

6/2008

ročník LXXX

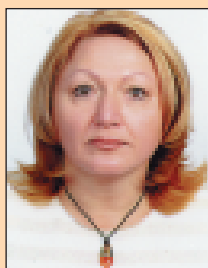
# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Kdykoliv se podívám na Informační lékárenský portál *Apatykář* ([apatykar.cz](http://apatykar.cz)), říkám si, že den PharmDr. Martina Dočkala nemůže mít jen čtyřicet hodin. Jeho tvůrčí potenciál je obdivuhodný o to víc, že není jen vydavatelem webu, ale v první řadě lékárníkem. Pracuje v nemocniční lékárně Fakultní nemocnice v Plzni-Lochotíně.



*Apatykář* se za dobu svého trvání stal zdrojem informací hojně navštěvovaným, a to nejen laickou veřejností, ale i samotnými lékárníky. Pacienti dostali odpovědi na stovky položených otázek. Martin Dočkal se stále drží svého cíle – přiblížit lidem lékárenské služby tak, aby se o nich hodně dověděli, ale aby se také zlepšila komunikace mezi klienty a lékárníky.

Portál se lety stává stále přehlednější, modernější formou i obsahem. Jeho nová verze přináší návštěvníkům skutečně ojedinělou službu – podcasting. Nechtějte, abych vám to podrobně vysvětlila, protože to na rozdíl od doktora Dočkala neumím. Laicky řečeno – novinkou je, že lidé mohou hosty *Apatykáře* slyšet, je to tedy audiopříspěvek. Důležité je, že návštěvníci portálu si kvůli tomu nemusí do počítače nic nového instalovat, nic stahovat. Je to jednoduché i pro ty z nás, kteří jsou s technikou obvykle naštíru.

I kdybyste na webu zrovna nic konkrétního nehledali, nemůžete na *Apatykáři* přehlédnout, že pro doktora Dočkala jeho profesní život není jen zdrojem obživy. Pro náš obor je opravdu zapálený, fandí mu, ale tím, kolik má informací, stojí nohama pevně na zemi. Díky za každého lékárníka, kterému ještě nějaké ideály zůstaly.

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. 7-8/2008 – 10. července 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



Prívoszká 6, 702 00 Ostrava

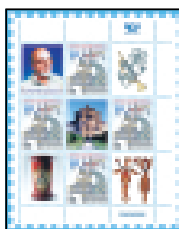
tel.: 596 115 372, tel. + fax: 596 114 844

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

obsah

Revize řádů ČLK nutná, ale na jak dlouho?	4
Zeptali jsme se	5
Je pro nás ctí, Františku, že jsi byl náš přítel	6
Letos přijela i sibiřská kočka	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
„Bariéra mezi nemocničním a veřejným lékárenstvím je vytvářena uměle“	10
Jak naši pacienti vnímají regulační poplatky	12
Správné dispenzační minimum: Risperidon	13
Tři témata aneb Nad horkými bramborami	14
Klokani, klokanice, klokaňata...: Klárka	15
Tak to vidím já: ... a kladu si otázky	16
Molekula měsíce: Odanacatib	17
Nově registrovaná léčiva: Ranibizumab	18
Asistovaná reprodukce, terapie sterility (III)	19
O vztahu regulačních poplatků a odpočtu	20
Sbírký v lékárnách otevírají náruče Klokánkú	21
Software, to není zlý pán, ale dobrý sluha	22
Nové léčivé rostliny: Ruscus aculeatus L.	23
Klinická hodnocení léčiv	24
Jak nám bylo v Opavě (ohlédnutí za akcí)	26
Stejně „postižených“ je mezi lékárníky víc	27
Kongres s finanční podporou	28
EUNIO i pro farmaceutické asistenty	29
Pro lepší monitoring pacientů	30
Jak se psalo před 75 lety	31

titulní strana



Přítisky známek si může zařídit každý. Kdysi jsem si nechal vytisknout přítisk pro propagaci vlastní lékárny, kde byly lékárnické váhy, název, telefonní číslo a e-mailová adresa lékárny. Posílal jsem pak známky s novoročním přáním.

(ad Stejně „postižených“ je mezi lékárníky víc, str. 27)

# Revize řádů ČLK nutná, ale na jak dlouho?

Od našeho sjezdu delegátů ČLK uplynulo šest měsíců. Pracovní skupina pro úpravu vnitřních stanovských předpisů ukončila první etapu své činnosti. Nechci být špatným prorokem, ale tuším, že to bude nadlouho poslední etapa naší pracovní skupiny. Ale postupně. Zadání představenstva komory znělo jasně: Podrobit naše stanovské předpisy zevrubné revizi, sjednotit je s transparentními směrnici EU a zachovat či rozšířit základní principy fungování samosprávy.



Mgr. Marek Hampel, člen představenstva ČLK

To všechno na pozadí politického tlaku na změnu zákona č. 220/1992 Sb. (o zdravotnických komorách). Hned na začátku, v prosinci 2007, jsme si ve skupině uvědomovali, že budeme dělat sisyfovskou práci a nebudeme po zásluze nijak odměněni. Ba co víc, že se třeba bude měnit celý zákon, a zároveň s ním tedy všechny stanovské předpisy, a naše práce tím přijde vniveč...

Slabou útěchou nám bylo, že tak budou postupovat všechny zdravotnické komory. Hlavním impulsem pro změny zákona o zdravotnických komorách je dlouhodobá situace právě v lékařské komoře. Je to jak známo velmi vlivná odborářská lobby, silný je politický vliv lékařů (v parlamentu a senátu je jich na evropské poměry opravdu hodně, samotný předseda senátu je bývalý radiolog). Stomatologická komora by se ráda z dosahu uvedeného zákona dostala. Proč bychom my měli zůstat pod jednou kuratelou s lékaři v jednom komorovém zákoně? Snad jen s ohledem na odborný zdravotnický aspekt, když nás společnost vnímá jako prodavače/podavače léků, a ne jako profesionální poradce v oblasti léčiv. **Poslední vývoj však nasvědčuje tomu, že vlastní komorový zákon bude, a my tak možná získáme větší šanci prosadit při přípravě „našeho“ zákona to, co vyhovuje nám lékárníkům.** Podtrhuji ale slovo *možná*.

Nic tak nudného jsem za poslední léta nepřečetl a zřejmě už ani nepřečtu. Jako právní laik jsem se musel

prokousat dokumenty a přečíst knihy aspoň trochu související s organizací a fungováním tzv. svobodných povolání. Po přečtení všeho souvisejícího se samosprávou organizací mě napadá jistá paralela mezi notáři a advokáty. Obě povolání mají svou komoru, ale notářská na rozdíl od advokátní má v naší společnosti zaručené nejen „státní“ zakázky, čili jisté živobytí, ale má předem zajištěný i územní celek. Notáři na rozdíl od advokátů prostě neznají konkurenci. **V případě lékárnické komory nám stát svěřil určitý druh samosprávy, ale samotnou ekonomickou podstatu našeho bytí a nebytí ve veřejných lékárnách ponechal na fungování tzv. neviditelné ruky trhu a záměrně nedefinoval žádné další podmínky pro vlastnění či provozování lékáren.** Liberalizace zvítězila a vítězí napříč Evropou.

Ano, paralela tady mezi státními a veřejnými lékárníky existuje. Státní mají podstatnou výhodu, a tou je větší pracovní jistota a mnohem více času pro práci v komoře.

Smyslem našich vnitřních stanovských předpisů je mít komoru funkční pro členy a funkční navenek. Pod tím si lze představit leccos – od řádu pro označování lékáren lékárenským křížem (autorsky chráněným) až po (ne)vymahatelnost disciplinárních deliktů členů komory, kteří nedodrží nejen naše předpisy, ale někdy přímo porušují zákon.

O základních principech fungování samosprávných komor či spolků,

organizací a svazů jsem se vyjádřil během sjezdu i v následujícím období. *Pantha rei* (všechno je v pohybu). I revize našich řádů měla specifický vývoj. Snažil jsem se získat poznatky v advokátní, lékařské i stomatologické komoře, stejně jako při účasti na zasedání EuroPharm Fora v Kodani. Tam jsem diskutoval s kolegyněmi ze Španělska i Portugalska. A také s prezidentem PGEU Johnem Chavem, který není lékárníkem, nýbrž advokátem. Španělská kolegyně nám detailně popsala vlastní zkušenost funkční „dlouhověkostí“ prezidenta španělské komory lékárníků (x-té funkční období za sebou, je mu 83 let!). To ostře kontrastovalo s vývojem v portugalské komoře, v jejichž řádech je rovněž zakotven princip časového omezení výkonu funkce.

**I diskuse na evropském fóru mě opravňuje k tvrzení, že naše stanovské předpisy v současné době potřebují spíše zredukovat počet vlastních předpisů a celou soustavu tak zpřehlednit.**

Jen pro zajímavost – v portugalské komoře působí na plný pracovní úvazek za odpovídající mzdu šest lékárníků. Věnují se především prosazování dlouhodobých koncepčních otázek lékárenství a také přímo jednají s portugalskou vládou a parlamentem.

První fázi naší práce jsme ukončili. Předkládáme k celokomorové diskusi upravené (sjednocené, jednodušší) znění našich stanovských předpisů. Nikdo nemůže očekávat, že je to znění zcela nové. Jsem přesvědčen, že získané zkušenosti se nám vyplatí při přípravě zcela nových předpisů, ale to už bude v duchu nového zákona o naší komoře. *Pantha rei*...

**Závěrem jsem se v plné míře shodl se všemi na konstatování, že pro fungování samosprávy našich profesních organizací má zásadní význam dobře nastavený zákon v jednotlivých členských zemích EU, který bude fungovat na demokratických principech, a to jak dovnitř komory, tak navenek.**

## Z dopisů redakci...

Vážená paní redaktorko,  
děkuji za zaslání Časopisu českých lékárníků. Vaše milá pozornost mi umožnila vrátit se ještě jednou alespoň na okamžik do hezkých chviliek našeho setkání v pražském Mánesu.

Velmi si vážím toho, že jste nám věnovala tolik svého jistě vzácného času, přispěla jste svou přítomností k hezké atmosféře našeho bohužel posledního shromáždění.

Přijměte mé upřímné pozdravy,

bývalá apatykářka  
PhMr. Milena Cubrová

Paní magistra Cubrová byla účastnicí pravidelného setkání promočního ročníku 1948. Letos se konalo 5. dubna. Přestože mělo jít o derniéru těchto tradičních srazů, někteří bývalí lékárníci a lékárnice věří, že se ještě nejméně jednou sejdou, protože je dobré vidět, že většinou z nich nohy i rozum stále slouží. (ččl)

## Vzpomeňte s námi na MUDr. F. Kuliče

Dne 7. 6. 2008 nás všechny zaschočila smutná zpráva, že ve věku nedožitých 59 let zemřel po vyčerpávajícím boji s těžkou nemocí skvělý přítel, lékař, kolega, pan MUDr. František Kulič.

Lékařem se chtěl stát už od dětství, a proto po maturitě absolvoval studium na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, kde roku 1973 promoval. Mnoho jeho spolužáků odešlo v těchto letech do zahraničí za „lepšími zítřky“, ale po tom on netoužil, měl zde kořeny, byl tu doma.

Po promoci nastoupil na I. interní oddělení Krajské nemocnice v Ústí nad Labem, později interní kliniku IPVZ. Jeho odborný růst zde ovlivnili internista a diabetolog doc. MUDr. Ota Dub, internista a gastroenterolog doc. MUDr. Jaroslav Bitter a prim. MUDr. František Pátek. První roky pracoval jako sekundární lékař a lékař koronární jednotky, později obrátil svou pozornost ke klinické farmakologii, která ho pak provázela celým životem.

(Čtěte také na straně 6)

## ZEPTALI JSME SE

*Je na požadavcích návštěvníků vaší lékárny znát, že přichází čas prázdnin a letních dovolených?*

**RNDr. DRAHOMÍRA GABRIELOVÁ**  
Lékárna U Zámku, Roudnice nad Labem

Rozhodně, kabáty zůstaly ve skříních. Lidé chodí v letních oděvech, nakupují beta karoten, náplasti na odřeniny, krémy na opalování a spreje na spáleniny.

V souvislosti s letními oděvy a metabolickým syndromem jsem si uvědomila, že je více – zvláště mladých – lidí, kteří kolem pasu nosí „zimní pneumatiku“. Mladé dívky v těsných kalhotách a krátkých tričkách natřásají své špičky a jsou spokojené. Dělat něco s nadvahou se pokoušejí spíše starší ženy. I já jsem se změřila v pase a zamýšlím se nad sebou...



**RNDr. KRYŠTOF HARANT**  
Stará lékárna U Zlaté koruny, Chrudim

Momentální stav je poplatný trendu předzásobování pacientů, který začal koncem loňského prosince. Má tříměsíční periodicitu, takže leden, únor a březen 2008 znamenaly pokles, v dubnu šel výdej nahoru a nyní opět klesá. Další zvýšení lze tedy očekávat koncem června.

Pokud jde o prázdniny a dovolené, lidé se vybavují běžným způsobem, což znamená především lékárníčky, letní kosmetiku, náplasti.

I když nejsem žádný fanda reformy zdravotnictví v podobě, jak je předkládána, musím uznat její pozitivní dopad v tom ohledu, že stoupl výdej léčiv za hotové a zároveň znatelně ubylo receptů; naše lékárna přitom stojí uprostřed městské zástavby bez návaznosti na konkrétní ordinaci či jiná zařízení.

**Mgr. HANA SEMBDNEROVÁ**  
Lékárna U Krále Jiřího, Šumperk

Samozřejmě – prázdniny a letní dovolené znamenají pro naši lékárnu objednávání většího množství přípravků, která zvyšují odolnost pokožky proti slunečnímu záření. Je znát pozitivní posun v informovanosti našich klientů. V současnosti vyžadují kvalitní, většinou lipozomální opalovací krémy s vysokým faktorem. Výhodou je, že některé pojišťovny proplácejí svým pojištěncům část nákladů na solární kosmetiku pořízenou v lékárnách. Dále vedle tohoto sortimentu také ve zvýšené míře vybavujeme a doplňujeme cestovní lékárníčky a lékárníčky na pobytové tábory pro děti.



**PharmDr. IVAN POVAŽSKÝ**  
OOVL Bolatice

Nejen já, ale i řada dalších kolegů máme poznatek, že se nástup volných letních dnů na požadavcích našich klientů příliš neprojevuje. Například prodej opalovacích krémů stoupl opravdu jen mírně. Lidé cestují do zahraničí v zimě i v létě, takže tyto přípravky kupují celý rok, a ne jen v době, kdy je zrovna u nás parné léto.

## ZASEDALO PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

Praha, 6. května 2008

PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ  
LÉKÁRNICKÉ KOMORY

- rozhodlo o ukončení spolupráce s firmou BA Navigation pro neplnění závazků.
- přijalo informaci o personálních změnách Lékařnické akademie (byl rozváznán pracovní poměr s Mgr. Mrázkovou).
- na žádost Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové vyslovilo souhlas s použitím „Doporučených postupů“ pro studenty farmacie (v elektronické formě na autorizovaných stránkách studentů farmacie) a pověřilo Mgr. Kotláře, aby za Českou lékařnickou komoru nabídl totéž studentům Farmaceutické fakulty VFU v Brně.
- odsouhlasilo zvýšení počtu oponentů pro kazuistiky z interakcí zveřejňovaných na webu z jednoho na dva.

LEGISLATIVA

• Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení: Návrh hovoří o následujících čtyřech typech lékáren.

I. typ – kvalitní výdej na recept. Zde by nemohly probíhat celé praxe studentů, taková lékárna by se nemohla akreditovat pro specializace, nemohla by zásobovat žádná zdravotnická zařízení. Prostor získaný tím, že zmizí příprava, by se využil pro konzultační místnost.

II. typ – výdej na recept plus příprava (dnes lékárna základního typu).

III. typ – lékárna s odbornými pracovišti (příprava sterilních léčivých přípravků, příprava cytostatik, pracoviště klinické farmacie).

IV. typ – pohotovostní lékárny. Časově i místně navazují na lékařskou pohotovost, na prostor a vybavení jsou kladeny minimální po-

žadavky, sortiment odpovídá pohotovosti.

Z další části návrhu – nebyly by OOVL, které by se v přechodném období musely změnit na lékárny I. typu; komora chce, aby vyhláška obsahovala prostorové vymezení místností a připouštěla možnost přesunu mezi místnostmi (např. menší sklady, bude-li větší officína).

■

Jako hosté se zasedání představenstva zúčastnili ředitel odboru farmacie Ministerstva zdravotnictví ČR dr. Šroub a Mgr. Rrahmaniová. Informovali o připravované novele zákona č. 48 (společné jednání ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven a výrobců léčiv), zákona o zdravotnických službách a stanovení cen a úhrad.

(člk, ččl)

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

## Je pro nás ctí, Františku, že jsi byl náš přítel

MUDr. František Kulič dlouhá léta vedl lůžkovou stanicí na oddělení všeobecné interny, kde dále působil jako klinický farmakolog a zástupce přednosti pro vzdělávání.

Svůj široký medicínský i všeobecný rozhled uplatňoval nejen v diagnostice, ale rovněž při výchově lékařů, zdravotnického personálu a v posledních letech také lékárníků.

Jeho odchodem přicházíme nejen o kolegu, učitele, přítele, ale hlavně o ČLOVĚKA v tom opravdovém slova smyslu. Proto dovolte i krátkou osobní vzpomínku.

Milý Františku,

nerada to přiznávám, ale první myšlenka, která mě napadla, když jsem se dozvěděla o Tvém odchodu, nepatřila Tobě, ale nám, kteří jsme tu zůstali. Co teď s námi bude? S námi, kteří jsme tu zbyli u rozdělané práce, s námi, které opustil kolega, učitel a (promiň mi výraz, kterému by ses ve své skromnosti bránil) nedostížitý vzor? Nejen já, ale i mnoho mých kolegů Ti vděčíme za mnohé. Otevřel jsi

nám nový pohled na naši milovanou Farmakologii očima její sestry Medicíny a vděčíme Ti i za poznání toho, jak může spolupráce mezi kolegy z těchto dvou oborů vypadat. Ukázal jsi nám, že medicína i farmacie jsou řeky tak široké, že jsou bohatým zdrojem celoživotní inspirace pro všechny, kteří z nich chtějí čerpat.

Budu navždy vzpomínat na to, jak jsi nikdy nenechal naše sebejednodušší (rozuměj sebehloupější) otázky bez odpovědi a pomáhal jsi nám v našich začátcích, než jsme vůbec pochopili, o čem klinická farmacie je. Ukázal jsi nám směr, kterým jít, a my už si svou cestu dál vyšlapeme sami, ačkoliv jsou naše nohy zatím velmi, velmi vratké. Snad se nám cestou podaří nakazit další kolegy stejným nadšením, s jakým jsme se od Tebe učili my. Škoda jen, že jsi nás nemohl provázet o něco déle...

Jsem Ti vděčná za to, že i ve chvílích, které pro Tebe byly velmi těžké, jsi dál pokračoval v podpoře a pomoci a nenechal jsi nás v tom samotné.

Za tohle všechno Ti patří náš dík, budeš nám moc chybět.

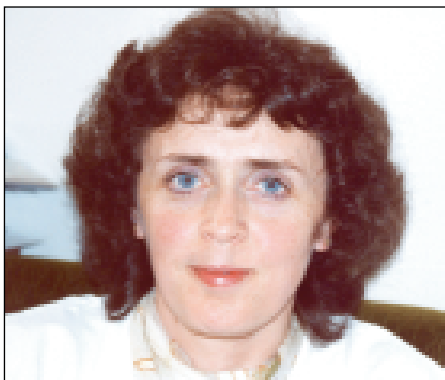
Je pro nás velkou ctí, že jsi byl náš přítel.

Renata Kuželová  
a spolu se mnou  
Bohuslava Kunčická, Iva Zoubková  
Kateřina Langmaierová,  
Pavla Cinglová, Martin Mátl



MUDr. František Kulič na archivním snímku redakce ČČL (slavnostní otevření Lékařnické akademie, 2007).

# KONFERENCE MLADÝCH LÉKÁRNÍKŮ V OPAVĚ JIŽ PODESÁTÉ



Na otázky ČČL  
odpovídá organizátorka  
PharmDr. Marie ZAJÍCOVÁ

■ **Konference se letos konala už podesáté. Když jsi připravovala tu první, uvažovala jsi o tom, že nebude jediná?**

Brala jsem to v podstatě jako návazání na tradici z doby, kdy já jsem byla „mladý lékárník“. Tehdy se to organizovalo pro severní Moravu v podobném režimu – sešli jsme se v pátek večer, setkali jsme se po škole, pobavili a pak v sobotu odpřednášeli své první prezentace před odbornou veřejností a kolegy. Byl to pro nás takový první „křest ohněm“ v praxi.

■ **Hlásí se na konferenci dost lidí?**

Obvykle se v začátcích hlásilo okolo stovky účastníků, v posledních letech počet narůstá a letos jich bylo již 190, zřejmě už jde skutečně o novou tradici, což mne těší.

■ **Jsou témata, o která byl během uplynulých let mimořádný zájem?**

Vybrat vhodné nosné téma není jednoduché a nikdy se asi nezavděčíme přesně všem, ale snažím se to vybírat podle aktuálního dění v odborném zdravotnickém světě. Možná právě „duševní zdraví“ zvolené pro letošní rok mnohé oslovilo, a proto se přihlásilo tolik účastníků.

■ **V čem se konference kvalitativně mění?**

V počátcích probíhala pouze v přednáškovém stylu, později jsme v odpoledních hodinách přidali i nějaké workshopy, ale vracíme se zase pouze k prezentacím, protože účastníci nemohli být na obou akcích najednou, a cítila jsem z jejich strany proto trochu nespokojenost. Co se týče zahraničních přednášejících, ti se účastnili vždy, každý rok přednášel alespoň jeden cizinec (Holandsko, Německo, Finsko, Portugalsko, Polsko, Francie,

pochopitelně Slovensko a další). Vnímám velmi pozitivně, že dnes již není nutné prezentace překládat, protože drtivá většina mladých kolegů anglicky rozumí.

■ **Je nutné předem hledat přednášející, nebo se po vyhlášení tématu hlásí sami?**

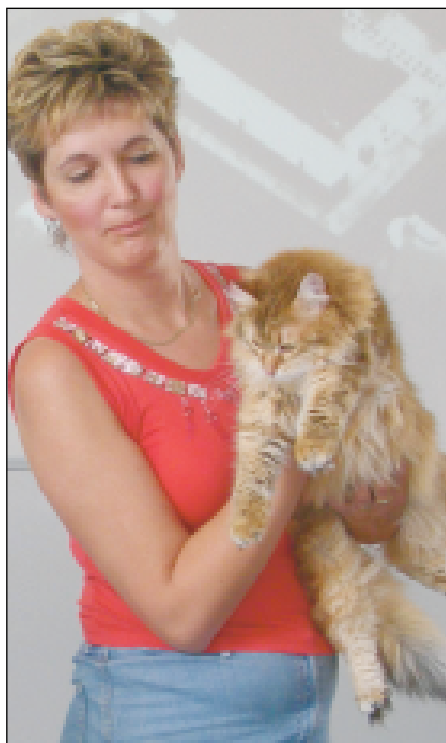
V minulosti jsem cíleně oslovovala některé mladší vytipované kolegy. Dnes je to daleko lepší, protože se řada z nich hlásí se svým zajímavým sdělením sama, nebo to je s podporou (případně s mírným donucením) šéfa lékárny, což je jim pouze ke cti, že své zaměstnance tak směřují.

■ **Může s příspěvkem v odborném**

■ **Co účastníky konference letos překvapilo nejvíc?**

To se asi musí zeptat spíše jich, a ne mne. Já jsem byla příjemně překvapená kvalitou všech odpřednášených sdělení a vysokou účastí. Drobným zpestřením byla i „aktivní“ účast sibiřské kočky Brigitky, která prezentovala felinoterapii v praxi. Jinak jí v tom kožichu asi bylo ještě větší horko než nám. Podle odevzdaných hodnotících dotazníků jsem zjistila, že všem chyběla hlavně voda k pití. Kladně byl hodnocen také kulturní a doprovodný program, který obsahoval koncert šansonů, výstup na radniční věž, exkurzi do Tevy a podobně.

## Letos přijela i sibiřská kočka



Kočka Brigitka (vpravo) aneb praktická ukáзка felinoterapie.

Foto: Jiří KOTLÁŘ

■ **programu vystoupit každý, kdo se hlásí, nebo přednášející vybíráš?**

Zatím jsem nikoho neodmítla, ale pravdou je, že téma spolu předem konzultujeme, specifikujeme, aby bylo poměrně úzké a krátké, a před konáním konference chci prezentaci vidět a trochu posoudit způsob jejího provedení či rozsah. Při deseti až třinácti prezentacích během jednoho dne je to nezbytně nutné.

■ **Konference mladých lékárníků je pro kolegy ve věku do 35 let. Co jim mohou lékárníci nad touto věkovou hranicí závidět především?**

Především mládí a chuť do nových věcí. Přesto jsem přesvědčena, že to druhé není věcí věku, ale přístupem k životu, a řada starších kolegů je toho důkazem.

■ **Kdo ti pomáhá s organizací?**

Oficiální registrační úkony a ubytování zajišťuje komora. Odborný program, přednášející, společenský večer a všechny místní záležitosti já sama. Těsně před konferencí a v jejím průběhu mi pomáhají také kolegové z naší nemocniční lékárny, jsem jim za to velmi vděčná. V podstatě už začínám s promyšlením akce vždy na podzim předešlého roku, termíny pro nájmy prostor už musí být jasné začátkem roku a výzva v ČČL bývá vždy v únorovém čísle, aby měli přednášející čas na rozmyšlení a přípravu svého sdělení.

■ **Je těžké získávat sponzory?**

Letos bylo sponzorů poměrně dost, konkrétně Teva, Schering, Pfizer, UniCredit Bank, Phoenix, takže akce bude mít téměř vyrovnaný rozpočet. Celých deset let již tradičně přispívá PhMr. Vondra za firmu Schering a Dr. Urbanová z firmy Phoenix vždy zajišťuje kulturní program (někdy divadlo, koncert atd.). Všem jim touto cestou ještě jednou děkuji.

Ptala se Jaroslava HOŘANSKÁ

(O desáté Konferenci mladých lékárníků čtěte též na str. 26 a 27)

## Pražské jaro 1968 a praktická farmacie

Ten rok nepředstavoval dobrou zásobovací situaci v lékárnách, což vedlo k užší spolupráci s lékaři. V třeboňské, tehdy jediné lékárně ve městě se dožadoval lékař MUDr. J. Lazák masti s obsahem biotinu pro svoji mladou pacientku postiženou ichthyosou. Naskytla se jediná možnost: použít cca 20% mast s řasovou biomasou druhu *scenedesmus obliquus* ve vhodném mastovém vehikulu. Efekt byl nejméně shodný při srovnání s biotinovou mastí, kterou pacientka používala údajně jako dar od svých příbuzných z Rakouska. Výsledek byl příznivý a lékař jej dokumentoval v odborném tisku.

Řasovou substancí po preparaci podle požadavku lékárníka dodala tehdejší Algologická laboratoř Československé akademie věd (ČSAV). Získaný preparát byl jak neobvyklý, tak zajímavý, a byl důvodem pro lékárníka k podání tématu jako disertační práce na tehdejší jediné farmaceutické fakultě v Bratislavě. Práce byla úspěšně skončena ještě v dozvucích Pražského jara v září 1969. Bylo připraveno více preparátů také se substancí jiných řasových druhů, například *Chlorella*. Z nich nejpřesvědčivější důkaz terapeutické hodnoty použitelnosti skýtaly řasové injekce, které vzápětí v tisícových počtech aplikací použili jako veterinarium popudové terapie veterináři MVDr. R. Komárek a MVDr. A. Blížek. To potvrzovala kladně vyřízená přihláška vynálezu č. 177654 autorského kolektivu zvěrolékařů (Blížek, Komárek a Janák), přírodovědců (Prokeš, Zahradník) a lékárníka (Rydlo).

Vztah k Pražskému jaru charakterizuje skutečnost, že veškerá příprava těchto preparátů probíhala tehdy bez požehnání nadřízených stavovských složek obou medicín i farmacie. Je nutné konstatovat, že si tehdy mnozí (i odborní) kritici si zřejmě neuvedomili, že za určitých okolností povoluje dodatek lékopisu přípravu farmak se substancemi, které byly dodány do lékární, aniž měly atest Laboratoře pro kontrolu léků. Mezitím lékárníci připravili a lékaři a veterináři použili řasové léky ve statisticky významném počtu. Tato skutečnost zviditelnila vědomostní rezervu praktických lékárníků pro využití příležitosti vědeckého řasového bádání, v tomto případě

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

### Zrušená osvědčení

- 6/1993 PharmDr. Ladislav Hanák, náměstí Svobody 1321, Vsetín
- 165/1994 Mgr. Irena Martincová, Krakonošovo náměstí 71/2, Trutnov
- 478/1993 Mgr. Věra Valentová, Písečná 5285, Chomutov
- 350/1995 PharmDr. Jana Třešňáková, Kudrnáčova 280, Hronov
- 115/2001 Mgr. Přemysl Ptáček, B. Němcové 1489, České Budějovice
- 310/2002 Mgr. Ivana Kohoutková, Revoluční 19, Praha 1
- 203/2005 Mgr. Pavel Michl, Masarykovo nám. 55, Chrudim
- 298/2005 Mgr. Jan Prager, T. G. Masaryka 125, Ústí nad Orlicí
- 330/2005 PharmDr. Miroslav Žádník, Na Odpoledni 19, Přerov
- 356/2005 PharmDr. Juraj Matiaš, Rokycanská 2, Plzeň
- 427/2005 PharmDr. Alena Znamenáková, Fintajsova 3163/52, Břeclav
- 9/2006 Mgr. Kateřina Kantorová, Vodičkova 40, Praha 1
- 320/2006 Mgr. Filip Soukup, Lovosická 40/440, Praha 9
- 146/2007 Mgr. Jana Šárová, Nádražní 16, Hrochův Týnec
- 150/2007 PharmDr. Jaroslav Kloub, Albrechtická 1075, Most
- 181/2007 PharmDr. Gabriela Medvecká, Budějovická 45, Praha 4
- 383/2007 Mgr. Petra Šandová, Náměstí 13, Dřevohostice (LZT na OOV a PZT)
- 365/2007 Mgr. Eva Čopová, Lipová 807, Most
- 15/2008 PharmDr. Mgr. Richard Lachs, Chlumova 21, Praha 3
- 35/2008 RNDr. Jitka Schützová, Koněvova 144, Praha 3
- 89/2008 Mgr. Ivana Ipóthová, Nárožní ul., Praha 5

### Vydaná osvědčení

z LK 13. 5. 2008:

- 145/2008 Mgr. Pavel Michl, Dr. Max LÉKÁRNA, Masarykovo nám. 55, Chrudim, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 149/2008 Mgr. Jitka Nedomová, Lékárna Prosek, Lovosická 40/440, Praha 9, provozovatel: Poliklinika Prosek
- 150/2008 Mgr. David Čech, Lékárna Vodičkova, Vodičkova 40, Praha 1, provozovatel: Lekia a.s.
- 151/2008\* PharmDr. Jitka Pudilová, Lékárna Albertov, Na Slupi 2103/2c, Praha 2, provozovatel: Apatyka P.H. s.r.o.
- 152/2008 Mgr. Michaela Zemanová, Dr. Max LÉKÁRNA, Veronské nám. 403, Praha 10, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 153/2008 Mgr. Eva Čopová, Lipová 807/14, Most, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 154/2008\* Mgr. Marie Celá, Lékárna Koryčany, Masarykova 934, Koryčany, provozovatel: 1. lékárenská Kyjov, s.r.o.
- 155/2008\* Mgr. Jitka Rubešová, Lékárna Hřensko, Hřensko 87, provozovatel: Mgr. Ludmila Freibergová
- 156/2008 Mgr. Monika Vlasáková, U Hvězdy, Písečná 5285, Chomutov, provozovatel: VAPI spol. s r.o.

- 157/2008 Mgr. Marie Helclová, U Katovny, U Katovny 1, Litoměřice, provozovatel: Pavel Helcl
- 158/2008 Mgr. Tereza Strnadová, Hronovská lékárna, Kudrnáčova 280, Hronov, provozovatel: Michaela Holmanová
- 159/2008\* PharmDr. Miloš Fiala, Lékárna U Krále Jiřího, Nám. Jiřího z Poděbrad 1, České Budějovice, provozovatel: PharmDr. Miloš Fiala
- 160/2008 Mgr. Jaroslav Hrubý, Salvátor, nám. Svobody 1321, Vsetín, provozovatel: PharmDr. Ladislav Hanák
- 161/2008 PharmDr. Hana Matušková, LÉKÁRNA RAVENSWOOD, OC TESCO, Konečná 25, Prostějov, provozovatel: RAVENSWOOD PHARMA a.s.
- 162/2008 Mgr. Štěpánka Vildová, Pharmaland, OC Plaza, Radčická 2861/2, Plzeň, provozovatel: EUOPHARMA a.s.
- 163/2008\* Mgr. Božena Krčálová, Eurolékárna Havlíčkův Brod, Strojírenská 3581, Havlíčkův Brod, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.
- 164/2008 Mgr. Petr Hytych, Lékárna U Herkula, Fintajsova 3163/52, Břeclav, provozovatel: Stavovská s.r.o.
- 165/2008 PharmDr. Jaroslav Prokopius, U Nemocnice, B. Němcové 1489, České Budějovice, provozovatel: Pharmacom s.r.o.
- 166/2008 PharmDr. Alena Neubauerová, Dr. Max LÉKÁRNA, T. G. Masaryka 125, Ústí nad Orlicí, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 167/2008 Mgr. Věra Polková-Buriánová, Na Výsluní, Albrechtická 1075, Most, provozovatel: Mgr. Marie Brůhová
- 168/2008 PharmDr. Ladislav Hanák, lékárna ECONOMY, tř. T. Bati 398, Zlín-Louky, provozovatel: PharmDr. Ladislav Hanák
- 169/2008 Mgr. Irena Martincová, Krakonošovo nám. 71, Trutnov, provozovatel: Lékárna U Anděla strážce s.r.o.
- 170/2008\* PharmDr. Romana Černá, Dr. Max LÉKÁRNA, Štefánikova 247/28, Říčany, provozovatel Česká lékárna, a.s.
- 171/2008 PharmDr. Martin Heger, Lékárna AVE, Na Odpoledni 1042/19, Přerov, provozovatel: Lékárna U Kostela RNDr. Petr Hobza s.r.o.
- 172/2008 PharmDr. Renata Ludvíková, Lékárna Cardiola, Nárožní 1390/4, Praha 5, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 173/2008 Mgr. Lenka Vrbková, LÉKÁRNA V REVOLUČNÍ, Revoluční 19, Praha 1, provozovatel: EUOPHARM a.s.
- 174/2008 Mgr. Iman El Takkale, Galerie Fenix, nám. OSN, Praha 9, provozovatel: VYSOČANSKÁ LÉKÁRNA, s.r.o.
- 175/2008 PharmDr. Alica Hroncová, Lékárna Na Francouzské, Francouzská 17, Praha 2, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 176/2008 PharmDr. Matej Hronec, Eurolékárna Ústí, Tyršova 869, Trmice, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.
- 177/2008 PharmDr. Mgr. Richard Lachs, Lékárna Na Vápence, Koněvova 144, Praha 3, provozovatel: ARCANA s.r.o.
- 178/2008\* PharmDr. Gabriela Medvecká, Lékárna U sv. Václava, Rudných dolů 291, Jílové u Prahy, provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 179/2008 PharmDr. Jarmila Hložková, EUROLÉKÁRNA Plzeň, Rokycanská 2656/2, Plzeň, provozovatel: Eurolékárna s.r.o.

\* = nová lékárna

(člk)

z místního Oddělení autotrofních mikroorganismů ČSAV.

I když z těchto preparátů přešly do průmyslové výroby u nás jen veterinární injekce IVASTIMUL, rozšířily paletu řasových léků v zahraničí, kde do této doby byly v oběhu jen tablety pro perorální podání. Tyto tablety se podle tehdy dostupné literatury opíraly o výsledky z prověřování těchto mikrořas jako vitaminového léku i nutričního příspěvku pro kosmonauty. Pro tuto orientaci bylo možno obrátit se v dostupné literatuře jak na Východ, tak na Západ.

RNDr. Otto RYDLO

## UNICREDITUM

**zvyšuje pohodlí – pomáhá  
lékárníkům – zlepšuje bankovníctví**

UniCredit Bank Czech Republic a.s. zahájila svoji činnost na českém trhu 5. listopadu 2007. Vznikla integrací dvou dosud samostatně působících úspěšných bankovních domů HVB



Bank a Živnostenské banky. UniCredit Bank Czech Republic a.s. je silnou a rychle se rozvíjející bankou, která nabízí širokou škálu kvalitních produktů pro firemní zákazníky i privátní klientelu. Velmi dobře si vede v oblasti služeb pro zákazníky působící v oborech svobodných povolání (lékaři, soudci, advokáti, notáři apod.) Klientům těchto profesí se věnuje Kompetenční centrum pro svobodná povolání.

V UniCredit Bank si zakládáme na osobním a komplexním přístupu k potřebám klientů. Myslíme proto i na Vaši lékárnickou profesi. Připravili jsme pro Vás Konto profese Aeskulap pro řešení podnikatelských financí a zároveň Konto Komplet pro osobní finance.

Výhod, které v sobě skrývají obě konta, je mnohem víc. V případě dotazů neváhejte kontaktovat naše specialisty z Kompetenčního centra pro svobodná povolání. Vaše dotazy rádi zodpoví Michal Marc nebo Monika Šmolíková na telefonních linkách 224 122 631, 224 122 630, případně navštivte kteroukoliv naši pobočku. Rádi Vám sdělíme více informací.

(P.R.)



## PharmDr. Kamil Kalousek: „Bariéra mezi nemocničním a veřejným lékárenstvím je vytvářena uměle.“

Je členem představenstva České lékárnické komory, kde se věnuje záležitostem souvisejícím s členskou evidencí, dále elektronickou preskripcí a tvorbou nových webových stránek. Aktivně působí v GML, v Pracovní skupině veřejného lékárenství a meziresortní komisi MZ ČR pro eHealth. Všude ke svým povinnostem přistupuje s vědomím, že sedět někde jen pro podpis na prezenční listině je ztráta času.

Jaroslava Hořanská

Jednačtyřicetiletý doktor farmacie Kamil Kalousek před čtrnácti lety zahájil společně s manželkou Renatou v Kralupech nad Vltavou provoz vlastní lékárny, kterou si nechali postavit. Zpočátku se v lékárně Panacea staral o pacienty pětičlenný kolektiv, ale ruka trhu zasáhla i v Kralupech. S přibývajícím lékárnami v okolí už by se neuzívali. S ohledem na manžellovy povinnosti toho často v lékárně zůstává víc na magistře Kalouskové.

■ **Jste vedoucím Pracovní skupiny pro veřejné lékárenství (PSVL). Jedním z navrhovaných stanovisek této skupiny je zahájení široké diskuse mezi lékárníky o budoucnosti a vývoji oboru. To není nová myšlenka, ale bohužel zatím nenašla naplnění. Jak toho chcete v PSVL dosáhnout?**

Vycházeli jsme z toho, že existuje platforma nemocničních lékárníků, kteří řeší záležitosti svého oboru, ale veřejní lékárníci nic podobného neměli. Dospěli jsme k názoru, že vznik pracovní skupiny by mohl být obecně pro obor přínosem. Prostřednictvím ČČL jsme k účasti vyzvali všechny kolegy, nejen provozovatele lékáren, ale i lékárníky-zaměstnance, aby se přihlásili. Není opodstatněné občasné tvrzení, že PSVL sdružuje pouze provozovatele lékáren. Naopak, vítáme každého, kdo má k našemu oboru co říct. Problém vidíme v tom, že představenstvo komory projedná nějakou záležitost, zápis z jednání se zveřejní na webu, ale všude tam, kam by se informace dostat měly, se nedostanou. I to byl jeden z důvodů, proč skupina vznikala. Schůzek PSVL bylo zatím jen několik, ale pokaždé se sešlo minimálně dvacet lidí. I ze zveřejněných zápisů na webových stránkách ČLK je zřejmé, že nešlo o setkání zbytečná.

Témata, která se projednávají na představenstvu komory, a podle našeho názoru by o nich měla široká lékárnická veřejnost vědět, diskutujeme i na PSVL. S plánovanými úpravami webových stránek ČLK se nabízí i možnost založení diskusního fóra nebo informačního systému, což je samozřejmě jen jedna z možností, jak do práce zapojit co nejvíce kolegů a zvýšit tak informovanost v terénu.

■ **Spolupracujete s Pracovní skupinou nemocničních lékárníků?**

Prozatím je okruh témat našich jednání zaměřený v první řadě na veřejné lékárenství, ale do budoucna se jedná s nemocničními lékárníky rozhodně nebráníme. Společná témata k jednání určitě máme. Je to například otázka specializací, která se dotýká obou oborů. Probírali jsme i téma obchodních přírůžek, odměňování lékáren, perspektiv lékárenství, záměrů zákonů o zdravotních pojišťovnách, řešíme problematiku ve vztazích k SÚKL a řadu dalších témat, která kolegy z nemocnic určitě také zajímají. Diskutujeme rovněž návrh na diferenciaci jednotlivých typů lékáren, jejich personální, věcné a technické vybavení, a k tomu mají co říci samozřejmě nemocniční i veřejní lékárníci. Témat je mnoho a hodně se prolínají. Neměli bychom zapomínat, že nám všem jde o společnou věc. Někdy se mi zdá, že bariéra mezi nemocničním a veřejným lékárenstvím je vytvářena uměle.

■ **Přivítali vznik PSVL i lékárníci-zaměstnanci?**

Nevím, jestli přivítali, v každém případě vím, že to přinejmenším zaznamenali. Problém je hlavně v tom, že zaměstnaný lékárník má jiné časové možnosti než provozovatel. Pro zaměstnance, hlavně ty, kteří bydlí dale-



ko od Prahy, je někdy složité zúčastnit se schůzek. Cestovné jim nikdo neproplatí a je to na úkor volného času každého z nás. V současné době má PSVL kolem pětatřiceti členů, i když ne všichni jsou stejně aktivní. Ale hlásí se už i zaměstnaní lékárníci, kteří se na činnosti skupiny chtějí podílet, jelikož jim osud lékárenství není lhostejný.

■ **Jaký je váš osobní názor na specializační a kontinuální vzdělávání? Je racionální držet i nadále systém pěti lékárenských specializací?**

V pracovní skupině jsme brali v úvahu hlavně to, že existuje jedno lékárenství, tudíž není zvláštní potřeba nějaké výrazné diferenciaci. Tady jsme se pokoušeli najít společnou řeč s nemocničními lékárníky, i když ne vždy došlo k názorovým shodám. Já zastávám názor, že specializace by měla být jednotná pro všechny a užší zaměření by se mohlo realizovat v rámci dalšího postgraduálního nebo kontinuálního vzdělávání. Podle mne by každý lékárník měl absolvovat specializaci za stejných podmínek, aby se pak mohl rozhodnout, jestli se vydá cestou klinické farmacie, nemocničního lékárenství nebo se chce realizovat ve veřejné lékárně.

■ **Máte představu o tom, jaké procento majitelů lékáren podporuje své zaměstnance ve specializačním a kontinuálním vzdělávání?**

Přesná čísla neznám, ale také jsem četl anketu na komorovém webu. Protože hlasovalo jen asi třicet lidí, nemají uvedené údaje z hlediska statistiky velkou vypovídací hodnotu. Ale k tomuto tématu se těžko zaujímá jednoznačné stanovisko. Jestliže jako soukromý lékárník zaměstnáváte absolventa zařazeného do specializačního vzdělávání, on samozřejmě očekává, že mu poskytnete volno na studium, na účast na seminářích, kurzech a dalších akcích v rámci specializačního plánu. Ale zejména v malých lékárnách je to docela složité. Nepřítomného zaměstnance musí na pracovišti vždy někdo zastoupit, což v malém kolektivu bývá velký problém. A samozřejmě se zaměstnavateli honí hlavou, proč se zaměstnanec do kursu hlásí, co tím chce získat, jestli jeho úsilí není motivováno pouze vidinou založení vlastní lékárny, a tím se stane konkurentem. Já osobně si to nemyslím, ale obavy některých kolegů chápu. Stejně jako chápu to, že když majitel na studium zaměstnance finančně přispívá, logicky očekává, že u něho potom nějaký čas v zaměstnaneckém poměru vydrží. I na webu se diskutovalo o tom, jestli má zákonnou oporu smlouva, na jejímž základě by měl zaměstnanec „vrátit“ provozovateli lékárny vložené investice tak, že se u něho zaváže pracovat několik dalších let. Ve větších nebo nemocničních lékárnách může být situace trochu jiná. Nerad bych, aby to někdo pochopil tak, že malé veřejné lékárny nechťejí mít vzdělané zaměstnance. Chci tím říct, že zde bývá situace často komplikovanější.

#### ■ Budete motivovat kolegy z veřejných lékáren, aby výsledky své odborné činnosti více prezentovali?

Když nemocniční lékárník řekne, že se zabývá ředěním cytostatik nebo přípravou zvláště náročných lékových forem, odborná i lékárnická veřejnost na to nahlíží tak, že jde o něco opravdu velkého, mimořádného a náročného, ale když lékárník ve veřejné lékárně podá pacientovi krabičku, je to jen prostý prodej. Ve skutečnosti i v nejmenších lékárnách na periferii může být odbornost na vyšší úrovni než v těch velkých na pěších zónách, kde se pacienti střídají jako na běžícím pásu. Nemyslím si ani, že by sám statut ústavní lékárny zajišťoval nějakou vyšší odbornost, jelikož všechno je o lidech. Odbornost přece znamená i to,



Magistra Renata Kalousková za tárou Lékárny Panacea v Kralupech nad Vltavou.

že své pacienty známe, víme, s jakými obtížemi k nám přicházejí, na co se dlouhodobě léčí, známe jejich lékovou historii a o to lépe jim můžeme poradit. Zdá se mi, že veřejní lékárníci mají v prezentaci své odbornosti dost velké rezervy.

#### ■ Povazujete dosavadní činnost PSVL za efektivní?

Určitě už máme co prezentovat, zápisy z naší pracovní skupiny jsou umístěny na webu. Někdy je nám vedením komory trochu podsouváno, že jsme diskusní klub, kam si lidé přijdou po práci nezávazně popovídat, ale velký efekt to nemá. S tím ale nesouhlasíme, jak už jsem řekl, v regionech je obrovská neinformovanost. Spousta lékárníků je neuvěřitelně pasivních. Dokud nevznikne problém, který se dotkne jich osobně, nic je nezajímá. Jsou kolegové, kteří budou kritizovat za každou cenu, ale svoji představu nebo koncepci řešení sami nenavrhnou. Proto v PSVL neustále navrhuje veřejnou diskusi, která by vyústila v určitý postoj k projednávanému tématu, a ten by prezidentovi nebo viceprezidentovi pomohl při jednáních se státní správou. Vytvořením pracovní skupiny jsme se nechtěli profilovat jako konfrontačně zaměřená opozice, ale jako skutečně poradní orgán, abychom představenstvu komory pomohli seznámit se s celou širší a spektrem názorů lékárnické veřejnosti.

#### ■ Kde podle vás vznikají odlišné pohledy na veřejné a nemocniční lékárenství?

Často slyšíme, že nemocniční lékárníci preferují odbornost, kdežto na ve-

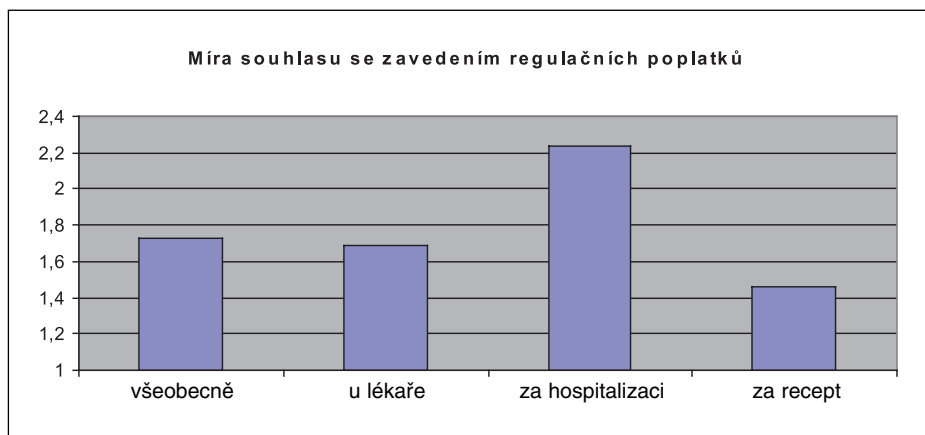
řejné lékárníky se pohlíží tak, že v jejich lékárně jde především o byznys, že veřejné lékárny v první řadě mají majiteli vydělávat. Ziskovost je ale samozřejmě cílem také nemocniční lékárny, která má rovněž svého majitele, a ten jistě nemá zájem ji finančně dotovat. Odbornost a ekonomická prosperita lékárny spolu úzce souvisejí. Když odhlédnete od emocí, princip činnosti v obou typech lékáren je shodný. Pro některé kolegy je byznys opravdu na prvním místě, ale takoví lidé jsou ve všech oborech, ne jen v lékárenství.

#### ■ Jak byste popsal vztahy mezi zaměstnavateli a zaměstnanci?

Zaměstnanec si musí uvědomit, že tak, jak se bude provozovatel o lékárnu starat, tak se výsledky jeho snažení odrazí i na pracovních a finančních podmínkách zaměstnance. Zaměstnavatel bez zaměstnanců, a to ve veřejných i nemocničních lékárnách, nemůže existovat, proto je třeba vytvořit zaměstnanci příjemné pracovní prostředí a samozřejmě i podmínky pro další vzdělávání. Zde bych ještě připomenul, že převážná většina provozovatelů platí za své zaměstnance i povinné členské příspěvky do ČLK. Zaměstnaní kolegové si ale někdy neuvědomují, že pro většinu provozovatelů povinnosti s koncem pracovní doby nekončí. Že řeší spoustu záležitostí, od ekonomických přes dodržování předpisů o bezpečnosti práce, zajištění pravidelných kontrol, od cejchování vah až po kontroly hasičích přístrojů, jejichž rozsah by vydal na dlouhý seznam.

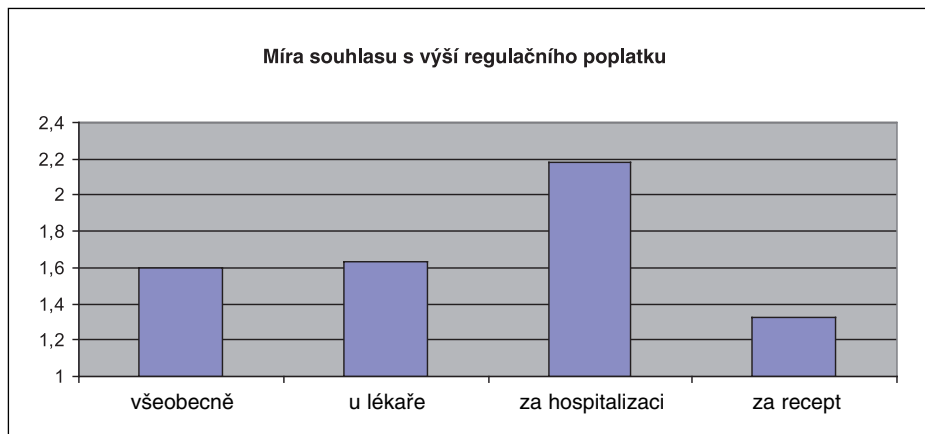
*Pokračování na straně 13*

# Jak naši pacienti vnímají regulační poplatky

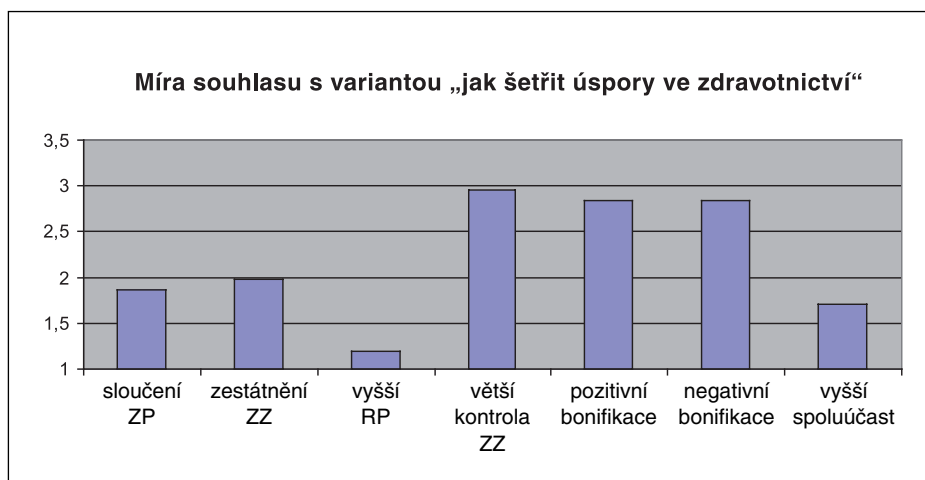


**Graf 1**

Pozn.: Vyšší hodnota na ose Y znamená vyšší průměrnou hodnotu souhlasu s příslušnou variantou odpovědi (platí pro všechny uvedené grafy).



**Graf 2**



**Graf 3**

ZP zdravotní pojišťovny  
ZZ zdravotnická zařízení  
RP regulační poplatky

Zavedení regulačních poplatků od 1. 1. 2008 se velmi výrazně projevilo v běžném provozu lékáren. Především v prvních týdnech po jejich zavedení jsme byli konfrontováni ze strany pacientů s převážně odmítavými postoji a velmi výrazný byl také pokles celkové preskripce, a tím i obratu lékáren.

Abychom v lékárně lépe poznali názory našich zákazníků, realizovali jsme v období dubna a května průzkum názorů zákazníků lékárny na tuto problematiku. Jako nástroj sociologického průzkumu byl použit dotazník. K vyhodnocení většiny odpovědí respondentů bylo použito vážených aritmetických průměrů. Součástí dotazníku bylo i hodnocení služeb lékárny. Ze 200 oslovených respondentů vyplnilo dotazník 121.

Odpovědi na nejdůležitější otázky:

## 1. Souhlasíte se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví?

(viz graf 1)

Respondenti nejméně souhlasí se zavedením RP za recept. V této souvislosti se ukazuje, že nebyla věnována dostatečná pozornost objasnění skutečnosti, že příjem lékárny z těchto poplatků je na rozdíl od lékařů a nemocnic prakticky minimální (vzhledem k prováděným odpočtům).

## 2. Souhlasíte s velikostí těchto poplatků?

(viz graf 2)

I v tomto případě je nejmenší souhlas s výší regulačního poplatku za recept.

## 3. Jak vnímáte problémy spojené se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví?

82,7 % respondentů se domnívá, že zavedení regulačních poplatků jim nebylo dostatečně vysvětleno, 79,2 % respondentů si myslí, že jejich zavedení nebylo ani dobře připraveno.

## 4. Mělo zavedení regulačních poplatků vliv na Vaše chování v oblasti zdravotní péče?

41,3 % respondentů odpovědělo, že zavedení RP mělo vliv na jejich chování v oblasti zdravotní péče. Nejvýrazněji se to projevilo ve větší pozornosti prevenci a preventivním prohlídkám a v častějším nakupování léků ve volném prodeji.

## 5. Jak by bylo možné podle Vás řešit úspory (nebo lepší využití) finančních prostředků ve zdravotnictví?

(viz graf 3)

Respondenti se domnívají, že úspory ve zdravotnictví by bylo možné řešit především větší kontrolou zdravotních pojišťoven. Zajímavá je skutečnost, že jako druhá možnost je uváděna možnost pozitivní a negativní bonifikace pojištěnců (kouření, rizikový způsob života,...).

## 6. Domníváte se, že limit 5 000 Kč za rok na celkové výdaje za poplatky a spoluúčast je dostatečný?

Většina dotázaných (57,5 %) se domnívá, že limit 5 000 Kč je pro ně dostatečný.

Dotazníkový průzkum potvrdil, že zavedení regulačních poplatků ještě více ovlivnilo negativní vnímání lékáren u české veřejnosti. Regulační poplatky za recept se setkaly s nejmenším „pochopením“ veřejnosti (skutečnost, že tyto na rozdíl od jiných segmentů zdravotní péče prakticky nenavýšují příjem lékáren, není dostatečně známa). Je otázkou, zda nebylo vhodné věnovat této problematice větší pozornost při působení lékárnické komory směrem k veřejnosti.

**PharmDr. Robert BARTAS**  
Lékařna AQUA, Karviná

## „Bariéra mezi...“

*Dokončení ze strany 11*

### ■ Nejen v lékárenství se situace mění každý den. Co by měli změnit sami lékárníci?

Byl bych rád, kdyby lépe pracovala okresní sdružení, kdyby lékárníci měli o svůj obor zájem, a to nejen v době, kdy se řeší zásadní problémy, které mohou lékárny zlikvidovat. Členové komory často čekají, že za ně někdo něco dojedná, zpracuje a položí jim až na stůl pokyny, co a jak mají dělat. Neúčastní se diskusí, nenavštěvují webové stránky, nemají zájem jakkoliv na vývoji oboru spolupracovat. Lékárníci-funkcionáři by měli odhlédnout od osobních antipatií, protože nám jde o společnou věc, ať pracujeme ve veřejných nebo nemocničních lékárnách. Občasná vzájemná nevráživost a tříštění sil nahrává druhé straně a v konečném důsledku nám jenom škodí.

**Fotografie: Vladimír Vrbovský**

# SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

## Risperidon

Risperidon patří do skupiny atypických antipsychotik a dnes ho lze v Evropě najít nejen ve formě originálu, ale také v celé řadě generických preparátů. Chemicky je někdy nazýván benzisoxazol. Podobně jako ostatní antipsychotika působí v CNS především na neuromediátory dopamin a serotonin. Je používán nejen k léčbě psychotických stavů, ale také v řadě adjuvantních medikací, ovšem v daleko nižším dávkování. Dávky jsou postupně titrovány od nejnižších (1 mg/den) k vyšším, obvykle v intervalu jednoho týdne (4–16 mg/den) – podává se obvykle v jedné nebo dvou denních dávkách.

U seniorů nebo u pacientů se sníženou jaterní funkcí se dávky snižují. V této věkové kategorii jsou rizika NÚ obvykle nejvyšší, pacienti s demencí (užívající risperidon) mají dokonce vyšší riziko iktu. Nejvýznamnější interakce nastávají s ostatními látkami tlumícími CNS, což jsou nejen různá léčiva, ale také alkohol. Rovněž je nutné počítat se zesílením hypotenzního účinku při léčbě antihypertenzivy, velmi rizikové je současné užívání furosemidu. Naopak účinek levodopy při léčbě parkinsonismu je v tomto případě touto látkou antagonizován. Nežádoucích účinků může být mnoho a podrobně lze najít jejich výčet v SPC přípravku, na některé by však měl být pacient také upozorněn při dispenzaci. U seniorů je nutno počítat s pomalejší eliminací, a tedy i prohloubením možných NÚ – např. výskyt tardivní diskynézy u starších žen nebo proarytmogenní efekt u kardiaků či ortostatická hypotenze. Při záměně antipsychotik je třeba vysadit podávání tohoto léku a zkrátit přechodovou fázi na minimum. Při vysokých dávkách nebo nevhodných kombinacích s ostatními neuroleptiky může dojít i k velmi závažnému neuroleptickému malignímu syndromu (NMS) i s fatálními následky (projevuje se hyperpyrexíí, svalovou rigiditou, alterací mentálního stavu, pocením a kardiiovaskulárním selháváním). Pacienty rovněž hodně trápí zvýšená chuť k jídlu, která má pak za následek nárůst tělesné váhy, příp. periferní edémy. V době těhotenství je nutno vzít na vědomí zařazení léku do skupiny C (dle FDA) a také není vhodné kojení.

- Lék lze užívat nezávisle na příjmu potravy, je vhodné zapít plnou sklenicí vody. Pokud je indikován roztok, pak je vhodné naředit ho do vody, kávy, pomerančového nápoje nebo nízkotučného mléka. Nemá se kombinovat s kolou nebo čajem.
- Pacient by měl porozumět tomu, že se nejedná o vyléčení, ale pouze o symptomatickou léčbu, která bude pravděpodobně dlouhodobá a nemá se svévolně přerušovat.
- Je vhodné pravidelně kontrolovat TK, hlavně v období titrace či změny dávek.
- Pokud se projeví příznaky NMS, okamžitě informovat lékaře – stavy přehřátí, vysoké horečky, svalová rigidita, nepravidelný puls, pocení. (Lékař obvykle vysadí všechna neuroleptika, sleduje pečlivě pacienta a provádí pouze symptomatickou léčbu vegetativních poruch). I jiné děletrvající NÚ se závažnějším charakterem je nutné mu hlásit.
- Může se projevit i vyšší glykémie s klasickými příznaky diabetu – nutná návštěva lékaře.
- Pacient má být rodinou nebo zdravotnickým personálem rovněž sledován pro možné riziko suicidia.
- Ambulantní pacient by měl rovněž vědět o riziku fotosenzitivity při užívání tohoto preparátu.
- V případě, že pacient trpí suchem v ústech a nižší tvorbou slin, je vhodné častěji popíjet doušky vody nebo cumlat bonbony bez cukru.
- Při delším podávání by měl být pacient upozorněn na riziko nárůstu váhy, aby ji mohl případnou dietou koordinovat.

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

# Tři témata aneb Nad horkými bramborami

Po půl roce aktivní prezentace názorů komory do médií si dovolím na stránkách tohoto stavovského periodika „luxus“ – prezentovat svůj názor na tři aktuálně diskutovaná témata. Nezastírám, že je to v rámci vlastní duševní hygieny a úklidu myšlenek.

Mgr. Michal Hojný, vedoucí lékárník ÚL IKEM



Podle mého názoru je nezbytně nutné si nejdříve definovat kvalitativní požadavky na absolventy jednotlivých oborů, co by měl umět teoreticky i prakticky. Tomu na míru ušít specializační náplň (ve formě, aby se dala absolvovat) s adekvátní délkou a místem praxe, počtem teoretických kurzů a praktických stáží. A když už toto bude na stole, nastavit absolventovi specializační přípravy kompetence, pravomoci a odpovědnosti s ohledem na náplně ostatních farmaceutických oborů. Ze stávající debaty mi není úplně jasný důvod, proč by podle Pracovní skupiny veřejného lékárenství (PSVL) nemohl absolvent oboru nemocničního lékárenství vést veřejnou lékárnou, a mohl vést „jen“ lékárnou nemocniční. Zvláště ve chvíli, kdy i ta má svoji veřejnou část, která je v naprosté většině

## Téma č. 1 – SPECIALIZACE

Pro některé kolegy je dráždivé jako pověstný červený hadr pro býka. Přiznávám, že patřím spíš ke druhé skupině, tedy těm, kteří i díky novému vedení katedry lékárenství vidí v atestacích jednu z možností, jak náš obor kultivovat a posunout kupředu. V dalším posunu vpřed nám mohou významně pomáhat i nadále společná pravidla pro specializační vzdělávání s lékařskými obory. Na tomto spojení nemůžeme prodělat. A je nerozumné na tom cokoli nyní měnit. Mít společné postgraduální vzdělávání s lékaři minimálně mediálně velmi dobře zní! Vytvořit z Lékárnické akademie (LA) „druhý IPVZ“ není navíc žádným zaručeným receptem na změnu. Změna spočívá v zapojení většího počtu praktických lékárníků ze všech typů lékáren, fakult apod. do výuky. Role LA je v současnosti jinde – v kontinuálním vzdělání. Nezbytnou podmínkou pro větší compliance školenců se specializačním vzděláním je jeho kvalita a „up-to-date“ obsahová náplň. Ta by totiž měla směřovat k rozvoji VŠ vědomostí, a ne jejich rutinnímu opakování. Snad i ti nejzarytější odpůrci, sledující pozorně a s otevřenými očima náplně atestačních kurzů, poznali za poslední rok a půl významnou změnu – výuku a následné testování v praxi veskrze aplikovatelných poznatků. Bohužel úroveň atestantů u zkoušek je velmi často tristní. Spousta kolegů má problém vzpomenout si na základní znalosti. Jejich úroveň velmi věrně kopíruje odbornou úroveň jejich školitelů. Ve značném procentu případů ke škodě školenců. Bohužel...

Dalším významným argumentem pro zachování a rozvoj atestací je v posledních měsících otevřená debata o změně financování lékárenské péče. V takovém systému bude totiž logické, že si plátcí (tj. zdravotní pojišťovny) budou pro zachování kvality poskytovaných služeb vázat jejich úhradu na

odborníka s konkrétním vzděláním. Atestace (a certifikované kurzy) se k tomu přímo nabízejí, a to nejen v ryze nemocničních činnostech, jako je příprava cytostatik, parenterální výživy, klinická farmacie, ale také u „nadstandardní“ konzultační činnosti poskytované ve všech typech lékáren (např. adiktologie).

S novelou zákona č. 95/2004 Sb. dochází k aktualizacím náplní specia-



lizačního vzdělání. Pod tlakem ministerstva zdravotnictví dojde bezpochyby k redukci lékařských specializačních oborů. Sloučeny budou ty minoritní a ty, které mají výrazný překryv specializačních náplní. S ohledem na výše uvedené nevidím prostor k redukci farmaceutických oborů. Jedním z důvodů je i to, že zákon č. 95 je jedním z mála dokumentů, kde je kodifikováno nemocniční lékárenství. Opouštět bez boje pracně získané pozice by bylo vrcholně nerozumné. To samé platí v případě klinické farmacie. Tento názor podpořila i Vědecká rada ČLK v čele s profesorem J. Květinou.

Jak tedy směřovat debatu o specializacích k cíli?

případů personálně i provozně větší než převážná část lékáren veřejných... Logiku v tom nenacházím.

Za naprosto zbytečné bych považoval také snahu sloučit za každou cenu do jednotlivých oborů všechny náplně. Proč by měl být absolvent veřejného lékárenství nucen v rámci svojí specializace stážovat delší dobu např. na pracovišti zajišťujícím přípravu cytostatik?! Podle mého názoru by se měl ve své přípravě zaměřovat především na činnosti, které dokáže reálně uplatnit v praxi – např. dispenzační a konzultační činnost. Má-li být snaha sloučit specializace cenou za kompetenci vést nemocniční lékárnou s „veřejnou“ specializací, pak mi přijde naprosto

neadekvátní. Kolik takových absolventů tuto ambici vůbec má?

Dalším ožehavým místem je nutnost absolvovat náplň na **akreditovaném pracovišti**. Opět červený hadr. Zákon č. 95 mluví jasně: o příspěvek na specializační vzdělání, resp. na tzv. rezidenční místo, se mohou ucházet pouze akreditovaná pracoviště. Platí tedy rovnice: **nemám akreditace = nemám peníze na výchovu školence (rezidenta)**. Bez boje se zbavujeme alespoň teoretické šance se o finance ucházet! Proč? Když akreditační proces ve stylu praktických lékařů zabere maximálně hodinu času (dvě strany A4) a tisícikorunový kolek na žádost? Ani toto nejsme schopni pro své školence udělat? Zákon nám povinnost absolvovat náplň na akreditovaném pracovišti neukládá, můžeme si ji uložit sami dobrovolně. A budeme tak mít dohled nad lékárnami a školiteli, kde praxe probíhá! Proč se toho někteří zástupci převážně veřejných lékáren bojí? Zdá se jim vynaložené úsilí zbytečné? Že by proces dohledu nad těmito pracovišti

byl jen formální, jak znějí jejich argumenty? Může být, ale také nemusí. Záleží na tom, jaký ho budeme chtít mít a co pro to uděláme. Proč již od začátku počítáme s pasivitou a neochotou něco změnit?

IPVZ ani jiná vzdělávací organizace už nebude dostávat dotace na pedagogickou činnost (alespoň podle stávajícího záměru MZ ČR). Pokud tedy nemá dojít k dramatickému zdražení vzdělávacích akcí (teoretických školení i odborných stáží), musí být tyto prostředky refundovány z dotací na rezidenční místa. Jinak logicky dojde k několika násobnému navýšení registračního poplatku. Týdenní kurz za necelé 2000 Kč i s vytištěnými materiály bude jen nostalgickou vzpomínkou na zlaté časy.

## Téma č. 2 – FUNGOVÁNÍ PRACOVNÍCH SKUPIN PŘI PČLK

Stávající představenstvo je názorově velmi bohaté. Tomu mnohdy odpovídá i nepřilíš jednoduchá diskuze a for-

mulace závěrečných stanovisek. Troufám si ale říct, že jeho složení je proti tomu předchozímu pestřejší. Informace z terénu mu díky výraznému zastoupení zástupců veřejných lékáren rozhodně nechybí. Naopak mu chybí aktivnější účast významné části členů PČLK na plnění úkolů. Ve „Zprávě o stavu komory“ na sjezdu by bylo pro členskou základnu jistě zajímavé zveřejnit účast jednotlivých členů PČLK na jednáních a uvést u nich také konkrétní splněné úkoly.

Pracovní skupiny byly vytvořeny k tomu, aby plnily především úkoly zadané představenstvem komory. Členové ČLK si navolili na sjezdu svoje představenstvo a svého prezidenta, a nikoliv členy pracovních skupin! Debaty o tom, mají-li jejich členové mandát někoho zastupovat nebo ne, jsou tedy naprosto liché. Za ČLK jedná navenek výhradně prezident. Při pohledu na složení účastníků setkání PSVL pravděpodobně nejednoho

*Pokračování na straně 16*

## Klokani, klokanice, klokáňata...: Klárka

Klárka byla do Klokánku umístěna v prosinci 2002 hned z porodnice. Matka se svým druhem bydlela v garáži. Pět jejich starších dětí je v pěstounské péči. Tvrdila, že si co nejdříve najde vhodnější bydlení a dceru si vezme zpět. Té se prý určitě nevzdá. V únoru 2003 ale Klárku navštívila naposledy.

Po uplynutí půlročního nezájmu proto Fond ohrožených dětí (FOD) požádal Městský úřad Lovosice o podání návrhu na vyslovení nezájmu. Úřad sice návrh podal, ale současně žádal předání Klárky do kojeneckého ústavu. Ve svém návrhu z 27. června 2003 nepravdivě uvedl, že Klokánek je zařízení pověřené ministerstvem práce a sociálních věcí okamžitou pomocí a není oprávněno mít děti v dlouhodobé péči. Manžel matky podal mezitím návrh na popření otcovství. Soud vyslovil místní nepřislusnost a řízení se z důvodu kompetenčního sporu protahovalo. Proto FOD úřady opakovaně žádal, aby holčičku předaly do péče náhradní rodiny, která nebude trvat na anonymitě pozdějšího osvojení. Úřady ovšem trvaly na anonymitě i na kojeneckém ústavu.

Když Klárka v Klokánku oslavila roční narozeniny, nebyl kompetenční

spor ještě vyřešen. FOD pro ni tedy vyhledal státem prověřenou rodinu sám. Manželé H. si holčičku na první pohled zamilovali a i Klárka s nimi byla spokojená. Požádali proto soud o její svěření do výchovy. Soud nařídil jednání na počátek dubna 2004. Matka se jako obvykle nedostavila. Přítomná sociální pracovníce nadále trvala na ústavní výchově. Uvedla, že by dítě bylo v kojeneckém ústavu řádně vyšetřeno a po právním uvolnění předáno do anonymního osvojení podle pořadní-



ku. Rodiče jsou agresivní a oni tím chtějí osvojitele před nimi ochránit.

Přítom Klárka je zdravá, dobře se vyvíjející holčička. To potvrzovala i zpráva dětské lékařky, založená ve spise. Navíc zákon o rodině (§ 46 odst. 2) výslovně stanoví, že náhradní rodinná péče i rodinná péče v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (což jsou i Klokánky) mají přednost před ústavní výchovou. Manželé H. byli stateční a o Klárku bojovali ze všech sil. Prohlásili, že na anonymitě osvojení netrvalí, z rodičů strach nemají a holčičku chtějí do své péče co nejdříve. Soud jejich návrhu vyhověl a Klárku jim svěřil do výchovy předběžným opatřením. Nadšení manželé si holčičku hned odvezli. Za dva týdny ale přišel šok. Odbor sociálních věcí podal odvolání. V rozporu s platným právem žádal odebrání dítěte z rodiny a umístění do kojeneckého ústavu – naštěstí neúspěšně.

Dnes už je Klárka nezrušitelně osvojena a ve své nové rodině prožívá šťastné dětství. Kdo spočítá, kolik dětí zůstává kvůli špatnému postupu úřadů v ústavech? Kolik z nich rodinu nikdy nepozná?

*Foto: Martin ŠLEHOFER*

*Pokračování ze strany 15*

z vás napadlo, že se vlastně jedná o soukromé provozovatele, až na výjimky sdružené v GML. Názorové pestrosti by jistě přispěla širší účast zaměstnanců a především zástupců řetězcových lékáren. I ty komora jako stavovská organizace zastupuje. Diskutované financování činností pracovních skupin má podle mého názoru jednoduché a přitom motivující řešení: odměnu za odvedený výkon, za konkrétní výsledek. Debatní kroužky by se z prostředků ČLK hradit neměly nyní a ani v budoucnosti, ačkoliv si myslím, že jejich existence je užitečná.

### Téma č. 3 – SBĚR DAT V RUKOU KOMORY?

Aktuálním tématem dalších týdnů je debata o sběru dat o vývoji ekonomiky lékárenských zařízení pod garancí ČLK. Uznávám pravidlo, že odbornost musí jít ruku v ruce s ekonomickou stabilitou. Cesta k pozvednutí oboru bohužel zároveň vede přes minimálně dočasně nehonorané činnosti. Aktuál-

ním problémem je, že nikdo z nás lékárníků (a státní správy) pořádně neví, jak se situace lékáren **reálně** vyvíjí. Novináři jsou každý týden lační po informacích a my máme v ruce pouze statisticky nepřesná data z omezeného vzorku lékáren. Z lékáren vlastních, lékáren svých kamarádů a s více než měsíčním zpožděním data GML počítaná z minivzorku 30–50 lékáren veřejných. Jak velkou mohou mít tato čísla vypovídací hodnotu, když naprosto postrádají data z velkoobratových nemocničních a „poliklinických“ lékáren, lékáren řetězcových a lékáren soukromých provozovatelů neangažovaných v GML? Jedinou možností je začít aktivně pracovat na pokud možno automatickém sběru dat na ČLK, který bude splňovat minimálně tyto základní parametry:

- **Rychlost** – data exportovaná při tvorbě měsíční uzávěrky
- **Anonymita** – možnost předávat data pouze o trendu – pokles/nárůst v jednotlivých sledovaných kritériích
- **Dostatečná velikost vzorku** lékáren s reprezentativním zastoupením všech typů

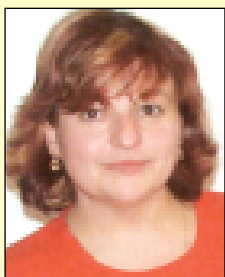
Taková data budou konečně vypovídat o realitě v jednotlivých typech lékáren, vývoji v prodeji za hotové, na recepty i žádanky. Stávající data tyto parametry rozhodně nespĺňují.

Třeba pak v médiích budou čísla, která budou zahrnovat i realitu právě vaší lékárny. Dostanete k dispozici zprůměrovaná data získaná tímto sběrem, a to není určitě málo.

Plně respektuji, že výsledkem jednání na půdě komory musí být kompromis. Nikdy se logicky nelze zavděčit všem. Místo plamenných proslovů a proklamací ale bude efektivnější přiložit ruku k dílu. Pravda, nebude to tak efektní jako některá prohlášení nedávné minulosti. ■

P.S.: Jako test aktivity lékárníků posloužil určitě Den lékáren. Vy už víte, kolik se jich aktivně zapojilo. Já dnes (23. 5.) při psaní příspěvku ještě ne. Bylo to alespoň 50 %? Nebo méně a ukázalo se, že je velmi sporné směřovat odměnu lékárníka za konzultaci, když nejsme schopni tuto službu nabídnout jeden jediný den v roce?

## TAK TO VIDÍM JÁ: ...a kladu si otázky



Když jsem před lety začínala v lékárně na malém městě, ordinoval v šest kilometrů vzdálené vesnici lékař, který zavolal, jestli mu nechci při provizi deset procent zásobovat ordinaci. Nechtěla. Vyhodila jsem ho. A tak jsem recepty s jeho jménem viděla málokdy. Pokud jeho pacienti náhodou přišli, ještě mi vynadali, že u pana doktora na

tento lék doplatek nikdy neplatili.

Smířila jsem se s tím, že k nám nechodí, ale ne s tím, že mi nadávají za jiné doplatky. Ptala jsem se kolegyně, vlastních okolní lékárny, kdo ho zásobuje. Nevěděly, nelhaly, protože by tam dávno vznikla výdejna, ale za této situace by to byla ekonomická sebevražda. Pacienti vyprávěli, jak přinesou seznam léků, které potřebují, pan doktor otevře skříň, všechno vydá a řekne sumu. Zaplatili, recepty neviděli a nechali „dýško“, že nemusí nikam jezdit. Obě strany byly spokojené. Kdo lékaře zásobuje léky, jsem nikdy nezjistila.

Letos na jaře k nám začali jeho pacienti chodit a litovali pana doktora, že prý měl problémy a už to tak nemůže dělat. Ve velice krátké době (snad za tři týdny) si však v této obci otevřela výdejnu paní magistra z jedné vzdálenější obce. Myslím si, že už vím, kdo ho celá ta léta zásoboval. Je to jen jeden příklad za všechny.

A závěr: „chudák“ pan doktor, který nevydává jediný doklad o zaplacené částce, a „vydřiduch“ lékárník, požadu-

jící zcela zákonně doplatek. To nás jakožto lékárnický stav poškozují možná více než ekonomická stávka. Co si myslíte vy? ■

A pak jsou tu ještě klady a zápory reformy.

Snad každé lékárně začátkem roku se zavedením reformy ubylo mnoho předepsaných receptů a vzrostl počet volných prodejů. Když jsme se pak prokousali změnami v počítačových programech, vyhláškami a další horou papírů, zjišťuji, že máme více času na pacienty. Nejen na receptech, kde se ptají na goniometrickou substituci, ale i na dotazy typu „Nevíte, na co ty léky jsou?“

Teď máme příležitost (možná jednu z posledních) dokázat, že lékárník je odborník, zdravotník, a ne prodavač. Prodat co nejvíce informací o léku, ale pokud chybí laborantka, pak samozřejmě umět poradit i dětskou výživu, pastu na zubní protězu, nejvhodnější náplast. To ale pro nás znamená neustálé vzdělávání. Ne pro získání potřebného počtu bodů, ale pro sebe a hlavně pro pacienty. Ale to není vše. Potřebujeme i právní minimum, abychom se dovedli bránit v případě problémů, o ekonomických otázkách ani nemluvě.

To jsme se ve škole většinou neučili a učí nás to až život profesní. Na školení jezdí i moje laborantka. Je to důležité pro ni i pro mne jako zaměstnavatele. Na různých akcích-školeních, sjezdech, seminářích ale potkávám často stejné tváře. Ti ostatní to nepotřebují?

**Mgr. Jitka HODICOVÁ**  
Lékárna Chvaletice

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Malina, L.: Fotoalergické kožní reakce po systémovém podávání léků**  
*Praktický lékař č. 4/2008*

Kožní fotosenzitivní výsevy mohou být buď původu fototoxického nebo fotoalergického. Ty druhé jsou mnohem méně časté. Mezi nejčastější fotoalergeny mezi léky patří (sestupně): kys. tiaprofenová, ibuprofen, ketoprofen, naproxen, diklofenak, sulindak, ofloxacin, ciprofloxacin, pefloxacin, chlorpromazin, promethazin, hydrochlorothiazid, sulfametoxazol. Diagnostikuje se pomocí fotoepikutánních testů, někdy i fotoprovokačních. Léčba těchto stavů je pouze symptomatická, místně se aplikují kortikoidy, celkově antihistaminika a doporučuje se trvalá fotoprotekce.

**Trnavský, K.: Místní léčba revmatických chorob nesteroidními antirevmatiky**  
*Praktický lékař č. 4/2008*

Místní léčba chorob pohybového aparátu má dlouholetou tradici už od dob Příběhů dobrého vojáka Švejka. Opírá se o derivancia, v USA hlavně kapsaicin. Jejich působením dojde k vyplavení substance P, neuropeptidu zodpovědného za přenos bolestivých impulsů. V posledních letech však převažují v léčbě lokální nesteroidní antiflogistika. Většina výrobců perorálních forem převedla přípravky do forem lokálních. Pokusné studie byly zaměřeny především na průkaz terapeutických koncentrací v cílovém orgánu. Ideální léčivo by mělo mít co nejnižší molekulovou hmotnost, vysokou protizánětlivou účinnost a vyvážené hydrofilní a hydrofobní vlastnosti umožňující přestup léčiva přes stratum corneum. Pro dosažení větší absorpční hloubky se používají tzv. enhancery, které prostupnost zvyšují. Většina (až 95 %) nežádoucích účinků se projeví v místě aplikace léčiva. Incidence je až 10%. Většina rychle mizí po vysazení. Více než 50 % lokálních přípravků s obsahem NSAIDs spotřebují pacienti ve věku nad 65 let. Léčba je ekonomicky náročnější než léčba systémová, eliminovány jsou však téměř úplně systémové nežádoucí účinky perorální léčby.

**Bakešová, D.: Léčba pacienta se schizofrenií injekčním depotním antipsychotikem Risperdal Consta**  
*Psychiatrie pro praxi č. 3/2008*

Devatenáctiletý student se dopustil závažného napadení svého otčima pod vlivem duševní choroby, bylo proti němu zastaveno trestní stíhání a nařízeno ústavní léčení. Pravidelně užíval marihuanu. Medikován byl nejprve perorálním risperidinem 2 mg denně, za tři měsíce byl změněn na amisulprid 200–700 mg denně. Pak byl znovu nasazen risperidon v dávce 3–4 mg denně spolu s citalopramem 20 mg denně, bupropionem a na tři měsíce i klonazepamem a hydroxyzinem. Po 1,5 roku po incidentu byl nasazen depotní Risperdal Consta 25 mg, po 14 dnech pak vždy 50 mg, při zhoršení pak 1–2 mg per os. Po dalších 4 měsících musel být přidán lamotrigin do dávky 350 mg denně. Pacient subjektivně vnímá vyrovnanější náladu. Krátkodobě po aplikaci se mu zastavila ejakulace. Ochranné léčení mu bylo změněno po 2,5 letech na ambulantní. Depotní forma risperidonu se jeví jako vhodná pro zajištění kontrolovaného příjmu účinné látky pro takový typ pacientů.

## Petrů, V., Krčmová, I.: Anafylaktická reakce

Edice Farmakoterapie pro praxi

Jessenius Maxdorf, Praha, 2006, 95 stran

Tato publikace je psána s cílem zásadního zvýšení znalostí našich zdravotníků o anafylaktických reakcích a má být pro všechny obory medicíny minimem společných doporučení.

### ANOTACE

Většina lékařů se v průběhu své praxe setká s nutností řešit akutní, náhle vzniklý a život pacienta ohrožující stav. Anafylaxe mezi ně jistě patří. Je nepředvídatelná s často netypickými příznaky. Termín anafylaxe zavedli dva Francouzi, Portier a Richet, v roce 1902 (původně afylaxe) jako poruchu imunity laboratorních zvířat navozenou experimentálně. V repetitoriu se autoři (V. Petrů) zabývají vývojem definice, etiopatogenezi s masivním uvolněním mediátorů z mastocytů a bazofilů. Další část je věnována diagnostice a diferenciální diagnostice. Jsou vyjmenovány jednotlivé možné spouštěče (potravin, latex, jed blanokřídlého hmyzu, seminální tekutina, léčiva, námaha). Důležitá je další část popisující klinický obraz anafylaxe s projevy kožními, respiračními, kardiovaskulárními, břišními apod.

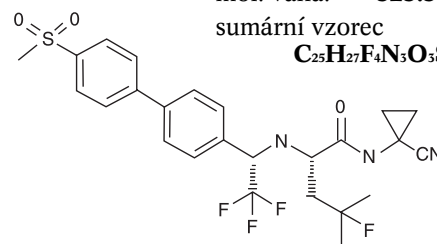
Z léčebných metod se uplatňuje farmakoterapie – adrenalin, antihistaminika,  $\beta_2$ -mimetika, atropin, glukagon, kortikoidy, kyslík, tekutiny, teofylin. Popsáno je i potřebné vybavení lékaře ke zvládnutí anafylaxe, předlékařská první pomoc a samoléčba, možnosti prevence.

**O**danacatib (dále Od) je prvním zástupcem nové skupiny léčiv k terapii osteoporózy, tzv. inhibitorů katepsinu K. Katepsin K je cysteinová proteáza produkovaná osteoklasty. Odbourává kostní matrix v průběhu osteoklastické kostní resorpce. Inhibitory katepsinu K snižují osteoresorpci a na rozdíl od bisfosfonátů neovlivňují životnost osteoklastů. Katepsin K biodegraduje různé složky kostní matrix

## MOLEKULA MĚSÍCE

### Odanacatib

mol. váha: 525.56  
sumární vzorec  
 $C_{25}H_{27}F_4N_3O_3S$



(kolagen, osteonektin a osteopontin). Podle výsledků IIb fáze klinického zkoušení, prezentovaných loni na ročním mítingu American Society of Bone and Mineral Research, vykazoval na dávce závislé zvýšení kostní minerálové denzity (BMD) u postmenopauzálních žen s nízkou BMD. Studie zahrnovala 399 žen randomizovaných dvojitě slepým způsobem podáním placeba, 3, 10, 25 či 50 mg Od 1x týdně po dobu 12 měsíců. Nízké dávky Od byly bez efektu, od dávky 10 mg došlo ke zvýšení BMD. Dávka 50 mg týdně zvýšila denzitu o 3,4 % za 12 měsíců oproti poklesu o 0,1 % po placebu. Na základě těchto pozitivních výsledků zahájila firma Merck III. fázi klinického zkoušení Od u postmenopauzálních žen. Tato tříletá studie bude determinována incidencí radiografických zlomenin páteře i zlomenin jiných částí skeletu u pacientek užívajících Od oproti placebu a vliv léčiva na hodnoty kostní denzity. Zároveň se rozběhnou klinické zkoušky v jiných indikacích: osteoartrida kolenního kloubu, artritida, nádory (speciálně nádory prsu a metastázy do kostí). V Japonsku se věnuje výzkumu Od firma Banyu.

### Zdroje:

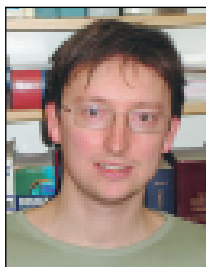
<http://www.prous.com/molecules/default.asp?ID=172>  
<http://osteoporosisblogger.com/2007/10/12/recruiting-phase-iii-clinical-study-of-mk0822-odanacatib-in-postmenopausal-women-with-osteoporosis-to-assess-fracture-risk-reduction/>  
[http://www.merck.com/newsroom/press\\_releases/research\\_and\\_development/2007\\_0918a.html](http://www.merck.com/newsroom/press_releases/research_and_development/2007_0918a.html)  
Medicina pro praxi, 4(11), str.454-457, Novinky v léčbě osteoporózy  
[http://www.zdravcentra.cz/eps/rde/xbcr/zc/5\\_NTF\\_01.pdf](http://www.zdravcentra.cz/eps/rde/xbcr/zc/5_NTF_01.pdf)

Stránku připravil  
PharmDr. PAVEL GRODZA  
panacea@iol.cz



# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Věkem podmíněná makulární degenerace je progresivní degenerativní onemocnění žluté skvrny sítnice oka, které je v rozvinutých zemích hlavní příčinou těžké a nevratné ztráty zraku u osob starších 50 let. Vyskytuje se ve formě suché, atrofické, a ve formě vlhké. Vlhká, čili exsudativní, tedy neovaskulární forma makulární dege-



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

nerace sítnice oka (VPMD) představuje pouze 10 % celkové prevalence této choroby, avšak je zodpovědná za 90 % těžké ztráty zraku. Sekundárně často doprovází onemocnění výskyt deprese (až u 40 % pacientů) a zvýšená frekvence různých poranění. Pacienti s těžkou degenerací makuly hodnotí svou kvalitu života jako sníženou o 63 %, tedy stejně jako postižení pokročilou rakovinou prostaty s neléčitelnými bolestmi nebo jako pacienti po masivní ochromující mrtvici. Udává se, že chorobou je postiženo až 30 % obyvatel starších 75 let.

Ve stáří dochází ke sníženému prokrvování sítnice oka. Buňky sítnice reagují na nedostatek kyslíku syntézou vaskulárního endoteliálního růstového faktoru (VEGF). V cévnatce se začínají tvořit nové cévy pronikající přes Bruchovu membránu do subretinálního prostoru. Jsou však křehké, nekvalitní a často dochází k jejich praskání, resp. k praskání cévních tekutin nebo ke krvácení. Není-li choroba léčena, jsou poškozeny fotoreceptory (tyčinky a čípky) a nastává ztráta centrálního vizu. Po několika měsících až letech je neovaskulární tkáň nahrazena jizvou. Výpadek uprostřed zorného pole, centrální skotom, nemocné vyřazuje z činnosti, jako je čtení, řízení auta, chůze mezi překážkami či rozeznávání obličejů.

Léčba makulární degenerace je obtížná. Určité procento pacientů s VPMD může být léčeno laserovou fotokoagulací nebo fotodynamickou terapií (verteporfin). V současné době se objevují na trhu protilátky nebo části protilátek vázajících se na VEGF, čímž inaktivují vazbu VEGF na receptor cévy. V indikaci VPMD jsou používány ranibizumab a pegaptanib. Podobný mechanismus účinku má i bevacizumab, který je však indikován u solidních nádorů v onkologii.

## Farmakologické aspekty

Ranibizumab je fragment humanizované monoklonální protilátky IgG1 (Fab) proti proteinu VEGF. Váže se s vysokou afinitou na všechny biologicky aktivní formy VEGF-A 110, 121, 165, 189 a 206 a inhibuje jejich vazbu na endoteliální receptor, čímž inhibuje angiogenezi a cévní permeabilitu. Je určen specificky pro oční použití. Jako fragment protilátky díky své malé molekulové hmotnosti 48 kD po

aplikaci do sklivce snadno proniká pod sítnici. Jeho polčas vyloučení ze sklivce je poměrně krátký (10 dnů).

## Klinické aspekty

Účinky ranibizumabu u nemocných s vlhkou formou makulární degenerace zkoumaly mj. studie MARINA a ANCHOR. V těchto studiích byly ke stanovení ostrosti vidění použity speciální vyšetřovací tabule s různě velkými písmeny, tzv. optotypy ETDRS. Primárním cílem těchto studií bylo určit procento pacientů se zhoršením zraku nižším než 15 písmen ostrosti zraku. Ve studii MARINA po 2 letech

# Ranibizumab

sledování mělo ve skupině léčené ranibizumabem 0,5 mg jednou měsíčně 90 % pacientů pokles ostrosti zraku nižší než 15 písmen, zatímco ve skupině placebo dosáhlo stejného kritéria pouze 53 %. Ve studii ANCHOR byla léčba ranibizumabem srovnávána jeden rok s terapií verteporfinem. Zatímco 96,4 % pacientů ve skupině ranibizumabu mělo po roce léčby zhoršení zraku menší než 15 písmen, ve skupině verteporfinu bylo těchto pacientů podstatně méně (64,3 %). Střední změna ostrosti zraku ve skupině léčené ranibizumabem měla pozitivní trend, naproti tomu ve skupině léčené verteporfinem se poklesu ostrosti zraku nepodařilo zabránit.

Ranibizumab je kontraindikován u pacientů s přecitlivělostí na složky přípravku, u očních infekcí a při zvýšeném nitroočním tlaku. Nežádoucí účinky ranibizumabu souvisejí především s místem jeho podání – s okem. Velmi často dochází ke zvýšení nitroočního tlaku, endoftalmitidě, k hemoragii sítnice, odtržení sklivce, podráždění oka, rozmazanému vidění, apod. Protože působí především lokálně v oku, systémové nežádoucí účinky jsou méně časté. Zahrnují zvýšení krevního tlaku nebo bolesti hlavy. Podávání látky v těhotenství se přes převážně lokální působení v oku doporučuje rozvážit, protože mechanismem účinku je bránění novotvorbě cév, teoreticky proto hrozí ischemie plodu.

Ranibizumab se aplikuje přímo do sklivce oka, díky poměrně malé hmotnosti prochází sítnicí do cévnatky, kde působí. Do postiženého oka se doporučuje aplikovat 0,05 ml, tzn. 5 mg. Aplikaci provádí pouze specializovaná centra, protože je nutné zachovat přísně aseptické podmínky. Úvodní fáze léčby ranibizumabem spočívá v aplikaci injekce každý měsíc třikrát po sobě. Tato fáze navozuje nejlepší zisk zrakové ostrosti. Udržovací fáze je období individualizované terapie, během něhož pacienti dostávají další injekci podle aktuálního klinického nálezu, tedy na základě vývoje zrakové ostrosti nebo tloušťky makuly měřené pomocí biomikroskopie. Tento režim umožňuje individuálně snižovat frekvenci podávání.

Léčivý přípravek obsahující ranibizumab se jmenuje Lucentis, vyrábí jej firma Novartis. Jedna dávka ranibizumabu stojí kolem 30 000 Kč.

# Asistovaná reprodukce, terapie sterility (III)

Pokud chceme porozumět lékům, které se používají při léčbě sterility, je potřeba znát řízení menstruačního cyklu. Dovolím si zde jen krátce zopakovat, že základní schéma řízení menstruačního cyklu má tři úrovně, a to: hypothalamus (produkce GnRH), adenohipofýza (produkce FSH a LH), ovarium (produkce estrogenů a progesteronu). Samozřejmě, že všechny



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

tři úrovně se vzájemně ovlivňují a do řízení vstupují i další systémy (např. dopaminergní, endogenní opioidy (endorfin, dynorfin, ...), neurotransmitery (neuropeptid Y, vazomotorní intestinální polypeptid /VIP/, angiotenzin II). Není bez zajímavosti, že poruchy menstruačního cyklu při stresu, redukci hmotnosti nebo zvýšené fyzické aktivitě jsou zprostředkovány právě na úrovni hypothalamu prostřednictvím výše vyjmenovaných působků. Poruchy menstruačního cyklu při stresové situaci jsou tak pravděpodobně důsledkem změny aktivity endogenních opioidů v CNS. Vyšší koncentrace neuropeptidu Y byly naopak prokázány u žen s mentální anorexií, předpokládá se tedy jeho úloha ve zprostředkování poruch menstruačního cyklu při změnách hmotnosti.<sup>1)</sup>

Činnost adenohipofýzy je regulována jak shora – prostřednictvím GnRH, tak zdola – prostřednictvím ovariální kontroly. Právě zpětnovazebné působení ovaria hraje v řízení celého menstruačního cyklu jednu z klíčových rolí a na základě jeho poznání lze pak efektivně aplikovat léky při asistované reprodukci. Ovariální kontrola je následující:

## a) negativní zpětná vazba

Uplatňuje se např. ve folikulární fázi, kdy stoupající koncentrace estrogenů má za následek pokles sekrece a koncentrace gonadotropinů. Při menopauze má naopak nízká koncentrace estrogenů za následek vysokou koncentraci FSH. Hodnota FSH stanovená na začátku menstruačního cyklu je pak pro lékaře důležitým podkladem pro doporučení buď IVF, nebo zařazení do programu darovaných oocytů.

## b) pozitivní zpětná vazba

Je důležitá pro vyvolání vlastní ovulace a mechanismus je následující: vysoká hladina estradiolu potencovaná v malé míře progesteronem zprostředkuje na úrovni hypothalamu a hypofýzy preovulační vzestup LH a FSH.

## c) zpětnovazebné působení progesteronu

Podílí se jednak na předchozí pozitivní zpětné vazbě a dále v luteální fázi vysoká koncentrace progesteronu (za spoluúčasti estrogenů) inhibuje sekreci gonadotropinů.

## d) nesteroidní zpětná vazba

Ovarium produkuje kromě steroidních hormonů též nesteroidní působky, které ovlivňují syntézu a sekreci gona-

dotropinů (např. inhibin, aktivin, folistatin, ...). V klinické praxi nalezl uplatnění zejména inhibin A jako marker funkce žlutého tělíska a inhibin B jako marker funkce granulózových buněk.<sup>2)</sup>

Toto malé připomenutí řízení menstruačního cyklu nám teď umožní přejít již plynule k lékům používaným při IVF. Můžeme si je rozdělit do následujících skupin:

1. Léky zvyšující hladinu FSH
2. Analoga GnRH – agonisté
3. Analoga GnRH – antagonisté
4. Léky k indukci ovulace
5. Estrogeny suplementující cyklus
6. Gestageny
7. Léky snižující hladinu prolaktinu
8. Ostatní

Zjednodušeně lze říci, že léčba pomocí IVF z endokrinologického hlediska spočívá v zajištění ovulace a podpoře luteální fáze.<sup>3)</sup> Jednotlivé léčebné plány (stimulační protokoly) jsou postaveny tak, aby se zajistil růst většího počtu folikulů a při punkci se tak získalo optimální množství kvalitních oocytů. Princip léčby spočívá ve zvýšení hladiny FSH (1. skupina viz výše), zabránění předčasné ovulace (2. nebo 3. skupina léků), vyvolání ovulace v požadovaném termínu (4. skupina léků) a podpoře luteální fáze (6. skupina léků). O jednotlivých skupinách podobněji zase přistě.

## Literatura:

1. Cibula, D., Henzl, M. R., Živný, J., et al.: Základy gynekologické endokrinologie. Praha, Grada Publishing 2002, s. 68.
2. Cibula, D., Henzl, M. R., Živný, J., et al.: Základy gynekologické endokrinologie. Praha, Grada Publishing 2002, s. 86–87.
3. Cibula, D., Henzl, M. R., Živný, J., et al.: Základy gynekologické endokrinologie. Praha, Grada Publishing 2002, s. 289–291.



Ilustrační foto: Miroslav Kucej

# O vztahu regulačních poplatků a odpočtu

## (ZA CO BY SE ANI CHYTRÁ HORÁKYNĚ NEMUSELA STYDĚT)

Občas je možné setkat se s názorem, že odpočet kompenzuje regulační poplatek (dále jen poplatek), případně že změnu ve struktuře vybíraných poplatků bude možné jednoduše vyrovnat změnou v prováděném odpočtu. V prvním případě se jedná o zjednodušení, nad kterým ještě lze přimhouřit oči, zatímco druhý názor v sobě skrývá určité nebezpečí, protože vzbuzuje falešnou naději na jednoduché řešení.

Mgr. Martin Mátl, člen představenstva ČLK

Pro pochopení vztahu poplatku a odpočtu je potřeba vzít v úvahu, co všechno se na přelomu let 2007 a 2008 změnilo. Kromě zavedení již výše zmíněného poplatku a odpočtu se zvýšila snížená sazba DPH, byl upraven průběh degrese společné obchodní přírážky a zásadní způsobem se změnila metoda stanovování úhrad léčivých prostředků (LP). Dále je také důležité nezapomenout na to, co naopak zůstalo nezměněno. Byla zachována výše

bližně o 3,8 %. Při povinnosti dané zákonem zachovat plnou úhradu u některých LP a neochotě politiků zvýšit doplatky by bylo nutné zvýšit úhrady LP ze zdravotního pojištění, což by vedlo ke zvýšení nákladů zdravotních pojišťoven (ZP) na léky. Přesto se v praxi ani nezvýšily doplatky, ani nestoupily náklady ZP. Jak je to možné? Kombinací změny průběhu degrese společné obchodní přírážky a zavedením odpočtu se dosáhlo stavu, kdy vý-

Jinými slovy, stát zvýšil výběr DPH z LP téměř na dvojnásobek a přitom zůstala cenová hladina zachována, dokonce ve většině případů se snížila oproti předchozímu stavu. To znamená, že se marže lékáren snížila víc, než o kolik se zvýšil výběr DPH. Úprava společné obchodní přírážky a odpočet tedy nejen kompenzuje změnu DPH, ale také částečně snižují příjem z poplatku. Přesto můžou být lékárníci relativně spokojeni, protože příjem z poplatku vykompenzuje pokles marže. V nižších cenových hladinách je nový způsob výpočtu ceny v kombinaci s poplatkem výhodnější než stav v roce 2007. Za nižší cenové hladiny je možno považovat v závislosti na počtu expedovaných balení interval prodejních cen 190 až 770 Kč. Ve vyšších cenových hladinách je stávající stav méně výhodný než stav v roce 2007. Hodnocení dopadu změn v cenotvorbě lékárníky je tedy zákonitě závislé na cenové struktuře expedovaných LP (Graf 2).

V procesu stanovování úhrad LP došlo od začátku roku 2008 k zásadní změně. Úhrady byly dříve stanoveny vyhláškou ministra zdravotnictví. Ve vyhlášce byla stanovena úhrada za jednotku léčivé látky a VZP tuto vyhlášku převedla do podoby použitelné v praxi. Tato vyhláška dokázala změnit ze dne na den úhrady všem LP. Dnes probíhá stanovení úhrady na SÚKL v individuálním správním řízení, které může začít v kterýkoliv den roku a musí skončit v zákonem dané lhůtě. Není tedy možné ze dne na den změnit úhrady všech LP.

S rozšířením populace osvobozené od placení poplatků je nereálné očekávat, že v daných podmínkách bude možné jednoduše změnit výpočet odpočtu tak, aby výpadek příjmů z poplatků vykompenzovalo snížení odpočtu. Snížili-li se odpočet, narostou prodejní ceny a bude překročena úhrada ze zdravotního pojištění, což je v našich legislativních podmínkách nepřijatelné. Protože není možné ze dne na den změnit všechny úhrady LP, nelze očekávat jednoduché řešení rozporu mezi cenami a úhradami. Vzhledem k tomu, že určitá část politického spektra prosazuje změnu či zrušení



**Graf 1:** Vlivem změny společné obchodní přírážky a provedením odpočtu jsou ceny léčivých přípravků expedovaných na recept s úhradou ze zdravotního pojištění v roce 2008 nižší než v roce 2007, přestože se sazba DPH změnila z 5% na 9%.

úhrad léčivých přípravků z prostředků veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.) a část zákona o v.z.p., která požaduje alespoň jeden plně hrazený LP ve skupinách uvedených v příloze č. 2 tohoto zákona. Navzdory všem těmto faktorům se nezvýšily doplatky na částečně hrazené LP a plně hrazené LP z roku 2007 zůstaly plně hrazenými i v roce 2008.

Zvýšení sazby DPH z 5 % na 9 % by samo o sobě zvýšilo koncové ceny při-

sledná cena LP vydávaného na recept s úhradou ze zdravotního pojištění není vyšší, než byla v roce 2007 (Graf 1). To je také důvod, proč se odpočet provádí i při výdeji osvobozeném od výběru poplatku. Kdyby byl odpočet pouze kompenzačním mechanismem vůči poplatku, pak by jistě nebyl problém provádět odpočet pouze při výdeji, při kterém se zároveň vybírá poplatek. Odpočet ale hraje důležitou roli i při vyrovnání zvýšení sazby DPH.

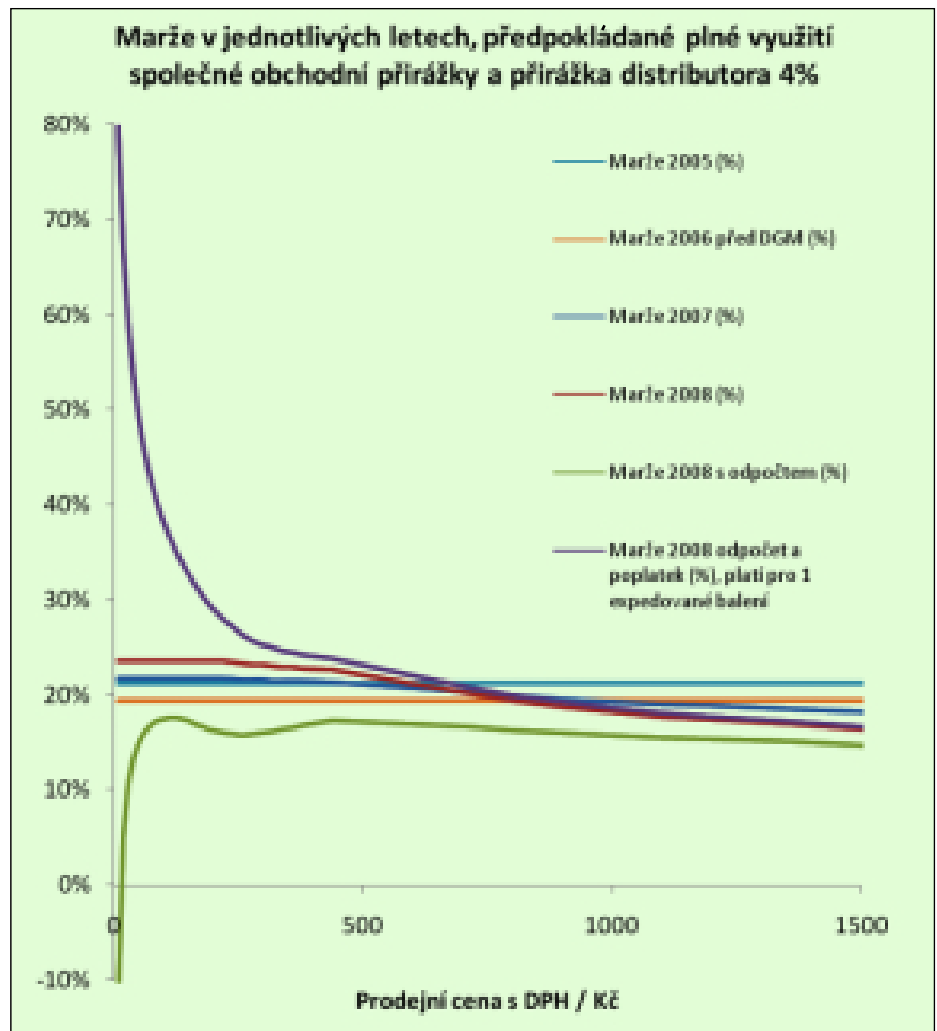
poplatků, jedná se o nejaktuálnější hrozbu pro současný stav výpočtu ceny LP.

Proč by se chytrá horákyne nemusela stydět? Poplatek je sice příjmem lékárny, ale taky tak trochu není. Doplatky se nezvýšily, a tím pádem se nezvýšila spoluúčast pacientů, ale lidé jsou motivováni si některé léky koupit za hotové. Sazba DPH se zvýšila, ceny LP expedovaných na recept s úhradou ze zdravotního pojištění nestoupily, a přesto lékárníci tak úplně neprodělali.

Odpočet dnes zcela jistě plní svoji funkci tak, jak ji tvůrci tohoto systému předpokládali. Což si při složitosti systému jistě zaslouží ocenění. Odlišný názor budou asi mít ti, kteří provozují lékárnu v lokalitách se zvýšeným množstvím pacientů osvobozených od poplatků. Za největší potencionální problém považují zafixování výše úhrad LP na stávající způsob výpočtu ceny. Dovolím si tedy provokativní otázku. Můžeme se bezstarostně spolehnout na stávající systém a nehledat řešení, která by nám pomohla překonat nástrahy budoucnosti?



(V případě rozšíření skupin pacientů osvobozených od placení regulačního poplatku v lékárně dojde podle vyjádření MZ k úpravě odpočtu cenovým předpisem v prosinci 2008).



Graf 2: V případě LP s prodejní cenou nižší než 700 Kč je současný způsob výpočtu ceny výhodnější, než byl stav v roce 2005. V případě provedení odpočtu a nevybrání poplatku se naopak jedná o historicky nejméně výhodnou variantu.

## Sbírky v lékárnách otvírají náruče Klokánků

Od září 2007 probíhá druhé kolo sbírky Klokánkovi do kapsičky, jejímž cílem je pomoci azylovým domům Fondu ohrožených dětí. Vlastní sbírka, jejímž garanty jsou Česká lékárnická společnost a Alliance Healthcare, nekončí. Kapsičky symbolicky označené Klokánkem, do nichž mohou lidé v lékárnách přispívat libovolné částky, ponechávají lékárníci na svých tárách dál. Ještě větší motivací je pro ně fakt, že výtěžek z první etapy sbírky významně napomohl zvýšení kapacity Klokánku v Kroměříži a že opuštěným, týraným či zanedbávaným dětem se v něm dostává kvalitní pomoci. Na jeho rekonstrukci se šlo v „klokání kapsičce“ 5 167 314 korun.

Dnes je toto kroměřížské azylové zařízení považováno za příkladné. Jeho provoz vychází „bez ztráty bodů“, zato s pochvalou při kontrolách ze strany Krajského úřadu Zlín i v hodnoceních dalších institucí v regionu, z nichž dále citujeme. Městský úřad Bystřice pod Hostýnem: „Ve všech případech, které jsme řešili, došlo ze strany Klokánku vždy ke vstřícnému jednání. Jsme velmi rádi, že máme v blízkosti působnosti našeho úřadu zařízení takového typu, vážíme si vzájemné spolupráce a respektujeme kompetence a působnost tohoto sdružení, jako sdružení na pomoc opuště-

ným, týraným a zanedbávaným dětem.“ Městský úřad Bruntál: „Kroměřížskému Klokánku děkujeme za dosavadní pomoc při zabezpečování našich nezletilých klientů. Oceňujeme jeho vstřícnost, rychlou a efektivní komunikaci, ochotu a pružnost při řešení problémů.“

Soudci opatrovníckého oddělení Okresního soudu v Kroměříži spolupracují s tamním Klokánkem od jeho zřízení. Tuto součinnost shledávají ku prospěchu obou institucí.

Smyslem projektu Klokánek Fondu ohrožených dětí je na rozdíl od neosobní ústavní péče nahradit přechodně a v co možná největší míře péči rodinnou. Vždyť víc než 60 procent dětí, které využily dočasně „klokání azyl“, se po vyřešení nepříznivé situace vrací zase zpátky domů.

Výtěžek z druhé etapy právě probíhající sbírky tentokrát pomůže Klokánku v Chomutově. Také se bude rozsáhle rekonstruovat, aby i na Chomutovsku dostalo více dětí šanci přečkat momentální nepřízeň osudu v optimálním prostředí.

Vybraná suma se zvětší i o výtěžek z charitativního koncertu na zámku Štířín s hlavním hostem Lucií Bílou. Jeho uspořádání při příležitosti Dne lékárníků dalo jednoznačný signál, jak lékárníkům na jejich patronátu nad „klokánaty“ záleží.

# Software, to není zlý pán, ale dobrý sluha

Technický rozvoj jde kupředu mílovými kroky. Co bylo ještě před pár lety naprosto nemyslitelné, je dnes zcela běžné. Denně používáme zařízení, se kterými se předchozí generace setkala jen ve sci-fi literatuře. Snad nejvýrazněji se tento pokrok projevil v oblasti informačních a komunikačních technologií.

Ing. Mgr. Jiří Tomeček, Apatyka servis

Mobilní telefony, které se ještě před dvaceti lety nosily ve dvou rukách, v jedné přístroj a v druhé baterie, se dnes používají jako záložky do knih. Ostatně, knihy už čte málokdo. Informace stahujeme z internetu, všudypřítomné mp3 přehrávače, iPody a další technické vymoženosti nás zásobují zprávami a kulturou ve zvukové i obrazové formě.

Informační technologie se stávají nedílnou součástí našeho každodenního života. Jejich nezbytnost a nezastupitelnost si uvědomíme, až když se například pokazí nebo už nevyhovují našim neustále rostoucím požadavkům. Pak si uvědomíme, že i za rozvojem informačních technologií jsou lidé, kteří musí řešení vymyslet a připravit tak, aby vyhovovalo nám, běžným uživatelům.

Skladová evidence v lékárnách se v prvopočátcích strojového zpracování nijak výrazně nelišila od podobných řešení například pro strojírenské podniky. Vždyť řada původně používaných lékárenských evidencí vycházela z podnikových informačních systémů. Specifika lékárenského provozu si ale postupně vynutila vznik specializovaného programového vybavení pro lékárny. Prosperující lékárny se dnes už bez kvalitního systému neobejdou. Jejich úspěch závisí i na tom, jak rychle a kvalitně dokáže softwarová společnost implementovat potřebné změny do jejich lékárenského systému. Jsou používány různé systémy různých názvů pocházející od různých autorů a jsou dodávány různými programátorskými společnostmi. Všechny systémy ale obsahují stejné základní funkce a moduly, neboť se řídí legislativou a vyhláškami přísně upravujícími činnost lékárny. Rozdíl mezi nimi je právě ve spolehlivosti, kvalitě a rychlosti, s jakou nabízí aktualizace a zpracování nových požadavků. Poslední velkou prověrkou softwarových společností byly legisla-

tivní úpravy v rámci zdravotnické reformy platné od začátku tohoto roku.

Testovací verze číselníku nebyla včas k dispozici a softwarové společnosti tak neměly možnost ho vyzkoušet a doladit své systémy. Přesto většina systémů vyřešila problém ke spokojenosti uživatelů.

Softwarové společnosti ale nemohou čekat na platnost nové legislativy a musí pracovat v předstihu. Musí analyzovat, navrhnout řešení, naprogramovat a své řešení otestovat. A to vše ve velice krátkém čase mezi zveřejněním konečného znění vyhlášek spolu s prováděcími předpisy a datem jejich platnosti. Změny a nutné úpravy programů se přitom týkají nejen vlastního výdeje, ale rovněž většiny předcházejících a následujících činností. Požadavky reformy a současné převedení zodpovědnosti za číselníky z ministerstva financí a VZP na SÚKL vedlo ke změně struktury číselníku hrazených léků s platností od 1. dubna 2008. Přechod na novou strukturu nebyl jednoduchý. Testovací verze číselníku nebyla včas k dispozici, a softwarové společnosti tak neměly možnost ho vyzkoušet a doladit své systémy. Přesto většina systémů vyřešila problém ke spokojenosti uživatelů. Progressivní lékárenské systémy dnes prostřednictvím internetu kontrolují a případně umožňují i automatické stažení a aktualizaci číselníků HVLP, PZT a PDK.

Mediaální podpora zavádění reformy se promítá ve zvýšeném zájmu pacientů kolik a za co platí. Moderní systémy jsou schopné tyto informace poskytnout např. formou přidaných údajů na etiketě balení. Pacienty často nezajímá

jen částka jejich aktuálního doplatku včetně regulačního poplatku, ale informují se i na možnosti lacinějšího řešení. Při složitém výpočtu ceny pomocí matematické funkce arctg je nemyslitelné počítat všechny varianty z hlavy. Variant doplatků a započitatelných doplatků v kombinaci s regulačním poplatkem a z toho plynoucí slevy z ceny je příliš mnoho. Východiskem je využití výpočetní techniky, která umí při výdeji u každé položky uvést např. ve zvláštním okně nejen možnosti záměn, ale rovněž upozornit na výhodnost či nevýhodnost plné úhrady pacientem. Samozřejmostí je možnost rychlého přepnutí mezi možnostmi podle momentálního rozhodnutí pacienta.

Zákazníky často zajímá rovněž částka, která se jim započítává do limitu, a případně důvody, když referenční doplatek není stanoven. Absence těchto informací samozřejmě nemá vliv na funkčnost lékárenského systému skladové evidence a některé lékárny se bez nich určitě obejdou. Jejich zobrazení ale přispěje k plné spokojenosti a lepší možnosti pacienta se rozhodnout.

Současné lékárenské systémy jsou schopné rovněž kontrolovat stáří receptu na zadaný počet dní. A podle definované denní dávky z číselníku VZP také upozorňovat, pokud lékař předepsal množství léků na období delší než tři měsíce.

Reformou, platnou od ledna tohoto roku, ale požadované změny nekončí. Další změny, které ovlivní práci v lékárenství, budou nabíhat v průběhu celého roku. Jedná se i o úpravy, které sice nesouvisí přímo s farmacií, ale bude je vyžadovat ekonomika země. Zrušení padesátihaléřových mincí je jen nejviditelnější pomyslná špička ledovce. Lékárenské systémy budou stále více využívat nové nástroje informačních a komunikačních technologií. V tomto roce je to např. slibovaný projekt online kontroly receptů, které pod označením B2B zavádí VZP, a rovněž elektronické úložiště receptů, jehož garantem je SÚKL. Úloha informačních technologií v lékárnách i v našem běžném životě poroste. A s tím roste i význam výběru kvalitní softwarové společnosti jako dlouhodobého partnera lékárny.

(j.tomecek@apatykaservis.cz)

# NOVÉ LÉČIVÉ ROSTLINY: *Ruscus aculeatus L.*

***Ruscus aculeatus L.* – listnatec bodlinatý, (Liliaceae).**

Nízký, vždy zelený keř s listy redukovanými na šupiny. Z úžlabí listů vyrůstají kopinatá fylokladia s květy na střední žilce, z nichž se vyvíjejí červené plody. Tento druh roste v listnatých lesích ve Středozeří, v západní Evropě je rozšířen až do jižní Anglie, vyskytuje se i v severní Africe a na Blízkém východě. Často je pěstován jako okrasná pokojová rostlina a využíván do květinových vazeb.

**Synonyma:** *Ruscus ponticus*, *R. flexuosus*, *R. parasiticus*, *R. laxus*

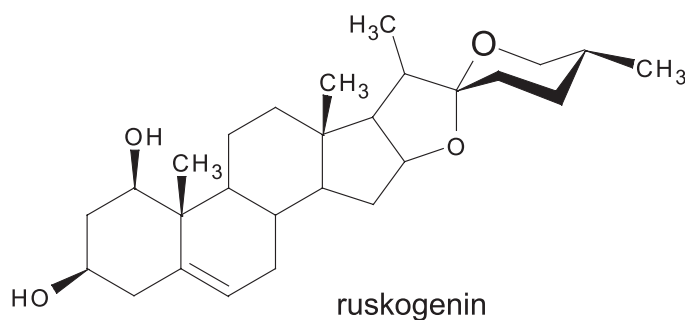
**Obecný název:** Butcher's broom (angl.)

**Sbíraná část:** rhizoma

**Droga:** *Rusci aculeati rhizoma*

**Obsahové látky:** steroidní spiro- a furostanové bidesmosidické saponiny ruscin (aglykon ruscogenin) a ruscosid (aglykon neo-ruscogenin), dále flavonoidy, kumariny a biogenní amin tyramin.

**Účinky a použití:** antioxidant zlepšující pružnost pojivové tkáně, venotonikum, antiflogistikum, diuretikum a antiexu-



Vzorec: M. Potužák

dativum. Při klinických studiích s ruscogeninem byla zjištěna inaktivace hyaluronidázy a  $\alpha$ -adrenergní agonismus extraktu, což vysvětluje protizánětlivý a venotonický účinek, provázený zúžením žil se zrychlením průtoku krve v nich. Obdobně reagují i lymfatické cévy. Dochází k omezení městnání krve a pocitu těžkých nohou.



Obrázek: M. Potužák

**Extrakt** z drogy se u nás využívají k léčbě chronické cévní nedostatečnosti, hemoroidů a celulitidy, jsou k dispozici v rámci HVLP i potravních doplňků.

**Dávkování:** obvykle 2x150 mg suchého extraktu.

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** nauzea, v období těhotenství a kojení raději neužívat, nepodávat dětem.

**Zdroje:**

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

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

## Zajímavosti ze světa léků

■ V roce 2012 dosáhne globální trh s léčivými ovlivňujícími roztroušenou sklerózu 6 mld. USD (pro porovnání – v roce 2003 činil 2,8 mld. USD). Růst bude ovlivněn přípravky ANTEGREN (natalizumab, Biogen Idec Corp. a Elan Corp.), COPAXONE (glatiramer-acetát, Teva Pharmaceuticals Inc.), léčivými kladribin (Serono SA a Ivax Corp.) a teriflunomid (Sanofi-Aventis).

■ V roce 2013 překročí trh s hypnotiky 5,6 mld. USD. Růst amerického trhu, který představuje více než tři čtvrtiny trhu sedmi předních zemí, bude vycházet z relativně vysokých cen léčiv a agresivního marketingu orientovaného přímo na pacienty. Ten se v USA zaměří na léčiva, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis.

■ Přední farmaceutické společnosti zaměstnávají vysoce kvalifikovaný personál. Plných 90 % pracovníků má více než pětileté zkušenosti ve farmaceutickém průmyslu. Současní farmaceutičtí reprezentanti měsíčně navštíví 110–250 lékařů. Počet návštěv se liší podle velikosti příslušné

oblasti, dále podle portofolia přípravků a podle firemní strategie.

■ Světový trh s léčivými k terapii očních onemocnění, který od roku 2004 vykazuje průměrný roční nárůst o 11,9 %, by v příštím roce měl dosáhnout hodnoty 6,41 mld. USD. Více než z poloviny bude dominovat léčba glaukomu, na růstu se budou podílet přípravky k terapii věkem podmíněné makulární degenerace.

■ K očekávanému více než trojnásobnému zvýšení trhu s léčivými k terapii tromboembolií (na 5,1 mld. USD) v roce 2013 přispěje používání nových léčiv a zvýšení počtu osob, které je preventivně užívají. (Par)



Za posledních patnáct let se střední a východní Evropa profilovala jako velmi atraktivní oblast pro realizaci klinického výzkumu. Česká republika je významným protagonistou tohoto regionu špičkovou světovou úrovní svých odborných kapacit a vědeckých pracovišť. Jsme velmi rádi, že můžeme těmto odborným kapacitám poskytnout prostor. Pfizer má v ČR jeden z nejrozsáhlejších výzkumných programů. V různých stadiích zde nyní probíhá 60 klinických studií fáze II-IV, včetně šesti neinterventních postmarketin- gových sledování (NIS), a to zejména v oblastech onkologie, urologie, kardiologie, CNS, psychiatrie, endokrinologie, revmatologie, oftalmologie, pneumologie. Ve studiích na více než 260 pracovištích v ČR je zařazeno 2 600 pacientů, naše společnost zde investuje více než 80 milionů korun ročně.

Celosvětově se na vývoji inovativních přípravků podílí přes 12 000 vědeckých pracovníků. Vývoj jednoho takového nového léku trvá přibližně 13 let a stojí téměř jednu miliardu dolarů. Je tedy více než žádoucí neustále zvyšovat povědomí o tomto významném inovativním fenoménu mezi jednotlivými skupinami zdravotnické veřejnosti. **Proto jsme pro vás společně s Mgr. Markem Bargerem, Head of Clinical Research, Pfizer spol. s r.o. připravili článek** o klinickém hodnocení léčiv s cílem poskytnout vám ucelenou informaci o této důležité oblasti, která završuje celý výzkumný projekt, na jehož konci je spolehlivé inovativní léčivo nebo diagnostický postup.

**PharmDr. Michal KREJSTA, MBA, obchodní ředitel Pfizer, Česká republika**

## Účast pacienta v klinickém hodnocení

V České republice je stále většinou počtu pacientů nabídnuta účast v některém z klinických hodnocení. Pokud s tím pacient nesouhlasí, je dále sledován nebo léčen nejlepším standardním způsobem bez jakékoliv újmy. Nicméně vždy, když se rozhoduje, zda má vstoupit do klinického hodnocení, měl by si důkladně zvážit

Mimo tyto základní právní dokumenty se klinických hodnocení dotýká celá řada zákonných i podzákonných norem, kupříkladu zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

## Fáze klinických hodnocení

Klasický klinický vývoj nového léčiva se dělí na čtyři fáze, které na sebe logicky navazují. Začíná se u malého

# KLINICKÁ HODNOCENÍ LÉČIV

jak předpokládaná pozitiva, mezi něž patří léčba na předním pracovišti, přístup k novým lékům nebo postupům ještě před jejich uplatněním v široké praxi a vysoká frekvence pravidelných kontrol, tak možná negativa. Nové léčebné postupy mohou mít neočekávané vedlejší účinky nebo rizika, jejichž závažnost může být někdy vyšší než u běžných postupů.

Existují kritéria, která musí pacient splňovat, aby mohl vstoupit do klinického hodnocení a mít prospěch z experimentálního léčebného, diagnostického nebo preventivního postupu. Předtím podepíše tzv. Informovaný souhlas (písemná informace s charakteristikou příslušného hodnocení). I po podpisu tohoto dokumentu, nebo kdykoliv v průběhu studie, má pacient možnost bez udání důvodu svou účast ukončit. Údaje získané při hodnocení jsou uvedeny bez možnosti identifikace individuálního pacienta a k vyhodnocení se používají pouze souhrnné údaje od všech nemocných.

## Právní prostředí klinických hodnocení

Proces klinického hodnocení upravují nadnárodní předpisy, jako např. Směrnice Evropského Parlamentu a Rady č. 2001/20/EC z roku 2001 a aktuální směrnice Evropské komise č. 2005/28/ES z roku 2005. Na úrovni České republiky upravuje provádění klinického hodnocení zejména zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů a vyhláška č. 472/2000 Sb., kterou se stanoví správná klinická praxe a bližší podmínky klinického hodnocení léčiv.

počtu zdravých subjektů, přes první podání léčiva nemocné populaci až k velkým konfirmačním studiím, do kterých bývají zařazeny stovky až tisíce pacientů. Tato posloupnost umožňuje, že výsledky jedné fáze ovlivňují design fáze následující.

### Fáze 1

Cílem této fáze, které se účastní subjekty v počtu několika málo desítek, je získání informací, jak se léčivo vstřebává a distribuuje v organismu a jakým způsobem se vylučuje z těla. Je zřejmé, že navržená léková forma hraje v tomto procesu velmi důležitou roli, protože se farmakokinetické vlastnosti léčiva od ní přímo odvíjejí.

Protože se jedná o první podání nového léčiva člověku vůbec, nejčastěji se tyto fáze provádějí ve specializovaných výzkumných klinických zařízeních. Většinou se jí účastní zdraví dobrovolníci. Výjimku tvoří klinická hodnocení, kdy z etických nebo jiných důvodů není přijatelné podávat zkoumané léčivo zdravým dobrovolníkům.

Primárním cílem první fáze je získat poznatky o farmakokinetice při podání u lidí, neméně důležitým cílem jsou časné informace o bezpečnosti, tedy o případném výskytu možných nežádoucích reakcí.

### Fáze 2

Tradičně představuje první podání testovaného léčiva pacientům. Zpřesňují se informace o farmakokinetice léčiva u pacientů a zkoumá se klinická odpověď na různé dávky léčiva a jejich bezpečnost. První zkušenosti s účinností a rozšiřující se znalosti o bezpečnosti vedou k návrhu optimální dávky testovaného léku, která bude nejúčinnější při respektování

bezpečnosti při podání pacientovi. Do této fáze bývá zařazeno zpravidla 100 až 200 pacientů a stále častěji jsou v této fázi pozorovatelné rysy následné fáze, jako je například mezinárodní multicentrický charakter a velký důraz na sběr dat o účinnosti.

### Fáze 3

Klinická hodnocení patřící do této fáze jsou ta, se kterými se naše zdravotnická zařízení setkávají nejčastěji. Je to dáno jejich rozsahem a snahou optimálně využít čas pro jejich realizaci. Fáze 3 zahrnuje terapeutická klinická hodnocení prováděná u několika stovek až tisíc pacientů. Cílem je potvrzení bezpečnosti a účinnosti na velké skupině pacientů, to znamená potvrzení závěrů získaných v předchozích fázích klinického hodnocení. Pro podpoření maximální možné objektivity se u zmíněných hodnocení uplatňují různé způsoby zaslepení léčebného schématu a dále různé způsoby náhodného výběru, jakým jsou pacienti přiřazováni ke srovnávaným léčebným postupům. Účinnost se testuje ve srovnání se stávající standardní medikací a s placebem. Díky svému rozsahu jsou tato klinická hodnocení velmi komplikovaná z hlediska logistiky, vlastního řízení a zpracování dat včetně statistického hodnocení. Výsledky této fáze pak tvoří základ pro dokumentaci podporující registraci léčiva, tedy k získání povolení k distribuci a prodeji nového přípravku v dané zemi nebo regionu.

### Fáze 4

Výskyt nežádoucích účinků, jejichž incidence je relativně vzácná, může být pod rozlišovací schopností typického klinického hodnocení fáze 3 kvůli optimalizovanému počtu pacientů, popř. kvůli výběru patientské populace.

To bylo hlavním důvodem zavedení klinických hodnocení fáze 4, dříve označované jako postmarketingové studie. Z hlediska cílů je fáze 4 kromě dalšího potvrzení terapeutické indikace zaměřena na sledování bezpečnosti léku při dlouhodobém podávání velkého množství pacientů.

Přestože je návaznost fáze klinického výzkumu jednoznačná, reálný svět vývoje léčiva přináší daleko komplexnější situace při designu výzkumných projektů a do jisté míry může odporovat zažitému popisu jednotlivých fází klinického hodnocení. Často se stává, že klinické fáze 2 nepotvrdí předpo-

kládané farmakokinetické vlastnosti léčiva z fáze 1, a tudíž je třeba tuto fázi zopakovat a pokusit se modifikovat popis požadované populace nebo počet zařazených subjektů. V průběhu vývoje léčiva může být obtížné definitivní ověření optimální dávky, ke kterému by mělo dojít během fáze 3. Pokud se tak nestane, je na místě vrátit se formálně do fáze 2 a opakovat klinické hodnocení pro ověření optimální dávky. Někteří odborníci proto upřednostňují praktické dělení klinických hodnocení podle jejich cílů a jejich designu. Nicméně toto dělení opisuje do určité míry kategorie fází klinických hodnocení.



Mgr. Marek BARGER, Head of Clinical Research, Pfizer spol. s r.o.

### Design klinických hodnocení

Jde o navržený soubor technických postupů při provádění klinického hodnocení, který je vybírán tak, aby vyhovoval zamýšlenému cíli klinického hodnocení a zároveň odpovídal fázi vývoje, ve které se léčivo nachází. Existuje celá řada základních modelů, které mohou být aplikovány, jejich společným znakem je snaha o vyšší transparentnost klinického výzkumu a tím i zajištění důvěryhodnosti získávaných výsledků.

### Otevřené nebo zaslepené klinické hodnocení

Při otevřeném klinickém hodnocení je pacientům i investigátorům poskytnuta informace o podávané medikaci, při jednoduchém zaslepení neví pacient, kterou z protokolů klinického hodnocení navrženou léčbou je léčen

a v případě dvojité zaslepeného klinického hodnocení navíc neví ani investigátor, jaký typ medikace pacient dostává.

Použití placeba – identické lékové formy testovaného léčiva, která neobsahuje účinnou látku, které má své místo ve dvojité zaslepených klinických hodnoceních, má svá omezení. Etické aspekty biomedicínského výzkumu a ochrana zdraví pacienta musí být vždy na prvním místě při rozhodování o designu klinického hodnocení.

### Randomizace

V současné době existuje relativně velké množství metodik, jak nezávisle na investigátorovi nebo pacientovi přidělit pacienta k jednomu z navržených léčebných postupů. Tento postup se nazývá randomizace. To zajistí vytvoření vyvážených paralelních skupin pacientů, a tak dojde k objektivnějšímu srovnání zkoušených léčebných postupů. Tzv. Crossover design je méně častým přístupem. Pacienti jsou v průběhu klinického hodnocení převáděni mezi jednotlivými léčebnými rameny, a to někdy i mnohonásobně.

### Budoucnost klinických hodnocení – adaptivní studie

Adaptivní design dovoluje získávat informace během úvodní části klinického hodnocení a na základě jejich vyhodnocení ovlivňovat následné kroky při jeho dalším řízení. Může se jednat jak o data ze současně běžících klinických hodnocení, tak z klinického hodnocení vlastního. Tyto adaptivní procesy mohou například vést k úpravám cílů hodnocení, přepočítání počtu požadovaných pacientů, přehodnocení charakteristik kontrolních skupin nebo dokonce ke změně klíčového vyšetření, které mělo sloužit k potvrzení metodologické nebo statistické hypotézy navržené v původním protokolu klinického hodnocení.

Adaptivní přístup ukazuje svou výhodnost jak při studiích s malým počtem pacientů, tak i u hodnocení rozsáhlých patientských populací.

### Literatura:

- The Textbook of Pharmaceutical Medicine, John P. Griffin, BMJ Books 2002
- Směrnice Evropského Parlamentu a Rady č. 2001/20/EC, 2001
- Směrnice Evropské komise č. 2005/28/ES, 2005
- Směrnice E6 ICH (GCP)
- Conference on Adaptive Trial Design, Scott Gottlieb, FDA, 2006



# Jak nám bylo v Opavě (ohlédnutí za akcí)

Opava a „mladí lékárníci“ – to jsou pro nás farmaceuty dva nerozlučné pojmy. Každý rok se koncem jara v Opavě setkávají na konferenci, kterou za Lékárnickou akademii a ČLK pořádá PharmDr. Marie Zajícová, lékárnici do 35 let. Letos vyšla konference na Světový den bez tabáku 31. května.

Mgr. Katarína Mikušová, ÚL IKEM Praha

V pátek 30. května byl pro účastníky konference připraven společenský program. Komorní koncert v sále Minoritského kláštera byl velkým zpestřením programu a navodil v publiku „zdravou náladu“ v duchu tématu konference.

Inspirací pro letošní rok byla Světová zdravotnická organizace (WHO)

něco víc – že budeme schopni obstát právě na té druhé straně, že budeme psychickou oporou pro pacienty, rádi i ve zdraví i v nemoci a že budeme lidsky citlivě vnímat nejen zdravotní symptomy onemocnění, ale i duševní rozpoložení pacienta a pomáhat nejen odbornou radou, ale i slovem, důvěrou, empatií...

K tomu, abychom pacienta mohli snáze pochopit, je nutná určitá teoretická znalost psychosomatiky onemocnění, tj. jak pacient tu kterou nemoc vnímá, vnitřně přijímá změněný stav organismu, jak onemocnění ovlivňuje každodenní činnost či jak se promítá do celkové kvality života pacienta. Právě tento aspekt byl předmětem části odborného programu konference. Zazněly přednášky na téma poruchy spánku, felinoterapie, stresová nemoc jako následek prožitých katastrof (PTSD), sexualita jako součást mentálního zdraví společnosti, jak správně komunikovat se seniory či mentálně postiženými pacienty, jak



*Autorka článku při svém vystoupení na konferenci.*

s jedním ze svých zdravotních témat – „Mental Health“ – duševní zdraví společnosti. Duševní choroby tvoří 20 procent ze všech onemocnění v Evropě. Každý čtvrtý Evropan si během svého života prožil období potíží s duševním zdravím. Devět zemí z deseti s nejvyšším výskytem sebevražd na světě je právě v Evropě. Péči a zájem zdravotníků o duševní zdraví společnosti je tedy zcela na místě.

Každý z nás se v životě potýká s problémy různého charakteru, řešíme náročné situace, a tak často není těžké se také stát pacientem s poruchou duševního zdraví. Avšak od nás lékárníků jako zdravotního personálu se čeká



*Přestože v sále bylo horko, pozornost posluchačů neklesala.*



*Mgr. Hana Šnajdrová, Mgr. Stanislav Havlíček a PhMr. Stanislav Vondra, čestný člen ČLK.*



pochopit a motivovat diabetika k dlouhodobé péči o své onemocnění, co znamená pro pacienta být na umělé výživě bez možnosti „normálně“ se najíst, jak se pacient vyrovnává s onkologickou diagnózou, jak je to s použitím antidepresiv v ambulanci praktického lékaře a jestli antidepresiva opravdu fungují...???

Druhá část přednášek byla věnována adiktologii – jak návyk na drogu ovlivňuje a mění celkovou osobnost pacienta, jeho život a také život jeho okolí. Přednášky lékařů s praktickými zkušenostmi s pacienty závislými na opiátech, alkoholu či kouření byly velmi poučné a inspirativní pro nás v tom smyslu, že i my můžeme mít velký podíl na pomoci pacientům, např. při odvykání kouření. Lékárna je pro kuřáka mnohem dostupnější než ordinace a také mnohem více kuřáků navštíví lékárnu než ordinaci lékaře. Současně probíhající kampaň v lékárnách „Sekněte s cigaretami dřív, než cigarety seknou s Vámi“ nám poskytuje velký prostor realizace v této oblasti odborného poradenství. Právě tímto směrem je zacílena aktivita ČLK v podobě vyškolení „terénních“ lékárníků–adiktologů.

Vzácným hostem konference byla Patricia Barreto z města Coimbra z Portugalska, která měla připravené dvě prezentace, a to na téma Mentální zdraví společnosti v Evropě a Výuka farmacie v Portugalsku. Obě byly pro nás velkým přínosem a rozšířením obzorů farmacie z jiného koutu světa.

Chtěla bych jménem všech „mladých lékárníků“ poděkovat za příjemně strávený víkend a perfektní organizaci! Těšíme se za rok na 11. pokračování.



Doktor František Stáně (Lékárna U Aeskulapa, Lovosice) nechal k 80. narozeninám doc. Václava Ruska a pro propagaci Českého farmaceutického muzea v Kuksu zhotovit přitisky známek České pošty.

■ **Měl jste, pane doktore, úžasný nápad. Jste filatelista?**

Jsem filatelista. Takovým způsobem „postižených“ jako já je mezi lékárníky víc. Nemůžu ale říct, že šlo o nápad úžasný a originální, to bych teda dementoval. Přitisky známek si může zařídit každý. Kdysi jsem si nechal vytisknout přitisk

**Na otázky odpovídá dr. František Stáně:**

**STEJNĚ „POSTIŽENÝCH“ JE MEZI LÉKÁRNÍKY VÍC**

pro propagaci vlastní lékárny, kde byly lékárnické váhy, název i telefonní číslo a e-mailová adresa lékárny. Posílal jsem pak známky s novoročním přáním. Teď jsem si pár let pohrával s myšlenkou nějak pomoci muzeu v Kuksu, ale předběhl mě RNDr. Petr Palouš, který se postaral o přitisk loga Spolku přátel ČFM.

■ **Jak vypadá celý proces – od zadání až po výsledek?**

Můžete jít přímo na poštu, kde vyplníte objednávkový formulář a zároveň si vyberete hodnotu známky, ke které chcete zvolený motiv přitisknout. Předáte kvalitní podklady, nejjednodušší je to elektronickou cestou, a pak už jen čekáte na výsledek. Při větších filatelistických akcích vám přitisk zpracují na počkání.

■ **Co na vaši iniciativu říká sám pan docent Václav Rusek, který je už teď ži- voucím legendou českého lékárenství?**

I když jsem mu známky poslal jako blahopřání k 80. narozeninám dodatečně, myslím, že byl potěšen. Dokonce slíbil, že mi pošle pohlednici se svým pozdravem z Kuksu, na kterou nalepí známku s přitiskem.

■ **Plánujete ještě někdy do budoucna zvěčnit na známkách jinou osobnost našeho oboru nebo člověka vám blízkého?**

V tuto chvíli ne, protože nejde o zrovna levnou záležitost. Do budoucna to ale nevylučuji, protože i lidé, kteří známky nesbírají, jsou pak jimi opravdu mile překvapeni. Každý prostě máme něco. Já se těším známkami, abych se aspoň na chvíli nemusel zabývat třeba ekonomickými záležitostmi lékárenství.

(jh)



# Kongres s finanční podporou

Výbor Sekce nemocničních lékárníků České farmaceutické společnosti se rozhodl opět finančně podpořit účast jednoho nemocničního lékárníka na kongresu EAHP v Barceloně. Uskuteční se už počtrnácté, a to 25.–27. března 2009. Bližší informace o kongresu najdete na [www.eahponline.org/asp/congress.asp?m=5](http://www.eahponline.org/asp/congress.asp?m=5)

Podmínky:

- členství v Sekci nemocničních lékárníků ČFS
- aktivní účast na uvedeném kongresu (poster, ústní sdělení...)
- zaměstnání v nemocniční lékárně
- vypracování písemné zprávy o kongresu a ústní sdělení na kongresu nemocničních lékárníků v České republice

SNL uhradí náklady spojené s účastí: leteckou dopravu, ubytování, registrační poplatek (poznámka: uhradíme tyto náklady – nutné formality s přihlášením, ubytováním, dopravou si zajišťuje účastník sám).

Přihlášku k účasti je třeba zaslat do 15. října 2008 na adresu:

Helena.Rotterova@vfn.cz.

Členové výboru nesmí být účastníky soutěže.

**PharmDr. Helena ROTTEROVÁ, MBA**  
předsedkyně SNL ČFS

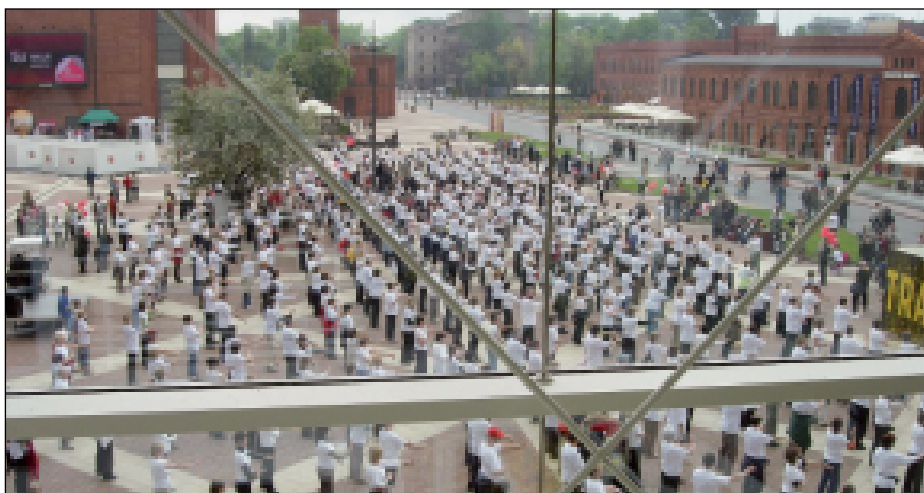
## O kazuistikách ze seminářů

Na konci minulého roku jste byli, vážené kolegyně a kolegové, stručně informováni o vzdělávacím projektu ČLK a Sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP „Kazuistiky z interaktivních dispenzačních seminářů“, který se rozběhl na webu České lékárnické komory (<http://www.lekarnici.cz/kazuistiky.php>). Cílem projektu je přispívat k rozvíjení farmaceutické péče a rozšiřování klinických dovedností lékárníků „za tárou“. Věříme, že právě forma webových prezentací je jednou z cest, jak zpřístupnit zajímavé klinické případy stále větší skupině kolegů a pomocí diskusního fóra umožnit každému z nich se k případu vyjádřit.

Formou krátkých anotací otiskovaných v Časopise českých lékárníků vám budeme přinášet informace o kazuistikách, které byly na web nově přidány. Takovou kazuistikou je nyní příspěvek **PharmDr. Aleny Linhartové** a **MUDr. Františka Dušky** s názvem **Rizika farmakoterapie u polymorbidní pacientky**. Primárně je diskutována alopecie jako nežádoucí účinek léčiv. V rámci komplexního hodnocení aktuální medikace jsou rozebrány i další možné nežádoucí účinky léčiv, lékové interakce, méně obvyklá dávkovací schémata některých léčiv, léčba diabetu a vliv léčiv na hladinu glykémie.

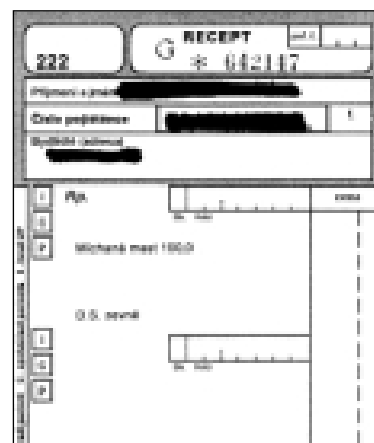
Těšíme se na vaše komentáře a příspěvky do diskuze.

**Redakční rada Kazuistik z IDS**

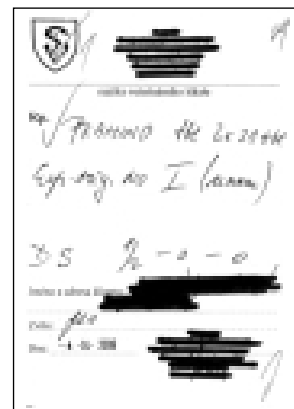


Světový den populace, který vyhlásila Organizace spojených národů, se slaví 11. července. V tento den v roce 1987 dosáhl počet obyvatel Země 5 miliard. Už třetím rokem se v České republice rodí více lidí, než umírá. V současné době má ČR 10,4 milionu obyvatel.

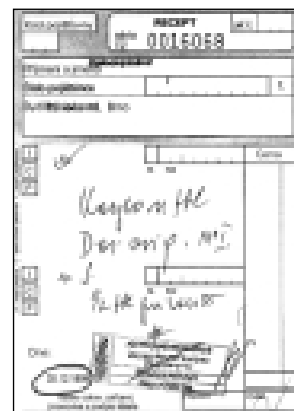
## VĚŘTE – NEVĚŘTE



Toto je recept na přípravu masti, jejíž složení bylo opravdu záhadné. Jak píše PharmDr. Miriam Filipová z Lékárny Na Zahradní ve Studénce, „toto složení neznala ani sama předepisující lékařka. Prý je to klasická míchaná mast. Zapátrali jsme tedy v lékárně vedle ordinace paní doktorky a zjistili jsme toto složení: ichtoxyl mast, octanová mast, sulfathiazolová mast ana partes aequales. Ale kde shání sulfathiazolovou mast?“



Až tak vypadá psí život! Recept poslala PharmDr. Markéta Jirsová z lékárny ve Volyni.



„Nejstarší“ recept, který obdržela Lékárna Dornych z Brna, poslala PharmDr. Jarmila Nemšáková.

# Evropa bude potřebovat silnější srdce

Nejnovější statistiky Evropské kardiologické společnosti (ESC) a European Heart Network (EHN) poukázaly na závažný problém evropské populace: každoročně zemře v Evropě na následky kardiovaskulárních onemocnění 4,3 milionu lidí, z toho v Evropské unii více než 2 miliony. Prevence a léčba těchto onemocnění stojí Evropany podle odhadů 192 miliard eur ročně.

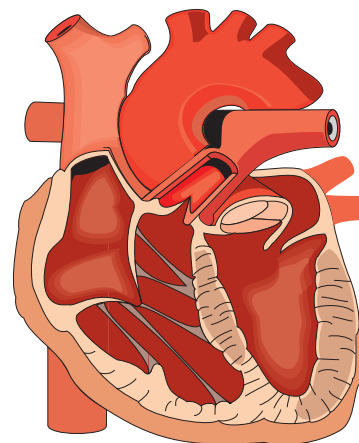
Česká republika se v žebříčku úmrtí z kardiovaskulárních příčin umístila ve druhé polovině žebříčku zemí Evropské unie. „Rozhodně to můžeme považovat za úspěšný stav, vezme-li v potaz současný životní styl Čechů“, komentuje výsledky Tomáš Topinka, generální ředitel PLIVA-Lachema a.s.

„Nejnovější statistiky (z letošního února – pozn. red. ČČL) dokazují, že kardiovaskulární onemocnění jsou závažným evropským problémem. Země, které vykazují největší riziko, by měly přijmout urgentní opatření ke snížení vzniku srdečních onemocnění,“ uvedl člen Kardiologické skupiny Evropského parlamentu Georgs Andrejevs. Dále dodal, že zvýšená úmrtnost v některých evropských státech je neakceptovatelná z lidského a ekonomického hlediska.

**Každý šestý evropský muž zemře na infarkt**, ženy jsou méně náchylné – na onemocnění srdce zemře jedna ze sedmi. Infarkt je nejčastější příčinou úmrtí v evropském regionu. Druhou nejčastější je mozková mrtvice, která usmrtí jednoho z jedenácti mužů a jednu z osmi žen. Míra úmrtnosti v důsledku onemocnění srdce je v evropských státech různá. V České republice zemře na nemoci oběhové soustavy každý rok téměř dvojnásobný počet lidí, než kolik jich podlehnou nádorovým onemocněním. Rakovina, přestože nedrží prvenství, budí větší respekt. Na rakovinu zemře ročně v Česku téměř 30 tisíc lidí.

Počty úmrtí v důsledku infarktu ve většině evropských států klesají. Nejlépe si stojí statistiky západních, jižních a severních zemí Evropy. V období od roku 1995 do 2005 zazname-

nalo největší pokles Irsko (53 %). Tento trend snižování se zdaleka ne tak úspěšně projevuje i ve střední a východní Evropě. Například v Rumunsku klesly tyto počty v rozmezí deseti



let pouze o 18 %. Alarmující je nárůst úmrtí z důvodu srdečních onemocnění na Ukrajině o 13 % pro muže a 12 % pro ženy. „Předčasným úmrtím v důsledku kardiovaskulárních onemocnění lze předcházet, jak dokazují tyto statistiky. Je povinností Evropské unie a jejích členských států pracovat na zlepšení této situace. Jsem pevně přesvědčena, že k udržení rozvoje potřebuje Evropa silnější srdce,“ řekla ředitelka EHN Susanne Logstrup.

Podstatným faktorem vzniku srdečních onemocnění je kouření. To **ročně v Evropě usmrtí více než 1,2 milionu lidí**. V poslední dekádě minulého století vzrostl počet mrtvých (s kardiovaskulární příčinou) v důsledku kouření o 13 %. V roce 2006 na následky pasivního kouření zemřelo v EU 80 tisíc lidí, 60 tisíc z nich na srdeční onemocnění. Pasivní kouření navíc výrazně zvyšuje riziko vzniku rakoviny (21 % všech příčin úmrtí). Ke vzniku těchto onemocnění přispívá také špatná životospráva a s ní spojená obezita. EHN odhaduje **roční náklady spojené s kardiovaskulárními onemocněními na 192 miliard**, přepočteno na jednoho obyvatele je to **371 eur**. Z této částky jde 57 % na zdravotní péči, 21 % na pokrytí ztrát způsobených snížením produktivity a 22 % zbývá na neoficiální péči o nemocné ze strany příbuzných. V jednotlivých zemích EU se roční náklady na léčbu nemocných liší v rozmezí **od 34 eur v Rumunsku do 413 eur v Německu** na jednotlivce.

(dop.)

## EUNIO i pro farmaceutické asistenty

*Moderní přístup k celoživotnímu vzdělávání šetří čas a náklady*

Zkratka EUNIO znamená: **Elektronická UNiverzita pro Ošetřovatelské profese**. Do této skupiny patří vlastně všichni zdravotníci-nelékaři, tedy i asistenti v oboru farmacie. Jedná se o e-learningový vzdělávací projekt, navazující na osvědčenou platformu programu EUNI, který už třetím rokem využívají lékaři a farmaceuti.

### Vzdělávání pro praxi

Portál EUNIO ([www.eunio.cz](http://www.eunio.cz)), který byl spuštěn na konci května tohoto roku, se bude postupně rozrůstat o nová témata – v současnosti lze studovat pět pilotních lekcí, do konce září by měly přibýt další čtyři (EUNI už např. během své tříleté činnosti obsahuje téměř padesát lekcí a studuje na něm přes 9500 lékařů a lékárníků).

Ediční plán by rozhodně neměl být vytvářen „z čistě teoretických pozic“, ale naopak co nejvíce vycházet vstříc požadavkům praxe. Prioritním posláním tedy v daném případě není pouze usnadnění cesty ke kreditům ve smyslu úspor za placené semináře. Cílem je především to, aby lekce přinášely užitečné informace pro co nejširší okruh „studentů“.

To je také důvodem, proč se pracovní tým projektu zajímá o předkládání témat, přínosných pro jednotlivé skupiny zdravotníků.

Pokud se rozhodnete studovat z domova a za úspěšně složené zkoušky získávat kreditní body, bude třeba nejprve vyplnit registraci na [www.eunio.cz](http://www.eunio.cz) a zaplatit roční školné (to za Vás případně může uhradit i zaměstnavatel), které činí 800 Kč. Přepočteno na počet kreditů, které je možné za absolvování devíti pilotních lekcí získat, se jedná o 44,50 Kč za 1 kredit.

*Pokud máte jako farmaceutický asistent konkrétní návrh, rádi ho předáme k posouzení kolegiu EUNIO.*

**Kontaktní adresa: [eunio@eunio.cz](mailto:eunio@eunio.cz)**

## VÝZNAMNÁ JUBILEA červen 2008

### 85 let

PhMr. Zdeňka Foukalová (PSL)

### 80 let

RNDr. PhMr. Jan Brychta  
(OSL Jihlava)  
PhMr. Zdeňka Weinrebová  
(OSL České Budějovice)

### 75 let

RNDr. Jiřina Švarcová  
(OSL Přerov)  
RNDr. Eva Tomášková  
(OSL Semily)

### 70 let

RNDr. PhMr. Jiří Střítežský  
(OSL Litoměřice)  
RNDr. PhMr. Miroslav Švec (PSL)

### 60 let

Mgr. Drahomíra Skálová  
(OSL Kladno)  
Mgr. Věra Šulcová  
(OSL Praha – východ)

Upřímně blahopřejeme! (člk)

## Kolegyne, kolegovia, pošlite kontakt!

*Vážené kolegyne, kolegovia, tí, ktorí ste ukončili štúdium farmácie v roku 1973 na Farmaceutickej fakulte UK v Bratislave a máte záujem sa stretnúť v roku 2008, pošlite kontakt na Vás na adresu:*

**Prof. RNDr. Daniel Grancai, CSc.**  
Farmaceutická fakulta UK  
Bratislava  
Katedra farmakognózie a botaniky  
ul. Odbojárov 10  
832 32 Bratislava  
tel.: 004212/501 17 170  
e-mail: grancai@fpharm.uniba.sk

**Doc. RNDr. Eva Sedlárová, CSc.**  
Farmaceutická fakulta UK  
Bratislava  
Katedra farmaceutickej chémie  
ul. Odbojárov 10  
832 32 Bratislava  
tel.: 004212/501 17 228  
e-mail: sedlarova@fpharm.uniba.sk

**Stretnutie sa uskutoční 10. 10. 2008 v priestoroch fakulty.**

## Pro lepší monitoring pacientů

Nově zveřejněný průzkum vyzdvihl potřebu lepšího monitorování pacientů s chronickou myeloidní leukémií v Evropě. Z jeho výsledků totiž vyplývá, že jen 53 procent lékařů monitoruje své pacienty na aktuální úrovni. Absence molekulárního monitoringu nebo špatné vyhodnocení výsledků by přitom mohly mít dopad na klinická rozhodnutí.

Data obsažená ve zprávě ze 14. června byla odvozena z průzkumu výzkumu trhu, který objednala společnost Bristol-Myers Squibb EMEA Sarl a koordinovala její výzkumná organizace TNS. Tento průzkum zahrnoval kvantitativní a kvalitativní rozhovory s 584 subjekty v jedenácti zemích (Německo, Itálie, Francie, Španělsko, Maďarsko, Velká Británie, Turecko, Rumunsko, Holandsko, Polsko a Česká republika).

Na základě těchto nových poznatků byla odstartována iniciativa *It's Best to Test* (*Nejlepší je nechat se otestovat*), která má napomoci zavedení pravidelného monitorování pacientů s CML po celé Evropě.

„Vzhledem k rozvoji možností léčby pacientů s CML se změnil i přístup k tomu, jak tuto chorobu efektivně kontrolovat. Lékaři jsou nyní schopni zvládat ji efektivněji tím, že se zaměřují na molekulární bázi nemoci,“ uvedl k dané problematice profesor Michele Bacarani z fakulty medicíny a chirurgie univerzity v italské Boloni. „Aby se tento

postup mohl úspěšně uplatňovat v praxi, je nezbytné zvýšit povědomí a povinnou péči, pokud jde o monitorování odpovědi pacientů na léčbu v průběhu onemocnění. Je důležité, že tento průzkum vyzdvihl potřebu širšího sledování pacientů v Evropě. To je problém, který můžeme společně řešit.“

V současné době je většina sledování a testování pacientů s CML prováděna na úrovni hematologie a cytogenetiky; molekulární a mutační testování však poskytují přesnější obraz o vývoji choroby a umožňují základní plánování pro dosažení jejího efektivního zvládnutí.

„Revoluci v léčbě CML znamenal objev inhibitorů tyrozinkinázy (TKIs). Pacienti mají nyní více možností než kdykoli předtím,“ uzavírá Tony Gavin, generální ředitel společnosti Leukaemia CARE z Velké Británie. „Rezistence a intolerance k léčbě představují závažný problém pro pacienty i lékaře, správné sledování je proto klíčem k dosažení co nejdelší doby přežívání.“

## MDS – nový pohled na léčbu

Data prezentovaná na letošním setkání společnosti ASCO přinášejí nový pohled na léčbu pacientů s myelodysplastickým syndromem (MDS). MDS je druh rakoviny, při kterém kostní dřevina není schopna produkovat dostatečný počet funkčních krevních buněk – ať už jde o červené krvinky, bílé krvinky nebo krevní destičky.

Není známo, kolik lidí touto chorobou trpí, přesto je každý rok v USA diagnostikováno kolem 20 tisíc až 25 tisíc nových případů MDS. Kromě toho se zhruba u třiceti procent pacientů s diagnózou MDS vyvine tato choroba do akutní myeloidní leukémie (AML).

Nadace pro léčbu myelodysplastického syndromu 3. června t. r. oznámila, že data prezentovaná na letošním setkání Americké společnosti pro klinickou onkologii (American Society of Clinical Oncology – ASCO) v Chicagu demonstrovala významné pokroky v léčbě pacientů s MDS, díky kterým mohou žít delší a kvalitnější život.

Kromě toho Dr. Lewis Silverman z lékařského centra Mount Sinai Medical Center v New Yorku na setkání prezentoval data z první a druhé fáze studie posuzující azacitidin v kombinaci s vorinostatem, orálním inhibitorem histonové deacetylázy (HDAC) pro léčbu pacientů s MDS a akutní myeloidní leukémií (AML). U pacientů, kterým byla podávána tato kombinace, bylo dosaženo 83 procent celkové odezvy, z čehož vyplývá, že kombinace těchto dvou látek by mohla pomoci pacientům lépe, než azacitidin podávaný samostatně. Kromě toho 86 procent pacientů přežilo jeden rok.

**Zdroj: PROTEXT**

## Zájezd Čs. Lékařnické společnosti

V sobotu dne 10. června pořádala Čs. Lékařnická společnost zájezd do Hradce Králové. Účastníci sjeli se na místě k večeru jednak vlakem, jednak osobními auty. Většinou dostavili se účastníci sjezdu se svými dámami.

V sobotu večer uspořádán byl ve zvláštním sále Grand Hotelu výborně aranžovaný přátelský večírek s večeří a programem, o který se skvěle zasloužili p. Mr. Heger, lékárník v Hradci Králové, který v doprovodu p. Mra Podubeckého, lékárníka v Praze, přednesl na houslích několik krásných skladeb komorní hudby, dále p. Mr. Vorel, lékárník v Kuklenách, který podařeným přednesem svých veselých písniček vsuktu pokobil celou společnost. Během večere přivítal hosty p. grem. starosta Mr. Tvrdík, jemuž odpovídal a poděkoval p. prof. Plzák. Po večeři věnovala se celá společnost velmi pilně živé zábavě, zvláště tanci.

Druhého dne odjela celá společnost auty do Opočna, kde byla opět překvapena milým pohostinstvím pana gremiálního starosty Tvrdíka a jeho choti. Při prohlídce vzorné lékárny Mra Tvrdíka dostalo se totiž účastníkům tak znamenitých, pravých českých koláčů (nemluvě o skleničce), že všichni rázem zapoměli na rozmoklé počasí a špatné silnice. Jaké však překvapení bylo, když další pohoštění čekalo účastníky v hotelu opočenském, kde p. lékárník Tvrdík nechal servírovati všem účastníkům hojnost báječných a výborně upravených pstruhů.

Hradec Králové má vzorného gremiálního starostu. Jeho zásluhou celý zájezd oplýval „mlékem a strdím“, i když to mléko nelze vzít tak docela doslova. V Opočně prohlédli si účastníci zámek Colorado-Mansfeldův s úžasnými sbírkami a starým smutným parkem, protékaným malou říčkou (plnou pstruhů).

Po obědě odjeli pak všichni auty na Panoramu, výletní místo nedaleko českých hranic. Pánbu má lékárníky asi rád a tak seslal po mnoha deštích do tohoto krásného kousku světa sluníčko a příjemnou podvečerní pohodu. Na vládných vrších orlických hor sešlo se několik lidí dobré vůle a jejich přátelství se tam utužilo.

*Časopis českého lékařnictva, č. 6/1933, str. 209*

## Ze studie našich holandských kolegů

Journal de Pharmacie de Belgique přináší výtah ze studie uveřejněné pod názvem „Kam spějeme?“ ve Pharmaceutisch Weekblad. V podtitulu pojednání uvedeno: Kdysi: cit, ideál. Dnes: skutečnost, násilí.

Holandští farmaceuti srovnávajíce stav dnešního lékařnictví, táží se, jaký bude zítra a jaké směrnice nutno sledovati k udržení lékařnického povolání v souhlase s pokrokem doby. Apeluje se na spolupráci a ducha soudržnosti všech příslušníků stavu. Jsou vyjmenovány některé problémy hodné pozornosti. Uvádí se:

1. Universita může sice vstřípiti určitá hlediska na provozování zaměstnání po stránce etické, nikoli však po stránce praktické.

2. Ze skutečnosti, že lékařnictví, proti veřejnému mínění, získává z univerzitního vzdělání nevalné postavení a že lékárník nepožívá takové vážnosti, jako příslušníci jiných akademických povolání, děti lékárníků obracejí

se k jinému poli působnosti. Jest pravdou, že za těchto okolností vidí se sice lékařnictví ve většině případů také v rukou určité společenské třídy intelektuální, ale jest zbaveno dědičného kapitálu. Z toho následuje, že zkušenosti, získané z generace na generaci, ztrácejí se a nemohou ovlivňovati mladé farmaceuty při vykonávání jejich zaměstnání.

3. Lékárník odhodlává se velmi těžko k finančním obětím, aby modernisoval svoji lékárnu.

4. Mladý farmaceut velmi často počíná svoji kariéru v lékárnách, v nichž nikdo nemůže ho zasvětit do zvláštního povolání, takže co vedoucí lékárny požívá ihned určité nezávislosti. Jest třeba podotknouti, že tato nezávislost jest mu více škodlivou než prospěšnou, tím spíše, že nemá téměř žádných dostatečných zkušeností o administrativním a účetnickém vedení podniku.

*Časopis českého lékařnictva, č. 6/1933, str. 210*

## Země krás přírodních (i jazykových)

Pobavte se i Vy při četbě z propagační brožury „zemského úřadu pro cizince v Klagenfurt“: Navštivte

Korutany jeho hezké hory a teplé jezera mnoho velkých hodů. Do Korutany jeho lékařní místa a místa pro letní zčerstvení padávají nejlepší možnosti si upočinout. Korutany slunečná země německého jihu známá skrz svoje pěkné teplé jezery v horách a skrz krásný hory, vy-

chvalená skrz výborný klima jest to země, která ty nejlepší možnosti k upožení nabývá. Co podává Korutany?

Zda-li ty jsi přítel v koupele a sportu na vodě? Kterou hromadu od roztrašek najdeš v těch mnohých jezerech v horách! Navštívíš ty Wörthersee, Ossiacher-, Millstätter-, Weissen- nebo Faakersee, nebo jdeš na břehy od těch mnohých malých korutanských jezer, tak buděš překvapit býti od tom živém a zabavilném živím v lázních a na břehu, co ty tam všude najdeš, od těch rozličných sportních vyjednávek a rozhodách, který se každý rok na těch korutanských jezerech rozhodnou! V těch čistých a udržených lekarních a lázních místech, v kterých se taky ten komfortáblný luxusávod jako i ten dobře meštanský dům najde, podávají se roztrašek všho způsobu. Hromada nejpěknějších výletů okrásní pobyt.

Zda-li ty jsi přítel v horách? Potom přijdi do Korutanských velmi bohatě členový alpský svět, nastoup na svoje sněhem a ledem přikrytý Tauern-hory a ty hrošný stýni a věžy od vápenních alpách, jdi nahoru k těm skvětlina-mi plnými loukách a nech tvoje oči přes tu od naturu tak krásně a skvostně podělenou země hledět. Jdi skrz Korutanský panské jehlaví lesy, posilni se tam od tom skvostném horním vzduchem a potich tvoje bolavé nervy na tom hezkém vypravování těch zdívajících potokách.

Zda-li ty jsi přítel mírného života na venkově? Jak přátelně pozdravuji tobě tichý doli a láskavé místy Korutanské! Květiné louky a pěkné pole, zelené lindavy a tmavé lesy mýchají se mezi sobě hezky a svůj domov náramně rád mající národ natebe láskavě přichází!

*Praktický lékařník, červen 1933, str. 176*

*Pokračování na str. 32*

**jak se psalo  
před 75 lety**

## Levná příprava léčivých vín lahodné chuti

Co jest také Malaga? Víno Malaga není často přírodní, nýbrž připravované buď z vína obyčejného přislazením odvarem aromatických hroznů za přidání líhu a malého množství cukru, nebo se přidá obyčejnému vínu na ohni zhuštěný mošt, líh a cukr.

Takto upravené víno podrobí se buď ještě kvašení, nebo se jen ponechá, aby se zčistilo. Ochutnáme-li Malaga nabízené tak asi za Kč 8.- litr – připomíná nám chuť na odvar suchých švestek ve slabém bílém víně.

Tak se připravují náhražky Malaga, ale i umělé Madeira, Sherry, Port, Marsala a ostatní podobná vína. Lékopisná komise uznala za vhodné zařadit do lékopisu místo – Malaga – tak zvané Sladové Malaga. Jest to čin soběstačitelosti. Mimo Malaga máme však v lékopise ještě jiná léčivá vína a sice Vinum Chinae, Vinum Chinae ferratum, Vinum Condurango a Vinum Sagradae. Jaké předpisy pro tato vína lékopisná komise sestavila jest dosud zastřeno rouškou tajemství. Nic však nevdám, sdělím našim čtenářům, jak jsem připravoval zmíněná vína v době válečné, když již Malaga nebylo za žádnou cenu k dostání.

Jest všem dostatečně známo, že Slovensko pěstuje víno červené i bílé v mnoha dobrých druzích. Poněvadž bílé víno „Ryzlink“ bylo za ce-

nu přiměřenou, použil jsem toto víno ku přípravě zmíněných vín. Následují předpisy:

### V i n u m C h i n a e :

Extr. Chinae fluid ..... 50,  
Tinct. Aurantri ..... 50,  
Spirit 96% ..... 80,  
Sacchar ..... 160,  
Vini alb.....700,  
Sacchar. tost.....5.

Nechat uležeti.

### V i n u m C h i n a e f e r r a t u m :

Vini alb ..... 800,  
Spirit 96% ..... 80,  
Sacchar ..... 160,  
Chinin ferrat ..... 3,  
Aquae ..... 10,  
Sacchar. tost ..... 5.

Nechat uležeti.

### V i n u m C o n d u r a n g o :

Vini alb ..... 700,  
Sacchar ..... 160,  
Extr. Condurang. fluid ..... 100,  
Spirit 96% ..... 80,  
Sacchar. tost. .... 5.

Nechat uležeti.

Vína dle těchto předpisů připravená jsou lahodné chuti a levná, následkem toho každému chorému přístupná. Odbyt je velmi čilý. Příprava prováděla se i po válce. Použije-li se místo ryzlinku nějaké aromatické červené víno, zjemní se chuť ještě více.

Mr. K. Janda

*Praktický lékárník, červen 1933,  
str. 162*