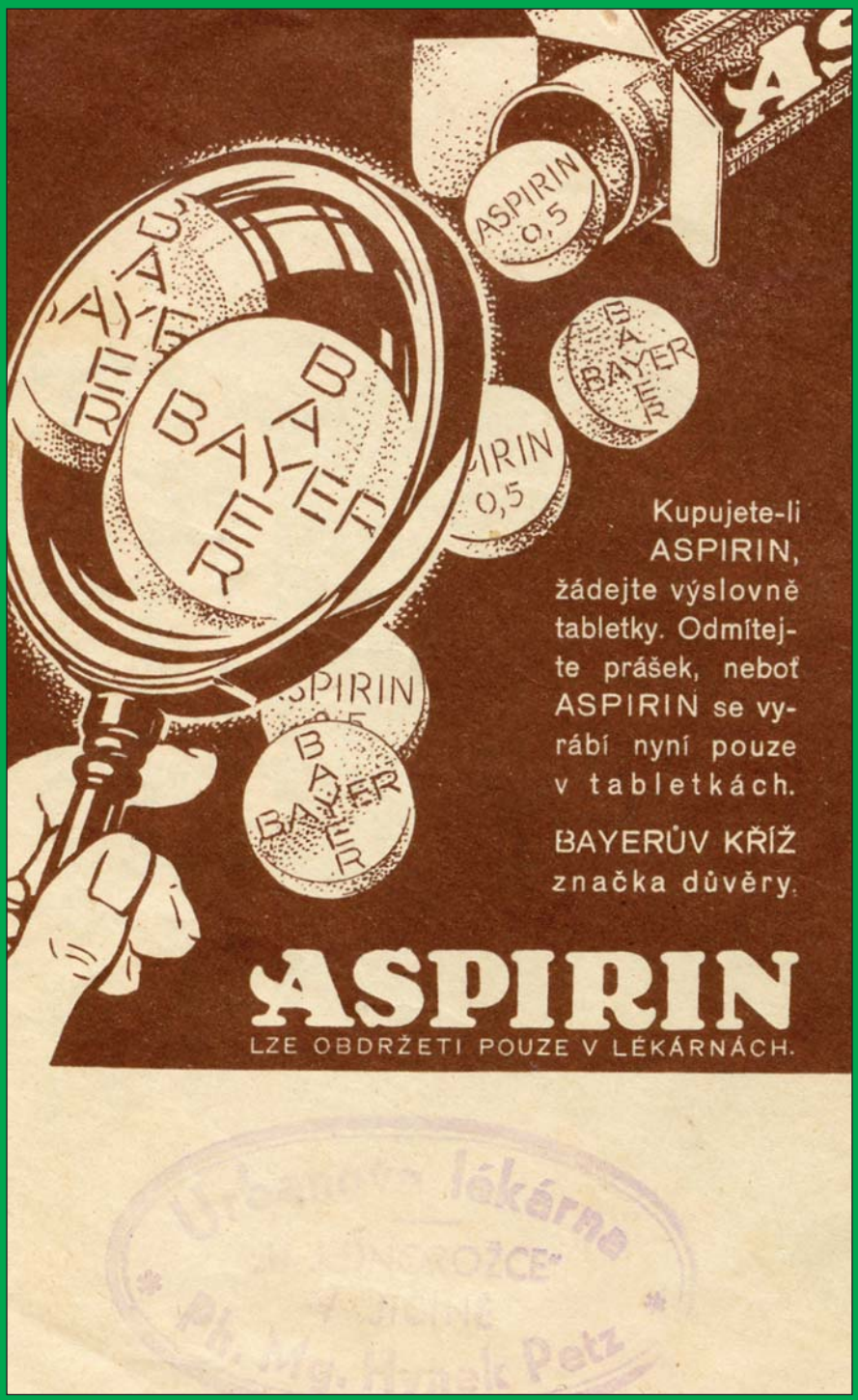
6/2009 ročník LXXXI

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory



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

editorial

Kdesi jsem četla postesk nad důsledky ekonomické krize v hotelnictví. Jestli prý to potrvá dlouho, čerstvé ústřice nahradí na jídelním lístku gulášek za padesát. Restaurace si chtějí udržet klienty, kteří u nich utratí třeba jen pár korun, ale budou se stále vracet. Takovým lidem se říká kunčafti, a kdo se jen trochu vyzná, hýčká si je. Jsou opravdu solí obchodu.

Kadeřnice, ještě nedávno se pošlebující důchodkyním, které měsíc co měsíc chtěly jen vodovou a nechávaly dvacetikorunové spropitné, je teď vítají s otevřenou náručí, protože holub na střeše nikoho neuživí.

Kunčaft v lékárně je ten, který utratí jen za paralen, ale utrácí tam pravidelně. Zažila jsem situaci, kdy u obou výdejních míst stály magistry, jedna expedovala, ta druhá nabídla klientovi, který stál za ženou s receptem, aby k ní přešel. Odpověděl jí: „Neberte si to osobně, ale k vám nejdu. My už se tady s paninkou známe." Potom se naklonil přes táru, šeptal něco magistře rovnou do ucha, zaplatil za mast a odešel.

„Neber si to osobně," řekla pak magistra kolegyni, „je to můj dlouholetý kunčaft, který kupuje léky pro svého přítele. Chodí za mnou už do třetí lékárny a něco koupí vždycky, tak si ho musím hýčkat."

Lékárna je samozřejmě v první řadě zdravotnické zařízení, ale bez peněz se neobejde. V této době je víc než kdy jindy nutné vítat (nejen) stálé klienty, i když přijdou pro dvě náplasti.

Krize nekrize, nám už stačila reforma zdravotnictví. Jsou to bohužel zase lékárníci, kteří na ní prodělávají nejvíc. Teď nám jde opravdu o přežití.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka
Mgr. Jaroslava Hořanská
redakční rada
PharmDr. Jan Horáček (předseda),
Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,
PharmDr. Petr Haltuf, PharmDr. Dušan Holečko,
PharmDr. Kamil Hrubý, doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,
Mgr. Jiří Kotlář, Mgr. Aleš Krebs, PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Pavel Škvor
vydavatel
Lékárnická akademie, s. r. o.
A. Staška 80, 140 46 Praha 4
Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku
vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C
vložka 74194.
distribuce
PNS Grosso, s. r. o.
Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44
grafická úprava
Kateřina Vévodová
tisk
Ringier Print CZ a. s.
Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová
předplatné a inzerce
Objednávky v redakci časopisu
redakční uzávěrka
č. 7-8/2009 – 10. července 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 redakcí nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů) • K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.) • K příspěvkům přes 60 řádků NR požadujeme barevnou fotografii (stačí pasový formát) zachycující současnou podobu autorky či autora •

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

ročník LXXXI 6/2009

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

obsah

Zákon o komoře – živý, nebo mrtvý projekt? 4

Odešel docent RNDr. J. Malý 5

Datové schránky od 1. července? Ano i ne 6

Nemečtí politici vychádzajú lekárnikom v ústrety 7

Osvědčení k výkonu soukromé praxe 8

Houby voňavé, chutné i zrádné 10

Správné dispenzační minimum: Sertralin 11

Já nebrouzdám po Karibiku, ale běhám se psem po lese 12

O depresích, lidském mozku a také o stresu 14

Tak to vidím já: U jaké mince to skončí? 16

Molekula měsíce: Catumaxomab 17

Nově registrované látky: Sorafenib 18

Nové nebo méně známé léčivé rostliny:
Zingibier officinale 19

Sáhnout si na (mořské) dno 20

Trojjazyčná pražská sazba z roku 1659 (II.) 22

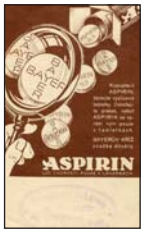
Okresní sdružení Ústí nad Orlicí 23

Postmenopauzální aplikace genisteinu 24

Zážitky přátel muzea, tentokrát ze Španělska 25

Jak se psalo před 75 lety 27

titulní strana



Tato recepturní obálka je z Urbanovy lékárny „U jednorožce" v Jičíně (na razítku Ph. Mg. Hynek Petz). Jde o reklamu na Aspirin, Pyramidon a Panflaminové pastilky firmy Bayer.

(zapůjčeno z fondu Českého farmaceutického muzea v Kuksu)

Zákon o komoře – živý nebo mrtvý projekt?

Loňský a část letošního roku se nesl ve znamení příprav nového komorového zákona. Již na listopadovém sjezdu představil poslanec MUDr. Boris Šťastný návrh zákona a předložil jej komoře k přípravě připomínek. Kromě zákona o České lékárnické komoře spatřil světlo světa též návrh zákona o České stomatologické komoře. Koncepce obou návrhů předpokládala, že dojde ke zrušení stávajícího zákona č. 220/1991 Sb. obsahujícího právní úpravu všech tří zdravotnických komor.
Přes počáteční snahu České lékařské komory zachovat trojjediný komorový zákon přistoupili nakonec i kolegové lékaři na myšlenku tří samostatných zákonů a připojili se k nové legislativní snaze.

Mgr. Stanislav Havlíček, Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

Nyní, v červnu 2009 již můžeme připustit, že přinejmenším v tomto volebním období se projednání a schválení zákona v parlamentu nedočkáme. Zdálo by se, že veškerá práce věnovaná přípravám zákona a diskuzím o něm byla marná. Možná ano. Možná, že se již po volbách nenajde politická vůle se těmito zákony zabývat. Přesto je samozřejmé, že potřeba změnit po téměř dvaceti letech zkušeností s komorovým životem zastaralou právní úpravu povede zástupce všech komor ke snaze přesvědčit politiky, aby se návrhy zákonů zabývali.

I kdyby se nakonec ukázalo, že se budeme muset spokojit se zastaralým předpisem, nebyla vynaložená námaha zbytečná.

Posouzení návrhu si vyžádalo především důkladnou revizi pravidel upravujících fungování komory. Formulace budoucích pravidel nebyla možná bez uvědomění si nedostatků a mezer těch současných. Návrh probudil zájem o komorové dění u mnoha lidí, kteří by se jím jinak nezabývali. Vyjasnily se základní právně filozofické otázky o smyslu existence komor a o povinném členství, či spíše příslušnosti členů profese ke stavovské organizaci. Zřejmě nejzásadnější změnu však vnesl návrh zákona do vnímání komory jejími členy.

Rozhořel se spor o kompetence komory. Spor o to, zda se má komora zabývat všemi věcmi týkajícími se lékárníků anebo zda z těchto kompetencí mají být vyjmuty provozovatelské záležitosti. Netajíme se názorem, že je v zájmu všech lékárníků, aby komora měla co nejširší pravomoci, a to i v provozovatelské oblasti. Již jen proto, že jako jediná zákonem zřizovaná stavovská organizace sdružující všechny lékárníky bude mít vždy nejširší mandát k hájení jejich zájmů. Zda tak bude činit dobře či špatně, je již jiná otázka, odpověď na ni je závislá jen a pouze na lékárnících samých. Každá další lékárnická organizace schopná brojit za lékárníky je více než potřebná. Proto také podoba zákona prosazovaná komorou sice předpokládá široké kompetence pro komoru, nikoliv však výlučné. Neuzurpuje si tyto pravomoci jen pro sebe. Záměrně. Omezení jiných lékárnických organizací není žádoucí. Paradoxně jakoby právě tato otevřenost byla v diskuzích s odpůrci širokého rozkročení komory opomíjena. Překvapivě se tito odpůrci neobjevovali mezi politiky, ale výlučně mezi lékárníky. Obdobné snahy stomatologů a lékařů nebyly z vnitřku stavu napadány takřka vůbec. To však nemusí znamenat nic jiného, než že právě mezi lékárníky panuje názorová rozmanitost, kterou lze vnímat jako výhodu pro stav. Polarizace názorů vede také u každého aktivního člena komory k zamyšlení a volbě vlastní preference. Nebylo by ostatně ani přirozené, kdyby si o jedné věci všichni mysleli totéž. Faktem zůstává, že v názoru na postavení komory jsou dnes lékárníci rozděleni jako nikdy předtím. Je to nutně špatné?

Na podporu širokých kompetencí si dovolíme dva argumenty. První – výkonný orgán komory, představenstvo, věnuje odjakživa devadesát procent své pozornosti provozovatelským záležitostem. Druhý – valná většina členů od komory očekává, že se těmto záležitostem věnovat bude.

Pod palbou regulačních poplatků, cenové regulace, centrálního úložiště a mnoha jiných útoků na samou podstatu existence lékárenství může tento úvodník působit anachronicky. Jenže i zdánlivě nezajímavá a nudná příprava zákona o stavovské organizaci je, jak vidno, příčinou tříbení názorů, které se následně přenáší i do jiných žhavějších témat.

Žádné pochybnosti před pacientem!

Z několika udivených dotazů pacientů položených v krátkém sledu České lékárnické komoře vyplývá, že někteří kolegové jsou si svou odborností jisti více, než jim přísluší.

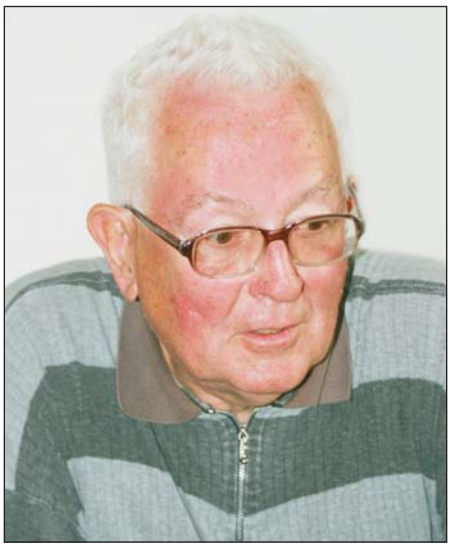
Na různých místech republiky se pacient v lékárně dozvěděl, že lék předepsaný mu lékařem nemá užívat, protože je neúčinný. Nešlo tedy o případ chybné preskripce. Jednalo se jen o subjektivní hodnocení lékárníka co do smysluplnosti léčby konkrétním preparátem, který lékař pacientovi doporučil.

Nechci polemizovat o správnosti úsudku lékárníka o terapii pacienta. I kdyby byl jeho závěr v souladu s nejnovějšími poznatky vědy, neměl by se nikdo z nás dopouštět zpochybňování terapie předepsané lékařem před pacientem. I v případě vážného pochybení na straně lékaře jsou pravidla postupu farmaceuta nastavena tak, aby bylo ochráněno zdraví pacienta, ale přitom lékař nebyl farmaceutem haněn. O to více by mělo platit, že jen rozdílný názor na účinnost léčivého přípravku nesmí být důvodem pro snižování kolegy, kterým lékař farmaceutovi je, před pacientem.

Pokud už některý z nás bude považovat terapeutické návyky lékaře za neúnosné, nechť se obrátí přímo na tohoto lékaře. A nesetká-li se s pochopením, ať se smíří s tím, že je naší povinností názor lékaře před jeho pacientem respektovat. Jen při této úctě k naší sousedské profesi lze očekávat podobný přístup k profesi naší. A věřte, že ani pacient si o lékárníkovi kritizujícím lékaře nemyslí nic pěkného. Slova o drzém lékárníkovi nejsou výjimkou.

Mgr. Michal HOJNÝ

Odešel docent RNDr. J. Malý



Krátce před odevzdáním tohoto čísla do tisku jsme obdrželi smutnou zprávu, že ve věku nedožitých 81 let zemřel doc. RNDr. PhMr. Josef Malý, CSc.

Narodil se 19. srpna 1928 v Brně. Po absolvování reálného gymnázia nastoupil dvouletou praxi v lékárně. Po tyrociniu následovala dvě léta studia farmacie a v roce 1951 promoce. Josef Malý působil jako odborný asistent na katedře galenické farmacie budoucí brněnské farmaceutické fakulty. Kromě jiného na něho čekalo čtyřleté studium farmacie, které jako samostatný obor začalo fungovat na lékařských fakultách v Praze, Brně a Bratislavě. V roce 1960 přechází do Bratislavy, kam byla převedena celostátní farmaceutická fakulta. Zde se také v roce 1965 habilitoval. Založil „Technologické dny", jejichž tradice přetrvala do současnosti.

Josef Malý publikoval u nás i v zahraničí. Má na kontě autorství a spoluautorství 66 původních prací a krátkých sdělení, na 50 souborných referátů, více než 500 recenzí odborných titulů a přes 2 500 excerpt ze zahraničních časopisů. Autorsky se podílel na vytvoření 6 knih a 18 skript. Přispíval rovněž do Časopisu českých lékárníků.

Doc. RNDr. PhMr. Josef Malý, CSc., zemřel 7. června 2009. V jeho osobě odchází další z veteránů, kteří se svými životy a prací významně podepsali v novodobé historii československé a české farmacie.

Čest jeho památce!

Redakce ČČL

ZEPTALI JSME SE

Česká lékárnická komora vyzvala své členy, aby do vyjádření Úřadu pro ochranu osobních údajů k nakládání s daty pacientů vydávali přípravky s obsahem pseudoefedrinu výhradně na lékařský předpis. Co na to vaše lékárna?

PharmDr. JANA ŠOLÍNOVÁ
Lékárna U Zlatého hada, Cvikov

Jsme si vědomi toho, že v našem okolí ke zneužívání přípravků s pseudoefedrinem skutečně dochází. Za dobré řešení bychom považovali omezení výdeje, ale vazba na centrální úložiště v současně prosazovaném pojetí pro nás v žádném případě není akceptovatelná. Připadá nám, že ministerstvo a SÚKL využívají řešení jednoho problému k dosažení věci, která s ním nesouvisí. Zdůrazňuji, že myšlenku centrálního úložiště nepovažuji za špatnou, ale na základě vlastních zkušeností z práce v zahraničí dobře vím, že nakládání s daty pacientů v takovém rozsahu a podobě je v současné Evropě nemyslitelné. Do vyjádření ÚOOÚ tedy našim pacientům, kteří jsou na přípravky s pseudoefedrinem zvyklí, nezbývá, než si pro ně přijít s receptem.

PharmDr. JIŘÍ FEIGERLE
Lékárna U Mouřenína, Hořice

Lékárnický terén je ovlivňován dvěma protichůdnými názory, když SÚKL tvrdí, že se lékárny k centrálnímu úložišti připojit musí, a lékárnická komora, že nikoliv. Osobně počkám, jak v záležitosti nakládání s osobními údaji pacientů rozhodne ÚOOÚ, protože jde o velmi vážnou věc, u které hrozí lékárně nezanedbatelný postih v případě, že data nebudou dostatečně zabezpečena. Přípravky s pseudoefedrinem vydáváme na recept, i když je mi přitom líto slušných pacientů, kteří ničeho nezneužívali. Stojí za úvahu, zda je vůbec rozumné tyto přípravky mít na skladě, jestliže v poslední době už kvůli nim také došlo k několika případům vloupání do lékáren.

Mgr. JITKA GIEBLOVÁ
Lékárna Na Ptákách, Jaroměř

Plně sdílíme stanovisko České lékárnické komory. V praxi to znamená přípravky s obsahem pseudoefedrinu buď nevydávat vůbec, nebo pouze na lékařský předpis. Ve spektru volně prodejných léčiv se pro konkrétního pacienta určitě dá najít adekvátní náhrada. Do centrálního úložiště receptů připojeni nejsme. K odpovědnému rozhodnutí v této věci nám zatím chybí nejen vyjádření ÚOOÚ, ale také uspokojivé vyřešení všech dalších otazníků kolem centrálního úložiště.

Mgr. ROMAN CHALOUPKA, Lékárna „Na náměstí", Dvůr Králové nad Labem

Dosavadní vývoj chápu jako oprávněnou snahu státu zamezit zneužívání těchto přípravků, ale výsledný efekt bohužel neodpovídá vynaloženým prostředkům. Tato opatření měla dopadnout na osoby, které si mezitím stačily najít zdroje takových přípravků jinde. Zajedou si třeba do Polska, kde si je mohou u první benzínové pumpy nakoupit bez jakýchkoliv omezení. Takže nejvíce postiženými se nakonec stali opět slušní pacienti, a samozřejmě my lékárníci, od kterých stát očekává nehrazenou práci, navíc s citlivými osobními daty klientů. Proto souhlasím, že je třeba vyčkat minimálně do vyjádření ÚOOÚ. Raději bych se mýlil, ale dovedu si živě představit, že lobbing firem dodávajících na náš trh přípravky s pseudoefedrinem bude natolik silný, že se relativně brzy dočkáme jejich navrácení zpět do prodeje bez jakéhokoliv omezení.

Snímky: Vladimír Vrbovský

Datové schránky od 1. července? Ano i ne

Dne 1. 7. 2009 nabude účinnosti zákon č. 300/2008 Sb., o elektronických úkonech a autorizované konverzi dokumentů. Jde o předpis, s nímž je spojen vznik v těchto dnech často skloňovaných datových schránek. V souvislosti s nimi se objevují nejrůznější informace, které jsou ne vždy zcela přesné. Několik nejzákladnějších proto nabízí tento příspěvek. Pro lepší srozumitelnost ve formě otázek a odpovědí.

■ **Co je datová schránka?**

Datová schránka je elektronické úložiště zřizované a spravované ministerstvem vnitra.

■ **K čemu datová schránka slouží?**

Datová schránka slouží k doručování orgány veřejné moci a k provádění úkonů vůči těmto orgánům.

■ **Pokud je datová schránka elektronické úložiště, jedná se o totéž úložiště, o němž hovoří zákon o léčivech jako o centrálním úložišti?**

Nejedná. Datová schránka je něco jiného než centrální úložiště elektronických receptů.

■ **Budu-li mít datovou schránku, mohu trvat na tom, aby mi orgány veřejné moci doručovaly poštu klasicky v listinné podobě?**

Ne. Tomu, kdo bude mít zřízenu datovou schránku, mohou orgány veřejné moci doručovat výlučně jejím prostřednictvím.

■ **Kdy se bude pošta, kterou mi bude orgán veřejné moci prostřednictvím datové schránky zasílat, považovat za doručenou?**

Pošta, kterou orgán veřejné moci uloží do datové schránky, se bude považovat za doručenou okamžikem vašeho přistoupení do datové schránky. Nelze se ale spoléhat na to, že když nebudete dlouho do datové schránky přistupovat, vyhnete se doručení. Nejpozději se bude zásilka považovat za doručenou po deseti dnech ode dne, v němž orgán veřejné moci zásilku do vaší datové schránky uloží.

■ **Budu-li mít datovou schránku, mohu zasílat poštu orgánům veřejné moci i klasicky v listinné podobě?**

Ano. Jako držitel datové schránky nejste povinen(na) doručovat orgánům veřejné moci výlučně jejím prostřednictvím.

■ **Mohu využívat datovou schránku i k zasílání pošty jiným subjektům než orgánům veřejné moci?**

Ne.

■ **Jaké je postavení České lékárnické komory podle zákona, musí mít datovou schránku?**

ČLK je z hlediska zákona orgánem veřejné moci. Ze zákona jí bude datová schránka zřízena. Doručování mezi ní a členy komory se bude řídit stejnými pravidly, jako mezi jinými veřejnými a soukromými subjekty.

■ **Jsem fyzická osoba. Musím mít datovou schránku?**

Nemusíte. Budete-li mít o datovou schránku zájem, můžete si o ni zažádat. Pokud podnikáte, mohou vám být zřízeny dvě datové schránky. Jedna pro potřeby soukromé a jedna pro potřeby podnikatelské. Obě bezplatně.

■ **Jsem právnická osoba. Musím mít datovou schránku?**

Protože lze předpokládat, že jste právnickou osobou zapsanou v obchodním rejstříku, lze odpovědět ano, datovou schránku mít musíte. Bude vám zřízena bezplatně bez žádosti.

■ **Potřebuji k používání datové schránky elektronický podpis?**

Nepotřebujete.

■ **Na základě čeho budu mít přístup ke své datové schránce?**

Na základě přístupových údajů. Předpokládá se, že každý držitel datové schránky obdrží bezvýznamové jedinečné osobní číslo.

■ **Budu mít možnost si převést elektronický dokument doručený mi do datové schránky do listinné podoby a opačně?**

Budete, ale nikoliv svépomocí. Převodem listin z elektronické do listinné podoby a opačně (tzv. **autorizovaná konverze**) budou ze zákona pověřena kontaktní místa veřejné správy.

■ **Budu si moci datovou schránku nastavit tak, aby mi její obsah byl doručován e-mailem?**

Ano, ale ponesete riziko zneužití přenášených informací.

■ **Budou mít všechny orgány veřejné moci a všechny povinné osoby datové schránky od 1. 7. 2009?**

Ne. Zákon určuje lhůtu ke zřízení datových schránek povinným subjektům (např. právnické osoby zapsané v obchodním rejstříku, orgány veřejné moci) do 90 dnů od nabytí účinnosti zákona, tedy nejpozději do 28. září 2009.

■ **Kdo systém datových schránek provozuje?**

Systém zřizuje a spravuje ministerstvo vnitra, které jejím provozem pověřilo Českou poštu.

■ **Kde se dozvím o datových schránkách více?**

V tisku a jiných sdělovacích prostředcích, na webových stránkách ministerstva vnitra nebo České pošty a samozřejmě v zákoně. Vodítkem může být i důvodová zpráva k zákonu.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK,
právní poradce ČLK

Žádost o certifikát pro vzdělávající se lékárníky pošlete do 31. 7. 2009

Česká lékárnická komora se rozhodla zvýraznit a medializovat odbornou činnost farmaceutů, kteří splnili v období od 1. 9. 2005 do 31. 8. 2008 podmínky Řádu kontinuálního vzdělávání ČLK a poskytují lékárenskou péči na vysoké odborné úrovni. Medializace bude spočívat především v uvedení odkazů na certifikované lékárny na aktualizovaných www stránkách ČLK a na aplikaci www.maps.google.cz

Pokud máte zájem o vystavení certifikátu o tom, že všichni zaměstnanci lékárny – farmaceuti, se kontinuálně vzdělávají, pošlete do 31. července vyplněnou žádost na sekretariát komory, k rukám M. Horákové (horakova@lekarnici.cz) nebo faxem na č. 261 006 756. Žádost ke stažení na www.lekarnici.cz v sekci Aktuality pro lékárníky.

Na webu bude po finalizaci k nahlédnutí také uvedený certifikát.

Žádost obsahuje:
- název, adresu lékárny
- jméno odborného zástupce a kontakt
- seznam všech lékárníků, vč. evidenčních čísel, kteří splnili podmínky Řádu pro KV, tj. mají v indexu odborné praxe potvrzení o úspěšném zakončení tříletého cyklu
- čestné prohlášení odborného zástupce, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé.

Uvedenou agendu lze realizovat také elektronickou cestou.

Další podrobnosti a vzor žádosti je zveřejněn na webových stránkách komory.

Potvrzení o zakončení cyklu KV je možné po dohodě získat u předsedy OSL nebo u Martiny Horákové na sekretariátu ČLK (pro OSL Praha a Plzeň).

Omlouváme se za zpoždění v realizaci této aktivity, ale víc než bychom si sami přáli, jsme byli zpočátku roku vytíženi jinými povinnostmi.

Mgr. Hana ŠNAJDROVÁ
Mgr. Michal HOJNÝ

Nemeckí politici vychádzajú lekárnikom v ústrety

V 5. čísle ČČL PharmDr. Z. Blahuta priniesol informáciu o konaní 7. Saského lékárnického dňa. Ako zástupci ČLK, spolu s PharmDr. Horáčkom, sme sa 25. a 26. 4. tohoto jednania zúčastnili tiež. Dovoľte mi niektoré informácie doplniť.
Sasko je jednou zo 16 spolkových zemí Nemecka s hlavným mestom Drážďany. Má tri vládne kraje: Drážďany, Chemnitz a Lipsko, ktoré sa ďalej delia na okresy. Na asi 4 milióny obyvateľov pripadá 995 verejných lekární.

PharmDr. Stanislav Rovan

Na rozdiel od nás, zdravotníctvo spolu s problematikou sociálnych vecí, žien, mládeže a rodiny patrí pod ministersvo pre sociálne veci.

Je zvykom na podobné jednania pozývať najvyšších predstaviteľov rezortu a zástupcov jednotlivých strán Saského alebo Spolkového parlamentu.

Poslanci si takéto akcie nenechajú ujsť, aby mohli prezentovať svoj pohľad na lekárenstvo. Až na jednu stranu, ktorú mimochodom na jednanie nepozvali, vychádzajú lekárnikom v ústrety.

Úplne iné ako u nás sú názory saskej ministryne, ktorá prehlásila k lekárnikom: Saská vláda stojí pri vás. Stojí za plošným zásobovaním liečivami, lékárňou vedenou majiteľom, umiestnenou blízko k pacientom a za bezpečný obeh liečiv. Nie sú to iba slová. Ministerstvo podalo Spolkovej rade návrh na zákaz zásielkového obchodu s liekmi na recept. Prvý návrh sice neprešiel, ale budú pokračovať v jeho presadení.

Ministerstvo samozrejme podporovalo lekárnikov aj v spore o zákaze cudzieho vlastníctva lekární pred Európskym súdnym dvorom. Dnes už vieme, že tento spor dopadol dňa 19. 5. 2009 v prospech nielen nemeckých lekárnikov. Saské ministerstvo teraz môže iba konštatovať, že sa potvrdzuje jeho stratégia v oblasti lekárenstva.

My z tohoto úspechu moc nevyťažíme. Ak by u nás tiež malo platiť, že lekárne môžu vlastniť iba lekárnici, museli by reťazce svoje lekárne predať a vznikol by veľký finančný problém.

Jediné, o čom by sa dalo uvažovať, ak by sme samozrejme presvedčili poslancov, je zavedenie regulácie počtu lekární.

V diskusii s našimi saskými kolegami sme sa zaoberali vzťahom komory a majiteľských organizácií. Podľa slov hostiteľov nemajú so vzájomnou spoluprácou negatívne skúsenosti. Platí to obecnejšie, podľa mojich skúseností napr. v Bavorsku, ale v Sasku zvlášť. Na základe historického vývoja je v Sasku vysoké percento malých lekární. V nich nezriedka pracuje ako lékárnik majiteľ sám. Preto v komore je pomer v počte členov medzi majiteľmi lekární a zamestnancami opačný ako u nás. Jedným z dôvodov bezkonfliktnej spolupráce medzi organizáciami môže teda byť aj zloženie členskej základne Saskej lekárnickej komory. O dobrej spolupráci svedčil aj spoločný postup komory a Saského lékárnického zväzu pri príprave tohoto jednania. A ako prehlásil kolega Blahuta, skutočne s nemeckou dôkladnosťou.

Iný diskutovaný problém bolo rozdelenie kompetencií z hľadiska legislatívy a ekonomiky. Komora je v Sasku hlavný subjekt pri predjednávaní zákonov. Ak sú pripravované zákony v strete so záujmami majiteľských organizácií, obidve organizácie spolu jednajú a dohodnú sa.

Majiteľským organizáciám zostáva ekonomika a hlavne jednania o zmluvách s poisťovňami.

V diskusii sme sa s kolegom Horáčkom zaujímali aj o čiste praktické veci. Bola to napríklad otázka sídla zväzu a komory. Sídlo komory je Drážďanoch. Mohli sme sa však podívať v centru mesta na zaujímavo riešený „lekárnický dom“, sídlo zväzu. Dom sa nachádza na rohu malého námestia Thomaskirchhof 12. Slúžil ako homeopatická Centrálna lekáreň Willmara Schwabeho. V prízemí domu sa nachádza reštaurácia s predzáhradkou. Vnútri sme s prekvapením videli zvyšky lekárenského mobiliáru, ktorý patril starej lekárni. Teraz je súčasťou miestnosti s barom. Miestnosť slúži zároveň ako vchod do lekárnického múzea. Múzeu nesmela chýbať ani jeho reklama umiestená na bicykloch. Vo vyšších poschodiach sa nachádzajú priestory samotného múzea a kancelárie Saského lekárnického zväzu.

Moderne vyriešené spolužitie zariadení s tak odlišnou funkciou nás veľmi zaujalo. Dom by mohol slúžiť ako inšpirácia pre nákup nemovitosti pre sídlo ČLK. Samozrejme však v menšom merítku.

V neďalekej pasáži sme našli ďalšie pohostinské zariadenie v priestoroch a s menom po starej lekárni. V duchu ma napadla myšlienka, či nehrozí takýto vývoj v lekárenstve u nás.

Nakoniec iba želanie do budúcna. Mali by sme podobné podujatie urobiť aj u nás, aby sme sa našim nemeckým kolegom mohli odvďačiť za ich pohostinnosť.

Snímky: autor

Od 1. června platí nový Český lékopis

Od 1. června 2009 platí nový Český lékopis. Vydalo ho nakladatelství Grada ve formě třísvazkové publikace, jejíž součástí je CD-ROM. Všechny tři svazky včetně CD stojí téměř 6000 Kč a z nepochopitelných důvodů není samotné CD levnější.

Je vůbec v lékopisu něco nového a užitečného pro lékárníky?

Asi největší pozitivní dopad do praxe bude mít změna teploty skladování několika léčivých přípravků. Jde o Argenti nitratis unguentum compositum, Carbonis detergens tinctura, Gelatum Holt, Sulfuris pasta 50% a Zinci oxidi pasta 50%, které mají teplotu skladování zvýšenou do 25 °C. U přípravků Acidi borici solutio 3%, Althae sirupus, Plantaginis sirupus, Sirupus simplex, Sulfuris pasta composita a Zinci oxidi pasta bylo omezení teploty uchovávání zrušeno, takže budou moci být uchovávány i při pokojové teplotě, jakmile SÚKL v souladu s lékopisem změní pokyn LEK-5.

Některé články léčivých přípravků se změnily i jinak. U očních kapek Natrii et kalii iodidi oculoguttae a Oculoguttae viscosae isotonicae je doplněna sterilizace přípravků obsahujících sterilní hypromelózu (vodní parou 15 minut při 121 °C). Na základě požadavku veterinářů přibyl článek pro Chlumského roztok (Solutio phenoli camphorata). U článků pro roztok rivanolu a genciánu (Ethacridini lactatis solutio a Methylrosanilinii chloridi solutio) se změnily některé zkoušky i používané koncentrace. U rivanolu přibyla koncentrace 0,1% a nově je uvedena teplota skladování do 25 °C, u genciány zmizela koncentrace 2%, zůstala 0,5% a přibyla 1% a zároveň se změnil postup přípravy (nyní bez použití etanolu).

Z nových článků v Českém lékopise 2009 bych ještě jmenovala tabulku pro izotonizaci očních kapek. Bohužel je zkrácená oproti verzi uvedené v ČSL 4 a neobsahuje všechny v lékárnách používané léčivé látky (chybí například cinchokain nebo fluorescein), ani neobsahuje izotonizaci roztokem dusičnanu draselného. Ostatní tabulky v národní části zůstávají obdobné jako doposud a pro praxi jsou dobře využitelné. Samozřejmě byly také zrevidované. Jde o revizi tabulek se seznamem omamných a psychotropních látek, separand a venen, kde se muselo zohlednit přidání a vypuštění některých látek z lékopisu. Ke změnám došlo i v tabulkách

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v květnu 2009

Zrušená osvědčení

132/1993	Mgr. Marie Pindešová, ul. 5. května 12, Meziměstí
332/1993	PhMr. Lidmila Eöllösová, Školní ul. 392, Švihov
67/1994	Mgr. Jaroslav Chromeček, 17. listopadu 1545, Strážnice
260/1999	Mgr. Helena Slaninová, Mikulovská 151, Valtice
106/2001	aff Eva Dobrovolná, Bráfova 37, Třebíč
2/2004	PharmDr. Zdeněk Fabiánek, Vránova 172, Brno
3/2004	Mgr. Šárka Láníčková, Barvičova 53, Brno
403/2005	PharmDr. Věra Obrová, Edisonova 1185, Chomutov
29/2007	Mgr. Lenka Bednaříková, Česká 190, Trutnov
142/2007	Mgr. Jana Saveljevová, Novodvorská 994, Praha 4
378/2007	Mgr. Šárka Pavelková, Lidická 3341/137, Břeclav
138/2008	RNDr. Marie Páleníková, Karla Šafáře 64, České Budějovice
142/2008	PharmDr. Blanka Zörnerová, Masarykova 444/1, Brno
234/2008	Mgr. Adéla Černochová, Hranice 894, Hranice
258/2008	Mgr. Iva Svačinová, Boženy Němcové 1489, České Budějovice
293/2008	Mgr. Otakar Červenka, K Nemocnici 1106, Hořovice
342/2008	Mgr. Jiří Minář, Vaňkova 225, Nové Město pod Smrkem
393/2008	PharmDr. Martina Roubalová, Malostranské nám. 15/204, Praha 1
37/2009	RNDr. Jaroslav Žák, Těšínská 44, Opava

Vydaná osvědčení

129/2009	Mgr. Milan Pilch, Dr.Max LÉKÁRNA, Vodárenská 3653, Mělník, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
130/2009*	Mgr. Martina Koblížková, Eurolékárna Děčín, Ústecká 1905/8, Děčín, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.
131/2009	Mgr. Lenka Hönigová, Lékárna Jižní Svahy, Okružní 4701, Zlín, provozovatel: PharmDr. Jarmila Oreská
132/2009	Mgr. Hana Čermínová, U Nemocnice, B. Němcové 1489, České Budějovice, provozovatel: Pharmacon s.r.o.
133/2009	PharmDr. Věra Obrová, U zlaté renety, Vršovců 1826, Chomutov, provozovatel: ZYFORA s.r.o.
134/2009	Mgr. Jana Drozdová, Lékárna U SVATÉHO PETRA, Petrské nám. 5, Prostějov, provozovatel: Mgr. Jana Kašparová
135/2009	PharmDr. Anna Žižková, Lékárna Benefit, ul. 9. května 2044/9, Litvínov, provozovatel: REAL FORTE a.s.
136/2009	Mgr. Marcela Drašarová, Na České, Česká 190, Trutnov, provozovatel: BEAS pharm s.r.o.
137/2009	Mgr. Marcela Halová, Lékárna Vránova, Vránova 172, Brno, provozovatel: PharmDr. Zdeněk Fabiánek, s.r.o.
138/2009	Mgr. Jana Králíčková, Lékárna Barvičova, Barvičova 53, Brno, provozovatel: PharmDr. Zdeněk Fabiánek, s.r.o.
139/2009	PharmDr. Lukáš Páleník, Šumava, Karla Šafáře 64, České Budějovice, provozovatel: PharmDr. Lukáš Páleník
140/2009	PharmDr. Karel Fořt, U zlaté renety, Edisonova 1185, Chomutov, provozovatel: ZYFORA s.r.o.

141/2009	PharmDr. Miloslav Bačák, Lékárna U sv. Jiří, Pražská 422, Mimoň, provozovatel: PDZ, s.r.o.
142/2009*	PharmDr. Lenka Štýsová, U Bílého slona, Domažlická 888, Klatovy, provozovatel: Stylepe s.r.o.
143/2009*	PharmDr. Lucie Masná, Dr.Max LÉKÁRNA, 9. května 1197, Bohumín, provozovatel: Česká lékárna a.s.
144/2009	PharmDr. Mgr. Richard Lachs Eurolékárna Tábor, Chýnovská 3049, Tábor, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.
145/2009	Mgr. Tomáš Veverka, Senimed – Lékárna nemocnice Hořovice, Hořovice, provozovatel: SENIMED s.r.o.
146/2009	PharmDr. Dana Tomanová, Lékárna Švihov, Školní 392, Švihov, provozovatel: PharmDr. Dana Tomanová
147/2009	Mgr. Beáta Gondeková, Lékárna Meziměstí, 5. května 12, Meziměstí, provozovatel: Mgr. Stanislava Suková
148/2009	Mgr. Mária Jurkovičová, SANCTUM Apotheke, Hranice 894, Hranice, provozovatel: ProVitae Pharm s.r.o.
149/2009	Mgr. Vladislava Bednaříková, Lékárna U RAKA, Mikulovská 151, Valtice, provozovatel: Lékárna U RAKA s.r.o.
150/2009	Mgr. Helena Slaninová, Lékárna U RAKA, HM TESCO, Lidická 3341/137, Břeclav, provozovatel: Lékárna U RAKA s.r.o.
151/2009	Mgr. Tomáš Sedláček, Lékárna Pod Smrkem, Vaňkova 225, Nové Město pod Smrkem, provozovatel: WEILCHEN a.s.

* = *nová lékárna* **(člk)**

s doporučenými terapeutickými dávkami pro děti a dospělé a u doporučených dávek léčiv používaných u zvířat. Beze změny zůstala například lihová tabulka.

Další změny v lékopisu nejsou pro praxi v běžných lékárnách významné, jen musím doufat, že změna požadavků na léčivou látku nebude znamenat výpadek této látky na trhu (jak už s tím máme negativní zkušenosti).

Podrobnosti o novinkách v lékopise a také chystané změny v jeho doplňcích je možné zjistit na stránkách SÚKL, kde jsou zveřejněné prezentace z dubnového semináře k lékopisné problematice.

Mgr. Hana ŠNAJDROVÁ

Použití surovin bez atestu

Pro přípravu léčivých přípravků v lékárnách je možno použít i léčivé nebo pomocné látky bez certifikátu (tzv. suroviny bez atestu). Podmínkou je, aby pocházely z některé členské země Evropské unie, aby měly zahraniční atest nebo certifikát a aby udané hodnoty korespondovaly s požadavky platného českého lékopisu. **(HŠ)**

V Opavě proběhla XI. Konference mladých lékárníků

Konference mladých lékárníků, kterou pořádala Lékárnická akademie České lékárnické komory, se konala letos už pojedenácté (Opava, 29.–30. května). Iniciátorka a neúnavná organizátorka konference PharmDr. Marie Zajícová ji moderovala také v tomto roce.

Tato vzdělávací akce má stále vyšší odbornou úroveň a těší se rok od roku většímu zájmu mladých kolegyň a kolegů. Tentokrát jich přijelo přes 200, líbil se jim také doprovodný program vpředvečer konference (divadelní představení, účast na Slezské muzejní noci, raut).

Samotný odborný program přinesl řadu zajímavých přednášek, letos k mentálnímu zdraví a psychosomatickým onemocněním. Slyšeli jsme mj. o psychosomatických a somatopsychických problémech u dermatologických onemocnění, o riziku metabolického syndromu při podávání psychofarmak, hovořilo se o psychosomatice onkologického pacienta, mentálních poruchách, které mohou vznikat po podání některých léčiv aj.

Jedním z hostů byl psychiatr doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc. (rozhovor přinášíme na stranách 14–16).

Sponzoři konference: Teva Pharmaceuticals, Schering Plough, Pfizer, UniCredit Bank a Phoenix. **(jh)**

Přečetli jsme o dění v lékárenství na Slovensku

V rámci cyklu článků o lékárenských výkonech... jsme postupně poukázali na základní chyby a nedostatky odměňování lékáren maržemi. Na příkladech jsme si ukázali, že takový systém už si svoje odžil. Jde o problém pro majitele lékáren, kteří přicházejí o peníze, které by jinak mohli investovat i do rozvoje vlastní lékárny a do vlastních zaměstnanců.

Jde o problém lékárníků-zaměstnanců, kteří denně stojí za tárou, snaží se o co nejkvalitnější a nejodbornější péči, ale v očích pacientů jsou to jen obchodníci, kteří mají radost z vysokých cen doplatků na léky. Jde o problém pro pacienty, kteří mají někdy problém s vysokými náklady na léky a sami nevědí, že lékárna nebude nikdy efektivně snižovat pacientovi náklady za léky (například cestou generické substituce), protože systém marží ji tak připravuje o finance.

Jde o problém státu, který musí při jakémkoliv cenovém zásahu předem analyzovat možné dopady na trh s léky. Jde o problém celého zdravotnického systému, ve kterém má pacient s „levnou" léčbou okamžitě přisouzenu nižší prioritu než pacient s „drahými" léky.

Systém marží je navíc nepružným systémem. Marže prý zahrnuje pro lékárny všechny náklady na objednávání sortimentu, na jeho příjem, označování, kontrolu, uchovávání, na přípravu, na výdej i na odborné poradenství. Ale když stoupnou náklady na cokoliv (telefony, internet, elektřinu, vodu, plyn...), marže zůstane nezměněná. Jestliže všechny subjekty si zvednou ceny služeb a zboží, lékárny zůstanou na původních. Valorizace neexistuje. Jestliže máme definovaný výkon, kde jsou vyjmenované všechny nákladové položky, tak je možné valorizovat prakticky bezprostředně. Systém marží lékárny výhradně ničí.

Lekárnické listy, 5/2009, str. 12

Téměř sto milionů na prevenci

Ministerstvo zdravotnictví ČR rozdělilo v rámci třetí výzvy Finančního mechanismu EHP/Norsko téměř sto milionů korun na prevenci přenosných nemocí a programy pro děti se specifickými zdravotními problémy. Finanční prostředky získal např. Ústav pro péči o matku a dítě v Praze na projekt „Optimalizace syndromu dechové tísně u novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti", Fakultní nemocnice Brno na modernizaci přístrojového vybavení bariérového operačního sálu a perinatologického centra ve FN Brno-Bohunice, Všeobecná fakultní nemocnice na vybudování centra komplexní péče pro děti s perinatální zátěží nebo Fakultní nemocnice Ostrava na Centrum pro operace infekčních pacientů a septickou medicínu. Prostředky Finančního mechanismu EHP/Norsko jsou poskytovány třemi státy Evropského sdružení volného obchodu Islandem, Knížectvím Lichtenštejnsko a Norským královstvím. Norsko dále přispívá vlastním finančním mechanismem. **(MZ)**

Sekce nemocničních lékárníků České farmaceutické společnosti Vás zve na

13. kongres nemocničních lékárníků

Koná se ve dnech **13.-15. listopadu 2009** v **Kongresovém centru v Brně**.

Hlavními tématy letos budou nové přístupy v terapii bolesti a možnosti a limity paliativní péče v ČR. Stejně jako v minulých letech bude i letos věnován prostor onkologické farmacii.

Kontaktní adresa:
marek.lzicar@fnusa.cz, tel. 543 182 182

Další informace na www.nemlek.cz

Tak tuhle koketní krasavici by jistě nedal do košíku ani městský školák. Muchomůrka červená, *Amanita muscaria*, je patrně nejznámější jedovatou houbou, byť v toxicitě ani zdaleka nevede. Z látek, které plodnice obsahuje, stojí za zmínku muscinol, který je dokonce jedním z nejstarších známých halucinogenů. Kromě šamanů, kteří ji využívali při dávných obřadech, si muchomůrku červenou (tedy pokud nejde o tzv. latinu) oblíbily i některé rozvernější veverky, které prý se z ní dovedou pěkně „zhulit".

Foto: David SOKOL

Houby voňavé, chutné i zrádné

Léto je pro řadu lidí spojeno s příležitostným houbařením. Zeleň luk a přítmí lesů probouzí atavismy z časů lidí sběračů: Nalézt – ukořistit – zkonzumovat. Na své si přijdou mysl i tělo, nemluvě o chuťových buňkách. Houbová polévka... Smažená bedla... Houbová omáčka... A co teprve babiččina smaženice!

Houby však nepřinášejí jen potěšení, ale dovedou i pěkně potrápit. Nemusí se přitom jednat jen o přehmat v determinaci, kdy se v hrnci či na pánvi namísto „jedlého a chutného" ocitne v lepším z možných případů „tuhý a nestravitelný" druh.

Mnohým z dovolenkových sběračů také nemusí být známo, že pití alkoholu po konzumaci široké škály jedlých, chutných, ba i výtečných hub představuje riziko nevolnosti či přímo otravy. Takové intoxikace byly popsány např. hned u několika druhů smržů, klouzku obecného, hřibu koloděje, čirůvky zelánky, šupinovky kostrbaté...

Celé století je už známá otrava hnojníkem inkoustovým, *Coprinus atramentarius*. Dostaví se za 20 minut až 2 hodiny po požití. Na tvářích, někdy i na trupu postiženého vystoupí červené skvrny, puls zrychlí na 130–150 za minutu, v případě požití většího množství pokrmu z houby se dostaví zvracení. Plodnice hnojníku přitom neobsahuje jed, ale *coprin*. Ten má v organismu stejný účinek jako disulfiram, podávaný při léčbě závislosti na alkoholu (antabus). I když se tyto látky liší chemickou strukturou, v organismu shodně blokují činnost enzymu, podílejícího se na řetězovém rozkladu alkoholu, v těle se hromadí rozkladný meziprodukt acetaldehyd a vzniká otrava. Podobný mechanismus působení byl zaznamenán i u dalších hub, které blokují rozklad alkoholu v těle.

A závěr? Do košíku zásadně nepatří nic, co bezpečně neznáte, a pokud jste už výsledek svého sběračského úsilí korunovali hostinou, zapomeňte na orosený půllitr i na jiskřivý pohár. Nezkazíte si dovolenou. **(HR; vrb)**

■ **Pokud se trhu s vakcínami určenými k terapii karcinomu podařilo využít jeho potenciálu, měl by v příštím roce dosáhnout hodnotu 6 mld. USD. Do roku 2010 budou biogenerika vládnout trhu s léčivy s více než 12 mld. USD. Trh s léčivy k terapii Alzheimerovy nemoci by do roku 2013 mohl dosáhnout 4 mld. USD.**

Zajímavosti ze světa léků

■ Špičkoví autoři farmak vydělají mezi 20 až 50 procenty ročního příjmu díky léčivým přípravkům ovlivňujícím kardiovaskulární systém. V průměru věnují farmaceutické společnosti na vývoj a komercializaci antidyslipidemik 933 mil. USD, čili o 1 024 (!) procent více než činí prostředky vyčleněné na koronární vazodilatancia. Podle názoru přibližně poloviny společností tato léčiva demonstrují nejmenší možnosti v rámci terapie kardiovaskulárních onemocnění.

■ **Když v roce 2004 přesáhl světový trh s léčivými přípravky určenými k terapii onkologických onemocnění hodnotu 42 mld. USD, předpokládalo se, že v průběhu následujících pěti let překročí průměrný roční růst 25procentní hranici. Na globálním obratu se 18 procenty podílely imunoterapeutické přístupy k léčbě rakoviny, které zahrnují monoklonální protilátky, vakcíny, interleukiny a další léčiva připravená biotechnologickými postupy. V letošním roce mají mít 25procentní podíl.**

■ V příštích několika letech se očekává růst trhu s léčivy indikovanými k léčbě mírného zhoršení kognitivních funkcí, vyvolaný zavedením nových přípravků ze skupiny nemoc modifikujících léčiv (léčba Alzheimerovy choroby), dále zvýšeným počtem nově diagnostikovaných případů a předpokládaným 20procentním zvýšením míry léčby.

■ **Více než polovina farmaceutických společností uvádí, že začínají vypracovávat obrannou strategii vůči generikům šest až osm let před vypršením patentové ochrany originálního přípravku. Téměř 90 procent společností tyto strategie realizuje nejméně dva roky před vypršením patentu. V USA jsou generika předepisována na více než 50 procentech lékařských předpisů.** (Par)

SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

Sertralin

Skupina léčiv s antidepresivními účinky je hodně široká, stále však existují pacienti, u kterých je léčba velmi komplikovaná a někdy i neúspěšná. Sertralin (poprvé uveden na trh pod názvem Zoloft v roce 1991) patří do skupiny SSRI antidepresiv, jejímž prvním zástupcem byl fluoxetin. Skupina se velmi rychle rozšířila o několik dalších zástupců s obdobným mechanismem účinku. Většině těchto léčiv již dnes vypršela patentová ochrana, proto se vyskytují nejen ve formě originálu, ale v celé řadě generických alternativ. Je velmi vhodné, pokud je o této situaci pacient řádně zpraven, aby nedocházelo k nežádoucím duplicitám v terapii.

Indikací pro sertralin není jen depresivní porucha, ale jsou to i jiná psychiatrická onemocnění (obsesivně-kompulsivní psychózy, posttraumatické stresové stavy atd.). Výhodou těchto léčiv je jejich perorální podávání, obvykle jen jednou denně. Dávka sertralinu se pohybuje mezi 50–200 mg denně. Celkem předpokládanou interakcí je alkohol a všechny ostatní látky, které tlumí CNS – bohužel právě tato skupina pacientů často užívá alkohol ve snaze vyřešit svou depresi.

Závažnou interakcí je současné užívání inhibitorů MAO, proto je při nasazování sertralinu nutno respektovat a dodržovat tzv. „vymývací" periodu (alespoň 14 dní). Nežádoucí účinky zahrnují různé orgánové systémy, ale obvykle jsou daleko méně závažné než u starších antidepresiv ze skupiny tricyklik (viz SPC – agitace, insomnie, somnolence, závratě, bolesti hlavy, tremor, anorexie, průjem, nausea, únava). Pacienti se záchvatovitým onemocněním mají vyšší riziko NÚ, je třeba více monitoringu.

U seniorů je vhodné redukovat dávku. U dětí není bezpečnost zcela prokázána a stále se diskutuje o vyšším riziku suicidií, hlavně v začátku terapie. U všech pacientů, kteří nejsou prokazatelně v remisi, je nutno sledovat sklony k suicidiu; větší riziko mají pacienti s genetickou zátěží podobných onemocnění.

- Podávání léku probíhá v jedné denní dávce, obvykle ráno, ale je možné i odpoledne. Pokud se mění výše dávky, nemělo by k tomu docházet častěji než jednou týdně. V některých indikacích, např. premenstruální tenze, může být podáván jen několik dní v cyklu.
- Je vhodné upozornit pacienta, že zlepšení stavu obvykle nenastane dříve než po 2–4 týdnech od začátku léčby. Při ukončování léčby nevysazovat náhle, ale postupně snižovat dávku.
- Rodina nebo blízcí postiženého depresí by ho měli spolu s lékařem bedlivě sledovat a předcházet riziku suicidia.
- Pacientky by měly lékaře upozornit na těhotenství nebo jeho plánovaní, rovněž na skutečnost, kdy kojí dítě.
- Pacienti by měli být informováni o riziku možných sexuálních dysfunkcí (poruchy v ejakulaci), pokud nastanou, měli by o tom informovat lékaře.
- NÚ charakteru anorexie, nevolnosti, průjmu nebo ztráty na váze se mohou objevit v počátcích terapie. Pokud však přetrvávají po delší dobu, je vhodné upozornit lékaře. Závažné NÚ hlásit lékaři ihned.
- Nevhodnost pití alkoholu a příjem jiných tlumivých látek.
- Možnost vzniku závratí a útlumu je rizikem pro řízení vozidla.

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

Doktorka farmacie Eva Valentová z Luhačovic:

Já nebrouzdám po Karibiku, ale běhám se psem po lese

Kdo z vás to má? Tři psy, patnáct až pětadvacet koček (stav je kolísavý, některé přijdou a zase odejdou poté, co se uzdravily a dostatečně najedly, jiné v domácnosti setrvávají), dvě želvy, papouška, křečka, králíky (dožívají se vysokého věku, protože nikdo nemá srdce sprovodit je ze světa). Doktorka Eva Valentová a její tři děti žijí na samotě v lese a mohou říct: všechna tato zvířata jsme měli a většinu z nich ještě máme.

Jaroslava Hořanská

O chlupatých i opeřených setrvalých i dočasných přátelích PharmDr. Valentové se krásně poslouchá. O polodivokém kocourovi, který k nim přišel umřít, ale po intenzivní veterinární léčbě brzy začal „dělat ramena“ a vrátil se do lesa. Semtam ale přijde zjistit co je nového, hlavně v nabídce stravy. O kočkách domácích, které si dost dovolují, protože vědí, že mají svoje jisté. Soužití Evy Valentové se zvířaty začalo tehdy, kdy od své sestry jako svatební dar dostala bassetku. Šlo o dar poněkud danajský, protože novomanželé tenkrát bydleli v garsonce ve 4. patře bez výtahu. A bassetům, jak známo, chůze po schodech příliš nesvědčí. S časem přibyl německý ovčák, ale i ten už odešel na psí věčnost.

Od té doby uplynulo dost času. Eva Valentová pracuje v lékárně, ráda vzpomíná na začátky své praxe, čtyři roky byla a hodně se naučila U svaté Anny v Brně. Prošla i dalšími lékárnami, ale teď už jedenáctý rok provozuje lékárnu U Sokolovny v Luhačovicích. Práci má ráda, byť si odmítá zvyknout, že i v tomto lázeňském městě se lidi dívají na lékárníky jako na zlatokopy a že skoro každému musí dokola vysvětlovat, jak (ne)fungují doplatky a poplatky, o slevách platných od 1. dubna t.r. to platí dvojnásob. A když má volno? Dělá to, co dělala celý život – intenzivně sportuje. Tato neuvěřitelně akční žena od dětství stejně jako její tři sourozenci hrála tenis, později se věnovala hlavně orientačnímu běhu, horolezectví i skialpinismu.

Přišla chvíle, kdy děti odrostly a nevyžadovaly tolik péče. Že Eva Valentová miluje zvířata, už víme. Diplomy a poháry ze závodů u nás i v zahraničí jsou ze soutěží, kde jsou jejími partnery psi. Začala s tím, jak říká s nadsázkou, až na stará kolena, před čtyřmi lety.

Na jaře, v létě a na podzim se koná *dogtrekking*, závod v průměru na sto kilometrů, kde závodník jde nebo běží se psy. Na to, aby dorazil do cíle, má 52 hodin, může tedy se psem bivakovat. Není výjimkou, že je to pes, kterému na trati dojdou síly, i když závodník si může tempo zvolit sám. Doktorka Valentová má evropského saňového psa jménem Fram, osmiletého kří-

žence ohaře, speciálně vyšlechtěného pro psí sporty. Říká, že díky závodům se v naší zemi podívala do míst, kam se dřív nikdy nedostala. Běhání s mapou a itinerářem po lese v příjemném i drsném terénu je droga. Člověk se při ní fyzicky skoro vyřídí, ale hlava je čistá.

Na sprintové závody musí pilně trénovat i fenka Ebi. Saňové psy je třeba mít stále pod kontrolou. Když se totiž dostanou do transu, mohli by si vážně ublížit. Závodníci běhají, jezdí na kole nebo na koloběžce. V kategorii *scooter 2* se jezdí na koloběžce se dvěma psy. „Tím, že mám fenku a staršího psa, nedosahujeme úplně nejlepších výsledků, ale ten pohyb je prostě správný adrenalin," říká Eva Valentová, která za svými mnohem mladšími soupeřkami v ničem nezaostává. V *dogtrekkingu* se ve své kategorii stala třikrát mistryní republiky.

Pořídila si taky leopardího psa, prvního v České republice, který začal běhat *coursing*. Je to běh psa v přirozeném terénu, často s přírodními či uměle dosazenými překážkami, za umělou návnadou. Prý je to zábava pro psa, pro páníčka už méně.

Možná vás taky napadlo, že kolegyně Valentová toho ví o zvířatech hodně, takže jim může sama pomoci, když mají zdravotní problémy. Jenže ona zůstává věrná své zásadě, že každý má dělat to, čemu rozumí a co opravdu umí: „Nejsem doktor, neumím určit diagnózu, tak se do toho nepletu. Chodíme k výbornému veterináři, který navrhne několik způsobů terapie a já si z nich můžu vybrat. Jiná situace je, když se mě klientka v lékárně zeptá, jak má ošetřit packu svému psovi. Tím, že mám sama zvířata, dovedu lidem poradit, ale nikdy si nehraju na vševědа."

Snaží se dělat svou práci v lékárně co nejlépe. Přestože její otec, známý a oblíbený luhačovický lázeňský lékař, který se staral např. o legendárního Oldřicha Nového, před lety zemřel, nechce mu dělat ostudu. Souhlasí s tím, že pacienti bývají nepříjemní, protože je něco bolí, takže na to mají nárok. No a dnes k tomu všemu ještě platí poplatky v lékárně, což jim na náladě nepřidá. Doktorce Valentové se nelíbí, když lékař pacientovi řekne, že si musí léky na recept vyzvednout v nemocniční lékárně. Pacient občas lékaře neposlechne a v jiné lékárně se svěří s obavami, aby se pan doktor o jeho neposlušnosti nedověděl. V konečném důsledku se pak služba nemocnému v lékárně smrskne jen na peníze.

Co mi sport dal?
Utvrdil mě v tom, že člověk
by se měl naučit hrát fér
a v souladu s přírodou.
Patří k tomu třeba
jen procházka,
objímání stromů.
Zvířata vám nejen projevují
lásku, ale dodávají energii.
Pro mne je to důležité,
ale musela jsem
k tomu dospět.

Tenkrát to paradoxně byla nemoc, která rozhodla, že Eva Valentová ve svém životě musí něco změnit. Když začala provozovat lékárnu, přes těžké začátky, kdy se stejně jako většina kolegů zadlužila, došla ke zjištění, že se tím hodně nového naučila a hodně získala. Třeba kolektiv, ve kterém se nikdo nebojí říct, co mu v práci vadí, že magistry i laborantky dovedou s lidmi pěkně mluvit a ovládnout se ve chvíli, kdy na protější straně táry stojí konfliktní pacient.

„Jsem tu sice od rána do večera, ale pro mě je podstatná možnost svobodně se rozhodnout, že nebudu nabízet produkty, kterým sama nevěřím, že můžu dát lidem jen radu a nemusím jim nic vnucovat. Nebrouzdám po Karibiku, ale běhám po lese. Jsem klidnější, i když mi pacientka, které dlouho vysvětluji, co je na její problémy nejlepší, řekne, že se ještě poradí se sousedkou."

Snímky: archiv dr. Valentové a Vladimír VRBOVSKÝ

O depresích, lidském mozku a také o stresu

Dvaaosmdesátiletý doc. MUDr. OLDŘICH VINAŘ, DrSc., pracuje ve své soukromé psychiatrické ambulanci v Praze 8, jeho pacienti o něm dokonce mluví jako o geniálním psychiatrovi. Stále přednáší medikům, publikuje, jeho názory zajímají čtenáře, posluchače a televizní diváky. Koncem května zaujal i mladé lékárníky na konferenci v Opavě, když se zabýval nejrůznějšími problémy psychiatrie, psychofarmakologie a vztahu mezi činností mozku a psychikou.

ROZHOVOR

Lze rozpoznat, kdy se z depresivních nálad stává depresivní porucha?

Deprese jako taková je jméno pro něco, co má občas téměř každý člověk, tedy smutnou náladu. Ale my víme, že na rozdíl od obyčejné smutné nálady se deprese vyznačuje určitým aspektem, který z toho vytváří větší utrpení. Lidé to velice často přirovnávají k bolesti. Nazval bych to tak, že deprese je bolestný smutek. Smutek tohoto typu je symptom, který se může vyskytovat u řady duševních onemocnění. Tento symptom musíme odlišovat od nosologické jednotky, které už neříkáme jen „deprese“, ale depresivní porucha. Mám-li ji diagnostikovat, musí splňovat velice přesná kritéria, která stanoví Mezinárodní klasifikace nemocí: musí trvat nejméně 14 dní, ovlivňovat chování toho člověka, nemocný není schopen prožít nic radostného a skoro vždy taky dochází k napětí a úzkosti. Především je taky přítomen velký pesimismus. Člověk všechno vidí předem černě, a v důsledku toho se domnívá, že než aby se tak trápil, je lepší, aby tady nebyl. To jsou symptomy, včetně častého uvažování o sebevraždě, které z onoho bolestného smutku dělají nemoc. Jinak je smutek stav mysli, jaký občas prožíváme všichni.

Jaká je incidence těchto poruch v populaci?

Nejlepší epidemiologické studie se shodují na tom, že přibližně pět až šest procent obyvatelstva prožije během celého svého života depresivní poruchu, která se ovšem může u nich dost často opakovat. V souvislosti s tím často vyvstává otázka, zda depresivních poruch přibývá. Před více než dvaceti lety se dokonce objevil názor, že zvláště u mladých lidí je jich stále více. Jenže pro takové tvrzení chybí podložené důkazy.

Opakovaná epidemiologická studie z roku 1992 v USA, která zahrnovala kolem dvaceti tisíc lidí, zaznamenala, že z tohoto počtu sledovaných mělo kolem 15 procent symptom deprese, občas si stěžovali na bolestivý smutek. Ale těch, jejichž zdravotní stav by splňoval definici depresivní poruchy, bylo zase kolem šesti procent. Opakovaná studie po deseti letech potvrdila stejnou situaci, to znamená, že symptomy projevuje 15 procent a kolem šesti procent vyšetřených opravdu trpělo depresivní poruchou. V čem však byl velký rozdíl, to bylo v počtu nemocných, kteří se pro depresivní poruchu léčili. Po deseti letech jich bylo dvakrát tolik. Nemocných tedy nepřibývá, ale přibývá těch, kteří se pro to léčí.

Častěji, dokonce dvakrát až třikrát, onemocní depresivní poruchou ženy ve srovnání s muži. Depresivní porucha souvisí patogeneticky s nedostatkem serotoninu u obou pohlaví. Funkce serotoninu jsou podporovány steroidními hormony. U žen jde především o estrogeny, u muže o testosteron. Už z toho důvodu je žena zranitelnější, protože hladina estrogenu u ní kolísá v průběhu menstruačního cyklu.

Incidence deprese stoupá u žen především v klimakteriu, a to hlavně u těch, které neužívají hormonální substituci. Tady psychiatři ne vždy souhlasí s názorem, že by hormonální substituce mělo být co nejméně. Určité nevelké zvýšení rizika vzniku karcinomu při podávání estrogenu nepochybně existuje, ale pokud žena chodí na pravidelné kontroly, pak toto nebezpečí není tak velké, abychom ženy v klimakteriu a těsně po klimakteriu nechali trpět depresí, která nedostatečně reaguje na antidepresiva. Antidepresiva totiž dovedou u těchto žen často pomoci teprve tehdy, když k nim přidáme hormonální substituci.

Stojí za zmínku, že rozsáhlé studie potvrzují schopnost žen verbálně lépe popisovat své pocity. Muži se stydí přiznat, že mají depresi. To mohou být další důvody, proč se depresivní porucha diagnostikuje častěji u žen než u mužů.

Má člověk genetické sklony k depresivním poruchám?

Ano, víme, že dispozice onemocnět depresí je větší u lidí, kteří mají méně výkonnou alelu genu, zajišťujícího syntézu transportéru pro serotonin. Když je schopnost vyrábět tento transportér snížena, pak je riziko onemocnění depresí vyšší. Ale i tady platí, že příčin může být více. Velká australská studie ukázala, že se to projeví hlavně tehdy, když lidé, kteří mají tuto málo výkonnou alelu genu, byli v posledních dvou nebo třech letech také výrazně traumatizováni, tzn. prožili nějaké neštěstí nebo něco, čemu říkáme distress.

Stále se mluví o tom, že žijeme ve stresu, že se musíme stresu bát, ale není to tak docela pravda. Člověka poškozuje stres

teprve tehdy, kdy se ocitá tváří v tvář nějakému ohrožení jakoby v pasti a nemá možnost se bránit. V tom případě jde o stres patogenní. Přirovnávám to k situaci, kdy nějaký nešťastník při povodních čeká na střeše domu, až pro něho přiletí helikoptéra.

Ale stres si někdy člověk způsobuje velice rád sám a dobrovolně, například když skáče sportovně s padákem. O tom, jestli stres škodí, rozhoduje moje vlastní míra svobody, zda si s tím mohu něco počít. Stresu se nebojme, ale bojme se situací, ve kterých nemůžeme proti stresu nic dělat.

Jaká je úspěšnost léčby, případně pravděpodobnost recidivy deprese, pokud pacient přestane užívat antidepresiva?

Veškeré studie k ověření působení antidepresiv jsou většinou krátkodobé. Ukazují, že přibližně poloviny symptomů deprese se zhruba do čtyř týdnů zbaví kolem 60–85 procent všech lidí, kteří se antidepresivy léčí. To vypadá velmi optimisticky. Potíž bývá s těmi zbývajícími symptomy. Pokud ovšem léčba do těch osmi týdnů nedopadne tak, aby se pacient deprese úplně zbavil, můžeme ho léčit dál, můžeme mu dávat různé kombinace antidepresiv. Psychiatři už naštěstí nemají obavy z toho, že léčíme pacienta dvěma nebo čtyřmi léky. Internisté přece také běžně mluví o čtyřkombinacích při léčbě hypertenze. I my víme, že receptory pro naše neurotransmitery rovněž nejsou zcela selektivní. V případě, že monoterapie nezabere, nemusíme se bát kombinací. Je důležité, aby to věděl i lékárník, aby se netvářil překvapeně a lítostivě, když má pacient recept na dvě tři antidepresiva. Pacient bývá i na takové neverbální projevy citlivý a může si říci, že je to s ním opravdu moc zlé.

Reziduální příznaky deprese bohužel zůstávají téměř u třetiny nebo dokonce u čtyřiceti procent nemocných, což znamená léčit je dál. A to nejen farmakoterapií, ale i psychoterapií, která by měla být ušita pacientovi na míru. Ne každému pomáhá, když se ho psychoterapeut znovu a znovu vyptává na jeho útlé dětství. Ano, musíme vyslechnout pacienta, když ventiluje své problémy, ale pak obracet jeho pozornost k budoucnosti a směrovat ho znovu na životní dráhu, po které šel, než depresivní poruchu dostal.

Nemůžeme být spokojeni s tím, že i po čtyřech nebo deseti letech léčby se sotva polovina pacientů zcela uzdraví, ostatním nějaké problémy zůstávají, ale nebývají to problémy fatální.

Antidepresiva se musí užívat dlouho. Jestliže pacient přestane užívat antidepresiva dřív než do roka po tom, co došlo k jeho první epizodě deprese, je tady osmdesátiprocentní pravděpodobnost, že se mu deprese do roka vrátí. Jestliže se depresivní epizody opakují, je třeba léčit po dlouhá léta.

Většina pacientů s bipolární afektivní poruchou se léčí ambulantně. Co je rozhodující pro umístění v ústavním zařízení?

Nejen pro bipolární afektivní poruchu, ale pro všechny afektivní poruchy platí, že rozhodující je riziko sebevraždy. To ale není snadné rozeznat. Jestliže kdokoliv z lékařů, který není psychiatr, má sebemenší podezření, že takové riziko existuje, měl by poslat pacienta k psychiatrovi. Ten pak musí zvážit riziko sebevraždy a podle toho rozhodnout o hospitalizaci.

Hospitalizaci na psychiatrii může ovšem indikovat každý lékař, nejen psychiatr. Hospitalizace je nutná také tehdy, jestliže depresivní epizoda vede k vážným somatickým komplikacím, že člověk odmítá jídlo, nebo jestliže ho nepřesvědčíme, aby bral léky, což vůbec není ojedinělý případ.

Pacientovi s chronickými bolestivými syndromy hrozí vyšší riziko rozvoje deprese. Dá se říci, že deprese naopak nepříznivě ovlivňuje průběh bolestivých stavů?

Ano, jakákoliv chronická bolest je spojena s velkým rizikem, že nastane i depresivní porucha, a naopak při depresivní poruše dochází k tomu, že bolesti, které nemocní měli, jsou daleko trýznivější. V obou případech se to léčí antidepresivy, a když je k tomu indikace, pak analgetiky. Jedna ojedinělá studie dokládá, že přidáním obyčejného acylpyrinu k antidepresivům se prognóza léčby deprese zlepší.

Jaký podíl má deprese na počtu sebevražd?

Pokud se tím myslí deprese jako symptom, tak je přítomna v 95 procentech dokonaných sebevražd. Ale mohou to být deprese, které doprovázejí velice často například schizofrenní onemocnění. Suicidalita u schizofrenie je také vysoká, zvláště když pacient trpí navíc depresí, k čemuž dochází daleko častěji, než se obecně předpokládá. To platí i o úzkostných poruchách, které jsou také spojeny s rizikem sebevraždy.

Které z duševních poruch může léčit praktický lékař?

Může léčit všechny, které léčit umí. Velice si vážím praktických lékařů, kteří se to naučí. Záleží na tom, jestli tento lékař má o danou problematiku zájem. Je důležité, jestli má dostatek času, aby dovedl pacienta důkladně vyšetřit a odhadnout například riziko suicidia. Nebo se orientovat v tak komplikované záležitosti, jako je farmakorezistence na antidepresiva. Ale setkal jsem se s pacienty, které předtím než přišli ke mně, vyšetřil praktický lékař, a obdivoval jsem, co všechno zjistil. Ale bohužel znám i praktické lékaře, kteří panickou úzkostnou poruchu posílají třicetkrát na EKG, i když je jasné, že oprese na prsou nejsou způsobeny ischemií srdečního svalu, ale panickou úzkostnou poruchou.

Duševní nemoc se stala nadávkou i v politice. Mluví politici o svých politických odpůrcích někdy jako o astmaticích? Ne, mluví o nich jako o slabomyslných nebo schizofrenicích.

Může praktický lékař u svého pacienta, kterého vidí třeba jen jednou za tři měsíce, poznat rozdíl mezi počínající stařeckou demencí a nastupující depresivní poruchou?

To je velmi těžké dokonce pro psychiatra. Starší člověk, který onemocní depresí, skoro vždycky říká, že to s ním jde s kopce, že si už nic nepamatuje, že už má asi „toho Alzheimera".

My dnes víme, že u pacienta, kde k těžké depresivní poruše dojde po 65. roce věku, se dá dost často očekávat, že tato deprese dříve nebo později přejde do obrazu Alzheimerovy nemoci, což možná postihne až 60 procent těchto lidí. Ale tím nesmíme pacienta strašit, leda v případě, že by odmítal užívat antidepresiva. Ta totiž také dodají růstové faktory pro mozek, dovedou tedy mozkové buňky zachovat a dokonce mohou pomoci, aby nové neurony rostly.

(Pokračování na další straně)

(Dokončení z předchozí strany)

A jak rozeznat, jestli už jde o benigní poruchy paměti staršího člověka, nebo počínající Alzheimerovu chorobu? Pokud má člověk s depresí jen poruchy paměti, je důležité, jestli má v pořádku úsudek. Jakmile deprese přejde a pacient je víceméně v dobré náladě, ale doma už ztrácí grácii, například se nechová dobře při jídle nebo chodí zanedbaný, jsou to příznaky svědčící spíše pro Alzheimerovu chorobu. Není proto třeba bát se tolik poruch paměti, jako spíše poruchy úsudku, kritičnosti.

Je možné v případě seniorů oddálit eventuální nástup Alzheimerovy choroby pomocí antidepresiv?

Je to možné. Například ve Skandinávii jakmile je u staršího člověka jen podezření na Alzheimerovu nemoc, dostává antidepresiva. Ta nepůsobí jen na depresivní náladu, ale i na tu mrzutost, podrážděnost starého člověka, který se stává egoistický. Uvedené stavy se dají také léčit, především SSRI. Dostatek serotoninu zlepšuje kontrolu člověka nad jeho afektivitou a dokonce i nad jejími vegetativními projevy. Zmírnění příznaků deprese, jako je apatie a psychomotorický útlum, už samo o sobě působí proti nástupu Alzheimerovy nemoci, poněvadž zvýšená aktivita mozku si vyžádá větší spotřebu kyslíku a zvýšení přílivu krve To ovšem neznamená, že by antidepresiva stačila Alzheimerovu nemoc léčit. Jakmile je tato nemoc diagnostikována, je třeba energicky léčit kognitivy (inhibitory acetylcholinesterázy a memantinem).

Jak si vysvětlit, že ještě na začátku 21. století je psychiatrie stigmatizována?

Jednak je to záležitost, která se vleče po staletí, je to dědictví časů, kdy zločinci a šílenci byli umisťováni do stejných zařízení. Také některé způsoby „léčby" se podobaly trestu za páchání zla: zavírání do izolací nebo do síťových lůžek nebo elektrické šoky bez anestézie. Tyto dřívější drastičtější způsoby léčby nahradila psychofarmaka a duševně nemocní se léčí podobně jako lidé trpící somatickou nemocí: užívají léky. Přesto se v laickém nazírání na psychiatrii toho k lepšímu mnoho nezměnilo. Já se domnívám, že dnes za takový pohled na psychiatrii mohou média. Ještě jsem v žádných novinách nečetl, že by diabetik znásilnil svou dceru, že by hypertonik někoho zavraždil. Ale jakmile je pachatelem duševně nemocný, už se o tom píše, a jeho nemoc se spojuje s trestným činem. Do jisté míry se to spojuje právem, protože duševně nemocný má častěji poruchy adaptace a nekontroluje své chování, ale není možné to generalizovat.

Politická situace se stále označuje jako schizofrenní. Duševní nemoc se stala nadávkou i v politice. Mluví politici o svých politických odpůrcích někdy jako o astmaticích? Ne, mluví o nich jako o slabomyslných nebo schizofrenicích.

Je psychiatr sám svým pacientem?

Jestliže psychiatr sám na sobě dovede rozeznat duševní poruchu, snaží se sám sobě pomoci a měl by se taky obrátit se žádostí o radu na kolegu. Musí být sám k sobě kriticky. V té souvislosti mě napadá rčení jednoho mně blízkého a moudrého člověka, bohužel už zesnulého primáře Jaromíra Rubeše: *Alkoholik je ten, kdo pije více než já.*

Psychiatr se sám pro sebe stává normou, myslí si, že je ideál. To je ovšem nebezpečné jak pro psychiatra, tak pro jeho pacienty. Důležitá je autokritika každého z nás, schopnost kritického sebepoznání a přiznat si, jak to s námi vlastně je.

Připravila Jaroslava HOŘANSKÁ

TAK TO VIDÍM JÁ: U jaké mince to skončí?

Možná si pamatujete oblíbenou hlášku z dob socialismu: *Otevřu noviny – Lenin, pustím si televizi – Lenin, jeden aby se bál otevřít si konzervu...* Podobné je to s regulačními poplatky, akorát to není taková legrace.

Po svém se je snaží uchopit staronový předseda KDU-ČSL Cyril Svoboda. Sdělil, že musí skončit chaos, který vznikl kvůli postupu ČSSD, kdy kraje hradí za pacienty poplatky ve svých zařízeních. Dlužno podotknout, že k chaosu notně přispívají svou nečinností sami poslanci a úředníci vládní i ministerští.

Pokud jde o řešení poplatků za recept podle lidovců, neplatilo by se za položku a měly by se snížit na dvacet korun, „aby lidé mohli platit jen jednou mincí," uvedl mluvčí strany Martin Horálek. Zamýšlí se někdo nad tím, že mnozí pacienti budou chtít po lékaři napsat na recept dvě položky, aby se návštěva v ordinaci vyplatila?

I v případě obecně nejvíce tolerovaného poplatku za pobyt v nemocnici si lidé logicky srovnají, že za hlavní jídlo v parlamentním bufetu podle vlastního výběru politici zaplatí 30 až 40 korun, za kteroužto částku pacient ve špitále stravu nedostane. Kdyby o návrhu snížit např. poplatek za recept měli, čistě hypoteticky, hlasovat občané, vsadím se, že by se té možnosti rádi vzdali. Nikdo v tom zmatku neví, co je správně, kdo platit má a kdo je od poplatků osvobozen, co ještě platí, co neplatí a co je úplně jinak. Ledaže by mohli zvolit zrušení poplatků jako takových. Pak věřím, že by většina hlasovala pro, lékárníky nevyjímaje. V očích lidu poplatky a doplatky jedno jsou: další peníze, které po nich pořád někdo (lékaři, lékárníci, nemocnice...) požaduje. Dnes i Tomáš Cikrt, bývalý tiskový mluvčí bývalého ministra zdravotnictví Tomáše Julínka přiznává: Větší pozornost jsme měli věnovat lékům a znovu a znovu zdůrazňovat, že poplatky za položku na receptu lékárníků nezůstávají, ale že z nich dotují slevu na ceně i doplatku pro pacienty.

Před uzávěrkou ČČL zbývaly dva týdny do hlasování senátu o dvou návrzích změn poplatků. Připomeňme si, že poslanci v polovině května zvedli ruku pro návrh ČSSD (zrušení poplatků pro děti a mladé, dárce krve a další skupiny) a zároveň vyjádřili souhlas s návrhem komunistů, regulační poplatky zrušit úplně. Nevím, jak v tom mají jasno senátoři. Podle senátní šeptandy vrátí návrh do sněmovny s doporučením udržet status quo minimálně do 1. 4. 2010. Odůvodnění: krize. V těchto časech spíš věřím, že si před hlasováním hodí mincí. Bez ohledu na výsledek to vidím tak, že kvůli poplatkům člověk, je-li opravdu nemocný, své vlastní zdraví neohrozí.

Jaroslava HOŘANSKÁ

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Lattová, Z.: Hypnotika
Psychiatrie pro praxi č. 3/2009

Od ideálního hypnotika očekáváme kromě toho, že navozuje a udržuje spánek, co nejpodobnější spánkový profil jako spánek navozený přirozeně. Má mít nízký stupeň nežádoucích účinků a co nejmenší návykový potenciál. Insomnii dělíme délky trvání na akutní (roční prevalence je 15–20 %) a chronickou. Z těch chronických je až 75 % sekundárních nasedajících na psychiatrickou diagnózu a 25 % primárních. Léčba je jednak nefarmakologická – psychoterapeutické postupy (edukace, nácvik relaxačních technik, kontrola stimulů, spánková restrikce, paradoxní intence), dále přírodní a jiné prostředky (mučenka, kozlík, chmel, alkohol – Schlaftrunk, v historii i opium, rulík) a nakonec farmakoterapie. Počátek éry hypnotik spadá do použití brómu (A. J. Balad) 1826, v roce 1832 byl syntetizován chloralhydrát, jehož hypnotické působení bylo doloženo roku 1869. Dále to byly paraldehyd, amylnitrit a kyselina barbiturová v roce 1863 a od roku 1954 benzodiazepiny. Dnes jsou léky první volby tzv. Z-hypnotika 3. generace – zopiclon, zolpidem a zalepen. Jako tzv. sekundární hypnotika se označují léčiva používaná jako hypnotika off-label – antidepresiva (trazodon, mirtazapin, doxepin, trimipramin, amirtriptylin), antihistaminika (promethazin), antipsychotika (melperon). Z novějších hypnotik se používá melatonin a selektivní agonista na MT1 a MT2 receptorech ramelteon.

Sedlák, V., Koblížek, V.: Tiotropium v léčbě CHOPN – čím dříve, tím lépe
Interní medicína pro praxi č. 5/2009

Hradečtí pneumologové popisují strategii léčby CHOPN, která je závažnou civilizační chorobou s dramatickým nárůstem morbidity i mortality. Diagnostické a léčebné postupy kodifikuje GOLD (Světová iniciativa pro obstrukční plicní nemoci). Důvodem k použití anticholinergik je to, že i u zdravého člověka přetrvává v hladké svalovině dýchacích cest klidový mírný acetylcholinem indukovaný svalový tonus. Ten je u pacientů s CHOPN výrazně zvýšený. Prvním léčivem s krátkodobým působením bylo ipratropium (zástupce tzv. SAMA, short-acting muscarinic antagonists) s délkou působení max. 6 hodin. Používá se akutně i chronicky. Tiotropium jako dlouhodobě (24 hodin po aplikaci) působící anticholinergikum s unikátními farmakologickými vlastnostmi je novou nadějí pro nemocné. Dlouhodobě snižuje frekvenci exacerbací a zkracuje jejich délku, zlepšuje kvalitu dušnosti (zmírnění pocitu), zlepšuje toleranci zátěže, zvyšuje cvičební kapacitu. Blokuje M3 muskarinový receptor. Je prvním zástupcem skupiny LAMA (long-acting muscarinic antagonists), ve které v brzké době můžeme očekávat další zástupce.

Eduard Kučera: Endometrióza

Edice Farmakoterapie pro praxi, sv. 26

Jessenius Maxdorf, Praha 2008, 172 stran

Popis endometriózy pochází již z roku 1860 (K. Rokitanský), další vývoj poznání byl velmi pomalý. Roku 1896 ji popsal jako adenomyom T. S. Cullen a 1927 použil první termín endometrióza A. Sampson v USA. Patřičná pozornost je nemoci věnována až od 80. a 90. let 20. století. Eduard Kučera z ÚPMD je naším předním odborníkem na tuto problematiku.

ANOTACE

Brožura se skládá ze 13 kapitol. Po úvodu je to repetitorium se slovníčkem pojmů, klasifikací epidemiologií a patogenezí endometriózy. Třetí část popisuje klinický obraz, čtvrtá vyšetřovací metody vedoucí ke stanovení diagnózy. V páté části je uveden vztah endometriózy k maligním onemocněním, v šesté píše autor o stromální endometrióze, v sedmé o endosalpingióze. Farmakoterpii je věnována nejobsáhlejší osmá kapitola. Zahrnuje tyto skupiny léčiv: hormonální kontracepce, selektiní modulátory progesteronových receptorů (SERM – progestiny, mezoprogestiny – *mifepriston, azoprisnil*), GnRH analoga (goserelin, leuprorelin, nafarelin, triptorelin), hormonální substituce add-back terapie), GnRH-antagonisté (ganirelix, cetrorelix), selektivní modulátory estrogenových receptorů (SERM – raloxifen, tamoxifen), selektivní inhibitory aromatázy (kompetitivní – anastrozol, letrozol, inaktivátory aromatázy – exemestan), NSAID, imunomodulátory (pentoxyfylin, loxoribin, interferon α), inhibitory angiogeneze (v experimentu – thalidomid, celekoxib).

Operační léčba je další variantou terapie, posána je v 9. a 11. kapitole. Poslední část je věnována vztahu endometriózy a asistované reprodukce. Dovětkem jsou nejčastější chyby a omyly v diagnostice a léčbě endometriózy.

MOLEKULA MĚSÍCE

Catumaxomab

Po delší době je molekulou měsíce biologické léčivo.

Maligní ascites je podmínka charakterizovaná abnormální akumulací tekutiny v dutině břišní. Je způsobena nerovnováhou mezi vstupem a výstupem plazmy z lymfatických cév a může se vyvinout u pacientů s rakovinou – primárně ovariální, endometria, prsu, kolorektální, žaludeční a pankreatu. Obecně, vznik maligního ascitu může následovat po vzniku metastáz v břišní dutině. Pacienti s ascitem mají špatnou prognózu. Symptomy maligního ascitu zahrnují zvyšující se obvod pasu, abdominální bolest, anorexii, nauzeu a zvracení. Dosud byla jedinou léčebnou možností peritoneální punkce a drenáž.

V dubnu 2009 EU schválila použití první z řady monoklonálních protilátek **catumaxomab** (Removab®), prvního léčiva vůbec k léčení maligního ascitu. Je to hybridní monoklonální protilátka (myší a krysí). Je specificky indikován pro léčbu maligního ascitu u tzv. EpCAM (Epitelial Cell Adhesion Molecule) – pozitivních nádorů. Schválení proběhlo na základě klinických studií fáze II/III, které vykázaly statisticky významné zlepšení (délka období bez punkce). Catumaxomab byl objeven německou firmou TRION Pharma ve spolupráci s firmou Fresenius Biotech.

Je to první léčivo v této indikaci, používá se v kombinaci s dalšími dvěma monoklonálními protilátkami jako bispecifický trifunkční přípravek Triomab®. Tím dochází k likvidaci nádorových buněk asi tisíckrát účinněji než dokážou konvenční protilátky.

Catumaxomab se podává v intraperitoneální infuzi drenážním katetrem přímo do ascitu konstantně po dobu 6 hodin. Před každým podáním se provádí drenáž ascitu. Podávají se celkem čtyři po sobě jdoucí dávky: 10mcg – den 0, 20mcg – den 3, 50mcg – den 7 a 150mcg v den 10.

Fresenius Biotech a TRION očekávají počátek prodeje v celé Evropě v červnu t.r. (v Německu už letos v květnu).

Literatura u autora.

Stránku připravil
PharmDr. PAVEL GRODZA
panacea@iol.cz

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

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

Sorafenib

Primární karcinomy jater se vyskytují především v Asii a v Africe. Světový primát v počtu případů na 100 000 obyvatel zaujímá Mongolsko (53 případů) následované Jižní Koreou a Čínou. Česká republika s 10 případy/100 000 obyvatel zaujímá 57. příčku. Onemocnění je sedmkrát častější u mužů než u žen. Očekává se, že se stárnutím populace se bude incidence tohoto onemocnění postupně zvyšovat. Nejčastější formou karcinomů jater je hepatocelulární karcinom jater (HCC). Celosvětově je HCC pátým nejčastějším nádorovým onemocněním a po karcinomu plic a kolorektálním karcinomu je třetí nejčastější příčinou smrti v důsledku nádorových onemocnění. V České republice se HCC vyskytuje téměř výlučně s cirhózou jater. Rizikovými faktory pro vznik HCC i cirhózy jsou především infekce virovou hepatitidou B nebo C a chronický abúzus alkoholu. Zhruba 40 % HCC je zachyceno v časných stadiích, kde primární metody léčby jsou chirurgická resekce jater, transplantace nebo radiofrekvenční ablace nádoru. Protože játra nejsou inervována, nádor nebolí, a proto je často zachycen až v pokročilém stadiu. Samozřejmě i lokalizovaný nádor může časem progredovat. Léčebné možnosti u pokročilých stadií HCC jsou velmi omezené. Lze konstatovat, že systémová léčba klasickými cystostatiky se ukázala jako neúčinná. Novou nadějí je cílená protinádorová léčba.

Buněčné nádory ledvin, někdy též adenokarcinomy (RCC) vznikají z buněk renálních tubulů. Reprezentují zhruba 2 % všech maligních nádorů. Z nich 75–80 % tvoří konvenční (světlobuněčný) renální karcinom, který má nejnepříznivější prognózu. Nejméně u 60 % těchto nádorů je inaktivován von Hippelův-Lindauův (VHL) tumor supresorový gen. Ztráta aktivity genu VHL (von Hippel-Lindau) při mutaci, deleci a inaktivaci vede k významnému zvýšení produkce HIF (hypoxii indukovaný transkripční faktor), který má stimulační vliv na produkci VEGF (vaskulární endotelový růstový faktor), PDGF (destičkový růstový faktor) a TGF-α (transformující růstový faktor alfa). RCC je šestou nejčastější příčinou úmrtí na nádorová onemocnění, počet úmrtí ve světě je odhadován na 95 tisíc. Medián pětiletého přežití je v průměru 63 %. Nicméně opět je velký rozdíl v prognóze mezi časným a pokročilým stadiem. Zatímco časná stadia lze léčit chirurgicky, u pokročilých (30 % RCC je diagnostikováno v pokročilém stadiu) je situace obtížná. První volbou je cytokinová terapie interferonem alfa a interleukinem 2. I zde představuje cílená terapie novou naději.

Farmakologické aspekty

Sorafenib je multikinázový inhibitor původně vyvinutý jako inhibitor Raf-1. Ten je součástí vnitřní signální kaskádové cesty MAPK/ERK, která začíná aktivací G-proteinu na povrchu buňky po navázání příslušného ligandu, např. růstového faktoru. Postupně se ukázalo, že sorafenib účinně inhibuje fosforylaci také další „součástí" cesty MAPK/ERK – B-Raf, MEK a ERK u různých nádorů. Dále se ukázalo, že sorafenib působí inhibičně na receptorové kinázy receptorů pro endotelový růstový faktor (VEGFR) 1, 2 a 3, destičkový růstový faktor (PDGFR), c-kit a Flt-3. Všechny tyto receptory se uplatňují v procesech proliferace nádorových buněk a angiogeneze. Sorafenib působí přímo na vlastní nádor inhibicí Raf, c-kit, Flt-3 signalizace receptoru pro endoteliální růstový faktor (EGFR) a na proces neovaskularizace nádoru inhibicí VEGFR a PDGFR signálních cest. Raf kinázy jsou serin/threoninkinázy, zatímco c-kit, Flt-3, VEGFR a PDGFR jsou receptory tyrozinkináz.

Sorafenib je podáván perorálně. Absolutní biologická dostupnost není známa, protože se ještě nepřipravila injekční forma, nicméně dostupnost ve formě tablet je zhruba poloviční oproti podání roztoku. Absorpci sorafenibu snižuje tučné jídlo (až 30 %). Sorafenib se silně, z 99,5 %, váže na plazmatické bílkoviny. Ustáleného stavu bylo dosaženo za sedm dní. Sorafenib je metabolizován pomocí cytochromu P-450 a následně glukuronizován. Zjištěno bylo až 8 metabolitů, z nichž hlavní je také biologicky aktivní. Poločas eliminace je 25–48 hodin. U specifických skupin obyvatelstva (staří, muži, ženy, rasy apod.) nebyly zjištěny odchylné farmakokinetické vlastnosti.

Klinické aspekty

Účinnost sorafenibu byla potvrzena v klinické studii zahrnující 602 pacientů s pokročilým hepatocelulárním karcinomem bez předchozí cytostatické léčby. Sorafenib byl podáván v dávce 400 mg 2x denně. Průměrné celkové přežití bylo 10,7 měsíců ve větvi sorafenibu vs. 7,9 měsíců ve větvi s placebem (hazard ratio: 0,69; 95 % CI: 0,55–0,87, $p < 0,001$). Nebyl však pozorován rozdíl v době do symptomatické progrese onemocnění. Účinnost sorafenibu u pacientů s pokročilým renálním karcinomem byla sledována ve studii s 903 nemocnými rezistentními na standardní léčbu. Také zde bylo dávkování 2x denně 400 mg. Primárním cílem studie byla doba přežití, sekundárním např. medián bez progrese onemocnění. Medián doby přežití nebyl dosažen, protože již v první interim analýze došlo ke snížení rizika úmrtí o 28 % (95% CI: 0,54–0,94) a následně byla povolena léčba sorafenibem i u nemocných, kteří užívali placebo.

Oproti léčbě sunitinibem se zdá, že léčba sorafenibem má méně závažných nežádoucích účinků. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patřily průjem (50 % pacientů), kožní projevy (50 % pacientů, např. vyrážky nebo syndrom palmoplantární dysestezie), únavnost (40 %), anorexie (40 %), vypadání vlasů (25 %), nevolnost (20 %) a hypertenze (10 %), lymfopenie, hypofosfatémie. Lékové interakce determinuje metabolismus na CYP P450 3A4 a vysoká vazba na plazmatické bílkoviny.

Obvyklá dávka sorafenibu je 400 mg 2x denně, tzn. 4 tablety po 200 mg denně. Léčivý přípravek s obsahem sorafenibu se jmenuje Nexavar a vyrábí jej společnost Bayer, balení obsahuje 112 tablet po 200 mg. Úhrada pojišťovnou na 28 dní léčby je zhruba 100 tisíc Kč.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Zingiber officinale Rosc.

Zingiber officinale Rosc. – zázvor lékařský, (Zingiberaceae).
Až metr vysoká, vytrvalá bylina se silně rozvětveným oddenkem. Tato prastará kulturní rostlina již není známa v planém stavu, na plantážích je množena výhradně vegetativně. Pochází pravděpodobně z tropické Asie, odkud se rozšířila do tropů celého světa.

Drogu tvoří oloupaný usušený oddenek. V tradiční čínské medicíně se užívá oddenek usušený (ganjiáng) i čerstvý (shengjiáng). Zázvor lze u nás pěstovat v běžných bytových podmínkách jako okrasnou i užitkovou rostlinu.

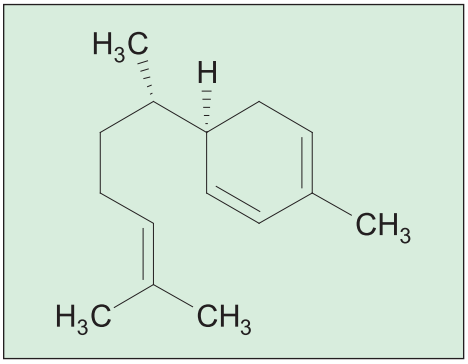
Synonyma: **Amomum zingiber L.**

Obecný název: **adrak (ind.), jiáng (čín.) (čti ťiang), ginger (angl.)**

Sbíraná část: **rhizoma**

Droga: **Zingiberis rhizoma**

Obsahové látky: 3 % silice s převahou seskviterpenu α-zingiberenu, dále β-seskvifelandrol, β-bisabolen, α-farnesen, ar-kurkumen a moterpeny β-felandren, 1,8-cineol, citral, borneol aj. Ostrou chuť drogy vyvolávají netěkavé fenylpropanové ketony gingeroly a shogaoly, jejichž zástupci se liší pouze délkou postranního řetězce. Z nich nejvíce je zkoumán 6-gingerol a 6-shogaol. U nás prodávaný „práškovaný zázvor" obsahuje v porovnání s čerstvým oddenkem pouze stopy silice. Dále jsou zastoupeny aminokyseliny, fosfolipidy, steroly, triglyceridy, volné mastné kyseliny a jiné látky.



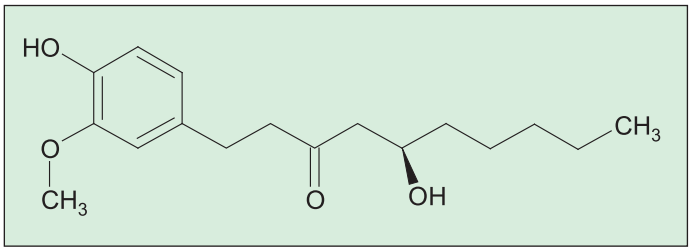
α-zingiberen

Účinky a použití: v tradiční čínské medicíně oblíbené stomachikum, antiemetikum, antidiarrhoikum, antiastmatikum a kardiotonikum. Čerstvý i sušený oddenek vykazuje tropismus k dráze plic, sleziny a žaludku. V lidové medicíně je zázvor užíván při dyspepsiích, kolikách, kašli a nachlazení. Často se aplikuje ve formě zázvorového piva.

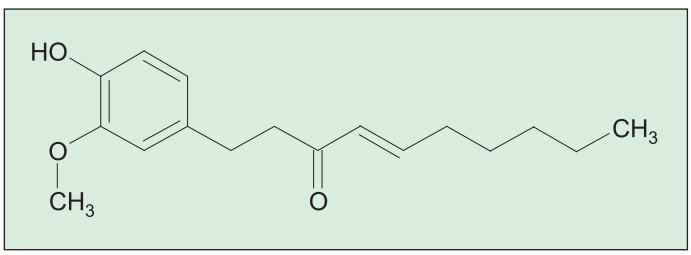
Protizánětlivé účinky drogy souvisejí s inhibicí COX 1 a COX 2 (omezení syntézy prostaglandinů) a inhibicí 5-lipoxygenázy (útlum syntézy leukotrienů). Nejsilněji působí izolovaný 6-gingerol. Také antiemetické účinky zázvoru jsou spojovány s vazbou 6-gingerolu a 6-shogaolu na serotoninové receptory v ileu (5-HT3), předpokládá se i spolupůsobení v CNS. Dále droga snižuje hladinu LDL-cholesterolu a mírně zvyšuje koncentraci HDL-cholesterolu, slouží jako antiagregans a antidiabetikum.

Byla zjištěna dobrá antimikrobiální účinnost proti Staphylococcus aureus a Escherichia coli. Oblíbené koření.

V distribuci jsou přípravky sloužící jako antiemetika a nesteroidní antiflogistika.



6-gingerol



6-shogaol

Dávkování: nejvýše 5 g denně k přípravě odvaru nebo nálevu.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: nepodávat při prokázaných žlučových kamenech. Možnost vzniku kontaktní dermatitidy. Vysoké dávky mohou způsobit deprese, srdeční arytmie, pálení žáhy a průjem. Vyšší dávky u těhotných a kojících se nepovažují za bezpečné.

Interakce: snižuje účinky antacid, nepodávat současně s warfarinem, s ginkgem a česnekem.

Zdroje:
AISLP, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, HerbMed, Medline, Tang,W., Eisenbrand,G.: Chinense drugs of plant origin, 1992, Toxnet, Wikipedia.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia, vzorce: autor

Sáhnout si na (mořské) dno

Osoby a obsazení:

Jaroslav Maršík – právní poradce ČLK, autor nápadu, motor výpravy

Martin Mátl – člen představenstva ČLK, nezdolný optimista,

Stanislav Havlíček – prezident ČLK, polámaný „skokan roku“

Jindřich Maršík, bez vazby na ČLK, lékař výpravy

Veronika Filevová – řidička, kuchařka, technická a morální podpora

Alena Maršíková – navigace a mateřské rady

Do sedel

Ráno jsme do auta nacpali věci pro šest lidí na čtyři dny a každý z cyklistů navíc speciální výživu od firmy Nutrend, která přispěla k realizaci toho šíleného nápadu. Předstartovní trampoty posunuly ostrý start na 9:20 hodin. Později večer nám ten čas hodně chyběl, ale první ranní etapa z Cínovce do Drážďan byla idylická. Sluníčko svítilo, pšeničná pole lemovaly modré chrpy (*Centaurea cyanus, Asteraceae)* a za 90 minut svěží jízdy jsme přejížděli Labe v Drážďanech.

Na další padesátce z Drážďan do Hoyerswerdy (nevím, který vtipálek jí začal říkat Hujer´s Ferda) jsem si vydechnul jen ve chvíli, když Jarda, po jemném upozornění, že nejedeme časovku, zpomalil ze 40 na 36 km/hod. Cestou jsem zaregistroval úbytek polí (a chrp) a silnici začaly lemovat aleje akátů (*Robinia acacia, Fabaceae).* Vůně akátových květů hladila mou duši romantika, ne tak už vrtule větrných elektráren, které se občas objevily na horizontu v zátiší s chladicími věžemi uhelné elektrárny Boxberg. Krize se dostavila na 138. kilometru, uvědomil jsem si, že do večera zbývá ještě 120 km a krajina začíná být jednotvárně stejná, stejně jako protivítr a pozorování pastorku kola přede mnou.

Rozhodl jsem se, že mě krize na 150. kilometru opustí a do Chotěbuzi jsem vjížděl v čele naší čtveřice. Hned po pár metrech ve městě jsem rád přenechal přední pozici zkušenějším. Nebylo to nic platné, v prvním křížení s tramvajovou tratí se mé přední kolo zamilovalo do kolejnice a já si nedobrovolně ustlal v kolejišti. Následky pádu nebyly tak hrozné jako fantazie všech přihlížejících, mou vlastní nevyjímaje.

Akátové aleje střídaly háje dubů (*Quercus robur, Fagaceae*), v germánské mytologii zasvěcené bohu blesků, Thórovi. To jsme zjistili na 190. kilometru. Nebe se otevřelo a někdo začal vylévat vědra s vodou. Vidět bylo, jenom když se blýskalo, slyšet nebylo vůbec. Každé další šlápnutí bylo o něco těžší už jenom proto, že boty nasákly vodou. Pak začaly padat kroupy.

V kempu jsme se všichni sešli až po půlnoci. Když jsem v 1:10 ráno uléhal, uvažoval jsem, kde na cestě přes NDR stala chyba, v plánu rozhodně nebylo 282 km.

Cesta k moři

Už před usnutím jsem byl přesvědčený, že ráno nikam na kole nejedu, pokud vůbec budu vstávat. Ale vstal jsem. Kolo má dneska má narozeniny, mám ho přesně čtyři týdny… Přesvědčuji sám sebe, že úvodní šedesátku zvládnu. Potěžkávám boty a při pohledu na nebe se s těžkým srdcem vzdávám chvilkového komfortu suchých ponožek.

> Některé nápady jsou absolutně nereálné. Neuvěřitelnými zůstávají i v okamžiku, kdy se stanou skutečností. Jak se zrodil nápad dojet na kole k moři, moc nevím. Něco málo vím o jeho realizaci.

Poslední Enduro Snack jsem dojedl na padesátém kilometru, když jsem vyjel z lesa stromů přímo do lesa větrných turbín. Všechny se točily, takže jsem se naučil řadit rychlosti taky proti větru. I historické větrné mlýny svědčí o dlouhodobém využívání větru v téhle části Německa.

Na velkém snímku zleva Martin Mátl, Jindřich Maršík, Stanislav Havlíček a Jaroslav Maršík.

Na sedmdesátém kilometru jsem dopil poslední zbytek Unisportu. Na osmdesátém, při průjezdu kolem zoo v Angermünde, ve mně moc života nezbývalo. Skrz mříže se na mě zálibně dívali mrchožraví čápi marabu (*Leptoptilos crumenifer-rus, Ciconiidae*). Kde jsem cestou v NDR udělal chybu?

Ranních 60 km se mi protáhlo na 82 km. U auta do sebe láduji rozinky i včerejší těstoviny, banán i salám. Druhou etapu druhého dne si prohlídnu z auta. Alespoň udělám nějaké fotky kluků při průjezdech alejemi kaštanů (*Aesculus hippocastanum, Hippocastanaceae)*. Asi 50 km od pobřeží znovu nasedám na kolo. Tuhle cestu si vychutnám, nenechám se honit a zvolna dojíždím k moři. Poslední 3 km z kopce, ale když proti větru přestanu šlapat, kolo se zastaví.

Protože se mi v kempu ani za hodinu nedaří najít stany, volám Veronice. V tu chvíli dorazili kluci do stejného kempu jako já, jenže stany stojí o pár kilometrů jinde. Už zase jedu na konci pelotonu a ptám se, kde se v Jardovi bere ta energie? O kondici nejlépe vypovídá Martinova smska domů: *„Jsme u moře, ještě jsem ho neviděl a je mi to jedno…“* I s polovičním počtem kilometrů jsem na tom stejně. Na koupání by stejně nedošlo, voda v moři měla tak 12 °C.

Šlachy a vazy

Pršelo celou noc. Ráno nepršelo jen při focení na pláži. Vyrazili jsme do deště, který 10 km od pobřeží vystřídal vítr. Přes noc se otočil a znovu nám foukal do tváří.

Souboj se zimou a protivětrem prohrávají po 100 km Jindrovy achilovky a moje kolena. Sjezd veteránů (zejména Mercedes) oba monitorujeme z auta. Jardu s Martinem mezitím změřila policejní hlídka při překročení rychlostního limitu v obci. Když od kluků zjistili, že se jejich velká země dá přejet za 2 dny na kole, povolily jim mimické svaly a nechali je jet. Venku přestalo foukat, v Rheinsbergu sedáme s Jindrou znovu na kola. Je znatelně tepleji a z okrajů polí červeně svítí vlčí máky (*Papaver rhoeas, Papaveraceae)*. Večer v kempu jižně od Postupimi poprvé bez zádrhelů vychutnáváme Regener od Nutrendu.

Slzy dojetí (od slovesa dojeti)

„Budíček,“ ozvalo se nemilosrdně v 5:50 ráno. A tři dosud ležící jezdci poslušně vstali. Jestli všechno ostatní, tohle mi doma nikdo neuvěří.

I když je brzy ráno a neděle, nejde přehlédnout vrcholící sklizeň chřestu (*Asparagus officinalis, Asparagaceae*). Jindra labužnicky vypráví o grilování chřestu ve slaninové rolce a ke guláši u Maršíků to máme necelých 240 km. V Jüterborgu u mě Jindra diagnostikuje vodu v koleni a tak dál pokračují ve třech. Moje další úloha už je jen fotit a navigovat. Na poslední zastávce v Drážďanech mají kluci na tachometrech 950 km a evidentně dostatek energie na závěrečné krušnohorské stoupání. Dokonce prý dojde i na závodění.

1 026 km za čtyři dny. Chtít víc než můžeš, a udělat víc než chceš. S podporou z domova a zázemím doprovodného vozu (děkuji Aleně a Veronice) je to možné. Expedice je úspěšná, teprve když se všichni vrátí. My se vrátili všichni. Dojeli jsme.

Pánové, bylo mi ctí!

Stanislav HAVLÍČEK

Víte, že...

...karcinom prsu je nejobvyklejší typ nekožní rakoviny u žen v USA? Odhaduje se, že ročně nově onemocní zhruba 182 500 žen a 40 480 žen na tuto chorobu zemře.

...nežádoucí/neočekávané lékové příhody (ADE) patří k těm, které jsou u hospitalizovaných pacientů nejobvyklejší? Podle publikovaných výzkumů se tyto nežádoucí příhody vyskytují u 10,9 z každých 100 hospitalizovaných nemocných, z tisíce ambulantních pacientů se objeví měsíčně u 14,9 pacientů. ADE prodlužují hospitalizace o 2,2 dne a nemocniční náklady zvyšují o 3 244 amerických dolarů.

...podle průzkumu vedeného firmou Pfizer jeden z deseti lidí přiznává, že kupuje léčivé přípravky, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis bez tohoto předpisu, a z nich polovina tak činí prostřednictvím internetu? Spektrum těchto přípravků tvoří ty, které jsou určeny k léčbě erektilních dysfunkcí, dále k odvykání kouření, přípravky na hubnutí, ale také na snížení hladiny cholesterolu a k terapii deprese. Průzkum byl organizován jako součást kampaně vedené proti falšování léků, přičemž bylo osloveno bezmála tisíc respondentů v celé Velké Británii.

...z osmdesáti procent dospělých občanů Spojených států, kteří na internetu vyhledávají informace týkající se zdraví, se 37 procent zaměřuje na informace o léčivech, jejich výdej není vázán na lékařský předpis?

...podle Světové zdravotnické organizace souvisí přibližně jedna třetina úmrtí na celém světě s kardiovaskulárními onemocněními?

...počet lidí bez zdravotního pojištění ve USA stále roste? V loňském roce bylo nepojištěno téměř padesát milionů osob mladších 65 let.

...pacienti starší 65 let jsou vystaveni největšímu riziku chyb v medikaci? A to s ohledem na vyšší prevalenci chronických onemocnění, užívání vyššího počtu léčiv a větší závislosti, než mladší pacienti. Téměř jedné třetině všech nežádoucích lékových reakcí zaznamenaných v literatuře bylo možné předejít.

(Par)

Trojjazyčná pražská sazba z roku 1659 (II.)

Jak jsem uváděl v první části tohoto článku, pražská lékařská fakulta vydala před 350 lety latinsko-česko-německou lékárnickou sazbu, která kromě svého významu pro historii farmacie představuje svědectví o životních podmínkách po třicetileté válce.

P. Drábek

Dvacátou první třídou sazby začínají suroviny. Na jejich úvod zařadili autoři chemická léčiva v tehdejším pojetí. Název *Pulveres chymici, flores, magisteria* & *sales* přeložili do češtiny jako „Všelijaké alchymistské prášky, flores, magisteria a soli". Na vysvětlenou je třeba dodat, že *flores* byly látky získané sublimací, *magisteria* vysrážením. V této třídě se také používá termín *faecula,* což byl škrob, získaný z výluhu z rozdrcených kořenů. Velkou skupinu tvoří soli, jimiž se však většinou nazývají odparky výluhů z popela různých rostlin. K chemickým látkám, jak je chápeme dnes, patřila kamenná sůl (*Sal gemmae*), kamenec, ledek (*Nitrum praeparatum* = „Strojený salytr" !), sloučeniny rtuti, antimonu, železa a olova.

Dvacátá druhá třída je vyhrazena pro *Balsama artificilia* (Balsamy kunstovně strojené). Připravovaly se obvykle rozpouštěním pevných látek v oleji nebo v éterickém oleji. Patřil k nim např. *Balsamus orientalis verus* („Spravedlivý orientálský balsam") a *Balsamus sulfuris anisatus* („Sírový balsam z anýzového oleje", který se připravoval zahříváním sirného květu v anýzové silici).

Dvacátá třetí třída obsahuje 153 rostlinných drog. Její latinský název *Stirpes* & *Herbae* je jednoduše přeložen jako „Byliny". Je mezi nimi též *Nicotiana* („Tabákové listí"). Ceny v této třídě jsou většinou uvedeny za hrst (*manipulus*). V následující třídě jsou květy. Např. cena květů růží se lišila podle barvy: nejdražší byly červené a nejlevnější bílé. Tento rozdíl v ceně pramenil z názoru, že červené růže, které stály šestkrát víc než bílé, jsou nejúčinnější. Ve dvacáté páté třídě je sto druhů kořenů, např. rebarborový kořen je uveden jako dvojí : pravý a mnišský. Rozsáhlá je také dvacátá šestá třída, zahrnující devadesát druhů semen.

„Všelijaké kůry" (*Cortices*) tvoří dvacátou sedmou třídu. Někdy jsou do češtiny přeloženy zdrobnělinou „kůrka" (např. bezová nebo granátová). *Cortex ligni sancti* je přeložen jako „Kůra francouského dřeva". Naproti tomu „francausové dřevo" se ve dvacáté osmé třídě latinsky nazývalo *Lignum quajacum.*

Dvacátá devátá třída zahrnuje 42 druhů ovoce. Jeho cena je většinou udávána za libru. Následující tři třídy zahrnují různé produkty rostlinného původu . Nejprve to jsou *Succi concreti* & *inspisati* („Všelijaké šťávy vysušené"), mezi něž patřilo *Opium thebaicum,* manna, aloe i sušená „kozlová krev" (*Sanguis hirci*). V následující třídě jsou uvedeny šťávy tekuté (*Succi liquidi ex plantis et fructibus* = „Rozličné z bylin a ovoce vytlačené šťávy"). Nejdražší byly šťávy vylisované z granátových jablek, pomerančů a růží. Nejlevnější naopak byly šťávy z kdoulí, moruší, borůvek a z nezralého vína. Třicátá druhá třída je sice nadepsána „Všelijaké gummy", ale obsahuje také pryskyřice, kalafunu, barevné pečetní vosky, terpentýn a dehet. Třicátá třetí třída zahrnuje 17 druhů v tu dobu běžného kuchyňského koření (např. hřebíček, skořice, šafrán, muškát, pepř a zázvor).

Třicátou čtvrtou třídou začínají léčiva živočišného původu. Nejprve jsou uvedené „Kosti a skořepiny" (*Ossa* & *testae*). Mezi ně patřila „kostka z srdce jeleního" (*Os de corde cervi*), „perlová matka" (*Mater perlarum* = perleť), „strouhaná slonová kost" (*Eboris* rasura) i „jednorožec pravý" *(Unicornu verum)*. V třicáté páté třídě byly „Věci, kteréž se od zvířat všelijakých schovávají" (*Partes animalium*), např. kantaridy, vlčí játra, liščí plíce a také *Priapus cervi.*

„Sádla, tuky a loje" (*Pinguetudines, Axungiae, Seva, Medullae*) tvořily třicátou šestou třídu. Z dvaceti tří druhů sádel bylo nejdražší hadí sádlo. Lůj (*Sevum*) byl tuk ze zvířat, která mají rohy nebo parohy (jelen, skopec, kozel, tele). Morek (*Medulla*) se získával z kostí telat a jelenů.

Galenická laboratoř na rytině z roku 1671.

Třicátá sedmá třída obsahovala „Všelijaké růdy a ze Země pocházející věci" (*Metalla, terrae* & *inde providentia*). Mezi ně patřila „Živá rtuť", „Bílý nic prášek" (*Nihil album* = oxid zinečnatý) i léčivé hlinky, zformované do výlisků s označením původu. Proto se nazývaly *Terra sigillata* a sazba uvádí čtyři druhy. Není zřejmé, odkud přesně pocházela *Terra sigillata Bohemica,* ale *Terra sigillata Stringensis* se těžila ve Slezsku u města Striegau (dnes polský Strzegom). Objevil ji tam jeden z osobních lékařů Rudolfa II. Johann Baptist Montanus (1531–1604) a svůj objev publikoval v r. 1583 ve Vratislavi.

Kameny (*Lapides*) jsou uvedeny samostatně v třicáté osmé třídě. Kromě drahokamů a polodrahokamů je tam též uveden bezoár a také korály, které bychom hledali spíš v poslední, tj. ve třicáté deváté třídě. Ta se nazývá „Věci kteréž od vod a moře vyhazované bejvají" (*Aquarum* & *maris excrementa*) a obsahuje např. ambru, rybí tuk (tj. vorvaňovinu, *Sperma ceti*) a také tři druhy jantaru (bílý, žlutý a černý „akštejn").

Závěr sazby tvoří *Taxa laborum* („Vyměření, co Apatykář za práci sobě pokládati může"). Jsou tam uvedeny nejenom položky za přípravu různých aplikačních forem (obklady, masti, nápoje, pilulky, prášky atp.), ale také za „applicírování jednoho klysteru". Za to mohl počítat 20 až 24 krejcarů. Nejdražší bylo „dystyllování vody skrze sklenný alembik, jež by den a noc trvalo". To stálo 32 krejcarů.

Z uvedených příkladů je patrné, jak se v 17. století rozrostla *materia medica.* Politické poměry však nebyly příznivé odpovídajícímu rozvoji české terminologie. Ani po čtyřiceti letech, kdy vyšla nová sazba, se české názvosloví výrazně nezlepšilo.

Literatura u autora

KOLEGYNĚ A KOLEGOVÉ, PŘEČTĚTE SI NĚCO O NÁS:

Okresní sdružení Ústí nad Orlicí

Okres Ústí nad Orlicí, dnes tedy již bývalý, se nachází ve východní části Pardubického kraje. Jeho centrem je město Ústí nad Orlicí. Rozloha okresu je 1 258 km² a přibližně 137 tisíc obyvatel žije v 10 městech a 105 obcích. Největším městem co do počtu obyvatel je známý železniční uzel Česká Třebová se 16 655 obyvateli, následuje Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto, Lanškroun, Choceň, Letohrad, Žamberk, Králíky, Červená Voda a Jablonné nad Orlicí.

Nejvýchodnějším a zároveň nejsevernějším místem okresu je známá turistická oblast s třetí nejvyšší horou České republiky 1 424 m vysokým Kralickým Sněžníkem. Milovníci zimních sportů znají jistě Orlické hory, jejichž část zasahuje na území okresu. Řeky Tichá a Divoká Orlice se proplétají zdejší krajinou a jejich hladina je od povodně v roce 1997 velmi bedlivě sledována. V severní části okresu, která hraničí s Polskem, stojí za zhlédnutí systém vojenských pevností budovaných v předválečném období. Známou letní rekreační oblastí je přehrada Pastviny.

Z rodáků našeho kraje je vhodné uvést Mistra Jaroslava Kociána, na jehož počest se v Ústí nad Orlicí každoročně koná mezinárodní houslová soutěž Kociánovo Ústí. Na odvrácené straně Měsíce je pojmenován kráter podle Jana Marka Marci (1595–1667), osobního lékaře císařů a rektora UK, rodáka z Lanškrouna. Ve Vysokém Mýtě působil 32 let klasický filolog Otmar Vaňorný, známý zejména jako překladatel Homérova díla Illias a Odyssea.

Nejstarší lékárnou na území našeho okresu je z roku 1724 lékárna U zlatého orla ve Vysokém Mýtě (viz foto), založená lékárníkem Hernciem Eberlem. S odstupem 70 let je zřízena lékárna U milosrdného samaritána v Lanškrouně a o dva roky později U černého orla v Králíkách.

Z ještě starších historických pramenů lze vyčíst, že prvním historicky doloženým lékárníkem, tehdy apatykářem, byl Matěj z Mýta. Je autorem nejstaršího překladu díla italského lékaře Quirica de Augustis *Lumen apothecariorum* (Světlo apatékářův, z Latiny od Matěje z Mejta) z roku 1496, pojednávajícího o léčivech v českém jazyce.

V městském muzeu Žamberk je instalovaná a veřejnosti přístupná novogotická Erxlebenova lékárna. Pochází z 90. let 19. století a vedle lékárenského nábytku si lze prohlédnout i váhy, hmoždíře, prachovnice, dřevěné i porcelánové stojatky a další historické předměty.

Z novodobé historie jistě stojí za zmínku skutečnost, že všech původních 11 lékáren okresu bylo zásluhou tehdejšího okresního lékárníka PhMr. RNDr. Jaroslava Jíry průběžně modernizováno a že v tehdejší okresní lékárně v Ústí nad Orlicí byl v roce 1971 instalován a uveden do provozu, jako druhý v tehdejším Československu, dispenzační box (viz foto).

V současné době je v našem okrese 29 lékáren a čtyři OOVL. To v porovnání s počtem obyvatel dává průměr něco přes čtyři tisíce obyvatel na jednu lékárnu (včetně výdejen). V okresním sdružení v současné době evidujeme 88 lékárníků.

Z doby okresního lékárníka RNDr. PhMr. Jíry, který organizoval pravidelné školicí akce, v té době povinné pro všechny zaměstnance, jsme si vzali inspiraci a již několik let organizujeme dvakrát ročně odborné odpoledne v příjemném prostředí malé obce Petrovice. Témata přednášek volíme tak, aby byla přínosem pro odbornou práci lékárníků i farmaceutických asistentek. Petrovické akce se vedle okresních shromáždění a „krizových setkání" staly místem k prodiskutování našich problémů a hlavně k neformálním setkáním. Těmi se snažíme snižovat značnou míru anonymity mezi námi, kterou považujeme za velmi nepříjemnou a nevhodnou pro rozvoj obvyklých kolegiálních vztahů.

S ostatními okresními sdruženími našeho kraje jsme domluveni na vytvoření společné čestné rady a revizní komise. Ve všech sdruženích jsou zvoleni členové výše uvedených komisí, čeká se na ustavující schůzi.

Považuji za vhodné vyzdvihnout práci našich kolegů pro komoru. PharmDr. Josef Marek je členem revizní komise. RNDr. Václav Šeda je po práci v minulém představenstvu ČLK členem čestné rady.

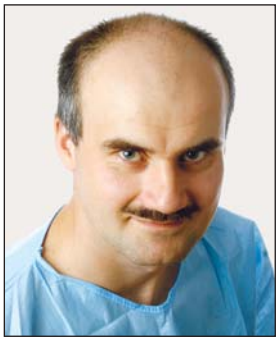
PharmDr. Zdeněk OBR,
předseda OSL

Na odvrácené straně Měsíce je pojmenován kráter podle Jana Marka Marci (1595-1667) osobního lékaře císařů a rektora UK, rodáka z Lanškrouna.

Představenstvo Okresního sdružení lékárníků Ústí nad Orlicí:	
předseda	PharmDr. Zdeněk Obr
členové	RNDr. Václav Šeda, PharmDr. Jana Honzalová, PharmDr. Hana Hejlová, PharmDr. Josef Marek, Mgr. Petr Baláš, Mgr. Tomáš Nechvíl

Historický snímek je z lékárny ve Vysokém Mýtě.

Postmenopauzální aplikace genisteinu



Během několika let si doplňky stravy s obsahem přírodních látek izoflavonů získaly značnou oblibu. Jejich obchodní úspěšnost významně podpořila i výzkum. Vedle racionální modulace menopauzálních potíží je patrný trend zkoumat další potenciální zdravotní benefity, které by postmenopauzálním ženám mohlo přinést dlouhodobé užívání izoflavonů. Největší pozornost je v posledním období věnována izoflavonu genisteinu.

Mgr. Tomáš Volný

Nejčastěji využívaným zdrojem genisteinu (4´,5,7-trihydroxyisoflavonu) jsou semena sóji (*Glycine soja*), která obsahují asi 800 µg směsi izoflavonů na 1 g sojové moučky. K dobře popsaným mechanismům účinků genisteinu patří jeho estrogenní a antiestrogenní aktivita (SERM aktivita) zprostředkována jeho interakcí s převážně β-estrogenními receptory. Z dosavadních průkazů přitom vyplývá, že estrogenní aktivitu lze spojovat spíše s nižšími denními dávkami (asi < 100 mg/den), antiestrogenní aktivitu lze spojovat spíše s vyššími denními dávkami (asi > 200 mg/den) a významnou plazmatickou koncentrací genisteinu. Jeho estrogenní aktivita se například uplatňuje v modulaci menopauzálních potíží a antiestrogenní aktivita se může uplatnit v chemoprevenci karcinomu prsu a prostaty. Kanceroprotektivní účinky jsou dále podpořeny inhibicí tyrosinkináz, DNA-topoisomeráz, 5 α-reduktáz a aromatáz.

Rutinní aplikace v chemoprevenci karcinomu prsu a prostaty je zřejmě předčasná. Je nutné si uvědomit, že až při 100krát vyšší plazmatické koncentraci než u estradiolu byla potvrzena schopnost izoflavonů kompetici inhibovat vazbu estrogenů na estrogenní receptor a vazbu estrogenů na steroidy vázající proteiny (SBP). Při uvedených denních dávkách genistein současně ovlivňuje několik enzymových systémů (SEM aktivita), průkazně inhibuje enzymový systém 5 α-reduktázy a aromatázy, což se může pozitivně projevit i v chemoprevenci hyperplazie prostaty. Dále inhibuje aktivitu tyrosinkinázy, která má velmi důležitou úlohu v růstu buněk a kontrakci hladké svaloviny. Je prokázáno, že genistein inhibuje syntézu prozánětlivých cytokinů (TNF alpha, IL-1beta) v chrupavce. Tato aktivita by mohla zpomalovat její degenerativní změny a příznivě se projevovat u osteoartrózy. Bude však nutné cílené klinické ověření. Při několika preklinických experimentech na zvířecích modelech se simulovaným nedostatkem estrogenů a osteoartrózou byl porovnáván vliv klasické substituční hormonální terapie a izoflavonů na kvalitu chrupavky a průběh osteoartrózy. Pozitivní statistický významný vliv byl prokázán pouze u substituční hormonální terapie. Jiní autoři popisují inhibici syntézy prozánětlivých cytokinů také u endoteliálních buněk kapilárního řečiště a indukci enzymů kataláz a superoxiddismutáz, což představuje soubor antiaterosklerotických účinků. Přímý vliv genisteinu a jiných izoflavonů na metabolismus krevních lipidů a cholesterolu se nepodařilo uspokojivě prokázat. Dlouhodobé perorální užívání genisteinu je nepochybně spojeno s řadou metabolických změn, které se běžnými experimentálními metodami a postupy obtížně popisují. Takové aktivity lze očekávat u biologicky účinných metabolitů genisteinu (ostatních izoflavonů a lignanů), které se převážně vylučují močí. Prozatím nedostatečně je potvrzena jejich schopnost snižovat tonus hladké svaloviny a omezovat degenerativní změny na fibroblastických vláknech vaziva močové trubice a zpomalovat tak postmenopauzální atrofické změny močové trubice.

Vliv na metabolismus kostí

Pozitivní vliv dlouhodobě podávané denní dávky izoflavonů vyšší než 80 mg na metabolismus kostí u postmenopauzálních žen potvrzují autoři nedávné cenné metaanalytické studie, ale také autoři kvalitní dvouleté randomizované, dvojitě zaslepené a placebem kontrolované studie, kteří 203 zdravým postmenopauzálním ženám podávali 2 roky 90 mg sojových izoflavonů v kombinaci s 25 g sojového proteinu denně. Další experimenty s šestiměsíčním podáváním vyšších dávek izoflavonů (120 mg denně), a to i v kombinaci s exogenním estradiolem, ukazují, že doporučení dlouhodobého užívání obdobných denních dávek genisteinu a sojových izoflavonů u zdravých postmenopauzálních žen může být racionální. Genistein prokazatelně stimuluje aktivitu osteoblastů (buňky podílející se na obnově kostní tkáně) a působí na osteoblasty chemoprotektivně, pravděpodobně se zde uplatňují i jiné, např. antioxidační mechanismy.

Je zřejmé, že by se v blízké budoucnosti mohl genistein a izoflavony pod tíhou dalších kvalitních klinických důkazů stát racionální součástí preventivních opatření osteoporózy. Důležité je doplnit, že charakterizovaný chemopreventivní potenciál genisteinu a izoflavonů nemá léčebný charakter a nemůže být situován do alternativy platných preventivních a léčebných doporučených postupů.

Genistein má vysokou afinitu k lidskému sérovému albuminu a v *in vitro* experimentu bylo prokázáno, že je aktivátorem biotransformačních enzymů CYP2C9 a CYP3A4, kterými je metabolizována řada léčiv, například antihypertenzivum *losartanum kalicum*. V tomto případě v cílené farmakokinetické studii nebyla prokázána interakce mezi genisteinem a losartanem. Dlouhodobou suplementaci genisteinu a izoflavonů v denních dávkách asi 80–100 mg lze po individuálním zvážení všech klinických okolností doporučit pouze u postmenopuzálních žen. Dlouhodobé užívání není vhodné pro dospívající dívky, ženy těhotné, kojící a ve fertilním věku.

Reference jsou uloženy u autora

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

Zážitky přátel muzea, tentokrát ze Španělska

Klub přátel Českého farmaceutického muzea uspořádal 17. 5. – 24. 5. 2009 už čtrnáctý poznávací a odborný zájezd, kterého se zúčastnilo osmnáct členů klubu. Tentokrát jsme si vybrali Španělsko, resp. jeho jižní oblast Andalusii s možností návštěvy Gibraltaru.

V neděli 17. 5. jsme se ubytovali v centru města Granady a večer jsme využili k procházce po hlavní třídě a návštěvě starobylé lékárny FARMACIA GRAN VIA. Lékárník i majitel byli velice vstřícní k naší neohlášené návštěvě a ochotně diskutovali a předkládali svoje staré lékopisy a předváděli interiér lékárny.

Vstřícný kolega z Granady.

Druhý den nás čekala plánovaná návštěva farmaceutické fakulty. Je součástí místní univerzity, která má v současné době 3 500 studentů a 205 učitelů. V reprezentačních místnostech nás přijal děkan fakulty pan Luis Recade Manrique. Funkci vykonává od roku 2005 a je 16. děkanem od založení v roce 1850. Podal nám informace o historii, studijních oborech a dalších fakultách ve Španělsku, kterých je celkem jedenáct (http://farmacia.ugr.es);

Petr Palouš poděkoval za přijetí, podal krátkou informaci o našem farmaceutickém školství a předal reprezentační knihy, CD a propagační materiály o UK v Praze, fakultě v Hradci Králové, jejím ČFM a rovněž o VFU v Brně a její fakultě. Převzal knihu o historii Univerzity v Granadě, která zaznamenává její vznik a vývoj v XVI. a XVII. století.

Fakulta má *Muzeum vědeckých přístrojů* a *Muzeum historie lékárenství*. Slouží pro výuku a nejsou přístupná veřejnosti. Jsou součástí odd. fyzikální chemie a odd. dějin lékárenství a farmaceutické legislativy. Obě jsme navštívili a byli informováni odbornými pracovníky nejen o exponátech, vývojových etapách oborů, ale i o osobnostech, které zde působily a zasloužily se o dobré jméno Univerzity v Granadě. Uspořádání se nám líbilo, rovněž tak studijní prostory, relaxační a odpočinková místa, která studenti hojně využívají. Celý Campus Universitario „Caroja" je v lesoparku nad městem s krásným panoramatickým výhledem.

Plni dojmů z této návštěvy jsme potom přejeli do jednoho z nejkrásnějších paláců Španělska, a to do **Alhambry**. Celý komplex skládající se z pevnosti, královského paláce Nasrovců, paláce Karla V. a letní rezidence, navazující na krásné zahrady v **Generalife**, je uchvacující. Dýchá z nich nejen působení Maurů, Arabů a křesťanů tak, jak se střídali v ovládání území už od 13. století, kdy se stavbami započali. Nakonec jsme ještě stihli prohlídku centra města s jeho historickou částí.

V odpoledním čase jsme se vydali do dalšího plánovaného místa, města **Cordoby**. Projeli jsme územím olivových hájů, vinic a ovocných sadů.

Třetí den dopoledne jsme se vydali s místním průvodcem za poznáním. Mešita je největší v islámském světě (175 x 128 metrů). Je hlavní památkou a jedinečná tím, že se v ní nachází také křesťanská katedrála! Nedaleko mešity je i někdejší rezidence španělských králů Alcazar. Tu i římský most jsme rovněž navštívili. Z jeho antického původu však zůstaly jenom základy šestnácti pilířů.

Poté jsme přejeli do dalšího významného města **Sevilly**. Největší město Andalusie s třetí největší katedrálou Santa Maria na světě (po Vatikánu a Londýnu). Je dlouhá 130 metrů a má půdorys čtverce, protože byla postavena na základech mešity. Je zde i hrobka objevitele Ameriky Kryštofa Kolumba, dvě královské kaple, dřevěný kůr a zachovaný přilehlý Pomerančový dvůr z původní mešity. Nejvyšší věž La Giralda je 97 m vysoká a sloužila jako minaret. Další návštěva vedla do Parku Marie Luisy, cestou jsme minuli budovu univerzity, která sídlí v někdejší fabrice na

(Pokračování na další straně)

K tradičním představám o Španělsku patří tauromachie, známější pod místním názvem corrida. Na snímku aréna v Málaze.

Gibraltarské opice jsou (přinejmenším) velmi zvědavé.

V muzeu Farmaceutické fakulty Univerzity v Granadě.

(Dokončení z předchozí strany)

zpracování tabáku. Zde měla pracovat Carmen, hrdinka opery George Bizeta. Děj prvního dějství se odehrává na náměstí před vchodem do továrny.

Čtvrtý den jsme zamířili do přístavního města Cádizu. První zastávka však byla v městečku **Jerez de la Frontera.** V oblasti jsou hlavně vinice a chov koní a dobytka. Dalším místem bylo **Puerto de Santa Maria**, kde jsme obdivovali panoramatické pohledy, přístavní záliv a historickou část tohoto přístavního městečka. Odpoledne jsme dorazili do **Cádizu**.

Pátý den jsme si prošli starou část města, vystoupali 90 schodů na věž Torre Tavira, a zde za pomoci výkladu v Camera Obscura panoramaticky sledovali aktuální dění ve městě a poznávali významná místa. Následoval delší přejezd a návštěva poloostrova **Gibraltaru**. Objeli jsme známá místa této anglické provincie. Viděli jsme mj. zbytky maurského hradu a visutou lanovku.

Den šestý začal odjezdem do historického a velmi oblíbeného městečka **Ronda**. Od moře jsme stoupali přes 65 serpentin pohořím Sierra de las Nieves a jeho národním parkem s nejvyšším bodem 1065 metrů. Město stojí u říční propasti El Tajo (160 m) a obě strany spojuje kamenný most, charakteristickým pro město i jako památka. Býval i vězením. Místní průvodce nás seznámil s významnými stavbami města, panoramatickými výhledy na krajinu a do rokle i osobnostmi, které zde pobývaly. Např. Ernest Hemingway a Orson Wells, po nichž se jmenují turistické stezky končící vyhlídkami. Bydlel zde a tvořil (1913) pražský rodák Rainer Maria Rilke, jehož socha zdobí park před hotelem. Je zde rovněž největší býčí aréna ve Španělsku (66 m), která byla postavena již v roce 1785 a má dvoupatrové hlediště. Vznikla zde i pravidla koridy a způsob boje s býky, který je jiný než v Portugalsku.

Sedmý den jsme již bez místního průvodce vyjeli za poznáním přírodních krás a úkazů do **Nerje**. Je to oblast s unikátním jeskynním systémem, který byl objevený školáky v roce 1959. Celkově je 7 200 metrů dlouhá, členěná galeriemi, prostorem pro koncerty a přijatelnou teplotou. Po zhlédnutí a projití její části jsme prošli staré město s jeho křivolakými uličkami končícími „Balkonem Evropy". Zde jsme se na památku fotili se sochou krále Alfonse XII., který zde rovněž pobýval.

Osmý den jsme absolvovali prohlídku **Málagy**. Je to rodné město Pabla Picassa se skvostnou minulostí. Nádherný chrám, historické centrum, pěší zóna, zachovalá pevnost s tradičním „Paradorem", čili vyhlídkou na panorama města.

Zde také skončila naše cesta po Andalusii, kde po staletí vládli Maurové a zanechali po sobě nádherné architektonické památky.

■

Účastníci cesty poděkovali organizátorovi a děkují i ředitelům firem KRKA a Zentiva Group, pánům Andreji Doboviškovi a Jiřímu Michalovi, kteří jako VIP členové Klubu nás sponzorsky podpořili.

Prožil a zapsal Petr R. PALOUŠ

NEZAPOMENEME

Ve věku nedožitých 88 let naše řady opustil PhMr. Milan Koudelka z Roudnice nad Labem. Byl rodákem z Litovle u Olomouce a do lékárny poprvé nastoupil již v roce 1943.

Počátky jeho lékárnické kariéry jsou spojeny s Kolínskem.

My jsme jej znali jako dlouholetého vedoucího lékárníka v Roudnici nad Labem, později jako vedoucího nové nemocniční lékárny. Po odchodu z místa vedoucího ještě dlouho pracoval jako lékárník ve Štětí n. L., Horních Beřkovicích a v Roudnici n. L.

K lékárnickému povolání přivedl i svoji dceru. Vedle rodiny a lékárnického povolání mu byl velkým koníčkem sportovní motorismus, kde pracoval jako sportovní komisař.

Opustil nás další z generace lékárníků, kteří nám pomáhali v našich prvních krocích po nástupu do lékárny. Bude nám na našich setkáních chybět.

PharmDr. František STÁNĚ,
předseda OSL Litoměřice

VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen 2009

80 let

PhMr. Jiřina Bílková (PSL
PhMr. Jarmila Cuhrová (PSL)

75 let

RNDr. Dagmar Ščurkevičová
(OSL Brno)

70 let

RNDr. Karel Skalický
(OSL Jindřichův Hradec)

60 let

RNDr. František Kubec (OSL Ostrava)
Mgr. Jitka Kyšová (OSL Frýdek-Místek)
PharmDr. Antonína Látalová
(OSL Olomouc)
Mgr. Alena Mráčková
(OSL Uherské Hradiště)
RNDr. Jaroslav Scheidel
(OSL Jablonec nad N.)
Mgr. Eva Šafránková (OSL Liberec)

Upřímně blahopřejeme! **(člk)**

Chyby lékárníků a lékařů v USA

Odhaduje se, že lékařské chyby vedou v USA k 44 000 až 98 000 úmrtím ročně. Ve finančním vyjádření (ztráta příjmu, ztráta produktivity, disabilita = tělesný nebo duševní stav klienta, který má objektivní vliv na jeho postižení, neschopnost, náklady na zdravotní péči) dosahují tyto chyby ročně výše 37 až 50 mld. dolarů.

Pokud jde o chyby lékárníků, jsou jejich příčiny uváděny v tomto pořadí: příliš mnoho telefonních rozhovorů (62 %), nadměrné zatížení, neobvykle namáhavý den (59 %), příliš mnoho zákazníků/pacientů (53 %), nedostatečná koncentrace (41 %), absence možnosti dvojité kontroly (41 %), nedostatek personálu (32 %), podobné názvy léčivých přípravků (29 %), nedostatek času na poradenskou činnost (29 %), nečitelné lékařské předpisy (26 %), chybná interpretace lékařského předpisu (24 %).

Gianutsos, G.: Identifying factors that cause pharmacy errors. US Pharmacist 33, 2008, č. 12, s. 44–50. **(Par)**

Z historie telečské lékárny

Jesuitská kollej v Telči

Lékárna v Telči děkuje za svůj vznik řádu Tovaryšstva Ježíšova, který do Telče uveden Františkou, vdovou po synu známého z historie vlasti naší Viléma Slavaty, Jáchymu Oldřichovi, zesnulém 4. května 1645. Tato Františka, rozená hraběnka z Meggau přežila chotě svého o více než 30 let a trávila svůj vdovský život v charitativní činnosti, a ovšem též v „promovírování víry katolické". K tomu cíli zajisté hodil se jí za pomocníka řád Jesuitů, kteří již tehdy na Jindřichohradecku úspěšnou missionářskou a protireformační činnost vyvíjeli.

V r. 1651 počato se stavbou kolleje v blízkosti zámku i farního chrámu, kteráž stavba skončena 1653; první členové řádu usazeni zde pak ihned roku následujícího.

Jak se psalo před 75 lety

Tak jako v jiných městech, nečítaje několika málo znamenitých, pečoval o zdraví obyvatelstva telečského zprvu lazebník čili „barbíř", ovšem většinou po stránce chirurgické, a sem tam některý domorodý ochotník-léčitel. V případech vážných povolávali lékaře medického z některého okolního města: telečtí zajisté hlavně z Jihlavě, odkudž i léky z tamní lékárny odebírali, majíce tam nejblíže. Z městských knih vysvítá, že ještě r. 1580 nebylo v Telči lékaře, leč jen lazebníka; na zámku buď měli osobního medika, nebo snad léčil panský medikus z Hradce Jindřichova.

Telečská lékárna a lékárníci

Jakmile se řád Jesuitský v Telči trochu ohřál, počal se zařizovati dle své potřeby, a ježto počet členů kollejních i služebnictva vzrůstal, založeno i infirmarium, t. j. nemocnice, sloužící potřebě kolleje, a při ní buď hned nebo v nejbližší době i lékárna. Kdy se tak stalo, najisto postaviti nemůžeme, ale v roce 1657 už lékárna stává. Nalezliť jsme v soupise řádných členů české provincie, počínajícím rokem 1657, při „Domus IIIae probationis Telczensis" prvně lékárníkem kollejním Davida Kruma, který je zároveň veden co „infirmarius", tedy správce nemocnice. Nepochybíme tedy, položíme-li založení lékárny do tohoto roku.

Z téhož soupisu, kterýž v zemsk. archivu v Brně, bohužel že jen kusý, jest chován, můžeme sledovati řádové lékárníky telčské až do r. 1709. Následovali tedy po Krumovi 1660 Jindřich Erb (píší ho i Herb); 1665–1670 Jan Peier (Pejer), 1670–1672 August Wodičzka, 1672–1675 Jan Rericht (Röricht), od r. 1776 opět Wodičzka, 1685 Jan Musqueda, 1688 Eman Tluxa, 1693 Tomáš Linhart, 1698 Frant. Aulik, 1704 Martin Waniek, 1707 Goedfrid Schuster, 1708 Václav Nončzik, 1709 Jan Seidel (Seydel). Potud soupis.

Lékárník Tomsa úspěšným lékařem

Od roku 1709 není po ruce zápisů, které by nás poučily o dalších lékárnících, a jen z diáře a některých jiných pramenů získáváme ještě jednoho lékárníka, a to Josefa Tomsu (Thomsu) v první polovině 18. století. V diáři ostatek lékárník nebývá jmenován a uvádí se pouze co „Chmus (= charissimus) apothecarius", takže vzniká v pořadu mezera a nejistota.

Posledním lékárníkem byl Ignác Lyro; ten však už nebyl členem řádu, leč sloužil z platu co provisor. Pokud se Tomsy týče, byl tento jednou z nejpopulárnějších osob kolleje, jednak pro svoji bodrou povahu, jednak i pro úspěšné léčení. Již 1723 referuje kraj. fysik jihlavský Dr. Weckher do Brna, že telečský lékárník „in curandis promiscue virorum ac mulierum morbis" jako graduovaný lékař si počíná, a tím jihlav. lékařům škodí. Tím ovšem lékárník jesuitský poškozoval značně lékaře místní i okolní, a znepřátelil si je, takže jihlavští naň podávají stížnost ke guberniu v r. 1764. Ale Tomsa měl patrně mocné příznivce, ježto 3. ledna 1765 gubernium oznamuje do Vídně, že Tomsa sic léčí nedovoleně, ale šťastně, a že prokázal neocenitelné a mimořádné služby šlechtickým rodinám Berchtoldů, Wallisů, Sasků, Kolovratů a j., a jmenovitě úspěšně vyléčil pol. maršálka hr. z Kolovrat v Brně, kam za ním dojížděl. Proto se doporučuje, aby císařovna výjimečně mu dala dispens k léčení. A vskutku již 18. ledna téhož roku došel dvorský dekret, jímž se Tomsovi léčení povoluje, ovšem nikoli v městě, nýbrž po venkově, a tu jen, pokud nebude lékař přítomen, ačkoli předtím už 15. února mu tam léčení zakázali.

Že lékárníci také léčili, rozumí se téměř samo sebou jednak proto, že „patres" jakožto theologové medicinu provozovati nesměli (známo, že Jesuité, převzavše vysoké učení Karlovo, neobnovili fakultu lékařskou, spokojivše se s theologickou, filosofickou a právnickou), jednak že v soupisech členů nenalézáme ani jediného, jenž označen co lékař. Stačila tedy asi lékárníkům řádovým prakse v nemocnici, doplněná theoretickým studiem v knihovnách kollejních, většinou dosti bohatých i literaturou lékařsko-lékarnickou. Jsou tu sic jednotlivci jmenováni co „infirmarii", to však byli spíše představení nemocnice, než lékaři v tom slova smyslu.

Lékárníci oblíbenými hosty

Lékárníci kollejní bývali velice oblíbeni v řádě i mimo řád, a proto velmi často zváni nejen ku stolu rektorskému, ale i k hostinám v zámku telečském a na okolních zámcích. Sami také nepohrdali lepším soustem i truňkem a čteme zvláště o Tomsovi, že o svých jmeninách 19. března hostě v refektáři spolubratry: „ex vinculis suis addidit haustum (= šluk) vini". Dá se souditi, že to nebyl „šluk" jediný!

Jindy přispíval lékárník stolu kollejních páleným, jako v roce 1748, kdy v diáři popsán svatojosefský oběd o pěti chodech, k němuž dodal lékárník výborné „vinum absinthiatum", svůj vlastní výrobek.

Jak přirozeno, byli lékárníci jesuitští i hodně společenští, což patrno z následujícího. Zakladatelka kolleje přikoupila krátce před svojí smrtí Jesuitům i značně velikou zahradu pod městem, a dala ji spojiti s kollejí mostem, přes cíp rybníka městského vedoucím. Zahrada tato stala se patrně později přístupnou i honoratiorům telečským, neboť když v r. 1747 postaven v ní letohrádek, přispěla k jeho zřízení řada přátel kolejních; jak na zřízení letohrádku záleželo tehdejšímu lékárníku patrno z toho, že sám složil k tomu cíli 25 zl. 12 kr., později 33 zl. 12 kr. a 1749 dalších 12 zlatých. Zahrada tato po různých osudech stala se v přítomné době veřejně přístupnými sady, a není vyloučeno, že stávající pavilon v ní je oním letohrádkem.

Časopis Československého Lékárnictva, č. 6/1934, str. 157