
6/2010

ročník LXXXII

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Jistě jste také četli, že pražský lékárník Monakov byl za prodej léků výrobcům pervitinu odsouzen na 8 let. Od té doby v novinách marně hledám uvedení na pravou míru, že odsouzeným (dosud nepravomocně) nebyl lékárník, ale lékař. Podle dalšího článku MUDr. Monakova zaměstnanci upozorňovali, že s prodejem přípravků ve velkém není všechno v pořádku, on ale při své obhajobě soudu tvrdil, že o možnosti vyrábět drogy z Nurofenu nevěděl. A pak prý jsou doktoři vševědoucí!



Případ uvedeného provozovatele lékárny je exemplární a snad bude pro ostatní, kteří zapomněli, co je non lege artis, dostatečnou výstrahou.

V těchto zprávách mě víc než například výše trestu a třímilionová pokuta za prodej více než šesti milionu tablet zaujalo vyjádření Andreje Monakova u soudu, že prodej měli na starost jeho zaměstnanci-lékárníci, on sám se prý ničeho nedopustil. Kdo tato velká množství objednával, kdo je platil?

Lékárníci vědí, že být odborným zástupcem neznámá jen slušný plat a velkou zodpovědnost, připomenu však jedno značné riziko: provozovatel-nelékárník se bude v případě malé výmlouvy, že odborným vůbec nerozumí.

Dokud se přípravky s obsahem pseudoefedrinu budou vyrábět, problémy neskončí. Dalo by se jim předejít zrušením registrace výrobcům těchto naprosto zbytných léků. Drogově závislí by si museli pseudoefedrin sehnat jinde, ale čeští lékárníci by měli o starost méně. Už před deseti lety řekl tehdejší mluvčí ČLnK PharmDr. Jan Horáček v souvislosti s tím, že léky s obsahem pseudoefedrinu by měly být nadále volně prodejné: „Udělal z nás hlídacího psa, když hodili kontrolu na lékárníky.“ Já dodávám – kdo chce psa bít, hůl si vždycky najde.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda),

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuň, PharmDr. Dušan Holečko,

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

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

PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.

Rozárcina 1422, 140 00 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku

vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C

vložka 74194.

distribuce

PNS Grosso, s. r. o.

Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

grafická úprava

Kateřina Věvodová

tisk

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 7-8/2010 – 12. července 2010

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIC 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

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



Prívovská 6, 702 00 Ostrava

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

e-mail: casopis@noveranet.cz

obsah

Po volbách jako před volbami?	4
Zeptali jsme se	5
Diskusní okénko	6
Léčivé přípravky a doplňky stravy. Rozlišujeme je v komunikaci?	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Neteší mě posluchači, kteří se na nic neptají	10
Správné dispenzační minimum: Aripiprazol	11
Atestační odysea (zpráva o stavu specializací)	12
Specializační vzdělávání: Kdy skončí nejistota?	13
Neozveme-li se, nemusíme se atestace dočkat	14
Proběhla pátá zdravotnická mise do Izraele	15
Tak to vidím já: Za co všechno může pacient?	16
Molekula měsíce: Telaprevir	17
Nově registrované látky: Indakaterol	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Hamamelis virginiana L.	19
S MUDr. I. Tůmou o duševních poruchách a ztracených letech života	20
Po zkušebním období přijdou zas dnové...	23
Účinnost silic a silikonového oleje při zavšivení	24
Placení školného ukončení studia rozhodně nezaručuje	25
Exkurze do tajů Bachovy květové terapie (II.)	26
Oswald Croll – průkopník chemických léčiv	27
Právní povědomí lékárníka	28
Před léty sto pěti...	29

titulní strana



Bez černý

Sambucus nigra (Sambucaceae)

Hojně se vyskytující opadavý keř s lichozpeřenými listy dorůstá obvykle výšky 1,5–5 m. Oficinální jsou kořen, kůra, květ i plod. Květ se sbírá i se stopkou v pozdním jaru a v létě, obsahuje glykosidy sambunigrin a rutin, dále sliz, silice, třísloviny, organické kyseliny a fytoncidy. Foto: Vladimír VRBOVSKÝ

Dr. Petr Ondřej Mathioli, „Herbář neboli bylinář“ (1562):

Bez je stromček s oblymi a popelavými ratoolestmi. Roste rád v místech stinných a v rumišťích, také podle vod. Bezový lektvar se připravuje taktó: Vezmi dobře zralý bezový květ, otrhej od stopek, nech ho uvadnouti mezi dvěma čistými šátky a pak jej drobně rozsekej nebo utluc. Na jednu libru květu vezmi půltřetí libry cukru, postav na slunce a často hýbej. Tento lektvar otvírá ucpaná játra, rozhání větry a nadýmání břicha a zabraňuje v počátcích vodnatelnosti.

Po volbách jako před volbami?



nebo někdo podobně zbarvený do oranžova, případně do ruda, milující lékárníky jako třídní nepřátele.

Co budou lékárníci požadovat od vítězů voleb? Začátkem června, když piší tento úvodník, se uspojuje koaliční vláda složená ze zástupců ODS, TOP 09 a Věcí veřejných. Jsme v Čechách, kde se mnohdy to, co vypadá na první pohled jasné, nějak zamotá a zvrtné. Snad ale naše levice šanci sestavovat vládu pro příští čtyři roky nedostane, a když dostane, tak ji nesestaví. Je málo pravděpodobné, že by se v čele ministerstva zdravotnictví zjevil náš oblíbený středočeský hejtman

PharmDr. Jan Horáček

Nicméně důvod k nějaké velké radosti pro lékárníky zatím nevidím.

Co čeká náš obor, když se začnou naplňovat sliby volebních vítězů s ambicemi být vládou rozpočtově zodpovědní, nezadlužující, ale naopak vyvádějící stát z dluhů? Musíme očekávat, že opět budeme „na ráně“ mezi prvními? Je ohlašována nezbytnost reformy zdravotnictví a ještě není vůbec jasné, v čem by měla spočívat. Historická zkušenost však říká, že kdo zasedne na Palackého náměstí do nejvyššího křesla, bývá neochvějně přesvědčen, že se dá snadno ušetřit za léky, a že marže lékáren je nehorázná, protože lékáren je stále více a více. Že totéž platí o všech ostatních zdravotnických zařízeních, se decentně přechází mlčením.

Nepomůže nám ani fakt, že následkem části Julínkovy reformy uvedené do praxe, u nás tedy především kvůli poplatkům a cenové a úhradové politice SÚKL, jsou mezi „poraženými“ pacienti, ale především lékárníci. Ztratili jsme nejen ekonomicky, ale i morálně, u velké části obyvatel jsme za ještě větší zloděje než dříve. Nelze se podívat nad neznalostí skutečného stavu věcí u „obyčejných“ lidí, jsou-li masírování levicovou propagandou, která vlastně nepřetržitě pokračuje od začátku kampaně do krajských voleb. Znájí ale realitu i naši tzv. pravicoví politici? Určitě ne všichni. Problém je v tom, jestli mají vůbec zájem poslouchat, a hlavně zda jim to, co nás trápí, má kdo sdělit. A také kým jsou případně ovlivňováni, co jim kdo říká, zda jsou používány shodné argumenty a důvody. Vedle komory a grémia bychom mohli mít i třetí organizaci, každá by měla „patronát“ nad jednou stranou trojkoalice, jenže podmínkou úspěšnosti je mluvit jednotně! Farmaceutické firmy a zdra-

votní pojišťovny již nejspíše kandidáty na rozhodující posty čile kontaktují.

Co nás prioritně zajímá, je budoucí osud poplatků v lékárnách. Stav dnes: ODS na nich trvá zhruba tak, jak jsou nastaveny, TOP 09 snad chce prosazovat i vyšší sazby, Věci veřejné je chtějí zatím kompletně zrušit. To bude složité dohadování! Některé kraje oznamují konec proplácení. Peníze došly. Předsednictvo sociální demokracie si myje ruce a apeluje na kraje, aby si další postup rozhodly samy. Proběhla také zpráva o možnosti v krajských lékárnách odpouštění změnit na poskytování komerčních slevy, aby tato zařízení nepřišla o získanou konkurenční výhodu. Vedle toho padl návrh na zavedení jednotné sazby DPH 19 % (kvůli deficitu prostředků důchodového pojištění), což by situaci ještě více komplikovalo.

S čím půjdou naši představitelé do volebních vyjednávání? Asi by většina z nás uvítala zrušení poplatků v lékárnách. Jenže za jakou cenu, co se stane s marží, kde se vezmou prostředky na pokrytí výpadku za snížení ceny, jak s odpočtem? Budou-li poplatky zachovány, je kardinální otázkou řešení vymahatelnosti výběru a zábrana jeho obcházení, což je myslím dnes zcela neřešitelné, a Brusel, který se negativně vyjádřil k nerovnoprávnosti vůči pacientům, je daleko.

Pak bychom ale měli věnovat více peněz i energie na vyvrácení mýtu, jak nám tříčítky nezaslouženě padají do kapes. Naopak bychom měli mít možnost inkasovat pro lékárnou poplatky za lékárenskou pohotovost.

Druhý problematický okruh, který nás trápí, je bezprecedentní chaos v oblasti cenotvorby a stanovování úhrad Státním ústavem pro kontrolu léčiv.

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ 4/2010

PŘEDVOLEBNÍ DOTAZNÍK ČASOPISU ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ PRO POLITICKÉ STRANY

Osmi politickým stranám jsme zaslali předvolební dotazník a řadu, za zúčastnění a bližším se volbám do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR bychom čtenářům časopisu Českých lékárníků rádi přiblížili jejich postoje k lékárnám, které v předstihu dříve navštívíme zejména lékárníky. Odpovědi nám zaslali ČSSD, ODS, KSČM, KDU-ČSL, TOP 09, SPD a Strany zelených, na naši doporučenou úroveň formálního vzhledu jsme byli velmi překvapeni.

1. Souhlasíte s tím, aby pacienti doplatili na léčbu přípravky částečně hrazené v veřejném zdravotním pojištění ve všech lékárnách stejně?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, TOP 09, SPD a Strany zelených, NA NÁŠ DOPORUČENÝ ÚROVEŇ FORMÁLNÍ VZHLEDU JSME BYLI VELMI PŘEKVAPENI.
NE: ODS, Strana zelených.
NE: ČSSD, TOP 09 (Lékaři jsou zodpovědní za to, co je zapláceno. Čím je v tomto případě větší úhrada nebo doplatek pacienta - je důkaz, který má být pro pacienta konkurenční. Přidělky, nahodily nad poplatky je zájmem, a proto je tato otázka kladena shodně a kladouci.); SPOZ (lze nastavit doplatek za lék).

2. Souhlasíte s tím, aby některé farmaceutické společnosti zrušily své vlastní předléky s ceně léčebných přípravků, ale aby farmaceuti měli možnost prodávat jiné léky za vyšší cenu?
ANO: ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

3. Souhlasíte s tím, aby byl v České republice zaváděn pobytový model jako součást zdravotní péče?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

4. Považujete současný způsob vyřizování léčebných přípravků za neúčinný?
ANO: SPOZ, KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

5. Považujete současný způsob stanovování maximálních cen a úhrad za vyhovující?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

6. Myslíte si, že regulace poplatků za poskytnutí zdravotní péče v ČR by měla být omezená na zdravotní péči poskytovanou v nemocnicích a zdravotních ústavech?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

7. Považujete pobyt, kterým má být umožněno...

8. Vyhodnotěte, jaké je vaše stanovisko k...

9. Souhlasíte s tím, aby pacienti doplatili na léčbu přípravky částečně hrazené v veřejném zdravotním pojištění ve všech lékárnách stejně?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Lékaři jsou zodpovědní za to, co je zapláceno. Čím je v tomto případě větší úhrada nebo doplatek pacienta - je důkaz, který má být pro pacienta konkurenční. Přidělky, nahodily nad poplatky je zájmem, a proto je tato otázka kladena shodně a kladouci.); SPOZ (lze nastavit doplatek za lék).

10. Myslíte si, že by zdravotní péče měla být poskytována v nemocnicích a zdravotních ústavech?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

11. Myslíte si, že by zdravotní péče měla být poskytována v nemocnicích a zdravotních ústavech?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

12. Myslíte si, že by zdravotní péče měla být poskytována v nemocnicích a zdravotních ústavech?
ANO: KSČM, ČSSD, KDU-ČSL, ODS, TOP 09, SPD a Strany zelených, NE: KSČM, KSČM (případně by bylo lepší, aby některé společnosti zrušily své vlastní předléky, ale ne všechny společnosti, které mají možnost léků - a obecně).
KSČM (Souhlasím, nemáme bohužel zrušit vlastní obětní zakoupení některých materiálů).
ODS, SPOZ, Strana zelených.
NE: TOP 09 (Právě tímto způsobem se prosazuje i nezákonitost celkové prodejní ceny).

21

Budou se znát ke svým předvolebním vystoupením? Nepočítají nás už brzy jejich korekcemi (chut' by byla, ale není dost síly), nebo dokonce přiznáním podstaty politického marketingu (předvolební sliby nebyly zasazeny do reálného rámce; kdyby lidé věděli, co připravujeme po volbách...)? Pro nás bude asi nejrozumnější doufat v to lepší, ale také být připraveni na to horší.

Jsou i další, neméně aktuální témata. Především dořešení otázky (ne)legality požadavku SÚKL k otročským činnostem a službám od lékáren v jeho prospěch, ekonomická situace lékáren v důsledku krize a jejího řešení zvláště ve srovnání s ostatními segmenty zdravotnictví, racionalizace procesu specializačního vzdělávání a podobně. Trvají problémy, které jsme chtěli řešit již před několika lety, jako je různost doplatků, kultivace lékárenské sítě, normativy minimální dostupnosti lékárenských pohotovostí, honorování nadstandardních činností, přeúčtování cizích pojištěnců pojišťovnami. Nebo bychom preferovali jednu pojišťovnu? Marže, výkon nebo kombinace? Ostatně, ostrohat lze na obojí. Cenová regulace ve stávající podobě, nebo pryč od ní? Mnoho dalších otázek, a co vlastně by většina z nás chtěla?

Nebylo by chytřejší, než zakládat (alespoň pro mne) programové nečitelná LOS a vymezovat se jeden vedle druhého, zkusit sestavit jednotný „koaliční“ vyjednávací tým za lékárnické organizace s potenciálem prosazovat alespoň to, v čem je shoda? Na chvíli zapomenout na programové a „ideologické“ odlišnosti a osobní animozity kvůli možnosti něco změnit k lepšímu? Je ale čtvrt hodiny po dvanácté!

Připomínka registrace na www.lekarnici.cz

Po šesti měsících provozu inovovaných webových stránek České lékárnické komory máme, vážené kolegyně a vážení kolegové, ke dni 15. května 2010 následující statistiku registrovaných uchazečů:

Registrováno je 3 800 lékárníků z celkového počtu 7 667 členů.

Z držitelů osvědčení není registrováno plných 946 členů ČLnK.

Pro tyto doposud neregistrované členy je k dispozici registrační formulář na <http://www.lekarnici.cz/Registrace.aspx>

Registrace je možná i při neznalosti původního dvanáctimístného registračního kódu zasláno na konci roku 2009.

Využijte možnosti registrace. Jen na www.lekarnici.cz dostanete aktuální informace z oblasti lékárenské legislativy, provozu lékáren, všechno kolem Dne lékáren a dalších aktivit ČLnK. Jsou v ní také vyvěšeny veškeré připravené doporučené postupy, dispenzační minima atd. Bez registrace na web komory se také nelze přihlásit na vzdělávací akce připravované ČLnK, resp. Lékárnickou akademií.

Nashledanou na webu České lékárnické komory se s Vámi těší

Mgr. Michal HOJNÝ

Poněkud zvláštní hospodaření

„Zdrávky“ zadarmo do schránky lékařům i sestřičkám plus odborný časopis „Florence“ neboli miliony z prostředků vybraných od klientů. Také takto si Všeobecná zdravotní pojišťovna představuje hospodaření se svěřenými prostředky v době přípravy všeobecného utahování opasků. Přitom mnozí lékaři o tento komfort vůbec nestojí, a naopak se zamýšlejí nad tím, zda naše největší ZP předáním databáze s jejich adresami příslušnému vydavatelství nejednala v rozporu se zákonem. Podle vyjádření Úřadu na ochranu osobních údajů to nelze jednoznačně potvrdit ani vyloučit. Důvodem je skutečnost, že ÚOOÚ neví, jestli k tomu lékaři svůj souhlas „nechtě“ neudělili při podpisu smlouvy s VZP. Pokud ano, je to jen další potvrzení univerzální platnosti bonmotu, že ďábel se ukrývá v detailech. (vrb)

ZEPTALI JSME SE

Pokusíte se ve světle povolebního vyjednávání politických stran alespoň částečně odhadnout dopady výsledku voleb na české zdravotnictví a speciálně na oblast lékárenství?



PharmDr. DUŠAN HOLEČKO
Lékárna U Stříbrného orla, Praha

Jsem rád, že ve volbách zvítězil zdravý rozum. Věřím, že strany, které vytvoří vládní koalici, budou ctít zákony této země a připraví citlivou zdravotní, sociální a daňovou reformu. Tzn., že kroky k reformě zdravotnictví budou konzultovat s odborníky ze zdravotnictví, zavedou zdravotní standardy a nadstandardy, konkurenci zdravotních pojišťoven v oblasti připojištění atd. Předpokládám, že co nejdříve umravní kraje, aby zrušily proplácení poplatků za položku na receptu, což bylo nejenom diskriminační, ale především likvidační vůči mnoha veřejným lékárnám.

Nejen s ohledem na výsledky voleb však zároveň apeluji na funkcionáře České lékárnické komory a Grémia majitelů lékáren, ať zasednou ke společnému stolu, veškerou energii a peníze vybrané od lékárníků věnují na přípravu podkladů pro jednání s politiky, ve prospěch všech lékárníků, tj. provozovatelů i jejich zaměstnanců!

Nejen s ohledem na výsledky voleb však zároveň apeluji na funkcionáře České lékárnické komory a Grémia majitelů lékáren, ať zasednou ke společnému stolu, veškerou energii a peníze vybrané od lékárníků věnují na přípravu podkladů pro jednání s politiky, ve prospěch všech lékárníků, tj. provozovatelů i jejich zaměstnanců!

Mgr. MARTA RYBANOVÁ
Lékárna Centrum, Benešov u Prahy

Výsledky voleb jsem velmi napjatě očekávala se smíšenými pocity – asi tak jako všichni. Po vyhlášení výsledků jsem se chvilku radovala z toho, jak budou narovnány všechny nepravosti na nás lékárnících páchané (odpouštění poplatků v nemocničních lékárnách, nepřehledná cenotvorba, zvláštní praktiky Státního ústavu pro kontrolu léčiv, postupné snižování marže, ... a mnohé další).

Nevybírání poplatků v nedaleké nemocniční lékárně se pro nás stalo existenčním problémem. V současnosti ředitelství nemocnice hledá cestu, jak si výhodu ponechat: objednálo právní rozbor a zvažují zavedení komerční slevy. Těší mě zprávy o tom, že v ostatních krajích je situace lepší.

Přeji nám, aby pravomoc ke změnám dostali lidé, kteří jsou dost odvázní a vědí, co činí. Aby změny byly logické a kontinuální, s horizontem delším než je volební období. Nepotřebujeme přece výhody nebo protekci, stačí nám rovné a spravedlivé podmínky pro naši práci.

Krise nekončí a záranky se nedějí, přesto: Dum spiro, spero.



Prof. PharmDr. ALEXANDR HRABÁLEK, CSc.
děkan Farmaceutické fakulty UK Hradec Králové

Odhadnout další vývoj obou těchto odvětví je značně složité. Hraje zde roli celá řada neznámých včetně jména nového ministra a především strany, která se odváží do tohoto rezortu nominovat svého člověka. Jedno vím ale jistě. Pravděpodobně dojde ke změnám na ministerstvu zdravotnictví a bude nutné hledat opět „nové cesty“ pro prosazování zájmů lékárníků. Považuji tedy za životně nezbytné a sebezáchovné zvolit jednotnou strategii a především jednotný – a jediný! – vyjednávací tým, který bude mít pravomoc za lékárníky na ministerstvu jednat. Je nevhodné a netaktické jednat jako doposud. Česká lékárnická komora sdružuje všechny lékárníky, je to tedy ona, kdo může vytvořit pracovní skupinu, která bude pod hlavičkou komory vyjednávat, a kdo může, a také musí, zájmy lékárníků hájit. Je to logické a nakonec je to dáno i zákonem. Nechme, prosím, stranou partikulární zájmy vlivových skupin, nejednejme za zády a na vlastní pěst a už se, proboha, konečně sjednotíme!

Mgr. MICHAL HOJNÝ
viceprezident České lékárnické komory

Kdybych to dokázal alespoň částečně odhadnout, tak jsem kandidátem na ministra zdravotnictví. Ne, vážně:

Chce se mi věřit, že vymahatelnost jakýchkoliv zákonných povinností dopadne lépe než například „krajská“ realita u regulačních poplatků či „kauza SÚKL“. Chce se mi věřit, že povolební obsazení ministerstva zdravotnictví najde sílu diskutovat i s těmi subjekty, které mají na věci občas jiný názor. Chce se mi věřit, že sami v sobě najdeme odvahu ke změně a vykročíme rychle a rázně směrem k systému odměňování, který zajistí rozvoj lékáren minimálně v následujícím desetiletí.



Proběhl první workshop pilotního projektu Rozvoj manažerských kompetencí pracovníků lékáren **Projekt EU pro lékárníky zahájen**

První workshop pilotního projektu Rozvoj manažerských kompetencí pracovníků lékáren byl zahájen 24. května. Je podporován Evropskou unií v rámci operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost (OP LZZ). Je určen pro další vzdělávání zdravotníků v oblasti řízení se zaměřením na lékárenství a svým obsahem míří především k podpoře konkurenceschopnosti malých lékáren.

„Česká lékárnická komora uspěla se žádostí o podporu tohoto projektu v rámci OP LZZ pro pětadvacet pracovníků lékáren. Účast není regionálně omezena a jsem velmi rád, že přijeli účastníci z celé České republiky,“ říká prezident České lékárnické komory PharmDr. Stanislav Havlíček.

Hlavním cílem je přiblížit pracovníkům lékáren témata a okruhy, které se primárně netýkají jejich zdravotnického oboru, přesto jsou v dnešní době velmi důležité. Na zahajovacím workshopu se účastníci seznámili s celkovou koncepcí a cílem vzdělávání, které představili předseda představenstva renomované soukromé školy B.I.B.S., a.s., ing. Miloš Drdla a manažer projektu ing. Pavel Svobodník. Po úvodním bloku informací následovaly dva dny zaměřené na téma osobní aktivita manažera lékárny.

Přítomní prošli daná témata interaktivním způsobem pod vedením zkušených lektorů. Na všech účastnících byla viditelná aktivita v diskusích a snaha načerpat maximum informací pro lékárenskou praxi.

„První víkend se podle všech zúčastněných vydařil nejen po stránce vlastní výuky, ale také organizačně. Připravit studijní materiály, zajistit celou logistiku ohledně výuky,“ dodal Stanislav Havlíček, „májí na starosti kromě pracovníků B.I.B.S. také zaměstnanci ČLnK, a za to jim všem patří velký dík.“

Pokračování výuky je naplánováno na září letošního roku. Do té doby mají účastníci za úkol splnit zadané úlohy, pro samostudium mají k dispozici velké množství doporučené literatury. Přejme tomuto projektu zdar a hlavně plnou účast, která byla na zahájení téměř sto procentní. (P.R.)



DISKUSNÍ OKÉNKO



...aneb co se v minulých dnech také řešilo na diskusním fóru na webu komory.

V sekci **monitoring médií** byla diskuse k politikům a volbám vs. náš obor:

+ Já myslím, že důležitější je, zda strana bude schopna zajistit PŘÁVNÍ STÁT a PROSPERITU (bez uvozovek), než postoj k jedné profesní skupině, který se navíc může po volbách jakkoliv změnit.

+ Velmi důležité! Ale obávám se, že kdybych to bral jako jediné kritérium (byť se jeví jako „obecně správné“), tak nemůžu jít volit vůbec. Zkušenost od regulačních poplatků. Vždycky se nakonec postoj k problematice dané profese do volby jakéhokoliv občana promítne, lékárníky nevyjímaje.

+ Všichni již víme, jak dopadly výsledky voleb do poslanecké sněmovny. Podívejme se na jednotlivce. Nedostal se Bakeš – což je dobře a od nás z Moravskoslezského kraje je tam starostka Velké Polomi ing. Bubeníková – tam mám dobrý kontakt, včetně mobilního čísla. Bohužel se nedostal náš kůň od Martina – mrzí mě to. Šnajdr se dostal a asi bude ve zdravotním výboru, pokud nebude na MZ... Z ostatních se opět dostal Šťastný, Rath – určitě budou ve zdravotním výboru, dále za TOP 09 je tam Heger – což je pro nás s velkým otazníkem. Zcela nečitelné pro mě jsou VV – alespoň co se týče zdravotního výboru. Bude potřeba vyčkat na ustanovení zdravotního výboru. Z našeho pohledu bych to hodnotil jako úspěch, protože se bude pokračovat ve stejných krocích, jako doposud. Pánové z komory evidentně vsadili na špatnou kartu. Toho musíme beze zbytku využít.

+ Ivánku, kamaráde, mohu mluvit? ... hnuš

+ Tomu se říká spolupráce. A ještě, pro ty, co nevěří – toto jsou slova Mgr. Hampela, člena představenstva České lékárnické komory.

+ Byl bych pro vznik „Lékárnického pranyře“ za špinavost, nekalé praktiky apod., a nebál bych se ani výstupů z něj na veřejnost, jinou cestu k očistě nevidím. Jinak si to budeme tady tutlat, až postupně zahnieme...

Víme, že pacienti dělicí čáru mezi doplňky stravy a léčivými přípravky mnohdy nevidí – a možná ani vidět nechtějí. Jejich pohled na celou problematiku se dá shrnout a zjednodušit do čtyř vět. „Vypadají jako léky, užívají se jako léky, prodávají se tam co léky = jsou to léky.“ Takové zjednodušení ovšem nelze z odborného hlediska připustit. Jak se léky a doplňky stravy liší a konkrétní úlohu lékárníka v procesu rozlišení, nejenom v komunikaci s pacientem, zpracoval kolega Mgr. Jan Dvořák z Lékárny Nemocnice České Budějovice do stručného materiálu:

Léčivé přípravky a doplňky stravy. Rozlišujeme je v komunikaci?

Aktivní role lékárníka v rozlišení léčivého přípravku a doplňku stravy

Dispenzační činnost lékárníka při výdeji volně prodejného sortimentu mj. vychází z dat získaných v souladu s požadavky na medicínu založenou na důkazech (dále EBM). Po této stránce je důležité rozlišovat, zda daný (nabízený či požadovaný) produkt je volně prodejným léčivým přípravkem (dále VPLP) nebo zda se jedná o doplněk stravy (dále DS). Laická, a mnohdy ani odborná veřejnost nemusí mít dostatek podkladů pro správné odlišení uvedených kategorií lékárenského sortimentu, lékárník jako erudovaný odborník v oblasti léčiv by však měl disponovat schopností daný produkt identifikovat.

VPLP (tedy léčivé přípravky dostupné bez lékařského předpisu a léčivé přípravky dostupné bez lékařského předpisu s omezením) prochází před uvedením na trh registračním řízením prováděným SÚKL. V rámci řízení je hodnocena jakost, bezpečnost a účinnost přípravku ve vymezených léčebných či preventivních indikacích. Účinnost a indikace jsou hodnoceny na základě dat získaných z klinických studií, jejichž provedení musí splňovat kritéria stanovená právními předpisy (EBM). Zároveň je po celou dobu, kdy je VPLP uváděn do oběhu, sledována jeho jakost a bezpečnost, včetně průběžného hodnocení poměru rizika a prospěchu léčby konkrétním VPLP.

VPLP má na obalu a v příbalové informaci uvedeno registrační číslo ve formátu daném platnou legislativou. Zda je přípravek aktuálně registrován, lze rovněž on-line ověřit v databázi registrovaných léčivých přípravků na webu SÚKL.

Doplňky stravy jsou potraviny, které se od potravin pro běžnou spotřebu odlišují vysokým obsahem specifických látek s nutričním nebo fyziologickým

účinkem, a které byly vyrobeny za účelem doplnění běžné stravy spotřebitelem na úroveň příznivě ovlivňující jeho zdravotní stav. Nejsou tedy určeny k léčbě či prevenci onemocnění.

Účinky deklarované výrobcem nejsou nikým ověřovány, protože u doplňků stravy není posuzována jejich účinnost, je posuzována pouze zdravotní nezávadnost (MZd, popř. SZÚ). Pokud uváděné účinky výrobku nejsou v rozporu s právními předpisy pro označování potravin a doplňků stravy, je umožněno jejich uvádění na obalech a v dalších materiálech doprovázejících výrobek bez ohledu na jejich pravdivost. Výrobci DS někdy uvádějí zavádějící informace imitující vlastnosti VPLP, popřípadě mohou uvádět odkazy na klinické studie provedené s VPLP obsahujícími stejně účinné látky jako daný DS.

Od 1. 7. 2007 platí Nařízení ES č. 1924/2006, které zavádí povinnost propagovat potraviny (a tudíž i DS) pouze schválenými zdravotními tvrzeními. Jeho cílem je zajištění účinného fungování vnitřního trhu a zároveň i vysoká míra ochrany spotřebitele. Zdravotním tvrzením se dle výše uvedeného předpisu rozumí „každé tvrzení, které uvádí, naznačuje nebo ze kterého vyplývá, že existuje souvislost mezi kategorií potravin, potravinou nebo některou z jejích složek a zdravím.“ Seznam tvrzení je průběžně doplňován, aktuální seznam (neoficiální překlady schválených tvrzení) je dostupný na webu SZÚ.

DS jsou na obalu označeny „doplněk stravy“, některé mohou mít na obalu i tzv. číslo HEM.

Při výdeji konkrétního výrobku by měl být lékárník schopen pacientovi ozřejmit výše uvedené rozdíly mezi VPLP a DS. Konečné doporučení lékárníka by pak mělo vycházet z validních informací a podkladů tak, aby byla podpořena důvěryhodnost profese.

Je zájem lékárníka poskytovat kvalitní poradenský servis založený na validních informacích?

Domnívám se, že ano. Doporučení vycházející z ověřitelných informací, podpořené krátkou odbornou argumentací, která čerpá z publikovaných referencí, může být významnou součástí pro posilování důvěry vztahu mezi lékárníky a pacienty. Nejedna z nás se přímo nebo nepřímo setkal s despektem ze strany pacientů, že stejně nejvíce doporučujeme ty nejdražší přípravky, které stejně nepomáhají. Odborný poradenský servis založený na ověřitelných informacích nezávislých na propagačních materiálech zcela jistě posílí důvěryhodnost oboru a také přispěje k argumentační jistotě lékárníků. V neposlední řadě umožní i preventivní ochranu v případném reklamačním sporu.



Ilustrační foto: Vladimír VRBOVSKÝ

Odborný argumentář ani služba referenčního nebo rešeršního zpracování informací zatím neexistuje, a pokud ano, lze pochybovat o jeho nezávislosti. Proto využívám tohoto místa k otestování zájmu lékárníků o takovou službu ve formě servisu otázek a odpovědí na webu nebo v Časopise českých lékárníků. Pokud vás tato myšlenka zaujala a máte nějaký konkrétní dotaz k doplňkům stravy, léčebné kosmetice nebo jiným „záračným“ produktům, zašlete jej na adresu zdravotnickatvrzeni@clek.cz nebo poštou na adresu komory. V případě zájmu připravíme schéma takového projektu a první vzorové odpovědi uveřejníme v zářijovém čísle ČČL. Těším se na vaše reakce a přeji příjemné a pokud možno bezstarostné léto.

PharmDr. Stanislav HAVLÍČEK

Podzimní Brno ožije výstavou

Ve dnech 19.–22. října se v Brně uskuteční tradiční Medical Fair/Rehaprotex, třetí největší veletrh na evropském kontinentu. Letos se tohoto zdravotnického veletrhu zúčastní více než dva tisíce odborníků ze čtyřiceti zemí světa. Opět se očekává vysoká návštěvnost zájemců o vystavené exponáty. Loni přijelo do Brna téměř 33 tisíc lidí.

V rámci veletrhu konaný *Medical Summit 2010 – týden zdravotnictví v Brně* přinese mj. 10. Mezinárodní pediatrické sympozium, dále VI. výroční konferenci České společnosti pro sterilizaci, jejíž program se zaměří na problematiku dezinfekce, dekontaminace a sterilizace zdravotnických prostředků.

„1 den pro sestru“ je prestižní projekt – cyklus vzdělávacích odborných konferencí zaměřených na sestry ve všech oblastech ošetrovatelské péče. Na programu konferencí bude mj. Etický kodex zdravotnických pracovníků; Komunikace s rodinou a blízkými pacienta; Lidský vztah jako součást profese.

Klub přátel ČFM navštívil Madeiru

Ostrov Madeira se stal cílem již 15. zahraniční cesty, kterou 23.–31. 5. 2010 v touze za poznáním uspořádal pro své členy a příznivce Klub přátel ČFM. Přistáli jsme na ploše 2 800 m dlouhé, která leží v moři na 180 sloupech až 80 m vysokých a k tomuto manévru musí mít pilot zvláštní praxi. Ubytovali jsme se v hlavním městě Funchalu.

Naším cílem bylo nejen turistické poznávání vrcholů hor až 1 862 m vysokých, jež rozdělují ostrov na dvě klimatická území a slouží jako lapače mraků, tak s tím související úžasný systém zavlažovacích kanálů, tzv. levád, které jsou spojeny i skalními tunely.

Dalším naším zájmem byla květena a příroda, když dvě třetiny ostrova jsou označeny za **Madeirský přírodní park**, který s částí původního vavřínového lesa je zapsán v kulturním dědictví UNESCO. Ostrov je známý mnohými přírodními parky, my jsme navštívili **Botanickou zahradu**, kde se na ploše 8 ha pěstuje na 3 000 druhů rostlin, z nichž některé rostou jenom na ostrově, a dále **Tropickou zahradu** s jezírky a vodopády, která slouží i jako klimatické lázně. K povinnosti patřila **návštěva kostela Panny Marie v Monte**, kde je pochován poslední rakouský císař a český nekorunovaný král Karel I. Panoval od roku 1916 a zde 1. 4.

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE zrušená a vydaná v květnu 2010

Zrušená osvědčení

- 467/1993 Mgr. Jana Andrlíková, náměstí 767, Nýrsko (ZRL)
 206/1994 PharmDr. Eva Petrášová, Čs. armády 60/337, Ostrava-Michálkovice
 19/1999 Mgr. Olga Šelbická, nám. Přerovského povstání 1, Přerov
 279/1999 PharmDr. Jaroslav Slováček, Míru 12, Město Albrechtice
 280/1999 Mgr. Tamara Slováčková, Dvořákův okruh 7, Krnov (ZRL)
 137/2002 PharmDr. Pavlína Strakošová, 28. října 155, Ostrava-Mariánské Hory
 247/2003 RNDr. Květa Moudrá, Komenského 588, Kyjov
 287/2003 Mgr. Jarmila Štolbová, Komenského nám. 92, Zásmyky
 296/2003 Mgr. Eliška Brojerová, Víta Nejedlého 1497, Mnichovo Hradiště
 359/2003 PharmDr. Pavel Studecký, Sokolská 560, Náměšť na Hané
 113/2004 Mgr. Michal Molík, Senovážné nám. 248/2, České Budějovice
 283/2004 Mgr. Dagmar Chládková, Mikuláše Střely 420, Kruceburk
 334/2004 Mgr. Lea Lesáková, Masarykovo nám. 37/20, Ostrava-Moravská Ostrava
 217/2006 Mgr. Klára Štěpánová, nám. Republiky 8, Praha 1 (ZRL)
 351/2007 Mgr. Eva Machová, Masarykovo nám. 8, Šlapanice
 58/2008 Mgr. Jana Purová, Kravařova 2, Prostějov
 70/2008 Mgr. Akram El Hadjoine, Jana Koziny 31/1628, Teplice
 148/2008 PharmDr. Tomáš Svačina, Senovážné nám. 1616, České Budějovice
 279/2008 PharmDr. Blanka Turková, Bezděkovská 30, Strakonice (ZRL)
 306/2008 PharmDr. Zuzana Kostovská, nám. Práce 1099, Zlín (ZRL)
 317/2008 aff Helena Chudosovceová, Nádražní 3, Židlochovice
 63/2009 Mgr. Jana Němcová, Polní 502, Bludov
 80/2009 Mgr. Vladimíra Langerová, Mimoňská 3090, Česká Lípa
 129/2009 Mgr. Milan Pilch, Vodárenská 3653, Mělník
 134/2009 Mgr. Jana Drozdová, Petrské náměstí 5, Prostějov
 247/2009 Mgr. Petra Gebauerová, Údolní 29, Brno (ZRL)
 316/2009 Mgr. Vlasta Hejtmánková, Dobrovského 23, Brno
 328/2009 PharmDr. Daniela Bachanová, Záhumenní 1477, Kopřivnice
 98/2010 PharmDr. Vladimír Vinklárek, Libušina tř. 19, Brno
 114/2010 Mgr. Milada Neveselá, Oblouková 610, Vrané nad Vltavou

Vydaná osvědčení

- 141/2010 Mgr. Dana Krulová, Lékárna City Park Jihlava, Hradební 1, Jihlava, provozovatel: MUDr. Hynek Navrátil, MBA
 142/2010 Mgr. Barbora Bělunková, Lékárna Na středisku, Záhumenní 1477, Kopřivnice, provozovatel: SANETERRA s.r.o.
 143/2010* Mgr. Petra Gebauerová, Lékárna Na Údolní s.r.o., Údolní 392/16, Brno, provozovatel: Lékárna Na Údolní s.r.o.

- 144/2010 Mgr. Tamara Slováčková, Lékárna U Jana, nám. Míru 12, Město Albrechtice, provozovatel: Mgr. Petr Byrtus
- 145/2010 Mgr. Martina Škrábalová, Komenského 588, Kyjov, provozovatel: 1. Lékárenská Kyjov, s.r.o.
- 146/2010 PharmDr. Jiří Švarc, Dr. Max LÉKÁRNA, Mimoňská 3090, Česká Lípa, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 147/2010 Mgr. Iveta Cahová, Lékárna Zásmyky, Komenského náměstí 92, Zásmyky, provozovatel: MUDr. Pavel Bohaboj, s.r.o.
- 148/2010 PharmDr. Eva Petrášová, Michálkovická lékárna, Československé armády 337/60, Ostrava-Michálkovice, provozovatel: Michálkovická lékárna, s.r.o.
- 149/2010 Mgr. Jiří Pospíšil, Lékárna, U sv. Antonína, Strossmayerovo nám. 6, Praha 7, provozovatel: CHEMOLAB, s.r.o.
- 150/2010 PharmDr. Miloslava Šachová, Lékárna LUKA, Mukařovského 1985, Praha 5, provozovatel: LISSETE PHARM a.s.
- 151/2010* Mgr. Květa Lipšová, Lékárna Na Chmelnici, Koněvova 2427/205, Praha 3, provozovatel: Lékárna Na Chmelnici, s.r.o.
- 152/2010 PharmDr. Zuzana Vurmová, Lékárna U vodojemu, Budějovická 356/1a, Praha 4, provozovatel: PRAG EMPORION, s.r.o.
- 153/2010 Mgr. Michal Navrátil, Dr. Max LÉKÁRNA, Vodárenská 3653, Mělník, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 154/2010 RNDr. Květoslava Froňková, Dr. Max LÉKÁRNA, Obchodní 250, Beroun, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 155/2010 Mgr. Jana Drozdová, U Sv. Petra, Petrské nám. 5, Prostějov, provozovatel: Jana Kašparová – lékárna s.r.o.
- 156/2010 Mgr. Jana Kašparová, U Vlaštovky, Kravařova 2, Prostějov, provozovatel: Jana Kašparová – lékárna s.r.o.
- 157/2010 Mgr. Vlasta Hejtmánková, Lékárna Dobrovského, Dobrovského 23, Brno, provozovatel: LERAM s.r.o.
- 158/2010 Mgr. Lenka Sachová, Lékárna U zlaté koruny, Masarykovo nám. 37/20, Ostrava – Moravská Ostrava, provozovatel: Le Pharmacy s.r.o.
- 159/2010* Mgr. Jana Andrlíková, Lékárna, ul. Petra Bezruče 158, Nýrsko, provozovatel: Mgr. Jana Andrlíková
- 160/2010 Mgr. Jana Kopecká, Lékárna Zdraví Bludov, Polní 502, Bludov, provozovatel: LÉKÁRNA PRO ZDRAVÍ 2007 s.r.o.
- 161/2010* PharmDr. Zuzana Kostovská, Lékárna Zlaté jablko, Dlouhá 5617, Zlín, provozovatel: Rent-Pharm a.s.
- 162/2010 Mgr. Eva Krejčířiková, Lékárna Arkánium, Víta Nejedlého 1497, Mnichovo Hradiště, provozovatel: Mgr. Eliška Štejnaraová
- 163/2010 Mgr. Martina Uričová, Lékárna ALFA, nám. Přerovského povstání 2803/1, Přerov, provozovatel: ÁBRÁNYI spol. s r.o.
- 164/2010 PharmDr. Pavlína Strakošová, Lékárna Primula, 28. října 155/2658, Ostrava-Mariánské Hory, provozovatel: Primula Pharma s.r.o.
- 165/2010 Mgr. Dagmar Chládková, Lékárna U rytíře, Mikuláše Střely 420, Kruceburk, provozovatel: PharmDr. Jaroslava Mokrá, CSc.
- 166/2010 Mgr. Jaroslav Tvrdoň, TESCO Opava, Těšínská 44, Opava, provozovatel: MUDr. Hynek Navrátil
- 167/2010 Mgr. Lucie Šancová, Lékárna U Zámku, Nádražní 3, Židlochovice, provozovatel: GALEN Plus, a.s.

* = nová lékárna

(člnek)

1922 v nuceném exilu zemřel velmi mladý na zápal plic. Jeho socha stojí před kostelem po nedávném vatikánském blahorečení. Samozřejmě k našim zájmům patřila **návštěva lékáren**. Dvě doporučené se některým podařilo nalézt. Jedna je se starším interiérem z poloviny minulého století Botica Inglesa a novější Dois Amigos. Jinak není co dodat. Všechny dnes vypadají stejně jako v celé EU!

První den začínal zastávkou na *Pico de Facho* s výhledem na letiště a pobřeží. Na nejuvýchodnějším, nejslunnějším větrném a schodovitěm terénu *Ponta da Sao Lourenco* jsme došli k oáze *Casa de Sardinho* a po cestě obdivovali krásné výhledy na lávové vyvěřeliny a geologicky zajímavé útvary. Mnozí se nejen znávali, ale i připálili. Vždyť jsme klimaticky v Africe a i příjemných 22 °C dalo pokožce zabrat!

Druhý den jsme navštívili *pstruží farmu* a potom se z vesnice *Riberio Frio* vydali po pěkných *Levada da Portela* a *Levada do Furado* do Portely. Cesta vedla třetihorním pralesem *Laurissilva* a měřila 11 km.

Třetí den se konala návštěva města, zmiňovaných zahrad a dalších zajímavostí.

Čtvrtý den jsme vyjeli na náhorní plošinu *Paul de Serra*, kde se nalézá výchozí bod nejznámější madeirské levády *do Risco* a 25 *Fontes*. První z nich vedla k „nebezpečnému“ vodopádu a druhá k jezírku, do kterého stéká údajně voda z 25 pramenů.

Pátý den nás čekala krásná hřebenovka na nejvyšší horu Madeiry *Pico Ruivo* (1 862 *m.n.m.*). Byl to nejnáročnější výstup s 2 460 schody (a ještě tři poslední do autobusu!) se spoustou stoupání a klesání po impozantní stezce vybudované ve skalním masívu a samozřejmě s kratšími tunely.

Šestý den jsme se vydali na severovýchodní část ostrova do *Pico das Pedras*, odkud vede *Levada do Caldeirao Verde*, která nás dovedla třetihorním pralesem přes strže, nízkými tunely a vodopády až k Zelenému (Pekelnému) kotli *Caldeiro Verde*. Krásný několik desítek metrů vysoký vodopád dopadající do zeleného jezírka byl odměnou za tu námahu.

Sedmý den byl určený pro volnou rehabilitaci, který většina strávila jako v jiné dny koupáním a opalováním se v moři nebo bazénu. Počasí nám skutečně přálo.

Osmý den jsme odletěli do Prahy, kde nás čekal šok v podobě zimy a deště. Účastníci se dožadují nejen další zahraniční cesty, ale i domácích setkání, a tak o tom bude rozhodnuto na 4. shromáždění členů, které se bude konat ve dnech 24.–26. září v Kutné Hoře v Hotelu U kata.

RNDr. Petr R. PALOŮŠ
předseda Klubu přátel ČFM

Netěší mě posluchači, kteří se na nic neptají

„Co budeme dělat, až budeme staré lékárnice? Budou komorové vzdělávací akce stejně dobré jako konference pro mladé?“ Další diskuse kolem otázek, které jsem slyšela během přestávky květnové Konference mladých lékárníků v Opavě, mi unikly. Konala se ale podvanácté, takže ti odrostlejší, kteří se zúčastnili prvních několika ročníků, mohou o pár let méně zkušeným kolegům podat reference, v čem jsou přednášky a semináře pro starší a pokročilé, odhlédneme-li samozřejmě od tematických okruhů, jiné.

Téma mentálního zdraví a psychofarmakoterapie přilákalo do Opavy zájemce z celé republiky. Lékárníci i lékaři se na vystoupení před auditoriem připravili velmi pečlivě, jejich sdělení jsou pro odbornou praxi posluchačů přínosná. Se zájmem byla očekávána přednáška známého psychiatra MUDr. Ivana Tůmy (*obsáhlý rozhovor najdete v tomto čísle ČČL na str. 20–22*).

Vedoucí organizačního týmu konference PharmDr. Marie Zajícové (další členové Martina Horáková, Mgr. Michal Hojný a Vendula Křivánková) jsem se zeptala:

■ **V pátek večer bylo pro účastníky nefalšovaným a příjemným překvapením vystoupení skupiny Jára Cimrman Revival. Odkud se vzaly jeho vzosné myšlenky, které interpreti přednesli s vážností odpovídající učencově významu?**



Účastníci Konference mladých lékárníků 2010 měli možnost ocenit jak zajímavou a kvalitně prezentovanou odbornou část programu (horní snímek), tak i jeho méně vážnou tvář – zde v podobě vystoupení formace Jára Cimrman Revival.



Po šestileté odmlce se opět vynořila skupina Jára Cimrman Revival, v poněkud obnoveném složení, a bylo to na popud kolegy Michala Hojného, který prohlásil, že mladí kolegové už na objevy Cimrmana ve farmácii buď zapomněli, nebo o nich vůbec neví. Tato skutečnost byla pro nás tak alarmující, že Revival vystoupil přímo ve foyeru divadla, aby neznalé kolegy s dílem našeho génia seznámil. Některé objevy jsme zopakovali z minulých představení, novinky z jeho života jsme aktuálně zpracovali, např. jeho postoj k centrálnímu úložišti, prosazování poradenství a diskrétních zón v lékárnách a jeho postoje k homeopatii. Snad se dočkáme i nějaké fotodokumentace od kolegy Mgr. Jiřího Kotláře, který neustále mačkal spoušť.

■ **Konference se konala už podvanácté, v čem „dospěla“ nejvíc?**

Pokud mohu hovořit za organizátora, tak dospěla zvýšeným zájmem o aktivní účast, což mne těší. Naopak mne příliš netěší pasivita posluchačů, kteří nekladou žádné otázky. Beru to jako podnět pro další ročníky, aby se vytvořily zajímavější bloky s otevřeným prostorem pro odbornou diskuzi. Pro letošní konferenci se nám podařilo zajistit po doc. MUDr. Oldřichu Vinařovi dalšího renomovaného psychiatra MUDr. Ivana Tůmu z Hradce Králové, který přednesl velmi zajímavé sdělení o polyfarmakoterapii u pacientů s psychickými poruchami. V odpolední části programu nastínil Luc Besancon možnosti různých projektů v oblasti léčby antibiotiky v Evropě a část kolegů okolo PharmDr. Aleny Petříkové vytvořila následně tým spolupracovníků, který by měl tento projekt na starosti pod hlavičkou ČLnK na podzim tohoto roku.

■ **Podle jakých kritérií se vybírají přednášející mladí lékárníci?**

V únoru bývá v časopise první připomínka i se zvoleným tématem, které je hlavním kritériem. Pochopitelně je lepší, když je kolega lačný přednášení a navíc mu to jde. Jak se to povedlo letos, musí posoudit účastníci sami. Já mám vždy velkou radost, když se objeví nový nadšenec, který je ochoten se důkladně připravit a předstoupit před kolegy, mnohdy poprvé. Těm držím palce nejvíc.

■ **Na konferenci pravidelně vystupují i lékaři. Je těžké je získat pro zpracování konkrétního tématu?**

Lékaři se získávají pro přednášení velmi

Aripiprazol

Aripiprazol patří do skupiny antipsychotik 2. generace, která jsou nazývána atypická antipsychotika. Proti starším antipsychotikům mají především výhodu v lepší toleranci pacienty (méně extrapyramidových symptomů atd.). Přechod na atypika však není nutný, pokud jsou NÚ u daného pacienta mírné nebo pacienta příliš neobtěžují, protože klinický účinek je srovnatelný. Samotný aripiprazol je tak trochu atypický i ve vlastní skupině atypických antipsychotik, protože se svým mechanismem účinku vymyká ostatním látkám z téže skupiny (clozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon atd.) – zasahuje duálním účinkem na dopaminových receptorech D2, ovlivňuje však také serotoninové receptory. Jeho výhodou je, že nemá afinitu k cholinergním muskarinovým receptorům.

Protože podle stavu aktivity dopaminergního systému může fungovat jako agonista i antagonist, je také nazýván dopaminovým stabilizátorem. Aripiprazol nevyvolává tolik sedací a somnolenci, extrapyramidové příznaky velmi málo, spíše při vysokých dávkách. Méně ovlivňuje endokrinní funkce (neovlivňuje hladinu prolaktinu) a také funkci pankreatu, tj. riziko vzniku diabetu. Velkou výhodou je rovněž minimální nárůst tělesné hmotnosti, což je výrazný problém u ostatních atypických antipsychotik. Titrace dávky je jednoduchá a podává se jedenkrát denně v dávce 10–15 mg (max. 30 mg denně). U seniorů a pacientů s jaterním poškozením se dávky upravují (snižují). Nemá se podávat seniorům s demencí, protože bylo zaznamenáno vyšší riziko iktů a více NÚ. Pro nedostatek zkušeností a riziko vyšší incidence suicidia se nemá podávat dětem pod 18 let, nebo jen pod přísným dozorem. Aripiprazol je u nás zaregistrován ve formě tablet Abilify® (stanovena i úhrada pojišťovny), roztoku a dispergovatelných tablet (zatím však bez kategorizace). Po perorálním podání se dobře absorbuje a biotransformuje se v játrech CYP-450 (3A4 a 2D6) – odsud vyplývá celá řada interakcí, hlavně však jsou rizikové ty skupiny léčiv, které mají obdobné NÚ, a které se tím výrazně posílí. Např. prodloužení QT intervalu při současném podání některých imidazolů (keto- a itrakonazol) – riziko pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním. Při současné léčbě antihypertenzivy je potřeba po nasazení aripiprazolu překontrolovat častěji TK, popřípadě upravit jejich dávky.

Těhotenství a kojení jsou kontraindikací k podání aripiprazolu.

- Lze podávat nezávisle na jídle, nalačno má ale rychlejší nástup účinku.
- Pacient by měl být upozorněn, že klinický efekt této látky může nastoupit až za dva týdny po začátku terapie. Dávky nelze náhle měnit ani vysazovat – riziko syndromu z odnětí a relapsu psychózy.
- Účinek léku může být ovlivněn současným užíváním alkoholu nebo jiných psychotropních látek.
- Je nutné vzít na vědomí ovlivnění pozornosti (řízení motorových vozidel).
- Při vstávání z postele je třeba zpomalit a postupovat přes sednutí, aby se zabránilo vzniku posturální hypotenze a reflexní tachykardie.
- Centrum termoregulace reaguje pomaleji, pacienti jsou v extrémně vyšších teplotách vystaveni vyššímu riziku (nevhodnost sauny nebo cestování do tropických krajín).
- Pokud je podáván pacientům s depresí, může u mladších (<24 let) zvýšit riziko suicidia – proto mají být rodinní příslušníci upozorněni na sledování změn v chování pacienta. Toto riziko není vyloučeno ani u starších osob, zvláště při titraci nebo jakémkoliv změně dávky.
- Nárůst hmotnosti u tohoto léku nebývá významný, přesto se doporučuje dodržování vhodných dietních opatření.
- Stanou-li se průvodní NÚ překážkou v běžném životě, je třeba oznámit je lékaři (GIT dyskomfort, poruchy spánku, bolesti hlavy, poruchy vidění atd.).
- Riziko vzniku diabetu je sice malé, ale měly by se sledovat varující příznaky (žízeň, časté močení, hlad, poruchy vidění, svalová slabost atd.)
- Pacienta užívajícího dispergovatelné tablety je nutno poučit o správném zacházení (opatrné vyndávání z blistry, sloupnutí folie je lepší než vytlačování). Nesmí mít vlhké prsty, tabletu rychle vložit do úst, není třeba zapíjet, rozpadne se. Tyto tablety je nutno velmi pečlivě uzavírat a chránit před vlhkem a vysokou teplotou. Někde se uvádí, že krabička otevřená déle než 6 měsíců by se měla zlikvidovat, i když není expirovaná.



PharmDr. Marie Zajícová v typicky akčním zapojení.

snadno. Myslím, že by se tím měli farmaceuti více inspirovat. Snažím se prokládat přednášky farmaceutů a lékařů, aby se naučili i v běžné praxi více a dobře spolu komunikovat. Mnozí lékaři mi sdělují, že pro ně je pohled lékárníka zajímavý a inspirující, měli bychom jejich vstřícnosti více využívat.

■ Účastníkům byl na závěr dán k vyplnění dotazník. Vyplynulo z něho především téma pro příští rok?

Dotazníky jsem si pochopitelně přečetla a beru je jako důležitý zdroj informací pro další konference. Potěšilo mne kladné hodnocení společenského programu, nejen divadla, ale také poledního koncertu (*Quartetto di Gioia, tvořené studenty posledního ročníku JAMU v Brně, nositel několika ocenění z prestižních soutěží a festivalů – pozn. aut.*), protože hudba je pro mne nedílnou součástí života. I při všech problémech v práci bychom si měli nechat v duši místo pro krásné věci.

Velmi jsem se potrápila při tvorbě komplexního programu konference s pěknou obálkou, obsahem i anotacemi, takže jsem měla velkou radost, že to někteří ocenili. Byly tam určité výtky ohledně malé pestrosti občerstvení, proto příště uděláme nějakou vegetariánskou sekci. Téma pro příští rok mne rovněž napadlo při pročítání vyplněných dotazníků – možná to bude dermatologie, téma je mi blízké a pro praxi by snad taky mohlo být užitečné. „Mentální zdraví“ už skutečně opustíme, to budoucím účastníkům závazně slibuji.

Jaroslava HOŘANSKÁ

Snímky Jiří Kotlář, Vladimír Vrbovský

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

Atestační odyssey (zpráva o stavu specializací)

Již delší dobu mám v plánu napsat článek, který by informoval uchazeče a všechny zájemce o specializaci o současném stavu v této oblasti. Chtěl jsem napsat článek ihned poté, co ve věstníku MZd vyjdou nové vzdělávací programy, a budu tedy schopen za katedru lékárenství IPVZ přispět relevantními a platnými informacemi. Vydání nových specializačních programů se však mnoho měsíců (nyní již let) nedaří. To se nyní začalo vážně promítat do života uchazečů o specializaci, a tím samozřejmě i naší katedry. Pokusím se shrnout současný stav i podmínky, které k jeho nastolení vedly.



PharmDr. Petr Horák

Nové vzdělávací programy nebyly vydány

V letech 2008 a 2009 vyšlo několik novel zákona č. 95/2004 Sb. Přinesly dost razantních změn do organizace specializačního vzdělávání i do samotné struktury oborů. Patří k jim mj. přesunutí výčtu specializačních oborů farmaceutů ze zákona do vyhlášky, změny v oblasti akreditací, školitelů, zavedení certifikovaných kurzů aj. S přihlédnutím k těmto poměrně zásadním změnám v legislativě MZd rozhodlo, že uchazeči zařazení do oboru po 1. 7. 2009 (od tohoto data vstoupila v účinnost vyhláška č. 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání) mohou postupovat výhradně podle programů, schválených a vydaných MZd po tomto datu a v souladu s novými předpisy. Tzn., že kdo byl zařazen do oboru po 1. 7. 2009, nemůže nyní uzavřít společný základ ani specializaci jako takovou, protože není k dispozici vzdělávací program, podle něhož by mohl být posouzen. To se bohužel týká i těch, kteří se nechali přeradit mezi obory a samozřejmě i těch, kdo sice jsou již delší dobu v praxi, ale nechali se do oboru od MZd zařadit až po tomto klíčovém datu.

Uvědomuji si, že otázku specializací si většina kolegů vcelku logicky spojuje s IPVZ. Použiji-li však možná ne zcela trefný přírůstek, IPVZ rozhodně zodpovídá za „executivu“ v oblasti specializací, tj. kurzy, většinu stáží, zkoušení, testy aj., vzdělávací programy však vydává MZd. V otázce „legislativní“, tedy vydání vzdělávacích programů, má IPVZ v zásadě úlohu jednoho z několika míst, s nimiž MZd tuto aktivitu konzultuje (viz § 11 odst. 6 zákona č. 95/2004 Sb.).

Skutečný problém, proč dosud vzdělávací programy nebyly přijaty, neleží jen na bedrech MZd, ale více na nás farmaceutech. Ministerstvo nám totiž nabídlo vydání programů v zásadě v té podobě, jakou zástupci našeho stavu navrhnou. Dosud se bohužel nepodařilo najít shodu na jejich znění. Práce na vzdělávacích programech přitom běží už od počátku roku 2008! Tehdy začaly zasedat na půdě ČLnK „kulaté stoly“ za účasti relevantních odborníků – tedy zástupců P ČLnK, akreditačních komisí, sekci ČFS, IPVZ. Podařilo se najít shodu na samotném obsahu a rozsahu vzdělávacích akcí, problémem zůstaly tři hlavní body: kompetence specialistů; praxe na akreditovaném pracovišti; společný základ pro specializační obory veřejné a nemocniční lékárenství a klinická farmacie. Dva byly vyřešeny na jednání 13. 5. 2008 (!): 1) stejně jako dosud bude součástí vzdělávacích programů společný kmen pro obory veřejné lékárenství, nemocniční lékárenství a klinická farmacie; 2) praxe se bude odehrávat v rámci společného kmene na akreditovaném pracovišti, na něž budou kladeny požadavky výhradně personální: tj. přítomnost školitele s příslušnou specializací „*takový poměr počtu školitelů a otevírací doby lékárny, který umožní alespoň 50% souběh praxí*“. Bohužel ne všichni účastníci jednání se cítí být vázáni složitě dosaženou dohodou na dva ze tří hlavních problémů.

Všichni můžou všechno

Mezitím byly zpracovány vzdělávací programy (VP) pro jednotlivé obory (katedra lékárenství zpracovala na základě předchozích dohod programy pro obory veřejné lékárenství, nemocniční lékárenství a nástavbové obory onkologická farmacie a nutriční podpora). Během připomínkování byly VP dokončeny do definitivní podoby a předloženy MZd, kde bylo první kolo jednání, ale nenašlo shodu

v otázce kompetencí. Klíčovým problémem je otázka vedení lékárny a částečně kompetencí klinických farmaceutů. Zde se střetává názor, že nelze omezit kompetenci k vedení lékárny podle absolvovaného vzdělávacího programu s názorem opačným. Podle starších programů byl absolvent oboru VL oprávněn k vedení veřejné lékárny, absolvent oboru NL k vedení lékáren všech typů. Protože toto rozdělení bylo a je vnímáno některými představiteli oboru veřejné lékárenství jako diskriminační, bylo na jednání navrženo, aby byly tyto kompetence rozděleny, tj. aby byl absolvent oboru VL oprávněn k vedení veřejné lékárny, absolvent oboru NL k vedení nemocniční lékárny. Ani tento návrh však nebyl přijat s poukazem na názor prezentovaný na tomto jednání především předsedou akreditační komise pro veřejné lékárenství PharmDr. Janem Horáčkem, tedy že, zjednodušeně řečeno, „všichni můžou všechno“ (zákon u výčtu kompetencí říká, že je k nim oprávněn specialista bez uvedení druhu specializace). Proti tomuto stál názor, k němuž se hlásím i já, že nivelizace jednotlivých specializací je proti duchu zákona, který má řešit specializovanou způsobilost. Proto bylo dohodnuto, že spor by měl rozhodnout právní odbor MZd svým výkladem, ten byl podán v září 2009.

Právní výklad je poměrně obsírný, týká se výhradně nestátních lékáren a potvrzuje, že k vedení lékárny postačuje specializace jakéhokoli typu. Cituji: „*Vzhledem k tomu, že ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb. umožňuje získat specializovanou způsobilost pro provoz lékárny i absolvováním doplňující odborné praxe, lze dospět k názoru, že pro provozování zdravotnického zařízení – lékárny postačí farmaceutovi specializovaná způsobilost s jakoukoliv odborností.*“ Přitom pomíjí, že i doplňující odborná praxe není pouze jedna, ale probíhá podle jednotlivých vzdělávacích oborů, jak ukládá zákon. V zásadě jsme tak ale došli ke stavu, kdy i absolvent kteréhokoli z „nelékařenských“ specializačních oborů, který nestrávil ani jediný den své profesionální praxe v lékárně, ji může vést, má-li atestaci. Tím ale právní rozbor nekončí, cituji dále: „*Na druhou stranu právní odbor poukazuje na to, že v případě, kdy by činnost na odborném pracovišti vyžadovala konkrétní obor specializované způsobilosti, nebylo by možné bez osoby s příslušným oborem speciali-*

zované způsobilosti takovou činnost vykonávat, a to s ohledem na ustanovení § 6 zák. č. 160/1992 Sb., popř. na ustanovení § 11 odst. 3 zák. č. 95/2004 Sb. “ V podstatě se tedy dozvídáme, že provozuje-li lékárna některou z činností primárně určenou jiné odbornosti, měl by být v lékárně přítomen odborník s příslušnou specializací. A teď si z toho vyberme. V každém případě končí právní rozbor zcela bez řešení, třetí citace: „*K dotazu, zda nemocniční lékárna může vést osoba se specializovanou způsobilostí s odborností veřejné lékárenství, můžeme toliko konstatovat, že tento typ lékáren není právně upraven, avšak domníváme se, že by mělo záviset na okruhu činností farmaceuta, jež jsou v té které nemocniční lékárně vykonávány. Jelikož však není okruh činností farmaceuta dosud upraven, přestože tak předpokládá ustanovení § 11 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., nelze zaujmout v této věci jednoznačné právní stanovisko.*“ Já k tomu dodám jen tolik, že nemocniční lékárna je definována ve vyhlášce č. 394/1991 Sb., ta se ale týká státních zdravotnických zařízení.

V poslední citaci z právního rozboru najdeme i kritiku do vlastních řad MZd. „*Na závěr si právní odbor dovoluje upozornit, že stávající právní stav je neuspokojivý, zejména s ohledem na výše zmiňovaný chybějící katalog činností farmaceuta. Existence takového katalogu by nepochybně odstranila pochybnosti ohledně toho, co mohou vykonávat farmaceuti s jednotlivými obory specializované způsobilosti.*“ To je zajímavé konstatování, protože MZd je ze zákona zmocněno vydat vyhlášku o činnostech lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, která měla podle mého soudu samotnému procesu vypracovávání vzdělávacích programů předcházet. Z právního rozboru lze vyčíst, že jednotlivé kompetence lze upravit podzákonným právním předpisem, což řada kolegů dosud neakceptuje.

Neposunuli jsme se ani o píd'

Po vydání právního rozboru následovalo další neplodné jednání. Shoda v otázce akreditací byla opět zpochybněna. Poté bylo MZd zaneprázdněno zpracováváním programů pro lékaře. Na jaře t.r. již začalo být zřejmé, že protahující se proces schvalování našich programů s sebou nese závažná rizika:

V letním semestru už tři uchazeči v oboru nemocniční lékárenství a jeden v oboru veřejné lékárenství nebudou moci atestovat, protože se přehlásili v rámci oborů až po platnosti vyhlášky č. 185/2009 Sb.

Zneprůchodňují se specializace, protože všichni, kdo jsou zařazení po 1. 7. 2009, nemají k dispozici program, podle kterého by měli postupovat, a IPVZ jim proto v podstatě nemůže ani nic nabídnout.

Není možné schválit a zahájit ani výuku v certifikovaných kurzech a nelékařských oborech, protože MZd trvá na tom, že farmaceutické obory schválí výhradně v jednom balíku.

Situace, kdy někteří atestanti nemohou přistoupit ke zkoušce, mladší kolegové nemohou uzavírat společný základ aj., mě vedla k návrhu, který v danou chvíli považuji za jediný průchozí: vynechat ve vzdělávacích programech odstavec o kompetencích a nahradit ho formulací: „Kompetence vyplývají ze stávající právní úpravy.“

Tento návrh byl akceptován Sekcí lékárenství i nemocničního lékárenství ČFS, IPVZ a předběžně i akreditačními komisemi pro veřejné a nemocniční lékárenství. Byl však odmítnut Sekcí klinické farmacie i akreditační komisí pro klinickou farmacii, pro něž byla takto vágní formulace nepřijatelná. Důvody chápu, i pro zástupce nemocničního lékárenství se jednalo o dříve naprosto nemyslitelný ústupek. Výsledek je jasný, neposunuli jsme se ani o píd' dál, ale dokonce jsme ustoupili, protože kolegové reprezentující klinickou farmacii se rozhodli již nesdílet společný kmen s veřejným a nemocničním lékárenstvím. Škoda, že argumentaci, kterou své rozhodnutí zdůvodnili, nevzali sami v úvahu dříve. Dohoda na společném kmene byla uzavřena již 13. 5. 2008. Ministerstvo v reakci na nedohodu mezi našimi specializacemi kompetentním zá-

stupcům sdělilo v dopise ředitelky odboru vědy a vzdělávání Mgr. Pírkové: „*Tímto Vás laskavě žádám, aby v uvedené věci bylo dosaženo vzájemné shody a vyjádření za všechny tři obory bylo zasláno MZ nejpozději do 5. 5. 2010, abychom poté mohli přistoupit k dokončení vzdělávacích programů. Nedojde-li k dohodě, MZ vyzve k dopracování vzdělávacích programů pověřenou instituci (IPVZ).*“ K této výzvě směrem k IPVZ ovšem nikdy nedošlo. V dalším dopise již je sděleno, že MZd si ponechává rozhodnutí ve své kompetenci a sdělí nám je (bez uvedení termínu). Tím se celá tato odysea dostává do dnešních dnů. Přičtu-li k tomu to, že ministerstvo pravděpodobně chystá novelu samotné vyhlášky č. 185/2009 Sb., Grémium majitelů lékáren již k ní dokonce posílá své připomínky, a to v době, kdy žádný ze subjektů ze zákona oprávněných se k této problematice vyjadřovat, tedy ČLnK, univerzity, ani odborná společnost dosud neobdržela žádný návrh. Jedná-li se o pouhou náhodu, ponechám úsudku čtenáře. Vzhledem k tomu, že GML ve svých připomínkách napadá samotnou strukturu farmaceutických specializačních oborů, obávám se, že se k uzavření problému neblížíme.

Kvůli často se měnící situaci, která je s pochopitelným napětím sledována mladými kolegy, zařazenými do specializace po 1. 7. 2009, bude v červnu otevřena webová stránka <http://edupharmacy.info>.

Abych předešel případným spekulacím, dodávám, že opatřením MZd zůstává zajištění specializačního vzdělávání farmaceutů výhradně na IPVZ, na rozdíl od základních oborů lékařů.

Specializační vzdělávání: Kdy skončí nejistota?

Na otázku co si myslí o specializační přípravě lékárníků odpovídá prezident České lékárnické komory PharmDr. Stanislav Havlíček:

Situace ve specializační přípravě je značně neuspokojivá. Od 1. 7. 2009 vstoupila v účinnost vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání. Vyhláška definuje sedm základních specializačních oborů a čtyři certifikované kurzy. Jednání o základních oborech a certifikovaných kurzech probíhala prakticky celý rok 2008. Přípravy vyhlášky se účastnili zástupci všech zákonem zmiño-

vaných institucí. Podle § 11 odst. 2 zákona č. 95/2004 jsou to univerzity, Česká lékárnická komora a odborná společnost.

Po všeobecné shodě VŠECH zúčastněných jsme dospěli k výše zmíněným sedmi základním oborům a čtyřem certifikovaným kurzům. Takzvaný společný kmen (společná část specializační přípravy) bude v délce trvání 24 měsíců a bude pro obory veřejné lékárenství, nemocniční lékárenství a klinická farmacie. Od roku 2008 jsou připraveny vzdělávací programy jednotlivých oborů a kurzů.

(Pokračování na další straně)

(Dokončení z předchozí strany)

Tyto vzdělávací programy zatím ministerstvo ve věstníku nevydalo. Důvodů se nabízí hned několik. Prvním a největším je neochota ministerstva přijmout konsensuální shodu zákonem vyjmenovaných partnerů (univerzita, komora, odborná společnost). Druhým důvodem je názorová roztržičnost jednotlivců zastoupených v subalterních sekcích nebo komisích jednotlivých oborů. A třetím, pro mě nejméně pochopitelným, je destruktivní činnost provozovatelské organizace, která (ač nepatří mezi zákonem vyjmenované insti-

Možná by se po vzoru „Mladých lékařů“ měli ozvat i „Mladí lékárníci“, aby se systém specializovaného vzdělávání budoval podle potřeb těch, kteří se připravují, než podle představ těch, kteří mají specializaci dávno za sebou.

tuce) zasilá na ministerstvo návrhy (2 roky po skončeném připomínkovém řízení) na změnu vyhlášky s cílem zrušit základní obor nemocniční lékárenství.

Z dopisu Mgr. Hampla z 24. 5. 2010 cituji:

„... Členění základních farmaceutických specializačních oborů na veřejné a nemocniční lékárenství nám připadá již dlouhodobě jako odborně neopodstatněné. Tento svůj názor jsme opakovaně prezentovali při jednáních na Ministerstvu zdravotnictví. Navíc se domníváme, že by připravovaný model z pohledu legislativy EU přispěl k silnému omezení pohybu pracovních sil v rámci oboru a neopodstatněnému znevýhodnění českých lékárníků. Zvážili jsme všechny souvislosti a důsledky vzniklé situace a navrhuje následující řešení.

Návrh: spojení oboru nemocničního a veřejného lékárenství do společného jednoho oboru s názvem Lékárenství a zavedení certifikovaných kurzů...“

K citovanému textu mohu jen dodat, že

v případě přijetí takového návrhu ke znevýhodnění nepochybně dojde. Obor nemocniční lékárenství (hospital pharmacy) je respektován nejenom v zemích EU, je respektovaným oborem většiny zemí s vyspělou farmacií na celém světě. Jeho zrušením nepochybně dojde k omezení uplatnění českých farmaceutů s touto specializací. Na jakou specializaci plánuje pan předseda převést současné specialisty v oboru nemocniční lékárenství, v návrhu zmíněno není.

Závěrem tedy lze říci, že nejistota v oblasti specializačního vzdělávání skončí teprve zveřejněním vzdělávacích programů ve věstníku ministerstva. Výše uvedený návrh a jemu podobné zveřejnění vzdělávacích programů oddalují. Možná by stálo za to, aby se po vzoru „Mladých lékařů“ ozvali i „Mladí lékárníci“, aby se systém specializovaného vzdělávání budoval podle potřeb těch, kteří se připravují, a ne podle představ těch, kteří mají specializaci dávno za sebou.

Neozveme-li se, nemusíme se atestace dočkat

Pravidelně čtu Časopis českých lékárníků a pochopila jsem, že pokud člověk bude pasivní a nebude se bít za svá práva, může si potom stěžovat leda tak na nádraží. Proto i já musím poukázat na skutečnosti značně ovlivňující nejen můj budoucí profesní život, ale nás všech mladých neatestovaných lékárníků.

Loni 30. června jsem s pýchou ukončila studium na Farmaceutické fakultě UK v Hradci Králové. S ještě horkým diplomem jsem se běžela registrovat do České lékárnické komory a začala uvažovat o atestaci. Jsem žena, chci děti, a tak si musím svou budoucnost plánovat. A proto jsem neotálela a k 16. 9. 2009 jsem byla zařazena do oboru veřejné lékárenství a začala jsem pilně plnit podmínky uvedené na stránkách IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví), jezdit na semináře, na vzdělávací akce a zajímat se o povinné kurzy.

V dopise o zařazení do oboru byl vložen papírek: „Dobrý den, od 1. 7. 2009 vyšla nová vyhláška 185/2009, nové logbooky jsou zatím v přípravě. Po jejich vyhotovení Vám bude logbook zaslán.“

Z toho nevyplývá, že bych se měla nějak znepokojovat. Jen, že „nějaký“ logbook mi dojde později.

Měsíce plynuly, chodily mi nabídky na

semináře pořádané IPVZ a já jsem marně hledala odborné kurzy, které jsem potřebovala k ukončení společného dvouletého základu. Jelikož mi ani po půl roce od přihlášení nebyl zaslán logbook a pro podzim 2010 nebyl vypsán ani jeden seminář pro nás, ve společném základu,

VÝZVA MLADÝCH LÉKÁRNÍKŮ

obrátila jsem se na IPVZ. Nejprve telefonicky (dovolat se bylo naprosto nemožné), potom jsem zkusila metodu elektronické pošty a dotazovala se, zda je konkrétní seminář pro mne vhodný, a kdy že bude logbook zaslán atd. Bylo mi obratem odpovězeno, že jelikož jsem přihlášená po 1. 7. 2009, ŽÁDNÁ z konaných akcí není určena pro mne, a to proto, že NEJSOU STANOVENA PRAVIDLA pro můj obor. To znamená, že můj obor de facto neexistuje, jakožto žádný jiný obor. Takže jsem se dotázala, jestli informace uveřejněné na webu IPVZ o tom, jaké podmínky musím splnit pro atestaci, pro mne neplatí. Dostala jsem odpověď: „Ano, NEPLATÍ!“ A že se ani neví, kdy budou pravidla pro specializační vzdělávání stanovena, a také že nikdo nečekal tak zdlouhavá jednání.

Co z toho vyplývá? Proč jsem, tak rozhořčena, že jsem se rozhodla napsat tento článek?

My mladí neatestovaní lékárníci v dobré víře platíme za kurzy pořádané IPVZ tisíce korun, účastníme se „povinných“ seminářů a konferencí, a nikoho ani nenapadne říct: „Nemůžeme vám zaručit, že dosud platné podmínky budou platit v budoucnu, zatím se raději do něčeho nepouštějte!“

V důsledku neschopnosti IPVZ poskytnout relevantní informace se přihlašujeme do specializačního vzdělávání a myslíme si, že za čtyři roky budeme atestováni se všemi výhodami, které atestace přináší. Plánujeme budoucnost a věříme. A potom se jen tak náhodou zeptáme, jak to tedy je, abychom zjistili, že nijak, že nikdo nic neví, nic neexistuje a naše snahy a peníze vyletěly doprázdna. Víme, že za tuto záležitost není zodpovědný pouze IPVZ, že se jedná o komplexní problém řešený více subjekty, ale IPVZ je pro mne zdroj informací.

Touto cestou vás chci proto vyzvat: **Připojte se k naší skupině mladých lékárníků**, která se bude snažit bojovat za naše práva. Na webu České lékárnické komory se zapojte do diskuse. Řekněme nahlas, co nám vadí! Pokud se neozveme, nemusíme se také atestace dočkat!

Mgr. Pavla ROSÍKOVÁ

Proběhla pátá zdravotnická mise do Izraele

V dubnu jsem se zúčastnil v pořadí již páté české zdravotnické mise do Izraele, kterou pořádala smíšená česko-izraelská obchodní komora a velvyslanectví Izraele. Účast přijala ministryně zdravotnictví Jurásková, náměstek ministryně Plíšek, europoslanec Cabrnach, generální ředitel VZP Horák a hejtman kraje Vysočina Běhounek.

Za českou stranu byli přítomni zástupci ostatních zdravotních pojišťoven, českých nemocnic, firem z oblasti informačních technologií, zdravotnických záchranných služeb. Na základě oficiálního pozvání obchodní komory jsem byl účastníkem za lékárníky-provozovatele. Nosným tématem bylo seznámení s fungováním zdravotnického systému v Izraeli se zaměřením na systém zdravotních pojišťoven, zavádění nových informačních technologií ve zdravotnictví a v neposlední řadě systém lékárenství. V pečlivě připraveném programu byly zohledněny individuální požadavky účastníků mise.

Základním pilířem izraelského zdravotnictví je zákon o zdravotním pojištění (povinně musí platit jak zaměstnavatel, tak zaměstnanec, byly zavedeny kapitační platby, roční aktualizace pojistných plánů, volný pohyb pojištěnců mezi pojišťovnami, zavedeny standardy služeb poskytovaných pojištěncům). V současnosti jsou v Izraeli čtyři zdravotní pojišťovny, v zemi je 660 lékáren. Vlastnictví lékáren není nijak omezeno a jsou zde dva hlavní lékárenské řetězce New Pharm a Super Pharm, oba mají na 150 lékáren, a dále lékárny provozované zdravotními pojišťovnami, např. druhá největší – Maccabi – provozuje 50 vlastních lékáren. Výdaje pojišťoven mají následující strukturu: 30 % všech výdajů jde do nemocnic, 24 % výdajů do ambulančí a 21 % představují výdaje za léčiva. Samozřejmostí systému primární péče jsou nezávislé veřejné lékárny. Doplatky na léky hrazené ze zdravotního pojištění jsou ve všech lékárnách stejné a finanční spoluúčast pacientů se pohybuje ve výši cca 28 %. Konkurence mezi lékárnami je v doplňkovém sortimentu a cenová soutěž se tedy děje v oblasti mimo výdej léčiv na recept. Nezávislí provozovatelé lékáren se spojili do společného sdružení za účelem vyjednání výhodných obchodních podmínek pro své lékárny. Nemocniční lékárny v Izraeli poskytují zboží a služby jen na oddělení dovnitř nemocnice, nemají tedy otevřeno pro veřejnost mimo nemocnici. Ve dvou případech jsem zaznamenal, že řetězec Super Pharm má své lékárny v blízkosti nemocnic.

Z hlediska mé účasti na misi jsem se zaměřil na fungování informačních technologií v izraelských lékárnách. Po neformálním rozhovoru s majitelem lékárny v Tel Avivu jsem došel k poznání, že zavedení a vlastní proces připojení k centrálnímu úložišti provázely stejné okolnosti nepochopení, obav ze zneužití poskytovaných údajů a také případné odhalení nekalých či nepoctivých praktik. Po roce fungování však pochopili i tito majitelé, že

svobodná volba pacienta při výběru lékárny. Pojišťovna má smlouvu se všemi lékárnami a doplňuje tak otevírací dobu a celoplošné pokrytí lékárenskými službami. Proces centralizace se i v této oblasti projevil jako krok správným směrem. Systém je maximálně bezpečný, běží na dvou na sobě nezávislých cestách a za celou dobu nedošlo k prolomení či úniku tzv. citlivých dat o pacientech.

V Izraeli jsme měli možnost poznat fungující model zdravotnictví, který řešil podobné nesnáze jako v ostatních civilizovaných zemích, a to je udržitelné zajištění financování zdravotnictví na úrovni současného vědeckého poznání. Izrael patří mezi přední světové země z pohledu



Autor článku u Zdi nářků.

připojení k systému centrálního úložiště jim přinese více možností v jejich podnikání a jejich obavy se ukázaly jako liché. Podobnost se situací v naší zemi je čistě náhodná. Pacienti tam mají svou identifikační kartu s magnetickým proužkem, kterou se prokazují v ordinaci lékaře i v lékárně s e-receptem. Pacient si tedy přináší do lékárny papír velikosti A4 s natištěným čárovým kódem, vydávající lékárník nejdříve identifikuje pacienta pomocí magnetické karty a sejme čtečkou čárový kód e-receptu a dostane odpověď z centrálního úložiště v podobě zaslání e-receptu. Následuje správná dispenzační práce a vybrání spoluúčasti. Při nahlédnutí rozhovoru s izraelskými pacienty jsem se přesvědčil, že nejsou nikterak ovlivněni ve výběru lékárny (doplatky jsou všude stejné) a vždy je tak dodržena

zavádění informačních technologií ve zdravotnictví. Na tomto fungujícím systému jsem si ověřil, že proces centralizace informací ve zdravotnictví je trend, který je správný jak z pohledu poskytovatele zdravotních služeb, tak z pohledu bezpečí pacienta. Z pohledu lékárníka jsem se přesvědčil, že i v systému fungující elektronické preskripce je naše role ve zdravotnickém systému nezastupitelná a troufám si říci, že díky postupující elektronizaci ve zdravotnictví bude nadále také u nás posilována. Svou aktivní účastí na misi a zapojením do diskusí s izraelskými kolegy jsem poznal detaily procesu zavedení centralizace informací ve zdravotnictví a mohu konstatovat, že tento proces je v našem oboru nezvratný.

Mgr. Marek HAMPEL
předseda představenstva GML

TAK TO VIDÍM JÁ: Za co všechno může pacient?

Jako pacientka bych se s vámi ráda podělila o své aktuální zážitky z návštěvy jednoho Osteocentra. Byla jsem objednána k lékařce na 9.30 hodin. Před měsícem mi sestra v ordinaci řekla, že musím napřed na rentgen a pak s výsledkem k doktorce, takže jsem pro jistotu přišla na rentgen už v 8.15. Sestra vyjde, dám jí papír, ona nasupeně říká: „Nejste objednaná, vezmu vás na úkor jiných pacientů, jelikož sestra shora mi to nenahlásila.“ Přitom žádný jiný pacient tam nečekal.

No nic. Čekám půl hodiny na rentgen, pak do 9.45 na doktorku. Ta mi chce napsat recept, ale právě zjistí, že nemá tiskárnu. Tak recept vypisuje ručně a prý „Zajděte si s tím receptem na neurologii, tam vám sestra doplní údaje. Jo a ještě vám vytisknou zprávu z vyšetření, když nemám tu tiskárnu“. Na neurologii ale mají jedinou sestru asi pro čtyři lékaře, a ta lítá jak urvaný vagon.

Dobře, jdu tam.

Sestra: „No jo, to nejde, to musíte o patro výše na revmatologii, tam se posadíte, až budu mít čas, tak přijdu a u nich zprávu vytisknu.“ Už se mi, jak se říká, vařila krev, ale nezbyvalo mi, než jít do dalšího patra. Po vytisknutí zprávy a doplnění receptu jdu do lékárny v téže budově. Magistra na to zírá, jak prý paní doktorka mohla tak napsat ten opakovací recept, že by bylo dobré se tam vrátit. Nasadila jsem osvědčený obličej bez reakce, což ona správně pochopila tak, že nikam nepůjdu, vydala mi léky na recept, i na ten opakovací, abych tam nemusela za tři měsíce znovu. Jo a v lékárně jsem zaplatila celých 480 korun.

Až teď jsem si vzpomněla, že u doktorky po mně zapomněli chtít 30 korun. Zvažuju, jestli zrovna do tohoto Osteocentra ještě někdy na vyšetření půjdu. Už minule jsem si všimla, že všude mají otevřené dveře, ostatní pacienti čekající na chodbě všechno slyší, silnější národy dokonce s nezastíraným zájmem sledují, jak sestra bere krev, tak jsem nakonec ráda aspoň tomu, že nemusím do „šampusky“ močit přímo v ordinaci. Sestra mluví s jedním pacientem, do toho stojí ve dveřích jiní a té ubohé jedné sestry pro iks doktorů se jeden přes druhého vypyřádávají na všechno možné. Na to, že žijeme v jednadvacá-

tém století, jde v našich končinách o stále překvapující a podivuhodný jev. Slovy dnešních mladých – prostě maras.

Pak jsem zamířila ještě na ortopedii s notně oteklým kotníkem. Přestože jsem byla objednaná, lékař nejen, že přišel skoro o hodinu později, než mu začíná ordinační doba, ale protože mluví dost nahlas, přes dveře bylo slyšet, jak si drahnou chvíli domlouvá v nějakém servisu opravu auta. Pak požádal hlasitě sestru, aby mu připravila kafe. Když mi nakonec prokázal laskavost a pozval mě do ordinace, na kotník se mi vůbec nepodíval, formálně se zeptal, „Tak jak to vypadá?“, aby mi sdělil, že s ojetým autem se dá zajet do servisu, ale u člověka proti věku není léku. Při té příležitosti mi s taktem sobě vlastním připomněl, že ve dvašedesáti mám být ráda, že vůbec chodím, protože jiní jsou na tom hůř. Do zprávy napsal, že mi doporučuje doma zábalu a jinak že mě prozatím ponechává bez terapie. S blahosklonným pokynutím mě propustil a neodpusťil si odborné doporučení, abych se méně pozorovala.

S bolestivým kotníkem, a zároveň s pocitem hanby, že jiní pacienti mají ještě větší trápení, ale u doktora neotravují, jsem cestou na tramvaj přemýšlela, jestli jsem si neměla rovnou skočit ještě na psychiatrii. V tu chvíli jsem si totiž připadala jako chorobně zahleděná do sebe a vymýšlející si neexistující bolístky, abych na sebe upoutala pozornost.

Pacient má sice možnost vybrat si lékaře, ale co zažívám sama a taky od známých slyším, člověk si moc nevybere. Proč to píšu? Stejně jako celá naše rodina i já velmi dobře chápu, že nic není zadarmo, že pokud chceme kvalitní zdravotnictví, musíme si připlatit. Jenže platíme u lékaře i v lékárnách, přitom doktoři se i nadále cítí nedostatečně zaplacení a dokonce chtějí brát pacienty jako rukojmí a žádat mzdovou a finanční spravedlnost.

Za co všechno může pacient, který platí, ale ani při opravdu hlubokém zamyšlení nepřichází na to, co se za jeho peníze ve zdravotnictví zlepšuje? Může nemocný za to, že se doktoři cítí finančně podhodnocení? Ostatně zdravotníky ty od pacientů vybírané peníze „na dřevo“ nikterak nepolidštily, někdy právě naopak – první dotaz v ordinaci není zaměřen na zdravotní stav, ale na to, jestli nemocný odevzdal sestře třicet korun. V lékárně, kde v poslední době řadu čekajících nevidíte, taky větší ochotu personálu čekáte marně: „Jednu tabletku ráno, jednu večer. Je to všechno?“. A lidi už snad ani s žádným dobrým slovem nepočítají. Všichni jsme nějak duševně okoralí.

Lékárníci jsou biti zleva zprava, protože pacienti nedovedou pochopit, že jim třicetikoruna za položku na receptu nezůstane. Taky ale nedovedou lidem vysvětlit (aspoň tak, aby to obyčejný člověk, nikoliv absolvent matematicko-fyzikální fakulty, pochopil), co všechno tvoří ta částka za položku na receptu. A možná ani sami lékárníci nevědí, kam ty jimi vybrané peníze putují, ačkoliv mi jedna odvážná magistra řekla, že v regulačních poplatcích se skrývá zdražení léků a politici že jsou zbabělci, když to lidem nejsou schopni říct.

Pacienti čekají, že když už platí, zdravotnická péče selepší, a zatím kde nic, tu nic. To jsou ty chvíle, kdy se lidem zdá třicet korun moc. Ještě si rozmyslím, jestli do Osteocentra těch nevybraných třicet korun zanesu.

Pavla S.

(adresa autorky v redakci)

Vážená paní doktorko Skopová,

chtěl bych Vám touto formou poděkovat a vyjádřit souhlas s obsahem Vašeho článku (v ČČL č. 5) „Jak utopit doktora Havlíčka aneb Konec lékárníků v Čechách“. Velmi kultivovaně, objektivně a také s cenným nadhledem doplňujete spíše tendenční a nekorektní příspěvky kolegů Mgr. A. Nedopila a Mgr. M. Hampla.

Jsem stejného názoru, že je nutné konstruktivně pracovat, a ne neefektivně utápět lidskou energii a drahocenný čas v neustálé nutnosti protiargumentace, která je ze strany výše uvedených kolegů zcela zřetelně, dlouhodobě a koncepčně vynucována.

Tímto chci, i veřejně, vyjádřit podporu naší společné práci, tvůrčí empatické atmosféře, morálce, zdravému vzájemnému respektu a úctě na všech úrovních lékárenské odborné veřejnosti.

Mgr. Tomáš VOLNÝ

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Poláková, K.: Účinky topického imunomodulátoru imiquimodu v léčbě aktinické keratózy

Dermatologie pro praxi č. 2/2010

Nemelanomová rakovina kůže (NMSC) je nejčastější kožní rakovinou bílé populace, její výskyt stoupá. Aktinická keratóza je dysplastická léze indukovaná UV zářením. Je považována za skvamocelulární karcinom. Histologicky jde o shluk geneticky poškozených keratinocytů. Nejčastěji se vyskytuje u australské populace (nad 40 let věku až 40–50 %). Klinický obraz tvoří olupující se, často až hyperkeratotické makuly s drsným povrchem. Diagnostikuje se nejlépe palpačně. Na rtech se projevuje jako aktinická cheilitida. Menší léze lze léčit kryoterapií, chirurgickou excizí, laserem, dermabrazí, kytetáží. Používají se i některá léčiva: 5-fluorouracil, 3% diclofenac gel s kys. hyaluronovou. Nově se užívá i 5% imiquimod (Aldara®). Ten se užívá také k léčbě povrchového bazoceleulárního karcinomu a genitálních bradavic. U aktinické keratózy se používá od poloviny roku 2008. Principem léčby je lokální stimulace vrozené i buněčné imunity. Působí agonisticky na tzv. toll-like receptorech. Krém se aplikuje 3x týdně na noc po dobu 4 týdnů. Pokud není efekt dostatečný, druhá kúra následuje po 4 týdnech. Výhodou je vynikající kosmetický efekt.

Sucharda, P.: Farmakoterapie obezity: nadešla postsibutraminová éra?

Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře č. 2/2010

Sibutramin, SNRI, se osvědčil jako centrálně působící antiobezitikum zvyšující pocit nasycenosti. Pozastavení jeho registrace v zemích EU na základě výsledků studie SCOUT, ve které byl podáván rizikovým pacientům, na něž se dosud vztahovaly kontraindikace, se jeví jako dosti problematické. Podstatně se tím omezily terapeutické možnosti u pacientů s nadváhou a obezitou nižších stupňů. K pozastavení registrace došlo v zemích EU, na Islandu a v Norsku 21. ledna 2010. Do té doby neměl žádný šrám na bezpečnostním profilu. Závěrečné hodnocení studie SCOUT (9 800 pacientů) odhalilo 16% nárůst rizika vzniku kardiovaskulárních NŮL u pacientů užívajících sibutramin oproti placebo. CHMP (výbor pro humánní léčivé přípravky při EMA) dospěl k názoru, že přínos sibutraminu jako anorektika nepřevyšuje kardiovaskulární rizika. Americký FDA zahájil proces úpravy indikací léčiva, ale produkt zůstal na trhu. Zajímavé je prohlášení výboru České obezitologické společnosti, jež končí slovy: „Výbor společnosti je přesvědčen, že podávání sibutraminu v souladu s platnými omezeními je pro pacienty přínosem a že bude v nejkratší době opět možné.“

Pozn.: Časopis Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře vydává Medical Tribune pod edukačním grantem společnosti TEVA, lze si jej bezplatně objednat.

Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J.: Paliativní medicína pro praxi Galen, Praha 2007, 362 stran

Trochu se zpožděním představuji tuto ojedinělou publikaci brněnských autorů. Někteří jste již mezitím absolvovali přednášky MUDr. Kabelky na téma paliativní medicína, Praktické lékařství vydalo jeho článek o farmakoterapii v paliativní medicíně.

V úvodu autoři seznamují čtenáře se základními principy a způsobem komunikace v paliativní péči. Speciální část se věnuje nejprve léčbě chronické bolesti pomocí různých metod

– analgetika, anesteziologické, neurochirurgické, radioterapeutické léčebné postupy. Další kapitolkou jsou některé metabolické aspekty pokročilého onemocnění – hyperkalcémie, poruchy metabolismu sodíku, hydratace, poruchy metabolismu glukózy. Následující je věnována příznakům a syndromům, se kterými se můžeme setkat v paliativní péči – anorexie, kachexie, nauzea, zvracení, střevní obstrukce, průjem, zácpa, ikterus, škytavka, ascites, kašel, defekty v ústní dutině, svědění, pocení, únava atd. Pátá kapitola se zabývá vybranými tématy z paliativní onkologie, šestá psychickým poruchám. Sedmá část je výčtem paliativní péče u neonkologických nemocí – neurologických, u chronického selhání srdce, v pediatrii, geriatrici. Osmá část je věnována péči o umírajícího pacienta v terminální fázi onemocnění i péči a podpoře truchlících pozůstalých. Dodatky v deváté kapitole zahrnují etické zásady, právní aspekty, domácí paliativní péči, sociální problematiku, duchovní službu i důležité kontakty na zařízení paliativní péče.

ANOTACE

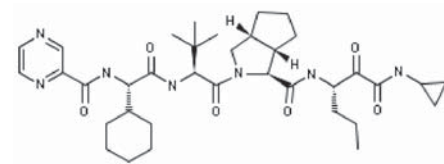
Stránku připravil PharmDr. Pavel GRODZA, panacea@iol.cz

Virus hepatitidy C (HCV) je virus s jednoprovazcovou RNA. Je nejdůležitější příčinou chronické hepatitidy, jaterní cirhózy a hepatocelulárního karcinomu ve vyspělém světě. WHO uvádí, že virem HCV je infikováno 130 mil. lidí na celém světě. Standardní terapii infekce HCV tvoří pegylovaný interferon A s ribavirinem, které mohou být vysoce účinné u pacientů s genotypem 1, většina však

MOLEKULA MĚSÍCE

Telaprevir

Sumární vzorec: $C_{36}H_{53}N_7O_6$



na tato léčiva nereaguje, je tedy velká potřeba vymyslet nové léčebné možnosti.

Peptid NS4A jako kofaktor NS3 hraje klíčovou roli ve vzniku virového polypeptidu. Ačkoli NS3 má proteolytickou aktivitu na sebe sama, rychlost reakce se zvyšuje v případě vzniku komplexu NS3 s NS4A. V kontrastu s tím katalytická aktivita enzymu při absenci NS4A prudce klesá. Kromě toho aktivita NS3/NS4A-proteázy se zdá být příčinou toho, že hostitel není schopen vyvolat vlastní imunitní odpověď. Proteáza NS3/NS4A je považována za slibný cíl léčebné intervence (Thompson, A. et al., J Hepatol 2009, 50(1): 184).

Mezi celou řadou inhibitorů HCV NS3/NS4A-proteázy, které jsou ve výzkumu, se nejslibnějším zdá **telaprevir** (Gentile, I. et al., Curr Med Chem 2009, 16(9): 1115). Látka byla testována v několika velkých klinických studiích. Výsledky fáze IIb, randomizované, částečně dvojitě slepé a placebem kontrolované studie PROVE-3 byly publikovány letos v dubnu v *New England Journal of Medicine*, a ukázaly že léčba **telaprevirem** výrazně zvyšuje setrvalou virovou odpověď (SVR) u nositelů genotypu 1 HCV, kteří nedosahují při standardní terapii SVR. Ve studii 51 % a 53 % pacientů užívajících telaprevir v kombinaci s pegylovaným interferonem a ribavirinem v režimu 24 či 48 týdnů užívání dosahují SVR.

Fáze III nazvaná REALIZE pokračuje u pacientů, u kterých selhala předchozí léčba a hodnotí 48týdenní HCV režim založený na telapreviru, který je přidán v prvních 12 týdnech. Pacienti, kteří nedosáhli SVR v kontrolní větvi studií PROVE-1,2 a 3, byli zařazeni do studie Study 107 založené na telapreviru, jen 9 % pacientů přerušilo léčbu pro výskyt NŮL. V Severní Americe se vývoji věnuje firma Vertex, v Evropě, Jižní Americe, Středním Východě a Austrálii vývoj a komercializaci převzala firma Janssen, v Japonsku a na Dálném Východě je to firma Mitsubishi Tanabe. FDA garantuje „fast-track status“ v USA.

Literatura u autora

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je charakterizovaná neprůchodností (obstrukcí) dýchacích cest, která není plně reverzibilní. Jedná se ve své podstatě o neutrofilní zánět s účastí CD8 cytotoxických T lymfocytů koncových dolních cest dýchacích, konkrétně tzv. malých dýchacích cest s průměrem do 2 mm (obstrukční bronchiolitida), a plicního parenchymu (zánět vede k destrukci stěn alveolů s tvorbou tzv. emfyzému). Asthma bronchiale (AB) se



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

vyznačuje oproti CHOPN zánětem pouze malých dýchacích cest bez ovlivnění parenchymu a převahou eosinofilního zánětu s účastí CD4 T lymfocytů. CHOPN postihuje zhruba 5 % dospělé populace a je čtvrtou nejčastější příčinou smrti. V ČR trpí touto nemocí asi 800 tisíc lidí, mortalita je kolem tří tisíc osob ročně. Na počátku klinického obrazu je kašel, vykašlávání, dýchavičnost, na konci je vývoj chronického plicního srdce s hypertenzí v plicnici a vznikem chronické respirační insuficience. Až z 90 % je příčinou vzniku CHOPN dlouhodobé kouření.

Strategie léčby stabilní CHOPN se mírně liší od strategie léčby asthma bronchiale. CHOPN je dle doporučení GOLD kategorizována do čtyř skupin podle spirometrických hodnot. U CHOPN vždy platí, že poměr FEV1 (usilovně vydechnutý objem vzduchu za 1 vteřinu po podání bronchodilatancia) a FVC (usilovná vitální kapacita plic) musí být menší než 0,70 (= průkaz obstrukce dýchacích cest), kategorie CHOPN jsou určeny konkrétní FEV1 a jejím srovnáním s náležitými hodnotami (NH). U lehké CHOPN je FEV1 > 80 % NH, středně těžké 50 % – 80 % NH, těžké 30 % – 50 % NH a velmi těžké < 30 % NH. Obdobně, asthma bronchiale je děleno také do kategorií podle tíže symptomů. V počátečních stádiích stabilní CHOPN i AB se používají krátkodobě působící beta2-mimetika (SABA; salbutamol, terbutalin, fenoterol), případně krátkodobě působící anticholinergikum ipratropium. U středně těžkého stadia CHOPN se podávají primárně dlouhodobě působící beta2-mimetika (LABA; salmeterol, formoterol) podávaná 2x denně. Novějším přístupem je dlouhodobě působící anticholinergikum tiotropium (LAMA). Inhalační kortikosteroidy (IKS; budesonid, flutikason) jsou indikovány jako add-on terapie („do kombinace“ včetně fixované) až u těžké CHOPN. Naopak u AB jsou inhalační kortikosteroidy preferovány a podávány před LABA. Léčba exacerbací a velmi těžkého CHOPN přesahuje rámec tohoto sdělení.

Z uvedeného je zřejmé, že pro klinický výzkum dlouhodobě působících beta2-mimetik je primární indikací CHOPN, AB je sekundární, nicméně LABA mají nezastupitelnou úlohu i zde. Také by bylo jisté dobré mít účinné beta2-mimetikum podávané (obdobně jako tiotropium) pouze 1x denně. Odpovídajícím „1x denně“ kortikosteroidem do kombinace by mohl být např. ciklesonid nebo mometason. Indakaterol vyplňuje dosud nenaplněnou medicínskou potřebu terapie CHOPN tím, že jej lze podávat 1x denně, což teoreticky zjednoduší režim podávání a lepší compliance. Skupina těchto „ultra-dlouhodobě“ působících beta2-mimetik, jejímž prvním registrovaným zástupcem je indakaterol, byla pojmenována „ultra-LABA“.

Farmakologické aspekty

Stimulací beta2-receptorů sympatiku dochází obecně ke zvýšení intracelulárního cAMP, následně k aktivaci proteinkinázy A, fosfo-

rylaci cílových bílkovin v buňce a k relaxaci hladké svaloviny – dělohy, cév a bronchů. Indakaterol je dlouhodobě působící parciální agonista beta2-receptorů s účinností v nanomolárních koncentracích a s rychlým nástupem účinku, který je pravděpodobně způsobený akumulací indakaterolu v lipidové membráně, přesněji v oblastech tzv. lipidových raftů, neboli v oblastech uložení receptorů v buněčné membráně.

Pro studium délky trvání účinku byl použit bronchus prasete. Nástup účinku (relaxace) byl u indakaterolu zhruba 30 minut, salbutamolu 28 minut, formoterolu 32 minut, kdežto u salmeterolu 169 minut. Trvání účinku bylo u indakaterolu 529 minut, salmeterolu 475 minut, formoterolu 158 minut a salbutamolu 22 minut. Po inha-

Indakaterol

lačním podáním se vstřebá zhruba 43 %, distribuční objem je velký (2 557 litrů), vylučován je především stolicí s poločasem zhruba 2 dny.

Klinické aspekty

Obecně lze konstatovat, že klinické evidence v oblasti CHOPN nejsou postaveny na nejtvrdějších klinických outcomes typu prodloužení života nebo snížení celkové mortality, ale na surrogátových parametrech typu zvýšení FEV1 nebo na zlepšení symptomatiky CHOPN. Podávání indakaterolu vždy statisticky významně zvýšilo FEV1, dokonce vždy více než o 120 ml, což je považováno za klinicky významné zlepšení CHOPN. 300 mikrogramů indakaterolu zlepšilo FEV1 zhruba o 180 ml vs. placebo. Ekvipotentní dávky indakaterolu, salmeterolu, formoterolu a tiotropia lze odhadnout na 1x150, 2x50, 2x12, 1x18 mikrogramů/den. Lze shrnout, že v těchto ekvipotentních dávkách nebyl nalezen klinicky významný rozdíl mezi těmito látkami. Je pravdou, že indakaterol se na první pohled může zdát účinnější než např. tiotropium ve srovnání s placebem (FEV1: 1,46 ml indakaterol, tiotropium 1,42 ml, placebo 1,28 ml = rozdíl oproti placebo 180 ml indakaterol a 140 ml tiotropium), nicméně při pohledu na počáteční FEV1: 1,34, 1,28 a 1,33 ml je jasné, že ke zlepšení „oproti počátečnímu stavu“ došlo více u tiotropia (120 ml vs. 140 ml). Redukce počtu dní špatné kontroly CHOPN je zhruba 10 % (31 dní indakaterol, tiotropium vs. 34 dní placebo za půl roku), dnů bez exacerbace je zhruba o 20 dnů / rok více (80 % indakaterol, tiotropium vs. 75 % placebo).

Kontraindikací je vzhledem k topickému podávání pouze přecitlivělost na účinnou látku. Vzácně může dojít k paradoxnímu bronchospazmu, mírné obezřetnosti je třeba u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (teoretický účinek na beta1 receptorech v srdci po systémovém vstřebání, nicméně indakaterol je vysoce selektivní k beta2 receptorům) a u pacientů s hypokalémií. Mírně se mohou zvýšit hladiny glykémie. V klinických studiích byly nejčastějšími nežádoucími účinky kašel a infekce horních cest dýchacích. Interakce s beta-blokátory či sympatomimetiky jsou nasnadě, zajímavější je úvaha o kontrole draslíku po kalium snižujících lécích – klíčkových diuretikách a steroidech.

Léčivý přípravek obsahující indakaterol se jmenuje Onbrez, dodáván by měl být společností Novartis ve formě tobolek pro jednodávkové zařízení k inhalaci Breezhaler. Obvyklou silou bude zřejmě 150 mikrogramů s možností zvýšení na 300 mikrogramů 1x denně. Indikací v SPC je zatím pouze CHOPN (AB lze očekávat, avšak spíše ve fixní kombinaci s kortikosteroidem?). Řízení stanovení ceny/úhrady dosud nezačalo (k 1. 6. 2010), klíčové pro látku bude, zda bude, či nebude zařazena do referenční skupiny (93/1).

**NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ
LÉČIVÉ ROSTLINY:**

Hamamelis virginiana L.

Hamamelis virginiana L. – vilín virginský, (Hamamelidaceae). Opadavý keř, dorůstající do výšky 5 m. Od září do listopadu se objevují na brachyblastech žluté oboupohlavné květy, tobolky dozrávají až na podzim příštího roku. Tento druh vilínu pochází z východních oblastí USA, kde byl Indiány po staletí považován za posvátný. V Evropě se pěstuje od 18. století jako okrasný keř i léčivá rostlina. Množí se semenem nebo dřevitými řízků.

Synonyma: *Hamamelis androgyna* Walt.

Obecný název: Hexenhasel (něm.), Witch hazel (angl.)

Sbíraná část: cortex, folium.

Droga: *Hamamelidis folium* (uvedeno v ČL 2002), *Hamamelidis cortex*.

Obsahové látky: hlavními obsahovými látkami jsou hydrolyzovatelné i nehydrolyzovatelné (katechinové, kondenzované) trísloviny s obsahem do 10 % v listu i kůře. V listu převládají katechinové proanthokyanidy delphinidinového a kyandinového typu (88,5 %), pouze 1,5 % hydrolyzovatelného hamamelitaninu a volná kyselina gallová (10 %), v kůře naopak převažuje hamamelitanin (66,5 %). Dále v čerstvých listech 0,1 % flavonoidů (astragalín, kvercetin, isokvercitrin,

myricetin-3-glukosid), kyselina chinová (obsah klesá během vegetace od 1,0 % v dubnu po 0 % v září), v květech především flavonoid spireosid (kvercetin-4-glukosid), při analýze silice získané z listů byly nalezeny hlavně alifatické alkoholy, estery, α - a β -jonon, acetaldehyd a jiné látky.

Účinky a použití: v tradiční medicíně se užívají odvary z listu a kůry jako tonikum, k léčbě průjmu, kolitidy a úplavice, dále hemoroidů, silné menstruace, vnitřních i zevních krvácení, vyhrzlých orgánů, očních zánětů, otoků apod. Obě drogy (folium, cortex) jsou součástí kosmetik (šampony, tonika aj.). Zevně se aplikuje také vilínová voda (získávaná ze sušených listů destilací s vodní parou).

Farmakologické studie potvrdily, že adstringentní působení obou drog souvisí s hamamelitaninem a oligomerními proanthokyanidy, které v nízkých koncentracích snižují permeabilitu kapilár a ve vyšších srážejí bílkoviny. Při různých testech byly zjištěny protibakteriální účinky extraktů z listů i kůry, s významným potlačením růstu druhů *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis* a *Enterococcus faecalis*, navíc proanthokyanidová frakce je aktivní vůči viru Herpes simplex typ 1. Antioxidační funkci má hamamelitanin a kyselina gallová, projevuje se zhasením volných radikálů (superoxidový aniont ($\cdot O_2^-$) a hydroxylový radikál ($\cdot OH$)).

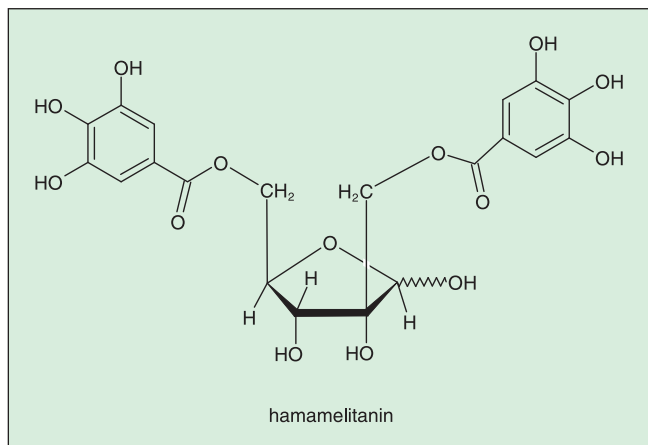
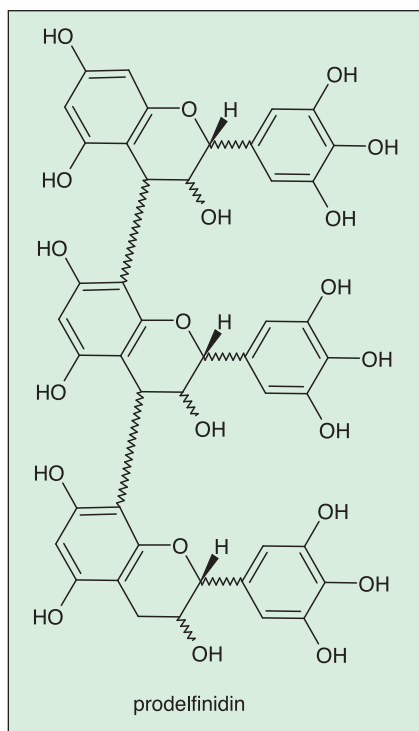
Základem protizánětlivých efektů hamamelitaninu a proanthokyanidů je inhibice aktivity 5-lipoxygenázy. Studie zaměřené na využití mastí z vilínu při léčbě hemoroidů prokázaly významné zlepšení stavu zánětu v porovnání s placebem. Měření povrchové teploty kůže byly ověřeny vazokonstrikční účinky extraktu z vilínového listu. Při testech obou drog nebyla prokázána mutagenita ani kancerogenita. V ČR je k dispozici vilínový list i kůra, ve volně prodejných přípravcích má vilín široké zastoupení, jedná se o prostředky k ošetření dutiny ústní, pokožky (včetně péče o vlasy, akné, strie, povrchové záněty) a křečových žil.

Dávkování: folium – odvar 5–10 g drogy do 200 ml vody, aplikovat formou obkladů.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: podání vyšších dávek může vyvolat nauzeu a obštipaci, při dlouhodobé aplikaci riziko poškození jater. Vzhledem k nedostatku informací nepodávat během těhotenství a laktace.

Interakce: nejsou známy.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK
Obrázek: Wikipedia, vzor: autor
Literatura u autora



S MUDr. I. Tůmou o duševních poruchách a ztracených letech života

Prim. MUDr. Ivan Tůma působí na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové a je asistentem Lékařské fakulty UK v Hradci Králové, nepravidelně přednáší také na hradecké farmaceutické fakultě. Koncem května přednášel v Opavě na Konferenci mladých lékárníků. Doktor Ivan Tůma odpověděl redakci ČČL na následující otázky:

Jaroslava Hořanská

■ **Podle výzkumu v České republice je sedm až osm procent lidí postiženo klinickou depresí. Jak jsme na tom ve srovnání se světem a konkrétněji s ostatními postkomunistickými zeměmi?**

Čísla, které uvádíte, se týkají výskytu depresivní poruchy, respektive depresivní epizody při periodické depresivní poruše v populaci. Prevalence této klinicky nejzávažnější formy depresivní poruchy je přibližně stejná po celém světě a pohybuje se v měsíční prevalenci mezi 6–8 procenty. V tom se ČR neliší od ostatních zemí včetně zemí, které jsou někdy označovány jako postkomunistické. Je však třeba dodat, že klinicky významné nejsou pouze deprese v rámci diagnostické jednotky depresivní porucha (periodická depresivní porucha). Deprese mohou být organické (například jako jeden z následků po poranění mozku nebo po cévní mozkové příhodě nebo při demenci nebo hepatitidě a také při mnoha jiných tělesných chorobných stavech), mohou být reakcí na akutní stres nebo adaptační poruchou při závažných osobních, sociálních a pracovních problémech. Deprese může být také vyvolána užíváním psychotropních návykových látek včetně alkoholu.

■ **Dochází k poklesu sebevraždnosti v souvislosti se spotřebou antidepresiv, tzn. s efektivitou záchytu duševních chorob?**

Antidepresiva nejsou primárně antisuicidální léky. Prokazatelně antisuicidální efekt mají mezi psychofarmaky pouze lithium a klopazin.

Existují důkazy z epidemiologických studií o vztahu mezi spotřebou antidepresiv a sebevraždností. Depresivní porucha je spojena s poměrně vysokým rizikem suicidálního jednání. Sebevraždou zemře 15 % nemocných s touto afektivní poru-

chou. Správná léčba depresivní poruchy by tedy měla vést ke snížení rizika sebevraždy. Jiná epidemiologická šetření (například v Itálii) tento předpoklad nepotvrdila.

Vztah antidepresiv a sebevraždného jednání je komplikovanější. V roce 2003 americký lékový registrační úřad FDA varoval před preskripcí antidepresiv u dětí vzhledem k riziku sebevraždného jednání. Impulzivní sebevraždné jednání bylo kasuisticky popsáno u mnoha antidepresiv na počátku léčby. Teoreticky je tento jev vysvětlován částečným zlepšením deprese v její volní složce (odezní apatie) dříve, než dojde ke zlepšení prožitku nálady. Deprese v takovém období trvá, trvají sebevraždné tendence, a přitom nemocný získává energii k jejich pro-

vedení. Tato teoretická úvaha však nebyla objektivně ověřena. Někteří autoři spojují riziko sebevraždy na počátku antidepresivní léčby s nežádoucím účinkem vnitřního akathizického neklidu, který může být některými antidepresivy vyvolán. Jiným teoretickým vysvětlením je součet aktivačního vlivu antidepresiva a impulzivní jako osobnostního rysu. Z hlediska suicidálního jednání není rizikový jen počátek léčby antidepresivy, ale také jejich náhlé vysazení a navození syndromu z vysazení.

SÚKL podobně jako zahraniční regulační orgány vydal v roce 2005 následující opatření: všechna antidepresiva musejí být výrobcem opatřena varováním před možností indukce sebevraždného jednání nebo sebepoškození, úzkosti,



Foto: Jiří KOTLÁŘ

akathizie, agitovanosti, hostility a nespavosti. Zdůrazněna je potřeba edukace pacientů i rodinných příslušníků. SSRI (s výjimkou fluoxetinu) a SNRI antidepressiva by neměla být podávána dětem a dospívajícím mladším 18 let.

Přes uvedené riziko je nutno zdůraznit, že přínos antidepressiv při léčbě psychických poruch obecně převažuje nad jejich nežádoucími účinky včetně zmíněného rizika indukce sebevražedného jednání.

■ **Drogová závislost a z ní vyplývající destruktivní jednání mohou často určovat klinický obraz pacienta, a tím zastírat symptomy duševní choroby. Projevují se symptomy, které drogy potlačovaly, během abstinence a substituční léčby poruch?**

Tento problém v klinické praxi existuje a bohužel v souvislosti s rozšířením drog je stále častější. Diferenciálně diagnostické rozlišení toxické psychózy a schizofrenie je nejsložitější u prvních epizod schizofrenie. Ani pozitivní toxikologický nálezný v krvi a moči nemůže vyloučit rozvoj první epizody schizofrenie, kdy by droga mohla být pouze spouštěcím faktorem. Symptomatické schizofrenie podobat. V případech prvních psychotických epizod jsou obvykle diagnosticky důležitými faktory čas a rychlost odeznívání psychotické symptomatiky. Velmi užitečná je v takových případech také referenční anamnéza poskytnutá rodinou.

Drogy jsou z počátku (než dojde k rozvoji závislosti) často užívány ke korekci některých psychopatologických příznaků (úzkost, dysforie, nedostatek volní aktivity). Po vysazení drog se proto v rámci odvykacího stavu tyto příznaky projeví s větší intenzitou. Mnoho pacientů v dlouhodobé odvykací nebo substituční léčbě musí být léčeno pro komorbidní psychické poruchy – většinou poruchy nálady, úzkostné a neurotické poruchy nebo poruchy spánku. V rámci odvykacího stavu se někdy objeví zcela nové příznaky, jako jsou například komplexní halucinace více smyslů u alkoholového deliria tremens.

■ **Léčba bipolární afektivní poruchy využívá širokého spektra farmak, jako lithium, antikonvulziva, antidepressiva, anxiolytika a další, a také typická i atypická antipsychotika, jako jedna z mála vhodných alternativ. Jsou ale účinná i k prevenci relapsů a udržení dlouhodobé remise?**

Na základě důkazů z registračních klinických kontrolovaných studií byla v ČR

rozšířena indikace u antipsychotik druhé generace olanzapinu a quetiapinu o prevenci recidivy (rekurence) u pacientů s bipolární poruchou, u kterých léčba manické epizody olanzapinem byla účinná a u nichž manická nebo depresivní epizoda odpovídala na léčbu quetiapi- nem.

V praxi jsou antipsychotika druhé generace v léčbě bipolární poruchy podávána obvykle v kombinaci s klasickými stabilizátory nálady (lithium, antikonvulziva). Zatím je málo klinických zkušeností s monoterapií těmito látkami v thymoprofylaktické indikaci.

■ **Je těžké poznat depresi u pokročilé demence? Pomohou zde antidepressiva typu SSRI?**

Diferenciální diagnostika deprese a demence je někdy obtížná v časných stadiích demence. Deprese vede k funkčnímu a organickému (přechodnému) poškození mozku. Organické poškození mozku při depresi souvisí s poškozením a ztrátou neuronů a nedostatečnou tvorbou nových neuronálních buněk. Kognitivní deficit při depresi se projevuje poruchami soustředění, paměťových a rozhodovacích (exekutivních) funkcí. U pokročilé demence může být obtížné depresi rozpoznat, jsou-li příznaky poruchy nálady překryty deteriorací intelektu. Úzkostná deprese může být nerozpoznána při behaviorálních poruchách při demenci.

Antidepressiva skupiny SSRI (s výjimkou paroxetinu) jsou při léčbě deprese u demence nevhodnější vzhledem k šetrnému profilu jejich nežádoucích účinků. Naopak zcela nevhodná jsou tricyklická antidepressiva pro jejich anticholinergní nežádoucí účinky.

■ **Jak velká (malá) je naděje, že se schizofrenní pacient pomocí farmak zcela vyléčí?**

Ilustrativním důkazem možnosti uzdravení se ze schizofrenie je osud nositele Nobelovy ceny Johna Forbese Nashe Jr., který s nemocí 30 let bojoval. Jeho životní příběh byl inspirací filmu „A Beautiful Mind“ s Russelem Crowem v hlavní roli. Obecně se uvádí, že po 10 letech nemoci je asi 50 % nemocných ve stavu plné nebo částečné údravy. Částečné uzdravení umožňuje dobré fungování v životě i přes přítomnost reziduálních příznaků. Zlepšeno s potřebou kontinuální terapeutické a sociální podpory je po 10 letech nemoci zhruba 25 % nemocných, 15 % pacientů trpí chronickou formou schizofrenie, která nedostatečně reaguje na léčbu, a tyto nemocní často vyžadují dlouhodobou

ústavní péči. Zbývajících 10 % nemocných je ohroženo sebevražedným jednáním. Nejrizikovější období z hlediska sebevraždy je první rok nemoci, kdy pacient, částečně zlepšen, si začne uvědomovat změnu v životních očekáváních a možnostech a propadá beznaději.

Mezi nepříznivé prognostické faktory patří nízký věk při první epizodě, plíživý rozvoj příznaků první epizody, velká časová prodleva mezi prvními příznaky a začátkem farmakologické léčby, komorbidní zneužívání alkoholu a drog (včetně kanabinoidů), sociální izolace, převaha negativních a kognitivních příznaků a nonadherence k léčbě.

Prognosticky příznivými faktory jsou rychlý rozvoj první epizody s dobrou odpovědí na antipsychotickou léčbu, dostupnost kontinuální péče, adherence k léčbě, absence negativních a kognitivních příznaků a dobrá podpora rodiny.

Naděje na příznivý průběh léčby schizofrenie lze zvýšit (vedle kontinuální farmakologické terapie) psychoedukací nemocných i rodiny, psychologickou a sociální podporou, rehabilitací včetně nácviku sociálních dovedností.

■ **Řada praktických lékařů je přesvědčena, že zejména lidé s neurotickými příznaky užívají zbytečně mnoho psychofarmak. Často také pacientům, kteří už na sobě žádné potíže nepozorují, doporučí, aby léky vysadili. Nevede to ale k opětovnému výskytu příznaků?**

Většina pacientů s neurotickými a úzkostnými obtížemi nemusí užívat psychofarmaka celoživotně. O jejich vysazování by se měli poradit se svým ošetřujícím lékařem. Vysazování některých antidepressiv a také anxiolytik je spojeno s takzvaným syndromem z vysazení (někdy jsou to neočekávané chřipce podobné obtíže) nebo s rebound fenoménem (znovu se objeví příznaky lékem potlačené). Pokud je vysazení indikováno, mělo by být prováděno postupným snižováním dávek léků. U nemocných s vážnějšími duševními poruchami a chorobami je často doporučováno dlouhodobé, někdy celoživotní užívání léků. Jejich vysazování samotným nemocným proti radě lékaře (non-adherence) často vede k relapsu choroby. U těchto nemocných však mohou nastat situace, kdy je nutno vysazení léků zvážit (těhotenství, kojení, somatická komorbidita). V případě ošetřování praktickým lékařem je v takové situaci vhodné konzultovat psychiatra.

(Pokračování na další straně)

(Dokončení z předchozí strany)

■ Četla jsem názor jednoho psychiatra, že „...náš systém vnučuje vážně psychicky nemocným lidem život doma na krku rodičům bez podpory komunitních služeb, v případě relapsu hospitalizaci ve vzdálených psychiatrických léčebnách. Po letech buď končí jako nepropustitelní pacienti v léčebnách, nebo po ztrátě domácího zázemí jako bezdomovci.“ Pokud je to pravda, je to skutečně jen

výsledek podfinancování psychiatrické péče v České republice?

Popsaný nepříznivý scénář života vážně psychicky nemocného se bohužel může u některých nemocných naplnit. Je také skutečností, že komunitní psychiatrická péče není ve všech částech ČR vybudována nebo není dostatečně funkční. Bylo by však nesprávné výše uvedené tvrzení generalizovat. Jako příklad dobře fungující komplexní péče o duševně nemocné bych uvedl region Pardubicka a Královéhra-

decka, které osobně dobře znám. V těchto regionech je dostatečná síť psychiatrických ambulancí (převážně provozovaných soukromými lékaři), jsou zde dvě velká psychiatrická lůžková nemocniční oddělení (Hradec Králové, Pardubice) a tři menší nemocniční lůžková oddělení (Jičín, Nové Město nad Metují a Svitavy). V regionu je rovněž umístěna menší psychiatrická léčebna pro dlouhodobější péči v Žamberku. Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové je umístěna v nové budově (otevřená v lednu 2009) a poskytuje zvláště pro hospitalizované nemocné nadstandardní péči (http://bydleni.idnes.cz/nova-krasna-budova-psychiatrie-prvni-u-nas-od-roku-1965-p0i-architektura.asp?c=A091020_144219_architektura_rez). Nemocní mají k dispozici jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zázemím na každém pokoji. K dispozici pacientům je rehabilitační centrum kliniky a v případě potřeby služby Oddělení sociální péče FN. Klinika nabízí doléčování v denním stacionáři a ve specializovaných ambulancích pro psychotické poruchy, afektivní poruchy a poruchy spánku. V obou regionech je dobře fungující komunitní psychiatrická a sociální péče o chronicky nemocné invalidizované pacienty. Komunitní péče je zajišťována občanským sdružením Péče o duševní zdraví (<http://www.pdz.cz/hlavni.php?stranka=publikace>). Komunitní péče nabízí osobní asistenci, denní stacionář s rehabilitačním a resocializačním programem, chráněnou práci a nyní je budováno chráněné bydlení. V případě, že nemocný potřebuje dlouhodobou lůžkovou péči, jsou pro oba regiony k dispozici spádové psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě a v Kosmonosech. Pro většinu našich psychicky vážně nemocných pacientů, kteří potřebují psychiatrickou péči, teze uvedené v otázce neplatí.

Podfinancování psychiatrické péče je však smutnou skutečností českého (podfinancovaného) zdravotnictví. Kvůli nespokojivému stavu psychiatrie přijal výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP takzvaný Národní psychiatrický program 2007. Mezi hlavní cíle patří právě zajištění financování oboru, které by mělo být srovnatelné s ostatními evropskými státy. Duševní poruchy představují velkou zátěž pro ekonomiku, pacienta i společnost. Ve statistice, která uvádí takzvaný počet ztracených let života, stojí celosvětově duševní poruchy na prvním místě společně s nemocemi kardiovaskulárními.

Na FaF VFU Brno se 3. června uskutečnil Květinův den

Na Farmaceutické fakultě VFU Brno se 3. června uskutečnil nultý ročník mezioborového semináře mladých farmakologů a toxikologů, který byl pořádán u příležitosti 80. narozenin profesora Jaroslava Květiny – jednoho ze zakladatelů československé experimentální farmakologie a evropské klinické farmacie.

Květinův den neboli 0. ročník mezioborového semináře mladých farmakologů a toxikologů je pojmenován po významné osobnosti české farmakologie, prof. RNDr. Jaroslavu Květinovi, DrSc., Dr.h.c. (na snímku s proděkanou fakulty PharmDr. ing. Radkou Opatřilovou, Ph.D.). Ten byl mimo jiné iniciátorem vzniku královéhradecké Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy a jejím prvním děkanem. Je nositelem řady státních a zahraničních ocenění za svou celoživotní práci v oblasti farmakologického výzkumu a vzdělávání. Od založení Farmaceutické fakulty VFU Brno v roce 1991 se zde aktivně podílí na výuce farmakologie a toxikologie.

Seminář pořádal Ústav humánní farmakologie a toxikologie FaF především pro mladé vědecké pracovníky zabývající se experimentální farmakologií, klinickou farmakologií, toxikologií a dalšími příbuznými obory.

„Právě propojenost a spolupráce napříč biomedicínskými obory je u těchto konferencí a seminářů vzácně se vyskytujícím rysem,“ říká doc. MVDr. Pavel Suchý, Ph.D., přednosta ústavu a dodává: „Proto jsme se rozhodli zorganizovat mezioborový seminář, který by tento stav reflektoval.“ (dop)



Po zkouškovém období přijdou zas dnové...



...s lepšími vyhlídkami. Naposledy vybírám vhodnou třenku s těrku a snažím se vytvořit tekutý záryp, který jsem dostala na zápočtový recept. Je to také naposled, co beru do ruky pipetu a přidávám činidla ke vzorku, který mám analyzovat... Kroužkuju poslední odpovědi u zápočtových testů... Hotovo. A tím to pro tento semestr končí.

Člověk (rozuměj student) pak vyrazí z plic oddechnutí, ale současně s ním se mu do dechu vtlačí i výrazné povzdechnutí. Odechnutí z toho, že už to má všechno z krku, a povzdechnutí nad tím, co bude následovat.

A pokud si aspoň trochu vzpomínáte na svá univerzitní léta, dovzpomenete se, že tím následujícím není nic jiného než šest týdnů, které jsou oficiálně nazývány zkouškovým obdobím.

Zkouškové... to, co nám pracující kamarádi závidí, rodiče povětšinou dohání k lehké nervozitě z dlouhodobějšího pobytu ratolesti doma a to, co nás všechny tak nebaví. Jedna z nejhorších věcí je, že zatímco my, vzdělávání letněsemestrových patnáct týdnů, začínáme se zkouškami v době, kdy se studenti jiných univerzit (s krásnými dvanácti týdny výuky), už pomalu chýlí ke konci toho všeho pozdvižení. A to se pak s těžkým srdcem a „trochou“ závidivosti kouká v tramvajích na rozveselené kolegy studenty, kteří zcela

jistě nemají kruhy pod očima po noci probdělé nad učením a s nesmírným přemáháním a sebezapřením se odmítá pro-

cházkou do osvěžoven všeho druhu, výlety na festivaly nebo jakákoliv jiná činnost nezahrnující četbu skript... Samozřejmě, člověk je jenom člověk a ne jeden z nás podlehne tomuto vábení a je nemilosrdně polapen v některé z těchto pastí.

Na(ne)šťěstí pro nás, ne vždy se to člověku vymstí, a pak je o to horší nepodlehnout znovu.

Zdá se to dost, šest týdnů, ale pravdou je, že někdy je to proklaté málo. Než se člověk stihne rozkoukat a zvyknout si na to, že už by bylo záhodno začít se učit, najednou zjistí, že je týden pryč, aniž si

toho stačil povšimnout, a s tím se dostává stres a shon a jde to všechno ráz na ráz.

V průběhu jednotlivých týdnů student chřadne a chřadne nad knihami a se stále se zvyšujícími venkovními teplotami má křivka morálky učení klesající charakter a nastupují různé formy prokrastinace (aneb co můžeš udělat dnes, odlož na pozítří a máš dva dny volna).

Tím, co nás ale drží stále na té správné hladině duševního zdraví, je fakt, že všechno, tedy i zkouškové, prostě musí

ZKOUŠKY JSOU HROZNÉ I PRO NEJLÉPE PŘIPRAVENÉHO, PROTOŽE I TEN NEJVĚTŠÍ HLUPÁK SE MŮŽE TÁZAT VÍC, NEŽ MŮŽE NEJMOUDŘEJŠÍ ODPOVĚDĚT.

Charles Caleb Colton

jednou skončit, a že pak přijdou dnové s lepšími vyhlídkami.

Potom už zbývá zbavit se závislosti na kofeinu či pomalu vysazovat antidepresiva, ti, kteří jsou jako já a nejhodnější dobu pro učení mají mezi jedenáctou a třetí hodinou ranní, si vyladí biorytmy na tu správnou hladinu, doženou spánkový deficit, začnou normálně jíst a na všechny se zase usmívat. A to co následuje je ten pravý studentský život. Vivat!

Jana VEDROVÁ
šéfredaktorka časopisu Spiritus
vydáváného USF Brno

XXVI. Lékařnické dny 8.–10. října 2010

Zveme vás na Lékařnické dny, které se konají v Národním domě ve Frýdku-Místku.

Uskuteční se na téma:

Farmakoterapie metabolických onemocnění, současné lékárenství

Program:

- 8. 10. ve 20.00 hod.: koncert houslového virtuosa Alexandra Shonereta
- 9. 10. od 8.30 do 18.00 hod.: odborný program • od 20.00 hod. společenský večer
- 10. 10. od 9 do 12.00 hod.: odborný program, panelová diskuse

Příhlášky: poštou, faxem, e-mailem: PharmDr. Pavel Grodza, Lékárna Panacea, Jičínská 54, 742 58 Příbor, fax: 556 722 061, panacea@iol.cz,

on-line na adresách: www.pharma-apatykar.cz, www.cfs-cls.cz

Noclehy si zajišťují účastníci sami v zmluvených hotelích s kontakty na výše uvedených stránkách.

Hlavním sponzorem je Phoenix, Lékařenský velkoobchod a.s.

Promovali jsme před 15 lety, sejdem se letos v říjnu

Sraz absolventů Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové (rok promoce 1995) se uskuteční 9. října 2010 v Hradci Králové v Hotelu U Zezuláků.

Občerstvení a ubytování bude zajištěno, účast nahlaste nejpozději do 31. července na kontaktní adresu stouracm@post.cz. Veškeré další informace dodáme e-mailem.

Na setkání se těší Martin Štourač a Aleš Krebs

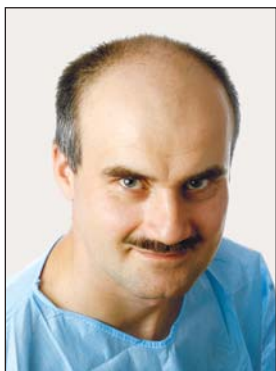
Nezapomeňte na naše setkání v Bratislavě!

Jak jsme upozorňovali už v květnovém vydání ČČL, na říjen letošního roku se připravuje setkání kolegyní a kolegů, kteří ukončili studium farmacie v roce 1973 na bratislavské Farmaceutické fakultě Univerzity Komenského. Sejdeme se 8. října v restauraci U dvou levov (bývalá Polovníčka) v Bratislavě.

Nezapomeňte poslat své kontaktní údaje na adresu:

Prof. RNDr. Daniel Grančai, CSc., Farmaceutická fakulta UK Bratislava, katedra farmakognózie a botaniky, ul. Odbojárov 10, 832 32 Bratislava, tel.: 00421 250 117 170, e-mail: grancai@fpharm.uniba.sk nebo: Doc. RNDr. Eva Sedlářová, CSc., Farmaceutická fakulta UK Bratislava, katedra farmaceutickej chémie, ul. Odbojárov 10, 832 32 Bratislava, tel.: 00421 250 117 228, e-mail: sedlarova@fpharm.uniba.sk

Účinnost silic a silikonového oleje při zavšivení



Mgr. Tomáš Volný

Při zavšivení (pedikulóze) jsou nutná důsledná karanténní opatření vztahující se na celou rodinu nebo kolektiv. Člověk je jediným doposud známým hostitelem vši, dospělí jedinci sají několikrát denně ve vlasové části hlavy krev, ranky po bodnutí a rozškrábání mohou být zdrojem zánětlivých a infekčních komplikací. Mimo hostitele bez potravy přežívají asi jeden den, samičky se dožívají až jednoho měsíce, přežívají běžné mytí a jiné kosmetické úpravy vlasů. Karanténní opatření jsou obvykle doplněna lokální aplikací přípravků s obsahem syntetických pyrethroidů nebo přírodních pyrethrinů (insekticidní účinnost), silic a terpenických látek (repelentní až slabě insekticidní účinnost) nebo silikonového oleje (fyzikální účinnost). Aplikace pyrethroidů (permethrin aj.) a pyrethrinů (jasmoliny, cineriny, pyrethryny aj.) značně omezuje riziko systémového toxického účinku na nervový systém vedoucí k hyperexcitaci, a poměrně vysoký alergenní potenciál, výraznější u přírodních než u syntetických pyrethroidů. U přírodních se experimentálně potvrzuje výraznější tendence k fotoalergickým reakcím při aplikaci na kůži. Pyrethryny si naopak uchovávají insekticidní účinnost i v případě parazitů rezistentních na permethrin. Toho lze do určité míry využít spíše při aplikaci ve formě insekticidních postřiků, k impregnaci moskytíer nebo na vrchní vrstvy oděvu, a to zejména proti komárům a jinému bodavému a savému hmyzu.

Lokální aplikace pyrethrinů a pyrethroidů při zavšivení je provázena řadou omezení a je výhradně určena pro kategorii léků.

Parazitární onemocnění vši hlavovou (veš dětská, *Pediculus capitis*) je v naší společnosti stále aktuální téma. Významnou měrou může být příčinou také rozvoj rezistence vši proti pyrethroidům (mezi nejčastěji aplikované v humánní praxi patří permethrin). Rezistence savého a bodavého hmyzu (včetně komárů) na permethrin je mnohem rozsáhlejší problém. Výzkumná a vývojová pozornost je proto věnována širšímu okruhu potenciálně účinných látek aplikovaných v kombinaci s permethrinem, nebo samostatně.

Odlišnou strategií je aplikace rostlinných silic s vysokým obsahem terpenických látek (např. alpha-pinen, beta-pinen, camphen, pinocamphon, limonen, gamma-terpinen, beta-ocimen aj.). Podle prokázané repelentní účinnosti silic a terpenických látek proti všim je důležitý zejména obsah 1,8-cineolu, kde byl dále zjištěn i mírný insekticidní účinek. Částečně je vysvětlen inhibicí enzymu acetylcholinesterázy.

Prokázaná repelentní účinnost silic

Repelentní účinek proti všim byl experimentálně prokázán při lokální aplikaci eukalyptové silice (*Eucalyptus sideroxylon*, *E. globulus*), silice z čajovníku australského (*Melaleuca alternifolia*), silice z *Cinnamomum zeylanicum*, peppermintové silice (*Mentha pulegium*), silice extrahované z kořene *Hedychium spicatum*, silice extrahované z listu *Lippia multiflora*, anýzové silice (*Pimpinella anisum*), silice z plodu *Melia azedarach*, silice z květů *Eugenia caryophyllata*, levandulové silice (*Lavandula spica*) a u bazalkové silice (*Ocimum basilicum*). V případě silice z kořene *Hedychium spicatum* byla v podmínkách *in vitro* prokázána i pedikulocidní aktivita u 1,2 a 5% koncentrace silice. Pedikulocidní aktivita byla průkazně vyšší než u přípravku s 1% obsahem permethrinu. Pedikulocidní aktivita byla signifikantně v podmínkách *in vitro* potvrzena také u 5 a 10% koncentrace levandulové silice a silice z čajovníku australského. Tak vysoké koncentrace prokazatelně zabily dospělé jedince i vajíčka vši, ale v místě aplikace pravděpodobně dochází k podráždění, bolestivosti až znečistlivění kůže. Většina experimentů probíhala u vši mimo lidský organismus,

nebylo tedy možné sledovat vliv pedikulocidních koncentrací silic na kůži a přilehlé sliznice. Pro nedostatek klinických zkušeností je vhodné lokálně do vlasové části hlavy aplikovat přípravky s maximálně 1–2% koncentrací silic s očekáváním převážně repelentní účinnosti. Jako bezpečná a vhodná aplikační forma se na základě současných zkušeností jeví forma šampónů, kde kombinace následného smytí silic vodou s tenzidy a jejich rychlá biodegradovatelnost zajišťuje akceptovatelnou bezpečnost při aplikaci do kůže. Na druhou stranu lze očekávat jen krátkodobou repelentní účinnost s nutností opakované aplikace. To potvrzuje prozatím ojedinelá randomizovaná, dvojité zaslepená, placebem kontrovaná klinická studie, kdy na souboru 103 dětí sledovaném po dobu 4 měsíců byl signifikantně potvrzen pozitivní vliv repelentního účinku opakovaně aplikované citronelové silice na opakované zavšivení.

Fyzikální účinek silikonového oleje

Podle několika kvalitních klinických průkazů, že aplikace lotia se 4% koncentrací silikonového oleje do kůže po dobu 8–12 hodin v průběhu noci vede k prokazatelnému odstranění vši a k omezení opakovaného zavšivení. Autoři studií účinek vysvětlují zablokováním dýchacího traktu vši, fyziologickým stresem, který vede k její imobilizaci a usmrčení. Značnou výhodou je velmi nízký výskyt toxických a vedlejších nežádoucích účinků. Naopak komplikovaná a nepraktická je samotná aplikace (nutnost setrvávání lotia ve kšticí po dobu 8–12 hodin) a potřeba opakované aplikace, protože zábal se silikonovým olejem nezabíjí vajíčka vši. K dispozici je také studie s obdobnou lokální aplikací přípravku s 92% koncentrací silikonového oleje, její výsledky popisují spolehlivější pedikulocidní účinek. V praxi bylo velmi dobrých výsledků dosaženo kombinovanou lokální aplikací zábalu kštic se silikonovým olejem a insekticidním přípravkem s 1% koncentrací permethrinu.

Autor je klinický farmaceut, vedoucí aplikovaného výzkumu a vývoje Institutu (reference jsou uloženy u autora).

LÉKÁRNICKÉ POHÁDKY

Připravujeme vydání nové
zábavné a naučné počítačové hry
pro děti, z lékárenského prostředí!

Registrováno: MK ČR E 15540, tel./fax: 595 782 637, mobil: 721 305 718, e-mail: k.babisova@lekarnickepohadky.cz
 Generálním partnerem projektu je společnost APOTEX (ČR), Partnerem projektu je IINSTITUT
 Projekt je přímo podporován českými lékárníky

Režim základního vzdělání v oboru Farmaceutický asistent prošel v posledních letech několika změnami, v současnosti má podobu pomaturitního studia. O bližší informace jsem požádal PaedDr. Moniku Montfortovou, ředitelku Vyšší odborné školy (VOŠ) MILLS v Čelákovících.

ROZHOVOR

■ Jaké formy studia škola MILLS nabízí?

Naše škola od školního roku 2005/06 otevírá každoročně studium oboru Diplomovaný farmaceutický asistent v denní i v dálkové formě, od školního roku 2010/11 ve formě kombinované.

■ Kombinovaná forma tedy nahrazuje dálkovou formu?

Ano, od školního roku 2010/11 je vzdělávací program Diplomovaný farmaceutický asistent nově akreditován v kombinované formě, aby tak bylo vyhověno terminologii školského zákona a současně vyhlášce č. 39/2005 Sb. o stanovení minimálních požadavků na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Na organizaci studia v této formě se na naší škole nic podstatného nezmění. Konzultace budou jako v minulých letech jednou měsíčně v pátek, sobotu a neděli a požadované hodiny odborné praxe budou studenti plnit v průběhu týdne mimo konzultace.

■ Jaké podmínky musí splnit uchazeč o přijetí do 1. ročníku?

Podmínkou pro přijetí je maturita a potvrzení o zdravotní způsobilosti ke studiu. Příjímácké zkoušky se nekonají. Domnívám se, že šanci studovat zvolený obor by měli dostat všichni uchazeči a je dále na nich, zda studijní požadavky tohoto vzdělávacího programu zvládnou.

■ Kolik semestrů zahrnuje výuka?

Obě formy studia jsou tříleté a zahrnují šest semestrů, na VOŠ nazývaných období. Pojetí studia je tudíž vysokoškolské, zahrnuje teoretickou a praktickou přípravu ve škole, odbornou praxi, samostudium a přípravu na zkoušky a zkuškové období.

■ Můžete přiblížit předměty obecného i speciálního zaměření?

Učební plán zahrnuje angličtinu, němčinu, ruštinu, včetně základů latiny. V rámci studia se rozvíjí počítačová gra-

motnost studentů, výuka je zaměřena na lékárenské programy a využívání IKT v praxi farmaceutického asistenta jako zdroje informací. Studenti dále získávají vědomosti z anatomie, fyziologie, patologie, mikrobiologie, psychologie a komunikace, veřejného zdravotnictví, výchovy ke zdraví, výživy člověka, první pomoci, radiologie. Nejpodstatnější část učebního plánu tvoří odborné předměty chemie a biochemie, farmakologie, analýza léčiv, farmaceutická botanika, farmakognózie, chemie léčiv, příprava léčiv, laboratorní technika, výdejní činnost, zdravotnické prostředky.

přestavuje o něco více než jednu třetinu celkové studijní zátěže.

Odbornou praxi na naší škole, která probíhá ve všech třech ročnících, máme smluvně zajištěnou na kvalitních prověřených pracovištích, přednostně v nemocničních lékárnách. Pracoviště jsou volena tak, aby se studenti v průběhu studia seznámili se všemi činnostmi, se kterými se mohou v budoucnu setkat. Ověřili jsme si, že je také velmi důležité být v kontaktu s pracovišti, osobně je navštěvovat a získávat tak zpětnou vazbu, na jejímž základě lze proces praktického vyučování zdokonalovat.

Placení školného ukončení studia rozhodně nezaručuje



Do učebního plánu kromě povinných předmětů škola zařazuje předměty volitelné, kterými reagujeme na požadavky praxe a na potřeby studentů. Jde např. o předměty jako veterinaria, volně prodejná léčiva, homeopatika, toxikologie, imunologie, seminář z chemie, konverzace v cizím jazyce apod.

■ Je škola zaměřena dostatečně prakticky?

Rozhodně ano a myslím si, že právě praktické zaměření výuky na VOŠ je jejich velkou devizou. Studenti v průběhu studia musí absolvovat praktickou výuku ve škole a odbornou praxi. V nově akreditovaném vzdělávacím programu DFA v denní formě, který se příliš neliší od programu dobíhajícího, je např. celkem 1 215 hodin praktického vyučování, což

Velké nároky klademe i na kvalitu pedagogického sboru, jeho odbornost a kontakt s praxí. To je i důvod a současně z našeho pohledu i přednost naší školy, že velká většina našich vyučujících jsou externisté, kteří studentům předávají nové aktuální poznatky z oblasti farmacie a dění ve zdravotnictví.

■ Z čeho se skládají a jak probíhají závěrečné zkoušky?

Studium je zakončeno absolutoriem, které se skládá z odborné zkoušky z jednoho cizího jazyka, z obhajoby absolventské práce a z teoretické zkoušky ze tří odborných předmětů, příprava léčiv, farmakologie, a třetí si studenti volí mezi farmakognózi a analýzou léčiv. V nově

(Pokračování na další straně)

(Dokončení z předchozí strany)

akreditovaném vzdělávacím programu, podle kterého se začne vzdělávat v příštím školním roce, si studenti budou volit třetí předmět mezi farmakognózií a lékárenstvím.

Velkou pozornost věnujeme již tradičně absolventské práci, jako součásti absolutoria, od zadání tématu přes projekt až po její konečné odevzdání.

■ Dokážou všichni zájemci zdárně dokončit studia?

Jsem ráda, že jste mi tuto otázku položil, protože někdy se mezi veřejností objevuje názor, že na soukromé škole si studenti placením školného zajišťují i její úspěšné dokončení. Na naší škole tomu tak rozhodně není, studium je poměrně

náročné a nejvíce studentů odchází zejména v 1. ročníku dálkové formy.

■ Často se diskutuje o možnosti zřízení bakalářského studia oboru farmaceutický asistent.

Diskusi o budoucnosti studia tohoto oboru a dalších oborů, které vzdělávají nelékařské zdravotnické pracovníky, pozorně sledujeme, protože se od ní částečně odvíjí i budoucnost naší školy s 18letou tradicí a nemalým počtem studentů. Domnívám se, že studium v tzv. voškové podobě je pro výkon této profese plnohodnotné, umožňuje maturantům pokračovat ve vzdělávání a získat vysoce kvalifikovaný stupeň odborného vzdělání, který jim umožňuje bezprostředně po absolvování školy nastoupit do praxe a vykonávat svou profesi.

Nezanedbatelný je i fakt, že vzdělání na VOŠ je v současné době minimálně o třetinu levnější ve srovnání s náklady na studium bakalářské a současně i z hlediska zaměstnavatele jsou absolventi VOŠ méně nákladnou, ale o to praktičtější pracovní silou. Pro mnohé je VOŠ příležitost, jak získat odbornost a profesi, najít si odpovídající místo v systému vzdělávání a nepřekračovat uměle své možnosti.

Pochopitelně, že bych přivítala, aby byl současný stav zachován a mohli bychom stávající studium dále zdokonalovat a rozvíjet. Neradi bychom ale opouštěli dobře začatou práci, a pokud nám podmínky transformace VOŠ dovolí ucházet se o bakalářské studium, pokusíme se o to.

Připravil

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Exkurze do tajů Bachovy květové terapie (II.)

Bachova květová terapie si v průběhu minulého století postupně získala oblibu a své stoupence nejen ve své kolébce Anglii, ale i v dalších evropských zemích. A jak to vypadá s přípravou Bachových přípravků v současnosti? Na tuto otázku jsem hledala odpověď u svých kolegů–lékárníků v Německu, Rakousku a Švýcarsku.

Zajímalo mě zejména, jak často si k nim do lékárny pro Bachovy přípravky pacienti chodí, jak jsou oblíbené, zda jsou časté opakované výdeje, jak jsou s nimi pacienti spokojeni, co si lékárníci myslí o jejich postavení v současné terapii, zda s nimi mají nějakou osobní zkušenost, o kterou by se mohli podělit.

Míle mě překvapila rozsáhlost a snaha některých evropských kolegů podat mi co nejvěrnější obraz Bachovy terapie z pohledu jejich každodenní praxe a věřím, že i vy si z těch několika příspěvků uděláte bližší představu. Z jejich dopisů jsem pro vás vybrala:

Dr. Otto Eichele, Schloss-Apotheke, Koblenz (Německo):

„Bachovy kapky připravujeme pravidelně (cca 3x denně). Pro přípravu používáme sadu základních koncentrátů, z nichž pak každému pacientovi mícháme kapky individuálně. Jedinou výjimkou jsou tzv. krizové kapky, ty mají standardní složení. Pacienti přicházejí do lékárny již s recepturou od svého lékaře či léčitele nebo pacientovi dáme domů k vyplnění dotazník (jsou tam uvedeny emoční stavy a s nimi korespondující Bachovy esence). Na základě vyplněného dotazníku pak namícháme přípravek. Bachovy přípravky jsou u pacientů velmi

oblíbené. Jako lékárník, který stojí za homeopatií, kapky pacientům doporučuji. Přitom ale člověk musí vědět, že nemohou být náhradou za léky. V případě potřeby mohou být brány doplňkově a působit na psychiku a celkové duševní rozpoložení pacienta. Máme od pacientů časté pozitivní odezvy a kapky jsou opakovaně dokupovány. Připravujeme též kapky bez alkoholu pro děti, ale i pro zvířata (pro kočky, psy).“

Mag. pharm. Hubert Boor, Hofsteig Apotheke, Wolfurt (Rakousko):

„Bachovy kapky připravujeme denně, některé podle stálých receptur, jiné podle individuálních receptur, a to buď s alkoholem, nebo bez něj. Pacienti jsou velmi spokojeni, především terapie u dětí a u zvířat je velmi oblíbená. Pokud lékárna nabízí Bachovy přípravky, může z toho profitovat, ale lékárníci by měli být v této oblasti dostatečně vzděláni. U nás v Rakousku existuje certifikované vzdělání pro tuto oblast. Zkušenosti jsou naprosto pozitivní, ale Bachovy přípravky nemohou způsobit zázraky. Hlavně při stávající terapii např. psychofarmaky nesmí být pacient od této stávající terapie zrazován. Zde mohou Bachovy přípravky představovat doplněk léčby. Krizové kapky a masti by však měly být v každé lékárně na skladě.“

Mag. pharm. Johann Khun, Andromeda Apotheke, Wien (Rakousko):

„Připravujeme přibližně pět Bachových přípravků měsíčně, asi polovina pacientů přijde opakovaně. Ti, kteří se o Bachovy přípravky zajímají, jsou s nimi vesměs spokojeni. Jsou jedinečnou terapeutickou možností a jako takové jsou tedy nenahra-

ditelné. Bachovy přípravky jsou alternativou bez nežádoucích účinků pro klinicky irelevantní poruchy duševního stavu. A zkušenost? Připravili jsme Bachův přípravek pro jedno štěně kvůli novoročním ohňostrojům. A protože se podle vyjádření majitele pejska osvědčil, připravujeme je též pro další psy.“

Evelina Luchsinger a Max Bandle, St. Peter – Apotheke, Zürich (Švýcarsko):

„Bachovy přípravky připravujeme denně. Nejčastější indikace: Strach před zkouškou, šokující prožitky – smutek, úmrtí, nejrůznější strachy, životní krize. Jednotlivé přípravky mícháme individuálně na základě pohovoru. Často se u klientů jedná o akutní situace (viz výše uvedené indikace), které pomocí této terapie odezní. Částečně chodí pacienti znovu, ale s novým nebo pozmeněným problémem. Na Bachovy přípravky máme velmi dobrou odezvu. Pro skupinu lidí, kteří si uvědomují, že příčina jejich problému leží v duševní oblasti, má terapie nezastupitelné místo. S Bachovými přípravky máme pozitivní zkušenosti.“

Asi nikoho nepřekvapí, že pozitivní odpovědi na Bachovy přípravky dorazily též z Velké Británie (Londýn, Glasgow).

Největší předností této terapie jsou evropskými lékárníky spatřovány především v tom, že přípravek je ve většině případů „šitý pacientovi na míru“, tj. je vybrán na základě individuálního přístupu, a je bez nežádoucích účinků.

Podrobněji o Bachových esencích v příštím vydání ČČL.

PharmDr. Ludmila DRHOVÁ, Ph.D.

Oswald Croll – průkopník chemických léčiv

V letošním roce si připomínáme čtyřsté padesáté výročí narození významného chemika a lékaře Oswalda Crolla, který část svého života prožil v Praze, kde také napsal své nejvýznačnější dílo *Basilica chymica*.

RNDr. Pavel Drábek

Narodil se ve Wetteru v Hesensku a studoval v Marburku, Heidelbergu, Ženevě a Štrasburku. Při studiu poznal Paracelsovy lékařské názory. Zvláště jej ovlivnily spisy dánského lékaře a paracelsisty Petra Severina (1542–1602), který se snažil z Paracelsových myšlenek vytvořit jednotné učení. Pod Severinovým vlivem se Croll začal zabývat také učením o signaturách. Podle něho se k léčení určitých orgánů nebo částí lidského těla mohou používat takové rostliny, které se jim svým tvarem podobají a jsou proto s nimi vnitřně příbuzné.

Když se Crollovi podařilo úspěšně vyléčit anhaltského knížete Kristiána I. (ten byl později velitelem českého vojska v bělohorské bitvě), stal se jeho osobním lékařem. Ke konci století pak cestoval po střední Evropě a v roce 1597 zahájil svoji lékařskou praxi v Praze. Používal různá chemická léčiva, která si sám připravoval. Patřily k nim zejména sloučeniny antimonu, který považoval za všelék. Po Crollovi byly též pojmenovány některé léčivé přípravky, např. *Extractum catholicum Crollii*. To byl výtah z pěti projímavých drog, z něhož se připravovaly pilulky. Jeho chemické práce vzbudily pozornost samotného císaře Rudolfa II., jenž vyhledával jeho rady. Croll se také seznámil s Petrem Vokem z Rožmberka, jemuž věnoval svůj spis *De signaturis internis rerum* (O vnitřních signaturách věcí). Vok jej v dopise oslovoval jako přemilého přítele (*amice per dilecte Crollii*).

Datum ani místo jeho úmrtí neznáme. Zemřel buďto na sklonku roku 1608 nebo začátkem roku následujícího. Před smrtí připravil k tisku rukopis své knihy *Basilica chymica continens ... descriptionem et usum remedium chymicorum selectissimorum* (Chemický chrám obsahující popis a použití nejvybranějších chemických léčiv). Spis vyšel v roce 1609 ve Frankfurtu spolu s výše uvedeným traktátem o signaturách

a záhy následovala další vydání. Uvádí se, že za padesát let jich vyšlo osmnáct, a je zajímavé, že např. Královská kanonie premonstrátů na Strahově jich má ve své knihovně devět. Kniha byla též přeložena do němčiny, francouzštiny a angličtiny.

Titulní list prvních vydání je velice zdobný. Připomíná některé osobnosti z dějin alchymie a také ukazuje různé symboly. Z egyptské éry je uveden bájný Hermes Trismegistos, z arabské Geber (Džabír ibn Hajján) a Morienes Romanus, z novějších Angličan Roger Bacon, Španěl Raymundus Lulius a Němec Theophrastus Paracelsus. Pod každou podobiznou je uveden latinský citát. Ze symbolů připomeňme schematické uspořádání světa (božský trojúhelník obklopený názvy kůrů andělských) a podstatu přírody zobrazenou trojúhelníkem vepsaným do soustředných kružnic.

Rozsáhlá předmluva uvádí filosofické a chemické základy Crollova pojetí medicíny a vychází především z Paracelsových názorů. Další látka je zaměřena spíše prakticky. Dělí léčiva do tří základních skupin na *Universalia* (např. *Digestiva*, *Vomitiva*,

Diuretica, *Anodyna*), *Remedia appropriata* (např. *Ophthalmica*, *Stomachica*, *Odontalgica*, *Uterina*) a *Specifica* (např. *Febrile*, *Pestilentialia*, *Podagricum*, *Vulnerarium*). Neuvádí jenom chemické přípravky, ale používá také rostlinné a živočišné léčivé látky. Některé léčivé přípravky jsou označeny přímo Paracelsovým jménem, např. *Specificum purgans Paracelsi*, *Elixir proprietatis Paracelsi*, *Unguentum stellati Paracelsi* (ta se připravovala mj. z mumie, upečených dešťovek, hematitu, červeného santalového dřeva, červené rotanové pryskyřice, medvědího sádra atp.; aplikovala se na rány a proto obsahovala červeně zbarvené ingredience).

Paracelsův vliv je patrný i v dalších předpisech neoznačených jeho jménem. Na rozdíl od dřívějších alchymistických předpisů jsou Crollovy návody na přípravu chemických léčiv zcela jednoznačné a reprodukovatelné. Rovněž názvy chemických látek jsou srozumitelnější. Proto si jeho spis získal oblibu a stal se všeobecně rozšířeným receptářem nového směru v lékařství a ve farmacii.

Literatura u autora

Kvalitnější léčba plicních nemocí

Varování před stoupajícím nebezpečím a dlouhodobými trendy spojenými s výskytem respiračních onemocnění jsou hlavními cíli Roku plic, který se koná pod vedením odborných respiračních společností po celém světě s mottem: zlepšení informovanosti veřejnosti znamená zlepšení diagnostiky, léčby i výzkumu plicních nemocí.

Respirační onemocnění zatěžují světovou populaci vysokým výskytem, velkou invaliditou i úmrtností. Kvalifikovaný odhad hovoří o miliardě postižených a deseti milionech úmrtí ročně. Rozlišujeme dvě hlavní skupiny onemocnění: akutní stavy infekčního původu a takzvaná chronická respirační onemocnění.

Klasickým příkladem infekčních nemocí je tuberkulóza. Zatímco v rozvinutých zemích včetně ČR její výskyt klesá, v rozvojovém světě je na ni umírá zhruba 1,6 milionů lidí ročně.

Výskyt chronických respiračních nemocí narůstá ve všech rozvinutých zemích, včetně ČR. Jsou nebezpečné svým latentním vznikem a plíživým průběhem. V konečném důsledku na ně umírá ročně 4,6 milionů lidí, v ČR asi 8 000 lidí. Největšími zabijáky jsou CHOPN a karcinom plic, dalším nejčastějším onemocněním je bronchiální astma, následují cystická fibróza, respirační spánkové poruchy a jiné.

Společným úkolem organizačních složek, plátců zdravotní péče i zdravotníků jako takových je důslednou prevencí a včasnou detekcí pacienty účinně léčit a ovlivnit nepříznivých trendy. Dnešní situace je právě opačná, tyto nemoci se detekují pozdě, v rozvinuté a léčebně velmi málo ovlivnitelné fázi.

Podle WHO výskyt chronických plicních nemocí v poslední době narůstá, u některých z nich významně stoupá i úmrtnost. Kombinace dopravního břemene a průmyslových exhalací představuje soubor vážných zdravotních rizik. Evropská komise z těchto důvodů předložila nové směrnice o kvalitě ovzduší a směrnice pro udržení čistého vzduchu. Byly schváleny s účinností od června 2008 s tím, že v Roku plic – 2010 budou potvrzeny ve všech členských zemích i zákonnými normami. Směrnice stanovují limity koncentrací pro hlavní vzdušné znečišťovatele, především oxid siřičitý, oxidy dusíku, polévatý prach, oxid uhelnatý, ozón, benzen, olovo a polyaromatické uhlovodíky. (dop)

Otázky a odpovědi
na důležité téma:

PRÁVNÍ POVĚDOMÍ LÉKÁRNÍKA

Společnost Pears Health Cyber, s r. o., za podpory generálního partnera společnosti PHOENIX nedávno uspořádala v Praze a Brně cyklus Právního povědomí pro lékárníka X. Na programu byla zajímavá témata: Porušení řádu ČLnK, Zajímavosti ze SÚKL, Aktuální změny v lékárenství, „Janotův balíček“ a Category management a merchandising jako marketingový nástroj v dispenzační práci farmaceuta. Přednášejícími byli Mgr. Jiří Švejnoha, RNDr. Olga Hanzlíčková, PharmDr. et Mgr. Pavel Šroub a PharmDr. Jana Matušková.

PharmDr. et Mgr. Pavel Šroub odpověděl na následující otázky:

Většina politických stran ve svých volebních programech slibovala zrušení regulačních poplatků v lékárnách, případně jsou ochotny o tomto jednat. Pokud by k tomu skutečně došlo, je již připravena varianta, jakým způsobem by se konkrétně vypočítávala cena léku?

Není mi známo, že by takový postup byl připraven, a asi to ani není možné.

Podle platného cenového předpisu se totiž (v souladu se zákonem – cenový předpis jen opakuje zákon) odečítá u částečně hrazených LP zaplacený poplatek od doplatku pacienta. Teprve příslušná změna zákona objasní, čím a jak bude tento postup nahrazen. Mám za to, že neefektivnější by bylo prostě tato ustanovení v zákoně vypustit, ale samozřejmě bude záležet na zákonodárcích. Prosté vypuštění vede ke zvýšení ceny LP, později i výdajů zdravotních pojišťoven. Co se týče úpravy cen léčivých přípravků plně hrazených, nedojde-li ke změně současného znění Cenového předpisu, po zrušení poplatků v zákoně by se automaticky přestal provádět odpočet arctg. Ale – rovněž bude záležet, jak cenový předpis bude vypadat. I tady totiž neuplatňování arctg povede skokem k růstu ceny LP, a tudíž k nárůstu doplatku bez možnosti substituce plně hrazeným, a později k růstu úhrad, a tudíž výdajů zdravotních pojišťoven. Není zřejmé, co nová reprezentace s ohledem na shora uvedené vymyslí.

Je cílem tzv. Janotova balíčku (plošné snížení úhrad o 7 % a následné snížení úhrad o 30–50 % mnohých skupin léčiv) snížení (selektce) počtu lékáren? Máte představu, kolik lékáren jede ekonomicky „nadoraz“?

Domnívám se, že jde o postesknutí nad tím, že lékárna tazatelky je na hranici rentability a bezpochyby nebude jediná. Bohužel není v ničí moci tuto situaci v současnosti zlepšit. Dokonce se domnívám, že nejhorší časy nás teprve čekají. Pokles hospodářství se ve financování zdravotnictví vždycky projevuje až se zpožděním. Jestliže tedy hospodářství České republiky v letoš-

ním roce klesalo, v nejlepším případě v některých oblastech stagnovalo, náklady zaplacené za zdravotní péči ještě v roce 2009 rostly – výdaje na léčivé přípravky dokonce o téměř desítku procent. Čili v roce 2009 byli podnikatelé ve zdravotnictví uchráněni přímého katastrofálního dopadu krize. Bohužel už v letošním roce, a s nejvyšší pravděpodobností i v roce příštím, se očekává rychlý pokles příjmů zdravotních pojišťoven. V letošním roce se možná – za současného uplatnění úsporných opatření, která představuje například i Janotův balíček nebo v otázce zmiňovaná důsledná revize úhrad – podaří deficit financovat z přebytků, které zdravotní pojišťovny nahromadily v minulých letech. Bohužel pro rok příští již takových rezerv nebude a je nutno počítat s dalšími omezeními financování z veřejných zdrojů a dalším poklesem. A tak se podle mého názoru ani lékárenství nevyhne propad a krize podobná ostatním segmentům hospodářství, a je možné, že jako jinde si krize vyžádá od podnikatelů krvavé oběti, dokonce možná ne všem se podaří krizi přežít.

Mgr. Jiří Švejnoha odpověděl na následující otázky:

Za co může být lékárník vyloučen z komory?

Lékárník může být z komory vyloučen čestnou radou komory na návrh revizní komise okresního sdružení nebo revizní komise komory podle § 5 odst. 4 Organizačního řádu, pokud byl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody za úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče nebo za jiný úmyslný trestný čin spáchaný v této souvislosti, pokud tato trestná činnost ohrožuje důvěru v řádné poskytování zdravotní péče. Lékárník ale může být vyloučen i za nezaplacení členského příspěvku nebo jiného povinného příspěvku dle řádů komory anebo mu může být uložen disciplinární trest vyloučení z komory dle § 18 odst. 3 písm. c) zákona o komorách za spáchání zvláště závažného disciplinárního provinění.

Pokud jako vedoucí lékárník a odborný zástupce rozvážu se svým zaměstnavatelem a současně provozovatelem lékárny pracovní poměr, on nepožádá místně příslušný krajský úřad o změnu registrace nestátního zdravotnického zařízení a já tak zůstanu uveden v rozhodnutí o registraci jako odborný zástupce, přestože již v lékárně nepracuji, co mám dělat a na koho se mohu obrátit?

Provozovatel nestátního zdravotnického zařízení je povinen dle § 12 odst. 1 zákona č. 160/1992 Sb. všechny změny údajů obsažených v rozhodnutí o registraci do 15 dnů příslušnému krajskému úřadu oznámit. V praxi provozovatelé často tuto svou povinnost opomíjejí a změny oznamují se zpožděním nebo vůbec ne. Ve vašem vlastním zájmu je, abyste ukončení své funkce bez odkladu nahlásil České lékárnické komoře za účelem zrušení příj. změny osvědčení o splnění podmínek k výkonu funkce odborného zástupce a rovněž místně příslušnému krajskému úřadu, který by měl prověřit, zda se údaje uvedené v rozhodnutí o registraci lékárny shodují se skutečností, a pokud nikoliv, měl by provozovatele vyzvat k nápravě a event. uložit pokutu. Pokud provozovatel provozuje lékárnu, aniž by měl ustanoveného odborného zástupce, porušuje i zákon o léčivech, a lze proto doporučit podání podnětu i na Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Zpracoval:
Pears Health Cyber, s r. o.
www.edukace.cz

VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen 2010

80 let

PhMr. Zdeněk Peksa (OSL Cheb)
PhMr. Alena Slípková
(OSL České Budějovice)

60 let

Mgr. Marie Cimburková
(OSL Šumperk + Jeseník)
Mgr. Danuše Heczková
(OSL Karviná)
Mgr. Věra Jandová (PSL)
Mgr. Alena Krčová (OSL Opava)
Mgr. Zdenka Varjanová
(OSL Hodonín)

Upřímně blahopřejeme!

(člnk)

Největší lékárna na zemi

V posl. čísle popisuje Ph. Post dle Deut. med. Woch. největší lékárnu na zemi, kterou reprezentuje dnes lékárna p. Woldemara Ferreina v Moskvě. Lékárna ona zaměstnává 700 sil, a sice 13 doktorů farmacie, 1 doktora lékařství, 106 magistrů, 95 nedipl. asistentů, 11 ženských farmaceutů, 18 aspirantů, 20 drogistů, 350 dělníků a 86 pomocných dělníků a dělnic. Počet jednotlivých receptů denně připravených převyšuje někdy až 2000, a dosáhl tento počet v roce 1904 celkovou sumu 506.599 receptů.

Časopis českého lékařnictva, 5. června 1905, str. 251

Ku prodeji specialit v lékárnách

Jak známo, usnesli se lékárníci švýcarsko-hradečtí, že k ceně všech specialit výrobcem stanovené hodlati ještě určitý příplatek přirazit. K tomu píše tamnější »Arbeiterschutz« pod názvem »Profithunger der Grazer Apotheker« následovně:

»Před krátkým časem měly úřady opět příležitost zabývat se lékárníky hradeckými. Lékárníci oznámili totiž lékařům, že tak zvané speciality nehodlati prodávati za cenu od výrobců specialit stanovenou, nýbrž že chtějí k téže ještě určitý příplatek přidati. Avšak tento nový způsob zvýšení zisku lékárníků nezůstal utajen úřadům a místodržitelství uznalo na základě stávajících zákonných ustanovení pro lékárníky, toto zvýšení ceny nepřipustným. Troufalost, se kterou švýcarsko-hradečtí lékárníci oproti obecnstvu vystupují, jeví se tím podivněji, uváží-li se, že zisk lékárníků na specialitách již při cenách od výrobce stanovených dosahuje beztoho 60 až 100 procent.«

K tomu dobře poznamenává Ph. P., že lékárníci jako překupníci spokojí se rádi při specialitách s hrubým ziskem 20–25 %, ze kterého ještě celou řadu různých vydání kryti musejí, jakož i Ph. Ref., jenž táže se, na základě kterého ustanovení jest místodržitelství oprávněno ustanovenou cenu praeparátů, jež ani v offic. sazbě ani v sazbě lék. spolku obsaženy nejsou, prohlásiti za nepřipustnou.

Časopis českého lékařnictva, 15. června 1905, str. 264

K poměru mezi malodrogisty a lékárníky

V posledním čísle stěžuje si »Drogisten-Zeitung« velice na okolnost, jakoby vláda lékárníkům mocně na útraty malodrogistů nakloněna byla. Při tom poukazuje na důležitost stavu malodrogistického v celém útvaru státním právic, že malodrogisté jsou právě tak důležití a nutní jako lékárníci, neboť poskytují lidu a zejména nejširším vrstvám domácích, jednoduchých a neškodných prostředků, jež za několik haléřů pořídit se dají. Na konec hodlati řešiti i otázku proč vláda lékárníky takovou přízní zahrnuje a uvádí, že hlavní příčina asi patrně vězí v té okolnosti, že vláda hodlati z lékáren jedenkrát státní monopol učiniti.

Časopis českého lékařnictva, 15. června 1905, str. 265

Úvahy z kruhu čtenářstva

(Za obsah v této rubrice odpovídají páni pisatelé.)

Na své cestě Švýcarskem zasedl jsem k odpolednímu odpočinku do »Rathskeller« v Zugu a tu v přestávce mezi jídlem sáhnou po novinách »Neue Züricher Zeitung« číslo 159. ze dne 9. června 1905, kde čtu na druhé straně následující kantonnální zprávu, která i pro naše poměry jest význačnou:

Dne 27. března vydala vládní rada kantonu Solothurnského – patrně aby čelila starým zlořádům – nové nařízení ohledně prodeje léčiv, ve kterém ustanovovalo se, že jen lékárníkům a dispensujícím lékařům (majitelům domácích lékáren) jest dovoleno léky připravovati a obecnstvu prodávati jen na lékařské, zvěrolékařské neb zubní lékařské předpisy, a kterým zároveň i vyhrazuje se prodej léčiv a jiných chemicky neindiferentních látek jediné těmto věci znalým a patentovaným osobám. Dále pak zakázán tu podomní obchod s léky a prodej léčiv na veřejných trzích v neširším slova smyslu. Vládní rada byla však nucena v základě usnesení se spolkové rady švýcarské upustiti od vykonání tohoto nařízení, které dnem 1. července mělo vstoupiti v platnost a až na další nařízení ono suspendovati z toho jednoduchého

důvodu, poněvadž páni drogisté neviděli v dotčeném nařízení onoho dobra a ochrany, které obecnstvu tím dostati se mělo, nýbrž respektovali jediné svůj privátní užitek, který viděli pouze v oné okolnosti, když na dále zůstanou staré, shnilé a nebezpečné zvyklosti, jež kryli krásnými slovy »Porušení ústavně zaručené svobody a živnosti«. Jest však naděje, že snad řada dokladů, jak se od neodborníků a nezalců »lékárníci«, se nerozmnoží a nebude drastičtější, nýbrž že po dlouhou dobu již prováděným zlořádům se konečně učiní přítrž, jak tomu mělo učiniti bohužel suspendované nařízení vládní rady. Pokroku má se krásně a hlasitě holdovati nejen dokud nedotýká se privátních zájmů a přináší sebou úřady a vyznamenání, nýbrž především také tam, kde přináší opravdový a viditelný prospěch všeobecnosti. To pak teprve byla by pravá svobodomyšlnost.

Příklad tu uvedený dovozuje i poučení pro ony pány assistenty, kteří jsou přáteli svobodné farmacie, když v zemi, kde farmacie jest volná, ozývají se i úředně takové hlasy. A což naše úřady kupř. v Čechách a v Praze.

Časopis českého lékařnictva, 25. června 1905, str. 277

Falšování receptů

Jak Ph. Post oznamuje, opakovaly se v poslední době ve vídeňských lékárnách případy, že na falešný předpis bylo žádáno větší množství opiové tinktury a sice hlavně v noci. Recept takový opatřený poznámkou »cito« obsahoval obyčejně vedle předepsané mixtury oleosae ještě separátně předepsanou opiovou tinkturu a od doručovatele bylo žádáno, aby kapky rychle byly vydány, kdežto pro mixturu že posláno bude až příští ráno. V jednom takém případě bylo předepsáno až 175 gr. tinktury s poznámkou »repetat. ad libit.« a žádáno této dokonce desateronásobné množství.

Časopis českého lékařnictva, 25. června 1905, str. 281

...PŘED LÉTY
STO PĚTI...