

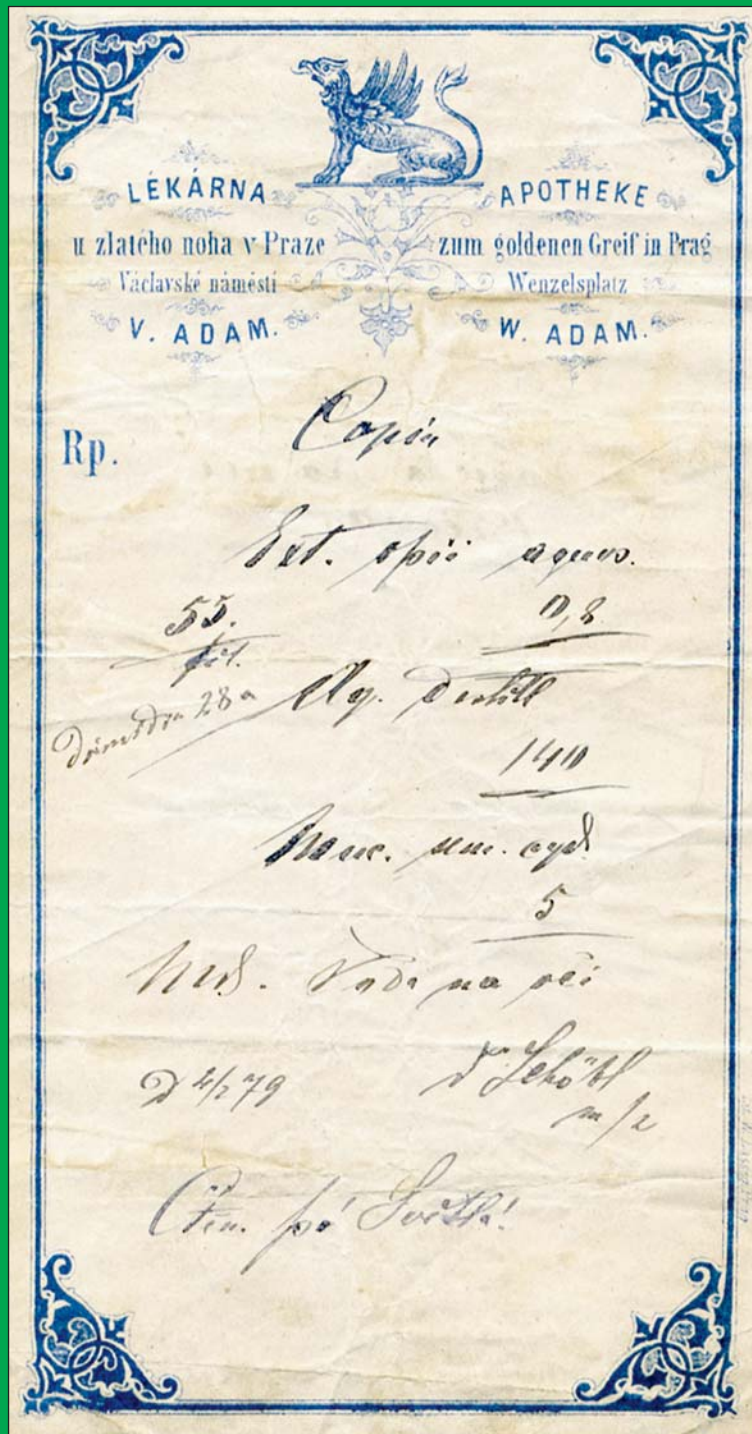
1/2009

ročník LXXXI

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Druhé pondělí v novém roce prý bývá nejkritičtějším a nejdepresivnějším dnem celého roku. Novoroční předsevzetí – marnost nad marnost – vzala jako obvykle zsvě, a kdoví, jaký tento rok vůbec bude. V České republice přineslo druhé lednové pondělí změny ve vládě. Jiří Paroubek je označil za změny kosmetické, a v tom s ním mnozí lidé souhlasí. Většinu občanů hlavně zajímá, čím je překvapí nástupce Tomáše Julínka. Tomu se nepodařilo prosadit program, který jeho resort dlouho připravoval. Jeho jméno je synonymem zavedení poplatků ve zdravotnictví. Posledním Julínkovým „hříchem“ bylo zrušení povinného přeočkování dětí proti TBC. Těžko odhadnout, jakým směrem se nový ministr (ministryně) vydá, jestli bude pokračovat v reformách Julínkova ministerstva, nebo půjde svou cestou, například úplně zruší poplatky.



Ráda bych byla trochu optimističtější, ale vím, že zatím žádná personální změna na MZ lékárníkům mnoho dobrého nepřinesla. Od nového vedení ministerstva bychom uvítali, aby v nevybíráni poplatků přinejmenším narovnal poměry pro krajská zařízení a ostatní zdravotnická zařízení. Diskriminace „ostatních“ znamená diskriminaci značné části pacientů. Za chronický problém zdravotnické vrchnosti však považují to, že nenaslouchá odborné veřejnosti. Příkladem jsou už tisíckrát diskutované pevné doplatky, které by na rozdíl od poplatků plnily roli regulátora. Ale to by se výrobci léků moc nelíbilo.

Jaroslava HOŘANSKÁ

**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

PharmDr. Jan Horáček (předseda)

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuf, PharmDr. Dušan Holečko,

PharmDr. Kamil Hrubý, doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,

Mgr. Jiří Kotlář, Mgr. Aleš Krebs, PharmDr. Miloš Potužák,

PharmDr. Pavel Škvor

**vydavatel**

Lékařnická akademie, s. r. o.

A. Staška 80, 140 46 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku

vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C  
vločka 74194.

**distribuce**

PNS Grosso, s. r. o.

Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

**grafická úprava**

Kateřina Vévodová

**tisk**

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

**předplatné a inzerce**

Objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka**

č. 2/2009 – 2. února 2009

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, reprodukcii apod.)
- K příspěvkům přes 60 řádků NR požadujeme barevnou fotografii (stačí pasový formát) zachycující současnou podobu autorky či autora



Přívozká 6, 702 00 Ostrava

tel.: 596 115 372, tel. + fax: 596 114 844

e-mail: casopis@ova.inecnet.cz

obsah

Jsme odsouzeni k nejistotě	4
Zeptali jsme se	5
Racionální terapie u vybraných GIT chorob, Klinická farmacie v teorii a praxi	6
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Odborné semináře, Interaktivní dispenzační semináře, Semináře, které pořádá PHC, Odborný seminář AESCULAP	10
Správné dispenzační minimum: Metoclopramid	11
Návrh modelu GML na stanovení předvídatelných doplatků	12
Odešel PhMr. S. Vondra, čestný člen ČLK	13
Komora a grémium – společně i vedle sebe	14
Důležité přece je jaké věci jsou, a ne jak pouze vypadají	15
Tak to vidím já: Nestydím se konzultovat s laborantem	16
Molekula měsíce: Agomelatin	17
Rejstřík 2008	18
Nově registrované látky: Rosuvastatin	22
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Serenoa repens (Bart.) Small.	23
Bezpečnost suplementace koenzymem Q10	24
Ocenění 2008 ve farmaceutickém průmyslu	25
Ze zkušeností s vyšetřením plicních funkcí	26
Kurz o klinické farmacii v onkologii pokračuje	27
Okresní sdružení lékárníků Cheb	28
Věda o obezitě zatím stále ještě v plenkách	29
Jak se psalo před 75 lety	30

titulní strana



Schoebl Dr. – Copia 4/2 (18)79, na blanketu lékárny U zlatého noha, Praha, Václavské náměstí. Kolyrium s Extractum opii pro Ctěná paní Světlá; na rubu „Vodička na oči opiová“.

(recept zapůjčen z fondu

Českého farmaceutického muzea v Kuksu)

# Jsme odsouzeni k nejistotě



Když jsem začínal psát tento úvodník, vzpomněl jsem si na svůj úvodník ze začátku minulého roku. Je až neuvěřitelné, jak výrazně se změnila (alespoň pro mě) atmosféra ve společnosti během pouhých dvanácti měsíců. Zatímco začátek loňského roku se nesl, doufám, že alespoň pro mírnou většinu občanů, ve znamení opatrného optimismu, letošní leden se spíše plní pesimismem, opatrností a zklamáním z nenaplněných reformních příslibů současné vlády.

PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D.

Ve zdravotnictví se rok 2008 nesl ve znamení jediného slova – POPLATKY. Hořkou vizitkou neschopnosti současné vládní koalice je to, že se od tohoto slova nedokázala odpíchnout k dalším, podle mně vcelku racionálním, změnám ve zdravotnictví. To, že poplatky ve své většině fungují, chápe většina zdravotníků, a není-li poblíž televizní kamera nebo mikrofon, přiznávají to i opoziční politici. Ovšem v zemi, kde se povědomí veřejnosti o realitě ve zdravotnictví tvoří hlavně sledováním televizních seriálů typu „Nemocnice na kraji města“ (a to především první, „štrosmajerovské“ řady, kde se obětaví lékaři při záchraně lidských životů nemusí vůbec ohlížet po tom, kolik to stojí), se téma poplatků stalo vítaným otloukánkem politických bojů. Bohužel nikdo nedokázal veřejnosti jednoduše vysvětlit, v čem je smysl poplatků. Bohužel se příliš brzo ukázalo, že někteří z koaličních politiků mají stále položeno ucho na

kolejnici, po níž se blíží vlak krajských voleb s průzkumy veřejného mínění, a tak se hned druhý den lekli toho, pro co den před tím hlasovali. Levicová demagogie si tak své koaliční spojence našla snadno.

Během roku se také jasně ukázalo to, co nám lékárníkům bylo jasné od samého začátku. Pokud nikdo, kdo je za to placen, nedokázal veřejnosti srozumitelně vysvětlit téma poplatků, o poplatcích v lékárnách to platí dvojnásob. „Arkusy“, odpočty přírážky, to že pro lékárny přinejlepším nula od nuly pojde, to všechno bledne před mediálně srozumitelnou zkratkou „30 Kč za podání krabičky léku“. Pochopil bych, že komplikovanost poplatků není jasná veřejnosti, smutné je ale to, že celá věc není o nic jasnější většině zdravotnických „odborníků“ v Poslanecké sněmovně. A jak u nás platí: o co méně o tom kdo ví, o to zasvěceněji o tom může hovořit v televizi (existují poslanci, utváření k tomu již svým příjmením...). Sešla se tedy

na konci roku celá řada nesmyslných poplatkových „zlepšovacích návrhů“.

Začátek tohoto roku je tak pro nás ve znamení „krabiček“ ze SÚKL a poplatkových „odpuštěk“ v krajských nemocnicích. O obou již bylo napsáno dost a není důvod opakovat již vyřčené. Že výdej bez poplatků v lékárnách krajských nemocnicích existenčně ohrožuje ostatní lékárny, je jasné. Že jde o nedovolenou veřejnou podporu části zdravotnictví, je také jasné. Že žalobám na tuto věc bude dáno za pravdu, je v zemi, kde soudci neoplývají zrovna selským rozumem, již méně jasné. A jak dlouho se potáhnou tyto spory, není u nás už jasné vůbec. Pro naše nové, oranžové krajské hejtmany mám tedy návrh hezké básničky, kterou mohou vyvést u brány krajských nemocnic:

*Pojďte, zdraví i nemocní  
méně nebo více,  
do naší krajské nemocnice.  
Vyšetříme zadarmo,  
předepíšem Paralen,  
neplatíte ani kačku,  
splníme vám dětský sen.  
Až projíme všechny krajíce,  
to trvat bude chvíli.  
Za všechno zlé může pravice,  
tak u voleb napněte síly.*

Tuto báseň by pak bylo vhodné zařadit i do hodin literatury již na prvním stupni škol, spravovaných kraji. Vždyť při výchově nových voličů je potřeba uvažovat perspektivně...

## Hodnocení vzdělávacích akcí v roce 2009

V současné době stále platí Řád pro kontinuální vzdělávání, přijatý delegáty sjezdu v listopadu roku 2007, s přílohou stanovující maximální bodové ohodnocení akcí (najdete na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz), sekce Předpisy a stanoviska). Loni na jaře se od garantů akcí a také od účastníků začaly čím dál častěji objevovat informace, že se nastavený způsob hodnocení někdy zneužívá.

Docházelo totiž k umělému protahování akcí. Z jednodenní akce za 10 bodů se prostým rozdělením odborného programu stala dvoudenní. Výsledkem bylo 15 bodů. Místo čtyřhodinové akce za 5 bodů byla uspořádána 4,5hodinová (s delší přestávkou), a hned byla za 10 bodů, a některé se postupně dokonce výrazně měnily na firemní prezentace. Místo skutečného nestranného vzdělávání lékárníků na nich začaly převažovat rauty, výlety a kosmetika. Komora jako zá-

konný garant odbornosti musela vzniklou situaci operativně řešit, a to zejména v souvislosti s mediálně věčným tématem lékařských vzdělávacích akcí „u moře“.

Především proto se představenstvo ČLK rozhodlo upravit bodovou hodnotu akcí. Jako naprosto přesný parametr hodnocení začala být od nového cyklu KV používána délka odborného programu.

**Za 1 vyučovací hodinu (45 minut) odborného programu je přidělen 1 bod.**

Toto pravidlo platí pro všechny akce konané od 1. 9. 2008. Výjimkou jsou ty, o jejichž akreditaci pořadatelé zažádali v předstihu, třeba už počátkem roku, tzn., že v jejich případě „dojízďel“ starý systém hodnocení do konce roku 2008. Od ledna 2009 už platí uvedená pravidla pro všechny akce bez výjimky s tím, že – jak uvádí Řád pro KV – uvedené ohodnocení je maximální. Může být tedy sníženo, případně akce nemusí být ohodnocena vůbec, jestliže se prokáže její nízká odborná úroveň nebo při převaze firemní prezentace. Do odborného programu se kromě prezentací počítají samozřejmě také případné workshopy, diskuze, prověřování znalostí formou testů apod. Akce, které vyžadují

## ZEPTALI JSME SE

### *Jaký je váš názor na on-line poskytování dat z lékáren podle požadavků SÚKL?*



**PharmDr. ZUZANA STERANKOVÁ**  
**Lékárna Alfa, Karviná**

Po spuštění centrálního úložiště receptů se rozhodně zvýší nároky na lékárny: 1. Výrazně vzrostou požadavky na SW vybavení, což bude reálně znamenat zvýšení nákladů. Je potřeba říci, že v lékárnách se staršími systémy PC včetně síťových prvků to bude výrazný zásah. 2. Kvalita práce lékárníka při dispenciaci se sníží, protože ho budou zatěžovat záležitosti související s větší administrací systému. 3. Při existenci více než 2 500 lékáren v ČR se dívám s určitými obavami na to, jak bude vše probíhat, aby systém do 31. března byl plně funkční. Nicméně, ať nezní jen samá kritika, jde o krok správným směrem. V dlouhodobém horizontu v podstatě asi ani nelze uvažovat jinak.

**PharmDr. JIŘÍ STACHEL**  
**Lékárna Melissa, Bohumín**

S on-line posíláním dat v takovémto rozsahu nesouhlasím. Jedná se o poskytování osobních údajů pacientů převážně bez jejich vědomí přes internet, a nevím, zda je patřičně zabezpečeno proti zneužití. Elektronický recept, sledování prodeje přípravků s pseudoefedrinem či jiné argumenty jsou podle mne jen záminkou pro získání velkého množství informací o lékárně a jejích klientech včetně ekonomických dat, které by mohly být v budoucnu zneužity. Přitom měl SÚKL doposud dostatečné mechanismy kontroly distribuce a prodeje léčivých přípravků, spočívající v povinnosti každé lékárny na vyžádání poskytnout veškeré informace o nakládání s nimi. Nelze opomenout, že některé lékárny nemají potřebné HW vybavení na propojení své sítě s centrálním úložištěm nebo vyhovující připojení k internetu.



**Mgr. JELENA DULAVOVÁ**  
**Lékárna U Salvátora, Český Těšín**

Jako hlavní problém vidím, že stále nemáme dostatek informací, přestože SÚKL ujišťuje, že systém poskytování dat by měl být funkční během prvního čtvrtletí. Snažíme se teď zjistit, kterých léků se tato povinnost má týkat – zda hrazených, nehrazených nebo i volně prodejných. Z toho mála, co zatím víme, je ale už teď jisté, že se od nás bude požadovat více práce, zdarma, a navíc s citlivými osobními daty pacientů. Právě se chystáme na seminář za účasti SÚKL a SW firmy. Doufáme, že se na něm detailně vyjasní oč jde, a že přitom získáme potřebné informace.

**Mgr. ANDREA FIALOVÁ**  
**Lékárna Viola, Frýdek-Místek**

Souhlasím s centrálním úložištěm jako takovým. Jelikož však v této zemi je v našem oboru zcela liberální systém, který lékárníkům nezajišťuje žádné profesní jistoty (počet obyvatel na lékárnu, vzdálenosti mezi lékárnami), tak nesouhlasím s poskytováním údajů týkajících se financí. Souhlasím s poskytováním dat shodných s údaji, které vyžadují zdravotní pojišťovny, ne však on-line systémem, ale jako dávky v delších časových intervalech.



aktivní zapojení účastníků (např. interaktivní semináře) mívají ohodnocení vyšší.

Modifikovaná pravidla bodování akcí jsou součástí opatření směřujících ke zkvalitnění vzdělávacích akcí. K tomu nám slouží především hodnotící zprávy garantů akcí a ohlasy vás, aktivních účastníků.

Pro rok 2009 pro vás připravujeme pod hlavičkou Lékárnické akademie spoustu zajímavých vzdělávacích projektů. Chtěli bychom se rozvíjet také v oblasti e-learningu a zavést bodovou bonifikaci pro účastníky akcí v podobě následného e-testu s bodovým ohodnocením. Přísluví *Opakování matkou moudrosti* platí jistě i v tomto případě a hlavně pro účastníky akce bude zajímavé zjistit, jak hluboko jim poznatky v mozkových závitech uvízly.

Ukončení tříletého cyklu s sebou přineslo mnoho inspirujících námětů na změny. Ty se mi bohužel v návalu jiné (urgentnější) činnosti nepodařilo před listopadovým sjezdem zpracovat pro delegáty včas do odpovídající podoby. Ve finále tedy delegáti sjezdu schválili hlasováním stažení návrhu z projednávání.

Návrh komplexní změny řádu tak, aby byl v souladu také se zákonem č. 95/2004 Sb., bude předložen nejpozději do prázdnin letošního roku a bude řešit snad všechny nejasnosti, které se objevují při aplikaci řádu stávajícího.

Jménem skupiny pro KV ČLK vám za trpělivost a podporu předem děkuje

**Mgr. Michal HOJNÝ**

### **Na Lékárnický sněm 7. března do Ostravy**

**Představenstvo České lékárnické komory svolává  
na sobotu 7. března 2009  
LÉKÁRNICKÝ SNĚM.**

**Uskuteční se od 10.00 hod. v hotelu  
Imperial, Ostrava, Tyršova 6.**

Podrobnější informace, program a přihlašovací formulář najdete na webových stránkách nebo je získáte na sekretariátu komory.

**Kapacita sálu je omezena.**

Po skončení sněmu můžete v diskuzích pokračovat na 10. Lékárnickém plešu.

Vzhledem k uskutečnění tohoto Lékárnického sněmu se nebude konat jarní porada předsedů OSL.

**Mgr. Stanislav HAVLÍČEK**  
**prezident České lékárnické komory**



# Racionální terapie u vybraných GIT chorob

## Klinická farmacie v teorii a praxi

Již tradičně se na konci listopadu (28.–29. 11. 2008) v Mikulově konalo výroční X. sympozium klinické farmacie René Macha pořádané Katedrou sociální a klinické farmacie FaF UK v Hradci Králové a Sekcí klinické farmacie ČFS ČLS JEP. Byla zvolena témata: Racionální terapie u vybraných gastrointestinálních (GIT) chorob a Klinická farmacie v teorii a praxi.

Eva Tlustá, Petra Matoulková

První den konference zahájila předsedkyně Sekce klinické farmacie PharmDr. Marie Zajícová. Prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., zavzpomínal na PharmDr. René Macha a MUDr. Františka Kuliče a jejich nemalý přínos pro rozvoj klinické farmacie. Prezident České lékařnické komory Mgr. Stanislav Havlíček poté předal medaile Honoris et Merito in memoriam RNDr. PhMr. Miloslavu Součkovi (převzaly dcery) a PharmDr. René Machovi (převzala PharmDr. Lada Machová).

V programu zaměřeném na terapii gastrointestinálních chorob hovořil prof. Jiří Vlček na téma **Potenciál léčiv navozovat dyspepsii a jak řešit tyto potíže**. Ukázal mnoho příkladů léčiv způsobujících dyspepsie a vysvětlil mechanismy jejich lékového navození. Uvedl různá opatření, kterými lze tomuto nežádoucímu účinku předcházet nebo alespoň zmírnit potíže.

Prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., navázal přednáškou **Refluxní choroba jícnu a poléková poškození horního GIT**. Shrnuje zde definici, patogenezi, diagnostiku, symptomatologii a terapii gastroezofageálního refluxu (GERD). Jako nejúčinnější léčiva pro akutní, on-demand i udržovací terapii GERD zůstávají inhibitory protonové pumpy (IPP). Antacida slouží pouze k rychlému ovlivnění symptomů. Pozor ale na dlouhodobé podávání IPP, které může vést k úbytku kostní hmoty. Gastroezofageální reflux bývá často řešen samoléčbou, která by však neměla být dlouhodobá a vést tak k oddalování potřebného vyšetření. Osoby nad 40-45 let, trpící pyrózou 20 let a více, nebo osoby, u nichž se současně objevily alarmující příznaky jako zvracení a ztráta hmotnosti, by měly být vždy odeslány na endoskopické vyšetření. V terapii jsou důležitá i režimová opatření, jako např. vyloučení kon-

zumace perlivé vody, snížení tělesné hmotnosti v případě obezity, zanechání kouření.

Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., se v přednášce **Existuje racionální terapie**

## X. sympozium klinické farmacie René Macha „Vinobraní zkušeností“

**Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy?** zaměřil na jednotlivá léčiva užívaná v terapii těchto onemocnění. Můžeme je rozdělit do několika skupin: aminosalicyláty a sulfasalazin; systémové a topické kortikoidy; imunosupresiva a biologická léčba; léčiva modifikující složení mikrobiální flóry. Zdůraznil, že je nutno zohlednit nejen protizánětlivou účinnost, ale také dlouhodobou bezpečnost podávané terapie. Základními léčivy ulcerózní kolitidy

(UK) jsou sulfasalazin a mesalazin, příznivý účinek je dosahován u 80–90 % pacientů zejména s mírnou a střední aktivitou choroby. Postavení aminosalicylátů v terapii Crohnovy nemoci (CN) není úplně jasné. Metaanalýza klinických studií neprokázala účinnost aminosalicylátů u této choroby a podávání mesalazinu u CN zde vyznívá jako iracionální. Nicméně v klinické praxi lze mnohdy pozorovat dlouhodobý efekt mesalazinu u těchto pacientů. Novinkou v terapii střevních zánětů je biologická léčba pomocí imunoglobulinů – infliximab (v EU zaregistrován pro terapii CN a UK) a adalimumab (v EU povolen k léčbě CN u dospělých). Otázkou zů-

stávají bezpečnostní rizika této léčby zejména při dlouhodobém podávání.

PharmDr. Petr Červený, Ph.D., v přednášce **Farmaceutická péče u nemocných s chronickým zánětem střeva** prezentoval výsledky studie sledující adheřenci pacientů k léčbě idiopatických střevních zánětů a uvedl hlavní příčiny non-adherence pacientů, kam patřilo zlepšení zdravotního stavu, výskyt nežádoucích účinků a těhotenství a kojení. Farmaceutická péče



*Páteční odborný program byl zakončen společenským večerem, tentokrát nově ve Valtickém podzemí, kam se pohodlně vešli všichni účastníci sympozia. Zábavu u sklenky vína zpestřila prohlídka celého podzemí, ochutnávka vín a cimbálová muzika.*

by se zde měla zaměřit zejména na zdůraznění nutnosti udržovací terapie a dále edukaci a poradenství v souvislosti s dietními omezeními a režimovými opatřeními. Dietní doporučení se zde liší v závislosti na fázi onemocnění. Obecně lze říci, že pacient by měl sám vysledovat, které potraviny mu vyhovují.

Sobotní odborný program zaměřený na klinickou farmacii v teorii a praxi začal řadou volných sdělení. PharmDr. Šárka Sedláčková se zaměřila na **Infekční komplikace u hematoonkologických nemocných**, PharmDr. Taťána Foltánová představila studii srovnávající cyklickou a epizodickou léčbu Crohnovy nemoci (**Biologická léčba Crohnovy nemoci u pacientů rezistentních na konzervativní léčbu**). PharmDr. Dana Syrová prezentovala příklady spolupráce lékaře a farmaceuta (**Vybrané kazuistiky řešené klinickým farmaceutem na hematoonkologické klinice VFN Praha**). Uvedla konkrétní případy řešených problémů a různé dotazy vznesené lékařem. Poslední volné sdělení Mgr. Ireny Kopicové se týkalo magistraliter přípravy suspenze prednisonu (**Pediatriká lékárenská péče: Prednison v pediatrické praxi a jeho magistraliter příprava per os**). Ukázala postup přípravy suspenze, která zajišťuje přesné dávkování a maskuje hořkou chuť prednisonu a je tak dětskými pacienty lépe přijímána.

Ke kulatému stolu s tématem **Klinická farmacie versus klinická farmakologie** byli přizváni PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D., Mgr. Jana Gregorová, PharmDr. Přemysl Černý, prim. MUDr. Vladimíra Stáhalová, MUDr. Karel Macek, CSc., doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D., každý s krátkým příspěvkem k tématu, ukazujícím převážně pozitivní zkušenosti vyplývající ze spolupráce lékař – klinický farmaceut. Našli se samozřejmě i skeptici s nedůvěrou v odborné znalosti farmaceuta. MUDr. V. Stáhalová vidí značný přínos ze spolupráce onkologa a klinického farmaceuta ve FN Na Bulovce, ze které profitují hlavně pacienti. Multioborová spolupráce je zde nutná a klinický farmaceut se stal součástí týmu. Pomáhá řešit např. farmakoterapii geriatrických pacientů, lékové interakce, farmakokinetiku, účastní se vizit a formou konzilií navrhuje řešení. Dr. D. Fialová hovořila mj. o vzdělávání a předatestační přípravě klinického farmaceuta. Klinickou farmacii je potřeba rozvíjet na všech úrovních zdravotní péče – v ambulanci, nemocniční, domácí a podporovat její rozvoj v lékárenské péči. Důležitým předpokladem k dosažení



Česká lékárnická komora udělila medaile Honoris et Merito in memoriam RNDr. PhMr. Miloslavu Součkovi a PharmDr. René Machovi.

dobré odborné úrovně klinického farmaceuta je příprava na klinickém oddělení. Mgr. J. Gregorová vyjmenovala mnoho oblastí, kde je klinický farmaceut potřebný – zhodnocení lékového režimu, nežádoucích účinků léčiv, u určitých skupin pacientů (např. polymorbidní, senioři aj.), v technologii lékových forem atd. MUDr. K. Macek nastínil současné postavení klinické farmakologie a pohovořil o spolupráci na půdě Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Doc. K. Urbánek pak poukázal na nedostatek klinických farmakologů v ČR vyplývající částečně z vysokých požadavků na lékaře v oboru, kteří však nejsou adekvátně ohodnoceni a přecházejí k lukrativnějším oborům.

Tato část programu moderovaná výborou formou prof. RNDr. Dr.h.c., Jaroslava Květinou, DrSc., očekávaně nastolila několik nedorozhodnutých otázek (placená pozice klinického farmaceuta, jeho vzdělávání, přístup lékařů aj.). Objevil se zde i názor, že by se farmaceuti měli podílet na výuce mediků a budovat tak vzájemnou spolupráci již v době jejich studia a snažit se tak odbourat nedůvěru ze strany lékařů, která v některých oblastech stále přetrvává. Shrnutí: mohli jsme se přesvědčit, že spolupráce lékaře a klinického farmaceuta je možná a nepopíratelně přínosná zejména pro pacienty. Na druhou stranu práce klinického farmaceuta není jedno-

duchá, vyžaduje velké úsilí, intenzivní studium a neustálý trénink a sebezdokonalování, a to vše většinou bez adekvátního ohodnocení. Základním předpokladem je spolupráce z obou stran.

Sobotní blok přednášek uzavřel MUDr. Martin Slezák tématem **Mýty a realita v přednemocniční péči II**. Uvedl aktuální doporučení ILCOR 2005 (International Liaison Committee on Resuscitation). Z těch nejdůležitějších: při jednom i dvou záchráncích poměr kompresí hrudníku a vdechů 30:2; nádech a výdech do 2s; neztrácet čas hledáním pulsu; frekvence masáže 100/min; střed hrudníku (žádné složité hledání výběžku). Následoval workshop, kde jsme si mohli vyzkoušet praktický nácvik neodkladné resuscitace. Smutnou pravdou je, že pouze jedné z pěti obětí zástavy je poskytnuta adekvátní pomoc. Není bezpodmínečně nutné do postiženého dýchat, funkční oběh udrží stav v organismu a masáží se podpoří cirkulace krve, kde je ještě celkem dostatečný obsah kyslíku.

Vedle všech přednášejících a organizátorů samozřejmě patří poděkování také sponzorům letošního sympozia: firmě Roche s.r.o., Medapharma s.r.o., Amgen s.r.o., AstraZeneca s.r.o., Grunenthal CZ s.r.o., Remedica s.r.o., Sandoz, Sanofi-Aventis.

Autorky působí na Katedře sociální a klinické farmacie,  
Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze

## OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

### zrušená a vydaná v listopadu 2008 (2. část)

#### Zrušená osvědčení

- 163/1993 RNDr. Emil Hladík, Dělnická 24a, Havířov-Město  
 207//1994 Mgr. Ludmila Burdová, nám. Karla IV., Nejdek  
 181/1998 PharmDr. Bohuslava Kunčická, Mírová 165,  
 Povrly + OOVL (provoz zrušen)  
 209/1999 RNDr. Alžběta Ondřišová, Janského 1669,  
 Karviná Město  
 219/2000 Mgr. Jana Kučeříková, tř. 17. listopadu 538,  
 Bílovec  
 94/2003 PharmDr. Irena Samková, Dornych 2a, Brno  
 174/2004 PharmDr. Miroslava Čapková, 5. května 6,  
 Litoměřice  
 188/2004 PharmDr. Radomíra Nováková, nám. ČSA 22,  
 Jaroměř  
 226/2004 PharmDr. Pavla Pyszková, Bukovecká 106,  
 Jablunkov  
 332/2004 Mgr. Tomáš Jaworski, Frýdecká 2006/14,  
 Český Těšín  
 43/2005 Mgr. Ema Doležalová, Krajinská 8,  
 České Budějovice  
 167/2005 Mgr. Tomáš Kesl, Strážní 42, Lanškroun  
 393/2005 PharmDr. Petr Baláš, Polská 1308, Ústí nad Orlicí  
 365/2006 Mgr. Aleš Borský, Želetická 19, Litoměřice  
 96/2007 Mgr. Ivana Oprštná, Přemysla Otakara 196,  
 Litovel  
 143/2007 PharmDr. Ivana Tomanová, Královéhradecká 418,  
 Klášterec nad Ohří  
 269/2007 Mgr. Silvie Kurečková, Mírová 1537, Rychvald  
 308/2007 Mgr. Mária Hanáčková, Pražská 111, Louny  
 6/2008 Mgr. Daniela Majerová, Chebská 81/A/370,  
 Karlovy Vary  
 174/2008 Mgr. Iman El Takkale, GF, nám. OSN, Praha 9  
 197/2008 PharmDr. Petra Sekyrová, Poštovní 8,  
 Jablonec nad Nisou

#### Vydaná osvědčení

- 364/2008 PharmDr. Naděžda Šumpichová,  
 U Nemocnice, Dělnická 24a, Havířov Město,  
 provozovatel: RNDr. Emil Hladík  
 365/2008 Mgr. Helena Zvaríková, Lékárna Rychvald,  
 Mírová 1537, Rychvald,  
 provozovatel: APAVAR, spol. s r.o.  
 366/2008 PharmDr. Ivana Tomanová, Za Potokem,  
 Královéhradecká 418, Klášterec nad Ohří,  
 provozovatel: PharmDr. Radek Oswald,  
 367/2008 Mgr. Tomáš Kruncl,  
 Bílá růže, 5. května 6, Litoměřice,  
 provozovatel: PharmDr. Miroslava Čapková  
 368/2008 PharmDr. Eva Ťoková,  
 Lékárna AURUM, Bukovecká 106, Jablunkov,  
 provozovatel: Lékárna AVENA, s.r.o.

- 369/2008 Mgr. Michaela Jarošová,  
 Lékárna U Anděla strážce, nám. ČSA 22, Jaroměř,  
 provozovatel: 1. Jaroměřská lékárenská s.r.o.  
 370/2008 Mgr. Urszula Nožková,  
 U polikliniky, Frýdecká 2006/14, Český Těšín,  
 provozovatel: AGA KOMMERZ, spol. s r.o.  
 371/2008 Mgr. Tomáš Kesl, Na Štěpnici, Polská 1308,  
 Ústí nad Orlicí, provozovatel: Mgr. Jitka Giegllová  
 372/2008\* PharmDr. Jitka Adamčíková,  
 Lékárna Pod Hradem, Hřensko 168,  
 provozovatel: Mgr. Hana Bodíková  
 373/2008 PharmDr. Michaela Píchová, Diana, Černíkova 121,  
 Bojkovice, provozovatel: BTC TRADE s.r.o.  
 374/2008 Mgr. Ludmila Burdová, U zlatého lva, nám. Karla  
 IV. č. 244, Nejdek, provozovatel: Theriaca s.r.o.  
 375/2008 PharmDr. Zuzana Steranková,  
 Alfa, Janského 1669, Karviná-Nové Město,  
 provozovatel: PharmDr. Daniela Kinčková  
 376/2008 PharmDr. Miroslava Čapková,  
 Lékárna Orchidej, Želetická 19, Litoměřice,  
 provozovatel: PharmDr. Miroslava Čapková  
 377/2008\* Mgr. Iva Kopejsková, Lékárna KOLF,  
 Palác Pardubice, Masarykovo nám. 2799,  
 Pardubice, provozovatel: KOLF s.r.o.  
 378/2008 Mgr. Jan Andrlík, U LÍPY, Nádražní 315, Kdyně,  
 provozovatel: AA-lékárna s.r.o.  
 379/2008 PharmDr. Bohuslava Kunčická, PETRKLÍČ,  
 Novosedlické nám. 1390/1, Ústí nad Labem,  
 provozovatel: PharmDr. Bohuslava Kunčická  
 380/2008 PharmDr. Petra Sekyrová, Lékárna Na Poliklinice,  
 Poštovní 8, Jablonec nad Nisou,  
 provozovatel: Hyper-Pharm, s.r.o.

### zrušená a vydaná v prosinci 2008

#### Zrušená osvědčení

- 62/1992 Mgr. Zlatica Petřů, Světlogorská 2764, Tábor  
 200/1994 Mgr. Janka Lebánková, Starý Hrozenkov 111  
 153/1995 PharmDr. Zdeněk Krajbich, Ještědská 557,  
 Liberec 7  
 239/1995 PharmDr. Jana Stará, T.G.M. 112/59, Loket  
 336/1996 PharmDr. Dana Trčková, Roškotova 1225,  
 Praha 4  
 258/1998 Mgr. Dagmar Matoušková, Panská 4, Praha 1  
 142/2003 aff Jan Hejtmánek, Purkyňova 36, Vyškov  
 277/2003 Mgr. Karel Vilím, Plzeňská 8, Praha 5  
 297/2003 Mgr. Jana Kloučková,  
 nám. Arnošta z Pardubic 21, Český Brod  
 168/2004 Mgr. Jaroslava Ježková, Obrokova 23, Znojmo  
 254/2005 Mgr. Irena Matušková, Královské náměstí 12/13,  
 Krásná Lípa  
 397/2005 Mgr. Karel Polák, Libušina 24, Karlovy Vary  
 118/2006 Mgr. Nataliya Denysyuk, Svatý Kříž, Cheb-Háje  
 150/2006 PharmDr. Ivana Kritschová, Obora 317, Vimperk

- 349/2006 Mgr. Heda Šupová, Budějovická 59, Jesenice  
67/2007 PharmDr. Lýdia Vítková, Budějovická 356/1a, Praha 4
- 127/2007 Mgr. Vladimír Kožiar, Husova 622, Příbram VI  
198/2007 Mgr. Lukáš Hanich, Moskevská 675, Česká Lípa  
206/2007 Mgr. Zdeňka Janečková, Dašická 1804, Pardubice  
249/2007 Mgr. Ludmila Spáčilová, Hostinského 1536, Praha 5
- 292/2007 Mgr. Marie Borská, U Nemocnice 1, Děčín II  
371/2007 PhMr. Hanička Vymětalová, Kostická 30, Lanžhot  
21/2008 Mgr. Kateřina Krestová, Výškovická 44, Ostrava-Zábřeh  
33/2008 Mgr. Eva Staňková, Zlatá stezka 360, Kašperské Hory (provoz zrušen)  
95/2008 Mgr. Jana Jirmanová, Antonínská 85, Dačice  
149/2008 Mgr. Jitka Nedomová, Lovosická 40, Praha 9  
163/2008 Mgr. Božena Krčalová, Strojírenská 3581, Havlíčkův Brod  
170/2008 PharmDr. Romana Černá, Štefánikova 247/28, Říčany  
281/2008 Mgr. Přemysl Ptáček, F. Ondříčka 2, České Budějovice  
324/2008 aff Iva Spirálová, Zhořelecká 514, Praha 8  
345/2008 PharmDr. Veronika Prokešová, Vinohradská 6, Praha 2
- Vydaná osvědčení**
- 381/2008 PharmDr. Roman Grochol, nám. Přemysla Otakara 196, Litovel, provozovatel: EUROPHARM s.r.o.  
382/2008 Mgr. Kateřina Šubertová, U Zlaté koruny, Obrokova 23, Znojmo, provozovatel: Lékárna U Zlaté koruny spol. s r.o.  
383/2008 Mgr. Nataliya Denysyuk, Eurolékárna Fontána, Chebská 81/A/370, Karlovy Vary, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.  
384/2008 PharmDr. Zdeněk Krajbich, Svět, Ještědská 557, Liberec 7, provozovatel: Lékárna Svět s.r.o.  
385/2008 Mgr. Lukáš Hanich, Lékárna Centrum, Erbenova 2906, Česká Lípa, provozovatel: VfG Cosmian s.r.o.  
386/2008 Mgr. Ema Doležalová, Čtyřlístek Vltava, F. Ondříčka 2, České Budějovice, provozovatel: VEROPHARM a.s.  
387/2008 Mgr. Ondřej Bartoň, Lékárna Na Náchodské, Náchodská 380, Praha 9, provozovatel: Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly  
388/2008 Mgr. Dagmar Matoušková, Černá růže, Panská 894/4, Praha 1, provozovatel: Lékárna On-Line s.r.o.  
389/2008 RNDr. Květoslava Froňková, Dr.Max LÉKÁRNA, Rokycanská 1424/128, Plzeň, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
390/2008 Mgr. Jana Žlůvová, Lékárna Chlumova, Chlumova 21, Praha 3, provozovatel: Šárka Krchová
- 391/2008 PharmDr. Dana Trčková, Na Zeleném pruhu, Roškotova 1225/1, Praha 4, provozovatel: MEDICON Pharm s.r.o.  
392/2008 PharmDr. Veronika Prokešová, Lékárna Nad Muzeem, Vinohradská 6, Praha 2, provozovatel: MaxPharma s.r.o.  
393/2008 PharmDr. Martina Roubalová, Malostranská lékárna, Malostranské nám. 15/204, Praha 1, provozovatel: Malostranská lékárna s.r.o.  
394/2008 Mgr. Lenka Bohuňková, Lékárna Napravil, Hostinského 1536, Praha 5, provozovatel: Mgr. Ilona Nápravníková  
395/2008 Mgr. Ludmila Spáčilová, Lékárna Visla, Zhořelecká 514, Praha 8, provozovatel: DREYER s.r.o.  
396/2008 PharmDr. Lýdia Vítková, Lékárna U vodojemu, Budějovická 356/1a, Praha 4, provozovatel: PRAG EMPORION s.r.o.  
397/2008 Mgr. Heda Šupová, Lékárna Cedr, Budějovická 59, Jesenice, provozovatel: RUBIAN 008 s.r.o.  
398/2008 PharmDr. Tereza Nousková, Lékárna Světlogorská, Světlogorská 2764, Tábor, provozovatel: Nemocnice Tábor, a.s.  
399/2008 Mgr. Přemysl Staněk, Dr.Max LÉKÁRNA, Výškovická 3086/44, Ostrava-Zábřeh, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
400/2008\* Mgr. Lenka Klára Sevađevi, Lékárna Futurum Kolín, Rorejcová 906, Kolín IV, provozovatel: MUDr. Hynek Navrátil  
401/2008 Mgr. Diana Cieslarová, LÉKÁRNA TESCO HRABOVÁ, Prodloužená 807, Ostrava, provozovatel: MUDr. Hynek Navrátil  
402/2008 RNDr. Jana Klofáčová, Eurolékárna Havlíčkův Brod, Strojírenská 3581, Havlíčkův Brod, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.  
404/2008 Mgr. Kamila Sotáková, Kostická 30, Lanžhot, provozovatel: MUDr. Igor Doubek  
405/2008 PharmDr. Hana Šimečková, Dr.Max LÉKÁRNA, Husova 622, Příbram VI, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
406/2008 PharmDr. Jana Stará, AURUM, Tyršovo náměstí 96/1, Loket, provozovatel: PharmDr. Jana Stará  
407/2008 Mgr. Irena Matušková, Lékárna Krásná Lípa, Křínické náměstí 12/13, Krásná Lípa, provozovatel: Lékárna Krásná Lípa s.r.o.  
408/2008\* Mgr. Kateřina Krestová, Dr.Max LÉKÁRNA, Horní třída 1457/59, Ostrava-Hrabůvka, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
409/2008 PharmDr. Alena Jursová, U Věže, nám. Arnošta z Parbubic 21, Český Brod, provozovatel: Libor Řezníček  
410/2008 Mgr. Aleš Borský, Nemocniční lékárna, U Nemocnice, Děčín II, provozovatel: Krajská zdravotní, a.s.  
411/2008 PharmDr. Ivona Petrová, Galerie Fenix, nám. OSN, Praha 9, provozovatel: VYSOČANSKÁ LÉKÁRNA, s.r.o.

\* = nová lékárna

(člk)



## ODBORNÉ SEMINÁŘE 2009

**Poplatek uhradte** bankovním převodem na účet č.: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře.

Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek).

**Hradec Králové (kód semináře: 09002) poplatek 300 Kč, v hotovosti 400 Kč**

**Farmaceutická fakulta UK, nová posluchárna, začátek v 9.30 hodin**

**So 28. 2.** Zvláštnosti nemocí ve stáří;  
Racionální farmakoterapie ve stáří.  
Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,  
MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

## INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

Generálním partnerem je firma **Krka ČR, s. r. o.**

**Poplatek 100 Kč:** bankovním převodem na účet č.: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře.

Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek 150 Kč).

**St 4. 2. Praha (kód semináře: 09010)**

**Lékařnická akademie, Antala Staška 80, začátek v 17.30 hod**

Komplexní posouzení lékového režimu u seniorů

s polyfarmakoterapií I. (opakování z 28. 1. 09)

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,

prim. MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

**So 14. 2. Hradec Králové (kód semináře: 09011)**

**FaF UK, Heyrovského 1203, začátek v 9.30 hod.**

IDS č. 10: Kazuistiky pacientů s onemocněními KVS,  
role farmaceuta

Lektoři: PharmDr. Petr Červený, Ph.D., Mgr. Josef Malý,

MUDr. Karel Macek, CSC.

Odborný garant: Mgr. Josef Malý

**Út 17. 2. Bruntál (kód semináře: 09012)**

**Společenský dům, začátek v 18 hod.**

Interna IV

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lukáš Láznička,

MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

**St 18. 2. České Budějovice (kód semináře: 09009) – změna původního termínu!**

**METROPOL, spol. s r.o., začátek v 17.30 hod.**

Farmakoterapie bolesti

Lektoři: Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

**Čt 19. 2. Břeclav (kód semináře: 09013)**

**Lékařna Na Poliklinice, začátek v 18 hod.**

Lékařská péče u hepatotoxicity

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

Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

**St 11. 3. Praha (kód semináře: 09014)**

**FN Na Bulovce, Budínova 2, začátek v 18 hod.**

Kazuistiky s neurologickou problematikou

Lektoři: PharmDr. Mira Hojdarová, Mgr. Jana Vinšová,

MUDr. Petr Dušek

Odborný garant: Mgr. Jana Vinšová

**St 11. 3. Brno (kód semináře: 09015)**

**FaF, Palackého 1/3, seminární místnost, začátek v 17 hod.**

Gynekologická problematika

Lektoři: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,

PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D., MUDr. Jana Neuwirthová

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

**Čt 12. 3. Znojmo (kód semináře: 09016)**

**hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18 hod.**

Farmaceutická péče o onemocnění oka I.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSC., MUDr. Larisa Kopecká

Odborný garant: PharmDr. Zora Zoubková

## SEMINÁŘE, KTERÉ POŘÁDÁ PHC

(přihlašování pouze na [www.edukace.cz](http://www.edukace.cz))

7. 2. Demence, ztráta paměti; Epilepsie. Antiepileptika – interakce – **Praha**, Hotel Dorint Don Giovanni

19. 2. Lékařská kosmetika v praxi – **Brno**, Brněnský veletrh – sál Morava

24. 2. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Ústí nad Labem**, Hotel Vladimír

28. 2. Záněty horních cest dýchacích a kašel jako příznak – **Hradec Králové**, nové Adalbertinum

28. 2. Demence, ztráta paměti; Epilepsie. Antiepileptika – interakce – **Brno**, hotel International

3. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Brno**, hotel International

7. 3. Léčba závislosti na tabáku, role lékáren – **Hradec Králové**, hotel Černigov

11. 3. Moderní antihistaminika v léčbě alergií – **Praha**, hotel Tristar

14. 3. Probiotika – **Olomouc**, hotel Hesperia

17. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Plzeň**, hotel Parkhotel

18. 3. Moderní antihistaminika v léčbě alergií – **Hradec Králové**, hotel Černigov

21. 3. Jak nejlépe poradit pacientovi ohledně hubnutí – **Ostrava**, Harmony Club hotel

21. 3. Farmakologie v ORL; Nově registrované léky v roce 2008 – **Praha**, hotel Dorint Don Giovanni

24. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Olomouc**, Regionální centrum

25. 3. Poruchy paměti – **Hradec Králové**, hotel Černigov

25. 3. Moderní antihistaminika v léčbě alergií – **Olomouc**, Vojenská nemocnice

26. 3. Právní povědomí lékárníka VIII. – **Brno**, Orea hotel Voroněž

26. 3. Umíte přednášet? Démosthenes by se divil II. – **Brno**, Orea hotel Voroněž

31. 3. Alergie a jejich vliv na pokožku – **Praha**, hotel Olympik

## ODBORNÝ SEMINÁŘ AESCULAP

### Pediatric – aktuální pohled

Nová série seminářů AESCULAP nabízí aktuální pohled na oblast pediatrie. Víme, že toto téma je farmaceuty stále žádané a velmi vítané. Jsme rádi, že Vám můžeme poskytnout zajímavé přednášky s novými poznatky s dopadem na Vaši lékařskou praxi. Seminář je zařazen do kontinuálního vzdělávání České lékařské komory a České lékárnické komory a je ohodnocen 3 body a 3 kredity.

Příhlásky prostřednictvím [www.edukafarm.cz](http://www.edukafarm.cz) nebo telefonicky na 224 252 435 (Mgr. Daniela Herkuczová).

Mgr. Lucie KOTLÁŘOVÁ,  
Edukafarm

**16.00 Prezence** (v Českých Budějovicích začne prezence, zahájení a program o 20 minut později)

16.30–17.10 **Vakcinace proti HPV – imunologie, dvouleté zkušenosti, novinky**

RNDr. Marek Petráš, specialista v oboru vakcinologie, Praha

As. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D., Gyn.-por. klinika u Apolináře, 1. LFUK, Praha

17.15–17.50 **Využití probiotik u obtíží GIT u dětí – vliv na prevenci a léčbu**

Prim. MUDr. Pavel Frühauf, CSc., Klinika dětského a dorostového lékařství VFN, Praha

18.00– 18.20 přestávka

18.30–19.00 **Akutní a recidivující bakteriální a virové infekce v důsledku snížené imunity – farmakoterapie – možnosti, rizika, interakce**

PharmDr. Vlado Vegh, Edukafarm

19.00–19.30 **Nové klinické poznatky v oblasti farmakoterapie (Bacillus clausii – nové možnosti léčby akutní a opakované respirační infekce u dětí, Mléčná výživa – trendy v antirefluxní výživě, Prednison – pediatrická léková forma)**

MUDr. Jiří Slíva, Farmakologický ústav 2. a 3. LFUK, Mgr. Lucie Kotlářová, Edukafarm

**Určeno: pediatr** (možná účast ostatních specializací, včetně farmaceuta)

5. 2. Ostrava, Hotel Imperial

10. 2. České Budějovice, Hotel Gomel

11. 2. Pardubice, Hotel Labe

12. 2. Brno, Hotel International

16. 2. Praha, Nemocnice Na Homolce

## OPRAVA

V rubrice SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM (memantin) v ČČL 11/2008 bylo několik nepřesností. Kapky Ebixa jsou u nás již zaregistrovány, ale v jiné síle, tj. 10 mg/g. Ve zmíněném článku jsem vycházela z informací, které jsou uvedeny u memantinu (kapky) registrovaného v USA pod názvem Namenda® od výrobce Lundbeck/Forest Laboratories, který má koncentraci 2 mg/ml. Cílová dávka memantinu v tabletách je 20 mg denně a lze ji podat nejen rozděleně ve dvou dávkách po 10 mg, ale také v jedné dávce najednou 1x denně 20 mg (doplněno v AISLP v březnu 2008). Omlouvám se kolegům čtenářům za uvedení těchto starších informací.

Marie ZAJÍCOVÁ

# SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

## Metoclopramid

Metoclopramid patří již dlouhou dobu mezi zlatý standard antiemetické terapie, je používán od roku 1985. Ve specifických indikacích a při specifických okolnostech je dnes nahrazován jinými antiemetiky, ale stále patří mezi nejběžnější a hlavně asi nejlevnější antiemetika. Jeho indikace jsou daleko širší a v poslední době je zmiňován hlavně ve skupině léčiv s prokinetickými vlastnostmi. Zvyšuje tonus dolního jícnového svěrače a stimuluje motilitu horní části GIT, což se klinicky projevuje ve zrychlené pasáži a vyprazdňování GIT. Jeho antiemetické vlastnosti jsou dány antagonistickým působením na receptorech dopaminu v CNS i na periférii. Jeho indikace jsou: úleva od symptomů akutní a rekurentní diabetické gastroparézy; krátkodobá terapie symptomů gastroezofageálního refluxu (GER) u dospělých, který nereaguje na konvenční léčbu (omeprazol).

Parenterální formy se více používají jako antiemetikum při chemoterapii nebo při profylaxi pooperační nevolnosti. Mezi neoficiální indikace patří např. podávání při škytavce, migréně – obvykle v kombinaci s analgetiky. Z mechanismu účinku vyplývají i jeho kontraindikace, jeho podávání není vhodné tam, kde může být zvýšená motilita GIT škodlivá (v případě krvácení v GIT, mechanické obstrukci, perforaci atd.); u pacientů s feochromocytomem, epilepsií, nebo u těch, kteří již užívají léčiva vyvolávající extrapyramidové NÚ (starší tzv. typická antipsychotika). Dávkuje se obvykle 10 mg 30 minut před jídlem a před spaním. Při GER může být dávkování i vyšší 15–20 mg, u seniorů však naopak nižší 5 mg. Trvání terapie má být omezeno max. na 12 týdnů. Při parenterálním podávání (emeze indukovaná chemoterapii) bývá dávka i.v. 1–2 mg/kg před podáním cytostatika a opakuje se pak 2–3x za den v infuzi trvající min. 15 minut. Jeho podávání vyvolává poměrně často řadu nežádoucích účinků, proto je nutno je důkladně zvážit a omezit na dobu pouze nezbytně nutnou. Všechny NÚ jsou uvedeny v AISLP, ale ve stručnosti lze zmínit pouze vliv na kardiovaskulární systém – srdeční rytmus a tlak; CNS – extrapyramidové příznaky, závratě, únava, zmatenost; deprese; alergické reakce; poruchy vidění; průjem; močová inkontinence; jaterní poškození; změny v krevním obrazu; galaktorea, amenorea, gynekomastie, impotence atd. Vliv na zvýšení hladiny prolaktinu po metoclopramidu by měl být zvažován jako riziko potenciální karcinogeneze (Ca prsu). Také riziko vzniku deprese je nutno vzít v úvahu. Extrapyramidové příznaky se mohou při parenterálním podávání vyšších dávek objevit již po 24–48 hodinách, častěji u dětí a adolescentů. Při perorálním podávání později a také jejich odeznívání po ukončení terapie probíhá ještě 2–3 měsíce. U pacientů s parkinsonským syndromem je lepší se metoclopramidu vyhnout.

Z mechanismu účinku tohoto léku lze odvodit i řadu interakcí s jinými léčivy. Jelikož zrychluje pasáž GIT, zrychluje rovněž absorpci některých dalších léčiv a látek, např. alkoholu, benzodiazepinů, cyklosporinu, jejich účinek je pak rychlejší a kratší. Současně podávaná anticholinergika (spasmolytika) mají klasickou farmakodynamickou interakci, vzájemně ruší či tlumí svůj účinek. Podobné je tomu u opioidních analgetik, která zpomalují pasáž GIT. Interakční potenciál metoclopramidu je tedy výrazný a při nasazování nových léčiv je nutné velmi pečlivě zvážit jakékoliv kombinace. V době těhotenství je řazen do kategorie B a přechází do mateřského mléka.

- Podávat půl hodiny před jídlem a před spaním.
- Je nutno vzít na vědomí zvýšené riziko pádu kvůli závratím a snížené pohotovosti a kvůli změnám tlaku (je vhodné častější měření TK).
- Alergická reakce po nasazení léku je možná a může mít i velmi závažný průběh.
- Lékař by měl být informován o výrazných NÚ: arytmie, hypotenze, hypertenze, suicidální tendence, nechtěné (mimovolně) pohyby očí, obličejových svalů, končetin.
- Není vhodné popíjení alkoholických nápojů, protože se tím prohlubují sedativní nežádoucí účinky, stejně po benzodiazepinech.
- Je nutné vědět, že lék může ovlivňovat bdělost (řízení auta, ovládání strojů atd.).
- Po ukončení podávání metoclopramidu se mohou někdy projevit nepříjemné příznaky z vysazení (bolest hlavy, závratě, nervozita).

PharmDr. Marie ZAJÍCOVÁ

[marie.zajicova@nemocnice.opava.cz](mailto:marie.zajicova@nemocnice.opava.cz)

# Návrh modelu Grémia majitelů lékáren na stanovení předvídatelných doplatků

Ještě před nástupem MUDr. Julínka do funkce ministra jsme věděli, že z pravého, ale ani z levého spektra politických stran není průchozí model pevných cen a doplatků (průběžně ověřujeme). Proto jsme začali intenzivně pracovat na kompromisním řešení předvídatelných doplatků. Návrh modelu jsme opakovaně předložili lékárenskému terénu (ČČL, regionální akce GML, představenstvo ČLK) k připomínkování. Žádné připomínky však nikdo neuplatnil.



PharmDr. Petr Krpálek, člen představenstva GML

Na jaře loňského roku se nám podařilo pokročit uzavřením dohody na společném postupu se zástupci zdravotních pojišťoven. Se ZP jsme na jednání s náměstkem MZ dr. Hroboněm dojednali zavedení principu předvídatelných doplatků do „velké“ novely zák. č. 48/2007 Sb. Příslušná vyhláška k dané novele zákona vydefiniuje konkrétní skupiny léčiv, na kterých by se nový model doplatků nejprve vyzkoušel.

Tentokrát uveřejňujeme model předvídatelných doplatků, který zůstává principiálně stále stejný, ale zohledňuje navíc legislativní úpravy, které vstoupily v platnost v uplynulém roce.

## Vlastnosti současného mechanismu

### Výhody:

Stejná úhrada za stejnou látku u jedné lékové formy – tj. systém do určité míry nezohledňuje cenovou politiku konkrétního výrobce, ale produkty se stejnou účinnou látkou hodnotí shodně. Dnes však tento vztah platí relativně, protože podle nových pravidel má SÚKL na sjednocení úhrad jednotlivých LP díky správním řízením s konkrétními LP až jeden rok (řízení se dnes neprovádí obecně s účinnou látkou, ale s konkrétním preparátem).

Možnost rychlé reakce na vstup generika na trh.

Možnost bonusu nebo malusu pro konkrétní přípravek v rámci skupiny.

### Nevýhody:

Konstrukce „cena – úhrada = doplatek pacienta“ umožňuje vytvářet tlak na vyšší

výrobních cen, ale výrobce v praxi často reaguje na sníženou úhradu snížením výrobní ceny, a tím zruší regulační záměr.

Současný systém cenotvorby v podstatě znemožňuje provedení statistiky reálné konečné ceny jednotlivých přípravků, znemožňuje lékařům informovat pacienta o výši doplatku, ze seznamu přípravků jsou validní jen údaje, které pouze určují, zda je přípravek plně nebo částečně hrazen ze zdravotního pojištění.

Snížení ceny léčiva s doplatkem v období mezi jednotlivými správními řízeními o úhradě neznamená úsporu ze systému VeZP.

## Navrhovaný model stanovení úhrad a doplatků u léčiv hrazených z VeZP

Výsledkem správního řízení u regulovaného přípravku je stanovení maximální výrobní ceny (dnes tzv. ceny původce), u přípravků neregulovaných je výrobce povinen ohlásit vyšší výrobní ceny na SÚKL. Na základě individuálních dohod mezi výrobcem a ZP mohou být definovány DNC, které přímo určují konečnou cenu pro spotřebitele. (Změna – dříve určovaly cenu výrobní). Pouze pro úplnost uvádím, že regulace obchodní přírážky zůstává samozřejmě zachována v případě úhrady z VeZP i u skupiny s neregulovanou cenou původce (cenou výrobní). Při procentuálním vyjádření nominálně stanovené úhrady referenčním způsobem se bude vycházet z ceny sjednané dohodou mezi výrobcem a zdravotními pojišťovnami (DNC), v případě neexistence dohody se bude vycházet z konečné ceny dopočítané z ceny původce

stanovené správním řízením. U neregulovaných přípravků se kalkulace provede z konečné ceny dopočítané z nahlášené ceny původce. Výsledkem správního řízení o úhradě by bylo stanovení úhrady v nominální částce stejným způsobem jako doposud (konkrétní číslo v Kč, které se současně stane zářezkou). Z takto stanovených úhrad by se pak vyjádřila maximální úhrada léčivého přípravku v procentech, která se získají jako podíl nominální částky úhrady ke stanovené prodejní ceně včetně DPH. (DNC nebo cena vypočtená z ceny původce či z nahlášené prodejní ceny.) Pravidla pro úhradu se pak vyjádří následovně:

**„Léčivo je hrazeno Y% z koncové ceny, nejvýše však částkou X Kč.“**

### Konkrétní příklad:

#### Léčivý přípravek:

- stanovená prodejní cena balení léčiva je 100 Kč
- úhrada z VeZP je stanovena ve správním řízení na 80 Kč, doplatek vychází na 20 Kč
- procentuální úhrada =  $(80/100) \times 100 = 80\%$

#### Příklad 1: sleva

- skutečná koncová cena bude po slevě 90 Kč (snížení ze 100 Kč)
- úhrada 80 % z 90 Kč = 72 Kč, doplatek = 18 Kč

Je zřejmé, že se doplatek snížil o 10 Kč, ale sleva se rovnoměrně rozložila a projevila se i ve snížení úhrady z VeZP.

#### Příklad 2: navýšení ceny

- skutečná koncová cena bude 110 Kč (zvýšení ze 100 Kč)
- úhrada 80 % ze 110 Kč = 88 Kč, skutečná úhrada však zůstává vzhledem k jejímu zastropování 80 Kč, tzn. doplatek = 30 Kč

## Vlastnosti navrhovaného modelu stabilizace doplatků

### Výhody:

Výrobce je motivován k dohodě o vyšší skutečné prodejní ceně – poměr úhrady k ceně pak může být i 100 %, čím vyšší, tím lépe pro výrobce a opačně.

Jestliže se jakýmkoliv procesem sníží

prodejní cena léku, dojde k poměrnému snížení úhrady. V případě zvýšení cen se úhrada zastaví o strop stanovený maximální částkou vyjádřenou nominálně, tj. pojišťovna nenese rizika zvýšení nákladů. Stanovení stropu je důležitou pojistkou ve vztahu k VeZP u porušení DNC a při případném navýšení ceny původce (maximální výrobní ceny).

Stabilizuje se výše doplatků, cenové změny již nebudou mít na výši doplatku 100% dopad, tzn. nebude fakticky možné eliminovat doplatek zcela a jeho regulační funkce zůstane vždy v nějaké podobě zachována. Na druhé straně budou farmaceutické firmy motivovány k plošnému stanovení finančních výhod pro pacienty, pro které se systém doplatků stane podstatně spravedlivější než dnes, kdy jsou cenové zvýhodnění jen někteří pacienti v závislosti na regionu.

Větší transparentnost a menší nestabilita v systému doplatků a konečných cen.

Efektivnější regulace finančních nákladů za léčiva účinnějším uplatněním výstupů správného řízení o úhradách.

Poskytnutí slevy z ceny přípravku se

promítne také do velikosti úhrady z VeZP a povede k úsporám VeZP.

*Nevýhody:*

V případech zvýšení ceny tam, kde to umožní nastavená maximální cena, by nastavený strop úhrady znamenal dopad na pacienty (podobně je tomu však u nedodržení dnešní DNC).

Snížení ceny v případech nízkého % limitu úhrady nebude mít pro výrobce či pacienta efekt, tj. nebude k němu v takových případech u takto kategorizovaných přípravků docházet, což více zatíží pacienta.

### Legislativní úprava zákona č. 48/2007 Sb.

Na základě výsledků schůzky se ZP na MZ jsme navrhli úpravu znění odst. č. 6 § 39c a definovali jsme nový odstavec č. 7 § 39c zákona o veřejném zdravotním pojištění. Realizace návrhu úpravy byla přislíbena formou pozměňovacího návrhu MZ do „velké“ novely zákona č. 48/2007 Sb. V těchto dnech se jedná pouze o tzv. technické novely uvedeného zákona, „vel-

ká“ novela by měla následovat. Vzhledem ke stávající situaci v reformě zdravotnictví a nejasným prognózám v pokračování legislativního procesu hledáme další varianty řešení, aby se navržený princip podařilo právně zakotvit co nejdříve. Neočekáváme procedurální problémy s vyhláškou, která by následně definovala skupiny, kde by se princip předvídatelných doplatků uplatnil.

### Výhody převažují

Z návrhu modelu je zřejmé, že výhody převažují a současně se kladou minimální požadavky na státní správu při zavedení modelu do praxe. Zůstává zachován regulační charakter doplatku, prakticky je nemožné doplatek zcela eliminovat. Sleva poskytnutá na jakékoliv úrovni se musí promítnout jak do velikosti doplatku, tak stejným způsobem do velikosti úhrady ze zdravotního pojištění (pozitivní pro ZP). Tento princip ve svém důsledku odstraní zásadní rozdíly v podmínkách dostupnosti léčivých přípravků a přispěje navíc v celém systému úhrad a doplatků k větší stabilitě a průhlednosti.

## Odešel PhMr. S. Vondra, čestný člen ČLK

**Ve čtvrtek 11. prosince 2008 zemřel ve věku 85 let PhMr. Stanislav Vondra, čestný člen České lékařnické komory.**



Magistr Vondra vstoupil do lékárenství v roce 1942, kdy po maturitě na reálném gymnáziu v Jičíně nastoupil jako aspirant do lékárny v Lysé nad Labem. Tyrocinální zkoušku složil v roce 1946 a začíná pracovat jako lékárník sustentant v podkrkonošských Hořicích. Farmacii vystudoval na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze, kde byl také roku 1948 promován. Vojenskou službu absolvoval převážně v lékárně vojenské nemocnice Terežín. Poté pracoval v pražských lékárnách – jako asistent a později jako zástupce vedoucího v lékárně Na Příkopěch. V letech 1952–1963 vedl lékárnou ve Vokovicích a pak až do roku 1991 na Petřínách. V této době by již mohl odejít na zasloužený odpočinek, ale to jeho činnou povahu nelákalo. Přijal proto nabídku firmy Schering-Plough USA, aby v Praze pomohl zahájit činnost její české pobočky.

Pravidelná spolupráce pana magistra s Českou lékařnickou komorou začala v roce 1992. V rozhovoru pro dubnové číslo loňského ročníku ČČL k tomu řekl: „Půldruhého roku jsem pobočku firmy vedl sám, přestože jsem k tomu neměl zvláštní vzdělání, ale všechno se mi podařilo, pak jsem ji v naprostém pořádku předal Američanům. Přijali i můj návrh, že bych začal propagovat firmu, ne komerčně, ale prostřednictvím odborných seminářů. Nakonec jsme jich uspořádali několik desítek.“ Těch seminářů bylo k padesáti; jimi však spolupráce neskončila, ale osvědčený model se dále uplatnil v pořádání dnes již tradiční Konference mladých lékárníků. Za tento svůj přínos byl magistr Vondra na sjezdu delegátů ČLK v roce 2006 jmenován čestným členem komory. „Čestné členství pro mne bylo velkým vyznamenáním,“ řekl ve zmíněném rozhovoru. „To mne zejména s ohledem na mé vážné onemocnění pohládilo u srdce, zvlášť proto, že ze všech čestných členů jsme jen čtyři z terénu.“

Velkým koníčkem PhMr. Vondry byl sport. Svému milovanému tenisu se věnoval nejen jako aktivní hráč, ale i jako trenér mládeže. Zasloužil se rovněž o vybudování tenisového areálu v Praze na Hanspaulce.

**Magistr farmacie Stanislav Vondra byl široce známý svým zanícením pro obor i jako vyznavač tradičního lékárenství s důrazem na etiku. Čest jeho památce!**

(ččl; foto archiv redakce)

# Komora a grémium – společně i vedle sebe

V současné době mi stránky ČČL připomínají bitevní pole, na němž teče lékárnická krev. Skutečně „ideální“ načasování v současné hektické době, kdy se na nás valí jeden problém za druhým – spuštění Centrálního úložiště elektronických receptů, systém předávání dat SÚKL, změny vyplývající z reformních zákonů, revize cen LP SÚKL a její důsledky apod. Rád bych, abychom se zamysleli nad tím, jaké jsou pozice různých lékárnických organizací, především České lékárnické komory a Grémia majitelů lékáren v dnešní době, a jak chceme, aby vedle sebe fungovaly do budoucna...



PharmDr. Martin Kopecký, Ph.D.

(Vynechávám APL – Asociaci provozovatelů lékáren, neboť sdružuje především nelékárnické subjekty provozující lékárny v ČR. S jejím vlivem je však při různých jednáních třeba počítat.)

Komora je ustanovena zákonem o komorách 220/1991Sb., v němž je definováno, čím je oprávněna se zabývat. Zkrátka má zákonem dané mantinely, přes něž nemůže. Komora jako stavovská organizace hájí zájmy **lékárenského povolání**. Komora zastupuje členy celé profese a v tom je její síla (počet členů díky povinnému členství). Zároveň je to její slabinou, neboť spektrum jejích členů a pohledy na různé problémy jsou velmi různorodé. V komoře prosazují své zájmy zaměstnanci (největší podíl z členů), provozovatelé lékáren, odborní zástupci nebo vedoucí lékáren, nemocniční lékárníci, studenti postgraduálního studia, důchodci, (v budoucnu třeba odboráři) a další skupiny s různě silnými vlivy.

Naproti tomu občanské sdružení, neboli sdružení občanů, nevzniká ze zákona a jeho cílem může být třeba vyslání člověka na Měsíc a může o to usilovat (není v tomto ohledu limitováno zákonem). Proto existuje občanské sdružení nesoucí název Grémium majitelů lékáren – GML, tedy dobrovolné občanské sdružení provozovatelů lékáren, z nichž naprostá většina jsou lékárníci. Někteří jako fyzické osoby, jiní jako právnické osoby (s.r.o., a.s.), jejichž jsou statutární orgány (jednatele). Vzhledem k tomu, že právnická osoba nemůže být členem komory, je to důvod pro existenci organizace sdružující provozovatele lékáren ve své organizaci. Cílem GML je usilování o co nejlepší podmínky pro provozování lékáren v ČR – **lékárenské podnikání**.

Bod sváru je v tom, že pojmy **lékárenské povolání** a **lékárenské podnikání** jsou často smíchávány. Problémy povolání jsou např. etika profese, kontinuální vzdělávání, propagace lékárnické práce – akce jako Den lékáren ad., kdežto do problematiky podnikání patří provozní problémy lékáren, jedním slovem – ekonomika. Proč tedy dochází k situacím, kdy se komora a GML zcela zbytečně střetávají nad problémy, které např. ostatní zdravotnické komory mají vyřešeny. Česká lékařská komora např. nedojednává podmínky provozu ordinací praktických lékařů, na to mají praktičtí lékaři občanské sdružení – Sdružení praktických lékařů. Praktičtí lékaři jsou členy obou organizací. U lékárníků je to podobné. Kdo by měl mít největší zájem na co nejlepších podmínkách pro provoz lékáren? Jednoznačně provozovatelé a z dobře dohodnutých podmínek následně profitují i zaměstnanci. V několika příspěvcích v minulých číslech ČČL různých kolegů např. nepravdivě zaznělo, že GML vyjednalo nižší výměry jednotlivých místností lékáren. Myslím, že takovou hloupost mohl napsat pouze někdo neznalý současné situace. Vždyť stávající lékárny jsou stavěné v původních rozměrech, takže snížení výměry lékáreny by mělo za následek snížení konkurenceschopnosti starších lékáren oproti nově vznikajícím. Opravdu si myslíte, že mají členové GML sebevražedné sklony a chtějí do hrobu?

A obráceně. ČLK je ve stavu, kdy viceprezident komory je vedoucí lékární ve státní nemocnici (k výkonu funkce viceprezidenta je svým zaměstnavatelem uvolňován). Jeho nadřízeným je ředitel IKEM, jehož nadřízeným je ministr. Jaký manévrovací prostor by viceprezidentovi

zbýval v případě, kdy by komora a ministerstvo byly v tvrdém sporu? Co když za několik dalších volebních období bude ve vedení komory většina zástupců řetězových lékáren, kteří budou nuceni prosazovat zájmy svých provozovatelů – nelékárníků?

Právě kvůli tomu si myslím, že je nutné, aby vedle sebe existovaly **spolupracující silná lékárnická komora a silná lékárnická provozovatelská organizace nezávislých veřejných lékáren** s vymezenými kompetencemi. Vždy na začátku řešení nějakého problému by měly být stanoveny priority řešení a leader z jedné organizace, který by koordinoval činnost obou subjektů. Případá mi, že jsme dnes ve stavu, kdy pravá ruka neví, co dělá levá. Při tom ČLK a GML by měly vystupovat jako dvě organizace vzájemně se doplňující a spolupracující. Vždy je lepší mít na výběr z více názorů, než prosazovat vůli jedné strany. Činnosti komory a občanských sdružení by měly být jako spojené nádoby nikoliv jako dva vodopády.

Na závěr, k zamyšlení, cituji z názoru ústavního soudce Nikodýma (zdroj: www.lekarnici.cz – Aktuality pro lékárníky) na právní postavení lékaře, České lékařské komory a občanských sdružení, který lze aproximovat na jakoukoliv stavovskou samosprávu. Komora je „...zřízována zákonodárnou mocí formou zákona, který samosprávu vybavuje určitým rozsahem veřejnoprávních pravomocí. Tím ji odlišuje od spolků, obchodních společností, občanskoprávních sdružení, které mají charakter subjektů soukromoprávních. Základní rozdíl mezi veřejnoprávní korporací a soukromoprávní korporací je tedy v tom, že veřejnoprávní korporace nevzniká z vůle soukromých subjektů, ale z vůle státu, který je zřizuje zákonem a přenáší na ně část své pravomoci např. v zájmu lepší ochrany základních práv, jako je tomu u lékařské komory, kde těmito právy, jak bylo řečeno shora, je ochrana zdraví a života. Naproti tomu soukromoprávní korporace vzniká z vůle soukromých subjektů, které se v zájmu ochrany svých zájmů a zájmů ochrany obecných zájmů, o nichž jsou přesvědčeny, že jim veřejná moc neposkytuje dostatečnou pozornost, sdružují do spolků či sdružení, které však nejsou nadány veřejnoprávní pravomocí.“

Autor pracuje v Lékárně Zdraví, Zábřeh

**M**ailovou poštou mi přišla tato v celostátním deníku zveřejněná stížnost občana: „Již nějakou dobu užívám lék Omnic Tocas, na který jsem doplácel částku nepřevyšující 200 Kč. V září mi lék v lékárně v Ostravě-Radvanicích na Hviezdoslavově ulici vyzvedla manželka. Když jsem jeho užívání končil, šel jsem si 2. 12. vyzvednout další balení do téže lékárně a k mému úžasu se jako doplatek zobrazila částka 569 Kč. Léč jsem nepřevzal a jel do nemocniční lékárně na Fifejdách, kde doplatek činil 20 Kč. Tedy 569:20=28,45 – téměř třicetinásobek, což pokládám za nehoráznost.“

K tomu byl napsán dovětek od odesílatele: „Je to vůbec možný? To byste měli na komoře řešit!“

Takto vnímá veřejnost lékárníky, takto také vnímá úlohu profesní komory.

Vysvětlila jsem, jako už snad postě, jak je to s cenovou regulací, obcházením pravidel naturálními rabaty či minusovou marží, dohodami s lékaři, generickou substitucí, kompetencemi komory... A také v konkrétním případě s cenami. Že úhrada od pojišťovny je 1 020 Kč, nákupní cena pro lékárně je oficiálně 1 355,65 Kč. Z toho plyne, že při doplatku 20 Kč by přípravek lékárně docela výrazně dotovala, doplatek kolem 200 Kč znamená, že bude lékárně mít prodejní cenu cca 1 250 Kč, takže je taky v mínusu, onen „nehorázný“ doplatek 569 Kč je normálně spočítaný podle pravidel diferencované přírážky. Podle pravidel trhu je to prý v pořádku. Hlavně, že pacient si může svobodně vybrat. Vyjádřila jsem názor, že to jistě správné není, a přidala otázku: Koho by měla vlastně komora postihovat? Lékárně, která je tak „nehorázná“, že lék nedotuje? Nebo že nevyužije možnosti vzít si na sklad deset či více Omniců, když vydá tři do roka?“

Asi všichni tyto situace známe. Píšu tento příklad do našeho časopisu proto, abych podnítila k zamyšlení ty, kteří očekávají nebo alespoň stále ještě doufají ve změnu k nastavení pravidel, která umožní poskytovat skutečně lékařskou péči bez obav, že budou lékárníci označováni za zloděje, budou-li si v rámci pravidel účtovat odměnu za odvedenou práci či snad dokonce nebudou-li ji dotovat.

Uvnitř našeho oboru se rozhořel kompetenční spor. O tom není pochyb. Jeho zamlčování ho ani neutlumí, ani nevyřeší,

## Důležité přece je jaké věci jsou, a ne jak pouze vypadají

PharmDr. Jarmila Skopová

jeho ponechání osudu svému se může stát českému lékařství osudným. Ptám se: Qui bono?

### Komora bez kompetencí?

A ptám se dál: Koho a jak se záležitosti ve výše popsaném příkladu dotýkají – lékárníků zaměstnanců, lékárníků provozovatelů či provozovatelů nelékárníků? Jde o problém ekonomický, odborný nebo etický? Bojím se, aby třeba dobré ekonomické řešení pro krátkodobý horizont nezpůsobilo ve svém důsledku pohromu pro celou profesi nejprve ve snížení důvěryhodnosti obviňováním ze zlodějiny, pak až ke konečnému zjištění, zda nebude lepší se těch zlodějů zbavit a vydávat (nebo spíše přemístovat) léky jinak, po internetu, lékaři, v drogerii, dovozem Rathovou sanitkou... A s tím už souvisí onen spor, kdo má nacházet a prosazovat základní principy pro fungování oboru? Zástupci občanských sdružení provozovatelů tvrdí, že jen a jen oni jsou vyvoleni k tomu, aby jednali s institucemi, protože komora je ze zákona určena pro zajišťování etiky a odbornosti profese. Ale jak má svůj úkol komora plnit, nebude-li mít kompetence k vyjednávání principů, které zajistí prosperitu za podmínek uplatnění odbornosti? Snahy provozovatelských organizací o odtržení komory od možnosti jednání o principiálních podmínkách profese mi připomínají některé diagnózy „z přebytku“, kdy organismus strádá neschopností uplatnit své produkty metabolismu. Pacient, který si o expedujícím lékárníkově bude myslet, že ho okrádá, mu prostě nebude věřit, a bez důvěryhodnosti zůstává i sebelepší úroveň odbornosti nevyužitá. Je mi to líto, protože v oblasti kontinuálního vzdělávání má komora myslím velmi dobře našlápnuto a čím dál více lékárníků má o ně skutečný zájem. A etika? Toť kategorie nesmírně ohebná a relativizovatelná, vždy poplatná tlakům, v nichž se její nositelé ocitají. Bez jejího neustálého strážení a nikdy nekončícího sisyfovského prosazování do podmínek fungování profese se stává pouhou třešničkou na zkaženém dortu.

### Spoluúčast pochopitelná hlavně pro pacienty

Jsem také provozovatelka lékárně a docela rozumím, o co tu jde. Za současných podmínek je vlastně uplatňování odbornosti jakási nadstavba, kterou provozovatel dotuje dobrovolně ze zisku a podle individuálního vnímání role lékárníka ji buď jen trpí v mezích nezbytnosti nebo více či méně altruisticky rozvíjí i s náklady s tím spojenými. A to je přece úplně špatně!

O tom, že změna stávajícího systému, zamotaného do složitěho matematického vzorce ukryvajícího zvýšení DPH, tvorivosti doplateků bez mantinelů s pro pacienta naprosto nesrozumitelnou výslednou spoluúčastí, bude muset být zásadní, s obsahem i nových myšlenek, jsem si myslela, že není třeba pochybovat. Stále si myslím, že je třeba hledat takové způsoby hrazení léků, aby spoluúčast byla pochopitelná hlavně pro pacienty a aby umožnily zachovat jak prestiž, tak i důstojné ohodnocení práce lékárníka.

Skutečnost je však taková, že jakýkoli, byť jen náznak směru, který bychom mohli v dalších diskusích rozvíjet (platba za výkon, pevné doplatky) je zavrhován, jakmile překročí rovinu pouhé obecné proklamace. Je překrucován a odmítán již od vyslovení prvotních konkrétních myšlenek a jeho nositelé jsou automaticky osočováni z ekonomického ohrožování profese. Možná je tento odpor veden obavou z politické neprůchodnosti a zase nějakého zneužití, jaké naši profesi již vícekrát potkalo. Ale že toto odmítání přichází právě ze sdružení provozovatelů, které nalézá společnou řeč i s řetězci, mě vede k přesvědčení, že těm, kteří se tomu brání, vlastně současný stav s možnostmi, které marketingová soutěž o doplatky pacienta skýtá, vyhovuje. Obsahuje přece velmi



*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

účinný prostředek k likvidaci samostatných, zejména malých lékáren. Na první pohled jsou proklamativní snahy o zvýšení zisku lékáren žádostmi o zvýšení společné obchodní přírážky, o platby za výkon zásadně jen jako přidaná hodnota nad marži, ale i varování před nebezpečím pevných dopltek a nacházením pravidel pro cenovou soutěž na jiných úrovních než doplatek pacienta jistě sympatické, se zdáním jisté ochrany.

Setkala jsem se ale třeba s otázkou, proč chceme zvyšovat marži a přidávat platbu za výkony, když „prestižní společnost s klíčovým postavením na trhu“ (název cituji z inzerátu v časopise ČLK) si sama dobrovolně marži snižuje, stávající marže

jí tedy bohatě stále stačí. Jak na tohle odpovíme?

A teď se ptám zase já: Nevedlo by toto, bez zásadního přehodnocení celého systému, jen ještě k většímu otevření nůžek cenové soutěže lékáren, dalšímu snižování prestiže profese a ohrožování existence malých lékáren?

Jsem stále více přesvědčena, že pokud má profese lékárníka (a tím myslím lékárníka požívajícího autority díky znalostem a schopnostem pomáhat pacientům) přežít, je třeba dosáhnout stavu, aby společnost nevnímala počínání lékárníků jako nehorázně.

Myslíte, že tohle za nás vyřeší provozovatelská sdružení?

[jarmila.skopova@post.cz](mailto:jarmila.skopova@post.cz)

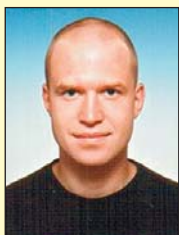
### Další zajímavá kazuistika z IDS

Dovolujeme si vás informovat, že na webu ČLK byla uveřejněna další zajímavá kazuistika. Jedná se o příspěvek Mgr. Jany Vinšové, PharmDr. Míry Hojdarové a MUDr. Petra Duška s názvem Léčba neuropatické bolesti navozené podáváním cytostatik. Předložená kazuistika se zabývá různými aspekty terapie neuropatické bolesti. Konkrétně popisuje projev závažné toxické polyneuropatie u pacientky s onkologickým onemocněním v důsledku ordinování cytostatické léčby. Naznačuje možnosti terapeutického řešení u onemocnění tohoto typu.

Na vaše komentáře a příspěvky do diskuze se těšíme na <http://www.lekarnici.cz/kazuistiky.php>.

Redakční rada Kazuistik z IDS

## TAK TO VIDÍM JÁ: Nestydím se konzultovat s laborantem



Není tomu ještě ani rok, co jsem dostudoval Farmaceutickou fakultu Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Začal jsem odebírat ČČL a z obrovského množství dostupných informací jsem si říkal, že jsem ještě málo vžitý do situace farmaceutického prostředí z pohledu administrativního, politického, právního a jiného. Jsem zkrátka

absolvent. Jinou pozici ani mít v tuto chvíli nemůžu, a proto nač se vyjadřovat k žabomyším válkám vedeným mezi ČLK a GML. Na to jsem ještě málo zasvěcen do celého problému. Ovšem musím reagovat na jednu z odpovědí v diskusi na téma „Bylo by podle Vás vhodné, aby po celou otevírací dobu musel být v lékárně přítomen atestovaný lékárník?“, která se objevila v ČČL 11/2008.

Cituji: *S takovou myšlenkou souhlasím. Jestli polevíme ze zásady být v první řadě nezaměnitelným odborníkem, budeme my, vysokoškolsky vzdělaní a stále se vzdělávající lékárníci, velmi brzy nahrazeni bakaláři nebo laborantkami. Podle mého názoru je potřebné, aby pacient v kteroukoliv hodinu v otevírací době v lékárně mohl své problémy konzultovat s atestovaným lékárníkem.*

Má reakce na zmíněnou odpověď: „Nesmysl.“ Tím, že odmítneme myšlenku, aby po dobu otevírací doby lékárně byl přítomen atestovaný lékárník, nepolevujeme ze zásady být v první řadě nezaměnitelným odborníkem. O jaké první řadě se bavíme? Lékárník, ať už absolvent nebo odborný zástupce, je stále nezaměnitelným odborníkem. Vystudovali jsme stejnou vysokou školu, která má naprosto stejnou hodnotu ve všech směrech. Nahrazení bakaláři nebo laboranty mi přijde naprosto nereálné. Ovšem s klidným srdcem se nestydím konzultovat jakýkoliv problém s laborantem, pokud na pracovišti není jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník. Je to člověk jako já, a co se týče kontinuálního vzdělávání, účastní se většiny seminářů stejně jako já. Samozřejmě konečné rozhodnutí udělám podle svého nejlepšího uvážení a hlavně veškerou zodpovědnost beru na sebe, a to z důvodu již zmíněného – já

jsem vysokoškolsky vzdělaný pracovník. Škatulkování pracovního kolektivu naprosto odsuzuji.

Z jiného pohledu: sáhněte si všichni majitelé lékáren a odborní zástupci do svědomí, kolikrát jste již nechali z nezbytných důvodů vydávat na recept laboranta či jiného zaměstnance lékárně? Mé působení na poli farmaceutickém je samozřejmě krátké a jednotlivých lékáren jsem tolik nepoznal, ovšem zkušenosti jiných spolužáků a kolegů mluví celkem jasně. Nemluvíme zde o velkých lékárnách, ale o menších a středních zdravotnických zařízeních, kterých, jak všichni víme, je většina, a jsou velice důležitá pro menší města a obce.

K druhé části odpovědi bych se vyjádřil takto: Proč by pacient měl své problémy řešit jen s atestovaným lékárníkem? Ostatní lékárníci jsou snad pro pacienta nevyhovující? Studium, které je v tuto chvíli na velmi vysoké a evropské úrovni, nás připravovalo každý den na konzultační činnost v lékárně. Kontinuální vzdělávání lékárníků probíhá také velice dobře, ale ze zkušeností z mnoha navštívených seminářů bych řekl, že jsou zde viděni spíše mladší lékárníci, a zrovna ti, kteří mají atestaci hotovou, již nemají chuť zdržovat se dalšími povinnostmi. Je určitě jednodušší poslat kolegu, který mě zapíše. Kde tedy máme jistotu, že atestovaný lékárník je pro pacienta lepší? Zajímalo by mě, co by řekli lékárníci s atestací na to, kdyby se musela atestace zhruba po 10–15 letech obhájit nebo chcete-li prodloužit.

A tak bych já na probíranou otázku „Bylo by podle Vás vhodné, aby po celou otevírací dobu musel být v lékárně přítomen atestovaný lékárník?“ odpověděl: *Ne, nemusel. Zkušenosti, které absolventovi chybí, se dají vyřešit v této moderní technické době i po telefonu s atestovaným lékárníkem nebo odborným zástupcem.*

**Mgr. Aleš NOVOSÁD**  
Lékařna Europark Štěrboholy, Praha 10

[a.novosad@seznam.cz](mailto:a.novosad@seznam.cz)

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Dovolím si uvést dvě excerpta z loňského 11. čísla časopisu Praktický lékař, které je celé věnováno 25. výročí objevení viru lidské imunodeficiency a vyšlo ke Světovému dni AIDS.

### Sedláček, D.: Nové léky pro léčbu infekce HIV/AIDS a revize evropské klasifikace HIV/AIDS

Od roku 1987, kdy byl zaveden zidovudin (azidothymidin) jako první kauzální antiretrovirotikum, uplynulo již více než dvacet let. Převratné objevy byly učiněny v základním i v aplikovaném výzkumu. Jednotlivá léčiva blokují různá místa replikačního cyklu HIV nebo některé receptory hostitelských cílových buněk. Dělíme je tedy na:

**Nukleos(i)tové inhibitory reverzní transkriptázy HIV (NRTI, NtRTI)**, zidovudin, zalcitabin, stavudin, kombinace lamivudin-zidovudin, abacavir, kombinace zidovudin-lamivudin-abacavir, tenofovir, emtricitabin

**Nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy HIV (NNRTI)**, nevirapin, delaviridin, efavirenz, etravirin

**Inhibitory HIV proteázy (PI)**, saquinavir SGC, ritonavir, indinavir, nelfinavir, saquinavir HGC, amprenavir, lopinavir, atazanavir, fosamprenavir, tipranavir, darunavir

**Inhibitory fúze (FI)**, enfuvirtid

**Inhibitory HIV integrázy (II)**, raltegravir, elvitegravir

**Inhibitory vstupu – antagonisté CCR5**, maraviroc, vicriviroc

### Staňková, M., Skokanová, V.: Dvacet pět let od objevu viru lidské imunodeficiency (HIV)

Už v roce 1981 popsal Gottlieb pět mladých mužů v Los Angeles, kteří onemocněli pneumocystovou pneumonií kombinovanou se závažným buněčným imunodeficitem. V roce 1983 publikoval Francouz Luc Montagnier se spolupracovníky důkazy o spojení retrovirů s AIDS. Jednoznačné důkazy o tom, že virus později nazvaný HIV je příčinou AIDS podali Francouzi spolu s týmem Roberta Gallo z amerického NIH (National Institute of Health). Nobelovu cenu za medicínu obdrželi jen Francouzi (Montagnier a jeho spolupracovnice Barré-Sinoussiová). Molekulární biologie pak odhalila zoonotický původ HIV, jehož nositelem jsou zelené opičky sooty mangabeys. V roce 1985 byly vyvinuty první diagnostické testy k detekci HIV. Dalším důležitým milníkem byl vývoj antiretrovirotik. V letech 1981–86 umírala většina nositelů HIV na oportunní infekce, v roce 1987 byly z etických důvodů ukončeny klinické studie se zidovudinem a ihned byl zaveden do terapie. Základním a nejpodstatnějším problémem léčby zůstává nemožnost kompletní eliminace viru z organismu a úplná restituce imunitního systému. Prevence je stále základním prostředkem omezení dalšího šíření nemoci.

## Otto Lochmann:

## Nežádoucí účinky antiinfekčních léčiv

Triton, Praha 2008, 243 stran

Emeritní docent 2. LF v Praze doc. MUDr. O. Lochmann, CSc., vydává další z řady publikací o protiinfekčních látkách. Tentokrát se zaměřuje na kapitulu pro farmaceuty zvláště zajímavou, na jejich nežádoucí účinky.

### ANOTACE

Kniha se skládá z části obecné a speciální. Náplní obecné části je základní charakteristika NÚ a jejich rozdělení na toxické projevy, vliv na imunitu organismu, na vznik rezistence, možné superinfekce, nozokomiální infekce a nepřímé bioalterační projevy. Speciální část podrobně probírá jednotlivé skupiny antibiotik, antibakteriálních chemoterapeutik, antituberkulotik, antimykotik, antivirotik a antiparazitik s výčtem možných nežádoucích projevů.

Třetí kapitola poskytuje důležité informace o využití antiinfekčních léčiv při určitých klinických stavech. Např. při snížené funkci ledvin, při poruchách jaterních funkcí, v těhotenství, v novorozeneckém období.

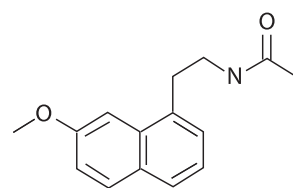
Čtvrtá část je tvořena tabulkovými přehledy: 1. Nejčastější NÚL, 2. Interakce antiinfekčních léčiv s ostatními léčivy, 3. Hlavní kontraindikace.

Dovětkem je výčet pravidel možné prevence vzniku NÚL ze strany pacientů a zdravotníků i z oblasti životního prostředí.

**V** Evropě se na rozdíl od USA, kde tomu bylo mnohem dříve, po mnoha letech výzkumu začal používat jako přirozené hypnotikum spánkový hormon melatonin (přípravek Circadin® Lundbeck).

## MOLEKULA MĚSÍCE Agomelatin

(ATC skupina: N06AX22,  
sumární vzorec  $C_{15}H_{17}NO_2$ ,  
mol. hmotnost: 243.301)



Receptory pro melatonin se označují jako MT1 a MT2. Objevuje se řada látek interagujících s těmito receptory lokalizovanými v hypotalamu. Jednou z nich je metabolický analog melatoninu **agomelatin**, který je specifickým a selektivním agonistou na obou typech receptoru. Je i kompetitivním antagonistou na serotoninovém receptoru HT2c. Vykazuje antidepressivní účinky hlavně u pacientů s porušenými cirkadiálními rytmy. Tato dysfunkce je důležitým etiologickým agens v patofyziologii deprese. Po různých peripetiích, kdy EMEA 27. 6. 2006 vydala negativní stanovisko k použití **agomelatinu** pro nedostatečný průkaz užitečnosti na bezpečnost přípravku, byl 20. listopadu 2008 registrován agenturou EMEA pro léčbu major depressive disorder (MDD) jako přípravek **Valdoxan®** firmy Servier (v USA Novartis) 25mg tbl. III. fáze klinického zkoušení proběhla na 4 000 pacientech buď v porovnání s placebem nebo s ostatními antidepressivy (SSRI, SNRI). Ve srovnání s nimi vykazoval **agomelatin** v dávce 1x denně 25 mg vyšší účinnost ve vztahu k relapsům deprese (u placeba 46,6 vers 21,7 %). Po půl roce užívání pokleslo riziko relapsu onemocnění o 54 %. Klinickým benefitem léčiva je i příznivé ovlivnění nespavosti u pacientů s depresí bez jakékoli sedace během dne.

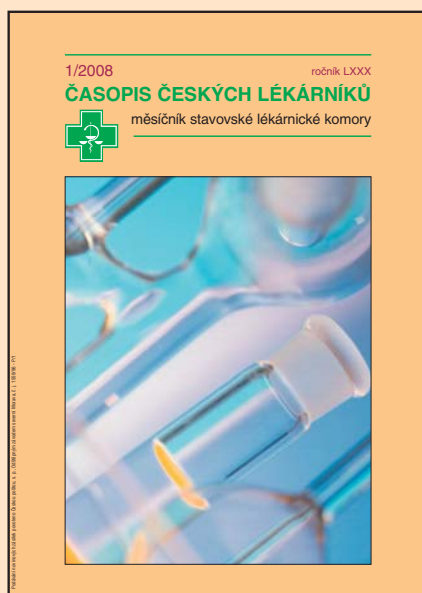
Stránku připravil  
PharmDr. PAVEL GRODZA  
panacea@iol.cz

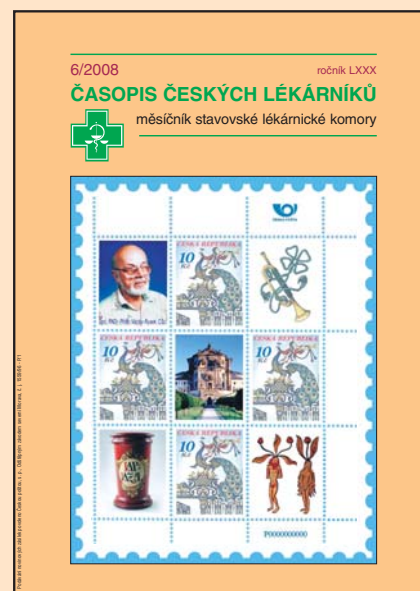
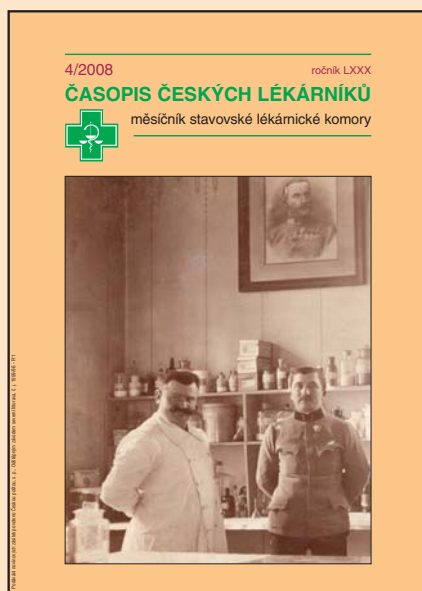


# Časopis českých lékárníků 2008

číslo/strana

- Anděl, I.:** Vyšel příběh lékárny a lékárníka. 2/28
- Barger, M. viz Krejsta, M.**
- Bartas, R.:** Jak naši pacienti vnímají regulační poplatky. 6/12-13
- Brauner, P. viz Kolář, J.**
- Csöllei, J. viz Kollár, P.**
- Černý, J.:** Lékárníkům v La Paz, Bolívie. 1/26
- Černý, P., Vlček, J., Holeček, T.:** Vinobraní klinické farmacie René Macha IX. 5/24-25
- Černý, P. viz Fialová, D.**
- Dočkal, M.:** Kompaktní tematické vysílání portálu Apatykář. 7-8/14
- Drábek, P.:** Lumen a Luminare – receptáře z 15. století. 10/31-32; 11/25-26
- Drábek, P.:** Sto let od úmrtí profesora A. Bělohoubka. 4/22-23
- Drábek, P. viz Květina, J.**
- Drhová, L.:** Asistovaná reprodukce, terapie sterility (I). 4/19; (II). 5/19; (III). 6/19; (IV). 7-8/27; (V). 9/23; (VI). 10/23
- Dvořáček, M.:** Památce kolegy Karla Záveského. 3/28
- Fialová, D., Černý, P., Linhartová, A.:** Pozvánka na XII. Dny klinické farmacie. 3/25
- Fialová, D. viz Gregorová, J.**
- Gabrhelík, R.:** Ráno moudřejší večera... A které to bude? 4/21
- Gregorová, J., Fialová, D.:** SENIOŘI aneb Racionální využití léků ve stáří. 7-8/30-31
- Grodza, P.:** Molekula měsíce: Elesclomol. 1/17; Obatoclox mesylát. 2/17; Maraviroc. 3/17; Ustekinumab. 4/17; Rilonecept. 5/17; Odanacatib. 6/17; Eltrombopag. 7-8/25; Semagacestat. 9/21; Icatibant acetát. 10/17; Tecovirimat. 11/21; Dirucotide. 12/17
- Haltuf, P.:** Pomoc potřebným kolem nás aneb Víc než pouhá fráze. 7-8/4-5
- Haltuf, P.:** Tak to vidím já: Quo vadis, české zdravotnictví? 5/16
- Hampel, M.:** Jaké budou nároky na lékárny po spuštění úložiště receptů. 12/9
- Hampel, M.:** Jsme schopni kultivované diskuse nad stavovskými předpisy? 2/14
- Hampel, M.:** Revize řádů ČLK nutná, ale na jak dlouho? 6/4
- Hampel, M.:** Učme se dokazovat nezbytnost lékárenství. 5/6
- Hampel, M.:** Ze zahraničních jednání v Basileji a v Kodani. 10/6-7
- Havlíček, S.:** Co se k předmluvě výroční zprávy nevešlo. 11/10
- Havlíček, S.:** Hvězda zvěstování? Ne, jen brašna s náradím. 12/4-5
- Havlíček, S.:** I ve světě hledají řešení. 3/8-9
- Havlíček, S.:** K návrhu zákona o zdravotních službách. 7-8/28-30
- Havlíček, S.:** Koordinace s GML je důležitá, avšak nikoliv limitující. 10/18-19
- Havlíček, S.:** Nálepkování a hodnocení nechám na vás. 7-8/12-14
- Havlíček, S.:** Poznámky ke dni. Zrychlení na webu. Počet balení na Rp. 2/7; Jak nereklamovat. 3/7; Jestliže je úterý, musíme být v Belgii – velký svět začíná za humny. 5/7-9; Stručný komentář legislativních i jiných dějů u nás a v zahraničí. 7-8/7; Mytologický výlet k jablku sváru aneb Paridova korupční aféra 9/7
- Havlíček, S.:** Role lékárny v systému zdravotní péče uživatelům návykových látek. 3/19
- Havlíček, S.:** Tak už NĚCO dělejte! 1/4-5
- Havlíček, S.:** Tohle se fakt léčit nedá! Ale opravdu nedá? 4/20
- Hodíková, J.:** Tak to vidím já: ... a kladu si otázky. 6/16
- Hoffmannová, H.:** Kterak se stát „přepřelacným prodávacem“ aneb Nevěřte jen slibům. 5/20-21





**Hojný, M.:** Aktuální stav vyhlášky o personálních, věcných a technických požadavcích na vybavení lékáren. 9/4

**Hojný, M.:** Diskutujeme nad marží: Odměna, či trest? 10/24-26

**Hojný, M.:** Kontinuální vzdělávání: Co dál? 9/17

**Hojný, M.:** Pozor, novinka! OTC s omezením (OTC s lim). 9/14-15

**Hojný, M.:** Tři témata aneb Nad horkými bramborami. 6/14-16

**Hojný, M. viz Horáková, M.**

**Hojný, M. viz Malý, J.**

**Holeček, T. viz Černý, P.**

**Horáček, J.:** Je to reforma, nebo „deforma“? 5/4-5

**Horáček, J.:** Obavy z „návratu do středověku“. 5/14

**Horáček, J.:** Tak to vidím já: Nedostatek taktu je kontraindikací. 4/16; Akreditace veřejných lékáren nutností? 7-8/23-24; Potřebujeme třetí kategorii léčiv? 10/16

**Horáková, M., Hojný, M.:** Víte, co nás příští rok čeká v „kontinuální“? 12/6-7

**Hořanská, J.:** A jak budu vypadat stále ošlehanější, bude to jenom lepší. 2/12-14

**Hořanská, J.:** „Bariéra mezi nemocničním a veřejným lékárenstvím je vytvářena uměle“. 6/10-11, 13

**Hořanská, J.:** Člověk se v životě nemá ničeho odříkat, jenom je třeba znát míru. 4/27-28

**Hořanská, J.:** Den či týden lékáren, to je jedno, hlavně že mě vždycky rádi vidí... 11/16-17

**Hořanská, J.:** Doc. RNDr. PhMr. J. Malý, CSc. oslavil 19. srpna osmdesátiny. 9/18

**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.:** Hanáci hledí na korunu, ale moc nenadávají. 5/12-13

**Hořanská, J.:** Kromě koní už jiného koníčka nezvládá. 7-8/20-21

**Hořanská, J.:** Lékárník v současné podobě je ohrožený druh. 3/12-13

**Hořanská, J.:** Letos přijela i sibiřská kočka. 6/7

**Hořanská, J.:** Lidé chtěli odborně poradit od první hodiny. 7-8/15

**Hořanská, J.:** Mám dost energie, abych dostal svým povinností. 10/14-16

**Hořanská, J.:** Mgr. Klára Štěpánová z pražské Kotvy si s pacienty povídá často. 7-8/18

**Hořanská, J.:** Řetězce jsou pro otevřenou komunikaci. 9/16-17

**Hořanská, J.:** Stejně „postižených“ je mezi lékárníky víc (dr. František Stráně). 6/27

**Hořanská, J.:** Studentské praxe potřetí. 1/15-16

**Hořanská, J.:** Zatím je láká lékárna. 4/12-13

**Hořanská, J.:** Z XVIII. sjezdu delegátů ČLK v Benešově. 11/6-8

**Hrabálek, A.:** Co se mění ve výuce? (Jestliže nic, tak proč?). 11/4

**Hrabálek, A.:** Životní jubileum docenta Milana Čeladníka. 11/24-25

**Hrubý, K.:** Oddechový čas netrvá věčně. 3/4

**Chudoba, L.:** Co dále, independent pharmacy? 4/8-9

**Jáchim, J.:** Lékárna IKEM: Světový den diabetu podruhé. 12/7

**Klimešová, V.:** K životnímu jubileu docenta Jaroslava Sovy. 9/8

**Kolář, J.:** Orlistat – první bez předpisu v celé Evropě. 12/20-21

**Kolář, J.:** Světový den zdraví 2008. Ochrana zdraví před změnou klimatu. 3/24-25

**Kolář, J.:** Uděleny ceny časopisu Scrip za rok 2007. 1/24

**Kolář, J.:** V roce 2007 byly schváleny dvě desítky nových léčiv. 4/26

**Kolář, J., Brauner, P.:** Ke vztahu výrobce – distributor – lékárna. 2/24-25

**Kolář, J. viz Květina, J.**

**Kollár, P., Šmejkal, K., Csöllei, J.:** Třisvazková publikace „Pokroky vo farmácii“. 10/26-27

**Kotlář, J.:** Diskuze k návrhům vzdělávacích programů. 7-8/22-23

**Krahulcová, A.:** Jak lékárny praskaly ve švech. 5/15-16

**Králíková, E.:** Role lékárny v procesu léčby samostatné nemoci závislosti na tabáku. 3/19

**Krebs, A.:** Diskuse, dotazníky a poděkování. 10/13

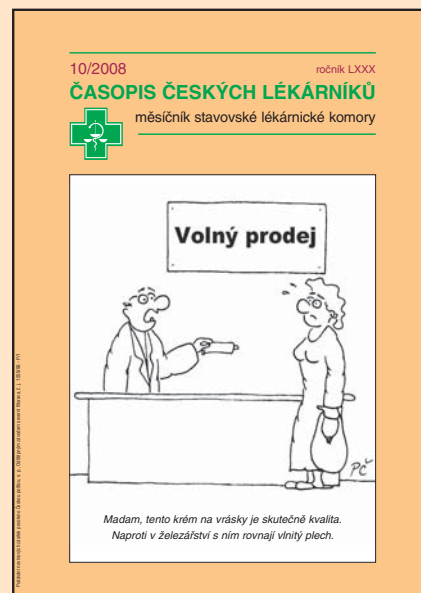
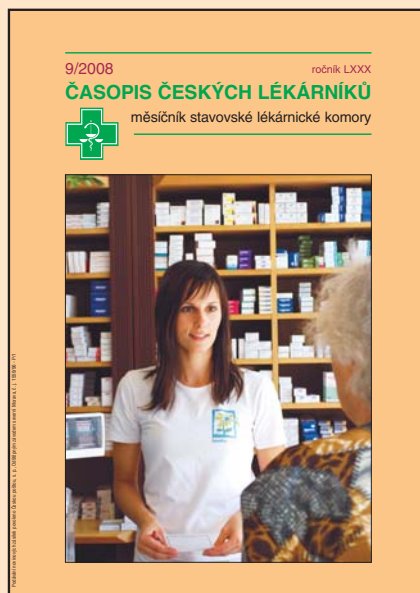
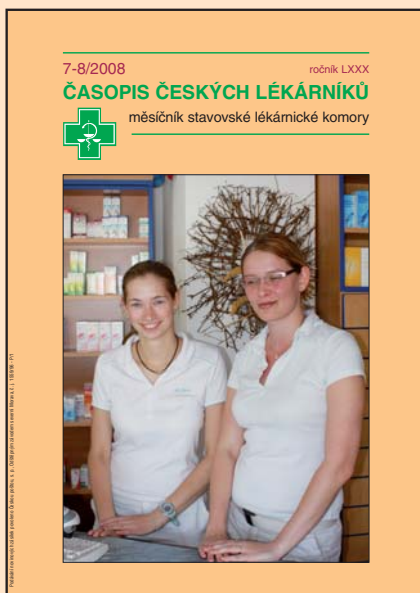
**Krebs, A.:** Jak si kdo ustele, tak si taky lehne... 2/4

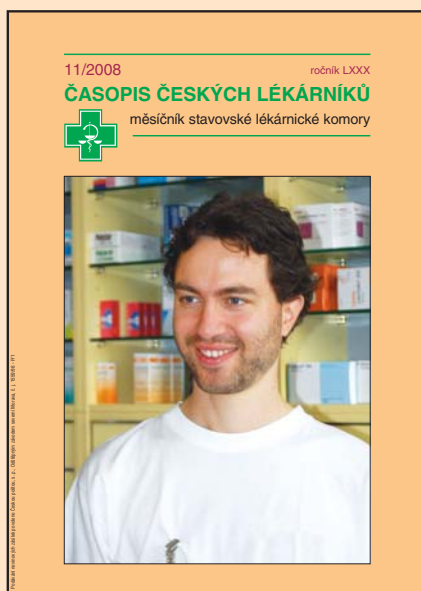
**Krebs, A.:** Na podzim Týden lékáren, těžiště v poradenství. 9/6

**Krejsta, M.:** Registrace léčivých přípravků v ČR. 7-8/34-35

**Krejsta, M., Barger, M.:** Klinická hodnocení léčiv. 6/24-25  
**Krpálek, P.:** Jde o likvidaci komplexní lékárenské péče? 9/19-20  
**Krpálek, P.:** Pacient o své léčbě může rozhodovat výrazněji. 3/24  
**Krpálek, P.:** Prezident České lékárnické komory pomáhá propagovat činnost Grémia majitelů lékáren. 11/17-19  
**Kučera, Z.:** Akutní rýma – prevence a léčba. 3/20-21  
**Kučera, Z.:** Nově registrované látky: Abatacept. 1/21; Temsirolimus. 2/18; Rotigotin. 3/18; Flutikason-fuorát. 4/18; Fixní kombinace ramiprilu s felodipinem. 5/18; Ranibizumab. 6/18; Pegaptanib. 7-8/26; Nilotinib. 9/22; Melatonin. 10/22; Aliskiren. 11/22; Paliperidon. 12/18  
**Kuželová, R.:** Je pro nás ctí, Františku, že jsi byl náš přítel. 6/6  
**Květina, J., Drábek, P., Kolář, J.:** Ad multos annos – příspěvek k osmdesátinám doc. V. Ruska, prof. V. Smečky, prof. J. Solicha. 2/19-22  
**Lajkep, M.:** Tak to vidím já: Moc bezmocných může být větší. 11/20  
**Linhartová, A. viz Fialová, D.**  
**Lisá, M.:** K obnově památníku obětem nacismu z řad lékárníků. 9/26  
**Lžičar, M.:** Perspektivní biologická léčba. 1/14-15  
**Machů, T.:** Bez poplatků za položku přijďte pobavit se trošku! 2/15  
**Machů, T.:** Desátý lékárnický ples. 12/24  
**Malý, J., Hojný, M.:** Výsledky projektu Dokumentace lékových chyb v lékárně (říjen 2006 – březen 2007). 1/12-13  
**Maršík, J.:** Hotovost za recept pohledem paragrafů. 5/10, 20; 7-8/32  
**Maršík, J.:** Právní poradna. 1/22; 2/27; 3/14; 4/24-25; 10/21  
**Maršík, J.:** Úřad pro hospodářskou soutěž vs. Česká lékárnická komora v září 2008. 9/25  
**Mátl, M.:** Statistika nuda je – údaje ÚZIS za rok 2007. 10/4-5  
**Mátl, M.:** O vztahu regulačních poplatků a odpočtu. 6/20-21  
**Mikušová, K.:** Jak nám bylo v Opavě (ohlédnutí za akcí). 6/26-27  
**Mikušová, K.:** Jak se pacient může naučit žít s cukrovkou. 10/29-30  
**Miovský, M.:** Lékárny a prevence infekčních onemocnění. 5/22

**Nedopilová, L.:** Den lékáren aneb Je to na každém z nás. 4/4  
**Palouš, P. R.:** Konference nejen o novinkách v infuzní terapii. 5/26  
**Palouš, P. R.:** Přátelé ČFM tentokrát za krásami domova. 10/30  
**Palouš, P. R.:** Z prosincového putování po pražských lékárnách. 1/25  
**Pavlík, J.:** O výjimkách v poplatcích. 9/8-9  
**Polách, J.:** Tak to vidím já: Nálepkování a hodnocení nechám na vás (...ale běda tomu, kdo se ozve). 9/20  
**Potužák, M.:** Nové léčivé rostliny: Primus africana. 7-8/33  
**Potužák, M.:** Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Rhodiola rosea L. 9/24; Withania somnifera (L.). 10/28; Aralia mandshurica Rupr. Et Maxim. 11/23; Turnera diffusa Willd. 12/23  
**Potužák, M.:** Sedmdesát let od objevu LSD. 3/26  
**Potužák, M.:** Tak to vidím já: Jsou to naši nejbližší kolegové. 2/16  
**Potužák, M. viz Řádek, P.**  
**Rotterová, H.:** Kongres s finanční podporou. 6/28  
**Řádek, P., Potužák, M.:** Nové léčivé rostliny: Emblica officinalis Gaertn. 1/23; Eleutherococcus senticosus Maxim. 2/23; Boswellia serrata ROXB. ex COLEBR. 3/23; Schisandra chinensis (TURCZ.) BAILL. 4/23; Pleurotus ostreatus (Jackq.) P. Kumm. 5/23; Ruscus aculeatus L. 6/23  
**Říšová, J.:** Tak to vidím já: Kde skončí veřejné lékárenství? 3/16  
**Skopová, J.:** Jako lékárnice chci, aby za mne se zdravotními pojišťovnami jednala Česká lékárnická komora. 11/19-20  
**Skopová, J.:** Jsme schopni korektní (kultivované) diskuse obecně? 3/15  
**Skopová, J.:** Tak to vidím já: Litera pravidla a smysl věcí. 1/16  
**Solich, J.:** Co přináší SOLUTIO 2007/2008. 2/25  
**Solich, J.:** Podmínky pro aktivní a zdravé stárnutí. 4/28  
**Solich, J.:** Starší generace se učí komunikovat. 3/30  
**Soukupová, Z.:** Na téma HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE. 1/22-23  
**Sukeř, O.:** Takový mladý a bude mě tu poučovat... 4/29  
**Syrová, D.:** Připraveno pro specifickou skupinu pacientů aneb Racionální využití léků ve stáří. Projekt SENIOŘI. 3/22-23





**Škrabalová, M.:** Svatoplukovy pruty a veřejné lékárenství. 3/6  
**Šmejkal, K.** viz **Kollár, P.**

**Šnajdrová, H.:** Persteril: Konzultujte každý nejasný předpis. 10/20

**Šnajdrová, H.:** Teplota v lednicích a kalibrace teploměrů. 12/20

**Štěpková, L.:** Hlas z Hrobu. 10/19-20

**Štěpková, L.:** Klokani, klokanice, klokáňata... 3/14-15

**Tomeček, A.:** Co podniknout proti předvánočnímu stresu. 12/8

**Tomeček, J.:** Software, to není zlý pán, ale dobrý sluha. 6/22

**Vavrečka, J.:** O marketingu lékáren a regulaci reklamy. 2/26-27

**Végh, V.:** Ohlédnutí za řadou seminářů Lékárna 2010. 12/19

**Vlček, J.** viz **Černý, P.**

**Volný, T.:** Doplnky stravy a onkologická onemocnění. 12/22

**Volný, T.:** Chybí validní informace k doplňkům stravy. 11/24

**Vrbovský, V.:** Fotoreportáž ČČL. 1/7; 7-8/36

**Vrbovský, V.:** Nezáviděníhodná story jedné paní magistry. 4/14

**Vrbovský, V.:** O tom, jak jsem letos v červnu celý den „přepadal“ lékárny. 7-8/16-18

**Vrbovský, V.:** V Praze se konala porada předsedů OSL. 10/7, 9, 11, 13

**Vrbovský, V.:** V Rusek ke Dni lékáren 2008. 7-8/16

**Zajícová, M.:** Správné dispenzační minimum: Pergolid. 1/11;

Terbinafin. 2/11; Tobramycin. 3/11; Pseudoefedrin. 4/11; Antimalarika. 5/11; Risperidon. 6/13; Kombinace estrogenů a progestinů. 7-8/19; Zolmitriptan. 9/11; Flukonazol. 10/11; Memantin. 11/15; Ropinirol. 12/13

**Zimák, J.:** Diskrétní zóny: Ideál vs. ekonomika. 4/15-16

**Zimák, J.:** Tak to vidím já: Jsme věrným obrazem politické scény. 12/15-16

**člk:** Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe zrušená a vydaná v listopadu a prosinci 2007 až listopadu 2008. 1/8-9; 2/8-9; 3/8-9; 4/8-9; 5/8-9; 6/8-9; 7-8/10-11; 9/8-9; 10/8-9; 11/12-13; 12/10-11

**člk, čl:** Zasedalo představenstvo České lékárnické komory. 1/6; 2/6; 3/6-7; 4/7; 5/7; 6/6; 7-8/6; 9/6; 10/6; 11/10

**dop:** Pacientská organizace v kampani na podporu MAMMA HELP center. 1/28

**Par:** Zajímavosti ze světa léků. 3/28; 4/21; 6/23; 7-8/33; 11/28

--: Ceník a podmínky inzerce v roce 2009. 12/27

--: Časopis českých lékárníků – rejstřík 2007. 1/18-20

--: Členské příspěvky ČLK na rok 2009. 12/14-15

--: EK má jasno, kdo brzdí uplatnění generik. 12/11

--: EUNIO i pro farmaceutické asistenty. 6/29

--: Jak se psalo před 75 lety. 1/27; 2/30; 3/29; 4/30; 5/28; 6/31; 7-8/38-39; 9/27; 10/32-33; 11/27; 12/26

--: Kazuistiky z dispenzačních seminářů. 11/26

--: Když léčivali mastičkáři a báby kořenářky, felčaři pouštěli žilou a největší znalosti z anatomie měl kat. 2/29-31

--: Klokani, klokanice, klokáňata...: Klárka. 6/15

--: Měření glykemie v Lékárně IKEM v rámci Světového dne diabetu. 1/13

--: Nové povinnosti lékáren od 1. ledna 2009. 11/11

--: Odborné semináře; Interaktivní dispenzační semináře. 1/10; 2/10; 3/10-11; 4/10; 9/10, 12

--: Odborné semináře 2009, Interaktivní dispenzační semináře. 12/12

--: Odborné semináře, interaktivní dispenzační semináře, semináře, které pořádá PHC, vzdělávací akce ČLK – podzim 2008, semináře, které pořádá Boiron CZ. 7-8/7-9

--: Odborné semináře, interaktivní dispenzační semináře, semináře, které pořádá PHC, semináře pořádané firmou (školení – konference – semináře, Petr Kokšál). 11/14

--: Odborné semináře; OTC semináře; Interaktivní dispenzační semináře. 10/10

--: PhMr. M. Žabka – Osobnost města Vizovic. 12/25

--: Pracovní skupina pro veřejné lékárenství. 4/6-7

--: Pro lepší monitoring pacientů. 6/30

--: Sbírký v lékárnách otevírají náruče Klokánků. 6/21

--: Semináře, které pořádá PHC. 10/12

--: Semináře, které pořádá PHC, Edukafarm, Favea Trade s.r.o., BOS org. s.r.o., Boiron CZ. 9/12-13

--: Usnesení XVIII. sjezdu delegátů České lékárnické komory. 11/9

--: Zajímavé lékárnické osobnosti: Ph. Mr. Karel Vyskočil. 4/24

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

# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Rosuvastatin je příkladem tzv. me-too drug – nové chemické molekuly, ale s podobnou strukturou a stejným mechanismem účinku jako jiná účinná látka na trhu. Jinými slovy, je to šestý statin v ČR.

Pozice rosuvastatinu je proto poměrně složitá.

1. Důkazy o účinnosti. Některé klinické výsledky prvních statinů není



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

možné v případě rosuvastatinu prokázat. 1.1. V dnešní době již není etické podávat placebo určitým skupinám pacientů, kde byl účinek prvních statinů jasně prokázán; 1.2. pacienti jsou ve vyšším procentu léčeni léčivými snižujícími riziko kardiovaskulárních příhod; 1.3. zlepšila se životospráva a informovanost pacientů. Proto se nedá očekávat, že by proběhla podobná studie jako byla např. 4S také s rosuvastatinem (4S: u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním snížilo podávání simvastatinu po dobu průměrně 5,4 let počet úmrtí o 30 % a úmrtí z koronárních příčin o 42 % vs. placebo; tzn. simvastatin byl podáván u rizikových pacientů v tzv. „sekundární prevenci ICHS“). Tyto důkazy tedy rosuvastatinu chybí. Co s tím? Lze vybrat méně rizikové skupiny pacientů, u kterých etické komise schválí provedení klinické studie s placebem (např. v primární prevenci ICHS) nebo skupiny pacientů, kde důkazy o účinnosti statinů dosud chybí (např. podávání u srdečního selhání, u onemocnění ledvin apod.) anebo podávat v kontrolní skupině jiný statin, a sledovat morbi/mortalitní výsledky (= snížení úmrtnosti, nemocnosti). Problémem je v těchto případech nákladová efektivita (bod 2.). Lze také určit zástupné parametry (surogáty – např. laboratorní parametry nebo ukazatele redukce aterosklerózy), sledovat změny těchto parametrů v krátkodobých studiích, a argumentovat lepšími výsledky oproti jiným statinům (tyto důkazy mají ale nižší váhu).

2. Nákladová efektivita rosuvastatinu. 2.1. Např. zatímco v sekundární prevenci ICHS je relativně vysoká pravděpodobnost vzniku „příhody“ (např. infarktu nebo úmrtí), v primární prevenci ICHS je výskyt těchto příhod podstatně nižší a je tedy nutné léčivo podávat daleko více lidem, abychom zabránili jedné „příhodě“. Proto zabránit „příhodě“ statinem v primární prevenci ICHS je mnohem dražší než v prevenci sekundární. A to samozřejmě rezultuje v neochotu pojišťoven podávání v primární prevenci ICHS hradit. 2.2. Statiny jsou generifikovanou skupinou, tzn. na trhu v ČR jsou levné statiny (lova-, prava-, simva-, atorva- a fluvastatin) a poměrně dražší rosuvastatin.

## Farmakologické vlastnosti

Molekula rosuvastatinu je chemicky syntetizována a obsahuje polarizovanou methylsulfonamidovou skupinu, která dodává rosuvastatinu hydrofilní vlastnosti a způsobuje silnější vazbu na enzym HMG-CoA reduktázu oproti ostatním statinům. Funkce

tohoto enzymu, který je důležitým článkem v syntéze cholesterolu (mevalonátu z HMG CoA), je vazbou se statiny blokována. Z farmakokinetických parametrů rosuvastatinu je nejdůležitější minimální metabolismus na cytochromu P-450 a relativně dlouhý plazmatický poločas 19 hodin.

## Klinické zkušenosti

S molekulou rosuvastatinu byl zahájen klinický program Galaxie, který je popsán na [www.galaxyprogramme.org](http://www.galaxyprogramme.org). Klinické studie zahrnuté v programu dokázaly nejvyšší účinnost rosuvastatinu mezi statiny ve snižování LDL cholesterolu (studie STELLAR – dávky rosuvastatinu 10–40 mg/den vedly ke snížení LDL cholesterolu o 45–55 % vs. atorvastatin 10–80 mg/den snižoval LDL o 36–51 %). Nejvíce pacientů také dosáhlo cílových hodnot LDL dle doporučení, prokázáno bylo i nejvyšší zvýšení HDL cholesterolu mezi statiny (9 %), které na rozdíl od atorvastatinu (5 %) neklesá se zvyšováním dávky. Prokázán je i příznivý vliv na ateromové pláty (METEOR, ASTEROID). Nejvíce očekávány jsou výsledky studií morbi/mortalitních (CORONA, JUPITER, AURORA). Dosud publikovány byly první dvě studie. Ve studii CORONA byli sledováni starší pacienti se systolickým srdečním selháním. Neprokázal se pozitivní vliv rosuvastatinu na kombinovaný endpoint – kardiovaskulární úmrtí, infarkty a mrtvice (ale určitý trend ke snížení příhod byl pozorován). Studie JUPITER sledující 17 000 osob v primární prevenci ICHS (> 60 let, LDL < 3,4 mmol/l, hsCRP > 2 mg/l) byla předčasně ukončena pro pozitivní vliv podávání rosuvastatinu (snížení o 44 %) na výskyt kombinovaného cíle zahrnujícího kardiovaskulární úmrtí, hospitalizace, mrtvice, infarkty, revaskularizace. Nicméně počet pacientů, které je třeba léčit 2 roky k zabránění jedné příhody (NNT) byl poměrně vysoký – 82 (souvisí s nízkým počtem příhod ve studii).

# Rosuvastatin

Bezpečnostní profil rosuvastatinu je podobný jako u ostatních statinů. Ve studii JUPITER se vyskytl jeden případ rhabdomyolýzy, počet myopatií nebyl v obou skupinách odlišný. Nejčastěji byly pozorovány bolesti hlavy, zvýšené hladiny jaterních enzymů, bolesti svalů, přechodná proteinurie, zácpa a nauzea. Interakční potenciál je nízký. Cholesterol je nezbytná součást buněčných membrán, proto je na místě obava, že statiny by mohly vést k malformaci plodu. Dalšími kontraindikacemi kromě těhotenství jsou probíhající onemocnění jater, myalgie, přecitlivělost na účinnou látku.

Rosuvastatin může být předepisován pouze specialistou v dávkách 10–40 mg denně. Rosuvastatin vyrábí firma AstraZeneca, přípravek nese název Crestor. Měsíční náklady na podávání rosuvastatinu 20 mg/denně vychází na zhruba 800 Kč (4x více než u simvastatinu).

■

Errata: ČČL 12/2007 paliperidon: MARTA – multireceptorový antagonisté (v článku chybně uvedeno multireceptorový agonisté).

**NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ  
LÉČIVÉ ROSTLINY:**

**Serenoa repens (Bart.) Small.**

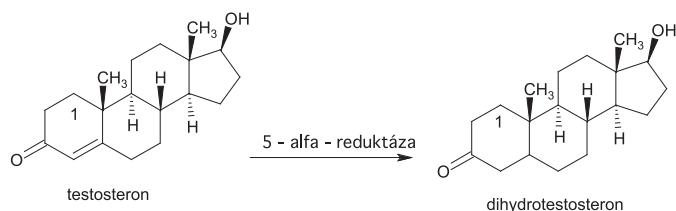
**Serenoa repens (Bart.) Small. – serenoa plazivá, (Arecaceae).**  
Dlouhověká zakrslá palma dosahující nejvýše 3 m výšky, rostoucí na Floridě a v jižní Karolině. Příbuzné druhy se vyskytují v Mexiku. Sbírá se tmavočervený plod.

**Synonyma:** *Serenoa serrulata*, *Sabal serrulata*

**Obecný název:** **Saw palmetto** (angl.), **Sägezahnpalme** (něm.), **sabalová palma** (čes.)

**Sbíraná část:** **fructus**

**Droga:** **Serenoae fructus** (uvedena v ČL), usušený zralý plod.



**Obsahové látky:** olej tvoří významný podíl ve zralých plodech, jsou zastoupeny hlavně volné mastné kyseliny: kaprinová, kaprylová, laurová, linolenová, linolová, myristová, olejová a palmitová, jejich ethylestery a triglyceridy, v semenech převažují triglyceridy kyseliny laurové, myristové, olejové a palmitové, sterolová frakce zahrnuje volný sterol  $\beta$ -sitosterol, jeho glykosidy a estery s vyššími mastnými kyselinami, stigmasterol a daukosterol, dále kyselý polysacharid Mr. = 10 000, který je arabinogalaktosanem s výrazným podílem uronových kyselin, flavonoidy isokvercitrin, kempferol-3-O- $\beta$ -D-glukosid a rhoifolin, silice a triterpenoidy.

**Účinky a použití:** v tradiční medicíně je plod podáván jako tonikum, expektorans, desinficiens močových cest, afrodiziakum a prostředek omezující prostatické obtíže. Oficiální medicína využívá lipofilní extrakty z drogy především k léčbě benigní hyperplazie prostaty (BHP). Fyziologicky je testosteron metabolizován 5 $\alpha$ -reduktázou na dihydrotestosteron (DHT), který je účinným androgenem v prostatě, kde proniká do buněčných jader a stimuluje syntézu proteinů a RNA. Růst aktivity 5 $\alpha$ -reduktázy a zvyšování hladin DHT ve vyšším věku způsobuje zbytnění prostaty, často provázené záněty a obtížemi při močení. Objevuje se také vypadávání vlasů, akné a podobné poruchy, způsobené pravděpodobně zvýšenou aktivitou 5 $\alpha$ -reduktázy v kůži.

Mechanismus účinku drogy není bezpečně znám, nejčastěji je vysvětlován inhibicí 5 $\alpha$ -reduktázy, zásahem do metabolismu cholesterolu, omezením aktivity COX apod. Klinické studie poskytují mnohdy odlišné výsledky, především při hodnocení vlivu extraktu na hladiny 5 $\alpha$ -reduktázy a souvisejícího specifického prostatického enzymu (PSA) in vitro a in vivo. Problémem mohou být různé postupy při extrakci drogy i výběr vhodných jedinců pro studie. Někdy jsou zvoleny skupiny zdravých dobrovolníků, jindy starší pacienti se zjevnými obtížemi. Většinou se uvádí, že lipofilní extrakt z drogy s obsahem sterolů, vyšších

mastných kyselin a silice nekompetitivně inhibuje hyperaktivitu 5 $\alpha$ -reduktázy (typ 1 i 2), a tím vznik dihydrotestosteronu (DHT). Po několika měsících užívání se snižuje frekvence denního i nočního močení, zesiluje proud moči a omezují se záněty močových cest. Udržením hormonální rovnováhy jsou zachovány sexuální funkce, včetně potence a libida, které bývají snižovány působením syntetických léčiv, např. finasteridu. Některé studie prováděné na zdravých dobrovolnících však vliv extraktu na hladinu 5 $\alpha$ -reduktázy, DHT a velikost prostaty popírají.



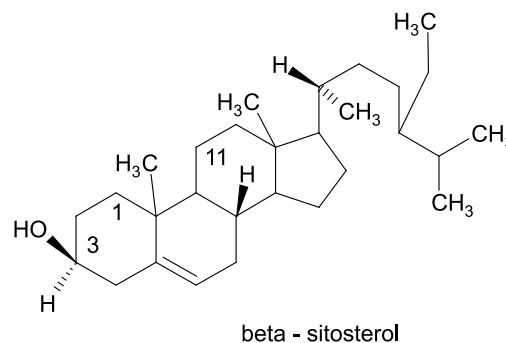
Lipofilní extrakty brzdí vznik také ostatních známých metabolitů testosteronu. Antiflogistické účinky extraktů souvisejí s inhibicí cyklooxygenázy (COX) a 5-lipoxygenázy s následným omezením syntézy prostaglandinů a leukotrienů. Dochází ke snížení proliferace prostatické tkáně a rizika maligního bujení (inhibice COX-2). Zkoumá se i antiestrogenní efekt drogy a imunomodulační působení polysacharidů zvyšujících fagocytózu.

Nejčastěji se aplikují standardizované extrakty s obsahem zhruba 90 % mastných kyselin a sterolů, především ve formě volně prodejných přípravků.

**Dávkování:** při BHP 2x denně 160 mg suchého extraktu (9–14:1) nebo 1–2 g drogy, účinnost odvarů a nálevů je považována za nestandardní.

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** zažívací obtíže, vzhledem k ovlivnění hladin androgenů a estrogenů nepodávat během těhotenství, kojení a dětem do 12 let.

**Interakce:** extrakt inhibuje cytochrom P450 (CYP) 3A4, 2D6, i 2C9, je nutné počítat se zesílením účinku některých léčiv.



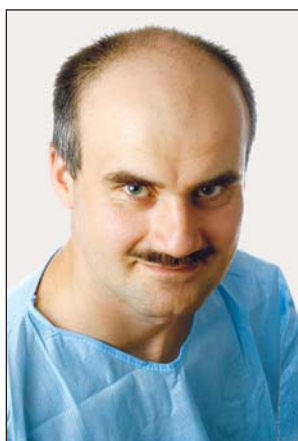
**Zdroje:**

AI SL P, ČL 2002, Fructus serenoae repentis (WHO monographs), Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, HerbMed, Katzung, G., B.: Základní a klinická farmakologie, H&H 2006, Plants for a future, Medline, Toxnet, Wikipedia.

**PharmDr. Miloš POTUŽÁK**

Obrázek: *Seglea* (Wikipedia)  
Vzorec: autor

# Bezpečnost suplementace koenzymem Q10



Mgr. Tomáš Volný

Orientaci v této problematice dále komplikují různé chemické formy CoQ10 a jejich další analogy, což je pravděpodobně nesprávně zjednodušováno zažitou preferencí přírodního CoQ10. Při perorálních denních dávkách vyšších než 100 mg byly u malé části probandů pozorovány vedlejší účinky typu nauzea, průjem, snížení chuti k jídlu nebo při podání večer způsobily ojedinele poruchy spánku. Až u denních dávek 300 mg CoQ10 stouply sérové koncentrace transamináz, poškození jater však nebylo pozorováno. Běžně doporučované nutriční denní dávky se pohybují mezi 30-60 mg, lze od nich očekávat pouze eliminaci případného fyziologického nedostatku CoQ10. Jsou považovány za dávky bezpečné, nebyly u nich pozorovány žádné závažné vedlejší nežádoucí účinky, jsou schopné modulovat sérové koncentrace CoQ10 pouze ve fyziologickém rozmezí (tj. nejčastěji 0,7-1 mikrogramů/ml) a vykazují jen malou biologickou účinnost. Spíše terapeutické denní dávky 200-300 mg CoQ10 prokazatelně zvyšují po dobu užívání sérové koncentrace CoQ10 na 2-3 mikrogramy/ml a prokazatelně zlepšují kardiovaskulární funkce u kardiovaskulárních poruch. V případě těhotenství a laktace neexistuje potřebné množství klinických zkušeností, a proto se užívání CoQ10 v těchto stavech obecně nedoporučuje.

Velký počet odborných článků, původních experimentálních prací a množství doplňků stravy s koenzymem Q10 (CoQ10) na globálním trhu vypovídá o stoupajícím komerčním a vědeckém zájmu. Proto je nutná zvýšená pozornost racionalizaci doporučených dávek CoQ10, indikacím a zdravotním tvrzením. Doposud nejlépe podloženým je vztah mezi perorálním užíváním CoQ10 a modulací mitochondriálních funkcí, srdeční nedostatečností a různým onemocněním srdce. Experimentálně perorálně podávané denní dávky se pohybují v poměrně širokém rozmezí, nejčastěji mezi 30 až 300 mg. V tak širokém rozmezí lze jistě rozlišit spíše dávky nutriční a spíše dávky terapeutické.

## Experimentální klinické zkušenosti

Nejlépe podložená je funkce CoQ10 v oxidační fosforylaci mitochondriální membrány, kde plní úlohu elektronového přenašeče spojeného se syntézou ATP v respiračním řetězci mitochondrií. Jeho biochemická důležitost je však komplexnější, protože přítomnost CoQ10 byla prokázána i v dalších membránách (např. v endoplazmatickém retikulu, v membráně buněčného jádra aj.) a v cytoplazmě buňky. CoQ10 pravděpodobně spojením s NADH oxidázou a s hormonálními signály stimuluje buněčný růst, reguluje fluiditu lipidové dvojvrstvy buněčné membrány a podporuje tak její stabilitu a správnou funkci, v redukované formě (ubichinolu) účinkuje jako silný antioxidant a v přímé kooperaci s vitaminem E chrání lipidy buněčné membrány před rizikovou lipoperoxidací. Tato fyziologická kooperace je jakousi předlohou pro racionální kombinace CoQ10 s vitaminem E, s rybím nebo vhodným rostlinným olejem (např. olivový, lněný, amarantový olej aj.). Nutriční dávky těchto složek budou v kombinaci s nejvyšší pravděpodobností generovat synergický pozitivní vliv na buněčné membrány, a to nejlépe ve formě měkkých želatinových tobolek, kde lze uspokojivě řešit fyzikálně-chemickou stabilitu přípravku a biologickou dostupnost CoQ10. Lipofilní charakter jeho molekuly vyžaduje lipofilní charakter aplikační formy. V praxi lze lipofilitu CoQ10 galenicky modulovat s pomocí lékopisných poloxamerů nebo cremophorů.

Z pohledu argumentace bezpečnosti a účinnosti je významná studie profesora Langsjoena (Langsjoen, H. a spol., 1994), který se svými spolupracovníky po dobu 8 let sledoval u 424 probandů vztah mezi denní dávkou 240 mg CoQ10 a širokým spektrem kardiovaskulárních poruch. Vedle významného zlepšení stavu posuzovaného dle funkční klasifikace NYHA také zjistil, že k prvnímu měřitelnému zlepšení došlo po měsíčním užívání CoQ10, k maximálnímu zlepšení došlo po 6 měsících podávání, zlepšení přetrvávalo i po vysazení CoQ10, kdy během měsíce se funkce srdce opět zhoršily a návrat do původního funkčního stavu nastal během 3-6 měsíců po jeho vysazení. Naopak randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie (Burke, B.E. a spol., 2001), kdy byla 46 mužům a 37 ženám s izolovanou systolickou hypertenzí po dobu 12 týdnů perorálně podávána denní dávka 60 mg CoQ10, neprokázala statisticky významný vliv na hypertenzi. V jiné randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované studii (Eriksson, J. G. a spol., 1999), kdy byla 23 diabetikům (s II. typem diabetu) po dobu 6 měsíců podávána denní dávka 100 mg CoQ10 a byl sledován jeho vliv na metabolické parametry a tlak krve, nebylo prokázáno signifikantní zlepšení vybraných metabolických parametrů a nebyl prokázán vliv na systolický a diastolický tlak krve. Zajímavou je také randomizovaná, dvojitě zaslepená a placebem kontrolovaná studie (Weston, S.B. a spol., 1997), kdy autoři u 20 profesionálních sportovců sledovali vliv 28denní suplementace průměrnou denní dávkou asi 70 mg CoQ10 (1 mg CoQ10 na kilogram tělesné hmotnosti) na plazmatické koncentrace CoQ10, utilizaci kyslíku, anaerobní a respirační kompenzaci, hladinu laktátu v krvi, kinetické parametry glukózy a triglyceridů, srdeční činnost, tlak krve v průběhu a po tréninku. Došlo pouze ke statisticky významnému zvýšení plazmatické koncentrace CoQ10.

(Reference jsou uloženy u autora)

**Autor, klinický farmaceut,  
je vedoucí aplikovaného výzkumu  
a vývoje IInstitutu**

**LÉKÁRNICKÉ POHÁDKY**

**PROČ?**  
popularizace farmacie a lékárenství • české lékárenství očima dětí  
tištěná vydání pouze v lékárnách a rukou lékárníků  
nekomerční tradiční projekt

[www.lekarnickepohadky.cz](http://www.lekarnickepohadky.cz)

Registrováno: MK ČR E 15540, kontakt: Karla Babišová, tel./fax.: 595 782 637, mobil: 721 305 718, e-mail: k.babisova@lekarnickepohadky.cz

# Ocenění 2008 ve farmaceutickém průmyslu

Očekává se, že celosvětový trh s léčivými přípravky dosáhne v roce 2008 hodnotu 737,6 mld. USD. Segment originálních léčivých přípravků (LP), jejichž výdej je vázán na lékařský předpis, má ve stejném roce vzrůst na hodnotu 553,2 mld. USD (75,0 % globálního trhu). U generik se v průběhu příštích pěti let predikuje nejvyšší míra růstu, odhad pro rok 2008 činil 88,7 mld. USD (12,0 %). Hodnota LP, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis, se má pohybovat na úrovni 95,7 mld. USD (13,0 %).



Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Kromě kvantitativních charakteristik trhu s léčivými přípravky je vhodné si připomenout také úspěchy dosažené aktivitami farmaceutického průmyslu. Ty lze měřit snížením mortality, morbidity, zlepšením kvality života a podobně. K objektivnímu posouzení přínosu slouží také řada různých ocenění, například udělení Galenovy ceny, ceny odborných časopisů, ale i označení molekula měsíce atd. Počtvrté byly 10. 12. 2008 odevzdány ceny časopisu Scrip. Přehled vítězů jednotlivých kategorií uvádíme v tabulce.

V kategorii **Nejlepší nové léčivo** bylo hlavním cílem hodnotitelské komise posoudit a vybrat z navržených to, které představuje ve vývoji léčiv největší terapeutický přínos. Kromě zavedení nového léčivého přípravku k terapii infekce HIV byla vzata v úvahu také skutečnost, že společnost Pfizer vytvořila mnohonárodní program rozšířené dostupnosti léčiva, v jehož rámci je přípravek poskytován pacientům s omezenými terapeutickými možnostmi v zemích, v nichž ještě není komerčně k dispozici. Antivirotikum maravirok (kódové označení UK 427 857, v USA dostupné pod názvem Selzentry, v ostatních zemích pod označením Celsentri) se selektivně váže na lidský chemokinový receptor (CCR5), čímž brání CCR5-tropnímu HIV vstoupit do buněčného jádra napadené buňky. V rámci kombinované léčby se podává současně s dalšími antiretroviroty (lamivudin, tenofovir, zidovudin, nevirapin atd.) dospělým pacientům infikovaným prokazatelně CCR5-tropním HIV1. Léčba se začíná po provedení testu tropizmu a vyhodnocení současné léčby antiretroviróvé terapie s cílem optimalizovat dávkování přípravku a některého z dosud apli-

kovaných antiretrovirotik. Opírá se o výsledky klinických studií MOTIVATE 1, 2 (hodnocena účinnost maraviroku vůči optimalizované předcházející základní léčbě nebo placebo), dále studie MERIT (maravirok porovnáván s efavirenzem = Sustiva a kombinací zidovudinu a lami-

Kategorie	Vítěz
Nejlepší nové léčivo	Selzentry/Celsentri (maraviroc), Pfizer
Nejlepší celkový produktovod	GlaxoSmithKline Biologicals
Nejlepší partnerská aliance	Roche a Alnylam
Licenční dohoda roku	BioMS Medical a Lilly
Manažerský tým roku	GlaxoSmithKline Biologicals
Nejlepší smluvní výzkumná organizace	Parexel International
Cena za společenskou odpovědnost firem	Genzyme
Nejlepší společnost na rozvíjejících se trzích	Glenmark Pharmaceuticals
Biotechnologická společnost roku	Intercell
Farmaceutická společnost roku – malé a středně velké firmy	Glenmark Pharmaceuticals
Farmaceutická společnost roku – velké firmy	Wyeth Pharmaceuticals
Manažer roku	Dr. Daniel Vasella (Novartis)
Cena za celoživotní přínos	Dr. Robert R. Ruffolo

vudin = Combivir) a její reanalýzu v rámci studie MERIT ES. Maximální plazmatické koncentrace je dosaženo (v závislosti na velikosti podané dávky) v rozmezí 0,5–4 hodiny, biologická dostupnost je 20 až 30 %. Vylučuje se převážně ve formě metabolitů stolicí a močí (70 %), z 30 % v nezměněné formě. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou kašel, horečka, infekce horních cest dýchacích, vyrážky, bolesti svalů, abdom-

inální bolesti, závratě. Doporučuje se opatrnost při podávání osobám s onemocněním jater. Další informace lze nalézt v březnové rubrice našeho časopisu Molekula měsíce (ČČL 3/2008). Poznámka na závěr: přípravek Selzentry byla v USA udělena Galenova cena za rok 2008 jako Nejlepší farmaceutické látce z kategorie malých molekul.

Cenu **Nejlepší celkový produktovod** získala společnost GlaxoSmithKline Biologicals za své potenciální léčivo – kandidáta na vakcínu proti malárii, karcinomu, herpesu. Produktovod společnosti rovněž zahrnuje potenciální léčiva k terapii TBC.

Pro zajímavost uvedme, že se v současném aktivním celosvětovém výzkumu nachází více než 7 000 sloučenin – kandidátů na nová léčiva.

Cenu za **společenskou odpovědnost firem** získala aktivita firem Genzyme

a Oswaldo. Chagasova choroba je život ohrožující infekční onemocnění, které postihuje milióny lidí. Oceněný program je inovačním soukromě veřejným modelem, příspěvkem k léčbě opomíjené skupiny nemocí. Společnost Genzyme poskytne všechna komerční práva a práva k užívání duševního vlastnictví svým neziskovým partnerům. Účastní se tak výzkumu

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

a vývoje nových léčiv bez hledání zisku z komercializace svých přípravků.

Porota přičkla cenu **Farmaceutická společnost roku (velké firmy)** společnosti Wyeth. Za její nejvýznamnější počín je považováno uvedení trináctivalentní vakcíny Prevenar (v USA se používá pod obchodním názvem Prevnar), určené k prevenci meningitidy a streptokokových infekcí, na farmaceutický trh. K rozhodnutí posuzovatelů také přispěl inovační produktovod společnosti, uvedení nových významných přípravků na trh a růst obrátu.

Mezi nominovanými (a nakonec oceněnými) v kategorii **Licenční dohoda roku** byly BioMS Medical a Lilly za vývoj a komercializaci dirukotidu k léčbě sclerosis multiplex (o oceněném dirukotidu podrobněji viz rubriku Molekula měsíce v ČČL 12/2008).

**Nejlepší partnerská aliance** – nominace: Ablynx a Boehringer Ingelheim za objev, vývoj a komercializaci 10 různých programů s nanolátkami k četným indikacím, Addex Pharmaceuticals a Merck & Co za vývoj pozitivních alosterických modulátorů zacílených na metabotropický glutamátový receptor 4 k léčbě Parkinsonovy choroby, MorphoSys a Novartis za objev a vývoj bioléciv včetně použití technologie HuCAL firmy Morphosys, dále firmy ProStrakan a NovaQuest za komercializaci přípravku Sancuso, transdermální náplasti firmy ProStrakan obsahující granisetron, v USA. Je určena k prevenci chemoterapií indukované nauzey a zvracení. Dalšími nominovanými byly Roche a Alnylam za použití technologie interference RNA firmy Alnylam k objevu a vývoji léčiv ve čtyřech terapeutických oblastech (onkologie, respirační onemocnění, metabolická onemocnění, onemocnění jater) a společnosti Wyeth

a GVK Bio za objev klinických kandidátů k léčbě trombózy prostřednictvím inhibice PI3 kinázy beta.

**Cena za celoživotní přínos** byla udělena R. R. Ruffolovi, který spojil třicetiletou profesní kariéru s farmaceutickými společnostmi. Nejdříve společností Lilly, potom 17 let se společností SmithKline Beecham, kde se podílel na objevu a vývoji karvedilolu (Coreg) a následně se společností Wyeth. Zde byla za jeho působení uvedena na trh řada léčiv – temsirolimus (Torisel), antibiotikum tigecyklin (Tygacil) a přípravek Infuse. Naposledy uvedený přípravek získal v USA také Galenovu cenu za rok 2008 jako Nejlepší biotechnologická látka.

*Literatura u autora*

**Autor působí na  
Ústavu aplikované farmacie,  
Farmaceutická fakulta VFU Brno**

## Ze zkušeností s vyšetřením plicních funkcí

**Nově diskutovaný systém odměňování lékáren počítá se zavedením výkonné platby za poskytované odborné činnosti, mj. i za screeningová vyšetření. Tento tzv. doplňkový servis lékárny bývá v „lékárensky vyspělých zemích“ nedílnou součástí lékárenské péče. Screeningová vyšetření jsou pak v rámci systému primárně-preventivní péče dostupná široké veřejnosti. Mezi možné nabízené služby patří i spirometrické vyšetření plicních funkcí.**

Mgr. Marek Csöllei

Diagnostická měření nacházejí své uplatnění v lékárně především při kontinuálním sledování výsledků terapie pacientů s chronickým onemocněním (Therapeutics Outcomes Monitoring). Cílem lékárníka v tomto kontextu bývá zejména optimalizování léčivé terapie a zvýšení kvality života pacienta. Druhou možností jejich využití představují orientační screeningová vyšetření základních rizikových faktorů (hodnoty TK, glukózy, cholesterolu, plicních funkcí atd.). Poskytování služeb tohoto typu pak bývá obvykle součástí doplňkového servisu lékárny a je primárně určeno široké veřejnosti.

Chronická respirační onemocnění (CHOPN, astma, karcinom plic atd.) představují stále závažnější zdravotní i sociálně-ekonomický problém, neboť frekvence jejich výskytu se významně zvyšuje. Za hlavní příčiny je možné považovat znečištění životního prostředí, kouření a nevyhovující pracovní podmínky (zejména prach). Řada těchto nozologických jednotek je nevléčitelných, nicméně výrazně ovlivnitelných

včasným záchytem a následným nasazením adekvátní terapie.

Spirometrie představuje základní metodu funkčního vyšetření plic. Poskytuje možnost časného rozpoznání počínající obstrukční ventilační poruchy v období, kdy ještě nejsou přítomny subjektivní potíže. Za účelem prevence respiračních onemocnění je spirometrie vhodná jak pro vyšetřování rizikových skupin obyvatel (např. zjišťování vitální plicní kapacity u kuřáků), tak pro běžnou populaci.

Vlastní spirometrické vyšetření plicních funkcí ve **Fakultní lékárně FaF VFU Brno** probíhá ve speciální konzultační místnosti. Z odborného hlediska je zde tak velkým přínosem sousedství plicní ambulance. Ke zhodnocení plicních funkcí používáme kompaktní, plně automatický spirometr (výdechoměr) Micro DL. Jeho přímé propojení s PC za použití programu Spida nám umožňuje sestavit a vytisknout kompletní protokol o měření.

Základní naměřené ventilační parametry (FEV1, FVC, PEF) jsou v protokolu zazname-

nány do spirometrické křivky (spirogramu) a do tzv. „tabulky dýchacích funkcí“. Při interpretaci výsledků vycházíme z typických tvarů spirogramů (za patologických okolností se tvar křivky charakteristicky mění) a z aktuálních hodnot srovnávaných s hodnotami optimálními. Komplexní zhodnocení spirometrie je vyjádřeno slovně (např. jako normální spirometrie, mírná obstrukce apod.). Součástí vyšetření bývá obvykle i stanovení vitální kapacity plic, plicního věku a poskytnutí vhodných edukačních materiálů a doporučení.

Vzhledem k tomu, že se poskytování poradenství u příležitosti celonárodních kampaní zaměřených na prevenci kouření a k propagaci zdravého životního stylu (např. Světový den bez tabáku, Světový den astmatu) setkala s jednoznačně kladným ohlasem, nabízíme nyní tuto službu všem zájemcům z řad pacientů a klientů lékárny.

**Závěr:**

Spirometrické vyšetření je jednoduché a relativně nenáročné (časově i prostorově). Umožňuje orientačně stanovit typ i stupeň ventilační poruchy, avšak nenahrazuje komplexní lékařské vyšetření. Obdobně, jako poskytování jiných screeningových vyšetření v rámci konzultačního servisu lékárny, představuje spirometrie další možnost odborného uplatnění lékárníka v této oblasti, a tím i příležitost k posílení jeho pozice v očích laické i odborné veřejnosti.

**Autor působí  
ve Fakultní lékárně FaF VFU Brno**

# Kurz o klinické farmacii v onkologii pokračuje

Začátkem prosince 2008 se v Praze konala první část evropského edukačního kurzu „2nd Master Classes in Oncology Pharmacy“, nazvaná **Preparation of antineoplastic drugs**.

Tento kurz pořádá Evropská společnost pro onkologickou farmacii (ESOP). První ročník se uskutečnil v Kodani v roce 2007, druhý ročník hostí Česká republika. Kurs pod záštitou PharmDr. Ireny Netíkové, Ph.D., předsedkyně Pracovní skupiny onkologické farmacie ČFS JEP, organizačně podporuje Aesculap Akademie společnosti B Braun Medical.

Přihlášeno bylo osmatřicet účastníků ze čtrnácti evropských (a jedné neevrop-

ských) zemí – lékárníků, kteří pracují ve směs na odděleních centralizované přípravy cytostatik nebo jako kliničtí onkologičtí lékárníci u lůžka pacienta v nemocnici. Českou republiku zastupovalo sedm účastníků. Kurz probíhal formou přednášek, seminářů a workshopů na aktuální a velmi diskutovaná témata z onkologické farmacie, např. standardy kvality v onkologické farmacii, kontaminace cytotoxickými látkami, organizace a vybavení oddělení pro přípravu cytostatik, působení cytostatik na manipulující personál, správná výrobní praxe, management nehody na pracovišti, hygienický režim pracoviště, zařízení pro přípravu cytotoxických léčiv, stability připravených cytotoxických léčiv, mikrobiologické monitorování pracoviště, informační zdroje aj.

Zástupce společnosti B Braun Medical prezentoval účastníkům automatizovaný robotický systém CytoCare, který dokáže s naprostou přesností za aseptických pod-

ká péče o onkologického pacienta. V závěru se budou moci účastníci seznámit s robotem CytoCare, který by měl tou dobou už být zprovozněn na Oddělení přípravy cytostatik nemocniční lékárny Všeobecné fakultní nemocnice Praha.

Zájemci, kteří by se chtěli zúčastnit této části kurzu, mohou získat informace na [www.esop.li](http://www.esop.li), případně kontaktovat paní Vladimíru Balcarovou ([vladimira.balcarova@bbraun.com](mailto:vladimira.balcarova@bbraun.com)).

**Za OPC NL VFN Praha  
PharmDr. Petra VAŠUTOVÁ**



ské) zemí – lékárníků, kteří pracují ve směs na odděleních centralizované přípravy cytostatik nebo jako kliničtí onkologičtí lékárníci u lůžka pacienta v nemocnici. Českou republiku zastupovalo sedm účastníků. Kurz probíhal formou

míněk a s maximální bezpečností pro pracovníky připravovat cytostatická léčiva.

Druhá část kurzu proběhne 5.–7. března 2009 v Praze. Hlavním tématem tohoto pokračování Master Classes bude klinická farmacie v onkologii a farmaceutic-

## Nový test rakoviny vaječníků HE4

Společnost Fujirebio Diagnostics vyvinula test rakoviny vaječníků HE4. Je určen pro využití ve spojení se stávajícími biomarkery CA125. Tato kombinace představuje citlivější a přesnější diagnostický nástroj. Rakovina vaječníků se obtížně diagnostikuje, neboť její symptomy jako krvácení, pánevní a břišní bolesti, problémy s jídlem nebo pocit plnosti, naléhavé a časté močení, nevolnost a nevysvětlitelnou únavu lze snadno zaměnit s dalšími nezhoubnými onemocněními. Tři čtvrtiny případů rakoviny vaječníků jsou diagnostikovány v pokročilém stadiu, kdy je mnohem obtížnější je vyléčit. Více než 90 % pacientek, u kterých je onemocnění zjištěno včas (fáze I–II) žije dalších 5 let; v těchto raných stádiích je však diagnostikována pouhá pětina případů.

**Zdroj: PROTEXT**

## ZAJÍMALO VÁS

### Na vaše dotazy odpoví Mgr. Jiří Kotlář

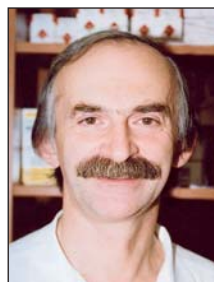
#### ■ Otázka:

Je možné vydat LP Suboxone tbl. na recept s modrým pruhem, vystavený lékařem na Slovensku? Pacient si tento léčivý přípravek sám hradí.

#### ■ Odpověď:

Zákon o léčivech stanoví, že lze vydávat LP i na lékařské předpisy vystavené v ně-

kterém z členských států, pokud není rozhodnutím o registraci stanoveno jinak. V zákoně o návykových látkách je stanoveno, jak se zachází s tiskopisy receptů s modrým pruhem. Další ustanovení týkající se této problematiky najdeme ve vyhlášce č. 54/2008 Sb. „o předepisování“. V této vyhlášce je také v příloze stanoven závazný vzor receptu s modrým pruhem.



Lze tedy s určitostí říci, že slovenský recept s modrým pruhem neodpovídá vzoru receptu, který je uveden ve vyhlášce. Stejně tak nejsou v tomto případě naplněny další povinnosti, týkající se těchto receptů, včetně jejich evidence apod. Minimálně z těchto důvodů nelze tedy LP obsahující návykovou látku, který se musí předepisovat na recept s modrým pruhem, vydat. Fakt, že si pacient LP sám uhradí, není vůbec důležitý.

(Tento výklad byl konzultován s MZ, inspektorátem omamných a psychotropních látek.)

**KOLEGYNĚ A KOLEGOVÉ,  
PŘEČTĚTE SI NĚCO O NÁS:**

# Okresní sdružení lékárníků Cheb

Bývalý okres Cheb byl nejzápadnějším okresem České republiky. Jeho rozloha činila 1 045,94 km<sup>2</sup>, počet obyvatel 93 112. Okres Cheb představovalo 40 obcí, z toho 10 měst. Podle údajů z roku 2008 patří mezi největší obce město Aš (13 420 obyv.), město Františkovy Lázně (5 742 obyv.), město Mariánské Lázně (14 293 obyv.) a samozřejmě město Cheb (35 022 obyv.), jakožto přirozené správní centrum. Dnes je bývalý okres Cheb, společně s bývalými okresy Sokolov a Karlovy Vary, součástí Karlovarského kraje.

Chebsko, latinsky: Regio Egrensis, německy: Egerland, je historické území, které dnes přesně definovat je poněkud obtížné. Okres Cheb tvořil jen část historického Chebska.

Od 6. století se zde objevuje sporadické slovanské osídlení (Hbaně?), potlačené následnou německou kolonizací. Oblast Chebska tvořila v časném středověku součást Nortgau (Nortgavska), severního výběžku Bavorska. Roku 1146 se Chebsko dostalo do držení vládnoucího německého rodu Štaufů. V této době západní hranice Chebska zasahovala až k pramenům řeky Ohře, německy: Eger.



Město Aš leží v nejzápadnějším výběžku České republiky.

Poprvé bylo Chebsko připojeno k Čechám za Přemysla Otakara II. v letech 1266–1276 a poté za Václava II. v letech 1291–1304. Definitivně však získal Chebsko pro Čechy Jan Lucemburský v roce 1322 za vojenskou pomoc Ludvíku Bavorovi v bitvě u Mühldorfu. Původně šlo o říšskou zástavu. Přesto byla neoddelitelnost od země Koruny české potvrzena již Karlem IV. v letech 1348–1355.

Přestože bylo Chebsko od roku 1322 součástí Čech, nespokojila se většina místního obyvatelstva po skončení 1. světové války s nově vzniklým Československem a žádala v rámci *Deutschböhmen* odtržení. Po příchodu italských legionářů v roce 1919 se však jejich plány nepodařily zrealizovat. V období 1. republiky se na Chebsku značně zvýšil počet českých obyvatel, kteří přicházeli do pohraničí za prací. Protičeské náklady německého oby-

vatelstva se však od roku 1933 neustále zvyšovaly a vyvrcholily v roce 1938. Triumfální příjezd Adolfa Hitlera 3. října 1938 na zaplněné chebské náměstí korunoval podepsání Mnichovské dohody, odchod tisíců Čechoslováků, ale i německých antifasistů z města, a připojení Sudet k Třetí říši.

Po roce 1945 byla většina obyvatelstva německé národnosti vysídlena do Německa, což způsobilo značný pokles počtu obyvatel (předválečného stavu bylo dosaženo až v 90. letech 20. století).

## Krátké představení OSL

Pod OSL Cheb nyní spadá 31 lékáren a dvě OOVL, z toho jedenáct lékáren pod Cheb, devět pod Mariánské Lázně, osm pod Aš a tři lékárny pod Františkovy Lázně.

Jde o sdružení spíše nevelké o 66 členech. Většinu lékárnictva našeho OSL představují lidé zdvořilí, přívětiví a počestní. Důkazem toho jsou na dnešní do-



Město Cheb je celé velmi pěkné. Uvnitř nacházíme nádherné domy obývané zdvořilými, přívětivými a počestnými obyvateli. V okolí města pak půvabné a úrodné zahrady a pole, také mnoho rybníků plné ryb.

*Popis veškerého světa,  
Amsterdam 1651*

bu až neobvykle slušné kolegiální vztahy a většinou velmi dobrá komunikace mezi jednotlivými pracovišti. Případné interakce lze, při použití hudebního žargonu, označit spíše jen za drobné tóninové nesrovnalosti.



Veškerá odborná veřejnost se shoduje, že tato vzácná fotografie zachycuje Járu Cimrmana (postava vlevo) při návštěvě Chebu, kde se měl setkat se svým přítelem Zoltánem Kodályem, skladatelem maďarských národních písní. Po týdnu marného čekání a zoufalého telegrafování se nakonec ukázalo, že se měli setkat ve městě Eger v Uhersku.

Předsedkyně OSL	PharmDr. Eugenie Chromá
Místopředseda OSL	PharmDr. Karel Peterek
Představenstvo OSL	RNDr. Milena Bednářová Mgr. Iva Eliášová PharmDr. Milan Kratochvíl PharmDr. Petr Rejsek Mgr. Dana Sobotková
Revizní komise krajská za OSL Cheb	PharmDr. Jan Krulich
Čestná rada krajská za OSL Cheb	PharmDr. Iva Peterková PharmDr. Regina Tůmová

Máme-li se aspoň stručně ohlédnouti za několika posledními roky, nemůžeme kromě běžné činnosti OSL samozřejmě nepřipomenout poměrně výraznou aktivitu při pořádání přednášek a přednáškových večerů, ba dokonce celých přednáškových dnů v městě Chebu, které jsou součástí řádného kontinuálního vzdělávání. Zástupci OSL jsou zároveň členy výboru Spolku lékařů Cheb ČLS JEP, a spojení řady seminářů pro lékaře a lékárníky je tak již téměř tradiční. Největší akcí pořádanou naším OSL za několik posledních let byly „Lékařnické dny 2004“. Máme rovněž dva své zástupce v akreditační komisi MZ ČR pro klinickou farmácii, jejich přínos, jak oba svorně přiznávají, je však spíše diskutabilní.

V době tzv. hrůzovlády MUDr. Davida

Ratha na postu ministra zdravotnictví jsme celkem jednotně vystupovali proti aktivitám jeho i jeho nohsledů, hodně našich členů se účastnilo i protestních akcí v Praze.

Ačkoli v Karlovarském kraji dnes již neexistuje, jako řada dalších věcí, lékárenská pohotovostní služba, v určité podobě ji v době svátků alespoň v městě Chebu naše OSL organizuje.

Naše OSL se počinaje loňským prosincem a úspěšnou výpravou do Norimberka pokusí zavést tradici společných jednodenních zájezdů pořádaných několikrát do roka, kde bychom aspoň drobně zrelaxovali a „utužili kolektiv“.

**Přípravili: PharmDr. Petr REJSEK  
PharmDr. Eugenie CHROMÁ**

## Věda o obezitě zatím stále ještě v plenkách

„Začátkem 21. století došlo k novému nárůstu mortality na kardiovaskulární onemocnění, která se tak opět dostává na první místo v celkové mortalitě, a to nejen v západní civilizaci, ale dokonce celosvětově“, uvedl prof. Daniel Pella v úvodu Mezinárodního kongresu „Moderní management obezity“ (Praha, 12. 12. 2008, pořadatel Pharma Nord ACADEMY).

Prof. Daniel Pella, Ph.D., FICC, se specializuje na prevenci a farmakologickou léčbu kardiovaskulárních nemocí. Mj. řekl, že obezita „garantuje“ špatný zdravotní stav. Do roku 1900 byly hlavními příčinami úmrtí infekční choroby a podvýživa, začátkem 20. století tvořila úmrtnost na kardiovaskulární choroby jen kolem desíti procent z celkové úmrtnosti. Osmdesátá léta 20. století zaznamenala úmrtnost na kardiovaskulární nemoci svůj vrchol. Krátkodobé zlepšení nastalo koncem 20. století s rozvojem jednotek intenzivní péče, výrazným zlepšením farmakoterapie

koronární choroby srdce a jejich rizikových faktorů (především dyslipidémie a hypertenze), i zavedením primární angioplastiky při akutním infarktu myokardu.

### Obézní dítě – obézní dospělý

Mortalita na ICHS stále tvoří více než padesát procent. Hlavní příčina celkové mortality opět souvisí se vztahem k poruše výživy. Tentokrát není příčinou malnutrice, ale nadvýživa, která v souvislosti s nedostatkem pohybu vede k nové epide-

*Pokračování na str. 31*

## Vtip měsíce

Krásná dáma vkročí do lékárny, jde rovnou k magistrovi a hledíc mu přímo do očí klidně říká: „Potřebuji kyanid.“ Lékárník se ptá: „K čemu proboha potřebujete kyanid?“ Dáma odpoví: „Jdu otrávit manžela.“ Lékárník vykulí oči a namítá: „Kyanid na zabití manžela vám dát nemůžu! To je protizákonné! Přišel bych o licenci a oba bychom šli do vězení!“

Dáma sáhne do kabelky a ukáže fotografii manžela v posteli s lékárníkovou ženou. Lékárník koukne na obrázek a povídá: „Ale to je úplně něco jiného. Neřekla jste, že máte recept!“

## VÝZNAMNÁ JUBILEA

leden 2009

85 let

PhMr. Věra Neubertová (PSL)

80 let

PhMr. Vlasta Holečková (PSL)  
PhMr. Květa Růžičková (PSL)

75 let

RNDr. Marie Metzová  
(OSL Opava)  
RNDr. Jiří Šálený (OSL Rokycany)

70 let

Mgr. Ivana Lindaurová (PSL)  
Mgr. Bronislava Pietrusová  
(OSL Karviná)  
RNDr. Jiří Skořepa (PSL)

60 let

Mgr. Blažena Adltová  
(OSL Rakovník)  
Mgr. Marie Talianová  
(OSL České Budějovice)  
Mgr. Jaroslava Turanová  
(OSL Příbram)

*Upřímně blahopřejeme!* (člk)

# Ze starých herbářů aneb bylinářů

## Nejrozšířenější kniha po Bibli

Vedle bible byly ve středověku nejrozšířenější knihou herbáře. Pojem herbáře aneb bylináře, jak se takové staré knihy nazývaly, je odlišný od významu slova herbář v moderní botanice. Staré herbáře byly vždycky knihy, nikdy se tam nejednalo o sušené rostliny a byly psány hlavně se zřetelem na jejich léčivost. Mimo rostliny byla tam pojata i některá zvířata a často i horniny.

Nejstarší náš herbář je vlastně vysokomýtský rukopis: „Remedium contra dolorem capitis“, asi z XIII. stol., Christiana z Prachatic „Erbarium reverendi magistri Christiani“ z r. 1419 a pak J. Vodňanského „Lactifer“ (1511), psané latinsky.

Pro Moravu jest nejstarším spisem Jana Ferdinanda Herolda z Totenfeldu „Tatari-Mastix Moraviae“ z r. 1669, obsahující popisy užitečných stromů a bylin moravských.

Také Slovensko má svůj nejstarší herbář. Jest to Lukáše Pecsyo „Keresztény szüzeknek tisztességes koszoruja, avagy lelki füves kert, lelki virágos kert“, tištěná v Trnavě r. 1591.

Český název by byl: Poctivý věnec křesťanským pannám aneb duševní květná zahrádka.

Ilustrace, většinou dřevoryty, jsou v některých tiscích velmi výstižné, a bez nich by nebylo možné určení rostlin, o kterých se tam pojednává, neboť popisy jsou namnoze velmi nejasné a neúplné. Jako příklad lze uvést popis lišejníku *Usnea barbata* dle Mattioliho: „Mech stromový: není nic jiného, nežli chlupatá, vlasatá a spletená zrostlina na starých stromech, kamení a zemi a jest každému znám.“

Popisy rostlin činí starým autorům veliké potíže, hlavně u rostlin ze vzdálenějších zemí, neboť neexistovala žádná terminologie morfologická. Roztomile si vypomohl jeden starý autor, když chtěl vyobrazit bavlnník, a nedovedl si přitom představit, jak může na stromě bavlna vyrůstati. Výsledek toho byl obrázek, kde vidíme na stromě uprostřed listů sedícího beránka.

Systém ve starých herbářích jest ovšem velmi primitivní. Obyčejně si autor rozdělil rostliny dle vnějšího vzhledu na stromy, keře, byliny pěkně kvetoucí, nevzhledně kvetoucí a nekvetoucí, nebo je dělí dle jejich produktů (drog) a pak je ovšem nemožné bez indexu určitou rostlinu vyhledat.

## Jedna rostlina na mnoho nemocí

Pročítáme-li Hájkův nebo jiný herbář, nejvíce nám bude nápadná velká řada nemocí, které lze vyléčit jednou rostlinou. Mezi takové všeléčící prostředky patří na př. kosatec. Léčení (jako u všech rostlin) je rozděleno na působení zevně a zevnitř. Zevnitř je u kosatce (*Iris*) zaznamenáno léčení prsních a plicních nemocí, kašle, dýchavičnosti, chybné menstruace, močových nemocí, moč. kamene, bolení v břiše, křečí v oudech, zimnice, zácpy, žloutenky, dává se pít pro pocení, ničí hlísty ve střevech, dává pokojný spánek, léčí hadí uštknutí, neduživost sleziny, polluci a předčasnou ejakulaci (zde nazvané *Gonorrhoeae*), kyčelní bolesti („kláně v kyčlích“), z kořene se dělá klystér, dětem se posypává roztloučeným kořenem kaše „proti jejich pláči a kvílení pro bolesti a hryzení v břiše“. Štávu z kořene používali proti vodnatelnosti a celý kořen dával se jako aromaticum do piva a vína. Zevně se kosatce uží-

valo na př. k změkčování tvrdých otoků, k jejich rozhánění, k léčení volete, jako záspy na otevřené rány, hojil píštěle a provalené, tekuté (mokvavé) neduhy, pomáhal k tvoření nové tkáně u otevřených ran, dával se jako obklady na zastaralé a ustavičné bolení hlavy, k usnadnění porodu, z kořene se dělaly čípky k obnovení zastaralé zastavené menstruace a proti tvrdé stolici, a s kýchavicí masti proti slunečním skvrnám (pihám) a opáleninám.

## Bratří z mokré čtvrtě a ožralci vědí...

Ze starých herbářů vyčteme také mnoho o způsobu tehdejšího života. Nejčastěji se ovšem objeví nějaký kuchařský předpis, hlavně u koření, jehož se do pokrmů přidávalo veliké množství. Mattioli uvádí speciální směs koření: *Species dulces* pro cibaríis, kterou radí v hojnosti do pokrmů dávat, ač sám na jiném místě radí ke střídmosti: nemírné požívání šafránu přináší bolení hlavy a nechut k jídlu. Totéž činí i nemírně pité víno, které jinak jest zvláštním božím darem pro

naše zdraví. Opilcům na mnoha místech radí, jak zameziti opilosti (na př. nošením šafránového věnce na hlavě), nebo jak vyléčiti nevolnost, která se po velkém pití dostavuje. U mandlí při takové příležitosti čteme větu: „Bratří z mokré čtvrtě a ožralci vědí, jak dobře mají užívat mandlů, neboť když po pití předešlého dne trpí žízni a nechutenstvím, vezmou čerstvou vodu studničnou, tou vodou pak vytahují mléko z mandlů a to pak pijí pro ochlazení.“

## Mazadlo pro škaradý fraucimor

Že není nic nového pod sluncem, dokazuje i mnoho předpisů na líčidla tváří i rtů. V jednom případě se posmívá příkrašlování panen a paní: „Znamenité mazadlo aneb líčidlo pro škaradý fraucimor (neboť krásný od přirození toho nepotřebuje) uděláš ze semen melaunových takto...“

Poněkud divně se vyjímá jeden návod, který čteme u mišpule: „Z dřeva nyšpulového dělají toporiště k oštípům, kopím a bičům, dřevce, kytle a honění, kteréž se také hodí na zlé a nezbedné ženy, aby jim hřbetův jejich a ledví pomazoval.“

Primát má kašel, po něm afrodisiaca.

Mezi nemocemi, které se nejčastěji v herbáři objevují, má primát kašel, k jehož léčení užívali na 300 rostlin. Na druhém místě jsou afrodisiaca a remedia potentionis, celkem 250 drog. Pokažený žaludek léčí asi 200 rostlin, 90krát se objeví předpisy kosmetické, bolení a červivost zubů léčili 160 léky. Mnoho drog užívali proti nepříjemnému zápachu úst i proti zápachu některých částí těla. Je to jen důkazem, jak málo byly u starých Čechů užívány lázně. Pak se ani nedivíme, že se objeví i předpisy proti takovým nemocem, jako jsou vši v hlavě i v šatech, vešky v obočí a jiné.

Z chemických procesů znali staří lékárníci jediné destilaci „in baleno Mariae“, jak destilačnímu aparátu říkali. Ze všech těchto knih o starém léčení dýchají na nás přímo nepochopení a základní neznalosti lékárnické a lékařské, a můžeme se jen diviti, že lidstvo, léčené ve středověku takovýmito prostředky, již tenkrát docela nevyhynulo, protože místo pomoci muselo často následovati spíše zhoršení.

Časopis Československého Lékárnictva, č. 1/1934, str. 15

**Jak se psalo  
před 75 lety**

mii obezity a diabetu 2. typu („diabezity“). Více než miliarda lidí trpí v současné době nadváhou nebo obezitou (BMI více než 25,0, resp. více než 30,0). Během posledních dvou dekad se počet obézních v USA ztrojnásobil. Také Evropa má mimořádně nepříznivé ukazatele. Od roku 1989 rychle narůstá obezita u dětí. Obézní třináctileté dítě má pětasedmdesátiprocentní šanci, že bude obézní i v dospělosti.

**Raději tlustší nekuřák  
s pohybovou aktivitou,  
než hubený kuřák bez pohybu.**

Dále prof. Pella připomněl, že boj proti obezitě je součástí tzv. kódu zdravého života: 0-3-5-140-5-3-0. Kdo chce zůstat zdravý, měl by dodržovat: 0 – nekuřte; 3 – procházky aspoň 3 km nebo 30 minut aerobní aktivity denně; 5 – pět porcí ovoce a zeleniny denně; 140 – systolický krevní tlak aspoň pod 140 mm Hg; 5 – celkový cholesterol aspoň pod 5,0 mmol/l; 3 – LDL cholesterol aspoň pod 3,0 mmol/l; 0 – eliminace nadváhy a cukrovky.

Odpověď na otázku, zda se dá zabránit pandemii obezity je těžká. Základem úspěchu je především implementace zdravého životního stylu („kódu“) do života co největšího počtu obyvatel.

### **Nechť je jídlo tvým lékem**

MUDr. Monika Golková, primářka první certifikované Anti-Aging kliniky A2C v Praze, je prezidentkou Asociace medicíny proti stárnutí ČR a SR. V současné době se rovněž podílí a připravě Světového kongresu anti-aging medicíny AMWC v Monaku, který se uskuteční letos v březnu.

Ve své přednášce na kongresu konstatovala, že medicína proti stárnutí vznikla v důsledku stárnutí světové populace. V souvislosti s managementem obezity v anti-aging medicíně připomněla Hippokratovo „Nechť je jídlo tvým lékem a lék nechť je tvým pokrmem.“

Čím je země rozvinutější, tím je proporce starších osob vyšší. Jeden z pěti Evropanů je nyní starší 60 let. Začátkem první poloviny 21. století bude v některých evropských zemích jeden člověk ze dvou starší šedesáti let. Ve vyspělých zemích je předpokládána životní délka pro šedesátiletého muže 18 let (78 let), pro šedesátiletou ženu 22 let (82 let).

**Obezita je choroba,  
kde bohužel farmakologická léčba  
často selhává.**

Požadavky na kvalitní výživu se stále zvyšují, což souvisí také se změnou našeho životního stylu a pohybového režimu.

Podle MUDr. Golkové jsou alergie a nesnášenlivost potravin častou příčinou nejasných zdravotních potíží. Potravinovou intolerancí trpí 20–35 procent populace.

ALCAT test, světově uznávaný test na potravinové intolerance, využívá cytometrického měření cytotoxicity, imunokomplexů a protilátkové reaktivity našeho organismu v testování potravin, barviv, konzervantů a chemikálií ve stravě.

Cílem medicíny proti stárnutí je dosáhnout co nejlepšího možného zdravotního stavu člověka a zároveň zpomalit proces stárnutí jeho organismus. Kromě jiného se zaměřuje rovněž na prevenci a léčbu obezity.

*Dokončení v příštím čísle*