

---

5/2008

ročník LXXX

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

---



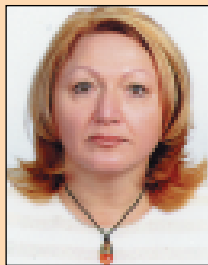
„Tak co je u vás v redakci novýho? Všecko při starým, že?“ hned si odpovéděl lékárník, který k nám samozřejmě volal kvůli něčemu jinému.

To by se tedy divil. Z našeho soustředství se stěhuje lékař-homeopat a my víme, že teď už nebude nic, jak bývalo. Definitivně snad na nás přestanou bušit jeho rozezení pacienti, aby nám vynadali, že nevíme, kde je, když už měl půl hodinu ordinovat. Některé z nich zelený lékárenský kříž na našich dveřích inspiroval k obsáhlému proslovu na téma, že ve zdravotnictví holt nefunguje nic, a když funguje, je to nekřesťanský drahé. Stávalo se tak zejména ve chvílích, kdy jsme cizím lidem odmítali půjčit redakční židle. Na společné chodbě totiž žádné posezení pro marody není. S odchodem lékaře však budeme ochuzeni o sdělení podobná tomuto: „Přišli jsme s vnukem, prý je moc divoký. Máme do školy přinést papír od doktora, že ho vyšetřil. Homeopat mu snad dá jakési ty kuličky, které jsou spíš pro útěchu, ale furt je to lepší, než kdyby vnuk polykal nějakou chemii. Nám stačí to potvrzení a ve škole se holt musí snažit nějak kluka zabavit.“

Naše paní uklízečka si stěžovala, že jí doktorka nenapsala lázně, které jí loni tolik pomohly. Dobře míněnou radu, aby si pobyt zaplatila ze svého, když si k důchodu přivydělává, odměnila strohým sdělením, že to by byla blázen. Nebude jezdit za svoje, když jí vlastně vůbec nic není. Tak máme naději, že bude uklízet i v létě.

Poslední novinkou je náš digitální fotoaparát. A to máte pro změnu naději vy, že na fotkách budete vypadat tak dobře, jak opravdu vypadáte.

Jaroslava HOŘANSKÁ



**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

PharmDr. Jan Horáček (předseda)

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuř, PharmDr. Dušan Holečko,

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

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

**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 vložka 74194.

**distribuce**

SEVEROMORAVSKÁ DISTRIBUČNÍ, 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. 6/2008 – 2. června 2008

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIC 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

**autorům**

- Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů)
- K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.)
- K příspěvkům přes 60 řádků NR požadujeme barevnou fotografii (stačí pasový formát) zachycující současnou podobu autorky či autora



Prívoská 6, 702 00 Ostrava

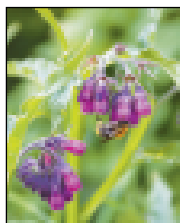
tel.: 596 115 372, tel. + fax: 596 114 844

e-mail: [casopis@ova.inecnet.cz](mailto:casopis@ova.inecnet.cz)

obsah

Je to reforma, nebo „deforma“?	4
Zeptali jsme se	5
Učme se dokazovat nezbytnost lékárenství	6
Poznámky ke dni: Jestliže je úterý, musíme být v Belgii – velký svět začíná za humny	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Hotovost za recept pohledem paragrafů	10
Správné dispenzační minimum: Antimalarika	11
Hanáci hledí na korunu, ale moc nenadávají	12
Obavy z „návratu do středověku“	14
Jak lékárny praskaly ve švech	15
Tak to vidím já: Quo vadis, české zdravotnictví?	16
Molekula měsíce: Riloncept	17
Nově registrované látky: Fixní kombinace ramiprilu s felodipinem	18
Asistovaná reprodukce, terapie sterility (II)	19
Kterak se stát „přepřelacem“ prodávacem“ aneb Nevěřte jen slibům	20
Lékárny a prevence infekčních onemocnění	22
Nové léčivé rostliny: Pleurotus ostreatus	23
Vinobraní klinické farmacie René Macha IX	24
Konference nejen o novinkách v infuzní terapii	26
Jak se psalo před 75 lety	28

titulní strana



KOSTIVAL LÉKAŘSKÝ (*Symphytum officinale*)

Statná vytrvalá bylina z čeledi brutnákovitých je rozšířena po celé republice od nížin do podhůří. Roste na vlhčích stanovištích polí, přikopů i podél cest. Mezi lidové názvy této odedávna využívané léčivé rostliny patří „černý kořen“, „trudovatník“, „medunice“ či „kobyli mléko“.

Snímek: Vladimír VRBOVSKÝ

## Je to reforma, nebo „deforma?“

Sto dní již dávno uplynulo a „soubor opatření“ k ozdravení našeho zdravotnictví nazývaný reforma si symbolickou dobu hájení vůbec neužil, zato v poslední době sledujeme, že útoky nabývají na intenzitě. Reforma je propírána v médiích, v hospodách, pouličně na shromážděních nespokojených důchodců a jiných protestujících skupin. A především na politických kolbištích, kde ve jménu ubohých pacientů, případně bezbranných novorozenců, exhibují poslanci a senátoři.



PharmDr. Jan Horáček

Někteří ze zákonodárců tak činí ve snaze zviditelnit se, někteří možná i s ušlechtilými úmysly. Jelikož jde o velké téma a současně s tím o naprostou neochotu dospět k politickému konsensu, což by této oblasti nesmírně prospělo, expandovala tato válka trochu netradičně až na půdu soudní, aby se zkoumala ústavnost poplatků. Že zdravotnictví, nerozumí většina zákonodárců víme, a jak o nás rozhodují, všichni pociťujeme na vlastní kůži každodenně. Teď se přidali i ústavní soudci, nepůsobí však jako vzor nestrannosti a apolitičnosti, někteří dokonce kvůli svým otázkám budí dojem nekompetentnosti, jako by se s problémem začali seznamovat až během jednání v soudní síni. Příkladem jsou ministři kladené tragikomické otázky typu *Kam jdou a na co se použijí prostředky vybrané formou poplatků?* Být na jeho místě, zaskočilo by mne to také a hned bych neřekl, že jsou příjmem zdravotnického zařízení, které s nimi naloží stejně, jako s ostatními příjmy, např. s penězi od pojišťoven. Celá situace ve mne vzbuzuje nejistotu i obavy, čehože se to ještě dočkáme...

### Co přinesla reforma pacientům?

Nejvíce diskutované jsou poplatky, tedy zvýšení finanční spoluúčasti pacientů. Od začátku zde jsou od plateb nesystémově osvobozeny některé skupiny obyvatel, což predikuje možnost rozšiřování výjimek na další a další. Je zde založena nespravedlnost vůči většině, a to bude stále předmětem licitací, kdo má, či nemá platit. Pokud někdo na poplatky nemá, je to věc sociálního systému, ze kterého má být kompenzován, nikoli záležitost soli-

darity zdravých a nemocných v rámci zdravotnictví, jak je veřejnosti předkládáno, nebo snad dokonce chudých a bohatých, což musí řešit nastavení odvodu daní. Z tohoto úhlu pohledu je problematický i ochranný limit 5 000 Kč (proč ne 3 000 nebo 7 000?). Nepopulární je logicky každá platba, ale zde zastávám pravicový názor, že poplatky pomáhají vymýtit komunistické dogma o bezplatném zdravotnictví, které v lidech dodnes zůstává jako mýtus, že je nebo má být zadarmo, *...dyž sem si přeče celej život platil to pojištění...* (Pozn.: Ústřední národní pojišťovna zanikla v 50. letech). Takže skutečně jde do jisté míry o výchovný prvek. V současnosti lze konstatovat, že ubylo pacientů v čekárnách lékařů, zvláště na pohotovostech, takže se nečeká tak dlouho, a teoreticky by mělo zbýt na nemocného více času a poskytnuta lepší péče. Zda tomu tak opravdu je, nedokážu posoudit. Idea, že vzroste zájem o pacienta ze strany zdravotníků a začne být akceptován jako klient přinášející peníze, myslím ve většině zařízení není zatím dostatečně naplněna. Troufám si konstatovat, že ani v lékárenství nedošlo kvalitativně k nějakému posunu příznivému pro pacienta, i když co se týče zájmu o něho, máme podle mého názoru proti většině jiných zdravotnických zařízení jistý náskok.

### Co přinesla reforma lékárnám a lékárníkům?

Především dvojí ceny léčiv, generované ještě složitější cenotvorbou, více práce kolem některých problematických novinek (opakovací recepty, sledování předepsaných množství) a (doufejme, že dočasný) pokles obrátu většiny lékáren. Reforma však bo-

hužel pro nás i pro nemocné nepřináší to nejdůležitější. Nesměruje ke kultivaci lékárenství ve smyslu odstranění jeho největších bolestí a pseudoliberalních nánosů. Neřeší nápravu nerovnoměrné sítě lékáren a odstranění netických a nespravedlivých rozdílů v doplácích na léčiva hrazená ze zdravotního pojištění, což je majoritním předmětem kritiky poměrů v lékárenství ze strany pacientů a vytváří negativní obraz oboru. Naopak zavedení poplatků vytvořilo další pole pro cenovou soutěž, byť se formálně realizuje obejitím zákona jako bonus pacientovi. Neuplatnila se tedy regulační funkce poplatku, jak byla při jeho zavedení argumentována, ale vrácením je znehodnocován ještě i poplatek stále vyhlášený jako regulátor. Obávám se tzv. slovenské cesty, kde nakonec před jejich zrušením poplatky nevybírala téměř žádná lékárna, neboť by konkurenčně neobstála. Nabízí se tedy otázka, zda je zde ve hře opravdu nějaká regulace, nebo jde jen o další vytahování peněz z kapes pacientů, případně ze zisků lékáren. Zavedení lékárenského pohotovostního poplatku, který by jako jediný měl smysluplnou regulační funkci k zábraně zneužívání, nám asi ale nehrozí.

Rozšíření kompetencí pro generickou substituci vnímám spíše jako legalizaci reálného stavu než jako významný pokrok. Většina rozumných lékárníků ji v mezích nyní platných předpisů prováděla již dříve, pacientů bazírujících na předepsané krabičce neubylo, protože v Česku lékař přeče nejlépe ví, proč to předepsal. Lékaři asi v dohledné době nemusejí mít obavu ze ztráty zájmu firem o jejich blaho. Novým jevem, který jsem také zaznamenal, je razítko *Nezaměňovat na receptu s předepsaným generikem jako projev soutěže mezi generickými výrobci.*

Zatím nedošlo ani ke slibovanému většímu uvolnění přípravků do kategorie volně prodejných. Nevím jak jinde, ale v mém okolí se nezměnily ani praktiky uplatňování elektronické preskripce v zařízeních, která ji dříve zavedla.

Přísloví, že nikdy není tak špatně, aby nemohlo být ještě hůře, platí doslova u publikování číselníků v letošním roce. Navíc můžeme očekávat brzké uplatnění dvojích úhrad z důvodů „indikačních“, a bude-li se rozšiřovat okruh osvobozených od poplatků, budeme muset usilovat o zavedení úhrady bez odpočtu. Ostatně již dnes by bylo spravedlivé ji moci uplatnit při

výdeji většího množství balení a u sociálních případů.

Abych nebyl příliš negativní a moc nestrašil, nebudu mudrovat o tom, co nás může postihnout s prosazením rozšířených kompetencí zdravotních pojišťoven k nákupu péče a modelu tzv. řízené zdravotní péče, založené na principu omezení svobody pacienta volit si lékaře či zařízení, zkrátka kdy půjde o bezpodmínečné směřování pacientů.



Dlouho jsem přemýšlel, co kladného bych napsal nakonec. Pozitivně jsem vnímal přípravu spuštění reformy a informační kampaň ministerstva pro veřejnost před Novým rokem, takže nám pacienti ani moc za poplatky nenadávali. Občas byli zlí, když v médiích nějaký dobrodinec sdělil, že nám těch 30 Kč přispěli do naší kapsy. Pozitivní je také to, že si polepšily zdravotní pojišťovny, které se starají o naše zdraví a mají teď na kontě slušný přebytek. Jsme tak zabezpečeni na péči třeba i před nějakou novou zaječí chřipkou. A hlavně se obohatil stát, když od nás dostane o čtyři procenta víc na DPH, no a stát, to jsme přece my všichni. Hurááá...

## Dopis, který potěší a zahřeje u srdce

Řádky, které citujeme níže, obdržel Mgr. Stanislav Havlíček od čestného člena České lékárnické komory RNDr. PhMr. Jiřího Etzlera. Pan doktor byl mimo jiné dlouholetým spolupracovníkem naší redakce; svými radami a bohatými zkušenostmi nezištně pomáhal při formování obsahu a podoby tohoto časopisu. Proto se i my rádi dodatečně připojujeme s gratulací.

V Ostravě, dne 5. 5. 2008

Vážený pane presidente,

Vaše přání k mé osmdesátce mne příjemně překvapilo a udělalo mi upřímnou radost. Moc Vám děkuji.

Sleduji v Časopise českých lékárníků Vaše články a nebýt už zetlelým pařezem, kráčel bych v řadách Vašich spolu bojovníků. Přeji Vám hodně úspěchů a nezdolatelných sil.

S mnoha pozdravy

Dr. Jiří Etzler

## ZEPTALI JSME SE

...tentokrát uživatelů lékařské péče:

**Zaznamenali jste od začátku letošního roku nějakou změnu v úrovni služeb lékáren, například v souvislosti se zavedením poplatků ve zdravotnictví?**

**Mgr. OLGA KUBAČÁKOVÁ, redaktorka, Ostrava**

Ne, zdá se mi, že je to stále stejné. Ani ostatní lidé ve frontách v některých lékárnách nereagovali na poplatek za položku na receptu. Lékárníci se chovají stále stejně nezúčastněně jako předtím. Vydají léky a nashle...

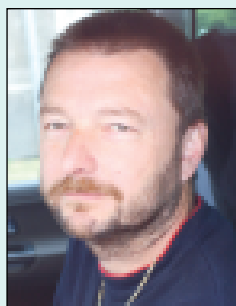


**Mgr. MARTINA PRAVDÍKOVÁ, středoškolská učitelka, Nová Bělá**

Několikrát se mi stalo, že mi v lékárně spočítali, jestli je finančně výhodnější uhradit si lék v plné výši, nebo si ho vzít na recept s třicetikorunovým poplatkem. Žádnou jinou změnu jsem nezaznamenala.

**VANDA KLEMISCHOVÁ, studentka VŠ, Suché Lazce**

Navštěvuji ponejvíce dvě konkrétní lékárny a s úrovní poskytovaných služeb jsem celkem spokojena, i když v jedné z nich bych určitě ocenila větší ochotu ze strany personálu při poskytování informací o volně prodejných lécích. V souvislosti se zavedením poplatků žádný rozdíl v servisu lékáren nepocítuji.



**Ing. VLADIMÍR KUBEK, manažer, Rožnov pod Radhoštěm**

Preferuji „svou“ lékárnu, do které docházím už řadu let, znám se s personálem a se službami lékárny jsem dlouhodobě naprosto spokojen. Je o mne postaráno opravdu jako o stálého klienta. Žádnou změnu jsem po zavedení poplatku za položku na receptu nezaznamenal.

# Učme se dokazovat nezbytnost lékárenství

Ve dnech 22. a 23. dubna jsme společně s PharmDr. Marií Zajícovou absolvovali tréninkový seminář a workshop EuroPharm Fora v Kodani pod názvem „Realizační strategie – od globálních zdravotnických priorit ke každodenní praxi.“ Tohoto setkání se zúčastnilo 46 delegátů z devatenácti členských zemí EuroPharm Fora.

Mgr. Marek Hampel, člen představenstva ČLK

EuroPharm Forum (EPF), společná organizace národních farmaceutických asociací, sdružení a komor, pracuje pod záštitou evropského úřadu WHO, sídlí v Dánsku a jeho členy je 38 národních svazů ze 29 evropských zemí. První pracovní den, a tím i dubnové setkání, zahájila prezidentka EPF **Inger Lise Eriksenová**.

Expertka WHO **Nina Sautenkova** prezentovala střednědobý strategický plán, ve kterém poukázala na spolupráci WHO s vládami členských zemí i s ostatními partnery. Regionální manažer WHO **Matt Muijen** představil směr vývoje péče o duševní zdraví pro 21. století. Regionální manažer WHO **Francesco Branca** hovořil o vzrůstajících problémech s obezitou. Ta se v rozvinutých zemích stává epidemii postihující celou populaci. Reprezentantka Moldávie **Ala Ciobanová** a viceprezident EPF **Dick Tromp** vyzvedli užitečnost výměny zkušeností v rámci EPF a začlenění správné lékárenské praxe (Good Pharmacy Practice, GPP) do každodenní činnosti. Po zavedení GPP se v moldavských lékárnách zlepšil poskytovatelný servis a lékárníci začali nabízet služby vyžadované veřejností, jako např. měření krevního tlaku, výpočet BMI a měření cholesterolu.

Za přelomovou přednášku považují vystoupení zástupkyně Národní asociace lékárníků Portugalska **Suzete Costové**. Model poskytování lékárenské péče v Portugalsku se za poslední tři roky od základů změnil. Do března 2005 zde lékárníci mohli vlastnit pouze lékárnici, léčiva se směla vydávat a prodávat jen v lékárnách. Vše se změnilo s nástupem nové vlády. Lékárníci rezignovali na vlastnění lékáren, pod ekonomickým tlakem evropských nadnárodních řetězců je prodali a s vládou dohodli vytvoření legislativy, která by jim umožnila poskytovat celé spektrum dalších lékárenských služeb. Portugalská lékárna nyní mimo jiné může realizovat centrum první pomoci, domácí péči, aplikaci vakcín mimo národní

imunizační program (chřipka, pneumonie, hepatitis A), základní diagnostický servis ze vzorků krve, spirometrii, oční a ušní screening či přípravu individuálních dávkovacích systémů.

**Závěr dne patřil workshopům**, při nichž se účastníci navzájem podělili o zkušenosti se zaváděním národních projektů poskytování lékárenské péče.

Druhý den jednání byl věnován informacím o dokumentování GPP. Ředitelka společnosti Pharmakon **Hane Herborgová** (Dánsko) představila studii komplexních terapeutických zásahů lékárníka a konkrétními daty doložila lékárenskou péči poskytovanou pacientům se sennou rýmou a dyspepsií.

Profesorka sociální farmacie **Claire Andersonová** (Velká Británie) dokumentovala význam evidence lékárenských činností. Poukázala na příklady intervence lékárníka při odvykání kouření, srdečně cévních onemocněních a diabetu.

„**Jaké máte relevantní důkazy o své každodenní práci v lékárně?**“ oslovil úvodem své přednášky auditorium otázkou prezident PGEU **John Chave**. Pro budoucnost lékárenství je naprosto klíčové, abychom se začali zabývat sběrem dat k vyhodnocování našeho přínosu pro sektor zdravotnictví. Je velmi těžké přesvědčit politiky – nejen na úrovni EU – o užitečnosti a potřebnosti lékárenské péče. Umíme uskutečňovat nejlepší lékárenskou praxi, ale nedokážeme o svém každodenním prak-

tickém přínosu na poli poskytování primární péče předložit jasné, statisticky významné důkazy. Ztrácíme tím věrohodnost před politiky, ale také před pacienty; je pak velmi komplikované žádat o politickou podporu veřejných lékáren a přísun financí z veřejných rozpočtů. Proces liberalizace lékárenského trhu probíhá nyní v celé EU.

Závěrem se účastníci rozdělili do pracovních skupin k diskusi nad těmito tématy: *Vzdělávání, Zdravotnické systémy, Kvalita léčiv, Bezpečné užívání léčiv, Pandemická chřipka*. V pracovní skupině k tématu *Bezpečné užívání léčiv* jsem prezentoval naši legislativní novinku – zavedení tzv. třetí kategorie výdeje léčiv s omezením, kde je nutný rozhovor s lékárníkem a následně monitorování účinnosti a bezpečnosti podaného léčiva. Zcela v kontrastu byl názor holandského kolegy Westeina, že lékárenský asistent je v holandských lékárnách plně kompetentní pro výdej léčiv a lékárník pouze kontroluje jeho činnost (jednou denně).

**Dva dny strávené v centru WHO pro Evropu mi přinesly zcela nové poznatky v oblasti poskytování lékárenské péče. Nyní vím, že liberalizace vlastnictví veřejných lékáren a razantní vstup lékárenských řetězců je společný mnoha státům EU. V ČR bychom měli využít odborný potenciál pracovníků ve veřejných lékárnách a urychleně začít s dokumentováním našeho odborného přínosu v systému zdravotní péče, abychom byli připraveni doložit nezbytnost a opodstatněnost lékárníků v tomto systému. Nikdo jiný za nás tuto práci neudělá.**

Závěrem příspěvku chci ještě vyjádřit zasloužený dík kolegyni Zajícové za její dlouholetý přínos v zastupování ČLK na evropské úrovni.



## ZASEDALO PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

**Praha, 15. dubna 2008**

PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ  
LÉKÁRNICKÉ KOMORY

- vyslovilo poděkování členům, kteří se podíleli na tvorbě přílohy MF Dnes.
- projednalo rozpočet Dne lékáren 2008.

### LEGISLATIVA

- Specializační příprava: Aktuálně se projednává téma náplně a řešení společného základu. Pro vyjasnění sporných bodů bylo vyvoláno jednání s ředitelkou odboru vzdělávání a vědy MZČR Mgr. Proškovou. Není dořešena akreditace lékáren z důvodu, že akreditovat všechny lékárny je technicky nemožné a nevhodné, hledá se řešení.
- Uznávání kvalifikací farmaceutů

v rámci EU: Bylo rozhodnuto písemně vyzvat MZČR k jednání se zástupci britské Royal Pharmaceutical Society.

- Vyhláška č. 49/1993: Na půdě MZČR se připravuje rychlá novela. Počítá s povinnou existencí konzultačního prostoru, konzultační místnost by byla nepovinná.
- Elektronická preskripce: Podnět vypracuje Mgr. Hampel.
- Hmotná nouze: Odloženo, vzhledem k malému počtu podnětů nebude dále řešeno.
- Regulační poplatky: Materiál k prezentaci za ČLK vypracuje Mgr. Mátl.

Jako host se zasedání představenstva zúčastnil ředitel SÚKL dr. Beneš. Mimo jiné přítomným přiblížil problematiku stanovení cen a úhrad,

datové toky, služby centrálního úložiště. Dále hovořil např. o cenové kontrole.

Z diskuse vyplynulo, že aktuálně není podána žádná stížnost na probíhající verzi e-preskripce (odpovědnou osobou za SÚKL je dr. Buzek). Pokud jde o předávání dat a cenovou kontrolu, má SÚKL možnost získat informace od ZP (latence dat), nepřekonatelnou překážkou jsou pro něj informace o koncových cenách. Byl prezentován návrh ČLK reportovat na SÚKL data odpovídající maximálně rozsahu exportů na zdravotní pojišťovny; o způsobech řešení budou dále jednat ČLK, SÚKL a zástupci provozovatelů lékáren. (člk, ččl)

Podrobný zápis z tohoto jednání najdete na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)

## Jestliže je úterý, musíme být v Belgii – velký svět začíná za humny

Už jsem kdysi na těchto stránkách popisoval své potíže s psaním začátků. Bohužel (nebo bohudík) se v tomhle pro mě nic nezměnilo. Napsat prvních několik vět zůstává stejně obtížné. Změna je, že nad tímto začátkem sedím v bruselském parku. Mám na to čas, protože zdejší jednání s kolegy z evropských komor skončilo překvapivě včas. Na rozdíl od podobných jednání doma je to příjemná zkušenost. Jeho výsledek se ovšem od jednání na domácích kolbištích prakticky neliší. Dozvěděl jsem se, co se děje u sousedů, a oni se na oplátku podivili, jaké že to hrůzy se dějí u nás. Výsledkem jsou nic (všechno?) neříkající sdělení: „Je třeba opatrně vyčkávat, monitorovat situaci, neukvapovat se, ustanovit pracovní skupiny, analyzovat, přijmout opatření, zaujmout stanoviska...“ Prostě nic nového. Podobné fráze pamatuji z velkoformátového Rudého práva a maloformátové Pravdy, když součástí hodin Občanské nauky byla politická aktualita. Ta se ovšem dala zpestřit absurdním humorem: „Sovětská vědci vymysleli betonové lodě.“ (PUPENDO) Kupodivu i v současnosti je takových osvěžení jako šafránu (*Crocus sativus*, *Iridaceae*). Podobné všeříkající věty se poměrně často objevují v parlamentním zpravodajství, následně v „partnerském“ měsíčníku lékařské komory

a překvapivě i v komunikaci s některými kolegyněmi a kolegy lékárníky. Dokola říkat a psát „mělo by se“ nebo „je třeba“ je o málo namáhavější než nedělat nic. Je to sice obrovská ztráta času, ale pěkně to vypadá.

### Standa Havlíček: POZNÁMKY KE DNI

Liberalizace (osvobození!) lékárenství se v jednotlivých zemích EU pomalým motoráčkem rozjíždí do oblastí, kterými se my v Čechách, na Moravě a ve Slezsku řítíme Pendolínem. Jsme o hodně napřed v deregulacích, v marketingových aktivitách, ve změnách charakteru vlastnictví lékáren lékárníky (!) a v neposlední řadě i v řetězení zdravotní péče v horizontálním nebo vertikálním směru. Stejně jako u nás, i v zahraničí volí kolegové vyčkávací nebo spíše zdržovací taktiku. Naše zkušenost ukazuje i jim, že jakákoliv změna je pro lékárnický stav změnou k horšímu. Proaktivní přístup, na kterém se „evropsky“ shodneme, zůstává v domácích prostředích jednotlivých států spíše v rovině zvýšené zdržovací aktivity. Z Bruselu si odváží důležité sdělení mimo záznam: „Je jisté, že ke změnám v lékárnách a lé-

kárenství dříve nebo později dojde. Otázkou je, zda se přizpůsobí změny lékárníkům, nebo lékárníci změnám.“



V z p o m í - nám na slova docenta Václava Ruska, který mi před dvěma roky říkal: „Jsem opravdu šťastnej, že už jsem starěj a nemusím při tomhle být.“ Jenže my ostatní musíme. Záleží na tom, kterou se vydáme cestou, protože na výběr prý je vždycky. Hamletovské: „Být, či nebo nebýt?“ (rozuměj „u toho“) už mám za sebou. Po výběru BÝT přichází volba způsobu JAK u toho být? Zvolit zdržovací taktiku a doufat, že se nějak podaří vydržet do penze? Při průměrně pětadvacetiletém penzijním horizontu lékárníků a rychlosti liberalizačních změn volím raději výše uvedený proaktivní přístup. Volím hledání jiných možností pro využití odborné úrovně lékárníků. Jednou z cest je nabídnout pacientům placený konzultační a poradenský servis. Vycházím při tom z úspěšných modelů vzdělávání v kardiologické a diabetologické problematice, na které letos navazujeme dvěma

*Pokračování na další straně*

dalšími v geriatrické a adiktologické péči. Alternativním řešením je důraz na větší komercionalizaci lékáren. Kopírování marketingových a diskontních aktivit možná dodává lékárnám iluzi ekonomické stability a lékárníkům nové dovednosti. Někteří kolegové tvrdí, že jde o zvyšování odbornosti a dokonce i o zvyšování sebevědomí(!) lékárníků. Rubem těchto činností je vzdalování lékáren od farmacie, která, z podivných důvodů, nemá ve studijním plánu ani marketing, ani merchandising.

Jedna z kolegyně mi napsala, že se nemám pořad ptát, co lékárníci chtějí. Že mým úkolem je postarat se o odpovědi. Že financování lékáren prostřednictvím obchodní přírůžky je dostatečně vyřešeno a zbývá vyřešit (jenom!) financování odborných konzultací. Že jí není lhostejné, kdo stojí v čele komory. Že v čele má být někdo, kdo zná odpovědi... Jenže cestou k odpovědím, alespoň pro mě, byly, jsou a budou právě otázky. A nalezení správných otázek míří k úspěšnému řešení účinněji než znalost odpovědí.

*Změny přizpůsobené lékárníkům, nebo lékárníci přizpůsobující se změnám?*

*Lékárna prosperující v závislosti na odborných kvalitách a specializaci svých lékárníků, nebo lékárníci prosperující podle úspěšnosti komerčních aktivit lékáren?*

*Zisková lékárníkem racionalizovaná farmakoterapie a ochrana pacientů před interakcemi nadužívaných léků, nebo odborníky (na)řízená farmakoterapie ke zvyšování obrátu a zisku?*

Až se mi povede skončit včas i na některém domácím jednání, nesednu si s tužkou a blokem do parku jako dnes, ale k internetu a vytvořím na webu komory nějakou anketu z podobných otázek. Možná to dřív než já zvládne někdo z vás a společně budeme čekat, jestli se objeví alespoň nějaké odpovědi.

Aby to nebylo jen obecné filozofování a moralizování, předkládám souhrn našich nedávných (ne)úspěchů:

Novelizací živnostenského zákona byli prodejci vyhrazených léčiv (PVL) převedeni z vázaných mezi volné živnosti. Přes aktivitu představitelů ČLK se **nepodařilo přesvědčit** senátory, aby vrátili novelu do poslanecké sněmovny. Pro PVL stále platí povinnost absolvovat kurs. Mezi vyhrazená léčiva od tohoto roku patří i nikotinová substituce.

## OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE zrušená a vydaná v dubnu 2008

### Zrušená osvědčení

- 189/1993 RNDr. Vladimír Pacold, Masarykova 1, Brno  
269/1993 RNDr. Marie Fialová, Zahradní 580, Bystřice nad Pernštejnem  
404/1993 RNDr. Marie Páleníková, Karla Šafáře 64, České Budějovice  
417/1993 Mgr. Jana Svobodová, Holandská 10, Znojmo  
479/1994 Mgr. Božena Kryglová, Generála Svobody 24/280, Havířov-Šumbark  
15/1995 PharmDr. Libor Steinbauer, Vrchlického 57, Jihlava  
17/1995 PhMr. Marcela Helclová, U Katovny 1, Litoměřice  
128/1996 PharmDr. Tomáš Svačina, Senovážné náměstí 1616, České Budějovice  
85/1998 Mgr. Irena Němečková, Náměstí T.G.M. 164, Česká Lípa  
215/1998 Mgr. Marie Rozboudová, Svatováclavská 15, Mělník  
260/1998 Mgr. Marie Schwarzová, Nerudova 91, Lipník nad Bečvou  
137/2001 PharmDr. Hana Kňurová, ul. Vrbka 41/17, Krásné Pole  
204/2001 PharmDr. Irena Paterová, Francouzská 17, Praha 2  
174/2002 PharmDr. Ginka Strušková, K. Steinera 13, Plzeň  
370/2002 Mgr. Jitka Vrběcká, Havlíčkovo náměstí 54, Havlíčkův Brod  
238/2003 Mgr. Marie Münsterová, Sociální péče 3316, Ústí nad Labem  
271/2004 Mgr. Martina Kociánová, U Nádraží 1043/1, Písek  
114/2005 Mgr. Alice Nebřenská, Vinohradská 134, Praha 3  
142/2005 Mgr. Markéta Nevrtalová, Divadelní 4, Brno  
262/2005 Mgr. Elena Mareková, T.G.M. 42, Nový Bor  
277/2005 Mgr. Jana Šabršulová, Mostní 102/16, Valašské Meziříčí  
268/2005 Mgr. Tomáš Kopp, České mládeže 456, Liberec (provoz lékárny zrušen)  
4/2006 Mgr. Lenka Kolbabová, Huťská 211, Kladno  
58/2006 Mgr. Jana Němcová, Temenická 99, Šumperk  
76/2006 Mgr. Lenka Vrbková, 28. října 1225, Kladno  
77/2006 PharmDr. Milan Eisner, Americká 2401, Kladno (provoz lékárny zrušen)  
262/2006 Mgr. Milada Švihlíková, Komenského 970, Roudnice nad Labem  
266/2006 PharmDr. Helena Mrskočová, Tererova 8/1551, Praha 4  
289/2006 PharmDr. Helena Švecová, Náměstí 22/24, Velké Meziříčí  
301/2006 Mgr. Zuzana Pilařová, Jankovcova 1569/2c, Praha 7  
359/2006 Mgr. Darina Hendrychová, nám. Míru 201, Vracov  
12/2007 PharmDr. Hana Matušková, Šternberkova 1698, Rychnov nad Kněžnou, VLP  
19/2007 Mgr. Jiří Procházka, Vršovická 38, Praha 10 (provoz lékárny zrušen)  
73/2007 PharmDr. Lucia Andorková, Oblouková 610, Vrané nad Vltavou  
161/2007 Mgr. Alena Kočárková, nám. Republiky 5, Plzeň (provoz lékárny zrušen)  
193/2007 Mgr. Eva Štěpánková, Fibichova 2832, Most  
227/2007 Mgr. Lucie Košařová, Kostelecká 1959, Brandýs nad Labem  
243/2007 PharmDr. Romana Černá, Tyršova 869, Trmice  
250/2007 RNDr. Jana Klofáčová, Aviatická 8, Praha 6  
278/2007 PharmDr. Ladislava Dvorská, Konečná 25, Prostějov  
353/2007 Mgr. Daniel Hřívnáč, Střelnická 2270/46, Praha 8 (provoz lékárny zrušen)  
354/2007 Mgr. Helena Tomášková, Přimdská 501, Bor  
19/2008 PharmDr. Jaroslava Staňková, Radčická 2861/2, Plzeň  
29/2008 PharmDr. Michael Vanžura, Zenklova 28, Praha 8  
39/2008 PharmDr. Martin Dočkal, Švihovská 14, Plzeň  
49/2008 PharmDr. Tomáš Florian, SNP 1081, Chrudim  
93/2008 PharmDr. Miloslava Šachová, nám. OSN, Praha 9

### Vydaná osvědčení

- 106/2008\* PharmDr. Jaroslav Žalud, Dr. Max LÉKÁRNA, Dr. Jiřího Procházky 5281/20, Jihlava, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
107/2008 Mgr. Lucie Košařová, Dr. Max LÉKÁRNA, Kostelecká 1959, Brandýs nad Labem, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
108/2008 PharmDr. Helena Švecová, Náměstí 22/24, Velké Meziříčí, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
109/2008 RNDr. Antonín Dudík, Mirza, Fibichova 2832, Most, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.  
110/2008 Mgr. Monika Wojnarová, Lékárna U pramene, Generála Svobody 24/280, Havířov-Šumbark, provozovatel: W.K. U PRAMENE, s.r.o.  
111/2008 Mgr. Lenka Stejskalová, Lékárna Na Náměstí, Havlíčkovo nám. 54, Havlíčkův Brod, provozovatel: PharmDr. Jaromír Weber

- 112/2008 Mgr. Martin Mátl, Nemocniční lékárna Masarykovy nemocnice, Sociální péče 3316, Ústí nad Labem, provozovatel: Krajská zdravotní, a.s.
- 113/2008 PharmDr. Marta Kotrbová, Dr. Max LÉKÁRNA, U Nádraží 1043/1, Písek, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 114/2008 Mgr. Jarmila Málková, Dr. Max LÉKÁRNA, SNP 1081, Chrudim, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 115/2008 PharmDr. Jarmila Staňková, Lékárna Bor, Přimdská 501, Bor, provozovatel: REAL 1 a.s.
- 116/2008 PharmDr. Olga Winklerová, Lékárna Na Palmovce, Sokolovská 149, Praha 8, provozovatel: PRAG EMPORION s.r.o.
- 117/2008 Mgr. Jitka Majoršínová, Lékárna SFINX, Hrnčířská 6, Brno, provozovatel: Lékárna u Rubínu, a.s.
- 118/2008\* Eulália Suchá, prom. farm., LÉKÁRNA TROUBSKO, Hraničky 94/1, Troubsko, provozovatel: Renata Bateková
- 119/2008 PharmDr. Pavel Kejzlar, Švihovská 14, Plzeň, provozovatel: Dopravní zdravotnictví a.s.
- 120/2008 Mgr. Marcela Dršková, Na Náměstí, T.G.M. č. 164, Česká Lípa, provozovatel: Českolipská lékárenská společnost, s.r.o.
- 121/2008 Mgr. Ivana Kopecká, Lékárna P-P, Huťská 211, Kladno, provozovatel: P-P Klinika, spol. s r.o.
- 122/2008 Mgr. Markéta Nevrtalová, Divadelní 4, Brno, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.
- 123/2008 PharmDr. Milan Eisner, Bellis, 28. října 1225, Kladno, provozovatel: Lékárny Eisner s.r.o.
- 124/2008 Mgr. Lukáš Toman, Lékárna Arnica, Zahradní 580, Bystřice nad Pernštejnem, provozovatel: Lékárna Arnica, spol. s r.o.
- 125/2008 Mgr. Marcela Štirbová, Lékárna VRACOV, nám. Míru 201, Vracov, provozovatel: CERSPOL s.r.o.
- 126/2008\* aff Jiří Bárta, Lékárna No. 36, Potůčky, Potůčky, provozovatel: Hong Nguyen
- 127/2008 Mgr. Daniel Hřivnáč, Dr. Max LÉKÁRNA, A. Drabíkové 534/1, Praha 4, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 128/2008 PharmDr. Irena Paterová, Lékárna Na Floře, Vinohradská 134, Praha 3, provozovatel: MEDIMAX, a.s.
- 129/2008 Mgr. Patricie Perutková, Lékárna OÁZA, Počernická 630, Praha 10, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 130/2008 RNDr. Jana Klofáčová, Lékárna Palma, Zenklova 28, Praha 8, provozovatel: Pharmacy Development s.r.o.
- 131/2008 PharmDr. Květuše Lendrová, Lékárna U sv. Kláry, Tererova 8/1551, Praha 4, provozovatel: MEDICAMENTUM s.r.o.
- 132/2008 PharmDr. Denisa Farkašová, Lékárna Schleckler, Europort, Aviatická 8/1092, Praha 6, provozovatel: SCHLECKER a.s.
- 133/2008 Mgr. Barbora Kolmačková, Lékárna-Lighthouse, Jankovcova 1569/2c, Praha 7, provozovatel: ISCARE I.V.F., a.s.
- 134/2008 PharmDr. Pavlína Prausová, Vranská lékárna, Oblouková 610, Vrané nad Vltavou, provozovatel: Šárka Krchová
- 135/2008 PharmDr. Jan Schwarz, Náměstí T.G. Masaryka 91/7, Lipník nad Bečvou I-Město, provozovatel: EBIX spol. s r.o.
- 136/2008 Mgr. Jana Šabršulová, Dr. Max LÉKÁRNA, Mostní 102/16, Valašské Meziříčí, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 137/2008 Mgr. Alice Kaňkovská, U Zámku, Svatováclavská 15, Mělník, provozovatel: Mgr. Alice Kaňkovská
- 138/2008 RNDr. Marie Páleníková, Šumava, Karla Šafáře 64, České Budějovice, provozovatel: PharmDr. Lukáš Páleník
- 139/2008\* PharmDr. Ludmila Drhová, Ph.D., „Dr. Max“, Dr. Milady Horákové 586/90, Liberec-Rochlice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 140/2008 Mgr. Tomáš Kopp, Lékárna Pod Smrkem, Vaňkova 225, Nové Město pod Smrkem, provozovatel: WEILCHEN a.s.
- 141/2008 Mgr. Marcela Haviarová, Hrádecká lékárna, 1. máje 39, Hrádek u Rokycan, provozovatel: Mgr. Marcela Haviarová
- 142/2008 PharmDr. Blanka Zörnerová, Lékárna V domě U červeného raka, Masarykova 444/1, Brno, provozovatel: Rent-Pharm, a.s.
- 143/2008 Mgr. Irena Němečková, U zlatého lva, tř. T.G.M. 42, Nový Bor, provozovatel: Mgr. Irena Němečková
- 144/2008 Mgr. Michal Navrátil, U Českého lva, Komenského 970, Roudnice nad Labem, provozovatel: MUDr. Milan Langer
- 146/2008 Mgr. Hynek Jiříčka, AESCULAP ZNOJMO s.r.o., Holandská 3557/10, Znojmo, provozovatel: AESCULAP ZNOJMO s.r.o.
- 147/2008 PharmDr. Libor Steinbauer, Lékárna Na Domě Zdraví, Vrchlického 57, Jihlava, provozovatel: Lékárna Lloyds s.r.o.
- 148/2008 PharmDr. Tomáš Svačina, Lékárna U Muzea, Senovážné náměstí 1616, České Budějovice, provozovatel: Lékárna U Muzea s.r.o

\* = nová lékárna

(člk)

Do novely zákona o uznávání kvalifikací se nám  **podařilo prosadit**  podrobnější specifikaci zdravotnického povolání farmaceuta a přímý zákaz výkonu zdravotnického povolání osobám, které nejsou v evidenci komor.

Senátem  **úspěšně prošla**  novela zákona o střetu zájmů, kterou jsme prosazovali s představiteli ostatních komor. Prezident republiky tuto novelu vetoval 9. 5. 2008 s odůvodněním, že je příliš přísný.

*Lze tedy předpokládat, že i po úpravě, nebo pokud poslanci přehlasují veto prezidenta, nebudou členové orgánů samosprávných stavovských organizací (představenstvo, revizní komise a čestné rady ČLK i na okresní úrovni) nadále povinni plnit povinnosti podle tohoto zákona, zejména podávat tzv. majetková přiznání. I když tuto povinnost za dosavadního znění zákona při jeho doslovném výkladu měli (včetně těch, kteří v minulém roce ukončili svoji činnost), lze předpokládat, že jejího splnění se zpětně nebude nikdo domáhat.*

Stále probíhá šetření ÚOHS v případě tzv. „vracení pětikorun“. Už v lednu jsme požádali ředitele zdravotních pojišťoven a právníky ministerstva zdravotnictví o vyjádření, zda tím nedochází k porušování ustanovení zákona 48, konkrétně při výběru regulačních poplatků. Jejich odpovědi a shrnutí celého případu si můžete přečíst v autorizované části našeho webu.

Máme za sebou první semináře projektu SENIOR a ADIKTOLOGIE. Oslovil jsem zástupce některých zdravotních pojišťoven ohledně způsobu využití specializovaných farmaceutických konzultací v těchto oborech. Jednáme o možnostech zařadit takovou konzultaci jako „nadstandardní“ službu s úhradou z fondů prevence.

Zahájili jsme i přípravu na pokračování projektu „lékové chyby“ a mnoho dalšího.

S trochou nadsázky můžu říct, že to, co se nakonec projeví jako neúspěch, vyžaduje mnohem více investovaného času. Rozhodně se ve „velkém světě“ nenudím.

PS: „Celý svět“ skončil pro naše děti hned po mém návratu „z velkého světa“. V noci na dnešek jim kuna ulovila ochočeného králíka. V kontextu s jejich slzami, když jsem mu kopal hrobeček, klesá význam výše popsaného. Nebezpečí velkého světa cihá už za humny, tak dejte pozor na lovíci kuny ze sousedství.



## ODBORNÉ SEMINÁŘE

Přihlášky na jednotlivé akce s uvedením data a místa konání a samozřejmě osobních dat (jména, příjmení, titulu, resp. členského čísla či adresy pracoviště + kontaktního telefonu) zasílejte na adresu mrazkova@lekarnici.cz nebo horakova@lekarnici.cz, přihlásit se můžete rovněž na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)). Odtud budou předávány místním organizátorům akcí společně s formuláři osvědčení o účasti, která pečlivě uschovejte, budou se hodit.

## 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 5 dní před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě).

**Plzeň (kód semináře: 39)**

(Cizinecký dům, Karlovarská 83, začátek v 10 hodin) so 14. 6. Interaktivní dispenzační seminář: Analgetika (antipyretika, anodyna), nežádoucí účinky, interakce

(MUDr. František Kulič;  
Mgr. Ladislav Ruman)

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

**Znojmo (kód semináře: 41)**

(Hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18 hodin)

čt 19. 6. Interaktivní dispenzační seminář: Farmaceutická péče u jaterního selhávání a refluxní ezofagitidy (doc. RNDr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Vladan Ryšavý)

Odborný garant: PharmDr. Zora Zoubková

**České Budějovice (kód semináře: 42)**

(Kulturní dům Metropol, Senovážné nám. 2, začátek v 18 hodin)

st 25. 6. Interaktivní dispenzační seminář: Akutní koronární syndrom a nová doporučení v resuscitaci (Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart)

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

# Hotovost za recept pohledem paragrafů

Již před několika lety začaly některé lékárny používat jako marketingový nástroj výplatu hotovosti pacientovi za každý předložený recept. Česká lékárnická komora byla od počátku svými členy na tuto praxi upozorňována. Podněty členů byly neseny v jednotném duchu, totiž, že se jedná o praktiku, která je lékárníka nedůstojná.

ČLK se už v průběhu roku 2006 a první polovině roku 2007 v této věci obrátila s mnoha podněty na zdravotní pojišťovny, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Českou obchodní inspekci i ministerstvo zdravotnictví. Z odpovědí, kterých se jí dostávalo, vyplynul závěr, že vyplácením hotovosti za recept nedochází k porušení žádného právního předpisu. Ministerstvo zdravotnictví ústy náměstka ministra zdravotnictví MUDr. Pavla Hroboně vyjádřilo názor, že jde o jednání, které je za hranicí etických pravidel upravujících chování lékárníka. Tento názor následně zopakoval i PharmDr. Martin Beneš, ředitel SÚKL, ve své písemné reakci na podnět ČLK.

Protože bylo zřejmé, že příslušné orgány sice výplatu hotovosti považují za neetickou, ale nebudou vůči ní nijak zakročovat, rozhodlo se v červenci

2007 představenstvo ČLK vydat stanovisko, jímž byli členové komory informováni, že podobné praktiky jsou v rozporu s etickým kodexem ČLK, přičemž porušení povinností stanovených tímto stanoviskem předpisem může být příslušnými orgány

komory posouzeno jako disciplinární delikt. Toto stanovisko bylo následně uveřejněno na internetových stránkách komory a v Časopise českých lékárníků.

*Pokračování na straně 20*

## Jak se efektivně zbavit závislosti

V březnovém čísle ČČL jsem, vážené kolegyně, vážení kolegové, avizoval aktivitu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Letáky jsou zdarma k dispozici v distribuční síti společností Alliance HealthCare, Pharmos a Phoenix. Každá lékárna si může objednat prostřednictvím telefonních operátořek zmíněných společností. Předpokládaný počet na jednu lékárnu je 50 kusů.

Věřím, že uvedené informace pomohou nejen Vám, ale především Vaším pacientům orientovat se v možnostech, jak se efektivně zbavit závislosti. Distribucí těchto letáků pacientům se lékárny aktivně připojují ke kampani EU HELP „Pro život bez tabáku“.

U příležitosti 60. výročí založení WHO se 28. května, za účasti předních politiků a členů diplomatického sboru, koná v zahradách Pražského hradu akce „Společná cesta za zdravím – 60 let WHO“. Její součástí je seminář s tiskovou konferencí „Postoj WHO k tabákové pandemii“, který se uskuteční při příležitosti Světového dne bez tabáku (31. 5.). Hlavními tématy semináře jsou základní požadavky WHO ke kontrole tabáku: • **ratifikace Rámcové úmluvy o kontrole tabáku** • **nekuřácké veřejné prostory** •  **dostupná léčba závislosti na tabáku**.

Objednáním a distribucí letáků i ve Vaší lékárně mi umožníte, nejen na této tiskové konferenci, propagovat lékárny jako **Zdravotnická zařízení s velkým potenciálem preventivních služeb**.

**Mgr. Stanislav HAVLÍČEK, prezident ČLK**

# SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

## Antimalarika

Jelikož stále více lidí cestuje do tropických krajín, setkáváme se i v lékárnách s léčivý, která jsme dříve v praxi běžně nevydávali. Je obecně známo, že preventivní očkování proti malárii neexistuje, protože je to onemocnění protozoární s komplikovaným cyklem, jehož antigeny se neustále mění a vyvíjejí.

Rozšířenost choroby v rozvojových zemích samozřejmě nutí odborníky k tomu, aby se na tuto problematiku zaměřili, dosud však vakcína ke klinickému použití dostupná není. Existuje řada obecných doporučení pro cestovatele a vždy je nutné vzít v úvahu oficiální směrnice a místní informace o výskytu případné rezistence na určitá antimalarika. Původcem může být více species, avšak v iniciální léčbě se postupuje tak, jako by bylo původcem *Plasmodium falciparum*, které způsobuje tzv. *maligní malárii*. U nechráněných jedinců může probíhat onemocnění velmi rychle a léčba je tedy nasazována ihned, i když jsou ještě krevní testy negativní. U nás je jedním z registrovaných preparátů MALARONE, kombinovaný preparát obsahující proguanil s atovachonem. Výhodou pro profylaxi je perorální podávání. Pokud však je klinický stav vyžadující terapii tak vážný, že je nutné přistupovat k intravenózní terapii, přichází v úvahu **chinin** (u nás v této LF nedostupný). Jeho dostupnost v zemích třetího světa je mnohdy velmi riziková, často se prodávají padělky a nejrůznější tablety s nestabilním obsahem účinné látky. Proto není nikdy vhodné počítat s řešením případné malárie až na cílovou destinaci s možným endemickým výskytem malárie. Navíc chinin sám patří mezi látky velmi nebezpečné s řadou nežádoucích účinků a evidovaných úmrtí (viz FDA) a vůbec by neměl být v samoléčbě podáván. Preparát mefloquine (LARIAM) se k léčbě používá dnes již daleko méně, protože je popisována narůstající rezistence. Ve specifických případech je k dispozici i více intravenózních antimalarik, která však u nás nejsou běžně dostupná a spadají do režimu mimořádného dovozu. Někdy se v terapii používají i ostatní běžná antibiotika, např. doxycyklin nebo klindamycin. Dávka Malaronu se liší podle toho, je-li používána v režimu léčebném, nebo terapeutickém.

**Léčba malárie:** Malarone 4 tbl 1x denně po dobu 3 dní. U dětí: pokud mají více než 40 kg, je léčba stejná jako u dospělých. U menších dětí jsou dávky redukovány takto: 11–20 kg, 1 tbl denně po dobu 3 dnů; 21–30 kg, 2 tbl denně po 3 dny; 31–40 kg, 3 tbl denně po 3 dny. U menších dětí je nutno použít pediatrické LF s menším obsahem proguanilu.

Pokud je původcem species *Plasmodium vivax* (nebo *P. ovale* či *P. malariae*), jedná se o tzv. *benigní malárii*, která je dobře zvládnutelná chloroquinem (Delagil), podává se iniciální dávka 600 mg, pak 300 mg po 6–8 hodinách, pak jedna dávka 300 mg denně po 2 dny.

Nejčastější formou podávání však je účinná **profylaxe** před a v průběhu cesty. Cestovatel by měl při cestách do

endemických oblastí dodržovat návody schválené odbornými skupinami parazitologů. Musí mít neustále na zřeteli: riziko expozice malárií, možný vznik rezistence na užívané antimalarikum, účinnost doporučeného léku a jeho vedlejší účinky a také individuální faktory, jako věk, těhotenství, ledvinné nebo jaterní poškození. Jelikož profylaxe není absolutní, je nezbytná ochrana před samotným bodnutím komárem (sítě, moskytiéry, impregnace specifickými repelenty, použití insekticid), nanášení vhodných repelentů na kůži formou sprejů, kuliček, roztoků atd., což zajistí ochranu obvykle na několik hodin. Ještě vhodnější je ochrana oděvem (dlouhé rukávy, kalhoty).

Často je diskutována doba profylaktického podávání antimalarik. Obecně platí, že by se Malaronem mělo začít 1–2 dny před plánovanou cestou do endemické oblasti a terapie by měla skončit týden po návratu (pobyt v této oblasti by neměl přesáhnout 28 dní). V případě dlouhodobého pobytu se často uvádí, že lze provádět profylaxi obvykle bez komplikací po dobu jednoho roku. Je velmi důležité vědět, že i po návratu domů je nejméně rok (zvláště první tři měsíce po návratu) nutné uvažovat v souvislosti s jakýmkoliv onemocněním o malárii. Lékař by měl být vždy informován o pobytu v endemické oblasti. Pro těhotné není cestování do těchto oblastí vůbec vhodné. Pakliže je to nezbytné, musí užívat vhodnou profylaxi (chloroquine, proguanil) a doplnit příjem kyseliny listové (5 mg denně).

Před cestou je nutné sledovat, které oblasti patří mezi hodně či slabě rizikové. Pakliže cesta zahrnuje obě tyto oblasti, je nutno užívat profylaxi celou dobu jako pro oblast s vyšším rizikem. Nejvíce rizikové jsou oblasti centrální Afriky a přilehlé ostrovy, Jižní a Střední Amerika, záleží také na ročním období. V asijských oblastech je riziko obvykle nižší a více variabilní.

Cestovatelům se doporučuje mít informace o správném počínání v písemné formě, včetně dávkování. Samoléčba je nevhodná!

### Jak správně užívat Malarone:

- Užívat současně s jídlem, je vhodnější nějaké tučnější jídlo, nebo alespoň mléčná strava – absorpce atovachonu je takto daleko vyšší.
- Mohou obvykle nastat NÚ zahrnující bolesti hlavy, žaludeční dyskomfort, někdy i kašel.
- Pacienti užívající dlouhodobě warfarin musí počítat s tím, že jeho antikoagulační účinek může být díky proguanilu zvýšen – obvykle je tedy vhodné s lékařem upravit dávku podle INR.
- Projevují-li se při užívání i závratě, je nutno opatrně přistupovat k řízení motorových vozidel.

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

# Hanáci hledí na korunu, ale moc nenadávají

„Moje začátky před pěti lety ve Slatinicích byly trochu prapodivné. Předchozí lékárna tu neměla moc dobrou pověst. A do toho přijdu já, rozený Severočech, který nejen, že lidem moc nerozumí, třeba když chtěla paní špontike do oší, ale taky mluví jinak, než je tu zvykem. Chvilku mi trvalo, než jsem se v tom hanáckém nářečí trochu zorientoval“, vzpomíná Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.

Jaroslava Hořanská

OOVL ve Slatinicích patří pod olomouckou lékárnu na Kmochově ulici, jejímž provozovatelem je Mgr. Pavel Kalman. Slatinice jsou lázeňská obec, kde se léčí chronické nemoci pohybového ústrojí, pacienti využívají rehabilitace po operacích velkých kloubů, po úrazech apod. Lékárna stojí přímo proti hlavní lázeňské budově.

„Máme otevřeno každý den, kopírujeme ordinanční dobu praktického lékaře, který má ordinaci v místě, dvakrát týdně je tu gynekolog, ve vedlejší obci je i interna a pediatr. Kromě místních občanů k nám chodí i pacienti z lázní, ale u nás nejde o bohatou lázeňskou klientelu, jako třeba v Karlových Varech. Jsou to lidé, kteří potřebují léky, které si zapomněli doma, nebo potřebují analgetika, protože je bolí klouby“, říká Mgr. Krebs, a na otázku, v čem se projevuje hanácká nátura, odpovídá: „Dřív jsem pracoval v lékárně v Olomouci, rok ve Slaném. Tady lidi tolik nenadávají, jsou přístupnější informacím, nechávají si víc věcí vysvětlit, zato dost hledí na korunu. Výhodou venkovské lékárny je, že svoje pacienty

znáš, víš v jakém žijí prostředí, jaké jsou a nejsou schopni dodržovat léčebné režimy. Tady lékárník opravdu musí pracovat tak, jak pracovat má. Není to tak, že pacientovi jen řekneš „tříkrát tři kapky“, protože už ho třeba vícrát neuvídíš. Já vím, že si pro něco, třeba jen pro radu, přijde možná už za týden.“

## ■ Co tě přivedlo k farmacii?

Už si nepamatuji první impuls, ale vím, že mě ovlivnilo to, že v době mého středoškolského studia existovala na gymnáziích bloková výuka. Já jsem si zvolil blok chemický, kde jsem měl možnost jít dvakrát na praxi do lékárny. Tam jsem se utvrdil, že půjdu na farmacii. Ale měl jsem taky fantastického profesora, u kterého jsem se v hodinách chemie naučil tolik, že jsem s těmi znalostmi dlouho vydržel ještě na fakultě.

## ■ Kromě toho, že jsi lékárník „v plném nasazení“, pracuješ druhé volební období v představenstvu ČLK, jsi tiskový mluvčí komory. Věděl jsi, do čeho jdeš?

Kdo takovou práci někdy nezažil na vlastní kůži, nemůže vědět, do čeho



jde. Pokud jde o práci se sdělovacími prostředky, nebyl jsem ale tak úplně „neposkrvněn“. Na některých materiálech jsem dřív spolupracoval se svou předchůdkyní Mgr. Leonou Štěpkovou. V mnoha věcech mi při mém startu na postu mluvčího pomohla a stále jako členka týmu regionálních mluvčích pomáhá, za což jí patří můj velký dík. Absolvoval jsem i školení mediálních zástupců komory, ale doopravdy se člověk začne učit za běhu. Je to jako všude a se vším, něco vyjde a něco ne. Když se podaří dostat nějaký kvalitní materiál přes média k lidem, tak mě to vždycky potěší. Ale někdy novinář zveřejní něco, co jsme neřekli nebo řekli docela jinak. Stalo se mi, že jsem si v novinách přečetl něco, co jsem měl říct, a myslel jsem si, že ten rozhovor snad ani nemohl být se mnou.

## ■ Jsou tvoje zkušenosti s novináři pozitivní?

Někteří novináři píšou buď na objednávku, nebo se v problematice lékárenství vůbec neorientují. Bez ohledu na to jsme na samém začátku spolupráce s novináři zvolili strategii komunikace podávání pravdivých informací. Kdybychom něco překrucovali, dřív nebo později by se na to přišlo, a pak už by nám nikdo nevěřil. Novináři dovedou ocenit, když jim připravíme kvalitní podklady a uděláme třeba odbornou korekturu jejich článku. Dobrý způsob, jak přiblížit naši práci, je třeba seriál o léčích, který zpracováváme pro MF Dnes. Dobrý ohlas veřejnosti na takový materiál nám dává naději, že s námi noviny



Za tárou je magistr Aleš Krebs ve svém živlu.

budou chtít spolupracovat i příště, což se potvrdilo, a už připravujeme další přílohu o lécích.

■ **Podle toho, jak často se v posledních měsících o lékárnících a lékárnách píše a vysílá, je vidět, že práci s médií věnujete v představenstvu spoustu energie. Kolik ti taková činnost bere času?**

Objem práce tiskového mluvčího je opravdu velký. Už jenom telefonáty, které musím vyřizovat v kteroukoli hodinu a den v týdnu. Spoustu věcí, například monitoring tisku, musím dělat průběžně. Připravuji podklady, které se týkají mediálních výstupů, pro prezidenta a viceprezidenta komory, dále jsou tu činnosti nárazové, například Den lékáren, už zmiňovaný seriál pro deník MF Dnes, tiskové zprávy. Teď plánujeme návštěvy novinářů v lékárnách, aby na vlastní oči viděli, co všechno lékárník umí, jak probíhá noční služba v lékárně nebo jak se připravují cytostatika a podobně. Věřím, že i tím se může změnit náhled společnosti na lékárníky a na lékárníky, že se můžeme vrátit v očích občanů mezi zdravotníky, a ne zůstat mezi obchodníky, kam si nás mnozí zařadili. Někdo z kolegů si možná říká, že je toho o nás v médiích málo, ale určitě je lepší, když toho bude o lékárnách radši napsáno méně, ale ve správném kontextu.

Takové činnosti mi berou nesmírně množství času a je jasné, že se tím nutně musí ošidit rodinný život. Může se jim věnovat jen člověk, který buď žije sám, nebo má perfektní rodinné zázemí. A to já naštěstí mám. Jsem manželce, která pracuje v lékárně vojenské nemocnice, moc vděčný, že pro to má pochopení a navíc spoustu témat spolu můžeme probrat. Celé mojí rodině patří ohromný dík za to, že po příchodu domů můžu vzít laptop a pracovat dál. Naštěstí nám s péčí o syna ochotně pomáhali a pomáhají rodiče, takže nemusíme řešit například jak ho dopravit do nějakého kroužku. Na svoje koníčky mám vyčleněné dvě hodiny týdně, kdy chodím večer sportovat, ale ani to se nepodaří vždycky, když se nečekaně vyskytne nějaká pracovní povinnost. Pak ten fotbalík s pivem prostě nestihnu. I když s pivem je to jen pro některé, my „nestihači“ to díky řízení auta máme s kofolou.

■ **Změnila se po volbách do orgánů komory práce v představenstvu?**

Změnila se už tím, že nastoupily tři

čtvrtiny nových lidí, kteří tu práci neznají, musí si zvyknout na určitý systém fungování, což samozřejmě vždycky nějakou dobu trvá. Ale jako všude jsou to kolegové, kteří budou ochotni intenzivně pracovat, a ti se do toho systému zapojí velmi rychle, a pak kolegové, kteří se zatím spíše zúčastňují jednání představenstva. Uvidíme, jak se to bude dále vyvíjet, věřím že ku prospěchu lékárníků.

■ **Co řekneš na námitku, že komora se stará jen o problémy provozovatelů lékáren, ale zaměstnanci zůstávají jen na okraji zájmu?**

Já bych to obrátil. Záleží na tom, jak se angažují sami zaměstnanci. Jestli někdo strká hlavu do písku, protože se vždycky všechno nějak samo vyřeší,



*První zmínky o slatinické léčivé vodě jsou již z roku 1580 od proslulého moravského lékaře Tomáše Jordána z Klausenburka. Minerální pramen přírodní s irné vody s hypotonickým obsahem sirovodíku se využívá zejména pro léčbu onemocnění pohybového ústrojí, léčbu po operacích kloubních náhrad a po úrazech pohybového ústrojí.*

tak se mýlí, a tomuto postoji pak odpovídá i složení orgánů komory. Přesto si nemyslím, že představenstvo řeší jen problémy majitelů nebo zaměstnavatelů, někdo jiný může proti tomu namítnout, že problémy nemocničních lékárníků. Takové rozdělování podle postavení lékárníka zásadně odmítám, představenstvo musí hájit zájmy všech lékárníků, nejen nějaké jedné více či méně početné skupiny. A co dělá pro zaměstnance? Pro odpověď si stačí uvědomit, co se stane v okamžiku, kdy se legislativně rozvolní trh s léky nebo se sníží nároky na vzdělání a kvalifikaci zaměstnanců lékáren. Jednak se dostane na trh s léky velké množství neodborných subjektů, a ta-

ké platí, že každý majitel, obecně podnikatel, chce, a vzhledem ke konkurenci i musí, snižovat náklady. To platí samozřejmě i pro mzdové náklady. Zájmem komory je poskytování kvalitní zdravotní péče pacientům jejími členy a tento přístup prosazuje i v oblasti připomínkování legislativy.

V posledních letech se také podařilo vytvořit velmi kvalitní systém kontinuálního vzdělávání, jako příklad z mnoha mohu uvést akce typu DIA a Astma semináře, nebo již tradiční Konferenci mladých lékárníků. Pořádání takových akcí je poměrně finančně náročné, ale daří se nám zajišťovat podstatnou část financí sponzorský, takže účastnické poplatky na těchto akcích pořádaných Lékárnickou akademií jsou vzhledem k jejich rozsahu spíše symbolické. Přednášek a seminářů je spousta a je na každém z nás, jestli o ně máme zájem, podle účasti bych řekl, že ano.

Jediná cesta, kterou můžeme jít, je nabídnout něco navíc. Pokud neprokážeme, že děláme odbornou práci, ve které nás nemůže nikdo jiný zastoupit, dříve nebo později nás někdo rád nahradí. Jestli se nepostaráme sami o sebe, nebudeme se starat o všechno, počínaje legislativou, přes práci v lékárně, skutečnou péči o pacienty, nemáme nárok udržet se na trhu. Je zbytečné pořád lamentovat, jak jsme na tom my lékárníci špatně. Každá profese má svoje problémy. Případnému tvrzení, že jsme na tom snad úplně nejhůře, by stejně nikdo nevěřil, a ještě bychom se tím zesměšlili.

Šestatřicetiletý Aleš Krebs není zvyklý dělat nic napůl. Vidět ho za tárou znamená mít před sebou obdivuhodně klidného lékárníka, který na pacienty působí jednoznačně pozitivně a hned tak něčím se nenechá vytočit. Řídí se zásadou, že pacienta je nutné v každém případě uklidnit, zbavit ho obav a stresu z jeho nemoci. Starší paní, která mu dopodrobna líčila své urologické obtíže, vysvětloval, že někdy je opravdu nutné zajít k lékařce. Pacientka odvětila: *Debe měla otevřít, bela bech tam šla. Děte ně nějaké čaj.* Dostala urologický čaj a doporučení, co má dělat, než se po víkendu vypraví k lékařce, jak při odchodu slíbila. Poděkovala a venku lékárníkovi ještě zamávala.

**Snímky: Vladimír VRBOVSKÝ**

## Obavy z „návratu do středověku“

Nedaleko na sever od Liberce se na obou březích hraniční řeky Lužické Nisy rozkládá dříve jedno město, po roce 1945 rozdělené a nyní vlastně dvojměstí Zhořelec. Západní břeh tvoří německá část – Görlitz, na východním břehu leží polský Zgorzelec.

Právě v Görlitzu uspořádali 12. a 13. dubna 2008 saští lékárníci 6. sněm a kongres, jehož se zúčastnili zástupci ČLK Lucie Nedopilová, Stanislav Rován a Jan Horáček.

Jednání ve své oficiální části, v kuloárech i při večerním posezení v historickém sklepení odráželo obavy kolegů z budoucího vývoje oboru. „Už to není ono, kvůli čemu jsem šla studovat farmácii a poté nastoupila do lékárny. Ztrácím chuť chodit do práce, přestává mne to bavit a zvažuji odchod do důchodu,“ postěžovala si starší paní magistra. Lékárník z Lipska se nás vyptával, zda se u nás také lékárny přetahují o pacienty jejich podplácením nejrůznějšími dary a akcemi. Poté, co jsme mu popsali zdejší poměry, lamentoval na postupující liberalizaci a hrozil se cenové války, která k nim také časem dorazí. V Německu jsou nositeli těchto směrů hlavně Zelení, kteří také jako jediní zástupci parlamentních stran nedostali na sněmu prostor k vystoupení.

Atmosféra houstne především proto, že zdejší model lékárenství bude v tomto roce šetřen orgány a komisemi EU a němečtí politici se jej budou snažit obhájit, jak alespoň zatím jejich představitelé z Bundestagu lékárníkům slibují. Budou obhajovat neobhajitelné, když například u nás všechno tak krásně funguje? Ve hře je především riziko zrušení monopolu lékárníků na provozování lékáren, nástup řetězců, a dále se opět bude diskutovat oprávněnost výdeje internetovými lékárnami s tendencí pojišťoven podporovat tzv. diskontní (rozuměj levnější) zásilkové služby pacientům. I zde je veřejnost masírována názory, že léky nejsou nic jiného než zboží jako každé jiné, a že klasický model lékárenství v dnešní době je díky možnosti získávat informace v call centrech a na internetu obsolentní. Zdejší lékárníci jsou přesvědčováni, že jejich existence v podobě samostatně podnikajícího nezávislého zdravotníka, vykonávajícího svobodně a zodpovědně své povolání, nemá perspektivu, a teprve globalizace zrušením starých vazeb a vytvořením nových forem přinese tu pravou svobodu pro jeho činnost.

Inu, podobné argumenty používali komunisté při kolektivizaci. Kolegové v Německu jsou znejistění a různí agitátoři na ně vytvářejí tlaky, aby se včas rozhodli a začlenili do „nových struktur“. V poslední době se zde rozšiřují masově tzv. sběrná centra receptů pro zásilkové lékárny.

Celou situaci podrobně popsal ve svém vystoupení prezident Zemské saské lékárnické komory Friedmann Schmidt. Zdůraznil absenci stanovení politického a právního rámce a řádu pro zachování odbornosti a bezpečného zacházení s léčivými, jehož současné pojistky mohou být v procesu liberalizace odstraňovány.

Poukázal na rizika plynoucí z rozšiřování dostupnosti přípravků mimo lékárny bez možnosti odborné informovanosti pacientů, kteří budou kvůli snadné dosažitelnosti ztrácet vědomí rizik léčiv a přistupovat k nim obecně konzumním způsobem. Přirovnal tento vývoj k návratu do středověku s jeho potulnými felčary, mastičkáři a barbíři, kteří dryák vychválili, zpeněžili a zase zmizeli („auf Nimmerwiedersehen“). Z úkolů komory a grémia vyzdvihl při nástupu laiků (primárně ekonomicky motivovaných) do oboru nutnost udržet ve vědomí veřejnosti pozici lékárníků jako jasně profilovanou profesní skupinu odborníků s definovanou zodpovědností při zajišťování medikamentózních potřeb populace. To se mj. u nás nepodařilo. Svě poselství k semknutí stavu vyjádřil Friedmann Schmidt názvem svého příspěvku: „Lékárna 2020 – s cechem do budoucnosti“. Před našimi politiky se však bez následků přirovnání profesního společenství či organizace k cechu vůbec nesmí vyslovit.

**Jan HORÁČEK**



Část náměstí před radnicí v saském Görlitzu. Foto: Stanislav Rován

**Nejsme si jisté, jestli dostaneme v našem časopise prostor stejně jako kolega Bartas, ale nedá nám nereagovat na článek z ČČL č. 4/2008 „Ojedinělý přístup aneb Lékárníci sami sobě?“**

Mrzí nás, že reagujete na určitý projekt, aniž byste si ověřil základní fakta o projektu. Tak pouze pár vět na vysvětlenou.

Není pravda, že lékárna zapojená do našeho projektu dostane peníze za vydané zboží až za tři měsíce po uskutečnění transakce. Právě naopak, vydávající lékárna vyinkasuje peníze od pacienta ihned a naopak lékárna provozující e-shop bude vydávající lékárně fakturovat až se čtvrtletním zpožděním.

## Odpověď nejen dr. Bartasovi

Stačí se podívat na stránky SÚKL, kolik lékáren již e-shop provozuje. Skoro v každém větším městě je již kamenná lékárna s e-shopem, která také umožňuje odběr zboží přímo na pobočce. Samozřejmě za ceny internetové – tedy ceny s nižší marží. To znamená, že zákazník z daného regionu, který má zájem nakupovat prostřednictvím internetu (buďme upřímní – my ostatní zboží na internetu kvůli nižší ceně nenakupujeme?), si ve svém regionu příslušnou lékárnu bez problému najde již nyní. Bohužel pro nás ostatní je to lékárna, v jejímž vedení většinou nefiguruje lékárníci. Takže pacient rozhodnutý nakupovat přes internet by do naší lékárny stejně nedorazil a my bychom nezískali ani daných sedm procent.

Ohledně výhodnosti dané služby pouze pro provozovatele: vybudování e-shopu je jak časově, tak finančně celkem nákladné, a ne každá menší lékárna má sílu a čas na vybudování vlastního e-shopu, a pochybujeme, že i když ho vybuduje, bude jeho provoz ekonomicky méně náročný než tři procenta z obrátu, která si účtujeme, a to pouze z uskutečněných zakázek bez jakýchkoliv paušálních měsíčních poplatků.

To jen ve zkratce k nejdůležitějším nesrovnalostem původního článku. Další dotazy ohledně projektu rády osobně vysvětlíme.

**PharmDr. Lenka POLÁČKOVÁ**  
**PharmDr. Alena NOVOTNÁ**  
 lekarnanaproudu@seznam.cz

## Klokani, klokanice, klokáňata...: Lucinka

Lucinka se narodila v listopadu 2004 doma. Matce se podařilo těhotenství utajit přede všemi. Bála se, že by jí její manžel, který byl dlouho v zahraničí, ani jeho rodiče nevěru neodpustili a že by se její rodinné vztahy zhroutily. To nemohla připustit, už kvůli svému osmiletému synovi.

Porod našťastí proběhl bez problémů v době, kdy chlapec spal. Holčičku vykoukala, oblékla a všechno rychle uklidila. Krátce před porodem se z článku v Blesku dozvěděla, že vdané ženy nemohou utajeně rodit v porodnici. Stejně by do nemocnice nemohla – bydlí v malém městě, a kam by dala syna? Ale bylo tam i telefonní číslo Fondu ohrožených dětí a příslib, že dítě převezmou a matku neprozradí. A tak, když syna ráno vypravila do školy, zavolala na zveřejněné telefonní číslo a rozrušeně se ptala, jestli může někde v Olomouci anonymně předat novorozeně. Odpověď ji uklidnila. Bylo jí řečeno, že v Olomouci má Fond ohrožených dětí azylový dům a že může bez obav z prozrazení dítě přinést. Lucinku, jak holčičku pojmenovala, zabalila do deky a vložila do cestovní tašky. Ještě napsala na kousek papíru, že chce, aby dcerka byla dána do rodiny nebo do Klokánku, ne do kojeneckého ústavu. Za necelou hodinu už zvonila u azylového domu. Otevřela jí psycholožka, vzala Lucinku něžně do náruče a snažila se ji uklidnit. Teprve teď na ženu všechno padlo a zoufale se rozplakala. Tak ráda by si to krásné děťátko nechala. Nebyla vůbec schopná mluvit. Ještěže měla ten lístek. Položila ho na stůl, vzala prázdnou tašku a rychle odešla...

Po odchodu matky psycholožka zavolala záchranku a odjela s Lucinkou jako doprovod do nemocnice. Tady ji přijali na novorozeneckém oddělení. Lékař po prohlídce sdělil, že holčička je zdravé, dobře ošetřené novorozeně, s porodní váhou 2,30 kg. Orgán sociálně-právní ochrany podal, jako tradičně, návrh na umístění do kojeneckého ústavu. Soud ale vyhověl přání matky i žádosti FOD a holčičku svěřil Klokánku. Týden po porodu se matka telefonicky ozvala, ptala se na Lucinku a sdělila potřebnou anamnézu. Krátce nato si třítydenní Lucinku jako nejkrásnější vánoční dárek odváželi budoucí osvojitelé, vybraní olomouckým



Foto: Martin Šlehofer

krajským úřadem. Policie vydala prohlášení, že po matce pátrat nebude, protože se žádného trestného činu nedopustila. O trestný čin opuštění dítěte by se jednalo v případě, že by dítě jen někde odložila, a záleželo by na náhodě, jestli je někdo najde a zajistí

mu pomoc. Lucinka je teprve druhé anonymně porozené dítě, které matka předala Fondu ohrožených dětí. Většina z nich stále ještě končí v popelnici.

Kéž krizová linka 776 833 333 pomůže všem matkám a jejich utajeným novorozeňátkům!

## Jak lékárny praskaly ve švech



Důvodem toho, že dvě lékárny na Moravě před časem téměř praskly ve švech, byly neziskové akce zaměřené na výskyt kardiovaskulárních rizikových faktorů v běžné populaci, které se konaly v lékárně Na Kobližné v Brně a v lékárně U Tří sloupů ve Velké Bíteši. V průběhu akcí tým, složený z pěti lidí, u každého zájemce z řad návštěvníků lékárny měřil krevní tlak, puls, obvod pasu, boků a hmotnost.

PharmDr. Andrea Krahulcová

Mimo tato základní měření byla zájemcům po jejich souhlasu odebrána žilní krev a z ní pak pomocí přístrojů firmy DOT v průběhu necelých deseti minut stanovena hladina celkového cholesterolu, HDL, LDL cholesterolu, triglyceridů, glykémie a kyseliny močové. Na základě těchto výsledků a dalších informací bylo zájemcům stanoveno kardiovaskulární riziko podle evropského projektu SCORE.

Kromě výsledků měření krevního tlaku, pulsu, hmotnosti, obvodu pasu, boků, laboratorních výsledků a jejich srovnání s normálními hodnotami získali pacienti i certifikát evropského skóre, který vyjadřuje riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění v době stanovení výsledků, a pokud pacient ještě nedosáhl šedesáti let, tak i riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění právě v tomto věku. Za významné je považováno riziko vyšší než pět procent nad danou normou.

Vzhledem k nezdravému způsobu života, který je spojen zejména s přejídáním a nedostatkem pohybu, jsou tyto informace velmi důležité, a pokud vyšetřený zjistí, že se jeho hodnoty nacházejí nad stanovenou normou, může, respektive měl by vyhledat lékaře a poradit se s ním, co je možné dělat.

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

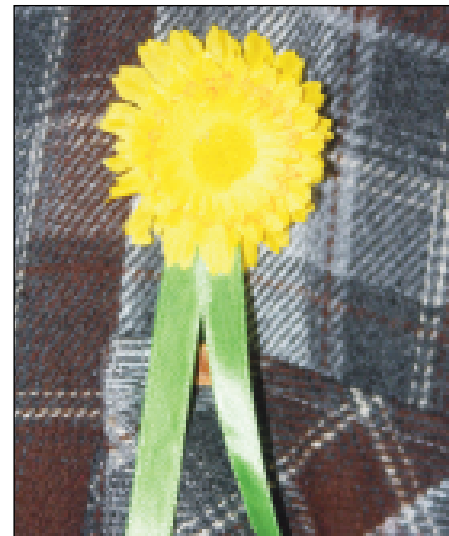
Kyselina močová sice nepatří mezi základní kardiovaskulární rizikové faktory, ale vzhledem k narůstající konzumaci konzervovaných potravin, vnitřností a jiných potravin obsahujících puriny, tedy látky, z nichž kyselina močová vzniká, přibývá jedinců se zvýšenou hladinou kyseliny močové. Ti jsou ohroženi záchvatem dny, což je onemocnění velmi nepříjemné a bolestivé, a proto je kyselina močová takovým „šlágre“.

Každý vyšetřený měl možnost konzultovat své výsledky s MUDr. Ondřejem Ludkou, Ph.D., vedoucím jednotky intenzivní péče Interní kardiologické kliniky FN Brno-Bohunice, který dával rady, jak zdravěji žít a předcházet tak kardiovaskulárním onemocněním. Nasazení či změnu léčby nechal samozřejmě MUDr. Ludka na ošetřujícím lékaři vyšetřovaných občanů.

Vzhledem k finanční náročnosti akce jsme měli omezené množství materiálu, a tak byl konečný počet pacientů v obou lékárnách 137. Výsledky většiny vyšetření byly uspokojivé, avšak Velká Bíteš, jakožto menší město na Vysočině, dopadla ve srovnání s větším Brnem o něco hůře, což může být způsobeno jiným životním stylem lidí ve velkých a malých městech a na vesnicích.

Poděkování za podporu patří garantu celé akce prof. MUDr. Jindřichu Špinarovi, CSc., přednostovi Interní kardiologické kliniky FN Brno-Bohunice, a firmě DOT diagnostic v čele s RNDr. Janem Továrkem za finanční podporu a zapůjčení diagnostických přístrojů.

Celá akce byla časově a organizačně velmi náročná, ale potěšil nás tak obrovský zájem veřejnosti o vlastní zdraví. O připravovaném měření se občané mohli dozvědět dlouho dopředu v pravidelném měsíčníku obou lékáren, který vychází zdarma již třetím rokem a je jednou z dalších iniciativ paní a pana Richterových (majitelů obou lékáren) ve prospěch pacientů a klientů.



*I letos dobrovolníci prodávali za 20 Kč látkové kytičky měsíčku lékařského. Dvanáctý ročník veřejné celonárodní sbírky Český den proti rakovině byl 14. května s tematickým zaměřením „Dnešní děti – zítřejší svět“ (význam očkování proti rakovině děložního hrdla u dívek a prvence rakoviny varlat u chlapců).*

## TAK TO VIDÍM JÁ: Quo vadis, české zdravotnictví?



Když se kdysi před lety narodilo socialistické zdravotnictví, přizvali tehdejší mocipáni k jeho kolébce tři sudičky. Na čtvrtou zapomněli. První sudička milému socialistickému zdravotnictví popřála, aby bylo zadarmo, druhá mu popřála, aby bylo pro všechny a konečně třetí, aby bylo na nejvyšší možné světové úrovni. Nepozvaná čtvrtá

sudička se urazila a když opožděně předstoupila před kolébku, pravila: „Ano, to všechno mít budeš, ale nikdy najednou!“

Proč to zmiňuji? Poslední dobou to totiž vypadá, jako by si většina lidí v naší zemi přála mít v rámci jakéhosi kapitalismu právě ono socialistické zdravotnictví, ale tak, aby všechny jeho přednosti fungovaly současně. Tedy na světové úrovni, pro všechny bez rozdílu, a hlavně zadarmo. Navzdory tomu, co se již řadu let ukazuje – že to jaksi nejde. Jedině kdybychom měli daně jako ve Švédsku, které se pohybují vysoko nad padesáti procenty příjmu. Pak snad...

První vážnější pokus o reformu zdravotnictví v České republice kvůli vyvolané všeobecné hysterii (médiá, opozice, veřejnost) naráží na silný odpor. Pár korun zaplacených u lékaře se v našich zeměpisných šířkách stalo symbolem „vládní nelidskosti“, pro některé dokonce i projevem protiústavního jednání. Téměř denně se objevují snahy vybírání poplatků obejít nebo je nevybírat vůbec. Na tomto místě asi nelze nezpomenout médii pečlivě (a s oblibou) sledované počínání soukromé Česko-ně-

mecké horské nemocnice Krkonoše ve Vrchlabí, která od ledna odmítá vybírat zákonem stanovené poplatky od pacientů do 18 let.

Vládní reformu zdravotnictví, ať už na ni má každý z nás jakýkoliv názor, však torpédují nejen představitelé opozice. Mezi její kritiky a oponenty se stále častěji řadí i někteří poslanci koaličních stran a nově i starostové vybraných obcí a měst. Ti v rámci předvolebního boje nabízejí svým občanům proplácení zdravotnických poplatků z obecních rozpočtů. Děje se tak v Kladně či v Hrádku u Rokycan v případě šedesátikorunového poplatku za den novorozence v porodnici, nebo v Josefově, kde se místní radní rozhodli hradit důchodcům třicet korun za ošetření u lékaře. Podobných příkladů by se jistě našla celá řada.

Opozice se navíc v parlamentu chystá předložit dva zákony proti poplatkům ve zdravotnictví. První je má zrušit zcela. Druhý (v případě neúspěchu prvního) pak „alespoň“ u dětí, důchodců, invalidů a chudých. Objektivně posouzeno, přístup některých starostů, opozice i části koalice je pochopitelný. Blíží se volby a oni se prostě jen snaží zvýšit své šance na vítězství. Nedivme se jim.

A mě tak napadají otázky: Quo vadis, reformo? Quo vadis, české zdravotnictví? Cožpak vyspělé státy na západ od nás nenabízejí dostatek osvědčených a fungujících modelů zdravotnictví, že naše malá země v srdci Evropy musí každé volební období zase a znovu ztrácet čas a energii experimentováním a vymýšlením vlastních (tzv. třetích) cest?

**PharmDr. Petr HALTUF,**  
**Lékařna U Haltufů, Nový Bydžov**

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Novák, J.: Léčba alergické rýmy u dětí**

*Pediatric pro praxi č. 2/2008*

Principy léčby alergické rýmy jsou u dětí podobné jako u dospělých. Prevalence v dětství je 20–40 % v závislosti na věku a metodice průzkumu. Jde o IgE protilátkami mediovaný zánět nosní sliznice s jedním či více příznaky (kýchání, svědění v nose, sekrece z nosu, nosní kongesce a obstrukce). Z terapeutických možností se používají: a) odstranění alergenů a pitancí z prostředí, b) specifická alergenová imunoterapie (SIT) – nedoporučuje se u dětí mladších pěti let, c) farmakoterapie – podle Cochran revue nejsou důkazy o účinnosti farmakoterapie u dětí, praktické zkušenosti však prokazují vysokou účinnost léčiv.

**Antihistaminika:** antagonisté H1-receptorů jsou základem léčby u dětí, účinkují na všechny příznaky kromě nosní obstrukce. Užívají se ústy i lokálně. Dělí se na tři generace, přičemž druhá (cetirizin, loratadin) se od třetí (levocetirizin, desloratadin) příliš neliší. **Intranazální kromony:** stabilizátory mastocytů mají vliv na svědění a kýchání u sezonní rýmy, mají krátkodobý účinek. **Intranazální kortikoidy:** indikují se v případě neúčinnosti nesteroidních léčiv a podávají se pravidelně i v prevenci. **Systémové kortikoidy** nejsou v dětském věku doporučovány. **Antileukotrieny** (u dětí montelukast): zlepšují symptomy polinózy, podávají se při současném astmatu. **Nosní dekongestiva:** je možné jejich krátkodobé použití. Podrobně jsou popsány nežádoucí účinky jednotlivých skupin farmak.

**Šulcová, A.: Dopaminerní mechanismy u deprese a v působení antidepresiv**  
*Česká a slovenská psychiatrie č. 1/2008*

Od 60. let minulého století se traduje monoaminerní teorie vzniku deprese s nedostatečnou aktivitou noradrenergního a serotonergního systému. Pozdější studie však stále více prokazují alteraci funkcí dopaminových. Dopamin uplatňuje své neurotransmitérové funkce vazbou na specifické D receptory podskupin D1 a D2. Dopaminerní účinky antidepresiv mají různé mechanismy, ale vždy se jedná o dosažení zvýšené aktivity dopaminerních synapsí buď zvýšením extracelulární koncentrace dopaminu nebo imitací jeho funkce přímo na receptoru. Mezi látky s nepřímým působením patří např. amfetaminy, fenmetrazin, bupropion, amineptin; inhibují zpětné vychytávání DA, poslední dvě inhibují i uvolňování DA a zpětné vychytávání NA. Dále sem patří ireverzibilní inhibitor MAO-B selegilin. Opakovaným podáváním SSRI antidepresiv dochází k jejich inhibičně-regulačnímu vlivu na uvolňování DA, SSRI mají tedy rovněž z části dopaminerní působení. Zajímavá je i zvýšená senzitivita D3-receptorů u deprese a vysvětluje se tím i antidepresivní působení amisulpridu v nižších dávkách. Je kompetitivním antagonistou D2 a D3 receptorů se 7x vyšší selektivitou k D3 a teprve ve vyšších dávkách (600–1 200 mg denně) potlačuje pozitivní symptomy schizofrenie.

## Helena Kučerová: Demence v kazuistikách

Grada Publishing, Praha 2006, 109 stran

Hranická psychiatrická MUDr. Helena Kučerová vydává velmi čtivou brožurku ze své dlouholeté psychiatrické praxe. V úvodních částech popisuje demence: čím jsou, jak se rozdělují, rozpoznávají a vzájemně odlišují podle typu. Důležitý je i způsob komunikace s nemocnými s demencí.

### ANOTACE

V další části následuje osmnáct kazuistik sepsaných formou životních příběhů pacientů i jejich nejbližších s popisem léčebné strategie a jejími úskalími. Autorka se pak zabývá i rodinnou přítěží, komorbiditami a léčbou pacientů s demencí s několika statistickými údaji za poslední dva roky, kdy ošetřila ve své ambulanci 68 nemocných s touto diagnózou. Třiapadesát procent pacientů užívalo anticholinergní kognitiva, dále nootropika, neuroleptika a antidepresiva. Soubor vykazuje některé zajímavosti – vysoké procento rodinné přítěže, sebevražd, schizofrenie a tumorů mozku. Ze somatických komorbidit šlo nejčastěji o diabetes a hypotyreózu.

**R**iloncept je nové biologikum inhibující interleukin 1. Je to účinné, dlouhodobě působící léčivo, které blokuje IL-1, klíčovou látku zánětlivého procesu, v krevním oběhu dříve, než se naváže na receptory na povrchu buňky. Riloncept je používán u vzácných skupin dědičných onemocnění označovaných jako CAPS (Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), jež se

## MOLEKULA MĚSÍCE

### Riloncept



projevují atakami horeček bez jasného spojení s infekcí či autoimunním onemocněním. Řadí se do skupiny tzv. „Syndromů periodických horeček“. Patří do nich tři nosologické jednotky: Familial Cold Auto-inflammatory Syndrome (FCAS), Muckle-Wells Syndrome (MWS) a Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease (NOMID). Doprovází je různé symptomy, např. bolesti kloubů, kopřivka, bolest, zarudlé oči, únava. Výskyt je 1 případ na 1 mil. obyvatel (300 pacientů v USA).

Riloncept je patentem americké firmy Regeneron. Jde o dimerický fuzní protein. FDA schválila přípravek Arcalyst® v únoru letošního roku pro nemocné starší 12 let ve výše uvedených indikacích. Jde o tzv. orphan drug (lék-sirotek).

Výsledky 24týdenní studie u 47 pacientů byly minulý měsíc prezentovány na ročním mítingu AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma and Immunology) ve Philadelphii. Riloncept byl podáván 1x týdně v dávce 160 mg podkožně proti placebo a v léčené skupině výrazně potlačoval symptomy nemoci (68–98 %) oproti placebo (0–28 %).

U třetí nosologické jednotky (NOMID) nebyl prozatím doporučen.

#### Zdroje:

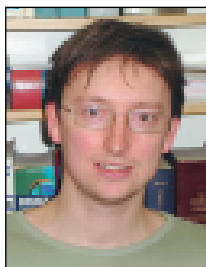
[www.regeneron.com/il\\_1trap.html](http://www.regeneron.com/il_1trap.html)  
[www.prous.com/molecules/default.asp?ID=171](http://www.prous.com/molecules/default.asp?ID=171)  
[www.drugs.com/arcalist.html](http://www.drugs.com/arcalist.html)  
[www.straightfromthedoc.com/50226711/arcalist\\_new\\_orphan\\_drug\\_fdaapproved\\_for\\_treatment\\_of\\_rare\\_inflammatory\\_syndromes.php](http://www.straightfromthedoc.com/50226711/arcalist_new_orphan_drug_fdaapproved_for_treatment_of_rare_inflammatory_syndromes.php)

Stránku připravil  
PharmDr. PAVEL GRODZA  
panacea@iol.cz



# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Arteriální hypertenze představuje závažný zdravotnický problém. Její prevalence je v zemích Evropy 20 až 50 %, v České republice se v populaci ve věku 25–64 let pohybuje kolem 35 %, u starších lidí se prevalence rapidně zvyšuje. Za arteriální hypertenzi se označuje opakovaným měřením zjištěný průměrný tlak krve větší než



PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D.  
odborný redaktor, Remedia, Praha  
a sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP

140/90 mmHg, za závažnou arteriální hypertenzi je označován tlak vyšší než 180/110 mmHg.

Pro stanovení celkového kardiovaskulárního rizika jsou používány nomogramy. V doporučeních České společnosti pro hypertenzi z roku 2007 jsou tyto nomogramy sestaveny na podkladě údajů projektu SCORE, každý stav pacienta charakterizovaný věkem, pohlavím, kouřením, tlakem krve a hladinou cholesterolu s sebou přináší určité kardiovaskulární riziko. Za vysoké riziko je považována hodnota 5 % a vyšší, tzn. pravděpodobnost úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v následujících 10 letech je minimálně 5 %. Pacienti s již manifestním kardiovaskulárním onemocněním či chorobou ledvin se nacházejí automaticky ve vysokém riziku úmrtí na kardiovaskulární chorobu. Pacienti s rizikem > 5 % jsou vhodnými kandidáty farmakoterapie antihypertenziv.

Pro farmakoterapii hypertenze jsou v monoterapii i pro kombinační léčbu k dispozici ACE-inhibitory, sartany, blokátory kalciových kanálů, diuretika, beta-blokátory. Alfa-blokátory (doxazosin, terazosin) a centrálně působící látky (rilmenidin, moxonidin, methyldopa, klonidin, urapidil) jsou rezervovány pro specifické situace nebo pro kombinaci, protože mají ve srovnání s předchozími skupinami méně důkazů o účinnosti. V mnoha případech se monoterapií nedaří snížit hladiny krevního tlaku k cílovým hodnotám, proto dochází stále častěji k používání kombinační terapie. Doporučovány jsou kombinace ACE-inhibitorů, resp. sartanů s thiazidovými diuretiky nebo blokátory kalciových kanálů, blokátory kalciových kanálů mohou být také kombinovány s beta-blokátory nebo thiazidovými diuretiky. Fixní kombinace ramiprilu (ACE-inhibitoru) s felodipinem (blokátor kalciových kanálů) proto splňuje kritéria doporučené farmakoterapie hypertenze. Fixní kombinace těchto látek teoreticky zlepšuje adherenci pacienta, protože užívá méně tablet/den.

## Farmakologické aspekty

Felodipin je vysoce vazoselektivní blokátor kalciového kanálu dihydropyridinového typu. Antihypertenzní účinek je dán snížením periferní cévní rezistence. Vlastní vazodilatační účinek je vysvětlován jeho schopností snížit koncentraci kalcia v cytosolu hladké svalové buňky blokadou volťází řízených kanálů typu L pro vápníkové ionty. Ovlivnění převodního systému srdečního je minimální.

Ramipril je dlouhodobě působící ACE-inhibitor s možností dávkování jednou denně. Snížením plazmatické hladiny angiotenzinu II a inhibicí degradace vazodilatačně působícího bradykininu dochází k poklesu periferní cévní rezistence. Snížením sekrece aldosteronu brání retenci natria a vody.

Biologická dostupnost felodipinu u člověka je asi 15 %, ramiprilu asi 56 %. Neúčinný ramipril je v játrech rychle metabolizován na aktivní látku – ramiprilát. Ramipril je tedy tzv. prodrug. Prolongované uvolňování z potahovaných

## Fixní kombinace ramiprilu s felodipinem

tablet zajišťuje rovnoměrné plazmatické koncentrace po 24 hodin. Felodipin se z 99 % váže na plazmatické bílkoviny a je rozsáhle metabolizován v játrech, všechny jeho metabolity jsou neaktivní.

### Klinické aspekty

Výsledky studií ASCOT, ALLHAT, VALUE, CAMELOT, HOPE, ACCOMPLISH potvrzují značný prospěch z léčby blokátorem kalciového kanálu a/nebo blokátory renin-angiotenzinového systému. Studie analyzující účinnost fixní kombinace ramiprilu a felodipinu byla pojmenována NEFROS. Kombinace 5 mg felodipinu a 5 mg ramiprilu vedla ke většímu snížení TK oproti monoterapii. Významný byl protektivní účinek na funkci ledvin – zmenšila se albuminurie a pokles glomerulární filtrace byl o 40 % nižší oproti výchozím hodnotám.

Fixní kombinace ramiprilu s felodipinem je indikovaná k léčbě arteriální hypertenze u dospělých v případě nedostatečného účinku monoterapie. Zvláště vhodná je u pacientů s projevy aterosklerózy, metabolickým syndromem, diabetem mellitem a nefropatií.

Nežádoucí účinky jsou podobné jako v monoterapii – typický nežádoucí účinek ramiprilu je kašel, felodipin může způsobovat bolesti hlavy a otoky. Přípravek není vhodné podávat v těhotenství, u pacientů s angioneurotickým syndromem či přecitlivělostí na složky přípravku.

Farmakokinetické interakce jsou determinovány hlavně metabolismem felodipinu na cytochromu P450, k farmakodynamickým interakcím dochází při současném podávání jiných antihypertenziv nebo léčiv ovlivňujících tonus sympatiku nebo parasympatiku.

Vzhledem k lékové formě tablet s řízeným uvolňováním je doporučená dávka fixní kombinace felodipinu s ramiprilem 2,5/2,5 mg jednou denně. Po 2–4 týdnech je možné dávku zvýšit na 5 mg/5 mg jednou denně. Maximální dávka je 10 mg denně. U pacientů léčených diuretiky, pacientů s deplecí tekutin a natria nebo u těžkých hypertoniců se doporučuje začít užívat nejdříve pouze ramipril v dávce 1,25 mg, resp. 2,5 mg denně a až po určité době přejít na kombinovaný přípravek. Potahované tablety se nesmějí púlit, drtit ani kousat.

Léčivý přípravek obsahující fixní kombinaci ramiprilu s felodipinem se jmenuje Triasyn, vyrábí jej firma sanofi-aventis. K dispozici jsou balení 2,5/2,5 mg a 5/5 mg po 30 tabletách. Cena balení Triasynu 2,5/2,5 mg 30 tbl. se pohybuje kolem 250 Kč.

# Asistovaná reprodukce, terapie sterility (II)

Existuje mnoho důvodů, proč má stále více párů problémy s otěhotněním. Přispívá k tomu i dnešní životní styl – ženy se rozhodují pro těhotenství až v pozdějším věku, kdy dochází přirozeně k poklesu fertility<sup>(1)</sup>, stres, psychogenní zátěž, důležitou roli hraje i pracovní anamnéza (střídání nočních a denních služeb, riziková pracoviště, která jsou zatížena např. nikotinis-



PharmDr. Ludmila Drhová, Ph.D.  
Dr. Max lékárna, Liberec

mem, barvami, laky, ředidly, změnami teplot na pracovišti...<sup>(2)</sup>. Literatura uvádí, že příčina sterility je ve 35–45 % nalezena u muže, v 45–55 % u ženy, ve zbylých 5–10 % příčinu nenajdeme. U přibližně 15–20 % párů jde o poruchu plodnosti jak muže, tak ženy.<sup>(3)</sup> Indikace pro léčbu sterility metodou mimotělního oplodnění jsou následující:<sup>(4)</sup>

- tubární sterilita (příčinou může být pozánětlivé poškození funkce vejcovodů, kdy vejcovod pak není schopen zachytit po ovulaci vajíčko a po jeho oplození transportovat časné embryo do děložní dutiny)
- andrologicky podmíněná neplodnost (nejčastěji je způsobena sníženým počtem spermií, který je doprovázen často i jejich sníženou pohyblivostí a narušenou morfologií)
- sterilita při endometrióze (tj. při výskytu děložní sliznice mimo děložní dutinu, nejčastěji v malé pánvi a na vaječnicích)
- imunologicky podmíněná sterilita (spojená s výskytem protilátek, které mohou negativně ovlivňovat pohyb spermií, proces oplodnění vajíčka i proces uhníždění časného embrya v děloze)
- sterilita „nevysvětlitelná“ (idiopatická)
- dárčovství oocytů (např. při Turnerově syndromu, předčasném ovariálním selhání či po chemo- a radioterapii)

Neplodnost může souviset také s jiným onemocněním. Nejčastěji jsou uváděny hlavně kachexie způsobená malnutricí nebo nádorem, těžké avitaminózy, alkoholismus, závažná postižení nadledvin, diabetes mellitus, tyreopatie. S neplodností se úzce pojí též užívání některých léků. U mužů zejména léků s estrogenním účinkem (např. cimetidin snižuje 2-hydroxylaci 17 $\beta$ -estradiolu a tak zvyšuje jeho hladinu v krvi, s následnou gynekomastií a oligospermii). U žen se pak lékové interference vztahují samozřejmě na kontracepci, nesprávné podávání gestagenů (tedy před ovulací), depotní gestageny, též inhibitory prostaglandinů (např. indometacin, ibuprofen) mohou působit syndrom neprasklého folikulu.<sup>(5)</sup>

## Průběh umělého oplodnění (In Vitro Fertilizace)

IVF můžeme zjednodušeně popsat v následujících krocích:

1. Hormonální léčba stimulující dozrání několika vajíček – tj. podle stanoveného léčebného plánu si pacientka aplikuje léky, nejčastěji jsou používány protokoly s GnRH antagonisty/agonisty a s gonadotropiny. Tato kombinace

léků umožní dozrání několika folikulů, a to při řízené ovulaci.

2. Sledování průběhu léčby – v rámci vlastní hormonální stimulace dochází k pravidelnému měření růstu folikulů i endometria pomocí transvaginálního ultrazvukového vyšetření a následné úpravě dávkování léků (na základě aktuálních výsledků tedy dochází ke změnám dávkování léků v léčebném plánu).
3. Odběr vajíček – obvykle v krátkodobé narkóze pod kontrolou transvaginálního ultrazvuku, a to zhruba za 34 až 36 hodin po aplikaci injekce hCG, který indukuje ovulaci, po punkci se též zahajuje terapie s gestageny.
4. Odběr spermií – obvykle ve stejný den jako odběr vajíček (druhou možností je provést oplodnění s již předem zamraženými spermiemi, např. když se partner nemůže dostavit v den punkce do IVF centra).
5. Oplodnění – příprava vajíček a spermií, jejich společná kultivace do druhého dne, příp. oplodnění pomocí ICSI (intracytoplazmatická injekce spermie přímo do oocytu – používá se např. při špatné kvalitě spermatu muže), pravidelné kontroly, možnost prodloužené kultivace.
6. Přenos embryí (obvykle za 2 až 5 dní po oplodnění) – zavedení embryí pod ultrazvukovou kontrolou do dělohy, obvykle bez anestézie, zbylá kvalitní embrya jsou zpravidla zamrazena.
7. Těhotenský test – v případě pozitivního výsledku pokračování v užívání gestagenů a sledování průběhu těhotenství.<sup>(6)</sup>

Krátce se zmíním o poměrně nově používané metodě v reprodukční medicíně, o preimplantační genetické diagnostice (PGD). Umožňuje genetické vyšetření embrya ještě před jeho přenosem do děložní dutiny. Vyšetření je provedeno po mikromanipulačním odběru jedné nebo dvou buněk embrya a umožňuje včasné rozpoznání některých chromozomálních abnormit. Takto časně může být rozpoznán např. Downův syndrom – trisomie 21. chromozomu, Patauův syndrom – trizomie 13. chromozomu, Edwardsův syndrom – trisomie 18. chromozomu, Klinefelterův syndrom – 47 XXY, Turnerův syndrom – 45 X apod.<sup>(6)</sup> Pro embryotransfer jsou pak z hlediska vyšetřovaných chromozomů vybrána jen embrya s normální genetickou výbavou.<sup>(1)</sup>

## Literatura

1. Léčba neplodnosti – odborná spolupráce doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSc., příručka pro neplodné páry, vydáno společností MediMedia Information, s.r.o., 2004.
2. Ulčová – Gallová, Z.: Imunologická příčina poruchy plodnosti. Mod. Gynek. Porod. 11 : 553, 2002.
3. Řežábek, K.: Vyšetření pro sterilitu. Mod. Gynek. Porod. 11 : 512, 2002.
4. Mardešić, T.: Indikace a výsledky léčby sterility metodami asistované reprodukce. Mod. Gynek. Porod. 11 : 565, 2002.
5. Cibula, D., Henzl, M. R., Živný, J., et al.: Základy gynecologické endokrinologie. Praha, Grada Publishing 2002, s. 278–279.
6. Asistovaná reprodukce – příručka pro neplodné páry, vydaná firmou Organon, s.r.o.

## Hotovost za recept pohledem paragrafů

Pokračování ze strany 10

Na tomto místě je nutné zmínit, že kvůli vyplácení hotovosti za recept nebylo dosud zahájeno disciplinární řízení proti žádnému lékárníkovi.

V říjnu 2007 bylo pro možné porušení zákona č. 143/2001 Sb., o ochranně hospodářské soutěže, zahájeno s ČLK správní řízení. Porušení zákona spatřoval Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) ve vydání zakázaného a neplatného rozhodnutí sdružení soutěžitelů, jímž rozuměl předmětné stanovisko představenstva ČLK. Ve věci bylo na den 28. 11. 2007 nařízeno ústní jednání, při němž měli zástupci komory možnost vysvětlit svůj postoj k předmětu řízení. Nahlédnutím do spisu bylo mimo jiné zjištěno, že k věci podal vysvětlení též zástupce provozovatele lékáren vyplácejících hotovost, o poskytnutí informací byl požádán SÚKL a dále bylo náhodným výběrem vytipováno cca sedmdesát lékárníků–provozovatelů, kterým byl zaslán dotazník týkající se znalosti stanoviska představenstva ČLK a toho, zda jim byl dotazovaný ovlivněn při poskytování lékárenské péče. V den, kdy se ústní jednání konalo, měl Úřad k dispozici přibližně polovinu vyplněných dotazníků, z nichž bez výjimky vyplývalo, že nikdo z oslovených lékárníků tuto praxi ve své lékárně nepoužívá a z důvodu nesouhlasu ani používat nebude.

V prosinci 2007 požádal ÚOHS o poskytnutí informací týkajících se počtu členů ČLK, počtu lékáren v ČR, časopisu českých lékárníků a hospodářských poměrů ČLK. Všechny tyto údaje byly Úřadu obratem zaslány.

V únoru 2008 požádal Úřad o poskytnutí dalších informací. Vyzval ČLK ke sdělení, zda a kdy odstranila předmětné stanovisko představenstva ze svých internetových stránek, a požádal o popis nejvýznamnějších změn v oblasti cenové regulace humánních léčiv a aktuálních principů úhrad léčiv a jejich vztahu k doplňkům pacienta. I tentokrát poskytla ČLK rozsáhlou odpověď na položené otázky.

V souvislosti se zavedením regulačních poplatků od 1. 1. 2008 zaujala ČLK názor, že vyplácením jakékoliv hotovosti v souvislosti s předložením receptu je obcházena povinnost lékárníky vybrat od pacienta regulační poplatek ve výši 30 Kč za výdej ze zdravotního

pojištění hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu. Proto rozeslala všem zdravotním pojišťovnám působícím v České republice podnět k šetření, zda v lékárnách vyplácejících hotovost za recept nedochází k porušování zákona o veřejném zdravotním pojištění. Na vědomí byl tento dopis zaslán rovněž ministerstvu zdravotnictví.

Dopis zdravotním pojišťovnám se rovněž stal předmětem zkoumání ÚOHS a na začátku března byla ČLK doručena v rámci správního řízení již třetí žádost o poskytnutí informací, která se týkala vysvětlení, z jakého důvodu ČLK dopis rozeslala.

ČLK informovala ÚOHS, že důvodem rozeslání dopisu bylo upozornění zdravotních pojišťoven a MZ na pravděpodobné porušování zákona o veřejném zdravotním pojištění, s cílem získat konečný postoj těchto institucí k věci.

Během února a března 2008 byla ČLK doručována písemná stanoviska zdravotních pojišťoven, z nichž vyplývá, že pojišťovny jako kontrolní orgány ve výplatě hotovosti za předložený recept neshledávají porušování či obcházení povinnosti výběru regulačního poplatku. Na tuto skutečnost bylo následně upozorněno ministerstvo zdravotnictví s tím, že takto lze zcela beztrestně obcházet výběr regulačního poplatku.

Dopisem ze dne 15. 4. 2008 ministerstvo zdravotnictví sdělilo své stanovisko k věci. Konkrétně se v něm uvádí: *Pokud je regulační poplatek účtován v zákonem předepsané výši a následně je odečtena předmětná finanční hotovost (v pokladním dokladu uvedena jako položka „sleva“, „dar“ apod.), nejedná se o porušení § 16a odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. O porušení výše uvedeného ustanovení by se jednalo v případě, pokud by na pokladním dokladu byl uveden regulační poplatek rovnou ve výši snížené o předmětnou finanční hotovost.*

ČLK je stále přesvědčena o tom, že výplata hotovosti lékárníkem pacientovi neslouží ke cti lékárnického stavu a že od 1. 1. 2008 je tímto způsobem rovněž obcházen zákon o veřejném zdravotním pojištění. Nicméně vzhledem ke všem zmíněným postojům příslušných orgánů uzavírá, že i toto jednání je nutno nadále posuzovat jako jednání povolené.

**Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK**  
právní poradce ČLK

**R**ozhodla jsem se napsat článek, jaký by pro mě byl, před téměř dvěma lety, varovným signálem, ale z jiného úhlu pohledu by mě připravil o cenné zkušenosti do života. A o ty se chci s vámi podělit. Tehdy mě oslovila jistá magistra ve funkci regionální ředitelky s nabídkou práce v jedné řetězcové lékárně.

**Mgr. Hana Hoffmannová**

Přidala jsem tehdy po zkušenostech s řetězci v okruhu svých známých. Byly dobré i špatné a nic mne tedy jednoznačně nepřesvědčilo o tom třeba alespoň nezařadovat. Z pohledu lékárníka-zaměstnance jsem brala řetězcovou lékárnou prakticky jako každou jinou, ve které budu pracovat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Měla jsem zájem získat zkušenosti na postu odborného zástupce a ten se mi ústy regionální ředitelky přímo podbízel. Přesto jsem dlouho váhala. Snad i proto, že ředitelka byla ženou s tisícem aktivit, a nebylo tedy výjimkou, že nedodržovala smluvené termíny schůzek apod. Nakonec jsem se nechala uchlácholit tím, že z firmy odchází za lepší nabídkou a jednání převzme její nástupce. Ten ale na poslední chvíli odřekl, takže konečné rozhodnutí jsem učinila až po jednání s provozním ředitelem společnosti, který působil velmi solidním dojmem. Ó, jak jsem se v něm spletla!

Naše jednání směřovalo k nahrazení stávající vedoucí jedné z lékáren řetězce. Její nadřízení se shodli na tom, že ona paní doktorka je komplikovaná osobnost, která nereaguje na pokyny vedení, má problémy v komunikaci se zaměstnanci i pacienty, takže další spolupráce na této úrovni není možná. V prosinci jsem tedy podepsala smlouvu a 2. 1. měla nastoupit. Mezitím se ve firmě objevil i nový regionální ředitel. Všeobecným překvapením bylo, že magistru farmacie ve funkci nahradil kuchař-číšník, byť s praxí obchodního zástupce. Firma se honosí certifikátem ISO, v němž na tuto pozici vyžadovala vysokoškolské vzdělání (tato podmínka byla v loňském roce z pochopitelných důvodů změněna). Stejně tak na veřejných internetových stránkách řetězce je nabídka této funkce uvedena dotazem: „Jste dobrým farmaceutem?“. Ale nebudme puntičkáři, dobrým farmaceutem přece může být i číšník nebo pošťák, v tom je onen řetězec nadčasový. Odborní zaměstnanci se s tím ale smiřují

poměrně těžko. Ti „rozumnější“ mlčí a ti druzí předpokládají, že jde o omyl, který se v dohledné době vyřeší.

Své kvality mi nový ředitel předvedl velmi brzy. V předvečer nástupu do nového zaměstnání mi telefonicky sdělil, že se vyskytly určité komplikace s „bývalou“ paní vedoucí, ale ty se prý brzy odstraní. Ať jen ráno přijedu, počkám na něj před lékárnou a on mě uvede do funkce. Tahle slova jen tak nezapomenu, zvláště po tom, co následovalo. U dveří lékárny jsme zazvonili společně, ale neobtěžoval se mě ani představit, natož uvádět do funkce, protože ta, jak

ředitele provozního. Jaké je vaše zklamání, když o slíbenou schůzku za měsíc se musíte upomínat a koná se až za dva měsíce. V oné původní lékárně se nedělo nic. Vlastně bylo mi řečeno, že pokud bych trvala na svém návratu, teprve podniknou příslušné kroky. Představa, že mám čekat zase minimálně měsíc nebo i víc, než se něco vyřeší, zase si balit stůl a stěhovat se zpátky, od takového rozhodnutí spíše odrazuje. A s takovým rozuzlením nejspíš i počítali. Pokud bych to tedy měla v této fázi shrnout, ani podepsaná smlouva s uvedením konkrétního zařazení a pracoviště není v této fir-

bez trvalé asistence nejsou schopni plynulé a hlavně bezchybné expedice. Narazíte na mladíky, jejichž chování k pacientům ve vás vyvolává smíšené pocity a u pacientů oprávněné pobouření. Vaším úkolem je pak usilovně pátrat po ztracených nebo naopak přebývajících receptech, omlouvat se pacientům apod. Starost navíc, kterou si vedení nehodlá připustit. Za zmínku stojí také pracovní podmínky, které jistě velmi podporují soustředění se na práci. Vstupní dveře z chodby supermarketu nejsou automatické, tedy stále plně otevřené, celý den lékárnou zní lomoz nákupních vozíků, hovor nakupujících, hudba z reproduktorů obchodu a v zimních měsících na vás také velmi nepříjemně doléhá chlad, proti kterému rovněž není pomoci.

Snažíte se na to upozornit? Pochopí to ekonom, právník nebo číšník? Pro ně jste jen naprosto zbytečně přeplácenými prodavači. A svými připomínkami si vybudujete pozici nežádoucího elementu.

Na svůj odchod jsem se ve výsledku těšila a dnes se z něj raduji ještě víc, když slyším, co nového se v řetězci děje. Doufala jsem, že tím definitivně uzavřu nepovedenou kapitolu mého profesního života, ale to bych nesměla být zaměstnána v lékárně onoho řetězce. Moje rozvázání pracovního poměru se stalo pro regionálního ředitele signálem pro zastavení vyplácení všech zaměstnaneckých výhod, které mi provozní ředitel nasliboval a firma je má ošetřeny vnitřním předpisem. A to dokonce včetně proplacení přesčasových hodin, které si při nedostatku pracovních sil vybrat prostě nemůžete. Nedostalo se mi vysvětlení po neoficiální ani po oficiální urgenci, a protože to není zanedbatelná částka, jsem nucena věnovat svůj čas, energii i prostředky, abych se domohla nároků. A v současné době mám pocit, že se svého domohu jen prostřednictvím soudu. I kontrola Inspektoru bezpečnosti práce zůstala bez odezvy. Většina stejně „pocitivých“ zaměstnavatelů v této fázi předpokládá, že to vzdáte a oni ušetří dost peněz, ale to bychom dopustit neměli.

Tak tedy, pokud se najde čtenář, který uvažuje o práci pro podobnou firmu, dávám dobrou radu. Nevěřte pouze slibům ředitelů, ať už vypadají jakkoli solidně, informujte se přímo v lékárně na tamní poměry. A pokud vám slibují zaměstnanecké výhody, trvejte na písemné formulaci v pracovní smlouvě, třeba i za asistence právníka. Pak se nebudete podívat, jako já, co všechno vám upřou jen proto, že si hodláte uchovat vlastní důstojnost a ukončíte pracovní poměr.

## Kterak se stát „přepláceným prodavačem“ aneb Nevěřte jen slibům

jsem záhy zjistila, nebyla volná. V jedné lékárně jsme stály dvě s platnou smlouvou na pozici odborného zástupce, ale pan ředitel byl nad věcí. Nedostalo se mi žádného vysvětlení, ani vymezení pravidel, odjel se slovy: „Nebudte z toho špatná.“ Já zůstala v lékárně s vedoucí, která se mnou zacházela jako s nežádoucí konkurencí a snažila se mi to náležitě opepřit. Provozní ředitel, který o celé situaci nejspíš věděl, byl na dovolené, generální ředitel nevěděl o ničem a přehrál míček zpět na regionálního, který byl značně pobouřen, že jsem si dovolila žádat vysvětlení a řešení jinde, když se mi ho od něj nedostalo. Jistě i vy byste si ho po takovém jednání oblíbili.

Ted' vím, že celá situace měla být signálem k tomu, abych si hledala práci jinde, a velkou chybou bylo, že jsem to neudělala. Upínaly se ke mně naděje děvčat z kolektivu lékárny a já pořád věřila, že provozní ředitel dá věci do pořádku.

S jeho návratem z dovolené skutečně řešení přišlo. Jeho slovy znělo – nadějně(?). Bylo by prý pro obě strany jednodušší, kdybych přijala na přechodnou dobu místo odborného zástupce v jiné lékárně, oni prozatím vyřeší nesrovnalosti v lékárně stávající a za měsíc se sejdeme a já si dokonce budu moci vybrat, ve které z lékáren chci pracovat. Slovy regionálního ředitele to tak kultivovaně neznělo, nechal se slyšet, že buď vezmu funkci vedoucího někde jinde, nebo mě bude považovat za lékárníka-asistenta, a to bez debat. Pokud už si o tomto človíčkovi myslíte svoje, tento výrok vás nepřekvapí a s nadějí se upínáte ke slibům

mě zárukou, že její podstata bude naplněna. Můžete se ocitnout před volbou jiné funkce nebo jiného pracoviště, ani nevíte jak.

Nicméně s celým mým novým kolektivem jsme se snažili, aby všechno klapalo a nikdo neměl důvod nám cokoli vytýkat. Ovšem když chceš psa bít, hůl se vždycky najde. Hůl si na nás vzal regionální ředitel, a to proto, že já a vlastně i ostatní jsme jeho chováním a přístupem byli natolik otráveni, že když se mě na něj vedení zeptalo, řekla jsem to tak, jak to cítím. Moje velká chyba číslo 2. Dnes už i já vím, že vznést kritiku proti člověku, který je přesvědčen o své dokonalosti a který je navíc vašim nadřízeným, je donebevolající hloupost.

Tichou poštou se pak ke mně doneslo, že by se na moje místo hodil někdo jiný. Byl to šok a zpočátku jsem měla potřebu se bránit, abych poukázala na nesmyslnost tohoto jeho kroku. Ale nakonec jsem po všech využitých a naprosto zbytečných krocích vlastní sebeobranou usoudila, že se bijí o místo, o které vlastně po všech nabytých zkušenostech vůbec nestojím. Naopak se mi velmi uleví, když budu odtamtud pryč.

Do detailu tohle všechno pochopí jen ten, kdo zná tamní poměry. Práce nad hlavu, vyčerpávající víkendové směny, nedostatek odborného personálu, který je kompenzován příležitostnými pracovníky, kteří, samozřejmě až na vzácné výjimky, vzcházejí z řad důchodců, kteří se jen málo kamarádí s výpočetní technikou, kolegů, kteří si rádi při práci dají něco ostřejšího. Tedy pracovníků, kteří

# Lékárny a prevence infekčních onemocnění

Druhým rokem běží v ČR výzkumný projekt „Role lékáren v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů drog v České republice“ za grantové podpory IGA MZ č. NR/9447-2. Název sám napovídá, jaké má projekt poslání. Někteří reagují překvapeně, jiní, mající více aktuální informace, projekt chápou jakou jednu ze zásadních alternativ pro zlepšení současného stavu. Jaký tedy vůbec je současný stav?

Michal Miovský, Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN Praha

Lékárny se dnes už aktivně podílejí na zvyšování dostupnosti sterilního injekčního materiálu a výrazně tak přispívají ke snížení rizika nákazy a dalšího šíření infekčních onemocnění v širší populaci. Odhaduje se, že více než polovina veškerého injekčního materiálu sloužícího k aplikaci drog je získána nákupem v lékárnách. Přitom prevalenční odhad injekčních uživatelů v ČR se pohybuje okolo hranice 30 tisíc. Děje se tak již mnoho let, a děje se tak samovolně, a ČR není v tomto směru mezi zeměmi EU tak velká výjimka – naštěstí. Ukazuje se, že lékárny u nás intuitivně uchopily výzvu a začaly plnit společensky velmi důležitou roli v prevenci šíření infekčních onemocnění. Někteří lékárníci mají sice výhody, někteří je dokonce realizují formou obstrukcí při prodeji či rušením prodeje těchto parafernálií. Velká část lékárníků ale vnímá tento palčivý problém také jako svůj problém a správně na něj reaguje. Zásadním nedostatkem však doposud byla nesystémovost, různé podoby nabídky a různý přístup – a právě na tyto nedostatky se projekt zaměřuje.

Hlavním cílem projektu je evaluace současné podoby služeb lékáren neodmítajících závislou klientelu, která se chová rizikově – tedy především injekční uživatelé drog. Právě tato cílová skupina se postupně stává téměř jedinou dotčenou v případě hepatitidy typu C a je vysoce rizikovou také z hlediska dalších infekčních chorob. Snahou realizačního týmu je navrhnout intervenční opatření, která povedou k minimalizaci rizik a budou představovat ekonomicky udržitelný model služeb realizovaných lékárnami pro tuto skupinu pacientů. Návrh nemá vyprodukovat žádné nařízení nebo dogma. Má navrhnout podobu intervencí, které lékárny mohou (ale nemusí) v případě zájmu realizovat a současně jim pomoci se zapojením do budované širší sítě služeb pro osoby trpící závislostí. Nejde přitom o budování žádných „nadstan-

dardních“ služeb. Jde výhradně o návrh minimální sítě zajišťující efektivní ochranu společnosti a z veřejno-zdravotní perspektivy minimalizovat ekonomické dopady na zdravotní systém (např. v podobě zamezení prudkého nárůstu nákladů na léčbu zmíněné hepatitidy typu C). Projekt je realizován dvěma substudii. Cílem první substudie je dotazníkovým průzkumem v lékárnách získat přehled o kapacitě lékáren a ochotě lékárníků implementovat služby, které obecně mají za cíl preventivně působit na inkriminované cílové skupiny. Druhá substudie je zaměřena na evaluaci a identifikaci pozitivních a negativních aspektů zapojení lékáren do existujícího systému zdravotnické péče, s důrazem na rizikové skupiny obyvatelstva. Výstupem projektu budou mimo jiné praktický průvodce specifikující roli a přínos lékáren s důrazem

na systémové a intenzivnější zapojení do péče o uživatele drog. Lékárny nemusí v tomto smyslu plnit pouze roli „výdejny léků“, ale v systému zdravotních služeb mohou za vytvoření odpovídajících podmínek plnit funkci regulační složky zdravotní péče a poradenství, tak jako jsme tomu svědky v jiných zemích. Konkrétně tento projekt byl např. inspirován velmi progresivním přístupem lékáren ve Velké Británii. Implementací specifických služeb do lékáren lze výrazně přispět k nákladové efektivitě ve zdravotnictví. Zdraví obyvatelstva a ekonomické aspekty vnímáme jako zásadní argumenty, jež je třeba vyzdvihnout při odborné diskusi o další roli lékáren a prozatím se zdá, že nestojí nic v cestě tomu, aby tento segment služeb mohl být posílen. Osobně pak uvedené téma vnímám jako první pokus seriózně otevřít diskusi o tom, co spojuje lékárníky s oborem adiktologie. Spojnic je více a mnohé z nich představují ještě zásadnější aktuální problémy. Těžko by asi mohl kdo zpochybnit závažnost stále přetrvávajícího výrazného nadužívání a často zneužívání mnoha skupin léků se závislostním potenciálem a značné lidské a ekonomické škody, které tento dlouhodobě neřešený problém představuje.

## Přírodozpytci, lékaři a farmaceuti (1908)

Ve dnech 6. až 10. června 1908 se za účasti delegací slovanských národů konal v Praze IV. sjezd českých přírodozpytců a lékařů. Přihlásilo se 1100 účastníků se sedmi sty přednáškami. Jednou ze sedmnácti sekcí byla sekce farmaceutická, která tak navázala na tradici z předcházejících sjezdů. Jejím jednáním, které probíhalo ve dnech 7. až 9. června, předsedali pražští lékárníci PhMr. Otomar Pohl (1854–1909) a PhMr. Heřman Rüdiger (1853–1919). Tajemníky sekce byli PhMr. Emil Šedivý (1872–1923) a pozdější profesor farmaceutické chemie PhDr. PhMr. Jan Štěrba-Böhm (1874–1938). Sjezdu se zúčastnilo asi 80 farmaceutů, z toho jich osmnáct přednášelo. Kromě problémů z lékárenské praxe (např. lékopisné metody konzervace a sterilizace, stabilita nálevu z náprstníkových listů, účetnictví) se probíraly i ryze odborné náměty (např. z farmakognozie i z dějin farmacie). Byly vzneseny též připomínky k novému lékopisu a připomenuta oddalovaná reforma studia farmacie.

Zprávy o sjezdu a texty většiny přednášek přinášel Časopis českého lékařnictva a souhrnně byly vydány ve sborníku. Součástí programu byla prohlídka nově postaveného chemického ústavu české univerzity, výstavy staré české odborné literatury v Národním muzeu a skleníků univerzitní botanické zahrady i návštěva některých pražských továren.

Na sjezdu bylo přijato několik rezolucí, týkajících se mj. vysokoškolské výuky (např. zřízení druhé české univerzity, vysoké zvěrolékařské školy a nových fakult na technice). V jedné rezoluci se žádalo také o rozšíření studia farmacie „nejméně na tři roky“, v jiné o vypracování nového lékopisu za „součinnosti čelných lékařů, lékárníků, chemiků a botaniků celého Rakouska“ a také o podporu pěstování léčivých bylin. K tomu dodejme, že v r. 1911 byly na zemědělské fakultě c. k. české vysoké školy technické zahájeny přednášky z farmakoergazie (doc. PhDr. PhMr. E. Senft).

**Pavel DRÁBEK**

## NOVÉ LÉČIVÉ ROSTLINY: *Pleurotus ostreatus* (Jackq.) P. Kumm.

*Pleurotus ostreatus* (Jackq.) P. Kumm. – hlíva ústříčná, (Tricholomataceae seu Pleurotaceae).

Dřevokazná houba, rostoucí v mírném pásmu na podzim a v zimě převážně na živých listnatých stromech (včetně ovocných) i na odumřelých kmenech. Mladé plodnice patří mezi naše oblíbené jedlé druhy. Kromě sběru je zvýšený zájem kryt také pěstováním na slaměných substrátech. Podmínkou úspěchu je dostatečné osvětlení.

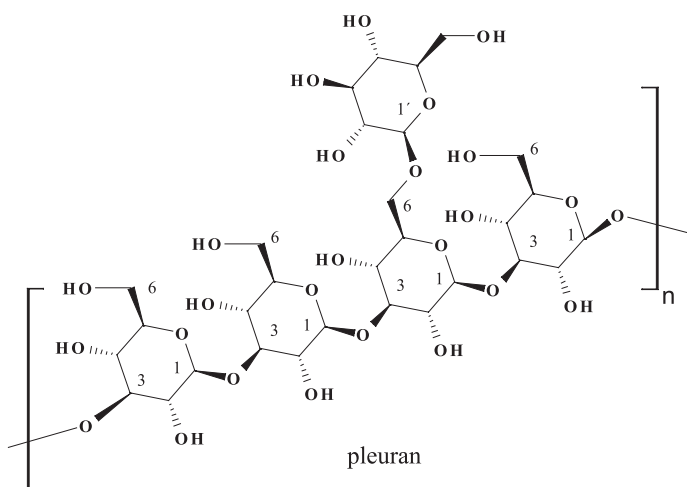
**Synonyma:** *Agaricus ostreatus* Jacq.

**Obecný název:** hiratake (jap.)

**Sbíraná část:** carpophor (plodnice)

**Droga:** *Pleuroti carpophor*

**Obsahové látky:** za nejvýznamnější jsou pokládány polysacharidy  $\beta$ -(1,3/1,6)-D- glukanového typu, které mají v hlavním řetězci glukózové jednotky spojeny vazbou  $\beta$ -1,3 a v místech větvení vazbou  $\beta$ -1,6. Především **pleuran** se blíží stupněm rozvětvení **lentinanu** (viz *Lentinula edodes*).



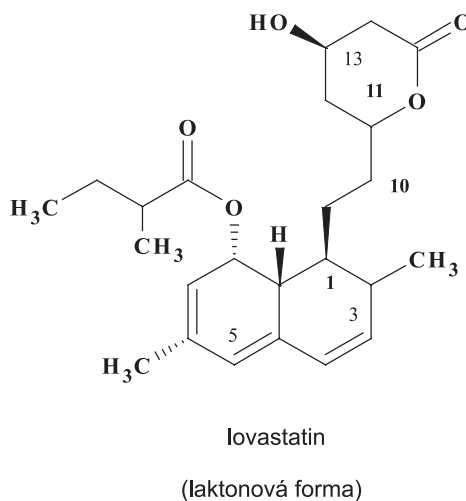
Dále houba produkuje jeden z prvních známých statinů, **lovastatin**. A v roce 1984 byla u hlívy překvapivě prokázána masožravost. Deficit dusíku řeší usmrcováním háďátek pomocí **ostreatinu** (kyselina trans-2-decendikarboxylová). Navíc je schopna využívat i vzdušný dusík. Také proti bakteriím je vybavena baktericidním toxinem pleurotolyzinem, látkou blíže neurčené struktury.

Z minerálních látek je zajímavý obsah draslíku, fosforu a mezi mikroelementy byly zjištěny zinek, selen, chrom, měď, bór a jód. Výčet doplňují obvyklé vitaminy skupiny B, tj. thiamin, riboflavin, niacin, pyridoxin a kyselina listová, dále vitaminy C, D a K.

**Účinky a použití:** polysacharidy  $\beta$ -D-glukanového typu aktivují zejména neutrofilní granulocyty, makrofágy (vazbou na receptor) a NK buňky imunitního systému, vykazují antioxidační účinky a zhašejí volné radikály. Izolované glukany, extrakty nebo sušené práškové plodnice se využívají preventivně ke zvýšení obranyschopnosti proti infekčním onemocněním (včetně HIV), významný je synergismus



s antibiotiky. Dále při chorobách srdce, hypertenzi, zvýšené hladině cholesterolu, diabetu, alergiím a rakovině z ozáření. Lokálně podaný glukan zlepšuje stav atopického ekzému, slouží k odstraňování bradavic, urychlování hojení ran, regeneraci kůže a k ochraně vůči působení UV záření. Přípravky zmírňují nežádoucí účinky chemoterapie, radiotherapie a podávání imunosupresiv. V tradiční čínské medicíně se využívají k zlepšení elasticity šlach.



**Dávkování:** preventivně: 2x denně 10 mg glukanu, léčebně 100 mg glukanu

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** nebyly zjištěny

**Zdroje:**

Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Medline, Toxline, Wikipedia.

**PharmDr. Pavel ŘÁDEK**  
**PharmDr. Miloš POTUŽÁK**

# Vinobraní klinické farmacie René Macha IX

Deváté Vinobraní klinické farmacie René Macha, pořádané loni v listopadu sekci klinické farmacie, organizačně zajistil výbor ve složení doc. RNDr. J. Vlček, CSc. (předseda), PharmDr. P. Černý a PhamDr. L. Machová. Akce se zúčastnilo 225 farmaceutů.

Přemek Černý, Jiří Vlček, Tomáš Holeček  
LIC FNUSA Brno, FaF UK Hradec Králové

**MUDr. R. Mikulík** z Neurologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně seznámil auditorium s projevem akutních ischemických příhod mozku. Upozornil na nutnost velmi rychlého zajištění lékařské pomoci, na které je závislý další osud pacienta. Cévní mozková příhoda (CMP) s akutně vzniklým neurologickým deficitem je manifestována nejčastěji náhle vzniklou slabostí končetin na jedné polovině těla (hemiparézou), náhle vzniklou necitlivostí na jedné polovině těla (hemihypestézií) nebo poruchou řeči (afázií). Kromě základního interního a neurologického vyšetření je hlavní diagnostickou metodou CT. K dalším metodám patří magnetická rezonance nebo angiografie. Základním terapeutickým postupem u pacienta s akutní CMP je hospitalizace na specializované jednotce intenzivní péče – iktové jednotce. Zde se snižuje mortalita a morbidita o devět procent. Specifickou terapií u pacientů s mozkovým infarktem je reperfuční terapie spočívající v rekanalizaci tepny uzavřené tromboembolem. Jako základní rekanalizační terapie je používána trombolýza tkáňovým aktivátorem plazminogenu v intravenózním podání. U pacientů, kde se nepodařilo dosáhnout rekanalizace, je možné aplikovat trombolýtu katetrem zavedeným přímo do trombu, event. je možné použít mechanickou extrakci trombu např. Merci katetrem. Vedle trombolýtické léčby podávané katetrem se jako perspektivní ukazuje i sonotrombolýza, kde je trombus insonozován ultrazvukem. Někteří pacienti potřebují k úspěšné léčbě podstoupit dekompresní kraniotomii. Farmaceuti si mohli ujasnit projevy ischemie mozku (její první příznaky bývají v praxi často bagatelizovány) a jak je důležité při kontaktu s pacientem zavolat při prvním podezření rychlou lékařskou pomoc. Farmaceuty pracující u lůžka pacienta v nemocnici s neurologickým

pracovištěm zaujaly informace o terapeutické hodnotě trombolýtik s krátkým poločasem, jako je altepláza, event. tenektepláza a retepláza, a dozvěděli se o nových zdravotnických potřebách, které umožní efektivnější využití trombolýzy.

**MUDr. T. Brychta, Ph.D.**, z Kardio-logické kliniky Fakultní nemocnice v Brně-Bohunicích poukázal na jeden ze závažných problémů – tromboembolickou nemoc. Aby se zamezilo různým komplikacím (a také úmrtí), vyžaduje onemocnění rychlý zákrok. Proto je nutné včas myslet na toto onemocnění u pacientů s náhlým výskytem palpitace a tachykardie, s vykašláváním krve, dušností, případně s cirkulačními problémy. Echokardiografie v současnosti toto onemocnění snáze odhalí, je dostupnější a přesnější, přesto jsou občas nutná další vyšetření. U nemocných po operacích (především ortopedických a v oblasti malé pánve), pacientů po poraněních končetin, imobilizovaných, trpících revmatickými a nádorovými onemocněními a uživatelé hormonální kontracepce (především s rodninou zátěží a kuřáčky) by takovéto projevy měly na toto riziko upozornit a pacienti poučit, aby v případě potíží včas vyhledali lékařskou pomoc.

**Doc. MUDr. S. Janoušek, CSc.**, se zabýval akutními projevy ischemické choroby srdeční. Vysvětlil projevy a diagnostiku infarktu myokardu. Vedle EKG se používají další indikátory poškození srdečního svalu, jako je specifická kreatinkináza (CK-MB) a troponin 1 (Tn1) a troponin T (TNT). Doc. Janoušek ukázal také na rozdíl mezi infarktem myokardu typu STEMI (na EKG je patrná ST deprese) a NSTEMI s Q a bez Q vlny, a dále na jejich léčbu v akutní fázi. I když v ČR dnes dominují při léčbě akutní fáze katetrizační techniky, v ji-

ných zemích je renesance trombolýtik markantnější, ukazuje se výhodnost podání trombolýtik, která už tolik nealergizují a mají relativně krátký poločas. Často jsou kombinována s katetrizačními technikami, pacientům jsou podávána už při převozu do nemocnice. Tím se zabrání hlavní komplikaci akutního závěru koronárního řečiště, kterou je nekróza, tzn. ireverzibilní změna srdečního svalu. Pro farmaceuty byly zajímavé diagnostické metody a instrumentarium kardiologů při léčbě akutní fáze infarktu myokardu, a také to, že infarkt se nemusí vždy projevit typickými bolestmi za sternem vystřelujícími do levé paže, ale že jedním z projevů jsou např. různé druhy dyspepsie. Farmaceut by měl tyto akutní projevy pomáhat odhalovat. I zde se hraje o čas.

**Doc. RNDr. J. Vlček, CSc.**, se zabýval projevy léky navozené kardiotoxicity. Léčiva mohou vést k zrychlení/zpomalení rytmu, selhávání myokardu a bolesti srdce. Doc. Vlček ukázal na klinické projevy těchto jevů a na rizikové pacienty, kterým je třeba věnovat větší pozornost. Probral základní mechanismy, jak léky mohou ovlivňovat srdeční činnost. Kromě přímého účinku je to i rychlé nastavení dávky a třeba rychlé vysazení léčiva. Farmaceut, jako odborník na léčiva, by měl mít tyto mechanismy a rizikové populační skupiny na zřeteli, aby se v algoritmu „SAZE“ mohl věnovat pacientům, které změna jejich srdeční činnosti může poškodit. Některé aspekty je lékárník dokonce schopen sám řešit bez další znalosti stavu pacienta.

Dopoledne druhého dne bylo zaplněno hojným počtem volných sdělení.

Kolektiv autorů z Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) v Brně pod vedením **PharmDr. V. Pechmana** se s auditoriem podělil o výsledky výzkumu přínosu zavedení radiofrekvenční identifikace (RFID) do procesu přípravy a aplikace léčiv. Technologie využívá k přenosu dat mezi nosičem informací (čipem) a čtecím/zapisovacím zařízením rádiovou komunikaci. První fáze projektu se soustřeďuje na aplikaci do procesu přípravy, v další fázi bude systém rozšířen o aktivní podporu přípravy a zacílení až

k pacientovi a aplikující zdravotní sestře. Implementace RFID tak povede ke zvýšení bezpečnosti přípravy a podávání (chemo)terapie jak z hlediska pacienta, tak z pohledu zdravotnického personálu.

I další sdělení přinesl kolektiv autorů z MOÚ v Brně. **Mgr. P. Jirků** seznámila kongres se stavem vývojového projektu MŠMT o systému elektronické preskripce (SEP). Projekt je zaměřen na vývoj realizovatelných způsobů elektronické preskripce s ohledem na zlepšení bezpečnosti farmakoterapie snížením rizik způsobených nevhodnou volbou nebo kombinací a dupli-

patří abdominální obezita, aterogenní dyslipidemie, hypertenze, zvýšená glykemie, prozánětlivý a protrombotický stav. K léčbě se přistupuje aktivně, léčí se především hypertenze, dyslipidemie a obezita. Nedílnou součástí je indikace režimových a dietních opatření. Je potřeba aktivně vyhledávat pacienty s MS a poskytnout jim kvalitní lékařskou i farmaceutickou péči. Monitorování základních parametrů jednoduchými metodami je dnes v lékárnách možné a otázka edukace je neméně důležitá. Ideálním místem k naplnění výše uvedených aktivit budou nadále konzultační místnosti lékáren.



káci léčiv. V další části projekt navrhne řešení pro snížení omylů a chyb.

Zvýšení bezpečnosti používání léčiv se věnovalo i sdělení **PharmDr. L. Kavříkové** z lékárny U Polikliniky v Humpolci a **Mgr. J. Malého** z KSKF FaF UK v Hradci Králové. Autoři provedli observační studii ve veřejné lékárně s cílem zjištění role lékárníka při zajišťování bezpečné terapie. Výsledkem je poznatek, že lékárník je schopen identifikovat a řešit problémy spojené s farmakoterapií, podmínkou je ale jeho aktivní přístup. Rezervy byly nalezeny v oblasti potenciálních lékových interakcí.

Další dvě sdělení autorů **Doseděl-Malý-Vlček** z KSKF FaF UK v Hradci Králové se týkala fenoménu posledních 15 let – metabolického syndromu (MS). Autoři předložili definici MS jako souboru rizikových faktorů, které se často vyskytují společně a vedou předčasně k rozvoji aterosklerózy a diabetu 2. typu. Mezi tyto faktory

**PharmDr. A. Mareček** z Liberce seznámil s výsledky analýzy znalostí pacientů o lékových interakcích a interakcích léků s potravou. Průzkum zachytil pouze ambulantně léčené pacienty z okolí Liberce, kteří byli ochotni a schopni vyplnit dotazník. Respondenti z valné většiny prokázali snahu o spolupráci. Byly ale zaznamenány i případy vědecky nepodložených informací (např. z příbalové informace), které pacienti rovněž převzali.

Na závěr bloku volných sdělení vystoupil se svými zkušenostmi z praxe klinického farmaceuta v nemocnici **doc. RNDr. J. Vlček, CSc.** Poznatkem je, že na rozdíl od zahraničí je práce s léky v nemocnici u nás stále pouze v rukou lékařů a sester. V menších nemocnicích management vidí v pořizování léčiv jen zdroj finančních prostředků. Z účasti na vizitách vyplynulo, že pouze informace z vizity pro analýzu nestačí a je nutný přístup ke zdravotnické dokumentaci. Zpětná vazba pak

byla formou diskuse s ošetřujícími lékaři při vizitách a eventuálně písemně. Úspěšnost působení klinického farmaceuta na oddělení závisí na míře jeho integrace do kolektivu. Je nutná důvěra týmu ve spolupráci, a ne pocit, že jde o pozici revizora. Je vhodné mít za sebou lékové informační centrum.

**MUDr. M. Slezák** z KARIM FN Brno přednášel o zásadách první předlékařské pomoci. Následný workshop s praktickým nácvikem neodkladné resuscitace se setkal s velkou odezvou a požadavkem na opakování. I další dva workshopy byly zaplněny: **MUDr. K. Macek, doc. J. Vlček** a **dr. M. Prixová** jeden z nich připravili k arytmií a tromboembolické nemoci v kazuistikách (tady mělo premiéru hlasovací zařízení, které katedra sociální a klinické farmacie má nyní k dispozici). Také workshop lektorů interaktivních dispenzačních seminářů zaujal. **Mgr. R. Kuželová, Mgr. P. Cigelová** a **MUDr. F. Kulič** prezentovali kazuistiku Farmakoterapie pacienta s insuficiencí ledvin a **Mgr. K. Pečandová** a **MUDr. J. Linhart** kazuistiku Farmakoterapie dyslipidemie a metabolický syndrom.



Akce proběhla úspěšně i za přispění sponzorů: Astra Zeneca CR s.r.o., Grünenthal Czech s.r.o., Sandoz s.r.o., Schering-Plough, Medapharma s.r.o., Roche s.r.o., Teva Pharmaceuticals ČR, Zentiva a.s.

**Letošní jubilejní X. ročník bude 28. a 29. 11. zase v Mikulově** a tematika se bude týkat léčby pacientů s **reflexní ezofagitidou a s chronickým zánětem střeva**. Očekáváme také prezentace z oblasti klinické farmacie, a to nejen z míst, jako jsou Olomouc, Hradec Králové, Opava a Praha, kde se rozvíjí práce u lůžka pacienta, ale i z činností LIC a z ambulantní praxe klinické farmacie.

Sekce klinické farmacie se rozhodla změnit název na X. symposium klinické farmacie – **Vinobraní zkušeností**, aby mohli přijet i kolegové, jejichž zaměstnavatelé si neuvědomují, že je to především sklizeň plodů celoroční práce, a ne pouze posezení ve sklípku. Program naleznete jako obvykle na [www.faf.cuni.cz](http://www.faf.cuni.cz).

**Foto: Tomáš HOLEČEK**



# Konference nejen o novinkách v infuzní terapii

Ve dnech 24. a 25. 4. 2008 se uskutečnila v Třeboni již čtvrtá konference, kterou ve dvouletých intervalech pořádají Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče ČLS JEP a ČFS – sekce nemocničních lékárníků ve spolupráci s firmou ARDEAPHARMA, a.s. Ševětín. Pracovní téma bylo „Iontové a vodní prostředí – kousek moře v našem organismu a jak jej udržet v rovnováze“.

Na 170 odborníků z řad lékařů a lékárníků si vyslechlo jedenáct přednášek a sdělení, popisujících nejen novinky v infuzní terapii, ale i praktické případy a jejich řešení při onemocnění GIT, onkologických pacientů, poruch metabolismu Na a K u chorob ledvin, výživové programy, případy rozvratů vnitřního prostředí, operační traumata či u rozsáhlých popálenin. Všechny přednášky byly na vysoké úrovni a poučné pro kliniky i praktiky. Závěrečná přednáška PharmDr. Josefa Suchopára „Léky ovlivňující vodní a iontovou rovnováhu“ vynikajícím způsobem doplnila vše přednesené a nastínila úskalí, která se objevují v běžné praxi při medikamentózní terapii. Zároveň ale Josef Suchopár poskytl vizi o jistění kvality péče a de facto roli lékárníků v jejím budoucím naplnění. Patří sem jednoznačně elektronická preskripce s „hlídacími“ programy.

**Konference byla věnována životnímu jubileu našeho kolegy RNDr. PhMr. Lubomíra Jindry, který oslavil 80. narozeniny.**

Za celoživotní práci mu poděkovali Ing. Milan Máchal, předseda představenstva fy Ardeapharma, a.s., a předsedající konference prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc., který připravil i následující laudatio.

Za sebe i mnoho kolegů a spolupracovníků, kteří jsme měli tu čest s jubilantem spolupracovat v lékárenství, v oboru farmaceutické technologie nebo v ČFS ČLS JEP, vyjadřuji mnoho díky, uznání a hrdosti na kolegu z praxe. Se zájmem budeme čekat na zpracování historie v oblasti přípravy a výroby infuzních roztoků v nemocnicích, lékárnách a výrobních podnicích, které si dal nyní za úkol. Je to téma, které není podchyceno v české či československé farmaceutické historiografii. Jistě vzpomene nejenom pragmatické organizační problémy, výsledky a úspěchy, ale i významné osobnosti z řad farmaceutů, kteří po-

mohli k odbornému uplatnění znalostí a umu i lege artis v týmech ošetřujících lékařů, a zvyšovali tak v druhé polovině minulého století kredit farmaceutického vzdělání.

Držíme palce a přejeme pevné zdraví a dobrou mysl.

**Petr R. PALOUŠ**



*Odborník, učitel a vědec RNDr. PhMr. Lumír Jindra.*

## **Životní dráha a dílo RNDr. PhMr. Lumíra Jindry**

Narodil se 5. května 1928 v Českých Budějovicích, kde byl jeho otec praktickým lékařem. Studium na Přírodovědecké fakultě Karlovy Univerzity v Praze ukončil promoci v roce 1951, doktorát z přírodovědy v oboru farmaceutické technologie získal v roce 1973 na Farmaceutické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě.

V roce 1960 byl pověřen, po zřízení Krajské infuzní laboratoře, jejím vedením. Po vzniku oborového podniku Zdravotnické zásobování byla tato laboratoř zařazena organizačně pod závod 02 s názvem Výrobní infuzních

roztoků. Od roku 1960 byl jejím hlavním vedoucím farmaceutem až do roku 1995. Po privatizaci závodu v roce 1991, na které se doktor Lumír Jindra významně podílel, vznikla nová společnost Ardeapharma, a.s. Výrobní infuzních roztoků byla nejen zachována, ale pod jeho vedením v roce 1994 kompletně modernizována. I po roce 1995 velice intenzivně pracoval zejména na registracích nových produktů.

Externě působil jako odborný asistent na katedře chemie a agrochemie Vysoké školy zemědělské. Od roku 1979 vedl diplomové práce na katedře farmaceutické technologie FaF UK.

V letech 1981–1993 byl členem zkušebních komisí státních závěrečných zkoušek a státních komisí rigorózních řízení. RNDr. PhMr. Jindra byl po dobu patnácti let členem a vedoucím několika výzkumných úkolů Hlavní problémové komise 04 – Farmacie. Je autorem nebo spoluautorem celkem dvaadvaceti prací publikovaných v odborných časopisech a autorem či spoluautorem deseti publikací knižních. Tři jeho práce získaly Cenu Čs. farmaceutické společnosti. Je spoluautorem dvou patentů z oblasti řešení stabilit infuzních roztoků.

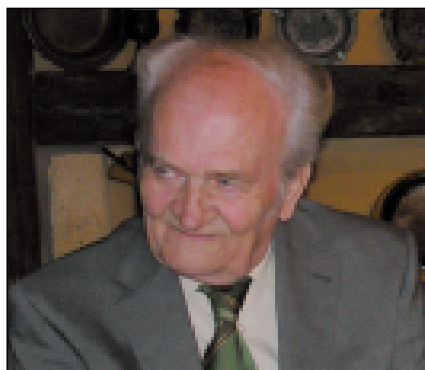
Je čestným členem České lékařské společnosti JEP a České farmaceutické společnosti.

## UNIKÁTNÍ SETKÁNÍ

V auditoriu Psychiatrické kliniky FN Brno-Bohunice se 18. dubna konalo unikátní setkání kolem stovky lékařů, sester, zástupců patientských organizací z Brna, Prahy, Hradce Králové a Ostravy, a také pacientů a jejich příbuzných.

Psychické poruchy patří k chronickým onemocněním, týkajícím se nejen pacientů, ale i osob, které s nimi a kolem nich žijí. Lékař je schopen předat jim základní informace, ale nemá kapacitu ani možnost pomáhat všem kolem, kteří to také potřebují.

Profesorka Eva Česková, přednostka Psychiatrické kliniky v Brně, ambulantní psychiatr Marta Holanová a ředitelka Koalice pro zdraví Jana Petrenko nabídly svou spolupráci a pomoc patientským organizacím, které musejí vědět, co je jejich cílem. Jednou z nejdůležitějších by měla být pomoc příbuzným, aby si uvědomili, že v tom nejsou sami, a pomáhali si vzájemně při zdolávání problémů, se kterými se denně potkávají. **(dop)**



## Blahopřejeme PhMr. L. Mrázovi

Dne 31. května se dožívá významného životního jubilea 80 let PhMr. Ladislav Mráz. Dlouhá léta pracoval v lékárně Fakultní nemocnice v Plzni Na Borech. Plzeňskou lékárnou na Mikulášském náměstí provozuje patnáct let. Ani věk není překážkou toho, aby stál denně za tárou, vydrží

to klidně i deset hodin a za celý den téměř nepotřebuje židli.

Magistr Mráz má záviděníhodný postřeh, rád má přehled o dění okolo sebe a tuto svou vlastnost charakterizuje svým oblíbeným rčením: „Všechno vidím, všechno slyším“. Je třeba dodat, že v tomto směru vůbec nepřehání.

Je znám i tím, že nikomu neodmítne pomoc. Jako výborný organizátor dovede sehnat nebo zařídit snad úplně všechno. To by se mu jen těžko podařilo, kdyby měl méně energie a optimismu.

Kromě práce, kterou dělá stále s chutí, jsou jeho velkou láskou staré automobily a motocykly, které nejen sbírá, ale i pravidelně ošetřuje.

Všechno nejlepší, pevné zdraví, hodně osobních a pracovních úspěchů přeje panu magistru Ladislavu Mrázovi

**zaměstnanci lékárny U Svatého Mikuláše,  
bývalí kolegové a rodina**

### VÝZNAMNÁ JUBILEA květen 2008

#### 80 let

PhMr. Alena Drbalová  
(OSL Jablonec nad Nisou)  
PhMr. Ladislav Mráz (OSL Plzeň)

#### 75 let

RNDr. Margit Pachtová (OSL Brno)

#### 70 let

PharmDr. Ludmila Červíková  
(OSL Zlín)  
Mgr. Jana Hrdová (OSL Znojmo)  
RNDr. Vítězslav Keller  
(OSL Karviná)  
Mgr. Jiří Kopeček  
(OSL Ústí nad Labem)  
Mgr. Ladislav Mareš  
(OSL Havlíčkův Brod)  
Mgr. Ilona Nerudová (PSL)  
RNDr. Julie Sedlaříková (OSL Zlín)

#### 60 let

Mgr. Jindřiška Hrubá (OSL Kladno)  
Mgr. Irena Kirschová (PSL)  
Mgr. Jarmila Láská (OSL Louny)  
Mgr. Alexander Tomeček  
(OSL Břeclav)

*Upřímně blahopřejeme!*

**(člk)**

## K životnímu jubileu prof. L. Kameníkové

Prof. RNDr. Ludmila Kameníková, DrSc. oslavila dne 8. května významné životní jubileum. Narodila se v roce 1938 v Opavě, kde prožila mládí a získala středoškolské vzdělání. Po absolvování Farmaceutické fakulty Masarykovy univerzity v Brně a Univerzity Komenského v Bratislavě se věnovala pedagogické činnosti nejprve v Bratislavě a potom na IPVZ Praha, kde působí na subkatedře klinické farmacie dosud.

Vedle pedagogické činnosti se jubilantka věnuje zejména práci vědecko-výzkumné, která je rozsáhlá a zahrnuje jak publikační činnost, tak řadu přednášek na různých národních i mezinárodních akcích. O těchto jejích aktivitách je pojednáno podrobněji v podobné stati uveřejněné v časopisu Česká a Slovenská farmacie.

Jménem všech pracovníků Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví přeje profesorce Kameníkové hodně zdraví a elánu při realizaci dalších plánů pracovních i soukromých.

**Jiří PORTYCH, IPVZ Praha**

## WALMARK rozšíří produkci o pětici léků

Po náročných jednáních doprovázených přísným posuzováním kvality výroby a distribuce podepsal třinecký WALMARK smlouvu s americkou farmaceutickou společností Bristol-Myers Squibb o převzetí části portfolia léků. Ty bude Walmart oprávněn vyrábět a prodávat nejen v ČR, ale i na Slovensku, v Maďarsku a v Polsku. Obě strany se dohodly nezveřejňovat cenu této transakce.

Společnost Walmart rozšíří počet léků prodávaných pod značkou WALMARK o dalších pět preparátů: dva preskripční – Amilorid (antihypertenzivum) a Propafenon (antiarytmikum), a tři volně prodejné – šumivé Kalcium, šumivé Magnesium a Septofort (proti bolesti v krku), který bude kromě ČR a SR prodávat nově i v Maďarsku.

Rozšíření výroby léků doprovází i rozšíření výrobního závodu o provoz fluidní granule a spuštění systému DMS (Document Management System), který umožňuje zpracování a údržbu předpisové dokumentace a registrační dokumentace léčiv v elektronické podobě. **(red)**

## Příznaky krise lékárnictví v ČR

Ukazatelem prosperity lékárny jest její obrat, ovšem že teprve v poměru ku režii a nákladům na zboží. Zjistiti druhé jest na podkladě celé řady zkušeností poměrně snadné, ale zjistiti skutečný obrat lékárny jest téměř nemožno, poněvadž se snad ještě nenarodil lékárník, který by to otevřeně řekl. Opatrnost zcela pochopitelná, ježto jde o obchodní tajemství, které si každý strážil z důvodů fiskálních a s ohledem na stále hrozící nebezpečí žádosti o zřízení nové lékárny. A přece, jak bylo by důležité získati takováto hodnověrná data, jako informační materiál; ku př. hned při zpracování lékárnické sazby. Statistika o obratu lékáren v republice a docílených ziscích by asi sotva přesvědčila zástupce sociálních ústavů, ale pevná čísla by aspoň informovala úřady tak, že bychom se nemuseli stále setkávat s námitkou, že ještě žádný lékárník neudělal konkurs.

Nikterak nepodceňuji hospodářské stránky, ale myslím, že daleko hlubší stopy zanechává v lékárnictví úpadek mravní, který postihnuv celou jednu generaci, může být napraven teprve generací nebo generacemi příštími. Úpadek mravního citění v lékárnictví nemá neblahých důsledků jen jako takový, ale odráží se i po stránce hospodářské, ježto otrásá důvěrou ve spolehlivost lékárníků a tím působí i škody hospodářské.

Nesmíme zapomínat, že příslušníci stavu charakteru porušeného, vychovávajíce dorost, vychovávají ho v intencích svého mravního citění a porušují tak i mravní čistotu aspiranta pro celý jeho život anebo aspoň do té doby, dokud nepříjde jako hotový magistr do rukou poctivého lékárníka. A přijde-li mladý magistr po absolutoriu do lékárny, spravované v těchto zásadách a vydrží-li tu déle, odejde i on s velmi otřesenými názory na poctivost, ač-li nebude již poctivost považovati za přežitek vůbec.

Do této kapitoly o otřeseném vědomí mravní zodpovědnosti zařadil bych i konkurenční boj mezi některými lékárnami, zejména i naprostý úpadek solidarity a vzrůst sobeckosti vybičované na krajní mez. Tyto okolnosti jsou příčinou, proč v lékárnictví dnes nelze provést té nejjednodušší úpravy prostou dohodou, ježto mnozí svoje já a prospěch svého já kladou nejvýše. Proto dnes nelze bez úředního nařízení ve stavu ničeho dosíci. Mnohým a mnohým jest lékárna jenom prostředkem ku docílení největšího zisku, prostředkem, který nezavazuje k jiným povinnostem. Tito jednotlivci neuvažují, že zvýšený zisk, docílený na úkor ostatních, je ziskem jenom dočasným a že úpadek stavu zaviněný i jejich vinou bude i úpadkem jejich.

Poslední dobou mluví se velmi mnoho o komercialisaci v lékárnictví. Tento obrat ve způsobu obchodování lékárníka vynutily si změněné poměry během posledních desetiletí. Jest pochopitelné, že dnes, kdy zisk lékáren jest podstatně zredukován oproti dobám dřívějším, nemůže lékárník obchodovati způsobem jako před několika desetiletími. Tehdy zisk lékáren a i jich chod byl pevný a stálý a obchod šel dál, i když majitel obchodní stránce nevěnoval vůbec té nejmenší péče. Dnes však, kdy musí lékárník počítati již s každým halěrem, musí se učit nakupovat, kalkulovat a umět i prodat. Po této stránce nelze proti komercialisaci toho nejmenšího namítat, myslím

však, že velmi mnoho lékárníků se překomercialisovalo. Zapomněli, že lékárník není jen obchodníkem, že lékárník má též určité mravní závazky a povinnosti a že tedy nelze na lékárnu aplikovati zásadu mnohého obchodu, koupit co nejlevněji a prodat co nejdražší a nejvíce, bez ohledu na konsumenta a i svého kolegu lékárníka konkurenta. Zdá se mi, že z komercialisace vybraly si lékárny jenom něco a ne vždy to nejlepší a nepřipomněly si, že má-li býti zdůrazňován obchodní ráz lékáren, má to býti také a snad v první řadě v poměru k publiku. A přec velmi často shledáváme se dnes v lékárnách spíše se strohými úředníky než s obchodníky, jejichž zájem jest získávati si publikum vlídným chováním.

*Praktický lékárník, květen 1933, str. 121*

## jak se psalo před 75 lety

### O metodách vědecké propagace

Jaké jsou metody vědecké propagace lékárnických přípravků? V celku lze rozeznávat dvě formy: metody písemné a propagaci osobní pomocí zástupců. Velké závody používají obou způsobů současně,

neboť jenom vzájemnou spoluprací obou metod lze docílití žádoucího úspěchu. Písemných metod jest několik. Nejběžnější jsou: inserce v odborných časopisech, vložky tiskopisů do odborných časopisů a rozesílání tiskopisů přímo na adresy lékařů. První dvě jsou nejjednodušší, poslední složitější, ale za to daleko účinnější.

Zmíním se poněkud obsírněji jenom o posledním způsobu propagace léčiv, neboť jenom tato metoda má větší význam, kdežto inserce a vložky do časopisů slouží spíše k předběžnému upozornění, nebo k připomenutí: lékařům rozesílají se v určitých, předem stanovených termínech vhodně upravené tiskopisy, obsahující název, složení a indikace přípravku, k nimž se přikládají lístky, sloužící k žádosti o bezplatné zaslání vzorku a literatury. Výsledek této akce se hodnotí podle počtu došlých dotazů a žádostí o vzorky, který může v příznivém případě dosáhnouti 10–12 %. Jest zřejmo, že akci jest nutno několikrát opakovati, aby se procentuelní výsledek zlepšil a přiblížil dosažitelnému maximu.

O výsledcích těchto akcí vedou se přesné záznamy, právě tak o zaslaných vzorcích preparátů. Vedení záznamů, kartotéky a změn adres náleží k nezbytným pracem vědecké kanceláře, není však činností hlavní. Nejdůležitější jest práce iniciativní. Správné odhadnutí chancí a prostředků, volba okamžiku a úprava tiskopisů. K tomu je třeba mnoho zkušeností, mnoho vkusu a vynalézavosti. Neboť tiskopis musí vykonati svůj úkol za podmínek velmi těžkých. Zapůsobiti třebas ve zlomku vteřiny, než jest ev. odhozen do koše, aby sdílel osud záplavy jiných tiskopisů, jež denně do lékařských ordinací docházejí. Upozornil-li na jméno přípravku, které zatím zůstalo v podvědomí zapsáno, aby se znovu vyvolalo při nové akci, nebyl jeho účel zmařen. Vzbudil-li pak zájem, vedoucí k vyplnění přiloženého lístku, jest tím jeho úkol zcela splněn. Jakkoliv se zdá tato metoda málo slibnou, jsou její výsledky při správném vedení zcela uspokojivé, ovšem s jedinou výhradou, že jde o preparát dobrý, cenný, neboť tomuto patří poslední slovo.

*Praktický lékárník, květen 1933, str. 143*