
1/2013

ročník LXXXV

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Tolik vzrušujících a dramatických událostí hned na začátku nového roku! Když nenastal avizovaný konec světa, začali jsme se těšit na slibované krásné časy, v nichž se lidstvo má stát duchovně zaměřeným, osvíceným a laskavým. No nevím, co si teď ti prognostici myslí konkrétně o situaci v Česku. Prezident ušetřil nečekanou amnestií facku všem slušným občanům. Řada amnestovaných už je sice znovu za mřížemi, ale kdoví, jak se s nečekaně nabytou svobodou vyrovnají další. Zvýšení DPH o jedno procento se při nákupu jeví úplně jinak, na účtence se zřetelně ukáže, že to svoje jedno procento si připočte každý článek řetězu – od výrobce přes dopravce až po prodávajícího. Výsledek prvního kola přímé volby prezidenta se stal nezpochybnitelným úspěchem masivní předvolební propagandy a rozdělil voliče do dvou táborů.



A zase je tu prasečí chřipka. Sám ministr zdravotnictví před ní opět varuje. Dovídáme se, jak důležité je očkování především pro lidi starší 65 let, jichž by tak před úmrtností v důsledku tohoto onemocnění mělo být ochráněno devadesát procent. Z odborné veřejnosti se naopak ozývají i hlasy, že vyšší stupeň odolnosti vykazují právě lidé narození před rokem 1950, jejichž tělo si po prodělání nemoci přirozeným způsobem vytvořilo imunitu na celý život. Podle vakcinologů se musí očkovat každý rok, loňské očkování na letošní viry nepůsobí, i když se jedná o stejný virus. A jak je to s bezpečností vakcín? Opravdu se nemusíme obávat? Nejedna pacient, který o očkování proti prasečí chřipce uvažuje, se zeptá svého lékaře, jestli i on se nechal naočkovat, a většinou slyší zápornou odpověď.

Ve skutečnosti ale rok 2013 začíná dobře. Lidé dávají najevo, že nejsou ovce. Plzeňští občané v referendu odmítli stavbu obřího obchodního centra, v Písku rozhodli, že aquacentrum v centru města nebude, v Praze 7 odmítli stavbu údajně předražené radnice. To považuju za nadějně vyhlídky.

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 Kottlář,
Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Daniela Seberová, PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

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

sazba

Kateřina Hoferková

tisk a distribuce

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

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 2/2013 – 1. února 2013

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

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



obsah

Každému z nás pracovní uspokojení	4
Zeptali jsme se	5
Tajemný pacient v lékárnách podruhé	6
Ministerstvo ke změně DPH	7
PGEU k rozvoji lékárnické profese	8
Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe	8
Interaktivní dispenzační semináře	10
Návody pro dispenzaci: Sulfasalazin	11
Zemřel RNDr. PhMr. Zdeněk Hanzlíček	12
Tak to vidím já: S vyšší členského příspěvku nesouhlasím	12
Molekula měsíce: Lomitapid (mesylát)	13
Diskusní okénko	14
Rejstřík 2012	15
Vydali jsme se správným směrem	19
Fotografujete opravdu rádi, a to je dobře	19
Nově registrované látky: Vinflunin	20
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Cinnamomum zeylanicum	21
Václav Šípoš umí jít lidem pod kůži	22
Připomenutí vývoje naší farmakochemie	23
Imunomodulační potenciál Chlorelly	24
Světové dny WHO – únor	25
V Litve sa má lekárnik dobre	26
Má švýcarská „řetězcová“ zkušenost	27
České lékárenství 1948–1989 (IV.)	28
Běh pro radost a kondici (XV.)	29
Časopis Československého Lékařnictva 1933	30

titulní strana



Lékařníci na svých cestách po světě fotografují lékárny

Snímek z Káthmándú, hlavního města Nepálu, nám poslala PharmDr. Jaroslava Hrušková. Jak píše – na fotce bohužel není vidět kousek cedule s nápisem „LABORATOŘ, krev a moč odevzdávejte zde“ se šipkou mířící k táře.

Každému z nás pracovní uspokojení

Chtěl jsem původně psát o tom, že Časopis českých lékárníků má kulaté narozeniny. Po 128 letech dostáváte do ruky první číslo 85. ročníku. Je to složité, já vím, ale napíšu o tom příště. Dnes dostane prostor nový začátek. V prosinci se totiž nekonal konec světa. Naštěstí! Ale jak hned v pátek před Silvestrem v rozhovoru pro Jihlavské listy řekl doktor Hnízdil: „Svět neskončil, ale vyhráno nemáme.“ I tady se možná hodí napsat „naštěstí“. Co je v životě výhra? Jaký by byl život bez nutnosti rvát se o vítězství? Jak bychom žili s vědomím, že máme vyhráno?



PharmDr. Stanislav Havlíček, člen představenstva ČLnK

Nechce se mi moc filozofovat na tohle téma, měl jsem v prosinci dost a dost času při návštěvách v nemocnici přemýšlet o hodnotách a důležitých věcech. Konec světa se sice nekonal, ale pro hodně lidí se v prosinci svět hrotil. U nás doma to byla jízda na divoké houpačce, chvíli hodně, hodně dole, pak euforie z odrazu ode dna, úlevná a pomalá cesta nahoru a zase střemhlavý pád. To celé na druhou.

Ve srovnání s hromadným očekáváním možného konce světa bezvýznamná marginálie, z pohledu malé rodiny emoční katastrofa a převrácení hodnot. V takové situaci jsou najednou běžné denní činnosti a rituály jiné. Jiná jsou i očekávání a přání. V čase životních krizí jsou bulvární skandály vzdáleným štěkotem psů za karavanou.

Mnohokrát jsem si při pozorování horečné činnosti na JIP uvědomil, jak odlišné je vnímání profese lékařů a lékárníků samotnými pacienty, případně jejich rodinnými příslušníky. Gloriola lékařů totiž pramení z výkonu intenzivní medicíny. Z prostého faktu přímého ovlivnění a zachránění života. Ano, mnohem víc se v intenzivní medicíně riskuje. V sázce není nic menšího než lidský život, případně životy. Ziskem ovšem není nic menšího než lidský život, případně životy.

Ano, intenzivní medicína je výjimkou, která má na starosti náhlé příhody, mnohdy i relativně zdravých a mladých těl, která prostě měla smůlu nebo vrozený hendikep s odloženou účinností. Jsou to přesně ti pacienti, kteří na Štědrý den a na Nový rok zůstávají v nemocnicích. Zlomené obratle po úrazu nebo ruptury aneurysmat a předčasná

narození těch, kteří se zvolna odvažují začít nový život.

I na lékaře v primární péči občas dopadne odlesk božství ze záchrany životů. Ale jinak jsou to, stejně jako lékárníci, prostí dělníci farmakomedicíny. Malá ozubená kolečka systému udržujícího armády nemocných ve stavu živých.

O tom vlastně jsou knihy a rozhovory MUDr. Jana Hnízdila. „Moderní“ medicína má rozsáhlý aparát, který zabezpečuje nemocným proud chemie – léků, které brání „civilizačním chorobám“ zabít své nositele rychle. Nijak je ovšem nevede k tomu, aby se změnili ve svých zvycích a v postojích, které ke svým tělům zaujmají.

V posledních číslech Časopisu českých lékárníků se objevila povzdechnutí nad tím, jak se nám i lékařům v primární péči v takto nastaveném systému špatně pracuje. Chápu a souzním s autory obou článků, a ani uvědomění toho, že systém „udržování nemocných“

je středobod našeho životy, mi nebrání v tom cítit se podobně jako oni. Veškerá lékárenská péče poskytovaná pacientům s civilizačním nebo psychosomatickým onemocněním založená pouze na správném a bezpečném užívání léčiv nutně selže. Pokud je cílem vyléčení pacientů, je nutná jejich spolupráce, změna jejich zvyků a převrácení žebříčku hodnot. A k tomu se jednotlivci vychovaní v konzumní společnosti odhodlá až na samém břehu řeky Styx.

Nemáme k dispozici žádné „vyléky“, kterými bychom způsobili terapeutický zázrak. Máme pouze „léky“, kterými vytrvale léčíme následky, a nikoliv příčiny.

Vcelku pochopitelná je pak i nenálda, vyvolaná právě systémem, který nám nedává to nejcennější – pracovní uspokojení. Při dispenzaci statinů se ani výjimečně nedostavuje pocit výhry, doprovázen vodopádem endorfinů, při představě, jak se jeho působením stabilizuje aterosklerotický plát a roste elasticita cévy.

Pacient také nemá pocit, že jeho krevní oběh je na další kvartál vybaven štítem proti vepřovému sádlu, a tedy ani nemá potřebu nám za poskytnutou ochranu poděkovat. Proč taky, čerpá svůj zákonný nárok na péči a ještě si na to připlácí.

Ale třeba byl konec světa právě o tom. Lidstvo se pomalu přehouplo do věku Vodnáře, začne prý více chápat a lépe rozumět. Kéž by.

Do nového roku hodně štěstí, vše nejlepší k narozeninám, a víc než ekonomickou stabilitu přejí každému z vás pracovní uspokojení.

Bez věrnostních slev?

Slovenský XIII. lékárnický kongres, který se konal loni v říjnu v Žilině na téma Zdravotnictví a globální krize, potvrdil, že kolegové jsou si vědomi nelichotivého stavu jejich lékárenství. Kongres měl za cíl předestřít současnou situaci jako následek reformy lékové politiky i důsledek ekonomické a globální krize. Zazněl zde text dopisu ministryně zdravotnictví SR Zuzany Zvolenské, v němž se mj. uvádí:

„Náš cíl je jasný: zabezpečit účinné, bezpečné a kvalitní léky pro občany v potřebném množství, za přiměřenou cenu, a zároveň prosazovat efektivní využívání veřejných zdrojů. Kromě jiného navrhuje zrušit věrnostní systémy, protože prostor při cenotvorbě léků vidím jednoznačně v tom, že je třeba snížit cenu léku pro všechny uživatele, neřešit to částečnými slevami, které v konečném důsledku sahají do kapsy pacientům a jsou jen marketingovým tahem – jednoduše – věrnostní slevy nepatří do lékáren, které jsou zdravotnickými zařízeními. ... Cena léků na Slovensku by od ledna neměla být vyšší než průměr tří nejnižších cen v EU.“

ZEPTALI JSME SE

Myslíte si, že rozšíření zásilkového výdeje o léčiva vázaná na recept může část českých lékáren ohrozit?

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



ANO. Myslím, že by mohlo, protože některé, především menší lékárny, nebudou pro tuto činnost vybaveny jak personálně, tak v ostatních ohledech a byly by principiálně disqualifikovány. Zcela jistě by to mohlo ale ohrozit pacienty, protože nikdo neví, kdo všechno by se, speciálně v prostředí ČR, do tohoto procesu zapojil. Asi jde o veliký kšeft (schválně používám tento expresivní výraz), takže riziko poškození pacienta je tomuto přímo úměrné.

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



ANO. Je ale třeba umět specifikovat, které lékárny, a nebude snadné pro některé z nich se s tímto fenoménem vyrovnat. Je poněkud zarážející, že při současné snaze rozšiřovat a prohlubovat povinnosti v hlášení o pohybu léčivých přípravků a snaze o uplatnění směrnice proti padělání a ostatních nařízení dochází k takovému uvolnění a neodhadnutelnému rozšíření dalších obchodních kanálů s léčivými přípravky, když na prvním místě autorit i politiků je proklamován zájem o bezpečnost pro pacienta.

**PharmDr. Lubomír CHUDOBA,
prezident České lékárnické komory**



ANO. Zásilkový výdej léčiv na recept v podobě navrhované poslancem MUDr. Borisem Šťastným a kol. by jednoznačně ohrozil nejen úroveň a budoucnost lékárenské péče v ČR, ale primárně především bezpečnost pacientů. A to z pohledu EU předpisů pro farmakovigilanci a ochrany před padělkem léčiv. Skutečný distanční výdej je v některých státech EU uplatňovaný jen ve výjimečných situacích a znamená, že doručení léku do domácnosti nebo místa pobytu pacienta zajišťuje přímo jako nadstandardní péči samotná lékárna. Dodávky léků pacientům jsou tedy plně pod kontrolou příslušné lékárny a podléhají přísné regulaci. V žádném z evropských států neexistuje z bezpečnostních důvodů přímý zásilkový výdej léčiv na recept, který byl skutečnou podstatou předloženého pozměňovacího návrhu. Jsem proto velmi rád, že se nám společně podařilo dosáhnout

toho, že sám předkladatel svůj pozměňovací návrh nakonec stáhnul.

**Mgr. Jakub DVORÁČEK, výkonný ředitel
Asociace inovativního farmaceutického průmyslu**



ANO. Myslím si, že pro určitý typ lékáren by to mohlo znamenat ohrožení jejich konkurenceschopnosti. Domnívám se, že některé lékárny budou nutně muset změnit způsob služeb pacientům, pokud budou chtít obstát. Nicméně jsem přesvědčen, že zásilkové dodávky léků na předpis by mohly pro mnohé malé lékárny znamenat rozšíření sortimentu služeb pro stálé klienty a pomoci v jejich kompetici s řetězci.

**Mgr. Marek HAMPEL, předseda představenstva
Grémia majitelů lékáren**



ANO. Samozřejmě může, ale hlavně takový způsob výdeje léčiv na recept může ohrozit naše pacienty. Z pohledu provozovatelů veřejných lékáren neproběhla veřejná diskuse v požadované šíři a podrobnosti a bez takové diskuse všech zúčastněných by bylo zavedení zásilkového výdeje léčiv na recept zbrklé a riskantní.

**Mgr. Tomáš CIKRT,
nezávislý konzultant a publicista**



ANO. Nikoliv samostatně, ale ruku v ruce s dalšími hrozbami. Je to precedentní cesta, jak lékárníky alespoň částečně vyřadit ze hry. Na druhou stranu není dlouhodobě obhajitelné, a to ani na celoevropské úrovni, bránit zasílání léků na recept lidem, kteří jsou například nepohybliví. Žijeme v době internetu a volného pohybu zboží. Lidé uvězněni z důvodu nemoci ve svém domově mají stejné právo jako my ostatní, dostat se pohodlně ke všem možným službám a výrobkům, včetně léků. Lékárníkům tudíž zbývá jediné: usilovat o to, aby se stali „věčným břemenem“ této změny. Jejich zástupci by sami měli navrhnout podmínky zásilkového výdeje tak, aby byl provázán s lékárnou a aby se vztahoval výhradně na situace, kdy si pacient nemůže ze zdravotních důvodů léky vyzvednout osobně sám.

Pokračování na další straně

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



ANO. Nejen část lékáren ale všechny. Ohroženo je totiž plnění úkolu zdravotnického zařízení, kde je poskytována zdravotní péče (lékárenská péče) v plném rozsahu daném zákonem (372/2011 Sb., část druhá, par. 5, odst. 2 i). Nejsem přesvědčen, že nazrála doba, kdy je třeba tradiční úlohu lékáren měnit v obyčejný obchod.

**PharmDr. Petr HORÁK,
vedoucí lékárník NL FN Motol**



ANO. Zásilkový výdej by dle mého soudu přispěl k dalšímu přesunu výnosů směrem k velkým hráčům na trhu a spíše do větších měst. Z povahy věci vyplývá, že zásilkový výdej by byl více využíván chronickými pacienty. Je pak ale otázkou, zda by v menších obcích zůstala lékárna, která je s to nabídnout péči i akutním pacientům. V konečném důsledku

by to zřejmě vedlo ke snížení dostupnosti lékárenské péče ve vybraných regionech. Druhá rovina problému je odborná; zásilkový výdej nikdy nemůže nahradit kontakt pacienta s lékárníkem. České zdravotnictví by se vydalo opačným

směrem než zbytek civilizovaného světa, kde je role lékárníka jako zdravotníka v první linii schopného nejen najít a řešit lékové problémy, ale i rozpoznat varovné příznaky onemocnění a pacienta odeslat včas k lékaři, posilována. Zavedení zásilkového prodeje by bezpochyby znamenalo i větší množství padělků na trhu, protože nelze spoléhat na to, že všichni pacienti dokáží rozpoznat, která lékárna by takový typ výdeje provozovala legálně a která ne. V naší malé zemi není tento způsob výdeje třeba.

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



ANO. Dosavadní návrh nebyl prospěšný pro lékárenství, pouze pro velké internetové lékárny. Všechny „neinternetové“ lékárny by tím ohroženy patrně byly. Ohrožena by byla zejména úroveň lékárenství jako celku a také pacienti nevědomky vystaveni daleko vyššímu riziku záměny léků, také padělaných léků, vyššímu riziku lékových interakcí,

nesprávného použití léků apod. Vzdáleně není možné ani ověřit porozumění o předávané informaci, nezbytné ke správné compliance pacienta. Zásilkový výdej léků na předpis je zcela proti trendům bezpečné a účelné farmakoterapie a slouží jen zájmům v rozšíření prodejních kanálů na úkor kvality lékárenské péče. Něco jiného by bylo umožnit vzdálený výdej léčiva tím, že lékárník osobně dojde k pacientovi, léky předá i s vysvětlením a přijme od něj lékařský předpis.

Tajemný pacient v lékárnách podruhé

V loňském listopadu proběhla II. etapa hodnocení kvality lékárenské péče formou návštěvy tzv. Tajemného pacienta. Akci uskutečnila Česká lékárnická komora ve spolupráci se společností Datamar ve stovce lékáren v celé České republice. Zaměřila se na výdej bez předpisu i na poskytování informací o Rx přípravcích farmaceutem. Lékárny byly vybrány nezávisle a prostřednictvím specializovaného programu společnosti Datamar.

V průběhu ledna byla lékárnám, které Tajemný pacient navštívil, zasílána jednotlivá vyhodnocení. Pokud vaše lékárna mezi testovanými nebyla, můžete si Tajemného pacienta objednat na své náklady. **Cena za jednu lékárnu je nastavená v nabídce uvedené společnosti na příznivých 1 200 Kč bez DPH.** Podrobnosti získáte u Mgr. Markéty Jalůvkové (project manager společnosti Datamar), tel.: 597 310 904, 737 263 096, e-mail: m.jaluvkova@datamar.cz.

Dodatečně testované lékárny budou zařazeny do souboru hodnocených léká-

ren ČLnK. **Výsledky nebudou nikde veřejně publikovány!** Souhrnný výsledek průzkumu poskytuje představenstvu ČLnK hodnotnou zpětnou vazbu a je podkladem k zamyšlení pro priority v celoživotním a specializačním vzdělávání. Závěry průzkumu budou také opakovaně prezentovány na vzdělávacích akcích pro farmaceuty i farmaceutické asistenty. Věřím, že průzkum, resp. jeho druhá etapa, ukáže osobám odpovědným za

chod lékárny i dalším kolegům, jak kvalitou poskytovaná lékárenská péče vidí a vnímá běžný pacient.

Děkuji všem, kteří se na vytvoření metodiky Tajemného pacienta podíleli, a společnosti Datamar za profesionální servis. Podrobné hodnocení jednotlivých podnětových situací s rozбором zjištěných silných a slabých stránek přinese ČČL 2/2013.

Mgr. Michal Hojný
člen představenstva ČLnK

Rezignace na funkci viceprezidenta ČLnK

Dne 10. prosince 2012 požádal PharmDr. Stanislav Havlíček z osobních důvodů představenstvo České lékárnické komory o zproštění funkce viceprezidenta ČLnK. Představenstvo ČLnK jeho žádosti vyhovělo. Po uvolnění z funkce viceprezidenta zůstává PharmDr. Stanislav Havlíček i nadále členem představenstva ČLnK.

Prezident komory PharmDr. Lubomír Chudoba poděkoval Stanislavu Havlíčkovi za dosavadní spolupráci ve vedení komory, která bude i nadále pokračovat v oblastech koncepce, vzdělávání a dopadu evropské legislativy na české lékárenství díky zapojení dr. Havlíčka v orgánech Evropského svazu lékárníků (PGEU). **O nástupci PharmDr. Havlíčka ve funkci viceprezidenta rozhodne volbou z řad členů představenstva nejbližší sjezd delegátů ČLnK.**

Připravujeme vzdělávací akce pro lékárníky a praktické lékaře

Na březzen až květen 2013 jsou připravovány pilotní vzdělávací akce, které bude pořádat Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP ve spolupráci s Lékárnickou akademií ČLnK. Účelem je zejména prohloubit spolupráci praktických lékařů a lékárníků z veřejných lékáren v rámci regionu.

Semináře se každý měsíc budou konat ve třinácti místech republiky (viz přehled níže), ústředním tématem březnových termínů je alergie. Během akce si vyslechnete odborné přednášky lékařů, jedna hodinová přednáška bude vě-

nována lékárenskému tématu a variabilně zaměřena na:

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

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

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

Den	Hodina	Místo	Téma	Přednášející
4. 3.	16.30–20.30	Zlín Aula SZŠ, Přiluky 372	C	Mgr. M. Mátl
7. 3.	16–20	Liberec Clarion Grandhote Zlatý lev, Gutenbergova 3	A	Dr. A. Mareček
7. 3.	16–20	Ústí nad Labem Best Western Hotel Vladimir, Masarykova 36	A	Dr. J. Šolínová
9. 3.	9–13	Karlovy Vary (bude doplněno)	D	Dr. Z. Sklenář, Ph.D.
12. 3.	16–20	Pardubice Hotel EURO, Jiráskova 2781	D	Dr. J. Hašek
13. 3.	17–21	Jihlava presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul.	A	Dr. Z. Šterbáková
14. 3.	16–20	Praha Lékařský dům, Sokolská 31	A	Mgr. Z. Vašířová
16. 3.	9–13	Brno Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39	A	Dr. Bc. H. Kotolová, Ph.D.
16. 3.	9–13	Olomouc Aula Právnické fakulty UP, 17. listopadu 8	A	Dr. M. Lžičar
16. 3.	9–13	Plzeň Šafránkův pavilon, Alej svobody 31	A	Mgr. K. Pechandová
21. 3.	16–20	Hradec Králové Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32	A	Mgr. J. Malý
26. 3.	16–20	Ostrava Hotel Imperial, Tyršova 6	B	Mgr. dr. J. Maršík
27. 3.	16–20	Praha Lékařský dům, Sokolská 31	B	Mgr. dr. J. Maršík
27. 3.	16–20	České Budějovice Clarion Congress Hotel, Pražská tř. 2306/14	C	Mgr. M. Mátl

Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo 19. 12. 2012 „Stanovisko Ministerstva zdravotnictví ke změně sazeb DPH na zdravotnické prostředky od roku 2013“, jež mělo vyložit, které zdravotnické prostředky budou po účinnosti vládního balíčku obsahujícího změnu zákona o dani z přidané hodnoty podléhat snížené, a které základní sazbě DPH (podrobný popis je v článku uveřejněném 29. 11. 2012 na webu ČLnK a v Časopisu českých lékárníků č. 12/2012).

Ministerstvo ke změně DPH

Stanovisko se bohužel vyhýbá vysvětlení, do jaké sazby by se podle názoru Ministerstva zdravotnictví ČR měly zařadit zdravotnické prostředky hrazené ve výši 75 % ceny ekonomicky nejméně náročné varianty. V ČČL 12/2012 jsme k tomu uvedli: „Otázkou zůstávají zdravotnické prostředky předepisované na poukaz a hrazené podle § 15, odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (hrazené ve výši 75 % ceny ekonomicky nejméně náročné varianty). Jako příklad lze uvést třeba elastoviskozní roztoky.“ Přestože zástupci ministerstva zdravotnictví slovně vyjadřovali přání, aby i tyto zdravotnické prostředky podléhaly snížené sazbě, nezbyvá než po nabytí účinnosti zákona doporučit jejich zařazení do základní sazby. Z tohoto pohledu je tedy stanovisko v podstatě zbytečné, protože rezignuje na řešení sporné otázky. Zajímavé je, že pod stanoviskem není uveden žádný autor.

S rozdělením zdravotnických prostředků na jednotlivé sazby DPH je spojen i technický problém. Definice uvedená v novele neodpovídá žádnému dostupnému číselníku. Tato skutečnost bude komplikovat přípravu lékárenských programů, protože nebude možné nalézt jednoznačné a počítačem zpracovatelné kritérium pro zařazení zdravotnického prostředku do příslušné sazby DPH.

Přílohy: Stanovisko MZd ke změně sazeb DPH na zdravotnické prostředky od roku 2013, Otevřený dopis MZd ČR Generálnímu finančnímu ředitelství a Informace MF – Novela zákona o DPH od 2013 („protišchodkový balíček“)

Mgr. Martin MÁTL
(převzato z www.lekarnici.cz)

PGEU k rozvoji lékárnické profese

Společné prohlášení Svazu lékárníků Evropské unie (PGEU) a Evropské asociace nemocničních lékárníků (EAHP) vyzývá vlády jednotlivých členských států k učinění kroků, které v celé Evropě zvýší kompetence lékárníků při optimalizaci farmakoterapie a dále zlepší systémy multidisciplinární spolupráce při zajištění zdravotní péče.

EAHP a PGEU se domnívají, že lékárníci, jako odborníci na léčiva, by měli být v centru národních strategií k zajištění nejlepších výsledků terapie. Úkolem lékárníků je nejenom vzdělávání pacientů o optimálním užívání léčiv, ale také pomoc při řešení problémů, které mohou nastat při současném užívání více léčiv. Rozvoj kompetencí lékárníků je obzvláště důležitý s ohledem na stárnutí evropské populace v kombinaci s očekávaným tlakem na veřejné výdaje. V tomto smyslu nebylo nikdy důležitější, aby bylo dosaženo výsledků léčby hospodárným způsobem a s ohledem na plánování státních výdajů na léčiva. Veřejní i nemocniční lékárníci mají výhodnou pozici k naplnění tohoto úkolu, pokud tvůrci zdravotních politik rozpoznají příležitost a učiní nezbytné kroky k jejich naplnění.

V závěru společného prohlášení je znovu zdůrazněna potřeba multidisciplinárního přístupu při poskytování integrované a komplexní zdravotní péče. To zahrnuje zlepšení systémů komunikace při oboustranném převádění pacientů mezi lůžkovou a ambulantní sférou zdravotní péče. Vzájemná komunikace musí být zintenzivněna zejména v situacích, kdy je pacientovi změněna medikace. PGEU a EAHP vyžadují závazek od vlád k dosažení multidisciplinární péče a k integraci týmové multidisciplinární koncepce terapie v osnovách vzdělávání profesionálů.

Prezident EAHP Dr. Roberto Frontini o zveřejnění prohlášení řekl: „Společné prohlášení EAHP a PGEU reprezentuje naše společné cíle při maximalizaci výhod zdravotní péče, která vychází z odborných znalostí lékárníků o léčivech. Více než kdy předtím se zákonodárci v sektoru zdravotnictví musí ptát a odpovídat na důležité otázky týkající se zlepšování hodnot a výsledků dosažených u pacientů. Lékárníkova pozitivní

role v zajišťování optimálního užívání léčiv pacienty je proto ústředním faktorem umožňujícím úspěšně čelit dnešním i budoucím výzvám.“

Prezidentka PGEU Isabelle Adenot v listopadu 2012 doplnila: „Zatímco pacienti přijímají ambulantní i nemocniční péči, evropští lékárníci pracují v obou

prostředích. Všude se podílejí na zlepšování efektivního užívání léčiv. Obecně přijímaný podrobný plán definující jejich role může pomoci k lepším výsledkům.

To je cílem našeho společného prohlášení.“

(Více informací na www.pgeu.eu)

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v prosinci 2012

Zrušená osvědčení

- 8/1992 Mgr. Marie Perutková, Lékárna 2, LEMAK s.r.o., Krnov
- 22/1995 Mgr. Marie Janáčková, Lékárna Svaté Anežky České, Brandýs nad Orlicí
- 299/1995 Mgr. Naděžda Bečvářová, Lékárna, Praha 4-Litochleby
- 37/1996 PharmDr. Jolana Široká, Lékárna U Zlatého hada, Přerov
- 278/1999 Mgr. Jelena Dulavová, Lékárna U Salvátora, Český Těšín
- 160/2000 PharmDr. Ivana Neuvirtová, Lékárna 7, Praha 2
- 265/2005 Mgr. Marie Tichá, Lékárna U Kauflandu, Kutná Hora
- 290/2006 PharmDr. Romana Petrovičová, Lékárna U Nádraží, Břeclav
- 365/2006 Mgr. Taťána Černáková, Lékárna Lysice, Lysice
- 88/2007 Mgr. Martin Mikolajek, Lékárna Mariana, Ostrava
- 270/2007 Mgr. Jana Žižková, Nemocniční lékárna, Most
- 377/2007 Mgr. Irena Mišková, Lékárna, Ostrava-Hrabůvka
- 212/2007 Mgr. Irena Simandlová, Lékárna V Suché, Havířov
- 182/2008 Mgr. Ludmila Mikolajková, Lékárna U Černého orla, Ostrava
- 142/2009 PharmDr. Lenka Štýsová, U Bílého slona, Klatovy
- 53/2010 Mgr. Karel Kraus, Lékárna Veronika, Příbram
- 76/2010 PharmDr. Jana Miletínová, Lékárna U Grandu, Hradec Králové
- 330/2010 PharmDr. Michal Šiška, Lékárna U Letiště, Plzeň
- 83/2011 PharmDr. Vanda Maršálková, Lékárna Pod Hůrkou, Klatovy
- 221/2011 Mgr. Pavlína Čížková, Lékárna Luby, Klatovy
- 224/2011 Mgr. Martina Gernertová, Lékárna Na Údolní, s.r.o., Brno
- 246/2011 PharmDr. Lucie Šindlerová, Dr. Max Lékárna, Praha 8
- 315/2011 PharmDr. Marie Jurišicová, Lékárna Tesco, Ostrava-Hrabová
- 333/2011 PharmDr. Helena Kollárová, Lékárna v Podhradí, Nedvědice
- 65/2012 PharmDr. Lada Machová, Lékárna U Herkula, Břeclav
- 151/2012 Mgr. Hana Šimová, Lékárna U sv. Václava, Praha 4
- 190/2012 Mgr. Jitka Blochová, Dr. Max Lékárna, Rakovník
- 210/2012 Mgr. Petra Ježová, Lékárna Novea, Kyjov
- 240/2012 Mgr. Marie Horejcová, Lékárna Schlecker, Praha 4

Vydaná osvědčení

- 329/2012 PharmDr. Iva Božková, Lékárna U zlaté hvězdy, Krakonošovo nám. 23/13, Trutnov, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.

Ochrana pacientů před padělky

Loni v prosinci zveřejnil AIFP MEDIA NEWSLETTER článek Mgr. Jakuba Dvořáčka, výkonného ředitele AIFP (Asociace inovativního farmaceutického průmyslu) nazvaný Zastavíme prodej padělaných léků v lékárnách, v němž se mj. uvádí:

„Čím je komodita běžnější, tím spíše se stane terčem padělaní. Platí to i o lécích. Podle Evropské komise nejvíce padělků pochází z Číny a Indie. Napodobeniny přitom buď vůbec neléčí, nebo dokonce škodí zdraví. Nejvíce jsou pochopitelně falšována léčiva užívaná nejčastěji – antidepresiva nebo antibiotika. Jen v České republice celní správa vloni odhalila 16 571 kusů padělaných léků, o 28 % více než v roce 2010.

Jedná se tedy o velice závažný problém, který si vyžádá součinnost všech článků dopravy léku od výrobce k pacientovi – tedy nejen výrobců léků, ale i distributorů a lékáren. A právě dvě posledně jmenované strany chce do „hry“ v České republice vtáhnout Asociace inovativního farmaceutického průmyslu svou iniciativou. Ta navazuje na několikaleté aktivity Evropské federace farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA), která již od roku 2009 proti padělkům bojuje nasazením vlastního celoevropského kontrolního systému.

Ten je založen na unikátním dvourozměrném QR kódu, díky kterému je možné lék sledovat od výrobce až po chvíli, kdy jej lékárník vydává pacientovi. Bude tak zajištěno, že původ kteréhokoliv balení léku v lékárnách bude možné ověřit. Systém byl napoprvé otestován na přelomu let 2009 a 2010 ve Švédsku. Díky pozitivním výsledkům byl následně spuštěn v Belgii a částečně i v Německu.

Ve spolupráci s EFPIA se AIFP snaží systém chránící pacienty postupně a v součinnosti s ostatními zainteresovanými subjekty zavést i v České republice. Za tímto účelem proto asociace v únoru 2013 uspořádá odbornou konferenci, na kterou AIFP k debatě přizve své středoevropské partnery i státní instituce. Veškeré aktivity AIFP a EFPIA na tomto poli jsou dobrovolnou iniciativou, která reaguje na evropskou Směrnici o zabránění vstupu padělaných léčivých přípravků na trh.“

- 330/2012 PharmDr. Ivana Kavková, Lékárna BENU, Výškovická 120, Ostrava-Zábřeh, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 331/2012 PharmDr. Martin Roman, Lékárna U svaté Terezie, Tyršova 866, Náchod, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 332/2012 PharmDr. Martin Heger, Lékárna U Kostela, Kratochvílova 13, Přerov, provozovatel: Lékárna U Kostela RNDr. Petr Hobza s.r.o.
- 333/2012 Mgr. Miluše Vrbová, Dr. Max Lékárna, náměstí Svobody 1976, Kladno, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 334/2012 PharmDr. Hana Mrvová, Lékárna U Lišků, s.r.o., čp. 41, Radostní nad Oslavou, provozovatel: Lékárna U Lišků, s.r.o.
- 335/2012 Mgr. Pavla Hejlová, Lékárna U Milosrdného samaritána, nám. J. M. Marků 119, Lanškroun, provozovatel: Samarium s.r.o.
- 336/2012 PharmDr. Eva Horáková, Lékárna Na náměstí, Masarykovo nám. 28/91, Karviná, provozovatel: Ing. Iva Russinová
- 337/2012 PharmDr. Barbora Hoffman, Schlecker lékárna, Novodvorská 994, Praha 4, provozovatel: SCHLECKER a.s.
- 338/2012 PharmDr. Jolana Šíroká, Lékárna U Zlatého hada, Čechova 41, Přerov, provozovatel: Lékárna U Zlatého hada PharmDr. Jolana Šíroká, s.r.o.
- 339/2012 PharmDr. Miluše Skalická, Dr. Max Lékárna, Hviezdoslavova 1600, Praha 4, provozovatel: Česká lékárna a.s.
- 340/2012 PharmDr. Lenka Štýsová, Lékárna U Bílého slona, Domažlická 888, Klatovy, Lékárna Luby*, ul. 5. května 137, Klatovy, Lékárna Na Rozhraní, K Letišti 385, Klatovy, provozovatel: Stylepe s.r.o.
- 341/2012 Mgr. Jiří Janík, Lékárna AGEL, Mathonova 291/1, Prostějov, provozovatel: Středomoravská nemocniční a.s.
- 342/2012 Mgr. Lucie Prošková, Dr. Max Lékárna, 17. listopadu 1432, Orlová-Lutyně, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 343/2012 Mgr. Mária Tulpová, Lékárna Na Ohradě, Želivského 22, Praha 3, provozovatel: Lékárna Na Ohradě s.r.o.
- 344/2012 PharmDr. Darina Šrolová, Dr. Max Lékárna, Husovo náměstí 165, Rakovník, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 345/2012 Mgr. Martina Žárská, Lékárna Silesia, Opavská 774, Ostrava-Poruba, provozovatel: Leksil medical s.r.o.
- 346/2012 Mgr. Michaela Sučanská, Lékárna Chrupa, Kremnická 2021, Praha 4, provozovatel: Pharma 2, a.s.
- 347/2012 Mgr. Alena Khalili Kotorová, BENU Lékárna, Dlouhá 44, Praha 4, provozovatel: BM Pharmacy group s.r.o.
- 348/2012 PharmDr. Vladan Demel, Lékárna Arnika, Lechowiczova 2970/6, Ostrava, provozovatel: Lékárna ARNIKA Ostrava s.r.o.
- 349/2012 PharmDr. Marcela Koupilková, Lékárna Pod platany, Šrobárova 1870/16, Praha 10, provozovatel: Lékárna Pod platany s.r.o.
- 350/2012 PharmDr. Petra Kyselová, Lékárna U Lávky, Ke Koulce 7, Praha 5, provozovatel: ACACH s.r.o.
- 351/2012 PharmDr. Miloslava Šachová, Lékárna Albertova, Na Slupi 2103/2c, Praha 2, provozovatel: Apatyka P.H. s.r.o.
- 352/2012 Mgr. Zita Vášová, Dr. Max Lékárna, Dukelských hrdinů 23, Praha 7, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 353/2012 Mgr. Karel Kraus, Phyteneo Medical s.r.o., Malý Bor 90, Malý Bor, provozovatel: Phyteneo Medical s.r.o.
- 354/2012 Mgr. Petra Dokoupilová, Lékárna U sv. Jiří, K náměstí 23, Brušperk, provozovatel: Lékárna U sv. Jiří s.r.o.

* = nová lékárna

(člnek)

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

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

Účastnický poplatek uhradte dle pokynů při přihlášení: bankovním převodem na účet: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději **5 dnů** před konáním semináře (**v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek**).

ÚNOR

Út 19. 2. Opava (kód semináře: 13005)

Salónek hotelu Iberia, Pekařská 11, začátek v 18.00 hodin

Hodnocení farmakoterapie v kazuistikách

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, MUDr. Lukáš Burda,
Mgr. Lucie Štěpánková

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 21. 2. Břeclav (kód semináře: 13006)

seminární místnost lékárny, Poliklinika Břeclav, začátek v 18.00 hodin

Zánětlivá střevní onemocnění I.

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

Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 21. 2. Brno (kód semináře: 13007)

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

Psychofarmaka v seniorském věku I.

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

So 23. 2. Olomouc (kód semináře: 13008)

LF UP Olomouc, Ústav farmakologie, seminární místnost, Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hodin

Farmaceutická péče u pacienta s diabetem mellitem

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

Odborný garant: Mgr. Martin Doseděl

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 16

Čt 28. 2. Znojmo (kód semináře: 13009)

hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18.00 hodin

Zánětlivá střevní onemocnění I.

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

Odborný garant: PharmDr. Antonín Svoboda

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 28. 2. Třebíč (kód semináře: 13010)

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

Psychofarmaka v seniorském věku I.

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

BŘEZEN

St 6. 3. Hradec Králové (kód semináře: 13021)

seminární místnost Nemocniční lékárny FN HK, začátek v 18.00 hodin

Geriatrický pacient v kazuistikách

Lektoři: Mgr. Martina Maříková, PharmDr. Pavlína Pastyříková, MUDr. Vladimír Nerad

Odborný garant: Mgr. Martina Maříková

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

So 9. 3. Olomouc (kód semináře: 13011)

Regionální centrum Olomouc, Jeremenkova 40B, začátek v 9.00 hodin

Parkinsonova choroba

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Po 11. 3. Brno (kód semináře: 13012)

Kounicova 67a, (výšková budova VUT, v přízemí vedle vřátnice), začátek 16.15 hodin

Vaskulární demence a cévní mozková příhoda

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 13. 3. Praha (kód semináře: 13013)

Nemocnice Na Bulovce, Budínova 2, pavilon č. 16, začátek v 18.00 hodin

Ovlivnění glykémie léčiv

Lektoři: Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Michaela Šlesingerová, MUDr. Kateřina Hanousková

Odborný garant: Mgr. Jana Gregorová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

So 16. 3. Uherské Hradiště (kód semináře: 13014)

EDUHA s.r.o., Studentské nám. 1535, začátek v 9.00 hodin

Parkinsonova choroba

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Přes všechn deprimující marasmus

„Jako člen Rady Slovenské lékárnické komory cítím povinnost zúčastňovat se jejich čtvrtěčních zasedání. Ale ne vždy to dělám s radostí. (píše Mgr. Igor Minarovič, Ph.D., v Lékárnických listech č. 11/2012).

„Deprimuje mě situace, kdy se lékárník snaží vyřešit pediatrem nesprávně vystavený předpis na onkologický lék pro malé dítě a výsledkem je reakce: *Kam to do p...ekla šli, vždyť jsem jim přesně řekl, ve které lékárně to mají vybrat!*

Deprimuje mě situace, kdy nejméně známý laik – majitel lékárny řekne o svých zaměstnankyních: *Už neví, co by chtěly! Už se těším na dobu, kdy ty ... budou stát v zástupu, vždyť jsou to obyčejné prodavačky!*

Deprimuje mě situace, kdy slovenské farmaceutické fakulty „produkují“ ročně 300 nezaměstnaných, protože už teď jsou Úřady práce doslova plné nezaměstnaných lékárníků.

Deprimuje mě „salámový“ systém ukrajování z cen léků kategorizováním, referencováním, klastrováním a nevíme ještě jakým o...váním, důsledkem čehož jsou všechny výše vzpomínané deprese, ale paradoxně i to, že někteří pacienti už nemají ani na ten salám.

Deprimuje mě, že za toto všechno se jednou budeme stydět, za to, že jsme to dopustili. A budeme házet vinu na ty druhé, kterými jsme vlastně my sami. Opravdu možná jen před sebou. Protože pokračovatele, skutečné kolegy, kteří přistupují k této práci s láskou a ke svým pacientům s respektem, jsme si nějak zapomněli vychovat.

Přes všechn ten marasmus a těžkost doby vás všechny chci poprosit ... kolegové, pracující v lékárnách, nedovolte pošlapat svou hrdost lidmi bez vzdělání a úrovně! Jako lékárníci jste unikátními odborníky, se vzděláním a nesmírným nedoceneným potenciálem. Nenechte ze sebe dělat prodavače výměnou za pár eur odměny za generickou substituci přípravku jen proto, že je váš zaměstnavatel nakoupil ve slevě.

NÁVODY PRO DISPENZACI

Sulfasalazin

Sulfasalazin je léčivo známé již několik desítek let. Patří do skupiny protizánětlivých a antiedematózních látek a je určen k léčbě nespecifických střevních zánětů (*IBD – inflam.bowel dis.*) a revmatoidní artritidy u dospělých. Jedním z prvních používaných léčiv IBD byl právě sulfasalazin, dnes je více používán jeho metabolický produkt, tj. mesalazin (kys. 5-aminosalicylová). V léčbě RA se používá sulfasalazin (DMARD) a kromě jeho základního protizánětlivého lze uvažovat také o dalším metabolickém produktu, tj. sulfapyridinu, který může být donátorem síry a zlepšuje strukturu kolagenních vláken v kloubech. Dávkování je velmi individuální a závisí na toleranci pacienta, dávky se navyšují postupně. Před nasazením se vždy vyšetřuje krevní obraz, ledvinné i jaterní funkce, tyto kontroly se pak provádějí v průběhu léčby stále, zpočátku častěji, pak pouze co 3 měsíce. Z těchto důvodů jsou z terapie vyloučeni pacienti se závažnými poruchami jater a ledvin a také pacienti s asthma bronchiale. Jelikož je ve struktuře sulfasalazinu sulfonamidová skupina, je nutné vyloučit z léčby pacienty alergické na sulfonamidy. Riziko alergické reakce je nutno sledovat hlavně v počátku léčby. Závažnost alergické reakce může být velmi významná, byly popsány i případy toxické epidermální nekrolýzy (SJ syndrom), proto je nutné při závažných kožních projevech léčivo ihned vysadit a upozornit lékaře. Riziko je vyšší především při nasazování léčby. Mezi další poměrně běžné nežádoucí účinky patří bolesti hlavy, žaludku, pálení žáhy, zvracení atd. V tomto případě lze pacientům doporučit určitý stravovací režim: jíst menší porce a častěji, cucat bonbony nebo žvýkat žvýkačky bez cukru a pečovat důkladně o ústní hygienu. Mezi známé lékové interakce patří digoxin a antikoagulantia. Sulfasalazin poměrně významným způsobem snižuje vstřebávání kyseliny listové, proto může docházet při chronické léčbě k anémiím. Během těhotenství a laktace sice nebyl dosud prokázán negativní vliv na plod (dle FDA je ve skupině C), přesto je nutno zvážit riziko a užitek případného podávání.

Doporučení při expedici sulfasalazinu:

- Perorální upravené LF polykat celé, nekousat, nedrtit, nežvýkat. Užívat s menším množstvím jídla nebo po jídle a je nutno hodně zapít. Nepříjemným NÚ může být u některých pacientů ztráta chuti k jídlu, tento problém je větší u seniorů.
- Velmi důležité je sledovat možné alergické příznaky – kožní projevy, vliv na dýchání, otok rtů nebo jazyka atd. V tom případě léčivo okamžitě vysadit a nahlásit problém lékaři.
- Klinický efekt léčby nelze očekávat dříve než po 3–6 týdnech, léčbu samovolně bezdůvodně nepřerušovat.
- V průběhu léčby je nutno počítat s pravidelnou kontrolou krevního obrazu a jaterních a ledvinných funkcí.
- Pacient si může všimnout zbarvení moči, potu či slz do žluté až oranžové barvy. Z těchto důvodů není vhodné ani používání kontaktních čoček, na kterých může způsobovat skvrny.
- Pacient užívající sulfasalazin je ve vyšším riziku vzniku fototoxicity (slunce i jeho umělé náhražky), je tedy vhodné chránit se při slunném počasí oděvem a nosit sluneční brýle.
- Během léčby a 2 měsíce po jejím vysazení může být u mužů ovlivněna kvalita spermatu (snížený počet spermií a jejich motilita).
- Zapomene-li pacient užít dávku, neměla by se další zdvojnásobovat.
- Závažné NÚ nahlásit lékaři.

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

Zemřel RNDr. PhMr. Zdeněk Hanzlíček

Devátého ledna se uskutečnilo poslední rozloučení s významným českým farmaceutickým historikem RNDr. PhMr. Zdeňkem Hanzlíčkem, který zemřel 6. 1. 2013 ve věku nedožitých 91 let. Byl zakladatelem vědecké farmaceutické muzeologie v Československu i v mezinárodním kontextu. Jeho „farmaceutický tezaurus“ se stal cennou pomůckou pro sběr, hodnocení, třídění a exponování farmaceutických muzeálií.

Zdeněk Hanzlíček poznal lékárenskou praxi po všech stránkách. Tyrocinium ukončil zkouškou v roce 1943, vysokoškolské studium farmacie na Univerzitě Karlově mohl absolvovat až po osvobození ČSR (magisterium 1946). Po dlouholeté lékárenské praxi v Litoměřicích a v Praze postupně působil v Lékárenské službě hl. m. Prahy

(1963–66), jako provozní lékárník LO KÚNZ Středočeského kraje (1966–72) a své bohaté poznatky z oboru zúročil v organizačně metodickém oddělení SÚKL, kde pracoval až do odchodu do důchodu (1986).

Vztah k dějinám farmacie přivedl Zdeňka Hanzlíčka k záchraně historických předmětů ze znárodněných lékáren. Se svými spolupracovníky pro ně našel umístění v Dittrichově lékárně, kde je uspořádal do veřejné expozice „Museum pharmaceuticum Pragense“ (1959–72).

Hodnost doktora přírodních věd získal Z. Hanzlíček na základě muzeologické rigorózní práce (UK Bratislava

1970). Podílel se i na pedagogické činnosti fakult. Přispěl rovněž ke vzniku sekce dějin farmacie Společnosti pro dějiny věd a techniky (1960), jejíž činnost pomáhal rozvíjet aktivním přístupem jak při organizaci a řízení, tak v rámci jednotlivých akcí. Nejinak tomu bylo v České farmaceutické společnosti (1969), jejíž semináře a symposia obohacoval vědeckými přednáškami. Nedílnou součástí jeho významného přínosu pro českou farmaceutickou muzeologii je publikační činnost v podobě řady původních prací.



Odchodem Z. Hanzlíčka ztrácí historie farmacie oddaného vědce a propagátora.

Čest jeho památce!

(ččl)

TAK TO VIDÍM JÁ: S vyšší členského příspěvku nesouhlasím



Každý rok se rozčílím nad platbou členského příspěvku ve výši 3 000 Kč. Jsme doma dva lékárníci a 6 000 Kč z rodinného rozpočtu je opravdu moc, i když je to jednou ročně. A to jsme ještě bezdětní. Mnohým kolegům v soukromých lékárnách platí členský příspěvek zaměstnavatel. V nemocničních lékárnách takové zvýhodnění nemáme.

Přemýšleli jste už, za co je tak velká částka? Snad ne za Časopis českých lékárníků. Opravdu bych se bez něj obešla. Kromě dvou publikovaných článků mé vědomosti časopis o nic neobohatí. Dle mého názoru by stačil v elektronické podobě. Ušetřila by se tím spousta peněz.

Členství je povinné, takže je povinné i uhradit roční členský poplatek. A jaké výhody máme? Vemte si lékárnickou komoru na Slovensku (ne tamní zdravotnictví a nový zákon o léku). Členství je dobrovolné a není podmínkou k výkonu zdravotnického povolání farmaceuta. Od kolegů vím, že kdo není členem, platí si v plné výši účastnické poplatky na odborných seminářích a vzdělávacích akcích. Lékárník, který je členem, má výhody už v tom, že má většinu vzdělávacích akcí zdarma. Členské na Slovensku činí 54 eur, to je asi 1 350 Kč. Značný rozdíl. Komora jen tvrdí, jak bude stát za svými členy, jak zde bude pro obranu lékárníků a podobně. Opak je však pravdou. Vždyť naše lékárnické povolání upadá. Co dělají kontrolní orgány komory pro to, aby se zajistilo vybírání regulačních poplatků za recept ve všech lékárnách. Proč

není na všechny stejný metr? Proč stále nejsou ve všech lékárnách stejné doplatky? Proč se o to aspoň usilovně nebojuje?

Budu se opakovat, že členství je povinné. Studovala jsem v zahraničí, na Slovensku, celou dobu studia nám tvrdili, že v Evropské unii je diplom platný ve všech členských zemích. No, jen řeči. Po promociích teprve začaly problémy, a to s uznáním diplomu v České republice i přes to, že v prvním ročníku jsme museli požádat o uznání rovnoprávnosti studia na MZd ČR. Na slovenských ministerstvech, školství a zdravotnictví netrvalo vyřizování ani týden. Na českém ministerstvu zdravotnictví 90 dní. Ani o den méně. To znamená, že bez ověřeného diplomu se nemůžeme stát členem komory, a tím pádem ani pracovat. Nezbývá než čekat tři měsíce a být „na krku“ rodičům, dospělí pětadvacetiletí lidé po škole. Pokud začal absolvent pracovat dříve, než se stal členem komory, měl poté jeho nadřízený vedoucí lékárník problém a musel danou situaci vysvětlovat před komisí komory. O tomto problému již psala před pár lety v „Lékařníku“ maminka mé spolužačky. Jakou podporu máme u komory při řešení tohoto problému?

Prostě a jednoduše nesouhlasím s dosavadní sumou. Myslím, že by byla dostatečná za služby poskytované lékárnickou komorou i polovina této částky. Prosím, zamysleme se nad tím a pokusme se bojovat o snížení této částky. Být povinně členem stavovské organizace, bez níž nejde vykonávat naše povolání, a muset povinně hradit velký členský příspěvek je pro mne hodně silné kafe. Nenechme si všechno líbit.

PharmDr. Monika SKALNICKÁ

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Hakl, M.: Chronická bolest v ordinaci praktického lékaře

Medicína pro praxi č. 12/2012

Definice bolesti dle WHO: „Nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potenciálním poškozením tkání nebo zážitkem, který je v termínech takového poškození popisován. Bolest je vždy subjektivní.“ Strategie léčby chronické bolesti má několik terapeutických postupů: 1. Farmakoterapie, 2. Rehabilitace, 3. Psychoterapie, 4. Sociální podpora, 5. Alternativní léčebné postupy, 6. Invazivní analgetické metody. Dle analgetického žebříčku WHO se postupuje od neopioidních analgetik (mírná bolest) přes slabé opioidy + neopioidy (středně silná bolest) až po silné opioidy + neopioidy (silná bolest). Z neopioidních analgetik se nejčastěji používá paracetamol v dávce 650–1 000 mg ve 4–6hodinových intervalech a metamizol 4x denně 500 mg (ne dlouhodobě). Ze slabých opioidů jsou to kodein, dihydrokodein a tramadol, ze silných morfin, fentanyl, hydromorfon, oxykodon, buprenorfin, tapentadol (od 1. 8. 2012 v ČR).

Pitřhová, P.: Mohou potravinové doplňky pomoci k léčbě diabetes mellitus?

Interní medicína pro praxi č. 12/2012

Zajímavou otázku si pokládá lékařka, což je pro farmaceuty jistě poutavé. S jen velmi malým množstvím bylinných a doplňkových přípravků byly provedeny klinické studie. Naopak byly zaznamenány některé závažné interakce s léky a ovlivnění laboratorních parametrů. Doplňky stravy u DM můžeme rozdělit na: **přípravky s hypoglykemizujícím účinkem** (psyllium, Aloe vera, Coccinia indica – ajurvédská medicína, Gymnema silvestre – v Indii gurmar, ničitel cukru, pískavice řecké seno), **přípravky zlepšující inzulinovou rezistenci** (skořice, Momordica charantia – hořká okurka) a **přípravky ovlivňující hladinu lipidů** (psyllium, česnek, zelený čaj, ginkgo, Aloe vera, Emblica officinalis – angrešt – ajurvédská léčba DM). Závěr vyznívá asi takto: pokud používání doplňků stravy pomůže pacientovi ve snaze „něco pro sebe udělat“ zvýšit adherenci k léčbě a k udržení režimových opatření u DM, není nezbytně nutné jej od užívání odrazovat. Je však nutné pacienty upozornit, že některé produkty mohou být účinné jen omezeně a nelze jimi nahradit účinná farmaka. Naopak některé produkty, především přípravky ajurvédské medicíny, mohou mít nežádoucí účinky.

Kozák Jiří a kol.: Opioidy v léčbě bolesti

Mladá fronta, Praha 2009, 119 stran

Tuto zajímavou brožuru vydala Mladá fronta v řadě Aeskulap už před třemi lety, její obsah je však stále aktuální. Pochází z pera našich předních algeziologů v čele s MUDr. Kozákem z motolské fakultní nemocnice. Sedm kapitol představuje opioidy z mnoha pohledů. Prof. Rokyta seznamuje čtenáře s mechanismem jejich účinku. Dr. Vrba podává přehled užití opioidů u chronické nenádorové bolesti od obecných zásad, pravidel užití až po nejčastější

ANOTACE

nežádoucí účinky. Dr. Lengalová popisuje užití opioidů u nádorové bolesti včetně invazivních metod. Čtvrtá část (prof. Kršiak) podává přehled přípravků používaných v ČR včetně tehdejších novinek (oxykodon + naltrexon, methyl naltrexon, fentanyl nasal, buccal, sublingual), i generických. Dr. Lejčko v páté části uvádí klinické aspekty a rizika dlouhodobé léčby opioidy. Krátká šestá část je zmínkou o analgetiky indukované střevní dysfunkci (Dr. Hakl) s výskytem až u 30 % pacientů dlouhodobě užívajících anodyna. Poslední část (Dr. Kozák) je souhrnem poznámek ke strategii dlouhodobé analgetické terapie od nasazování přes vedení léčby (zvládnutí průlomové bolesti) až po vysazování opioidů.

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

Nové hypolipidemikum **lomitapid** (dále L) bylo registrováno FDA 24. 12. 2012 jako orphan drug pro léčbu homozygotní familiární hyperlipoproteinémie. Snižuje hladinu celkového cholesterolu, LDL a apo-lipoproteinu A. Může se kombinovat s ostatními hypolipidemiky – statiny, fibráty i ezetimibem. Inhibuje tzv. **microsomal triglyceride transfer protein**

MOLEKULA MĚSÍCE

Lomitapid (mesylát)

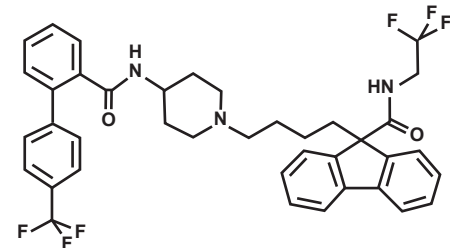
IUPAC: N-(2,2,2-Trifluoroethyl)-9-[4-[4-[[[4'-(trifluoromethyl)[1,1'-biphenyl]2-yl]carbonyl]amino]-1-piperidinyl]butyl]9H-fluoren-9-carboxamide

Sumární vzorec:

C₃₉H₃₇F₆N₃O₂.CH₄O₃S

Molekulová hmotnost:

693,719 g/mol, resp. mesylát 789,8



(MTTP), který je nezbytný pro syntézu VLDL v játrech a pro jeho hromadění. Klinické zkoušení fáze II probíhalo jak v monoterapii, tak v kombinaci s atorvastatinem, fenofibrátem či ezetimibem. Výrobce je biofarmaceutická firma Aegerion Pharmaceuticals. Z nežádoucích účinků je to především hepatotoxicita, musí se sledovat jaterní transaminázy, které mohou být až 3x zvýšeny nad normu. Před nasazením přípravku musí být stanoveny kromě transamináz i celkový bilirubin a alkalická fosfatáza. L může rovněž zvyšovat jaterní tuk. Steatóza je rizikovým faktorem pro vznik jaterní cirhózy či selhání. Kontraindikován je v graviditě a nesmí se podávat s inhibitory CYP3A4 a grapefruitovou šťávou, zvyšuje plazmatickou hladinu warfarinu. Počáteční dávka je 1x denně 5 mg a postupnou titrací dávky se podává až 60 mg denně v závislosti na toleranci vždy nalačno. Želatinové kapsle obsahují 5, 10 nebo 20 mg lomitapidu. *Zdroje: internet*

ČLK > Léky, recepty a spol > eRecept

+ Protože jsem zvědavěj a protože jsem potřeboval certifikát na něco jiného, zajímal jsem se o e-Rp. Když už bych si certifikát pořizoval, proč by neměl fungovat i k e-Rp. Volal jsem na SÚKL a tam mi jasně řekli, že se certifikát týká lékárníka, ne lékárný, a tedy že vedou lékárný jako schopnou vydávat e-recept, pokud v ní je jeden lékárník, který ho může vydávat. Takže celá ta čísla jsou absolutně scestná. Pokud máte velkou nemocniční nebo poliklinickou lékárný, kde si jeden magistr udělá oprávnění k e-Rp a expeduje 2 hodiny týdně, tak ta lékárný je vedena jako e-Rp poskytující. Nevěřím statistikám, které si sám nezfalšuji.

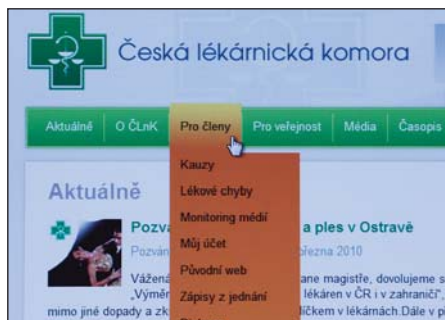
+ Šéfka má certifikát kvůli jiným věcem, takže pokud bychom chtěli, můžeme být zaevidováni jako e-Rp poskytující, ale v tomto případě budeme vydávat na e-Rp jen tehdy, bude-li zrovna expedovat šéfka.

+ <http://lekarenstvi.apatykar.info/lekarenstvi-u-nas/clanek-2286/> – Zdravotní výbor PS, 6. 12. 2012: Stejná trojice poslanců podala dodatečně také další návrh, který zavádí povinnou elektronickou preskripci. Podle návrhu mají lékaři od 1. ledna 2015 povinně předepisovat léčivé přípravky výhradně elektronicky (výjimka platí pouze pro veterináře).

+ Pane kolego, z Vašich příspěvků na dané téma je zřejmé, že jste zastáncem e-receptů, nevádí Vám ani vysoká cena e-preskripce, ani to, že někdo chce „zavést“ e-recepty povinně, bez diskuzí (skoro se zdá, že jste tuto informaci uvítal), ani to, že o e-preskripci budou rozhodovat jiní „hráči“ než lékaři, lékárníci či snad pacienti. Pokud by e-recept byl skutečně významným krokem vpřed, který by výrazně předčil stávající praxi papírových receptů, už dávno by ho lékaři i lékárníci začali sami ze své vlastní vůle využívat, možná i pacienti by se takovýchto receptů začali dožadovat. Toto se zatím neděje a já si to vysvětluji tím, že veškeré „výhody“ e-receptu jsou jen proklamací – informace, kterou nese papírový recept, se totiž vůbec neliší od informace z e-receptu, až na to, že v prvním případě nepotřebuji ani PC ani připojení k CÚER, abych tuto informaci získal! Lékárníci z praxe si navíc dokážou vybavit různé „okrajové“ situace, kdy může být e-recept problémem: výpisy, částečný výdej, časová platnost receptu, různé kódy léčiv, magistraliter recepty, neregistrované LP, opravy, problémy s připojením, recepty

cizinců, recepty ze zemí EU atd. Je tedy otázkou jaký je skutečný důvod a zájem prosadit dokonce násilím e-recept? Opravdu je tím pravým důvodem ulehčit práci lékařům, lékárníkům a zpříjemnit život pacientům?

DISKUSNÍ OKÉNKO



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

+ E-Rp nic nezpřehlední, pokud pacient nyní nedostane papírový recept do ruky, tak stejně nedostane ani e-Rp do ruky a asi nebude problém „prohnat“ e-Rp přes CÚER o 3 dny či týden dříve nebo později nezávisle na výdeji v ordinaci či jinde. Cena projektu: Srovnání s cenou e-Rp v jiných zemích by bylo jistě užitečné, důležitější je, zda investice do e-Rp se „státu“ vyplatí. Zajímalo by mě, jak poslanec Boris Šťastný přišel k proklamovaným miliardovým úsporám. Informační servis o výdejích na recept má přece SÚKL i pojišťovny již nyní, téměř on-line, bez e-receptu. Poslancům ruply nervy: Tak to jsem se pousmál (viz Finslerého návrh). Spíše ruply nervy „někomu“ jinému z obavy, že by nadějný projekt e-receptu potkal stejný osud jako IZIP. Čím víc e-receptů, tím menší ztráta času. Srovnal bych to s platbou hotově a kartou, vždy je rychlejší platba hotově.

+ Z posledního dílka Borise Šťastného je naprosto zřejmé, proč je z určitých míst činěn takovou dobu tlak na zavedení e-receptu. Nejde ani o pacienta, ani o lékaře, ani o lékárníky, ani o pojišťovny, ani o světlou budoucnost českého zdravotnictví, ale jako vždy, když se někdo ohání ušlechtilými záměry, o peníze pro někoho. Zřejmě patříte k té menšině, která to ještě nepochopila. Kdyby šlo o rozumné a smysluplné zavedení e-preskripce, bylo by nutno postupovat zcela jinak, ale to už bylo napsáno mnohokrát. K vašim argumentům: 1) Právě proto, že se v budoucnu e-preskripci ne-

vyhneme, bylo třeba trvat na jejím smysluplném zavedení, a ne bezhlavě přistupovat na tvrdý a arogantní diktát SÚKL. 2) Na to, aby člověk dospěl k názoru, že celý projekt e-preskripce je nesmyslně předražený, stačí prostý rozum. Už jen to, že k zavedení v lékárně je zapotřebí router v ceně 10 000 Kč, půl dne práce technika a elektronický podpis samostatně pro každého lékárníka, je dostačující argument. 3) Nemluvíte pravdu, komora nemá negativní postoj k e-receptu, ale ke způsobu jeho zavádění. Tvrzení, že pozměňovací návrh vznikl proto, že některým poslancům ruply nervy, je velmi, velmi, ale opravdu velmi prostoduché a naivní. 4) Můžete opravdu bedlivě sledovat, k čemu jste svou aktivní rolí při zavádění špatného způsobu e-preskripce velmi přispěl. Snad časem pochopíte, jaké škody jste svou průkopnickou činností nadělal. 5) Pokud se e-preskripce spojí s internetovým výdejem léků na recept, budou nyníjší batohy jen vzpomínkou na krásné časy. 6) Luštění receptů pro mne nepředstavuje podstatný problém, většina receptů je již vytištěna na počítači, v případě nejasností bude třeba se spojit s lékařem, i když bude recept elektronický. 7) Uspořit může jen nezadávání rodného čísla a IČZ lékaře. Ale stejného efektu lze dosáhnout i jinak a jednodušeji. Tvrzení, že stávající e-preskripce šetří čas, nevěřím.

+ Na elektronické preskripci jako takové rovněž nic špatného nevidím. Udivuje mě však, s jakou razancí SÚKL centrální úložiště prosazoval, a také se mi nelíbí, že za nepřipojení nějakého routeru (patřícího soukromé firmě) je lékárnám vyhrožováno a jsou udílány pokuty. Přijde Vám normální, aby se s odbornou veřejností, tj. subjekty, kterých se to bezprostředně týká, nevedla napřed diskuze? Lékaři v předepisování e-Rp také nevidí žádné významné výhody. ...Také mi přijde podezřelé, že je vyvíjen takový nátlak a navrhováno do 2 let předepisování léků výlučně přes e-Rp, a to i u lékařů, kteří předepíší třeba jeden recept denně. Označil bych elektronický recept za velké usnadnění internetového prodeje Rx léků a jsem přesvědčen, že v českých podmínkách nejsou tyto fenomény oddělené... V ČR je takový kolorit věci, že se prosazují určité návrhy nikoliv z důvodu, že by byly dobré a kvalitní, ale proto, že si někdo odnese pěkně těžkou igelitku (nikoliv s nápisem Tesco).

**Připravuje:
PharmDr. Petr HALTUF**

Časopis českých lékárníků 2012

číslo / strana

Ambrus, T. viz Kolář, J.

Barcal, J. viz Havelková, D.

Bartošík, D.: Tak to vidím já: Hledání smysluplné cesty. 12/18

Bažantová, M.: Ve znamení klobouku a dvojky. 3/20

Brauner, P.: Nutná je mezioborová spolupráce. 12/15-17

Csöllei, M.: Na půlroční stáži ve fakultní lékárně. 7-8/13, 16

Čáňová, K.: Město zákazů a absolutní čistoty. 10/34-35

Čechlovský, D.: Co jsem poznal v litevském nemocničním komplexu. 11/29

Černý, D.: Bronz zásluhou oddělení klinické farmacie. 3/15-16

Debef, F.: Účetní koutek: Dárkové poukázky vydávané lékárnou. 1/21; Nákupní cena a její uplatňování. 6/13; Víte všechno o prodejní ceně? 9/17-18

Drábek, P.: Herbář P. O. Mattioliho z roku 1562. 9/32-33

Dušek, L.: Hradecký SČSF v novém semestru. 2/24

Dušek, L.: SČSF nastoupil do II. poločasu. 4/27

Dvořáčková, V. viz Fenclová, K.

Exner, L.: Patnáct trendů, které změni lékárenskou péči ČR. 11/18

Fenclová, K., Röder, J., Dvořáčková, V., Zemek, F.: Jak nás FaF připravila pro život? 12/28-30

Frühbauerová, G.: Krásný den v dobré společnosti: PHARMA BALL 2012. 6/24

Grodza, P.: Molekula měsíce: Ruxolitibin fostát. 1/17; Vismodegib. 2/17; Mavoglurant (AFQ-056). 3/17; Imetelstat sodná sůl (GRN163L). 4/17; Amitifadin hydrochlorid (EB-1010). 5/17; Tafamidis. 6/15; Pomalidomide. 7-8/17; Cobicicistat. 9/19; Dacomitinib. 10/17; Irguratimod. 11/17; Tofacitinib. 12/19

Grodza, P.: O ČSF aneb co můžeme nabídnout. 4/4-5

Grodza, P.: Pod patronátem sv. Dymphy. 4/23

Grodza, P.: 13. Beskydský slet lékárníků. 5/14

Haltuf, P.: Diskusní okénko. 1/14; 2/22; 3/24; 4/28; 5/26; 6/14; 7-8/24; 9/26; 10/21; 11/19; 12/17-18

Hampel, M.: Informace GML. 4/14

Havelková, D., Barcal, J.: Na praxi s Leonardem da Vinci. 10/36

Havlíček, M.: Tak to vidím já: Jak uspořádat odbornou přednášku. 9/18

Havlíček, S.: Cesta za Velkou louží aneb IVLP v Americe. 1/28-30

Havlíček, S.: Evropské lékárenství a ekonomika. 2/6-7

Havlíček, S.: Konference WHPA v Praze. 1/13

Havlíček, S.: Král (a Den) neumírá. Den lékáren 2012 je mrtev! Ať žije nový Den! 7-8/4-5

Havlíček, S.: PGEU k vládám evropských zemí. 5/10-11

Havlíček, S.: Putování marihuany parlamentem. 11/10-11

Havlíček, S.: Zdravotní tvrzení a doplňky stravy. 12/14-15

Havlíček, S. viz Chudoba, L.

Havlíček, S. viz Kudrle, S.

Hladík, P.: Praktikantem v lékárně Cele Kula na jihu Srbska. 12/35

Hojný, M.: Přístup farmaceutů k osobním datům pacientů. 9/6-7

Hojný, M. viz Horák, P.

Horáček, J.: Nový kompetenční spor na obzoru? 3/4-5

Horáček, J.: Tak to vidím já: Má náš časopis budoucnost? 4/16

Horáček, J.: Zásadní význam výměny informací. 6/4-5

Horáčková, K.: Lékárnické děti opět v akci na Rozárce. 7-8/15

Horáčková, K. viz Sklenář, Z.

Horáčková-Řádková, K.: Copak náš Pavel. 2/20

Horák, P., Hojný, M., Horáková, M.: Vzdělávání lékárníků pod hlavičkou EU. 3/13

Horáková, M. viz Horák, P.

Hořanská, J.: Editorial. 1/3; 2/3; 3/3; 4/3; 5/3; 6/3; 7-8/3; 9/3; 10/3; 11/3; 12/3

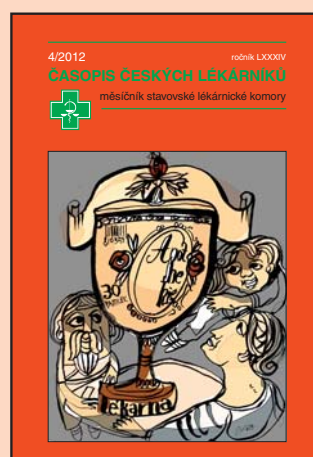
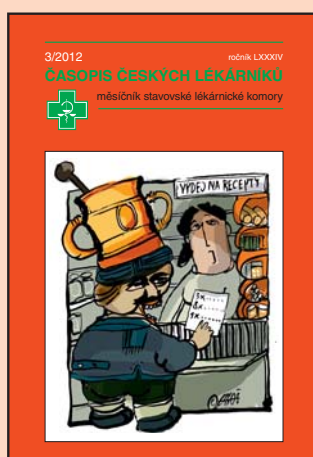
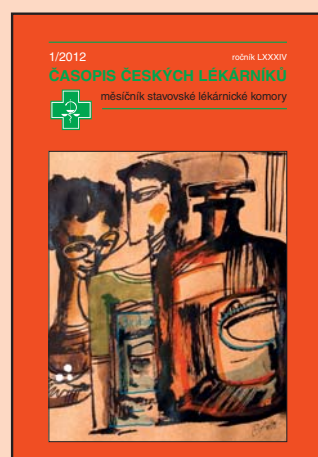
Hořanská, J.: Nakonec budeme „v síti“ všichni. 12/30-31

Hořanská, J.: Naše anketa aneb Co si myslí pacienti. 10/30-31

Hořanská, J.: PharmDr. Lubomír Jaroš nezahálí. 5/24

Hořanská, J.: Příjemně strávený večer věnovaný komunikaci. 12/33

Hořanská, J.: Seminář na zámku v Kuníně. 1/15-16





Hořanská, J.: U nás se osvědčil systém kolečka. 10/22-24

Hořanská, J.: Zpráva z XXII. sjezdu delegátů ČLnK. 11/6-9

Hrabálek, A.: Profesionální perspektiva studentů FaF. 9/4-5

Hrabálek, A., Karlíček, R.: Výzkumný záměr znamená prospěch pro celou fakultu. 10/28-29

Hrubý, K.: Po sjezdu: Na co jsem se ministra nezeptal aneb Úvaha politologická. 11/4

Chudoba, L.: Důvěra nezbytným předpokladem. 12/4

Chudoba, L.: Otevřený dopis Ing. Mgr. Pavlu Vajskebrovi. 7-8/6-7

Chudoba, L.: Rok 2012 – krize, nebo příležitost. 1/4

Chudoba, L.: Z mozaiky událostí 5/7; 6/7; 7-8/7; 9/6; 10/10

Chudoba, L., Havlíček, S.: Nově povolená „zdravotní tvrzení“. 9/16-17

Jeřábek, V.: České lékárenství 1948 – 1989 (I.). 10/39; (II.). 11/27; (III.). 12/36

Karlíček, R. viz Hrabálek, A.

Kolář, J., Ambrus, T., Legáth, J.: Ke vztahu farmacie a umění. 7-8/25

Kolář, J.: Nedávné lékárny Brna. 1/27

Kolář, J.: Světové dny WHO – únor. 1/26; březen. 2/28; duben 3/27; květen. 4/24; červen. 5/22; červenec–srpen. 6/21; září. 7-8/28; říjen. 9/27; listopad. 10/38; prosinec. 11/26

Kopecký, M. viz Linhart, M.

Krebs, A.: Několik slov ke Dni lékáren 2012. 5/4

Kříž, T.: Zkušenosti z lékárenské praxe v exotické Indonésii. 11/31-32

Kučera, Z.: Nově registrované látky: Tikagrelor. 1/22; Ipilimumab. 2/18; Abirateron acetát. 3/18; Fampridin. 4/18; Ranolazin. 5/18; Exenatid LAR. 6/16; Linagliptin. 7-8/18; Sevelamer karbonát. 9/20; Belimumab. 10/26; Ikatibant. 11/20; Retigabin. 12/20

Kudrle, S., Havlíček, S.: Jak jsem to vydýchal. 3/25

Kudrle, S., Havlíček, S.: Šamanismus, noetika a spiritualita. 5/27

Kudrle, S., Havlíček, S.: Transpersonální psychologie. 4/25

Kudrle, S., Havlíček, S.: Nádech, výdech – využití v terapii. 6/26-27

Kulička, P.: Starší lidé a léčba poranění. 5/13

Landová, H.: Co nás čeká na FaFce v Brně. 2/25

Landová, H.: FaF VFU do letního semestru. 5/23

Legáth, J. viz Kolář, J.

Linhart, M.: Revize taxy laborum a nový Cenový předpis. 12/23

Linhart, M.: Ze zasedání komise pro metodiku. 6/10

Linhart, M., Kopecký, M.: Další jednání Komise pro metodiku. 11/15

Linhartová, A., Malý, J.: Interaktivní dispenzační semináře. 10/11-13

Lukáč, J.: Tak to vidím já: Nestačí léčit jen nemoc. 10/16

Malý, J. viz Linhartová, A.

Maršík, J.: Ke změně podmínek pro vydávání osvědčení komorou po 1. 4. 2012. 5/6-7

Maršík, J.: Oprávnění k poskytování zdravotních služeb a lékárníci – úvod do problematiky. 9/8-9

Maršík, J.: Přeregistrace zdravotnických zařízení. 1/12

Maršík, J., Mátl, M.: Ořezy úhrad ve VZP v roce 2012. 10/14-15

Mátl, M.: K sazbám DPH po 1. lednu 2013. 12/8

Mátl, M.: Regulace reklamy i další témata. 6/6

Mátl, M. viz Maršík, J.

Nováček, L.: Camel – Camellia – Camelin. 7-8/27

Novosád, A.: Farmacie a bakalář? 2/15-16

Pagáčová, L.: Mé tři týdny v portugalské lékárně. 9/28-29

Palouš, P. R.: Marocké království v Africe. 6/25

Papáček, M.: Celoživotní vzdělávání v GB aneb Konec „sbírání bodů“. 3/22-23

Pomykacz, J.: Jak dobře vyzrát na insomnii. 11/33

Pomykacz, J.: Světlo světa. 12/31

Potužák, M.: Běh pro radost a kondici (IV.). 1/31; (V.) 2/27; (VI.) 3/28; (VII.) 4/32; (VIII.) 5/28; (IX.). 6/28; (X.). 7-8/31; (XI.) 9/34; (XII.) 10/40; (XIII.). 11/35; (XIV.). 12/37

Potužák, M.: Devadesát let od objevu polarografie. 7-8/22-23

Potužák, M.: Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Epimedium sagittatum (Sieb. Et Zucc.) Maxim. – škornice šípovitá (Berberidaceae). 1/23; Bellis perennis L. – sedmikráska obecná (Asteraceae) 2/19; Garcinia cambogia Desr. – garcinie kambodžská (Clusiaceae seu Guttiferae) 3/19; Aspidosperma quebracho – blanco Schlecht. – štítosemenka bílé kebračo (Apocynaceae) 4/19; Prunella vulgaris L. – černohlávek obecný (Lamiaceae) 5/19; Simmondsia chinensis (Link) C. K. Schneid. – zimostřáz čínský (Simmondsiaceae seu Buxaceae). 6/17; Duboisia myoporoides R. Br. – duboisie

lehkodřevá (*Solanaceae*). 7-8/19; Filipendula ulmaria (L.) Maxim. – tužebník jilmový (*Rosaceae*). 9/21; Catalpa bignonioides WALT. – katalpa trubačovitá (*Bignoniaceae*). 10/27; Carapa quianensis Aubl. – karapa quayanská (*Meliaceae*). 11/21; Asarum europaeum L. – kopytník evropský (*Aristolochiaceae*). 12/21

Rovan, S.: Budeme klášť otázky politikom? 5/8-9

Röder, J. viz Fenclová, K.

Rusek, V.: Zdeněk Hanzlíček devadesátiletý. 2/13

Sklenář, Z., Horáčková, K.: Farmaceutické suroviny nově dostupné pro přípravu v lékárně IV. 12/22-23

Skopalová, K.: Pálava aneb Ať každý den stojí za to. 11/34

Sodomková, A.: Nahlédnutí pod pokličku farmacie. 12/34

Solich, J.: SOLUTIO 2012, svazek čtrnáctý. 4/11

Svoboda, A.: Téma: Budoucnost profesní etiky. 7-8/16

Šindelářová, J.: Na praxi ve francouzské lékárně. 11/28

Šindler, T.: Problém s očkováním a jeho historie. 7-8/12

Škrabalová, M.: Tak to vidím já: Proč ano „jednomu lékárenství“. 5/16

Škvor, P.: Své povinnosti si hlídejte sami. 9/9

Škvor, P.: Tak to vidím já: Vážení přátelé, byl jsem u toho. 2/16

Štipková, T.: Dnes študenti, zajtra farmaceuti. 9/29-30

Šumpichová, V., Tóthová, J.: Nad výsledky kampaně Poznej svůj tlak. 7-8/14-15

Švejnoha, J.: Z nedávné judikatury Nejvyššího správního soudu v oblasti výkonu farmacie (I.) 3/16; (II.) 4/15-16

Tóthová, J. viz Šumpichová, V.

Tučková, P.: Tak to vidím já: V sazebníku je jen jedna sazba DPH. 1/16

Valentová, G.: Z měsíční stáže v Massachusetts. 11/30-31

Vaniček, J.: Felodipin aneb Prokletá molekula. 7-8/20-21

Vaniček, J.: Když je sirupu na půl bazénu. 4/30-31

Vaniček, J.: Seminář Mladých lékárníků ke specializačnímu vzdělávání. 5/15

Vaniček, J.: Trable s „kocouř“ preskripcí. 9/25

Volný, T.: Echinacea v poznámkách. 1/24-25; Racionální účinky lecitinu. 2/26; Bezpečnost užívání melatoninu. 3/26; Sladká Stevia, její bezpečnost. 4/22; Bacopa, potenciální nootropikum. 5/20-21; Kolagen při osteoartróze. 6/20; Popularita rakytníku a realita. 7-8/26; Lykopen doplňkové v onkologii. 9/24; Karnitin v doplňkové léčbě. 10/25; Maka v modulaci sexuálního zdraví. 11/24; Vliv izoflavonů na kostní a ostatní tkáň. 12/32

Vrbovský, V.: Březnová porada v hotelu Barceló. 4/6-10

Vrbovský, V.: Den lékáren? Žádná velká změna... 7-8/23

Vrbovský, V.: Legislativa, vzdělávání i další témata. 10/4-9

Vrbovský, V.: Mikulovské „vinobraní“ zkušeností. 12/24-25

Vrbovský, V.: „Nelékaři“ aneb Pandořina skříňka. 2/4

Vrbovský, V.: Vysoké ocenění výzkumu a vývoje. 1/6-7

Vrbovský, V.: Zůstala věrná Opavě. 2/14-15

Zadák, V.: Podivuhodnosti aneb Perličky na dně lékárníčiny. 1/25

Zajícová, M.: Návody pro dispenciaci: Roflumilast. 1/11;

Fexofenadin. 2/12; Cinakalcet. 3/12; Tamsulosin. 4/11;

Solifenacin. 5/11; Betahistin a Meniérova choroba. 6/11;

Kalium chloratum. 7-8/11; Kontaktní dermatitida. 9/15;

Doplnění péče při poruchách spánku. 10/9; Permethrin. 11/16; Dobrá vánoční káva. 12/11

Zemek, F. viz Fenclová, K.

člnk: Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe vydaná ČLnK a zaniklá v prosinci 2011 až listopadu 2012. 1/8-9; 2/8-9; 3/8-9; 4/8; 5/9; 6/8-9; 7-8/8-9; 9/10-11; 10/12-13; 11/12-13; 12/8-9

člnk: Osvědčení po novu (stav k 30. 11. 2012) 12/6-7

člnk: Stanoviska ČLnK k výkonu povolání. 3/6-8

člnk: Usnesení XXII. sjezdu delegátů ČLnK. 11/9

red.: Jako před patnácti lety. 2/23

red.: Zaměřeno na aktuální legislativu. 6/12

--: Členské příspěvky ČLnK na rok 2013. 12/12-13

--: Interaktivní dispenzační semináře, Semináře společnosti PHC, Odborné semináře, IDS – školící akce, Odborné vzdělávací akce, Odborné vzdělávací akce s poplatkem. Odborné semináře ke komunikaci a poradenství, Odborné konference, Kurz Lékové problémy, Aktuální legislativa. 1/10-11; 2/10-11; 3/10-11; 4/12-13; 5/10; 7-8/10; 9/12-13; 10/18-20; 11/14-15; 12/10

--: Lékárníci a jejich nezadatelný přínos k historii vzniku nápojů. 7-8/29-30

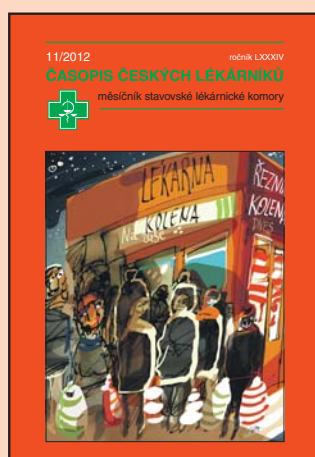
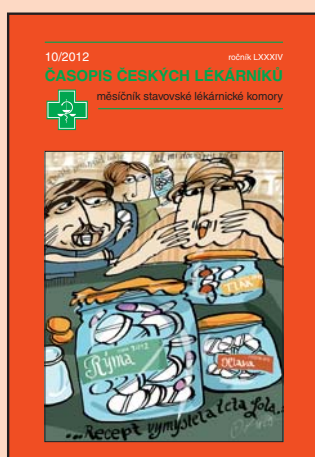
--: Mýty o souběžném dovozu a lécích v cizojazyčném obalu. 2/7

--: Rejstřík 2011. 1/18-21

--: Po 1. červenci OTC nehrazeny. 5/5, 12

--: Sepsáno před 120 lety. 1/32; 2/30; 3/29; 4/33; 5/29; 6/29; 7-8/32-33; 9/36-37; 10/41; 11/36; 12/38

--: Zeptali jsme se. 1/5; 2/5; 3/5; 4/5; 5/5; 6/5; 7-8/5; 9/5, 7; 10/5; 11/5; 12/5



Vydali jsme se správným směrem

Doba se vyvíjí a v dnešním světě má šanci uspět především člověk disponující schopnostmi, které mu umožňují se skupinou lidí hladce interagovat, či ji přímo úspěšně řídit. Ačkoli většina tuzemských škol tento trend pořád ne zcela zachytila, studenti farmacie mají množství příležitostí se rozvíjet i po této stránce. Dokumentuje to i úspěšná iniciativa Spolku českých studentů farmacie (SČSF).

Tomu se 22.–25. listopadu 2012 podařilo uspořádat po necelém roce další čtyřdenní seminář se školenými trenéry, lektory a spíčky z řad zahraničních i tuzemských studentů a odborníků z praxe – tentokrát však na mezinárodní úrovni.

Leaders In Training, jak se tato tradiční akce zaštiťovaná IPSF (International Pharmaceutical Students Federation) nazývá, se vůbec poprvé konala za společné účasti vedení studentských spolků z Čech, Polska a Slovenska. Na půdě Farmaceutické fakulty UK a VŠ kolejí Na Kotli tak mohli všichni účastníci prohlubovat nejen své soft-skills na různorodých seminářích a workshopech, ale také navazovat kontakty a rozvíjet spolupráci se sousedskými organizacemi. Kromě hlavního programu bylo postaráno i o nejvyšší možný



komfort přítomných, ať už v podobě útulného zázemí, stravy a občerstvení nebo mimoprogramových aktivit.

Necelá třicítka účastníků (zastoupena rovnoměrně všemi třemi zeměmi) získávala praktickou cestou rady, inspiraci a sebedůvěru v tématech, jakými jsou skupinová dynamika, týmová práce, leadership, veřejné projevy a mnohé další. Podstatná část obsahu programu věnovaná schopnostem týmu mohla být přímo konfrontována se zkušenostmi z přípravy této i předešlých událostí.

Rozvoj organizace však stojí a padá se schopnostmi jednotlivých členů. Proto byl kladen velký důraz také na osobní růst a schopnost motivovat druhé a dokázat využívat jejich silných stránek.

Budoucnost ukáže, kam se spolupráce SČSF se zeměmi v regionu vyvine, nicméně o tom, že jsme vyšlápli správným směrem, napovídaly okamžité reakce i textová zpětná vazba našich zahraničních hostů. Doufejme, že se jedná o začátek jedné příjemné tradice.

Jan TOMIŠKA

Fotografujete opravdu rádi, a to je dobře



*V Rakousku fotografovala
Mgr. Jaroslava Laššáková*

Měli bychom možná říct, že jsme byli překvapeni, kolik z vás reagovalo na naši výzvu k zaslání fotografií lékáren, které jste pořídili v zahraničí. Ve skutečnosti jsme se těšili, že nám vyhovíte, ale i tak jsme byli zaskočeni, kolik snímků do redakce přišlo. Správně jste vtušili, že všechny nebudeme moci na obálky časopisu použít, když ročně vychází ČČL jen jedenáctkrát, proto nám někteří autoři doporučili, abychom pár fotek zařadili na ukázkou „jen tak“.

Oceňujeme i vaše komentáře. Například PharmDr. Jaroslava Hrušková k snímku z Nepálu napsala: „Je to velmi zajímavá země, střet nádherné přírody, hor, hrozných bíd, špíny a zároveň šťastných lidí, kteří vůbec netuší, že jim něco chybí nebo že snad něco nemají. Nahoře v horách vůbec netuší, kdo je to farmaceut nebo co je lékárna.“ (jh)

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Močový měchýř (MM) je dutý orgán, který slouží jako rezervoár moči. Je tvořen svalovinou a vnitřním přechodným epitelem – urotelom. Nejčastějšími nádory v MM jsou nádory původem z urotelu (papilomy, papilokarcinomy). Tvarově mívají nejčastěji charakter papilárních nádorů, vyklenujících se výrůstků do dutiny MM. Rozdíl mezi nezhoubnými papilomy a zhoubnými papilokarcinomy je velmi malý. Hranice mezi nimi často bývá i histologicky obtížně definovatelná.



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

Zhoubné nádory močového měchýře jsou na druhém místě ve výskytu nádorů močového ústrojí. V České republice jsou 6. nejčastějším nádorem u mužů a třináctým u žen. V roce 2007 bylo v České republice hlášeno celkem 2 487 nemocných, z toho 1 788 mužů a 699 žen, celkem 830 nemocných zemřelo. Nemocní jsou diagnostikováni obvykle ve věku nad 65 let s maximem výskytu v sedmém a osmém deceniu. Nejčastějším příznakem (75 %) je hematurie (zbarvený celý objem moči). Dráždivé projevy typu nutkání na močení, bolesti při močení, časté močení jsou často projevem již pokročilého onemocnění. Kouření zvyšuje riziko rakoviny MM 4x.

Nádory MM se dělí podle stadia prorůstání na povrchové, na prorůstající do svaloviny MM a na prorůstající do okolních orgánů (včetně výskytu v uzlinách či tvorby metastáz). Stadium nádoru („staging“ = určení stadia podle tzv. TNM klasifikace) a histologické určení diferenciací nádorových buněk („grading“, nediferencované buňky prognosticky horší) určují strategii léčby. Časté relapsy onemocnění znesnadňují léčbu. U povrchových nádorů mnohdy stačí „odkrojit“ nádor endoskopicky skrz močovou trubici (transuretrální resekce, TUR). TUR je možné kombinovat s intravezikální aplikací cytostatik nebo s imunoterapií (BCG vakcína). Prorůstající nádory lze odstranit radikální cystektomií (odstranění celého MM) nebo při snaze zachovat MM lze léčit kombinací TUR s radioterapií a chemoterapií. U pokročilých stadií je indikována nitrožilně podaná chemoterapie s případnou radioterapií. V první linii chemoterapie se uplatňují režimy obsahující cisplatinu (případně karboplatinu). Další linie léčby byly donedávna čistě empirickou záležitostí, zatím jediná látka s prokázaným benefitem ve studii fáze III je analog alkaloidů barvinu – vinflunin.

Farmakologické aspekty

Vinflunin je analog vinca alkaloidů syntetizovaný z vinorelbínu, který „navíc“ obsahuje dvě molekuly fluoru. Ačkoli má nižší afinitu k receptoru vs. ostatní vinca alkaloidy, paradoxně je více účinný, za což pravděpodobně může jeho vysoká lipo-

filita způsobující akumulaci v buněčných strukturách. Mechanismem účinku se neliší od ostatních vinca alkaloidů – brání syntéze mikrotubulů vazbou na tubulin, čímž inhibuje dynamiku dělicího vřeténka během dělení buňky (v G2/M fázi mitózy) a způsobuje tím její buněčnou smrt.

Vinflunin se podává intravenózní infuzí. Vazba na bílkoviny krevní plazmy je střední (40–80 %), distribuční objem (2 422 litrů) vypovídá o značné lipofilítě vinfluninu a jeho distribuci do tkání. Metabolizace probíhá pomocí cytochromu P450 3A4 (10 metabolitů) nebo esterázami (1 hlavní aktivní metabolit). Dvě třetiny látky se vylučuje stolicí, zbytek močí. Terminální poločas vinfluninu je 40 hodin, jeho aktivního metabolitu kolem 5 dní.

Vinflunin

Klinické aspekty

V indikaci monoterapie dospělých pacientů s pokročilým nebo metastazujícím karcinomem přechodného epitelu po selhání režimu obsahujícího cisplatinu v první linii systémové léčby cytostatiky byla provedena jediná studie fáze III. Vinflunin byl srovnáván s best supportive care (BSC) u celkem 370 pacientů randomizovaných 2:1 (více pacientů zařazeno do větve s vinfluninem). Rozdíl v celkovém přežití byl 2,3 měsíce (6,9 vs. 4,6 měsíce) ve prospěch vinfluninu, u populace podle léčebného záměru (ITT) nebyl výsledek statisticky významný. Statistické významnosti bylo dosaženo až po vyloučení pacientů s odchylkami od protokolu. Statisticky významně došlo k prodloužení doby do progresu onemocnění (PFS) – 3 měsíce ve větvi s vinfluninem vs. 1,5 měsíce ve větvi BSC. Ačkoli se prodloužení života o 2 měsíce může zdát málo, je třeba si uvědomit, že tato populace má velmi krátkou dobu přežití a zatím žádná jiná léčba neprokázala vliv na celkové přežití.

Nežádoucí účinky vyplývají z inhibice dělení buněk, nejvíce postiženy jsou tedy oblasti, kde k dělení intenzivně dochází, např. krvetvorba (stupeň závažnosti 3,4: neutropenie u 50 % pacientů, febrilní neutropenie – 6 %, anémie – 19 %) a sliznice GIT (zácpa – 16 % pacientů – vhodné doporučit na první týden cyklu projímadlo). Dochází také k reakcím v místě vpichu. Existuje podezření na schopnost prodloužení QT intervalu. Interakční potenciál je střední, k interakci dochází se silnými inhibitory/induktory CYP P450 3A4.

Léčivý přípravek obsahující vinflunin se jmenuje Javlor. Do ČR jej dodává společnost Pierre Fabre. Podává se 320 mg/m² vinfluninu ve formě dvacetiminutové intravenózní infuze, 1x 3 týdny. Výše úhrady za 1 den terapie vychází na 2 750 Kč. Ve studii fáze III autorů Bellmunt et al. byl medián počtu cyklů 4,2. Cena prodloužení života o 2 měsíce je v tomto případě zhruba čtvrt milionu Kč. Úhrada byla stanovena jako dočasná do 1. 8. 2013 (přípravku byl udělen statut vysoce inovativního léčivého přípravku) s nutností tvorby registru a ověření dat v podmínkách ČR pro úhradu trvalou.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Cinnamomum zeylanicum Ness – skořicovník cejlonský, (Lauraceae)

Cinnamomum zeylanicum Ness – skořicovník cejlonský, (Lauraceae). Stálezelený, 6–12 m vysoký strom, domácí na Srí Lance (Cejlon), pěstovaný v kulturách v mnoha zemích, např. na Filipínách, v Brazílii a na Jamaice. Z příbuzných skořicovníků je nejvíce využíván druh **Cinnamomum cassia** Blume (syn. **C. aromaticum** Ness) – skořicovník čínský.

Synonyma: **Cinnamomum verum** J.S. Presl.

Obecný název: Cinnamon (angl.), Cannelle de Ceylan (fr.).

Sbíraná část: cortex, folium.

Droga: **Cinnamomi zeylanici corticis etheroleum**, **C. zeylanici folii etheroleum**, **C. cortex** (ČL), též **C. cassiae etheroleum** (ČL), **Cassiae flos**, **Cinnamomi chinensis cortex**.

Obsahové látky: v drogách až 2 % silice, v silici izolované z listu převažuje eugenol (až 90 %), v silici z kůry naopak skořicový aldehyd (syn. trans-cinnamaldehyd, až 75 %). V kůře a listu kondenzované (katechinové) třísloviny, především různé proanthocyanidiny, dále diterpeny, hydroxychalkony, deriváty kyseliny skořicové, mono- a disacharidy, škroby, slizy, β -sitosterol a jiné látky. Příbuzný druh **C. cassia** poskytuje drogu a silici horší jakosti. V lékopisné silici z listů převažuje skořicový aldehyd (až 93 %), 4 % kumarinu, málo eugenolu.

Účinky a použití: v tradiční medicíně slouží kůra proti průjmu, nevolnostem spojeným se zvracením, při nachlazení a chřipce, jako repelent a k ošetření ran způsobených hmyzem. Silice je využívána ve farmacii, kosmetickém průmyslu a potravinářství jako korigens chuti a pachu.

Při laboratorních testech vykazovala silice antibakteriální, fungistatické a virustatické účinky. Izolovaný skořicový aldehyd inhiboval prozánětlivé cytokiny. Bylo zjištěno i antioxidační, hepatoprotektivní a apoptózu aktivující působení kůry. V současnosti jsou hledány obsahové látky, odpovědné za antidiabetické účinky, především v kůrách druhů **C. zeylanicum** a **C. cassia**. V případě methylhydroxychalkonového polymeru došlo k vazbě na inzulinový receptor a spuštění fosfory-

lace podobně jako po vazbě inzulínu. Obdobně působí i cinnamtannin B1 a další procyanidinové polymery A a B, zlepšení výdeje inzulínu z krysích pankreatů prokázal i skořicový aldehyd. Metaanalýzy hodnotící studie prováděné s kůrou druhu **C. zeylanicum** i **C. cassia**, potvrdily pokles glykemie,

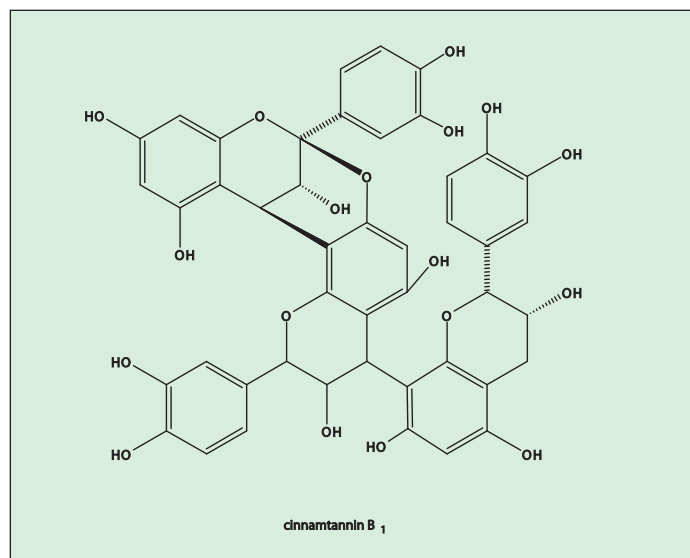
snížení hladiny LDL- a zvýšení hladiny HDL-cholesterolu, prokázaly ochranu β -buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu před experimentálním poškozením, ale nikoliv omezení glykosylace hemoglobinu (HbA1c). V rozsáhlé práci kontrolované placebem bylo podáváno 40 dní od 1 do 6g práškováné kůry druhu **C. cassia**. Ve všech případech došlo k snížení hodnot nejen glykémie (mezi 18–29 %), ale i triglyceridů (triacylglycerolů, 23–30 %), LDL-cholesterolu (7–27 %) a celkového cholesterolu (12–26 %). Bylo prokázáno zlepšení citlivosti tkání vůči inzulínu, podpora fosforylace inzulinového receptoru a aktivace glykogensyntetázy. Pravidelný příjem skořicové kůry je doporučován pacientům s diabetem 2. typu, protože je díky příznivému ovlivnění většiny významných parametrů souvisejících s onemocněním považována za perspektivní potravní doplněk s výrazně preventivním charakterem, omezujícím rizikové faktory související s diabetem a kardiovaskulárními chorobami. Pouze jedna studie neprokázala účinnost čínské skořice u postmenopauzálních pacientek.

Dávkování: 3x denně nálev z 1g kůry (asi 1 lžička) ve 200 ml vody.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: toxicitu drogy způsobuje silice. Alergie vyvolává především skořicový aldehyd. Podle některých autorů alergickou reakci omezuje přítomnost eugenolu a limonenu. Pro nedostatek informací neužívat vyšší dávky během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem, ani při žaludečních vředech. Akutní otrava po vysokých dávkách může způsobit abortus, methemoglobinémii, nefritidu a tachykardii.

Interakce: nejsou známy

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



PharmDr. Miloš POTUŽÁK
Obrazek: Wikipedia, vzorec: autor

Václav Šípoš umí jít lidem pod kůži

„Kdo je Václav Šípoš, autor obrázků na loňských obálkách ČČL?“

Kromě této otázky jsme od vás dostali i několik hodnocení jeho prací:

- „Zpočátku jsem s těmi kresbami měl problém, pak jsem se s nimi sžil.“
- „Zdály se mi vtipné, i když mi chvíli trvalo, než jsem pochopil, že to není prvoplánová pecka, ale že je tam humor i myšlenka.“
- „Asi není jednoduché malovat obrázky zaměřené k určitému oboru, aby to nebylo popisné, ale mělo to nějaký nápad. Panu Šípošovi se to kupodivu podařilo.“

Jaroslava Hořanská

Václav Šípoš, volný výtvarník, člen České unie karikaturistů, v současné době patří svými karikaturami v České republice nepochybně ke špičce, ačkoliv on sám se takovému hodnocení brání. Po každé pochvalě prý obvykle něco zkaží. Pozornost zasluhují i jeho portréty s nezaměnitelným rukopisem. Kreslí je technikou akvarelu, tuší, dřívkem, ale také perem. Používá rovněž počítač a kreslí na tabletu. Žije a tvoří ve Studénce. Jeho práce jsou vysoce hodnoceny také v německy mluvících zemích, odkud si za své karikatury a rovněž za své fotografie přivezl prestižní ceny.

Jeho volné tvorbě předcházelo propagační výtvarnictví, v podnikovém časopise mj. fotografoval a měl na starosti grafickou úpravu, ale jeho vtipy tam netiskli. Následoval pokus o založení vlastní agentury, podnikání však skončilo tím, že mu pronajaté prostory vykradli, proto se vrátil na Novou huť do podnikového časopisu. Když ho odtamtud propustili, vzal štafle a jel malovat portréty po hradech (Helfštýn, Hukvaldy, Rožnov pod Radhoštěm a další), protože z ničeho se žít nedá, a jak predikoval jeho tchán – barev se nenajíš.

Spolupráce s novinami a časopisy časem přišla tak nějak sama. Jeho schopností využívají k sebe prezentaci i významné firmy a společnosti.

Václav Šípoš se považuje za Nepraktu stříhnutého Rembrandtem. Cítí se inspirován Karlem Svolinským i Antonínem Strnademem.



Dříve jsem kreslil, abych neublížil, a tím jsem se dopouštěl lži.
Karikatura je jako hořký lék.

Někdo to ani neumí rozkousat, je těžké to pozřít, ale ono to funguje.

■ Jaká je současná česká karikatura?

Nestojí to za nic. Současní autoři, kteří si získali jméno jako tvůrci komiksů, k bravurní kresbě nedorostli. Poslední výjimečný karikaturista, jehož dodnes nikdo nepřekonal, byl Franta Bidlo, který zemřel v roce 1945 v Terezíně na tyfus. Dokonce ani Adolf Hoffmeister se přes své mistrovství nedopracoval jeho úrovně. Navíc si u nás lidi pletou pojmy, autoři kreslených vtipů jsou považováni za karikaturisty, ve skutečnosti jsou to satirici, jakým byl například vynikající Vladimír Jiránek. V tradici českého kresleného humoru má svoje místo Miroslav Barták, kterého považuju za génia, i proto jeho nápady další autoři tak rádi vykrádají.

Zahraniční humor se mi ale vždycky líbil víc než český, je v něm groteska, kterou mám raději než kreslený vtip.

■ Je jednodušší zachytit karikaturou člověka, kterého nemáš rád?

Nechce se mi kreslit člověka, který je mi protivný. Když mám k někomu averzi, vůbec se do toho nepouštím, neumím to v sobě zlomit. Naopak dobrým kamarádem kreslím karikatury rád. Když vytvořím nejhorší karikaturu, prokazuju jim tím službu. Získávají tak pohled jiného člověka na sebe, a toho by měli pro sebe využít. Někteří se dokonce bojí, že z jejich karikatury může okolí poznat, jací jsou ve skutečnosti. Dříve jsem kreslil, abych neublížil, a tím jsem se dopouštěl lži. Karikatura je jako hořký lék. Někdo to ani neumí rozkousat, je těžké to pozřít, ale ono to funguje. Ženské ovšem chtějí být Mony Lisy, přejí si být za každou cenu krásné. Nejedna z nich, mezi nimi dokonce významná kunsthistorička, mi při pohledu na svou karikaturu řekla: „Já tě zabiju!“

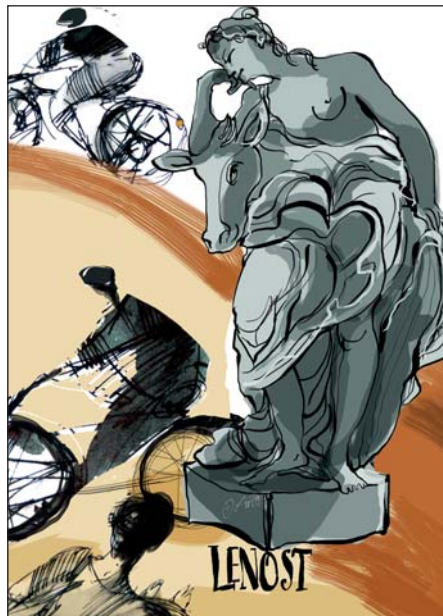
Kreslil jsem ale i v psychiatrických léčebnách. Pacienti umístění na uzavřených odděleních se na obrázcích poznávali, smáli se a poplácávali mě, jak se jim to líbilo. V jejich společnosti mi s karikaturami bylo nejlíp. Zjistil jsem tam totiž, že největší šílenci jsou na svobodě.

■ **Jak dlouho trvá, než vznikne karikatura, aby objekt byl poznatelný?**

Jeden japonský malíř, který celý život kreslil tuší, ve svých 99 letech řekl: *Konečně jsem se naučil malovat stéblo trávy.* Já se to učím pořád. Někoho stihnu rychle, někoho pomalu. Ale někdy trvá pět dní, než někoho „chytну“. Když namaluju buňku a knír, není to automaticky Chaplin. To jsou ikony, které už lidi tak chápou, ale ten konkrétní člověk za tím vůbec nemusí být. Kdyby vedle vás stál Chaplin bez buňky a kníru, nebyl by vůbec k poznání.

■ **V čem je kouzlo kreslení portrétů cizích lidí třeba na ulicích?**

To setkávání s neznámými mě baví, do známých jsem se ještě nepustil. Oči, nos, uši, dalo by se říct, že je to v podstatě pořád stejné. Když ale maluju Francouze, vidím v něm třeba ty alžírské rysy. Nebo Korejci, to jsou úplně jiné příběhy. V Praze jsem maloval pérovky stovky Čiňanů, nakonec mě fascinovalo zjištění, že opravdu nejsou jeden jako druhý. Dopracoval jsem



se k tomu, že se mi podařilo zachytit jejich osobnostní rysy. Vlastnosti se dají zaznamenat na papír u každého člověka na světě. Kreslil jsem jich asi čtyřicet tisíc a myslím si, že umím jít lidem pod kůži.

■ **Máš potřebu kresbami nebo karikaturami komentovat aktuální politické dění?**

Vlastně ani ne. Humor běžného života mi přijde lepší. Je potřebnější, lidštější, má to nějaký význam. V politice se nic povznášejícího najít nedá, ale já to ani nehledám.

■ **Kdy ses poprvé profesně potkal s lékárníky? Tvořil jsi i v Českém farmaceutickém muzeu.**

To byl pro mě fakt hezký zážitek. Byl jsem pozván na nějakou lékárnickou akci do Brna, abych kreslil karikatury účastníků. Měl jsem ale hlavně ztvárnit docenta Václava Ruska přímo na plátno. Vzal jsem si stojan na pódium, pan docent seděl v křesle a já jsem ho barevně štětcem namaloval během jedné písničky. Pak mě Václav Rusek pozval na Kuks, kam jsem pak začal jezdit a malovat. Třeba sochy, alegorie lidských Ctností a Neřestí od Matyáše Brauna. Kuks je zajímavé místo, jezdil jsem tam rád. Docent Rusek je vzácný muž, což neříkám proto, že karikaturu hodnotí vysoce a dal mi najevo, že si mé práce váží. Až jsem přemýšlel, jestli si to vůbec zasloužím.

■ **Jak je to s tvůrčí svobodou, když zpracováváš objednané téma pro noviny?**

Je v tom tak třicet procent svobody. Ve vašem časopise to bylo asi na devadesát procent, takže lékárníci jsou možná tolerantnější a velkorysejší než lidi jiných profesí. Můj sen je ale být tak bohatý, abych vydával svůj časopis, do kterého by mi nekecal vůbec nikdo.

Foto: Vladimír VRBOVSKÝ
Kresba: Václav Šipoš

Připomenutí vývoje naší farmakochemie



V polovině dvacátého století došlo v Československu k zásadní změně pojetí farmaceutické chemie. V letech 1945–1953 vypracovali učitelé katedry farmaceutické chemie Masarykovy univerzity v Brně nový systém třídění chemických léčiv.

Jeho základem bylo dělení léčiv podle farmakologického účinku a sledování závislosti chemické struktury na jejich účinek. Na něm se za vedení doc. Bohuslava Melichara podíleli doc. Aleš Sekera, dr. Alois Borovanský, dr., Karel Palát a dr. Milan Čeladník. Kromě vypracovávání teoretických základů farmaceutické chemie probíhal na katedře výzkum a vývoj nových potenciálních lokálních anestetik a antituberkulotik. Ten po likvidaci Farmaceutické fakulty v Brně v roce 1960 a jejím převedení do Bratislavy tam pokračoval v neztenčeném měřítku. Bylo připraveno velké množství nových sloučenin, které byly

farmakologicky a mikrobiologicky testovány. Z výzkumu potenciálních lokálních anestetik vzešla nová velmi účinná sloučenina, která byla v roce 1976 zavedena do praxe a začala se vyrábět pod názvem Pentakain.

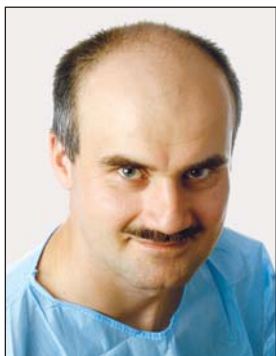
Vzhledem k vypracovaným teoretickým základům farmaceutické chemie a syntézy léčiv a vlivem poznatků z vlastního výzkumu se tento zastaralý název pro obor stal nevyhovujícím, a proto bylo vhodnější jeho pojmenování farmakochemie. Tyto poznatky byly vtěleny do tří knižních vydání (1960, 1972, 1987) pod názvem Chemická léčiva.

Založená škola farmakochemie po různých peripetích se rozvíjela dále na farmaceutických fakultách v Bratislavě, Hradci Králové a Brně a též na některých pracovištích chemického průmyslu.

Přepážkový list České pošty je připomínkou tohoto vývoje.

Libor NOVÁČEK

Imunomodulační potenciál Chlorelly



Biomasa Chlorelly je v Asii tradičním a masivně konzumovaným výživovým doplňkem. Původní doporučení její dlouhodobé suplementace bylo argumentováno vysokým, až 58% obsahem proteinů. Velkoobjemová biotechnologická produkce Chlorelly je dnes i v Evropě dobře zvládnutá. Přesto se zde její biomasa jako cenný nutriční zdroj proteinů výrazněji neprosadila.

Mgr. Tomáš Volný

Fotosyntetizující (obsahují chlorofyl), sladkovodní, mikroskopické (velikost jedné buňky je asi 3–8 μm), jednobuněčné, jedlé řasy rodu *Chlorella* (CHL) mají poměrně výjimečnou schopnost rychlého růstu a dělení, za předpokladu dostatku živin, světla a přiměřené teploty dojde ke zdvojnásobení jejich biomasy již za 3–6 hodin. Sušená, devitalizovaná biomasa CHL obsahuje až 58 % proteinů, až 12 % tuků (z toho 40–60 % je zastoupeno esenciálními nenasycenými mastnými kyselinami), až 15 % sacharidů, polysacharidů (s obsahem rhamnózy, glukózy, galaktózy, mannózy a xylózy), až 8% obsah vlákniny, 6–8% obsah minerálních látek, dále obsahuje 2–4 % chlorofylu a zejména 3–4 % nukleových kyselin. Dlouhodobá suplementace až 6 g biomasy CHL denně je vnímána pozitivně a je považována za bezpečnou, přesto je nutné věnovat zvýšenou pozornost její kvalitě. Kontrola kvality by měla být soustředěna zejména na obsah jiných mikroorganismů (bakterie a jiné druhy řas) a na stupeň narušení (dezintegrace) celulózové buněčné stěny.

Lidské trávicí enzymy neobsahují celulózu, těmi disponuje až symbiotická střevní mikroflóra v tlustém střevě. Bez dezintegrace buněčné stěny CHL se tedy výrazně omezuje nutriční potenciál

CHL (nižší stravitelnost nutričně významných látek obsažených v jejím cytosolu). Vysoký obsah celulózy může být příčinou plynatosti a nadýmání. Odborná argumentace racionálnosti suplementace CHL postavená na vysokém obsahu proteinů a vyhovující skladbě aminokyselin víceméně odeznívá. V posledním období (2010–2012) se experimentální a publikační úsilí soustředí na imunomodulační účinnost vodou vyluhovatelných nukleotidů, polysacharidů a glykoproteinů (extrakce dezintegrované biomasy CHL horkou vodou, případně s následným sušením lyofilizací). Imunomodulační účinnost CHL je v tradičním užívání velmi často popisována, mechanismy však nejsou doposud zcela popsány.

Většina preklinických experimentů se patrně proto soustředí právě na popis a průkaz možných imunologických mechanismů CHL. Početné experimenty na myších, potkaních (perorální aplikace) a buněčných modelech popisují, že vodný extrakt biomasy CHL významně zvyšuje humorální aktivitu makrofágů, stimuluje produkci některých cytokinů (IL-1 β , IL-2, IL-4), interferonu- γ a antigenů na povrchu makrofágů (CD80 a CD86), které jsou důležité pro funkci imunitních buněk (CD fungují jako receptory pro růstové faktory,

adhezivní molekuly, protilátky aj.). CHL prokazatelně příznivě moduluje krve tvorbu u potkanů léčených cyklofosfamidem (cyklofosfamid snižuje počty neutrofilů v krvi), zvyšuje u pokusných zvířat fyzickou výdrž, příznivě u myši moduluje jejich imunitu a odolnost proti simulované infekci *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*. V in vitro experimentech CHL prokazatelně inhibovala aktivitu enzymů peptidázy cathepsinu S, tromboxan A2 syntázy, cyklooxygenázy-2 (inhibice cyklooxygenázy-1 nebyla signifikantně potvrzena) a dalších enzymů (TNF-alfa konvertujícího enzymu, protein kináz, protein tyrosin fosfát), což se zejména projevuje pravděpodobně uplatnitelnou protizánětlivou a antitrombotickou aktivitou CHL. K dispozici je i několik hodnotných klinických experimentů.

Randomizovaná, zkřížená, placebem kontrolovaná klinická studie prokázala u 15 mužů zlepšení slizniční imunity po 4týdenní perorální aplikaci biomasy CHL ve formě prášku (byla signifikantně zvýšená koncentrace SIgA ve slinách). V randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii bylo 51 zdravým dobrovolníkům perorálně podáváno po dobu 8 týdnů 5 g CHL nebo placebo denně, prokazatelně došlo ke zvýšení sérových koncentrací interferonu- γ , interleukinu-1 β , interleukinu-12 a ke zvýšení aktivity NK buněk. V randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii bylo 52 kuřákům po dobu 6 týdnů perorálně podáváno 6,3 g CHL denně, došlo k signifikantnímu zvýšení plazmatických koncentrací vitamínů C a E, byla zvýšená aktivita antioxidantního enzymu superoxidodismutázy. Naopak 28denní perorální suplementace nízkých denních dávek 200 a 400 mg CHL v randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii nevedla u 124 zdravých dobrovolníků k žádné signifi-



kantní změně sledovaných imunologických parametrů. Některé méně významné klinické experimenty poukazují na určitou, nesignifikantní antialergickou aktivitu CHL, která byla pozorována u dětí postižených alergickým onemocněním. Byla však popsána i vzácná fotosenzitivní reakce spojená s aplikací CHL. Zajímavá je i publikovaná zkušenost, kdy užívání CHL v průběhu těhotenství zvýšilo koncentraci IgA v mateřském mléce, což je z pohledu vývoje imunity kojence možné považovat za příznivé.

(Reference jsou uloženy u autora.)

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

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP

Spolek moravskoslezských farmaceutů pořádají

XXI. přednáškový večer

Uskuteční se

13. února 2013 v 18.30 hodin
ve velkém sále Domu techniky
v Ostravě-Mariánských Horách.

Téma:

Trendy a omyly v inzulinoterapii

Přednáší:

MUDr. Kateřina Urbancová,
diabetoložka, Ostrava

4 body v CV



Farmacie pro pamětníky – mikroskop z doby 2. světové války.

Foto: Mgr. Jindřich Makovička

Světové dny, které jsme si doposud připomínali, měly charakter dní vyhlašovaných samotnou Světovou zdravotnickou organizací (WHO), sponzorovaných WHO (mají přímou souvislost se zdravím nebo nemocí), a podporovaných WHO (bez přímé souvislosti se zdravím či nemocí). Z těch, které připadají na měsíc únor, to byly Světový den boje proti rakovině (sponzorovaný WHO), Světový den nemocných a Mezinárodní den vzácných onemocnění (podporované WHO).

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Světové dny WHO

únor

Letos jsou mezinárodní dny zdraví rozděleny na ty, které vyhlašuje WHO - kromě Světového dne boje proti rakovině je zde nově zařazen Mezinárodní den nulové tolerance vůči mrzačení ženských pohlavních orgánů, a na jiné mezinárodní dny související se zdravím (Světový den nemocných a Mezinárodní den vzácných onemocnění).

Mezinárodní den nulové tolerance vůči mrzačení ženských pohlavních orgánů

Představovaný mezinárodní den, v anglickém originále International Day of Zero Tolerance to Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C; do češtiny ne zcela výstižně překládáno jako „ženská obřízka“) staví do popředí lidská práva a osobní integritu. K původní zkratce FGM přibyl písmeno C na základě intervence zvláštního zpravodaje OSN pro oblast tradičních praktik majících dopad na zdraví žen a dětí; je tak brán ohled na ženy, které tuto proceduru podstoupily, avšak nepřejí si být označovány za zmrzačené.

Podle údajů shromážděných Světovou zdravotnickou organizací:

- podstoupilo na světě zákrok zmrzačující pohlavní orgány kolem 140 milionů žen a dívek
- více než 3 milionům žen hrozí nebezpečí, že budou tomuto zákroku způsobujícímu těžký stupeň invalidity vystaveny

- zákrok zmrzačující pohlavní orgány je každoročně proveden nebo hrozí 180 tisícům žen, které se přistěhovaly do Evropy

- jsou tyto praktiky rozšířeny nejméně v 28 afrických zemích, v některých zemích Asie a na Blízkém východě,

- více než 18 % všech FGM je vykonáno poskytovateli zdravotní péče a tento trend se zvyšuje

Jako důvody pro FGM se uvádějí kulturní, religiózní a sociální faktory různých kultur, komunit a rodin. Souvisejí zejména s výchovou, genderovými stereotypy, se vzorci chování připisovanými mužům a ženám, s uznávanými hodnotami a sociálními konvencemi.

Je nutné zdůraznit, že FGM nemá žádný zdravotní přínos, ale je naopak spojeno s řadou krátkodobých i dlouhodobých rizik pro tělesné, duševní i sexuální zdraví žen a dívek. Bezprostředními komplikacemi jsou krutá bolest, šok, krvácení, sepse (bakteriální infekce), retence moči, otevřené rány v oblasti genitálií a poškození okolních tkání. Dlouhodobé následky zahrnují infekce žlučníku a žlučových cest, infekce močového traktu, cysty, infertilitu, zvýšené riziko porodních komplikací a úmrtí novorozence, potřebu pozdějších chirurgických zákroků.

Prohlášení proti FGM vydává WHO v roce 1997 společně s UNICEF a UNFPA, další, se širší podporou OSN, následuje v roce 2008. Ve stejném roce přijímá Světové zdravotnické shromáždění rezoluci o eliminaci FGM, přičemž klade důraz na koordinovanou činnost všech sektorů – zdravotnictví, vzdělávání, financí, spravedlnosti a dalších. V roce 2010 vyhlašuje WHO ve spolupráci s agenturami OSN a mezinárodními organizacemi globální strategii k zastavení FGM prováděného poskytovateli zdravotní péče.

V řadě usnesení a rezolucí zaujímá odmítavé stanovisko k FGM/C také Evropský parlament. V roce 1997 Evropská komise iniciovala vznik programu Daphne pro boj proti násilí páchanému na dětech, mladých lidech a na ženách. Jedná se o největší komunitární program zaměřený na boj proti násilí včetně poskytování ochrany obětem a ohroženým skupinám.

Literatura u autora

Moja dvojtýždňová stáž prebiehala v Litve, v študentskom meste Kaunas. Možno niekoho zaskočí, prečo práve Litva, ale verte mi, bolo to skvelé rozhodnutie. Hneď prvý deň, po noci strávenej na letisku, som išla do lekárne na prax. Prvým prekvapením, bolo to, že sme potrebovali tlmočníka, lebo nikto v lekárni nevedel po anglicky, len po rusky.

**Projekt
České lékárnické komory
PODPORA STUDENTŮ
FARMACEUTICKÝCH
FAKULT
NA ZAHRANIČNÍCH
STÁŽÍCH V LÉKÁRNÁCH**

Lekárneň bola veľmi pekná, jediný veľký rozdiel od našich lekární bol v tom, že prípravky a liečivá pripravoval len farmaceutický laborant v laboratóriu, ktorý veľakrát ani len nevedel, na čo sa daný prípravok používa. Farmaceut bol v predajni, a jediný kontakt s laboratóriom bol cez okienko do laboratória. Farmaceut podal recept laborantovi, ten to pripravil a hotový prípravok podal cez okienko naspäť farmaceutovi.

My ako zahraniční študenti sme sa mohli zdržiavať len v laboratóriu, kde sme pripravovali masti, čapíky, prášky, roztoky... skoro všetko ako u nás, až na balenie práškov do papierov. To sme robili najčastejšie. S týmto som sa ešte u nás nestretla. Takto balené prášky sa podávajú pacientom v nemocniciach.

Lekárneň nepozostávala len z predajne, laboratória, a skladu, ale tiež mala kanceláriu pre účtovníčku a obrovskú homeopatickú prípravovňu. Homeopatická prípravovňa bola rozlohou ešte väčšia ako laboratórium na prípravu IPLP. Homeopatické prípravky sú veľmi zaužívané a používané v Litve, laborantky mali neustále plné ruky práce.

V tomto pobaltskom štáte, ktorý nie je až tak ďaleko od nás, stále platí pravidlo „iný kraj, iný mrav“. Ľudia sú celkovo chladnejší a menej otvorení. Zvláštne bolo, že sa o nás a ostatné dve skupiny študentov starala len jedna Litvanka. Takže celé prázdniny strávila so zahraničnými študentmi. Tu, v Českej republike to máme pekne rozdelené a každý



Dva týždne v meste Kaunas: V Litve sa má lekárnik dobre

kto vycestuje má za úlohu pomôcť so zahraničnými študentmi.

Mňa osobne veľmi zaujala téma školstvo v Litve. Majú celkom dobre premyslené ako donútiť študentov, aby sa snažili a neflákali školu. Majú jednu jedinú fakultu, na ktorú prijímajú 110 študentov.



Z nich najlepších 100 má štúdium zadarmo, a posledných 10 platí okolo 1 000 euro za semester. Samozrejme, pre ostatných participantov Student Exchange Programme bola aj táto suma skvelá. Napríklad v Nemecku, Srbsku, Egypte... platia všetci. Prijímacie pohovory sú z chémie, biológie a litvanského jazyka. Podľa mňa niečo úžasné je to, že študenti farmácie môžu brigádovať v lekárni. U nás sa samozrejme uprednostňujú tí, čo majú farma-

ceutickú strednú a pre vysokoškolákov nezostáva miesto. Nemôžu vydávať lieky na recept, ale vyskytujú sa vo voľnopredaji. Je to super, lebo študent počas štúdia naberie viac praxe. Neriešiteľným problémom v Litve je to, že farmaceutickí technici študujú farmáciu 3 roky a vo výsledku majú tie isté právomoci ako farmaceuti. Vedú tam neustále štrajky o tom, že prečo vlastne farmaceuti študujú 5 rokov, keď to isté môžu robiť tí, čo študujú tri roky.

Farmácie ako zamestnania je veľmi žiadané povolanie. Farmaceuti patria medzi lepšie platených zamestnancov, s ďalšími výhodami. Jednou z nich je to, že ich pracovná doba je 35 hodín týždenne. Majú každý deň o hodinu menej ako normálni zamestnanci, a tiež majú viac dovolenky. Plat je pomerne vysoký, ale veľmi záleží, kde sa nachádza lekárneň. O lekárne v meste Kaunas je veľký záujem, a preto je tam plat najnižší. Plat v Kaunase sa pohybuje okolo 12–15 000. Dozvedela som sa, že čím menšie mesto, tým väčší plat.

Myslím, že takúto možnosť vyjsť do zahraničia by mal mať každý, aj keď priznávam, že to nie je najlacnejšie.

Katarína LIHOCKÁ

Má švýcarská „řetězcová“ zkušenost

Více než tři roky jsem pracovala ve švýcarské řetězové lékárně Sun store, nejdříve jako řadová lékárnice a později jako vedoucí lékárnice v jedné z nich. O některé zajímavé postřehy bych se ráda s kolegy podělila.

Švýcarsko má hlavně z důvodu mnoha farmaceutických firem na svém území nedostatek lékárníků v oficiálních, a také proto jsem celkem bez problémů získala práci v jednom z řetězců. Na druhou stranu se povinné uznání diplomu a s tím spojené shánění a překlady potřebných dokumentů protáhlo asi na tři měsíce.

Mgr. Iva Kurečková

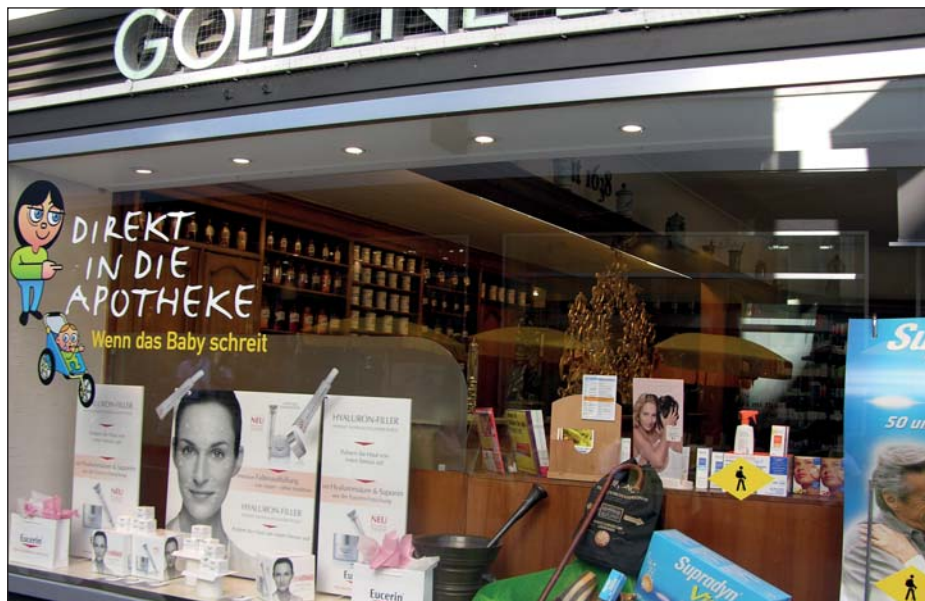
Ve švýcarské lékárně se může stát, že je tam přítomen jeden lékárník, který má k dispozici několik farmaceutických asistentek. Absolventky tohoto tříletého oboru mohou totiž, pod přímým dohledem lékárníka, vydávat i léky na předpis. Ideálně to pak v praxi vypadá tak, že připravené léky jsou ke kontrole předloženy vysokoškolsky vzdělanému farmaceutovi a teprve poté uvolněny k výdeji pacientovi. Čekací doba se tím trochu prodlouží, ale zde je nutno podotknout, že podíl těch pacientů, kteří si v lékárně vyzvedávají léky na recept, je oproti České republice podstatně menší. Může to být dáno tím, že v některých kantonech je povolena dispence samotnými lékaři! Dalšími důvody jsou širší sortiment zahrnující jednak drogistické zboží včetně parfémů, dále potraviny pro zvláštní účely (bezlepkové potraviny, výživa pro sportovce,...), a v neposlední řadě také vyšší kupní síla tamních obyvatel.

Samotné léky jsou již při registraci švýcarské lékové agentury Swissmedic (obdoba SÚKL) zařazeny do jedné z pěti kategorií určených písmeny A až E. Toto označení je viditelné na každém sekundárním obalu a udává informaci o tom, zda lék (A, B) je či není vázán na předpis (C, D), a také jestli je ke koupi jen v lékárně (C), nebo třeba také v drogerii (D). Zajímavostí je, že léky vázané na předpis patří do kategorie B (antihypertenziva, antidiabetika, antidepressiva, některá nesteroidní analgetika a další), může lékárník v odůvodněných

případech vydat i bez receptu. V praxi je také běžné vydání léku na již prošlý opakovací recept s tím, že se formulář o takovémto výdeji pošle lékaři. Ten jej opatří svým podpisem a razítkem, čímž ho povýší na platný recept. A zatímco si Češi lámou hlavu s elektronickým receptem, akceptuje švýcarský lékárník i recepty zaslané faxem nebo v případě opakovacích receptů i jejich kopie.

existuje tedy možnost kontroly oprávněnosti výdejů u léků vázaných na recept!

Další zajímavostí je možnost lékárníka vydat ve výjimečných případech nejmenší na trhu dostupné balení léku spadajícího do režimu psychotropních a omamných látek. V tomto případě se samozřejmě předpokládá okamžité nahlášení této skutečnosti kantonálnímu lékárníko-



Ilustrační foto v lékárně v Basileji pořídil Pavel Grodza.

Je to dáno samozřejmě i zcela rozdílným systémem zdravotního pojištění a způsobů plateb. Existuje zde přibližně stovka menších či větších pojišťoven, kde si pacient své pojistné platí sám v měsíčních intervalech. Pojišťovna pacientovi začne proplácet lékařskou péči a léky až po překročení určitého, předem stanoveného, ročního limitu. A to pouze z 90 procent. Pokud máte tedy to štěstí, že jste zdraví a stačí vám jít třeba jen třikrát do roka k lékaři, tak máte tu smůlu, že si všechno uhradíte sami.

Nebudu tento složitý systém dále rozvádět, pouze uvedu, že pacienti mají mnohem větší přehled o tom, kolik ročně zaplatí za své pojištění a jakou částku skutečně za daný rok čerpali. Vyúčtování s pojišťovnou buď provádí za pacienta lékárně, nebo pacient sám s tím, že je mu po zaplacení léků pro účely pojišťovny vrácen i recept s poznámkou o výdeji a razítkem lékárně. Zde je nutno podotknout, že pro lékárně neexistuje žádná zákonná povinnost tyto recepty kopírovat a archivovat. Ne-

vi. Ten totiž vede kontroly jednotlivých lékáren o hospodaření s těmito látkami, přijímá roční hlášení o jejich pohybu a taky přijímá prošlé opiáty určené k likvidaci. Dále pak provádí inspekce v lékárnách, které u nás dělá SÚKL.

Možná nepřekvapí, že Švýcaři mnohem častěji vyhledávají alternativní metody léčby. V lékárnách tu tedy vedle velkého množství homeopatik najdete preparáty Bachovy květové terapie, antroposofické medicíny, spagyrika či takzvané Schüsslerovy tkáňové soli. Dále jsem zaznamenala mnohem vyšší oblíbenost různých prsních větrových masť, koupelí při nachlazení a roztoků či kapslí na inhalaci při zánětu vedlejších nosních dutin. Našeho oblíbeného „čtyřstovkového“ ibuprofenu ve stotabletovém balení byste se bez receptu jen těžko dožadovali, volně prodejných je tu totiž jen 10 tablet. Na druhou stranu si bez předpisu koupíte Vermox, Daflon (Detralex) nebo codeinum v antitussickém sirupu a český Omnic tocas zde najdete pod zajímavým názvem Omix ocas.

České lékárenství 1948–1989 (IV.)

Nejdůležitějším článkem v řízení lékárny byl a je vedoucí lékárník, představitel odbornosti lékárny směrem k nemocným i lékařům, představitel celkové kvality lékárnou poskytovaných služeb, ovlivňující odborný i morální profil ostatních kolegů, zejména mladých. V koncepci lékárenství a návazně v prováděcích právních předpisech byly nově konstituovány funkce hlavního, krajských a okresních odborníků v lékárenství.

RNDr. PhMr. Vladimír Jeřábek, důchodce



Následně pak funkce krajských a okresních odborníků v klinické farmácii, farmaceutické technologii, farmaceutické analytice, veterinární farmácii a léčivých rostlinách. K funkcím vedoucích lékárníků a jejich zástupců přibýly funkce nové – vedoucích oddělení a vedoucích laborantů. Vycházelo se při tom ze skutečnosti, že tehdejší lékárenství se prezentovalo těmito specializovanými činnostmi: lékárenstvím obecně, klinickou farmacií, farmaceutickou technologií (galenickou farmacií), farmaceutickou analytikou, veterinární farmacií, farmakognosí (léčivé rostliny), organizací a řízením farmacie (organizace, provoz, řízení, kontrola a ekonomika lékárenství). To se promítalo i do kvalifikačních požadavků pro zastávání určitého funkčního místa – vedle splnění délky praxe šlo i o splnění kvalifikační atestace v určitém specializačním oboru.

Významným kvalitativním posunem ve snahách o zvyšování odborné úrovně služeb poskytovaných lékárnami bylo v 60. letech zavedení povinných kvalifikačních atestací lékárníků a později i farmaceutických laborantů. Povinnost získat specializaci I. nebo II. stupně pro zastávání funkce vedoucího lékárníka pro určitý typ lékárny spolu s absolvováním povinné délky praxe lze hodnotit jednoznačně kladně, a je dobře, že tato praxe trvá.

Každá odbornost měla vypracovanou vlastní koncepci své činnosti a rozvoje; tyto koncepce byly vypracovány a oponentovány předními lékárenskými odborníky.

V lékárenství přinesla koncepce, mimo výše uvedené zásady, především vyšší požadavky na odborné zaměření práce lékárníků a lékárenských laborantů (nově byl zaveden pojem lékárenská péče) na zintenzivnění spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními

a na důstojné postavení lékáren v systému sjednocené zdravotní péče. Koncepce lékárenství spatřila světlo světa před třiceti lety, tzn. ve zcela jiných podmínkách společenských, organizačních, odborných i sociálních. Jsem však přesvědčen, že ve své době byla pro lékárenství přínosná.

K realizaci koncepce měla přispívat krajská a okresní lékárenská centra, v nichž by specializovanou činnost vykonávaly krajské, resp. okresní lékárny, galenické laboratoře, laboratoře pro kontrolu léčiv a lékárenská oddělení zabývající se organizací, provozem, ekonomikou i sociálními aspekty lékárenství. Dnes by tato centra mohla být výkonnými, řídicími i kontrolními zařízeními lékárnické komory. Jedním ze zásadních koncepčních záměrů bylo oprostit lékárny od rutinních, účetnických prací a umožnit lékárníkům věnovat se především činnosti odborně farmaceutické, a to směrem k pacientům i zdravotnickým zařízením.

V praktické lékárenské aplikaci klinické farmacie šlo především o plné uplatnění informační a konzultační činnosti lékárníků o vlastnostech léčiv. Usiloval jsem o to, aby klinická farmacie se stala denní rutinní praxí lékárníků na všech stupních poskytované lékárenské péče nejen v nemocničních či ústavních lékárnách. V nově vybudované krajské lékárně v KÚNZ (Krajský ústav národního zdraví) Ostrava sloužila k tomuto účelu pro potřeby pacientů samostatná konzultační místnost. Zájem o samostatné jednání nemocného s lékárníkem byl nepatrný, a tak se tento záměr v praxi neuplatnil. Snad byla tato myšlenka málo propagována nebo pro ni tehdy ještě nedozrál čas. Je však potěšitelné, že v současnosti byly tyto snahy oživeny a samostatné konzultační místnosti jsou

znovu uváděny v život, i když u nás nedostatečně.

V galenické farmácii byly hledány (přestože podíl v lékárnách připravovaných léků na celkovém počtu vydaných léků klesal) cesty ke zkvalitnění této klasické odborné činnosti lékárníka a lékárenského laboranta, a to zvyšováním jejich odborné kvalifikace i zaváděním nových technologických postupů a přístrojů do praxe. Bohužel vybavování lé-

V praktické lékárenské aplikaci klinické farmacie šlo především o plné uplatnění informační a konzultační činnosti lékárníků o vlastnostech léčiv. Usiloval jsem o to, aby klinická farmacie se stala denní rutinní praxí lékárníků na všech stupních poskytované lékárenské péče nejen v nemocničních či ústavních lékárnách. V nově vybudované krajské lékárně v KÚNZ (Krajský ústav národního zdraví) Ostrava sloužila k tomuto účelu pro potřeby pacientů samostatná konzultační místnost. Zájem o samostatné jednání nemocného s lékárníkem byl nepatrný, a tak se tento záměr v praxi neuplatnil. Snad byla tato myšlenka málo propagována, nebo pro ni tehdy ještě nedozrál čas.

káren novou, moderní technikou bylo svízelné a pro běžnou lékárnu těžce dostupné, hlavně z důvodu nedostatku devizových prostředků. Byla vyvíjena snaha koncentrovat přípravu magistraliter předepisovaných léků i do zásoby připravovaných léčivých přípravků do galenických laboratoří (krajských, okresních), případně do lékáren vybavených vhodnou, potřebnou přístrojovou technikou. Dělo se tak na základě průzkumu receptury preskripce lékařů a ručního prodeje. Smyslem tohoto snažení bylo jednak dosáhnout standardní kvality magistraliter předepisovaných léčiv, jednak ušetřit čas lékárníka i laboranta pro činnost konzultační a jednání s pacientem.

(Pokračování)

VÝZNAMNÁ JUBILEA

leden 2013

85 let

PhMr. Božena Riegrová
(OSL Hradec Králové)
PhMr. Jarmila Kočvarová
(OSL Pardubice)

75 let

Mgr. Pavel Pokorný (OSL Třebíč)

70 let

Mgr. Marie Pekárková (OSL Ostrava)
Mgr. Marie Hradecká (OSL Praha 10)

65 let

Mgr. Ivana Kulhajová
(OSL Šumperk + Jeseník)

60 let

Mgr. Aleš Müller (OSL Mladá Boleslav)
Mgr. Dana Michalová
(OSL České Budějovice)
Mgr. Ludmila Moravčíková
(OSL Sokolov)
Mgr. Jaroslav Ferech (OSL Děčín)
PharmDr. Jiří Kučera
(OSL Jablonec nad Nisou)
PharmDr. Bořivoj Tomíček
(OSL Ústí nad Labem)

PharmDr. Jaroslava Doležalová
(OSL Hradec Králové)
RNDr. Marie Řehulová
(OSL Hradec Králové)
RNDr. Jaroslava Šubíková
(OSL Náchod)
Mgr. Alena Šimůnková (OSL Trutnov)
RNDr. Jitka Friedrichová (OSL Blansko)
PhMr. Miroslava Mutafová (OSL Zlín)
Mgr. Jitka Šmídová (OSL Prostějov)
Mgr. Libuše Kimmerová
(OSL Šumperk + Jeseník)

55 let

Mgr. Ludmila Kundrátová
(OSL Mladá Boleslav)
Mgr. Anna Bártová
(OSL České Budějovice)
Mgr. Hana Šuláková
(OSL České Budějovice)
PharmDr. Markéta Jirsová
(OSL Strakonice)
PharmDr. Dana Tomanová
(OSL Klatovy)
Mgr. Milada Švambergová (OSL Plzeň)
PharmDr. Radana Eiblová (OSL Děčín)
Mgr. Marie Brůhová (OSL Louny)
PharmDr. Alena Jánošíková
(OSL Louny)
PharmDr. Miriam Šrolerová
(OSL Hradec Králové)
PharmDr. Milan Hrnčíř (OSL Jičín)
PharmDr. Eva Herbergerová
(OSL Brno + Brno-venkov)

Mgr. Gerda Petříková (OSL Opava)
Aff. Svatava Hlaváčová (OSL Praha 4)
PharmDr. Gabriela Janíková
(OSL Praha 1)
Mgr. Naděje Moravcová
(OSL Šumperk + Jeseník)
PharmDr. Milan Stejskal (OSL Praha 1)
PharmDr. Vlastimil Novák (OSL Louny)
PharmDr. Ludmila Brokešová
(OSL Pardubice)
PharmDr. Marie Sikorská
(OSL Praha 5)
Mgr. Drahomíra Kubelková
(OSL Český Krumlov)

50 let

Mgr. Alena Košková (OSL Jičín)
PharmDr. Dagmar Pospíšilová
(OSL Cheb)
PharmDr. Hana Šumová (OSL Plzeň)
PharmDr. Alena Myjavcová
(OSL Havlíčkův Brod)
PharmDr. Martin Mikšovský
(OSL Trutnov)
PharmDr. Věra Májková
(OSL Uherské Hradiště)
Mgr. Ludmila Jandová (OSL Znojmo)
Mgr. Daniela Běhánková
(OSL Šumperk + Jeseník)
Mgr. Ivana Šindlářová (OSL Opava)
Mgr. Lenka Novotná
(OSL Šumperk + Jeseník)
Mgr. Jitka Racková (OSL Plzeň)

Upřímně blahopřejeme!

(čInk)

Běh pro radost a kondici (XV.)

Co říci závěrem? Ve čtrnácti krátkých sděleních jsem se snažil řešit problematiku „dostatku pohybu“ trochu šířeji a upozornit na úskalí i důležité souvislosti, které se mohou objevit. Zvolil jsem sice jako příklad vytrvalostní běh, vedle chůze nejpřirozenější formu pohybu, ale většinu informací lze využít i při jiných pohybových aktivitách.

Dneškem jsem vyčerpал přidělený prostor, proto se nedostalo na některá témata, např. hubnutí, kouření, zda běhat bos nebo obutý, výživu, psychologii výkonu, veterány a mnoho jiných. Mým cílem byl trochu jiný pohled na to, jak se chovat v civilizovaném světě, který sice přináší pohodlí, ale vytváří mylný dojem, že technika a analgetika vše vyřeší za nás. Návrat ke kořenům bývá obtížný, ale nutný. Konstrukce naší tělesné schránky se za 40 000 let nezměnila. V rámci údržby vyžaduje nejen potravu, ale i zátěž. Abych parafrázoval současný bestseller „Born to run“, věta „Zrozeni k běhu“ se netýká jen mexických Indiánů, ale nás všech. Můj názor je, že mnohem nebezpečnější je neběhat než běhat. Nebezpečí číhá spíše na netrénované,

především v okamžiku nena-
dálého fyzického úsilí. Se slušně tréno-
vaným kardiovaskulárním systémem si
naopak můžeme leccos dovolit.
Promiňte mi trochu černého humoru.
Fakt je, že mnohem efektněji vypadá
novinový titulek: „Běžec zemřel při ma-
ratonu“ než: „Nakupující zkolaboval
v supermarketu“. Nutno vzít ale v úva-
hu, že podle statistiky nejvíce lidí umírá
v posteli. Přesto většina z nás vezme
na sebe to riziko a každý večer si do ní
lehne.

Účastníků při závodech různých dé-
lek po celém světě utěšeně přibývá.
Většina přichází s touhou trať vůbec
zdolat. Pokud také pochopí, že zákla-
dem by měla být hlavně pravidelná pří-
prava, posunou si své možnosti do ob-

lastí, kam jejich „gaučovní“ vrstevníci už
nedosáhnou. Snad za to může přímý
televizní přenos z olympijského mara-
tonu 1972 v Mnichově, kdy vítězný
Američan Frank Shorter způsobil výraz-
nou změnu v myšlení mnoha lidí, nejen
v USA: „Když mohl Frank, chci to zkusit
také.“ A výsledkem byly tisícovky nad-
šenců, žen i mužů, často dosti nespor-
tovních postav, kteří chtěli také zažít
jak to je, dobyt Mount Marathon.

Jsem sváteční běžec, protože každé
vyběhnutí je pro mne svátkem. Již dáv-
no považuji běh více za umění nežli
sport. Umění vnímat, co nám říká naše
tělo a pokusit se mu vyhovět. Je to
vzrušující dobrodružství, plné zvěda-
vosti i slepých cest a snahy pochopit,
proč vedou chybným směrem. Na té
cestě se vyskytují také únava a bolest,
které patří snad ke každému hledání.
Nikdo ode mne ale v této souvislosti
nikdy neslyšel slovo dřina nebo řehole.
Ta slova používají jen nevolníci, donu-
cení dělat něco proti svému přesvědče-
ní nebo s vidinou jiného cíle.

Miloš POTUŽÁK

Čsl. lékárnictvo čekají reformy

Dnešní doba zastihla lékárnictvo nepřipravené na netušený rozvoj jak terapie tak i novodobých sociálních reforem. Rozvoji terapie, projevujícímu se množstvím nových, mnohdy nadbytečných, léčiv a přípravků, jest v nepříznivém slova smyslu neúměrně dosavadní vzdělání příslušníků lékárnického stavu, kterého se jim podle platného studijního řádu dostává. Farmaceut, který dříve byl obeznámen s celým pokladem léčiv, stojí dnes desorientován v záplavě nových sloučenin a přípravků, s nimiž se denně stýká a o jejichž podstatě ke své škodě a újmě na své odborné prestiži není obeznámen, což se nesrovnává ani s jeho stavovskou ctí svědomitého expedienta. Vývoj doby staví československý lékárnický stav před řadu otázek, které mají být v blízké době řešeny a má-li se tento vyvarovati chyb minulosti, jest zapotřebí, aby k jejich řešení, při němž bude žádána jeho spolupráce, přistoupil jednotný a s jasným promyšleným názorem.

Těžké současné postavení stavu vynucuje si již samo pronikavé změny v tradičním systému lékárnického povolání. Jest však třeba pečlivě uvážit i přizpůsobení provozu lékáren moderním metodám obchodním, bez újmy na jejich vědecké prestiži. Znamená to, že obchodní vedení lékáren musí doznati změn velmi opatrných a uvážených, neboť není možno aplikovati na stav, od ostatního podnikání tak odlišný, běžné metody, třebas jinde osvědčené. V tom děje se dosud mnoho chyb a tzv. komercialisace lékáren, překotně prováděná, může způsobiti stavu mnoho škod. Naproti tomu dosud málo bylo vykonáno na poli společného hospodářského podnikání ať v podobě nákupních nebo výrobních družstev, společných výrobních nebo kontrolních laboratoří, peněžních ústavů a pod., jež zejména v Bulharsku, Polsku a západních státech vykazuje pronikavé úspěchy. Stav lékárnický, byť málo početný, jest přece důležitým národohospodářským činitelem, jak dokazují ročně desítky milionů za dovážená léčiva a speciality.

Musí být rovněž pamatováno na náležitou informaci široké veřejnosti o stavu, jeho poslání a poměrech, neboť nesprávné a často tendenční informace jej velmi poškozují. Proti nim jest nejlepší zbraní poctivá služba veřejnosti, svornost všech příslušníků stavu a snaha jednotlivce po zdokonalení a doplnění odborných znalostí.

*Časopis Československého Lékárnictva 1933,
č. 1, str. 1*

O visitacích lékáren

Není to zde první zmínka o tom, že by bylo přece jen záhodno jednou přistoupiti k reformě prohlídkového řádu a to nejlépe v tom smyslu, že by byl úředním lékařům ponechán dozor nad lékárnami v plném dosavadním rozsahu, visitaci prováděli by však pouze po stránce administrativní, hlavně lékařsko-hygienické a vlastní odborně technická kontrola zboží byla by svěřena přímo analytikům ústavu pro zkoumání léčiv. Představujeme si ovšem, že by prohlídky obou těchto orgánů nebyly zpravidla konány společně, ný-

brž pokud by nevyžadovaly zvláštní závažné okolnosti prohlídku výjimečně společnou, odděleně. Tím byla by dána oběma dozorčím stranám nejlepší možnost náhlých a neočekávaných visitací. Nemusely by také býti vždy v témže městě vykonány prohlídky všech lékáren postupně za sebou, poněvadž má podle zkušeností praktický význam většinou jen visitace v první lékárně a nebylo by také dle našeho názoru třeba v každém roce provést visitaci všech lékáren celého státu. Naproti tomu možnost provést ji opětně v jedné a téže lékárně, ve které byly skutečně shledány některé vážné závady, i několikrát do roka, měla by nemalý význam pro stát při poměrně malém zvýšení nákladů s výsledky daleko cennějšími nežli dnes. Opakované revise odborníkem farmaceutické praxe znalým by řádně vedenou lékárnou jistě nikdy nepřivedly do rozpaků.

Součinnost orgánů ústavu pro zkoumání léčiv při prohlídkách lékáren měla by čtené výhody a mohla by míti dalekosáhlé praktické důsledky. Zdůraznili jsme již častokrát stanovisko, že není úkolem visitace nalézt vždy nebo snad dokonce za každou cenu hledati něja-

kou předpisům odporující nesrovnalost. Nesmí ovšem naproti tomu býti při prohlídkách postupováno zase tak shovívavě, aby nebylo přihlédnuto ani k tomu, co zasluží nápadně oprávněné výtky a co by mělo skutečně býti napraveno.

Prohlídka lékární má býti vůbec jaksi prováděna v první řadě ve vlastním zájmu lékární samé. Prohlízející orgán má býti lékárníkovi vždy a hlavně v těch případech, kde toho je třeba, rádcem a má vždy tam, kde byl o to požádán, uměti poraditi, jak by mohla lékárná té či oné nepřijemnosti předejiti. Nejčastější by tu byly jistě případy, týkající se povahy různých, zvláště nových preparátů a pod. a v tomto směru by byl podle našeho názoru jistě nejpovolanější právě analytik ústavu, v jehož praxi projdou do roka sta a sta přípravků téhož druhu, takže je se všemi jejich vlastnostmi dobře obeznámen. Mimo to je také stále informován o většině nejnovějších přípravků, které farmaceutický průmysl uvádí nyní do oběhu stále v novém a větším množství.

Analytik ústavu mohl by při prohlídce lékární provést ihned na místě snadnější rozbory podezřelých materiálů a mohl by se tak hned v lékárně přesvědčiti o jakosti a čistotě takového preparátu nebo drogy. Mohl by při tom velmi snadno zkontrolovati, zda je také reagenčnímu aparátu věnována dostatečná pozornost, resp. v přeneseném smyslu, je-li tu vůbec zboží aspoň občas zkoušeno. Vždyť se autorovi samému stal případ, že mu při visitaci kteréš lékární bylo u reagenčního přístroje poukázáno jako na zvláštní jeho přednost slovy: „Jest úplně v pořádku – jsem tu v lékárně již přes 12 let a za tu dobu jsme ho ani jednou nepotřebovali; i roztoky jsou stále ještě tytéž.“ (!)

Jen u podezřelých materiálů, jejichž rozbor by vyžadoval delší doby nebo složitější chemické aparatury, odebral by si pak analytik vzorky, které by pak přímo zaslal ústavu.

*Časopis Československého Lékárnictva 1933,
č. 1, str. 15*