

Rozhovor s doc. MUDr. Petrem Petrem, CSc., vedoucím pracoviště klinické farmakologie Nemocnice České Budějovice, a. s.



Pane docente, mohl byste stručně charakterizovat náplň vašeho pracoviště? S jakými požadavky se na vás obrazejí z jednotlivých oddělení nemocnice?

Pracoviště klinické farmakologie mají dle koncepce oboru dělit své aktivity zhruba do tří „třetin“, tj. klinická práce, věda a výzkum, výuka.

Naše pracovní skupina má rovnováhu posunutou směrem ke klinice. Více než polovinu úsilí věnujeme vlastní klinické práci, včetně vyhodnocování a vedení léčby v obzvláště komplikovaných situacích. Zabýváme se zejména problémy obliterující aterosklerózy periferních tepen (ischemické choroby dolních končetin) a hypertenze. Většinu našich výkonů tvoří zhodnocení léčby klinickým farmakologem jak s využitím, tak bez použití výpočetní techniky, ambulantní automatizované monitorování krevního tlaku a komplexní, cílená a kontrolní vyšetření klinickým farmakologem. V aplikovaném výzkumu se zabýváme zejména bioekvivalencemi, a v posled-

ních 5-6 letech i probiotiky a fyto-terapeutiky. V neposlední řadě zajišťujeme výuku klinické farmakologie na Jihočeské univerzitě.

Jestliže prolustuji učebnice farmakologie vydané za první republiky a letos, překvapuje mne, že z těch nynějších vymizely magistraliter předpisy. Opravdu se bez nich současná medicína zcela obejde? Neodnaučíme lékaře přemýšlet o farmakoterapii?

Je to neuvěřitelná náhoda, ale dvě poslední noci se mi zdálo právě o magistraliter preskripci, konkrétně o Praescriptiones magistrales a Praescriptiones pharmaceuticae. Nezapomínejme, že pan dr. Hejlek, jeden z autorské trojice Modr-Hejlek-Šedivý, působil v naší nemocnici. Podle mého osobního názoru a prožitých životních zkušeností je nepřítomnost magistraliter preskripce chybou a slabinou dnešní situace.

Osobně jsem se v lékárně setkal s nářkem pacientů, skončila-li hromadná výroba přípravků, na něž byli zvyklí, které „fungovaly“ a na trhu za ně neexistuje adekvátní náhrada (namátkou Acipepsol, Fel tauri, Medrin atd.). Co poradit těmto nemocným?

Tady je dobrá rada drahá. Jak říká náš národní básník Josef Václav Sládek v básni Na hrobech indiánských: „To pro dolar, ten klet bud!“ Medicínu a farmacii nelze redukovat na peněžní vztahy. Co Vám k tomu mám ještě říci... Snad jen tolik, že pacienti jsou skoro všichni i občany, voliči, případně i politiky, a zasazovat se o udržení Vámi zmíněných evergreenů v portfoliu lékáren může doslova každý z nás.

Mám dojem, že z většiny zvláště veřejných lékáren se staly výdejny a sklady s vysokoobrátkovým zbožím, pryč je pověstná tajemná atmosféra

i nezaměnitelná vůně apatyky. Skončila-li ona „krásná epocha farmacie“ (jak kdysi napsal prof. Smečka), v čem vidíte budoucnost lékáren, potažmo lékárenského personálu?

Sdílím tyto pocity, názory a stesky. Rozhodnutí nepadne v resortu zdravotnictví, ani uvnitř odborného světa lékáren či ordinací. Rozhodnutí padne na celospolečenské úrovni. S postupující de-europeizací, stupňující se amerikanizací a globalizací se budou vytrácet ony atributy střeoevropského prostředí, ke kterým nepochybně klasická lékárna patří. Já sám si přeji, aby stejně jako existující bio-potraviny a bio-prodejny mohly existovat i retro-lékárny... Já sám bych určitě magistraliter předpisy vystavoval a pacienty do takovéto lékárny s radostí směřoval.

Jak byste predikoval vývoj v oblasti farmakologického výzkumu, dejme tomu s výhledem na příštích padesát let?

Očekávám zásadní střet mezi, s určitou nadsázkou řečeno, konceptem univerzálního všeléku-panacea na straně jedné, a personalizované medicíny na straně druhé. Zatím vše nasvědčuje tomu, že za padesát let ještě nebude ani jedno, ani druhé existovat...

Budou lidé ještě více nemocní (mám na mysli civilizační choroby) a déle (chronicky) stonat než dnes?

Neobávám se ani tolik nárůstu výskytu civilizačních chorob, jako spíše rozvoje a znovuoobjevení se chorob „decivilizačních“, tj. chorob se sociálním podtextem. Zejména chorob objevených se, nebo zhoršených v důsledku sociální nouze. Každý pokus a každá snaha vytlačit zdravotnictví a léky ze segmentu společenské spotřeby do segmentu spotřeby individuální povede k situaci, že jako je „košile bližší než kabát“,

je chleba pro mne a mléko pro mé dítě bližší nežli léky... Že chronicky nemocných bude přibývat, je nepochybné, taktéž seniorů. Této výzvě musí čelit jak medicína, tak farmacie.

Je známo, že se netajíte pozitivním postojem k léčivým rostlinám a dalším přírodním zdrojům léčiv. Můžete nám přiblížit nějakého pacienta, terapeutický úspěch, kde zmíněná biogenní léčiva a prostředky významně zlepšily jeho zdravotní stav?

Ideálním příkladem je lázeňská péče - balneace. Zabýváme se kvantifikací účinku balneace, zejména slatinných procedur u indikační skupiny VII.- choroby pohybového ústrojí, na kvalitu života (HRQoL = Health Related Quality of Life) a na spotřebu relevantních léků (ATC MO1 a NO2). Jako další uvádím vlákninu, prebiotika a probiotika, s cíleným využitím u obstrukce, ale i se zaměřením na ovlivnění obranyschopnosti organismu. Odkazují v tomto na publikace naší pracovní skupiny.

Chtěl byste našim čtenářům, tj. lékárníkům a farmaceutickým asistentům, něco vzkázat?

Milí kolegové, doporučuji vaši pozornost a zájmu operu, jejímž autorem je Carl Ditters von Dittersdorf. Jmenuje se „Lékař a lékárník“. Autor je Mozartovým současníkem. Věřte, že i vy se budete při poslechu či sledování jednak srdečně smát, jednak kriticky zamýšlet nad objektivní dialektikou vztahu našich oborů, našich životních osudů, našeho poslání a povolání... Zcela na závěr mně milé motto: „Medicina corpori medicamenta praebet, animae musica“ (Medicína poskytuje léky tělu, hudba duši). A v tom je Dittersdorfova hudba naprosto jedinečná.

Ptal se Robert Jirásek, Edukafarm