

6/2012

ročník LXXXIV

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Batůžkaření je velký problém, ale lékárníci tento jev vyřešit nemohou, protože stojí mezi dealery a lékaři, tzn. uprostřed článku řetězu, napsali mi z jedné lékárny ke stále aktuálnímu tématu. A jestli na donášku léků do ordinací nepřistoupí i ty prozatím slušné lékárny, učiní tak vedlejší lékárna. Mnohé k dodávkám léků přinutila ekonomická realita. Stali jsme se navzájem tvrdými konkurenty a nevíme, jak ven ze situace, kterou zavinili nekompetentní politici. Co teď s tím?



Dá se batůžkaření vykořenit? Zásobováním ordinací se lékaři vystavují riziku trestního postihu, lékaři se však výdejem těchto léků stejně jako oni dopouštějí deliktního jednání se sankcí až milion korun, ale nic si z toho zatím nedělají. Koncem loňského roku dokonce prezident České lékařské komory v rozhlasovém vysílání řekl, že vydávání léků v ordinacích je obrovskou službou pro pacienty, a toto tvrzení potuploval hodnocením, že zákony a vyhlášky, z nichž vyplývá, že jde o nelegální činnost, jsou špatné. Ve skutečnosti ale nejde o nic jiného než o ekonomické zájmy lékařů, jenže to už nezní tak libozvučně.

Všichni víme, že některé lékárny jsou na batůžkaření založeny. Mezi sebou lékárníci probírají, zda lze tuto „iniciativu“ nějak rozlišit. Je batůžkařem ten, jehož lékárna sídlí ve stejné budově jako ordinace lékaře? Ano, je, protože léky má vydávat lékárník, a ne lékař. Ten, kdo zanáší vlastní spádovou oblast, porušuje právní předpisy stejně jako kolega, který veze „batoh“ přes půl republiky.

Kdo toto jednání zlikviduje, když pojišťovná je to jedno? Má lékárnická komora dostatek nástrojů, aby svým členům dodávání léků do ordinací (nebo taky prodej nadměrného množství léků s efedrinem apod.), zarazila? Momentálně možná nemá, ale i v České republice se v určitém směru situace začíná měnit. Občas už padne kosa ne na kámen, ale konečně i na provinilé státní úředníky a politiky, i když u nás bychom potřebovali spíše senoseč. Lidem porušování zákonů vadí. Lékaři a lékárníci stojící před soudem nejsou ani nebudou výjimkou. V případě, kde vidina finančního zisku zastínila zákon i etiku povolání, možná bude pro odsouzeného vysoká pokuta menším zlem. Někteří totiž mohou jít na pěkných pár let do tepláků.

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, Ph.D., PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Daniela Seberová, PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékárnická 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. 7-8/2012 – 12. července 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, reprodukci apod.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



obsah

Zásadní význam výměny informací	4
Zeptali jsme se	5
Regulace reklamy i další témata	6
Z mozaiky událostí...	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Ze zasedání komise pro metodiku	10
Návody pro dispenzaci:	
Betahistin a Meniérova choroba	11
Zaměřeno na aktuální legislativu	12
Účetní koutek: Nákupní cena a její uplatňování	13
Diskusní okénko	14
Molekula měsíce: Tafamidis	15
Nově registrované látky: Exenatid LAR	16
Nové nebo méně známé léčivé rostliny:	
Simmondsia chinensis	17
Kolagen při osteoartróze	20
Světové dny WHO: červenec-srpen	21
Krásný den v dobré společnosti:	
PHARMA BALL 2012	24
Marocké království v Africe	25
Nádech, výdech – využití v terapii	26
Běh pro radost a kondici (IX.)	28
Sepsáno před 120 lety	29

titulní strana



Obrázek na obálce:
Václav ŠÍPOŠ

Spolupráce slovenských a českých lékárníků – správná cesta

Zásadní význam výměny informací

Na pozvání kolegů z prezidia Slovenské lékárnické komory (SLeK) se ve dnech 18. až 20. května v Bojnících zúčastnila setkání skupina zástupců našeho představenstva ve složení Lubomír Chudoba, Marcela Škrabalová, Martin Kopecký a autor tohoto příspěvku. Návštěvu organizovaly společně se Slovenskou lékárnickou komorou a Regionální komorou Trenčín i lékárnická sekce Slovenské farmaceutické společnosti pod generálním partnerstvím PRO.MED.CS Praha a za významné nejen organizační podpory lékárnické distribuce Unipharma Bojnice.



PharmDr. Jan Horáček

Těžištěm akce byl 19. května odborný seminář na téma *Spolupráce slovenských a českých lékárníků – správná cesta*, kde hlavní referáty zazněly z úst obou prezidentů. Jak si stojí Slovenská lékárnická komora v roce 2012, zevrubně popsal prezident Tibor Czul'ba, Lubomír Chudoba vystoupil s prezentací *Veřejné lékárny – česká realita a očekávání*. Viceprezident SLeK Ondrej Sukeľ v přednášce *Nevyužitá šance* ukázal na konkrétních příkladech i na souhrnných číslech ze zahraničí pozitivní roli lékárníka v optimalizaci farmakoterapie. V druhé části semináře jsme vyslechli příspěvky Moniky Hanusové z firmy Čemus o aplikaci merchandisingu v lékárnách, Róberta Barlíka o historii, současnosti a budoucnosti

výroby a produktech PRO.MED. CS Praha a. s., a Ladislava Kňaze, předsedy představenstva Aliancie lékárníků o rozvoji virtuálních řetězců na Slovensku, kde se nacházejí spíše v počáteční fázi rozvoje. Seminář zakončil předseda představenstva Unipharmy Tomislav Jurik referátem o přednostech lékárnické distribuce jako stabilizačního prvku v systému poskytování lékařské péče.

Poté následovalo už neveřejné setkání představitelů vedení obou komor, zástupců Aliancie lékárníků a vedení Unipharmy, kde byla diskutována a porovnávána situace našeho oboru v obou zemích. Mnoho zajímavých informací jsme si vyměnili i v rámci společenského programu a v kuloárech.

Slovenská lékárnická komora na rozdíl od naší má nepovinné členství, přesto 98 % lékárníků je v komoře, všichni farmaceuti – zdravotničtí pracovníci jsou komorou registrováni (4 180 osob). Je vyvíjena snaha o návrat k povinnému členství, momentálně se zdá situace pro tuto změnu příznivá tím, že souhlasí ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská i např. prezident republiky Ivan Gašparovič. „Velká“ komora se člení na osm regionálních komor, členské příspěvky činí ročně 30 eur u zaměstnanců a 330 eur u provozovatelů lékárníků a odborných zástupců. Dále má komora založeny sekce pro majitele lékáren, pro nemocniční lékárníky, pro mladé lékárníky a pro zaměstnané lékárníky, tato je však údajně neaktivní.

Lékařství na Slovensku vykazuje také jisté odlišnosti od českého modelu. Především stále ještě přibývají lékárny vyšším tempem než v ČR. Dnes oproti naší zemi má Slovensko cca polovinu obyvatel (5,3 milionu), zato v počtu lékáren nás zdatně dohání, je jich asi 2 020. Mezi lékárníky je přibližně 220 nezaměstnaných, za pár dní vyjde dalších 300 nových absolventů. Odejdou do ciziny, na úřad práce nebo se pro ně postaví dalších 150 nových lékáren? Na jednu lékárnu připadá 1,96 lékárníka a 2 670 obyvatel. K vedení lékárny není nutná specializace z lékařství



ZEPTALI JSME SE

(tam jeden obor), stačí tříletá praxe v posledních pěti letech.

V cenách recepturních léčiv je situace stabilnější, není zde doplňková válka, protože poskytne-li lékárna slevu z ceny léku pacientovi, musí stejné procento slevy poskytnout i pojišťovně. Toto však v poslední době narušila novela zákona, která přinesla nově tzv. věrnostní systém. Pokud se pacient do tohoto systému zaregistruje, lékárna musí poskytnout pojišťovně slevu již jen 50 procent z bonusu pacienta. Na tento princip podobně jako u nás loví pacienti především Penta vrácením jednoho eura věrným. Tlak na snižování cen a velké množství lékáren má za následek u přibližně 30 procent lékáren hospodaření v červených číslech. Projevuje se to mj. i snižováním nominálních mezd lékárníků oproti minulým rokům. Marže je na Slovensku též degresivní, ale přírůstek je pevně oddělena pro distributora a pro lékárnu. Způsob „aby se vlk nažral a koza zůstala celá“ se použil u generické preskripce. Lékař předepisuje generickým názvem, ale do závorek vedle může uvést název firemní, který pak v naprosté většině pacient vyžaduje. Inu lobby výrobců je silná i na Slovensku. Vedle již zmíněného obnovení povinného členství v komoře, kolegové v SR po politicích požadují odstranění věrnostního bonusového systému ze zákona a podmínku získání specializace z lékárenství pro vedení lékárny.

V rozsáhlé diskusi jsme se shodli na několika tezích, které lze pokládat za společné pro obě země. Za znepokojující pokládáme například to, že právě v ČR a SR je dáván široký prostor pro dravé marketingové praktiky v lékárenství. Upřednostnili bychom uplatnění regulace vzniku nových lékáren na úrovni registrujícího orgánu.

V solidárním systému zdravotnictví podporujeme rovnoměrnější dostupnost lékárenské péče a rovný přístup (i finančně) k jejímu čerpání. Lékárnu pokládáme i do budoucna za zdravotnické zařízení, a tento princip je třeba posilovat.

Celá akce proběhla tradičně ve velmi přátelské a pohostinné atmosféře, za což organizátorům touto cestou ještě jednou děkuji. Podobná setkání jsou důležitá už jen proto, abychom byli informováni a připraveni na nejrůznější kulišárny, které se jako náhoda lehce přenášejí obousměrně přes hranici.

Tématem semináře, který v několika městech pořádala Lékárnická akademie, s.r.o., ve spolupráci s ČLnK a IPVZ, byla aktuální legislativa pro lékárníky. Zaujaly vás přednášené informace a považujete je za přínosné pro svou práci?



PharmDr. EVA VYKRUTOVÁ
Lékárna Medica, Frýdek-Místek

Seminář Aktuální legislativa pro mě byl přínosný, protože mi pomohl zorientovat se v současné nepřehledné situaci plné nových zákonů a vyhlášek. Také oceňuji zpracování Mgr. MUDr. Maršíka, který nám dané téma podal srozumitelně. Vysvětlil všechny aktuální kroky, které jsou potřeba pro změny související s novým zákonem o zdravotních službách, a nastínil vývoj dalších legislativních kroků. Také jsme měli možnost nahlédnout do velmi složité problematiky cenotvorby a revizí úhrad. Oceňuji, že ČLnK uspořádala tento seminář i v našem regionu, a to hned dvakrát.

PharmDr. KATEŘINA VAŠÍŘOVÁ
Ústavní lékárna SZZ Krnov

Vzdělávacích akcí s tématem aktuální legislativa se účastním pravidelně, neboť znalost zákonů, vyhlášek a dalších norem se stává pro výkon našeho povolání nezbytností, protože určuje pravidla a stanovuje mantinely v situacích, ve kterých se každodenně nacházíme.

Na rozdíl od farmakoterapeutických témat, která jsem schopna nastudovat a pochopit samostudiem z odborných publikací, je pochopení a správný výklad nově schvalovaných zákonů a vyhlášek natolik složitý a často i nejednoznačný, že ráda využívám příležitosti nechat si danou problematiku vysvětlit zástupcem naší komory s možností zároveň položit dotaz na nejasnosti. Zároveň mě potěšilo, že tato akce byla spolufinancována Evropskou unií. Nevím, jestli některé získané informace opravdu využiji, v některých případech bych byla spíše ráda, kdybych se v praxi nedostala do situací, kdy by bylo třeba tyto znalosti uplatnit.



Mgr. KAMIL KOŘÍNEK
MarLekar s.r.o.,
Mariánskohorská lékárna, Ostrava

Jsem rád, že za nás někdo sleduje aktuální situaci v legislativě a ještě to umí tak záživně podat.

PharmDr. JARMILA ZUČKOVÁ
Lékárna Nemocnice Třinec

Seminář na téma Aktuální legislativa pro lékárníky II. jsem absolvovala v návaznosti na zimní termíny. Oba přednášející, Dr. Jaroslav Maršík a Mgr. Martin Mátl, dokázali tak nezábavné téma, jakým legislativa může být, vysvětlit zajímavým způsobem a vnést je do povědomí. Vyzvedli ty nejdůležitější body a podrobně je objasnili. Tím mi ušetřili čas, nemusím se prokousávat dlouhými paragrafy. Vždyť až příklady z praxe a právní zkušenosti přednášejících nás upozornily na rozpory ve znění některých zákonů. Seminář považuji za velice efektivní.



Regulace reklamy i další témata

Ve dnech 15. a 16. května proběhla ve Špindlerově Mlýně konference s názvem Rizika v činnostech farmaceutické společnosti. Pořádala ji společnost Androsa, která se věnuje vzdělávání a personálnímu poradenství. Stručná charakteristika vypůjčená z webu Androsy zní: „Konference je tradičním setkáním managementu farmaceutických společností a zdravotnických zařízení, zástupců státní správy, zdravotních pojišťoven a farmaceutů v České republice“.

Mgr. Martin Mátl



V letošním roce se zaměřila na novělu zákona o regulaci reklamy, aktuální otázky řízení nemocnic, generickou preskripci a tvorbu pozitivních listů a efektivitu prodejních týmů.

V bloku věnovaném regulaci lékové reklamy, který moderoval advokát Mgr. Libor Štajer, měli své zástupce SÚKL a originální i generičtí výrobci. Novela zákona o regulaci reklamy je ze strany státní správy prezentována jako opatření zmenšující prostor ke korupci ve zdravotnictví, zejména v oblasti předepisování a výdeje léčivých přípravků. Ze strany průmyslu patří mezi nejvíce kritizované rozšíření definice reklamy i na neintervenci poretistrační studie a zákaz návštěv farmaceutického reprezentanta u lékaře v ordinační době. Jako problematická je výrobci vnímána paušalizace navrhovaných opatření postihující běžné činnosti. Zákaz poskytování výhod v souvislosti s výdejem hrazených přípravků odůvodňuje SÚKL jako ochranu pacienta před pobídkami k vyšší spotřebě léčiv.

PharmDr. Michal Krejsta, MBA, generální ředitel PHOENIX SK, moderoval blok, ve kterém vystoupili ředitelé nemocnic, od fakultních, přes „krajské“ až po soukromé. Z diskuze vyplynulo, že největší manévrovací prostor je v oblasti nákupu, ať již materiálu či léčivých přípravků.

Mgr. Michal Hojný, vedoucí lékárník Ústavní lékárny IKEM Praha a člen představenstva ČLnK, moderoval blok zaměřený na generickou preskripci a generickou substituci. Ve svém úvodním vystoupení shrnul dosavadní vývoj v oblasti generické substituce. PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D., vedoucí lékárník FN Olomouc, ve své prezentaci shrnul

mýtus, že rozdíl biologické dostupnosti dvou bioekvivalentních léčiv může být v desítkách procent. Zkušenosti se zaváděním generické preskripce na Slovensku prezentoval MUDr. Igor Novák, MPH, prezident Asociácie dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok. V jeho vystoupení zaznělo, že překotně zavedená generická preskripce naráží v praxi na řadu problémů. Studii monitorující stav generické substituce v ČR přednesl PharmDr. Petr Fifka, Head of Commercial, Sandoz CZ. Vyplynulo z ní, že nejčastější důvod pro substituci v podmínkách ČR je dostupnost konkrétního přípravku, zatímco cena léčivého přípravku je důvodem pro substituci v menší míře. MUDr. Aleš Kmínek, MBA, Medical Marketing Director, Astra-

Zeneca, ve své prezentaci zmínil význam dlouhodobé pověsti výrobce pro vztah s lékařem, která má větší hodnotu než krátkodobé, byť mnohdy propracované, marketingové aktivity. MUDr. Taťána Soharová, ředitelka odboru léčiv a zdravotnických prostředků VZP, ve své prezentaci mimo jiné přednesla aktivity uvedené pojišťovny v oblasti tvorby číselníků ambulantních a nemocničních léků. MUDr. Pavel Vepřek, poradce ministra zdravotnictví ČR sdělil, že ministerstvo považuje zavádění generické preskripce v podstatě za uzavřenou kapitolu a budoucnost vidí v rozvíjení pozitivních listů.

Z přednášek i z následné diskuze vyplynulo, že nikdo ze zúčastněných nezpochybňuje provádění generické substituce. Žádoucí by podle diskutujících bylo zpřehlednění pravidel tak, aby bylo jasné, kdy je možné substituci provádět, a vytvoření seznamů léčiv vhodných k substituci. Opačně byla hodnocena generická preskripce, které nemá mnoho zastánců.

Většina prezentací je pro případné zájemce dostupná na internetových stránkách společnosti Androsa: www.androsa.cz.

Vědecká činnost studentů FaF

Po vzoru akademických pracovníků se studenti farmaceutických fakult zabývají během studia vědou. Děje se tak především v rámci jejich diplomových prací. Poměrně obsáhlá část z nich dosahuje velmi zajímavých výsledků, které stojí za prezentaci. A právě proto vznikly a probíhají studentské vědecké konference.

První částí těchto konferencí je fakultní kolo, které se koná odděleně na farmaceutických fakultách: Univerzity Karlovy v Hradci Králové, dále Veterinární a farmaceutické univerzity v Brně a rovněž Univerzity Komenského v Bratislavě. Studenti jsou rozděleni do tří sekcí: biologické, chemické a ostatních farmaceutických disciplín. Tato kola se konají nejčastěji v dubnu.

Zajímavější a mnohem prestižnější je pak Nadnárodní kolo Studentské vědecké konference (NSVK). Tam postupují dva nejlepší prezentující z každé sekce ze všech tří výše zmíněných fa-

kult. NSVK je každoročně v květnu v sídle společnosti Zentiva, která celou akci také zaštiťuje. Součástí konference je společenský večer, kterého se každoročně účastní soutěžící se školiteli, organizátoři ze studentských spolků, zástupci firmy Zentiva a zástupci fakult. Letos byl přítomen děkan hradecké farmaceutické fakulty prof. PharmDr. Alexandr Hrabálek, CSc., rádi jsme přivítali také prezidenta České lékárnické komory PharmDr. Lubomíra Chudobu.

Samotná soutěž probíhá opět ve třech sekcích jako jednotlivá fakultní kola. Pokud jde o systém hodnocení, každá

sekce má dvě komise, a to fakultní a ze společnosti Zentiva. Vítězové vybraní komisí Zentivy získávají mimořádné stipendium v hodnotě 15 000 Kč a také roční předplatné časopisu Remedia. Letošní kolo NSVK měl pod taktovkou Spolek českých studentů farmacie při FaF UK HK. Zájemci o vědecké práce mají možnost sledovat průběh jednotlivých fakultních kol, popřípadě sledovat stránky fakult nebo studentských spolků, kde se každoročně informace o SVK objevují.

VÝSLEDKY

Biologická sekce

akademická komise:

- 1) Zora Vochányová (VFU Brno)

- 2) Ján Remšík (FaF UKo, Bratislava)
- 3) dělené místo
Gabriela Kováčsová (FaF UK HK),
Dita Kožíšková (VFU Brno)

komise Zentiva:

- 1) Zora Vochányová (VFU Brno)
- 2) Gabriela Kováčsová (FaF UK HK)
- 2) Ján Remšík (FaF UKo, Bratislava)

Chemická sekce

akademická komise:

- 1) Andrej Kováčik (FaF UK HK)
- 2) Eugenie Nepovimová (FaF UK HK)
- 3) Daniela Veselá (VFU Brno)

komise Zentiva:

- 1) Andrej Kováčik (FaF UK HK)
- 2) Eugenie Nepovimová (FaF UK HK)

- 3) Daniela Veselá (VFU Brno)

Sekce dalších farmaceutických disciplín

akademická komise:

- 1) Denisa Diblíková (FaF UK HK)
- 2) Michaela Korčeková (FaF UKo Bratislava)
- 3) Renata Sztokowska (VFU Brno)

komise Zentiva:

- 1) Denisa Diblíková (FaF UK HK)
- 2) Renata Sztokowska (VFU Brno)
- 3) Marie Mrázková (VFU Brno)

Filip ŠKARDA
prezident SČSF

2. 5. 2012

Na schůzce s nově jmenovaným náměstkem pro zdravotní péči MUDr. Ferdinandem Polákem bylo předmětem diskuze zejména téma postgraduálního vzdělávání. Vedle rozdělení a náplní základních oborů jsme se věnovali certifikovaným kurzům, jejich šíři a možnosti zkrátit délku vybraných certifikovaných kurzů řádově na 2–3 měsíce (nyní je minimálně 1 rok). Vzhledem k různorodým názorům na podobu specializačního vzdělávání farmaceutů bude ministerstvo zdravotnictví iniciovat „kulatý stůl“ za účasti zástupců ČLnK, odborných společností, GML a Mladých lékárníků. Pravděpodobný termín diskuzního odborného setkání je polovina září.

2. 5. 2012

Pro finalizaci plánu komorou připravených vzdělávacích akcí na druhé pololetí 2012 je nutné co nejdříve upřesnit podmínky pokračující spolupráce ČLnK s IPVZ. Bylo proto iniciováno setkání s projektovým manažerem projektu vzdělávání lékárníků financovaného z programu EU, MUDr. Zdeňkem Hejdkem (v mezidobí proběhly další schůzky za účasti Mgr. Michala Hojného a PharmDr. Petra Horáka).

14. 5. 2012

Pod záštitou poslankyně MUDr. Patricie Kotalíkové, členky Výboru pro zdravotnictví byla ve spolupráci s patientskou organizací Koalice pro zdraví (www.koalicepro-

zdravi.cz) uspořádána v Poslanecké sněmovně konference na téma „Legislativní změny ve zdravotnictví a jejich dopady“. Ministr zdravotnictví, jeho tři náměstci, ředitel odboru farmacie a další referovali a následně s účastníky konference diskutovali o tématu zdravotní reformy a připravované aktualizaci legislativních novel, o právech pacientů, o úhradách zdravotní péče a lékové politice ministerstva zdravotnictví.

16. 5. 2012

Na úvodní schůzce s novým ředitelem SÚKL MUDr. Pavlem Březovským, MBA, byla diskutována



základní témata a předpoklad spolupráce SÚKL a ČLnK.

16. 5. 2012

Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu projednával v rámci své 24. schůze mj. Návrh směrnice Evropského parlamentu a Rady o průhlednosti opatření upravujících ceny humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti veřejných systémů zdravotního pojištění. Zjednodušeně vyjádřeno, na základě iniciativy výrobců

léčiv je navrhováno nejen další, již spíše nereálné zkrácení doby pro stanovení ceny a úhrady léčiv, ale zároveň také možnost uplatnění značných sankcí vůči jednotlivým členským státům ve prospěch výrobců. Těžko pochopitelný „bruselský“ návrh, nejen vzhledem k současné ekonomické situaci, zástupce MZd ani členové Výboru očekávaně nepodpořili.

17. 5. 2012

Hlavním tématem schůzky se senátorem prof. MUDr. Janem Žaloudíkem, CSc., bylo projednání návrhů vybraných pasáží ze zdravotnických zákonů aktuálně připravovaných ministerstvem zdravotnictví.

23. 5. 2012

S ředitelem Odboru farmacie MZ ČR byly projednány příklady neoprávněného krácení úhrad léčiv ze strany VZP (společně s Mgr. Martinem Mátlem), které ČLnK v mezidobí obdržela. Zároveň bylo poukázáno na nepřijatelnou praxi VZP ve značně zpožděném vydávání Číselníků zdravotnických prostředků s důsledkem v podobě retroaktivního snižování úhrad. **Souběžně probíhalo s pracovníky Odboru farmacie jednání ohledně pokračujících odborných jednání o kategorizaci a novém zákoně o zdravotnických prostředcích (Mgr. Michal Hojný a Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík).**

(Podrobné informace o popsanych udalostech: www.lekarnici.cz)

PharmDr. Lubomír CHUDOBA

Již počtrnácté přijeli do Opavy mladí lékárníci

Do Slezska jsme s kamarádkami vyjely už v pátek ráno, neboť nás čekal pestrý zážitkový víkend s nálepkou XIV. Kongres mladých lékárníků. Vypravily jsme z Polabí a z Jizeřek, sešly se v Hradci Králové, město naší Alma mater, a odtud nedbaje dobrých rad chytré navigace jsme si to namířily přes malebné kopcovité Jeseníky až do slezské metro-pole.

Přátelskou Opavu jsme si zamilovaly na první pohled. Přednášky se konaly v příjemném prostředí Minoritského kláštera a přilehlého parku, ve volných chvílích jsme si stihly projít i historické centrum města.

Letošní téma kongresu navazovalo na loňské a znovu vycházelo z nevyčerpatelné studnice informací v oboru farmakoterapie v pediatrii. V pátek o d p o l e d n e a v sobotu zaznělo mnoho zajímavých příspěvků, z nichž nám rozsah článku dovolí



M. Salabová

zmínit snad jen MUDr. Jozefa Macka ze Zlína, který přednášel o bolesti v prenatálním období a u předčasně narozených novorozenců, a kde nás mimo jiné zaujalo „jednoduché“ analgetikum ve formě sacharóзовého sirupu. Ostatní přednášky obsahovaly řadu zajímavých témat zpracovaných jak lékaři, tak farmaceuty (noncompliance u dětí, enterální a parenterální výživa u dětí, intoxikace v pediatrii, přednáška Lékaři bez hranic nás přenesla do zemí třetího světa v podání kolegyně Petry Thomson, magistraliter příprava v dětské kardiologii, cystická fibróza, Hunterův syndrom, trofoblastická nemoc těhotných, dětský autismus, význam probiotik při dětských průjmech, péče o dítě s coeliakií, rizika paracetamolu pro vznik astmatu atd.)

Po vážných tématech nás v sobotu večer pobavilo komediální divadelní

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

udělená a zaniklá v dubnu (část) a květnu 2012

Zaniklá osvědčení

- 507/1993 Mgr. Miroslava Ottlová, Náměstí 138, Volary
185/1994 Mgr. Milena Plechatá, T. G. Masaryka 10, Pernink (ZR)
261/1994 PharmDr. Vladimíra Bobčíková, Mírové náměstí 23, Nová Bystřice
369/1996 RNDr. Eliška Vassová, Na Městečku 56, Pozořice
343/1998 Mgr. Ivana Kovářová, Krátká 554, Vimperk (ZR)
75/2000 PhMr. Jiří Klement, Masarykovo nám. 31, Protivín
282/2001 PharmDr. Dana Ryšavíková, Úzká 820, Vratimov
237/2003 Mgr. Jaroslav Servus, T. G. Masaryka 6, Prostějov
284/2003 PharmDr. Josef Baďura, Národní třída 48, Hodonín
338/2003 Mgr. Alena Lehocká, Seifertova 1, Hodonín
152/2004 PharmDr. Karel Peterek, tř. Svobody 3, Cheb
210/2004 Mgr. Jana Slámová, Větní 231 (ZR)
159/2005 RNDr. Petr Karajannis, Radniční 8, Rýmařov
307/2005 Mgr. Miroslav Mrkos, Pavlíkova 67, Ořechov
116/2008 PharmDr. Olga Winklerová, Sokolovská 149, Praha 8
205/2008 PharmDr. Dáša Staňková, Polská 21, Ostrava-Poruba
337/2008 Mgr. Tomáš Kopp, České mládeže 456, Liberec
27/2009 PharmDr. Michala Belasová, Křenova 3, Praha 6
102/2009 PharmDr. Jarmila Oreská, J. Jabůrkové 1842, Otrokovice
255/2009 Mgr. Ellen Tučková, Kozí 684/8, Brno (ZR)
318/2009 PharmDr. Ivan Procházka, V Třešňovce, Praha 9
344/2009 Mgr. Pavel Semerád, Vaňkova 225, Nové Město pod Smrkem
348/2009 PharmDr. Petr Kornia, J. A. Komenského 68, Žacléř
305/2010 PharmDr. Tatjana Kotábová, Křižíkova 19/308, Praha (ZR)
306/2010 PharmDr. Lenka Fraňková, Erbenova 193/7, Praha 5
1/2011 Mgr. Veronika Mrkosová, Holásecká 31, Brno-Tuřany
16/2011 Mgr. Pavla Pečeňová, Náves 671, Prštne
235/2011 Mgr. Jarmila Dvořáková, nám. TGM 13, Břeclav
252/2011 Mgr. Ivana Kupková, Mráčkova 3419/3, Praha 4
269/2011 Mgr. Anna Bártová, J. Boreckého 1590, České Budějovice
327/2011 PharmDr. Miloslava Pilařová, Svatý Kříž 288, Cheb
332/2011 Mgr. Elena Mareková, Koněvova 188/30, Praha 3
344/2011 RNDr. Blanka Čermáková, tř. 2. května 3646, Zlín
401/2011 PharmDr. Lucie Šantavá, Ph.D., Žižkova 241/14, Zábřeh
440/2011 RNDr. Rudolf Jendryščík, Čáslavská 1176, Bohumín
445/2011 Mgr. Lukáš Vágner, Luženská 2725/2, Rakovník
450/2011 Mgr. Zlata Heřmánková, K Dolům 939/8, Praha 4
451/2011 PharmDr. Vladimír Gondek, Opatovská 8747, Praha 4
459/2011 Mgr. Alena Horová, Mírové náměstí 70, Postoloprty
66/2012 Mgr. Marie Tůmová, Tyršovo nám. 96/1, Loket
70/2012 Mgr. Jana Saveljevová, Vítězná 13, Praha 5
108/2012 Mgr. Václav Herčík, Krakonošovo náměstí 23, Trutnov
111/2012 Mgr. Igor Simon, Jičínská 1350, Mladá Boleslav
118/2012 Mgr. Tomáš Kesl, Poděbradova 79, Chrudim
161/2012 Mgr. Ivana Kupková, nám. TGM 13, Břeclav

Udělená osvědčení

- 133/2012 Mgr. Ivana Kovářová, Lékárna Volary s.r.o., Náměstí 138, Volary, provozovatel: Lékárna Volary s.r.o.
134/2012* PharmDr. Věra Enterová, Lékárna PHARMALAND, Valová 5457/20, Zábřeh na Moravě, provozovatel: EUROPHARM a.s.
135/2012* Mgr. Martina Ouská, Dr.Max LÉKÁRNA, Tř. Maršála Malinovského 1304, Uherské Hradiště, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

- 136/2012 PharmDr. Lumír Paroulek, Lékárna EUPHRASIA s.r.o., Pavlíkova 67, Ořechov, provozovatel: EUPHRASIA s.r.o.
- 137/2012 PharmDr. Petra Francová, Lékárna EUPHRASIA s.r.o., Holásecká 31, Brno, provozovatel: EUPHRASIA s.r.o.
- 138/2012 Mgr. Miroslav Mrkos, Lékárna Maxima, Vídeňská 546/55, Brno, provozovatel: Apply-Tech s.r.o.
- 139/2012 Mgr. Lea Halašková, LÉKÁRNA ALFA farm, tř. 2. května 3646, Zlín, provozovatel: ALFA farm s.r.o.
- 140/2012 PharmDr. Lea Zápalková, Lékárna MEDI-MED s.r.o., J. Jabůrkové 1842, Otrokovice, provozovatel: MEDI-MED s.r.o.
- 141/2012 PharmDr. Miloslava Pilařová, Lékárna, Svatý Kříž 288, Cheb, provozovatel: Ivan Trejbal
- 142/2012 RNDr. Eliška Vassová, Lékárna Na Městečku, spol. s r.o., Na Městečku 56, Pozořice, provozovatel: Lékárna Na Městečku, spol. s r.o.
- 143/2012 PharmDr. Lucie Šantavá, Ph.D., Lékárna AVE s.r.o., Žižkova 241/14, Zábřeh, provozovatel: Lékárna AVE s.r.o.
- 144/2012 Mgr. Diana Šefránková, Lékárna U Palmy, Masarykovo náměstí 31, Protivín, provozovatel: Lékárna U Palmy, s.r.o.
- 145/2012 Mgr. Pavel Semerád, Lékárna Pod smrkem, Vaňkova 225, Nové Město pod Smrkem, provozovatel: SANOVIA a.s.
- 146/2012 Mgr. Tomáš Kopp, Lékárna NISA, České mládeže 456, Liberec, provozovatel: SANOVIA a.s.
- 147/2012 PharmDr. Petr Vančák, Lékárna Melissa, Bubenské nábřeží 306/13, Praha 7, provozovatel: Lékárna Melissa Košíře s.r.o.
- 148/2012 Mgr. Vlasta Pfeiferová, Lékárna Na Palmovce, Sokolovská 149, Praha 8, provozovatel: PRAG EMPORION s.r.o.
- 149/2012 PharmDr. Olga Winklerová, U KROFTŮ, Heydukova 10, Praha 8, provozovatel: PRAG EMPORION s.r.o.
- 150/2012 PharmDr. Lenka Fraňková, Lékárna Erbenova, Erbenova 193/7, Praha 5, provozovatel: VMT Union, s.r.o.
- 151/2012 Mgr. Hana Šimová, LÉKÁRNA U SV. VÁCLAVA, Mráčkova 3, Praha 4, provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 152/2012 PharmDr. Eva Fritzová, Lékárna Hvězda Petřiny, Křenova 438/3I, Praha 6, provozovatel: HELA-CZ, spol. s r.o.
- 153/2012 Mgr. Silvia Badínková, Lékárna, Koněvova 188/30, Praha 3, provozovatel: Neopharm Lékárna s.r.o.
- 154/2012* PharmDr. Vladimír Gondek, Lékárna za Alessandrií, třída SNP 638/637, Hradec Králové, provozovatel: Poliklinika Náchod, s.r.o.
- 155/2012* Mgr. Róbert Lukáč, Dr.Max LÉKÁRNA, Bašty 413/2, Brno, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 156/2012 Mgr. Karolína Szewieczková, BENU Lékárna, Jičínská 1350, Mladá Boleslav, provozovatel: BENU Česká republika a.s.
- 157/2012 PharmDr. Pavla Nídllová, BENU Lékárna, tř. Svobody 502/3, Cheb, provozovatel: BENU Česká republika a.s.
- 158/2012 PharmDr. Dana Ryšavíková, Lékárna Vratimov, Úzká 820, Vratimov, provozovatel: Gilmeda s.r.o.
- 159/2012 Mgr. Jarmila Dvořáková, Lékárna U sv. Václava, Lidická 3411, Břeclav, provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 160/2012 PharmDr. Petr Kornia, Rýchorská lékárna, J. A. Komenského 68, Žacléř, provozovatel: GlucoPharma s.r.o.
- 161/2012 Mgr. Ivana Kupková, U sv. Václava, nám. TGM 13, Břeclav, provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 162/2012 PharmDr. Andrea Dvořáková, Dr.Max LÉKÁRNA, V Třešňovce 232/2, Praha 9, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 163/2012 Mgr. Ema Doležalová, Lékárna u Sv. Martina, J. Boreckého 1590, České Budějovice, provozovatel: VEROPHARM, a. s.
- 164/2012 RNDr. Rudolf Jerndryščík, MODRÝ PAVILON s.r.o. – Lékárna, Chittussiho 9, Slezská Ostrava, provozovatel: MODRÝ PAVILON, s.r.o.

představení slovenského spolku Kapor na scéně s *Macbethem* v jejich originální a improvizované verzi, kdy neváhali do hry zapojit i mnohé diváky. Následné večerní lahodné pohoštění a klábošení s kolegy lékárníky či bývalými spolužáky doplnilo příjemnou atmosféru kongresu. Sobotní program obohatil také polední koncert Slovanského kvarteta z JAMU Brno. Velmi zábavné a poučné bylo také nevšedně zpracované



J. Doležalová

téma studentky opavského gymnázia, *Co baví a trápí naši mládež*, ve kterém bylo shrnuto výrazivo dnešní mládeže (řeč, psaní, oblečení, účesy, hudba a nejrůznější stylizace – emo, indie, gothic, punk atd.). Uvítali jsme také představení projektu ČLnK Léky za volantem, připravené na Den lékáren a do kterého se určitě zapojíme.

Všechny přednášky jsou k přečtení na našem webu, ale živý projev asi nic nehradí. (odkaz v autorizované části webu v sekci vzdělávací akce viz: www.lekarnici.cz/Vzdelavani/Vzdelavaci-akce.aspx).

Náš veliký dík patří hlavní organizátorce PharmDr. Marii Zajícové za její dlouholeté nasazení a ochotu při pořádání opavských konferencí, přednášejícím lékařům a farmaceutům za odborný přínos a všem dalším, kteří se podíleli na hladkém průběhu celé akce.

Náš zážitkový víkend pokračoval návštěvou dalších spolužaček, bydlicích v tomto kraji. Kongres mladých lékárníků je pro nás proto (kromě vzdělávacího přínosu) každoroční příležitostí uspořádat si takový malý sraz přátel z fakulty. A to je náš recept na pěkný jarní víkend pro vás ostatní mladé lékárníky, kteří jste letos nedorazili. Zkrátka chceme příště potkat více známých tvář.

Za rok na konci května se těšíme s vámi všemi navíděnou v Opavě!

PharmDr. Markéta SALABOVÁ,
Liberec

PharmDr. Julie DOLEŽALOVÁ,
Nymburk

* = nová lékárna

(člnk)

Význam folátů v prenatální výživě

Mezi odbornou i laickou veřejností se rozšiřuje povědomí o zvýšené potřebě kyseliny listové v průběhu těhotenství. Už méně se však ví, že až 50 % žen nedokáže přeměnit kyselinu listovou na aktivní formu, kterou je tělo schopné využít. Příčinou je nedostatečná aktivita MTHFR enzymu, způsobená genetickými poruchami.

O zvýšeném příjmu folátů by však ženy měly uvažovat již při plánování těhotenství. Bylo prokázáno, že příjem kyseliny listové v tomto období výrazně snižuje riziko defektů neurální trubice a výskyt dalších vrozených vývojových vad (např. rozštěpů páteře). Těhotné ženy a kojící matky by měly zajistit také adekvátní příjem kyseliny dokosahehexaenové (DHA), která patří mezi omega-3 nenasycené mastné kyseliny. DHA se nejvíce hromadí v sítnici oka a mozku plodu během druhé poloviny těhotenství a v průběhu několika prvních měsíců po narození dítěte. DHA se zabudovává do buněčných stěn a u dětí je tento proces desetkrát rychlejší než u dospělých. V květnu 2011 potvrdila Evropská komise, že DHA přijímaná matkou přispívá ke

správnému vývoji oka a mozku plodu a kojených dětí. Zdrojem DHA pro dítě je v období těhotenství a kojení výhradně matka, protože si tuto důležitou mastnou kyselinu nedokáže samo vyprodukovat.

Odborníci se shodují v tom, že nelze získat všechny nutriční hodnoty potřeb-

né pro těhotenství pouze ze samotné stravy. Upozorňují proto na zásadní úlohu informovanosti žen o významu dostatečného přísunu kyseliny listové a DHA, který je vhodné zajistit dodatečně prostřednictvím vhodných doplňků stravy. **(dop)**

Co zajímalo kolegy ze Srbska

V pátek 8. června se v sídle ČLnK uskutečnilo už druhé setkání s lékárníky ze Srbska. Projevili velké nadšení z Rozárky. Podobná akce se zástupci České lékárnické komory a lékárníky ze Srbska, kteří přijeli z hlavního města Bělehradu, se konala před třemi lety.

Shodli jsme se na tom, že už tenkrát to bylo velmi úspěšné a oboustranně užitečné setkání. Vzhledem k tomu, že z našich společných rozhovorů si kolegové ze Srbska odnesli řadu přínosných poznatků, byla ČLnK požádána o schůzku další, takže v minulých dnech jsme v Praze přivítali lékárníky z města Novi Sad, správního centra oblasti Vojvodina, ze severní části země. Je to jedno z největších ekonomických a kulturních center země, které – jak si mnozí z nás vzpomínají – mělo v bývalé Jugoslávii nezastupitelné postavení.

Skupina dvaceti lékárníků projevila velice živý zájem o vlastní činnost ČLnK, její zákonné pravomoci, členství a o celoživotní vzdělávání českých kolegů. Dalším, velice diskutovaným tématem bylo odměňování lékařů, tvorba ceny léčiv a mechanismus stanovení úhrady léčivých přípravků, včetně vztahu se zdravotními pojišťovnami. Hodně se zajímali o vliv EU na naši legislativu, především v oblasti specializačního vzdělávání.

PharmDr. Lucie NEDOPILOVÁ

Ze zasedání Komise pro metodiku

Dne 11. dubna se poprvé v letošním roce sešla Komise pro metodiku (KPM) k projednání aktuálních otázek metodiky a datového rozhraní pro předávání dat ZP. Ačkoliv měl program kolem patnácti bodů, jen několik z nich se týkalo segmentu lékárenství. Za tento segment se jednání KPM opět účastnili RNDr. Miroslav Linhart a PharmDr. Martin Kopecký.

Z jednání je nutné zmínit se především o:

- **zásadní změně metodiky a datového rozhraní**, charakterizované tím, že je deklarována oběma subjekty ZP, tj. VZP a Svazem ZP, která se bude realizovat v časovém horizontu roku 2012 (připomínky do konce června, do září jejich vypořádání a v prosinci 2012 odsouhlasení konečné podoby). Heslovitě je plánované změny možné charakterizovat:

- přechodem datového rozhraní k formátu XML,
- svazováním materiálových a výkonných dokladů,
- v závislosti na postupu ve veřejné správě zajištěním anonymizace v identifikaci pojištěnců (ne rodná čísla),

- redukcí velké řady stávajících výjimek,
- elektronizací a přechodem k bezpapírovému styku všude tam, kde to je možné a racionální.

(Návrh řešení výkaznictví ředění cytostatik pro novou metodiku zpracuje a předloží MUDr. Pavel Frňka ze SZP).

Podklady ke změnám metodiky jsou zpřístupněny na webech ČLnK a GML. Oceníme jakékoliv připomínky nebo doplnění.

- **komplexním řešení metodiky e-Rp**, které bylo z důvodu malé a krátké zkušenosti a některých nejasností v legislativních předpisech odloženo (zatím je možné pro řešení „dovýdeje“ nevýdaných balení LP z e-receptu uvést tolik, že je možné pro dovýdej vystavit papírový výpis z e-receptu).

- **zrušení IČPP (identifikačního čísla pracovníka na pracovišti)**, protože podle sdělení VZP jsou IČPP ve většině regionů již fakticky nepoužívaná, skončí jejich oficiální platnost k 30. 6. 2012. Od 1. 7. 2012 tak zůstane v platnosti pouze seznam IČP (identifikační číslo pracoviště). Proto po 1. 7. 2012 pozor, recept s IČPP bude při vyúčtování neplatný!

- **IČZ (identifikační číslo zařízení)**, které bude vydáváno pro nově vzniklé subjekty, bude již bez vazby na region (tj. nebude mít první dvojčíslí charakteristické pro okresy nebo obvody).

Na základě výše uvedeného lze lékárnám, které tak dosud nečiní, doporučit, aby si vyřídily všechny náležitosti a začaly předávat vyúčtování elektronicky prostřednictvím e-portálů ZP.

Termín příštího jednání KPM byl předběžně stanoven na druhou polovinu září letošního roku.

RNDr. Miroslav LINHART

Betahistin a Meniérova choroba

Meniérova choroba (Men. syndrom – 1861 podle francouzského lékaře Prospera Meniéra) trápí pacienty již dlouho a úspěšnost její léčby stále není taková, jak by si pacienti a lékaři přáli. Jedná se o celý souhrn symptomů, kdy se předpokládá nepříznivý vliv zvýšeného tlaku tekutiny (endolymfa) ve statokineticém aparátu vnitřního ucha (labyrint).

Symptomy se mohou objevit náhle, někdy téměř denně, někdy jen zřídka několikrát za rok. Kauzální přístup k léčbě je v tomto případě velmi nesnadný, protože stále není vysvětlena příčina tohoto jevu (existují teorie předpokládající vasokonstrikci, infekční teorie, autoimunitní původ, častý familiární výskyt podporuje i genetický podklad atd.). Pacienti trpí atakami vertiga (závratěmi, točením hlavy), které mohou mít různou závažnost a četnost, což je obvykle provázáno nevolností a zvracením, tinnitem (irelevantní hučení, zvonění, pískání nebo pulzace v uších, v případě M. syndromu obvykle jednostranné), případně percepční nedoslýchavostí (také jednostrannou). Ataka může trvat několik minut, ale také několik hodin, u chronických stavů přetrvává nepříjemný pocit někdy i několik dní. K symptomatické léčbě se používá celý souhrn postupů a režimových opatření, včetně farmakoterapie, kdy je hlavním cílem nejen odstranit nepříjemné stavy, ale také oddálit případný nástup hluchoty. V některých případech přistupuje lékař i k chirurgickému řešení (sakotomie, neurektomie), někdy se doplňuje pulzní tlaková terapie uvnitř ucha nebo také kognitivní terapie (příprava na zvládání záchvatů, zvládání anxiety, snížení stresu, změna životních postojů atd.). Terapie bývá doplňována také řadou alternativních postupů (akupunktura, akupresura, bylinné preparáty – ginkgo, niacin, zázvor atd.). Základem léčebného přístupu je však dodržování režimových opatření, dieta s restrikcí určitých potravin a solí a farmakoterapie.

U nás má důležité místo ve farmakoterapeutických režimech betahistin (není tomu však takto všude, např. v USA se tato látka v terapii nepoužívá). Mechanismus účinku této látky (jako analogu histaminu) není zcela vysvětlen a předpokládá se několik hypotéz – ovlivnění histaminergního systému (na úrovni všech tří receptorů H₁, H₂ i H₃ s agonistickým i antagonistickým působením), zvýšení průtoku krve v kochleární oblasti i v celém mozku a usnadnění vestibulární kompenzace. Z důvodů ovlivnění histaminových receptorů se vymezují určité skupiny pacientů, u kterých není tato léčba vhodná – pacienti trpící žaludečními vředy a astmatem. Z předpokládaného mechanismu účinku betahistinu vyplývá také určitá „teoretická“ kontraindikace podání antihistaminik, jelikož se mohou vzájemně rušit jejich účinky. Lze odvodit také předpokládané nežádoucí účinky, které se projevují hlavně v oblasti GIT (nausea a dyspepsie) a bolesti hlavy. Dávkování by mělo korespondovat s klinickou odpovědí a pohybuje se obvykle v rozmezí 24–48 mg denně. Často je léčba doplňována dalšími léky ze skupiny antvertiginóz, anticholinergik či anxiolytik (benzodiazepiny zmírňují nepříjemné pocity při závratě a urychlují její odeznění). Postoje k používání betahistinu nejsou vždy jednoznačné a také úspěšnost není stoprocentní – další léčbu je nutno korigovat podle klinické odpovědi pacientů.

- Užívání betahistinu není závislé na příjmu potravy, ale v případě projevů nesnášenlivosti lze užívat současně s jídlem, vhodné je zapít dostatečným množstvím vody.
- Režimová opatření při M. syndromu – dostatečné množství spánku (alespoň 8 hodin denně), vyhnout se stresovým situacím, omezit alkohol, kouření, kofein (káva, čokoláda) a výraznější solení (zabránit zadržování tekutin v těle).
- Při nástupu záchvatu je vhodné ulehnout (na nepohyblivou podložku) a ihned si odpočinout (klid, ticho, tma – podobně jako u migrény). Při točení hlavy je dobré fixovat zrak na nějaký nepohyblivý předmět. V případě nevolnosti omezit příjem potravy a pití. Léky k symptomatickému tlumení obtíží by měl pacient užít co nejdříve, proto je vhodné, aby je měl vždy u sebe, např. antiemetika. Po záchvatu vstávat pomalu, aby nedošlo k pádu. Po záchvatu cítí pacient obvykle výraznou potřebu spánku a je schopen také na několik hodin usnout.
- Betahistin sám o sobě neovlivňuje pozornost, avšak časté ataky záchvatů u pacientů jsou samy o sobě kontraindikací k řízení motorových vozidel.
- Pokud pacient cítí, že mu užívání večerní dávky léku narušuje usínání a strukturu spánku, je vhodné večerní dávku posunout na dřívější dobu.

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

Dny farmaceutické péče na FaF VFU

Ústav aplikované farmacie Farmaceutické fakulty Veterinární a farmaceutické univerzity Brno pořádá 7. až 8. září 2012 ve spolupráci se vzdělávacím programem PACE 2015 a občanským sdružením Mladí lékárníci druhý ročník Dnů farmaceutické péče. Tentokrát budou věnovány generické substituci v lékárně. Garantem akce je Česká lékárnická komora.



Cílem konference je najít odpovědi na otázky, kdy je a kdy není generická substituce vhodná, jak vybrat vhodné generikum a jak to také pacientovi vhodně vysvětlit.

Budeme se prakticky, jasně a stručně věnovat všem aspektům generické substituce – nabídneme vám průvodce generickou džunglí. **Přednášející účastníci seznámí s platnou legislativou i s ekonomickými aspekty substituce, technolog objasní problematiku bioekvivalence jednotlivých preparátů, podíváme se na záměnu i z hlediska klinického, přivítáme zástupce lékařů.** Zajímavé jistě budou zkušenosti našich kolegů s nově zavedenou generickou preskripcí na Slovensku. Stěžejní náplní naší práce je kontakt s pacientem, na odpoledne jsme proto zařadili také blok týkající se komunikace s pacientem při záměně léčiv.

Dvoudenní konference je zaměřena na dvě cílové skupiny – v pátek 7. září bude celodenní program určený zejména studentům pátého ročníku a v sobotu 8. září se fakulta otevře lékárníkům.

Vzhledem ke kapacitě přednáškové místnosti, která činí 120 míst, je počet přihlášek na sobotní program omezen.

Konference je bez účastnických poplatků.

Více informací a přihlášky najdete na webových stránkách Farmaceutické fakulty Veterinární a farmaceutické univerzity Brno (www.faf.vfu.cz/aktuality) a na webových stránkách občanského sdružení Mladí lékárníci (www.mladilekarnici.cz). Těšíme se na setkání s vámi na půdě brněnské farmaceutické fakulty.

Za organizační tým
PharmDr. Alena PETŘÍKOVÁ

Zaměřeno na aktuální legislativu

Na loňské podzimní a zimní vzdělávací semináře věnované aktuální legislativě pro lékárníky navázaly v květnu letošního roku další vzdělávací akce, zaměřené opět na aktuální legislativu. V Chomutově, Liberci, Ostravě, Brně a Praze i tentokrát vzbudily zájem kolegů a kolegyně, kteří si uvědomují, že není jednoduché orientovat se v zákonech a vyhláškách ani v otázkách kolem cenové a úhradové regulace léčiv.

Zhruba polovina lékárníků už přednášku k legislativě absolvovala loni, tím spíše – stejně jako ti, kteří přišli na takový seminář poprvé –, podobné akce oceňují a očekávají, že komora bude své členy o aktualitách informovat průběžně.

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík se zabýval legislativou, Mgr. Martin Mátl také už tradičně cenovými a úhradovými záleži-

tostmi, PharmDr. Lubomír Chudoba informoval o jednáních na ministerstvu zdravotnictví a v poslanecké sněmovně.

Posluchačům bylo mj. připomenuto, že vešel v platnost zákon o zdravotních službách, podle kterého jeden odborný zástupce může pracovat až pro dva poskytovatele (zákon uvádí ne provozovatele, ale poskytovatele zdravotních

služeb) a je odpovědný za odborně prováděnou činnost, nemusí však pracovat přímo v lékárně. Co by měl odborný zástupce dělat? V některé lékárně může fungovat jako vedoucí lékárník, pokud ale přijme tuto funkci u poskytovatele, který má několik lékáren, v každé z nich musí být ustanoven jeden vedoucí lékárník. V lékárně musí být přítomen on sám nebo pověřený farmaceut, je však nutné mít k dispozici písemné pověření, neboť při kontrole ze SÚKL může být zmocnění vyžadováno.

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách jsou krajské úřady povinny zajistit pohotovosti, ministerstvo financí však na ně neposkytne prostředky. Kraje proto pohotovosti ani nenařizují, aby je nemusely zaplatit. Proto pohotovostní služby obvykle fungují tam, kde fungovaly dříve, někde je ale krajské úřady dokonce organizovat přestaly.

(Podrobné informace z jednotlivých vystoupení najdete na www.lekarnici.cz.)

Projekt vzdělávací aktivity je spolufinancován Evropskou unií z Evropského sociálního fondu. **(red)**



Předškoláci na výpravě za kouzlem lékárny

Lékárna je pro mnohé děti, kromě veřejné části lékárny tzv. oficíny, místem tajemným a neznámým. S fantazií sobě vlastní si mohou jen domyslet, kam chodíme ředit jejich sirupky, kam musíme zajít pro jejich sandálky nebo odkud se neustále doplňují šuplíky vepředu za tárou.

Pro moji čtyřletou dcerku to není nic neznámého a neobvyklého, protože v lékárně vyrůstá, bydlí nad ní, občas pomáhá tetám v lékárně s doplňováním a hlavně už ví, kde co najde na svoje bolístky. Zato u jejích kamarádů, když se třeba jen zmíním o lékárnických skřítcích, kteří v noci hlídají lékárnou, jejich zvědavost nezná mezí. To mě přimělo k myšlence, proč neoslovit školky a nenabídnout jim exkurzi v duchu lékárnických pohádek po prostorách lékárny, kam se nepovolání a nepozvaní jen tak nedostanou. Tato nabídka se ujala s úspěchem.

Za dodržení bezpečnostních a hygienických podmínek byly děti provedeny lékárnou od skladů přes oficínu, kde expeduje paní lékárnice s farmaceutickou asistentkou, až do laboratoře, kde byla dětem předvedena část přípravy jitrocelového sirupu a zakouzleno s tobolkami, které byly naplněny hroznovým cukrem. Z laboratoře byly děti nadšené nejvíce. Nejen, že se dověděly více o naší práci, která nespočívá jen ve vydávání léků, ale i o tom, proč kapičky do očíček připravujeme v laminárním boxu nebo k čemu slouží destilační aparát, který neušel jejich pozornosti. Bez povšimnutí nezůstala ani „zakázaná skříňka“, na které byly nálepky lebek se zkříženými hnáty. A protože nás po celou dobu exkurze doprovázeli schovaní skřítki Kulule a Kulišák, prozradila jsem dětem, kde mají v lékárně ukrytý svůj pelíšek. Do školky se děti vracely nejen plné dojmů, ale i s lékovkou jitrocelového sirupu a lékárnickou pohádkou.

Myslím, že v dnešní době, kdy povolání lékárníka je v očích mnoha lidí zkreslené a zúžené, je dobré se podílet o to, co máme rádi a baví nás třeba i s těmi nejmenšími.

PharmDr. Eliška FEJKSOVÁ, Lékárna U zlatého lva, Nejdk



S největším nadšením se u malých návštěvníků setkala návštěva laboratoře, kde přihlíželi ukázce přípravy jitrocelového sirupu.

CENY, SLEVY, AKCE... (I.)

Než se pustím do vysvětlování poskytování slev a cenových akcí, uděláme si trochu pořádek v základní ekonomice lékárny a způsobu výpočtu zisku obchodní firmy.

Často dávám lékárníkům následující příklad: V prosinci roku 2011 jsem nakoupil zboží za 1 000 000 Kč a prodal jsem zboží za 800 000 Kč. Přesto jsem vydělal 300 000 Kč, jak je to možné?

Můj (bohužel čistě teoretický) výdělek souvisí s logikou podvojného účetnictví, které při finančním řízení lékárny považují za naprostou nezbytnost.

Podvojný účetnictví totiž z pohledu nákladů rozlišuje okamžik nákupu zboží a okamžik prodeje zboží. Okamžikem nákupu zboží se zboží sice stává aktivem firmy, avšak netvoří jeho náklady. Nákladem se cena nakoupeného zboží stává teprve v okamžiku jeho prodeje.

Zpět k mému příkladu: pokud jsem totiž v prosinci nakoupil zboží, které jsem ale vůbec neprodal, netvoří jeho cena náklad. Teoreticky mohla moje firma fungovat následovně:

V listopadu 2011 jsem zahájil činnost a nakoupil jsem 1 000 ks kartáčků na zuby po 500 Kč.

V prosinci 2011 jsem všechny tyto kartáčky prodal po 800 Kč a utržil jsem tak 800 000 Kč.

Kromě toho jsem nakoupil 1 000 ks zubních past po 1 000 Kč.

Můj náklad v listopadu = 0 Kč
 Můj náklad v prosinci = 500 000 Kč (nákupní cena prodaného zboží)
 Můj výnos v prosinci = 800 000 Kč
 Můj zisk = 300 000 Kč

A na skladě mi na konci prosince zůstalo 1 000 ks zubních past po 1 000 Kč v hodnotě 1 000 000 Kč.

Možná vás teď napadá: jak se prodejní cena uplatňuje, pokud nakupuji zboží za různé ceny, kdy jde která cena do nákladů?

Nákupní cena a její uplatňování

Nejjednodušší metodou pro tzv. oceňování zásob (musíme ocenit nejen to, co jsem prodal, ale i to, kolik mi zůstalo skladem) patří metoda FIFO – ano, first in – first out, tedy první dovnitř, první ven. (Další výklad pro snazší pochopení nebudu komplikovat ani dalšími metodami oceňování, ani kombinací s expedicí šarží a expirací, které tuto problematiku do značné míry komplikují.)

Stejně jako musíte expedovat zásoby v lékárně (ty, které jste přijali jako první, musíte jako první expedovat), stejně tak v účetnictví musíte uplatňovat náklady na prodané zboží v pořadí, v jakém jste toto zboží nakoupili. Příklad – viz graf.

ÚČETNÍ KOUTEK

Moderní lékárenské systémy tento způsob uplatňování nákladů na prodané zboží samozřejmě respektují. Takže pokud máte například ve Farmisu sestavu Prodej zboží sumárně, která zobrazuje nejen ceny prodejní, ale rovněž ceny nákupní, jsou to ceny vypočítané tímto postupem.

Proč to všechno?

Možná si řeknete, proč tolik komplikací, proč nelze postupovat stejně jako v daňové evidenci (jednoduchém účetnictví), zkrátka nákup mínus prodej a basta. Pro firmu s obratem 200 tis. Kč

ročně je tento postup asi uplatnitelný, ale předpokládám, že drtivá většina z vás se pohybuje v řádu milionů korun a tak obrovské množství peněz je třeba nějakým způsobem řídit, je třeba mít poměrně přesný přehled o stavu firmy.

Vrátím se zpět k mému prvnímu příkladu. S tím, co nyní víte, který popis stavu mé firmy je podle vás přesnější?
 A. Prosinec byl tragický měsíc, prodal jsem 200 000 Kč
 B. Prosinec byl výborný měsíc, vydělal jsem 300 000 Kč

I když se mnou nemusíte souhlasit, já tvrdím, že více o stavu firmy vypovídá B. (A neberu teď v úvahu snahy o optimalizaci daňové povinnosti.)

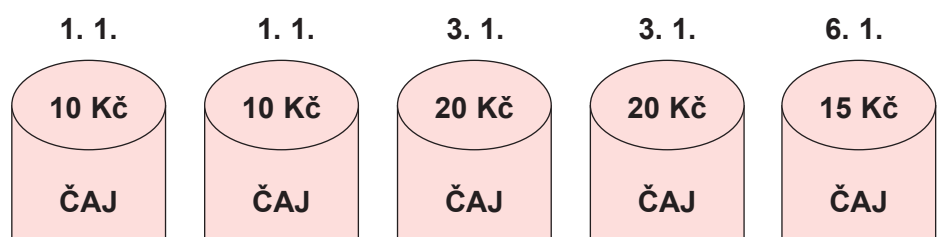
Z krátkého nastínění celé problematiky snad také přesně vyplývá, proč prostřednictvím daňové evidence nelze efektivně vést a řídit lékárnou.

Závěrem

Nedávno nabízel jistý výrobce dočasnou slevu na zboží, které se mělo v určitém časovém úseku prodávat s nižší cenou. Slyšel jsem pak o několika lékárnách, které hromadně přenášely „drahé“ zboží do skladů a „levné“ – nově nakoupené, ale zcela identické – do officíny. Pokud po přečtení mého článku víte, proč takové jednání nedává smysl, pak tento článek splnil svůj účel.

Ing. Filip DEBEF
 CYRMEK, s.r.o.

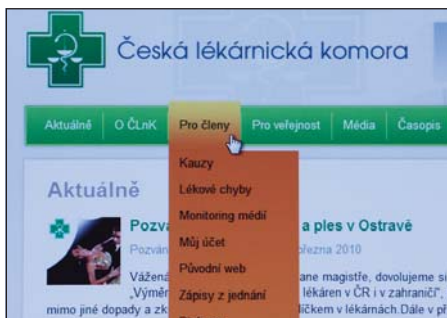
Příklad NÁKUP:



Pokud budu čaj prodávat za 30 Kč, bude můj zisk vypadat následovně:

Datum	Počet kusů	Prodejní cena	Náklad	Zisk
1. 2.	2	60 Kč	20 Kč (10 + 10)	40 Kč
4. 2.	1	30 Kč	20 Kč (20)	10 Kč
8. 2.	2	60 Kč	35 Kč (20 + 15)	25 Kč

DISKUSNÍ OKÉNKO



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

ČLK > Monitoring médií > Monitoring

+ 23. 5. 2012 byl na ČT 24 v pořadu HydePark PharmDr. Chudoba. Slušný výkon prezidenta trochu kontrastoval s povrchními znalostmi věci redaktora Takáče. <http://www.ceskatelevize.cz/specialy/hydepark/>

+ Myslím, že náš prezident se s tím „popral“ velmi dobře. Redaktor se mohl připravit lépe, často bylo vidět, že není moc orientován, což mne na p. Takáče mrzelo. Jindy bývá připraven lépe. Jeho dotazy byly víceméně populistické. Kolik si lékárník vydělá, kolik je mezi lékárníky milionářů, jak velkou máme marži... Dr. Chudoba si zasloužil více plusových hlasů. Možná „naštval“ tázajícího, že si průměrný lékárník přijde na tak o 1/3 méně peněz než lékař a že on sám neuznává homeopatii.

+ Pravda, Rathovy plody zaseté ze semen závisti z roku 2006 nutí lid klást ty stejné otázky.

+ Pan prezident mluví dobře, má to hlavu a patu, ale na závěr každého jednotlivého tématu by to chtělo stručné a úderné shrnutí velmi jednoduchými slovy pro čtenáře Blesku. Možná, že pokud by se takové sdělení ještě vhodně emočně zabarvilo, bylo by plusových bodůk přeci jen o něco více. Rathovo dračí sémě je zaseto do hlav „průměrných voličů“ a ztrácím naději, že se názor davu na nás někdy změní k lepšímu. Reakce, co běžely nahoře na listě, o tom dost vypovídají.

ČLK > Léky, recepty a spol > eRecept

+ MFDNES, str. 4, Kraj Moravskoslezský – Šedesátka lékařů frýdecko-místecké nemocnice se od začátku května připojí ke svým kolegům, kteří program minis-

terstva zdravotnictví testovali, a začnou vydávat eRecepty. „eRecept pomáhá lékařům, lékárníkům i pacientům,“ prozradila mluvčí nemocnice Jolana Filipová. „Lékaři dávají lepší kontrolu nad preskripcí, pro lékárníka znamená výdej eReceptu rychlejší práce a absolutní jistota správného výdeje léku. Pro pacienta přináší eRecept kontrolu nad svými léky,“ dodala.

+ Ale to je přeci úděl tiskové mluvčí, že to musí chválit, i kdyby to stálo...

+ Jako by používání e-receptů někdo prosazoval a protlačoval. Diskusi o efektivitě se raději téměř všichni zúčastnění na tomto projektu vyhýbají.

1) Lepší kontrola nad preskripcí? Cožpak lékaři jinak neví, co předepisují?

2) Rychlejší práce a absolutní jistota správného výdeje? Absolutní jistota výdeje?

3) Kontrola nad svými léky? Kolik lidí ví, co mají za nemoc, jaké léky užívají a jak se jmenují?

4) eRecept pomáhá..., hahaha ...

+ 60 lékařů začne e-recept psát od května, ale zapojí se již od příštího roku... asi těch 60 doktorů to dostane příkazem a jsou asi mladí. U nás je průměr věku lékaře cca 60 let, a nemají v ordinaci ani počítač, natož internet. Zrovna dnes, specialista, internista, píšíci stále jen rukou.

+ Tady je ten pravý účel českých e-receptů (respektive sběru hromady dat) Kšefty s daty. <http://www.tribune.cz/clanek/26577-stat-prodava-data-o-zdravilidi>

+ Nebudu předstírat nějaké překvapení, tohle bylo přece jasné od prvopočátku. Nebo snad ne?

+ Proto tedy i volba nového ředitele SÚKL taková, jaká je? <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/novy-reditel-a-stare-problemy-464580>

+ Tak to se zase lékárníci jednou významovali. Servírujeme data jak na zlatém podnose. Zcela poslušně, zadarmo a ještě si kvůli tomu pořizujeme nové SW a počítačové sestavy. A to jen proto, aby s tím nadále někdo kšeftoval. Jestli mě to překvapilo, že si data nenechává SÚKL pro sebe? Ano, stejně mě to překvapilo, že se šuškáni zlych jazyků potvrdilo.

ČLK > Obecná diskuse > GML asi skončilo svou činnost

+ GML protlačilo do letáku Mojí lékárny „zviditelnění“ těch lékáren, které nevybírají. To je to špatné. Lidi s letákem

jdou samozřejmě tam, kde se nevybírání, a přitom Moje lékárna měla být jedna a jednotná. Za moje peníze má reklamu někdo jiný. Marně čekám na reakci od GML, proč to tak udělali.

+ Dámy a pánové z GML, hlavně Mgr. Hample: Kde jsou Vaše připomínky na můj příspěvek ohledně zveřejnění „nevybírajících“ lékáren v letáčích Mojí lékárny. Poškodili jste řadu soukromých lékáren a nutíte nás k obcházení zákona, a jak je vidět, ani se za to nestydíte. A co ostatní kolegové, vám to nevadí, jak se GML chová?

ČLK > Léky, recepty a spol > Pentoxifyllin a naftidrofuryl

+ Od 1. 5. se v číselníku pojišťovny objevila zase další nová indikační omezení. U léků, kde se to nakonec dalo očekávat. DETRALEX a VENORUTON. V AISLP to ještě není, neaktualizuje se každý měsíc. Ale na SÚKL to je – posílám odkazy: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0132547&tab=prices>

1) Diosmin/hesperidin je z veřejného zdravotního pojištění hrazen v indikaci: 2) Oxerutin p.o. je z veřejného zdravotního pojištění hrazen v indikaci:

Má si to sice hlídat lékař, taky mu to pak jednou za čas pojišťovna „sečte“. Ale jsou dost rádi, když upozorníme, že taková změna nastala. Takže to v rámci snahy o spolupráci a dobré vztahy ve svém okolí tak činím.

ČLK > Kontinuální vzdělávání > Školení o bezpečnosti práce

+ Jak často je potřeba absolvovat školení o bezpečnosti práce a požární školení?

+ Mělo by být: 1) platnost osvědčení pro vedoucího pracovníka 3 roky; 2) školení pro zaměstnance po 2 letech

ČLK > Mladí lékárníci > Pohyb

+ 26. 5. 2012 se koná druhý ročník volejbálku, přijďte, možná to bude ještě lepší než minule.

+ Stejně jako loni to nemělo chybu (snad až na ten podvrtnutý kotník a natržený sval). Parta lidí skvělá, počasí na objednávku. Boje nad sítí urputné a dramatické. Děkuji organizátorům, sponzorům, spoluhráčům z týmu, že to se mnou vydrželi, i našim soupeřům za pěknou hru. Těším se na příští ročník.

Připravuje:
PharmDr. Petr HALTUF

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Tsourd, E., Hofbauer, L.C.: Inovace v léčbě osteoporózy

Medicína po promoci č. 2/2012

Pacienti s osteoporózou se vyznačují nízkou adhezí k léčbě, více než polovina z nich přeruší léčbu bisfosfonáty během jednoho roku. Většinou pro náročný způsob aplikace a gastrointestinální NÚL. U nových léčiv je tedy požadována snadnější aplikace a lepší profil NÚL. Cytokinový systém RANKL/RANK/OPG představuje klíčový mechanismus resorpce kostí. Relativní novinkou v léčbě je blokátor proteinu RANKL **denosumab**, který obnovuje rovnováhu výše uvedeného systému a inhibuje diferenciaci a aktivaci osteoklastů. Aplikuje se jen 1x za 6 měsíců dávka 60 mg s.c. Další novou látkou je **odanacatib** (viz molekula měsíce 6/2009), inhibitor katepsinu K, který je produkován na rozdíl od jiných katepsinů jen v osteoklastech. Vyskytuje se i vrozený deficit tohoto enzymu, kterým trpěl malíř Toulouse-Lautrec, na jehož autoportrétech je patrný klinický obraz tohoto syndromu. Bohužel klinický výzkum s podobnými léčivy nepokračuje pro vysoký výskyt kožních NÚL (sklerodermie), u odanacatibu pokračuje III. fáze u 16 000 žen po menopauze. Nepotlačuje osteoplastickou novotvorbu. **Saracatinib** inhibuje thyrozinkinázu Src, důležitou součást signálních drah v osteoklastech. Testuje se ve II. fázi u osteosarkomů a kostních metastáz. Objevují se i protilátky proti sklerostinu, který kauzálně hraje roli u dvou nemocí spojených se zmožením hmotnosti – sklerostóza a van Buchemova nemoc. Účinek se porovnává s bisfosfonáty a teriparatidem. V preklinice se zatím nacházejí protilátky proti DKK1 jako cíl osteoanabolické terapie a kalcilytika imitující hypokalcémii antagonistickým působením na CaSR, čímž krátkodobě stimulují produkci parathormonu.

Romžová, M.: Použití botulotoxinu v urologii

Urologie pro praxi č. 3/2012

Botulotoxin (dále BX) presynapticky blokuje uvolňování acetylcholinu. Objeven byl v roce 1817, kdy J. Ch. Kerner popsal první otravu tímto toxinem. Skládá se ze dvou různě dlouhých proteinových řetězců spojených disulfidickým můstkem, z nichž delší umožňuje penetraci do buněk (tzv. H-chain), farmakodynamický účinek zajišťuje krátký řetězec (tzv. L-chain). BX se využívá v mnoha oborech medicíny a indikacích – blefarospasmus, tenzní cefalea, hyperhidróza, migréna, anální fisury, vaginismus atd. V urologii má rovněž své indikace. Hlavní jsou v léčbě hyperaktivního močového měchýře z neurogeních i non-neurogeních příčin. Vyzkoušen byl i u bolestivého pánevního sy, intersticiální cystitidy, chronických retencí moči a benigní hyperplazie prostaty.

Slíva, J., Votava, M.: Farmakologie

Triton, Praha 2011, Edice Lékařské repetitorium, 394 strany

Cílem této brožované příručky je podat aktuální informace z farmakologie, jelikož spektrum používaných léčiv se rychle a neustále mění a pro lékaře je velmi těžké se orientovat. Primárně je text věnován posluchačům lékařských oborů. Kniha je tradičně rozdělena na obecnou (10 kapitol) a speciální (54 kapitol) farmakologii.

ANOTACE

V obecné části jsou zajímavé kapitoly farmakoterapie těhotných, kojících žen, dětí, seniorů, dále farmakogenetika, farmakoekonomika. Kapitoly speciální farmakologie začínají látkami ovlivňujícími VNS, pokračují kardiovaskulárními léčivy, diuretiky, antiastmatiky, léčivy chorob GIT, analgetiky. Další skupiny jsou: celková a lokální anestetika, léčiva neurologických a duševních chorob, cytostatika, imunomodulancia, protiinfekční látky, hormony, antidiabetika, infundabilia, oftalmologika a kontrastní látky. Jedna kapitola je věnována homeopatikům. Publikace je podobná kdysi vydané knize Farmakologie v kostce prof. S. Hynieho z roku 2001 s reedicí v roce 2009. Obě se dají doporučit pro rychlou orientaci v oboru, nikoli k hlubokému studiu farmakologie.

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

Familiární amyloidová polyneuropatie (FAP) je vzácné dědičné onemocnění provázené vznikem depozit bílkoviny transthyretinu (TTR). Ten slouží jako přenašeč hormonů. U pacientů s touto nemocí tento přenašeč nefunguje správně, rozpadá se. Začnou se tvořit vlákna amyloidu a jejich hromaděním

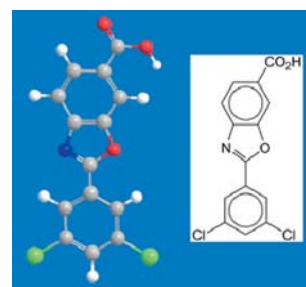
MOLEKULA MĚSÍCE

Tafamidis

IUPAC: 2-(3,5-dichlorophenyl)-1,3-benzoxazole-6-carboxylic acid

Sumární vzorec: C₁₄H₇Cl₂NO₃

Molekulová hmotnost: 308.116



se objeví příznaky FAP. **Tafamidis** je první látkou ve skupině léčiv bránících rozpadu TTR a hromaděním amyloidu. Objeven byl J. W. Kellym v laboratořích Scrippssova institutu v Kalifornii a vyroben firmou FoldRx, která byla koupena firmou Pfizer. Tafamidis se naváže na bílkovinu a brání jejímu štěpení. Používá se u pacientů se symptomatickou polyneuropatií. Byl označen za orphan drug již v roce 2006. V Evropě byl zaregistrován 16. listopadu loňského roku, ale v USA jej firmě Pfizer odmítla FDA 22. května letošního roku schválit, Pfizer však bude nadále prověřovat bezpečnost a účinnost, aby výbor FDA přesvědčil.

Podává se ústy 1x denně měkká želatinová tobolka s obsahem **20 mg megluminové soli tafamidisu**. V klinickém zkoušení se u pacientů užívajících **tafamidis** o 45 % zlepšily nervové funkce oproti 30 % u pacientů s placebem. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou močové infekce a průjem.

Zdroje: internet

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTRované LÁTKY

Přestože oblast inkretinového systému a léčivých látek tento systém ovlivňujících (inhibitory DPP-4, agonisté GLP-1) byla v ČČL popsána několikrát (nejpodrobněji na podzim roku 2007 včetně exenatidu v čísle 11), jsou stále vyvíjeny nové látky či vylepšené lékové formy, které dále zkvalitňují nebo alespoň rozšiřují armamentarium léčby diabetu 2. typu. Ještě než přistoupíme k charakteristice nové lékové formy exenatidu s prodlouženým uvolňováním, zopakujeme základní údaje o diabetu mellitu.



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

Na konci roku 2010 mělo diabetes mellitus (DM) 806 230 obyvatel ČR, z nichž u 92 % byla diagnostikována forma DM 2. typu. Incidence i prevalence DM poměrně prudce stoupá, před deseti lety (v roce 2000) trpělo DM o 150 tisíc lidí méně. DM byl (2010) léčen následovně: 21,2 % pouze dietou, inzulín + perorální antidiabetika (PAD) 11,8 %, inzulín 16,3 %, PAD 50,7 %. Aktuální společný „position statement“ ADA (USA) a EASD (Evropa) léčby DM 2. typu z dubna 2012 již plně etabloval léčiva ovlivňující inkretinový systém jako add-on terapii. Nyní je tedy druhou volbou v případě nedostatečného účinku metforminu samotného na stejné úrovni přidání glitazonu, gliptinu, GLP-1 agonisty, inzulínu a stále také sulfonylurey. Pokud není stále dosažena cílová hodnota glykovaného hemoglobinu HbA1c 7% (DCCT = 5,4 % IFCC), lze přistoupit k trojkombinaci výše uvedených látek. Poslední volbou jsou pak různé intenzifikované režimy inzulínu.

Exenatid je prvním zástupcem řady GLP-1 agonistů registrovaný v roce 2006. Jedná se o synteticky připravený exendin-4, který je přítomen ve slinách ještěrky korovce jedovatého. V roce 2009 byl registrován liraglutid – analog GLP-1. Nová forma s prodlouženým uvolňováním exenatidu – exenatid LAR – byla registrována v roce 2011. V čem vězí její výhody?

Farmakologické aspekty

Ačkoli jsou exendin-4 a GLP-1 zcela jiné látky, ve vazebných místech na receptor pro GLP-1 se aminokyselinové řetězce shodují, přičemž exendin-4 je mnohem pomaleji odbouráván. GLP-1 je endokrinními střevními buňkami secernován jako reakce na p.o. příjem cukru, stimuluje pankreas k uvolnění inzulínu. Díky aktivaci receptoru pro GLP-1 se dávky exenatidu 0,1–1 mikrog/kg ukázaly schopné snížit postprandiální hladiny glukózy, procento glykosylovaného hemoglobinu, sekreci glukagonu, příjem potravy a hmotnost; zvýšit sekreci inzulínu, inzulínovou senzitivitu, neogenezi pankreatických ostrůvků; a zpomalit vyprazdňování žaludku. Exenatid LAR (long-acting release) je inkorporován do biodegradabilních mikrosfér tvořených polymery kyseliny mléčné a glykolové. V těle je uvolňován postupnou degradací mikročástic.

Po intravenózní aplikaci je minimální účinné koncentrace

dosaženo za 2 týdny, ustálené koncentrace je dosaženo za 5–7 týdnů. Proto lze podávat nezávisle na potravě (vs. neretardovaná forma – pouze před jídlem). Distribuční objem je 28 litrů. Eliminace probíhá glomerulární filtrací s následnou proteolytickou degradací. Eliminační poločas je 2 týdny.

Klinické aspekty

Exenatid LAR byl sledován v klinickém programu s názvem DURATION. Jednalo se o šest studií fáze 3 s rozdílnými komparátory od exenatidu 2x denně, přes liraglutid a insulin glargin po různé kombinace s PAD, samozřejmě včetně metforminu. Sledován byl pokles glykovaného hemoglobinu HbA1c, hladiny glykémie nalačno, postprandiální glykémie a dalších zástupných parametrů. Klinické outcomes nebyly sledovány. V meta-

Exenatid LAR

analýze klinických studií (Aroda et al. Clin Ther, 2012 in press) srovnávající účinnost gliptinů a GLP-1 agonistů vyšly GLP-1 agonisté jako účinnější (snížení HbA1c o 1,1 % až 1,6 %) vs. gliptiny (snížení HbA1c o 0,6 % až 1,1 %). Srovnání s inzulínem glarginem vychází pozitivně především z hlediska vlivu na hmotnost (exenatid LAR -2 až -3 kg, inzulín +1 až +2 kg), lepší účinnost je diskutabilní, neboť dávky inzulínu glarginu ve studii DURATION 3 byly nižší než v jeho registračních studiích. Účinek exenatidu LAR 2 mg 1x týdně a liraglutidu 1,2 mg denně („lépe“ hrazená dávka) je obdobný, účinek exenatidu LAR vs. exenatid 2x denně je vyšší u LAR formy. Přestože účinek na HbA1c i snížení hmotnosti byl pozorován dlouhodobě, předpokládá se, že s ubývajícím schopností pankreatu produkovat inzulín se bude snižovat i účinnost GLP-1 agonistů.

Z nežádoucích účinků se nejčastěji vyskytuje nauzea (zhruba každý pátý pacient), nicméně u LAR formy je výskyt nižší vs. neretardovaná forma z důvodu pozvolnějšího nárůstu plazmatických hladin. Naopak z důvodu lékové formy jsou častější reakce v místě vpichu. Oproti der. sulfonylurey nebo střednědobě působícím inzulínům je z principu inkretinového efektu nižší riziko výskytu hypoglykemií. Proti exenatidu se mohou v těle vyskytovat protilátky.

Léčivý přípravek obsahující exenatid LAR s prodlouženou dobou uvolňování se jmenuje Bydureon a do ČR jej dodává společnost Eli Lilly. Podává se v dávce 2 mg 1x týdně nezávisle na potravě. Nevýhodou se může jevit neexistence pera, exenatid LAR je podáván injekční stříkačkou. Ve správním řízení, v němž byl exenatid LAR zařazen do referenční skupiny s DPP-4 inhibitory + GLP-1 agonisty, byla „přidělena“ druhá zvýšená úhrada jako ostatním GLP-1 agonistům ve výši 93 Kč/den, avšak pouze u několika málo pacientů s BMI > 35. Větším problémem se ukázala nová legislativa stanovení maximální ceny, která vypočítává maximální možnou cenu v ČR jako průměr tří nejnižších cen v EU (ceny snižují tendry, aukce, změny kurzu – UK, HUF, krize v Řecku, Maďarsku, Španělsku spojená s arbitrárními cenovými sníženími apod.). Na navrhovanou výši maximální ceny společnost Eli Lilly nepřistoupila a žádost vzala zpět. Zbývá tedy buď dražší Victoza (liraglutid), nebo o něco méně účinná Byetta (exenatid).

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Simmondsia chinensis (Link) C. K. Schneid. – zimostráz čínský, (*Simmondsiaceae* seu *Buxaceae*)

***Simmondsia chinensis* (Link) C. K. Schneid. – zimostráz čínský, (*Simmondsiaceae* seu *Buxaceae*),** je nízký, stálezelený keř, rostoucí v pouštích Arizony, Kalifornie a severního Mexika. Navzdory názvu rostlina nepochází z Číny, protože původní pojmenování vzniklo chybou v botanických sbírkách. Pro praktické využití se pěstuje na plantážích, především v Argentíně, Egyptě, Izraeli, Mexiku, Palestině, Peru a USA.

Synonyma: *Buxus chinensis* Link, *Simmondsia californica* Nutall.

Obecný název: jojoba (něm.), bush nut, jojoba (angl.).

Sbíraná část: fructus

Droga: *Simmondsiae semen*, *Jojobae oleum* (Jojoba liquid wax)

Obsahové látky: Tekutý jojobový vosk, lisovaný ze semen, je složen z esterů vyšších nenasycených mastných (omega 9) kyselin a vyšších nenasycených alkoholů, přičemž 50 % esterů tvoří řetězce s C₄₂. Hlavní podíl v rámci kyselin tvoří kyselina olejová, *cis*-11-eikosenová a *cis*-13-dokosenová (syn. eruková), alkoholy v esterech zastupuje *cis*-11-eikosenol, *cis*-13-dokosenol a *cis*-15-tetrakosenol. Vosk je prostý triglyceridů, proto není řazen mezi oleje. Dále 0,5 % sterolů (kampesterol, stigmasterol a β-sitosterol). Zajímavostí je 5–7 % kyanogenního glykosidu simmondsinu a jeho analogů v semeni, které potlačují chuť k jídlu u hospodářských zvířat. Složením a vlastnostmi se vosk více podobá lidskému kožnímu tuku než rostlinným olejům.

Účinky a použití: V tradiční medicíně užívali Indiáni jojobový vosk při akné, svrabu, rozpraskané a vrásčité kůži a jako vlasový kondicionér. Patřil k obvyklým prostředkům určeným



k ošetření poranění, odstranění jizev, vrásek a regeneraci kůže po oslunění. Existují zmiňky o využití při přípravě pokrmů.

Po roce 1970 v souvislosti se zákazem prodeje vorvaňoviny vzrostl o jojobový vosk prudce zájem, ačkoliv jeho cena je poměrně vysoká. Dnes je významnou složkou přípravků k topické aplikaci, tj. šampónů, mýdel, kondicionerů, mastí, rtěnek apod. Omezuje vylučování kožního mazu a brání tak vypadávání vlasů. K dispozici jsou především přípravky, jejichž součástí je jojobový vosk tekutý i tuhý (hydrogenovaný). Perorální užívání v souvislosti s úpravou pokrmů se nedoporučuje, vosk není stráven, ale ukládá se v játrech. Byla zjištěna hodnota LD₅₀ u krysích samců v hodnotě 21,5 ml/kg. V této souvislosti je studována především úloha kyseliny erukové.

V technice slouží jojobový vosk jako mazadlo snášející vysoké teploty i tlaky, např. v dieselových motorech.

Dávkování: Neuvedeno.

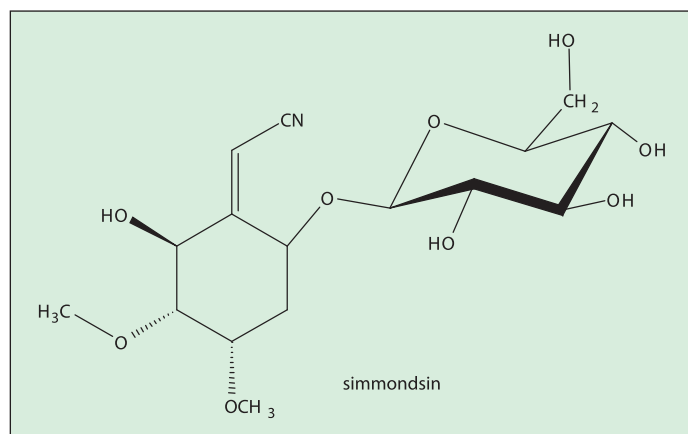
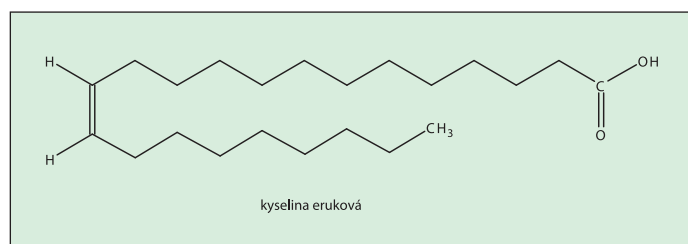
Nežádoucí účinky a kontraindikace: Během těhotenství, laktace a v případě malých dětí lze aplikovat zevně, raději v rámci přípravků, protože byly popsány kontaktní dermatitidy. Pro nedostatek informací neužívat vnitřně.

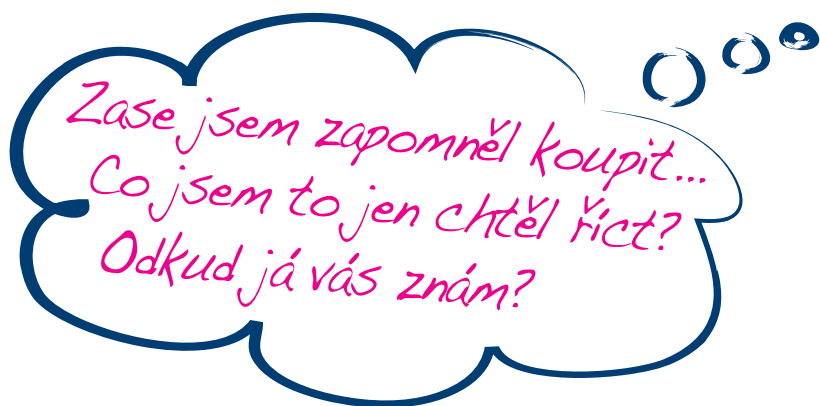
Interakce: Nejsou známy.

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

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Michael Wolf (Wikipedia), vzor: autor





Acutil®

Unikátní kombinace omega-3 mastných kyselin a vitaminů pro podporu paměti a mozkových funkcí

Potvrzeno - kombinace vysoké hladiny omega-3 mastných kyselin a vitaminů skupiny B, C, D, E a kyseliny listové jsou prediktorem lepšího stavu mentálních funkcí a nižšího rizika Alzheimerovy nemoci.

V západním světě běžná strava nedodává organismu všechny nutné živiny v dostatečném množství. Nejnovější studie zaměřená na úlohu živin a jejich vliv na zdravé stárnutí mozku potvrdila, že správně zvolená strava má přímý vliv na to, jak bude vypadat mozek a mentální funkce ve stáří.

Studie provedená na oddělení neurologie Oregon Health & Science University v Portlandu, publikovaná v prestižním časopise *Neurology* v lednu 2012, prokázala, že staří lidé s vyššími plazmatickými hladinami vitaminů a omega-3 mastných kyselin vykazují lepší mentální funkce a menší úbytek objemu mozku - parametry, které jsou spojovány s Alzheimerovou nemocí (AN). Prokázalo se také, že "junk food" (strava s vysokou kalorickou, avšak minimální nutriční hodnotou) s vysokým obsahem transmastných kyselin může vést k AN.

Složení živin v krvi přispívalo ke stavu kognitivních funkcí u daného jedince 17%, k celkovému objemu mozku 34% a ke zvýšení hustoty bílé hmoty mozku 9%.

Je proto žádoucí dopřát tělu potřebné látky výživou bohatou na nenasycené mastné kyseliny (alespoň dvakrát týdně rybí maso) nebo vhodným doplňkem stravy – přípravek **ACUTIL obsahuje kombinaci omega-3 mastných kyselin a vitaminů B12, E a kyseliny listové**. Navíc obsahuje extrakt z Ginkgo biloba a fosfatidylserin – látky, které mají akutní pozitivní efekt na přesnost a rychlost paměti.

Zkrácená informace: **S:** Rybí olej 500 mg (kyselina dokosaheptaenová 250 mg, kyselina eikosapentaenová 40 mg), extrakt z Ginkgo biloba 60 mg, fosfatidylserin 15 mg, vitamin E 5 mg, kyselina listová 250 µg, vitamin B12 5 µg. **IS:** Doplňek stravy na podporu paměti a mozkových funkcí. **I:** Je vhodný při stresu, pro osoby intelektuálně přetíženy, starší či s poruchou látkové výměny. **KI:** Přecitlivělost na jakoukoliv složku přípravku. Acutil obsahuje alergeny ze sóji a ryb. **ZU:** Bez konzultace s lékařem či lékárníkem se nedoporučuje k užívání těhotným nebo kojícím ženám, pacientům užívajícím antikoagulantia či antiagregancia, diabetikům či epileptikům. **NŮ:** Některé složky přípravku Acutil mohou způsobit zažívací potíže, kožní vyrážky alergického původu, bolesti hlavy, hučení v uších, závratě, bušení srdce, křeče nebo stavy zmatenosti. **D:** 1-2 kapsle denně s jídlem nebo nápojem. Vhodné je dlouhodobé užívání. **B:** 30 kapslí. **V:** Efamol Ltd., Velká Británie. Doplňek stravy, není hrazen zdravotními pojišťovnami.

Co nového v oblasti nutriční a kognitivních funkcí

Moderní medicína hledá nové možnosti jak předvídat vznik a průběh nemocí a jak poruchám zdraví dokonce předcházet. Zájem je především o choroby časté, závažné, ekonomicky náročné. Velmi důležitou problematikou jsou procesy stárnutí a s nimi spojené degenerativní změny mozku. Alzheimerova choroba i další formy demencí jsou v popředí zájmů jak vědecko-výzkumných, tak organizačně-léčebných i ekonomických.

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

V poslední době byla publikována celá řada prací, které poukazují na význam stravy při vzniku různých forem atrofie mozku. Byly nalezeny vztahy mezi konzumací vitaminů B12, E, kyseliny listové či nenasycených mastných kyselin. Většina epidemiologických studií např. popsala inverzní vztah mezi rizikem vzniku demencí a příjmem či hladinou omega-3 PUFA. Ve studii Chicago Health and Aging Project bylo prokázáno, že příjem omega-3 PUFA ve stravě a pravidelná konzumace ryb může redukovat pravděpodobnost vzniku Alzheimerovy choroby. Jedinci, kteří jedli ryby alespoň jednou týdně, měli o 60 % nižší riziko rozvoje Alzheimerovy choroby. Stejně tak celková konzumace omega-3 PUFA a DHA významně negativně korelovala s výskytem AD. Výsledky intervenčních studií zabývajících se vždy jen jednou z těchto živin však byly zklamáním.

Nedávno byly publikovány výsledky dlouhodobé prospektivní Oregon Brain Aging Study (OBAS, Bowman et al.: Nutrient biomarker patterns, cognitive function, and MRI measures of brain aging, *Neurology* 24, 2012, 78, 241–249), která přinesla zajímavá zjištění.

Studie byla zahájena v roce 1989. Bylo do ní zařazeno 293 mužů a žen starších 65 let primárně bez známých rizikových faktorů pro kognitivní deficit, jak jsou hypertenze, cukrovka či cévní onemocnění. U sledovaných osob bylo každoročně (až do případné smrti) provedeno klinické vyšetření, vyhodnoceny kognitivní funkce, MRI mozku a stanoveny hladiny krevních biomarkerů.

Ve zveřejněném článku jsou popsána data týkající se 104 probandů průměrného věku 87 let, u kterých byly stanoveny hladiny karotenoidů, tokoferolu, retinolu, thiaminu, riboflavinu, niacinu, pyridoxat-5-fosfátu, folátů, vitaminů B1, B2, B6, B12, C, D a E, mastných kyselin včetně trans a omega-3 mastných

kyselin (kyselina dokosahexaenová – DHA a eikosapentaenová – EPA) a genetické stanovení APOE-4. Byla použita baterie neuropsychologických testů zaměřených na kognitivní funkce a deprese. Pomocí magnetické rezonance byl změřen celkový objem mozku jako celkový objem hyperintenzity bílé hmoty a supratentoriální objem mozku.

Bylo zjištěno, že osoby s vyšším skóre plazmatických trans tuků měly celkově horší kognitivní funkce (paměť, pozornost, jazykové schopnosti, rychlost zpracování a globální funkce) a menší celkový objem mozku. Jejich vysoký příjem představuje rizikový faktor též pro kardiovaskulární a systémové závažné choroby a endoteliální dysfunkce, které mohou sekundárně zhoršovat kognitivní procesy.

Účastníci s vyššími plazmatickými hladinami vitaminů B1, B2, B6, folátu, B12, C, D, E a vyššími hladinami omega-3 mastných kyselin měli lepší exekutivní funkce a větší celkový objem mozku. Korekce na věk, pohlaví, vzdělání, přítomnost alely pro APOE-4, hypertenzi a depresi tyto vztahy neoslabovaly s výjimkou vlivu deprese na korelaci mezi omega-3 mastnými kyselinami a objemem hyperintenzity bílé hmoty.

Publikovaná studie na rozdíl od většiny předchozích obdobných projektů pracovala nikoliv s údaji o konzumované potravě, ale s plazmatickými hodnotami sledovaných biomarkerů, které podrobně statisticky (principle component analysis) vyhodnotila do několika vzorců (nutrient biomarker pattern – NBP). Věk, pohlaví, vzdělání, přítomnost alely pro APOE-4, hypertenze a deprese odpovídaly za 46 % variace globálního kognitivního z-skóre, zatímco NBP za 17 %. V případě MRI výsledků to bylo 40 resp. 37 %.

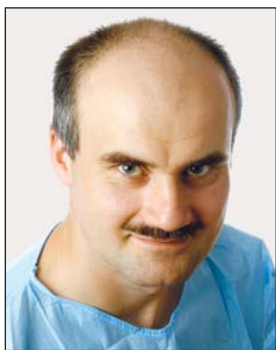
Komplexní vyhodnocení celkového složení konzumované stravy, a ne pouze jejich jednotlivých komponent, by mělo být součástí naší běžné klinické praxe u pacientů s podezřením na neurodegenerativní onemocnění. K obdobným závěrům došli O. Okereke et al. v publikaci

Rutinní analýza studovaných biomarkerů v plazmě by proto mohla přispět k časně identifikaci jedinců se zvýšeným rizikem pro rozvoj kognitivního deficitu včetně Alzheimerovy choroby. Je možné si i představit, že úprava dietních návyků by obdobně jako např. v případě hypertenze mohla působit příznivě na duševní zdraví jedince jak preventivně, tak jako součást léčebného režimu.

Annals of Neurology (duben 2012), ve které poukazují na tu skutečnost, že změny kognitivních funkcí nesouvisí až tolik s konzumací tuků jako takových, ale velmi záleží na jejich složení, na specifických typech (mastné kyseliny saturevané, mono- či polynasaturevané).

Autoři práce předpokládají, že vysoké hladiny komplexu vitaminů BCDE a omega-3 souvisí s častou konzumací zeleniny, ovoce a ryb. U vysokých hladin trans tuků předpokládají výživu spočívající na pečivu, smaženém jídle, margarínu, mase a vnitřnostech. Problémem zjišťování těchto dietních vzorců je ta skutečnost, že především starší osoby nemusí udávat při klinickém vyšetření relevantní data a absorpční kapacita výživných látek může být rozdílná. Rutinní analýza studovaných biomarkerů v plazmě by proto mohla přispět k časně identifikaci jedinců se zvýšeným rizikem pro rozvoj kognitivního deficitu včetně Alzheimerovy choroby. Je možné si i představit, že úprava dietních návyků by obdobně jako např. v případě hypertenze mohla působit příznivě na duševní zdraví jedince jak preventivně, tak jako součást léčebného režimu. Dle autorů ale zůstává mnoho otevřených otázek, které je třeba prověřit v dalších studiích. Interakce s genetickými vlohami může být velmi důležitá. Zdá se totiž, že např. nosiči APOE-4 profitují méně z dietních opatření. Také význam nutričních opatření v různých stádiích rozvoje kognitivní poruchy může být různý a dosud nebyl detailně sledován. (P. R.)

Kolagen při osteoartróze



Přestože je kolagen jedním z nejlépe popsáných proteinů savců, jeho chemické definici u některých přípravků a experimentálních průkazů je věnována nedostatečná pozornost, často není zcela zřejmé, který typ kolagenu je aplikován, z jakého zdroje pochází, zda je enzymaticky upravený, jedná-li se o hydrolyzovaný kolagen nebo o želatinu (v podstatě jde o denaturovaný a hydrolyzovaný kolagen).

Mgr. Tomáš Volný

Perorálně užívaný kolagen je zdrojem aminokyselin, jejichž dlouhodobý příjem může vést k pozitivní modulaci osteoartrózy, zejména u rizikových skupin populace. Molekula kolagenu o molekulové hmotnosti asi 300 000 daltonů je tvořena 3 polypeptidovými řetězci uspořádanými do tvaru šroubovice. Každý řetězec je složen přibližně z 1 000 aminokyselin, přičemž jsou nejčastěji zastoupeny aminokyseliny glycin, alanin, prolin a hydroxyprolin, chybí tryptofan a cystein, obsah tyrosinu je nízký. Nejčastěji podle typu polypeptidových řetězců rozlišujeme (v současné době je popsáno až 12 typů kolagenů) kolagen Typu I (obsahuje dva identické alfa 1 (I) a jeden alfa 2 řetězce; je přítomen v kůži, šlachách a v kostech), kolagen Typu II (obsahuje tři identické alfa 1 (II) řetězce; je hlavní komponentou chrupavky), kolagen Typu III (obsahuje tři identické alfa 1 (III) řetězce; je obsažen v cévách a dalších tkáních), kolagen Typu IV (obsahuje tři identické alfa 1 (IV) řetězce; je obsažen v membránách). Doposud není zcela jasné, zda je pro perorální suplementaci racionální preferovat určitý typ kolagenu. V závislosti na typu se předpokládá rozdílný průběh trávení, vliv na chondroprotektivní aktivitu však doposud nebyl popsán. Za předpokladu

úlohy kolagenu jako alimentárního zdroje aminokyselin dostupných pro biosyntézu kolagenu v exponovaných tkáních nebude pravděpodobně pro perorální suplementaci preference určitého typu kolagenu zásadní a racionální.

Publikovaných, dostatečně kvalitních klinických experimentů charakterizujících vztah mezi suplementací kolagenu a modulací osteoartrózy je jen několik. K nejnovějším a zajímavým patří výsledky multicentrické, randomizované, dvojitě zaslepené klinické studie (Trč, T., Bohmová, J., Int. Orthop., 2011), kde autoři na souboru 100 mužů a žen starších 40 let s osteoartrózou kolenního kloubu sledovali vliv 13týdenní suplementace hydrolyzovaného kolagenu v dávce 10 g denně nebo glukosamin sulfátu v dávce 1,5 g denně. Výsledky signifikantně potvrzují významnější omezení bolestivosti kloubů, zlepšení hybnosti a kvality života u dobrovolníků užívajících hydrolyzovaný kolagen oproti skupině užívající glukosamin sulfát. Výskyt vedlejších nežádoucích účinků v oblasti trávicího traktu byl u hydrolyzátu kolagenu a u glukosamin sulfátu srovnatelný. K obdobným výsledkům dospěli i autoři starší multicentrické, randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studie

(Benito-Ruiz, P. a spol., Int. J. Food Sci. Nutr., 2009), kde 250 dobrovolníků s diagnostikovanou osteoartrózou kolenního kloubu po dobu 6 měsíců užívalo 10 g hydrolyzovaného kolagenu denně. Výsledky potvrzují signifikantní snížení bolestivosti, zlepšení hybnosti kloubů a zlepšení kvality života. Podávaná denní dávka hydrolyzátu kolagenu byla dobře tolerována. Při podávání uvedené dávky hydrolyzátu kolagenu je nutné počítat se schopností kolagenu bobtnat, vázat vodu a několikanásobně zvětšit svůj objem, což může vyvolat přechodné potíže s trávením a průjmem. Uvedené klinické zkušenosti jsou z pohledu denních doporučených dávek v zásadním rozporu s komerčně doporučovanými denními dávkami ≤ 100 mg kolagenu v monokomponentních přípravcích.

Komerční argumentace cílená na nízký stupeň hydrolytického štěpení a vysokou chemickou čistotu kolagenu se zdá být v souvislosti s výše uvedeným jako neracionální. Významné klinické zkušenosti také nabízí prospektivní, randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie (Clark, K.L., Curr. Med. Res. Opin., 2008) provedená se souborem 147 atletů, kteří po dobu 24 týdnů užívali 10 g hydrolyzátu kolagenu ve formě nápoje nebo placebo (xanthanovou gumu ve formě nápoje se srovnatelnou viskozitou), kde byl sledován vliv na bolestivost, hybnost kloubů a přítomnost záňetu. Autoři prokázali signifikantní snížení bolestivosti kloubů.

Reference jsou uloženy u autora.

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



ilustrace: O. Fischer, námět: T. Volný

Ze světových dnů, podporovaných Světovou zdravotnickou organizací (WHO), si v červenci a srpnu připomeneme Světový den populace (červenec), a dále Mezinárodní den původních obyvatel, Mezinárodní den mládeže a Světový humanitární den (srpen).

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Světové dny WHO červenec – srpen

Světový humanitární den

Světový humanitární den (World Humanitarian Day, WHD) si připomínáme od roku 2009. Byl vyhlášen Organizací spojených národů (OSN) rezolucí A/RES/63/139, přijatou na 36. zasedání Valného shromáždění OSN, které se konalo 11. prosince 2008. V rezoluci se uvádí, že za WHD byl stanoven 19. srpen. Smyslem Světového humanitárního dne je přispět ke zvýšení veřejného povědomí o celosvětových aktivitách v oblasti humanitární pomoci a o významu mezinárodní spolupráce v této oblasti. Jeho prostřednictvím také vzdáváme hold všem humanitárním pracovníkům a členům OSN, kteří přišli o život při výkonu své služby v různých konfliktech nebo při poskytování humanitární pomoci v oblastech postižených přírodními katastrofami.

Den vyhlášení WHD, 19. srpen, se váže k výročí bombardování hotelu Canal v Bagdádu v roce 2003, při kterém společně s dalšími 21 humanitárními pracovníky zemřel Brazilec Sérgio Vieira de Mello, vysoký komisař pro lidská práva, a zvláštní zástupce generálního tajemníka OSN pro Irák. Světový humanitární den je výsledkem vytrvalého úsilí Nadace Sérgio Vieira de Mello a jeho rodiny, kteří úzce spolupracovali s velvyslanci Francie, Švýcarska, Japonska a Brazílie jak v Ženevě, tak v New Yorku.

Tento den nemá logo, neboť „nepatří“ OSN ani jakékoli jiné agentuře nebo organizaci. Tematická zaměření WHD:

- **2010 – Jsme humanitární pracovníci.**
- **2011 – Na počest těch, kdo pomáhají druhým.**

Nejvýstižněji vyjádřil poselství WHD osmý generální tajemník OSN Ban Ki-moon: „Za utrpení jednoho jsme zodpovědní všichni. Cílem Světového humanitárního dne je upřít pozornost k potřebným a zajistit, aby se jim dostalo pomoci, které je třeba. Z násobme proto naše

úsilí vedoucí k tomuto cíli. Naplňme imperativ humanitární pomoci.“

Humanitární pomoc, označovaná jako emergentní (rychlá) je krizová pomoc, zaměřená na záchranu životů, zmírnění útrap lidí a obnovení lidské důstojnosti. Má podobu aktivit spojených s bezprostřední reakcí na tzv. humanitární krizi – situaci, ve které jsou běžné prostředky lidí, které jim garantují důstojný život, narušeny v důsledku přírodních katastrof nebo lidmi zaviněným stavem.

Každá humanitární intervence je poskytována ve čtyřech základních sektorech:

- Voda, hygiena.
- Potraviny, výživa.
- Poskytnutí nouzového přístřeší.
- Zdravotní péče.

Hlavní cíle humanitární pomoci:

- Zmírnění útrap lidí.
- Ochrana životů.
- Respekt k lidské důstojnosti.

Situace v České republice

Poskytnutí humanitární pomoci se děje podle naléhavosti situace, podle potřeb postiženého státu a podle možností české ekonomiky. Česká republika zohledňuje při jejím poskytování zásady mezinárodního společenství (OSN, Červeného kříže atd.). Z humanitárních organizací jmenujme například:

- **Občanské sdružení ADRA** (dne 29. 5. 1992 byla zaregistrována Nadace

ADRA pod jménem Adventistická agentura pro pomoc a rozvoj) se věnuje poskytování bezprostřední a následné fyzické, psychické, eventuálně duchovní pomoci obětem katastrofy. Podílí se na zajišťování koordinované humanitární pomoci v návaznosti na činnost složek Integrovaného záchranného systému při řešení mimořádných událostí.

- **Armádu spásy**, mezinárodní křesťanskou organizaci, která na území dnešní ČR začala působit v roce 1919. V roce 1950 byla její činnost ukončena, obnovena byla od roku 1990. Zaměřuje se na misijní práce, péči o sociálně znevýhodněné a jinak potřebné občany. Provozuje ubytovny pro bezdomovce, denní centra (pro bezdomovce, propuštěné vězně apod.), domy pro matky s dětmi, ubytovnu pro staré lidi a řadu komunitních center.

- **Český červený kříž**, který poskytuje pomoc také v případě mimořádných událostí a krizových situací. Pomoc spočívá zpravidla ve vytváření zdravotnických, záchranných, sociálních a dalších humanitárních služeb.

- **Ekumenickou radu církví**. Sdružuje 14 církví, není nadřízeným orgánem těchto církví, může však koordinovat některé jejich činnosti.

- **Českou radu sociálních služeb**, založenou 2. 5. 1990 pod původním názvem Československá rada pro humanitární spolupráci jako společenství, jehož cílem bylo zmírnit lidské utrpení realizací nejrůznějších humanitárních projektů v duchu humanitních ideálů, na jejichž základě vznikla ČR. V průběhu dalších patnácti let se pod názvem Česká rada humanitárních organizací postupně přetvořila v koalici nestátních poskytovatelů sociálních a zdravotně sociálních služeb sociálně znevýhodněným skupinám občanů. Po splynutí s Institutem rozvoje veřejných služeb v roce 2011 získala stávající název, který lépe vystihuje její základní poslání.

Kromě výše jmenovaných se v dané oblasti angažuje i řada dalších organizací, jako jsou např. Člověk v tísni, Maltéžská pomoc, o.p.s., Sdružení Česká katolická charita, Sdružení hasičů Čech, Moravy a Slezska, Česká asociace pracovníků linek důvěry nebo občanské sdružení Naděje.

Literatura u autora

Příležitost pro nezávislé lékárny v ČR

ALPHEGA

Také v mnoha českých městech se již můžete setkat s lékárnami s typickým zeleným označením a názvem Alphega. Čím se tyto lékárny vyznačují a jak Alphega vlastně vznikla?

První Alphega lékárna se objevila v roce 2001 ve Francii. Alphega si rychle získala přízeň nezávislých lékárníků a po deseti letech dosáhl počet členských lékáren přelomové hranice 5 000. Alphega lékárny můžete nalézt v Itálii, Španělsku, Velké Británii, Rusku a samozřejmě i v České republice. Do celé sítě patří i lékárny Vivesco v Německu a Kring Apotheek v Nizozemí. Alphega má v následujících pěti letech za cíl dosáhnout počtu 10 000 členů.

Alphega lékárna je projekt, který s podporou největšího evropského distributora léčiv Alliance Healthcare nabízí nezávislým lékárnám celou řadu služeb, které pomáhají rozvíjet klíčové kompetence lékárníků, a tím posilovat jejich roli v rámci celého zdravotnického systému. Všeobecně lze říci, že pomáhá nezávislým lékárníkům:

- **Podílet se na společném obchodním modelu,** založeném na partnerství, které je prospěšné oběma stranám

- **Plně využívat všech benefitů,** vyplývajících z členství v jediné evropské síti lékárníků, sdílet své zkušenosti, problémy apod. se svými kolegy a přitom zůstat nezávislými

- **Sehrávat aktivní roli při zlepšování poskytování zdravotní péče**

Na otázky odpovídá Mgr. Jiří Hromada, majitel lékárny Alphega v Liberci



- **Pane magistře, jaké důvody vás vedly ke vstupu do sdružení Alphega lékáren?**

O vstupu do největšího evropského sdružení veřejných lékáren Alphega u mě rozhodla situace, ve které se nacházejí soukromí provozovatelé lékáren v České republice. V tomto hyperkonkurenčním prostředí je samostatný soukromý provozovatel lékárny ve velké nevýhodě. S velkým očekáváním jsem proto v roce 2007 přijal nabídku Alliance Healthcare k účasti na mezinárodním setkání Alphega lékáren v Mönachu. Příjemně mě překvapilo, že se jedná o dlouhodobý a propracovaný projekt – Alphega vznikla v roce 2001, který sdružuje soukromé lékárníky z mnoha zemí Evropy. Proto jsem se v roce 2008 rozhodl do sdružení Alphega lékáren rovněž vstoupit. Právě v té době začínalo sdružení Alphega i v České republice a měl jsem tedy možnost podílet se i na jeho vzniku. Alphega nabídla majitelům soukromých lékáren důležitou alternativu jejich dalšího působení na českém trhu. Pro mě osobně je účast ve sdružení Alphega v liberálním

prostředí lékárenského trhu výhodná, přináší významný finanční efekt a potřebný pocit jistoty a zázemí.

- **Splnilo členství v tomto projektu vaše očekávání?**

Rozvoj sdružení Alphega v České republice byl v posledních čtyřech letech provázen postupným posilováním a zviditelněním naší pozice na trhu směrem k pacientům a výrobcům. Je potřeba zmínit, že účast v tomto sdružení výrazně zvyšuje profitabilitu lékárny a nabízí marketingovou podporu a vyjednávací sílu společnosti Alliance Healthcare. Potvrdila se současně také má původní obava z konsolidace českého lékárenského trhu provázená rozmachem „tvrdých“ lékárenských řetězců a nevybíravých obchodních praktik. To mě jen utvrdilo v přesvědčení, že rozhodnutí pro účast v tomto obchodním a marketingovém projektu bylo správné.

- **V čem z pohledu majitele veřejné lékárny vnímáte základní odlišnosti sdružení Alphega oproti jiným projektům?**

V České republice neexistuje podobně silný a detailně rozpracovaný marketingový koncept. Alphega v době mého vstupu sdružovala kolem 2 000 soukromých provozovatelů lékáren v Evropě. Dnes už sdružuje více než 5 000 lékáren, a to mluví samo za sebe. Alphega má profesionální strukturu řízení a využívá zázemí největší evropské distribuční společnosti Alliance Healthcare. Alphega představuje všestranně výhodný koncept pro nezávislé provozovatele lékáren, výrobce a pacienty, kteří využívají nadstandardního servisu a profesionální lékárenské péče v našich lékárnách. Zásadní odlišnost vidím v možnosti přímého ovlivnění fungování celého projektu. Alphega lékárna a její další rozvoj je přímo závislý na aktivitě soukromých lékárníků. To mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, protože jsem druhým rokem členem Alphega Rady, výkonného orgánu sdružení Alphega. Za svá rozhodnutí zodpovídá Alphega Rada všem členům sdružení Alphega. Protože jsou ve vedení celého sdružení „řadoví“ lékárníci, nejsou odtrženi od reality a jsou schopni flexibilně reagovat na situaci v českém lékárenství a konfrontovat ji s každodenní praxí.

■ S členstvím v projektu máte již čtyřletou zkušenost. V čem spatřujete základní přínos sdružení Alphega pro nezávislého lékárníka?

Během posledních čtyř let došlo v členských lékárnách Alphega k řadě výrazných změn. Zapracovali jsme na zviditelnění Alphega lékáren směrem

k pacientům. Většina lékáren prošla brandingem a má nezaměnitelný vnější vzhled. Pro pacienty máme živé webové stránky, lokálně distribuujeme produktově zaměřené letáky – průměrně 2 000 výtisků na lékárnu, pro pacienty organizujeme osvětové zdravotní kampaně. Díky pravidelnému školení zvyšujeme standard služeb zaměstnanců v našich lékárnách. Pro výrobce jsme díky celkovému obratu Alphega lékáren a vyjednávací síle společnosti Alliance Healthcare silným obchodním partnerem, s nímž chtějí a dokonce musí jednat. Díky tomu máme možnost dosáhnout na velmi výhodné podmínky. Postupně se chceme stát také silným partnerem pro regulační orgány v oblasti lékárenství a úhrad zdravotní péče. Za velmi důležitou považuji otevřenou komunikaci mezi členy sdružení Alphega navzájem a s vedením sdružení. Důkazem dobrého fungování Alphega lékáren je zvýšení profitability našich lékáren a také fakt, že i přes stagnaci lékárenského trhu v ČR roční obrat Alphega lékáren celkově vzrostl v loňském roce o 8 procent.

■ Jak vnímají členství ve sdružení Alphega zaměstnanci vaší lékárny?

Začátek fungování v projektu provázely obavy ze ztráty možnosti svobodného rozhodování a nutnosti určité uniformity včetně chování a projevu. Těžký je ale každý začátek; jak posléze všichni moji zaměstnanci, a myslím, že mohu hovořit i za všechny ostatní členy sdružení Alphega, poznali, opak je pravdou.

Dnes je Alphega a s ní spojené aktivity přirozenou součástí práce všech zaměstnanců lékárny. Sdružení Alphega je projektem otevřeně komunikujících lékáren zaměřených na své zákazníky. Společně se všichni snažíme poučit z chyb jednotlivých členů a naopak využít „best practice“, tedy nejlepší praxi a znalosti, pro pomoc všem ostatním. Každý měsíc navštíví naši Alphega lékárnu konzultant Alliance Healthcare, který pomáhá mým zaměstnancům s plněním dohodnutých akcí s výrobcí a jejich řízením. Je zřejmé, že úspěšnost sdružení Alphega stojí na aktivním přístupu provozovatelů soukromých lékáren, ale také jejich zaměstnanců.

■ Otázka na závěr: Jaká budoucnost podle vás čeká sdružení Alphega?

Sdružování nezávislých lékárníků a jejich spolupráce ve sdružení Alphega s podporou Alliance Healthcare je bez výhrad správný směr. Do pěti let bude sdružení Alphega v Evropě mít 10 000 členů v podobě nezávislých lékáren, které budou v soukromém vlastnictví. V České republice pak počet Alphega lékáren ze současných 135 také rychle roste. To je obrovská síla, která nemá v Evropě ani u tzv. tvrdých řetězců konkurenci. V době, kdy se stává stěžejním tématem úspora prostředků ve zdravotnictví, je potřeba hledat nové obchodní a marketingové modely, které nezávislým lékárníkům umožní nejen přežití, ale také další rozvoj. Alphega takovým projektem bezesporu je.

(PR)

Alphega lékárna

- největší síť nezávislých lékáren v Evropě s více než 5 000 členskými lékárnami v 6 zemích (Francie, Velká Británie, Itálie, Rusko, Španělsko a ČR)
- v ČR již více než 130 členů
- více než 10 let zkušeností



www.alphega-lekarna.cz

Projekt skupiny Alliance Healthcare

Co s námi získáte

- vyšší ziskovost lékárny
- společný marketing, zajištění propagačních materiálů a příprava tematických kampaní
- zviditelnění lékárny směrem k pacientům:
 - pacientské letáky pro 250 000 zákazníků
 - webová prezentace lékárny
 - využití silné evropské značky Alphega



Krásný den v dobré společnosti: PHARMA BALL 2012



Letošnímu II. ročníku volejbalového turnaje dalo „ZDAR“ pětatřicet účastníků. Turnaj se konal 26. května za krásného sobotního slunečného dne. Tento ročník zaštiťovala společnost Zentiva. Oproti loňskému roku přibylo dalších patnáct aktivně zapojených hráčů. Bylo nás šest týmů, opět s originálními názvy – ostatně posuďte sami: BMV na LPG, Tragédi, Trosky, Záchranáři, Oldies a Kotelníci.

Týmy byly výkonnostně poměrně vyrovnané, a tudíž panovalo napětí, kdo se zhostí „bednových“ míst. Prvenství nakonec získalo družstvo **BMV na LPG** složené převážně z mladého studentského jádra, druhého místa dosáhli **Tragédi** a třetí místo vybojovali **Oldies**. I letos byly všem týmům předány diplomy a ceny získané za podpory různých farmaceutických firem. Kromě společnosti Zentiva k dalším sponzorům turnaje patřili Abbott, Dr. Müller PHARMA, Aromatica, GS Pharmaceuticals, Fytofontána, KRKA, Berlin-Chemie.

Po vyhlášení výsledků jsme se přesunuli do mašovicického sportovního areálu, kde letos pro nás připravil kolega Jan Korábečný s dalšími pomocníky občerstvení. Pochutnali jsme si na steacích kuřecích i z krkovice, na točeném pivu, popovídali si a příjemně strávili zbytek krásného dne. Letošní ročník se bohužel neobešel bez zranění, a proto těmto nešťastníkům přeji brzké uzdravení.

Věřím, že se turnaj líbil jak hráčům, tak i divákům. Závěrem chci poděkovat za vynikající spolupráci při organizaci turnaje Pavlu Grodzovi, Jindřichu Křoustkovi a Honzovi Korábečnému, samozřejmě i všem zúčastněným a v neposlední řadě našemu fotografovi Jiřímu Kotlářovi. Když bude štěstí přát, budeme se příští rok snažit zorganizovat III. ročník.

Mgr. Gabriela FRÜHBAUEROVÁ

Snímky: Mgr. Jiří KOTLÁŘ



Členové a sympatizanti Spolku pro vybudování ČFM se vydali pod vedením svého předsedy a děkana FaF UK prof. A. Hrabálka na další poznávací cestu do zahraničí. Byla již sedmnáctá v řadě, a tak vítězila i touha po neznámém dobrodružství. Nabídku účasti přijalo 29 zájemců, kteří si vybrali z této velké země návštěvu severní berberské části, tj. pobřeží Středoziemního moře, Atlantického oceánu, pohoří Rif a velká a historická města v podhůří. Cesta se uskutečnila letecky ve dnech 24.–31. 5. 2012.

Přiletěli jsme na samé hranice s Alžírem do města **Oujda** a ubytování bylo v nově budovaném rekreačním centru u Středoziemního moře ve městě **Saidia**. Odtud nás přepravil další den najatý autobus s průvodkyní do historického města **Fes**. Je nejstarším ze čtyř královských měst založených v 8. stol. a střediskem arabsko-islámské kultury. Jeho Medina patří mezi světové kulturní dědictví UNESCO. Mimo jiné jsme zde navštívili a seznámili se s manufakturní výrobou keramiky, dále koberců, látek a s proslulou koželužnou. Slabší povahy obdržely k dýchání mátové listí.

Další den jsme přešli do města **Chefchauoén**. Krkolonný název získalo kvůli dominantní hoře ve tvaru rohů. Je to poutní místo zdobené superlativy jako nejkrásnější a nejpůvabnější v Rifu. Pořádek a čistota byly velkým překvapením. Město je celé modrobílá a také proslulé pěstováním, kouřením a prodejem hašiše. Je velmi zvláštní, když ještě před 2. světovou válkou byl vstup křesťana mimořádnou událostí. Skrytá poloha v horách zapříčinila, že kulturní mísení probíhalo mimořádně pomalu. Dnes však na turisty čekají a místo by stálo za vícedenní pobyt.

V neděli jsme se vydali do města nazývaného brána do Evropy, tj. **Tangeru**, a to s ohledem na jeho polohu u Gibraltaru. Je fascinující směsicí Afriky, Evropy a Orientu. Je to město se zvláštní minulostí a s kosmopolitní komunitou. Mívalo zvláštní status s nezávislostí na běžných zákonech a neobyčejnou ekonomickou a společenskou nezvyklostí, počínaje neuvěřitelným procentem homosexuálů, výrobou drog, pochybným chováním korporací a bank. Po roce 1956 se mnohé změnilo, ale obchod s hašišem nemůžete přehlédnout. Místo nevěstinců a mnoha pochybných podniků jsou zde kavárničky a obchůdky. My



Za poznáním aneb Lékárnici na cestách:

Marocké království v Africe

jme si vyjednali návštěvu Berberské lékárny, která se zabývá jenom léčivými rostlinami, jejich esencemi, přírodními parfémy a dalšími produkty této řady. Jinak lékárny v Maroku jsou obdobné evropským, a ničím než zarážejícím vzhledem nepřitahují. Poblíž města jsme navštívili i světoznámou **Herkulovu jeskyni**, kde vstup od moře vytvořil obrysy Afriky.

V pondělí jsme jeli navštívit malebné městečko **Asilah**, které leží na pobřeží Atlantického oceánu na začátku 40 km dlouhé pláže. Je na něm znát portugalská minulost a vypadá opravdu malebně s Medinou, malbami na fasádách a palácem Raisuli. Stojí za zmínku, že muž tohoto jména byl na počátku 20. stol. spíše banditou, unášejícím kdekoho a kradoucím kdeco, aby získal tučné výkupné, ale lid ho časem miloval a nechal si od něho vládnout ve velké části země!

Šestý den jsme zahájili prohlídkou kdysi nejmocnějšího pevnostního města severní Afriky **Meknésu**. Má trojitý hradby o délce 40 km, 20 bran a je nazýván jako Versailles Maroka. Město bylo spíše symbolem moci sultána Mouleay Ismaila, který panoval 55 let a byl proslulým vojevůdcem, stavitelem, ale i tyranem. Sultánské město tvoří komplex několika paláců, zahrad a hospo-

dářských budov. Je zde rovněž veřejnosti přístupná mešita, jedna ze dvou v Maroku. Ostatní jsou bezvěrcům (všichni mimo islám) uzavřeny. Kdysi mimořádný stavební ruch způsobil vydrancování římského města **Volubilis**, které žilo od r. 42 do r. 285 po Kristu. Faktické zničení bylo právě způsobeno až v 18. stol. I dnes však působí areál vykopávek a pozůstatků staveb impozantně a stál za návštěvu.

Po návratu do hotelu v Saidii jsme využili volný čas k regeneraci sil fyzických i paměťových. Milým osvěžením bylo setkání s manželskou dvojicí lékárníků. Oba studovali s některými z našich účastníků v Hradci Králové. Jitka Martínková a Omar El Oumali, kteří mají lékárny v Nadoru (Maroko), žijí v Melille (ESP). Je to přístavní město patřící Španělsku. Jedna ze tří jejich dcer nyní studuje farmacii rovněž v Hradci Králové. Vzájemné předávání poznatků s množstvím dotazů na systém lékáren, zdravotnictví, společenského a politického života v mnohém přiblížilo naše znalosti a informace o této zemi.

Účastníci této zajímavé cesty už se těší na další přátelské setkání.

Prožil a zapsal
Petr R. PALOUŠ

Nádech, výdech – využití v terapii

(počtvrté do stejné řeky)

V předcházejících třech měsících na tomto místě představil viceprezident ČLnK PharmDr. Stanislav Havlíček metodu holotropního dýchání i jejího autora MUDr. Stanislava Kudrle; společně pak popsali východiska a častěji i cíle této metody. V závěrečném díle věnují pozornost zejména terapeutickému využití holotropního dýchání.

■ Mluvili jsme o změněných stavech vědomí. Jaký je jejich terapeutický potenciál a k čemu jej lze využít?

Účinné mechanismy léčení a transformace osobnosti spočívají v intenzifikaci konvenčních terapeutických mechanismů, jako je například abreakce. V terapeutickém potenciálu procesu smrti a znovuzrození umožňující ukončení vývojové fáze a její nahrazení fází novou a v neposlední řadě v terapeutických mechanismech na transpersonální úrovni jako je vyřešení karmické úrovně problému, nebo posílení sebezpřijetí v zážitku milosti a podobně.

■ Jungova definice výrazu „abreakce“ zní: „Dramatické znovuprožití traumatického momentu, jeho emocionální rekapitulace v bdělém stavu nebo v hypnóze, kdy se dosud vytěsněné emoční reakce mohou dostat do vědomí.“ Ne každý ale, naštěstí, má nějaké trauma na zpracování. Je tedy i jiný způsob využití?

Existuje samozřejmě i možnost využít prožitkové sebezkoumání k emočnímu a psychosomatickému léčení, jako cestu k dosažení lepší životní strategie nebo „jen“ jako filozofické a duchovní hledání.

■ Termín „prožitkové sebezkoumání“ nás vrací k dr. Grofovi na začátek našeho rozhovoru. Co všechno se dá transpersonálně prožít?

Klasické psychoterapeutické školy, pracující s klientem v bdělém stavu vědomí, považují za dostupnou a relevantní pouze biografickou rovinu života. Zážitky jsou vybavovány ve vzpomínkách, terapeutem eventuálně interpretovány a klient je podporován, aby integroval nové náhledy a rozšiřoval tak vědomou účast na svém životě a kontrolu nad svými nevědomými součástmi psyché.

Ve změněných stavech vědomí, pod

le Grofa v holotropních stavech vědomí, se do vědomí dostávají obsahy nejen z biografické zážitkové roviny, ale i z oblasti perinatální a transpersonální a současně se mobilizuje vnitřní léčivá energie. Perinatální zážitky souvisejí s vývojovým obdobím nitroděložního života a s obdobím kolem porodu. Zážitky transpersonální mají povahu archetypální, transcendentální – tedy nadosobní. Obvykle nesouvisejí nijak přímo s vlastním žitým životem, ale mohou symbolizovat určitou alegorii k němu. Terapie je takto obohacena, rozšířena o silnou zážitkovou oblast, která často poskytuje klíč k řešení problému klienta, když z biografické úrovně řešení nepřicházelo. Znamená to, že konkrétní lidské trápení je někdy řešitelné až po odžití a přijetí traumatických zážitků porodu nebo karmických zážitků. Tímto se holotropní dýchání dostává na pomezí terapie a spirituální praxe. Integrace – přijetí a zpracování zážitků mají nejenom uzdravný smysl spočívající v úlevě od symptomů, ale přináší také pocit prožitku mimořádného či posvátného, přináší porozumění řádu světa, proměnlivosti, pomíjivosti a nepředvídatelnosti jevů. Přináší často konfrontaci se zážitky umírání, odevzdání se a nelpění. Umožňuje jedinci postoupit ve svém zrání a v zaujímání adekvátnějších životních postojů.

■ Koho je více, „pacientů“, nebo „hledáčů poznání“?

Mé praktické zkušenosti s použitím holotropního dýchání jsou jak z léčebné praxe s lidmi závislými na alkoholu, lécích nebo drogách, tak z víkendových seminářů, které pro širší veřejnost pořádám jednou měsíčně. Tedy s lidmi tzv. normálními, kteří „pouze“ hledají hlubší porozumění sobě samým, zákonitostem vesmíru, mystériu stvoření a smrti apod. Ve skutečnosti je však *normalita* pojmem velmi relativním.

Syndrom závislosti je například, kromě často diskutovaných genetických předpokladů, nepochybně také výrazem vývoje člověka. Je na širší úrovni celoživotním tématem pro každého

z nás. Neboť všichni řešíme dilema závislého života v symbiotické vazbě s matkou během nitroděložního vývoje, první separaci spojenou s dramatem porodu, opětné obnovení vazeb v prvních letech života v rodině, přijímání rodinných rituálů a pravidel, a posléze bourání těchto „mýtů“ v době puberty. Směřování od závislosti k nezávislosti je tématem pro každého z nás pravděpodobně po celý život. To, jak prožíváme a reflektujeme tento vývoj, je součástí každé psychoterapie, a tedy i léčby závislostí.

Co se přitom učíme pochopit, co už nebývá v psychoterapiích vždy reflektováno a je spíše duchovním významem, je otázka po smyslu, víře, poslání, údele, odpuštění a smíření. Jako bychom se ptali, jaký to vše má smysl – žít život, jehož početí jsme si neurčili a na jehož konec rovněž nevidíme.

Na počátku zápasu o zrození, o biologickou samostatnost, je bolest, utrpení, přidušení a patrně úzkost, panika a strach. Jde o porod, který je takto znovuprožíván ve změněných stavech vědomí. Jde vlastně o jakousi průpravu a přípravu na to, že život je *nesnadný*. Zrozením, které je zároveň triumfálním završením svízelné cesty ven, mizí stav nerozlučné jednoty matky a plodu. Nastává období vlády protikladných dualit – euforie a deprese, radosti a žalu, tmy a světla, hladu a sytosti, slasti a bolesti apod. Jsme nuceni žít a vyrovnávat se s těmito protiklady.

■ Chápu tedy správně, že i „hledáč“ sebe sama je vlastně pacient a naopak?

Pojďme si to ukázat na několika příkladech zážitků, které dokumentují význam holotropních stavů vědomí v průběhu léčby. Ty buďto předznamenaly zásadní obrát v terapii, nebo vedly k jejímu opravdovému přijetí, či přinesly zásadní úlevu nemocnému. Stejně tak holotropní zážitky přináší poznání, porozumění a úlevu lidem tzv. zdravým, případně pomáhají rozvíjet jejich intuitivní rozhodování, tvořivé schopnosti a schopnost soucítění.

S metodou holotropního dýchání je nevhodné pracovat laicky, nepoučeně, bez vedení certifikovaným lektorem. Kvalifikovaná pomoc je často předpokladem dobrého zpracování a přijetí prožitku.

Jinak hrozí možné komplikace z neukončeného a neuzavřeného procesu. Proto doporučuji konzultaci s certifikovaným lektorem před přihlášením na „dýchání“ nejen ohledně zdravotního stavu, ale i na témata soustavného zájmu o sebepoznání, motivace a ochoty tvořivě pracovat na zpracování prožitků i v mezidobí mezi jednotlivými sezeními.

Často se mi totiž potvrzuje staré úsloví:

Bud' opatrný s tím, čeho si žádáš, protože bys to mohl dostat.

- Alkoholická Anna prožila v prvním dýchání setkání se zemřelou matkou. Sdělila jí vše, co nebylo za života vyřčeno a prožila tak hlubokou úlevu ve smíření s její smrtí. V dalším dýchání pak měla zážitek, že drží své srdce v dlaních a zlehka je hladí. Uvědomila si přitom křehkost vlastního života, jeho zázračnost a potřebu se chránit. Od té doby zcela přestala pít alkohol.
- Josef prožil při holotropním dýchání setkání s dcerou, se kterou neměl delší dobu kontakt a poprvé si uvědomil hodnoty tohoto vztahu, uvědomil si nadčasové působení intimity ve vztahu, kterou mu zprostředkovala partnerka v holotropním sezení.
- Alkoholik Pavel prožil ve třech dýcháních setkání s duchovní bytostí, respektive směřování k ní, které se nikdy zcela nenaplnilo. Vždy, když už mělo k setkání dojít, došly mu síly a bytost se vzdálila. Prožívaná frustrace se proměnila v náhled: „Dokud budu popírat určité aspekty své závislosti, nedojdu k úplnému setkání s touto bytostí.“ Tímto popíráním byl konkrétně abúzus marihuany. Jakoby se mu bytost vždy rozplynula v marihuanovém obláčku.
- Zdena si v dýchání uvědomila vlastní ženskost a smyslnost ve ztotožnění s nadpřirozeně krásnou ženskou bytostí. Uvědomila si také své potlačované a neopětované potřeby v dysfunctionálním manželství na biografické

úrovni a na úrovni perinatální ambivalenci k matce, která ji nechtěla počít.

- Toxikoman Karel prožil pocit zajetí ve věži, do které byl uvržen svou závislostí, a následně vysvobození mnichy – duchovními bytostmi.

■ **Máte rozsáhlou praktickou zkušenost se závislostmi a jejich terapií. Proč vlastně závislost vzniká, proč jí někdo propadne, a jiný odolá?**

Kořeny závislosti u člověka spatřuji ve vrozené a hlubokému instinktu podobné potřebě slasti, libosti a euforie, dále v touze vyhnout se bolesti a trápení, jak fyzickým, tak duševním. A také v touze po zážitku jednoty se sebou samým, s druhými, s vesmírem. Případně v nenaplněné transcendenci bolesti a utrpení, pocitů izolace a samoty. V naší civilizaci povážlivě ubylo zdravějších a na duchovní bázi založených rituálů. Člověk proto hledá možnosti „nápravy“ v intenzivních stavech změněného vědomí pomocí drog, alkoholu, hracích automatů, v touze po moci a vzrušení, se snahou kontrolovat všechny nelibé pocity. Touha měnit prožívání je stejně silná jako touha po jídle či po sexu. Úskalím se stává okamžik, kdy člověk změnu prožívání zamění za změnu reality samotné. Pak uvízne v některém výlučném způsobu uspokojení, kterým mění své prožívání a realitě se vzdaluje. Začíná se rozvíjet jeho závislost.

C. G. Jung v dopise Billovi W., zakladateli hnutí Anonymních alkoholiků, kdysi napsal: *Vidíte, alkohol se latinsky řekne spiritus, a my užíváme stejné slovo pro nejvyšší náboženský prožitek stejně, jako pro nejvíce deprivující jed. Pomocná formulka by tedy mohla znít spiritus contra spiritum.*

Slovo spirit má ovšem ještě jednu blízkost a etymologickou příbuznost, a sice ke slovu respirace, dýchání. Holotropní dýchání, pokud je kvalifikovaně poskytováno v bezpečném prostředí, nabízí intenzivní prožitek sebe ve stavu regrese s možností konfrontace s neukončenými traumaty a konfliktními emočními stavy. Stává se také okamžikem transcendence v zážitcích splynutí s absolutnem. Zde člověk v krizi může objevit smysl toho, co Anonymní alkoholici nazývají *vyšší mocí*, objevit sebe jako součást čehosi, co jej přesahuje a dává směr a sílu k novému uspořádání života.

- **Samotné zážitky nejspíš nestačí,**

velkou roli hraje terapeut a následná interpretace...

Na proceduře holotropního dýchání je nejdůležitější individuální „ustrojení“ prožitku a jeho hluboká vztážnost k životu daného jedince. Tím vede často ke snížení pocíťovaného napětí, symptomů a k pozitivnímu náhledu na vlastní odpovědnost v životě. Samozřejmou součástí terapeutického systému, který využívá změněných stavů vědomí, je dynamicky orientovaná komunitní a skupinová práce, která slouží k integraci a verbálnímu zpracování prožitků, k modelování a sociálnímu učení, jak to běžně v terapeutických komunitách máme na zřeteli.

■ **A není holotropní dýchání samo o sobě návykové, závislost vyvolávající?**

Holotropní dýchání je založeno pouze na hyperventilaci, vnímání hudby a rozvíjení navozovaných prožitků, podporovaných někdy *body work*, prací s tělem. Nejde o nic nefyziologického, o nic „návykového“, protože z podstaty a povahy procesu samého se člověk otevírá většímu porozumění sobě a svému místu ve světě, aktivují se hlubší intrapsychické uzdravné mechanismy. V důsledku toho se naopak spíše dokáže zříkat svých závislých vztahů.

■ **Má holotropní dýchání nějaké kontraindikace? Jsou lidé, kteří by „dýchat“ neměli?**

Zdravotní kontraindikace pro holotropní dýchání jsou nemoci srdce a oběhového ústrojí, hypertenze, epilepsie, zelený oční zákal, výrazné dechové obtíže nebo záchvatová onemocnění typu bronchiálního astmatu, závažná metabolická onemocnění – např. nekompenzovaný diabetes mellitus, stavy po nedávných operacích, závažná duševní onemocnění – psychózy, melancholie, paranoidní stavy, nutnost užívat tlumivou medikaci z psychiatrické indikace, aktivní závislost na návykových látkách včetně alkoholu.

S metodou holotropního dýchání je nevhodné pracovat laicky, nepoučeně, bez vedení certifikovaným lektorem. Kvalifikovaná pomoc je často předpokladem dobrého zpracování a přijetí prožitku. Jinak hrozí možné komplikace z neukončeného a neuzavřeného procesu.

**Seriál připravili:
PharmDr. Stanislav HAVLÍČEK
MUDr. Stanislav KUDRLE**

VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen 2012

80 let

Mgr. Svatava Steinerová
(OSL Domažlice + Tachov)

75 let

PhMr. Anna Pokorná
(OSL Brno + Brno-venkov)

70 let

Mgr. Jarmila Vajsová (OSL Liberec)
Mgr. Marta Vyroubalová
(OSL Hodonín)

60 let

RNDr. Miroslava Maršíková
(OSL Příbram)
Mgr. Eva Adamová (OSL Litoměřice)
Mgr. Jitka Jaklová
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Alena Zelená
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Hana Baráková (OSL Trutnov)
Mgr. Hana Pochopová (OSL Trutnov)
PharmDr. Dagmar Malénková
(OSL Kroměříž)
RNDr. Dagmar Vítová
(OSL Nový Jičín)
PhMr. Oldřiška Nakládalová
(OSL Olomouc)
Mgr. Jiřina Pilná (OSL Ostrava)
Mgr. Pavla Vargová
(OSL Uherské Hradiště)

50 let

Mgr. Zdeňka Němcová (OSL Plzeň)
PharmDr. Jana Kabešová
(OSL Pardubice)
PharmDr. Jitka Korpasová
(OSL Semily)
PharmDr. Václav Bareš
(OSL Brno + Brno-venkov)
Mgr. Zdeněk Králíček (OSL Vyškov)
PharmDr. Alena Tomášková
(OSL Praha 4)
PharmDr. Jarmila Fendrychová
(OSL Žďár nad Sázavou)
Mgr. Šárka Paličková (OSL Ostrava)
PharmDr. Jana Kubíčková
(OSL Šumperk + Jeseník)
PharmDr. Jiří Stejskal
(OSL Šumperk + Jeseník)
PharmDr. Zuzana Kotasová
(OSL Jihlava)
Mgr. Lubora Bednaříková
(OSL Brno + Brno-venkov)
PharmDr. Barbora Tejkalová
(OSL Praha 6)
PharmDr. Hana Havlová
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Anna Ponížilová (OSL Zlín)
PharmDr. Miroslava Čadková
(OSL Plzeň)

Upřímně blahopřejeme!

(člnk)

Běh pro radost a kondici (IX.)

Již za svého života se stal Emil Zátopek u nás i v zahraničí legendou, která s odstupem času nebledne, ale naopak získává na lesku. Letos oslavíme 60. výročí jeho výjimečného trojnásobného vítězství na olympiádě v Helsinkách v bězích na 5 km, 10 km a marathonu. Zopakovat takový úspěch se od té doby dosud nikomu nepodařilo a odborníci tvrdí, že už asi nepodaří. Pro nás, kondiční běžce, si dovolím malý takticko-technický rozbor.

Zátopek byl vzorem pro celé generace následovníků a přiměl ke sportování mnoho lidí. Na dotaz, co ví cizinec o Československu, byla nejčastější odpověď: Zátopek. V roce 1948 získal na olympiádě v Londýně zlato na 10 km a stříbro na 5 km, když prohrál asi o metr. Proto slíbil (dal si závazek), že v Helsinkách 1952 vybojuje dvě zlaté medaile. Do „rezervy“ se přihlásil i na maraton, který do té doby ale nikdy neběžel. Jenže v dubnu 1952 dostal angínu a zánět průdušek s vysokými teplotami a jeho olympijské naděje se začaly tenčit. Přesto se dokázal na olympiádu připravit a během jediného týdne třikrát zvítězit v olympijských rekordech. Každý z nás dobře ví, jak bolí nohy po závodě, jak dlouhá je regenerace. Vžijme se proto z tohoto pohledu do pocitů Emila Zátopka, který během týdne absolvoval čtyři závody, v nichž nesměl zaváhat. Jádrem jeho přípravy bylo v té době intervalových 20x400 m s 200m meziklusem. Ale tempo směřovalo v roce 1951 do oblasti 20 km (dnes půlmarathon). Byl první na světě, kdo uběhl 20 km za méně než hodinu (rekord vydržel až do r. 1963). Zatímco na „desítku“ byl pro Helsinky jasným favoritem, na „pětce“ mohl, podle svých vzpomínek, uspět jen ostrým tempem a dlouhým, 400m finišem, protože vyrůstli noví, rychlejší soupeři. Naopak pro maraton byl rychlostním typem. Jak obrovské zátěži byl vystaven Zátopkův organismus, ukazuje profil jeho zlatého týdne.

Dne 20. července 1952 vyhrál vysokým a pravidelným tempem 10 km. Metabolismus byl dlouhodobě na tuto vzdálenost připravován.

Moc času na regeneraci mu nezbylo, protože 22. července se kvalifikoval z rozběhu na 5 km do finále. Taktickým výkonem ušetřil trochu sil, spíše psychických, protože ve skutečnosti šlo o několik vteřin.

Při závodě na 5 km se 25. července snažil zapojit do udávání tempa, aby vyčerpал před závěrem své rychlejší soupeře. Svým finišem a bojovností

zvedl vyprodaný stadion ze sedadel. Třicet minut po jeho vítězství získala zlato i Dana Zátopková v hodu oštěpem.

Dne 27. července se běžel maraton. Taktické záměry se obrátily. Horký favorit, držitel nejlepšího světového výkonu, Angličan Peters nasadil intenzivní tempo, aby unikl rychlejšímu Zátopkovi. Na svoji taktiku dopltil a na 35. km vzdal. Zátopek běžel od 25. kilometru v čele sám. Po třech náročných závodech bojoval dalších 17 km se svojí únavou a proti odpočatým specialistům. Stojí za zmínku, že během tohoto marathonu nejedl ani nepil.

Přes křečovitý a usilovný výraz v obličejí běhal Zátopek uvolněně, jak dokládají fotografie, kdy si kontroloval svalové napětí v rukou poklepem ukazováčku o palec. Jeho výkonnost z let 1951 a 1952 na tratích 5, 10 a 20 km by dnes stačila v ČR na první místo, přes všechny tartan, adidas a podobné vymožnosti. A jeho skutečná marathonská výkonnost, neovlivněná třemi předchozími závody? Pravděpodobně by stačila k účasti na olympiádě 2012.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Šance pro ekzematiky

Společnost Stiefel, která patří do skupiny firem GlaxoSmithKline, uzavřela v minulých dnech smlouvu se společností Welichem Biotech, Inc., za účelem koupě nového přípravku na léčbu lupénky a atopického ekzému. Jde o moderní, nesteroidní kožní protizánětlivý přípravek s novým chemickým složením (NCE), který při klinických studiích první a druhé fáze prokázal svou účinnost a bezpečnost při léčbě mírné až středně závažné lupénky a mírné až těžké formy atopického ekzému, jak uvádí British Journal of Dermatology, a poskytl pacientům úlevu na dobu až dvanáct týdnů po jednorázové léčbě. (dop)

Jak pochodíme zavedením nové daně?

Jak známo, podala vláda sněmovně předlohu zákona jednající o přeměně a úpravě nynějších daní. Účelem této přeměny má být: správnější rozdělení daní, poplatníkům, kteří podle posavadních předpisů platili příliš mnoho, má se dostat jistých ulehčení. Kapitál (vklady ve spořitelnách atd.) jenž dosud úplně byl daní prost, bude zdaněn a konečně mají být novým berním zákonem odstraněny některé nedostatky nynějšího systému.

Těž našeho stavu dotýká se chystaná oprava, o níž na říšské radě započalo již jednání. Vzdůstající potřeby státu nedopustí ovšem nikterak, aby výnos daní byl snad všeobecně snížen a bylo by velice naivní oddávat se v té příčině sebe menší naději. Předloha vládní praví výslovně, že posavadní výnos daní musí být zabezpečen, ba že musí být zabezpečen i jistý vzrůst výnosu řídicí se dle přirozeného přibývání poplatnictva. Méně tedy platiti nebudeme, naopak budeme platiti dle nového zákona více než dosud! Není to pěkná vyhlídka do naší budoucnosti, ale buďme raději na to co nás čeká připraveni, než abychom zavírali před blížící se pohromou oči.

Veškeré daně budou na jednotlivá království a země v říšské radě zastoupené rozděleny (repartitovány). Sněmovna ustanoví dle požadavků ministerstva úhrnný obnos daní, jenž **musí** se sejíti. Tento obnos rozdělí se dle určitého klíče na jednotlivé země, okresy a berní obce. V těchto posléze uvedených ustaví se berní společenstva, tak že rozdělení daní dít se bude v kruhu velmi úzkém, kdež poměry jednotlivců jsou známy. Jest přirozeno, že při takovém zařízení mnohý poplatník bude nucen přiznati větší příjem než dosud. To ukázalo se v Prusku, kdež zavedením systému rozdělovacího docílen velmi značný přebytek daní, jehož upotřebuje se tam ku snížení dávek obecních. Tak má se státi i v Rakousku. Poněvadž však není zde ohledně takového rozdělování daní žádných zkušeností, nelze tohoto způsobu beze všeho upotřebiti a proto zavedena bude zároveň se systémem repartičním jistá sazba, jež dle potřeby bude jaksi pružnou. To jest, sazba tato zná dle počtu obyvatelů toho kterého místa **dvě položky: minimální a maximální**, dle kterých živnostníku daň vyměřena bude. Není zapotřebí mnoho důvtipu, aby každý nahlédl, že zde vězí pro poplatníka značná nebezpečí. Jisté položky sazby, pro lékárny **zvláště** navržené, jsou k tomu nelepším dokladem.

Nebezpečí pro náš stav skrývá se v tom, že budou moci »komisse pro daň výdělkovou«, jež ustaví se ve všech politických okresech jakož i v hlavních městech, na základě pružné sazby lékárníkům vyměřiti zcela libovolně daň nižší nebo vyšší. Že vyměří se spíše daň vyšší, lze očekávati, poněvadž posud rozšířen jest zcela mylný názor, že lékárna jest zlatým dolem. Již ta okolnost, že v návrhu berním, resp. v sazbě jeho jest lékárnám věnován zvláštní odstavec s položkami vůči jiným stavům značně vyššími, jasně ukazuje, že sama finanční správa z téhož názoru vychází.

Zvláště podotknouti dlužno, že v sazbě nalézáme při ji-

ných odvětvích poznámku, že hledě k nepříznivým okolnostem vyměřena bude daň co možná nízká. Při položce »lékárny« o nějakých nepříznivých okolnostech není ani zmínky a komise berní bude tudíž lékárníku vyměřovati daň stejnou, ať již jeho lékárna má stanoviště příznivé neb ať táž obklopena jest na př. domácími lékárnami, jež na všech stranách ubírají jí půdu.

Všecky tyto okolnosti vyžadují důkladného a rychlého uvážení všeho lékárnictva. Neozveme-li se v čas, budou pro nás krutá ustanovení berní předlohy přijata. Nuže, tedy rychle k činu, pokud není pozdě!

Časopis českého lékárnictva, 1. června 1892, str. 269

Výlet klubu českých farmaceutů

Zdařilý výlet tento odbyval se 21. května za hojného účastenství vzdor až příliš nepříznivému počasí, které celý výlet mermomocí překaziti hrozilo. Účastníci sešli se za deště u přístaviště a ve 2 hod. nastoupena jízda zvláštním parníkem do Zadní Chuchle. Na místě samém nastala ihned nejlepší nálada. Program zahájen slavnostním pochodem mertolinové a bigotfonové kapely, čítající 18 mužů, jež byla za své virtuosně přednesené kusy hlučně aklamována.

Dále následovaly: přednes na okkarinu, čtvero zpěv, přednáška

slovného profesora soukologie a bacillologie p. Liebertheina o nejnovějším výzkumu jeho: *Bacillus amoris*, která velmi pozorně hlavně ze strany krásného pohlaví sledována byla. Úvaha ta byla tím zajímavější, an p. badatel neopomenul přinést sebou i dotyčné diagramy a i preparáty, jež jasně znázorňovaly zhoubnou činnost onoho nízkého mikroorganismu.

Nejveselejší náladu způsobila báseň přednesena Ferdou Klappertáčkem a musel p. deklamátor na neutuchající pochvalu přednes opakovati. Pak holdováno bohyňi Terpsichorě se zimničnou horlivostí, tančeny i národní tance.

Na večer zavítala do sálu umělecká společnost a ohlašovala za rachotu bubnu a vířivého všesku trubek představení bramborové společnosti »Erteple« a amateuro-jongleurského družstva, jež svými produkcemi vzbuzovalo údiv všech přítomných. Pole pak zcela opanovala neúnavná Terpsichora až do pozdní chvíle večerní, kdy nastoupena za svitu bengálských ohňů a pochodu slovné kapely »Mixture« zpáteční cesta parníkem.

Časopis českého lékárnictva, 1. června 1892, str. 274

Reklama pro lékárnu v Ženevě

Majitel závodu »Pharmacie centrale« v Ženevě oznamuje svým odběratelům, že obdrží každý při koupích v ceně nejméně jednoho franku poukázku (bon) v ceně 10 centimů (= 10% srážky). Deset takových bonů přijme se pak na místě 1 franku při placení zpět načež odběratel obdrží zároveň jiný bon, jenž opravňuje k podílu při loterii pro niž určena jest výhra v ceně 400 franků.

Časopis českého lékárnictva, 11. června 1892, str. 290

**Sepsáno
před 120 lety**