.o.
- 52/2009 Mgr. Pavel Michl, Lékárna Urban, Strážní 42, Lanškroun, provozovatel: Václav Kment
- 53/2009 Mgr. Tomáš Kesl, U České koruny, nám. T. G. Masaryka 3, Holice, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 54/2009 Mgr. Lenka Srbová, Mirza, Fibichova 2832, Most, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 55/2009 RNDr. Ivona Andělová, Lékárna Globus Liberec, Růžodol 1, Liberec, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 56/2009 Mgr. Lubor Václavek, Lékárna v Jiříkově, Svobodova 1015, Jiříkov, provozovatel: Lékárna v Jiříkově, s.r.o.
- 57/2009 Mgr. Bronislava Fábryová, LÉKÁRNA PHARMALAND, OC Hypernova, Dolní Kamenná, Karlovy Vary, provozovatel: EUROPHARM a.s.
- 58/2009 Mgr. Petr Skála, Lékárna, Vrchlického 1977, Kladno, provozovatel: Dracena s.r.o.
- 59/2008 Mgr. Jitka Bečvářová, Hradecká 600, Stod, provozovatel: Stodská nemocnice, a.s.
- 60/2009 Mgr. Jaroslava Hrdová, Lékárna U svaté Alžběty, s.r.o., Vídeňská 1, Brno, provozovatel: Lékárna U svaté Alžběty, s.r.o.

Vysoké dávky antidepresiv

Obsedantně kompulzivní porucha (dále OCD) se léčí kombinací antidepresiv a kognitivně behaviorální terapie. V letošním prvním čísle časopisu Psychiatrie pro praxi (J. Kosová: Farmakoterapie obsedantně kompulzivní poruchy) se mj. uvádí, že pro dostatečnou terapeutickou odpověď se u OCD používají vysoké dávky antidepresiv:

Léčivo	Počáteční dávka (mg)	Optimální rozmezí dávky (mg)
fluoxetin	20	40-80
sertralin	50	150-200
paroxetin	20	40-60
fluvoxamin	50	200-300
klomipramin	25	150-250
citalopram	20	40-80
escitalopram	10	20-30
venlafaxin	37,5	225-300

Skupinou volby jsou u OCD SSRI vzhledem k nízkému výskytu NÚL i při vysokém dávkování, i když např. klomipramin vykazoval vyšší účinnost, z tricyklických antidepresiv je nejlepší. Účinnost jednotlivých SSRI je srovnatelná, volíme i podle interakčního profilu léčiv: paroxetin a fluoxetin jsou silnými inhibitory CYP2D6, fluvoxamin je inhibitorem CYP1A2, nižší interakční potenciál mají sertralin a citalopram. Po selhání prvního léku ze skupiny SSRI je nutné vyzkoušet druhý ze stejné skupiny a až poté klomipramin či venlafaxin.

Pokud nedojde ke zlepšení ani po adekvátní farmakoterapii, musí se k léčbě využít strategie augmentace, kdy se přidává k antidepresivu další psychofarmakum, které zesiluje efekt ovlivněním jiného neurotransmitérového systému. Poprvé byl takto využit haloperidol, dále pimozid, risperidon, olanzapin, quetiapin, amisulprid, trazodon, tryptofan, klonazepam, buspiron, lithium. Z jiných strategií byl sporadicky využit v monoterapii venlafaxin, mirtazapin, trazodon, buspiron, klonidin a neuroprotektivum riluzol.

PharmDr. Pavel GRODZA
panacea@iol.cz

* = nová lékárna

(člk)

ODBORNÉ SEMINÁŘE

Poplatek uhradte bankovním převodem na účet č.: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (**v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek**).

Hradec Králové (kód semináře: 09004) poplatek 300 Kč, v hotovosti 400 Kč

Farmaceutická fakulta UK, posluchárna B, začátek v 9.30 hodin

So 18. 4. 2009 Homeopatické léky stresu;
Alergie očima lékaře homeopata
Lektor: MUDr. Miriam Kabelková

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

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

Poplatek 100 Kč: bankovním převodem na účet č.: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (**v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek 150 Kč**).

St 1. 4. Praha (kód semináře: 09022)

Lékařnická akademie, Antala Staška 80, Praha 4, začátek v 18.00 hod.

Farmakoterapie migrény v kazuistikách
(opakování z 18. 3. 2009)

Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová, MUDr. Jolana Marková
Odborný garant: PharmDr. Alena Linhartová

So 4. 4. Hradec Králové (kód semináře: 09023)

FaF UK, Heyrovského 1203, Hradec Králové, začátek v 9.30 hod.

IDS č. 11: Vybrané GIT symptomy a onemocnění, rizika terapie I.

Lektoři: PharmDr. Petr Červený, Ph.D., Mgr. Josef Malý,
MUDr. T. Douša

Odborný garant: Mgr. Josef Malý

St 15. 4. Praha (kód semináře: 09024)

FN Na Bulovce, Budínova 2, Praha 8, začátek v 18.00 hod.

Renální funkce a léčiva I.

Lektoři: Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Michaela Šlesingerová,
MUDr. Kateřina Hesová

Odborný garant: Mgr. Jana Gregorová

Čt 16. 4. Břeclav (kód semináře: 09025)

Lékařna Na Poliklinice, Břeclav, začátek v 18.00 hod.

Lékařská péče u astma bronchiale

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Vladan Ryšavý
Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

So 18. 4. Liberec (kód semináře: 09021)

Lékařna U Orla, Soukenné nám. 4, Liberec, začátek v 8.30 hod.

Lékařská péče v pediatrii

Lektoři: PharmDr. Jiří Lukáč, MUDr. Jana Culková
Odborný garant: PharmDr. Jiří Lukáč

So 18. 4. Podbořany (kód semináře: 09026)

Národní dům (salonek), Podbořany, začátek v 9.30 hod.

Rizika farmakoterapie u polymorbidního pacienta
(opakování z 21. 3. 2009 v Teplicích)

Lektoři: Mgr. Pavla Cinglová, Mgr. Renata Kuželová,
Mgr. Kateřina Langmaierová, MUDr. Petr Tamler
Odborný garant: Mgr. Kateřina Langmaierová

So 18. 4. Plzeň (kód semináře: 09027)

Cizinecký dům, Karlovarská 83, Plzeň, začátek v 10.00 hod.
Choroby štítné žlázy

Lektoři: Mgr. Ladislav Ruman, MUDr. Jarmila Klabočková
Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

St 22. 4. 2009 Brno (kód semináře: 09028)

FaF Brno, Palackého 1/3, seminární místnost, začátek v 17.00 hod.

Gynekologická problematika

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

MUDr. Jana Neuwirthová

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

Út 28. 4. Opava (kód semináře: 09029)

Slezská univerzita, Opava, začátek v 18.00 hod.

Interna IV

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

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

St 29. 4. Praha (kód semináře: 09030)

Lékařnická akademie, Antala Staška 80, Praha 4, začátek v 17.30 hod.

Komplexní posouzení lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií II.

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,
prim. MUDr. Ivana Doleželová

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

SEMINÁŘE, které pořádá PHC

přihlašování pouze na www.edukace.cz

1. 4. 2009 – **Brno**, Orea hotel Voroněž – Moderní antihistaminika v léčbě alergií

1. 4. 2009 – **Plzeň**, Parkhotel Congress center – Poruchy paměti

2. 4. 2009 – **Praha**, hotel Olympik – Démosthenes by se divil II. část

4. 4. 2009 – **Praha**, hotel Dorint Don Giovanni – Jak nejlépe poradit pacientovi ohledně hubnutí

7. 4. 2009 – **Praha**, hotel Olympik – Vliv emocí na pracovní výkon

7. 4. 2009 – **Hradec Králové**, hotel Černigov – Alergie a jejich vliv na pokožku

8. 4. 2009 – **Praha**, hotel Olympik – Poruchy paměti

15. 4. 2009 – **Liberec**, hotel Clarion grandhotel Zlatý lev – Moderní antihistaminika v léčbě alergií

15. 4. 2009 – **Ostrava**, MaMaison Imperial Hotel – poruchy paměti

16. 4. 2009 – **Plzeň**, Parkhotel Congress Center – Právní povědomí lékárníka

18. 4. 2009 – **Praha**, hotel Dorint Don Giovanni – Onemocnění jater a dopad na chronickou léčbu komorbidit

21. 4. 2009 – **České Budějovice**, hotel Gomel – Alergie a jejich vliv na pokožku.

22. 4. 2009 – **Plzeň**, Parkhotel Congress Center – Moderní antihistaminika v léčbě alergií

22. 4. 2009 – **Ústí nad Labem**, hotel Vladimír – Poruchy paměti

25. 4. 2009 – **Brno**, Orea hotel Voroněž – Jak nejlépe poradit pacientovi ohledně hubnutí

28. 4. 2009 – **Praha**, hotel Olympik – Vaginální mykózy a infekce močových cest.

■ Americký trh s přípravky k hormonální substituční terapii má v roce 2010 firmám indukovat příjem 4,85 mld. USD (v roce 2004 to ve stejném segmentu bylo 4,11 mld. USD).

■ V letošním roce by světový trh s léčivými podávanými u „movement disorders“ měl dosáhnout hodnotu okolo 4 mld. USD (oproti zhruba polovině v roce 2004). Název „movement disorders“ se mezinárodně používá pro skupinu neurologických onemocnění, která vznikají většinou v důsledku poruchy bazálních ganglií. Vžil se v 70. letech; adekvátní termín, zahrnující stejnou skupinu onemocnění, v českém jazyce neexistuje.

Zajímavosti ze světa léků

■ Do roku 2013 se očekává, že nároky na vakcíny pro humánní vakcinace dosáhnou objemu 9,1 mld. USD. Projekce požadavků u protinádorových vakcín počítá s více než 6 mld. USD.

■ Jednou ze skupin léčiv, u které se předpokládá snížení obrátu, jsou přípravky k terapii v komunitě získané pneumonie. Pokles by měl během deseti let (2003 – 2013) znamenat redukci z 1,2 na 1,1 mld. USD.

■ Dlouhodobý odhad velikosti globálního trhu s antipsoriatiky predikoval pro letošní rok hodnotu 3,12 mld. USD; ve srovnání s rokem 2004 by tedy došlo ke zvýšení o 2,03 mld. USD.

■ Biotechnologické společnosti v USA se zasloužily o vytvoření více než 2,7 mil. pracovních příležitostí. V daných souvislostech se uvádí, že jedno vytvořené místo v biotechnologickém průmyslu vede ke vzniku dalších 5,7 místa v jiných sektorech.

■ Předpokládá se, že biofarmaceutický průmysl bude v roce 2014 přímo zaměstnávat více než 536 tisíc osob. V roce 2003 to bylo 406 700 pracovníků, o rok později pak více než 413 tisíc.

(Par)

SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

Kontaktní oční čočky

Dnes má každý člověk možnost z jakýchkoliv důvodů (kosmetických, pracovních, zdravotních a dalších) upřednostnit kontaktní čočky před nošením brýlí. Existují tzv. „tvrdé“ a „měkké“ oční čočky, ale dnes jsou daleko více používány čočky „měkké“ – hydrogelové (jsou praktičtější a rychleji si na ně oko zvyká, dnešní materiály propouštějí více kyslíku než starší typy; někdy však neposkytují tak dobré vidění jako přes čočky tvrdé).

Obvykle se používají jen několik hodin denně, protože kontinuální nošení čoček může způsobit oku určitá zdravotní rizika, pokud však jejich nošení není indikováno ze zdravotních důvodů přímo lékařem (úprava rohovky nebo tvaru či barvy očí, dekorativní účely atd.). Každý pacient či klient je o rizicích informován a měl by je minimalizovat dodržováním určitých zásad, např. nepoužívat čočky při plavání v bazénu nebo v přírodě, v sauně. Ženy, které si nanášejí některé léčebné masti na obličej nebo make up, by si měly před aplikací krému nejprve vložit čočky do očí; naopak odličovat se až po vyndání čoček. Ošetřování kontaktních čoček vyžaduje velmi dobrou péči = compliance ze strany klienta. Vyžaduje se jejich denní čištění a desinfekce, aby nedošlo ke komplikacím, které zahrnují ulcerativní keratitidu, záněty spojivek atd. Z těchto důvodů se stanou zřejmě velmi populární oční čočky na kratší či přímo jednorázové použití. Původce očních infekcí je Acanthamoeba keratitis a k jejich vyléčení je třeba specializované péče a aplikace očních přípravků s obsahem polyhexamidu, chlorhexidinu nebo neomycinu, či různých kombinací látek s obdobnými účinky. Při návštěvě oftalmologa je vhodné čočky přinést s sebou, pro případný průkaz původce infekce.

Toto vše patří do rukou očního lékaře. Jsou však jisté hranice, kde se setkává více lékařských oborů, a to je např. tehdy, když nositel očních čoček musí užívat medikamentózní léčbu pro svá další onemocnění a jsou mu podávána léčiva, jež mohou ovlivnit vlastnosti nebo snášenlivost čoček. Některé látky nebo konzervanty se mohou akumulovat v hydrogelu čočky a mohou vyvolat toxické reakce. Proto je volba jakékoliv další aplikace očních přípravků pouze v rukou oftalmologa. Před aplikací očních kapek je vždy nutné odstranit oční čočky a nepoužívat je během léčby. Alternativně lze používat oční kapky bez konzervantů. Čočky musí být vždy odstraněny při aplikaci očních mastí nebo olejových očních kapek. Jelikož také řada systémově podávaných léčiv může ovlivnit vlastnosti očních čoček nebo zvýšit jejich nežádoucí účinky, uvádím níže některé z těchto důležitých skupin léčiv:

- Perorální kontraceptiva s vysokou dávkou estrogenů (riziko edému rohovky).
- Léčiva, která ovlivňují frekvenci mrkání – anxiolytika, hypnotika, antihistaminika a svalová relaxancia.
- Léčiva, která redukuje slzení – antihistaminika, antimuskarinika, fenothiaziny a jejich deriváty (promethazin), některé betablokátory, diuretika, tricyklická anti-depresiva.
- Léčiva, která zvyšují slzení – efedrin, hydralazin.
- Inhibitory MAO – moclobemid.
- Isotretinoin – může způsobit zánět spojivek.
- Ac.acetylsalicylicum – salicylová kyselina se vylučuje i slzami, může být absorbována do očních čoček a způsobovat iritaci, dráždění.
- Rifampicin, tetracyklin a sulfasalazin – způsobují zbarvení očních čoček – jejich podávání je absolutní kontraindikací používání kontaktních čoček.

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

Vím, vážené kolegyně a vážení kolegové, že v nynější době je problematické obracet se na vás s žádostí o sponzorování. Domnívám se ale, že obdarování Českého farmaceutického muzea (ČFM) je počinem velmi ušlechtilým. Říká se, že historie je učitelkou současnosti, ale platí zkušenost, že ta paní učitelka chodí většinou po zvonění, což je špatné. To se však nedá říci o našem oboru.



ných místností). Obracím se proto na vás, vážené kolegyně a vážení kolegové, s prosbou o projev solidarity a souzáležitosti k lékárnickému stavu a o pomoc finanční částkou podle vašeho uvážení v zájmu řešení uvedených problémů ČFM. Věřím, že se podpora ČFM a vyjádření vztahu k historii našeho krásného oboru stane stavovskou ctí našich farmaceutů, a to sponzorským darem nebo vstupem do Spolku. Všem, kteří tak učiní, patří můj dík!

Sponzorský účet: ČSOB 332590/0300.

S žádostí o darovací smlouvu se obraťte na doc. Veroniku Opletalovou (veronika.opletalova@faf.cuni.cz).

Kdo nezná svou minulost, ten nemá ani budoucnost

Lékařnický stav má tu výhodu, a to díky panu doc. DrMr. Václavu Ruskovi, CSc., že povědomí o historii svého oboru může čerpat, studovat, blíže se s ní seznámit v ČFM. Iniciátorem vzniku ČFM byl právě pan docent a jeho úsilí bylo korunováno otevřením muzea v roce 1994.

Nepochybuji o tom, že o existenci ČFM všichni lékárníci ví a znají je. Sídlí v Hospitálu v Kuksu a je účelovým zařízením Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové. Za pronájem užívaných prostor platí Památkové péči Josefov náležitě, a ne malé finance. Jsou zde mnohé krásné expozice mobiliáře historických lékáren a lékárenských muzeálí.

V roce 1992 byl založen Spolek pro vubudování a posléze pomoci pro provozování ČFM. Řada lékárníků se stala jeho členy. Mnozí lékárníci a hlavně provozova-

vatelé lékáren přispívali, a doufám, že přispívají, jakoukoliv částkou do fondu ČFM. V současné době převzalo muzeum do své péče Dittrichovu lékárnou (zal. 1821), jejíž expozice byla situována v budově soukromého vlastníka v Praze v Nerudově ulici. Majitelem lékárnou je a nadále zůstává Národní muzeum, které hradilo vlastníku budovy pronájem.

Ve finančních možnostech Národního muzea nebylo hradit stále se zvyšující nároky za pronájem prostor a lékárnou měla být vystěhována. České farmaceutické muzeum proto Dittrichovu lékárnou převzalo do své péče. Rovněž odkoupilo industriální firemní inventář farmaceutické výroby Spofa.

ČFM je nyní v tzv. hmotné nouzi a nemá dostatek financí na realizaci svých záměrů, tzn. dalších expozic a zařizování potřeb-

Dr. Eugenie TRÁVNÍKOVÁ
Ilustrační snímky archiv redakce



Výzva k posílení naší reprezentace ve FIP

Mezinárodní farmaceutická federace (FIP) je jednou z nejvýznamnějších farmaceutických společností s celosvětovou působností. Byla založena v roce 1912 v Haagu, kde má sídlo. Je federací národních farmaceutických společností, ale rovněž každý praktikující lékárník a farmaceut může být jejím individuálním členem. Na posledním 68. Světovém kongresu FIP ve švýcarské Basileji jsme mezi účastníky postrádali více kolegů z České republiky.

Pro srovnání uvádíme počet registrovaných účastníků: 12 z Česka, 95 z Dánska, 80 z Holandska, 20 z Bulharska, 69 z Finska, 26 z Norska.... Tento stav považujeme za výzvu ke změně. Individuálním členstvím získá praktikující lékárník především přístup k informacím a podílí se na jejich výměně v mezinárodním měřítku, stává se součástí celosvětové sítě lékárníků, a v neposlední řadě je součástí pracovních skupin, které se mimo jiné podílejí na stanove-

ní doporučení nebo standardů FIP pro danou oblast (např. elektronické preskripce), které se stávají součástí národních doporučení či jsou začleněny přímo v národní legislativě. Přihlásit se může každý praktikující lékárník na adrese http://www.fip.org/www/?page=membership_info.

Za 90 eur na rok tak individuální člen – lékárník získá přístup k elektronickému zasílání aktualit z oblastí veřejného lékařství, časopis International Pharmacy

Journal, FIP News – elektronický měsíčník, dále má slevy při registraci na akce pořádané FIP.

Mezi hlavní organizační události se řadí Světový kongres farmacie a farmaceutických věd FIP. Získaných vědomostí a znalostí využije lékárník ve své každodenní praxi, ale především bude aktivním účastníkem v diskusích o podobě lékařství nejen v naší zemi.

V termínu 3.-8. září 2009 se uskuteční v Istanbulu 69. Mezinárodní kongres FIP (International Pharmaceutical Federation). Hlavním tématem letošní konference je „**Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?**“ a zúčastní se jí delegáti z více než 120 zemí světa. Budte mezi nimi i vy.

Představenstvo České lékárnické komory na svém zasedání 10. 2. 2009 rozhodlo o vyhlášení výběrového řízení pro zájemce o účast. Co pro to udělat? Podat abstrakt nejpozději do 1. dubna 2009! Je vhodné zaslat abstrakt také komoře – informace na www.fip.nl/istanbul2009/

O přijetí abstraktu rozhodnou organizátoři nejpozději do 21. dubna. Pak je třeba o tom obratem (do 23. dubna) informovat sekretariát ČLK (navarova@

lekarnici.cz). Žádost o podporu ČLK musí obsahovat: jméno, příjmení, evidenční číslo člena, adresu pracoviště, výše úvazku v lékárně (podmínka 1,0), kontakt (adresa, telefon, e-mail).

Podmínky pro přidělení podpory: členství v ČLK, věk do 35 let, aktivní znalost angličtiny, ochota stát se individuálním členem FIP na rok 2009. A dále mít zájem o aktuální dění v lékárenství nejen u nás, ale také v zahraničí, schopnost o svých

poznacích referovat v Časopise českých lékárníků nebo na přednáškách pořádaných komorou.

Představenstvo ČLK rozhodne o výběru nejpozději do 27. 4. a uhradí za účastníka registrační poplatek, letenku a ubytování po dobu kongresu.

Za představenstvo ČLK
Mgr. Marek HAMPEL
Mgr. Michal HOJNÝ

Deváťáci, nezaváhejte, a hybaj do lékáren!

Názor Richarda Sulíka (ekonom a bývalý poradce dvou slovenských ministrů financí – pozn. red. ČČL), že na přečtení slova Acylpyrin z receptu a jeho vydání není třeba víc než základní vzdělání, už mezi lékárníky téměř zlidověl. Tato myšlenka má všechny charakteristické znaky myšlenky budoucího vlivného politika – je dostatečně urážlivá, srozumitelná masám a přináší jednoduché řešení. Kdybychom z ní chtěli udělat volební slogan, zněl by – Deváťáci do lékáren! – nebo tak nějak.



Mgr. Ondrej Sukeľ

Je naším lékárnickým zvykem obhajovat význam vlastního vzdělání, bít se do hrudi, jak těžká škola je za námi a zdůrazňovat vlastní nenahraditelnost. Potom však zorganizujeme vzdělávací setkání a devět z desíti přednášek nemají lékárníci, ale lékaři. Lékařům – i v tomto časopise – také klademe otázky o tom, jak vnímají úlohu farmaceuta, oni se následně vyznají ze svého vztahu k lékárenství, slovo „nezapustitelná úloha“ se hemží v každé větě a celé to zní strašně upřímně, aby v následujícím čísle strelili nějaký nesmysl o generické substituci. Mají nás fakt za blbce, že v lékárnickém časopise dokážou napsat věty, citují: „Ten, kdo lék předepisuje, nejlépe zná pacientův stav, a ví, proč předepisuje takový, a ne jiný lék...“ nebo „...Lékařník nemůže vědět jestli generický lék nebude pro něho vhodný právě pro jeho vedlejší účinky,“ či „... proč by měl lékařník riskovat takovou změnu, když nemůže mít kompletní informace o zdravotním stavu pacienta?“

Kdyby v nějakém lékařském periodiku dostal prostor lékařník, našel by odvalu říct – lékař často ani pacienta nevidí, recepty mu podá přes dveře sestra..., lékař často riskuje změnu předepsaného léku jen na základě návštěvy reprezentanta firmy...? Urážlivý potenciál těchto výroků je úplně stejný jako potenciál výroků na adresu lékárníků v tomto časopisu. Nebo snad ne?

Existuje ještě nějaké jiné povolání, které by otázkami o významu své erudovanosti zpochybňovalo vlastní existenci?

Deník SME uveřejnil 27. prosince 2008 celostránkový „průzkum“ o odbornosti lékárníků. Uvozovky proto, jelikož metodika průzkumu (telefonát do lékárny), stejně jako statistická významnost vzorku (10 lékáren) vzbuzuje značné rozpaky. Ale o to mi nešlo. Výsledek byl samozřejmě špatný, shrnutý ve slovech: „Lékařníci poradí, ale miniprůzkum SME ukázal, že ani rada z lékárny nemusí pacientovi pomoci“.

Tak tedy přece došlo na Sulíkova prorocká slova.

Kouzlo nechtěného se projeví obyčejně v tom, že ten, kdo kritizuje profesionální chyby jiného, často přehlídá vlastní – mnohem zásadnější chyby. Miniprůzkum SME

je toho krásným důkazem. Když se chystá novinář – profesionál v písemném projevu – někoho kritizovat, měl by si dát pozor, aby v kritice nebyla fatální chyba přímo se týkající subjektu kritiky. V článku Martiny Kováčové bylo pětkrát použito slovo „Acylpirín“. Dvě chyby v jednom slovu, to představuje deset chyb na článek, stejně tak bylo deset omylných lékáren.

Víte o jiném povolání, které by otázkami o významu své erudovanosti zpochybňovalo vlastní existenci?

Celý článek má 1 244 slov, lékařník je na Slovensku cca 1 800. Při použití statistické metodiky miniprůzkumu paní Kováčové mohu zodpovědně napsat, že „Novináři text napíší, ale miniprůzkum ukázal, že v článcích dělají hrubé chyby“.

A podle mne, přečíst slova Acylpyrin z krabičky a napsat Acylpirín do článku nevyžaduje víc než základní vzdělání.

(Lekárník, č. 2/2009)

**Autor je majitelem
Lékárny Don Bosco v Humenném
a členem představenstva
Aliance lékárníků**

Věřme, že se ta doba nevrátí

Jako představitel mladé generace lékárníků chci poděkovat redakci a především autorovi dr. Ivanu Andělovi za uveřejnění příspěvku „Vzpomínky na pohnutou minulost: Po únoru 1948“ . Těším se, že další články k podobným tématům budou na stránkách ČČL následovat.

Jsem přesvědčen, že tento smutný úsek historie by měl být náležitě připomínán, a těm, kteří zmíněnou dobu nezažili, pomocí pamětníků pomůže přiblížit, jaká zvěrstva komunistický režim, nejen na lékárnících, páchal. Lidé mají bohužel velmi krátkou paměť. Věřme tomu, že se ona doba již nikdy nevrátí. Nebo alespoň doufejme...

Dr. Zbyněk SKLENÁŘ

Jediné, co můžeme dělat, je stát při sobě

Benešov u Prahy leží ve Středočeském kraji. Krajská nemocnice Rudolfa a Stefanie se nachází v Benešově. Personál zdejší nemocniční lékárny tak patří mezi první příslušníky lékárnického stavu, kteří na vlastní kůži pocítili, co to udělá, když se zvenčí a z moci úřední zavedou do oboru nerovné podmínky. Rozhovor s magistrem farmacie Přemyslem Císařem, zástupcem vedoucí benešovské nemocniční lékárny, se uskutečnil 19. února.

■ **Jak vypadá porovnání „poplatkové“ situace ve vaší nemocniční lékárně na začátku ledna, a nyní?**

Situace se postupně zklidňuje. Současný stav odhaduji na osmdesát procent ve srovnání se stavem těsně po prvním lednu, kdy počet receptů vzrostl, stejně jako v dalších nemocničních lékárnách kraje, na více než dvojnásobek.

■ **A co porovnání reakcí pacientů, je i na nich patrný nějaký vývoj?**

Podle svých reakcí na odpouštění, respektive refundaci poplatků, tvoří pacienti dvě základní skupiny. Jedna na středočeského krajského hejtmana Davida Ratha nadává, druhá mu naopak blahorečí, ale mnozí z těch, kteří nadávají, stejně nakonec nechávají regulační poplatky v lékárně za sebe uhradit kraj – když už prý to dopadlo takhle, tak ať z toho také něco mají.

Oproti prvním týdnům tohoto roku znatelně vzrostl počet pacientů, kteří si regulační poplatky platí sami. U některých je v tom pořádný paradox, protože se jedná o vážně nemocné, kteří si do lékárny přicházejí pro přípravky k terapii onkologických onemocnění, po dialýze nebo pro přípravky k pročištění před vyšetřením střev.

■ **Výkonem v „Katovně Michaely Jílkové“ 12. února na ČT1 jste mimořádně pozitivně zapůsobil dovnitř lékárnické obce. Poznávají ve vás nebojácného mladého farmaceuta z televizní obrazovky také pacienti? A jak vaše vystoupení hodnotí?**

Poznávají, netušil jsem, že pořad má tak vysokou sledovanost. Těší mě, že ohlasy pacientů jsou většinou kladné. U těch opačných se mi už také podařilo jednomu původně velmi nesmiřitelně naladěnému pánovi vysvětlit podstatu odpočtů a mám zato, že skutečně pochopil, co se vlastně v lékárně s poplatky děje. Na takové vysvětlování v praxi bohužel obvykle není dost času a - jak už asi víme všichni - po věry typu *mám známou a ta říkala, že náš pan primář její tchyni jasně pověděl, že poplatky v lékárně jdou do kapes lékárníků*

mají hodně tuhý kořínek. Lékař má prostě vždycky pravdu.

■ **Nikde tady nevidím křišťálovou kouli, ale přesto: Troufnete si odhadnout, kam až současná tahanice o regulační poplatky může dospět?**

Pokud by pokračovala jako dosud, tak pouze do pekel. Jediné, co teď jako lékárníci můžeme dělat, je táhnout za jeden provaz, zkrátka stát při sobě. Když jsem loni v prosinci na webu komory zakládal fórum k nevybírání regulačních poplatků v krajských zařízeních a sháněl ostatní

Vy jste jako jeden z mála svůj protest završil výpovědí zaměstnavateli.

Pro mne to byla zcela zásadní otázka. Od počátku jsem nesouhlas s postupem krajského úřadu neskrýval, ale dával jsem jej zřetelně najevo. Bohužel se mi nepodařilo dosáhnout odchodu dohodou, abych se podílu na těchto praktikách úplně vyhnul, takže jsem situaci musel řešit výpovědí. Překvapilo mě, kolik se sem najednou hrne lékárníků - důchodců, magister ochotných předčasně ukončit mateřskou dovolenou, dcera magistry z „okresu“...

■ **Jak by podle Mgr. Přemysla Císaře, Ph.D., mělo vypadat řešení?**

Je jasné, že tuto bitvu jsme prohráli, a přitom regulační poplatky za položku na receptu od počátku nebyly naše téma ani náš zájem. Jednalo se o politické rozhodnutí vtělené do příslušného zákona.

Mgr. Přemysl Císař, Ph.D.,



absolvoval Farmaceutickou fakultu UK v Hradci Králové. „Péhádečko“ získal na katedře farmaceutické chemie a kontroly léčiv. Zpočátku sice vážně koketoval s vědou, ale pak ho osud nasměroval do lékárny, ve které už zůstal. Říká: „Je to zajímavá práce, a v nemocniční lékárně obzvlášť. Zaslouží si, aby se jí člověk naplno věnoval. Tak se jí tedy věnuji a snažím se, aby to k něčemu bylo.“

Ze zálib na sebe prozradil fotografování analogem Canon, v četbě patří k jeho současným favoritům např. Thacherová, Huntington a Machiavelli (stranou však nenechává ani klasickou beletrii, což dokazuje rozečtená Anna Karenina). Rád si zahraje na kytaru a věnuje se procházkám se Sofií, tříletou fenkou plemene West Highland White Terrier (pro nezasvěcené – to je ten bílý pejsek z etikety whisky Black & White).

nemocniční lékárníky, věřil jsem, že najdeme způsob, jak se společně postavit obcházení zákona. Jenže následovalo hluboké mlčení. Kontaktoval jsem OSL, opět žádná reakce. Na jedné straně se snažím lidsky pochopit kolegyně a kolegy, kteří se odvolávali na starost o rodinu, na hypotéky či leasingy. Na druhé straně se ale po své snaze o navázání komunikace nedokážu zbavit dojmu, že většinu z nich to spíš bylo jedno. To mě utvrdilo v názoru, že by komora měla více zvažovat komu vydá osvědčení.

■ **Jít ve svém odhodlání takřikajíc až do statků (neřku-li hrdel) dokáže málokdo.**

Proto ať tento problém vyřeší politici, a ať to udělají rychle a hlavně jasně. Naše komora by teď měla jednoznačně a ze všech sil prosazovat zrušení odpočtů.

Osobně jsem přesvědčen o tom, že regulační poplatky byly dobrá věc, která zdravotnictví přinášela svůj efekt. Dnes už je z nich především předmět politického boje. Je tristní, jak se o ně politici donekonečna přetahují a vůbec nehledí na to, co by je mělo zajímat především – na neblahý dopad, který to má na zdravotnictví a zejména na pacienty, jejichž zájmy se v rámci svých hrátek tak rádi ohánějí.

Vladimír VRBOVSKÝ, foto autor

Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví usiluje o hledání řešení problémů českého zdravotnictví na základě dialogu napříč politickým spektrem. V rámci projektu vznikla publikace „České zdravotnictví v roce 2050: Modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR“ (ke stažení na adrese www.kulatystul.cz/cs/node/285).

Kulatý stůl hledá řešení problémů ve financování

Je výsledkem práce analytiků, na 86 stranách přináší výsledky existujících modelů jako jsou modely Evropské komise, Světové banky či OECD a zejména pak nabízí vlastní modelování alternativních scénářů budoucího vývoje příjmů a výdajů zdravotnického systému. **Přehlednou publikaci s 20 grafy a 9 srovnávacími tabulkami doplňuje datová aplikace, kterou si každý může zdarma stáhnout, namodelovat si vlastní prognózu vývoje finančních toků ve zdravotnictví a sledovat tak dopady změn jednotlivých proměnných, jako je nárůst nezaměstnanosti, zvýšení mezd lékařů apod.**

„Model je hračka. Je to pomůcka pro politiky i všechny ostatní, kteří mají zájem porozumět tomu, co a jak ovlivňuje budoucí vývoj financování zdravotnického systému,“ uvádí Ondřej Mátl, koordinátor projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice a spoluautor publikace, a dodává: „Přestože předpovědi výdajů na zdravotnictví mají ve světě dlouhou tradici, pokud srovnáme předpovídané hodnoty se skutečnými, dochází zpravidla k poměrně vysokému nadhodnocení. Prognostici se tak často mylí. Jednotlivé státy totiž na zdravotnictví vynakládají vždy přesně tolik, kolik si přejí a rozhodnou vybírat na základě principu, „kolik si můžeme dovolit“. Projekce tak spíše slouží k zachycení napětí mezi ochotou prostředky vydávat a předpokládaným nárůstem potřeby prostředků.“

„Naše porozumění finančním vztahům ve zdravotnictví je stále poměrně malé. Musíme se vymanit z myšlenkových schémat, ve kterých řešení spočívají pouze v tom, na úkor koho nebo čeho problém řešíme a vlastní podstata řešení zůstává,“ vysvětluje analytik MUDr. Stanislav Vachek. **(dop)**

Atestace by měly být nastaveny tak, aby zaručovaly odbornost

Obvykle nemám ve zvyku veřejně reagovat na názory kolegů týkající se specializačního vzdělávání. Specializace se v profesním životě dotknou téměř každého farmaceuta, množství a různorodost názorů je tedy pochopitelná. Z řady názorů si lze vzít poučení věcné i z hlediska úhlu pohledu na danou problematiku. Článek dr. Sklenáře (ČČL 2, str. 13) je ale určitou výjimkou. Vzal v několika větech vyjádřený názor českého absolventa fakulty a vytvořil z něho celostránkovou filipiku proti specializačnímu vzdělávání.



PharmDr. Petr Horák

To je jistě jeho právo, moji reakci však vyvolal fakt, že v článku je použita argumentace vycházející z řady nepochopení.

Na prvním místě je třeba říci, že pan doktor poněkud zjednodušuje situaci ve zdravotnickém vzdělávání vůbec. Obecně vzato lze rozdělit vzdělávací programy farmaceutů na studium pregraduální (a rigorózní), studium postgraduální specializační, doktorské studijní programy, vzdělávání kontinuální.

Absolvovat pregraduální studium na farmaceutické fakultě patří mezi bezpochyby nejnáročnější úkoly, které si před sebe mladý člověk může postavit. Je ale také potřeba konstatovat, že farmaceutická fakulta připravuje budoucího absolventa pro možnosti velmi širokého uplatnění, včetně uplatnění zcela mimo zdravotnictví. Dává absolventům široké a hluboké základy, které jim velmi usnadní orientaci a umožní zdárnou profilaci k té vymezené části farmacie, kterou se ve svém životě rozhodnou vykonávat, nicméně hotové odborníky (lékárníky, technology...) z nich nedělá a není to podle mého soudu ani možné. To ale samozřejmě neznamená, že si myslím, jak píše dr. Sklenář, že fakulta produkuje nedostudované či méněcenné absolventy. Naopak. Produkuje absolventy velmi dobré, nicméně ne příliš profilované (i když v této věci samozřejmě umožněním nepovinných a povinně volitelných předmětů v rámci možností také postupuje dále). Osobně si myslím, že tento stav je zcela v pořádku a je v podstatě výhodný i pro samotné absolventy v tom smyslu, že často teprve po svém příchodu do praxe získají dostatek poznatků pro to, aby určili své další profesní směřování. Ze stejného důvodu jsme se nakonec v rámci specializačních vzdělávacích programů ne-technologických oborů snažili o zachování společného základu.

Doktorské studijní programy mají za účel

především vědeckou profilaci svého absolventa. Zdaleka se neomezují na oblast zdravotnictví, spíše by se dalo naopak konstatovat, že velká většina těchto programů na fakultách s oblastí lékárenství nesouvisí.

Specializační vzdělávání stojí svými základy a zejména účelem zcela jinde, než vědecká příprava formou doktorandského studia. Specializační vzdělávání je ryze zdravotnickým specifíkem, které má farmaceutům umožnit nastartování svého profesního směřování ve zdravotnictví, ať už se rozhodnou pracovat v jakémkoliv typu lékárny, stát se klinickým farmaceutem, pracovat v biochemické laboratoři atd. V tomto raném období svého profesního vývoje by měli být v kontaktu se školitelem a stavět na základech pregraduálního studia znalosti nové, úžeji zaměřené a zejména doplněné o praktickou stránku a také kontakt s pacientem a jinými zdravotnickými profesionály.

Samotná atestační zkouška by pak měla být dokladem, že uchazeč o ni svou profilaci zvládá, adaptoval se na ni a že umí aplikovat získané znalosti a zkušenosti do denního kontaktu s pacientem či svěřenou problematikou např. v některém technologickém oboru. V tomto smyslu také na katedře lékárenství, za kterou mohu mluvit, připravujeme změnu otázek pro atestaci, aby tyto lépe reflektovaly problematiku, pro kterou je uchazeč o specializaci připravován. (Otázky budou v několika příštích týdnech zveřejněny na webu IPVZ.)

Pokud mohu parafrázovat nadpis článku „Dřevo zůstane dřevem i se dvěma atestacemi“ (jako titulěk použila redakce část autorova textu – pozn. red.), rád bych podotkl, že se snažíme stanovit takové podmínky pro specializaci, které povedou k tomu, že dřeva atestacemi neprojdou. Abychom zcela

Pokračování na straně 16

Atestace by měly být nastaveny tak, aby zaručovaly odbornost

Pokračování ze strany 15

sjednotili nepodkročitelnou úroveň absolventů, plánujeme na naší katedře, že její jednotliví členové a další zkoušející budou navštěvovat atestační zkoušky i v těch krajských městech, kam dříve nejezdili, aby tato látka byla v maximální možné míře unifikována.

Příprava na atestační zkoušku má, přes pochopitelné nepříjemné stránky (stres aj.), podle mé vlastní zkušenosti především tu výhodu pro uchazeče, že všechny své znalosti, nabyté na fakultě, praxi i účasti na vzdělávacích akcích či samostudiem utřídí, vyčistí, zaktualizuje. Tuto zkušenost se mnou (alespoň si tak dovolím tvrdit podle získané zpětné vazby při zkouškách) sdílí celá řada kolegů a kolegů, kteří se na zkoušku poctivě připravovali. V tomto smyslu také hrubě nesouhlasím s tvrzením dr. Sklenáře, že atestace z veřejného lékárenství ještě nikoho chytřejším neudělala. Chytřejším možná ne, ale znalejším určitě. Třeba pan doktor Sklenář svůj názor přehodnotí, až sám tuto nelehkou zkoušku absoluuje. Do té doby podle mne zbytečně sraží úroveň a snahu kolegů, kteří tuto zkoušku již podstoupili a poctivě se na ni připravovali.

Co se specializačního vzdělávání obecně týká, podle mého soudu by naše odborná veřejnost o něm měla živě diskutovat. Měla by být diskutována jeho délka, úroveň, struktura, třeba i složení specializačních oborů. Co bychom ale podle mne zpochybňovat neměli, je samotná existence a potřeba specializačního vzdělávání v našich oborech. Je to totiž jedna z mála věcí, která nás na úrovni zákona jasně identifikuje jako

zdravotnické profesionály. Pan doktor Sklenář cituje *jednu paní kolegyni lékárnici*: „Nezachraňujeme životy a neoperujeme mozek, nesrovnávejme se v tomto s lékaři“. To je možná pravda, nicméně můžeme při své práci život vzít či ho poškodit. A to nejen nepozorností či nedbalostí, jako řidič autobusu, ale také nezalostí. (Tím nechci nijak snižovat řidičské povolání, nakonec i řidiči musí pravidelně své dovednosti prokazovat.) Myslím, že právě systém vzdělávání by měl být tím, v čem bychom se s lékaři srovnávat měli. Ať se nám to líbí nebo ne, náš další osud velmi ovlivňuje to, jak nás vnímá laická, ale zejména zdravotnická veřejnost. Budeme-li veřejně deklarovat, že nám stačí 5 let pregraduálu (bez ohledu, že to není pravda, mj. z výše uvedených důvodů), budeme tím nutně v očích veřejnosti zdravotnické a potažmo i informované laické velmi poškozeni. Bohužel situace je nastavena tak, že buď budeme identifikováni jako zdravotničtí profesionálové, nebo obchodníci. Víme sami, že druhá varianta je nám často různými cestami předkládána, a neměli bychom se sami vzdávat možnosti kontraargumentace. Ostatně např. dermatologové většinou také životy nezachraňují, ale jistě se kvůli tomu necítí méně lékaři než neurochirurgové.

Nemusíme se ale srovnávat jen s lékaři. Dokonce ani u sester není možné, aby ve službě na oddělení nebyla sestra se specializovanou způsobilostí.

Pravdou je také samozřejmě to, že specializace nezaručí celoživotní odbornost, je ale právě tím prvním krokem k profilaci v daném oboru. Možná by určitým optimem bylo periodické ověřování znalostí každého lékárníka, nicméně z mnoha objektivních

příčin je to stav nyní nedosažitelný. K udržování a růstu odbornosti po získání specializace tedy slouží kontinuální vzdělávání. Je jisté ke cti naší komory, že se nyní snaží na téma zkvalitnění kontinuálního vzdělávání, včetně jeho důslednější kontroly, diskutovat a přijímat příslušná opatření.

Dalším důvodem pro specializace je také fakt, že, jak nám dosavadní zkušenosti ukazují, do budoucna bude třeba nutné pracovat na alternativních možnostech odměňování práce lékárníků. Pokud se podaří prosadit myšlenku výkonového ohodnocení alespoň části spektra činností farmaceutů, je nutné si uvědomit, že nastavení výkonů bude vždy doprovázeno vazbou na kvalifikační požadavky na nositele výkonu, a zde se bezpochyby bez specializací neobejdeme. Nakonec již dnes je to evidentní např. u kolegů pracujících např. v laboratorních komplexech zdravotnických zařízení. Bez specializace jim pojišťovna práci nezaplatí.

Je naší vlastní odpovědností, jakým směrem chceme naše povolání směřovat. Rozhodně je ale potřeba uvažovat v souvislostech, a nejt vždy cestou nejmenšího odporu. Pan doktor Sklenář píše, že není katastrofou nechat něco vydat farmaceutického asistenta na recept, ale že řešit medikaci by mu nenechal. Můj názor je takový, že výdej na recept a řešení medikace spolu souvisí stejně neoddelitelně, jako specializační vzdělávání a zachování zdravotnické povahy našeho povolání.

**Autor je vedoucí lékárník
NL FN Motol a vedoucí
katedry lékárenství IPVZ**

TAK TO VIDÍM JÁ: Dík a uznání našim redaktorům



Nedávno jsem si položil vedle sebe dvě čísla Časopisu českých lékárníků. Dějilo se od sebe bezmála sedmáct let. To starší, ve skromném černobílém provedení, mě vrátilo ve vzpomínce na jeden revoluční mítink, kde byl vznesen požadavek na obnovu stavovského časopisu. Sen se uskutečnil. A protože, jako je národ určován jazykem, kterým mluví,

tak každý prosperující obor lidské činnosti potřebuje pojitko mezi odborníky, a časopis je tradičně užívanou formou.

Od počátku jeho výslednou podobu utvářela dvojice redaktorů Mgr. Jaroslava Hořanská a ing. Vladimír Vrbovský. Díky jejich zkušenostem a zápalu pro věc vycházela jednotlivá čísla nejen včas, ale jejich profesionální zásahy a zajímavé nápady zajišťovaly čtivost a vývoj obsahu i vzhledu, od původně informačního bulletinu až k dnešní podobě.

Neobvyklé je, že kvalitu dosahují s použitím jednoduchých technických prostředků a za podmínek nesrovnatelných s velkonákladovými časopisy. Vyžaduje to však velké množství práce vykonávané daleko nad rámec jejich povinností. Co lékárnická veřejnost vnímá jako samozřejmost, je stabilita, kterou nám poskytují. Nejenže neodešli za lepším, ale do lékárenství pronikli natolik, že dokáží s patřičným nadhledem uchopit i velmi odborná témata a psát o nich jako „rodilý lékárník“ nebo dodat kulturu příspěvkům ne zcela způsobilým k publikaci.

Vážme si toho, že z jejich práce nevyvěrá pouhá rutina, s níž mnozí novináři píšou rádoby zasvěceně o lékárnách, které zahlédli jen zvenčí, ale hluboká znalost problematiky oboru. Proto se na redakci s důvěrou obracují kolegové o radu nebo informaci. Za to vše patří našim redaktorům velký dík a uznání.

**PharmDr. Miloš POTUŽÁK
Lékařna Bakov**

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Češková, E.: Postavení milnacipranu v klinické praxi

Česká a slovenská psychiatrie č. 8/2008

V současnosti máme k dispozici kolem čtyř desítek antidepressiv s různým mechanismem účinku. Do popředí se dostávají ta, která mají duální mechanismus, hlavně SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu).

Nejdéle z této řady je na našem trhu venlafaxin. Duloxetin zatím u nás nemá sjednanou úhradu pro léčbu deprese. Milnacipran (Ixel, Dalcipran) má z těchto látek nejvyrovnanější působení na oba systémy. Venlafaxin a duloxetin jsou metabolizovány izoenzymem CYP2D6 a z malé části jej inhibují, milnacipran není tímto systémem prakticky vůbec metabolizován. SNRI jsou stejně účinná jako tricyklicka a většinou účinnější než SSRI. Milnacipran se jeví jako perspektivní i v léčení chronické bolesti, byl klinicky zkoušen u fibromyalgií.

Na závěr jsou uvedeny dvě zajímavé kazuistiky. První pacient po suicidálním pokusu byl neúspěšně léčen escitalopramem a následně olanzapinem, ke stabilizaci stavu došlo až po nasazení milnacipranu, po čase stačila monoterapie. Druhý pacient rovněž léčen escitalopramem. Dva roky prosperoval, pak došlo k návratu příznaků deprese. Byl nasazen venlafaxin, po čase další návrat deprese, nasazen sertralin s mirtazapinem. Stav se spíše zhoršil. Byl nasazen milnacipran a rok je pacient stabilizován.

Hort, J., Rusina, R. a kol.:

Paměť a její poruchy

Jessenius Maxdorf, Praha 2007, 422 stran

Náročná vědecká publikace s podtextem „Paměť z hlediska neurovědního a klinického“ je dílem talentovaných mladých lékařů-vědců Jakuba Horta z 2. LFUK a Roberta Rusiny z neurologické kliniky IPVZ v Thomayerově nemocnici, kteří přizvali široký kolektiv spoluautorů ke vzniku této ojedinělé práce. Francouzský psychiatr J. E. D. Esquirol napsal: „Paměť je naším jediným bohatstvím. Teprve přijdeme-li o ni, stanou se z nás skuteční žebraři“. Lékař se setkává s lidmi mocnými, bohatými, slavnými i „obyčejnými“, jimž ztráta paměti vezme postupně všechno.

ANOTACE

Kniha se skládá ze čtyř velkých kapitol. První tvoří historický přehled vývoje poznání o lidské paměti, který vrcholí udělením Nobelovy ceny Eriku R. Kandelovi za objasnění molekulárních mechanismů paměti v roce 2000. V ČR je pracovištěm světového významu Laboratoř neurofyziologie paměti, kterou založil MUDr. Jan Bureš, DrSc. Druhá část je část neurovědní – obsahuje principy a definice, dělení paměti z hlediska časového a dalších kritérií, molekulární a biochemické podklady paměti, tvorba paměťových stop, synaptický přenos, glutamatergní receptory.

Třetí část – klinická – se zabývá vyšetřeními paměti a kognice – neuropsychologické testování, hodnotící škály, poruchy paměti. Popsány jsou jednotlivé typy poruch paměti včetně diagnostiky – demence, Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky, vaskulární demence, frontotemporální demence, demence při poruchách hybnosti, priornová onemocnění. Celá řada dalších nemocí je spjata s poruchou paměti – hypovitaminózy, jaterní encefalopatie, endokrinopatie, Wilsonova nemoc, lupus, revmatoidní artritida, roztroušená skleróza, nádory, deprese.

Čtvrtý díl je pohledem na paměť v širších souvislostech: paměť v psychiatrii, sugesce, hypnóza, Parkinsonova nemoc, psychoanalýza, paměť v umění (hudební, divadelní), paměť a epilepsie, paměť a spánek, paměť a sny, imunologická paměť.

V klinické části je „kořením“ řada velmi zajímavých kazuistik.

Stránku připravil PharmDr. PAVEL GRODZA
panacea@iol.cz

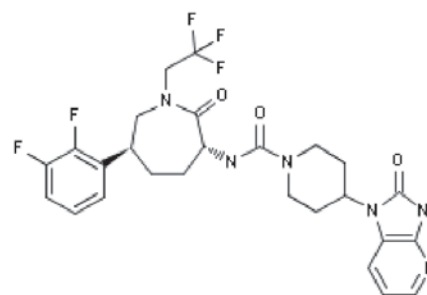
Calcitonin gene-related peptide (CGRP) je vazodilatační neuropeptid o 37 aminokyselinách, který patří mezi mediátory zánětu a řadí se do rodiny peptidů zahrnujících kalcitonin, adrenomedulin a amylin. Zdá se, že se účastní i patofyziologie migrény.

MOLEKULA MĚSÍCE

Telcagepant

sumární vzorec: $C_{26}H_{27}F_5N_6O_3$

molekulová hmotnost: 566.522 g/mol



Migrenózní bolesti hlavy jsou spojovány s dilatací kranálních cév a aktivací trigeminovaskulárního systému, která vede k uvolnění CGRP. Při migrenózním záchvatu jsou rovněž pozorovány zvýšené hladiny CGRP. Antagonisté CGRP mohou tedy mít potenciální účinek v léčbě akutní migrény či jiných bolestí hlavy. Firma Merck & Co. přichází s první takovou léčivou látkou **telcagepant** (MK-0974). Nachází se nyní ve III. fázi klinického zkoušení. V randomizované, dvojité slepé, placebem kontrolované studii fáze II, publikované v loňském roce, telcagepant významně zlepšoval migrenózní bolesti dvě hodiny po podání oproti placebo a účinek přetrvával po dobu 24 hodin. Rozdělení pacientů ve studii: skupiny s dávkou telcagepantu 300, 400 či 600 mg, skupina s rizatriptanem a s placebem. Telcagepant zlepšuje symptomy spojené s migrénou (nauzea, citlivost na světlo a hluk) a zlepšuje funkční nestabilitu dvě hodiny po podání a je relativně velmi dobře snášen. Podobných výsledků bylo dosaženo v další multicentrické studii v 80 centrech v USA a Evropě. S diagnostikovanou migrénou podle kritérií International Headache Society (IHS) bylo 1 380 pacientů léčeno 150 či 300 mg telcagepantu, 5 mg zolmitriptanu či placebem. Telcagepant byl významně účinnější než placebo a srovnatelně se zolmitriptanem.

Merck plánuje uvedení léčiva na trh ve druhé polovině letošního roku.

Literatura u autora

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Hemostáza je permanentně probíhající kontrolní mechanismus, díky němuž se organismus dokáže bránit úniku krve z cévního systému. Probíhá ve třech fázích. 1. V první cévní fázi je okamžitou vazokonstrikcí zmenšena poškozená plocha stěny cévy. 2. Ve druhé destičkové fázi během několika sekund přilnou destičky k poškozené subendoteliální vrstvě a navzájem se spojují, ztrácejí membránu (zdroj fos-



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

folipidů pro koagulaci), mění tvar a uvolňují látky potencující shlukování – tromboxan A₂ a adenosin difosfát (ADP). Tyto látky napomáhají expresi receptorů GPIIb/III na povrchu destiček, které váží fibrinogen. Ten je za pomoci trombinu aktivován na fibrin za vzniku pevných spojů mezi destičkami – vzniká bílý trombus. 3. Ve třetí fázi koagulace dochází ke srážení krve za účasti koagulačních faktorů. Bílý trombus zpomaluje průtok krve cévou a vytváří tak podmínky pro vznik trombu červeného, kdy jsou do tvořící se sítě fibrinu zachytávány také červené krvinky. Bílý trombus převažuje ve vysokotlakém arteriálním řečišti, červený trombus pak spíše v nízkotlakém venózním řečišti, kde může také vznikat nezávisle na trombu bílém. Proto v prevenci arteriálních trombotických onemocnění jsou první volbou protideštičkové léčivé látky, kdežto v terapii žilních trombotických onemocnění jsou preferována antikoagulantia.

Jádrem koagulace je konverze rozpustného fibrinogenu (koagulační faktor I) na nerozpustný fibrin. Jednotlivé komponenty koagulační kaskády jsou přítomny v krvi téměř výhradně v inaktivní formě. Jsou tvořeny prekurzory proteolytických enzymů (faktory: II – protrombin, VII – prokonvertin, IX, X – Stuartův faktor, XI, XII), kofaktory (faktor V, VIII) a katalyzátory dějů v kaskádě (ionty kalcia, fosfolipidy). Jsou aktivovány proteolýzou. Existují 2 počáteční cesty koagulace, obě nezávisle na sobě aktivují faktor X, následující procesy jsou již pro obě cesty společné. Vnitřní cesta je zahájena kontaktem faktoru XII se smáčivým vnitřním povrchem cévy. Vzniká postupně komplex aktivovaných faktorů IXa-VIIIa-Ca²⁺ a fosfolipidů, který je schopen aktivovat faktor X. Všechny komponenty vnitřní cesty jsou přítomny v krvi. Zevní cesta začíná při poškození tkáně vyplavením tkáňového faktoru (F III), postupně dochází ke vzniku komplexu tkáňový faktor-VIIIa- Ca²⁺ a fosfolipidů, který aktivuje faktor X. Některé komponenty zevní cesty (tkáňový faktor) nejsou za normálních okolností přítomny v krvi. Aktivovaný faktor Xa v přítomnosti Ca²⁺, fosfolipidů a faktoru Va (tzv. protrombinázový komplex) aktivuje protrombin na trombin (faktor IIa). Trombin štěpí fibrinogen za vzniku fragmentů, které polymerizují a tvoří fibrin. Trombin také aktivuje faktor XIIIa, který zpevňuje fibrin. Rivaroxaban inhibuje aktivovaný faktor Xa, a tím brání koagulaci.

Farmakologické aspekty

Rivaroxaban je perorální, přímý, reverzibilní, kompetitivní, rychle účinkující a vysoce selektivní inhibitor aktivovaného koagulačního faktoru Xa. Oproti nepřímým inhibitorům Xa (fondaparinux, nízkomolekulární hepariny – LMWH) má výhodu, že nepotřebuje vytvořit komplex s antitrombinem III (AT). Komplex fondaparinux-AT je poměrně objemný, proto inhibuje jen volný Xa. Rivaroxaban je dostatečně malý, aby teoreticky inhiboval také Xa vázaný v protrombinázovém komplexu. Rivaroxaban (na rozdíl od heparinu a v menší míře i LMWH) neaktivuje destičky

Rivaroxaban

a nepůsobí na trombin (vs. dabigatran). Rivaroxaban nemá antidotum, nicméně účinnost snižuje podání rekombinantního faktoru VIIa.

Biologická dostupnost rivaroxabanu po perorálním podání je téměř úplná, současný příjem potravy neovlivňuje plazmatickou hladinu, distribuční objem je kolem 50 l, vazba na plazmatické bílkoviny 90%. 2/3 dávky se metabolizují v játrech na neaktivní metabolity. Převažuje vylučování ledvinami (66 %), eliminační poločas po p.o. podání je kolem 10 hodin.

Klinické aspekty

S rivaroxabanem probíhá více než 10 klinických studií (clinicaltrials.gov, xarelto.com). Z dokončených jmenujme studie RECORD 1 (profylaxe trombózy po náhradě kyčelního kloubu) a RECORD 3 (analogue pro kolenní kloub), které prokázaly výraznější snížení tromboembolických příhod ve větvi s rivaroxabanem vs. ve větvi s enoxaparinem. Obecně však s vyšším anti-koagulačním účinkem roste úměrně riziko krvácení. V klinických studiích RECORD se sice neprokázala vyšší četnost závažných krvácení ve větvi s rivaroxabanem, nicméně stále platí v tomto ohledu obezřetnost. Dalšími zkoumanými potenciálními indikacemi jsou např. léčba hluboké žilní trombózy (HŽT – studie EINSTEIN), prevence mrtvice u pacientů s fibrilací síní (studie ROCKET AF), prevence HŽT u hospitalizovaných ležících pacientů (studie MAGELLAN).

Mezi nejčastěji pozorované nežádoucí účinky patřily edém, svalové křeče, bolesti končetin a kožní vyrážka. Inhibitory CYP 3A4 mohou mírně zvýšit plazmatické hladiny rivaroxabanu. Podávání v těhotenství je kontraindikováno.

Léčivý přípravek obsahující rivaroxaban je registrován pod obchodním názvem Xarelto. Na vývoji spolupracovaly společnosti Bayer a Johnson&Johnson. Doporučená dávka je 10 mg perorálně jednou denně. První dávka se podává 6–10 hodin po operaci. U pacientů po náhradě kyčle má být délka podávání 5 týdnů, po náhradě kolena stačí podávat 2 týdny. Rivaroxaban má potenciál v budoucnu zcela nahradit podávání warfarinu (nicméně dá se očekávat zpočátku vyšší cena a později značný nárůst konkurence – dabigatran, apixaban atd.). Správné řízení stanovení maximální ceny a úhrady již probíhá.

**NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ
LÉČIVÉ ROSTLINY:**

Glycine max (L.) Merr.

Glycine max (L.) Merr. – sója luštinatá, (Fabaceae seu Leguminosae).

Jednoletá, až 1,5 m vysoká bylina, původem ze severní a střední Číny. Plodem je lusk. Asi 80 % světové produkce sóji pochází z geneticky modifikovaných druhů, odolných vůči totálnímu herbicidu glyfosátu (i v ČR prodáváný Roundup). Glyfosát blokuje syntázu, nutnou pro vznik aromatických aminokyselin ve vyšších rostlinách, včetně nemodifikované sóji. Inaktivace syntázy vede k jejich zániku. Ochrana sóji spočívá ve vložení genu pro odlišnou syntázu, resistentní vůči glyfosátu. Zdrojem genu je půdní bakterie *Agrobacterium tumefaciens*.

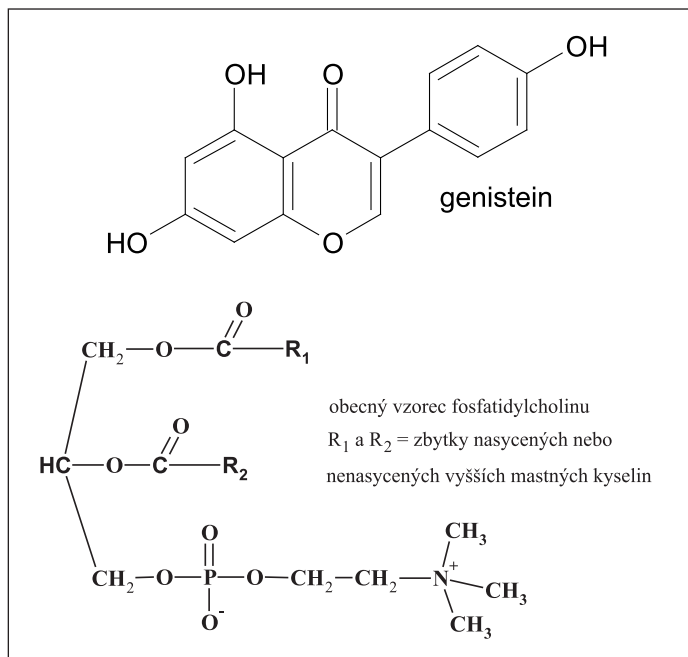
Synonyma: *Glycine hispida* – (Moench.) Maxim.

Obecný název: mao dou (čín.), shoyu (jap.), soya bean (angl.)

Sbíraná část: semen

Droga: *Lecithinum ex soja*, *Sojae oleum raffinatum* (ČL 2002), *Sojae semen*.

Obsahové látky: v **semeni** isoflavonoidní glykosidy daidzin, genistin a jejich aglykony daidzein a genistein, (vysoký obsah v kořeni a semeni souvisí s ochranou rostliny před bakteriemi a plísněmi), kumarinové deriváty kumestrol, různé fosfolipidy tvořené estery glycerolu s kyselinou fosforečnou a vyššími nenasycenými i nasycenými mastnými kyselinami, především tzv. lecithin, směs fosfatidylcholinů a příbuzných látek, rozpustných v ethanolu, a kefalín, směs v ethanolu nerozpustných fosfolipidů, dále estery nenasycených vyšších mastných kyselin (linolové, olejové a linolenové) i volné vyšší mastné kyseliny, karotenoidy, steroly stigmasterol a β -sitosterol, vitaminy B, D, E, K, 40 % proteinů bohatých na esenciální aminokyseliny, toxalbumin fasin, hořce chutnající triterpenoidní saponiny.



Účinky a použití: semeno slouží k získávání oleje, bílkovin, isoflavonoidů, lecithinu a sterolů. Isoflavonoidy fungují jako **anti-oxidanty** a zhašče volných radikálů. U člověka působí především lipofilní aglykony daidzein a genistein s afinitou převážně k β -estradiolovému receptoru (β -ER – v kostech, střevu, cévách, kůži, CNS, prostatě), slabou k α -ER (děloha a prs). V porovnání se 17- β -estradiolem je afinita sice 100–1 000x slabší, ale velké množství vstřebaných isoflavonoidů kompetitivně blokuje vazbu estradiolu na receptory.



Byla prokázána i afinita k androgennímu receptoru. Isoflavonoidy omezují rovněž vazbu **xenoestrogenů** na α -ER a jsou považovány za prostředky vhodné k prevenci hormonálně podmíněné rakoviny (prs, děloha, prostata, tlusté střevo). V období premenopauzy se chovají jako antiestrogeny, v průběhu menopauzy jako estrogeny. Nejlepší výsledky se sójovými isoflavonoidy byly dosaženy během menopauzy při prevenci **kardiovaskulárních onemocnění**, protože snižují systolický i diastolický tlak, inhibují lipooxygenázu, omezují oxidaci LDL a chrání cévní kolagen. Prevence **osteoporózy** není v Evropě tak úspěšná. Zkušenosti z Asie ukazují, že pro dosažení dobrých výsledků je nutné dlouhodobé podávání isoflavonoidů již v období premenopauzy. Nejednoznačné výsledky provázejí studie zaměřené na omezení **návalů horka**.

Enzym **5 α -reduktáza** je kompetitivně inhibován genisteinem. Tím je bržděna konverze testosteronu na dihydrotestosteron a vznik **benigní hyperplázie prostaty**. Důležitý je poznatek, že kalcitriol (aktivní forma vitamínu D₃) podporuje antimitotickou aktivitu prostatických buněk. Izolovaný genistein přispívá k ochraně prostaty tím, že inhibuje cytochrom CYP24A1, který kalcitriol rozkládá. Isoflavonoidy rovněž indukují apoptózu (řízený zánik) rakovinných buněk v prostatě a prsu.

Z dalších obsahových složek lze připomenout steroly stigmasterol a β -sitosterol (slouží jako prekursory pro výrobu steroidních hormonů). Lecithin blokuje vstřebávání cholesterolu ze střeva a podílí se na stavbě buněčných stěn.

Dávkování: denně 40–80 mg isoflavonoidů k ochraně kardiovaskulárního systému a prevenci osteoporózy.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: dětem podávat jen upravené výrobky bez fytoestrogenů – možnost předčasné puberty u dívek, časté alergie na sójové proteiny, riziko se snižuje u fermentovaných sójových potravin.

Interakce: zvýšení účinku warfarinu, snížení účinku tamoxifenu.

Literatura u autora

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia, vzorec: autor

ZKUŠENOSTI Z ODBORNÉ PRAXE: **Farmaceutická péče v lékárnách**

Ještě donedávna jsem nevěděla, co si pod pojmem farmaceutická péče představit. Určité základní představy jsem získala až po absolvování předmětu klinická farmacie. Zásadně se lišil od předchozích disciplín, o nichž jsem se domnívala, že pro správný výkon povolání postačí. Myslím tím především teoretické základy např. farmakognozie, farmaceutické chemie či farmakologie – vždyť mnoho kolegů v praxi funguje „pouze“ s poznatky z daných disciplín relativně bez problémů.

Tereza Hendrychová, studentka 5. ročníku FaF UK, Hradec Králové

Dnes už vidím, že pro správný výkon povolání farmaceuta je zapotřebí přece jen něco více než se jen nabířovat spousty vzorečků, reakcí, mechanismů účinků jednotlivých léčiv. Je potřeba se zaměřit na pacienta jako na individuum, o jehož zdravotním stavu se chci dozvědět co nejvíce, a jemuž chci poskytnout srozumitelné a užitečné rady k dosažení co nejvyšší účinnosti, bezpečnosti i ekonomické efektivity jeho léčby.

Úplnou představu o farmaceutické péči jsem získala v předmětu stejného názvu, okrajově i v průběhu výuky sociální farmacie. Do praxe jsem vstupovala se zvědavostí, jestli se realita blíží představě, ale ta se ideálnímu stavu vzdalovala. Otázkou tedy je, zda vyučující nežijí v ideálech, zda nejsou izolováni od skutečného prostředí lékárny či zda se jen snaží, aby náš přístup k výkonu povolání byl již konečně tím správným, a chtějí, aby právě budoucí generace farmaceutů přispěly ke změně nepříliš fungujícího, ač zaběhnutého systému. Pevně věřím, že platí to druhé.

Z mého pohledu je pro dosažení určitého ideálu ve výkonu povolání velmi užitečná právě farmaceutická péče. Nechci tím zatracovat ostatní disciplíny, které jsou a dále budou základem znalostí farmaceutů. Nicméně je potřeba zamyslet se i nad naším přístupem k pacientům a k využívání získaných znalostí pro jejich prospěch. Vždyť přece v našem oboru více než jinde platí, že na prvním místě by měl být prospěch pacienta a až na druhém případný zisk. To se pěkně říká, ale hůře aplikuje v praxi. Ve výhodě jsou velké lékárny s lukrativní polohou, nemocniční lékárny primárně nezávislé na zisku, případně články větších řetězců, které se ani za současné situace nedostávají do existenčních potíží. I když by právě jejich situace měla usnadňovat poskytování důkladné farmaceutické péče, ne vždy se jí dostatečně věnují – mnohdy zde bohužel převažuje touha po zisku nad ochotou pomáhat pacientům.

Zcela bez viny však nejsou ani sami pacienti. V lékárně jsem se často setkala s takovými, kteří ještě před vyzvednutím

léčiva zjišťují, kolik by stálo, a zda ho jinde nedostanou levněji. Výjimečné nejsou případy, kdy po sdělení ceny pacient odešel z lékárny se slovy, že za takové peníze lék zase tak nutně nepotřebuje. To je pro mě naprosto nepochopitelné, zvláště u lidí, kteří se léčí např. na vysoký krevní tlak či cholesterol a z kapsy jim čouhá krabička cigaret, jsou cítit po alkoholu atd. Na tyhle neřesti budou mít lidé stále peněz dost, ať stojí cokoliv. Ale dojde-li ke zdražení léčivého přípravku, byť jen o pár korun, je zle. A první na ráně je samozřejmě lékárník, podle nich ten hlavní, kdo vydělává na jejich zdraví a nemoci. Ale ten, právě z důvodů ekonomických, jim nemůže říct, co si o jejich jednání myslí. Čeští pacienti (především starší generace) totiž ještě pořád žijí v představě, že zdraví a veškerá péče o ně je zadarmo, a že k jeho udržení i obnově oni sami nemusí udělat vůbec nic. Většina z nich se ani v nejmenším nazamýšlí nad následky svého nevhodného chování a životního stylu.

V žádném případě nechci být pouhým prodávacem léků, jak nás laikové mnohdy titulují, ale ze strany pacientů (ani lékařů) někdy o další služby není zájem. Přitom právě oni by měli být těmi, kteří přijdou do lékárny s žádostí o radu či doplňkový servis. Co se týká lékařů, tak jen skutečné minimum z nich je ochotno přistoupit na fakt, že farmaceut jim v otázkách farmakoterapie může být více než rovnocenným partnerem, že právě on je odborníkem na léky, a že z užší spolupráce lze pro pacienta



KAZUISTIKY Z ODBORNÉ PRAXE 2008/2009

Při výdeji na recept byly pacientce vydávány mimo jiné léčivé přípravky Stilnox a Piracetam AL 800. Pacientka byla upozorněna na nevhodnost pravidelného dlouhodobého užívání přípravku na spaní, byla doporučena některá režimová opatření. Pacientka nespavost vnímá velmi negativně, uvědomuje si i nevhodnost častého užívání Stilnoxu, bylinné přípravky již vyzkoušela – bez úspěchu... Při rozboru užívání ostatní medikace bylo odhaleno, že pacientka užívá Piracetam AL 800 ve 3 denních dávkách, z nichž třetí užívá večer před spaním. Bylo jí proto doporučeno užívat poslední dávku tohoto přípravku odpoledne, nejpozději

v 17 hodin. Pokud je užívání nootropika před spaním hlavní příčinou nespavosti, mělo by po úpravě doby aplikace dojít k jejímu zlepšení.

Pacient si přichází do lékárny vyzvednout léčivé přípravky, které mu dlouhodobě předepisuje jeho praktický lékař. Na pravidelné kontroly k němu nedochází, nechá si vždy pouze vystavit lékařský předpis. Má předepsána 2 balení přípravku Nitroglycerin-Slovakofarma. Pacient říká, že poslední dobou musí lék užívat stále častěji, z čehož vyplývá, že jeho ischemické potíže se zhoršují. Dále si stěžuje na výrazné bolesti hlavy a celkovou slabost po aplikaci přípravku. Ptá se, zda nelze lék nahradit jiným, který by byl účinnější a lépe snášen. Po informování o možnosti užívání preparátu s dlouhodobým účinkem – např. Monosan – pacient požaduje telefonickou konzultaci lékárníka s lékařem a záměnu Nitroglycerinu za Monosan. Prý lékárník vždy lékaři pouze zavolá a vydá mu to, co je lepší... (zřejmě má na mysli telefonické konzultace s lékařem např. v případě nevhodného dávkování, závažné interakce či chyby na předpisu). V tomto případě bylo pacientovi vysvětleno, že vzhledem k závažnosti onemocnění a zhoršujícím se obtížím i nežádoucím účinkům by měl co nejdříve navštívit lékaře, nejlépe specialistu, a že pouze ten může medikaci změnit, případně učinit nějaká další opatření. Dále by bylo vhodné pacienta poučit o nutnosti vyplivnout zbytek sublinguální tablety po nástupu účinku nitroglycerinu. Tím by se předešlo výrazným nežádoucím účinkům způsobeným vazodilatací. V tomto případě však bylo žádoucí především nasměrovat pacienta k lékaři.

Na volný prodej přichází žena s tím, že manželovi koupila jako dárek přípravek na prostatické obtíže Prostamol uno. Manžel však přípravek po přečtení příbalového letáku odmítá užívat – netrpí prý potížemi, pro něž je přípravek aplikován, a bojí se uvedených nežádoucích účinků. Paní ví, že přípravek obsahuje pouze bylinný extrakt, že má podobné složení i účinky (včetně nežádoucích) jako volně prodejné přípravky na prostatické obtíže, ale manžel jej neustále odmítá. Nakonec mu tedy zakoupí potravní doplněk Prostenal, který již dříve bez potíží užíval.



vytěžit jen samé výhody. Pokud jsou lékaři nezastupitelným článkem na cestě pacienta k léčivu, neměli by také oni posilovat prestiž naší profese a nabádat pacienty, aby se v lékárně aktivně a nejen po finanční stránce zajímali o vydávané přípravky? Zažila jsem jen výjimečně, že se pacient sám snažil zjistit, zda předepsaný přípravek je pro něho opravdu nezbytný, zda je vhodný v kombinaci s dalšími léčivy či potravními doplňky nebo jak co nejvíce zvýšit jeho účinnost léčby.

Naštěstí se mezi pacienty najdou i takoví, kteří si svého zdravotního stavu hledí, snaží se spolupracovat se zdravotníky, a pro které mají velký přínos soukromé konzultace. Ty lze však v podmínkách menších lékáren realizovat jen obtížně. Často zde chybí vhodné prostory, ochotní a v klinické farmácii vzdělaní lékárníci i finanční prostředky na poskytování edukačních materiálů nebo některých vyšetření, která je schopen farmaceut provádět. S konzultacemi pro pacienty jsem se setkala v nemocniční lékárně v Praze. Ani zde však jejich poskytování není bez problémů. Lékárna se potýká s nedostatkem pracovníků, ať už jde o jejich počet či ochotu se této činnosti (která je v podstatě navíc) věnovat. Příliš velký není ani zájem pacientů; přicházejí převážně staří lidé kvůli změření krevního tlaku nebo s žádostí o radu při výskytu nežádoucích účinků léčby větším počtem preparátů. Lékárník v průběhu konzultace pacienta vyslechne, dotáže se na podstatné skutečnosti, vše zaznamená a poskytne odbornou radu. V případě, kdy problém kvůli složitosti nelze řešit okamžitě nebo může-li jej vyřešit pouze lékař, je pacient pozván znovu, případně je mu vypracována zpráva pro ošetřujícího lékaře.

V lékárně byl dále zahájen provoz poradny pro odvykání kouření. Personál, který přípravou tohoto projektu strávil spoustu času, provádí veškeré konzultace bez nároku na speciální ohodnocení a v podstatě ve svém volnu. To je dnes realita farmaceutické péče v České republice. Ne každý má možnost a chuť (zvláště při již zmíněném přístupu pacientů) toto realizovat.

Význam má ale samozřejmě každá intervence ve prospěch pacienta během výdeje léčivých přípravků v lékárnách. Samozřejmě součástí dispenzace by mělo být konkrétní zhodnocení dávek, interakcí a vhodnosti užití. Z tohoto hlediska je významné, aby pacient navštěvoval stále stejnou lékárnou a aby farmaceut měl k dispozici minimálně lékovou historii pacienta. Tím narážím na další překážky v rozvoji farmaceutické péče – shromažďování informací o pacientech, jejich souhlas s touto činností, ochrana osobních údajů pacientů, léková „turistika“ vlivem různých doplatků v závislosti na provozovateli zdravotnického zařízení...

Z obsahu sdělení se může zdát, že situace není právě růžová, ale určité pokroky v rozvoji farmaceutické péče na našem území určitě zaznamenat lze. Možná právě přispěním nastupujících generací farmaceutických odborníků. Většina kroků vpřed je však bohužel následně opět zmařena lichými postoji určitých skupin politické reprezentace. Neshody na politické scéně a snaha určitých osob zalíbit se za každou cenu občanům jsou z mého pohledu tím hlavním, co neustále sráží úroveň a výkonnost celého českého zdravotnictví.

(Ilustrační snímky: archiv redakce)

2

VÁŽENÍ OBČANÉ,
OD 1. LEDNA 2009 ZA VÁS
V TÉTO NEMOCNICI PLATÍ POPLATKY
STŘEDOČESKÝ KRAJ.

**NEMUSÍTE ZDE PLATIT
30 Kč, 60 Kč a 90 Kč
za vyšetření, položku na receptu,
pobyt v nemocnici a LSPP.**

Středočeský kraj

David Rath
MUDr. David Rath
Hejtmán Středočeského kraje



Lékárna Krajské nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově u Prahy (foto 1) zažívá od ledna nápor pacientů, které přivábil příslib úhrady regulačních poplatků. Ten ostatně nelze přehlédnout na ceduli za výlohou, zřetelně vyvedený a opatřený podpisem dobrodince (foto 2). Fronta u výdeje na předpis byla někdy větší (foto 3), jindy menší. Naštěstí se našly i chvíle, kdy provoz



Fotoreportáž ČČL

na pár minut zvolnil; jednou dokonce natolik, že se podařilo sešikovat podstatnou část přítomného personálu ke skupinové snímce (foto 4), na které jsou zleva farmaceutická asistentka Romana Dvořáková, lékárnice PharmDr. Daniela Kolbábová, lékárnice PharmDr. Markéta Vaňková a farmaceutická asistentka v prodejně zdravotnických potřeb Blanka Doubková. „Rukoprodej“ mezitím s úsměvem obstarávala farmaceutická asistentka Blanka Křivková (foto 5). Autora může jen těšit, že jako reportér byl nakonec shledán vcelku snesitelným, byť se tak zřejmě stalo pouze v porovnání s lednovým řáděním televizních štábů.

Text a snímky: Vladimír VRBOVSKÝ



Naše komora se podílí na projektu SENIOŘI

Počet seniorů celosvětově narůstá ve vyspělých i v rozvojových zemích. Na jedné straně se prodlužuje délka života (zvyšuje se i skupina osob starších 90 let), na druhé straně se objevují závažné problémy týkající se zajištění dostatečné kvality zdravotní a sociální péče včetně racionálního využití finančních prostředků.

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. Z dosavadních šetření vyplývá, že většina starších pacientů patří ke skupině vysoce nemocných s vysokou mírou nedodržení správného užívání 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 citlivosti, apod.

Právě u starších pacientů dochází k častým preskripčním chybám: nadměrné předepisování potenciálně neúčinných léků, nedostatečné použití léčiv s vysokým přínosem a k předepisování alternativ nevhodných pro seniorský věk.

Podle statistických průzkumů má 40 až 60 % osob vyššího věku v České republice čtyři a více onemocnění. K nejčastějším patří kardiovaskulární nemoci (ICHS, hypertenze, stav po cévní mozkové příhodě), nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, osteoartróza), metabolická onemocnění (diabetes mellitus), gastrointestinální a respirační potíže. Stoupá rovněž incidence akutních zhoršení a dekompenzací, které často vyžadují hospitalizaci nebo dlouhodobou ústavní péči.

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.

Hlavními organizátory projektu Senioři jsou: za Svaz důchodců ČR prof. RNDr. PhMr J. Solich, CSc., za Sekci KF ČFS JEP a Geriatrickou kliniku 1.LF UK PharmDr. D. Fialová, PhD., a za ČLK prezident Mgr. S. Havlíček a viceprezident Mgr. M. Hojný.

Cílem projektu je zvýšit znalosti lékárníků o specifických projevech onemocnění ve vyšším věku a moderních přístupech racionální léčby a zlepšit i znalosti samotných pacientů-seniorů v této oblasti.

Vybraní lékárníci budou v projektu působit jako regionální přednášející. Nedílnou součástí záměru je tedy i aktivní zapojení lékárníků-školicitelů v poradenství a přednáškách pro seniory, snaha posílit spolupráci lékárník-lékař-pacient.

Projekt byl zahájen v únoru 2008 postupně v jednotlivých krajích ČR, koordinátorkami jsou PharmDr. D. Syrová z Nemocniční lékárny VFN, Praha a Mgr.

ná látka, co je léková forma; barevná podobnost krabiček s rozdílnými léčivy; důležitost kontroly léků, které jsou doma; jejich použitelnost, tj. expirace; správnost uchovávání léků apod.).

V diskusní části se mohli dotázat lékárníka na problémy související s racionální farmakoterapií, na jejichž řešení nemusí být v lékárně vždy dostatečný prostor. Dotazy byly různorodé, mj. *Jak vás máme v lékárně oslovovat? Co je generická substituce? Proč jsou rozdílné doplatky?* po konkrétní, např. *Co manželovi na křeče? Musím u antibiotika dobrat celou dávku? Po přečtení příbalového letáku zjistím, že lék nemohu užívat v kombinaci s jiným lékem*



J. Gregorová z Nemocniční lékárny, FN na Bulovce, Praha. Projekt je realizován ve třech krocích. V první fázi byl v Praze, Ústí nad Labem, Zlíně a Ostravě přednáškový den pro lékárníky na téma Zvláštnosti nemocí a racionální farmakoterapie ve stáří, zahrnující farmakoterapeutické i ekonomické aspekty léčby. V druhé fázi jsou uspořádány odborné semináře pro vybrané lékárníky-školicitele, kteří projeví zájem zabývat se sledovanou problematikou. V třetí fázi se realizovaly přednášky lékárníků-školicitelů pro pacienty, a to ve dvaceti seniorských organizacích Svazu důchodců ČR. Senioři byli seznámeni s řadou pojmů a názvů, které lékárníci často užívají při komunikaci (např. název léku, síla léku, co je účinná látka, pomoc-

(hlavně při léčbě warfarinem), lékárna lék zpátky nevezme a lékař lék nechce, co s tím dělat?

Ohlasy jsou velmi pozitivní a většina seniorských organizací má zájem o další přednášky.

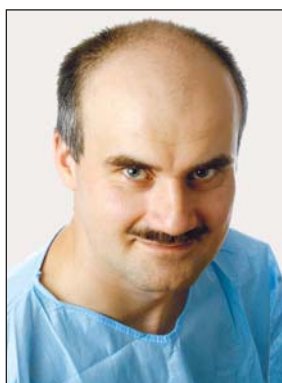
Dalšími z připravovaných témat jsou poruchy spánku a poruchy paměti ve stáří.

Snahou projektu je vychovat mezi lékárníky odborníky v jednotlivých 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.

Za organizátory projektu Senioři PharmDr. Dana SYROVÁ

Ilustrační foto: David SOKOL

Biologická účinnost produktů z brusinek



V posledních třech letech bylo publikováno mnoho experimentálních prací k biologické účinnosti a bezpečnosti užívání čerstvých nebo sušených plodů, tekutých homogenátů a šťáv z plodů, suchých extraktů z plodů brusinek (nejčastěji brusinky kanadské, *Vaccinium macrocarpon*). Stěžejním nedostatkem většiny studií je však nedostatečná analytická definice zkoušených produktů.

Mgr. Tomáš Volný

Nejlépe podloženým biologickým účinkem při perorálním užívání šťáv, plodů nebo suchých extraktů je antiadhezivní aktivita u uropatogenních mikroorganismů, zejména *Escherichia coli* a *Enterococcus faecalis*. Modelové preklinické „in vitro“ experimenty, ale také klinické „in vivo“ experimenty potvrzují, že s nejvyšší pravděpodobností anthokyaniny a proanthokyaniny inhibují uchycení některých patogenních mikroorganismů na epitelu močového měchýře a močové trubice. Zároveň je ale nutné podotknout, že na tomto mechanismu se pravděpodobně podílejí i další obsahové přírodní látky, jako jsou flavonoidy, fenolové glykosidy a organické kyseliny. Obsah těchto biologicky účinných látek ale není u většiny suchých extraktů aplikovaných v doplňcích stravy deklarován a analyticky definován. Zásadní rozdíl je zřejmě v intenzitě a šíři biologické účinnosti mezi suchým extraktem z plodů brusinek standardizovaným převážně na obsah anthokyaninů a proanthokyaninů (obsah ostatních látek je velmi nízký) a tekutým homogenátem (přípraveným vysokotlakou pasterizací celých plodů) nebo šťáv (přípravených lisováním celých plodů), kde je naopak obsah ostatních přírodních látek významný a lze očekávat i významnou protizánětlivou, diuretickou (flavonoidy), antibakteriální (fenolové glykosidy) a kyselino tvornou aktivitu. Několik autorů ve svých pracích potvrzuje, že antiadhezivní aktivitu lze u vhodné aplikační formy a složení

očekávat i v dutině ústní u kariogenních a periodontopatogenních bakterií a u *Helicobacter pylori* v žaludku. Určitou odlišnost jednotlivých produktů z plodů brusinek potvrzují další autoři, kteří v pilotní placebem kontrolované klinické studii u zdravých dobrovolníků odebírali po konzumaci šťáv ve 2, 4 a 6hodinových intervalech moč, do vzorků moči inokulovali patogenní mikroorganismy *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Candida albicans* a po inkubaci pozorovali antimikrobiální aktivitu a snížení pH moči odebrané po konzumaci šťávy z brusinek. Za antibakteriální vlastnosti moči je patrně odpovědná přítomnost fenolových glykosidů (arbutinu, metylarbutinu, acetyl-arbutinu aj.) a organických kyselin. V současné době nelze potvrdit opodstatněnost doporučení užívání produktů z brusinek při stavech vulvovaginálního dyskomfortu.

Nežádoucí účinky a interakce

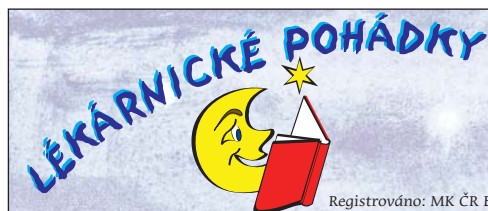
Z pohledu bezpečnosti je naopak nízký obsah fenolových glykosidů v suchých extraktech z plodů (extrakt z listů by obsahoval významné množství fenolových glykosidů) brusinek výhodou. V organismu se totiž z fenolových glykosidů uvolňuje hydrochinon, který představuje toxickou zátěž pro jaterní parenchym. Proto je podávání listové drogy nebo případně extraktů z listů brusinky kontraindikováno při jaterní nedostatečnosti. Při dlouhodobém užívání by se toxické účinky

hydrochinonu projevy i u zdravých jedinců. Zřejmě hlavně proto nejsou listová droga a extrakty z listů akceptovány jako doplňky stravy a aplikace v potravinách a doplňcích stravy se soustředí na produkty z plodů brusinek. Čerstvé, sušené plody, tekuté homogenáty a šťávy z plodů brusinek obsahují poměrně vysoké množství kyseliny šťavelové, pak je vhodné doporučení konzumace spíše v přiměřených, menších množstvích a po krátkou dobu. Jejich užívání je nutné zcela vyloučit při urolitiáze s tvorbou oxalátových kamenů a při stavech spojených s karencí vápníku. Obsah kyseliny šťavelové v suchých extraktech z plodů brusinek není obecně dobře definován a zasloužil by si větší pozornost. Také doporučení racionální, bezpečné a chemopreventivně účinné denní dávky je značně komplikováno obsahovou rozdílností všech diskutovaných produktů z plodů brusinek a rozhodně vyžaduje další cílené klinické experimentování. Uspokojivě to neřeší často uváděné ekvivalentní množství čerstvých plodů brusinek, kterému odpovídá výrobcem zvolená dávka suchého extraktu. Tento poměr se stává hlavním konkurenčním parametrem při odborné podpoře prodeje doplňků stravy.

Nedávno zveřejněné klinické studie zabývající se také potencialem interakcí mezi produkty z plodů brusinek a warfarinem potvrzují, že brusinky mohou potencovat jeho účinek. Proto je vhodné je při léčbě warfarinem (a dalšími anti koagulačními léky) zcela vyloučit nebo jejich současné užívání pečlivě monitorovat. Pro nedostatek klinických zkušeností by užívání produktů z brusinek nemělo být doporučováno dětem a těhotným a kojícím ženám.

(Reference jsou uloženy u autora)

**Autor, klinický farmaceut,
je vedoucí aplikovaného výzkumu
a vývoje IInstitutu**

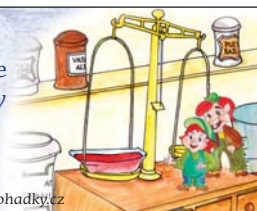


VYDALI JSME NOVOU POHÁDKU!

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

Patálie s váhami

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





Stačí se podívat jen na fotografie

z plesu a mnoha slov není třeba. Před deseti lety byl Lékařnický ples v Ostravě poprvé. Na letošním – desátém – byla řada z těch, kteří nevynechali jediný ročník. Bylo tu ale poprvé mnoho mladých dam v nádherných šatech a pánů v elegantních oblecích, kteří se ujišťovali, že budou moci přijet i za rok. Tančilo se ještě dlouho po půlnoci.

Předseda OSL Ostrava Mgr. Tomáš Machů před časem sliboval, že to bude „fajne a pěkné“. Zeptejte se těch, co se plesu zúčastnili. (Bo přesně take to teď aji bylo.) (jh)

Foto: Jiří KOTLÁŘ



**KOLEGYNĚ A KOLEGOVÉ,
PŘEČTĚTE SI NĚCO O NÁS:**

Okresní sdružení Nový Jičín

Bývalý okres Nový Jičín se nachází v kraji Moravskoslezském. Rozprostírá se na ploše 881,59 km², má 53 obcí (města: 9, městysy: 2, vesnice: 42), 151 800 obyvatel; hustotu 172 obyvatel na km². Geograficky jej tvoří: Oderské vrchy na severozápadě, Moravská brána s Odrou uprostřed a Beskydy na jihovýchodě. Leží v severovýchodní části republiky na pomězi Slezska a Moravy ve střední části Moravskoslezského kraje. Z devíti měst – Bílovec, Frenštát pod Radhoštěm, Fulnek, Kopřivnice, Odry, Studénka, Nový Jičín, Příbor a Štramberk jsou poslední tři jmenovaná městskými památkovými rezervacemi. Historicky se větší část tohoto regionu nazývá Moravské Kravaňsko.

Z významných rodáků pochází z Hynčic u Nového Jičína J. G. Mendel a z Příbora Sigmund Freud.

Historie lékáren v regionu spadá až do 17. století. Nejstarší je dnešní Lékárna U bílého anděla na novojičínském náměstí založena roku 1642 lékárníkem Wenzelem. Nejznámějším majitelem v historii byl Adolf Kamprath, který byl po 11 let starostou města. Dalším významným lékárníkem byl Viktor Neusser. Z příjmení lékárníků jasně vyplývá, že kraj byl po celou předválečnou historii převážně německý, Češi tvořili národnostní menšinu.

V současnosti se po delimitaci Klimkovic k Ostravě nachází v okrese 26 zařízení lékárenské péče, 23 lékáren a tři OOVL (před rokem 1989 to bylo 13 lékáren), okresní průměr je tedy jedna lékárna na 5800 obyvatel. Co se týče provozovatelů: dvě lékárny jsou řetězcové (Dr.Max), jedna nemocniční zřízená krajem, čtyři provozují nelékárníci, šestnáct lékáren provozují lékárníci.

Naší stavovské komoře aktivně pomáháme

Okresní sdružení lékárníků čítá již téměř 100 členů. Scházíme se pravidelně

Současnost v českém
lékárenství nás trochu sráží,
ale nedáme se.
Scházíme se, abychom
alespoň částečnou
sounáležitost čelili absurdním
nástrahám politiků.

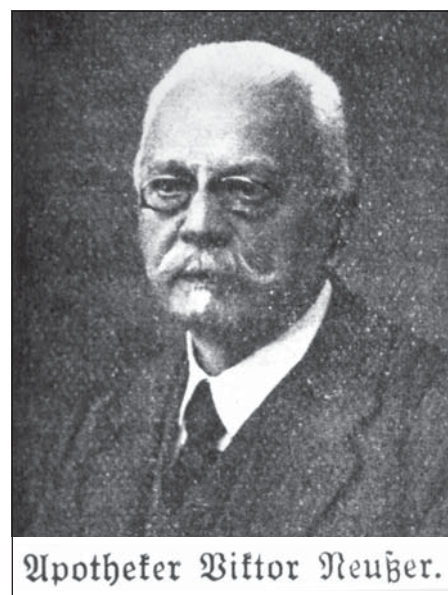
dvakrát ročně, vždy na podzim. Prvním setkáním je v říjnu okresní shromáždění a druhou sobotu v prosinci světime tzv. Vánoční seminář, na který zveme i lékárníky ze sousedních okresů. Volíme vždy jiné místo konání, abychom region trochu poznali. V posledních letech to byl refektář příborského muzea, kostel Sv. Josefa ve Fulneku a Hotel Šipka ve Štramberku. Po přednáškách vždy následuje příjemná pobava a dobré jídlo a pití.

Snažíme se aktivně pomáhat naší stavovské komoře, byť jsme od Prahy daleko. V minulosti jsme měli v představenstvu ČLK Kamila Hrubého a Zdenka Blahutu, v současnosti je to Stano Rován. V současné revizní komisi pracuje Jan Grodza a v čestné radě Pavel Grodza.

Na naše akce je vyprodáno

Letos již podesáté pořádáme velké odborné i společenské setkání lékárníků – Beskydský slet, který časem přerůstá regionální charakter. Posledních několik let je beznadějně vyprodáno. První ročníky se konaly v Trojanovicích v Hotelu Optimist, ale již popáté to letos bude v Hotelu Petr Bezruč v Malenovicích pod Lysou horou.

Z celostátních akcí jsme dvakrát pořádali Lékárnické dny, myslím, že oboje byly úspěšné - jak v Trojanovicích v roce 1992, tak v Beskydském divadle v Novém Jičíně v roce 2003. V prostorách divadla jsme založili tradici sympozií, teď se tam každoročně setkávají hematologové a dermatologové z celé republiky.



Od počátku existence OSL je předsedou Pavel Grodza. V představenstvu se vystřídala řada kolegyní a kolegů. Dnes je tvoří:	
Ivana Sokolová (Bílovec)	místopředsedkyně
Stáňa Moudrá (Nový Jičín)	tajemnice
Daniela Pešlová (Nový Jičín)	pokladní
Kristýna Dvorská (Frenštát p. R.) Kamil Hrubý (Frenštát p. R.) Jan Grodza (Studénka)	členové
Marie Dostálová (Bílovec)	předsedkyně čestné rady
Zdeňka Holeksová (Frenštát p. R.)	předsedkyně revizní komise

V roce 2000 se rovněž z našeho podnětu podařilo obnovit činnost Spolku farmaceutů v Ostravě. Každou druhou středu už máme v kalendáři vyhrazenou pro přednáškový večer, který bude letos v dubnu v pořadí už třiasedmdesátý.

Kolegyně Ivana Sokolová se zapojuje jako lektorka do komorových interaktivních seminářů, mladí (Jana Martinásková, Tomáš Jiřík) se aktivně účastnili Konference mladých lékárníků v Opavě. Začali jsme se podílet i na projektu Senioři.

Žhavá současnost v českém lékařství

nás samozřejmě sraží trochu do kolen, ale nedáme se. Pravidelně se scházíme, abychom alespoň částečnou sounáležitost čelili absurdním nástrahám politiků, jímž jsme zřejmě ostrým trnem v oku.

Samozřejmě cítíme i rezervy v naší činnosti, ale snažíme se své konání dělat zodpovědně a tím své nedostatky postupně odstraňovat. Chtěli bychom pořádat i sportovní a turistická setkání lékárníků. Za každý podnět budeme moc rádi.

PharmDr. Pavel GRODZA
předseda OSL

...tak trochu být miláčkem bohů

V brněnském studiu České televize vznikl v rámci pravidelného cyklu Příběhy domů sedmnáctiminutový snímek „U Zlaté koruny“. Námět vznikl podle stejnojmenné knihy autorů Jilík – Spathová – Stancl. Dokument je však především výpovědí o objektu samotném, jeho architektonické a kulturně historické hodnotě.

V domě, který patří k nejcennějším historickým stavbám v Uherském Hradišti, se však současně psaly dějiny města, a to zejména ve 2. polovině 19. století, kdy v něm žila rodina lékárníka Josefa Stancla (1851–1924), jednoho z čelných představitelů Národní strany v Uherském Hradišti a prvního českého starosty města. O něm hovoří ve filmu publicista a spoluautor zmíněné knihy PaedDr. Jiří Jilík a vnuk Josefa Stancla MUDr. Igor Stancl, jehož rodiče byli na počátku 50. let z domu „vykázáni“ a vystěhováni do náhradního ubytování na vozech, jimiž se svážel odpad. Teprve po čtyřiceti letech se naplnila historická spravedlnost a on se mohl se svou rodinou vrátit do domu, který jeho rod obýval déle než 150 let.

Dům U Zlaté koruny však žije i svým každodenním životem, a tak je jistě zajímavé nahlédnout i do zákulisí provozu lékárny, která je v tomto domě umístěna nepřetržitě již od poloviny 17. století. O živé současnosti lékárenského provozu hovoří ve snímku její vedoucí Mg. Alena Mráčková.

Režisérovi se zdařil záměr vystihnout spjatost osudů historické stavby s osudy jejích obyvatel. Příběh hradištské lékárny U Zlaté koruny rozhodně patří k těm lepším snímkům tohoto, bohužel od nového roku již ukončeného cyklu. Zájemci si jej mohou najít v televizním archivu na www.ceskatelevize.cz, v rejstříku pořadů název U Zlaté koruny v seznamu cyklu Příběhy domů.

„Dům U Zlaté koruny je velice zajímavý, četl jsem knihu o něm jedním dechem, a jsem rád, že jsem mohl právě o tomto domě, kterým šla historie města, točit,“ řekl režisér Jaroslav Bařinka. Podle scénaristy Jiřího Jilíka žít v takovém domě znamená tak trochu být miláčkem bohů, a to přes všechna protivenství a křivdy, kterými jeho obyvatelé mohou být postiženi. Takový dům jim pak dodává sílu, aby si i v těžkých chvílích dovedli zachovat důstojnost.

Pozn.: Výše uvedené knize udělil Klub autorů literatury faktu Cenu Miroslava Ivanova za rok 2007.

RNDr. PhMr. Ivan ANDĚL

Česká farmaceutická společnost ČLS JEP
Spolek moravskoslezských farmaceutů pořádají

LXXIII. přednáškový večer

Uskuteční se 8. dubna 2009 v 18.30 hodin ve velkém sále Domu techniky v Ostravě-Mariánských Horách.

Téma: Léčba zácpy, dyspepsií, substituce pankreatickými enzymy

Přednáší MUDr. Evžen Machytka,
Interní klinika FN Ostrava
5 bodů

Večer se koná za laskavé podpory firmy Solway.

Hradeckým absolventům studia z let 1974–79: SETKÁNÍ V ZAHRADĚ!

Setkání absolventů Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové 1974–1979 se uskuteční v sobotu 30. května 2009 v 16 hodin v Botanické zahradě léčivých rostlin. Vážení a milí přátelé, prosím, předejte tuto informaci všem dalším spolužákům.

Svoji účast nahlaste co nejdříve Hance Strakové (Hončíkové) na adresu: strakova@tabulka.cz nebo Veronice Opletalové (Šlejtrové) na adresu: Veronika.Opletalova@faf.cuni.cz.

Těšíme se na setkání s vámi a doufáme, že se potkáme v co největším počtu a v co nejlepší náladě, odpovídající významu našeho setkání po letech.

VÝZNAMNÁ JUBILEA

březen 2009

85 let

PhMr. Miroslav Hvězda
(OSL Kutná Hora)
PhMr. Václav Račanský (OSL Vyškov)

80 let

PhMr. Jiří Milt (OSL Olomouc)

70 let

Prom. farm. Eva Jezowiczová (PSL)
PhMr. Vladimír Uhlíř (OSL Česká Lípa)

60 let

Mgr. Brzetyslava Budnikova
(OSL Karviná)
PharmDr. Dušan Holečko (PSL)
Mgr. Ada Holubová
(OSL Chomutov + Most)
Mgr. Zdeněk Jambor (OSL Bruntál)
Mgr. Zdeňka Kaniová (OSL Třebíč)
Mgr. Marie Novotná (OSL Příbram)

Upřímně blahopřejeme!

(člK)

Lékárník pouze nařiká a běduje

Stále se tvrdí a píše, jak blízko vedle sebe stojí stavy lékařský a lékárnický, a přece jsou i biologické podstatné rozdíly. Viděl jsem již hodně doktorů i hodně apatikářů a tu mi vždy bylo nápadno, že lékaři bývají značně tlustí a nebo aspoň prorostlí, málo je jich hubených. Lékárníci pak že jsou většinou hubení, anebo prorostlí, výjimkou tlustí. Čím to asi je?

Je to vlastně problém hodný biologického badání a snad se jednou najde vědec, který tuto podivnost náležitě osvětlí. Možná, že to je rozdíl v metabolismu, nebo ve vnitřní sekreci, nebo ve způsobu života. Ale to ponechme vědě a jejím exaktním metodám. Pokud mně empirie může sloužit k luštění tohoto problému, pokládal bych za důvod rozdíl v mentalitě obou stavů.

Kdežto lékaři jsou více méně lidem společenským, který se ve svých trampotách umí sdružit a vybouří se hluchými schůzemi, anebo si aspoň ponádává od plic, když se sejde se svým kolegou, jsou lékárníci lidem samotářským, který má málo stavovské soudržnosti a který žije, hlavně na venkově, dosti poustevnický. A potom, ještě jsem neslyšel lékárníka jadrně klít a tropit rámus – lékárník pouze nařiká a běduje. A protože se sám v sobě „žere“, nemůže zakládat na sádlo.

Praktický lékárník, březen 1934, str. 72

Ze starostí našich čtenářů

Sleduji se zájmem Vaše články v „Praktickém lékárníku“ pozorně, bohužel, co se týká lékaře, nemohu Vaše rady nikterak aplikovat na své poměry: Mám zde dva lékaře, jeden, stařec 74letý se dává stále zapírat. Praxi drží jen k vůli tomu stálému příjmu z pokladen. Druhý, obvodní, jest churavý člověk, který má rád pokoj a proto pacienty buď pošle do nemocnice, nebo pacientovi poradí teplé punčochy, čímž jest s ním trvale hotov. Nemocný buď uvěří, že mu nic nechybí, *nebo jede k lékaři jinam*. Tedy moje ubohá lékárna živoří tak, že se na to dívat nemohu. Obracím se o pomoc. Poradte dobrého lékaře. Kraj jest pro lékaře ohromně dobrý. 18 vesnic má k nám spád, kraj bohatý, lidé uvědomělí. Vždycky zde bývali 3 lékaři a skvěle se jim vedlo. Teprve nyní nastala taková stagnace a sice proto, že obvodní lékař má známé v komoře, která každého zájemce odradí. Vše potřebné bych novému lékaři opatřil.

Praktický lékárník, březen 1934, str. 88

Jak lékárnu lze též omladit

Málokteré povolání váže člověka do jedné místnosti tak jako lékárníka, zvláště venkovského! Je nutno tedy, aby se všem dokola vesele dívalo, bylo natřeno světlými barvami, a to tak, aby to i na návštěvníky příjemně působilo, aby rádi do lékáren chodili, bez pocitu hrůzy a středověkého chladu mořských hadů a draků nad tárou.

Uznáme všichni, že každý majitel dlouho něčím nehybal, čeká ho velká a také i nákladná úprava a oprava. Jak se vyplácí učiniti každý rok něco málo, než nic při nařikání, že je krize, privátu málo, ruční prodej v drogeriích (vlastní vinou) a dlužníci platí, kdy mají chuť, nebo chtějí.

Při tomto zahájení „lékárnické reformace“ ustupují osobní „koníčkové“ na čas třeba po zpátku do pozadí. Vzpomínám na

svého otce, kdy v roce 1920, když jsem přijel na universitní prázdniny domů, sám mne jedno odpoledne v neděli žádal, abych pozval malíře na rozmluvu. Lékárna byla tmavá, malby na stropě z roku 1880, kdy se do domu č. 35 v Bíteši stěhovala. Dohodlo se a malovalo se jednu noc a jedno dopoledne a officina byla k nepoznání. Další „revoluce“ začla v roce 1929, kdy jsem se rozhodl využití staré studny hluboké as 25 metrů, zděné, ale zaházené smetím, prý proto, že kdysi dokud ještě z Maďarska vodili řezníci vepřový dobytek přes Moravu prý se tam utopili dva uherští bagouni. Studna byla řádně vyčištěna, vody dobré dost. Tak to tedy začalo vodou, vodovodem, tím nejpotřebnějším pro každou lékárnu. Lehko se mně vše neopravovalo jako tomu, kdo má hotový kapitál po ruce. Maje jako mladý začátečník své rodinné povinnosti, musil jsem dvojnásob opatrně počítati. Cenné rady jsem ale dostal od svých bratranců Ing. Berty a Emila Ženatého. V roce 1929 byla hrubá úprava provedena. Přišly další maličkosti, které každý rok, jak pan ministr financí mé peněženky dovoluje provádím dále.

Praktický lékárník, březen 1934, str. 81

Silná konkurence říšskoněmecká

Náš průmysl farmaceutický počal se vyvíjeti teprve v nynějším století a od samého začátku těžko zápasil s ohromně vyvinutým průmyslem říšskoněmeckým. Můžeme s radostí konstatovati, že přes tuto mocnou konkurenci průmysl náš dospěl již tak daleko, že počet léčiv, která musíme dovážeti, velmi podstatně klesá a klesá dále. Zejména v poslední době vyvínovaly se poměry pro rozvoj našeho průmyslu velmi příznivě, ač nutno předem říci, že efekt nebyl daleko takový, jaký byl očekáván. Mnoho čekalo se od opatření devisových, tato však zklamala a dovoz léčiv jejich vlivem snížen nebyl. Daleko větších zásluh o náš farmaceutický průmysl získal si Hitler, který svou politikou oslabil dovoz říšskoněmeckých léčiv k nám tou měrou, jak by nebyla dokázala žádná opatření našich vládních kruhů. Pokles odbytu mnohých výrobků říšskoněmeckých byl pro ně takřka katastrofální. Některé firmy říšskoněmecké ztratily u nás přes 40 ba i 60 % svého obratu. Náš průmysl toto oslabení své nejnebezpečnější konkurence nemohl ovšem zcela eskontovati pro sebe, jelikož nešťastnou náhodou krize nemocenských pojišťoven vedla k silnému omezení spotřeby léčiv. Toto omezení však přece jenom silným poklesem dovozu říšskoněmeckých preparátů bylo přibližně vyrovnáno. Nebýti Hitlera, byl by náš průmysl dostal velmi silnou ránu. Jest samozřejmo, že firmy říšskoněmecké hledí svoje ztráty opět vyrovnati a tu bohužel pozorujeme, že v mnohém již nápravy docilují. Zařizují u nás t. zv. výroby čili továrny, které jsou vlastně pouhými balírnami. Zásílají sem hotový výrobek eventuelně i obaly na veliko a zde je plní. Docilují tím na prvním místě výhody celní, zjev to, kterému by naše úřady finanční měly věnovati svou pozornost, na druhém místě pak udělují tím svým výrobkům jakéhosi nátěru výrobků domácích – zdejších. Tento postup není nic tak příliš nového, dříve však nemohl se uplatniti v takové míře jako dnes. Jelikož taková továrna jest na oko zdejším podnikem kryta nebo i několika takovými, jsou proti ní naše úřady bezmocné.

Časopis Československého Lékárnictva, č. 3/1934, str. 76

**Jak se psalo
před 75 lety**