
5/2012

ročník LXXXIV

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Tak nám zabili IZIP. Z toho pašika, který nás všechny za jedenáct let zbytečně existence přišel skoro na dvě miliardy, se bohužel dobře poměli jen někteří, my se ale jistě ani tentokrát nedovíme, kteří to byli a jak moc si přišli na své. Ačkoliv ČSSD má v plánu požadovat zřízení vyšetřovací komise, kdo by v naší korupci zmítané zemi uvěřil, že za tento dokonale nefunkční systém a zároveň grandiózní tunel bude někdo potrestán. Ruka ruku myje a řečeno mafiánským slovníkem, kdoví kdo všechno „smočil zobák“. Ostatně podle předsedy správní rady VZP Marka Šnajdra je předčasné hledat v tuto chvíli odpovědnost. Člověk by brečel, když slyší, že při eventuální arbitráži s bývalým většinovým vlastníkem by za zrušení podivného internetového projektu zdravotních knížek mohla Česká republika, tedy my všichni, platit další vysoké částky. VZP si nad celou záležitostí nejspíš umyje ruce, nakonec se s tím bude muset posovat stát.



A jak to bude s elektronickými recepty? Na tento projekt bylo vydáno zatím 180 milionů korun, ale e-Recept zatím využilo jen osm tisíc lidí. Taky hodně drahý špás. Jistě si vzpomínáte, že CÚER bylo pokusně spuštěno začátkem roku 2009, v květnu se (bez souvislosti s e-Rp) začala sbírat data pacientů z lékáren, z rozhodnutí ÚOOÚ však měla být uložená data fyzicky zlikvidována. Z těžko uvěřitelného důvodu, že je nutné omezit výdej léků sloužících k výrobě pervitinu, tehdy připravilo MZd novelu zákona o léčivech (278/2007 Sb.), aby se znovu mohla shromažďovat data o pacientech. Novelu kritizoval i lékárníci s tím, že sběr dat se děje bez vědomí a souhlasu pacientů. Asociace českých a moravských nemocnic to zcela otevřeně hodnotila jako bezprecedentní prolomení ochrany nejcitlivějších osobních údajů o zdravotním stavu všech obyvatel, které může vést k jejich zneužívání v obrovském rozsahu. Prorocká slova!

Nedávno vešlo ve známost, že přes soukromou firmu nabízí SÚKL data o zdravotním stavu obyvatelstva, která měl sbírat výhradně pro potřeby státu. Mnozí ještě máme v paměti ujištění minulého ředitele SÚKL, že z evidence bude možno vyčíst jen to, který lékař přípravek předepsal a který lékárník jej vydal. Že zrovna za tyto informace by kdokoliv, natož farmaceutické firmy, byl ochoten platit? Peníze, peníze, peníze – nejen o ně tu běží. Do našeho soukromí se už nenakukuje klíčovou dírkou, bez našeho souhlasu jsme sledováni otevřenými dveřmi.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda),
PharmDr. Pavel Grodza, PharmDr. Petr Haltuf,
Mgr. Kateřina Horáčková, PharmDr. Kamil Hrubý,
doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., Mgr. Jiří Kotlář, Mgr. Aleš Krebs,
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
vločka 74194.

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. 6/2012 – 1. června 2012

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě
čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

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



obsah

Několik slov ke Dni lékáren 2012	4
Po 1. červenci OTC nehrazeny Zeptali jsme se	5
Ke změně podmínek pro vydávání osvědčení komorou po 1. 4. 2012	6
Z mozaiky událostí	7
Budeme klást' otázky politikom?	8
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	9
PGEU k vládám evropských zemí	10
Návody pro dispenzaci: Solifenacin	11
Starší lidé a léčba poranění	13
13. Beskydský slet lékárníků	14
Seminář Mladých lékárníků ke specializačnímu vzdělávání	15
Tak to vidím já: Proč ano „jednomu lékárenství“	16
Molekula měsíce: Amitifadin hydrochlorid (EB-1010)	17
Nově registrované látky: Ranolazin	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Prunella vulgaris L.	19
Bacopa, potenciální nootropikum	20
Světové dny WHO – červen	22
FaF VFU do letního semestru	23
PharmDr. Lubomír Jaroš nezahálí	24
Diskusní okénko	26
Šamanismus, noetika a spiritualita	27
Běh pro radost a kondici (VIII.)	28
Sepsáno před 120 lety	29

titulní strana



Obrázek na obálce:
Václav ŠÍPOŠ

Několik slov ke Dni lékáren 2012

Letošní příspěvek věnovaný Dni lékáren mohou začít velmi podobně jako v předchozích letech. Od loňských oslav 20 let od založení naší komory uplynul rok a komorou i celým lékárenstvím se dále valila lavina událostí. Z nich jsou zřejmě veřejně nejviditelnější změny v zákonných podmínkách a postojích k vybírání regulačních poplatků v souvislosti s výdejem na recepty.

Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.



Na tomto příkladu lze velmi dobře ilustrovat nejen překotný a do značné míry obchodně-populisticky prolobovaný vývoj legislativy, ale také prudké názorové veletoce některých účastníků celé této taškařice. O jejich skutečných motivech a dlouhodobých důsledcích pro stav ale můžeme pouze spekulovat. I přes tuto obchodní propagandu nesmíme zapomínat na to, že máme pacientům poskytovat kvalitní odborné služby založené na našich znalostech. Den lékáren je právě ta tradiční příležitost, jak se pacientům připomenout také jinak, než jen cenovou válkou a výhodnými slevami. Ty může poskytovat kdokoli, vědomosti v oblasti léčiv pouze my. To musíme veřejnosti neustále připomínat – v médiích i v lékárnách.

Heslem letošního Dne lékáren plánovaného na čtvrtek 21. června jsme zvolili **Pozor na léky za volantem**. Je to téma velmi důležité a přitom svým způsobem mediálně poněkud opomíjené. Lékárníkům i farmaceutickým asistentkám umožňuje předávání mnoha informací pacientům. Nejen o vlastních lé-

cích a jejich mnohdy zásadním vlivu na řízení motorových vozidel, ale také o odpovědnosti za jejich užití a rovněž dalších tématech souvisejících s cestováním. Proč i nadále neopakovat, že právě v lékárně pomohou pacientům nejlépe například při výběru vhodného repelentu, opalovacího přípravku s UV filtrem, kinetózách či při vybavování lékárníčky.

Stejně jako v předchozích letech bude i letos Dni lékáren věnována mediální podpora Rádia Impuls. Pro propagaci Dne lékáren a informování pacientů budeme mít opět k dispozici rozšířené vysílání, Zuřivý reportér Aleš Růžička by mohl přinést posluchačům živě události z lékárny a třeba se vyvarovat užití některých léků před svými každodenními cestami. Pro fanoušky internetu budou k dispozici i informace na webových

stránkách komory a na nezávislém lékárenském portálu APATYKÁŘ®.

Pro lékárníky, ale třeba i asistentky je již na komorových webových stránkách zveřejněn doporučený postup Látky ovlivňující řízení a pozornost. Další aktuální informace budou postupně doplňovány. Od začátku května funguje také registrace lékáren sloužící nejen pro orientaci pacientů o zapojených lékárnách, ale také pro zajištění rozvozu materiálů do lékáren. Připraveny jsou samolepky se symbolem akce pro označování jednotlivých balení při výdeji a letáky pro pacienty. Rozvoz je zajištěn prostřednictvím distribučních firem, kterým je stejně jako tvůrcům všech materiálů potřeba i touto cestou poděkovat.

Hlavní cíl zůstává stejný jako v předchozích letech. Přivést pacienty do lékáren a představit lékárníky i asistentky jako zdravotníky schopné a ochotné pacientům správně poradit a předat dostatečné množství informací důležitých pro správné a odpovědné rozhodnutí.

Přeji vám tedy co nejvíce spokojených a odpovědných pacientů, především však takových, kteří se budou díky vaší kvalitní péči vracet do vaší lékárny.

Pevně věřím, že nejen v Den lékáren bude platit: **Lékárník – Váš rádce ve zdraví i nemoci**.



AKTUÁLNĚ: Nová klasifikace fytoterapeutik

Začíná platit nová klasifikace fytoterapeutik s rozdělením na LP (léčivé přípravky) a TRLP (tradiční rostlinné léčivé přípravky). Na základě platné legislativy (dle směrnice EU 2001/83/EC a zákona 378/2007 Sb.) dělíme fytoterapeutika na LP (léčivé přípravky s existujícími klinickými studiemi) a nově na TRLP (tradiční rostlinné léčivé přípravky, jejichž použití je založeno výhradně na zkušenostech z dlouhodobého použití).

Některá fytoterapeutika, u nichž nebyla dostatečná dokumentace ani na skupinu TRLP, mohla mít ukončenou registraci nebo byla přeregistrována na doplňky stravy (kde není nutno prokazovat účinnost, ale pouze zdravotní nezávadnost).

V současnosti se mezi TRLP řadí mnoho fytoterapeutik, jejichž status/použití ve smyslu léčby (např. u respiračních onemocnění) se výrazně změnil.

Zásadními změnami limitujícími/ovlivňujícími použití fytoterapeutik zařazených jako TRLP v léčbě jsou:

- **Věkové omezení** při léčbě.
- **Způsob použití** (např. použití v určitém věkovém rozmezí pouze pod lékařským dohledem nebo na doporučení lékaře).
- Upozornění na **lékové interakce/kontraindikace**.
- **Povinnost označovat** všechny reklamní materiály/obaly/letáky informací „použití TRLP je založeno výhradně na zkušenostech z dlouhodobého použití“.

Změny v SPC/PIL musí být implementovány nejpozději do 180 dní od schválení/zařazení uvedené změny SÚKL (je-li informace uveřejněna v 03/2012, platí termín implementace 09/2012), odborný personál je povinen o těchto změnách pacienty informovat od okamžiku zveřejnění.

Mezi TRLP (kterých se týkají výše uvedené změny) jsou zařazeny např.: Biotussil, Hedelix, Mucoplant, Stodal, Thymomel (došlo k výrazným změnám při jejich použití v omezení věkových skupin při léčbě, u některých je možnost volného použití v léčbě až od 4 let). Do skupiny TRLP jsou řazeny i bylinné čaje.

Ve skupině LP i nadále zůstává např.: Prospan (bez omezení věkové skupiny), Sinupret.

Detailní informace najdete na www.sukl.cz (aktuální přehled SPC/PIL v databázi léků, pod ATC skupinou V11).

Další informace zveřejníme v některém z příštích čísel.

Zdroj: www.sukl.cz

Dr. Z. LOFFAYOVA

Po 1. červenci OTC nehrazeny

Podle MUDr. Pavla Březovského, ředitele SÚKL, a Mgr. Filipa Vrubela, ředitele odboru farmacie MZd ČR, nebude po 1. 7. 2012 hrazen žádný z volně prodejných léčivých přípravků, důvodem jsou rozdílná stanoviska zdravotních pojišťoven. Případné zařazení některých z volně prodejných léčiv zpět do úhrad tak bude teoreticky možné až v rámci nových správních řízení SÚKL, nejdříve ve druhé polovině roku 2012.

Na základě přechodných ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zanikají dnem 30. června 2012 výše a podmínky úhrady těch léčivých přípravků, které mohou být vydávány i bez lékařského předpisu.

Úhrady zanikají u těch léčivých přípravků, u kterých SÚKL do 1. června 2012 neobdrží žádost od všech zdravotních pojišťoven o ponechání úhrady při poskytování ambulantních zdravotních služeb ve veřejném zájmu.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR doporučuje zachovat k 1. 7. 2012 úhrady

Pokračování na straně 12

ZEPTALI JSME SE

Co vám přinesl třináctý ročník Beskydského sletu lékárníků?



PharmDr. MIRJANA KOVÁČOVÁ
Lékárna PANAX, Valašské Meziříčí

Přemýšlím, co by se dalo na tomto Beskydském sletu lékárníků zkritizovat, neboť zastávám názor, že kritika je hybnou silou vývoje k lepšímu, ale v tomto případě mě napadají jen samá pozitiva. Hlavní blok odborných přednášek na téma dermatologie byl velmi trefně zvolen, protože kožní problémy často vedou pacienta při samoléčení do lékárny a je na lékárníkovi, aby rozhodl, zda je v silách pa-

cienta po poradě s lékárníkem onemocnění vyléčit, nebo je nutná odborná pomoc dermatologa. A právě akné, ekzémy a psoriáza jsou nejčastějšími kožními problémy, se kterými se lékárníci ve své profesi setkávají. Další blok přednášek, týkajících se nové legislativy a očekávaných změn v oboru lékárenství, byl také přínosem, neboť jsme měli možnost získat informace jak se říká „z první ruky“ a zapojit se do diskuse. Navíc se každoročně odehrává slet ve velmi krásném prostředí Beskyd a setkání s dalšími kolegy a přáteli v tomto příjemném prostředí je báječnou tečkou za touto akcí.

Mgr. PAVEL JIRSA

Lékárna Nemocnice, Frýdek-Místek

Beskydský slet byl pro mne letos spíše společenskou událostí, kdy jsem se mohl pozdravit se známými, se kterými se často nevidím. V přednáškách z dermatologie mi trochu chybělo zaměření na praktické zkušenosti, ale jinak Pavel Grodza opět neklamal a zajistil kvalitní odborný program. Minimálně za naše OSL bych mu za to chtěl moc poděkovat. Tradičního nedělního výstupu na Lysou horu jsem se už nezúčastnil, protože cesta až na vrchol prozatím není pro cyklisty kvůli sněhu sjízdná...



PharmDr. ANNA VACHKOVÁ
Lékárna Městské nemocnice,
Ostrava-Fifejdy

Letošní Beskydský slet mi přinesl, jako ostatně každý rok, setkání se známými a příjemně strávené odpoledne a večer. Pokud jde o odborný program, tak překvapivý pohled na kožní lékařství. Oproti mým dřívějším názorům nejde jen o zkoušení nejrůznějších mastiček na kůži nebohých pacientů, ale o vysokou farmakologii. Pavel Grodza udělal moc

dobře, že letos vsadil na něco jiného než na obecně často propíraná kardiovaskulární nebo onkologická témata.



Snímky: Jiří Kotlář

Ke změně podmínek pro vydávání osvědčení komorou po 1. 4. 2012

S účinností zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (ZZS), se změnilo postavení odborných zástupců. Tím došlo také ke změně podmínek pro vydávání osvědčení pro výkon soukromé praxe nebo pro výkon funkce odborného zástupce. Listopadovému sjezdu delegátů bude předložena novela licenčního řádu. Bude-li schválena, měla by být i nadále vydávána osvědčení těm, kteří vykonávají praxi pod svým vlastním jménem, i těm, kteří pro poskytovatele zdravotních služeb (dříve provozovatelé zdravotnických zařízení) vykonávají funkci odborného zástupce. Nově by pak měla být osvědčení vydávána také vedoucím lékárníkům.



Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík, právní poradce ČLnK

Osoba odborného zástupce i vedoucího lékárníka může být i nadále jedna a táž. Není totiž vyloučeno, aby odborný zástupce v rámci poskytovatele pracoval i v lékárně jako její vedoucí lékárník. Bude-li tomu tak, obdrží takový člen komory osvědčení pro výkon obou funkcí.

V přechodném období mezi 1. 4. 2012 a přijetím novely licenčního řádu je možné osvědčení vydávat pouze v rozsahu, v jakém to licenční řád umožňuje.

Jsou známa první rozhodnutí

Po měsíci zkušeností s uplatňováním zákona o zdravotních službách jsou známa první rozhodnutí krajských úřadů. Ta lze rozdělit do tří skupin:

1. Rozhodnutí o změně registrace vydaná v řízeních, která byla zahájena před 1. 4. V těchto případech krajské úřady rozhodují podle přechodného ustanovení § 121 odst. 6 ZZS. V těchto případech se stále ctí zásada 1 odborného zástupce na 1 lékárně. Proto ve všech těchto případech bude i ČLnK vydávat osvědčení v podobě, v jaké bylo vydáváno dosud.
2. Rozhodnutí o změně registrace vydaná v řízeních, která byla zahájena po 31. 3. Zákon ve svých přechodných ustanoveních ne zcela jednoznačně umožňuje i po 1. 4. požádat o změnu registrace, tzn. např. o změnu v osobě odborného zástupce v jedné z lékáren jednoho provozovatele.

Mělo by jít o jakousi možnost domáhat se změny podle dřívějších pravidel ještě před tím, než si provozovatel vyřídí tzv. přeregistraci, tedy než mu bude uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb. I u těchto změn registrací by ČLnK vydala osvědčení v dosavadní podobě.

3. Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle ZZS. V těchto případech ČLnK vydá osvědčení pro výkon soukromé praxe nebo pro výkon funkce odborného zástupce podle zákona o zdravotních službách. Až do změny licenčního řádu nevydá osvědčení vedoucím lékárníkům. Těm, kteří se stanou vedoucími lékárníky u poskytovatelů s nově udělenými oprávněními k poskytování zdravotních služeb, budou osvědčení vydána dodatečně po přijetí novely licenčního řádu.

Jak má do přijetí novely licenčního řádu postupovat lékárník, který se stal odborným zástupcem?

V každém případě za využití stávajících formulářů podat žádost o vydání osvědčení na komoru. Zkušenost ukazuje, že je opravdu obtížné zorientovat se ve spleti rozhodnutí krajských úřadů. Proto není nutné, aby žadatel komoře v žádosti vysvětloval, k jaké změně v jeho lékárně dochází. Postačí, když

k žádosti přiloží rozhodnutí krajského úřadu (ať již o registraci nebo o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb). V rámci licenčního řízení komora z tohoto rozhodnutí pozná, o jaký typ změny se jedná, a podle toho vydá správné osvědčení. Rozhodnutí krajského úřadu se díky nynější situaci stává nezbytným dokladem pro vydání osvědčení.

Jak má do přijetí novely licenčního řádu postupovat lékárník, který se stal vedoucím lékárníkem?

Pokud se lékárník stal vedoucím lékárníkem u poskytovatele, který má dosud starou registraci na krajském úřadě nebo ji jen mění, pak by se měl současně stát i odborným zástupcem, a týká se ho postup uvedený o odstavec výše.

Pokud se lékárník stal vedoucím lékárníkem u poskytovatele, který se na základě rozhodnutí krajského úřadu již stal držitelem k poskytování zdravotních služeb (buď se přeregistroval, nebo si podal řádnou žádost, nebo jde o nového poskytovatele), pak v současné době nemá povinnost žádat o osvědčení. Samozřejmě, pokud tuto povinnost nemá jako odborný zástupce, jímž může současně být. V novele licenčního řádu ale bude stanoveno přechodné období, v němž takto ustanovení vedoucí lékárníci budou muset žádost o vydání osvědčení podat.

Ti, co nechtějí čekat na přijetí novely a naopak chtějí využít toho, že při nástupu do funkce mají největší přehled o administrativních náležitostech, si mohou žádost o vydání osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka podat již nyní. Licenční oddělení žádost zpracuje, požádá o její případné doplnění a připraví podklady pro pozdější vydání osvědčení. Po změně licenčního řádu pak bude těmto žadatelům již jen doručeno nové osvědčení. I pro podání této žádosti využijte dosavadní formulář z webu komory. Pouze na něj výrazně vyznačte, že se jedná o žádost o osvědčení pro vedoucího lékárníka. I v tomto případě přiložte rozhodnutí z krajského úřadu.

Jak budou postupovat lékárníci po přijetí novely licenčního řádu?

Změna licenčního řádu by se měla nést v duchu zásady co nejmenšího zatěžování členů komory. To znamená, že všechna dříve vydaná osvědčení pro odborné zástupce v jednotlivých lékárnách budou automaticky považována za osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka v dané lékárně, a to k okamžiku udělení oprávnění k posky-

tování zdravotních služeb, k němuž dojde buď na základě běžné žádosti, nebo při přeregistraci. Pouze ti, kteří se stanou navíc odbornými zástupci podle ZZS, získají ještě osvědčení k výkonu funkce odborného zástupce.



Kvůli zákonným změnám je nynější licenční řízení složitější, než jsme byli zvyklí. S přibývajícimi měsíci, změnou licenčního řádu a dokončením přeregis-

trací krajskými úřady se nynější problémy vyřeší. Do té doby je komora připravena vyjít svým členům všemožně vstříc. V zásadě postačí podat žádost jako dosud, přiložit kromě běžných příloh rozhodnutí krajského úřadu. V tomto již beztak dlouhém příspěvku není možné popsat všechny komplikace, které mohou nastat. Ty budou řešeny tak, jak budou přicházet, ve spolupráci komory s žadateli.

4. 4. 2012

14. schůze Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny se

konala v Lipnici nad Sázavou v rámci výjezdního zasedání do Kraje Vysočina. Zasedání členů výboru se zúčastnil ministr zdravotnictví a pozváni byli také prezident ČLK, prezident ČLnK a generální ředitel VZP. Stěžejním bodem jednání bylo téma zdravotně pojistných plánů na rok 2012. V rámci svého příspěvku jsem se vyjádřil zejména k tématu e-Preskripce, zmínil přínos lékáren v rámci podpory zdravého životního stylu, dále konzultační činnost lékařů a nabídl spolupráci při vyhodnocování trendů vývoje a změn spotřeby léčiv. Po obsáhlé diskusi poslanci zdravotního výboru ministru zdravotnictví vzhledem k předloženým zdravotně pojistným plánům zdravotních pojišťoven doporučili:

- zpracovat systémová opatření eliminující hrozící deficit finančních prostředků ve zdravotním pojištění;
- navrhnout mimořádnou spotřební daň z tabáku a alkoholu, která bude příjmem pro zdravotnictví;
- urychleně řešit kategorizaci, ceny a úhrady zdravotnických prostředků;
- připravit dlouhodobější model předvídatelné výše příspěvku za státní pojištění;
- vypracovat podmínky komerčního připojištění k úrazům.

Dále poslanci zdravotního výboru podpořili změnu přerozdělení výdajů ZP podle diagnózy a doporučili vytvoření návrhu sítě zdravotnických zařízení se základní a specializovanou zdravotní péčí.

10. 4. 2012

Pracovní jednání ministra zdravotnictví a členů Rady poskytovatelů zdravotní péče. Program jednání připravený MZd:

- aplikace nových zákonů o zdravotních službách a specifických zdravotních službách;
- problematika navyšování mezd ve zdravotnictví (nemocnice);
- e-Preskripce;
- restrukturalizace lůžkové péče;
- registr zdravotnických prostředků.

Ministr slíbil do zhruba tří měsíců přípravu novely zákona o ZS zejména ohledně souhlasu obou rodičů při zdravotní péči o nezletilé. Dále diskutovány registry zdravotnických pracovníků, za ČLnK byla deklarována připravenost vytvořit požadovaný registr (na podkla-



dě současného) a udržovat v aktuální podobě. Ministr zmínil zahájení diskuze ke změnám v kompetencích a odpovědnosti vybraných „nelékařských profesí“ (zdravotní sestry a porodní asistentky), za ČLnK byl požádán také o zahájení diskuze k rozvoji lékárenských činností a kompetencí. Informace o vývoji mezd lékařů v nemocnicích byla doplněna žádostí členů Rady, abychom se příště věnovali mj. tématu vývoje mezd v ambulantní sféře a veřejném lékárenství. E-Preskripce byla diskutována obdobně jako v rámci pracovní skupiny na MZd, zčásti rozdílný byl přístup představitele ČLK a praktických lékařů. Pro příští jednání Rady jsem požádal o zařazení tématu podpory sítě OOVL.

16. a 18. 4. 2012

Jednání s generálním ředi-

telem VZP MUDr. Pavlem Horákem (16. 4.) a s prezidentem Svazu zdravotních pojišťoven ing. Jaromírem Gajdáčkem. Představitelé zdravotních pojišťoven byli informováni o přípravě kampaně proti „batůžkaření“ (text připravovaných webových stránek a plakátu za ČLnK průběžně upravuje Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.), dále diskutováno téma e-Preskripce, možnost finanční podpory činnosti OOVL a neopodstatněné krácení úhrad VZP lékárnám (na základě podkladů připravených Mgr. Martinem Mátlem).

18. 4. 2012

Jednání s náměstkem ministra zdravotnictví ing. Petrem Noskem.

Podány informace ke kampani proti „batůžkaření“, diskutována aktuální legislativa a příprava novel.

23. 4. 2012

Jednání s ředitelem IPVZ

MUDr. Vladimírem Pavelkou. Jednání bylo ČLnK iniciováno vzhledem k přetrvávajícím nedostatkům a nejasným pokynům IPVZ v rámci spolupráce na projektu vzdělávání lékárníků financovaného z operačního programu EU – lidské zdroje a zaměstnanost (na základě podkladů připravených Mgr. Michalem Hojným).

26. 4. 2012

Seminář Efektivní alokace zdrojů ve zdravotnictví.

Seminář uspořádaný velvyslankyní Švédského velvyslanectví zahájil ministr zdravotnictví. V odpolední části byla prezentována švédská zkušenost se zavedením a rozvojem e-Preskripce (účast spolu PharmDr. Stanislavem Havlíčkem).

PharmDr. Lubomír CHUDOBA

Budeme klást' otázky politikom?

V dňoch 21. a 22. apríla sa konal už 10. Saský lekárnický deň a zároveň Farmaceutický kongres v meste Bautzen (Budyšín), ktoré je centrom oblasti Lužických Srbov. Pozvanie na jednanie dostala Česká lekárnická komora a Grémium majiteľov lekární. Za ČLnK sa jednania zúčastnil PharmDr. Jan Horáček a za GML PharmDr. Stanislav Rován.



Je tradíciou, že toto významné podujatie spoluporiada Saská lekárnická komora, Saské lekárnické združenie (obdobu nášho grémia, zastupuje viac ako 900 lekární) a Saská skupina Nemeckej farmaceutickej spoločnosti.

Po slávnostnom zahájení hudobným vystúpením Srbského národného zboru zazneli pozdravné prejavy zástupcu Saského ministerstva pre sociálne veci a ochranu spotrebiteľa a zástupcu mesta Bautzen. Hlavný prejav, ktorý sa zaoberal súčasným stavom lekárenstva v Sasku a jeho výhľadom v súvislosti s blížiacimi sa voľbami do Spolkového snemu, predniesla predsedkyňa Saského lekárnického združenia Monika Koch. V prejave zároveň nastolila otázku: „Čo ešte môžeme očakávať od čiernej vlády?“ Táto téma sa stala podkladom pre následnú pódiovú diskusiu, ktorú moderoval prezident Saskej lekárnickej komory Friedemann Schmidt. Diskusia sa zúčastnili pozvané poslankyne spolkového a zemského parlamentu z rôznych politických strán, ktoré sú zároveň členky ich zdravot-

(tak ako naši kolegovia v Sasku)

ných výborov, predsedkyňa Monika Koch a zapojili sa aj kolegovia z audítoria. Prezident Schmidt kládol otázky o problémoch, ktoré najviac trápia kolegov v Sasku a dával slovo poslankyniam, aby sa k nim vyjadrili. Pani Koch komentovala odpovede poslankýň a obvykle pridala argumenty k svojmu často kritickému postoj. Diskusia bola aj príležitosťou ako poučiť poslankyne o problematike, o ktorej nemajú dostatok nezakreslených informácií. V tomto smere to bola situácia podobná ako u nás. Diskusia sa venovala otázkam honorovania lekární, úspor v zdravotnom systéme, poisťovní, zásielkového predaja liečiv a jeho tzv. pick-up formy. Podrobnejšie informácie o jednotlivých témach budú uvedené ku konci článku. Po ukončení diskusie pokračoval program jednania rozhovormi so študentami farmácie k aktuálnym témam a bol ukončený spoločenským večerom s kultúrnou náplňou.

Paralelne prebiehajúci Farmaceutický kongres mal vo svojom programe prednášky popredných odborníkov z univerzitných kliník k téme bolesti a semináre pre farmaceutických asistentov.

A teraz podrobnejšie k jednotlivým diskusným témam. Je známe, že v Nemecku pri výdaji liečiv na predpis platí vo verejných lekárnach pevná cena. To znamená, že jedno určité balenie liečiva má v každej lekární rovnakú predajnú cenu. Cena sa vypočítava z predajnej ceny výrobcu. K nej si veľkoobchod a lekár uplatní štátom pevne stanovenú prirážku, vrátane 19% DPH. Lekáreň

je honorovaná 3 % z nákupnej ceny liečiva a navyše dostane za výkon služby alebo servisu poplatok 8,10 € za každé balenie. Bohužiaľ je lekár povinný pre veľkých klientov, čo sú samozrejme zdravotné poisťovne, poskytnúť na každé balenie zľavu 2,05 €. Ani tento, zo svojho hľadiska výkonový systém, o ktorom sa uvažovalo aj u nás, však nebráni vzniku ekonomických problémov lekární. Spokojnosť lekárníkov s ekonomickým ohodnotením ich práce stále závisí od nastavenia regulačných podmienok, ktoré sú samozrejme v rukách politikov. Monika Koch sa vyslovila pre zmeny v úhradách pre lekáreň. Súčasne pevná platba 8,10 € nie je hlavne kvôli nebezpečeniu inflácie udržateľná. Na jednaní sa preto vyslovila pre „dynamizáciu“ platby. „Potrebujeme automatizovanú metódu s cieľom kompenzovať infláciu a zvyšovanie nákladov. Bola by možná orientácia honorára na zvyšovanie základného objemu miezd rovnako, ako by to bolo u lekárov. S nárastom miezd sa koniec koncov zvyšovali tiež





príjmy poisťovní,“ povedala Koch, ktorá súčasný systém považuje už za neúnosný.

Veľkodistribúcia tiež prešla na nový model financovania. Od roku 2012 sa zmenila forma prirážky veľkoobchodu z jednoznačne percentuálne závislej od ceny na prirážku od ceny čiastočne nezávislej. Veľkodistribútor dostáva za každé balenie 0,70 € plus 3,15 % z predajnej ceny.

V Nemecku je legálny výdaj liečiv pomocou zásielkových, tzv. pick-up miest. Je to forma zásielkového obchodu s liečivami. Klient si objedná liečivo u príslušného dodávateľa a vyzdvihne si ho po predložení zásielkovej potvrdenky a s preukazom totožnosti na tzv. pick-up mieste. V Nemecku bola táto forma zásielkového obchodu s liečivami zavedená reťazcovými drogériami zriadením pick-up miest v ich filiálkach. Najprv bola táto forma výdaja zákonným nariadením dm-drogistickému reťazcu zakázaná, potom však rozhodol Spolkový správny súd v Lipsku vo svojom rozsudku zo dňa 13. marca 2008 (3 C 27/07), že zásielkové lekárne môžu využívať pre zber objednávok a dodávky objednaných liečiv služieb drogistických obchodov. Kolegovia sa snažili poslankyne presvedčiť, aby sa zaslali za zrušenie tohto postupu. ABDA, vrcholné lekárnické združenie, žiada úplný zákaz zásielkového výdaja liečiv cez pick-up miesta, bohužiaľ Spolkové ministerstvo zdravotníctva zatiaľ takýto návrh odmieta.

PharmDr. Stanislav ROVAN
člen predstavenstva GML

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

udělená v dubnu 2012 a zaniklá z dubna 2012

Zaniklá osvědčení

- 46/2003 Mgr. Hana Laubrová, Palackého nám. 8, Hořovice
- 296/2005 PharmDr. Marie Dostálová, Slezské náměstí 13, Bílovec
- 287/2006 PharmDr. Dana Nidetzká, Sokolovská 57, Praha 8
- 314/2006 PharmDr. Jan Bureš, Lodžská 598, Praha 8
- 371/2006 Mgr. Dana Kaltenbrunnerová, Švehlova 32, Praha 10
- 7/2008 PharmDr. Luboš Semerák, Suchdolské náměstí 445, Praha 6
- 227/2008 Mgr. Andrea Medvedřová, Burešova 1660/1, Praha 8
- 245/2008 PharmDr. Ivana Vičková, Lékárna metro Střížkov, Praha 9
- 352/2008 RNDr. Přemysl Stejskal, Radniční 3400, Most
- 27/2009 PharmDr. Michala Belasová, Křenova 438/3, Praha 6
- 170/2009 PharmDr. Martina Vajčnerová, Masarykova 5/3, Klobouky u Brna
- 261/2010 Mgr. Šárka Navrátilová, Dvořákův okruh 7, Krnov (ZR)
- 303/2010 Mgr. Klára Štěpánová, Plzeňská 8, Praha 5
- 59/2011 Mgr. Drahomíra Fáberová, Vinohradská 149, Praha 3
- 2/2012 Mgr. Ivo Ješina, nám. SNP 32, Brno

Udělená osvědčení

- 120/2012* Mgr. Veronika Šimíčková, Dr. Max LÉKÁRNA, Dukelská 672, Šenov u N. Jičína, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 121/2012 Mgr. Bohdana Majerová, Lékárna Cymex, Masarykova 5/3, Klobouky u Brna, provozovatel: Cymex, s.r.o.
- 122/2012 Mgr. Katrin Farah, Lékárna Plus, náměstí SNP 32, Brno, provozovatel: NYMEDICOMP s.r.o.
- 123/2012 Mgr. Hana Laubrová, Lékárna U Černého orla, Palackého nám. 254, Hořovice, provozovatel: Lékárny JK, spol. s r.o.
- 124/2012 Mgr. Dana Kaltenbrunnerová, Lékárna BENU Lékárna, Plzeňská 8, Praha 5, provozovatel: BENU Česká republika a.s.
- 125/2012 Mgr. Lucia Kvaková, Lékárna BENU Lékárna, Švehlova 32, Praha 10, provozovatel: BENU Česká republika a.s.
- 126/2012 Mgr. Klára Štěpánová, Lékárna BENU Lékárna, Vinohradská 149, Praha 3, provozovatel: SKY MONG s.r.o.
- 127/2012 PharmDr. Luboš Semerák, Lékárna Arnica, Chelčického 124/11, Praha 3, provozovatel: ARNICA MEDICAL, s.r.o.
- 128/2012* Mgr. Roman Šimůnek, Dr. Max LÉKÁRNA, U Porcelánky 1017, Chodov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 129/2012 PharmDr. Filip Reich, Lékárna Lodžská, Lodžská 598, Praha 8, provozovatel: SimonPharma, a.s.
- 130/2012 Mgr. Andrea Medvedřová, Dr. Max LÉKÁRNA, Burešova 1660/1, Praha 8, provozovatel: PWA Corporation a.s.
- 131/2012 PharmDr. Ivana Vičková, Dr. Max LÉKÁRNA, Lovosická ul. – metro, Praha 9 – Střížkov, provozovatel: PWA Corporation a.s.
- 132/2012 Mgr. Pavel Kulička, Lékárna Bosonohy, Pražská 78, Brno, provozovatel: Mgr. František Šimka

* = nová lékárna

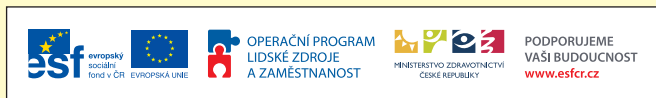
(člnek)

IDS – ŠKOLICÍ AKCE

Přihlašování pouze na www.ipvz.cz, nejprve se zaregistrujete a pak přihlásíte. Pro lepší vyhledávání konkrétní akce použijte <http://www.ipvz.cz/akce/projekt-lekari.aspx>

Pro případnou pomoc při přihlašování kontaktujte studijní oddělení IPVZ, tel.: 261 092 458.

Pro mimopražské účastníky bez poplatku – semináře jsou spolufinancovány Evropskou unií z Evropského sociálního fondu.



ČERVEN

St 6. 6. Hradec Králové (pozor, změna termínu!)

Seminární místnost Nemocniční lékárny FN HK, začátek v 18 hod.

Kombinace antidepresiv a antipsychotik, kazuistiky.

Lektoři: Mgr. Martina Maříková,
PharmDr. Pavlína Pastyříková,
MUDr. David Neumann, Ph.D.

Odborný garant: Mgr. Martina Maříková
Počet bodů: 12

So 9. 6. Liberec

Lékárna U Orla, Soukenné nám. 4, začátek v 8.30 hod.
Farmakoterapie v gastroenterologii.

Lektoři: PharmDr. Aleš Mareček,
MUDr. Lenka Nedbalová,
Odborný garant: PharmDr. Aleš Mareček
Počet bodů: 12

Po 11. 6. Třebíč

Salonek hotelu Zlatý kříž, Karlovo nám. 19/13, začátek v 18 hod.

Alergie – farmaceutická péče se zaměřením na VPL.

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.
Počet bodů: 12

So 16. 6. Olomouc

LF UP, Ústav farmakologie – seminární místnost, Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hod.

Farmaceutická péče u pacientů s psychiatrickým onemocněním.

Lektoři: Mgr. Martin Doseděl, Mgr. Jaroslav Peč, Ph.D.,
MUDr. Radim Kubínek

Odborný garant: Mgr. Martin Doseděl
Počet bodů: 16

PGEU k vládám evropských zemí

Svaz lékárníků Evropské unie (PGEU) schválil prohlášení, v němž vyzývá evropské vlády, aby uznaly významný přínos veřejných lékáren k nákladové efektivitě zdravotnických systémů a aby zajistily udržitelnost stávající sítě lékáren. V uvedeném prohlášení se zdůrazňuje, že veřejné lékárny jsou nejrozšířenější zdravotnická zařízení v Evropě.

Podle nedávného průzkumu PGEU má 98 % evropských pacientů lékárnou dosažitelnou do 30 minut. Lékárny jsou pro pacienty velmi často prvním kontaktním místem v systému zdravotní péče, ať už jde o poskytování služeb v oblasti samoléčení nebo v případě nutnosti doporučení k lékaři nebo jiné odpovídající zdravotní službě.

Čtyřicet hodin denně, sedm dní v týdnu lékárníci řeší základní zdravotní potřeby populace, čímž se snižuje zatížení lékařů, počet výkonů a náklady zdravotních pojišťoven. Lékárníci poskytují zdravotní péči bez objednání, v rovných podmínkách pro všechny, bez ohledu na jejich zdravotní nebo sociální stav.

V mnoha evropských zemích lékárníci rozšiřují rozsah služeb pro pacienty, kromě základní funkce pomáhají racionalizovat užívání léčiv. Všechny tyto faktory významně přispívají k nákladové efektivitě systémů zdravotní péče. A jak naznačují průzkumy, snižují lékárnícké intervence zátěž jiné primární péče o 29 % a zátěž celého systému zdravotnictví o 25 %.

Prezidentka PGEU Isabelle Adenot: „Lékárny a lékárenská péče nejsou zdrojem, jsou součástí řešení problémů efektivitě zdravotní péče. Ale to může pokračovat pouze v případě, že síť lékáren zůstane v současné podobě a bude sama o sobě udržitelná.“

V průběhu zasedání pracovních skupin PGEU, zejména v pracovní skupině pro ekonomiku, patřila mezi nejčastěji diskutovaná témata právě opatření mnoha evropských vlád, které krátkodobě efektivními zásahy v oblasti veřejného lékárenství rozkolísávají stabilitu a udržitelnost poskytování lékárenské péče.

A není to jenom progresivní liberalizace lékárenství v Itálii, o které jsem psal

v některém z minulých čísel ČČL a také na webu komory.

Nizozemí

Je to také volné stanovování cen a úhrad léků v Nizozemí, ve kterém uplatňuje každá z pojišťoven jiná pravidla. O těch se ale pacienti dozvědí více podrobnosti až v lékárně a jejich rozčarování dopadá plnou vahou právě na lékárníky.

Pojišťovny jsou při vyjednávání s poskytovateli lékárenské péče orientované víc na redukci nákladů než na zkvalitnění péče a žádné vyjednávání vlastně neprobíhá. Dominantní role čtyř pojišťoven fakticky znamená diktát, v jehož důsledku poklesly příjmy lékáren o 5 %.

Polsko

Stejně jako u nás zakázali i v Polsku veškerý marketing na léčiva s úhradou ze zdravotního pojištění. Zatímco u nás zákonodárce zákaz obratem zrušil, v Polsku jeho dodržování nikdo nekontroloval. Tedy ve skutečnosti ano, ale lékáren je mnoho a kontrolorů málo a kon-

trola lékového marketingu je jen další z mnoha jiných povinností. Pevně nastavené doplatky jsou tedy pouze iluzorním výsledkem nově přijatých pravidel.



Prezidentka PGEU Isabelle Adenot

„Třešničkou na dortu“ polského lékárenství je regresivní marže zavedená od 1. ledna 2012. Vypadá to, že drahé léky s malou úhradou se kolegům v Polsku ani nevyplatí objednat. Opticky je procentní sazba obchodní přírážky příznivá, dokud nezjistíte, že je možné ji uplatnit pouze pro část ceny, která odpovídá úhradě, jež se navíc mění v referenčním systému stejně často jako u nás. Od roku 2014 se také plánuje regresivní přírážka distributora.

Portugalsko

Prohlášení PGEU o zachování udržitelnosti sítě veřejných lékáren je výsledkem dlouhých diskusí a analýz. Vypovídá o nich i portugalský návrh principů odměňování lékárenské péče. Navrhovaná studie ale pravděpodobně nepřinese jiná zjištění, než jaká jsme publikovali na těchto stránkách už v říjnu 2008.

Pro odměňování lékárenské péče jsou v zásadě možné pouze tři způsoby nebo jejich kombinace – poplatek za dispenciaci, marže (nebo obchodní přírážka) a poplatek za doplňkové služby.

V prostředí, kde je alfou i omegou snižování nákladů, kde se kritéria pro stanovení cen léčiv velmi často mění ad hoc a kde ke změnám dochází spíše nahodilým než plánovaným procesem v horizontu kratším než rok, je ulpívání na izolované obchodní přírážce nejrizikovější taktikou.

PharmDr. Stanislav HAVLÍČEK

Foto: archiv redakce

NÁVODY PRO DISPENZACI

Solifenacin

V době, kdy přicházejí na trh první generika této látky, je vhodné připomenout pár základních informací. Solifenacin se používá k léčbě dráždivého močového měchýře (Overactive bladder, OAB), což jsou projevy idiopatické hyperaktivity detrusoru, charakterizované naléhavostí močení s/bez urgentní močové inkontinence, zvýšenou frekvencí močení ve dne i v noci. Tyto obtěžující symptomy jsou bezesporu spojené s nižší kvalitou života pacientů. V posledních studiích se uvádí četnost těchto problémů v populaci 11–16 %, prevalence se zvyšuje s věkem. Mnoho pacientů kvůli studu a z jiných příčin ani nevyhledá lékaře a spojuje tento problém s běžným stárnutím. Často na tyto problémy upozorní až ošetřující personál nebo příbuzenstvo, proto je vhodné být aktivnější v identifikaci těchto problémů ze strany zdravotníků, např. cílenými otázkami. Problémy dlouho neřešené se pak dají hůře zvládat, a přitom kvalita života by se mnohdy dala různými postupy výrazně zlepšit.

Přístup k léčbě je behaviorální a farmakologický, nejlépe kombinací obou. V první linii léčby se používají obvykle dříve objevené látky s anticholinergním účinkem, např. propiverin – jeho účinek však není tolik specifický a nese s sebou také řadu nežádoucích účinků (anticholinergní NÚ, rizika kombinací s tricyklickými antidepresivy, ovlivnění absorpce potravou, diskutuje se o riziku zhoršení glaukomu, malátnost a poruchy vidění, není příliš vhodný u starších osob, je nutné užívání 3x denně atd.). Výhodou solifenacinu je jeho větší specifita, vázaná na výskyt specifických receptorů v močovém měchýři (kompetitivní antagonismus na specifických cholinergních receptorech subtypu M₃). Účinnost solifenacinu je ovlivňována nejen věkem, ale také závažností choroby a jejím trváním. To vše může hrát roli v případném ovlivnění progresu onemocnění a odpovědi organismu na léčbu. Přestože jeho nejčastějšími nežádoucími účinky jsou také účinky anticholinergní (sucho v ústech, zácpa atd.), jejich výskyt je nepoměrně nižší než u starších generací látek z této skupiny. Další výhodou je podávání v jedné denní dávce, obvykle 5 mg; vyšší dávky (10 mg) obvykle nejsou nutné, u některých skupin pacientů dokonce nevhodné (při vážném porušení funkce jater, myastenia gravis, glaukom s úzkým úhlem, současné užívání inhibitorů CYP3A4, keto- a itrakonazol). Lékové interakce jsou podrobně popsány v SPC, důležité je však připomenout především ostatní látky s anticholinergním účinkem, kdy se mohou sčítat NÚ, což se může stát také při přechodu z jedné anticholinergní látky na druhou – pak by měl být ponechán alespoň 1 týden bez terapie (tzv. vymývací perioda). Naopak látky s opačným efektem (agonisté acetylcholinu, např. metoklopramid) mohou účinek solifenacinu oslabovat. Mohou se objevit interakce na úrovni biotransformace CYP3A4, třezalka, grapefruit. Po uvedení originálu na trh se ojediněle vyskytovalo i „torsade de pointes“, tj. výrazné a závažné arytmie specifického charakteru. V těhotenství je nutné podávat s obezřetností, i když dosud nebyly popsány žádné případy poškození plodu. Také během kojení je lepší se užívání solifenacinu vyvarovat.

- Užívá se 1x denně nezávisle na příjmu potravy, pro zjednodušení nejlépe užívat ve stejnou denní dobu. Je vhodné zapít vodou.
- Pacient by měl vědět, že je to víceméně léčba symptomatická a nelze ji vysazovat svévolně při zlepšení příznaků (první zlepšení lze po nasazení pozorovat obvykle až po 4 týdnech).
- Neužívat jakékoliv léky volně prodejné bez prodiskutování s lékárníkem, např. třezalka může způsobovat LI. Také zde platí omezení příjmu většího množství grapefruitového džusu.
- Některé NÚ se mohou projevovat rovněž ve změněné kvalitě zraku, zvláště v začátku terapie (rozmazané vidění, ospalost, únava), proto by si měli pacienti-řidiči dávat více pozor. V případě neodstranitelných problémů a nezbytnosti řízení motorového vozidla raději změnit terapii.
- Za velmi horkého počasí (nebo saunování atd.) může mít organismus problém s rychlým temperováním teploty, které může přejít až do úpalu či úžehu.

PharmDr. Marie ZAJÍCOVÁ

marie.zajicova@nemocnice.opava.cz

Pokračování ze strany 5

u léčivých přípravků v následujících ATC skupinách za explicitně uvedených podmínek úhrady (tzn. po jejich úpravě):

1. Laktulóza, ATC: A06AD11

L/ INT, GIT, BOL

P: Laktulóza je hrazena u pacientů s nespecifickými střevními záněty, u pacientů s portosystémovou encefalopatií a u pacientů s těžkými formami obstipace při užívání opioidních analgetik.

2. Multienzymové přípravky, ATC: A09AA02

L/ INT, GIT

P: Multienzymy ve formě mikropelet s obsahem lipázy nad 20000 U v jednotce lékové formy jsou hrazeny u pacientů s cystickou fibrózou a chronickou pankreatitidou prokázanou pomocí alespoň jedné z následujících metod: ERCP, EUS, CT, MRCP, peroperačně, dále u pacientů s karcinomem pankreatu a po resekcích pankreatu.

3. Soli vápníku, ATC: A12AA04, A12AA20, A12AX, A12CX,

L/ INT, ORT, REV, END, GYN

P: Suplementace vápníkem je hrazena, za podmínky dostatečného příjmu vitamínu D, u pacientů s osteoporózou prokázanou celotělovým denzitometrem (T-skóre méně než -2,5SD) nebo osteoporotickou patologickou zlomeninou.

4. Hydrokortison mast, ATC: D07AA02

L/ DER

P: Léčba je hrazena u atopické dermatitis, kontaktní dermatitis, nummulární dermatitis, seborhoické dermatitis, zánětlivých dermatóz, intertriga, lichen planus, lupus erythematoses discoides, senilního pruritu, anogenitálního pruritu, psoriázy.

5. Ibuprofen (p.o.), ATC: M01AE01

L/ REV

P: přípravky obsahující ibuprofen v tekuté formě jsou hrazeny u pediatrických pacientů s juvenilní idiopatickou artritidou

6. Umělé slzy, ATC: S01XA20

E/ OPH

P: Léčba je hrazena u pacientů s prokázaným Sjögrenovým syndromem.

7. Parafin, tukové produkty a urea, ATC: D02AC, D02AE01

L/ DER, ONK

P: Léčba je hrazena u středně těžké a těžké formy chronických kožních onemocnění doprovázených plošně rozsáhlou xerodermií a u závažného hand-foot syndromu způsobeného protinádorovou terapií. **Zdroje: ČLnK a VZP**

Vyjádření České lékárnické komory:

Hrozba zvýšení spoluúčasti

Česká lékárnická komora ve svém vyjádření ze dne 16. května 2012 upozorňuje na hrozící nárůst spoluúčasti pacientů v souvislosti s uvažovanými změnami, popsány v příspěvku „Po 1. červenci OTC nehrazeny“ na stranách 5 a 12 tohoto čísla.

Zvýšení plateb pacientů může odvrátit pouze dohoda Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) a Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) na společném seznamu volně prodejných léků, které by měly zůstat i po 1. červenci 2012 hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dosud vytvořily obě organizace své vlastní seznamy, které se však liší.

Postup navržený VZP vyžaduje provedení správních řízení a je prakticky jisté, že je nelze stihnout před 1. červencem. Pro pacienty by tedy byla výhodnější principiální shoda na seznamu léků vytvořeném SZP. Bližší specifikace indikačních omezení by mohly být navrženy až po 1. červenci v rámci správních řízení. Tento postup podporuje také Česká lékárnická komora.

Pokud nedojde k úplné shodě, budou z úhrad pojišťoven bez náhrady vyřazeny i léky pro některé skupiny vážně nemocných pacientů, zejména s onemocněním slinivky břišní a cystickou fibrózou. Jejich spoluúčast na léčbě by se mohla zvýšit měsíčně téměř o dva tisíce korun, zároveň by se jim takto vynaložené prostředky nezapočítávaly do ochranných limitů.

Prezident ČLnK Lubomír Chudoba: „Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky u nás bylo například v roce 2010 dispenzarizováno 12 393 pacientů s diagnózou chronického zánětu slinivky. Pokud se stanou životně důležité léky pro tzv. enzymovou substituční terapii cenově nedostupné, zhorší se zásadním způsobem nejen kvalita života, ale zejména zdravotní stav pacientů s tímto onemocněním. To povede k vyšším nákladům následné léčby. Problém se samozřejmě týká i ostatních důležitých indikací těchto léků, především cystické fibrózy.“

Vyřazení z úhrad by se v případě neshody na návrhu seznamu hrazených volně prodejných léčiv týkalo i některých dalších frekventovaných skupin léků. Jedná se především o antihistaminika k léčbě alergií a soli vápníku k léčbě osteoporózy.

Zdroj: www.lekarnici.cz

Nad problémy anorexie a bulimie

Obsáhlý článek nazvaný Mentální anorexie a mentální bulimie – naše poznatky z praxe, vyšel v květnovém čísle časopisu LKS – měsíčníku České stomatologické komory. Autorka, PhDr. Marie Nesrstová, působí na Dětské poliklinice, 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. V úvodu připomíná, že příjem potravy nemá pouze význam nutriční, ale je též spojován s mnoha sociálními, ekonomickými a psychologickými aspekty. Někdy se mohou tyto aspekty dostat do výrazné nerovnováhy a může dojít k poruše příjmu potravy.

Moderní pojetí poruch příjmu potravy (PPP) chápe toto onemocnění jako kontinuální spektrum od restriktivní formy mentální anorexie, přes purgativní formu, mentální bulimii a záchvatovité přejídání na psychogenním podkladě až po obezitu.

Uvádí rovněž, že mentální anorexie je jednou z variant psychogenních poruch příjmu potravy. U pacientek s mentální

PŘEČETLI JSME

anorexií nejde o pravou ztrátu chuti, ale o boj s chutí a hladem, kdy pacientka nachází potěšení ve schopnosti kontrolovat se a zhubnout. Tam, kde obvykle každý jedinec nachází slast a relaxaci v případě příjmu jídla, tam dívka s mentální anorexií prožívá velkou úzkost. Brání se tím, že zesiluje své kontrolující

chování. V posledních letech narůstá incidence onemocnění již u prepubertálních dívek. Nejčtenější je výskyt v období dospívání, a to v 1 % populace. Mortalita související se stavem hladovění je asi 6 %, Tento údaj se zvyšuje s délkou trvání onemocnění. Sebevraždou skončí asi 1 % pacientů.

Mentální bulimie má vyšší prevalenci, a to 1–3 % u adolescentních dívek a mladých žen. Vyskytuje se stejně jako mentální anorexie častěji u žen než mužů. Začátek onemocnění spadá do období adolescence, tj. 15–18 let a rané dospělosti.

U chlapců je výskyt mentální anorexie a mentální bulimie podstatně nižší, uvádí se údaj okolo 10 % výskytu u chlapců oproti dívkám. Chlapci a muži, kteří trpí poruchou příjmu potravy, jsou emocionálně závislejší, senzitivnější. Mnozí z chlapců, kteří podlehnou PPP, neodpovídají zcela aktuálnímu stavu mužnosti. Často se cítí osamělí, izolovaní.

Herzog ve studii z roku 1990 uzavírá, že homosexuální muži jsou více ohroženi PPP než heterosexuální, protože jejich komunita preferuje štihlou.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním se stálou incidencí. Podle některých autorů jsou onemocněním vážným na určité kulturní charakteristiky vyspělých zemí, ale zejména na podmínky měnící se kultury směrem k industrializovaným, na výkon a úspěch zaměřeným společnostem. Vyskytnou-li se tyto jídelní poruchy v mladším věku, mohou nepříznivě ovlivnit zrání ve složkách biologického, psychologického a sociálního vývoje.

Terapie poruch příjmu potravy spočívá ve všestranném přístupu. Z psychologických metod se užívá individuální a skupinová psychoterapie (pokud jsou hospitalizováni pacienti na psychiatrickém oddělení), rodinná terapie, léčba prostředím s režimovými prvky. Farmakoterapie bývá indikována u pacientů s depresivní symptomatikou.

Děti s poruchami příjmu potravy bývají hospitalizovány na pediatrických nebo pedopsychiatrických odděleních. Je neuvěřitelné, že okolí dítěte reaguje na rozvinutou formu mentální anorexie až téměř v případě, kdy se objevují známky začínajícího metabolického rozvratu.

V ambulantní léčbě je důležitá dlouhodobá psychoterapie. V případě kontaktu pacienta s jinými odborníky ve zdravotnictví je žádoucí, aby tito byli taktičtí, chápaní a trpěliví.

Starší lidé a léčba poranění

Starší lidé tvoří 15–20 % populace a během padesáti let se zřejmě poměr zvýší na 25–30 %. Jak uvádí stránky www.zdravy-senior.cz, pojem „starý člověk“ se značně mění podle společenských podmínek. Starý žert říká, že staří lidé neexistují – jsou jen mladí, mladiství a věčně mladí. Věk 65 let, udávaný jako hranice počínajícího stáří, je ovšem do značné míry diskutabilní.

Člověk pohybující se aktivně ve společnosti zejména mladších lidí se často přizpůsobuje a udržuje se dlouho čilý. Naopak mnoho mladších lidí bez zájmu o společnost a bez smyslu života stárne mnohem dříve.

Úrazy starých lidí jsou jedním z vážných problémů medicíny. Traumatická zranění osob nad 65 let tvoří 25 % všech zranění a na jejich léčbu jde 33 % nákladů celkově na léčbu zranění vynakládaných.

Oproti mladšímu věku je jejich léčba složitější a delší, přičemž přináší horší výsledky a vyšší náklady. Poranění, které je u mladších dospělých funkčně málo významné a ambulantně řešitelné, může pro geriatrického pacienta, balancujícího na hranici soběstačnosti, znamenat její ztrátu, mnohdy trvalou.

Lékař, do jehož ordinace je zraněný dopraven, se nezdá dostávat do složité situace. Na rozdíl od mladších, u kterých se lze soustředit na samotný úraz, totiž zranění starého člověka často vytváří komplexní problém, kde nemusí být na první pohled jasné, zda primární příčinou patologického stavu je samo zranění nebo zda k němu došlo následkem jiného závažného onemocnění, jehož zaléčení musí dostat z hlediska přežití pacienta přednost.

Terapeutická rozvaha musí být mnohem důkladnější a zodpovědnější a v úvahu musíme brát přidružené choroby, biologický věk a fyzickou a psychickou zdatnost. Mezi nejčastější příčiny zranění patří pády způsobené dopravními nehodami, popálenými a také násilí.

Nejčastějším důvodem k hospitalizaci seniorů na úrazových odděleních bývá zlomeniny horního konce kosti stehenní. Tyto úrazy mnohem častěji postihují ženy, což je způsobeno postmenopauzální osteoporózou.

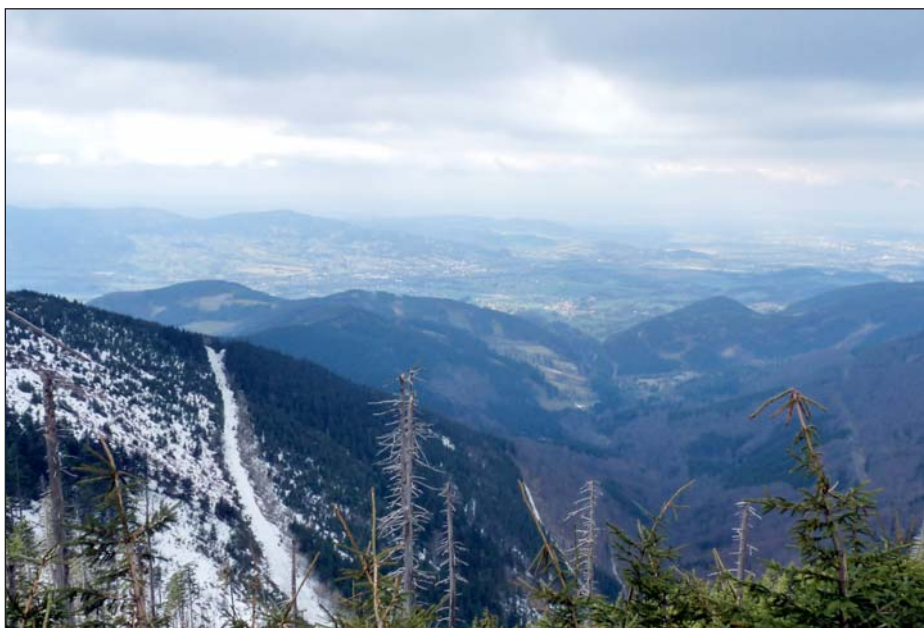
Dříve byla tato poranění smrtelná svými komplikacemi. Při dlouhodobém, až tříměsíčním klidu na lůžku, docházelo k rozvoji proleženin, močové a plicní infekci nebo k tromboembolické nemoci.

Pacienti – senioři vyžadují intenzivní ošetrovatelskou péči. Bývají nejen méně fyzicky zdatní a samostatní v sebeobsluze, ale také mnohem hůře snášejí změnu prostředí a mají tendence ztrácet smysl života – cítí se neužiteční, rezignují a očekávají konec života.

Důležitá je spolupráce s příbuznými, aby nedocházelo k sociální izolaci. Sestra zastává funkci jakéhosi poradce pacientů a příbuzných. Ošetřování starých lidí vyžaduje větší trpělivost, znalosti a zkušenosti po stránce péče psychologické i fyzické.

Ilustrační foto: Mgr. Pavel KULIČKA





13. Beskydský slet lékárníků

Již poněkoli káté za sebou vyprodaný sál Hotelu Petr Bezruč v Malenovicích pod Lysou horou v Beskydech hostil toto každoroční setkání lékárníků. Většina přijela z přilehlých regionů, ale přibývá kolegů ze vzdálenějších míst. Beskydy jsou totiž krásné a zdolat jejich nejvyšší vrchol je dobrou výzvou i příležitostí prověřit si po zimě svůj fyzický fond. Myslím, že kromě odborného programu přitahuje účastníky nehraná přátelská atmosféra, o kterou se jako pořadatelé snažíme. Letos k tomu přispěla i stopička slivovice z palírny na Hukvaldech, kterou byli kolegové počastováni u registrace.

Jako hlavní partner s námi i v časech ekonomicky nepříznivých zůstává Phoenix v čele s kolegyní Radkou Urbanovou, která se svým týmem zajišťuje hladký průběh a pohodové zázemí. Bez svačinkové pauzy s gulášem, tradiční sklenky sektu po přednáškách a večerního bohatého rautu by Beskydský slet nebyl tím čím je.

Odborná část byla letos věnována farmakoterapii v dermatologii. První přednášku měla **doc. MUDr. Marie Viktorinová** z Olomouce. Její přehled lokálních kortikoidů, jejich nežádoucích účinků, indikací a kontraindikací byl pro lékárníky velmi přínosný. Lupénka, tato komplikovaná chronická nemoc kůže s výskytem u dvou procent populace, byla předmětem přednášky **MUDr. Jana Šternberského** z kožní kliniky FN v Olomouci. Jeho kolegyně z kliniky **MUDr. Renata Kopová** pak přiblížila současné léčebné možnosti u acné vulgaris včetně kosmetických doporučení. Se současnou legislativou pro lékárny z pohledu SÚKL nás tradičně seznámila ředitelka jeho ostravské pobočky **RNDr. Věra Myslivcová**. Ceny a úhrady léčiv byly předmětem přednášky **Mgr. Martina Mátle**, člena představenstva ČLnK. Aktuální informace z povolání úst lékárníky vždy zaujme, i když někdy také trochu vyděsí. Závěr patřil jako obvykle vystoupení prezidenta ČLnK **PharmDr. Lubomíra Chudoby**, který v krátké prezentaci shrnul aktivity komory v posledním období, přednesl vize do budoucna a zodpověděl řadu dotazů z publika.

Společenský večer patřil hudbě, tanci, dobrému vínu, přátelským konverzacím a vzájemnému poznávání. Muzika byla letos trochu netradiční. Slyšet hrát trubku s cimbálovkou se asi každému nepoštěstí. Někdo byl nadšen, někdo trochu zklaman, ale tak už to v životě chodí.

Předpověď počasí na neděli byla nepříznivá, přesto večerní odhodlání vystoupit po ránu na Lysou horu převážilo a bylo odměněno zpočátku modrým nebem s postupně přibývajícími mráčky, které jen občas zakryly kýžený vrcholek kopce a daleké výhledy, ale po celou dobu výstupu z nich nespada ani kapka.

Beskydský slet, byť s „nešťastnou“ třináctkou v pořadí, opět stál za to. Příště se na vás zase budeme těšit.

**Za kolegy z OSL Nový Jičín, pořadatele sletu
Pavel GRODZA**



MŮJ POHLED NA VĚC:

Jaký by měl být naš časopis

Když jsem si v minulých dnech v našem časopisu – v rubrice TAK TO VIDÍM JÁ – přečetl zamyšlení nazvané „Má náš časopis budoucnost?“, jehož autorem je PharmDr. Jan Horáček, obdivoval jsem především všestrannost autora pohledu na tuto jen zdánlivě nedůležitou věc. Znovu se ukazuje, radoval jsem se, kolik máme v našem oboru inteligentních, přemýšlivých a vzdělaných lidí, kterým není náš společný osud lhostejný.

Pak jsem se vrátil k předmětu jeho úvahy – zda časopis ano, či nikoli, a když ano, tak jaký. Co by do něho mělo patřit, a co ne, jaký má mít rozsah... To je přece jen zpropadeně těžká věc. Například v dubnovém čísle by podle mého názoru článek o tamsulosinu, při vší úctě k autorce článku, vůbec nemusel být, protože si ho zde těžko někdo přečte, zvláště pak, když má možnost kdykoli nahlédnout do AISLP. Co však na uprázdněnou stránku dát? Uvědomuji si však, že další kolegové mohou mít právě opačný názor.

Když se to vezme kolem a kolem, uvažoval jsem dále, on ten náš lékárnický časopis není jen o odbornosti, on by měl být a také je především pro lidi a o lidech. A zde jsem se musel do třetice usmát. Vždyť si doktor Horáček ve svém článku dal vlastní branku. Ano, to je přesně ono, co náš časopis nejvíce potřebuje – články o lidech, jakými je pan doktor sám – pracovitých, nezištných, ochotných kdykoli a kdekoli pomoci, o lidech, kterým není to naše společné lhostejné a dokážou pro ně i něco udělat. Že je takových mezi námi většina, o tom není pochyb. K tomu přičtíme nadání všeho druhu – máme zdatné hudebníky, turisty, skautské vedoucí, rukodělně talentované. Nebo píšme třeba o těch, kteří mají cit pro krásu, umí se dobře obléknout... O takových lidech a věcech se dozvídejme z našeho časopisu, a věřte mi, že mu stránky nebudou stačit.

PharmDr. Lubomír JAROŠ

Seminář Mladých lékárníků ke specializačnímu vzdělávání

V Lékařském domě v Praze se 14. dubna konal seminář ke specializačnímu vzdělávání (SSV), který iniciovali a zorganizovali Mladí lékárníci, o. s., ve spolupráci s Českou farmaceutickou společností (ČFS) a Českou lékárnickou komorou (ČLnK).

Otevřeného fóra k problematice specializačního vzdělávání se účastnili členové představenstva ČLnK včetně jejího prezidenta PharmDr. Lubomíra Chudoby, dále zástupci lékárenské sekce ČFS ČLS JEP, jednotlivých akreditačních komisí a vedoucí katedry lékárenství IPVZ, kteří přednesli svá stanoviska, seznámili auditorium s aktuální legislativou a zodpověděli dotazy z pléna. SSV navštívilo téměř 90 účastníků, což jasně ukazuje, že specializační vzdělávání farmaceutů je stále aktuálním a nedořešeným tématem. Účastníci semináře se jednomyslně shodli, že specializace v oboru jsou užitečné a potřebné, a také že zaměření jednotlivých specializačních oborů by mělo atestantovi umožnit smysluplné proškolení v těch oblastech, které specialista využije ve své každodenní praxi, a to s ohledem nejen na vlastní náplň atestační přípravy, ale i na místo výkonu povolání. Znamená to tedy zachování jednotlivých základních oborů – veřejné lékárenství, nemocniční lékárenství a oboru klinická farmacie.

Z hlediska průběhu předatestační přípravy zazněl většinový názor, že obory veřejné a nemocniční lékárenství by měly mít společný základ (v rozsahu 18 měsíců), samostatně by měla probíhat specializační příprava v oboru klinické farmacie bez nutnosti pracovního úvazku v lékárenském zařízení.

Občanské sdružení Mladí lékárníci chce ve spolupráci s akreditačními komisemi, ČLnK, ČFS hledat řešení, jak upravit náplně jednotlivých oborů, aby byly specializace přínosné pro uchazeče o atestaci z hlediska jejich potřeb, aby vedly ke zkvalitnění péče o pacienta a zároveň byly realizovatelné v rámci dosavadního pracovního zařazení. Mladí lékárníci zpracují na základě dotazníkového šetření svoji představu o budoucí podobě specializačního vzdělávání a předají ji zástupcům akreditačních komisí.

PharmDr. Josef VANÍČEK



TAK TO VIDÍM JÁ: Proč ano „jednomu lékárenství“



„Drtivé ne jednomu lékárenství“, tak razantně a zásadně zněl podtitulek v článku, který komentoval seminář pořádaný občanským sdružením Mladí lékárníci, a byl uveřejněn na webu Apatykář. Pátrala jsem po dalších skutečnostech. V dalším informativním článku, tentokrát na webu Zdravotnických novin jsem se dočetla, že Mladí lékárníci se

chtějí vzdělávat ve smysluplných vzdělávacích programech a že podporují společný vzdělávací základ (tedy společných 18 měsíců studia) oborů veřejného a nemocničního lékárenství. Zdá se mi, že jsme svědky přímo ukázkového příkladu toho, jak může subjektivní pohled různě pojmenovat tutéž skutečnost. Čistě hypoteticky vzato, kdybych psala článek o postoji Mladých lékárníků ke specializacím já, na základě zjištěných výstupů z jednání bych ho uvedla titulkem: „Mladí lékárníci podporují z 50 % jeden základní specializační lékárenský obor“.

Vraťme se však k podstatě věci: specializační vzdělávání – dosah plánovaných změn v této oblasti vzdělávání a jeho budoucnost. Mladí lékárníci zorganizovali jistě užitečnou akci, která může posunout vývoj dál. Nyní se budou radit a své názory dotazníkově šetřit. Výsledek může být překvapivý. Vycházet by měli z platného zákona, který nám odpovídá na stěžejní otázku: K čemu slouží specializace v lékárenství? Zákon říká, že specializace slouží k vedení lékárny a k přípravě zvláště náročných lékových forem (ZNLF). A které to jsou, ty ZNLF? To už bohužel zákon neříká a neříká to ani jiná právní norma.

Jaké se nám dnes tedy rýsují cesty řešení lékárenských sporů ohledně specializací? Klinická farmacie se osamostatňuje a chce dále vystupovat jako samostatný obor. Ze spektra lékárenských oborů zůstává veřejné (VL) a nemocniční lékárenství (NL). Akreditační komise veřejného lékárenství (předseda PharmDr. Jan Horáček) spolu s GML dlouhodobě prosazují model „jednoho lékárenství“. Tedy spojení oborů NL a VL do jednoho společného, všeobecného lékárenství a zavedení certifikovaných kurzů (CK), které by stály nad základním specializačním oborem. Sloužily by k profilaci a další specializaci lékárníků. Podporovatelů této myšlenky se najde jistě více jak mezi funkcionáři ČLnK, tak řadovými lékárníky. Nemocniční lékárenství je navrženo posunout v pomyslné hierarchii o stupínek výše, do nástavbového oboru, do spektra certifikovaných kurzů. Panuje všeobecný konsensus nad návrhy ministra na vstup do CK až po absolvování základního specializačního oboru.

Tento model podle mého názoru plně reflektuje současnou praxi, bezlimitní migraci lékárníků mezi lékárnami. Ta je umožněna v podstatě shodným spektrem vykonávaných odborných činností mezi veřejnými a nemocničními

lékárnami v regionech. Rozdílnosti lze spatřovat spíše ve spektru vykonávaných odborných činností mezi nemocničními lékárnami navzájem (okresní, krajské, fakultní), než mezi veřejnými a nemocničními lékárnami na úrovni jednotlivých regionů. Je všeobecně známo, že počty nemocničních lékáren s významně posíleným souborem vykonávaných odborných činností se pohybují v řádu přibližně tří desítek. Pak je však závažnější snaha zástupců těchto lékáren významně ovlivňovat dění ve specializačním vzdělávání celého oboru, tedy u dalších přibližně 2 500 především veřejných lékáren.

Podle modelu „jednoho lékárenství“ specialista z všeobecného lékárenství vede všechny typy lékáren a má kompetenci k přípravě všech lékových forem, včetně zvláště náročných. Model „jednoho lékárenství“ staví lékárníky do rovné startovací pozice, z níž si každý po vystudování základního specializačního oboru může vybrat, v jakém spektru odborných činností se chce dále vzdělávat prostřednictvím certifikovaných kurzů. Návrhy na „jedno lékárenství“ neštěpí obor na veřejné a nemocniční lékárníky, ale prostřednictvím certifikovaných kurzů vytváří specialisty na různé odborné činnosti. Tato úvaha navíc plně koresponduje také s vyhláškou o věcném a technickém vybavení lékáren, která umožňuje kterékoli lékárně (za předpokladu splnění požadovaných podmínek) zřídit si a provozovat odborné pracoviště a připravovat i ZNLF. Marně byste také hledali v zákonných normách pojem nemocniční lékárna, zákon takovou lékárnou nedefinuje, a tudíž ji nezná.

Vedle jednoho všeobecného lékárenství stojí návrhy na pokračování současného modelu veřejného a nemocničního lékárenství s modifikovanými kompetencemi specialistů a spektrem studovaných odborných činností. Vypadá to, že se v posledních měsících začíná favorizovat model, který je protipólem všeobecného lékárenství, model na rozdělení oborů. Tento model navrhuje omezení kompetencí k vedení lékárny u obou oborů a navíc u oboru veřejného lékárenství předpokládá zrušení studia ZNLF. To však v konečném efektu znamená zúžení odborných činností vykonávaných veřejnými lékárníky o v podstatě neznámé portfolio. Bez významné změny ve vzdělávacích programech se tedy účelově navrhuje, že specialista z NL bude moci vést jen nemocniční lékárnou a specialista z veřejného lékárenství jen veřejnou lékárnou. Není to krok, který uměle uzavírá tyto obory a stane se následně brzdou uplatnění lékárníků na trhu práce? Je to návrh, který prospěje lékárenské obci? Veřejní lékárníci podle těchto návrhů přijdou o část svých odborných kompetencí, které se výlučně přesunou do oboru nemocničního lékárenství. Je pro mne překvapením, že těmto návrhům někteří veřejní lékárníci tleskají a věřím, že Mladí lékárníci k nim patřit nebudou.

PharmDr. Marcela ŠKRABALOVÁ

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Tesařová, P.: Metformin – nová hvězda onkologické léčby?

Onkologie č. 2/2012

Metformin (dále met) byl původně využíván jen k léčbě diabetu II. typu. Poslední dobou se ukazuje, že má i významný protinádorový účinek. Existují již klinické, preklinické i epidemiologické studie příznivého ovlivnění karcinomu prsu a tlustého střeva. Souvisí to snad s primární schopností met snižovat hladinu cirkulujícího inzulínu, ale má i cytostatický účinek inhibicí mTOR signální dráhy a blokadou syntézy proteinů. Retrospektivní studie u diabetiků prokázaly nižší výskyt nádorů a úmrtnosti na ně. Protinádorový efekt met je tedy jak přímý (inzulin independentní), tak nepřímý (na inzulínu závislý). Klinická bezpečnost, nízká cena a dobře zdokumentovaná farmakodynamika předurčují met stát se ideálním kandidátem protinádorové léčby. Rutinní používání met v adjuvanci např. u ca prsu je zatím předčasné, bude zřejmě vhodné u některého typu pacientek např. s latentním diabetem.

Václavík, J. a kol.: Léčba spironolaktonem u pacientů s rezistentní arteriální hypertenzí (studie ASPIRANT)

Postgraduální medicína, příloha č. 1/2012

Existuje málo dat o tom, který lék použít u pacienta s rezistentní hypertenzí. Do multicentrické studie ASPIRANT byli zařazováni pacienti se systolickým tlakem v ordinaci >140 mmHg a diastolickým > 90 při léčbě trojkombinací anti-hypertenziv. 117 pacientů bylo randomizováno k užívání placebo nebo spironolaktonu 25 mg pro die. Rozdíl v poklesu byl mezi skupinami -5,4 mmHg u systolického a -1,0 mmHg u diastolického TK ve prospěch spironolaktonem léčené skupiny po osmi týdnech léčby. Spironolakton je tedy antihypertenzivum, které u pacientů s rezistentní hypertenzí ovlivní zejména hodnoty systolického TK. Základní strategií léčby pacientů s rezistentní hypertenzí však stále zůstává pátrání po možných sekundárních příčinách jejího vzniku. Ve studii ASPIRANT byla sekundární příčina objevena u 24 % pacientů. Nebyly patrné rozdíly v úspěšnosti léčby mezi muži a ženami. Ukázalo se rovněž, že non-adherence u pacientů s rezistentní hypertenzí je poměrně častá, měřením hladin to bylo až u 32 % léčených. Léčba byla úspěšnější u nemocných nad 62 let věku asi příznivým ovlivněním tuhosti stěny cévní u starších lidí.

Jitka Géringová: Pomáhající profese aneb Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou

Triton, Praha 2011, 197 stran

Moc hezky charakterizuje v předmluvě uvedené publikaci recenzent J. Slavík: „Tato kniha má předpoklady oslovit nejenom pracovníky pomáhajících profesí, ale i všechny lidi, kteří v současné uspěchané a na výkon zaměřené době hledají životní alternativy zaměřené na překonání mělkosti, odmítání nadměrného konzumu a na posílení duchovního rozměru života.“ Kniha se skládá ze tří částí. První, nejobsáhlejší, vysvětluje principy pomáhání jak u zvířat, tak u lidí (altruismus). Mezi pomáhající profese patří zdravotnická, pedagogická povolání, profese zaměřené na sociální pomoc, dále duchovní, psychologové, terapeuti. Je u nich vždy nutný určitý vztah ke klientovi. Podrobně je rozebrána osobnost pomáhajícího a vztah mezi pomáhajícím a klientem. Důležitý je i rozbor odvrácené strany pomáhajících profesí, vysvětlení různých úniků od tvrdé reality – spiritualita a z ní vyplývající obrat k pozitivním hodnotám. Druhá část přibližuje artefilitiku, což je zážitkové pojetí vzdělávání, které vychází z kulturních projevů (hudba, tanec, drama), prožitek je prostředkem, nikoli cílem. Třetí část tvoří praktické ukázky cvičení ke zkoumání a zvládání syndromu pomocníka.

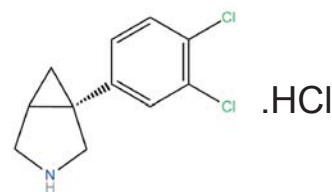
ANOTACE

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

Americká firma Euthymics Bioscience Inc. (Massachusetts) přichází s novým psychofarmakem amitifadinem. Jde o inhibitor zpětného vychytávání tří neurotransmitérů – serotoninu (preferenčně), noradrenalinu (s poloviční účinností) a dopaminu (s osminovou účinností). Tedy v poměru 1:2:8.

MOLEKULA MĚSÍCE

Amitifadin hydrochlorid (EB-1010)



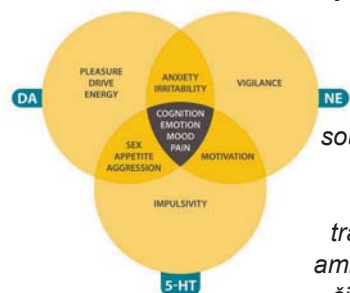
Sumární vzorec: C₁₁H₁₁Cl₂N.HCl

Molekulová hmotnost: 264.58

IUPAC: 1R,5S -1-(3,4-dichlorophenyl)-3-azabicyclo[3.1.0]hexane hydrochloride]

V březnu 2011 začala klinická studie fáze 2b/3a TRIADE u pacientů s depresí, u kterých selhávala monoterapie SSRI či SNRI, a porovnávala účinnost amitifadinu s paroxetinem či placebem. Koordinátorem je American College of Neuropsychopharmacology a dr. Maurizio Fava. V léčené skupině bylo podáváno dva týdny 2x denně 25 mg a čtyři týdny 2x denně 50 mg p.o. Amitifadin byl velmi dobře snášen. Ve skupině 63 pacientů jen dva museli léčbu přerušit pro výskyt nežádoucích účinků. Výsledky budou zveřejněny v průběhu letošního léta. Velmi příznivě byla lékem ovlivněna anhedonie, neschopnost prožívat kladné emoce. Další látkou téže firmy je ED-1020, která ovlivňuje rovněž všechny tři neurotransmitéry, ale v poměru NA:DA:5HT 1:6:14, a indikací, ve které se klinicky zkouší, je ADHD.

Zdroje: internet



Průnik současného ovlivnění tří neurotransmitérů amitifadinem či ED-1020

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Stabilní angina pectoris (AP) je nejčastější a většinou také první manifestací ischemické choroby srdeční charakterizovaná bolestmi na hrudi, v dolní čelisti, rameni, pažích, zádech a vzácněji i v epigastriu, které se typicky objevují při fyzické námaze, emočním stresu nebo působením chladu. Bolesti (stenokardie) rychle ustupují po přerušení vyvolávajícího momentu, nejčastěji námahy, nebo po použití krátkodobě působícího sublingválního nitrátu. Jsou způsobeny přechodnou ischemií myokardu



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

podmíněnou nepoměrem mezi dodávkou a spotřebou kyslíku. Příčinou je obvykle omezení průtoku některou z koronárních tepen aterosklerotickým plátem.

Prevalence stabilní AP výrazně stoupá u obou pohlaví s věkem. U žen je ve věku 45–54 let 0,1–1 % a ve věku 65–74 let již 10–15 %. U mužů ve stejných věkových kategoriích stoupá ze 2–5 % na 10–20 %. Odhaduje se, že ve většině evropských zemí včetně ČR se vyskytuje 20 000–40 000 nemocných na milion obyvatel, kteří trpí stabilní AP. V ČR tedy máme 200 000–400 000 nemocných se stabilní AP.

Péče o nemocného se stabilní AP má dva aspekty: 1. zlepšení prognózy a 2. úpravu kvality života (tzn. minimalizaci symptomů). 1. Prognóza onemocnění je ovlivněna zabráněním uzávěru věnčité tepny trombem (antitrombotika), stabilizací a zabráněním progresu aterosklerotického plátu (hypolipidemika, zejména statiny), prevencí či léčbou poruch rytmu (beta-blokátory, antiarytmika), zamezením remodelace komory a vývoje srdeční insuficience (blokátory systému renin-angiotensin-aldosteron [RAAS], léčba hypertenze). 2. Minimalizace projevů symptomů je docíleno bradykardizujícími (beta-blokátory, ivabradin), vasodilatačními (nitráty, molsidomin, blokátory kalciových kanálů) a eventuálně metabolickou (trimetazidin, ranolazin) profylaxí / léčbou myokardiální ischemie. Tato terapie zlepšuje kvalitu života, dopad na prognózu je však minimální.

Farmakologické aspekty

Ranolazin ovlivňuje metabolismus ischemického myokardu. Blokádou pozdního sodíkového kanálu I_{NaL} zabraňuje zvýšení sarkoplazmatické koncentrace kalcia, a tím snižuje negativní dopad ischemie na myokard. Kanál I_{NaL} je krátce aktivován během systoly, kdy udržuje trvání akčního potenciálu, ischemie stimuluje jeho aktivaci. Důsledkem je zvýšení cytosolické koncentrace sodíku se sekundárním vzestupem koncentrace kalcia, což vede k nevýhodné stimulaci kontraktility, zhoršení relaxace a zvýšení dráždivosti a elektrické nestability myokardu.

Biologická dostupnost perorálně podávaného ranolazinu se pohybuje do 50 % (s velkou interindividuální variabilitou). Ustáleného stavu koncentrace je dosaženo za 3 dny. Potrava nemá vliv na absorpci. Kolem 60 % vstřebané látky se váže na bílkoviny plazmy, distribuční objem je 180 l. Ranolazin prochází rychlou a rozsáhlou metabolizací na CYP3A4 a méně na CYP2D6 za vzniku velkého množství metabolitů. Vylučování probíhá spíše do moči (73 %; stolicí 25 %) s poločasem 7 hodin (kvůli retardaci lékové formy).

Klinické aspekty

Účinnost ranolazinu byla analyzována ve studiích ERICA, MARISA, CARISA. Sledovanými parametry bylo prodloužení

Ranolazin

tolerance zátěže během zátěžového testu, snížení frekvence záchvatů a potřeby nitrátů. MARISA byla spíše studií ověřující dávkování. Ve studii CARISA (pacienti s nekontrolovanou stabilní AP užívající beta-blokátory nebo amlodipin či diltiazem) došlo po odečtení placebo efektu k méně než 10% prodloužení doby do vzniku myokardiální ischemie (začátek studie 400 s, konec studie: placebo + 91 s, léčba + 115 s). Ve studii ERICA (pacienti s nekontrolovanou stabilní AP užívající maximální dávku amlodipinu = 10 mg) došlo ke snížení počtu stenokardií o 0,5 týdně ve větvi ranolazinu vs. placebo. Lze tedy shrnout, že ranolazin je účinný, ale nikterak výrazně.

Z nežádoucích účinků byly nejčastější závratě (13 % ranolazin vs. 7 % placebo v rok trvající studii MERLIN-TIMI 36 s 6 500 tisíci pacienty celkem; zahrnuje jinou populaci než indikace v SPC, proto neuváděna výše), nauzea (9 % vs. 6 %) a zácpa (9 % vs. 3 %). Obavy jsou stále kvůli prodloužení QT intervalu (úprava dávky nutná u 0,9 % pacientů užívajících ranolazin vs. 0,3 % placebo)

Léčivý přípravek obsahující ranolazin se jmenuje Ranexa a vyrábí jej společnost Menarini. Dávka je titrována od 375 mg 2x denně ve 2–4 týdenních intervalech až po maximum 750 mg 2x denně. Léčivý přípravek je indikován jako přídatná terapie pro symptomatickou léčbu pacientů se stabilní anginou pectoris, u nichž je primární léčba přípravky proti angině pectoris (např. beta-blokátory a/nebo blokátory vápníkových kanálů) nedostatečně účinná nebo ji pacient nesnáší. Ranolazinu nebyla v řízení o úhradě přiznána úhrada zejména z důvodu připočtení se v analýze nákladové efektivity k ivabradinu, přičemž Ústav konstatoval, že lepším komparátorem by byly nitráty nebo trimetazidin. Přeloženo: výrobce inovativního léčiva tedy nedostal požadovanou úhradu ivabradinu (35 Kč/den), ale byla mu v lepším případě „naznačena možnost“ úhrady nově generifikovaného a mechanismem účinku i zařazením v českých guidelines bližšího trimetazidinu (7,5 Kč/den) nebo v horším případě „byl upozorněn“ na možnost také dostat úhradu 2 Kč/den (aktuální úhrada nitrátů). Je proto otázka, jak na takovou „nabídku“ bude výrobce inovativního přípravku dále reagovat.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Prunella vulgaris L. – černohlávek obecný, (Lamiaceae)

Prunella vulgaris L. – černohlávek obecný, (Lamiaceae). Vytrvalá bylina s poléhavou lodyhou, rozšířená v Evropě, včetně Velké Británie, zasahuje na jih Norska, východní část severní Afriky a do mírného pásma Asie. Typický zástupce květeny našich luk. V tradičních medicínách se užívají i příbuzné druhy černohlávků, *P. grandiflora* L. a *P. laciniata* L.

Synonyma: černohlávek obyčejný (slov.)

Obecný název: Blue Curls (angl.), kleine Braunelle (něm.)

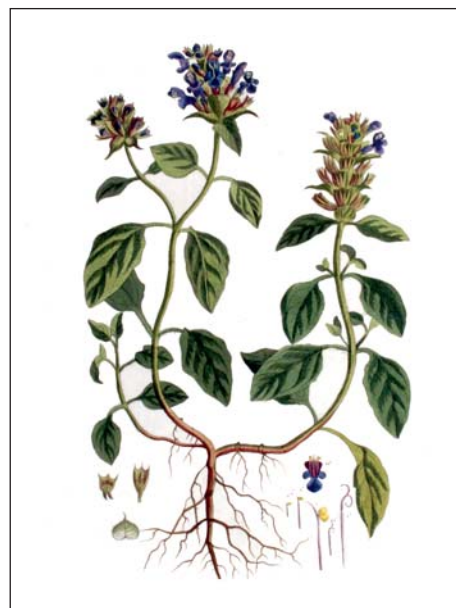
Sbíraná část: herba

Droga: Prunellae herba

Obsahové látky: volná fenolická kyselina rosmarinová a její estery (methyl-, ethyl-, buthyl-), polysacharid prunellin, heteropolysacharidy P31 a P32, triterpenoidní kyselina betulinová, oleanolová a deriváty kyseliny ursolové, dále jejich glykosidy (saponiny), flavonoidní glykosidy odvozené od kvercetínu, rutin a hyperosid, třísloviny, anthokyanový aglykon delfinidin, alkaloidy.

Účinky a použití: v tradiční medicíně, včetně čínské, je adstringentně působící nať aplikována již od starověku při léčbě ran a vředů, včetně hnisajících, oparech, při zánětech GIT, tj. gastritidě, průjmech apod., dále vnitřním krvácením, ale i při zánětech v dutině ústní (anginy). Při laboratorních testech a klinických studiích byly prokázány antiseptické, antibakteriální (na *Pseudomonas* sp., *Bacillus typhi*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Escherichia coli* působily především fenolické

látky), antivirové (polysacharid prunellin, kyselina rosmarinová), imunomodulační, antitumorové, hypoglykemické, hemostatické (prunellin), vermifugální a hypotenzivní účinky. In vitro extrakty z drogy inhibovaly reversní transkriptázu HIV. Dále modulovaly významné faktory imunitního systému TNF-alfa, IgG, IgG1,



IgG2, IL-2 a histamin. Dva heteropolysacharidy P31 a P32 vykazovaly imunomodulační aktivitu při experimentálně navozeném plicním adenokarcinomu u myši. Polysacharidová frakce inhibovala aktivitu viru Herpes simplex. Jinými autory je považována za rozhodující imunomodulační složku kyselina rosmarinová. Po podání extraktu bylo prokázáno snížení rozsahu alergické reakce a potlačení projevů anafylaktického šoku. Vodně-alkoholický extrakt byl testován na myších, jimž byl streptozotocinem experimentálně vyvolán diabetes. Došlo k zvýšení citlivosti vůči inzulínu, ale bez stimulace jeho sekrece. V této souvislosti byly za nejvýznamnější součásti extraktu označeny flavonoidy a triterpenoidy. Alkaloidy vykazovaly analgetické, spasmolytické a antibakteriální účinky. Deriváty kyseliny ursolové a kyselina oleanolová aktivovaly buněčnou apoptózu. Byl zjištěn dobrý fotoprotektivní účinek kyseliny rosmarinové vůči UVA. Droga působila v testech antimutageně. V terapii se využívá droga i přípravky.

V homeopatii se aplikuje při zánětlivých (vnitřních i zevních) onemocněních tinktura v potenci D1, která se ředí v poměru 2,5 ml na 100 ml převařené vody.

Dávkování: 3x denně přelít 1 lžící drogy 200 ml horké vody. Pít na lačno nebo aplikovat jako kloktadlo.

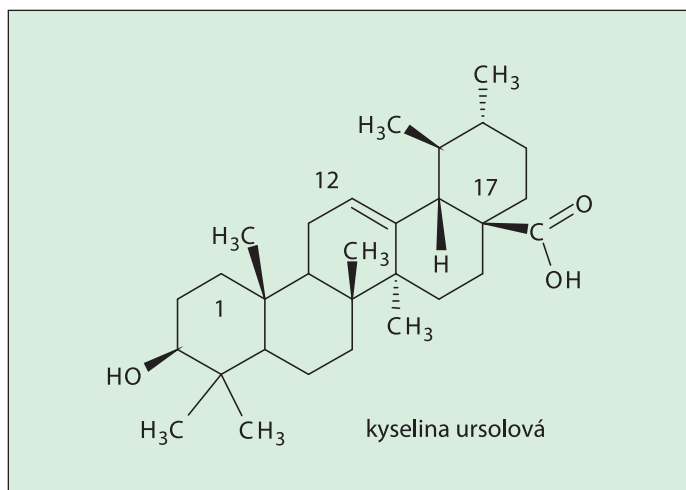
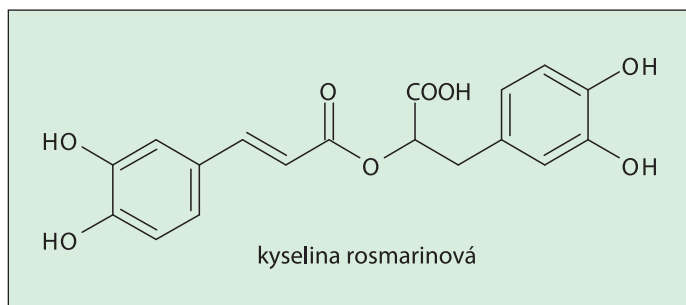
Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem.

Interakce: nejsou známy

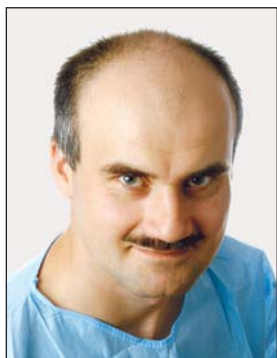
Hlavní zdroje: AISLP, Google Scholar, Jellin, J.M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Medline, Pherobase, Plants for a future, Toxnet.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia, vzor: autor



Bacopa, potenciální nootropikum



Bacopa monniera (L.) Wettst. (Brahmi) je indickou léčivou rostlinou, jejichž význam přesahuje tradiční regiony Indie a Japonska. V období 2001–2010 publikované významnější klinické studie signifikantně potvrzují nootropní účinnost a dávají naději, že by se tato zajímavá léčivá rostlina a její standardizované extrakty mohly zařadit vedle jinanu dvoulaločného k přírodním nootropním lékům.

Mgr. Tomáš Volný

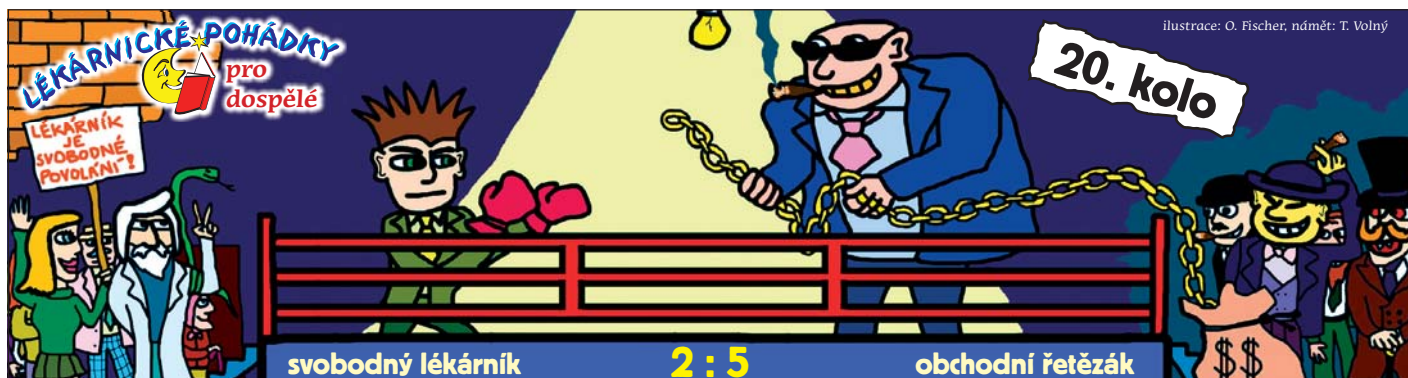
Mimo obvyklých parametrů studií je zajímavé sledovat, jak se suma klinických zkušeností a vědění vyvíjí v čase. V roce 2001 (Nathan, P. J. a spol., Hum. Psychopharmacol.) byla publikována randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie provedená na souboru 38 zdravých dobrovolníků. Jejím cílem bylo popsat akutní efekt dávky 300 mg extraktu *Bacopa monniera* (BM) na kognitivní funkce (rozpoznávání, vnímání, myšlení) metodickým neuropsychologickým testováním před a 2 hodiny po podání BM. Výsledky neprokázaly signifikantní akutní efekt BM na kognitivní funkce zdravých dobrovolníků. V témže roce (Stough, C. a spol., Psychopharmacology [Berl]) byla publikována randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie, která na malém souboru zdravých dobrovolníků sledovala vliv dlouhodobého užívání denní dávky 300 mg BM na jejich kognitivní funkce. Metodickým neuropsychologickým testováním před podáváním BM, v 5. a 12. týdnu užívání autoři zjistili signifikantní zlepšení kognitivních funkcí u skupiny užívající BM, přičemž testování v 12. týdnu užívání prokázalo nejvýraznější efekt. O rok později (Roodenrys, S. a spol., Neuropsychophar-

macology) byly zveřejněny výsledky randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studie, kde autoři prokázali signifikantní zlepšení paměti po 3měsíčním užívání BM.

Hypotéza o synergickém nootropním účinku současně užívaného extraktu *Ginkgo biloba* (GB) a extraktu *Bacopa monniera* je bezesporu zajímavou experimentální výzvou. Někteří autoři na ni zareagovali a v roce 2004 (Nathan, P. J., Hum. Psychopharmacol.) publikovali své klinické zkušenosti, zde na souboru 85 zdravých dobrovolníků v randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii sledovali vliv 2týdenního a 4týdenního současného užívání 120 mg/den GB a 300 mg/den BM, signifikantní zlepšení kognitivních funkcí se jim však nepodařilo prokázat. Uvedené zkušenosti naznačují, že pro signifikantní průkaz je nutné dlouhodobé užívání BM (déle než 12 týdnů při dávkování 300 mg/den). Potvrzují to výsledky další klinické studie publikované o dva roky později (Raghav, S., Indian J. Psychiatry), kde starší dobrovolníci s věkem podmíněným zhoršením paměti (bez diagnózy demence nebo psychiatrického onemocnění) užívali po dobu 12 týdnů 125 mg BM 2krát denně, autoři proká-

zali signifikantní zlepšení logické paměti a učení. V roce 2007 (Pravina, K., Phytomedicine) byly zveřejněny výsledky klinické studie se souborem 23 zdravých dobrovolníků zaměřené na bezpečnost a výskyt vedlejších nežádoucích účinků u měsíčního užívání BM (prvních 15 dnů 450 mg denně, dalších 15 dnů 300 mg denně). Autoři sledovali vliv užívání na klinické, hematologické, biochemické a elektrokardiografické parametry, nezjistili žádné signifikantní změny, užívané dávky byly dobře tolerované, v jednom případě se vyskytla nevolnost v oblasti gastrointestinálního traktu, která spontánně odezněla.

Ke studiím s dobrou výpovědní hodnotou patří randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie (Calabrese, C., J. Altern. Complement. Med., 2008) zrealizovaná se souborem 54 starších dobrovolníků (průměrný věk 73,5 let, bez diagnózy demence), kteří 12 týdnů užívali 300 mg BM denně. Užívání nemělo vliv na jejich náladu a tlak krve, vedlo však k prokazatelnému zlepšení jejich kognitivních funkcí. Ve stejném roce byla (Stough, C., Phytother. Res.) zveřejněna randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie, kdy 107 zdravých dobrovolníků po dobu 90 dnů užívalo 2krát denně 150 mg BM, v tomto případě došlo k signifikantnímu zlepšení paměti. K nejnovějším publikovaným výsledkům (Morgan, A., J. Altern. Complement. Med., 2010) patří výstupy randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studie se souborem 98 zdravých dobrovolníků ve věku 55 let a starších, kteří po dobu 12 týdnů užívali 300 mg BM denně. Došlo ke statisticky významnému zlepšení paměti, ojediněle byly pozorovány vedlejší nežádoucí účinky na úrovni trávicího traktu (průjem, žaludeční křeče, nauzea). Autoři většiny těchto studií



bohužel nevěnovali dostatečnou pozornost přesné analytické specifikaci zkoušených extraktů. V oblasti početných preklinických experimentů je většina extraktů standardizována na obsah saponinů a jejich glykosidů (bacopasid I, bacosid A3 aj.).

Reference jsou uloženy u autora

**Autor je klinický farmaceut,
vedoucí aplikovaného výzkumu
a vývoje Farmaceutických
a analytických laboratoří
IINSTITUTU**

Přínosné slunění

Tým vědců z Warwické lékařské fakultě ve Velké Británii vedený Dr. Oscarem Frankem vybral v Číně 3 262 žen a mužů ve věku mezi 50 a 70 lety. Cílem studie bylo posoudit vztah mezi hladinou vitamínu D v krvi a výskytem metabolického syndromu, který je známým faktorem zvyšujícím riziko srdečních chorob a diabetu. Každý účastník prošel fyzikálním vyšetřením, které zahrnovalo vážení, měření výšky a zjištění krevního tlaku: 69,2 % účastníků studie vykazovalo deficienci vitamínu D, 24,4 % osob bylo insuficientních a pouze 6,4 % bylo suficientních. Dr. Franco navrhuje, aby starší lidé strávili dvakrát týdně 5 až 30 min. na slunci. Slunění má na tvorbu vitamínu stejný pozitivní efekt i s ochranným krémem s faktorem 8 nebo menším.

Zdroj: www.anamneza.cz

Po čtyřiceti letech znovu do talárů



Dne 28. dubna 2012 jsme se sešli po 40 letech od promoce na naší Alma mater, UNIVERSITAS COMENIANA BRATISLAVENSIS, a prožili jsme si promoci, se vši parádou, znovu. Bylo to krásné a důstojné, setkali jsme se i s několika profesory. Za krásného počasí jsme si prohlédli po letech i město a povídání večer nebralo konce. Organizátorům za všechny z Čech a Moravy děkuji.

Mgr. Ada HOLUBOVÁ–OTTOVÁ, foto: Peter Muška

Helicobacter pylori a diabetes II. typu

Americký Journal of Infectious Diseases koncem loňského roku komentoval výsledky dvou populačních studií, do kterých bylo zapojeno více než třináct tisíc účastníků. Hodnoty HbA_{1c} (glykovaný hemoglobin nepřímě informující o průměrné hladině cukru v krvi) měli respondenti, kteří byli pozitivně testováni na přítomnost Helicobacter pylori, výrazně vyšší než účastníci bez přítomnosti tohoto patogenu. Účastníkům studie s vyšším BMI a zároveň s přítomností infekce způsobené H. pylori, byly naměřeny nejvyšší hodnoty HbA_{1c}. Autoři tento vztah zdůvodňovali tím, že žaludeční bakterie by mohly ovlivňovat regulaci leptinu a ghrelinu. Ghrelin a v menší míře i leptin jsou produkovány ve sliznici žaludku. H. pylori způsobuje u dospělých zvýšení hladiny cukru v krvi, čímž zvyšuje riziko vzniku a rozvoje diabetu II. typu. (dop)

Naše řady opustila kolegyně Mgr. Eva Havránková



S hlubokou lítostí oznamujeme, že dne 26. dubna 2012 podlehl těžké nemoci naše kolegyně Mgr. Eva Havránková, rozená Leignerová. Bylo jí 57 let. Narodila se v Rumburku, kde vystudovala gymnázium. Po absolvování Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové v roce 1978 nastoupila do lékárny v České Lípě. Později vedla lékárnu v Jablonném v Podještědí. V roce 1997 se vrátila do Rumburku, kde byla blíž své rodině a mamince. Od této doby pracovala

jako odborná zástupkyně v lékárně Tercia ve Varnsdorfu. Eva zasvětila velkou část svého života pomoci druhým lidem. Svým laskavým a trpělivým přístupem si získala přízeň nejen pacientů, ale i úctu nás, kolegů. Dovedla citlivě naslouchat a svými moudrými slovy pomáhala mnohým jejich život učinit snesitelnějším a hezčím. Evo, máme tě rádi a nikdy na tebe nezapomeneme...

Tvoji kolegové z lékáren v Rumburku a Varnsdorfu a z Českolipska

Motto: Svět nebyl stvořen k jinému účelu, než aby byl člověku předešlou k samotné věčnosti, to jest nižší školou, do níž jsme posláni dříve než nastoupíme do nebeské akademie.

Jan Amos Komenský, Cesta světla

Červen je měsícem, ve kterém si ze světových dní WHO připomínáme Světový den dárců krve. Ze světových dní, Světovou zdravotnickou organizací podporovaných, jsou to: Mezinárodní den nevinných dětských obětí agrese, Světový den životního prostředí, Světový den utečenců a Mezinárodní den proti zneužívání drog a nezákonnému obchodování s nimi.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Světové dny WHO červen

Mezinárodní den proti zneužívání drog a nezákonnému obchodování s nimi (International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking) byl stanoven na 26. červen. Pod záštitou OSN je každoročně připomínán od roku 1987 na základě rezoluce Světového zdravotnického shromáždění č. 42/112 ze 7. prosince uvedeného roku. Každoročně je vyhlášováno téma, v jehož duchu se nese výrazně konkretizovaná forma boje proti drogám (tabulka).

V celosvětovém měřítku vede každoročně škodlivá konzumace alkoholu až ke 2,5 milionu úmrtí. Z toho se 320 tisíc úmrtí na následky užívání alkoholu váže ke skupině mladých lidí ve věku od 15 do 29 let, což představuje 9 procent všech úmrtí v této věkové kategorii.

Návykové nemoci, tzn. onemocnění a závislosti, které souvisejí s návykovými látkami, léčivý nebo chováním, má nejméně 15,3 milionu lidí. Injekční aplikace drog je hlášena ve 148 zemích světa, u 120 z nich je uváděn výskyt infekce HIV v populaci.

Pro drogovou závislost existuje řada vymezení. **Podle Světové zdravotnické organizace** ji lze definovat jako psychický i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky, a také pro zabránění nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu. **Podle Mezinárodní klasifikace nemocí** byla definována jako

skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si dříve cenil více.

Několik údajů k situaci v ČR

V České republice vzrostla roční prevalence užívání kokainu dospělými z 0,1 procenta v roce 2003 přes 0,2 procenta v roce 2004 na 0,7 procenta v roce 2008. V roce 2006 bylo zaznamenáno v souvislosti s užíváním drog 212 úmrtí (z toho jedno v případě kokainu). V roce 2009 činila prevalence pro-

blémového užívání drog (poměr na 1 000 obyvatel ve věkové skupině 15 až 64letých) přes 4 procenta. V případě zneužívání opiátů to bylo (v procentech) 0,1 (2004), 0,2 (2005), 0,1 (2006) a 0,4 (2008). Pokud se jedná o marihuanu, byla roční prevalence (v procentech) 10,9 (2002), 9,3 (2004) a 15,2 (2008). Zneužívání amfetaminů dokumentují hodnoty prevalence 1,1 procenta u osob ve věku od 15 do 64 let (2002), 0,7 procenta (2004) a 1,7 procenta (2008).

Vedle řady zdravotnických zařízení participují na prevenci a léčbě drogo-

vých závislostí různé organizace, terapeutické komunity pro drogově závislé (např. ADVAITA), svépomocné skupiny, další doléčovací organizace s možností podporovaného bydlení (např. P-CENTRUM), drogová centra a jiné. K již uvedeným dále patří např.:

- A.N.O. (Asociace nestátních organizací) – dobrovolná, profesní, odborná, nezávislá a nepolitická asociace, která slouží jako střešní organizace především nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.

- Nizkoprahové středisko pro léčbu a prevenci drogových závislostí Drop In, o.p.s.

- Obecně prospěšná společnost MAGDALÉNA, o.p.s., jež je nestátní neziskovou organizací, orientující svou činnost na léčbu závislostí na návykových látkách a hracích automatech, na poskytování resocializačního programu osobám závislým na návykových látkách a hracích automatech, a na organizační činnosti a vzdělávání v oblasti rozvoje lidských zdrojů.

- Obecně prospěšná společnost RENARKON, o.p.s.

- Občanské sdružení SANANIM, které je jednou z nejstarších a největších neziskových organizací, zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí.

Literatura u autora

Rok	Téma
1998	Do drogové prevence je nutné zapojit mladé lidi
1999	Hudba proti drogám
2000	Tváří v tvář realitě: odmítněme korupci a násilí
2001	Sport proti drogám
2002	Zneužívání návykových látek a HIV/AIDS
2003	Pojďme si povídat o drogách
2004	Drogy: léčba funguje
2005	Drogy nejsou hračkou pro děti
2006	Važ si sebe – udělej zdravé rozhodnutí
2007*	Ovládají drogy tvůj život?
2008*	Jde o tvůj život. Jde o tvé blízké.
2009*	Drogy tam nepatří.
2010	Mysli na zdraví – ne na drogy. Zdraví je pokračujícím tématem světové kampaně proti drogám.
2011	Akční program za zdravé komunity: bez drog

* V období 2007–2009 byla kampaň proti drogám poprvé v historii rozvržena na tři roky. Rok 2007 byl orientován na problém zneužívání drog, 2008 na pěstování a výrobu drog a 2009 na nezákonný obchod s drogami.

EPSA Annual Congress 2012 Istanbul

Jako každý rok se koncem dubna konal Annual Congress, jedna z nejdůležitějších akcí European Pharmaceutical Students' Association (EPSA), tentokrát v největším městě Turecka v Istanbulu. Letos měla Česká republika opravdu početné zastoupení – na kongres dorazilo devět českých delegátů z obou studentských organizací (Unie studentů farmacie Brno a Spolku českých studentů farmacie Hradec Králové). Kongres byl zahájen v pondělí 23. dubna slavnostní ceremonií, při níž bylo představeno současné vedení a členové týmu EPSA, kterým zde končil mandát, a také všichni členové organizačního týmu.

Vlastní program začal v úterý na půdě Istanbulské univerzity. Zahnoval dvě dopolední sympozia s přednáškami na zajímavá témata, jakými jsou např. nanomedicína, switching některých léků z Rx do OTC, aktuality v PGEU a řada dalších. Množství workshopů a tréninků bylo zaměřeno především na „soft skills“, tedy umění komunikace, vedení týmu, udržování motivace. Příležitostí k prezentaci výsledků vědecké práce studentů formou posterů byl Science Day.

Na General Assemblies – valných

hromadách – se tradičně řešil chod organizace, byly představeny současné i nové projekty (zejména Individual Mobility Project, EPSA Voyage a TWINNET Project), byla odsouhlasena restrukturalizace oficiálních dokumentů EPSA.

Na konci týdne proběhly volby. Novým prezidentem se stal Pedro Ricardo Mealha Barroca z Portugalska a do nového týmu se dostaly i dvě studentky z České republiky. Gabriela Valentová bude zastávat pozici Partnership koor-

dinátora a Hana Landová zasedne v Parliamentary Council, orgánu, který dohlíží na správný chod celé organizace. Za zmínku také jistě stojí, že letos do EPSA po brněnské USF vstoupil i hradecký SČSF, takže nyní jsou zde oficiálně zastoupeni všichni čeští studenti farmacie.

Kromě oficiálního programu byl pro účastníky kongresu připraven i bohatý doprovodný program. Typická turecká jídla, tradiční hudbu a břišní tanečnice jsme mohli obdivovat na Turkish Night, propracované převleky za kreslené postavičky jsme předvedli na Cartoon Party a na velice oblíbené International Night jsme reprezentovali Českou republiku, její typická jídla a nápoje, a poznávali to samé u stolků ostatních národů. V průběhu náročného kongresu bylo jedno odpoledne věnováno poznávání krás Istanbulu během projížďky lodí po Bosporu. Zlatým hřebem a krásnou tečkou za každým kongresem bývá závěrečná Gala Night. Letos byla navíc ozvláštňena oslavami 35. výročí založení EPSA a při této příležitosti byla představena kniha celé její historie (<http://www.epsa-online.org/doc/epsa%20doc/35%20Years%20Book.pdf>).

Z kongresu domů jsme odlétali plni dojmů a zážitků, odváželi si kontakty na nové přátele a chuť do nových setkání. Nejbližší příležitost je vlastně za dveřmi – EPSA Summer University se bude konat 23.–29. července v rumunském Brasově. (HLA)

FaF VFU do letního semestru

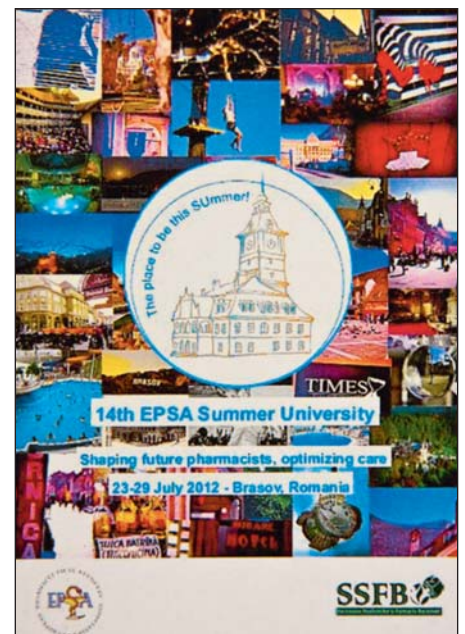


Pomalou se blíží zápočty a konec semestru a tak se sluší pohlednout, co se během jara na brněnské fakultě odehrálo. Stejně jako v minulých letech Unie studentů farmacie přichystala na 16. března **Ples farmaceutů**, tradiční společenskou událost, na které se setkávají nejen současní studenti, ale i absolventi naší fakulty, jejich přátelé a další členové akademické obce. Ples se uskutečnil v kulturním domě Semilasso, o zahájení se postarala taneční skupina Singl s předtančením nazvaným Půlnoční zář. Celým ples provázely hudbou kapela Trio Bene a cimbálová muzika Pajtáš. Zpestřením bylo vystoupení Rock'n'Roll clubu Elvis z Jihlavy, a hlavně půlnoční překvapení v podání nově vzniklé studentské kapely Postupné uvolňování.

Z oficiálních akcí se 27. března ve zcela zaplněné aule uskutečnil tradiční **Den Zentivy**, na kterém vystoupil prof. Cyril Höschl s přednáškou „Placebo – podvod, nebo užitečný nástroj?“. Týden na to (4. dubna) proběhl **JobFair – Veletř pracovních příležitostí**, na který přijaly pozvání společnosti Contipro Holding, Sunpharma a Česká lékárna. Předcházely mu přednáška na téma farmakovigilance od zástupců Zentivy a interaktivní seminář na téma Jak uspět při pohovoru. Jednou z dalších akcí pak byla **Studentská vědecká konference** s cenou děkana (výsledky na http://faf.vfu.cz/export/sites/faf/aktuality/cd_2012_vitezove.pdf).

Z kulturních událostí můžeme vyzdvihnout opět vydařený **FaFál** a především **Majáles VFU**, který proběhl na půdě univerzity 2. května. Naše USF se zapojila promítáním Filmového klubu a prodejem palačinek; výtěžek poputuje na charitativní účely. Zástupci USF se také zapojili do dění na mezinárodní půdě, kdy reprezentovali svou aktivní účastí na **výročním kongresu EPSA** v Istanbulu. Tímto nám aktivity letošního akademického roku pomalu končí, ale zároveň je načase zamyslet se nad rokem dalším a třeba začít plánovat **Vítání prváků**... Hezké léto přeje Unie studentů farmacie.

Hana LANDOVÁ
prezidentka USF



PharmDr. Lubomír Jaroš nezhálí

PharmDr. Lubomír Jaroš, lékárník z Hrádku nad Nisou, veškerý svůj volný čas aktivně využívá – kromě drobné skladatelské práce se rovněž věnuje literární tvorbě. Je autorem několika titulů pro dospělé, ale napsal např. také knihy pro mládež *Tajemství kříšťálové jeskyně* či *Podivné svědectví Václava Korce* nebo pohádkovou knížku *Vojtíšek* (jedinečný soubor dvaadvaceti pohádek), kterou dokonce zakoupilo město Kroměříž jako svoji propagaci.



Z novější tvorby si připomeňme jeho **Tři balady o bludné lásce** a divadelní hru **U mučednického kůlu aneb Jak se obětovat pro umění**.

Zvláště balady ostře vybočují z dosavadní autorovy tvorby. Místo dosavadního měkkého všeobjímajícího tónu se dostávají ostře disharmonické zvuky ze života lidí v mezních životních situacích. Aby věrně zobrazil hloubku utrpení baladických hrdinů, básník se nebojí použít i výrazy, které v těchto situacích běžně slycháváme. Balady jsou burcujícím mementem pro ty, kteří by se touto cestou nelásky a sobectví chtěli vydat. Vnímavému čtenáři nemů-

že uniknout, že se svými tragickými hrdiny nebo za nimi pláče i sám básník.

Divadelní hra *U mučednického kůlu aneb Jak se obětovat pro umění* je pak klasická nenáročná fraška, lehce okořeněná satirou, která však nechce pranýřovat, ale o to více pobavit. Jednou z divadelních postav je Ohlašovatel, který v předmluvě upozorňuje diváky, kteří by chtěli ze sálu během hry náhle odejít, ať na toaletu nebo na čerstvý vzduch, že to nebude možné. Všechny východy jsou během představení uzamčeny. Umění si žádá oběti i od diváků. Ohlašovatelova slova tedy už na samém začátku naznačují, že nepůjde o nestravitelné drama.

Tím ovšem výčet nejnovějších aktivit Lubomíra Jaroše nekončí. V jeho nakladatelství a hudebním vydavatelství 1. Lužická vyšlo rovněž **vlastivědné pexeso „Můj rodný kraj Hrádecko“**. O dr. Jarošovi je známo, že mu Lužice, jako jedna z historických zemí Koruny české, přirostla k srdci. V úvodním textu k pexesu připomíná, že o Lužici přišla Koruna česká během panování Habsburského rodu; roku 1635 ji císař Ferdinand II. postoupil Sasku a o sto let později, roku 1742, byla císařovna Marie Terezie nucena vzdát se větší části další země naší Koruny, Slezska, a to ve prospěch Pruska. Přesto nám z každé z nich zůstala alespoň malá část, vždy na severu při naší státní hranici.

Fotografie zajímavých staveb současných i historických, přírodních útvarů, vodních ploch apod. podávají svědectví o krásách této zajímavé části republiky, ale nenásilným způsobem propagují i lékárnu. Na rubové straně pexesa je totiž znak Lékárny Na Hradě, případně – ve druhé mutaci – městský znak Hrádku nad Nisou (snímek).

(jh)



Onkoportál nejen onkologickým pacientům

Podle statistik WHO umírá ročně na onkologická onemocnění téměř 8 000 000 lidí na světě. K 1 850 000 úmrtím dochází v Evropě, kde se každý rok vyskytne 2 500 000 nových případů. Nádorová onemocnění jsou tak po kardiovaskulárních onemocněních druhou nejčastější příčinou úmrtí. Lze očekávat, že vzhledem k demografickým změnám jejich počet v budoucnu ještě poroste.

V České republice ročně umírá na onkologická onemocnění až 30 000 lidí. Ženy nejčastěji trpí nádory prsou, tlustého střeva nebo děložního hrdla, zatímco muže nejvíce postihují nádory prostaty, tlustého střeva a plic. Právě u nádorů plic a tlustého střeva dochází k nejvyšší úmrtnosti. Česká republika si v Evropě drží nelichotivé prvenství ve výskytu nádorů ledvin, tlustého střeva a děložního hrdla. Na předních evropských příčkách se nachází také v případě nádorových onemocnění slinivky břišní, kůže a ovarií.

Novou službou pro onkologické pacienty, jejich blízké a veřejnost je projekt Onkoportál (www.onkoportal.cz), který přináší ověřené informace na jednom místě. Zároveň poskytuje bezpečný prostor pro výměnu zkušeností. Je důležité upozornit, že server Onkoportál není zaměřen na jednotlivou specifickou diagnózu či léčbu. Nabízí systematicky zpracované informace o onkologických onemocněních ověřené zdravot-

níky odborníky; pomoc při vyhledání vhodného lůžkového zařízení; praktické informace z českých onkologických a hematatoonkologických zdravotnických zařízení; odfiltrování reklamních či nesprávných odkazů týkajících se onkologických onemocnění; informace o volnočasových aktivitách, patientských organizacích, poradnách a komunikačních linkách pro pacienty; komunikační podporu a pomoc při řešení finančních nebo sociálních otázek; a mnoho dalších užitečných informací a praktických rad.

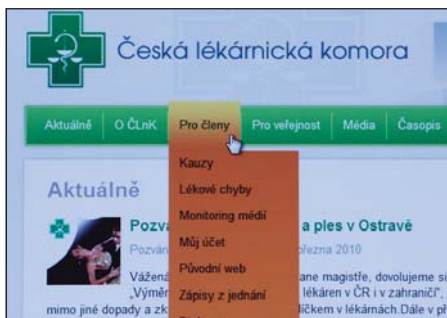
Portál poskytuje pomoc i v otázkách praktického rázu. Pacient se zde například dozví, na co má nárok od zdravotní pojišťovny či okresní správy sociálního zabezpečení. K dispozici je i bezplatná poradenská pomoc v právní nebo finanční oblasti.

Díky svému obecně prospěšnému zaměření získal Onkoportál podporu a odbornou pomoc České onkologické společnosti, české kanceláře WHO a řady onkologických a hematatoonkologických zdravotnických zařízení. Jeho hlavním sponzorem je společnost GlaxoSmithKline. Na projektu se podílí i řada dalších partnerů.

Pro ty, kdo nemají internetové připojení nebo upřednostňují telefonický kontakt, je k dispozici bezplatná linka 800 100 259.

(dop)

DISKUSNÍ OKÉNKO



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

ČLK > Zdravotní pojišťovny > Nové úhrady PZT od 1. 4. 2012

+ Dnes z Lekisu avizovali nové číselníky platné od 1. 4. Změny se týkají kromě jiného snížení úhrady kalhotek (kód 87095 ze 400 na 376,39). Zatmělo se mi před očima při představě, že mi pojišťovna zase zpětně ořízne úhradu. Ví někdo, jak to bude?

+ VZP aktualizovala na svém webu číselník pro zdravotnické prostředky až k 25. 4. Proto v pondělí 30. 4. odešleme gen. řediteli Dr. Horákovi dopis, ve kterém bude o této situaci informován a vyzván k tomu, aby se VZP řídila platnou metodikou. Počátkem roku jsem na jednání s Dr. Horákem mj. diskutoval obdobnou situaci ohledně zpožděného vydání číselníku HVLP a bylo příslibeno, že VZP bude respektovat výši úhrady až ke dni, kdy byl jejich číselník zveřejněn na webu. Pokud by se postoj VZP v mezidobí změnil, nabídne komora svým členům právní zastoupení v soudním sporu s VZP, ...k tomu doufám nedojde.

+ Na úspěch soudního sporu s VZP moc nevěřím.

+ Skepse ohledně soudního sporu s VZP o tzv. retroaktivitu seznamu úhrad je neopodstatněná. Soudní spory s VZP se dají také vyhrát, jak jsme již v minulosti za GML opakovaně dokázali.

+ Dnes přišlo vyúčtování z VZP za březen, úhrada „redukována“ u Zinnat susp ze 151,30 na 131,30 – přece se ředí, a u Sangona 30x100 mg ze 133,20 na 131,16. Zatím se takhle nechovali. Myslela jsem, že tyto akce už jim představitelé komory vysvětlili.

ČLK > Zdravotní pojišťovny > VoZP a retroaktivita + VZP a úhrady

+ Mně VZP zkrátila platbu o korunové položky (např. Agen), a protože jsem byla přesvědčená, že mám pravdu a účtovala jsem správně, obrátila jsem se až na nějakou vedoucí v Lb, ta to zkontrolovala a zjistila, že VZP neměla nastavený aktuální číselník!!! Prý si mám dát opravnou dávku.

+ Dnes vyúčtování VZP za únor 2012 – strženy částky od 0,01 Kč do 48,78 Kč, kdy VZP nerespektovala úhradu stanovenou číselníkem, ale proplácela pouze konečnou cenu v číselníku. Konkrétně: kód: 144270 – Ortolol 100 x 20 mg – úhrada 627,91 Kč – proplaceno jen 602,58 Kč, kód: 20151 – Citalopram Actavis – úhrada 312,65 Kč – proplaceno jen 311,41 Kč, kód: 75507 – Curacne 20 mg – úhrada 713,29 Kč – proplaceno jen 708,10 Kč, a další.... Nejsm si vědom toho (možná se pletu), že by najednou přestala platit úhrada a začala platit nějaká konečná cena. Podle RL pojišťovny MUDr. Petrášové existuje nějaká vnitřní směrnice VZP, která nařizuje z těchto cen hradit tu nižší. Bude se tímto problémem, který se určitě týká všech lékáren, zabývat představenstvo komory?

+ PČLnK se problémem zabývá (např. viz korespondence zveřejněná na webu). Příčin krácení plateb je několik, všechny ale mají společný základ – datové rozhraní Seznamu hrazených a nastavení kontrolního SW VZP. SÚKL v poslední verzi datového rozhraní uvádí ve sloupci CP (cena původce) jak regulovanou maximální cenu, tak neregulovanou ohlášenou cenu původce. Od těchto cen potom uvádí ve sloupci MFC odvozenou cenu pro konečného spotřebitele. Aby toho nebylo málo, v případě existence DNC je ve sloupci MFC uvedena právě DNC. A ještě se do toho pletou doprodeje. Např. v uvedených případech (Ortolol, Citalopram Actavis) se jedná o LP bez regulované ceny původce. Výrobce ohlášenou cenu nerespektuje. Protože je úhrada stanovená výše než cena odvozená od ceny původce, proplácí VZP pouze cenu odvozenou od ohlášené ceny. V případě LP Curacne se jedná o něco jiného. V Seznamu má vyznačenu existenci DNC. Ta je potom uvedena ve sloupci MFC. Protože je nižší než cena odvozená od ceny původce, pojišťovna proplácí pouze do výše DNC. V současnosti věc řešíme jak s VZP, tak s MZD. O průběhu průběžně informujeme.

ČLK > Komora > SÚKL a komora

+ Novým ředitelem SÚKL se stal Pavel Březovský: http://www.lidovky.cz/novym-reditelem-statniho-ustavu-pro-kontrolu-leciv-je-pavel-brezovsky-1nI-/In_domov.asp?c=A120425_145320_In_domov_jkz

+ Nikde jsem během celé doby nenašla oficiálně vypsání výběrové řízení ani požadavky na kandidáty. Může mi tu někdo ze zasvěcených napsat, kde tyto informace jsou? Čekala bych, že minimálně na úřední desce MZ toto bude. Hledala jsem na úřední desce MZ i jinde na jejich webu informace k zahájení výběrového řízení – zajímalo mě, jaké má ministerstvo požadavky a představy o novém řediteli, a za celou dobu – tedy od odvolání dr. Beneše až do teď – jsem tam nenašla ani čárku. Takže mi to celé připadá takové podivné a netransparentní.

+ Vyhlášení a kvalifikační podmínky výběrového řízení, vč. posunu termínu, byly zveřejněny na webu MZ. Ale máte pravdu, teď tuto informaci také nemohu najít.

ČLK > Kontinuální vzdělávání > Semináře financované z ESF

+ Poslední dobou se hodně rozmohly semináře financované z ESF, pro mimopražské bez poplatku. Budou taky někdy semináře financované z ESF pro Pražáky? Možná hloupej dotaz, ale jde mi jen o princip – těch vzdělávacích akcí mi nepřipadá v Praze o tolik víc než mimo Prahu, aby bylo nutné ty mimopražské podporovat tak výrazně. Kvalitní seminář si zaplatím, o to nejde, ale připadá mi zvláštní a do určité míry i nefér, že pokud pojedou na seminář mimo Prahu, protože mě zajímá probírané téma, musím to na rozdíl od mimopražských kolegů zacvakat. Nebylo by lepší vyjednat do budoucna takový program financování, který bude spravedlivější?

+ Semináře přes IPVZ dotované z fondů EU mohou být určené pouze mimopražským účastníkům a snad je pochopitelné, že se tuto možnost přes náročnější spolupráci LA s IPVZ v rámci administrativy snažíme max. využít. Informace o nekvalitních lektorech, stejně jako návrhy na kvalitnější samozřejmě uvítáme.

Připravuje:
PharmDr. Petr HALTUF

Šamanismus, noetika a spiritualita

(třetí nádech)

V následujících odstavcích přinášíme pokračování rozhovoru viceprezidenta ČLnK PharmDr. Stanislava Havlíčka s psychiatrem MUDr. Stanislavem Kudrlem, který ve FN Plzeň vytvořil léčebný program na pozicích transpersonální psychologie s využitím holotropního dýchání.

■ **V minulém čísle jste uvedl, že transpersonální psychologie má kořeny v iniciačních rituálech dávných kultur, v poznání a moudrosti dávných filosofii. Co konkrétního si pod tím můžeme představit?**

Nejstarším náboženstvím, nejstarší medicínou a psychologií v historickém vývoji člověka je *šamanismus*. Sahá až k paleolitu. Šamani měli a mají vypracované techniky na vyvolávání *změněných stavů vědomí* s použitím různých rituálů a ceremonií. Pro léčení nebo věštění využívali také psychedelickou zkušenost po požití rostlinných drog. Porozumění světu a zákonitostem života se v té době odehrávalo spíše v bezprostředních prožitcích, s využitím intuice a symbolů, než na úrovni racionální, logické abstrakce. Lidé té doby, na rozdíl od moderního člověka, patrně jinak využívali a zatěžovali své mozkové hemisféry. Šaman byl obdařen mimořádnými schopnostmi a silně rozvinutým intuitivním vnímáním. Využíval k výkladu světa zejména poznatky ze změněných stavů vědomí. Musel ale fungovat skvěle v obou realitách. Byl autoritou kmene. Procházel vlastně věčným kruhem cestování do podsvětí za poznáním a vracel se zpět, aby vykonal službu druhým. Nebylo v tom nic samoúčelného.

■ **Zmínil jste rituály, léčení nebo věštby. Kde je ale ta „filozofie“?**

Duchovní nauky, mystické tradice, východní tradice, jsou termíny, které se v mnohém překrývají. Jejich poznatky o původu člověka, o stvoření, patří do oblasti, kterou Aldous Huxley nazval *věcnou moudrostí* (Perennial Philosophy), a najdeme v nich napříč kulturami řadu významných shod. Mohou být definovány jako nauky a praxe, které zajišťují možnost hlubokého nazření na podstatu vědomí, mentálních procesů a reality pomocí mentálního tréninku – meditace apod.

Tyto tradice mají společná určitá tvrzení (Walsh, Vaughn, 1980), a sice zprvu, že náš obvyklý stav vědomí je

pouze suboptimální, eventuálně až iluzorní; zadruhé, že existují mnohočetné stavy, včetně vyšších stavů vědomí; zatřetí, že těchto stavů lze dosáhnout určitým tréninkem, a začtvrté, že verbální komunikace o těchto stavech má svá omezení.

■ **Ano, na to si pamatuji celkem přesně. Předchozí díl našeho rozhovoru jsem ostatně uvedl mj. slovy, že ačkoliv si své prožitky vybavuji docela zřetelně, nedaří se mi je popsat. Proč tomu tak je?**

Mystické nebo transcendentální zážitky jsou o spojitosti a jednotě s vesmírem a jako takové:

Jsou nevýslovné – zážitek je takové síly a odlišnosti od běžných zážitků, než aby jej bylo možno definovat popisem.

Jsou noetické – existuje zvýšená vnímavost pro zřetelnost a porozumění.

Mění vnímání času a prostoru.

Přisuzují hodnotu holistickému (celostnímu) chápání, spojitě a integrované podstatě světa a jednotě s ním.

Přinášejí intenzivní pozitivní pocity a vnímání dokonalosti vesmíru.

■ **Noetika, nebo také gnozeologie, je věda o procesu poznání a o poznání samotném. Ale pokud nedokážu o prožitku mluvit, popsat jej... Poznáním zřejmě nemyslíte jenom zkoumání a objektivní hodnocení poznatého.**

„Moderní“, přírodovědecké pojetí světa, se datuje s rozvojem karteziánsko-newtonského myšlení, s rozvojem mechaniky, fyziky, biologie, makro- a mikroskopických poznatků o hmotě. Hmotný substrát je považován za primární, duševní činnost pak za jakýsi epifenomén činnosti buněk šedé hmoty mozku.

Základním experimentem v medicíně a ve vědě vůbec, od kterého se odvíjí veškeré uvažování a kterým testujeme účinnost nějaké metody, léků nebo terapeutické techniky, je dvojité slepé srovnávací studie neboli na principu lineárně kauzálních souvislostí vždy opako-

vatelný experiment. Hledají se kritéria pro „nezaujaté“ a „objektivní“ posouzení ve srovnávacích studiích. Tato kritéria mají svá opodstatnění a logiku a přinesla rozvoji technické medicíny mnoho dobrého.

Přinesla však také určitá omezení. Omezení spočívající v neotřesitelné víře, že tato kritéria lze aplikovat ve všech oblastech poznání, tedy i v oblasti duševních a duchovních stavů.

■ **A nelze?**

Pro holotropní dýchání je klíčovým pojmem spiritualita. V sezeních jsme konfrontováni s tím, co jsme, za koho se považujeme, kam spějeme. Zabýváme se využitelností transcendentního zážitku, který jde za každodenní zkušenost a přináší nové otevření v soucítění s nepřítelem, ve smíření s danostmi světa, v otevření se božskému, v prožitku pomoci druhému člověku. Spiritualita je velmi jemný fenomén, těžko uchopitelné slovy, odkázaný na přímý prožitek. Není to nic mimo nás nebo kdesi na nebesích. Spiritualita je vztah. Vztah na třech úrovních – k sobě samému, k druhým a ke kosmu.

Jde o velmi konkrétní prožitek, prožitek ryzí přítomnosti. Spiritualita je něco, co existuje jenom potud, pokud je člověk otevřen v přítomnosti. Prvním krokem spirituálního života, života v úplnosti, je dostat se do přítomného okamžiku, do jakéhosi souznění vztahů se sebou a s druhými.

Spirituální otevření se neděje pomocí ideálů nebo filozofií, ale bezprostředním, velmi osobním prožitkem, při kterém se lidé otevírají spiritualitě, kterou nalézáme v mystických větvích velkých náboženských systémů nebo v jejich monastických řádech. Tato spiritualita je univerzální, všeobjímající a založená na osobním mystickém zážitku, nikoliv na dogmatech nebo náboženských předpisech.

■ **Otázky na terapeutické, případně jiné využití metody holotropního dýchání si necháme do příštího, závěrečného dílu.**

VÝZNAMNÁ JUBILEA

květen 2012

80 let

PharmDr. Ludmila Soukupová
(OSL Ústí nad Labem)
RNDr. Emil Hladík (OSL Karviná)

70 let

RNDr. Marie Šrámková
(OSL Brno + Brno-venkov)
Mgr. Dana Šašíková (OSL Hodonín)
Mgr. Marie Honajzerová (OSL Ostrava)

60 let

Mgr. Anna Palásková (OSL Praha 6)
RNDr. Květa Kondrová (OSL Plzeň)
PhMr. Ljuba Ženišková
(OSL Hradec Králové)
RNDr. Jitka Šťastná (OSL Pardubice)
Mgr. Marie Horáková
(OSL Rychnov nad Kněžnou)
Mgr. Jana Halámková (OSL Znojmo)
Mgr. Libuše Šindelková (OSL Třebíč)
Mgr. Jiří Balon (OSL Karviná)
RNDr. Karel Brtník
(OSL Šumperk + Jeseník)
Mgr. Jela Zittová
(OSL Šumperk + Jeseník)
PharmDr. Ilona Kosařová
(OSL Praha 8)
Aff. Ladislava Škapcová
(OSL Praha 4)

50 let

PharmDr. Jaroslav Polách
(OSL Příbram)
Mgr. Ingrid Kasíková (OSL Klatovy)
PharmDr. Helena Balková
(OSL Česká Lípa)
Mgr. Vladimíra Půlpánová
(OSL Praha 6)
Mgr. Jana Skřivanová
(OSL Hradec Králové)
PharmDr. Miroslava Hejzlarová
(OSL Náchod)
Mgr. Milena Hylenková
(OSL Rychnov nad Kněžnou)
PharmDr. Zuzana Minaříková
(OSL Náchod)
Mgr. Květoslava Gabrhelová
(OSL Zlín)
PharmDr. Petr Gerhard (OSL Jihlava)
Mgr. Hana Pospíšilová (OSL Blansko)
PharmDr. Alena Šimíčková
(OSL Přerov)
PharmDr. Jana Šilerová, MBA
(OSL Praha 2)
Mgr. Karen Kejzlarová (OSL Praha 8)
Mgr. Romana Matoušková
(OSL Olomouc)
Mgr. Dagmar Brátová (OSL Ostrava)
PharmDr. Zdeňka Klimsová
(OSL Jihlava)
PharmDr. Dana Makovičková
(OSL Mladá Boleslav)

Upřímně blahopřejeme!

(člnk)

Běh pro radost a kondici (VIII.)

Pověst o poslu, který běžel po vítězné bitvě Řeků nad Peršany u obce Marathonu do Athén, aby sdělil spoluobčanům tu novinu, a v cíli zemřel, využil francouzský novinář Michel Bréal a prosadil zařazení prvního marathonu do programu Olympijských her 1896 v Athénách. Dnes jsou především městské maratony velkou událostí a na start se mohou postavit ženy i muži. Jeho zvládnutí se stalo pro tisíce lidí na celém světě iniciačním obřadem moderní doby. Na rozdíl od kratších tratí má již pouhé uběhnutí 42,195 km, bez ohledu na dosažený čas, svoji vysokou sportovní hodnotu. Vítejte tedy na Mount Marathon.

První pokus kondičního běžce by měl být velmi nesmělý, co se času týče, přesto podložený důkladnou přípravou, protože běh na takovou vzdálenost má řadu specifík. Na rozdíl od kratších tratí si málokdo dovolí uběhnout marathon v tréninku „nanečisto“. Lidský metabolismus je „normován“ na vzdálenost 35 km. Zde většinou dojdou sacharidy a pomalejší spalování tuků přinutí běžce zvolnit nebo i vzdát. Často citovaný „náraz do zdi“ bych popsal i jako pocit lehkosti a rozpouštění se. Předjetí tomu při závodě lze opatrným a volným začátkem. Adept by rozhodně měl mít zkušenosti ze závodů na 10 km a 21,1 km (půlmarathon). Přijít na start jen kvůli sázce, takříkajíc z gauče, je nesmysl a značný zdravotní risk.

Klasická příprava je založena na velkém objemu volných souvislých běhů (Lydiard). Přibývá ale zastánců intenzivnějších kratších tréninků (Hanson). Zajímavé informace lze nalézt např. na behy.cz, bezvabeh.cz, runnersworld.com. Pokud je cílem „pouze“ uběhnout na pohoďu 42,2 km, postačí se soustředit na zlepšení úrovně obecné vytrvalosti (OV), tempové vytrvalosti (TV) a speciálního tempa (ST). Pro výpočet budoucího tempa marathonu lze použít kalkulačku: <http://www.runnersworld.com/cda/trainingcalculator/0,7169,s6-238-277-279-0-0-0-0,00.html>. Zadejte si výkon z desítky a k marathonské teorii si klidně přidejte 30 minut. Znáte své budoucí tempo. Zdánlivě jednoduchý tříměsíční tréninkový plán při zachování principu cyklicke může mít následující podobu. Po – volno, Ú – 30 min. regenerační klus, St – až 60 min. ST (speciální tempo marathonu), Čt – 30 min. regenerační klus, Pá – volno, So – 60 až 120 min. TV v tempu o 30 až 60 sec. na 1 km pomaleji, než marathon, Ne – 30 min. regenerační klus. V základech schématu, tj. St a So postupně prodlužujeme dobu trvání zátěže. Naopak, v posledním měsíci před závodem dlouhé běhy zkracujeme. Při automasáži zjišťujeme bolestivost svalů nohou a snažíme se je rozmasírovat. Na

start musíme přijít odpočatí. Zatuhlé svaly vyvolávají nevědomé kompenzace v našich pohybech a předčasnou únavu během výkonu. Pro vlastní závod je nutno vyzkoušet oděv včetně čepičky se štítkem pro různé počasí a boty radši o jedno číslo větší, s dobrým tlumením. Lehké závodní vzory s tenkou podrážkou vedou k rychlejší únavě. Při běžích nad 10 km se po 5 km zřizují občerstvovací stanice. Vyzkoušené nápoje (iontové roztoky, vodu) i jídlo (banány, gely) si můžete dodat vlastní. Je lepší pít asi po 100 ml již před startem a od první stanice, protože v závěru mnohým vlivem kinetózy nechutná už nic. Při občerstvování klidně přejít do svižné chůze, svaly se uvolní a protáhnou. Před startem si zalepí prsní bradavky a polštářkovou náplastí nehty na nohou. Ambidermanem ošetřit třísla a další exponovaná místa. Tempo z počátku volnější, než jste si nacvičili, krok frekvenční, spíše švihový, marathon není žádná legrace, ale ustrašené řapkání vede opět k předčasné únavě. Až proběhnete úspěšně cílem, bude prvním pocitem úleva, že se to podařilo. V dnešní přetechizované době jste dokázali něco mimořádného. Ale připravte se na to, že se asi měsíc budete muset věnovat regeneraci.

Miloš POTUŽÁK

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP

Spolek moravskoslezských
farmaceutů pořádají

CV. přednáškový večer

Uskutečň se

13. června 2012 v 18.30 hodin
ve velkém sále Domu techniky
v Ostravě-Mariánských Horách.

Téma:

Krevní onemocnění u dětí a jejich
léčba, přednáší MUDr. Bohumír
Blažek, Oddělení dětské hematologie
a hematookologie FN Ostrava

4 body v CV

Dr. Fragner o »Société de pharmacie de Paris«

V měsíční schůzi Farmaceutické společnosti v Praze přednášel předseda pan dr. Fragner o farmaceutické společnosti v Paříži (Société de pharmacie de Paris), jejímž dopisujícím členem nedávno byl jmenován. Přednášející nejprve uvedl, že není prvním českým lékárníkem, jemuž se tohoto vyznamenání dostalo, nýbrž že před ním již byli členy pařížské společnosti jmenováni páni Dittrich a Kubert.

Pařížská společnost založena byla r. 1796 pod jménem »Société libre de Pharmaciens«; však již roku 1568 uvádí se jakási škola pro učně lékárnické. Přednášející poukazuje pak na znamenitou činnost pařížské společnosti v trojím směru: v první řadě vědecké práce členů, z nichž vynikají zvláště Vauquelin, Robiquet, Soubeiran, Buignet, Serrulas, Pelouse, Pelletier a Caventou. V druhé řadě nutno uvést četné práce ucházející se o ceny společností vypsané a konečně společností vypracované návrhy zákonů atd.

»Bylo mi povinností,« pravil řečník, »vyvrátiti nesprávné mínění, jako by mezi francouzskými kolegy panovaly povrchnost a kramářství; vidíte z mých vývodů, že francouzský lékárník při čilém svém obchodním duchu nezapomíná na vědeckou stránku farmacie.«

Poutavou svoji přednášku ukončil p. předseda přáním, aby naší společnosti vzkvetla budoucnost, jež by mohla se postaviti po bok minulosti a přítomnosti její pařížské sestry.

Časopis českého lékařnictva, 5. května 1892, str. 230

Okresní pokladna přeje materialistům

Okresní pokladny nemocenské se činí, jak svědčí následující zpráva, jež dochází nás z Českých Budějovic. Mimo obvyklých formulářů receptních dala sobě nemocenská pokladna natisknouti zvláštní lístky, tzv. poukázky, na něž pp. lékaři ordinují materialistům, drogistům různé na př. Hallskou *jodovou* vodu, heřmáněk, Magnesium sulfuric., *jodoformovaný* gaz atd. – ale nejen to, lékaři posílají pacienty přímo k drogistům a jeden z nich neostýchal se dokonce na formulář receptní napsati za slovo »Lékárna« jméno jednoho zdejšího drogisty a ordinovati ze závodu *tohoto* pána Spir. Saponatus atd.

Časopis českého lékařnictva, 5. května 1892, str. 231

Jest víno léčivem nepostrádatelným?

V Bavorsku konalo se nedávno zajímavé soudní přelíčení. Příčinou sporu bylo, že obec zdráhala se zaplatit za chudého příslušníka, lékárníkem na základě lékařského předpisu, témuž vydané víno (36 láhví, z toho 10 láhví vína šampaňského) v ceně asi 100 marek. Věc dostala se před vyšší soudní stolicí, která vyžádala sobě dobrozdání vrchního medicijního výboru ohledně těchto otázek: Zdali jest víno vůbec léčivo, jež lékárník má vydat? Zdali lze víno považovati za léčivo nepostrádatelné ve smyslu zákona o veřejné péči o nemocné?

Vrchní medicijní výbor přisvědčil k první otázce, vy-

slovil se však záporně o otázce druhé, načež ovšem lékárník se svou stížností byl zamítnut.

Časopis českého lékařnictva, 5. května 1892, str. 231

Meringův Pentál, nové narcoticum

Známo, že Mering upozornil na narkotické vlastnosti amylenuhydratu. Poslední dobou podařilo se mu připravit čistý amylen, jenž nazval pentál, protože nová sloučenina obsahuje pět uhlíků. Zároveň zjistil, že je to znamenité anaestheticum na způsob chloroformu a že možno ho v chirurgii k narkose s prospěchem užíti.

Pentál je těkavý a snadno hořlavý jako éter. Nelze s ním tedy při světle umělého nebo vůbec poblíže ohně manipulovati. K docílení anaesthesy užívá se takovým způsobem jako éteru a chloroformu. Pokusy byly prováděny na halské poliklinice i zjištěno, že k úplné narkose, která dostává se po 3–4 minutách, dostačí 20 kcm. pentálu úplně. Radí se započítati operaci chvíli před úplnou narkosou, protože tato není hlubokou a netrvá dlouho. Hodí se tedy

nová sloučenina pouze při menších chirurgických výkonech. Ztráta citlivosti jest úplná. Nikdy nebyly pozorovány nepříjemné příznaky chloroformu. U alkoholiků nepozoruje se po pentálu stadium excitace, ba ani vrhnutí při narkose nebo po ní se nedostavuje.

Pentál nechává prý s pokojem funkce srdce i plic. To by ovšem byla značná výhoda.

Zdá se, že aspoň při kratších operacích vzrůstá chloroformu v pentálu vážný soupeř.

Časopis českého lékařnictva, 21. května 1892, str. 251

Klub českých farmaceutů o koncessích

Rozhovor o posledních lékárnických koncessích zahájil na schůzi Klubu českých farmaceutů v hostinci »u Hopfenštoků« předseda kol. Turek, jenž pravil, že zadání posledních koncessí působilo v kruzích assistentských jako rána hromová.

Řečník vážně a věcně kriticky probírá celý nyní, nutno to říci *pochybený* modus zadávání koncessí, kdež politický úřad nikterakž není vázán dobrozdáním gremia, kdež výklad slova »nejspůsobilejší« může býti tak velice rozdílný. Trefnými slovy líčí pak způsoblost dra. Fosska, jemuž poslední vídeňská koncesse byla udělena, jenž nejen že stal se asi o 13 let později magistrzem nežli jiní uchazeči, nýbrž ani *zákonitěmu* požadavku pětileté doby služební nevyhověl! Řečník podává pak zprávu o krocích, jež spolek vídeňský v té příčině učinil a k nimž jménem klubu připojil svůj souhlas (Výborně!). Leč ještě bližším jest assistentům českým případ *žizkovský*; též podrobuje kol. Turek koncesionáře vážně, nepředpojaté kritice rovněž jako podivné jednání gremia. To, co se stalo, však sotva dá se odčiniti a nezbyvá, než aby klub pozvedl svého hlasu, aby na příště podobná chyba se nestala. Zajisté že by to nebylo možné, kdyby v každém gremiu zastoupeni byli též assistenti, kteří vyhověli požadavku 5leté doby služební.

Časopis českého lékařnictva, 21. května 1892, str. 257

**Sepsáno
před 120 lety**