
4/2013

ročník LXXXV

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Mnozí lékárníci už při zavádění regulačních poplatků odhadovali, že lékárnám to zisk nepřinese a ještě to pacienti poštvou proti nim. Od prvních dnů bylo třeba občanům vysvětlit, že 30 Kč za položku na receptu není příjmem lékárny navíc. Je zbytečné klást si otázku, jestli tomu uvěřili, když se všeobecně tvrdilo, že poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá.



Na četné dotazy, jestli budou zdravotnická zařízení a lékárny postihovány za nevybíráání regulačních poplatků, MZd upozorňovalo, že při zjištění porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna uložit lékárnám pokutu až do výše 50 000 Kč. Poslanci za čas naznali, že lidé už tolik léky neplýtávají (?!), proto rozhodli, že poplatky za položku na receptu zůstávají pouze tam, kde je doplatek na lék nižší než třicet korun.

To už ale v lékárnách finančně silných provozovatelů začaly všelijaké slevové hrátky a zanedlouho se i za výlohami malých privátních lékáren v blízkosti těch řetězcových objevovala sdělení „Poplatek za recept nevybíráme“. V současné době se regulační poplatky nevybírají téměř nikde, přestože mnohé lékárny pomalu melou z posledního. Z pudu dočasné sebezáchovy povolují i ti kolegovo-provozovatelé lékáren, kteří byli rozhodnuti všeobecně slevománii nepodlehout.

V nemocnicích a ordinacích se samozřejmě platí dál, lidé vědí, že tady jim nikdo žádné slevy a úlevy nenabídne. V lékárnách se přestává vybírat s tichou duší a hlavně se zkušeností, že regulační poplatky tady nic neregulují. Ale tlačit na to, aby se v lékárnách zrušily? Možná by se to jednou mohlo stát, ale víme, že jejich zrušení bez náhrady lékárníky ještě víc poškodí a u veřejnosti utvrdí dojem, že v lékárnách peníze nechybí, když je pro ně regulační poplatek zanedbatelný.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda),
PharmDr. Pavel Grodza, PharmDr. Petr Haltuf,
Mgr. M.V.C. Kateřina Horáčková, PharmDr. Kamil Hrubý,
doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., Mgr. Jiří Kotlář,
Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Daniela Seberová, PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.
Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4
Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku vedeném
Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C vložka 74194.

sazba

Kateřina Hoferková
tisk a distribuce
Ringier Axel Springer Print CZ a.s.
Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 5/2013 – 2. května 2013

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

• Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů) • K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvku krátit či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



obsah

Jarní porada s předsedy okresů	4
Zeptali jsme se	5
Klinická farmacie v paliativní medicíně	6
Dobry den, chtěl bych jeden Paralen	7
Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe	8
Interaktivní dispenzační semináře; Odborná konference	11
Kurzy pro lékárníky a praktické lékaře	12
Proč se s lékaři setkávat častěji	13
Návody pro dispenzaci: Imichimod (Imiquimod) – D06BB10	14
Celostní medicína je a bude na vzestupu. Tečka.	15
Když si tzv. moderní medicína neví rady	16
Molekula měsíce: Miravirsén	17
Role lékárny při odvykání kouření	18
Odborný program Konference mladých lékárníků v Opavě	19
Modrá aneb Světový den diabetu	20
Nově registrované látky: Lixisenatid	22
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Achyranthes bidentata Blume	23
Pektin nejen dietní vláknina	24
Světové dny WHO – květen	25
Ceny časopisu Scrip za rok 2012	26
Lékárenství v Kambodži	27
Sportujeme aneb Volejbalu třikrát zdar!	28
Lékárny na ulicích	29
Časopis Československého Lékárnictva 1933	34

titulní strana



Lékařníci na svých cestách po světě fotografují lékárny

Tato lékárna, kterou vyfotografoval PharmDr. Stanislav Havlíček, funguje v Pakse (v Laosu). Pakse je hlavní město provincie Champasak, proslulé obchodem s vynikající kávou.

Jarní porada s předsedy okresů

V sobotu 6. dubna se v Praze uskutečnila porada předsedů okresních sdružení lékárníků, revizních komisí a čestných rad České lékárnické komory. V kongresovém sále hotelu Barceló zahájil jednání člen představenstva ČLnK Mgr. Aleš Krebs, Ph.D. Kompletní prezentace z jednotlivých vystoupení jsou k dispozici na komorovém webu (www.lekarnici.cz). Účastníci jednání mezi sebou přivítali také bývalého člena představenstva komory Mgr. Martina Mátl, nyní již v nové roli ředitele odboru farmacie Ministerstva zdravotnictví ČR.

Prezident České lékárnické komory **PharmDr. Lubomír Chudoba** ve svém vystoupení referoval o činnosti představenstva ČLnK. Zaměřil se mimo jiné na aktivity komory ve věci tzv. ořezů VZP, dále na „pozitivní listy“ zdravotních pojišťoven (problematice je rovněž věnována rubrika Zeptali jsme se) i na již potřeptý odložený zákon o regulaci reklamy. K otázce odměňování a sítě lékáren připomněl žádost o předložení komplexního návrhu odměňování lékáren adresovanou komoře ze strany MZd a konstatoval, že byť nenadálý zájem rezortního ministerstva může souviset s blížícími se volbami, bude představenstvo ČLnK tomuto tématu věnovat náležitou pozornost.

Aktuální legislativa

Prioritami prezentace právního zástupce České lékárnické komory **Mgr.**

MUDr. Jaroslava Maršíka byly aktuální legislativa a stavovské předpisy. Zabýval se otázkami v souvislosti s tzv. přeregistracemi, do jejichž průběhu zasáhl svým rozhodnutím Ústavní soud, který příslušnou povinnost v prosinci 2012 zrušil. V rámci pojednání k zákonu o léčivech zmínil novely – č. 50/2013 Sb., tzv. konopnou, a č. 70/2013, tzv. vládní (obě novely i úplné znění zákona o léčivech jsou k dispozici na webu). V oblasti stavovských předpisů věnoval pozornost udělování osvědčení z hlediska působnosti OSL a seznámení účastníků s návrhy na změny organizačního řádu ČLnK.

Celoživotní vzdělávání

Aktuality z oblasti celoživotního vzdělávání lékárníků přednesla za pracovní skupinu CV představenstva ČLnK její členka **PharmDr. Marcela Škrabalová**.

Po zevrubné informaci o průběhu a výsledcích projektu Tajemný pacient (problematice se věnuje příspěvek na str. 7) orientovala mimo jiné pozornost účastníků na garantované kurzy ČLnK, jejichž cílem je poskytování nadstavbové formy vzdělávání ve vymezených terapeutických oblastech a mediální prezentace absolventů jako odborníků na danou problematiku. Pilotními oblastmi zaměření jsou např. konzultace s ohledem na farmakoterapeutický profil pacienta, odvykání kouření, diabetes mellitus, snižování hmotnosti a výživové poradenství. K benefitům pro účastníky patří zařazení garantovaných kurzů do systému celoživotního vzdělávání, k praktickým výstupům pak možnost nabízet nadstandardní lékárenskou péči.

Aktivity v oblasti PR

Člen představenstva ČLnK **Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.**, představil rozsáhlou paletu aktivit komory v oblasti PR. K pravidelným a dlouhodobým projektům, jako Antibiotický týden (vloni zapojeno více než 500 lékáren), Den lékáren či Lékárnice jsou také maminky, nově přibýly zdravotnické dny (např. Den spánku, 15. března) nebo kampaň Vdechněte inhalátorům nový život. Do té je v současné době zapojeno 258 lékáren. Velkou pozornost věnuje komora kampani zaměřené na odvykání kouření. Spolupracuje přitom s PACE 2015 a Společností pro odvykání kouření (příspěvek k roli lékárny při odvykání kouření přinášíme na str. 18). Letošní Den lékáren, stanovený na 20. červen, si klade za cíl zmapování možnosti očkování v lékárnách. Opakovaným tématem bude fotoprotekce. Také Den lékáren 2013 proběhne za mediální podpory rádia Impuls. V závěru prezentace A. Krebs vyslovil poděkování všem, kteří pomáhají komoře ve snaze o lepší obraz lékárníka v očích široké veřejnosti.

Krátkým vystoupením přispěl do programu porady ředitel odboru farmacie MZd **Mgr. Martin Mátl**. Zabýval se v něm elektronickou preskripcí, „pozitivními listy“ zdravotních pojišťoven, odměňováním lékárenské péče, dále problematikou léčebného konopí a zákona o zdravotnických prostředcích.

(ččl)



Zleva ředitel odboru farmacie MZd Mgr. Martin Mátl, prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba a právní poradce ČLnK Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík.

ZEPTALI JSME SE

Podle německého vzoru začala VZP aktivně tvořit pozitivní seznamy léků, které mají lékaři přednostně předepisovat a jejich výdej v lékárně pojistit slovem „nezaměňovat“ na receptu. V podobném duchu je připravena změna zákona o veřejném zdravotním pojištění. Myslíte, že jde o správnou cestu k úsporám v nákladech za léky?

Prof. RNDr. Luděk JAHODÁŘ, CSc., předseda České farmaceutické společnosti ČLS JEP



NE. Lékař má sám svobodně podle svých znalostí o potřebách konkrétního pacienta rozhodnout při výběru léčivého přípravku v jeho prospěch. Co v sobě skrývá formulace „přednostně předepisovat“? Ani nechci domýšlet.

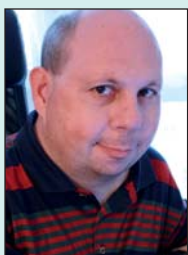
PharmDr. Lubomír CHUDOBA, prezident České lékárnické komory



NE. Nesouhlasím s „českou třetí cestou“. Kromě úspory (zpětná sleva výrobců na konto ZP) bylo dříve diskutováním cílem pozitivních listů stanovit konečnou cenu léků ve výši, která napomůže eliminovat reexporty (tj. i spravedlivější odměna lékárnám). Postup VZP, která si na pozitivní list zcela svévolně bez veřejné soutěže zařadila několik přípravků jednoho výrobce, je ale nepřijatelný. Stejně jako její snaha degradovat „nezaměňovat“. Tento pokyn lékaře musí mít nadále pouze medicínské opodstatnění.

Česká lékárnická komora proto již koncem března podala v této věci podnět na ÚOHS. A nesouhlasím ani s představou Svazu zdravotních pojišťoven, kdy by například pozitivní list měl platit pouze tři měsíce, každá pojišťovna by si mohla vysoutěžit „svůj lék“ atd. Tématu pozitivních listů zdravotních pojišťoven nadále věnujeme mimořádnou pozornost, neboť tento záměr je podporován ministerstvem zdravotnictví i částí poslanců. A to přesto, že emotivním dopisem se poslanec Boris Šťastný, předseda Zdravotního výboru PSP (viz diskuze na webu ČLnK), distancuje od pozměňovacího návrhu, ve kterém je označen jako spoluautor.

Mgr. Tomáš CIKRT, nezávislý konzultant a publicista



NE. Dokud nevíme, kdo, jakým mechanismem, a hlavně s jakým cílem bude seznam tvořit, jsou pozitivní listy prázdnou schránkou (je cílem snížit objem peněz na léky, nebo léčit za stejné peníze více pacientů, nebo přesunout peníze na drahou farmakoterapii?). Navíc, problém nevidím v nákladech na léky, ale v kvalitě preskripce. Setkávám se s tím při besedách se seniory. Lékaři s nimi o lécích vůbec nemluví. Pacienti hltají spoustu přípravků najednou a nevědí ani pořádně proč. Obávám se, že to často neví ani jejich lékaři. Nevěřím, že tohle pozitivní listy změní. Pacienti

se budou léky cpát dál, akorát těmi, které si jejich výrobci vylobují do seznamu pojišťovny. Nebo to bude v Čechách jinak?

Prof. PharmDr. Alexandr HRABÁLEK, CSc., děkan farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové



NE. Kdo a jak zajistí, že toto kouzelné slůvko nebude použito lékařem motivovaným někým jiným, než zdravotní pojišťovnou? V principu je to jistě dobrá myšlenka (vždyť jinde funguje), ale musela by být přijata lékařskou veřejností a důsledně dodržována. Pak bych řekl ANO.

PharmDr. Petr HORÁK, vedoucí lékárník NL FN Motol



NE. I když ne úplně jednoznačně. Nejde samozřejmě o špatný nápad. Jen se trochu obávám jeho realizace. K tomu, aby tato myšlenka mohla být bezproblémově naplněna, by musela hladce fungovat spolupráce všech zainteresovaných, tedy dodavatelů, předepisujících lékařů, lékárníků. A také najít pochopení u pacientů. Za sebe mám trochu obavy ze zajištění dostatku „preferovaného“ přípravku na trhu a také osvěty ve všech úrovních. Pokud to nebude zajištěno, většina nepříjemných starostí a vysvětlování padne na lékárníky v první linii.

Nelze se ale divit této aktivitě zdravotních pojišťoven, když svým způsobem podobný model už dávno zavedly některé subjekty i v našem oboru.

Mgr. Marek HAMPEL, předseda představenstva Grémia majitelů lékáren



NE. Postup představitelů VZP ve věci tzv. pozitivních listů je v tuto chvíli zcela evidentně mimo jakékoliv zákonné zmocnění a jako takový musím tento postup jednoznačně odmítnout. Zcela postrádám zapojení lékáren (s příslušnou odměnou za realizované úspory ze zdravotního pojištění) do tohoto systému. Dlouhodobě prosazujeme, aby tzv. cenové soutěže probíhaly mimo veřejné lékárny, a proto podporujeme systém, kdy zdravotní pojišťovna vyjednává přímo s výrobcem a současně tak může být zachována konečná cena v lékárnách s příslušnou degresivní obchodní přírůbkou. Je čas začít šetřit také v dalších segmentech zdravotnictví, a to především v oblasti lůžkové péče.

Pokračování na další straně

Mgr. Jakub DVOŘÁČEK, Výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu



léčiv, kterých by se měl týkat.

**MVDr. Pavel BRAUNER, Ph.D.,
výkonný ředitel Asociace velkodistributorů léčiv**



hledu daňových poplatníků. Druhou otázkou je, jak bychom v konkrétním případě chtěli odpovědět jako pacienti. Otázkou také stále je, zda pouze léčivé přípravky by měly vzbuzovat permanentně takovou pozornost, když víme, že je i celá řada činností a materiálů ve zdravotnictví, kde se tak přísně úspory nehledají. Odpovědět na takto položenou otázku pouze ano, nebo ne nestačí, ale to by přesáhlo rámec této ankety.

**PharmDr. Antonín SVOBODA,
předseda, Mladí lékárníci o.s.**



trochu pozitivní spolupráci mezi poskytovateli a plátcí, měli by být poskytovatelé zdravotní péče (lékaři a lékárníci) ke snaze ušetřit náklady zdravotním pojišťovám dobrovolně součinní, ideálně pozitivně motivováni. To není možné bezpodmínečným vynucováním preskripce. Nelze souhlasit ani s tím, aby pozitivní listy byly pod hrozbou sankce nadřazený lékařovu rozhodnutí o léčbě ve prospěch pacienta – například pokud jsou lékaři známy častější vedlejší účinky některého (zrovna vysoutěženého) generického léku, existuje reálné riziko duplicitního užívání léku „pod dvěma názvy“ apod. Slovo „nezaměňovat“ má reflektovat zdravotní důvody a omezit zdravotní riziko vyvolané generickou substitucí. Je nepřijatelné, aby si je zdravotní pojišťovny nyní „vypůjčily“ pro své ekonomické záměry. Vnímám i riziko dostupnosti takto vybraných léčiv a bezmoci lékárníka vydat onen jediný žádaný lék s přízviskem „nezaměňovat“ – přičemž nebude možné odlišit, zda se zabýváme zdravím pacienta, nebo bezplatně (ba dokonce pro lékárny ztrátově) chráníme finanční zájmy zdravotních pojišťoven. Pozitivní listy mohou být pozitivní – ale pouze v tom případě, že nebudou uměle vytvářet negativní bariéry mezi pojišťovnami na jedné straně a poskytovateli zdravotní péče, a ostatně i pacienti na straně druhé.

Klinická farmacie v paliativní medicíně

V Edukačním centru Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna se poslední lednové dny (30. a 31. 1. 2013) již tradičně konal certifikovaný kurz **Klinická farmacie v paliativní medicíně**. Je povinnou součástí nástavbové medicínské specializace **Paliativní medicína pro lékaře**.

Hlavní náplní kurzu organizovaného Institutem pro paliativní medicínu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP je racionální farmakoterapie v paliativní medicíně. Zařazení do systému vzdělávání „paliativců“ vzniklo z dlouholeté vzájemné spolupráce předsedkyně České odborné společnosti klinické farmacie ČLS JEP Mgr. Jany Gregorové s průkopníky paliativní péče v ČR.

Tohoto roku se v Rajhradě sešla směsice nejruznějších odborností – kromě lékařů pracujících kmenově přímo v hospicových zařízeních, zde byli

i praktičtí lékaři, onkologové, neurologové, své zastoupení měla i psychiatrie, anesteziologie, interna. Tito odborníci kromě svého působení na klinikách, v ambulancích, jsou i aktivními lékaři v mobilních hospicích.

Během celého „výchovného“ dne byl kladen důraz na interaktivnost a týmovou diskuzi. Po úvodní přednášce k vybraným tématům (např. analgetika a konkrétně témata – kdy může léčba opioidy selhat, průlomová bolest, potřeba rescue medikace; antidepressiva, anxiolytika, antipsychotika, výběr vhodných léčiv pro terapii deliria – klinicky významné FD a FK vlastnosti účinných látek) byly vytvořeny pracovní skupiny. Každá obdržela jednu stejnou kazuistiku a farmakoterapeutické úkoly k probíranému tématu. Vylosovaná skupinka poté přede všemi prezentovala svoji rozvahu, která se překlenovala do spo-

lečné diskuzi s cílem racionalizovat řešení.

Největším obohacením všech těchto mezioborových setkání je vzájemná a otevřená diskuzi různých lidí. Lidí s různými klinickými zkušenostmi, různými odbornými znalostmi, různými schopnostmi, různými pohledy na věc. V Rajhradě se takoví odborníci sešli a opět se potvrdilo, že existence plurality názorů v rozhovoru vzájemně si naslouchajících aktérů, s cílem najít jedno společné dobré řešení, je tou nejvhodnější cestou k optimální individualizaci léčby každého pacienta v jakémkoliv stadiu jeho nemoci.

Více o klinické farmacii v paliativní medicíně: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/klinicka-farmacie/klinicka-farmacie-v-paliativni-medicine>.

Mgr. Irena KOPICOVÁ, oddělení klinické farmacie, ÚVN Praha

Dobry den, chtel bych jeden Paralen

V ČČL 1/2013 byla zveřejněna základní informace o v pořadí druhém sledování kvality poskytované lékárenské péče, které realizovala ČLnK ve spolupráci s agenturou DATAMAR. Metodika průzkumu byla v podstatě shodná s předchozím šetřením v roce 2010. Hlavním cílem bylo zachytit reálnou situaci v lékárnách z pohledu zákazníků/pacientů. Mezi dílčí cíle, které byly ve vazbě na hlavní cíl sledovány, patřilo prostředí lékárny (přehlednost lékárny, diskrétní zóna etc.), soft skills (ochota, vstřícnost, komunikativnost, srozumitelnost).

V neposlední řadě se jednalo také o **odbornou úroveň lékárníků a farmaceutických asistentů** (s důrazem na správnost a úplnost poskytovaných informací).

V roce 2012 byl Tajemný pacient směřován spíše k táře pro výdej na recept (65 %) a přicházel s běžným požadavkem: „**Dobry den, chtel/a bych jeden Paralen.**“

Po skončení rozhovoru u výdeje bez předpisu řekl/a:

„*A ještě bych se chtel/a zeptat: **babice je přes 70, bere asi týden nějaký lék na cukrovku, ten má od diabetologa, a pak chodí ještě ke kardiologovi, a už se mi to zdá hodně, ted' jí dal doktor další lék. K tomu jí bolí záda a bere něco na bolest. Prosím, mohl byste se na to podívat, případně poradit, jestli to může brát všechno v jeden čas? My to babičce chystáme do dávkovače, ale pak si léky bere sama, a chceme v tom mít trošku pořádek, abychom neudělali nějakou chybu. V lékárně nám vždycky řekli jenom „1x denně“, a to bylo vše. A navíc babičku v **posledním týdnu bolí i břicho a má průjem.*****“

Na kartičce měl/a léky pro babičku s dávkováním:

Metformin-Teva 1 000 mg	1-0-0
Sortis 10 mg	1x denně
Mono-Mack Depot	1-0-1
Amprilan 5 mg	1-0-0
Aktiferrin	1-0-0
Apo-feno	0-0-1
Prestarium NEO	1-0-0
Isoptin 240 mg SR	1-0-0
Anopyrin 100 mg	0-1-0
Aulin	2x denně

Bez zásadních změn

Se špetkou ironie lze říci, že proti roku 2010 nejde o žádnou zásadní změnu. Prostředí lékáren je nadále hodnoceno pozitivně, zaměstnanci upravení. Menší lékárny mají logicky problém s prostorem, a tím pádem přehledností sortimentu. Méně je pak někdy více. Zvýšil se počet lékáren s diskrétní zónou, 43 %

ale pořád ještě není optimální stav. Alarmující jsou trvajících 2/3 expedientů bez jakékoliv vizitky, pacient tedy ve většině případů vůbec neví, kdo mu v lékárně poskytuje informace! Naopak pozitivní je nárůst lékáren, které pacientům nabízejí individuální konzultační činnost – 30 % (2010 – 21 %). Pochvalu si většina zasluhuje za obecnou komunikaci s pacientem – oční kontakt, pozdrav je samozřejmostí. U odborné komunikace byly výsledky výrazně horší...

Jen 13 % lékárníků/asistentů samo zjišťovalo, pro koho je lék (Paralen) kupován a pouze v 1/3 případů byl pacient upozorněn na způsob užívání léku. Přitom ve Finsku se jen za poslední desetiletí zvýšil počet otrav paracetamolem až 8x. A důvod? Mladí lidé často vůbec nechtou příbalový leták v domnění, že jde o natolik běžné léčivo, že není nebezpečné. Neznají proto maximální dávky, ani možnost poškození jater při konzumaci společně s alkoholem (převzato z apatykar.info). Významnou roli by měl hrát farmaceut také při edukaci pacienta, kdy ukončit samoléčbu a vyhledat lékaře. Tuto informaci si ale odnesl z lékárny pouze jediný Tajemný pacient. Naopak o režimových opatřeních spontánně pacienta poučilo 18 % vydávajících.

Jak dopadla konzultace

Konzultace na téma kombinace na recept vázaných přípravků měla následující výsledky:

Ve 4 % případů pacienta informovala poměrně překvapivě farmaceutická asistentka (FA) a v 10 % nebylo možné konzultanta vůbec identifikovat kvůli absenci označení. Podrobnější rozbor této situace bude uveřejněn na konci dubna na www.lekarnici.cz. Přes poměrně intenzivní trénink, ať již v rámci pregraduální výuky, tak třeba na IDS, neidentifikovalo na přehledu farmakoterapie žádný lékový problém 33 % expedientů. Nejčastěji odhalenými nedostatky v kombinaci léků, které expedienti odhalili, bylo nesprávné dlouhodobé užívání Aulinu

(29 %), bolesti břicha způsobené Metforminem (31 %) a odhalení dvou léků stejné lékové skupiny ACEI (28 %).

Z hlediska soft skills se hodnocení lékárníka/FA v čase nemění. Nejčastěji je vnímán jako slušný, klidný, avšak méně aktivní. Na otázky odpovídali z 90 % dotázaní sami, jen 1/3 vyhledávala informace v počítači. Vzhledem k výše uvedeným výsledkům se přímo nabízí doporučení konzultovat sporné otázky s kolegou nebo si vyžádat čas na přípravu relevantní odpovědi zpracované s využitím literárních zdrojů.

Očima pacientů

Místo shrnutí pár vět z hodnocení agenturou DATAMAR, tzn. v podstatě očima pacientů:

„Celkový dojem z návštěvy lékáren byl dobrý, avšak o něco horší než v minulém měření. Obecně lze říci, že kromě profesních pochybení je nejčastěji vnímána jako problematická nedostatečná prozákaznická orientace. Příjemný, ochotný – takový je z pohledu zákazníků „český lékárník/farmaceutický asistent“, ale neposkytne dostatek informací, chybí mu aktivní přístup, pohotovost, zejména míra poskytovaných informací je ze strany pacientů vnímána jako ne příliš dostatečná. Z hlediska profesionálního zvládnutí situace pak při jednoduchých expedičních úkonech (prodej Paralenu) nedochází k identifikaci pacienta. U složitějších situací 31 % expedientů neposkytl žádnou konzultaci, neodhalili hlavní nedostatky a odkázali zpravidla na lékaře.“

Potěšující je zájem provozovatelů, kteří si podle identické metodiky objednali Tajemného pacienta do své lékárny a přispěli tak k rozšíření panelu testovaných lékáren.

Přeji vám, kolegyně a kolegové, abyste se po dalších návštěvách Tajemného pacienta umístili se svojí lékárnou v první čtvrtině lékáren, které získaly nadprůměrných 70 bodů ze 100 možných.

Další pokračování Tajemného pacienta bude netradičně oznámeno předem. Poslouží k získání zpětné vazby o činnosti lékáren aktivně přihlášených do „Týdne odvykání kouření“. Tajemný pacient navštíví přibližně padesát náhodně vybraných lékáren zapojených do projektu.

Mgr. Michal Hojný

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v březnu 2013

Zrušená osvědčení

- 411/1993 Mgr. Tatiana Bezděková, Lékárna Stodůlky, Hostinského 1533, Praha 5
- 359/1994 RNDr. Bohuslav Berek, Lékárna, O. Jeremiáše 4, Ostrava
- 56/2000 PharmDr. Josef Marek, Lékárna U Kosmy a Damiána, Na Kopečku 145, Letohrad
- 3/2002 Mgr. Alena Červenková, Lékárna, Sokolská 35, Praha 2
- 160/2004 Mgr. Edita Veselá, Lékárna Ave Maria, Jungmannova 101, Chlumec nad Cidlinou
- 163/2005 Mgr. Munchzul Daminragchaa, Lékárna U Lotosu, Voskovcova 1035, Praha 5
- 248/2007 Mgr. Miroslava Grossová, Lékárna na Josefské, Masarykova 427/31, Brno
- 356/2007 Mgr. Pavlína Pospíšilová, Lékárna Zdounky, Zborovská 104, Zdounky
- 54/2008 Mgr. Jitka Janišová, Lékárna U Hradeb, Mírové náměstí 1, Hlučín
- 224/2008 PharmDr. Hana Šumová, Lékárna, Švihovská 14, Plzeň
- 308/2008 Mgr. Dagmar Gažiová, Lékárna Tilia, Nábřeží P. Bezruč 430, Sokolov
- 335/2008 Mgr. Martina Kaňoková, Lékárna Frýdlant, Hlavní 79, Frýdlant nad Ostravicí
- 353/2008 Mgr. Daniela Píchová, Lékárna U Nemocnice, J. E. Purkyně 1167, Most
- 72/2009 Mgr. Jana Pyšková, Lékárna Penelope, Lochotínská 18, Plzeň
- 208/2009 PharmDr. Bohumila Kučíková, Lékárna Nám. Míru 3287, Kroměříž
- 79/2010 PharmDr. Jan Šámal, Lékárna U Anděla Strážce, nám. T.G.M. 213, Hodkovice n. M.
- 88/2010 PharmDr. Jaroslav Hruška, Dr. Max LÉKÁRNA, Rašínova 1669, Hradec Králové
- 138/2010 Mgr. Petr Volin, Dr. Max LÉKÁRNA, Chebská ulice, Aš
- 180/2010 Mgr. Iman EL Takkalé, Lékárna Kozinova, Jana Koziny 31/1628, Teplice
- 247/2010 Mgr. Mojmír Hübl, Lékárna U Fontány, Senovážné náměstí 20, Praha 1
- 30/2011 PharmDr. Regina Tůmová, Lékárna REA, Hlavní 267/27, Mariánské Lázně
- 67/2011 Mgr. Bronislav Uriča, Lékárna U Letišť, Borská pole, Plzeň
- 106/2011 PharmDr. Lucia Rusňáková, Lékárna Opletalova, Opletalova 1535/4, Praha 1
- 172/2011 RNDr. Karel Skalický, Vranská lékárna, Oblouková 610, Vrané nad Vltavou
- 198/2011 Mgr. Jana Matejková, Lékárna, Třebízského 56, Polná
- 291/2011 Mgr. Martina Nýdrle, Lékárna, Thámova 118/17, Praha 8
- 330/2011 Mgr. Petr Řondek, BENU Lékárna, ČSA, Šternberk
- 395/2011 Mgr. Jitka Dvořáková, Lékárna Běhounská, Běhounská 8, Brno

- 470/2011 PharmDr. Jitka Růžičková, Lékárna, Moravská 797, Chropyně
- 73/2012 Mgr. Hana Hadravová, Lékárna Futurum Kolín, Rorejcova 906, Kolín
- 100/2012 PharmDr. Silvie Antonínová, Dr. Max LÉKÁRNA, Kostelní 96/23, Ostrava
- 110/2012 Mgr. Zuzana Nezvalová, Nemocniční lékárna, Zálužanského 15, Ostrava
- 138/2012 Mgr. Miroslav Mrkos, Lékárna Maxima, Vídeňská 55, Brno
- 163/2012 Mgr. Ema Doležalová, Lékárna U sv. Martina, J. Boreckého 1590, České Budějovice
- 176/2012 Mgr. Anna De Lucca, Dr. Max LÉKÁRNA, Pod Paťankou, Praha 6
- 236/2012 Mgr. Eva Bartáková, Lékárna Tesco, Skandinávská 144/25, Praha 5
- 244/2012 Mgr. Jana Saveljevodá, Lékárna Tesco, Přetlucká 3295/50, Praha 10
- 258/2012 Mgr. Romana Macková, Lékárna, U Nádraží 7, Teplice
- 284/2012 Mgr. Svatava Kučerová, Lékárna Rosice, Palackého nám. 20, Rosice
- 294/2012 Mgr. Anna Mazalová, Lékárna Jesenice, Nákupní 2227, Jesenice
- 308/2012 PharmDr. Michal Pavlík, EVROKAPITAL s.r.o.
- 352/2012 Mgr. Zita Vášová, Dr. Max LÉKÁRNA, Dukelských hrdinů 23, Praha 7
- 50/2013 PharmDr. Lenka Linhartová, Lékárna Tesco, Prodloužená 807, Ostrava
- 79/2013 Mgr. Marcela Štirbová, Lékárna NOVEA, Svatoborská 1378/102, Kyjov
- 80/2013 Mgr. Marcela Štirbová, NOVEA Pharm s.r.o.
- 248/2013 Mgr. Radka Adámková, Lékárna Sunpharma, 8. května 465/24, Olomouc
- 249/2013 Mgr. Radka Adámková, SUNPHARMA CZ s.r.o.

Vydaná osvědčení

VEDOUCÍ LÉKÁRNÍK

- 293/2013 PharmDr. Monika Mědílková, Lékárna Gemini, Chomutovská 1261, Kadaň, poskytovatel: AVIES s.r.o.
- 295/2013 PharmDr. Jaroslava Koňarčíková, Lékárna Kischova, Kischova 1733/3, Praha 4, poskytovatel: Lékárna Kischova s.r.o.
- 297/2013 PharmDr. Martina Janošcová, Dr. Max LÉKÁRNA, Lidická 1269, Třinec, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 299/2013 Mgr. Veronika Rajnohová, Lékárna Štefánikova s.r.o., Štefánikova 477, Zlín, poskytovatel: Lékárna Štefánikova s.r.o.
- 301/2013 Mgr. Milana Horáková, Lékárna Vinice, Vinohradská 167, Praha 10, poskytovatel: Margita Molcarová
- 303/2013 PharmDr. Ivana Burianová, Lékárna CTM, Budějovická 1667/64, Praha 4, poskytovatel: MEDICON Pharm s.r.o.
- 306/2013 PharmDr. Katarína Ogurčáková, Lékárna U Anděla strážce, M. Horákové 48, Praha 7, poskytovatel: SKYLINE PHARMA s.r.o.

309/2013	PharmDr. Hana Mostecká, Lékárna Draháň, Čimická 780, Praha 8, poskytovatel: MP Logic spol. s r.o.	357/2013	Mgr. Dagmar Navrátilová, Lékárna, OC Breda, U Fortny 49/10, Opava, poskytovatel: LAVAL Pharma a.s.
310/2013	PharmDr. Veronika Jermlová, Lékárna U sv. Václava, Rudných dolů 291, Jílové u Prahy, poskytovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.	361/2013	Mgr. Alena Červenková, Lékárna U Tří zvonků, Plzeňská 143, Králův Dvůr, poskytovatel: RNDr. Vlasta Tarantová
312/2013	PharmDr. Hana Pavlásková, Lékárna Naděje, Tajovského 1310, Praha 4, poskytovatel: SoloMed s.r.o.	362/2103	Mgr. Daniela Píchová, BENU Lékárna, Pražská 206/95, Bílina, poskytovatel: BENU Česká republika a.s.
314/2013	Mgr. Barbara Löffelmannová, SALFA Lékárna, Wilsonova 1678, Praha 2, poskytovatel: SALFA a.s.	370/2013	Mgr. Alena Červenková, Lékárna Zdice, Palackého nám. 894, Zdice, poskytovatel: Mgr. Alena Červenková
316/2013	PharmDr. Helena Kubínová, Nemocniční lékárna, Vrchlického 59, Jihlava, poskytovatel: Nemocnice Jihlava	372/2013	PharmDr. Hana Kucharčíková, Lékárna, Lidická 402, Vlašim, poskytovatel: Mgr. Alena Červenková
318/2013	Mgr. Eva Kohoutová, Dr. Max LÉKÁRNA, Jugoslávských partyzánů 20, Praha 6, poskytovatel: In.Invid. s.r.o.	373/2013	Mgr. Iman El Takkalé, 005 – Kozinova, Jana Koziny 1628, Teplice, poskytovatel: RM PHARMATRADE s.r.o.
320/2013	Mgr. Petra Jebavá, Dr. Max LÉKÁRNA, V Celnici 10, Praha 1, poskytovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.	374/2013	RNDr. Jan Svoboda, Lékárna Viktoria, Seifertova 996/31, Praha 3, poskytovatel: Lékárna Viktoria s.r.o.
326/2013	Mgr. Ivana Kupková, Lékárna Harmonia, Plzeňská 396, Králův Dvůr, poskytovatel: PEARS HEALTH CYBER s.r.o.	376/2013	PharmDr. Bohumil Bednář, Lékárna Chomutovická, Chomutovická 1444/2, Praha 4, poskytovatel: VK Med s.r.o.
329/2013	PharmDr. Kateřina Hermanová, Lékárna Harmonia, Revoluční 27/2312, Krnov, poskytovatel: PEARS HEALTH CYBER s.r.o.	378/2013	Mgr. Dagmar Pavelčíková, Lékárna U Nádraží, U Nádraží 7, Teplice, poskytovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
330/2013	PharmDr. Petr Karajannis, Lékárna 110, Radniční 8, Rýmařov, poskytovatel: Karajannis s.r.o.	380/2013	Mgr. Lenka Trpišiovská, Dr. Max LÉKÁRNA, Karlovo nám. 89, Kolín, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
334/2013	Mgr. Filip Adámek, Euphrasia s.r.o., Pavlíkova 67, Ořechov, poskytovatel: Euphrasia s.r.o.	382/2013	Mgr. Vladimír Spurný, Lékárna, Světlogorská 2764, Tábor, poskytovatel: Nemocnice Tábor a.s.
336/2013	Mgr. Martina Kaňoková, BENU Lékárna, Nám. Míru 19, Frenštát pod Radh., poskytovatel: Moravia Pharm s.r.o.	383/2013	Mgr. Jana Zavřelová, Lékárna Aragonit, Tř. generála Svobody 1000, Hranice, poskytovatel: Nemocnice Hranice a.s.
339/2013	Mgr. Hana Bělíková, Lékárna Ave Maria, Jungmannova 101, Chlumec nad Cidlinou, poskytovatel: C2P s.r.o.	385/2013	PharmDr. Eva Vitáčková, Lékárna Centrum, Erbenova 2906, Česká Lípa, poskytovatel: VfG Cosmian s.r.o.
340/2013	Mgr. Petr Jeniš, Dr. Max LÉKÁRNA, Nádražní ul. 320, Bučovice, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.	387/2013	Mgr. Milena Morávková, BENU Lékárna, Americká 64, Plzeň, poskytovatel: BENU Česká republika a.s.
342/2013	Mgr. Darina Vašíčková, Lékárna Harmonia, U Jandovky 127/2, Vyškov poskytovatel: PEARS HEALTH CYBER s.r.o.	389/2013	Mgr. Ivana Hamplová, Lékárna Dolní náměstí, Dolní náměstí 22, Opava, poskytovatel: KRATEGUS spol. s r.o.
344/2013	Mgr. Jana Pyšková, Lékárna Rondel, Lochotínská 18, Plzeň, poskytovatel: Devětsil JST, s.r.o.	390/2013	Mgr. Miroslav Mrkos, Lékárna Rosice, Palackého náměstí 22, Rosice u Brna, poskytovatel: STAVOVSKÁ s.r.o.
345/2013	Mgr. Petr Volin, Ašská lékárna U Regenta, Hlavní 330/76, Aš, poskytovatel: Pharmacy World s.r.o.	394/2013	PharmDr. Ivana Procházková, Chytrá lékárna, Nádražní 1/2, Vyškov, poskytovatel: Pharmawell a.s.
347/2013	PharmDr. Josef Marek, Lékárna U Kosmy a Damiána, Na Kopečku 145, Letohrad, poskytovatel: KDM s.r.o.	397/2013	Mgr. Barbora Dobiášová, BENU Lékárna, ČSA 40, Šternberk, poskytovatel: BENU Česká republika a.s.
349/2013	Mgr. Zuzana Nezvalová, Lékárna U Černého orla, Bílovecká 661, Ostrava, poskytovatel: Vítkovická lékárna, s.r.o.	399/2013	PharmDr. Jaroslava Makešová, Lékárna Na Městečku, Na Městečku 56, Pozoříce, poskytovatel: Lékárna Na Městečku spol. s r.o.
351/2013	Mgr. Ivana Žídková, Lékárna NOVEA, Svatoborská 1378/10, Kyjov, poskytovatel: NOVEA Pharm s.r.o.	401/2013	PharmDr. Zdeněk Obr, Lékárna Na Náměstí, Tyršovo nám. 299, Choceň, poskytovatel: U Anděla s.r.o.
353/2013	PharmDr. Pavla Brančová, Lékárna nemocnice Kyjov, Strážovská 1247, Kyjov, poskytovatel: Nemocnice Kyjov, p.o.	404/2013	PharmDr. Iva Zádrapová, Dr. Max LÉKÁRNA, Vídeňská 995/63, Brno, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
354/2013	PharmDr. Bořivoj Tomíček, Dr. Max LÉKÁRNA, Okružní 3482/7A, Ústí nad Labem, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.		
356/2013	Mgr. Jelena Niklová, BENU Lékárna, J. E. Purkyně 1167, Most, poskytovatel: BENU Česká republika a.s.		

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

411/2013	PharmDr. Olga Vejlupeková, Lékárna U Jednorozce, Náměstí Míru 5, Moravské Budějovice, poskytovatel: Zenkas s.r.o.	359/2013	Mgr. Karel Janča, Nemocnice Kyjov, p.o.
415/2013	PharmDr. Jana Košťálová, Lékárna Santé, Husovo nám. 82, Český Brod, poskytovatel: Santé s.r.o.	360/2013	PharmDr. Jana Krejčí, Stavovská s.r.o.
417/2013	Mgr. Pavlína Pospíšilová, Lékárna Zdounky s.r.o., Zborovská 104, Zdounky, poskytovatel: Lékárna Zdounky s.r.o.	363/2013	Mgr. Marcela Halová, PharmDr. Zdeněk Fabiánek, s.r.o.
419/2013	Mgr. Monika Kührová, Lékárna Harmonia, Denisova 2907/11, Přerov, poskytovatel: PEARS HEALTH CYBER s.r.o.	364/2013	Mgr. Jana Králíčková, PharmDr. Zdeněk Fabiánek, s.r.o.
423/2103	Mgr. Svatava Kučerová, Lékárna Green Pharmacy, s.r.o., Palackého nám. 20, Rosice, poskytovatel: Green Pharmacy s.r.o.	365/2013	Mgr. Miroslava Mazlová, PharmDr. Zdeněk Fabiánek, s.r.o.
425/2013	PharmDr. Tomáš Brettler, Lékárna U Nádraží, nám. Jana Pernera 446, Česká Třebová, poskytovatel: Dopravní zdravotnictví a.s.	366/2013	PharmDr. Martin Poledňa, PharmDr. Zdeněk Fabiánek, s.r.o.
427/2013	Mgr. René Šostý, Lékárna U Hradeb, Mírové náměstí 1, Hlučín, poskytovatel: KRATEGUS spol. s r.o.	367/2013	PharmDr. Jiří Šašek, Lékárna U Grandu s.r.o.
ODBORNÝ ZÁSTUPCE		375/2013	RNDr. Jan Svoboda, Lékárna Viktoria s.r.o.
294/2013	PharmDr. Monika Mědílková, AVIES, s.r.o.	377/2013	PharmDr. Bohumil Bednář, VK Med s.r.o.
296/2013	PharmDr. Jaroslava Koňarčíková, Lékárna Kischova s.r.o.	379/2013	Mgr. Dagmar Pavelčíková, Lékárny Lloyds s.r.o.
298/2013	PharmDr. Martina Janošková, Česká lékárna, a.s.	381/2013	Mgr. Lenka Trpišovská, Česká lékárna, a.s.
300/2013	Mgr. Veronika Rajnohová, Lékárna Štěfánikova s.r.o.	384/2013	Mgr. Richard Zavřel, Nemocnice Hranice a.s.
302/2013	Mgr. Milana Horáková, Margita Molcarová	386/2013	Mgr. Monika Peterková, LÉKÁRNA NA TEPLICKÉM PŘEDMĚSTÍ s.r.o.
304/2013	PharmDr. Martina Vužňáková, Neopharm Lékárna s.r.o.	391/2013	PharmDr. Radovan Hejský, Oblastní nemocnice Kolín a.s.
305/2013	Mgr. Silvia Badinková, Neopharm Lékárna s.r.o.	392/2013	Mgr. Pavel Vele, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s.
307/2013	PharmDr. Katarína Ogurčáková, SKYLINE PHARMA s.r.o.	395/2013	PharmDr. Daniel Šturm, Mgr. Monika Šturmová
308/2013	PharmDr. Denisa Kučerová, VMT Union, s.r.o.	396/2013	Mgr. Margita Vavříková, LÉKÁRNA NA ZÁMĚSTÍ s.r.o.
311/2013	PharmDr. Veronika Jermlová, EVROKAPITAL, s.r.o.	400/2013	Mgr. Svatava Havlíčková, Lékárna Kravaře s.r.o.
313/2013	PharmDr. Hana Pavlásková, SoloMed s.r.o.	405/2013	PharmDr. Iva Zádrapová, Česká lékárna, a.s.
315/2013	Mgr. Barbara Löffelmannová, SALFA a.s.	406/2013	Mgr. Jiřina Kozáková, Lékárna U léčivého pramene, s.r.o.
317/2013	PharmDr. Helena Kubínová, Nemocnice Jihlava	407/2013	Mgr. Ivana Tomášková, ILT MED s.r.o.
319/2013	Mgr. Eva Kohoutová, In.Invid. s.r.o.	408/2013	Mgr. Jana Žákovcová, Česká lékárna, a.s.
321/2013	Mgr. Petra Jebavá, Lékárny Lloyds s.r.o.	409/2013	PharmDr. Marta Dostálová, Česká lékárna, a.s.
322/2013	Mgr. Daniela Prokopová, Česká lékárna, a.s.	410/2013	Mgr. Jana Šabršulová, Česká lékárna, a.s.
323/2013	Mgr. Helena Hrabětová, Hana Kvičerová	412/2013	PharmDr. Olga Vejlupeková, Zenkas s.r.o.
325/2013	PharmDr. Ladislav Hanák, Zdravá linie s.r.o.	413/2013	Mgr. Alena Murdychová, Magna Corp, s.r.o.
328/2013	Mgr. Kateřina Procházková, Vavřínecká s.r.o.	414/2013	PharmDr. Michael Vanžura, Pharmacy Development s.r.o.
331/2013	Mgr. Tomáš Kopp, SANOVIA, a.s.	416/2013	Mgr. Ivana Kohoutková, BENU Česká republika a.s.
333/2013	Mgr. Hana Lindtnerová, Veterinární a farmaceutická univerzita Brno	418/2013	Mgr. Pavlína Pospíšilová, Lékárna Zdounky s.r.o.
335/2013	Mgr. Filip Adámek, Euphrasia s.r.o.	420/2013	Mgr. Monika Kührová, PEARS HEALTH CYBER s.r.o.
337/2013	Mgr. Martina Kaňoková, Moravia Pharm s.r.o.	421/2013	Mgr. Dagmar Pohlová, HELICALON a.s.
338/2013	Mgr. Petr Skála, Dracena s.r.o.	422/2013	PharmDr. Petr Nalevajka, STAVOVSKÁ s.r.o.
341/2013	Mgr. Petr Jeniš, Česká lékárna, a.s.	424/2103	Mgr. Svatava Kučerová, Green Pharmacy s.r.o.
343/2013	Mgr. Jaroslav Šantora, PHARMA J a J, s.r.o.	426/2013	PharmDr. Tomáš Brettler, Dopravní zdravotnictví a.s.
346/2013	Mgr. Petr Volin, Pharmacy World s.r.o.	428/2013	Mgr. Eva Zychová, Ariete s.r.o.
348/2013	PharmDr. Josef Marek, KDM s.r.o.	SOUKROMÁ LÉKÁRENSKÁ PRAXE	
350/2013	Mgr. Zuzana Nezvalová, Vítkovická lékárna, s.r.o.	324/2013	Mgr. Danuše Sobotková
352/2013	Mgr. Ivana Žídková, NOVEA Pharm s.r.o.	327/2013	Mgr. Jana Andrlíková
355/2013	PharmDr. Bořivoj Tomíček, Česká lékárna, a.s.	332/2013	Mgr. Veronika Peřimovská
358/2013	Mgr. Dagmar Navrátilová, LAVAL Pharma a.s.	368/2013	RNDr. Eva Koláčková
		369/2013	PharmDr. Jana Záveská
		371/2013	Mgr. Alena Červenková
		388/2013	PharmDr. Michaela Petrová
		393/2013	Mgr. Jitka Žáková
		398/2013	RNDr. Jana Potužáková
		402/2013	PharmDr. Luděk Konvička
		403/2013	Mgr. Radek Suchý

(člínk)

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky.

Účastnický poplatek uhradte dle pokynů při přihláscce: bankovním převodem na účet číslo: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře.

Splatnost nejpozději **5 dnů** před konáním semináře **(v hotovosti na místě akce jen v nejnútnejším případě a za zvýšený poplatek).**

Čt 16. 5. Břeclav (kód semináře: 13034)

seminární místnost lékárny, Poliklinika Břeclav, začátek v 18.00 hodin

Tromboembolické stavy I.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,
MUDr. Vladan Ryšavý

Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 16. 5. Zlín (kód semináře: 13025)

SZŠ Zlín, začátek v 17.00 hodin

Farmakoterapie hypertenze

Lektoři: PharmDr. Ivana Sokolová, MUDr. Hana Buriánová

Odborný garant: PharmDr. Ivana Sokolová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 23. 5. Brno (kód semináře: 13035)

FaF VFU, seminární místnost, Palackého 1/3, začátek v 17.00 hodin

Nežádoucí účinky léčiv – analgetika I.

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

Odborný garant: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 29. 5. Praha (kód semináře: 13036)

Lékařnická akademie, Rozárcina 1422/9, začátek v 17.30 hodin

Revmatoidní artritida v kazuistikách

Lektoři: PharmDr. Šárka Erbanová,
RNDr. Zdeňka Šterbáková,
MUDr. Eliška Stehlíková

Odborný garant: PharmDr. Šárka Erbanová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 30. 5. Třebíč (kód semináře: 13037)

salonek v hotelu Zlatý kříž, Karlovo náměstí 19/13, začátek v 18.00 hodin

Nežádoucí účinky léčiv – analgetika I.

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

So 1. 6. Frýdek Místek (kód semináře: 13027)

Národní dům, Palackého 134, začátek v 9.00 hodin

Parkinsonova choroba

Lektoři: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.,
doc. MUDr. Petr Vondráček, Ph.D.

Odborný garant: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 6. 6. Znojmo (kód semináře: 13038)

hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18.00 hod

Tromboembolické stavy I.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,
MUDr. Vladan Ryšavý

Odborný garant: PharmDr. Antonín Svoboda

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

So 15. 6. Olomouc (kód semináře: 13039)

LF UP, Ústav farmakologie – seminární místnost,

Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hodin

Farmaceutická péče u pacienta s diabetem mellitem

Lektoři: Mgr. Martin Doseděl,
PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D.,
MUDr. Ondřej Krystyník

Odborný garant: Mgr. Martin Doseděl

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 16

St 19. 6. Hradec Králové (kód semináře: 13040)

seminární místnost Nemocniční lékárny FN HK, začátek v 18.00 hod.

Farmakoterapie demencí v kazuistikách

Lektoři: Mgr. Martina Maříková,
PharmDr. Pavlína Pastyříková,
MUDr. Richard Kohler

Odborný garant: Mgr. Martina Maříková

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

ODBORNÁ KONFERENCE

XV. Konference mladých lékárníků – Opava (kód semináře: 13999)

Pátek 24. 5. od 16 do 18 hodin a sobota 25. 5. od 9 do 15 hodin.

Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky.

Účastnický poplatek: 500 Kč, na místě v hotovosti 600 Kč.

Body za účast: akce je ohodnocena **20 body** do systému vzdělávání lékárníků.

Ubytování: Každý si zajišťuje sám – seznamy hotelů a ubytovacích kapacit naleznete na webu www.lekarnici.cz.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

KURZY PRO LÉKÁRNÍKY A PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Pilotní vzdělávací akce pořádá Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP ve spolupráci s Lékárnickou akademií ČLnK. Účelem je zejména prohloubit spolupráci praktických lékařů a lékárníků z veřejných lékáren v rámci regionu.

Semináře se každý měsíc konají v několika místech republiky (viz přehled níže), ústředním tématem dubnových termínů je prevence kardiovaskulárních onemocnění. Během akce si vyslechnete odborné přednášky lékařů, jedna hodinová přednáška bude věnována lékárenskému tématu a variabilně zaměřena na:

- A) lékárenskou péči a spolupráci praktický lékař – lékárník
- B) legislativu
- C) ceny a úhrady léčiv
- D) magistraliter přípravu

Přihlašování a podrobnější informace na tyto vzdělávací akce najdete na www.lekarnici.cz – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky.

Garant projektu: PharmDr. Lubomír Chudoba. Účast je ohodnocena 8 body v rámci vzdělávání lékárníků.

Den, hodina, místo, téma, přednášející

2. 5. 16–20 hod., **Ústí nad Labem**, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36, téma C, PharmDr. Stanislav Havlíček

2. 5. 16–20 hod., **Liberec**, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, téma B, Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík
4. 5. 9–13 hod., **Karlovy Vary**, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8, Březová, téma A, PharmDr. Jana Šolínová,
6. 5. 16.30–20.30 hod., **Zlín**, Aula SZŠ, Příluky 372, téma A, Mgr. Martin Doseděl
11. 5. 9–13 hod., **Olomouc**, Aula Právnické fakulty UP, tř. 17. listopadu 8, téma A, PharmDr. Jindřiška Voláková
14. 5. 16–20 hod., **Pardubice**, Hotel EURO, Jiráskova 2781, téma B, Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík
15. 5. 17–21 hod., **Jihlava**, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul., téma A, Mgr. Martin Doseděl
16. 5. 16–20 hod., **Hradec Králové**, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, téma C, PharmDr. Stanislav Havlíček
16. 5. 16–20 hod., **Praha**, Lékař. dům, Sokolská 31, téma A, Mgr. Zuzana Vašířová
18. 5. 9–13 hod., **Plzeň**, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31, téma A, PharmDr. Aleš Mareček
22. 5. 16–20 hod., **Praha**, Lékař. dům, Sokolská 31, téma D, PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.
22. 5. 16–20 hod., **České Budějovice**, Clarion Congress Hotel, Pražská tř. 2306/14, téma A, Mgr. Kristina Pechandová
23. 5. 16–20 hod., **Ostrava**, Hotel Imperial, Tyršova 6, téma A, PharmDr. Jindřiška Voláková
25. 5. 9–13 hod., **Brno**, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, téma A, PharmDr. Hana Kotolová

Zdeněk Kabátek: VZP se nezříká povinnosti

Ředitel ZP Ing. Zdeněk Kabátek poslal 22. března 2013 dopis prezidentu České lékárnické komory PharmDr. Lubomíru Chudobovi, v němž uvádí:

Vážený pane prezidente,

dovolte mi reagovat na Váš dopis ze dne 15. 2. 2013. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále jen „VZP“) se nezříká jednoznačné povinnosti hradit léčivé přípravky po dobu tří měsíců ve vyšší doprodejové původní ceny, ale je zde třeba jasně vymezit, že se jedná o postup platný právě pro zákonem vymezené případy. Z pohledu VZP dochází v principu k situaci, kdy si lékárny nárokují a priori částky, jejichž původ nelze automaticky nijak rozklíčovat a jejichž konečnou výši přitom nelze dle dostupných údajů označit za standardní. Proto VZP uplatňovala v praxi dle předpokladu již nové nižší ceny s mož-

ností prokázat doprodeje. VZP si uvědomuje složitost této situace a chápe Vaše požadavky, a proto v období prosinec 2012–únor 2013 přistoupila k individuálnímu zohlednění cen doprodejových léčiv na žádost lékáren po předložení dokladu o nákupu doprodejových léčiv v podobě dodacích listů. Tento způsob kontroly ze strany VZP zapříčinil na přelomu let 2012 a 2013 nárůst administrativy v lékárnách. Je to zejména díky velkým množstvím Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) zahájených a poté vykonatelných revizí za účelem snížení maximální ceny léčivých přípravků. Množství doprodejových léčiv se v tomto období neúměrně zvýšilo.

Z těchto důvodů VZP změnila dosavadní praxi a od 1. 3. 2013 přistoupila k systémovým úpravám validačního (kontrolního) mechanismu. V přechod-

ném období (březen–červen 2013) dojde k manuálnímu vypnutí validace na maximální cenu pro konečného spotřebitele. Doprodeje budou tedy zohledněny bez nutnosti předložení požadovaného dokladu.

V současnosti je připravována úprava validace tak, aby se minimalizovaly požadavky lékáren na proplacení doprodejů. Odhadovaná doba realizace doprodeje zohledňující úpravy validačního systému činí přibližně tři měsíce, proto lze očekávat její dokončení k 1. 7. 2013. Od tohoto data lze předpokládat vyřešení celé záležitosti a snížení požadavků lékáren k zohlednění doprodejů na minimum.

VZP bude ve spolupráci se SÚKL kontinuálně provádět analýzy s následnou možností kontrol lékáren a oprávněnosti prodeje za původní doprodejové ceny.

Proč se s lékaři setkávat častěji

„Víte, co je to batoh nebo batůžkaření?“ adresoval dotaz lékařské části auditoria Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík, právní poradce České lékařnické komory. Stalo se tak na odborném semináři určeném lékárníkům a praktickým lékařům 26. března v Ostravě. V plném sále zvedlo ruku jen šest účastníků. Mnozí posluchači si pak poznamenávali, že batůžkaření je jev nesprávný, nelegální, ale velmi častý a rozšířený.

Společné odborné semináře konané v různých místech republiky pořádala Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP a Lékařnická akademie s.r.o.

Doktor Maršík v úvodu ostravského semináře připomněl platformu, na které se lékaři a lékárníci v praxi setkávají, zmínil proto v první řadě zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech. Hovořilo se o receptech, obyčejných i s modrým pruhem, o důsledku lékařem nesprávně vyplněného receptu pro lékárníka, kdy chybí určitý údaj, např. *Hradí nemocný* nebo *Neodkladná péče*. Přišla samozřejmě řeč i na elektronické recepty, v souvislosti s tím v diskusi zaznělo toho dne už podruhé, že hodnota práce lékařů je podceňována, nad čímž se nikdo nezamýšlí, ale spíše se hledají cesty, jak jim dále komplikovat život. Z řad přítomných lékařů se pak ještě ozvalo, že zavádět elektronické recepty je zbytečné, že nikdo lékařům, lékárníkům ani veřejnosti dodnes nevysvětlil, jakou výhodu by tento systém přinesl, navíc že pacientům je přece jedno, s jakým receptem z ordinace do lékárny odcházejí.

Zajímavé bylo zamyšlení nad spolehlivostí serveru, který by v případě e-receptů byl velmi zranitelný. Kdo ponese právní odpovědnost, když pacient kvůli jeho eventuální nefunkčnosti nedostane lék a zemře? Na to se musí lékaři společně s lékárníky včas a důrazně ptát prostřednictvím svých profesních komor a odborných společností.

Dále se hovořilo o záměnách a náhradách léků.

Lékaři chtěli vědět, co mají odpovídat pacientovi, který se jich ptá, kolik budou na lék v lékárně doplácet. Bylo jim vysvětleno, že je to složitý systém stanovení cen a úhrad, chybovost seznamu SÚKL a číselníku VZP s jejich zpětnými opravami a trh, které rozhodují o tom, že v lékárnách jsou různé doplatky. Objevila se i úvaha, proč vlastně lékárníci chtějí léky měnit, co jim to přináší. Od přítomných lékárníků slyšeli: „Zamě-

ňujeme například tehdy, když jsou výpadky nebo pacient nechce doplácet, záměny však zcela jistě neslouží ke zvýšení obrátu lékárny.“

Následovaly tři zajímavé a obsáhlé přednášky o moderní léčbě pacientů s alergickým onemocněním v primární péči. Pro zdravotníky z Ostravy a okolí nebylo žádnou novinkou, že ve znečištěných oblastech je průběh alergie horší, alergeny jsou totiž zvláště agresivní. Odhalená prevalence astmatu v České republice je 5–10 procent.



Po skončení semináře jsme se zeptali dvou kolegyň, jaký odborný přínos vidí ve společných vzdělávacích akcích lékařů a lékárníků.

**Mgr. Monika VZORKOVÁ, Lékařka
Na Osmém, Ostrava-Poruba**



Myslím si, že společné setkávání lékařů a lékárníků na seminářích má své opodstatnění. A to nejen z hlediska společenského, ale hlavně z hlediska pracovního. Zejména pak tehdy, týkají-li se témata oblastí, která propojuje naše profese, tedy léčiva, jejich předpis na recept, náležitosti receptu, vzájemná kompatibilita léčiv, komunikace lékař – lékárník prostřednictvím receptu, nová léčiva a výpadky léčiv aj. A protože máme společný cíl, tedy spokojenost a zdraví pacienta, měli bychom se na takových seminářích setkávat častěji. Předávat si na nich nejen své znalosti, cenné zkušenosti, vyladit vzájemnou

komunikaci, ale také se na nich společensky pobavit, vždyť toho máme přece tolik společného.

**Mgr. Martina SOLDÁNOVÁ, Lékařka
U Zlatého slunce, Ostrava-Poruba**



Je důležité, aby se konaly semináře, kongresy a podobné akce, na kterých se setkávají lékaři a farmaceuti. Přínosné jsou zejména akce, kde jsou témata objektivně prezentována odborníky z různých oblastí zdravotnictví bez propagace ať už léčivých přípravků nebo potravinových doplňků, a naopak jsou zaměřeny na obecné informace, ale i na konkrétní problémy z praxe, které obohatí obě skupiny, lékaře i lékárníky. Zopakujeme si teoretické znalosti a zároveň se dozvíme o problémech, se kterými se setkávají lékaři v ordinacích a my v lékárnách. Při probírání různých komplikací v souvislosti s našimi profesemi si možná dokážeme lépe uvědomit, proč lékař někdy udělal to a lékárník zase ono. Důležité je ovšem i to, aby obě skupiny znaly základní předpisy a zákony týkající se jejich profesí.

Komunikace mezi lékárníky a lékaři je velmi důležitá. Troufám si tvrdit, že většinou z nás jde především o to, abychom pomohli pacientům. Pokud to lze, vyléčit je, chronické pacienty se snažit stabilizovat a zpomalit rozvoj jejich nemoci, a obecně, aby nás pacienti brali jako odborníky a měli v nás důvěru.

Velmi často dochází v lékárnách k situacím, kdy na receptech není něco v pořádku, a tudíž pacient nemůže z nějakého důvodu dostat např. lék, který je na receptu předepsán. Jsou lékárníci, kteří se snaží pacientovi pomoci a vše vyřešit k jeho spokojenosti, ale

Pokračování na další straně

jsou i takoví, kteří pacienta pošlou do jiné lékárny nebo zpět k lékaři, aniž by se problémem zabývali.

Dnes a denně voláme lékařům. Kvůli lékům, které nemůžeme pacientům vydat, protože jsou ve výpadku, jsou problémy s dávkováním, kdy lékaři půlí tablety, které nelze půlit (mohou mít řízené uvolňování, jsou potahované, bez půlicí rýhy a je pro pacienta problém je dělit), nebo např. se v počítači překlíknu a omylem předepíší pacientovi jinou sílu léku, než pacient bere. Záleží na způsobu, jakým lékaři „sdělíte“ daný problém. Někdy není těžké se s lékaři domluvit na změně léku, úpravě dávkování nebo změně počtu tablet (některá velká balení jsou bez doplatku na rozdíl od malých balení). Někteří lékaři ovšem nedokážou pochopit, že se může stát, že léky které předepisují (a uvádějí u nich poznámku NEZAMĚŇOVAT), jsou momentálně ve výpadku a že je nelze objednat, i když obchodní zástupce nejmenované firmy tvrdil lékaři zcela něco jiného. Je špatné, pokud lékař věří více farmaceutickému reprezentantovi než nezaujatému lékárníkovi. Lékaři nejsou v přímém kontaktu s dodavateli a sklady v celé ČR.

Pacientovi chceme ušetřit cestu k lékaři, proto s ním telefonem konzultujeme možnou náhradu, ale ten nás místo toho seřve, jak si dovolujeme nevydat lék, který předepsal. Jsme obviňováni, že záměrně zaměňujeme léky. Nedělá to každý farmaceut, a stejně tak ne každý lékař předepisuje léky určitého výrobce. Pokud je pro nás na prvním místě zdraví pacienta a je-li daný lék dostupný, můžeme ho tedy pacientovi objednat a on nemá problém znovu přijít do lékárny, nemáme důvod vydat jiný lék než je na lékařském předpisu uvedený. Protože i vedlejší pomocné látky nebo např. jiný způsob řízeného uvolňování mohou u některých pacientů vyvolat řadu nežádoucích účinků. Nemluvě o tom, že originál je jen jeden. Ale stejně tak by se neměli lékaři nechat „ovlivnit“ obchodními zástupci výrobců léků. Není důvod měnit preskripci u stabilizovaného pacienta.

Důležitá je proto v komunikaci mezi lékárníky a lékaři slušnost, úcta a ochota snažit se domluvit.

(jh)

NÁVODY PRO DISPENZACI

Imichimod (Imiquimod) – D06BB10

Preparát Aldara® 5% krém obsahující danou účinnou látku imiquimod nepatří mezi často vydávané léky. Přesto je zajímavý nejen svým základním efektem, ale také relativně ojedinělou lékovou formou jednodávkově baleného krému. Obsahuje 12 dávek v sáčcích po 250 mg krému s obsahem 12,5 mg účinné látky. Preskripce je vázaná na dermatologa a pojišťovna hradí pouze některé indikace za přísně stanovených kritérií (symbol „E“). Mezi tyto indikace patří např. projevy povrchového bazocelulárního karcinomu na kůži poté, kdy byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Tyto typy kožních defektů se projevují především na hlavě, zátylku a krku u osob pracujících většinu dne venku a na slunci. Lék je však využíván pro svůj efekt také na tzv. condylomata acuminata, tj. genitální a perianální vegetace, nebo na bradavice, aktinické keratózy (po předchozí bioptické verifikaci), které jsou považovány za prekancerózy, či další specifické formy dermatóz. V těchto indikacích pak musí uhradit pacient veškeré náklady.

Četnost aplikace léku vychází z indikace. U genitálních kondylomat se aplikuje 3x týdně po dobu až 16 týdnů, při bazální karcinomu kůže 5x týdně (např. pondělí až pátek) po dobu 6 týdnů a v nejčastější indikaci, aktinické keratóze, 3x týdně (např. pondělí, středa, pátek) po 2–4 týdny (tomu odpovídá běžná velikost u nás registrovaného balení). Léčebná kúra by neměla být delší než 4 týdny. Pokud je nutno aplikaci opakovat měla by před další kúrou být ponechána přestávka v trvání 4–8 týdnů.

Krém se aplikuje na celý defekt v tenké vrstvě v době před spaním, aby byla zajištěna jeho nejdelší účinnost, tj. cca 8 hodin, než se smyje mýdlem a vodou. Pro děti je lék nevhodný a nepřístupuje se k němu ani v případě léčby tzv. molluscum contagiosum, řazeného také mezi virová onemocnění kůže – MCV (často se šíří v předškolních zařízeních s nejčastějším výskytem na ruku a nohou).

Účinná látka imiquimod patří mezi tzv. kožní imunomodulátory, lokální antivirotika – po aplikaci na kůži dochází k podpoře syntézy a uvolnění specifických cytokinů včetně interferonu alfa, které pak zajišťují likvidaci virových původců těchto chorob. Nejedná se tedy o klasické antivirotikum s přímým působením na virový organizmus. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří asi z 10 % lokální pálení a svědění. Lék se nehodí pro osoby s autoimunitním onemocněním; z mechanismu jeho účinku je zřejmé, že by mohlo dojít ke zhoršení průběhu těchto nemocí. Podobně není aplikace vhodná u pacientů na výrazné imunosupresivní léčbě, např. po transplantaci. Některé z uvedených indikací (condylomata acuminata) jsou řazeny mezi tzv. STD (sexually transmitted diseases, přenosné pohlavní choroby). Žádná z látek obsahující imiquimod není vhodná pro pacienty mladší 18 let, poněvadž pro bezpečnost takové terapie není dostatek dat. U těhotných se nedoporučuje (C).

- Před aplikací přípravku i po ní je nutné pečlivě umytí rukou.
- Postižené místo před spaním opláchnout vodou a vysušit. Krém vetřít v tenké vrstvě, nanášet na zdravou kůži, vyloučit kontakt přípravku s očními víčky, rty a nosem.
- Ošetřované místo nepřekrývat obvazem ani oděvem, v žádném případě nedávat do okluze. Ráno omýt mýdlem a vodou.
- Pokud se projeví nějaká hypersenzitivní reakce, ukončit aplikaci a informovat lékaře. Průvodním nežádoucím účinkem, který časem odezní, bývá mírné pálení, svědění a otok pouze v místě aplikace (mírná zánětlivá reakce může být průvodním jevem léčby).
- Krém má být nanášen na pokožku bez trhlinek a ran (např. po předchozím chirurgickém nebo kryoterapeutickém zákroku)..
- Kvůli zvýšenému riziku fotosenzitivity má být ošetřované místo chráněno před sluncem i před působením náhradních zdrojů slunečního záření vhodným oděvem a pokrývkou hlavy, a to nejen po dobu terapie, ale pokud možno stále.
- Po terapii se může v daném místě projevit hypo- či hyperpigmentace, která může být již trvalá.
- Při léčbě genitálních forem onemocnění není vhodný sexuální styk v době, kdy je látka aplikovaná.

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

Ohlasy na ČČL 3/2013 – Tak to vidím já: Celostní medicína na vzestupu?



Nemám potřebu o ní psát. Jen do té doby, dokud není potřeba vyvážit názory. A to je právě teď. V březnovém čísle časopisu jsem se dočetla, že by ji bylo potřeba „radikálně vyříznout“. Rozuměj zřejmě odevšad. Ze specializací, z medicíny, ze života, ze společnosti. Důvod? Je to nevědecká metoda, balast. Ohánění se „vědeckými metodami“ je krásné. Jiný názor na vědu v medicíně může vypadat takto: Medicína (ale ani farmacie) není exaktní věda. Značná část toho, co nás ve škole učili, na medicíně i na farmacii, není pravda.

Když lékař nebo farmaceut přijdou do praxe, vědí toho o lidském těle stále zoufale málo.

Lékař může stanovovat pouze jakousi hypotézu, která nemusí vydržet ani den. Pět lékařů může u jednoho pacienta stanovit pět různých diagnóz. Právě tak jako nám připadají podivná tvrzení z dob začátku minulého století (jimiž naši předci bláhově věřili), tak se budou naši potomci za 100 let smát tomu, čemu jsme věřili my a říkali jsme tomu exaktní věda. Sleduji, jak se někteří kolegové snaží napadat celostní přístup k pacientům, byť ho provozují dnes mnozí lékaři se značnými úspěchy. Tito lékaři se neztotožnili s tím, jak „vědecká“ medicína rozkouskovala lidské tělo na jednotlivé orgány a nezabývá se příliš souvislostmi.

Ortodoxní lékařskou profesi charakterizují dosti chatrné základy. Přesto si někteří její představitelé uzurpují právo na tu jedinou a správnou metodu léčení. Je sice mnoho čestných, ušlechtilých a velkorysých lékařů, samotná „moderní medicína“ je ale něco, co znamená spíš komerci, finanční a mocenské zájmy, šíření strachu a v mnoha případech zřetelná selhání. Nemoci jsou nástrojem lobbistických skupin a lékaři nevědomě, nebo i vědomě tento model podporují. Systém, jehož filozofie je založená pouze na zisku, je špatný a samotný přístup k nemocem mylný. Pro pacienta je mnohdy výhodou, když poslechne vlastní instinkt (pokud je schopen mu naslouchat) a včas dá na svůj zdravý rozum. Protože to, co do něj „moderní medicína“ pěchuje, ho může

Systém, jehož filozofie je založená pouze na zisku, je špatný a samotný přístup k nemocem mylný. Pro pacienta je mnohdy výhodou, když poslechne vlastní instinkt (pokud je schopen mu naslouchat) a včas dá na svůj zdravý rozum. Protože to, co do něj „moderní medicína“ pěchuje, ho může i zabít.

i zabít. O trvalém poškození zdraví nemluvě.

Věda potřebuje hodně peněz. Kde je bere? Lze věřit všem klinickým studiím? Když farmaceutický průmysl, výzkum a následné vyhodnocování výsledků nejsou finančně nezávislé? To, čemu dnes

říkáme *klinické testy a dvojité zaslepené zkoušky*, jsou mnohdy veskrze zmanipulované podvody. Nehodící se studie se nezveřejňují. Údajně lze při schvalování léčiva kdykoliv ukončit klinické zkoušky před dokončením studie a nezveřejnit je. Pak se upraví parametry a jede se znovu, dokud není výsledek uspokojivý. Vyloučí se např. pacienti s pozitivní reakcí na placebo. Kdo zákonem uloží výrobcům povinnost zveřejnit všechny studie? A vůbec – kolik máme

nezávislých vědců v oblasti medicíny? Když je údajně asi polovina klinických studií zmanipulovaná, dokážete rozlišit, které to jsou? Pacient v tomto systému nemůže nikdy vyhrát. Je nad slunce jasnější, že v tomto modelu či vzorci nikdy nešlo o zdraví nebo o pacienty. Etika a morálka jsou zde prázdná slova. Podvod, manipulace a překrucování faktů jsou základní techniky úspěchu. Jsou lidé, kteří strávili uvnitř systému mnoho let a pracovali i ve vrcholových pozicích. Pak se o něm vyjádřili. Je zajímavé, že ho popisují celkem shodně: věda není

založena na upřímném hledání pravdy a není vedena pohnutkami obecného blaha. Hlavními hráči jsou peníze, moc, ego a ochrana osobních zájmů.

Příkladem jsou třeba statiny. Skutečně věříte tomu, že je všichni vaši pacienti potřebují? Přesto je polykají poslušně každý den. Předepsal jim je přece lékař. Pokud statiny deseti lidem pomůžou, dvaceti dalším závažně poškodí zdraví. Má lékař pracovat pro výrobce „léků“, nebo pro pacienta? Je si vědom toho, že je součástí lživých reklam, marketingových manipulací, podvodů a „vědeckých blábolení“? Takže, milá medicíno! Quo vadis?

Možná čím dál víc lidí si uvědomuje, že polykáním hrstí prášků ráno, v poledne

Celostní medicína je a bude na vzestupu. Tečka.

a večer se neuzdraví. A přijdou, že se tím cpát už prostě nechtějí. Pořád je jich ale relativně málo a vůbec nezáleží na tom, jaké mají vzdělání – záleží pouze a jen na tom, jak moc jsou ochotni (nebo taky ne) udělat sami pro své zdraví maximum. Takže celostní medicínu nevyhledávají jen „nervově labilní lidé bez psychiatrické diagnózy“. I když je to zajisté dnes velká skupina lidí a i na ně moderní medicína zacílila: všichni mohou být spokojení, máme přece SSRI! Serotoninová teorie je klasický produkt propagandy, která vymýšlí choroby z problémů, jež člověka každodenně potkávají. Největší zisky přinášejí léky, které se mohou cpát v podstatě zdravým lidem. Stačí jim naočkovat myšlenku, že jsou nemocní. Případně že lék nutně potřebují proto, aby se cítili lépe nebo byli ještě zdravější.

Takže pokud celostní medicína vstupuje do lékařských specializací, je to v pořádku. Tak to mělo být už dávno. Uvědomělý pacient má mít možnost volby, jak se chce léčit. A na rozdíl od „sisyfovců“ si nemyslím, že se tím zvýší aktivity různých šarlatánů a už vůbec se nezvýší náklady na zdravotnictví, spíše naopak. Pro lékaře to bude znamenat stovky hodin strávených studiem. Pro pacienty výhodu, kterou snad budou moci brzy začít využívat.

PharmDr. Daniela PEŠOVÁ

Ohlasy na ČČL 3/2013 – Tak to vidím já: Celostní medicína na vzestupu?

Chceme-li vést diskuzi, vedme ji věcně

Rád bych reagoval na příspěvek kolegy Gregora z ČČL 3/2013 (Tak to vidím já: Celostní medicína na vzestupu?). Mám z něj (toho článku) tak trochu pocit, že pan kolega v důsledku představy „truchlivé, úmorné a ubíjející lopoty“ poněkud podcenil, resp. zcela vypustil, studium relevantních informačních zdrojů. Místo studia „armády léčitelů“ a jejich případných literárních či jiných produktů doporučuji např. publikace MUDr. Šavlika, MUDr. Bašteckého, MUDr. Poněšického a dalších. Anebo třeba něco více čtivého od MUDr. Hnízdila.

Případní zájemci o diskutovaný obor psychosomatické medicíny rychle zjistí, že nejde o partičku jakýchsi blouznivců, ale o lékaře (ovšem nikoliv pouze o ně, ale také o jiné zdravotníky jako např. psychology, fyzioterapeuty atd.), kteří přicházejí na to, že k pacientovi je třeba přistupovat komplexně a vnímat ho jako součást jeho prostředí, které ho spoluutváří.

Panu kolegovi bych také rád doporučil malý experiment. Zkuste na webových stránkách časopisů, jako jsou např. The Lancet, JAMA či např. zmiňovaný European Heart Journal zadat výraz *psychosomatic*. Možná budete překvapen, kolik lékařů již běžně pracuje se skutečností, že, zjednodušeně řeče-

no, má psychický stav významný vliv na stav fyzický, a tedy i na vznik různých symptomů a onemocnění.

Dále mi není jasné, jakým způsobem se pan kolega dobral k hypotéze, že zájem lidí o více či méně alternativní přístupy k léčbě se primárně odvíjí od spektra státem uznaných oborů, v nichž se mohou standardním způsobem vzdělat lékaři dále vzdělávat. Rovněž by mne zajímala úvaha, která kolegu vedla k závěru, že „vlny zájmu“ veřejnosti o služby léčitelů vyvolává právě rozšiřování oborů specializačního vzdělávání lékařů.

Rád bych se ještě pokusil rozptýlit kolegovi „děsivou představu“ kolik to bude segment zdravotnictví stát.

Pomiňme zjevný fakt, že onen pomyslný měšec s penězi je děravý na mnoha jiných a jistě zásadnějších místech. Zkusme se ale zamyslet nad skutečností, že se nebavíme o „nových a jiných lékařích“. Lékařů bude stále stejně, jenom mohou oficiálně (konečně!) dostat další nástroj, jak pomoci pacientům zbavit se obtíží. Tedy, pacient přijde k lékaři tak jako tak a systém má prostor ušetřit např. na „zkušební medikaci“, obcházení dalších a dalších lékařů, nadbytečných, mnohdy se opakujících (a často velmi drahých) vyšetření, která zjišťují, že pacient je z pohledu parametrů, které sledují, zdravý jako řípa, ale on svými obtížemi zjevně strádá i nadále.

Nechci brát kolegovi jeho případné přesvědčení, že co se nedá změřit nějakým aparátkem, to neexistuje, ale pokud chceme vést diskuzi nad nějakým tématem, vedme ji věcně a bez demagogických snah shodit daný předmět diskuze za každou cenu.

Mgr. Vladimír MLÁDEK

Když si tzv. moderní medicína neví rady

V době, kdy každým rokem přibývá pacientů s chronickými onemocněními, pacientů užívajících léky na spaní, proti úzkosti a proti depresi se nemůžeme divit, že i lékaři se začínají kromě klasické medicíny (tzv. moderní medicíny založené na farmakoterapii) zabývat i jinými možnostmi, jak pomoci klientovi řešit jeho zdravotní potíže. Je pravdou, že farmakoterapie zachraňuje v mnoha případech životy, ale není všemocná.

Praktický lékař má na každého pacienta omezené množství času a nemůže klientovy zdravotní potíže rozebrat z širšího úhlu pohledu. Stejně tak další specialisté jsou zaměřeni pouze na svůj daný obor, kde znají určité spektrum léků, které mohou na dané potíže použít, a nemají čas, rozebírat s každým jedincem, co mohlo vést ke vzniku potíží. Moderní medicína řeší a „léčí“ pouze důsledky onemocnění a nezabývá se důvodem vzniku onemocnění, popřípadě prevencí např. v podobě úpravy způsobu života. Je nutné ale podotknout, že sama moderní medicína si vychovala pacienty, kteří vyžadují zázračnou pilulku, která vyřeší

jejich potíže, aniž by pro své zdraví něco sami udělali. Zde bych použila slova MUDr. Jana Hnízdila: „Nemoc je informace o tom, že člověk dělá ve svém životě něco špatně.“

Koho by tedy měli léčit „psychosomatici“? Pacienti, se kterými si tzv. moderní medicína neví rady. Tedy ty pacienty, u kterých není žádný objektivní nálezný, a přesto mají tělesné zdravotní obtíže. Většina zdravotních potíží vzniká z nevhodného životního stylu, způsobu stravování, nedostatečného spánku a psychického vypětí. Pokud člověk žije dlouhodobě ve stresu a neví si s něčím v běžném životě rady, dochází postupně ke ztělesňování tohoto problému.

Tito lidé tedy nejsou „trochu nervově labilní bez prokazatelné psychiatrické diagnózy, kteří by měli skončit v péči klinického psychologa“, jak je nazývá PharmDr. Jiří Gregor. Těmto lidem by právě pomohl lékař se zaměřením na psychosomatickou medicínu, který by se na ně nedíval jako na hypochondry či bláznů. Tento lékař by pomohl pacientovi zjistit, co dělá ve svém životě špatně, proč se u něho dané zdravotní obtíže objevily a našel by třeba i zdánlivě jednoduché řešení bez použití medikamentů.

Zde pak vyvstává na mysli otázka: Proč by nemohla být z veřejného zdravotního pojištění hrazena péče lékaře zabývajícího se psychosomatickou medicínou, který by mohl ušetřit finance vynakládané na farmakoterapii?

PharmDr. Veronika NOSKOVÁ

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Zvěřina, J.: Erektální dysfunkce a mezioborový pohled na jejich léčbu
Urologie pro praxi č. 2/2013

Poruchy erekce jsou psychosomatickou jednotkou, jejich léčba musí být syntézou psychotherapeutických a biologických přístupů. Rozlišují se poruchy kompletní (za všech okolností) nebo nekompletní (za některých situací). Od extrémních názorů minulosti, kdy se za většinu případů ED považovaly psychogenní poruchy, se přešlo k extrémním názorům o většinové příčině ED (3/4) z organických příčin. Ve vyšším věku logicky přibývá výskyt ED z organických příčin: chronické nemoci – kardio-vaskulární, diabetes, metabolický syndrom, užívání většího množství léčiv, snížená hladina androgenů, hypotyreóza, obezita. Z iatrogenních příčin jsou to: radikální prostatektomie, výkony v retroperitoneu, medikamenty – některá psychofarmaka, anti-hypertenziva, antiepileptika, antiandrogeny, dlouhodobé používání NSAID a analgetik. Z léčebných metod se používají: **psychotherapie** – individuální a párová, **ne-specifická farmakoterapie** – yohimbin, anxiolytika, trazodon, moclobemid, mirtazapin, bupropion, ergotamin, kabergolin, apomorfin, L-dopa, selegilin a dále přírodní a alternativní prostředky, které rozhodně nezlepší erekci, ale mohou působit vyšší vzrušivost, reklama na ně je ovšem klamavá. Specifická medikamentózní terapie spočívá v podávání inhibitorů fosfodiesterázy-5. Pozitivně ovlivňují až 80 % všech erektilních dysfunkcí. Používají se sildenafil, tadalafil a vardenafil, žádný další je zatím nepředčil. Z doplňkových metod se nově doporučuje aplikace nízkoeenergetické rázové vlny.

Petráková, K.: Protinádorová aktivita bisfosfonátů
Onkologie, č. 1/2013

Bisfosfonáty se používají k léčbě kostních metastáz. Inhibují resorpci osteoklasty. Oddalují vznik první kostní události a kontrolují bolest spojenou s metastázou. Používají se bisfosfonáty obsahující dusík, které vykazují i protinádorový účinek. Nejúčinnějším se zdá být **zolendronát**, který zasahuje do více procesů – migrace, adheze, růst nádorových buněk, angiogeneze, stimulace imunitního systému. Svědčí o tom i řada klinických studií, např. inhibice invaze nádorových buněk ca prsu, inhibice faktorů angiogeneze (VEGF), jejichž hladina byla zolendronátem signifikantně snížena. Velká studie Liptona s 1 669 pacienty s nádory prsu, prostaty a plíc zaznamenala výrazný pokles markerů kostní resorpce. Řada klinických studií prokázala významný efekt bisfosfonátů na vznik metastáz v adjuvanci (po chirurgickém odstranění nádoru), některé novější studie však nepřinesly tak jednoznačné výsledky (studie AZURE). Dá se říci, že nejvíce profitují z léčby pacientky postmenopauzální už na počátku nemoci.

Richard Češka a kol.:

Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií

Triton, Praha, 2012, 406 stran

Problematika HLP (hyperlipoproteinémie) a DLP (dyslipidémie) se dostává do popředí zájmu preventivní kardiologie a objevují se v ní stále nové myšlenky a směry vývoje. Obsáhlá kniha sestává z osmnácti kapitol. První je věnována ateroskleróze a rizikovým

ANOTACE

faktorům jejího vzniku. Další části jsou objasněním pojmů plazmatické lipidy, lipoproteiny a apolipoproteiny, hypolipoproteinémie, dyslipidémie a jejich klasifikace. Zajímavá čtvrtá část od ing. Hubáčka z IKEM je o genetických analýzách kardiovaskulárního rizika ve 3. tisíciletí. Pátá část je věnována studiím dokazujícím význam HLP a DLP jako rizikového faktoru vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Další objasňují problematiku metabolického syndromu, diabetu jako rizikového faktoru. Prof. Tesař seznamuje čtenáře s dyslipidemií u onemocnění ledvin. Devátá, desátá a jedenáctá část, věnované nefarmakologické resp. farmakologické léčbě HLP a DLP, jsou pro farmaceuty stěžejní. Dvanáctá kapitola popisuje některé méně obvyklé léčebné postupy jako jsou extrakorporální aferéza a chirurgické metody (parciální ileální bypass, portokavální shunt či transplantace jater). Další se zabývá léčbou speciálních skupin nemocných – děti, ženy, senioři, mladí nemocní s HLP a zdánlivě zdraví nemocní s normálním LDL, ale nízkým HDL. Svou kapitolu přidává i doc. Králíková o důležitosti zanechání kouření během léčby srdečních nemocí. V dalších částech jsou probrány i metody bariatrické chirurgie, způsoby detekce preklinické aterosklerózy a praktické postupy v léčbě HLP a DLP. Poslední, velmi poutavá část je trochu subjektivní dovětek autora (např. nelipidové účinky hypolipidemik, homocystein, antioxidační vitamíny, CRP, statiny jako volně prodejné léky, polybil, koenzym Q10 atd.).

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

Dánská biofarmaceutická firma Santaris založená v roce 2003 přichází s novým konceptem léčby hepatitidy C, metabolických chorob (hypercholesterolémie) a nádorů pomocí modifikovaných RNA nukleotidů. Jde o tzv. LNA (locked nucleic acid), která byla syntetizována poprvé nezávisle dvěma vědci: Jesperem Wengellem a Takeshi Imanishim v roce 1998. Replikace viru hepatitidy C je závislá na expresi **mir-122** na

MOLEKULA MĚSÍCE

Miravirsen

chromozomu 18. **Miravirsen** je oligonukleotid, který je schopen inhibovat mir-122, a tím této replikaci bránit. Mir-122 je pro játra specifická microRNA, je kritická pro kumulaci viru hepatitidy C v játrech. **Miravirsen** funguje u všech genotypů viru hepatitidy C (HCV) na rozdíl od předchozích antivirotik. V předklinických zkouškách inhiboval HCV viremii, u zdravých dobrovolníků byl velmi dobře tolerován, nevykazoval na dávce závislou toxicitu. V klinické studii fáze 2A (36 pacientů, 35 dokončilo) byl podáván 1x týdně po dobu 5 týdnů v dávce 3, 5 a 7 mg/kg. Protivirová účinnost byla závislá na dávce. U čtyř z devíti pacientů léčených dávkou 7 mg/kg/den nebyla po léčbě detekovatelná RNA viru hepatitidy C. Zaznamenán byl pokles jaterních testů, dva pacienti měli reakci v místě vpichu. Biologický poločas dosahuje 30 dnů, takže efekt přetrvává po dobu 1 měsíce. Výzkum v oblasti genové terapie se nyní na oblast microRNA cíleně zaměřuje (viz obr.1)

Zdroje:

http://en.wikipedia.org/wiki/Locked_nucleic_acid

http://en.wikipedia.org/wiki/Santaris_Pharma_a/s

http://oba.od.nih.gov/oba/RAC/meetings/Dec2011/14_%20Hodges.pdf

<http://www.news-medical.net/news/20120419/Final-data-from-Santaris28099-miravirsen-Phase-2a-trial-on-HCV-to-be-presented-at-ILC-2012.aspx>

<http://circres.ahajournals.org/content/110/3/496.full>

Role lékárny při odvykání kouření

V minulém díle jsme se zabývali působením kouření na kardiovaskulární aparát. Kouření poškozuje všechny orgány v těle, zhoršuje průběh a prognózu mnoha dalších onemocnění.

Onkologická onemocnění

Nejvýznamněji je společností vnímáno riziko vzniku rakoviny plic (90 % pacientů jsou kuřáci), ale kouření způsobuje rakovinu mnoha dalších orgánů, např. hrtanu, dutiny ústní, močového měchýře a ledvin, kostní dřevě, jícnu, žaludku atd. Tato onemocnění nejsou způsobena nikotinem, ale zplodinami, které vznikají při hoření cigarety – v cigaretovém kouři je kolem stovky rakovinotvorných látek. Nejznámější karcinogeny jsou tabákově specifické N-nitrosaminy (TSNA) a polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU). Tyto látky se vstřebávají transdermálně, perorálně i inhalačně. Karcinogenní působení TSNA je výrazně potencováno současným požitím ethanolu, citlivější k těmto účinkům jsou ženy a mladí lidé do 20 let.

Pobyt v zakouřeném prostředí má negativní vliv na i vývoj imunitního systému dětí, s tím je spojený častější výskyt některých typů leukémií a bronchiálního astmatu.

Příklady pro hovory s pacienty uvádíme v boxech.

ROZHOVOR 1

- Kouření významně zvyšuje riziko vzniku rakoviny.
- Kouření způsobuje nejen rakovinu plic, ale např. i močového měchýře, protože ty rakovinotvorné látky se vylučují močí.
- Kouření může vyvolat rakovinu nejen u kuřáka, ale u všech, kteří pobývají v jeho blízkosti.

Diabetes mellitus (DM)

DM je dalším onemocněním, které je kouřením výrazně ovlivněno. Kouření zhoršuje průběh diabetu a snižuje účinnost léčby. Kouření zvyšuje glykémii, zhoršuje inzulínovou rezistenci. Rizika cévních komplikací způsobená diabetem a vlivem kouření se kombinují – diabetik, který kouří, má 14x vyšší riziko cévních komplikací než diabetik neku-

řák. Zhoršení stavu cév má následně velký vliv na vznik a rozvoj komplikací diabetu, zhoršuje se hojení ran (diabetická noha), zvyšuje se riziko nefropatií až selhání ledvin, které postihuje až třetinu pacientů s diabetem 2. typu, zvyšuje se riziko poruch oční sítnice – retinopatie.

ROZHOVOR 2

- Kouření zdvojnásobuje riziko komplikací cukrovky, zhoršuje její průběh.
- Pokud přestanete kouřit, snížíte riziko onemocnění srdce a cév zhruba na polovinu.
- Pokud přestanete kouřit, snížíte významně riziko dalších komplikací cukrovky, jako je vysoký tlak, mrtvice, zhoršení zraku, onemocnění ledvin.
- Pokud přestanete kouřit, snížíte riziko předčasného úmrtí ve srovnání s kouřícími diabetiky na polovinu.
- Kouření snižuje účinnost léčby, zhoršuje tedy průběh cukrovky.
- Kouření zvyšuje hladinu cukru v krvi.

Respirační onemocnění

Kouření omezuje přirozené čištění dýchacích cest – akrolein, krotonaldehyd, formaldehyd, kyanid a další látky, obsažené v tabákovém kouři, působí toxicky na mukociliární funkce, a tak potlačují schopnost odstranit malé částice z plic a dýchacích cest. Chemické a mechanické dráždění sliznice dýchacích cest zejména nikotinem a dalšími elementy tabákového kouře mohou způsobit toxické zranění epitelu sliznice, což vede k dlouhodobému přetížení a následně k zánětu nazofaryngu. Expozice tabákovému kouři dále způsobuje hyperplazii pohárkových buněk, hypersekreci mukózního sekretu, ciliostázu, zpomalení mukociliárního transportu a alteraci imunitní obrany. Všechny tyto faktory zvyšují riziko a zhoršují průběh infekcí dýchacích cest.

Kouření je v 70 % hlavní příčinou chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Riziko vzniku CHOPN i úmrtnost stoupají s počtem vykouřených cigaret.

ROZHOVOR 3

- Kouření zvyšuje riziko infekcí dýchacích cest.
- Pokud přestanete kouřit, už za 24 hodin se plíce začnou čistit a začne se obnovovat jejich normální funkce.
- Dítě, které vyrůstá v zakouřeném prostředí, častěji trpí záněty horních i dolních cest dýchacích i záněty středního ucha.
- Pokud přestanete kouřit, váš kašel a dýchací obtíže se mohou do půl roku významně zlepšit nebo i vymizet.
- Tabákový kouř působí zánět dýchacích cest a snižuje jejich odolnost.
- Kouření je v 70 % hlavní příčinou chronické obstrukční plicní nemoci.

Kouření a hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepci (HA) užívá velké množství žen. Kombinace užívání hormonálních preparátů a kouření však zvyšuje riziko onemocnění srdce a cév. Estrogeny zvyšují koncentraci cirkulujících koagulačních faktorů VII, VIII, IX, X a snižují množství antitrombinu III, čímž vedou k akceleraci agregace trombocytů. Kouření cigaret zvyšuje schopnost krevních destiček se shlukovat, aktivuje faktory srážlivosti, zvyšuje viskozitu plazmy. Tyto faktory se kumulují, a tak ženám, které užívají hormonální antikoncepci a kouří, hrozí vyšší riziko cévní mozkové příhody, srdečního infarktu a plicní embolie. Tato rizika jsou umocněna přítomností dalších rizikových faktorů nemocí srdce a cév, jako jsou vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu a triglyceridů v krvi, cukrovka, obezita.

ROZHOVOR 4

- Riziko srdečního infarktu je u kuřáček, které užívají orální hormonální antikoncepci, je dvakrát vyšší než v případě kuřáček užívajících jinou formu ochrany.
- Příbalový leták informuje o tom, že během užívání hormonální orální antikoncepce je nebezpečné

kouřit. Kouření i HA zvyšují riziko infarktu a tyto účinky se sčítají.

■ Kouření zdvojnásobuje vaše riziko infarktu a mozkové mrtvice.

■ Pokud žena užívá hormonální antikoncepci nebo náhradní hormonální terapii, neměla by kouřit. Kouření v takovém případě významně zvyšuje riziko uzávěru cév, tedy trombotické příhody.

Kouření cigaret je nejvýznamnější samostatnou preventabilní příčinou onemocnění a předčasného úmrtí, a proto je velmi důležité, aby odvykání kouření bylo kuřákům nabízeno a umožněno v co nejširší míře. WHO vyzývá zdravotníky – lékaře, stomatology, sestry a farmaceuty, aby se léčbou závislosti na tabáku systematicky zabývali. Tvorba center odvykání kouření v lékárnách a jejich plnohodnotné zapojení do sítě zdravotnických zařízení, která tento servis poskytují, přinese další možnost pomoci našim pacientům.

Literatura u autorky.

PharmDr. MVDr. Vilma VRANOVÁ
PACE 2015

Seminář předčil očekávání

Ve dnech 22. a 23. března se v Hradci Králové v prostorách kolejí Na Kotli uskutečnil osobnostně rozvojový seminář zabývající se tzv. měkkými dovednostmi (soft skills), který byl pořádán pro studenty napříč všemi fakultami Univerzity Karlovy. Akce byla organizována Spolkem českých studentů farmacie při FaF v Hradci Králové a probíhala za podpory Univerzity Karlovy v Praze,

Studentské unie Univerzity Karlovy a firmy ROCHE s.r.o.

Semináře se zúčastnilo dvacet studentů ze sedmi různých fakult. Zlepšovali se v komunikačních dovednostech, učili se lépe spolupracovat v týmu, organizovat svůj čas či poskytovat přínosnější zpětnou vazbu. Právě tzv. dávání feedbacku se věnoval úvodní páteční seminář, na který plynule navázal seznamovací večer s cílem získání hlubších mezioborových kontaktů a výměny zkušeností.

Sobotní dopolední část programu se zaměřila na poznání sebe sama, svých silných a slabých stránek, týmovou spolupráci a týmové role formou tzv. zážitkové pedagogiky a interaktivních her. Odpoledne bylo věnováno efektivnějšímu využívání časového fondu a poslední část programu vyplnil blok „Koučink“.

Podle hodnocení organizátorů i samotných účastníků se seminář líbil, dokonce předčil očekávání, a proto by se, pokud dostanou možnost, podobné akce zúčastnili znovu.

Za SČSF
Šárka NOVÁKOVÁ, Jakub WEBER

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP
Spolek moravskoslezských farmaceutů
pořádají

CXIV. přednáškový večer

Uskuteční se **ve středu** 22. května od 18.30 hodin ve velkém sále Domu techniky v Ostravě-Mariánských Horách.

Téma: Moderní terapie osteoporózy

Přednáší: MUDr. Lukáš Burda,
endokrinolog, internista
Krnov, Opava

4 body v CV, 1 kredit pro FA

Odborný program Konference mladých lékárníků v Opavě

Připomínáme, že letošní, již patnáctá Konference mladých lékárníků se koná 24. a 25. 5. 2013 samozřejmě opět v Opavě, tentokrát v Kulturním domě Na Rybníčku, ulice Na Rybníčku 43/380 – <http://kdnarybnickuopava.cz>. Registrace účastníků v Kulturním domě je od 15 hodin. Pokyny ohledně způsobu přihlášení a další informace se nacházejí na str. 11 tohoto čísla ČČL pod označením „Odborná konference“.

PROGRAM

Pátek, 16.00–18.30 hodin

Blok etiky ve farmacii:

- MUDr. Radkin Honzák: Rituál preskripce
- Mgr. Jakub Dvořáček, zástupce AFIP: Etický kodex farmaceutických firem
- PharmDr. Marie Skálová: Otázky etiky v klinických hodnoceních léčiv
- Grete Kase: Fungující elektronická preskripce v Estonsku a ochrana dat

Večer: divadelní představení Jánošík v podání souboru Kapor na scéně; společenský večer s rautem

Sobota, 9.00–15.00 hodin

Blok zvláštních nežádoucích účinků:

- PharmDr. Jindřiška Voláková: Vliv farmakoterapie na sexuální funkci
- Grete Kase: Alopecie jako NÚ některých léčiv
- Mgr. Jana Martinásková: Hirsutismus a gynecomastie
- Mgr. Tereza Hoffmanová: Polékový extrapyramidový syndrom

- Mgr. Lukáš Lázníčka: Změny vizu jako riziko podávání některých léčiv
- Mgr. Lucie Štěpánková: Ovlivnění řízení některými léčivy – výsledky projektu ČLnK ze Dne lékáren 2012
- Mgr. Žaneta Tomčalová: Rizika rhabdomyolýzy po některých léčivech

Blok antropozoonózy:

- PharmDr. Kateřina Horáčková: Nové poznatky v léčbě toxoplazmózy
- MUDr. Monika Hudymacsová: Kožní problémy po kousnutí hmyzem
- PharmDr. Petra Thomson: Léčba a profylaxe malárie, trypanozomie, viscerální leishmaniozy (kalaazar), dengue horečky
- Mgr. Kateřina Černínová: Antropozoonózy domácích mazlíčků

Nezapomeňte na soutěž o nejveselejší historky z lékáren! Přivezte je napsané nebo nakreslené; budou vyvěšeny v předsálí a účastníci vyberou nejlepší, která bude ohodnocena finanční odměnou.

Modrá aneb Světový den diabetu

Modrá není jenom dobrá, je to také barva symbolická. A tak se 14. listopadu jako každý rok modře obarví lidé a budovy od Peru až po Austrálii. 14. listopad je dnem narození Fredericka Bantinga. Ten společně s Charlesem Bestem přišel s myšlenkou, která vedla k prvnímu terapeutickému využití inzulínu v roce 1922. O rok později jim za tento objev byla udělena Nobelova cena za fyziologii a medicínu. A právě na jejich počest vrcholí 14. listopadu kampaň s názvem World Diabetes Day – Světový den diabetu. Modrá barva byla zvolena jako pojítka všech národů, odráží nebe a je také barvou vlajky Spojených národů.

PharmDr. Iva Prokopová, Mgr. Alena Havlínová,
Mgr. Martina Dulavová, Mgr. Jiří Jáchim, Mgr. Michal Hojný

Ve spolupráci s WHO pořádá Mezinárodní federace pro diabetes (IDF) a více než 200 jejích členských sdružení Světový den diabetu již od roku 1991 (v současné době ve více než 160 zemích a teritoriích).

O nezbytnosti edukativních akcí napoví i následující údaje. V roce 2011 se v České republice léčilo s diabetem více než 825 tisíc pacientů (8 % obyvatel ČR), což představovalo nárůst prevalence o více než 19 tisíc diabetiků oproti předchozímu roku. V roce 2002 činil podíl diabetiků v české populaci zhruba 6,5 %, v roce 1992 přibližně 4,5 %. Roste i počet chronických komplikací cukrovky, který v roce 2011 činil téměř 240 tisíc. Přibližně 95 % všech případů zahrnuje cukrovku druhého typu.

Kampaň Světového dne diabetu je vždy tematicky zaměřená, v letech 2009–2013 je ústředním mottem **Edukace a prevence cukrovky**. Jejím cílem je upozornit pacienty na úskalí cukrovky, zvýšit jejich zájem o kvalitní léčbu, selfmonitoring, porozumění nemoci, a tím i předcházení jejím akutním i chronickým komplikacím.

Lékárna IKEM se účastní Světového dne diabetu již od roku 2007, na organizaci spolupracujeme s Centrem diabetologie IKEM. Největší důraz klademe na možnost měření glykémie zdarma a odbornou konzultaci výsledků s farmaceutem pro všechny zájemce, kteří navštíví naši lékárnu v Den diabetu nebo v rámci individuálních konzultací, jež jsou pacientům k dispozici po celý rok podle předchozí domluvy. V rámci Světového dne diabetu jsme aktualizovali materiály pro pacienty věnované cukrovce (seznámení s nemocí, rizikové

faktory, kompenzace onemocnění) a rozdávali je pacientům. Celý den jsme také aktivně nabízeli možnost selfmonitoringu onemocnění pod odborným dohledem, a to diabetikům, kteří například nemají k dispozici glukometr, ale také pacientům, kteří měli zájem o kontrolu glykémie v rámci prevence.

Loni jsme se poprvé spojili s IDF koordinátorem Světového dne diabetu Lorenzem Piemontem a přeložili jsme oficiální plakáty, které nám také pomohly v propagaci této akce. Plakáty poutaly pozornost kolemjdoucích nejenom svým výraznou grafikou, ale hlavně hesly, např. „Nepodceňujte cukrovku. 1 milion amputací ročně“, „Cukrovka si nevybírá – mladý/starý, bohatý/chudý, muž/žena“ nebo „Cukrovka zabije každých 7 sekund 1 člověka“. Nechyběly ani letáčky se základními informacemi o konání akce. Plakáty a letáčky jsme umístili na vybraná oddělení nemocnice a prostřednictvím zástupců firmy Roche také do ordinací lékařů v okolí. Tato firma nám dále zprostředkovala nabídku glukometrů za zvýhodněných podmínek. Aby pacienti poznali, že je 14. listopad výjimečný den, vyměnili jsme bílé košile za modrá trička symbolizující Světový den diabetu.

Samotné měření glykémie probíhalo tradičně v oddělené konzultační místnosti formou selfmonitoringu pacienta pod dohledem farmaceuta. Postupovali jsme dle Doporučeného postupu ČLnK – Selfmonitoring glykémie v lékárně (2011) a Doporučeného postupu ČLS JEP (2012) – péče o nemocné s pre-diabetem. Po konzultaci s MUDr. Simonou Kratochvílovou z Kliniky diabetologie jsme připravili jednoduché algoritmy

intervence farmaceuta na základě naměřené hodnoty glykémie (viz tabulka). S každým pacientem jsme naměřeny výsledek konzultovali a sepsali také základní informace. Pacienti s vysokým rizikem pre/diabetu a neuspokojivě kompenzovaní diabetici obdrželi také písemné doporučení ke kontrole glykémie/kompenzace u lékaře. V případě zájmu jsme pacientům nabídli pozdější individuální konzultaci s farmaceutem u nás v lékárně na téma diabetes a podpora zdravého životního stylu.

Světového dne diabetu využilo k měření glykémie v lékárně IKEM 35 pacientů, 24 žen a 11 mužů. Většina zájemců byli nediabetici (celkem 31) a 4 diabetici (2 diabetici 1. typu a 2 diabetici 2. typu). Nejmladšímu zájemci o měření bylo 20 let, nejstaršímu 80 let, průměrný věk pacientů, kteří si v lékárně IKEM změřili glykémii, byl 51 let. Všichni diabetici si naměřili hodnotu glykémie vyhovující o výborné kompenzaci nemoci. Ze skupiny nediabetiků byla 3 pacientům doporučena kontrola glykémie ze žilní krve u lékaře, neboť dva z nich si naměřili náhodnou glykémii > 7 mmol/l, jeden si naměřil glykémii v kapilární krvi nalačno > 5,6 mmol/l. Tyto hodnoty mohou značit poruchu glukózové tolerance, proto jsme těmto pacientům doporučili včasnou návštěvu lékaře za účelem upřesnění výsledku a případného podchyzení rozvoje diabetu. U žádného z pacientů nebyla naměřena riziková hodnota glykémie. Od roku 2007 byla v rámci Světového dne diabetu v lékárně IKEM zkontrolována glykémie a provedena edukace u přibližně 200 pacientů, další nezanedbatelné množství pacientů využilo možnost kontroly glykémie během konzultace s farmaceutem.

V porovnání s předchozími lety bylo loni v lékárně IKEM zúčastnilo podobné množství zájemců jako v uplynulých letech (s výjimkou rekordního počtu 56 zájemců v roce 2010), je zde však patrný trend lepší zjištěné kompenzace diabetiků i nižší počet pacientů nediabetiků s naměřenými hraničními hodnotami glykémie. Věřme, že tento pozitivní fakt můžeme přičíst neustálému zvyšování povědomí veřejnosti o tomto onemocnění a zdravém životním stylu, ať už v médiích, lékařských ordinacích, na

edukačních kurzech nebo přímo u nás v lékárnách v rámci poradenství při dispenzaci a během konzultací. S přihlednutím k množství nediodagnostikovaných diabetiků v naší populaci by však jistě stálo za zvážení rozšíření takovéto akce do co největšího počtu menších

i větších lékáren po celé republice, které jistě navštěvují diabetici, kteří o své nemoci zatím nevědí.

Děkujeme všem kolegům z lékárny a lékařům z Centra diabetologie IKEM, kteří se již šestým rokem podíleli na přípravě a organizaci Světového dne

diabetu v IKEM. Na základě schválení P ČLnK budou materiály, které připravuje dlouhodobě naše lékárna k jednotlivým Světovým dnům, k dispozici bezplatně všem členům ČLnK.

Literatura u autorů

Tabulka (rozhodovací algoritmus při selfmonitoringu glykémie, 14. 11. 2012, ÚL IKEM)

NEDIABETIK

Glykémie v kapilární krvi NALAČNO (mmol/l) po min. 8 hod. lačnění	Riziko DM	Intervence farmaceuta
< 5,6	DM nepravděpodobný	Kontrola glykémie příležitostně + zdravý životní styl
5,6–6,9	Pravděpodobně hraniční glukóza nalačno (IFG*)	Doporučit návštěvu lékaře, předat navíc formulář Nový záchyt
≥ 7,0	Vysoké riziko DM	Konzultace s MUDr. S. Kratochvílovou

* *impaired fasting glucose*

NÁHODNÁ glykémie v kapilární krvi (mmol/l)	Riziko DM	Intervence farmaceuta
< 7,0	DM nepravděpodobný	Kontrola glykémie příležitostně + zdravý životní styl
7,0–11	Pravděpodobně porucha glukózové tolerance	Doporučit návštěvu lékaře + předat navíc formulář Nový záchyt
≥ 11,1	Vysoké riziko DM	Konzultace s MUDr. S. Kratochvílovou

Pozn.: V používané tabulce bylo zpřísněno rozmezí hodnot naměřené náhodné glykémie v kapilární krvi nediabetika, kdy byl pacient upozorněn na pravděpodobnost poruchy glukózové tolerance a odeslán k lékaři, na „7,0–11,0 mmol/l“ oproti hodnotě „>7,5 mmol/l“, uváděné v Doporučeném postupu ČLnK 2011. Tato změněná hodnota vychází z Doporučeného postupu ČLS JEP z roku 2012 – péče o nemocné s prediabetem a umožňuje širší záchyt lidí s predispozicí k diabetu.

DIABETIK

Glykémie v kapilární krvi (mmol/l)		Kompenzace diabetu	Intervence farmaceuta
Nalačno	Náhodná glykémie		
4–6,0	5,0–7,5	Vynikající	Konzultace adherence pacienta k léčbě
6,0–7,0	7,5–12,0	Přijatelná	Konzultace diety, pohybové aktivity, adherence k terapii, vysvětlení mechanismu účinku a aplikace léků, domácí selfmonitoring glykémie
> 7,0	> 12,0	Neuspokojivá	12,0–15,0 doporučit návštěvu svého lékaře + předat navíc formulář Neuspokojivá kompenzace
			> 15,0 konzultace s MUDr. S. Kratochvílovou

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Diabetes mellitus 2. typu (DM2) je nejčastější metabolickou chorobou vy- značující se relativním nedostatkem inzulínu, který vede v organismu k ne- dostatečnému využití glukózy projevu- jící se hyperglykemií. Vzniká nedosta- tečnou sekrecí inzulínu (porucha se- krece) a sníženou schopností účinku v cílových tkáních (inzulinová rezis- tence), přičemž podíl obou složek může být rozdílný. V roce 2011 mělo v České republice DM2 759 tisíc oby- vatel, po započítání DM1 a sekundár- ního diabetu bylo cukrovkou postiženo 825 tisíc obyvatel. Dle údajů IDF bylo v roce 2011 na světě



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

366 milionů diabetiků, v roce 2030 již těchto pacientů má být 552 milionů (DM2 představuje 90%).

Léčba diabetu mellitu 2. typu byla dlouho založena primárně pouze na dietě a až časem se přecházelo na farmakoterapii. Např. ještě v roce 2005 bylo na dietě 33 procent diabetiků. Stávající standardy léčby doporučují zahájit farmakoterapii co nejdříve, čemuž v roce 2011 odpovídá počet diabetiků léčených pouze dietou – 16,3 %. Metformin je jednoznačně první volba. Při nutnosti zintenzivnění léčby (DM2 je progresivní onemocnění) je doporučována „add-on“ dvojkombinace či trojkombinace s metforminem – lze použít v „individualizovaném“ léčebném schématu jak perorální (der. sulfonylurey, glitazony, inh. DPP-4) tak subkutánní (GLP-1 analoga a inzulíny) antidiabetika s výjimkou kombinace inhibitorů DPP-4 a GLP-1 analog, neboť se zde ne- předpokládá aditivní účinek kombinace díky stejnému zacílení na limitovaný inkretinový efekt. Jako poslední krok lze jednotlivé typy inzulínů kombinovat (intenzifikovat inzulínové režimy).

Klinickými markery kontroly diabetu je známá triáda – glykova- ný hemoglobin HbA1c, hladina glukózy nalačno (FPG) a hladina glukózy po jídle (PPG). Cílové hodnoty jsou dle standardů léčby DM2 na diab.cz: <4,5 % pro HbA1c (IFCC); <6 mmol/l pro FPG a <7,5 mmol/l u PPG. Triáda se vzájemně prolíná. Vysoké hladiny FPG a PPG přispívají k vysokým hladinám HbA1c. Zajímavé je, že při HbA1c mírně nad normu téměř nepřispívá hladina FPG, ale přispívá hlavně PPG (poměr 30:70 u HbA1c < 5,7 IFCC), naopak u vysokých hladin HbA1c je poměr opačný (70:30 u HbA1c > 8,9 IFCC). Navíc je prokázáno, že i při HbA1c v nor- mě může krátkodobě vyšší hladina cukru po jídle iniciovat oxida- tivní stres vedoucí k aterosklerotickým lézím. Strategie léčby DM2 je tedy v principu dvojitá: jednak lze léčit s delším účinkem kontinuálně snížit hladinu cukru (včetně snížení „píků“ PPG a snížení hladin FPG) nebo lze krátkodobě působícími léčivými snižovat hladiny PPG. Častá je samozřejmě kombinace obou strategií. Příkladem může být inzulín: existují dlouhodobě půso- bící i krátkodobě působící inzulíny, které se vhodně kombinují tak, aby simulovaly co nejlépe fyziologickou sekreci inzulínu. Obdobně se zdá, že také analoga glukagon-like peptidu 1 budou dělena na spíše ovlivňující FPG (liraglutid, exenatid LAR) a na ovlivňující spíše PPG (exenatid, lixisenatid). Zde kvůli vyčerpate- lnému inkretinovému efektu asi nedojde na kombinace různých GLP-1 jako je tomu u inzulínů, ale spíše dle předpokládaného vlivu FPG resp. PPG na hladiny HbA1c se u konkrétního pacien-

ta zvolí „doplňující se“ kombinace GLP-1 s perorálními antidiabe- tiky nebo s inzulíny.

Farmakologické aspekty

Již v roce 1986 byl kvantifikován účinek inkretinů – tzv. inkreti- nový efekt (rozdíl ve vyplavení inzulínu po p.o. podání glukózy vs. po i.v. podání stejného množství). Prvním zjištěným inkretinem byl na glukóze závislý inzulintropní peptid (GIP), následoval glukagonu podobný peptid 1 (GLP-1). Později se ukázalo, že GIP není u DM2 účinný, zatímco účinek GLP-1 přetrvává. Nicméně bariérou pro klinické využití byl krátký poločas v řádu minut. To se podařilo vyřešit buď za pomoci ještěrky korovce jedovatého, kde struktura exendinu-4 obsaženého ve slinách je podobná v klí- čových sekvencích GLP-1 (exenatid, lixisenatid), nebo záměnou lysinu za arginin a přidáním kyseliny myristové k humánnímu GLP-1 (liraglutid). Lixisenatid je peptid složený ze 44 aminoky- selin, na rozdíl od exendinu-4 je na C-konci molekuly navázáno

Lixisenatid

6 lysinů. Mezi účinky GLP-1 analog obecně patří: zvýšení vypla- vování inzulínu při hyperglykémii (a nikoli při normoglykémii = minimální riziko vzniku hypoglykémii), bránění vyplavení glukago- nu (nikoli při hypoglykémii), zpomalení vyprazdňování žaludku a pokles hmotnosti. Lixisenatid vyniká účinkem na zpomalení vy- prazdňování žaludku, čímž se vysvětluje jeho dlouhodobý účinek především na hladiny PPG, ačkoli má relativně krátký poločas.

Po subkutánním podání byl t_{max} lixisenatidu 1–3 hodiny se střední vazbou na plazmatické bílkoviny (55 %) a distribučním objemem 100 l. Poločas eliminace byl kolem 3 hodin.

Klinické aspekty

Lixisenatid byl studován v klinickém programu GetGoal. Z po- hledu úhrady bude pro lixisenatid pravděpodobně nejdůležitější prokázána non-inferiorita vs. exenatid ve studii GetGoal-X (sní- žení HbA1c: -0,79 % lixisenatid vs. -0,96 % exenatid; dosažení cílových hodnot HbA1c <5,4 % IFCC: 48,5 % lixisenatid vs. 49,8 % exenatid).

Z nežádoucích účinků jsou nejčastější GIT obtíže, které bývají přechodné: nauzea (25 %), zvracení (10 %). Hypoglykémie byly pozorovány v kombinaci metforminu a lixisenatidu se sulfonylu- reou nebo s inzulínem. Protilátky proti lixisenatidu se tvoří, nic- méně ve studiích neměly vliv na účinnost. Anafylaktické reakce byly pozorovány u 0,2 % léčených. Přechodně může dojít ke zvýšení srdeční frekvence. Obecně u inkretinů (inh. DPP-4 a GLP-1 analoga) vzniklo podezření na zvýšený výskyt pankrea- titid (je aktuálně analyzováno registračními autoritami FDA a EMA). Vzhledem ke zpomalení vyprazdňování žaludku je nut- né počítat s interakcemi na úrovni vstřebávání – snižuje se c_{max} , prodlužuje se t_{max} např. u antikoncepce, warfarinu, digoxinu. Nic- méně protože plocha AUC zůstává nezměněna, není obvykle nutná úprava dávkování těchto látek. Výjimkou jsou antibiotika a gastroresistentní lékové formy, které by neměly být podávány v intervalu 1 hodina před až 4 hodiny po aplikaci lixisenatidu.

Léčivý přípravek obsahující lixisenatid se jmenuje Lyxumia a vyrábí jej společnost Sanofi. Prvních 14 dní se dávka titruje 10 mcg 1x denně (zelené předplněné pero), následně se dávka zvýší na obvyklých 20 mcg 1x denně (fialové předplněné pero). Nové pero je nutné „zaktivovat“ odstříknutím jedné dávky. Na- vrhovaná maximální cena a základní resp. zvýšená úhrada v žá- dosti výrobce zhruba odpovídá jiným přípravkům s obsahem GLP-1 analog na trhu.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Achyranthes bidentata Blume – achyranť dvouzubý, (Amaranthaceae)

***Achyranthes bidentata* Blume – achyranť dvouzubý, (Amaranthaceae).** Vytrvalá bylina rostoucí v Číně, Indii, Japonsku a Nepálu. Pro komerční účely se pěstuje.

Synonyma: *Achyranthes javanica* Moq.

Obecný název: Niúxi nebo niou-si (čínsky), Ox Knee (anglicky)

Sbíraná část: radix

Droga: *Achyranthis bidentatae* radix

Obsahové látky: fytoekdysteroidy ekdysteron, inokosteron, rubrosteron aj., v kořeni triterpenoidní saponiny, které po hydrolýze poskytují kyselinu oleanolovou (sapogenin), neutrální polysacharidy složené hlavně z glukózových a fruktózových jednotek a peptidoglykany s obsahem glycinu, kyseliny glutamové, asparagové a serinu v peptidové frakci a v sacharidové tvořené L-arabinózou, L-rhamnózou, D-galaktózou, kyselinou D-glukuronovou a D-galakturonovou.

Účinky a použití: v tradiční medicíně prostředek při regeneraci kostí, pocitu těžkých nohou a diuretikum, čerstvá šťáva z kořenu se aplikuje při bolestech zubů. Při neúrodě se semena užívají jako náhražka obilí. Významné postavení zaujímá v tradiční čínské medicíně. Ovlivňuje meridián jater a ledvin, proto vařená droga vyživuje oba orgány; dále zlepšuje kvalitu kostí a šlach, indikuje se při abscesech, krvi v moči, poruchách menstruačního cyklu a bolestech břicha po těžkém porodu.

Laboratorní testy byly soustředěny především na účinky polysacharidů, ekdysteroidů a saponinů u zvířat. V případě

polysacharidů se jednalo o potvrzení imunomodulačních a protirakovinných účinků, ochranné funkce při hepatitidě a radiaci. Směs izolovaných polysacharidů významně potlačovala růst nádoru pojivové tkáně u myší, především zvýšením cytotoxicity peritoneálních makrofágů vůči nádorovým buňkám a změnami vlastností buněčných membrán. Aktivita makrofágů souvisí se zvýšením produkce cytokinů, tj. interleukinu 1 (IL-1) a tumor nekrotizujícího faktoru α (TNF- α). Zatímco nízké dávky polysacharidů inhibují růst nádoru, vysoké dávky tlumí funkci NK buněk a růst paradoxně podporují. Rovněž potlačují aktivitu žírných buněk, a tím rozvoj alergické reakce. Sulfatované polysacharidy se osvědčily vysokou aktivitou nejen vůči vi-



rům HBsAg a HbeAg, ale i proti viru HIV, vykazovaly také lepší antioxidační ochranu buněk než nesulfatované polysacharidy. Izolované triterpenoidní saponiny měly sice u myší nízkou hemolytickou účinnost, ale zřetelně zvyšovaly specifickou protilátkovou i celulární odpověď po aplikaci vaječného albuminu. Byly zaznamenány i protirakovinné účinky saponinů. Z extraktů připravených z kořene se nejlepšími účinky proti osteoporóze u krys zbažených vaječnicků prezentoval butanolvý extrakt. Polypeptidové frakce urychlovaly regeneraci poškozeného sedacího nervu u myší. Nejlepší protizánětlivé účinky, včetně artritidy, vykazovaly extrakty kořene ve víně. Laboratorní testy na zvířatech potvrdily diuretické vlastnosti nálevu z drogy. V současnosti se droga dováží, je rovněž součástí čajových směsí a přípravků.

Dávkování: 4,5 až 9 g ve formě odvaru (10 minut) s 200 ml vody. Rozdělit na 2 dávky.

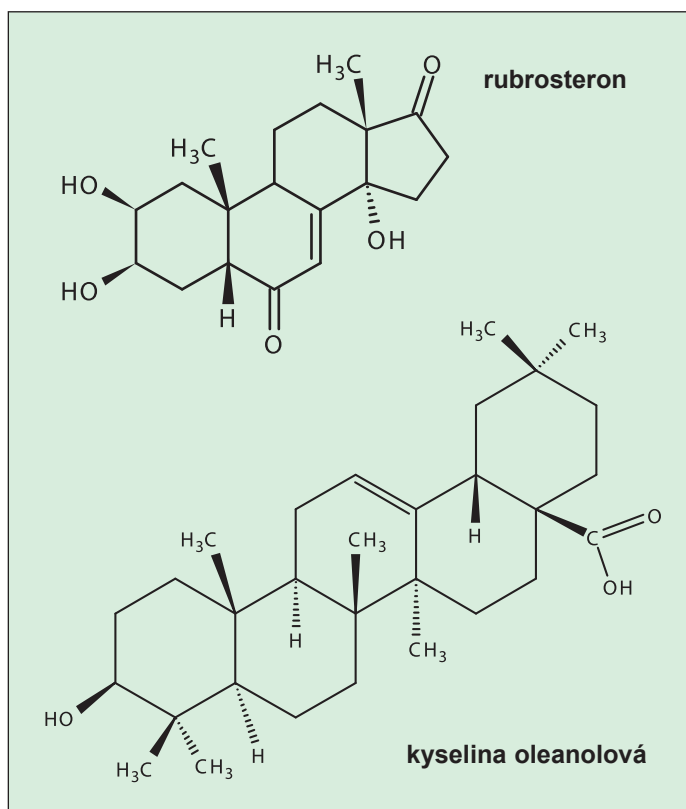
Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem, dále při poruchách krevní srážlivosti a léčbě warfarinem. Droga zvyšuje krevní tlak.

Interakce: nejsou známy.

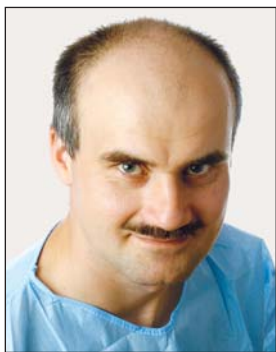
Hlavní zdroje: AISLP, Chemical Book, Drugs.com, Google Scholar, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Jellin, J.M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd.4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Medline, Pherobase, Plants for a future, PubChem Compound, Toxnet.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Horní obrázek Stanislav Doronenko (Wikipedia), vzorce autor



Pektin nejen dietní vláknina



U tohoto přírodního polysacharidu je popsáno překvapivě široké spektrum zajímavých biologických účinků. Není již vnímán pouze jako dietní vláknina, je doplňkově aplikován jako součást léčby zánětu slinivky břišní, jeho chelatační aktivita je využívána při intoxikaci olovem a radionuklidy, má imunomodulační aktivitu, uplatnění našel i v onkologii.

Mgr. Tomáš Volný

V randomizované, placebem kontrolované klinické studii byl sledován potenciální léčebný vliv na duodenální vředy. Autoři 83 pacientům s endoskopicky diagnostikovanými duodenálními vředy podávali po dobu 6 měsíců 10 g jablečného pektinu 2krát denně nebo 150 mg ranitidinu nebo placebo, nepotvrdili však signifikantní vliv suplementace pektinu na léčbu duodenálních vředů. Bylo dále zjištěno, že pektin (PE) v denní dávce 12 g může omezovat vstřebání beta-karotenu ze stravy. Nelze současně vyloučit, že pektin může ovlivňovat vstřebávání některých léků. Měsíční užívání denní dávky 3–4 g esterifikovaného pektinu prokazatelně snížilo obsah olova v tkáních u osob vystavených chronické zátěži průmyslovým zdrojem olova. Chelatační aktivita PE se uplatnila i v omezení vstřebávání radionuklidů z kontaminované stravy. Zajímavý je i experiment, kde autoři sledovali potenciální redukci erozivní aktivity kyseliny citronové na zubní sklovinu u aplikovaného pektinu, propylen-glykol alginátu a arabské gummy, redukci erosivního efektu se podařilo experimentálně potvrdit pouze u propylen-glykol alginátu a u arabské gummy.

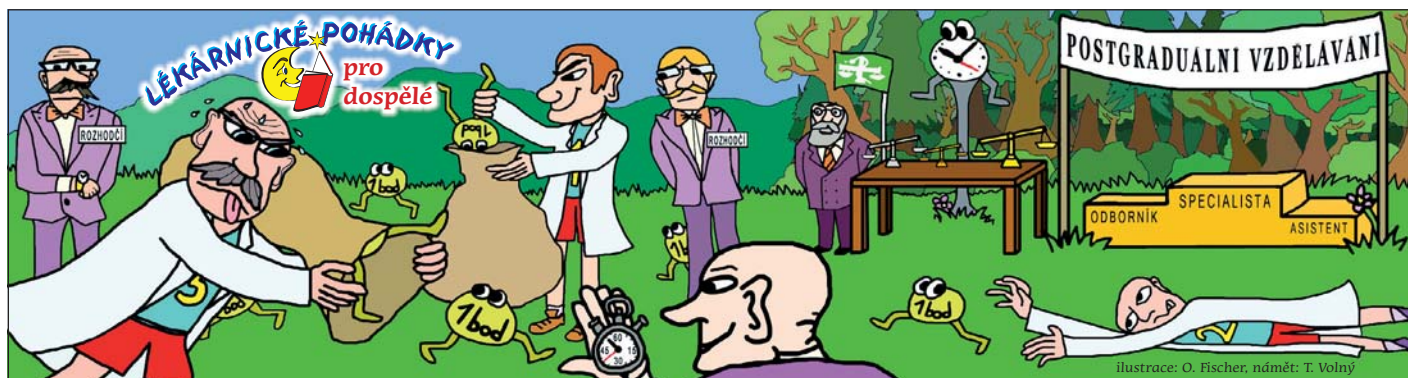
V prospektivní, randomizované, dvojité zaslepené klinické studii byl PE v kombinaci s probiotiky doplňkově po-

dáván 62 pacientům s akutní pankreatitidou, byl prokázán příznivý vliv symbiotického přípravku na průběh léčby. Příznivý vliv doplňkové suplementace PE (denní dávka > 10 g) byl také experimentálně potvrzen u 56 pacientů s chronickým zánětem střev. Významně se zde pravděpodobně uplatňuje protizánětlivá aktivita PE, která je silnější u esterifikovaných forem pektinu a je zprostředkována inhibičním účinkem PE na aktivitu enzymových systémů kináz, cyklooxygenáz a lipooxygenáz. V preklinickém experimentu PE dokonce stimuloval apoptózu buněk kolorektálního karcinomu (HT29), androgen citlivého karcinomu prostaty (LNCaP), androgen nezávislého karcinomu prostaty (LNCaP C4-2) a ovlivňoval aktivitu NK buněk a makrofágů. Tyto efekty jsou společně s výhodnými fyzikálně-chemickými vlastnostmi PE synergicky využívány u speciálních orálních lékových forem 5-fluorouracilu a metotrexátu určených k léčbě kolorektálních karcinomů, kde je PE aplikován k výrobě pelet s obsahem uvedených chemoterapeutik. Tato léková forma prokazatelně zlepšuje parametry uvolňování chemoterapeutik, PE zde také funguje jako nosič zpomalující průchod chemoterapeutik trávicím traktem a prodlužující čas jejich lokálního účinku na nádorovou tkáň.

Zajímavé výsledky byly publikovány v letošní experimentální práci, kde autoři sledovali účinnost metotrexátu konjugovaného s molekulou pektinu a aplikovaného ve formě nanočástic v léčbě karcinomu jater, autoři prokázali zlepšení parametrů spojených s uvolňováním chemoterapeutika a s jeho průnikem do rakovinových buněk. PE se také aplikuje jako nosič při výrobě pelet s probiotiky potažených syrovátkovou bílkovinou s cílem zlepšit odolnost probiotik při průchodu extrémně kyselým prostředím žaludku.

Početné klinické zkušenosti nabízí řada experimentálních prací zaměřených na aplikaci PE v léčbě akutních, nekomplikovaných průjmů. Prospektivní, randomizovaná, dvojitě zaslepená, multicentrická, placebem kontrolovaná klinická studie se 79 dětmi ve věku 6 měsíců až 5,5 let prokázala signifikantní zlepšení po 3denní léčbě jablečným PE. K obdobným výsledkům dospěli autoři randomizované, dvojitě zaslepené klinické studie s 62 chlapci ve věku 5–12 měsíců s akutním průjmem (u 60 % dětí nebyl průjem komplikován patogenní infekcí), kterým podávali vařené zelené banány nebo vařenou rýži nebo pektin (v denní dávce 4 g/kg), k signifikantně rychlejšímu odeznění příznaků průjmu došlo u pektinové a banánové skupiny.

Početné jsou klinické studie sledující vliv užívání PE na krevní hladiny triglyceridů, cholesterolu a glukózy. Nejčastější denní dávka 12 g PE podávána 6–12 týdnů nedokázala signifikantně změnit krevní hladiny triglyceridů a cholesterolů. Až 3–6týdenní užívání denní dávky 36 g PE vedlo k signifikantnímu snížení plazmatických hladin celkového cholesterolu. Taková dávka je však zřejmě zatížená zvýšeným rizikem nežádoucích účinků na úrovni trávicího traktu (plynatost, změkčení stolice, nadýmání). Autoři aplikovali různé přírodní



zdroje PE (jablka, citrusy, opuncie), vliv rozdílných zdrojů není možné z publikovaných studií přesněji popsat, vyloučit ho však nelze. Jako účinnější se opět zdá esterifikovaný PE. K významnějšímu snížení krevních hladin celkového cholesterolu (o 31 %) a LDL-cholesterolu (o 35 %) došlo po 8týdenním užívání cholestyraminu (16 g/den) v kombinaci s jablečným PE (12 g/den) oproti snížení o 19 % respektive 22 % po užívání pouze cholestyraminu, a to u mužů s familiární hypercholesterolémií.

(Reference jsou uloženy u autora.)

Neetické, nefér, neprofesionální

Píšu v reakci na článek v jednom z minulých čísel ČČL, kde o problému batůžkaření byla řeč. Docela s pisatelem souhlasím. Nyní bych chtěla připsat i vlastní postřeh.

K řadě slov, začínajících na „ne“ – neetické, nefér, recepty se dostávají do nepovolaných rukou... bych chtěla připsat, že batůžkaření je podle mého názoru i značně neprofesionální. Dispenzační minimum, které máme pacientům při výdeji sdělovat, přesouváme na lékaře či zdravotní sestry, když je lék vydáván přímo v ordinaci. Můžeme se ale spolehnout, že ho tito zdravotničtí pracovníci při svém vytížení pacientům skutečně sdělí?

Jeden příklad: Setkala jsem se se známým, který se mi mezi řečí zmínil, že asi někde prochládl a lékař mu dal na močové cesty Cotrimoxazol. Farmaceutům zřejmě okamžitě „naskočil“, co při výdeji léku s těmito účinnými látkami říci, aby přípravek dobře účinkoval a pacient si neuškodil. Můj známý však nic z toho nevěděl. Na krabičce sice stálo „2x1“, ale pacient tento údaj, který nebyl doplněn ústním sdělením, nepochopil jako užívání po 12 hodinách, takže než jsem se o tom dověděla a informace doplnila, intervaly byly opravdu různé. Známý též nevěděl, že balení musí využívat, a už vůbec ne, co při léčbě nesmí konzumovat. V duchu jsem se docela chytala za hlavu a dotyčnému lékaři dlouho nemohla přijít na jméno. Chci věřit tomu, že zde šlo spíše o selhání jednotlivce, ale kdo to zaručí? Neměli bychom více než na zisk hledět na bezpečí pacienta?

Mgr. Michaela HOBZOVÁ

V květnu si ze světových dnů vyhlášených WHO připomínáme Světový den – Pohybem ke zdraví a Světový den bez tabáku. Z jiných mezinárodních dnů související se zdravím to jsou Světový den boje proti astmatu, Světový den čistých rukou, Světový den Červeného kříže, Evropský den melanomu, Mezinárodní den ošetrovatelství, ošetrovatelek a zdravotních sester, Mezinárodní den rodiny a Mezinárodní den biodiverzity.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Světové dny WHO květen

Světový den bez tabáku – World No Tobacco Day

Celosvětová tabáková epidemie každoročně zabíjí téměř 6 milionů lidí, přitom více než 600 tisíc z nich jsou tzv. pasivní kuřáci. Odhad počtu zemřelých v důsledku kouření v roce 2030 přesahuje 8 milionů. Více než 80 % úmrtí, jimž lze předejít, se týká lidí žijících v zemích s nízkým nebo středním příjmem.

Závislost na tabáku splňuje kritéria psychiatrické diagnózy F 19.X, a sice diagnózy s nejvyšší předčasnou mortalitou. Pro zhodnocení míry závislosti na nikotinu se nejčastěji používá tzv. Fagerstromův test.

V roce 1986 byl tabákový kouř zařazen do seznamu Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (International Agency for Research on Cancer, IARC) mezi prokázané humánní karcinogeny a 39. zasedání Světového zdravotnického shromáždění (World Health Assembly, WHA) přijalo rezoluci WHA39.14, která znovu nastolila otázku „Tabák, nebo zdraví“.

Cílem Světového dne bez tabáku, vyhlášeného každoročně na 31. květen, je zlepšit informování o nepříznivých zdravotních následcích kouření v mladém věku a podpořit všechny aktivity a chránit děti a mládež před aktivním, ale i pasivním kouřením.

5R a role lékárníka

Při odvykání kouření může význam-

nou úlohu sehrát lékárník, a to zejména uplatňováním technik posilování motivace. Vznikly právě při závislosti na kouření tabáku a využívají se i pro léčbu jiných závislostí. Označení 5R vzniklo z anglických názvů pěti prvků tvořících strukturu motivačního rozhovoru:

R1 – relevance (důležitost). Používat argumenty významné pro konkrétního kuřáka (jeho závislost nejen z hlediska zdraví, ale též aspekty ekonomické, sociální ad.).

R2 – rewards (odměny). Výhody, které zanechání kouření přinese.

R3 – risks (rizika). Všechna akutní i chronická zdravotní rizika závislosti na

tabáku; zvláštní pozornost věnovat ženám, zejména gravidním a kojícím.

R4 – road-blocks (překážky). Rozptýlit obavy z následků zanechání kouření (abstinenční příznaky, zvýšení hmotnosti), vysvětlit možnosti řešení.

R5 – repetition (opakování). Empaticky podle potřeby celý postup opakovat s cílem přivést kuřáka k vlastnímu rozhodnutí, v případě neúspěchu ho uklidnit a motivovat k dalšímu pokusu s poukazem na to, že většině bývalých kuřáků se také nepodařilo své závislosti zbavit hned napoprvé.

Literatura u autora.

Rok	Motto Světového dne bez tabáku
2005	Zdravotníci proti tabáku
2006	Tabák zabíjí v každé podobě
2007	Vychutnejte si 100% nekuřácké prostředí
2008	Mládež bez tabáku
2009	Zdravotní varování o škodlivosti tabáku
2010	Užívání tabáku s důrazem na marketing zaměřený na ženy
2011	Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku
2012	Vměšování tabákového průmyslu
2013	Zakažme reklamu na tabákové výrobky včetně propagace a sponzorství

Ceny časopisu Scrip za rok 2012

V průběhu léta 2012 hodnotil mezinárodní panel šestnácti respektovaných odborníků z celého světa všechny přihlášky do jednotlivých kategorií o Ceny časopisu Scrip pro daný rok. Byly vyhlašovány už poosmé a slavnostně odevzdávány 28. listopadu v Londýně. Letos byla přidána dvě nová ocenění věnovaná excelenci ve shromažďování fondů a v klinickém výzkumu – Finanční dohoda roku a Klinický pokrok roku.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Vzhledem k tomu, že bylo uděleno 14 cen, nebyli v roce 2012 oproti roku předcházejícímu nominováni kandidáti do kategorií Nejlepší celkový produktovod, Cena za společenskou odpovědnost firem a Dohoda roku o outsourcingové spolupráci.

I když se cena za nejlepší produktovod (lékovod = soubor kandidátů na nové léčivo, kterými farmaceutická společnost disponuje v daném čase a nacházejí se v různých fázích výzkumu a vývoje) neudělovala, přibližme stručně situaci v této oblasti. Nejvíce potenciálních léčiv – nejširší produktovod – měla společnost GlaxoSmithKline s 257 produkty-kandidáty ve fázi výzkumu a vývoje (R&D) a 147 originálními přípravky, dále Pfizer (225 zástupců v R&D, 152 originálních přípravků) a Merck & Co (223 potenciálních léčiv v R&D a 150 originálních přípravků). Celkový počet zkoumaných látek počátkem roku 2012 činil 10 452.

Nejúspěšnější společností roku 2012 se stala společnost Novartis získáním dvou prestižních cen – za excelenci v inovaci a výzkumu a vývoji – cenu za klinický pokrok. Druhá je za licenční dohodu společností ThromboGenics a Alcon (ta je součástí, divizí farmaceutické skupiny Novartis). Novartis získal některou z cen časopisu Scrip pátý rok za sebou.

V kategorii **Nejlepší nové léčivo / léčivý přípravek** reprezentuje oceněný přípravek Zelboraf jednu z prvních nových terapií melanomu. V srpnu 2011 byl v USA schválen k léčbě melanomu v pozdním stadiu (inoperabilní nebo

Kategorie	Vítěz
Nejlepší nový léčivý přípravek	Zelboraf (vemurafenib, Roche)
Nejlepší partnerská aliance	AstraZeneca a UK Medical Research Council
Licenční dohoda roku	Alcon a ThromboGenics za okriplasmin
Manažerský tým roku	manažerský tým společnosti Alkermes
Nejlepší smluvní výzkumná organizace	Quintiles
Nejlepší společnost na rozvíjejících se trzích	Laurus Labs
Biotechnologická společnost roku	Regeneron Pharmaceuticals
Farmaceutická společnost roku	Abbott
Manažer roku	Angus Russell (společnost Shire)
Cena za celoživotní přínos	Dennis Gillings
Tým roku v oblasti klinického výzkumu	klinický tým společnosti ICON
Největší technologický pokrok v klinických studiích	společnost PPD za PPD 3D
Klinický pokrok roku	Novartis za studii EXIST-2 (everolimus)
Finanční dohoda roku	Valeritas

s metastázami). Je indikován specificky u pacientů s melanomem s pozitivní genovou mutací označovanou jako BRAF V600E. Byl vyvinut ve spolupráci se společností Plexikon a Roche Molecular Systems a je nejlepším příkladem personalizované zdravotní péče.

Nejlepší partnerská aliance – společnosti AstraZeneca a UK Medical Research Council za vývoj nových terapeutických aplikací pro sloučeniny společnosti AstraZeneca.

Nominace v kategorii **Licenční dohoda roku**: společnosti ThromboGenics a Alcon (Novartis) za komercializaci okriplasminu (Jatrea) určeného k léčbě vitreomakulární adheze mimo USA. V průběhu příštích pěti let se plánuje uvedení přípravku na trhy ve 48 zemích světa.

Finanční dohoda roku: Prosensa, holandská biotechnologická společnost,

disponuje nejpokročilejším portfoliem potenciálních léčiv určených k terapii vzácných neuromuskulárních onemocnění.

Manažerský tým roku: *Nominace*: manažerské týmy společností Alkermes, ASLAN Pharmaceuticals, Clinigen, Quintiles, Shire.

Nejlepší smluvní výzkumná organizace (CRO): *Nominace*: ICON, INC Research, Micro Therapeutics Research Labs, PAREXEL, PPD, Quintiles.

Nejlepší společnost na etablovaných se trzích: *Nominace*: Aanjaneya Lifecare (Indie), ASLAN Pharmaceuticals (Singapur), BeiGene (Čína), Laurus Labs (Indie).

Biotechnologická společnost roku: *Nominace*: Avila Therapeutics, Galapagos, Mesoblast, Prosensa, Regeneron Pharmaceuticals, ThromboGenics.

Literatura u autora

Po vyhlášení nezávislosti Kambodže v roce 1953 poskytovala Československá socialistická republika (ČSSR) kromě bezplatné hospodářské pomoci, dlouhodobých úvěrů a vojenského materiálu také pomoc v oblasti zdravotnictví. Čeští lékaři byli v zemi i v dubnu 1975, kdy se revolucionářům podařilo obsadit hlavním město Phnompenh a odstranit proamerickou vojenskou diktaturu generála Lon Nola.

PharmDr. Stanislav Havlíček

Khmerská republika se změnila na Demokratickou Kampučii a začal nejzvrácenější komunistický experiment ve světových dějinách.

Podle ideologické teorie by mohli vzdělaní lidé narušovat režim, proto se Rudí Khmerové veškeré inteligence zbavili. Inženýři, vědci, lékaři, lékárníci, právníci byli, kromě několika jednotlivců, popraveni. Nejdříve zastřelením, později, kvůli úspoře munice, ubitím. Na jejich místo nastoupili stranou určení zemědělci.

Jediné dvě nemocnice v hlavním městě byly určeny vyvoleným stranickým špičkám. Nejvyvolenější se jezdili léčit do Číny. Všechny ostatní nemocnice byly uzavřeny. Pacienti byli vysláni na ozdravný pochod na venkov. Za tři dny ušli 12 km a pak postupně umírali hladu, vyčerpáním a nedostatkem péče.

Města byla vysídlena na venkov. Na venkově byla zdravotní péče poskytována nekvalifikovanými „zdravotníky“.



Lékárenství v Kambodži

Na lehčí případy byly ordinovány přírodní tradiční léky proti malárii, na těžší pak nitrožilní injekce kokosového mléka. Protože byly zrušeny peníze, systémem zdravotní péče žádné nespotřebovával. Efektivita byla o malinko vyšší (než nula), některý z pacientů se přes veškerou poskytnutou péči uzdravil, některý jen proto, aby mohl být později popraven.

I přes to patřila ČSSR ke dvacítce zemí, které zaslaly představitelům Demokratické Kampučie blahopřejný telegram k prvnímu výročí převzetí moci.

Generální tajemník strany Saloth Sar, známý více jako Pol Pot nebo Bratr číslo 1, se při vedení země řídil dvěma hesly. Zaprvé – dovést rozhodnutí bez kompromisů až do konce a zadruhé – raději zajít o dva kroky dál, než o malý kousek nedosáhnout. Za tři roky, 8 měsíců a 20 dní jeho vládnutí přišly o život, byly zabity nebo popraveny dva až tři miliony lidí, téměř čtvrtina tehdejší populace. Invazi vietnamské armády, která v roce 1979 osvobodila zotročovaný národ a ukončila krutovládu Rudých Khmerů, odsoudily jenom dvě země, ČSSR a Sovětský svaz.

Z nekompromisního vedení zdravotnictví se Kambodža vzpamatovává do

dnes. Meziroční přírůstek obyvatelstva je téměř 3% i přes to, že podle statistik se každé desáté dítě nedožije 5 let. I po odstranění vlády Rudých Khmerů se o nemocné starali především laici bez kvalifikace. Když se v 90. letech začala stavět zdravotnická centra, neměl v nich kdo působit. Zdravotní systém se sice stále zlepšuje, ale ve venkovských oblastech lidé stále spoléhají na postupy místních léčitelů a za základ terapeutického úspěchu je mnohými Khmery považována oběť v chrámu. Zdravotnické vzdělání má v Kambodži stále ještě velmi nízkou úroveň.

Zdravotníků postupně přibývá. Všichni jsou ale mladí (polovina populace je mladší 30 let), mají znalosti ze škol, ale praktickou dovednost jim nemá, s výjimkou pracovníků humanitárních organizací (Červený kříž, Lékaři bez hranic, Člověk v tísni), kdo předat.

Jestliže je v oblasti standardizace procesů lékařské a laboratorně diagnostické zdravotní péče jasně patrný edukační vliv „západních“ školitelů, je oblast péče lékárenské vedena a poskytována ryze asijským způsobem. Léky takřka u stánku na ulici prodávají

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

gramotní (povětšinou), leč odborně nevzdělaní trhovci, kteří cenu určují takřkajíc „na ksicht“ pacienta.

Lékárníků podle vzdělání má Kambodža málo, nemají žádnou organizaci, ale v zásadě se mají dobře. Ve zhruba stovce navštívených lékáren jsem potkal celkem dva lékárníky se vzděláním, které odpovídá pětiletému magisterskému, jak je chápeme u nás. Jednu lékárnou právě otevíral dětský lékař. Jak vyplývá z uvedeného, je lékáren nebo spíše „lékáren“ mnohem víc než lékárníků.

System ovšem není úplně bez regulace, protože za každého prodejce léků a jeho lékový stánek nese některý lékárník odpovědnost a přiděluje licence.

Za licenci platí prodejce lékárníků určitou paušální částku, jejíž výše se mění v závislosti na množství lékárníků schopných v dané oblasti licencovat a také na kupní síle obyvatel v konkrétní provincii. Kvůli chatrné znalosti angličtiny většiny prodejců léků se mi podařilo zjistit částku za licenci pouze v provincii Kampong Sam, jejímž správním městem je druhé největší město v Kambodži, Sihanoukville s 200 000 obyvateli a přibližně polovičním počtem turistů

za rok. Prodejna léků na nejušnější turistické ulici dozorujícímu lékárníkovi měsíčně platí 200 amerických dolarů. Pro lepší představu – je to částka, za kterou můžete v tom samém městě s krásnými písčitými plážemi a vyhlášenou kuchyní celý měsíc slušně bydlet a střídavě se stravovat. Společně s lékárnami obou lékárníků patřila právě tato prodejna k těm lépe organizovaným a se širokým sortimentem. Také ceny v ní a v obou lékárnických lékárnách byly zhruba o 30–50 % vyšší než ve stáncích. I tyto „vysoké“ ceny by ovšem u nás byly pro provozovatele lékáren zničující. Za 100 tablet cetirizinu (indikého) musí alergický turista zaplatit celý 1 dolar, tedy zhruba 20 korun (místní asi méně). Pokud by trval na cetirizinu originálním, zaplatí trojnásobek. Azitromycin 10 tablet 250 mg vyšel na celých 6 000 riélů, tedy 30 korun.

Hormonální antikoncepce je, stejně jako preparáty na podporu erekce, k dispozici pravděpodobně pouze v Sihanoukville a ve městě Siam Reap, turisticky nejexponovanějších lokalitách. Obě místa mají ale se skutečnou realitou Kambodže společného jen málo. Ceny za uvedené preparáty (tadalafil a sildenafil stejných značek, jaké známe u nás) jsou zhruba třetinové než

u nás a koupíte je kromě lékových prodejen také u pumpy nebo v supermarketu pro turisty. Prohýřit noc je v Sihanoukville snadné a levné, za půl litru 30% thajské Mekong whiskey zaplatíte zhruba 30 korun, takže děvčata ze Západu s hlavou plnou starostí po prohýřené noci získají ve stejném supermarketu 2 tablety levonorgestrelu v přepočtu za 132 koruny.

Ani hustota lékáren by české provozovatele nepotěšila. Největší počet „lékáren“ na obyvatele jsem zaznamenal v Battambang, který je se 180 000 obyvateli třetím největším kambodžským městem. Jenom v nejužším centru, které tvoří šest ulic rovnoběžných s řekou a osm na ně kolmých, jsem napočítal 40 lékáren, mnohé z nich byly v přímém sousedství.

Jodpovidonovou desinfekci (15 ml) jsem v jedné z nich zakoupil za 1 700 riélů, tedy necelých 8 korun.

Přes všechny starosti s přímou i nepřímou konkurencí jsou majitelé stánků a obchůdků s léky usměvaví a milí. Do práce to nemají daleko, ve dne jim oficiálně slouží zároveň jako jídelna i obývací pokoj, který na noc současně se staženou roletou promění v ložnici.

Snímky autor

Sportujeme aneb Volejbalu TŘIKRÁT zdar!



Zvu vás, milí přátelé, kolegové, příznivci volejbalu, na třetí ročník volejbalového turnaje v Hradci Králové.

Na fotografii vidíte, s jakým zápalem jsme bojovali vloni, a v tomto roce to může být ještě lepší.

Krásný slunečný den jsme letos objednali na druhou červnovou sobotu.

Dlouho se ale nerozmýšlejte! Toto datum – 15. červen 2013 – si nezapomeňte zaškrtnout ve svých diářích a přijedte se sportovně vyřádit a popovídat si se svými kolegy a kamarády. Společně si tento den užijeme nejen sportovně, ale následně i relaxačně při příjemném posezení. Zábrany se nekladou ani v případě, že vaši partneři jsou „nefarmaceuti“, ale rádi by si přijeli zahrát s námi.

Svou účast oznamte na moji e-mailovou adresu: fruhg@seznam.cz nebo kolegovi PharmDr. Pavlu Grodzovi na e-mail: panacea@iol.cz. Zde se vám také dostane podrobnějších informací.

Na červnové setkání s vámi se těší

Mgr. Gabriela FRÜHBAUEROVÁ



GLOBALIZACE POSTUPUJE, TRADICE UMÍRÁ

Lékárny na ulicích

Všude jsou lékárny. Tedy, skoro všude. Jsou tam, kde je poptávka, respektive slovy kolegy Jana Horáčka, tam, kde je zajištěna jejich „úživnost“. V hlavních městech, La Pazu a Sucre, zejména v centrech, je to podobné, jako u nás. Správní centra departementů také nestrádají nedostatkem lékáren. Někde je jich jako v našich krajských městech. Jakmile ovšem vyjedete na venkov, situace se dramaticky mění a lékárny chybí.

RNDr. Václav Šeda

V Aiquile, správním centru provincie Campero, ve střední části Bolívie, jsme museli zůstat o den déle, než byl plán. Konaly se komunální volby a pohyb v zemi se nuceně zastavil na celých 36 hodin. Využili jsme čas k důkladnému průzkumu přírody v okolí i města samotného. Před 12 lety bylo město téměř srovnáno se zemí zničujícím zemětřesením, kterému padlo za oběť nejen několik stovek obyvatel, ale i historicky cenné stavby, kdy celé čtvrti města byly v prachu a sutinách. Byla zničena i katedrála Sv. Petra, vystavěná v *mestico* stylu, z nepálených cihel a kamení v 17. století. Na jejím místě dnes stojí moderní, nadčasová, železobetonová loď katedrály a původní kostel i stavební styl připomínají jen dvě samostatné věže zvonnic. Na výstavbě se finančně i stavitelsky podílelo mnoho zemí světa, hlavně však Svatá stolice, výzdoba a provedení této moderní stavby je tak precizní, že je smělým a důstojným protikladem honosných církevních staveb, vybudovaných *conquistadors* v kdysi bohatých hornických městech Potosí, La Paz, Oruro a Sucre.

V den voleb se do města scházeli svátečně oblečení *campesiños*, aby odevzdali svůj hlas stranám, jejichž hesla a výzvy křičí na voliče ze všech koutů ještě mnoho roků po volbách. Ale vesničané využívají volební den k účasti na nedělní bohoslužbě, k návštěvě trhu a doplnění zásob. Také k návštěvě lékárny a nákupu medikamentů na své neduhy.

Jak jsem se přesvědčil, i tady lékárna supluje lékaře. Starší vesničanka sděluje lékárnici své problémy, z nichž není

zcela jasné, zda má pacientka potíže s ledvinami nebo jí bolí záda. Lékárnice odšťihuje ze stripů generického norfloxacinu a piroxicamu po pěti tabletách. Zatím pozoruji vybavení officíny a sortiment zboží. Velké zásoby generických léčiv, ve 100kusových baleních, sortiment poněkud obstarožní, v jiných zemích opuštěný nebo dávno nepoužívaný. Na většině balení je vidět, že se v lékárně skladují již dlouhou dobu. Nikde nejsou uloženy masti, nebo přípravky pro oční použití. Třeba jsou někde v lednici, kterou nevidím, ale v officíně nikde lednice není a lékárna sama je tvořena jednou místností, officínou, kanceláří a skladem současně. Sociální zázemí vidím na přilehlém dvorku, umýt se může personál v betonovém korytu tamtéž.

prací, chůzi i odpočinku, často až do věku, kdy dítě samo běhá. Má to jeden zajímavý efekt. Nikde neslyšíte dětský pláč. Tu nejlepší stravu pro děti nosí máma neustále u sebe a je-li třeba, podá ji svému potomkovi bez ostychu kdekoliv, třeba na tržnici plné lidí. Dětské lahve jsou občas používány, zejména mámy s dětmi na polích a pastvinách, nebo trhu v nich mají nápoje, nikoliv však mléko. Problém s vyměšováním odrostlejších dětí se řeší na místě potřeby a nikdo se nad tím nepozastavuje, u malých dětí jsem viděl obvykle umolované látkové pleny, zcela výjimečně pleny papírové. Na takový luxus většina obyvatel Bolívie nikdy nedosáhne.

Tak nějak jsem letmo viděl lékárenskou péči v horách, daleko od civilizace. Musím dodat, že město Aiquile je



Zajímavý byl další sortiment lékárny, podobný, jaký známe i z našich lékáren. Pleny pro děti, dudlíky, lahvičky na mléko, dětská kosmetika, mléčná sušená strava. Značky známé. Divil jsem se, protože zdejší děti vyrůstají zcela jinak než v tzv. vyspělých zemích. Cizince překvapí zejména absence kočárků. Za svého pobytu jsem viděl jen dva, vždy v bohatých čtvrtích velkého města. Děti nosí mámy (u bohatých služebné) v univerzálních loktuších *aguayo*, krásně barevných a charakteristických pro tuto zem. Matka má dítě neustále u sebe, při

nově vystavěné a relativně moderní a také zdejší dvě lékárny jsou v mnohem lepším stavu než v jiných městech. V Aiquile je i jedna z větších a moderních nemocnic, tedy zařízení, kterých je v zemi žalostně málo. Tu zdejší postavili před třemi lety Kubánci a současně ji vybavili kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Na jiných místech vybudovaly malé nemocnice a ambulance jiné země, zejména Německo a Španělsko, někde působí v opravdu skromných podmínkách „Lékaři bez hranic“.

Foto: autor

PŘEČETLI JSME

Vybíráme z úvodníku slovenského časopisu LEKÁRNIK (2/2013), jehož autorem je PharmDr. Marcel Jusko, Ph.D.:

Slovenské lékárenství potřebuje vnitřní reformu. Hlavně v situaci, kdy se každým dnem rozšiřují rady nezaměstnaných kolegů a mladí lékárníci nevidí na Slovensku perspektivu lékárenství. Jak dlouho se věnujeme přípravě (studiu) na další den v naší práci, nebo nám stačí vědomosti nabyté během studia na fakultě a potom dlouho nic, sem tam vzdělávací akce bez zpětné verifikace vědomostí? Řešíme problémy léčby pacientů v reálném čase, nebo je posíláme k lékařům jen z toho důvodu, že bychom to i zvládli, ale když to nemáme nastudované, volíme cestu menšího odporu. To je ale o naší povrchnosti, tady někde bychom mohli a měli začít.

Co se týká odborné úrovně, jedním ze způsobů jak ji verifikovat je specializace např. z lékárenství, příp. subspecializace z klinické farmacie, a až na to by mělo navazovat soustavné vzdělávání. Co na tom, že to momentálně právní úprava nepožaduje. Právě zde by se měla ukázat naše hrdost, že jsme lékárníci, kteří si váží svého vzdělání a poslání, nebo nemáme být na co hrdí? Lékaři v rámci pětiletého cyklu mají 250 kreditů a lékárníci směšných 100. Pravda, není to jen o kreditech, ale má to svou výpovědní hodnotu o našem postavení v systému zdravotnictví. Kam jsme se dostali? Nebo uděláme jen to minimum, které nám nastavili, a nic ví? Ale to mnozí jaksí nechtějí slyšet. Jak je možné, že v jistých lékárnách se „dělá“ lékárenství, dokonce klinická farmacie, jen ty farmaceuty specialisty v daných oborech tam nějak postrádají. Dokonce při přípravě čípků není ten, kdo by vypočítal vytěšňovací koeficient, a tak to raději pošlou „tam, kde to dělají“.

Kolegyně a kolegové, kteří tak činíte, sami sebe tak vytěšňujete ze zdravotnictví, o lékárenství už ani nemluvě, a to je jiný koeficient! O to hůře, že to si odskáčeme všichni. Na druhé straně máme v nabídce „létaující farmaceuty“ a stále častější je větší poptávka po farmaceutech – pracovnících/pracovnících v lékárně. Výmluvné.

VÝZNAMNÁ JUBILEA

duben 2013

85 let

RNDr. PhMr. Milouš Pola
(OSL Praha 3)
RNDr. PhMr. Jiří Etlzer
(OSL Ostrava)

75 let

Mgr. Božena Tachcoglu (OSL Děčín)

70 let

PharmDr. Anna Kosorínová
(OSL Teplice)
PharmDr. Marta Trumhová
(OSL Hradec Králové)

65 let

Mgr. Marta Krumlová
(OSL Nymburk)
PharmDr. Jan Ponec
(OSL Praha – východ)
Mgr. Marie Veselá (OSL Blansko)
Mgr. Jarmila Biječková
(OSL Ostrava)
Mgr. Anna Šturmankinová
(OSL Praha 9)
Mgr. Jitka Švecová
(OSL Havlíčkův Brod)
Mgr. Karel Filipi
(OSL Ústí nad Orlicí)

60 let

Mgr. Jana Hudocová (OSL Kolín)
Mgr. Zuzana Chlebná
(OSL Litoměřice)
RNDr. Edita Pavlíčková
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Ivana Mejstříková
(OSL Náchod)
PharmDr. Alena Huserová
(OSL Brno + Brno – venkov)
Mgr. Libuše Orálková (OSL Třebíč)
PharmDr. Jaroslava Fryčová
(OSL Ostrava)
RNDr. Marta Pělučová
(OSL Ostrava)
RNDr. Miroslava Vůjtěch
(OSL Praha 5)
PharmDr. Zdeněk Šídlo
(OSL České Budějovice)

55 let

PharmDr. Iva Frühbauerová
(OSL Rychnov nad Kněžnou)
Mgr. Maria Homolková
(OSL České Budějovice)
PharmDr. Radka Matějčková
(OSL Tábor)
PharmDr. Petr Kubánek
(OSL Šumperk + Jeseník)
PharmDr. Naděžda Humpálová
(OSL Liberec)
PharmDr. Petr Šťastný (OSL Teplice)
PharmDr. Hana Kopřivová
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Dagmar Palátová
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Eva Marková
(OSL Hradec Králové)
PharmDr. Hana Horová
(OSL Žďár nad Sázavou)
Mgr. Jitka Junová (OSL Chrudim)
PharmDr. Zdena Vítová
(OSL Pardubice)
PharmDr. Dagmar Narvová
(OSL Rychnov nad Kněžnou)
Mgr. Jaroslava Příkaská
(OSL Hodonín)
Mgr. Marcela Sikorová
(OSL Frýdek-Místek)
Mgr. Helena Kyšková (OSL Ostrava)
Mgr. Jaroslava Hendrychová
(OSL Rychnov nad Kněžnou)

50 let

Mgr. Hana Hadravová (OSL Kolín)
PharmDr. Ivan Sýkora (OSL Písek)
PharmDr. Jaromír Weber
(OSL Havlíčkův Brod)
PharmDr. Richard Záveský
(OSL Ústí nad Orlicí)
PharmDr. Alice Mýlková
(OSL Nový Jičín)
Mgr. Magda Trchalová
(OSL Frýdek-Místek)
Mgr. Michal Oriniak (OSL Klatovy)
Mgr. Olga Štefková (OSL Praha 4)
PharmDr. Michala Hlavačková
(OSL Praha 4)
Mgr. Šárka Štrochová (OSL Ostrava)
Mgr. Marie Korousová
(OSL Praha 2)

Upřímně blahopřejeme! (člnk)

Cizí léky možno většinou nahraditi

Lékem proti rheumatismu, proti nachlazení býval salicylan sodnatý, vyvolávající pot. Z určitých důvodů, jež nemožno zde zajímati, byla navržena pro týž účel kyselina acetylosalicylová. Tohoto poznatku užila fa Bayer a pod jménem aspirin poslala do světa preparát, jehož hlavní složkou jest ona kyselina. Reklama, s kterou šel aspirin do světa, byla ohromná: pamatuji se na slova profesora, že by raději předepsal správně salicylan sodnatý, ale že by se nezdál dost moderní, nepředepsal-li by aspirin, který šel od úst k ústům. Když se mluvilo o vojenské medicíně, řeklo se pohrdlivě: aspirin pro všecko apod. Slovo aspirin jest dnes skoro tak všední jako slovo člověk.

A nyní si představte, že česká továrna vyrábí úplně rovnocenný prostředek. Kdybyste setřeli s tablety slovo aspirin na jedné a acylpyrin na druhé straně, těžko rozeznáte rozdíl. Ale lidé chtějí „pravý“ aspirin ne proto, že jim to říká jejich zkušenost, ale proto, že v nich žije podezření, že na nich chce lékař šetřiti, jestliže jim dává prostředek domácí. Aspirin stojí 10 Kč, acylpyrin 8.50 Kč; rozdíl není však jen v ceně, ale i v tom vědomí, že acylpyrin jest výrobek naší kolínské továrny, který vyrábějí čeští dělníci za vedení českých chemiků, kdežto aspirin přichází k nám z ciziny. Hospodářský předpis jest prostě tablety kyseliny acetylosalicylové, jak je vyrábí Medica a Remed v tubách po 3 Kč; účinek ve většině případů bude úplně stejný. Jestliže však chceme voliti onen „lepší“ lék, jakým se mnohým zdá aspirin, máme tu acylpyrin. Uvádím takový jeden příklad z lékařské praxe a mohl bych jich uvést sta.

Velká většina zahraničních léků jest nahraditelná, dokonce nahraditelná; co ovšem není dosažitelné u nás, jest ohromná reklama zahraničního trhu lékárenského, která pohltí více peněz, než kterými celá naše výroba vládne. Lékař, jemuž ještě nevyschl diplom, jest od první chvíle zaplavován dopisy, brožurami, uměleckými lepty, vzorky léků, na nový rok pak cennými reklamními předměty, jest navštěvován zástupci firem, vyzýváán ke zkouškám, o nichž může referovati v lékařských listech (ovšem nikoli jen za odměnu ideální) atd. Proto pak často nelze rozeznati hodnotu léku od hodnoty reklamy a dovede-li některé slovo vštípati se v paměť lékařovu, má v něm propagátora, jež nelze penězi dosti zaplatiti. V tom směru naše výroba jest pozadu. Dobře pracuje, má dobré preparáty, ale nedovede jich dobře prodati. Věnuje kapitál výrobě a nemá kapitál na reklamu.

Časopis Československého Lékárnictva, č. 4/1933, str. 158

Časy se změnily, pane lékárníku

Chodíte ještě dnes ve vysokém klobouku a ve slavnostním obleku na stavovské schůze, pane lékárníku? Dříve bylo samozřejmou věcí, že se nosil při veřejných příležitostech slavnostní úbor a cylindr. Časy se změnily a s nimi i obyčej. Nemáte ještě dnes výkladních skříní, pane lékárníku? Jste odpůrcem reklamy a považujete ji za stavu nevhodnou? Uvažujte o výše uvedeném příkladě, když snad v duchu neb nahlas prohlašujete, že reklama je nevhodnou stavu lékárnického. Dříve, ve starých dobrých časech, kdy

90 – 100 % léčiv tvořila receptura ve Vaší lékárně, nepotřeboval jste žádné propagandy. Lidé musili k Vám přijít, protože neměli jiné nákupní možnosti pro léčiva. Dnes však se situace úplně změnila. Víte sám velmi dobře, jak mizivé procento Vašeho příjmu připadá na recepturu. Víte, že dnes ruční prodej stal se základem pro Vaši existenci. Znamená to tedy, že činnost lékárníková se přesunula na jiné koleje, třebaže mnohý příslušník stavu by si přál návrat k dřívějším poměrům. Nedá se zatím ničeho dělati. Tento vývoj jest politováníhodný, avšak lékárník jest nucen se tomu přizpůsobit a s tím počítat. Chcete-li si tedy, pane lékárníku, nejen udržet své staré přátele jako odběratele, nýbrž i získat nové zákazníky, musíte – jako každý jiný obchodník – sáhnout k reklamě a zase jen reklamě! Prostředků a cest máme více než dosti. Zkuste to jen a budete mítí ihned radost z propagační práce, i kdyby Vám

s počátku byla poněkud obtížná. Slavnostní úbor a cylindr jste již dávno obětoval vývoji doby. Chcete zůstat zaostalým v otázce, která se týká Vás a Vašeho stavu? Obratťe se na svůj stavovský podnik, na Pharmaceutické reklamní družstvo, Praha II., Příkopy 6, které Vám rádo a ochotně poslouží. Stanete-li se jeho členem, bude se

Vám starati o pravidelný vhodný příděl reklamy pro Vaši lékárnou.

Časopis Československého Lékárnictva, č. 4/1933, str. 160

Z Českosl. Lékárnické Společnosti

Členská schůze Č. L. S. konala se dne 16. března 1933 o 8 hod. večer ve Štefánikově domě v Praze II. Debatu o otázce praxe v novém studiu zahájil prof. Plizák, který předdeslal, že chceme-li mluvit o praxi, musíme si uvědomiti, co praxe jest, co byla a co má býti.

Zmínil se o praxi v středověku, z které mnoho přešlo do praxe novověké. Za jeho doby byla praxe tříletá a času na učení bylo hojně, od 7 ráno do 9 večer i v neděli. Tehdy práce v „oficině“ nebyla nic proti práci v laboratoři. Jen málo preparátů se kupovalo, ostatní vše se dělalo v laboratoři: galenika, zpracování rostlin (sušení, řezání, tlučení a úprava k úschově), extrakty, které byly připravovány ze surovin již upravených a všechny zkoušeny a t. d. Jeho šéf, lékárník Pohl, pracoval vědecky s prof. Bělohoubkem a praxe byla také vedena v duchu vědeckém a představovala celé vyučení farmaceuta. Taková praxe ovšem má ohromný význam a porovnáme-li ji s dnešní, jest zde veliký rozdíl, práce laboratorní se rovná téměř nule.

Dnes se mnoho preparátů svěřuje průmyslu, i věci velmi běžné, ohromným vývojem specialit jest praxe zatlačována do studia, praxe před studiem se stává bezvýznamnou, ačkoliv má určité výhody. Farmaceut se stává manuálně zručným, ale jeho zručnost a vědomosti odborné jsou draze zaplacený. Vyslovuje názor, aby praxe byla zavedena po studiu, aby farmaceut již přišel s řádnými theoretickými vědomostmi. Dále připomíná, že dnešní farmaceut není cele vzdělán, nutno se přizpůsobiti ostatním akademickým stavům, abychom se jim mohli vyrovnati, což má velký význam zejména před úřady.

Časopis Československého Lékárnictva, č. 4/1933, str. 164