

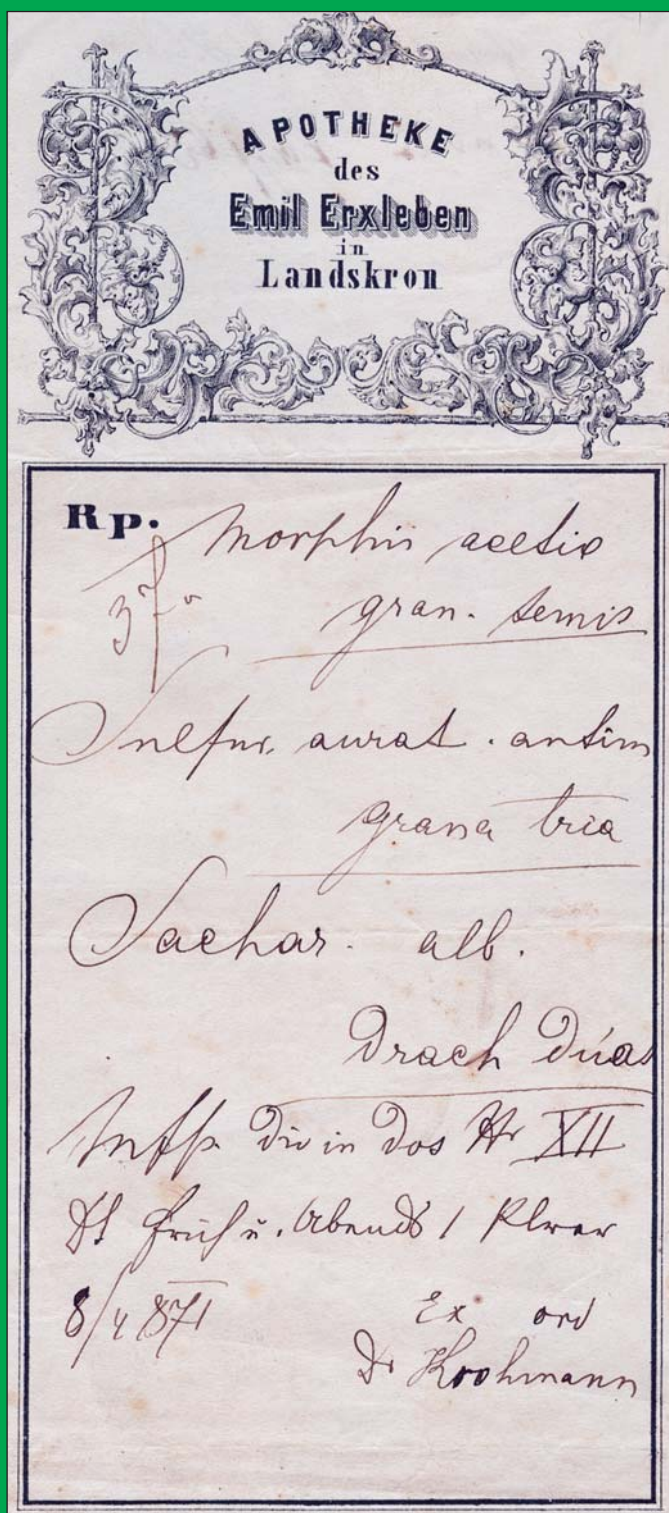
7-8/2009

ročník LXXXI

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



V České republice umírá na cukrovku 2. typu denně padesát lidí, světově je považována za epidemii 21. století. Ve veřejnosti panuje názor, že jde o stařeckou nemoc. Je ale pravda, že onemocnění cukrovkou 2. typu se posouvá do stále nižších věkových kategorií, jen osmnáct procent diabetiků u nás je starších pětadesáti let.



Podle Diabetické asociace ČR by s nárůstkem stravování pacientům, jimž bylo toto onemocnění zjištěno, měla pomoci diabetická sestra, lékař pak stanoví, jakou dietu by měl diabetik dodržovat, přičemž základním cílem je vyrovnaná dobrá glykémie a odpovídající hmotnost. Senioři o svou léčbu a své léky mají zájem, ale obvykle nevědí, že na leccos se mohou ptát i v lékárně. Vezmeme-li za příklad právě diabetiky, na rozdíl od mladých lidí, kteří si informace lehce najdou (např. www.stopcukrovce.cz), starší pacienti se raději poradí s odborníkem osobně.

Nedávno mě potěšila slova mého příbuzného: „Říkal jsem lékárníkovi, že mě život s cukrovkou nebaví, protože nemůžu jíst skoro nic, sladké ani tučné, akorát hlavně ty diavýrobky, ale ty jsou mi protivné. A víš, co mi řekl? Prý můžu jíst všechno, akorát musím znát míru, že mám míň solit a víc se hýbat. To kdyby slyšela moje doktorka, asi by sebou sekla. Má totiž pořád plnou čekárnu, je nervózní a pořád mi nadává, že moc jím. A když jsem si chtěl koupit nějaké vitaminy, ať ta cukrovka klesne, lékárník mi řekl, že si mám místo toho radši koupit trošku ovoce, ale víc zeleniny. Jsem rád, že mu nešlo jenom o peníze.“

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda),

Mgr. Tomáš Cíkr, 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,

PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.

A. Staška 80, 140 46 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku

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

distribuce

PNS Grosso, s. r. o.

Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

grafická úprava

Kateřina Vévodová

tisk

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 9/2009 – 1. září 2009

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

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



Přívozká 6, 702 00 Ostrava

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

e-mail: casopis@ova.inecnet.cz

obsah

Kdo má právo určovat pravidla hry?	4
Zeptali jsme se	5
Nad změnami v zákoně o návykových látkách	6
Novela č. 141/2009 Sb. zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (viděno z pohledu lékařů)	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Interaktivní dispenzační semináře	10
Správné dispenzační minimum: Preparáty s obsahem látky levodopa	11
Poplatky, poplatky, poplatky... A jak o nich hovoří pacienti?	12
Spondeo ac policeor	14
Tak to vidím já: Kdo konečně změní náš obraz?	16
Molekula měsíce: Denosumab	17
Nově registrované látky: Omalizumab	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Harpagophytum procumbens	19
Routery z právního hlediska	20
Elektronický Rp. v izraelském zdravotnictví	21
Dříve než začnu hodnotit něčí práci, musím o ní něco vědět	23
Fenomén hřejivého účinku – capsaicinoidy	24
Severočeské poznatky k Projektu Senioři	25
Rizika spojená s padělkami a možná opatření	26
XI. symposium klinické farmacie René Macha	27
Za pět let Klokánka získáno 7 626 693 Kč	28
Vatikánskou lékárnou spravuje Hospitální řád sv. Jana z Boha	29
Vaše lékárna včera a dnes: U Bílého lva	30
Zásadně nesouhlasím! Proč?	31
Jak se psalo před 75 lety	32

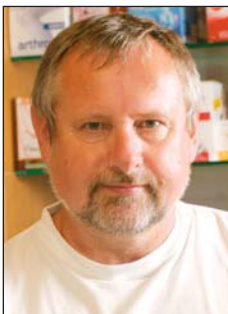
titulní strana



Dr. Krohmann, asi Lanškroun – 8/4 (1)871, originální předpis na blanketu lékárny U milosrdného samaritána Emila Erxlebena v Lanškrouně; morfiové prášky proti kašli dostal pan Jan Dušek č. d. 2 (na rubu blanketu).

(zapůjčeno z fondu Českého farmaceutického muzea v Kuksu)

Kdo má právo určovat pravidla hry?



Je to právě rok, kdy se na stránkách tohoto časopisu komentovaly návrhy změn ve vzdělávacích programech, k tomu byla webová diskuse a také můj polemický příspěvek o akreditaci veřejných lékáren. Během roku se zdánlivě jakoby nic nedělo, ale zdá se, že doba, kdy se bude lámat chleba, je na spadnutí.

PharmDr. Jan Horáček, Lékárna Petrovice

Úředníci MZ byli pověřeni připravit, ve spolupráci s akreditačními komisemi a dalšími zainteresovanými subjekty, návrhy vzdělávacích programů veřejného i nemocničního lékárenství a klinické farmacie k závěrečné redakci před jejich publikací ve věstníku. A protože celý systém postgraduálního vzdělávání není zrovna „uživatelsky přívětivý“ pro farmaceutické obory (je šit na míru spíše některým velkým lékařským branžím), a také potřeby, požadavky a možnosti našich tří oborů se společným základem nejsou totožné, vznikají problémy.

Nejvýrazněji se názorové rozdíly a třenice v poslední době manifestují mezi zástupci veřejných a nemocničních lékáren, zejména v oblasti nastavení kompetencí.

Nejen vzdělávání

Nechci zde vyjmenovávat všechny sporné body, leč některé mohou sloužit jako typický příklad pro popsání jevu bohužel obecnějšího. Ten se netýká pouze dalšího vzdělávání lékárníků, zasahuje do celého oboru, a čeho se obávám nejvíce, že začíná ohrožovat demokratické poměry a principy v profesi.

„Povinnost“ akreditace, kompetence specialistů, náplně a délka vzdělávacích programů atd. se týkají především školenců, ale mají dopad i na lékárny, někdy zcela zásadním způsobem. Očekával jsem, že tyto problémy budou diskutovány na sjezdu s jasnými závěry a mandátem představenstva a vrcholných představitelů komory prosazovat jejich realizaci. Naivně jsem se domníval, že když některé body zůstaly nedořešeny i po úmorných jednáních vloni na půdě komory, budou předloženy k vyjádření nejméně předsedům OSL, ale lépe vrcholnému orgánu – sjezdu delegátů, protože neexistuje jiné reprezentativnější fórum zastupující lékárníky. Nestalo se tak,

a tudíž vyjednávají a lobují jednotlivci, zástupci jednotlivých segmentů, často s protichůdnými požadavky a mnohdy na úkor těch druhých. Obvyklým figlem při jednáních je zpochybnění mandátu, a tím odstředění argumentů protistrany k prosazování vlastního názoru. Municí pak jsou zaklínadla typu: je to dobré pro obor, zvyšuje se tak odbornost, mají to tak lékaři, nechceme být obchodníky a podobně. Nebo výtky: pohřbíváte lékárenství, nahráváte řetězcům, chcete zrušit specializace..., event. chcete zneprůchodnit atestace... podle toho, co se hodí.

Stejná ekvilibristika se používá při určování toho, co patří a co nepatří do odbornosti. Roli často hrají počty zástupců jednotlivých frakcí na jednání, kde mnohokrát vítězí nemocniční, dostavující se v početných skupinách. Jen pro ilustraci: ročně atestují lékárníci v jednotlivých oborech řádově asi v tomto poměru: KF 1, NL 10, VL kolem 100.

Respektování reálné situace v praxi znamená, že by zájmy, potřeby a možnosti veřejných lékáren měly být určující.

Proč tomu tak není?

Veřejných lékárníků je sice většina, což je ovšem nevýhoda k dosažení názorové shody. Jde o skupinu velmi nehomogenní na rozdíl od lékárníků nemocničních, navíc majících svoji koncepci, kterou ctí. Nemocniční dodržují „stranickou disciplínu“, jsou dostatečně pracovití, vystupují názorově jednotně. Přestože jejich exponenti jsou téměř výhradně z největších nemocničních lékáren, tvrdí, že zastupují všechny. Jaká je situace v malých nemocničních lékárnách, se neprezentuje. Nemocniční lékárníci neodmítají angažmá v určujících funkcích a na rozhodujících postech. Zaklínají se vysokou odborností, širí spektra činností a obvykle simulují netečnost k finančním, ob-

chodním a ekonomickým aspektům. Bývají proto ve svých požadavcích často úspěšnější.

Veřejní lékárníci nejsou ochotni k většímu zapojení do profesní politiky v komoře ani v dalších institucích (společnost, GML), jejich procentuální zastoupení ve funkcích vzhledem k celkovému počtu je nedostatečné, jsou nedůslední, musí stále hasit nějaké požáry. Na koncepční řešení nezbývají čas ani síly.

Konkrétně v otázce vzdělávání platí, že specializace zajímají pouze ty, kteří se na ně připravují, zájem o kontinuál je o málo větší, ač se týká všech.

Ideál versus realita

Troufám si tvrdit, že k této problematice nebyl učiněn v poslední době žádný validní průzkum v lékárnách, který by zjistil co, si terén myslí o významu specializací pro praxi, v čem by měly dovzdělávat nad VŠ studium (náplň), kam by školenci měli být povinně vysíláni (praxe, kurzy, stáže), aby to bylo přínosem pro pracoviště, jaká by měla být role školitele a pracoviště, kde je vykonávána praxe v době přípravy, jaká má být role vzdělávacích institucí, co by měla nárokovat případná akreditace, co patří do kontinuálu atd.

Až bychom vše kolem požadavků terénu na atestace vyhodnotili, bylo by nutné formulovat požadavky do právních předpisů, vzdělávacích programů a případně i akreditačních podmínek. Dokud bude největší část lidí ze školy směřovat do lékáren, je právem zaměstnavatelů vyjadřovat se k profilu absolventa fakulty i postgraduálního vzdělávání.

Na otázku, proč bude atestovat, pak podle mého vlastního miniprůzkumu cca 20 % respondentů uvedlo touhu po zvýšení úrovně znalostí, 80 % pak touhu po získání papíru opravňujícího vést lékárnu. Takže bych mohl učinit kacířský závěr, že je vlastně jedno, co „odborného“ musí školenc v přípravě zvládnout, když tam **výuka znalostí a dovedností k vedení lékárny prakticky chybí.**

Co nás asi čeká

Jak jsem psal v ČČL č. 7–8/2008, **akreditace** bude nutná pro lékárny zaměstnávající lékárníky v přípravě na atestaci, kterým by jinak nebyla praxe uznána. Jde o ústupek především nemocničním

ZEPTALI JSME SE

Přežijí české lékárny rok 2020?

lékárníkům za cenu zachování společného základu všech tří specializací.

Budeme nadále chtít v nových vzdělávacích programech odstranit protizákonné **omezení kompetence**, kdy specialista ve veřejném lékárenství smí vést pouze veřejnou lékárnu. Věřím, že zákonné právo nemůže být okleštěno materiálem, který není ani právním předpisem.

Chystá se změna specializačního **vzdělávání farmaceutických asistentek**. Dobrou zprávou je, že se má do nové vyhlášky vrátit lékárenství, špatnou to, že opět zapůsobili nemocniční lékárníci a s několika asistentkami z velkých nemocničních lékáren podali návrh na dva obory, tedy na nemocniční a na veřejné lékárenství.

Pominu-li, že v prvotním návrhu byly činnosti „chudinek“ specializovaných asistentek ve veřejných lékárnách hanebně okleštěny na pár bodů a FA v nemocničních naopak obdařeny dlouhým výčtem naprosto běžných činností, jen náležitě opřívlastkovaných, musím si položit otázku, komu prospěje takovéto stavění bariér, ochrannýsky bránících migraci pracovníků?

Budeme se potýkat se snahami **zkrátit specializovaný výcvik** ve veřejném lékárenství z dvou let na jeden rok. Jistě by tento populistický krok uvítali zvláště ti, co chtějí z nějakých důvodů atestovat co nejdříve, to je logické. Chci však před tímto krokem důrazně varovat, neboť redukce délky povinné praxe v oboru bude zaručeně další zbrání v ruce zastánců degradace veřejného lékárenství, kteří se jistě postarali i o toto zkrácení.

Jaký je názor komory?

Výše zmíněné body jsou bezpochyby z hromady těch odborných, tedy z oblasti, ke které se má vyjadřovat komora. Nejsem již členem představenstva, ale z doslechu a ze zápisů soudím, že na PČLK se tyto problémy příliš neřeší a nezaujmají se k nim stanoviska. Nevím jestli změny, které jsem zmínil, jsou komorou posvěceny a podporovány, či odmítány. Ale přesto v těchto věcech zástupci jménem komory jednají. Že o tom neví široká lékárnická veřejnost, není dobré, ale že o tom často nevědí ani členové představenstva, a že se prosazují věci neodsouhlasené představenstvem, je poměrně nebezpečný jev. A zřejmě se netýká pouze „okrajových“ problémů kolem vzdělávání.

Lékárníci z „pouličních“ lékáren (nejen ti v představenstvu) probudte se!



PhamDr. PAVEL GRODZA
Lékárna Panacea, Příbor

Pokud budu žít, budu již v té době v profesním důchodu, a mohlo by mi to být jedno. Ale není, a věřím, že ani nastupující generaci kolegů to jedno být nemůže. Pro přežití oboru musí každý vykonat svůj díl práce. Ten konstruktivní díl povede lékárenství kupředu směrem k péči o pacienta a zušlechťování vlastních vědomostí. Ten zhoubný díl, představující lékárnu jako prostředek ke generování co největšího zisku kýmkoli a za každou cenu, povede ke zkáze. Teď bude záležet na nás a okolnostech, který trend převáží. Věřím, že ten druhý a že v penzi nebudu přes dvoje brýle čučet do monitoru a vybírat si pro sebe léky v internetovém obchodě.

PharmDr. RADEK OSWALD
Lékárna U Pelikána, Kadaň

Myslím, že přežijí. Je otázka, v jakém počtu a s jakými úkoly. Již dlouho se bavíme o nutnosti přesvědčit veřejnost, že existence lékárny má smysl, a to nejen jako poslední článek distribuce léčiv, ale i jako místo pro konzultace zdravotního stavu nebo pro drobné zdravotní úkony (měření tlaku). Je to důležité nejen z hlediska prestiže, ale i z hlediska finančního, pokud se v budoucnu podaří vyjednat úhrady výše zmíněných činností. Do té doby je třeba dál co nejlépe pečovat o své pacienty.



PharmDr. PAVEL ŠKVOR
Lékárna V Lipkách, Hradec Králové

Je mnoho úhlů pohledu a způsobů, jak tuto otázku uchopit. Je i spousta determinujících faktorů, např. koncepce zdravotnictví, zdravotnická politika, schopnost orientace lékáren podle potřeb společnosti, přání provozovatele, odměňování lékárenské péče, schopnost udržet a rozvíjet nové trendy v terapii, které mohou položenou otázku zodpovědět oběma směry. To vše nejen v regionální nebo republikové úrovni, ale i v rámci EU. Nejzásadnější se mi však jeví naše schopnost poskytnout klientům a pacientům odbornou pomoc, pro kterou si přišli, ale i něco navíc. Budou-li nás brát nejen jako opěrný bod v nouzi, ale i možnost přátelské rady a diskuse, je tato otázka bezpředmětná.

PharmDr. ZBYNĚK SKLENÁŘ, Ph.D.
Nová lékárna, Železný Brod

Lékárny určitě přežijí, otázkou je, v jaké podobě a co budou schopny pacientům nabídnout. Lékárníci mají potenciál obrovský, erudovaní jsou dostatečně, jen všechny ty svoje znalosti a dovednosti je nutné správně uplatnit, uhájit a dále prohlubovat. Šanci spatřuji v (honorované) odborné konzultační a poradenské činnosti i v rozšířené činnosti farmaceutickotechnologické. Pro první oblast by bylo vhodné zavést specializace farmaceutů v určitých konkrétních oborech, např. dermatologie, gastroenterologie, pro druhou platí, že je zapotřebí více edukovat a spolupracovat s lékaři.



Mgr. PAVEL KULIČKA, lékárník, Brno

Pokud by existovala Červená kniha ohrožených profesí, český lékárník by v ní byl. Po nedávné nepřijemné zkušenosti s nedovzdělaným zaměstnavatelem mám obavy o další vývoj profese. Rozhodnutí Evropského soudního dvora z 19. května nám dává jistou naději, ale v Čechách bývá dosti často mnohé jinak. Takže lékárny po roce 2020 budou existovat, ale možná v jiné podobě a bez lékárníků a farmaceutických asistentek.

Odmítám obvinění, že komora chce zakrývat nešvary lékárníků

O centrálním úložišti, elektronické preskripci, sběru dat a evidenci výdejů přípravků s pseudoefedrinem již bylo řečeno mnoho, a nepředpokládám, že by mezi lékárníky nebyl nedostatek informací. Chci však využít příležitosti ke zhodnocení současného stavu. Podle všeobecně známých údajů se k centrálnímu úložišti za účelem poskytování údajů o vydaných léčivých přípravcích (elektronické recepty nebyly dosud zprovozněny) připojila přibližně polovina lékáren.



Mgr. Stanislav Havlíček, prezident České lékárnické komory

Na tomto místě nechci znovu opakovat veškeré argumenty, které ČLK vedou k odmítnutí způsobu elektronické komunikace prosazované Státním ústavem pro kontrolu léčiv a podporované i částí lékárnického stavu. Plně odkazují na web komory a předchozí čísla ČČL. Znovu **odmítám obvinění ČLK ze zpátečnictví a snahy zakrývat nešvary vydávajících lékárníků**. Myslím, že nikdo soudný nemůže komoru z podobných aktivit podezírat. Stále trvám na tom, že **nutně není progresivní ten, kdo se pod rouškou elektronizace snaží uzurpovat si práva, jež mu nenáleží, a vymáhat povinnosti, k nimž není lékárna povinna**. Opakuji, že komora bude první, kdo vyvine veškeré úsilí při budování projektu elektronizace zdravotnictví. Ovšem na zákonném podkladě, jehož nutným předpokladem je též to, že ten, kdo bude mít zájem budovat databázi s těmi nejcitlivějšími údaji a požadovat informace od soukromých subjektů dosud nebylým způsobem, musí

se svým nápadem předstoupit předem před veřejnost a prostřednictvím parlamentu si jej nechat schválit.

Současný stav nese známky opačného postupu. Z několika ustanovení zákona, o nichž se nikdo ze zákonodárců v době jejich projednávání důvodně nedomníval, k čemu mohou být zneužita a ohnuta, se vyvozují obrovské pravomoci a (to zřejmě především) utrácení obrovské částky. Posledně zmíněná skutečnost, peníze, jsou pravděpodobně tím hlavním důvodem, proč i dnes zůstávají lékárníci ve svém aktivním odporu víceméně osamělí. **Získali jsme pochopení a souhlas s našimi názory u lékařů, patientských organizací, poslanců i médií, ale ti, kteří by měli dát k věci jasné stanovisko, mlčí.**

Na konci června jsme podali na činnost SÚKL stížnost přímo ministryni zdravotnictví. Odpověď zatím nemáme. Faktem je, že ministerstvo jako přímo nadřízená organizace do činnosti SÚKL více než půl roku nezasáhlo. Úřad na ochranu osob-

ních údajů přes počáteční proklamace o zveřejnění výsledků svých šetření již deklaroval, že s nimi nejdříve seznámí SÚKL a snad na podzim, a to jen s jejich částí, i veřejnost. Můžeme se těšit tím, že kdyby bylo šetření pro SÚKL příznivé, jistě bychom s jeho výsledky již byli seznámeni jím samým. Zkrátka a dobře se zdá, že pomoc nelze čekat nikde. Na druhou stranu je otázkou, zda je v současné situaci pomoc nutná. Lékárníkům totiž jistě nechybí příležitost k plnění další ohlašovací povinnosti, zatímco zájemci o získání cenových údajů chybějí připojené lékárny.

SÚKL kontroloval řadu lékáren po celé republice, snížil se k odesílání udavačských a pomlouvačných dopisů krajským úřadům na kontrolované lékárny.

Doporučuji na webu komory si vyhledat odpověď Krajského úřadu pro Olomoucký kraj (zveřejněnou 3. 7. 2009), s jejímž obsahem se plně ztotožňuji a v níž po čase zazněly argumenty obdobné těm komorovým, jen z jiného zdroje. **Přes veškeré hrozby dosud žádná lékárna bez routeru nedostala pokutu za neposkytování údajů.** Nepochybuji o tom, že by mohla pokuta obstát před soudem při absenci povinné výbavy routerem v právních předpisech. Veškeré obšírné výklady, dovozuji povinnost lékárny mít router, lze jednoduše odbýt poukazem na vyhlášku o věcném a technickém vybavení. Že si to uvědomuje i SÚKL, je zřejmé z jeho nynější snahy prosadit do této vyhlášky „technické zařízení“ potřebné k plnění povinností, které si on sám vymyslí.

Chtěl bych vás proto i nadále poprosit o zachování vašeho dosud pevného postoje. Aktivita Ústavu skutečně neodpovídají zákonným zmocněním a je jen otázkou času, byť zjevně delšího, než to bude zřejmě větší a rozhodující částí veřejnosti.

Nad změnami v zákoně o návykových látkách

Zákon o návykových látkách prošel velmi dlouhým legislativním procesem. Svou pouť započal dávno před mým zvolením a za posledních 18 měsíců doznal celé řady změn. ČLK odeslala poslední připomínky k tomuto zákonu dne 10. 12. 2008. Jsou k dispozici v sekci legislativa v autorizované části webových stránek www.lekarnici.cz.

Povinnost lékáren žádat o povolení (licenci) k zacházení s prekursorů a povinnost registrovat se pro činnosti spojené s pomocnými látkami z přílohy 2 a 3 zákona byla deklarována jako bezpodmínečně nutná kvůli souladu s evropskými předpisy, ačkoliv dosud na lékárny tyto povinnosti nedopadaly. Protože obě tyto povinnosti měly být i v případě lékáren zpoplatněny a povolení

mělo být vydáváno jen na dobu 3 let, navrhli jsme, aby provozovatelé lékáren byli osvobozeni od správních poplatků a bylo jim umožněno získat povolení (tzv. zvláštní) na dobu neurčitou. Tento návrh poslanecká sněmovna akceptovala.

Další změnou v novele zákona je již známé odstranění výjimky pro léčivé přípravky s obsahem pseudoefedrinu do 30 mg v jednotce lékové formy. Podle znění zákona může způsob výdeje léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu a efedrinu stanovit SÚKL v rozhodnutí o registraci. Zatím tak učinil u šesti preparátů s obsahem pseudoefedrinu do 30 mg v jednotce lékové formy (viz tisková zpráva SÚKL). Další ovšem mohou následovat. Považuji za nešťastné, že do kategorie s omezením, v níž lékárnická obec vkládala a vkládá velké naděje, pokud jde o posílení odborného kreditu, byly tyto přípravky zařazeny s omezením

spočívajícím ve sledování množství vydaných přípravků pacientovi ve všech lékárnách, tedy v činnosti bez nároků na odbornost.

Hlášení o stavu a pohybu zásob návykových látek se nově namísto krajskému úřadu bude předávat SÚKL na formuláři, jehož autorem již nebude ministerstvo zdravotnictví, ale SÚKL. Formulář je přístupný na jeho internetových stránkách (www.sukl.cz/hlaseni-o-prijmu-vydeji-a-stavu-zasob-omamnych-a-psychootropnich-latek). Termín předání hlášení do konce února za předchozí rok se nemění, stejně jako lhůta 30 dnů k podání mimořádného hlášení při ukončení činnosti lékárny.

Sněmovna ukončila projednávání zákona na konci dubna a zákon nabyl účinnosti 1. 6. 2009, prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po dni vyhlášení (25. 5. 2009).

Kromě výše uvedených povinností provozovatelů lékáren, týkajících se povolení a registrací, zákon ukládá ministerstvu zdravotnictví, aby ve vyhláše zveřejnil formuláře žádostí pro vydání povolení. K tomu ke dni účinnosti zákona nedošlo, a proto se

zdálo, že o vydání povolení budou lékárny moci žádat, až budou formuláře k dispozici. Ukázalo se však, že distribuce bude pro příště ochotna dodávat prekursory jen lékárnám s povolením. Proto byl ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví dohodnut způsob úpravy stávajícího formuláře tak, aby jeho prostřednictvím provozovatelé mohli požádat o vydání zvláštního povolení.

Veškeré podrobnosti týkající se vydávání povolení a registrací jsou k dispozici v autorizované části webu komory v rubrice Aktuality pro lékárníky v příspěvcích zveřejněných mezi 26. 6. a 7. 7. 2009. Zde jen stručně shrnuji, že lékárny, které hodlají nakládat s prekursory (zejména efedrin a ergotamin), musí požádat a získat zvláštní povolení od ministerstva zdravotnictví. Povolení není nutné k nakládání s přípravky obsahujícími efedrin a pseudoefedrin. Registrace nutná k nakládání s tzv. pomocnými látkami kategorie 2 a 3 u většiny lékáren nepřipadá po konzultacích s ministerstvem do úvahy.

Mgr. Stanislav HAVLÍČEK

Novela č. 141/2009 Sb. zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (viděno z pohledu lékáren)

Účinnost novely, a tedy i níže uvedených změn, nastala k 1. červnu 2009

1. Do působnosti zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (dále jen „zákon“), se nově dostávají léčivé přípravky obsahující menší množství než 30 mg pseudoefedrinu v jednotce lékové formy. Jinými slovy, **zákon již nerozlišuje přípravky podle množství pseudoefedrinu.**

2. K zacházení s **prekursory** v lékárnách je třeba **zvláštní povolení**. Ani pro osoby provozující lékárnu z tohoto pravidla neexistuje výjimka. Ze znění zákona účinného do 31. 5. 2009 byla výjimka odstraněna s odkazem na evropské předpisy.

Zvláštní povolení se vydává na **dobu neomezenou**.

V souvislosti s novelizací zákona nebyla vydána novelizace vyhlášky č. 125/2006 Sb., kterou se stanoví tiskopisy formulářů podle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Formulář žádosti o vydání povolení uvedený v příloze č. 2 vyhlášky proto nerozlišuje mezi povolením (platnost jen na 3 roky) a zvláštním povolením. ČLK s ministerstvem zdravotnictví jedná o případné změně formulářů. **Do doby oznámení změny formuláře lze doporučit každému žadateli – provozovateli lékárny, aby do formuláře ke slovu „povolení“ vždy doplnil slovo „zvláštní“ a do části II. místo počtu let uvedl „neomezenou“.**

Formulář je k dispozici na <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/481-tiskopisy-formularu-podle-vyhlasiky-c-1252006-sb.html>

3. K zacházení s **pomocnými látkami kategorie 2 a 3** je třeba **zvláštní registrace**.

Vzhledem k tomu, že vyhláška č. 125/2006 Sb. obsahuje formuláře žádostí o registraci výrobce, vývozce, dovozce nebo osoby hodlající uvádět na trh pomocné látky, není jasné, zda osoba provozující lékárnu, v níž se pomocné látky užívají k přípravě IVLP, je vůbec povinna se registrovat, a pokud ano, na jakém formuláři. I o tom ČLK s MZ jedná.

Pomocnými látkami kategorie 2 jsou:

Látka	Název podle kombinované nomenklatury (pokud se liší)	Kód KN	CAS
Acetanhydrid		29152400	108-24-7
Kyselina fenyloctová		29163400	103-82-2
Kyselina anthranilová		29224300	118-92-3
Piperidin		29333200	110-89-4
Manganistan draselný		28416100	7722-64-7
Soli látek uvedených v této kategorii, mohou-li tyto soli existovat.			

Pomocnými látkami kategorie 3 jsou:

Látka	Název podle kombinované nomenklatury (pokud se liší)	Kód KN	CAS
Kyselina chlorovodíková	Chlorovodík	28061000	7647-01-0
Kyselina sírová		28070010	7664-93-9
Toluen		29023000	108-88-3
Diethylether	Ethylether	29091100	60-29-7
Aceton		29141100	67-64-1
Ethyl(methyl)keton	Butanon	29141200	78-93-3
Soli látek uvedených v této kategorii, mohou-li tyto soli existovat, a pokud se nejedná o soli kyseliny chlorovodíkové a kyseliny sírové.			

(Pokračování na straně 10)

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v červnu a červenci 2009

Zrušená osvědčení v červnu:

- 470/1993 Mgr. Miroslav Lajkep, Zbraslavice 362, Zbraslavice
- 160/2001 Mgr. Marcela Krausová, Komenského 68, Žaclěř (provoz zrušen)
- 347/2003 PharmDr. Zdenka Příhodová, Nádražní 224, Ostroměř (provoz zrušen)
- 120/2004 Mgr. Pavel Všeticka, J. M. Marků 57, Lanškroun
- 394/2005 RNDr. Ivana Dejmková, U Pošty 14, Brno
- 440/2005 Mgr. Eva Vaňková, U nemocnice 3064, Teplice
- 178/2006 Mgr. Lenka Tománková, Masarykova 90, Rajhrad
- 213/2006 PharmDr. Viera Daňová, Kytlická 779, Praha 9
- 322/2006 PharmDr. Martina Vajčnerová, Jáchymovská 258, Praha 5
- 87/2007 Mgr. Gabriela Puchálková, Přednádražní budova, Ostrava-Svinov (provoz zrušen)
- 135/2007 Mgr. Hana Pechová, Pivovarská 2396/21, Cheb
- 246/2007 Mgr. Danuše Vítková, Makovského nám. 2, Brno
- 311/2007 Mgr. Lukáš Ulrich, Výškovická 2635, Ostrava-Zábřeh
- 348/2007 Mgr. Silvia Hovancová, Černý Most, Maňákova 751, Praha 9
- 398/2007 Mgr. Hana Vaňková, Nerudova 6, Brno
- 28/2008 Mgr. Naděžda Němcová, Mráčkova 3, Praha 4
- 71/2008 Mgr. Ivana Friedrichová, Sokolovská 118, Praha 8
- 90/2008 Mgr. Petr Němec, Dukelských hrdinů 23, Praha 7
- 113/2008 PharmDr. Marta Kotrbová, U Nádraží 1, Písek
- 117/2008 Mgr. Jitka Majoršínová, Hrnčířská 6, Brno
- 126/2008 aff Jiří Bárta, Potůčky č. 36
- 151/2008 PharmDr. Jitka Pudilová, Na Slupi 2103/2c, Praha 2
- 153/2008 Mgr. Eva Čopová, Lipová 807/14, Most
- 168/2008 PharmDr. Ladislav Hanák, tř. T. Bati 398, Zlín-Louky
- 272/2008 Mgr. Martina Zahradníková, Libušina třída 19, Brno
- 300/2008 Mgr. Jarmila Nagyová, Masarykova 5/3, Klobouky u Brna
- 326/2008 PharmDr. Marie Pešlová, Veronské nám. 403, Praha 10
- 379/2008 PharmDr. Bohuslava Kunčická, Novosedlické nám. 1, Ústí nad Labem (provoz zrušen)
- 390/2008 Mgr. Jana Žlůvová, Chlumova 21, Praha 3
- 20/2009 Mgr. Anna De Lucca, Přimdská 501, Bor u Tachova
- 44/2009 Mgr. Daniela Blahová, Kartouzská 6, Praha 5
- 81/2009 PharmDr. Kateřina Haringová, Kozí 684/8, Brno

- 91/2009 Mgr. Zdeňka Skopalová, Bezděkovská 186, Strakonice II
- 165/2009 Mgr. Bohdana Majerová, Masarykova 5/3, Klobouky u Brna

Vydaná osvědčení v červnu:

- 152/2009 PharmDr. Lucia Kuzmiaková, Lékárna Na Záchrance, Dukelských hrdinů 406/23, Praha 7, provozovatel: LNZ s.r.o.
- 153/2009 RNDr. Jiří Strítezský, Lékárna Letiště, Terminál Sever, K letišti 1019/6, Praha 6, provozovatel: PERFECTUS s.r.o.
- 154/2009 PharmDr. Viera Daňová, Lékárna Pharmaland, OC Nový Smíchov, Plzeňská 233/8, Praha 5, provozovatel: EUROPHARM a.s.
- 155/2009 Mgr. Ivana Friedrichová, Lékárna Na Královské, Sokolovská 444/118, Praha 8, provozovatel: Mgr. Jarmila Chudá
- 156/2009 PharmDr. Martina Rupertová, LÉKÁRNA U SV. VÁCLAVA, Mráčkova 3, Praha 4, provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 157/2009 Mgr. Heda Šupová, Lékárna U sv. Václava, Rudných dolů 291, Jílové u Prahy, provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 158/2009 PharmDr. Jaroslava Kokešová, Lékárna Tilia, Jáchymovská 258, Praha 5, provozovatel: PharmDr. Jana Schwarzová
- 159/2009 Mgr. Radana Smrtová, PLUS, Kytlická 779, Praha 9, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 160/2009* Mgr. Marie Pindešová, Královéhradecká lékárna a.s., Lékárna v nemocnici, Broumov, provozovatel: Královéhradecká lékárna a.s.
- 161/2009* Mgr. Anna Mazalová, LÉKÁRNA KRYSTAL, Žižkova 1872/89, Jihlava, provozovatel: Mgr. Ing. Jana Zvolánková
- 162/2009* PharmDr. Bohuslava Kunčická, FARMAKION, Nemocniční 264, Duchcov, provozovatel: FARMAKION s.r.o.
- 163/2009 Mgr. Magda Němcová, Lékárna Na Poliklinice, Smetanova 830, Choceň, provozovatel: Lékárna U sv. Havla, s.r.o.
- 164/2009 Mgr. Danuše Vítková, Lékárna SFINX, Hrnčířská 6, Brno, provozovatel: Lékárna U Rubínu, a.s.
- 165/2009 Mgr. Bohdana Majerová, Lékárna U sv. Cyrila a Methoda, Masarykova 5/3, Klobouky u Brna, provozovatel: Cymex, s.r.o.
- 166/2009 PharmDr. Mojmír Šustáček, Lékárna U Rubínu, Makovského nám. 2, Brno, provozovatel: Lékárna U Rubínu, a.s.

167/2009 PharmDr. Tomáš Florian, Lékárna U Pošty, U Pošty 14, Brno, provozovatel: APOTHEKA U POŠTY s.r.o.

168/2009 Mgr. Hana Vaňková, Lékárna Na Nerudově, Nerudova 6, Brno, provozovatel: GAP Invest, a.s.

169/2009 Mgr. Luděk Poláček, Lékárna Dr.Max LÉKÁRNA, Lipová 807/14, Most, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

170/2009 PharmDr. Martina Vajčnerová, Lékárna U sv. Cyrila a Methoda, Masarykova 5/3, Klobouky u Brna, provozovatel: Cymex s.r.o.

171/2009* PharmDr. Jitka Říhová, Lékárna Dr.Max LÉKÁRNA, OZ Radouč, Na Radouči, Mladá Boleslav, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

172/2009 Mgr. Adéla Černochová, Lékárna Dr.Max LÉKÁRNA, OC Varyáda, Kpt. Jaroše 375/1, Karlovy Vary, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

173/2009 PharmDr. Alena Zahradníčková Lékárna Dr.Max LÉKÁRNA, Pivovarská 2396/21, Cheb, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

174/2009 Mgr. Miroslava Frankovská, Lékárna Dr.Max LÉKÁRNA, U Nádraží 1043/1, Písek, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

175/2009 Mgr. Přemysl Ptáček, Lékárna Na Náměstí, Husova 143, Trhové Sviny, provozovatel: SANOS spol. s r.o.

176/2009 Mgr. Jarmila Nagyová, Lékárna V domě U červeného raka, Masarykova 444/1, Brno, provozovatel: Rent-Pharm, a.s.

177/2009 Mgr. Jan Prager, Energia, J. M. Marků 57, Lanškroun, provozovatel: Energetik 2 s.r.o.

178/2009 Mgr. Jindřiška Vojnarová, Lékárna U Českého lva, Zbraslavice 362, Zbraslavice, provozovatel: Mgr. Jindřiška Vojnarová

179/2009 PharmDr. Eva Valášková, lékárna Economy, Tř. T. Bati 398, Zlín-Louky, provozovatel: ZDRAVÁ LINIE, s.r.o.

180/2009 PharmDr. Blanka Zörnerová, LÉKÁRNA LIPSKO, Libušina třída 19, Brno, provozovatel: ANBE SPRINT s.r.o.

181/2009 PharmDr. Dagmar Polívková, Lékárna Dr.Max LÉKÁRNA, Bezděkovská 186, Strakonice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

182/2009 Mgr. Lukáš Ulrich, Lékárna Kotva, Výškovická 2637/114, Ostrava-Zábřeh, provozovatel: Mgr. Dagmar Brátová

183/2009 Mgr. Jaroslav Šantora, Lékárna No. 36, Potůčky č. 36, Potůčky, provozovatel: Hong Nguyen

184/2009 PharmDr. Zdeněk Špaček, LÉKÁRNA RAJHRAD, Masarykova 90, Rajhrad, provozovatel: MORAVSKÉ LÉKÁRNY, s.r.o.

185/2009 Mgr. Hana Pechová, Lékárna Bor, Přimská 501, Bor, provozovatel: REAL 1 a.s.

186/2009 PharmDr. Marie Pešlová, Malostranská lékárna, Malostranské nám. 15/204, Praha 1, provozovatel: Malostranská lékárna s.r.o.

187/2009 Mgr. Anna De Lucca, Dr.Max LÉKÁRNA, Veronské nám. 403, Praha 10, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

188/2009 PharmDr. Jitka Pudilová, Lékárna V Kartouzské, Kartouzská 6, Praha 5, provozovatel: Medifin s.r.o.

189/2009* PharmDr. Blanka Vostatková, SCHLECKER + LÉKÁRNA, Wilsonova 1678, Praha 2, provozovatel: SCHLECKER a.s.

Zrušená osvědčení v červenci:

371/1996 Mgr. Staša Černá, Střelecká 880, Hradec Králové

199/2002 Mgr. Eva Sutorá, Cejl 5, Brno

205/2004 PharmDr. Pavel Škvor, Bratří Čapků 773, Úpice

447/2005 PharmDr. Lucie Walterová, Rubensova 2238, Praha 10

356/2006 Mgr. Petr Müller, Hypernova Třinec, Lidická 1269, Třinec

379/2007 Mgr. Erna Chudobová, Soběslavská 5955/6, Tábor (provoz zrušen)

98/2008 PharmDr. Miroslava Veverková, Na Spravedlnosti 2792, Pardubice

263/2008 Mgr. Dáša Polikarpovová, Borovského 836, Karviná-Ráj

Vydaná osvědčení v červenci:

190/2009 PharmDr. Eliška Gladyzsová, LEMAK s.r.o. Lékárna 6, Borovského 836, Karviná-Ráj, provozovatel: LEMAK s.r.o.

191/2009* PharmDr. Tamara Troppová, LÉKÁRNA FORTE-ZBROJOVKA, Lazaretní 7, Brno, provozovatel: Forte Pharm s.r.o.

192/2009* Mgr. Šárka Kokešová, Dr.Max LÉKÁRNA, Arménská ul., Kladno, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

193/2009 PharmDr. Zdeňka Vondráčková, Lékárna, Na spravedlnosti 2792, Pardubice, provozovatel: Jalka Burešová, s.r.o.

194/2009 PharmDr. Pavel Škvor, V Lipkách, Střelecká 880, Hradec Králové, provozovatel: Lékárna V Lipkách, s.r.o.

195/2009 Mgr. Eva Sutorá, Lékárna Cejl, Cejl 5, Brno, provozovatel: VEROPHARM, a.s.

196/2009* Mgr. Jiří Minář, Lékárna U doktora z hor, nám. T. G. Masaryka 661, Smržovka, provozovatel: SMRŽO-MEDIC s.r.o.

197/2009* Lucie Košařová, Lékárna Na Valech, Velké Valy 237, Nymburk, provozovatel: Lékárna Nymburk s.r.o.

198/2009 Mgr. Jana Saveljevová, Lékárna PHARMALAND, Rubensova 2238, Praha 10, provozovatel: EUROPHARM a.s.

199/2009 Mgr. Hana Kolářová, Lékárna Černý Most, Maňáková 754/22, Praha 9, provozovatel: K-Pharma s.r.o.

* = nová lékárna

(člk)

(Pokračování ze strany 7)

Povinnost registrace přitom podle přímo použitelného evropského předpisu nemají osoby, které nakládají s pomocnými látkami kategorie 2, pokud daná množství nepřekročí během jednoho roku množství uvedená v příloze II.

Příloha II zní:

Látka	Mezní hodnota
Acetanhydrid	100 l
Manganistan draselný	100 kg
Kyselina anthranilová a její soli	1 kg
Kyselina fenyloctová a její soli	1 kg
Piperidin a jeho soli	0,5 kg

4. Osoby provozující lékárnou, a to jen při zacházení s prekursory a pomocnými látkami při provozu lékárny, jsou **osvobozeni od správního poplatku** (5 000 nebo 3 000 Kč) za vydání zvláštního povolení.

5. Léčiva obsahující návykové látky a léčiva obsahující efedrin a pseudoefedrin mohou být vydávána v lékárně osobě, které nebylo vydáno povolení k zacházení, pouze na recept, žádanku a **nově též bez receptu s omezením** s výjimkou léčivých přípravků obsahujících návykové látky uvedené v přílohách č. 1 a 5 zákona, u nichž platí dosavadní režim, tedy výdej na recept nebo žádanku s modrým pruhem, nebo bez pruhu, jsou-li uvedeny příloze č. 8 zákona.

6. **Ohlašovací povinnost** osob provozujících lékárnou podle § 27 nově namísto krajskému úřadu směřuje vůči **Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv**. Znění § 27 zde:

(1) Osoby provozující lékárnou jsou povinny předávat **Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv** do konce února roční hlášení za uplynulý kalendářní rok o stavu a pohybu zásob návykových látek uvedených v příloze č. 1 nebo 5 tohoto zákona, jakož i přípravků je obsahujících, s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 8 tohoto zákona. Roční hlášení se podává na for-

muláři vydaném **Státním ústavem pro kontrolu léčiv** písemně nebo v elektronické podobě podepsané zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního právního předpisu.^{10a)}

(2) Při ukončení činnosti lékárny^{10b)} je osoba, která tuto činnost provozovala, povinna podat do 30 dnů od ukončení této činnosti **Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv** mimořádné hlášení v rozsahu stanoveném v odstavci 1.

7. Zřizuje se pravomoc Státního ústavu pro kontrolu léčiv ve věcech týkajících se v rámci zákona lékáren.

Na závěr dovolte malou neskromnou připomínku toho, že platnost zvláštního povolení pro zacházení s prekursory pro lékárny byla v novele zákona prodloužena na dobu neomezenou z původních 3 let na základě připomínek a aktivit představitelů České lékárnické komory stejně, jako osvobození provozovatelů lékáren od poplatků (původní záměr 3000 nebo 5000 Kč) za vydání povolení i registrace.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK
právní poradce ČLK

**INTERAKTIVNÍ
DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE**

Poplatek 200 Kč: bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře. (V hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek 250 Kč.) *Účastnické poplatky jsme nuceni zvýšit pro absenci finanční podpory partnerů.*

St 16. 9. Hradec Králové (kód semináře: 09041)

Lékárna FN HK, Sokolská 581, Hradec Králové 2, začátek v 18.00 hod.

Pacient s polypragmazií

Lektoři: Mgr. Martina Maříková, Mgr. Pavlína Pastyříková, MUDr. Jiří Ceral

Odborný garant: Mgr. Martina Maříková

St 16. 9. Teplice (kód semináře: 09044)

Penzion U kozičky (konferenční salonek), Rooseveltova ul., Teplice, začátek v 18.00 hod.

Rizika farmakoterapie – migréna, antimigrenika

Lektoři: Mgr. Pavla Cinglová, Mgr. Renata Kuželová, Mgr. Kateřina Langmaierová, MUDr. Petr Tamler

Odborný garant: Mgr. Kateřina Langmaierová

So 19. 9. Plzeň (kód semináře: 09047)

Cizinecký dům, Karlovarská 83, Plzeň, začátek v 10.00 hod.

Kardiiovaskulární rizikové faktory a možnosti jejich ovlivnění

Lektoři: MUDr. Karel Macek, Mgr. Ladislav Ruman

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

Út 22. 9. Šumperk (kód semináře: 09046)

Nemocnice Šumperk, začátek v 18.00 hod.

Dermatologické kazuistiky

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lukáš Láznicka, MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

St 23. 9. České Budějovice (kód semináře: 09048)

METROPOL, spol. s r.o., České Budějovice, začátek v 17.30 hod.

Kašel – diferenciální diagnostika a farmakoterapie.

Lektoři: Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

Čt 24. 9. Znojmo (kód semináře: 09042)

Hotel Prestige, Pražská 100, Znojmo, začátek v 18.00 hod.

Farmaceutická péče u bolestí hlavy I.

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

Odborný garant: PharmDr. Zora Zoubková

St 30. 9. Praha (kód semináře: 09043)

Lékařnická akademie, Antala Staška 80, Praha 4, začátek v 17.30 hod.

Zbytná a nezbytná léčiva ve stáří – kazuistiky

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D., prim. MUDr. Ivana Doleželová

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

St 30. 9. Ostrava (kód semináře: 09045)

Dům techniky, Ostrava, začátek v 18.00 hod.

Pacienti s metabolickým syndromem

Lektoři: PharmDr. Ivana Sokolová, MUDr. Hana Buriánová

Odborný garant: PharmDr. Ivana Sokolová

Víte, že...

...podle celosvětového odhadu žije v současné době 171 milionů lidí s diabetem mellitus? Do roku 2030 se má počet diabetiků zvýšit na 366 milionů.

...léčiva, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis, reprezentují v Evropě pouze 28 procent celkového farmaceutického trhu? V celosvětovém měřítku je to 36 procent. V hodnotovém vyjádření to představuje 22 mld. eur z celkových 590 mld. eur (r. 2007).

...odhad celosvětového trhu s generiky činí kolem 270 mld. USD? Očekává se přitom, že ročně poroste o 11 procent a v průběhu pěti let dosáhne hodnoty 500 mld. USD. Dvě třetiny z této sumy budou prodeje z přípravků, jejichž patentová ochrana vyprší kolem roku 2012.

...druhým největším výrobcem přípravků z krevní plazmy na světě je australská farmaceutická společnost CSL?

...nový název pro operátora sítě národní elektronické preskripce v USA zní SURESCRIPTS? Dřívější název SureScripts-RsHub vznikl v červenci 2008, kdy došlo ke spojení operátorů SureScripts a RxHub.

...podle průzkumu konaného v USA 66 procent dotázaných osob uvedlo, že neznalo ceny svých léků do doby jejich vyvednutí v lékárně? Pouze čtyři procenta oslovených osob diskutovala s lékařem finanční stránku předepsaných léků.

...čtvrtým největším světovým výrobcem léčivých přípravků na světě je farmaceutická společnost Sanofi-Aventis? Ta v únoru letošního roku převzala společnost Zentiva.

...v dubnu 2009 byla v USA schválena první kombinace s artemisininem k uvedení na farmaceutický trh? Přípravek Coartem (artemether-lumefantrin) je určen k léčbě akutní nekomplikované malárie u dospělých a dětí (o hmotnosti nejméně 5 kg). Přípravek už byl schválen v třiaosmdesáti zemích Afriky, Asie a Latinské Ameriky.

(Par)

SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

Preparáty s obsahem látky levodopa

Léčba parkinsonismu doznává v posledním desetiletí výrazných změn, avšak levodopa stále zůstává důležitou komponentou léčby, proto je nutné správně instruovat pacienta i jeho rodinu o jejím vhodném užívání. Levodopa přechází hema-toencefalickou membránu a je konvertována v bazálních gangliích na dopamin, mechanismus účinku je tedy založen na substituci chybějícího dopaminu v příslušných strukturách mozku. Pro zajištění její vyšší dostupnosti pro CNS se doplňuje o inhibitory periferní dekarboxylázy, tj. karbidopu (Nakom, Isicom) nebo benserazid (Madopar), které jsou samy o sobě neúčinné, ale díky nimž je možné snížit dávku levodopy. Kromě léčby parkinsonismu je levodopa někdy používána v režimu „off label use“ taky k léčbě syndromu neklidných nohou. Jednou ze základních KI je současné používání antidepresiv ze skupiny inhibitorů MAO (hypertenzní reakce), s výjimkou IMAO typu B-selegilinu. Levodopa není rovněž vhodná u pacientů s anamnézou suspektního melanomu a u pacientů s glaukomem s úzkým úhlem (zelený oční zákal).

Dávkování levodopy je velmi individuální a může se pohybovat od 0,5–8 g/den, záleží na snášenlivosti. SR formy spolu s inhibitory se dávkuje obvykle 2–8 tbl denně ve 4–8 hod intervalech. Interakce ve smyslu snížení efektu levodopy mohou nastat s anticholinergiky, benzodiazepiny i tricyklickými antidepresivy. Nežádoucí účinky jsou často limitujícím faktorem této léčby a jsou podrobně popsány v SPC; lze zmínit jen oblast kardiovaskulární (palpitace, poruchy rytmu, snížení i zvýšení tlaku), respirační (bizarní charakter dýchání), nejčastěji oblast CNS (ataxie, bolesti hlavy, závratě, slabost, zmatenost, nespavost, noční děsy, mentální změny, agitace, euforie, poruchy pohybové koordinace), smyslové orgány (poruchy vidění, dvojité vidění, změny chuti), GIT (nechutenství, nevolnosti, bolesti břicha, sucho v ústech, skřípání zubů, poruchy polykání, nadměrná salivace, riziko vředů), oblast vylučování (urinární retence i inkontinence, priapismus), narušení rovnováhy krevních elementů, jaterních enzymů, je popisována i aktivace maligního melanomu. V poslední době byl v některých studiích prokázán i vyšší sklon k patologickému hráčství (gamblerství). Podávání u těhotných, kojících a dětí není naštěstí obvyklé, neboť parkinsonismus je chorobou vyššího věku, pouze výjimečně (v tomto případě je to charakterizováno jako „orphan disease“). Zvláštní pozorování vyžadují pacienti s psychiatrickým onemocněním, u nichž může levodopa zvýšit riziko vzniku depresí a suicidia. Také pacienti s anamnézou vředové choroby žaludku mají vyšší riziko ulcerací a krvácení do GIT.

- Pro lepší snášenlivost lze podávat levodopu s lehčím jídlem, obvykle se však uvádí nalačno. U Madoparu je doporučeno 30 min před jídlem nebo 1 hod po jídle, v případě špatné tolerance lze však také připustit s potravou. Většina SR forem tablet nelze drtit, maximálně pūlit, pokud jsou opatřeny dělicí rýhou.
- V průběhu terapie je vhodné sledovat výši krevního tlaku pro možné výkyvy, zvláště u pacientů léčených antihypertenzivy. Doporučit pomalejší změny poloh, zvláště při vstávání, aby se omezilo riziko pádu.
- Je vhodné informovat pacienty, že nástup efektu není okamžitý, může trvat několik týdnů. Při dlouhodobém podávání levodopy se někdy může dostavit tzv. „fluktuace účinku“ – proměnlivá účinnost – vhodné prodiskutovat s lékařem.
- Určité typy vysokoproteinových potravin a diet mohou způsobit nižší vstřebávání levodopy.
- Lékaři hlásit závažné NÚ: nekontrolované pohyby, výrazné změny nálad, nepravidelný srdeční rytmus, poruchy močení, zhoršení příznaků parkinsonismu.
- V případě sucha v ústech doporučit popíjení menších doušek vody nebo cucání bonbónů či žvýkaček.
- Levodopa může způsobit tmavší zbarvení moči, potu, slin, což je neškodný NÚ, avšak může způsobit zbarvení oblečení.
- Při laboratorních testech z moči může docházet ke zkeslení některých parametrů, je tedy vhodné informovat o užívání těchto léčiv před testy.
- Pro možné narušení pozornosti není vhodné řídit dopravní prostředky.

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

LETNÍ ANKETA ČČL:

Myslíte, že by regulační poplatky ve zdravotnictví (u lékaře, v lékárně, v nemocnici)

měly zůstat zachovány, nebo naopak být zrušeny?

Změnilo se po jejich zavedení něco v přístupu zdravotníků k pacientům?

Mgr. Lukáš Kalivoda,
filmový publicista, Brno



Třicetikorunový poplatek v lékárně mi nevádí, ale vadí mi současný systém nemocenské, že například první tři dny nedostanu ani korunu. Musím ale popravdě sdělit, že od zavedení poplatků jsem u lékaře nebyl, takže nejsem schopen posoudit, jestli se něco změnilo k horšímu nebo k lepšímu.

Ing. Miroslav Vavrečka, Ostrava



Jsem pro zachování poplatků, pokud přispějí ke zlepšení úrovně lékařské péče.

Podle mých zkušeností výrazně ubylo pacientů. Lékaři pak mají více času pro pacienty, kteří lékařskou péči skutečně potřebují.

Zdeněk Kaniak, důchodce, Zátor



Já jsem se s poplatky smířil, protože mi nic jiného nezbyvá. A ještě bych rád řekl, že to, co si o nich myslím, stejně neovlivní jejich ponechání v současné podobě nebo jejich zrušení. Jako pacient jsem se setkal se vstřícným přístupem lékařů i lékárníků, a to bez ohledu na to, jestli se u lékaře a v lékárnách platí.

Poplatky, poplatky, poplatky... A jak o nich hovoří pacienti?

David Sokol, obráběč kovů, Ostrava



Všude ve světě, kde zdravotnictví jakžtakž funguje, poplatky jsou, takže člověk se s tím v podstatě musí smířit. I když se mi poplatky nelíbí, rozhodli o nich politici, které jsem dobrovolně volil. Přístup zdravotníků je pořád stejný. Můžu uvést čerstvý příklad z čekárny oční lékařky. Na vyšetření čekám tři hodiny, přestože jsem byl objednaný. A navíc mě pokaždé zaskočí, že zdravotní sestra má větší slovo než lékařka. Požádal jsem o kopii výsledků vyšetření, načež mi sestra sdělila: „Kopie nikomu nedáváme, protože to stejně každý vyhodí.“ V lékárnách je stále setrvalý stav. Někde jsou vstřícní, jinde mě berou jenom jako nosiče receptů.

Marie Váchová, důchodkyně, Ostrava



Myslím, že by měly být poplatky úplně zrušeny. Celý život jsem si platila pojištění a teď mám ještě platit? U doktorů ani v lékárnách jsem si žádné změny nevšimla, o zlepšení se nedá vůbec mluvit. V tomto směru poplatky nic nevyřešily. Zato důchodcům pořádně hýbou rodinným rozpočtem.

Kateřina Tořová, asistentka, Baška



Regulační poplatky bych určitě zachovala u lékaře. Myslím, že alespoň částečně zregulovaly návštěvy některých simulantů a určitě i tato malá částka přispěla do balíku peněz, které slouží našemu zdravotnictví. Měly by zůstat také platby v nemocnicích, protože nákladná je nejen léčba, ale i pobyt pacienta v lůžkovém zařízení. Doma přece také platíme za jídlo, za vodu, elek-

trickou energii. V každém případě bych ale byla pro zrušení poplatků v lékárnách, protože už v rámci léčby platíme u lékaře. A to už nemluvím o tom, že na spoustu léků jsou poměrně vysoké doplatky. Změnu v přístupu zdravotníků k pacientům jsem nezaznamenala.

Iveta Lesáková, prodavačka, Ostrava



Poplatky mi nevádí. Myslím, že je lepší zaplatit třicet korun a věřit, že se zdravotní péče zlepšší. Že by ale v chování zdravotníků peníze něco změnily, to se nedá říct.

Romana Miketová, účetní, t. č. na mateřské dovolené, Morávka



Regulační poplatky bych zrušila a u obvodních lékařů bych zavedla paušální platbu, kterou by pacienti museli uhradit při první návštěvě v roce. Myslím, že zdravotnictví dostává dost od pojišoven, zaměstnavatelů i zaměstnanců, tak nechápu, proč bychom měli platit v lékárnách a za pobyt v nemocnici. Vždyť už tak člověk dost doplácí za léky, a v nemocnici ležíme málokdy dobrovolně. Na přístup zdravotníků by poplatky snad vliv neměly mít.

Ing. Michal Bayer, úředník, Ostrava



Myslím, že poplatky nic nevyřešily. Alespoň já jako pacient nevidím žádný kvalitativní rozdíl, kromě toho, že musím pamatovat na to, abych šel k lékaři s drobnými v kapse. Navíc jsou asociální, takže bych byl pro jejich zrušení, snad s výjimkou platby za pobyt v nemocnici, protože jídlo si platíme i doma.

Mgr. Naděžda Chrobáková, operní pěvkyně, t. č. na mateřské dovolené, Praha



Poplatky mě nechávají naprosto klidnou, ani jako svobodnou matku samoživitelku, a k tomu ještě na volné noze, mě nemůžou zruinovat. Dítě mám zdravé a ani já našťestí žádné léky nepotřebuji. Péči zdravotníků nehodnotím, protože konkrétně do lékáren opravdu nechodím.

Igor Štefaník, zaměstnanec hutního podniku, Havířov



Jsem rozhodně pro zachování poplatků ve zdravotnictví. Pokud je to způsob, jak pokrýt finančně náročné operace a složitou léčbu, na které se v minulosti obtížně hledaly peníze, budu vždy pro. Jestli se změnil přístup zdravotníků k pacientům po zavedení poplatků, to netuším. Má ošetřující lékařka je vždy vstřícná a pozorná k mým problémům bez ohledu na to, jestli se poplatky vybírají, či nikoliv.

Věra Palacká, bankovní úřednice, Praha



O prospěšnosti poplatků se před svými rodiči v důchodovém věku nemůžu ani zmínit. Starší lidé se většinou ohánějí tím, že si celý život platili nemocenskou. Na druhou stranu souhlasím, že u lékaře, který od každého pacienta vyinkasuje třicet korun, není vidět žádná změna k lepšímu ve vybavení ordinace ani v doktorově jednání. A to nemluvím o chování některých sester, doktoři by jim měli z těch vybraných poplatků zaplatit kurs slušnosti a empatie. Lékárny v mnoha případech připomínají lepší obchod, protože lékárníci si s odborností při jednání s pacienty moc problémy nedělají. O jejich odbornosti většinou čtu

jen v novinách, když se lékárníci berou za svá práva, tzn. za své peníze. Když stojím v lékárně, lékárnice ode mne beze slova vezme recept, vydá léky a často ani nepoděkuje, když bez řečí zaplatím vysoký doplatek.

Petr Spokojený, obchodní zástupce, Praha



sám, alternativně.

Jestli jsem si všiml změn u zdravotníků? Ne!!! Pro léky už nechodím a z ničeho se u doktorů ani neléčím, takže to vypadá tak, že na protest proti poplatkům se léčím

MUDr. Martina Nejdlová, anestezioložka, t. č. ve Velké Británii



Jsem pro ponechání poplatků v ordinacích a za pobyt v nemocnici, ale v lékárnách by měly být zrušeny. Jednak na nich lékárníci stejně prodělávají, a když pacienti v lékárnách hradí doplatky, neměli by už platit poplatky.

Jsem pro ponechání poplatků v ordinacích a za pobyt v nemocnici, ale v lékárnách by měly být zrušeny. Jednak na nich lékárníci stejně prodělávají, a když pacienti v lékárnách hradí doplatky, neměli by už platit

Irena a Jiří Laštůvkovi, zaměstnanci ve službách, Karviná



Doktorům nikdo nevěří, že mají málo. Oni si myslí, že jsou nadlidi, a proto mají nárok mít daleko víc než normální člověk. Pořád se píše, že se musí přidat peněz na platy zdravotníkům. Sestry se nadřou, ale copak prodavačky se nenadřou? Prostě tak neřvou jako zdravotníci a ještě musí být rády, že nějakou práci vůbec mají. Se zavedením poplatků se změnilo akorát to, že obyčejní lidi musí víc přiškrtnout na domácnosti, ale doktoři a lékárníci si zase finančně pomohli. A nedejte, když přijdete do ordinace a řeknete, že jste na

pracáku, jako naše známá! Doktor i sestra se tváří, jako by přišel otravný hmyz.

Zdeněk Livar, obráběč kovů, Vřesina



Přístup lékařů se nezměnil a já osobně považuji za nesprávné, že se po nemocných lidech požadují ve zdravotnictví poplatky. Zdravotní pojištění si přece platíme celý život.

Petra Kozlová, zubní laborantka, Opava



Poplatky by měly být zachovány, ale věřím, že většině důchodců, sociálně slabším občanům a také lidem nemocným, kteří jsou nuceni navštěvovat lékaře velmi často, to může působit problémy. Jinak přístup zdravotníků k pacientům placení poplatků vůbec neovlivní.

Poplatky by měly být zachovány, ale věřím, že většině důchodců, sociálně slabším občanům a také lidem nemocným, kteří jsou nuceni navštěvovat lékaře velmi často, to může působit

Jaroslav Cimbál, zaměstnanec katastrálního úřadu, Bruntál



Myslím, že regulační poplatky by zachovány být měly. Přístup k pacientům je stále stejný, regulační poplatky na chování zdravotnického personálu nemají žádný vliv. Kvůli tomu, že si doktor vezme třicet korun, se na mě nebude usmívat.

Myslím, že regulační poplatky by zachovány být měly. Přístup k pacientům je stále stejný, regulační poplatky na chování zdravotnického personálu nemají žádný vliv.

Mgr. Hana Dubois, tlumočnice a průvodkyně cestovní kanceláře, Brno



Jestli poplatky budou zrušeny, nebo zůstanou v současné, případně změněné podobě, to záleží jenom na rozhodnutí politiků, jak se jim to zrovna hodí. O lidi ani tak nejde. Většinou je to volební tah, aby politické strany získaly potřebné hlasy občanů. Není divu, že se o poplatcích jedná pravidelně zrovna před volbami.

Jestli poplatky budou zrušeny, nebo zůstanou v současné, případně změněné podobě, to záleží jenom na rozhodnutí politiků, jak se jim to zrovna hodí. O lidi ani tak nejde. Většinou je to volební tah, aby politické strany získaly potřebné hlasy občanů. Není divu, že se o poplatcích jedná pravidelně zrovna před volbami.

Připravili: (jh, DS)

Doktor si za ty peníze koupí vybavení, lékárny leda větší auto pro majitele... ať zdechnou, 30 za položku, to je snad zlej sen. (Doktorům ano, lékárnám ne; z internetové diskuze)

Zrušení lékáren s sebou nenesení žádná významná rizika a znamenalo by ekonomický přínos pro nemocné.

(Jan Žamboch; Fejeton)

Lékárna je vlastně obchodem s léky a funguje stejně, jako obchod se zbožím smíšeným: dostává léky za velkoobchodní cenu, k té si přidává svou marži, stejně, jako třeba za salám.

(Boris Valníček; Platy a poplatky; zřejmě také fejeton)

Tato hesla slyšíme dnes a denně. Je na nás, abychom danou situaci přijali, zvládli, nevzdali se a snažili se ji změnit. Je potřeba znovu obrodit princip magistra farmacie jakožto odborníka, za kterým lidé s důvěrou půjdou pro radu i pro pomoc.

Vaše Magnificence pane prorektore,

odedávna to jsou hlavně studenti a absolventi vysokých škol, kteří se podílí na vytváření historie našeho národa. I my, absolventi Univerzity Karlovy v Praze, jsme si vědomi tohoto závazku. Kladný vztah ke společnosti je a bude naší prioritou. Být slušným, spravedlivým a vzdělaným člověkem – to je cíl, kterého se snažíme dosáhnout a ke kterému budeme zodpovědně vychovávat i naše děti.

Spectabilis pane děkane,
honorabilis pane promotore,

nikdo se nerodí moudrým, což na farmaceutické fakultě platí dvojnásob. Ne každý, kdo chtěl být farmaceutem, se jím nakonec stal. Z naší strany, ze strany studentů, byla potřeba píle, vytrvalost a silná vůle. Zároveň si však ceníme našich vyučujících. Lidí, kterým záleželo na tom, abychom se stali špičkovými farmaceuty, a zároveň ochotnými lékárníky. Společným oceněním nám budiž skutečnost, že většina z nás již v první zatěžkávací zkoušce obstála, a to se ctí, neboť se Vám už nyní můžeme pochlubit kladným ohodnocením našich zaměstnavatelů. Jste osobnosti, kterých si vážíme.

Vážení rodiče, prarodiče, přátelé a kamarádi,

mnohokrát během našeho studia jsme měli strach, že to nezvládneme, nedo-

Spondeo ac policeor

končíme, vzdáme. Naštěstí jste tu však byli Vy. Stáli jste při nás a byli jste nám oporou. Jsme si dobře vědomi toho, co jste pro nás obětovali, a bude nám ctí Vám to oplácet. Naše pocity vůči Vám vystihuje jediné: **DĚKUJEME**



Tolik zaznělo při slavnostní promoci druhé ze šesti skupin absolventů 2009 z úst naší nové kolegyně Mgr. Renaty Veselé 30. června 2009 v pražském Karolinu. Seděl jsem, stejně jako v loňském roce, společně s ostatními hosty a pedagogy mojí Alma mater a jen s obtížemi se mi dařilo zvládat emoce, které vyvolala řeč samotná i spontánní potlesk, kterým odpovědělo plné auditorium.



Mgr. Dana Dvořáčková

V tu samou dobu seděl podobně naladěný Michal Hojný v aule svojí Alma mater v Brně a poslouchal obdobný projev, zakončený slovy: **V tento den dostáváme titul magistr, na který jsme všichni hrdí, ale který je pro nás také velmi zavazující. Proto Vám všem nyní slibujeme, že získané vědomosti budeme dále prohlubovat a své povolání budeme vykonávat čestně a svědomitě.**



Letos absolvovalo na obou fakultách v České republice 288 studentů. Chtěl bych poděkovat oběma pánům děkanům za pozvání k jejich slavnostní promoci. U příležitosti promoce jsme předali i ceny



Mgr. Filip Zemek

České lékárnické komory; v Brně Mgr. Daně Dvořáčkové za vynikající studijní výsledky a v Praze Mgr. Jiřímu Klimešovi za reprezentaci farmacie v průběhu studia. Ocenění by zcela jistě zasloužili ostatní. Bylo nám s Michalem Hojným ctí a nesmírným potěšením být při tom, poblahopřát k úspěšnému zakončení studia a zároveň uvítat mnohé z nich jako nové kolegyně a kolegy.

Výše citované projevy potvrzují, že svůj magisterský stav berou vážně. Naštěstí jsou mezi nimi i tací, kteří dokážou vážnost situace vnímat s nadhledem a větší porcí humoru. V projevu Mgr. Filipa Zemka mimo jiné zaznělo:



Mgr. Renata Veselá



Rok 2004 byl významný hned několika událostmi: Český národní tým na Euru v Portugalsku získal bronzovou medaili, urodilo se velké množství švestek a skupina 250 studentů byla přijata na Farmaceutickou fakultu v Hradci Králové, Univerzity Karlovy v Praze. Naší imatrikulaci začala nová éra, která se nezapomenutelně vryla jak do historických análů fakulty, tak i do vzpomínek nás samotných.

Uplynulých pět let studia nebylo vždy růžových a lehkých. Všichni budeme vzpomínat na dobu studia jako na čas plný změn, nových poznatků, rozšiřování obzorů a hledání svého místa v oboru, který prochází nejistým, ale zároveň vzrušujícím obdobím.

Milí spolužáci, do další životní etapy bych vás rád vyprovodil citátem od Sri Chinmoye: Člověk bez ctižádosti věří v to, čeho dosáhne. Člověk ctižádstvív dosáhne toho, čemu věří.



Ano, náš obor prochází celou řadou velmi dramatických změn. Změn, které mnohdy přinášejí rozčarování nad lékárnickým stavem a profesí lékárníka. Postupem doby se vytrácí morální síla závazku čestného a svědomitého výkonu povolání a nastupuje rutina a rezignace. Protože svůj kritický dopis na adresu komory zakončila naše kolegyně i přáním pro nové absolventy, dovoluji si zkráceně citovat i z něho: **Mrzí mě, že se spousta věcí v oboru neudělala a spousta věcí se udělala špatně. Výsledkem je, že prestiž našeho povolání šla od doby revoluce velmi dolů a dnes je lékárna pro pacienta jen obchodem a lékárník jen prodavač s diplomem. Kde a v kom hledat viníka za tento stav v tuto chvíli řešit nebudu, ale školou to začíná a komorou končí. Víím, že s tím, co píší, nic neuděláte, ale chtěla jsem vyjádřit své zklamání nad svým povoláním. Přeji všem novým absolventům, aby po létech praxe nedospěli k tomu, k čemu já.**

V posledních letech osciluje nálada mezi lékárníky od bojovné zarputilosti na obranu cti a vážnosti stavu k rezignaci a vzdychání nad tím, kam jsme se to dopracovali. Na pozadí těchto nálad jiní (také kolegové lékárníci) provádějí kšeftíky a lumpárny. Úroveň stavu nesrazily zásahy zvenčí, byť je jednodušší to tak chápat. Podepsal se na tom jeden každý z nás. Bojovných je dost, bojovných a pracovitých méně. Mnoho je rezignovaných nebo pohodlných. Darebů málo (snad), ale dost se jim daří.

(Pokračování na další straně)

(Dokončení z předchozí strany)

S tím, co píše rozčarovaná paní kolegyně po létech praxe, opravdu neudělám mnoho. Sám určitě ne. K tomu je třeba morální síly jednotlivců. Když každý z kolegů sám sobě slíbí to, co letošní absolventi u promoce, půjde nám to dohromady mnohem lépe. Většina z vás mě zná jenom z těchto stránek, s mnohými z vás se známe osobně. Víím, že stejně jako já máte svou práci rádi, a stejně jako vy i já velmi silně vnímám vlivy, které naší profesi škodí.

Měl jsem tu možnost potkat letošní absolventy i jinde než v Karolinu u promoce, s některými z nich jsem se potkával i v závěru jejich studia. Věřte mi, že mají přehled o tom, jak to vypadá v různých lékárnách s kvalitou poskytovaných služeb. Dokážou velmi trefně a kriticky ohodnotit podíl obchodu a úroveň farmaceutické péče.

Všem novým kolegům přeji úspěšný start a štěstí při volbě pracovního místa. Přeji Vám radost a úspěch při vymetání pavučin rutiny a rozčarování z dlouholeté praxe. Budu rád, když svoje nápady a nadšení uplatníte také aktivitou v „komorním“ životě. Talent a kreativita některých z Vás se budou hodit nám všem. Víítejte v zajímavých časech.

Mgr. Stanislav HAVLÍČEK

K léčbě diabetické nefropatie

Pokročilá diabetická nefropatie představuje celosvětově hlavní příčinu glomerulosklerózy a terminálního selhání ledvin. Jak uvádějí B. O. Burney, R. G. Kalaitzidis a G. L. Bakris v článku Nové látky k léčbě diabetické nefropatie (Nephrology and Hypertension, české vydání č. 2/2009), mezi dnes rutinně používané metody léčby patří ACEI a sartany. Objevují se i nová léčiva v této indikaci. Např. sulodexid (Vessel Due®), což je směs purifikovaných glykosaminoglykanů.

Mechanismus nefroprotektce není přesně znám. Bohužel výsledky posledních klinických studií (SUN-Macro-Trial) jsou dosti skeptické. Další novou látkou je ruboxistaurin (molekula měsíce 12/2003), inhibitor proteinkinázy C-beta (PKC). Po jednom roce užívání byl pokles albuminurie u léčených pacientů o 24 % oproti placebo. Provedené studie jsou velmi malé, FDA navíc neschválila lék pro léčbu diabetické retinopatie, jeho vývoj tudíž dále zastavila. Dalšími perspektivními látkami jsou pyridoxamin, který ve II. fázi klinických zkoušek byl dobře snášen a zlepšoval hodnoty sérového kreatininu. Dále je to aliskiren, perorálně účinný přímý inhibitor reninu. Zmírňuje albuminurii a normalizuje sérovou koncentraci kreatininu. Očekávají se výsledky velké studie ALTITUDE.

Pavel GRODZA

Krev zůstává nenahraditelná

Darováním krve se 22. července rozhodli ministryně zdravotnictví Dana Jurásková, její první náměstek Marek Šnajdr a další zástupci MZ ČR, Červeného kříže i organizace Dar života společně podpořit Ústav hematologie a krevní transfúze v Praze a dobrovolné dárce. Letní měsíce jsou jedním z období, v nichž se transfúzní stanice potýkají s nedostatkem dárců krve, jejichž počet v České republice navíc postupně klesá.

Transfúze krve, tedy převod krevních derivátů, je život zachraňující léčebný zákrok, bez kterého si v řadě případů stále nelze představit záchranu lidského života. Moderní medicína dnes sice může vykonat mnohé, ale stále se neobejde bez velkorysého projevu solidarity v podobě darování krve.

(TZ)

TAK TO VIDÍM JÁ: Kdo konečně změní náš obraz?



V poslední době jsem se začal zajímat o činnost komory, jejímž jsem členem. Možná se ptáte: proč až teď? Odpověď je nasnadě. Považoval jsem se za příliš mladého a nezkušeného, abych o těchto věcech měl co říct. Ale poslední zprávy v lékárenství mne přesvědčily o tom, že se nedá mlčet. Stali jsme se jako lékárníci rohožkou, o kterou se politici mohou kdykoli

otřít a veřejnost jejich názorům na nás věří.

Je podivné, že lékárníci, kterých je téměř osm tisíc plus farmaceutické asistentky a pomocný personál, jsou relativně silnou skupinou, explicitně pro jednu konkrétní stranu. A tato skupina nedokáže změnit svůj obraz ve veřejném prostoru. Přemýšlel jsem, jak je to možné, až mi padla do ruky Výroční zpráva České lékárnické komory za rok 2007, a pak i za rok 2006 a nakonec i 2005.

Přátelé, kážeme vodu a pijeme víno!!! Všude hlásáme, že jsme nenahraditelnými jedinečnými odborníky ve zdravotnictví. Bijeme se v prsa, že bez odborné erudice jediných odborníků na léky... atd. Avšak naše public relations, prostě reklamu oboru, si „raději“ děláme sami, ačkoliv i v P.R. jsou jedineční odborníci. My to však rozhodně nejsme!

Komora má svého tiskového mluvčího. Je to lékárník. Kdo

z nás ho zná? Kdo z nás ho někdy viděl vystupovat v médiích? Na jeho jméno se ptají u atestace, ale k čemu?

Dostal jsem jedinečnou příležitost pracovat v nemocnici, kam nastoupil profesionální tiskový mluvčí. Dokázal prodat každou událost, co se v nemocnici stala. A naopak, když to vypadalo na katastrofu, dokázal hladovým novinářům (svým bývalým kolegům) předhodit místo jimi hledané senzací úspěchy špitálu. Zkrátka věděl, jak novináři pracují, co potřebují.

Oproti tomu, co dělá naše komora? Je pasivní. Neprodává se, jen čeká, až se bude moci vyjádřit, až bude moci zase něco okomentovat. Pořádáme Den lékáren, o kterém se lidé dovědí ve večerních zprávách, když už je po všem.

Komora má ročně okolo třech milionů volných peněz, z nichž zaplatí skoro milion na daních. To je pětadvacet procent z toho, co se vybere na členských příspěvcích.

Pojďme tyto peníze věnovat něčemu užitečnému. Pojďme si zaplatit někoho, kdo nás konečně bude prezentovat jako lékárníky, kteří jsou z velké části zaměstnanci. Člověka, který nás naučí mluvit do novin a do televize, abychom měli z koho vybírat, až nás zase někdo požádá o účast v televizních pořadech. Někoho, kdo konečně změní náš obraz tak, aby odrazil skutečnost.

Pojďme si vycvičit své lokální mediální lídry.

Budoucnost je těch, kdo se jí chopí teď a tady.

Mgr. Přemysl ČÍSAŘ, Lékárna Chodov

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Karetová, D., Bultas, J.: Nová antikoagulancia v léčbě kardiovaskulárních chorob

Interní medicína pro praxi č. 6/2009

Pokračování sdělení stejných autorů (viz ČČL 4/2009) pojednává tentokrát o novinkách ve skupině antikoagulancií. Hlavní indikací je léčba a prevence trombotických příhod vycházejících ze žilního systému a srdce. Ideální antikoagulans by mělo mít řadu vlastností – možnost podání per os i parenterálně, rychlý a spolehlivý účinek, širokou terapeutickou šíří zajišťující nízký výskyt krvácivých příhod, nízkou interindividuální variabilitu léčebné odpovědi, nízký potenciál k lékovým interakcím a možnost rychlého ukončení účinku podáním antidota a v neposlední řadě příznivou farmakoekonomickou charakteristiku. Jasným příkladem nesplnění většiny těchto kritérií je jediné perorální antikoagulans *warfarin*.

Nové látky se rekrutují ze skupin: inhibitory trombinu – jediným dnes dostupným perorálním léčivem je *dabigatran* (Pradaxa®). Má rychlý nástup účinku, dlouhou dobu působení (1x denně 220 mg či 2x denně 150 mg). Klinicky se zkouší nový nástupce z léčebného použití staženého *ximelagatranu* látka *AZD-0837* a patří sem i nová analoga heparinu, tzv. *hexadecasacharidy*, které kromě trombinu inhibují i faktor Xa. Dále jsou to právě přímé inhibitory faktoru Xa. Schválen je již *rivaroxaban* (Xarelto®), v registračním řízení je i *apixaban*. Skupina se označuje jako xabany. Podávají se ústy. Mezi selektivní přímé inhibitory patří dále nové *pentasacharidy* (klasickým je *fondaparinux*), *idraparinux* má příliš dlouhou dobu působení (T_{1/2} je 130-220 hodin) a nemá antidotum, proto byl do molekuly inkorporován biotin (*biotinyl idraparinux*). Tato komplexní molekula má již antidotum (avidin), kterým se může doba působení zkrátit. Mezi nová parenterální léčiva této skupiny patří *otamixaban*. Zajímavé je, že i ve skupině antivitaminů K (*warfarin*) se zkoumají nové látky, jedna z nich má kódové označení *ATI-5923*.

Jan Stryja: Repetitorium hojení ran

Geum, Semily 2008, 200 stran

Lékárník i farmaceutický asistent se při své práci čím dál častěji setkávají s problematikou zdravotnických prostředků k hojení chronických ran. Nevelká publikace MUDr. Stryji z třínečké Nemocnice Podlesí může přispět k objasnění zásad správného přístupu zdravotníků. Týmová práce je velmi důležitá a farmaceut by se mohl stát její součástí.

ANOTACE

Kniha je velmi podrobně členěna do 25 kapitol. První tři jsou úvodní – historie, definice, klasifikace, stadia, dokumentace, průběh hojení. Další pak následují v pořadí: faktory ovlivňující hojení ran, rané infekce, biofilm a chronická rána, nutrice a hojení, débridement (odstranění odumřelých tkání, odhalení zdravých) v terapii ran, hydrochirurgie (proudící sterilní fyziologický roztok jako prostředek débridementu), larvoterapie (larvy bzučivky zelené), podtlakový uzávěr rány, raná sekrece, příprava spodiny rány, prevence vzniku chronické rány, prevence a léčba dekubitů, stagnující kožní vředy, kvalita života pacientů s chronickou ránou – zde bych si dovolil citovat autora: „Zdravotníci nejsou ochotni změnit zaběhnuté návyky používané beze změny desítky let a nemají chuť se průběžně edukovat. Dosavadní terapie non lege artis je pacientovi prezentována jako jediná možná, lékař odmítá léčit pacienta moderními postupy nebo ho odeslat do jiné specializované ambulance z obavy ze sankcionování zdravotní pojišťovnou. Absence sítě odborníků vede k přetížení až kolapsu stávajících center...“ Další kapitoly se zabývají přípravou pacienta k převazu, převazem, kompresivní terapií, výběrem terapeutického krytí, oplachy a lavážemi. Poslední a pro přehled farmaceutů nejdůležitější kapitolou je kompletní přehled terapeutických krytí na rány.

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

Molekulou měsíce je opět biologikum, monoklonální protilátka denosumab. Receptor aktivator of NF-kappaB ligand (RANKL) je členem rodiny cytokinů – tumor necrosis faktorů (TNF), které jsou uvolňovány z osteoklastů a jejich buněčný receptor RANK je přítomen na povrchu hematopoetických osteoklastových prekursorových buněk stejně jako zralých osteoklastů. RANKL je dnes znám jako obecný a nezbytný faktor tvorby osteoklastů jako odpověď na všechny známé katalyzátory.

MOLEKULA MĚSÍCE Denosumab

Několik preklinických a klinických studií s RANKL – inhibitorem denosumab, plně humanizovanou monoklonální protilátkou proti RANKL, bylo prezentováno na 36. Evropském symposiu kalcifikovaných tkání v květnu ve Vídni.

Bezpečnost, účinnost a rozdíl od alendronátu byly zkoumány na ovariektomovaných samicích opice makak jávský (*Macaca fascicularis*) po dobu 6 měsíců – viz *Ominsky, M.S. et al. 36th Eur Symp Calcif Tissues (ECTS), (May 23-27, Vienna) 2009, Abst P483*.

Ve dvojité slepé fázi II. klinického zkoušení bylo zahrnuto 247 postmenopauzálních žen se sníženou kostní denzitou. Podáváno jim bylo buď dvakrát ročně 60 mg denosumabu nebo 70 mg alendronátu týdně s denní dávkou kalcia a vitamínu D. CT kontrolou denzity (BMD) vřetení kosti bylo zjištěno po 6 a 12 měsících její zvýšení po denosumabu, zatímco alendronát jen nezhoršoval ztrátu kostní hmoty. V jiné studii (504 postmenopauzální ženy s nízkou BMD) dostávaly 70 mg alendronátu týdně po 6 měsíců, a poté denosumab 60 mg každých 6 měsíců. Převod na denosumab byl spojen se zvýšením BMD oproti pokračujícímu podávání alendronátu v kontrolní skupině, viz *Roux, C. et al. 36th Eur Symp Calcif Tissues (ECTS), (May 23-27, Vienna) 2009, Abst P476*.

Firma Amgen splnila BLA (Biologic License Application) FDA pro denosumab pro USA v indikaci léčba a prevence postmenopauzální osteoporózy a u pacientů se ztrátou kostní hmoty při hormonální léčbě karcinomu prsu či prostaty. FDA přislíbila schválení léčebného použití na říjen letošního roku. Amgen chce rozšířit použití denosumabu i do EU, Kanady, Švýcarska a Austrálie. Je to první látka v této nové skupině farmak k léčení osteoporózy.

Zdroje (internet) u autora

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, v němž se účastní mnoho buněk a buněčných působků. Chronický zánět způsobuje průvodní zvýšení průduškové reaktivity, které vede k opakovaným epizodám pískotů při dýchání, dušnosti, tlaku na hrudi a kašle, a to převážně v noci a časně nad ránem. Tyto stavy jsou obvykle provázeny rozsáhlou, ale proměnlivou bronchiální obstrukcí,



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

kteřá je často reverzibilní, ať již spontánně či po léčbě. Tvorba abnormálního množství protilátek třídy IgE (atopie) v reakci na běžné alergeny z prostředí je nejsilnějším zjištěným predisponujícím faktorem pro vznik astmatu.

Prevalenci astmatu u nás se řadíme k zemím s průměrným počtem onemocnění, úmrtností na astma patříme k zemím s nejnižšími počty. V roce 2007 trpělo v ČR touto nemocí 264 000 lidí (3 % populace). Procentuální zastoupení astmatu je vyšší u mladých lidí a dětí. V roce 2005 zemřelo na astma v ČR 99 osob, přičemž mezi nimi nebylo dítě do 15 let věku. Prevalence astmatu v poslední dekádě měla vzestupný trend: v roce 1996 dosahovala v dětské populaci do 17 let věku 3,8 %, v roce 2001 to bylo už 6,7 %; kvalifikovaný odhad v současnosti uvádí 8 %.

Podle úspěšnosti léčebného postupu je astma kontrolované, částečně kontrolované nebo nekontrolované. U kontrolovaného astmatu pacient nepocítuje symptomy, astma nelimituje sportovní aktivitu, nejsou pocíčovány noční příznaky astmatu. Částečně kontrolované astma se vyznačuje objevením se symptomů (pískavý dech, dušnost, kašel a tlak na hrudi apod.), častěji než 2x týdně a sníženou plicní funkcí (PEF, FEV1 < 80 %). K astmatickým záchvatům (exacerbacím) dochází méně než 1x týdně. Pro exacerbaci je typický progresivní vzrůst závažnosti u více symptomů astmatu. U nekontrolovaného astmatu jsou exacerbace častější než 1x týdně, symptomy se také vyskytují častěji, ve dne i v noci, limitují pohybovou aktivitu. Plicní funkce (FEV1, PEF) jsou sniženy.

Léčba astmatu je vedena v pěti krocích. Snahou je kontrolované astma při co nejnižším dávkování léčivých látek. V prvním kroku se podává jen rychle účinkující beta2-mimetikum (SABA – salbutamol, fenoterol, terbutalin). Pokud nedojde k úplné kontrole astmatu, následuje k SABA inhalační kortikosteroid v nízkých dávkách. Dalším krokem je přidání dlouhodobě působícího beta2-mimetika (LABA – formoterol, salmeterol) nebo zvýšení dávky inhalačního kortikosteroidu (samostatně). V dalším kroku je již nutná střední nebo vysoká dávka inhalačního kortikosteroidu v kombinaci s dlouhodobě působícím beta2-mimetikem. Přidat se mohou do kombinace i antileukotrieny (montelukast, zafirlukast) nebo theofylin s prodlouženým účinkem. Posledním krokem je přidání perorálních kortikosteroidů nebo u specifických typů astmatu antiIgE protilátek.

AntiIgE protilátky, v současnosti pouze omalizumab, jsou doporučovány u těžkých perzistujících forem astmatu, označovaných jako obtížně léčitelné astma (OLA). Z mechanismu účinku vyplývá, že pacienti musí mít astma na alergickém podkladě a musí mít zvýšené hladiny IgE protilátek. Zvýšené hladiny IgE jsou pozorovány u zhruba 60 % astmatiků. OLA zahrnuje zhruba 5 % astmatiků.

Farmakologické aspekty

Omalizumab je rekombinantní humanizovaná monoklonální protilátka, která se selektivně váže na lidský imunoglobulin E v místě C3epsilon. Právě tato doména konstantního řetězce IgE

Omalizumab

je vazebným místem IgE na receptory mastocytů a bazofilů. Omalizumab je z 95 % tvořen lidským imunoglobulinem podtřídy IgG1, ke kterému je v oblasti variabilních úseků připojena myší antiIgE protilátka. Imunoglobulin E je v krvi ve velmi nízkých koncentracích. Omalizumab se váže na C3epsilon doménu volného IgE za vzniku tri- nebo hexamerů. Je důležité, že omalizumab netvoří s IgE větší „shluky“, protože to by mohlo vyprovokovat anafylaktickou reakci. Omalizumab nepůsobí na navázané IgE na receptorech (v opačném případě by opět hrozila anafylaktická reakce, protože omalizumab by mohl být vyhodnocen jako antigen).

Průměrná biologická dostupnost po subkutánním podání je kolem 62 %. Při jednorázovém podání dosáhl omalizumab maximální koncentrace v séru po 7 dnech od začátku podávání. Distribuční objem je 78 ml/kg (podobný jako u jiných protilátek). Biologické komplexy jsou odbourávány v retikuloendotelovém systému jater a v endoteliích. Poločas eliminace ze séra je 26 dní.

Klinické aspekty

Hlavní studie potvrzující účinnost omalizumabu byla provedena na 419 pacientech s těžkým perzistujícím alergickým astmatem, kteří nebyli dostatečně kontrolováni ani vysokými dávkami inhalačních kortikosteroidů v kombinaci s LABA. Omalizumab u těchto pacientů snížil výskyt exacerbací o 19 % ($p = 0,153$). Další analýzy ukázaly účinnost ve snižování těžkých exacerbací (snižování o 50 %) a hospitalizací. Další studie již potvrdily účinek omalizumabu i na výskyt exacerbací.

Bezpečnost omalizumabu vyžaduje stále pečlivé pozorování. V klinických studiích byly potvrzeny obavy, že pokud snížíme hladiny IgE, sníží se imunita proti parazitům. Opatrnost při podávání si zasluhuje možnost alergických reakcí po podání omalizumabu. Další výzkum vyžaduje i pozorování vyššího počtu nádorů ve skupině omalizumabu oproti placebo, nicméně jejich počet v obou skupinách byl nižší než v běžné populaci. Interakční potenciál je minimální.

Omalizumab se podává každé 2 nebo 4 týdny v závislosti na hmotnosti a na výchozích hladinách IgE v dávce 75–375 mg (1–3 lahvičky). Přípravek obsahující léčivou látku omalizumab se jmenuje Xolair, do ČR je dovážen společností Novartis.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Harpagophytum procumbens

Harpagophytum procumbens (Burch.) Dc. – harpagofyt ležatý, (Pedaliaceae).

Vytrvalá bylina s poléhavým, asi metr dlouhým stonkem a hlízovitými kořeny. Květy mají červenofialovou barvu, plody jsou trnité. Roste planě v jižní Africe (JAR, Botswana a Namibie) až do okrajové zóny pouště Kalahari. Rostlina je chráněna, pro komerční účely se zkouší její pěstování. Lidově se využívá také příbuzný druh **Harpagophytum zeyheri**.

Synonyma: nejsou uváděna

Obecný název: devil's claw, wood spider (angl.), dáblův dráp (čes.), kanako (setswana)

Sbíraná část: radix

Droga: Harpagophyti radix (ČL 2005)

Obsahové látky: hořce chutnající iridoidní glykosidy s převahou harpagosidu (až 3 %), dále harpagid a prokumbid, sterol β -sitosterol, flavonové aglykony fisetin, kempferid, kempferol a luteo-



lin, deriváty 2-fenylethanolu akteosid (syn. verbaskosid) a isoakteosid, nenasycené mastné kyseliny, silice, asi 1 % klejoprskyřice a 46 % oligosacharidu stachyosu.

Účinky a použití: v domorodé medicíně je harpagofyt považován za všelék, podává se jako stomachikum, metabolikum, cholagogum, analgetikum při bolestech zad, žlučníku, slinivky, žaludku, menstruačních potížích, dále jako antirevmatikum a antipyretikum. Moderní výzkum potvrdil schopnost drogy snižovat hladinu kyseliny močové při dně, dále působí mírně analgeticky při bolestech kloubů a šlach, má choleretické, protizánětlivé, antirevmatické, antisklerotické a diuretické účinky a snižuje hladinu cholesterolu v krvi. Zevně se využívá při zánětech pokožky. Na účinku drogy se pravděpodobně nejvíc podílí harpagosid a β -sitosterol. Studie prokázaly zřetelný účinek izolovaného harpagosidu proti bolestem v zádech v porovnání s placebem. Předpokládaným mechanismem účinku harpagosidu je blokáce aktivity cyklooxygenázy a lipoxygenázy. Byly popsány i antiarytmické účinky harpagosidu a snížení hladiny glukózy v krvi po podání drogy. Komerční přípravky obsahují většinou suchý extrakt nebo práškovou drogu.

Dávkování: 3x denně 0,2 g práškové drogy nebo nálev (4,0 g drogy na 200 ml vroucí vody).

Nežádoucí účinky a kontraindikace: po per os podání nevolnosti a průjem, neužívat během těhotenství (možnost potratu) a kojení (nedostatek informací), dále při výskytu žlučových kamenů, neužívat ani při peptických vředech a refluxní chorobě (droga zvyšuje sekreci žaludeční šťávy).

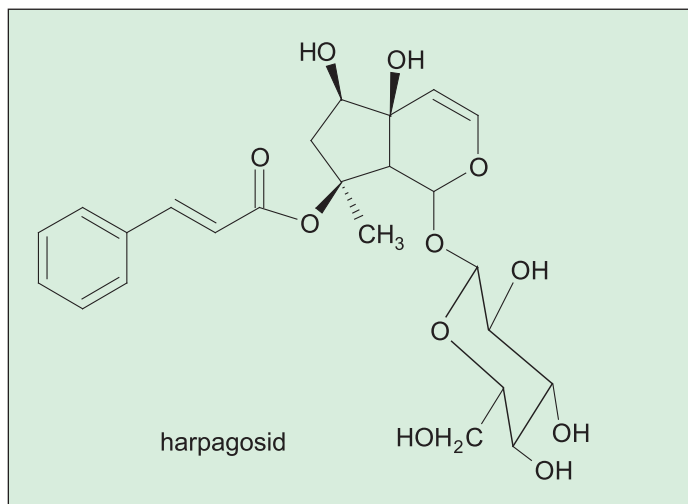
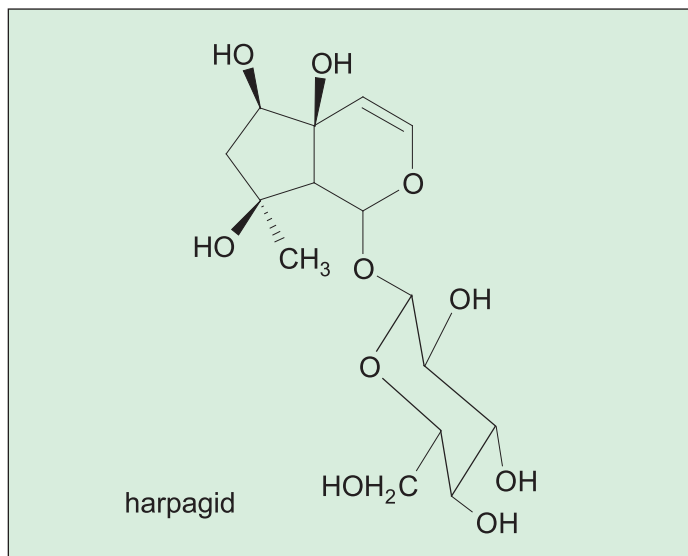
Interakce: neužívat během léčby warfarinem a ticlopidinem, snížení účinku antacid, antagonistů H_2 receptorů a inhibitorů protonové pumpy, nutnost úpravy dávek perorálních antidiabetik.

Zdroje: AISLP, ChemBlink, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Medline, Toxnet, Wikipedia.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrazek: Henri Pidoux (Wikipedia)

Vzorce: autor



Routery z právního hlediska

Nepovažoval jsem až dosud za nutné se v odborném tisku vyjadřovat k právním otázkám připojení lékárny k internetu při spojení se SÚKL pomocí technického zařízení, nazývaného router, protože jsem nechtěl rozmýšlet již tak emotivně zjitřenou diskusi, v níž strohá právní úvaha stojí poněkud stranou. Avšak dostávám stále více dotazů, jak to tedy je z pohledu právní úpravy, když GML podporuje připojení pomocí routeru, a zda skutečně hrozí nějaká sankce od SÚKL v případě nepřipojení. Nezbývá mi tedy, než přispět do veřejné diskuse svým právním názorem.

Předně nesouhlasím s argumentací, že žádný právní předpis neukládá, aby lékárna byla při provozu lékárny vybavena počítači a aby byla schopna se při provozu kdykoli k internetu připojit, protože jde o nekorektní argumentaci. Právní předpis takovouto podrobnost totiž obvykle nestanoví, stejně jako nestanoví jiné podrobnosti technického zajištění právních povinností lékárny při jejím provozu, týkající se skladování a výdeje léčiv, přípravy léčivých přípravků, hygieny provozu, odpadového hospodářství aj., zvláště když se tyto požadavky s dobou a technikou soustavně vyvíjejí.

Avšak § 12a v odst. 1 zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění z. č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavách zdravotnických zařízení stanoví, že **každé zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje.** V podstatě totéž již dávno ukládá vyhl. č. 49/93 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení lékárny, když v čl. II/1 odst. 2 stanoví, že „všechna zdravotnická zařízení lékárenské péče musí být budována tak, **aby uchovávaní a veškerá manipulace s léčivy a prostředky zdravotnické techniky byly zabezpečovány v požadovaném rozsahu a v souladu s právními předpisy**“.

Jestliže zákon o léčivech již řadu let ukládá podrobnou kusovou evidenci skladování a výdeje léčiv a od konce roku 2007 také podrobně upravuje způsob výdeje léčiv na elektronický předpis, pak argumentace, že lékárna na takový způsob provozu nepotřebuje počítač a připojení k internetu, není na místě, alespoň ne z pohledu těch práv pacienta na výdej léčiva, jimiž se tak často zaklínáme. Tolik k první třetině problému, tj. ke způsobilosti lékárny vydávat na elektronický recept. Odmítaný router tu plní technické zajištění povinnosti lékárny být kdykoli připojena k centrálnímu úložišti elektronických receptů, vedeném na SÚKL.

Druhou třetinou problému je otázka výdeje léčiv bez lékařského předpisu s omezením, o něž lékárníci svého času velmi usilovali jako o praktické uplatnění odborné způsobilosti farmaceuta. Jestliže pro výdej takového léčivého přípravku je podmínkou mj. ověření již vydaného množství v ústřední evidenci výdeje těchto léčiv konkrétní fyzické osobě, které se děje elektronickou cestou, je diskutovaný router pro způsobilost lékárny k výdeji takových léčivých přípravků standardní potřebou.

Poslední třetinou problému, který nastartoval kritickou diskusi, je od konce roku 2007 existující povinnost hlášení lékárny SÚKL o výdeji léčivých přípravků (§ 82 odst. 3 písm. d/ zák. č. 378/2007 Sb., o léčivech). Je samozřejmě diskutováno, jaký má být rozsah hlášení o výdeji. Proto také všechny sporné údaje pro hlášení jsou volitelné a lékárna se sama může rozhodnout, zda je bude všechny hlásit či nikoli. Těžko však lze oddiskutovat zákonem uloženou povinnost hlásit výdej léčiv v rozsahu povinné evidence o jejich výdeji. Stěží lze rozumně také odmítnout požadavek, aby se toto povinné hlášení provádělo elektronickou cestou, když je to SÚKL, kdo zajišťuje vybavení lékárny routerem pro plnění povinnosti lékárny při výdeji na elektronický recept a při výdeji léčiv s omezením.

Z uvedeného pro mne plyne, že povinnost lékárny být vybavena technickým zařízením, které jí umožňuje splnit požadavky zákona na její provoz při výdeji léčiv v souladu s právními předpisy, je těžko oddiskutovatelná.

Cítím povinnost dodat také něco do diskuse o obsahu hlášení o výdeji léčiv, která se záměrně točí okolo důvěrných údajů o osobě, které byl léčivý přípravek vydán. Když se však podíváme na nový zákon o léčivech pečlivě, zjistíme, že tento zákon při hlášení výdeje údaj o osobě předpokládá, když v ustanovení § 99 o zveřejňování údajů, údajích přístupných veřejnosti a ochraně údajů v odst. 5 ukládá, že „údaje, které byly Ústavu poskytnu-



Ilustrační foto: ČČL

ty distributory podle § 77 odst. 1 písm. f) a provozovateli oprávněnými k výdeji léčivých přípravků podle § 82 odst. 3 písm. d) se po jejich zpracování poskytují a zveřejňují tak, aby s přihlédnutím k okolnostem nebylo možné určit nebo **zjistit, které osoby se tento údaj týká. Obsahují-li tyto údaje osobní údaje**, podléhají tyto údaje ochraně způsobem stanoveným zvláštním zákonem.“ Onen zvláštní zákon o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. v ustanovení § 9 odst. c) přitom stanoví, že tzv. citlivé údaje lze i bez souhlasu osoby zpracovávat, jestliže „se jedná o zpracování při zajišťování zdravotní péče, ochrany veřejného zdraví, zdravotního pojištění **a výkon státní správy v oblasti zdravotnictví podle zvláštního zákona** nebo se jedná o posuzování zdravotního stavu v jiných případech stanovených zvláštním zákonem.“ Je tedy požadavek na hlášení údajů o osobě, které byl léčivý přípravek na lékařský předpis a léčivý přípravek bez lékařského předpisu vydán, skutečně nezákonný? Kloním se k závěru, že nikoli.

Nakonec musím odpovědět na častou otázku, zda a jaké sankce hrozí od SÚKL v případě odmítnutí routeru, tj. neplnění povinnosti hlásit výdej léčiv podle § 82 odst. 3 písm. d/ zák. č. 378/2007 Sb. o léčivech způsobem podle pokynu SÚKL LEK-13. Podle tohoto zákona je neposkytnutí takových údajů správním deliktem dle ustanovení § 103 odst. 9 písm. c) a sankcí je pokuta do 500 000 Kč dle ustanovení § 107 odst. 1 písm. c). Tím riziko neplnění povinností lékárny být způsobilá k výdeji léčiv podle zákona nekončí, jde však o odpovědnost za věcné a technické vybavení vůči orgánu příslušnému k registraci provozu lékárny podle § 12a/4 zák. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, jak je uvedeno v úvodu.

JUDr. Jan PAVLÍK
právní poradce GML

A v krajích došlo na žaloby...

O nekalosoutěžních žalobách bylo již popsáno mnoho stran papíru a bylo řečeno mnohé. Téma, které plnilo stránky našich periodik, svým způsobem přesáhlo hranice našeho oboru. Podstatou těchto žalob je chování jednotlivých krajů, jejichž představitelé zvolili pro dosažení svých volebních slibů postup, který je mimo zákony této země, a prosazovali řešení svých slibů nejednotně a za jakoukoliv cenu, a to dokonce proti rozhodnutí soudů.



Mgr. Marek Hampel, předseda představenstva GML

V Opavě, Mladé Boleslavi, Novém Jičíně a Havířově jsou předběžným opatřením zajištěny rovné a zákonem dané podmínky pro placení regulačních poplatků v lékárnách. Tato soudní rozhodnutí evidentně ovlivnila rozhodování politických představitelů o další podobě zákona o veřejném zdravotním pojištění. S jistotou mohu prohlásit, že do předčasných parlamentních voleb **se nic s regulačními poplatky nestane** a nikdo není schopen říci, kdy a jestli vůbec dojde k novele tohoto zákona. Pro všechny provozovatele veřejných lékáren to znamená, že **kraje budou nadále dotovat** své krajské lékárny a budou nadále vytvářet nerovnosti mezi pacienty. I v tomto světě se jeví **jako prozíravý postup** těch několika málo provozovatelů veřejných lékáren, kteří se rozhodli vstoupit do soudního kolbiště s příslušným krajem a zajistit si nejen pro sebe, ale pro **všechny provozovatele veřejných lékáren v daném městě**, shodné zákonné podmínky nejen pro své provozovny, ale také pro své pacienty. Toto jed-

nání mělo také vliv na chování krajských zastupitelů Karlovarského kraje, který se nyní rozhodl pro placení regulačních poplatků **pro všechny občany a ve všech lékárnách** a zdůvodňoval to obavami z případných soudních žalob.

V souvislosti s postupem krajů byla otevřena otázka vlastního chování praktikujících lékárníků v krajských lékárnách, kteří vlastně vykonávají příkazy svého zaměstnavatele, ale zároveň se dopouští jednání, které je v rozporu s etickým kodexem ČLK. Odvážný byl krok bývalého nemocničního lékárníka, kolegy Přemysla Císaře, který se vnitřně neztotožnil s postupem ředitele krajské nemocnice, zachoval se charakterně a v souladu s etickým řádem ČLK a podal výpověď. Jeho postoj je bohužel ojedinělý. Zcela jinak by nás vnímala veřejnost a média, včetně politické reprezentace, kdyby takových kolegů nemocničních lékárníků bylo více a všichni by odmítli porušování stavovských předpisů, ke kterým je nabádal za-

městnavatel. Pak by situace v oblasti nekalosoutěžního jednání nemusela dojít tak daleko. Zde vidím ten zásadní rozdíl mezi fungováním stavovské organizace ČLK a organizací provozovatelů veřejných lékáren. Tím, že v ČLK je povinně každý praktikující lékárník (veřejný, nemocniční i klinický), pak nutně dochází k názorovým střetům, což je pro rozvoj oboru dobré, např. v odborné diskusi. Na druhou stranu chování určité skupiny lékárníků nesmí vést k ekonomickému poškozování provozovatelů lékáren, jak jsme tohoto jevu svědky i v současné době. Organizace provozovatelů veřejných lékáren si klade **za cíl vytvoření jednotné platformy majitelů lékáren k ochraně jejich specifických zájmů**, kdy jde zejména o prosazování etických, materiálních a společenských zájmů, které vznikají při provozování praxe majitelů lékáren. Dovoluji mi poukázat na fakt, že ve své většině se k podání žalob rozhodli provozovatelé sdružení pod hlavičkou GML a některým pomohla ta pověstná trocha štěstí a soud jim dal předběžně zapravdu. Jedním z důležitých faktorů, proč k tomu došlo, je fakt, že organizace provozovatelů sdružuje jen jednu zájmovou skupinu a může se tak plně věnovat svému předmětu činnosti, pro který byla založena.

Závěrem bych chtěl vyzvat všechny provozovatele veřejných lékáren, aby pečlivě zvážili současnou situaci, a v případě, kdy jsou vážně ovlivněni či dokonce poškozování postupem krajské nemocniční lékárny, aby neváhali a obrátili se na příslušný krajský soud. Jen tak se mohou domoci svého práva na ochranu proti nekalé soutěži a zajistí shodné podmínky pro své pacienty.

Elektronický Rp. v izraelském zdravotnictví

V polovině června jsem se zúčastnil české zdravotnické mise do Izraele, v pořadí již čtvrté, kterou pořádalo velvyslanectví státu Izrael. Za českou stranu se cesty zúčastnili zástupci ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven, nemocnic, firem z oblasti informačních technologií, zdravotnických škol a mou osobou také zástupci lékárníků-provozovatelů.

Nosným tématem bylo seznámení s fungováním zdravotnického systému v Izraeli se zaměřením na jeho historii a současnost z pohledu zavádění nových informačních technologií. V pečlivě připraveném programu byly zohledněny individuální požadavky účastníků mise.

Přednáška vedoucího oddělení zahraničních vztahů izraelského ministerstva zdravotnictví byla věnována vývoji organizace zdravotnictví v této zemi. V roce 1995 došlo v izraelském zdra-

votnictví k poměrně radikálním činům. Byl přijat zákon o zdravotním pojištění (povinně musí platit jak zaměstnavatel, tak zaměstnanec, byly zavedeny kapitační platby, roční aktualizace pojistných plánů, volný pohyb pojištěnců mezi pojišťovnami, zavedeny standardy služeb poskytovaných pojištěncům). V současnosti jsou v Izraeli čtyři zdravotní pojišťovny, v zemi je 660 lékáren. Vlastnictví lékáren není nijak omezeno a jsou zde dva hlavní lékárenské řetězce, lékárny, které provozují zdravotní pojišťovny a také nezávislé veřejné lékárny.

Z hlediska naší mise jsem se zaměřil na zavedení informačních technologií do izraelského zdravotnictví. Během pouhého jednoho roku 1996 byly všechny lékárny připojeny k centrálnímu úložišti elektronických receptů. Na otázku, proč došlo k tak rychlému zavedení elektronické preskripce, jsem dostal poměrně

(Pokračování na další straně)

(Dokončení z předchozí strany)

jednoduchou odpověď: hlavním iniciátorem zavedení informačních technologií byly zdravotní pojišťovny, které odhalily poměrně velký finanční skandál ve vykazování zdravotní péče, druhým důvodem bylo, že žádný z provozovatelů si v této silné konkurenci poskytovatelů zdravotnických služeb, včetně lékáren, nemůže dovolit být mimo systém sdílení dat. V systému je zajištěn přístup všech lékáren k centrálnímu úložišti a je plně zachována svobodná volba pacienta při výběru lékárny. Dle informací z pojišťovny Maccabi (zaujímá 2. místo na trhu s podílem 24 %, což představuje péči pro 2 mil. pojištěnců) je systém předepisování elektronických receptů plně funkční, ročně představuje 15 mil. receptů, z toho jen 1,5 % je ručně psaných. Ty se musí v lékárnách převést do elektronické formy, aby byl systém sto procentně funkční. **Data z úložiště sdílejí všechny zdravotní pojišťovny, všichni poskytovatelé zdravotnických služeb a pochopitelně všech 660 lékáren.** Na mou další otázku, co z tohoto systému mají lékárníci, jsem dostal obsáhlou odpověď: Je zajištěna bezpečnost pacienta, snižují se náklady na provoz lékárny, zavedly se konzultační a informační služby nad lékovou historií pacienta, sledují se lékové interakce, zdokonalilo se sledování účinnosti a bezpečnosti podávání léčiv.

Z rozhovoru ve veřejné lékárně s expedujícím lékárníkem jsem nabyl dojmu, že tento systém poskytuje nejen lékárníkům, ale všem zainteresovaným, tzn. lékařům a hlavně pacientům přehlednou a komfortní službu. Co se týká finanční spoluúčasti pacientů v lékárnách při výdeji léčiv na recept, je v současné

Evropské dny handicapu

V prvním říjnovém týdnu se v Ostravě uskuteční XVII. ročník Evropských dnů handicapu, jehož se zúčastní delegace z Francie, Itálie, Belgie, Portugalska, Německa, Maďarska a Polska.

V posledních letech zaznamenala v České republice kvalita života handicapovaných občanů posun k lepšímu. Ve srovnání s podmínkami v zemích, kde jsou integrováni do společnosti přinejmenším od sedmdesátých let minulého století, nás čeká ještě hodně práce. Olga Rosenbergerová, ředitelka Asociace TRIGON (organizátor těchto Evropských dnů) zdůrazňuje nutnost vybudování sítě chráněných dílen, chráněného bydlení, větší podporu asistence pro samostatný život mentálně postižených. V České republice je zapotřebí profesionalizovat práci s postiženými lidmi. Dodává, že hlavní je změna myšlení lidí kolem nás.

Vyvrcholením letošních Evropských dnů bude slavnostní večer, kdy Asociace TRIGON udělí ocenění Křišťálový kamínek. V minulých letech tuto cenu získal například vozičkář Petr Dzido za nápaditou zpravodajskou a publicistickou činnost. Je šéfredaktorem časopisu Vozka, který sám založil. Nositelkou Křišťálového kamínku je rovněž Vlasta Polová, která připravila postižené sportovce na světové speciální olympiády, a další osobnosti.

Pro toto ocenění mohou být nominovány osobnosti za dlouhodobou práci a mimořádné výsledky ve prospěch osob s handicapem a handicapované osobnosti za mimořádný čin nebo aktivitu. Návrhy je možné posílat až do 18. září 2009 na e-mail: info@asociacetrigon.eu. (dop)



Autor článku před státním znakem Izraele.

době na úrovni 15 %. Existují léčiva, která hradí zdravotní pojišťovna plně, pokud chce pacient jiný preparát od jiného výrobce, lékárník ho informuje o výši doplatku.

Ve zdravotní pojišťovně Maccabi jsem měl možnost se seznámit se systémem zasílání rentgenových snímků do jednoho centrálního místa v Tel Avivu. Toto centrum zaměstnává čtyři odborné pracovníky pro diagnostiku a vyhodnocuje digitálně zpracované a zasláné snímky vyšetřených pacientů ze všech nemocnic či poliklinik, a to pro celý stát Izrael. Denně zpracuje až 1 500 snímků. **Výrazně se zvýšila efektivita ve stanovení diagnózy** na tomto pracovišti, a na straně nemocnic a poliklinik poklesly náklady na zaměstnávání odborných pracovníků pro diagnostiku. Proces centralizace se i v této oblasti projevil jako krok správným směrem. Systém je maximálně bezpečný, běží na dvou na sobě nezávislých cestách a za celou dobu nedošlo k prolomení či úniku tzv. citlivých dat o pacientech.

V odborné části programu jsme dále navštívili novou nemocnici Assuta. Je vybavená nejmodernějšími přístroji. V dalším dni pak směřovala naše pozornost na středisko záchranné služby, kde jsme byli seznámeni se systémem zásahu při sebevražedném bombovém útoku. Také zde jsou používány nejmodernější informační technologie zabezpečující účinný a včasný zásah při poskytování urgentní zdravotní péče.

V závodě společnosti TEVA v Jerusalemě jsme se seznámili s nejmodernějším provozem na výrobu pevných lékových forem.

V Izraeli jsme měli možnost poznat fungující model zdravotnictví, který řešil podobné nesnáze jako ostatní vyspělé země, a to je udržitelné zajištění financování zdravotnictví na úrovni současného vědeckého poznání. Jako lékárník jsem se přesvědčil, že i v systému fungující elektronické preskripce je naše role ve zdravotnickém systému nezastupitelná, a troufám si říci, že díky postupující elektronizaci bude nadále posilována.

Mgr. Marek HAMPEL
předseda představenstva GML
člen představenstva ČLK

■ Předpokládá se, že v roce 2013 bude mít obrat přípravku SPIRIVA (tiotropium-bromid) v USA, Japonsku a zemích západní Evropy hodnotu 2,8 mld. USD a bude zaujímat 34 procenta z 8,4miliardového trhu s léčivými, určenými k terapii chronického obstrukčního onemocnění plic.

Zajímavosti ze světa léků

■ Klíčovými skupinami, které nejvíce určují výrobu a obrat, jsou antibiotika, léčiva působící na kardiovaskulární systém, léčiva ovlivňující centrální nervový systém, respirační systém, a antiflogistika. Nejrychleji rostoucím segmentem jsou antidiabetika.

■ Přibližně 86 procent lidí by užívalo generika k léčbě obvyklých zdravotních problémů (akutní bolesti nebo alergie), zatímco 46 procent lidí by je užívalo k léčbě závažnějších stavů. Kolem 63 procent žen (oproti 54 procentům mužů) disponuje informacemi o generických přípravcích. Ženy si také vybírají generika častěji než muži.

■ Na 70 procent amerických spotřebitelů/pacientů preferuje léčiva, která jsou na trhu deset a více let, před novějšími přípravky, a to i v případě stejné spoluúčasti pacienta při úhradě. Přibližně 31 procento osob se domnívá, že novější léčiva jsou méně bezpečná než starší medikamenty. Důvěru ve vyšší bezpečnost novějších přípravků uvádí pouze okolo 11 procent lidí.

■ Podle prognózy do roku 2014 by AVASTIN (bevacizumab, Genentech) v uvedeném roce měl obsadit více než padesátiprocentní podíl na trhu léčivých přípravků, určených k terapii nemalobuněčného karcinomu plic.

■ V letošním roce by světový trh s onkologickými přípravky měl překročit 50 mld. USD, a sice za předpokladu, že se vyplnila prognóza z roku 2004 (tehdy 40 mld. USD), kalkulující s průměrnou roční mírou růstu ve výši 5,5 procenta. Obdobně je tomu u segmentu přípravků k léčbě onemocnění GIT, který by od roku 2004 (16,1 mld. USD) za předpokladu dodržení průměrné roční míry růstu 7,3 procenta měl letos dosáhnout 22,8 mld. USD. (Par)

Dříve než začnu hodnotit něčí práci, musím o ní něco vědět

V některém z minulých čísel ČČL jste se mohli společně se mnou dočíst, že je nutné zahájit spolupráci s P.R. agenturou, a to včetně požadavku na mimořádný příspěvek na úhradu jejích služeb. Sám za sebe se domnívám, že jsou to vyhozené peníze. Na podporu tohoto tvrzení budu citovat z jednoho z nedávných vydání Zvěrokruhu, časopisu Komory veterinárních lékařů, kde se píše:

„... elegantně najali P.R. agenturu, aby vytvářela pěkný obraz u veřejnosti. Je to nejen jednoduché, ale především velmi pohodlné řešení, věrně kopírující společenské klima. Daleko účinnější než poctivě pracovat je nazdobit svoje chabé výsledky a umlčet křiklouny.“

Jenom lékárníci sami by měli vědět, co chtějí společnosti říci, ale naučit o těchto tématech mluvit laiky, byť odborníky na P.R., je mnohdy obtížnější, než tato témata zvolit.



Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., za tárou lékárny.

ČLK je institucí, které se v posledních letech bulvárně vnímané nepříjemnosti naštěstí vyhýbají. I to je velká zásluha Aleše Krebse, protože nehasí mediální požáry, jako tiskový mluvčí například v ČEZ, ale velmi pečlivě a zodpovědně analyzuje mediální prostředí a jako „muž vzadu“ připravuje argumenty pro mne a viceprezidenta ČLK. Je to práce, která není vidět, ale bez ní bychom neměli tolik citovaných příspěvků a tolik velmi kultivovaných sdělení ve sdělovacích prostředcích s převahou témat, kde ČLK vystupuje nikoliv jako politické seskupení, ale jako instituce, která sdružuje odborníky a dovede věcně hovořit k odborným tématům.

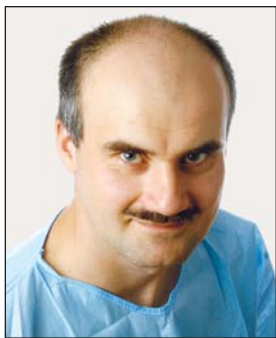
Zcela určitě máme rezervy, a to zejména v komunikaci směrem k vám – našim členům. Ne, že bychom se s vámi neměli o co podělit, ale možná mylně předpokládáme, že jejich publikace na webu je dostatečná a že vás výsledky naší práce zajímají natolik, že si informace na stránkách komory sami aktivně vyhledáte.

Poslední dobou jsme se při osobní komunikaci s mnohými z vás na našich regionálních akcích snažili všechny naše aktivity dopodrobna představit. Dluh máme vůči všem, kteří na takových akcích nemohli nebo nechtěli být. Už dnes připravujeme rychlý informační servis prostřednictvím elektronické pošty. Ten chceme zpřístupnit každému členovi komory, který o tento způsob zaslání informací projeví zájem. Předpokládám, že první číslo informačního newsletteru obdržíte – zatím pouze do lékáren – do konce prázdnin. Sami můžete zvolit, jestli si takový e-mailový „plátek“ necháte zasílat i na soukromou e-mailovou adresu, popř. do budoucna i formou SMS na mobil.

Jak už jsem napsal, hodnotit se dá práce, o které máme alespoň nějaké povědomí. Práci tiskového mluvčího ČLK by zřejmě nejlépe představil samotný tiskový mluvčí, ale fundovanější odpověď by nám možná poskytla jeho žena, již touto cestou vyjadřuji dík za pochopení a nesmírnou toleranci. Rád využívám možnosti, že mohu na stránkách tohoto časopisu Alešovi Krebsovi poděkovat, protože jsem s jeho prací spokojen.

Stanislav HAVLÍČEK

Fenomén hřejivého účinku - capsaicinoidy



Mgr. Tomáš Volný

Nejznámějším zástupcem CAPs je capsaicin (8-methyl-N-vanilyl-6-nonenamid). Ten je pro praxi k dispozici v lékopisné kvalitě ve formě tinktury, paradoxně ještě v nedávné době s neuspokojivě definovaným požadavkem právě na obsah capsaicinu. Mnohem rozšířenější je kosmetická a potravinářská kvalita extraktů různého složení. Pozornost si zaslouží extrakty připravené superkritickou extrakcí oxidem uhličitým plodů nejčastěji kultivarů papriky (*Capsicum annuum* L., *C. frutescens* L., případně *C. baccatum* L.). Osahují vedle CAPs také karotenoidy, tokoferoly a další flavonoidy a polyfenolické kyseliny a mohou být zdrojem zajímavého spektra antioxidantních účinků.

Antioxidační účinnost přímo CAPs potvrdilo několik preklinických studií provedených na potkaních, kde byla pozorována jejich statisticky významná inhibiční aktivita na peroxidaci krevních lipidů a v *in vitro* podmínkách na oxidaci železa. Podstatné může být experimentální zjištění, kdy capsaicin a jeho derivát dihydrocapsaicin mohou významně stimulovat jaterní biotransformaci kofeinu a případně ostatních xanthinů, capsaicin stimuluje jejich N-demethylaci a C-8 oxidaci, dihydrocapsaicin pravděpodobně pouze N-demethylaci. CAPs jsou velmi pestrá skupinou přírodních látek, jejichž biologická aktivita se může v některých typech účinků lišit. Nejčastěji sledovanými CAPs jsou capsaicin, dihydrocapsaicin, norcapsaicin, homocapsaicin, homodihydrocapsaicin, které se mohou v extraktech vyskytovat i ve formě glykosidů (např. cap-

Přírodní capsaicinoidy (CAPs) jsou v potravinářství používané již tisíce let. Ovšem teprve okolo roku 1980 se začaly objevovat první kvalitní preklinické a až okolo roku 1997 první klinické průkazy jejich biologické účinnosti a bezpečnosti. V současnosti jsou CAPs běžně aplikovány do tzv. hřejivých masťů, gelů, sprejů. Objevují se i snahy aplikovat je do doplňků stravy pro pozitivní ovlivnění fyziologických funkcí, což je spojeno s nutným cílenějším studiem jejich biologické účinnosti a bezpečnosti.

saicin-beta-D-glucopyranosidu). Na zvířecím modelu potkanů byla u s.c. aplikovaného capsaicinu (v dávce 10 mg/kg) experimentálně potvrzena inhibice biotransformace barbituratů. U dihydrocapsaicinu byla u p.o. aplikace opakovaně potvrzena jeho silná tendence kovalentně se vázat na mikrozomální jaterní proteiny, což může být podkladem případné hepatotoxicity. Zvýšená vazba CAPs na neuroproteiny míchy a mozku nebyla prozatím prokázána.

Biologická účinnost a mechanismy

Často studovanou je analgetická účinnost CAPs, zprostředkovaná pravděpodobně jejich vazbou na capsaicinové receptory (VR1 nebo TRPV1) primárních aferentních senzoryckých nervů. Bylo zjištěno, že charakteristická dlouhotrvající analgetická účinnost je podmíněna některými strukturálními vlastnostmi molekul CAPs, jako klíčová se zdá být délka hydrofobního alkylového řetězce (8-18 uhlíků) nebo přítomnost 3-methoxy skupiny na aromatickém kruhu, která pro analgetickou účinnost není zřejmě esenciální. Obdobný účinek byl pozorován i u syntetických CAPs (např. 1-nonenoylvanilylamidu). Capsaicin a tato syntetická analoga snižují také koncentraci tzv. substance P v míše a nervech, substance P má důležitou úlohu v nervové synapsi a přenosu bolesti.

Často diskutovanou je protizánětlivá účinnost CAPs, která byla nepřímo potvrzena na zvířecích modelech po aplikaci vylisované šťávy *C. baccatum* L. var. *pendulum* (Willd.). Autoři experimentu protizánětlivou účinnost vysvětlují inhibicí migrace neutrofilů a inhibicí syntézy prozánětlivých cytokinů (TNF-alpha a IL-1beta). Okolnosti

případné protizánětlivé účinnosti CAPs však budou zřejmě mnohem komplikovanější. V jiných preklinických experimentech totiž vedla inhalace CAPs ke vzniku akutního zánětu na nosním, bronchiálním a plicním epitelu, k poškození buněk a kašli. Cytotoxicita CAPs byla opakovaně potvrzena i na buněčných modelech lidských plicních a jaterních buněk. Mechanismus akutního zánětu epitelů je vysvětlován aktivací capsaicinových receptorů na buňkách epitelů. Přesnější vysvětlení proti- nebo prozánětlivé účinnosti CAPs vyžaduje další výzkum a pro rutinní doporučení nejsou tyto biologické účinky dostatečně podloženy.

Receptorový mechanismus se významně podílí i na velmi dobře známém hřejivém účinku, který je často popisován při aplikaci CAPs na kůži. Experimentální praxe u hřejivého účinku však ukazuje na výrazné rozdíly mezi jednotlivými kvalitami extraktů, a ty nejsou pravděpodobně přímo odvislé od koncentrace CAPs, ale spíše od jejich skladby.

Hřejivý účinek deklarovaný u celé řady kosmetických přípravků je v některých případech marketingově neracionálně přeceňován. Snaha navodit až pálivý účinek může být naopak provázena nežádoucím podrážděním, akutním zánětem a poškozením kožních buněk a funkce kůže. U kosmetických přípravků většinou není uvedeno doporučení počtu topických aplikací na kůži za den, proto je riziko nežádoucích účinků při dlouhodobé a časté aplikaci reálné. Aktivace capsaicinových receptorů (typu TRPV1) může vést ke zvýšení intracelulární koncentrace Ca²⁺. Biotransformace CAPs v lidské kůži může probíhat až 24 hodin. CAPs lze považovat za obsolentní, tradiční účinné látky. Převaha preklinických experimentálních zkušeností a absence kvalitních klinických průkazů CAPs je ale spíše stává do pozice perspektivních látek s prozatím nedostatečně popsanou biologickou účinností a bezpečností.

(Reference jsou uloženy u autora)

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

LÉKÁRNICKÉ POHÁDKY

VYDALI JSME NOVÉ POHLEDNICE

připravujeme pro děti novou PC hru a DVD nosič
popularizujeme české lékárenství
máme ambici pohádky uvést v ČT

nové pohlednice s pohádkovými motivy

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

Projekt Senioři je společným projektem České lékárnické komory, Sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP a Svazu důchodců ČR. Hlavními organizátory projektu jsou prof. RNDr. PhMr. Jan Solich, CSc., za Svaz důchodců ČR, PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D., za Sekci KF ČFS JEP a Geriatrickou kliniku 1. LF UK, za ČLK její viceprezident Mgr. Michal Hojný. Koordinátorkami projektu jsou PharmDr. Dana Syrová z VFN Praha a Mgr. Jana Gregorová z FN Bulovka.

Severočeské poznatky k Projektu SENIOŘI

Cílem projektu je zlepšit informovanost seniorů o jimi užívaných lécích, podnitit je k většímu zájmu o svou léčbu a vyšší odpovědnosti ke svému zdraví. Úkolem lékárníka je prezentace přednášky na vybrané téma v regionálních organizacích seniorů. Do současnosti se z různých míst České republiky do projektu zapojilo devatenáct seniorských organizací Svazu důchodců ČR. Přínosem pro lékárníky, kteří se aktivně účastní projektu, je lepší orientace ve specifických problémech geriatrických pacientů.

První přednášku v rámci projektu jsme zaměřili obecně, abychom seniory uvedli do celé problematiky. Podle každodenní praxe se zdá, že pacienti (a to nejen senioři) nejsou dostatečně seznámeni s náplní naší profese a často netuší, co vše jim farmaceut-lékařník, případně farmaceutický asistent, může nabídnout. Lékařník bohužel stále není veřejností (laickou ani odbornou) vnímán jako odborník přes lékovou problematiku.

Právo na srozumitelné informace

První kolo přednášek našeho týmu ze severních Čech proběhlo v listopadu a prosinci 2008 v Novém Boru a Třebenicích. V úvodu jsme posluchačům představili práci lékařníka a farmaceutického asistenta. Největší důraz jsme kladli zejména na informace, které mohou pacienti od jednotlivých farmaceutických profesí dostat, a které by měli sami aktivně vyžadovat. Pacienti (nejen geriatři) často málo rozumí poskytovaným informacím – neřídka jsou jim sdělovány nevhodnou formou a s použitím odborných výrazů. Z tohoto důvodu jsme apelovali na posluchače naší přednášky, aby se nedali odradit a opakovaně se ptali, protože pacient má právo na srozumitelné informace, aby mohl léky správně užívat.

Zaměřili jsme se i na minimalizaci rizik plynoucích ze záměn léků a eliminaci chyb při jejich užívání. Na nich se může podílet předepisující lékař či expedující lékárník, ale i nepozorný či neinformovaný pacient, který se dostatečně neorientuje ve své farmakoterapii. Upozornili jsme zejména na záměny různých sil u téhož léku, rizika záměny léků s podobnými obaly, možnost duplicitní preskripce při souběžné léčbě pacienta u více odborných lékařů. Ukázali jsme, jak se zorientovat v informacích, které jim nabízí obal léku a příbalový leták, které často pacienty po přečtení vyděsí a vyvolá obavy z užívání. Dále jsme zdůraznili, aby sami nepodceňovali kontrolu léků vyzvednutých v lékárně a v případě nejasností, předepsání nového či neznámého léku se nebáli kontaktovat lékaře či lékárníka.

Dávkovače a kartičky

Další část přednášky jsme věnovali vhodnosti použití dávkovačů na léky zejména u pacientů s polyfarmakoterapií, u osob s rizikovými léčivými, a dále u lidí se sníženou schopností samoobsluhy, o něž pečují jiné osoby. Doporučili jsme všem posluchačům, aby si nechali vypracovat dávkovací kartičku, kde by byla zapsána jejich kompletní medikace. Tento seznam může lékárník doplnit krátkou informací o dávkování, době užití a podání léku v závislosti na době příjmu jídla. Pokud je na seznamu předepsané léčivo s vyšším interakčním potenciálem, může lékárník zdůraznit jeho specifika a přidat podrobnější komentář, který pomůže pacientovi, ale i lékaři eliminovat případná rizika plynoucí z nevhodného použití. Takovým seznamem lze i zamezit duplicitám, nevhodným kombinacím a často také zbytečným hospitalizacím. Svými zásahy do farmakoterapie se může lékárník velmi účinně spolupodílet na sestavování správného

lékového režimu, a tím pomoci zvyšovat bezpečnost farmakoterapie.

Podobně může zasáhnout, pokud zjistí, že pacient užívá rizikový doplněk stravy. Podmínkou je samozřejmě dostatečné dispenzační minimum podávané jak k rizikovým lékům, tak k potravním doplňkům. Při přednášce se ukázalo, že rozdíl



mezi doplňkem stravy a léčivem senioři často nevnímají. Od potravních doplňků očekávají, že budou stejně účinné jako léky, a následně jsou zklamáni, že tomu tak není. Pokud má lékárník či farmaceutický asistent dostatečný časový prostor pro komunikaci s pacientem, je dobré tuto skutečnost neustále zdůrazňovat a podávat potravní doplňky pouze v těch případech, kdy je to pro pacienta přínosné.

Jako další pole působnosti lékárníka jsme zmínili pomoc pacientům při revizi domácích lékových zásob, např. kontrole expirací léčiv, vyřazení léků, které už neuvžívají atd.

Koho se ptát?

Diskuze navazující na přednášku ukázala, že senioři o svou léčbu a své léky mají zájem, ale nevyužívají v dostatečné míře možnosti, které jim lékárna může nabídnout. Hlavní překážkou větší spolupráce mezi lékárníkem a pacientem je zejména ostych (hlavně u starších občanů), dále neznalost, koho a na co se v lékárně mohou zeptat, v neposlední míře i nedostatečná srozumitelnost podávaných informací.

Podle našich prvních zkušeností z obou míst senioři byli velmi spokojeni a těšili se na další témata připravovaná v rámci uvedeného projektu.

Za Projekt Senioři
Mgr. Pavla CINGLOVÁ
Mgr. Renata KUŽELOVÁ
Mgr. Kateřina LANGMAIEROVÁ

Rizika spojená s padělkami a možná opatření

Vstup padělaného zboží do zemí EU představuje významný hospodářský a společenský problém v celoevropském měřítku. Roste počet obchodovaných padělaných komodit i kusů zabaveného padělaného zboží. Zatímco v roce 2004 bylo v EU zaznamenáno 22 311 případů celního zabavení falešného zboží, v roce 2007 už jich bylo 43 671. Nejčastější komoditou v této oblasti jsou cigarety, oděvy a elektronické zboží. Léčivé přípravky (LP) tvoří kolem 5 % z celkového počtu případů, nicméně v absolutních číslech je to obrovské množství a meziroční nárůst je alarmující.

Pavel Kovář, Michal Krejsta

V roce 2006 bylo v EU odhaleno 2 711 410 ks padělaných či nelegálních LP, v roce 2007 již 4 081 056, tj. meziroční nárůst o 51 %, a od roku 2005 to představuje nárůst dokonce o 380 %. WHO odhaduje rozsah výskytu padělek v celkovém objemu léčiv na 1 % ve vyspělých státech EU (zhruba 1,8 mld. USD). Odhad pro rozvojové země činí 12 %, v zemích jihovýchodní Asie 38 % a v některých zemích Afriky až 50 % padělaných léčiv na trhu. Země jejich původu bývají nejčastěji Indie, Čína, Thajsko, Pákistán a Egypt. Spojené arabské emiráty a Turecko jsou považovány za preferované tranzitní země do EU.

Obecná definice padělku

Obecně uznávanou je definice WHO: Padělkem léčivého přípravku se rozumí takový přípravek, který je úmyslně nebo podvodně špatně označen se zřetelem na identitu nebo původ. Předmětem padělání jsou originální i generická léčiva a mohou obsahovat správnou nebo jinou účinnou látku nebo ji vůbec neobsahovat, případně neodpovídající množství nebo mají podvržené značení.

Přímé ohrožení zdraví uživatelů padělků léků představuje celospolečenský problém a je odvozen od rizika jiného obsahu účinné látky, obsahu jiné nebo neznámé účinné látky, přítomnosti nežádoucích nečistot či toxických příměsí, rizika obsahu jiných pomocných látek, nedodržení podmínek Správné výrobní praxe či nedostatečné kontroly jakosti výchozích surovin a kontroly kvality konečných šarží léčivých přípravků.

Rozdíl mezi nelegálním LP a padělkem

Nelegálním léčivým přípravkem se rozumí výrobek, jehož identita a/nebo původ nejsou úmyslně a podvodně špatně ozna-



MUDr. Pavel Kovář, medicínský ředitel Pfizer, spol. s r. o.

čeny, ale jedná se o výrobek s vlastním názvem. Je jím např. výrobek, který je registrován jako LP mimo ČR, výrobek „tvářící se“ jako jiná komodita než LP (např. doplněk stravy) a přitom obsahuje účinnou látku, nebo výrobek, který nemá jasně deklarovaný svůj statut. Nelegální přípravek splňuje definici léčivého přípravku.

Cesta padělku na trh

Dochází k tomu nejčastěji prostřednictvím internetových nabídek. LP jsou distribuovány mimo běžný distribuční řetězec, obvykle se jedná o zásilkový způsob dodání od anonymního dodavatele, prodejce a provozovatel často není znám a jeho odhalení je spíše náhodné. Také původ LP je v zásadě neznámý. K nejčastěji obchodovaným padělkům patří přípravky na léčbu erektilní dysfunkce (inhibitory

PDE 5), anabolické steroidy a přípravky na hubnutí. Odhaduje se, že v EU existuje 4 500–15 000 webových stránek s nabídkou PDE 5 inhibitorů a např. sildenafil (Viagra) je nejčastějším zaznamenaným padělkem léčivého přípravku v EU. V roce 2006 bylo v EU zjištěno 2,5 milionu tablet, které porušovaly ochrannou známku přípravku Viagra. Z tohoto množství 20 % byly padělky, ostatní část tvořily nelegální LP s obsahem sildenafilu. V ČR bylo ve stejném roce zjištěno 273 paděleků



PharmDr. Michal Krejsta, MBA, obchodní ředitel Pfizer, spol. s r. o.

přípravku Viagra a 8 161 nelegálních LP s obsahem sildenafilu. Kvalifikovaný odhad velikosti ilegálního trhu se sildenafilem v EU je 12,5–50 mil. tablet/rok, což znamená 0,6–2,5 mil. uživatelů. Možnost ukázky podezřelých nabídek prodeje LP na internetu přesahuje rámec tohoto sdělení, nicméně doporučujeme čtenářům samostudium těchto zdrojů, např. zadáním klíčových slov do vyhledávače Google – „pharma store“ nebo „prodám viagru“ apod. ... Ve většině zemí EU je umožněn i legální internetový prodej LP, i když legislativa se v jednotlivých zemích liší a má místní specifika.

Padělky v legálním distribučním řetězci

K infiltraci padělků může dojít na každé úrovni legálního distribučního řetězce, již

při výrobě výchozích surovin, při výrobě konečného léčivého přípravku, na úrovni distributora nebo lékárny. Určení původce padělků je pak téměř nemožné a jeho odstranění z distribučního řetězce velmi komplikované. Z hlediska zdravotního rizika je tato cesta mnohem nebezpečnější a ohrožuje důvěru veřejnosti v kvalitu originálních léčiv. Živnou půdou pro průnik padělků do legální distribuční sítě je především složitost obchodních vztahů mezi jednotlivými prodejci a distributory léčiv a legalizace přebalování léčiv a paralelního obchodu s LP v rámci zemí EU.

Riziko padělků zvyšuje i vysoká kvalita plagiátů a jejich obtížná identifikace. Každý takový případ představuje průnik plagiátů ke stovkám až tisícům uživatelů. A navíc, jedná se o LP používané k léčbě závažných onemocnění s rizikem život ohrožujících komplikací. V ČR zatím nebyl identifikován výskyt padělků v legálním distribučním řetězci.

Opatření a pravidla proti dovozu padělků

Legislativní rámec se opírá především o zákon 378/2007 Sb., o léčivech, který definuje pojem zacházení s LP. Do tohoto pojmu spadá nejen výzkum, výroba, příprava, distribuce, skladování, prodej, výdej, ale také přebalování, balení a úprava balení LP (které je nyní součástí výroby

LP) a určuje oprávněnost osob, které mohou provádět zacházení s léčivy. Dále zákon stanoví, že jakýkoliv LP uváděný na trh v ČR musí být registrovaný a distributor smí odebírat LP pouze od jiných distributorů nebo od výrobců a současně je distribuovat pouze osobám vyjmenovaným v zákoně. Zákon stanoví sankci pro neoprávněné zacházení s léčivy až tři miliony korun. Nařízení ES č. 1383/2003 a zákon č. 191/1999 Sb., o opatřeních týkajících se dovozu, vývozu a zpětného vývozu zboží, porušujícího některá práva duševního vlastnictví, zavádí společná unijní pravidla s cílem zabránit dovozu padělků. Nařizuje celním úřadům kontrolovat zboží dovážené do ČR a definuje postup pro přijímání celních opatření. Celní úřad rozhodne o zničení zadrženého zboží, pokud do 10 dnů obdrží celní úřad souhlas deklaranta se zničením zboží (za doručení souhlasu je považováno i obdržení doručky o zaslání dopisu deklarantovi, vyžadující poskytnutí souhlasu. Zničení zboží je zajištěno celním úřadem na náklady dovozce nebo na náklady majitele práva, pokud dovozce není znám. Trestní zákon č. 140/1961 Sb. v § 150–151 upravuje trestný čin porušování práv k ochranné známce, obchodnímu jménu a chráněnému označení původu, a stanoví trest odnětí svobody až na 2 roky nebo peněžitý trest.

Evropská komise k nápravě situace

Výrazný nárůst množství zadržených nebo zjištěných padělků LP a zejména případů průniku plagiátů do legálního distribučního řetězce v zemích EU přinutil Evropskou komisi k vydání legislativního návrhu opatření. Jedná se o návrh úpravy Směrnice 2001/83/EC, který byl zveřejněn 10. prosince 2008 s předpokladem schválení změn do roku 2010. Byl předem konzultován ve veřejné diskusi (březen–květen 2008) s národními autoritami, výrobci a distributory LP, a opatření se týkají především zlepšení identifikace léčivých přípravků (zavádění speciálních kódů a nových bezpečnostních prvků na obalech LP), zajištění plné zpětné dohledatelnosti každého jednotlivého balení vysoce rizikových přípravků a změn Správné výrobní a distribuční praxe, ve smyslu zvýšení dohledu a inspekční činnosti nad výrobou a distribucí léčiv. Předpokládá se i zavedení povinné inspekční činnosti výrobců v místech výroby výchozích surovin pro jejich konečné léčivé přípravky, přičemž výroba těchto surovin by měla do budoucna odpovídat bezpečnostním a kvalitativním standardům stanoveným pro země EU. Návrh nepočítá se zákazem přebalování LP, ani omezením paralelního obchodu s LP, ani nezasahuje do harmonizace národních legislativ, týkající se internetového způsobu prodeje LP.

XI. sympozium klinické farmacie René Macha – „Vinobraní“ zkušeností

U příležitosti 40. výročí Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové se ve dnech 27. a 28. 11. 2009 koná v Mikulově XI. sympozium klinické farmacie René Macha – „Vinobraní“ zkušeností.

Pořadatelé jsou ČLS J. E. Purkyně, Česká farmaceutická společnost, Sekce klinické farmacie a Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, katedra sociální a klinické farmacie.

Letošním tématem je diabetes mellitus – racionální terapie u komplikací. Připravují se přednášky mj. na téma lékových problémů u léčby diabetu, prevence a nefarmakologická léčba

komplikací diabetu, farmakologická léčba komplikací diabetu, léčba psychických onemocnění a léčba obezity u pacientů s touto chorobou.

Registrační poplatek:

Člen ČFS
do 30. 10.: 600 Kč
po 30. 10.: 800 Kč

Nečlen ČFS
do 30. 10.: 800 Kč
po 30. 10.: 1 000 Kč

Právnícká osoba 15 000 Kč

Společenský večer:
Valtické podzemí 450 Kč

Úhrada:

Registrační poplatek a poplatek za společenský večer možno platit bankovním převodem nebo složenkou na konto ČFS ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2 – č. účtu 500617613/300 ČSOB Praha, variabilní symbol 259574.

Při zrušení účasti do 30. 10. 2009 se vrací registrační poplatek a poplatek za společenský večer v plné výši.

Při zrušení účasti po 30. 10. 2009 se poplatky nevracejí.

Od účastnického poplatku jsou osvobozeni první autoři přijatých sdělení, pokud s přihláškou zašlou název sdělení a anotaci do 1. 10. 2009!

Podrobnosti najdete na webu FaF UK, ČLK, ČFS (www.faf.cuni.cz/conference2009).

Za pět let Klokánka získáno 7 626 693 Kč

V sobotu 13. června 2009 se na zámku v Praze-Troji sešly více než tři stovky lékárníků z celé České republiky, kteří na táry svých lékáren umístili pokladničky s dětskou kresbou klokánka. Vyjádřili tak svůj zájem o osudy týraných a opuštěných dětí, které jim nejsou lhostejné a jimž se alespoň touto formou snaží pomoci.

Výtěžek z pokladniček je určen Fondu ohrožených dětí na provoz zařízení Klokánek, kde týrané a opuštěné děti nacházejí pomoc a ochranu.

Šance pro poslance

V pondělí 15. června 2009 byla v prostorách Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR zahájena výstava, která trvala do konce měsíce. Prezentovala na 110 kreseb žáků a studentů základních a středních škol Středočeského kraje, které vznikly v rámci výtvarné soutěže, vyhlášené na podporu azylových domů Klokánek Fondu ohrožených dětí. Naši zákonodárci si tuto výstavu mohli nejen prohlédnout, ale zakoupením vybraných obrázků také podpořit uvedení azylová zařízení pro týrané a opuštěné děti. (TZ)

FOD v současné době provozuje sedmnáct Klokánek s celkovým počtem téměř 400 míst, jež jsou neustále plná. Ročně jde ale do kojeneckých a dalších ústavů stále okolo čtyř tisíc dětí. FOD by rád nabídl rodinnou výchovu mnoha dalším dětem, ale chybějí peníze. Roční náklady na jedno „klokání“ dítě nyní státní příspěvek pokrývá z necelých tří čtvrtin.



Klokánkovi do kapsičky

Projekt Klokánkovi do kapsičky, k němuž se na stránkách Časopisu českých lékárníků pravidelně vracíme, vznikl v roce 2004 z iniciativy samotných lékárníků. Za pět let vynesla sbírka úctyhodnou sumu 7 626 693 korun.

Partnerem projektu je Alliance Healthcare. Od března 2005 bylo v lékárnách, jež se do projektu zapojily, umístěno přes 450 pokladniček s logem klokánka. Tento obrázek najdete na kasičkách i na lékárnách, které projekt Klokánkovi do kapsičky podporují.

Benefice na zámku

V rámci benefičního koncertu na Trojském zámku převzala předsedkyně Fondu ohrožených dětí JUDr. Marie Vodičková symbolický šek na 1 022 185 korun. Tato částka představuje výsledek sbírky za posledních dvanáct měsíců.

Při benefici byly současně vydraženy kresby motivované Klokánky, vybrané z Velké výtvarné soutěže Středočeského kraje. Dražba vynesla 57 000 korun, z toho za 8 000 korun byla vydražena kresba „Klokánčí svět“ (autorka Alžběta Bergerová, 17 let, Gymnázium Beroun), za 19 000 korun „Klokání náruč“ (Eliška Kučerová, 16 let, Gymnázium Beroun) a za 30 000 korun „Plačící dívka u okna“ (Daniela Šimáčková, 16 let, SOŠ a SOU Lysá nad Labem).



Horní snímek: Předsedkyně FOD Marie Vodičková (uprostřed) se symbolickým šekem. Na dolním snímku Alžběta Bergerová z Gymnázia Beroun, autorka kresby „Klokánčí svět“.





Předchůdcem Hospitální řádu sv. Jana z Boha – Milosrdných bratří bylo laické bratrstvo ošetřovatelů nemocných, založeno Juanem Ciudadem (1495–1550) v roce 1537 ve španělské Granadě. V roce 1572 bratrstvo schválil papež Pius V. Společenství, žijící podle řehole sv. Augustina, se záhy rozšířilo v Evropě. Společenství povýšil na laický řeholní řád v roce 1586 papež Sixtus V.

Řádu byla v roce 1624 přiznána privilegia umožňující vybírání almužen, je proto řazen mezi žebravé (mendikantské) řády.

Kromě základních řeholních slibů chudoby, čistoty a poslušnosti skládají členové řádu Milosrdných bratří čtvrtý slib: slib hospitality, kterým se zavazují k stálému ošetřování nemocných, a to i za cenu vlastního života. Při jejich konventech byly po celé Evropě zřízeny nemocnice a lékárny, členové řádů se uplatnili také jako ošetřovatelé raněných a nemocných vojáků ve válkách.

Byli to vystudovaní lékaři, lékárníci, ranhojiči. V našich zemích působí od 17. století a do období osvícenských reforem zdravotnictví byli spolu s řádem alžbětinek jedini, kteří poskytovali kvalifikovanou péči o nemocné v lůžkových zařízeních.

Znak řádu tvoří z boku nakrojené granátové jablko vrcholící křížem a převýšené hvězdou, heslo *Per corpus ad animam* (Tělem k duši) vystihuje charitativní poslání řádu. Zakladatel společenství, Juan Ciudad, byl svatořečen roku 1690 jako svatý Jan z Boha a je uctíván jako patron ošetřovatelů nemocných a nemocnic.

Sídlem generálního převora řádu Milosrdných bratří je Řím. V roce 2008 měl řád celkem 1 232 členů. V současnosti vykonávají svou charitativní činnost na pěti kontinentech, ve dvaceti státech světa, ve více než dvou stech komunitách.

V Římě založili nemocnici v roce 1581, která byla v roce 1585 přestěhována na Tiberský ostrov, kde se nachází dodnes. Za papeže Pia IX. v roce 1874 byl řád Milosrdných bratří požádán tajemníkem Vatikánu, kardinálem Antonellim, o zabezpe-

tů-klientů. Je vyhledávána kvůli výrazně nižším cenám léků a doplňkového sortimentu ve srovnání s italskými lékárnami. Pacienti zde také mohou dostat na předpis léky těžce dostupné. Ze sortimentu lékárny chybějí kontraceptiva a léky s obsahem léčiv odvozených od obsahových látek konopí. Nabízejí ale široký sortiment potravních doplňků a kosmetických přípravků a též vlastní produkty Milosrdných bratří, např. anýzový likér, destilát z chinovníku anebo jemný parfém.

Vatikánskou lékárnu spravuje Hospitální řád sv. Jana z Boha

Mgr. Tünde Ambrus

čení provozu lékárny na území papežského státu. Prvním vedoucím Vatikánské lékárny (*Farmacia Vaticana*) byl dřívější hlavní lékárník lékárny na Tiberském ostrově, fráter Eusebio Ludvig Fronmen. Milosrdní bratři se natrvalo ve Vatikánu usadili v roce 1892. Původně malá lékárna, sloužící papeži a církevním hodnostářům, byla v roce 1929 přestěhována do většího a vhodnějšího prostoru do Palazzo Belvedere, kde se nachází dodnes.

V současnosti je Vatikánská lékárna (otevřena také veřejnosti) jednou z nejmodernějších lékáren světa. Jejimi dveřmi prochází denně kolem dvou tisíc pacien-



Vatikánská lékárna má více než čtyřicet pracovníků, z toho deset farmaceutů. Přibližně čtvrtinu kolektivu tvoří členové řádu, ostatní pracovníci jsou civilní. Na tom, že se Vatikánská lékárna stala moderní a proslulou, má velké zásluhy fráter Fabian Hynes (původem z Austrálie), který zde jako farmaceut působil od roku 1955. Od roku 1956 po dobu více než padesáti let ji vedl a sloužil celkem šesti papežům. Současným vedoucím Vatikánské lékárny a zároveň priorem vatikánského konventu je fráter Rafael Cenizo Ramírez.

(Literatura u autorky)

Ilustrace: znak řádu Milosrdných bratří (zdroj: www.oh-fbf.it)

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

Z historie řádu Milosrdných bratří v našich zemích

Povoláním znalcem historie řádu Milosrdných bratří v českých zemích byl již zesnulý spolupracovník redakce RNDr. PhMr. František Fröml, který je autorem následujících řádků:

Dnešní multivitaminové preparáty se stopovými prvky, slibující širokou indikační paletu, jsou provázeny bohatou a pestrou propagací. Milosrdní bratři měli svůj „tajný“ všelék již v 18. století a k němu dokonce i reklamu. V prostějovském okrese se zachoval starý leták – možno-li to tak nazvat – o rozměrech 16 x 21 cm, tištěný švabachem na ručním papíře v jazyce českém i německém. Náklady na vytištění nebyly jistě nízké, proto Milosrdní museli určitě dobře zvažovat kde, ve které rodině, mají tuto „reklamu“ zanechat. Jejich kolektoři čili sběrači chodili tehdy po

městě a hlavně po venkově sbírat almužny, u sedláků pak především potraviny pro udržení chodu kláštera. Přitom uplatňovali propagaci svých pilulek a kde byl předpoklad, že se to vyplatí, tam plakátek zanechali.

Jejich „všelék“ nesl název *Pilulae Nobiles*, tedy pilulky kvalitní, na rozdíl od *pilulae ordinarii*, tedy obyčejných. Nebyl sice určen pouze pro „nobiles“, šlechtice, ale šlo o lék lepší, kvalitnější, a proto i tolik (25) ingrediencí. Jedna libra (420 g) „massy“ těchto pilulek stála 100 zlatých, takže lék byl značně drahý. Blížil se tzv. *theriakum* neboli *dryákum* (všelékům). Tomu odpovídala i široká indikační paleta. Ke zvýšení psychického účinku přidávali Milosrdní k „záračným“ pilulkám i návod „o jejich moci“ a „způsobu jejich užívání“ vyhotovený opět česky i německy. (aččl)

VAŠE LÉKÁRNA VČERA A DNES:

U Bílého lva

Dne 12. října 1872 koupili Jan Ullman s chotí Matildou lékárnu v Příbrami. Založili tak rodovou linii lékárníků. V roce 1897 lékárník Ullman umírá a lékárnu dědí jeho dcera Helena, provdaná za MUDr. Antonína Pokorného, primáře příbramské nemocnice. Předurčený dědic lékárny Ph.Dr. et Ph.Mr. František Pokorný, syn majitelky, se ale věnoval spíše dráze vědecké. Předčasně zemřel v roce 1918 a zanechal po sobě čtyřletého syna Martina. Proto majitelka lékárny Helena Pokorná lékárnu až do 31. prosince 1938 pronajala lékárníkovi Václavu Holému.

Dne 1. ledna 1939 se po ukončení studia

Vážení čtenáři, v ČČL bychom rádi představovali historii českého lékárenství prostřednictvím vašich vzpomínek, zápisů, starých i současných fotografií. Mnozí z vás jsou pokračovateli rodových tradic, lékárníky byli vaši prarodiče i rodiče. Někteří z nich lékárny vlastnili, pak o ně přišli. Dnes je provozujete na stejném či jiném místě, často s původním názvem. Napište nám o osudech své rodiny! Přivítáme i materiály každého, kdo má vztah k historii, hodně toho ví o lékárně, kterou provozuje nebo v ní pracuje, a chce se svými poznatky seznámit široký okruh kolegů a kolegů.

její vnuk Ph.Mr. Martin Pokorný a jeho žena Ph.Mr. Vilma Pokorná (rozená Šafránková) ujímají lékárny už jako čtvrtá generace jedné rodiny. Pracovali zde oba a vychovávali aspiranty až do znárodnění lékárny, poté už v Lékárně U bílého lva Ph.Mr. Martin Pokorný nesměl pracovat. Lékárna byla znárodněna v roce 1950 a její správu převzala krajská správa lékařů. Barokní nábytek, veškeré rodinné lékárenské sklo, stojatky s historickou hodnotou

a jiné lékárenské potřeby byly rozbity. V lékárně se ocitl nový dobový sektorový lékárenský nábytek a sklo. Později přešla lékárna do vlastnictví Mediky a v roce 1967 se stala majetkem OÚNZ Příbram.

Přestože v roce 1939 byl dům s lékárnou pečlivě a nákladně rekonstruován a ještě statické posudky na dům č.p. 123 nepovažovaly demolici za nutnou, dům byl zbourán. Starobylý dům s lékárnou vedle kostela svatého Jakuba na náměstí byl nahrazen neosobní budovou, která sice odpovídala stávající platné typizační směrnici, ale z celé lékárny dýchá uniformita a formálnost a po příjemném a intimním interiéru nezbylo ani stopy.



Lékárna U bílého lva v Příbrami, na dolním snímku vchod do dnešní Lékárny U Bílého lva v Říčanech u Prahy, vpravo sám majestátní strážce bezpečí pacientů a prosperity majitelů.



Minulému režimu se sice podařilo zničit historickou hodnotu lékárny „U bílého lva“, ale nepodařilo se mu přerušit rodovou linii lékárníků ze staré příbramské rodiny. Dcera manželů Pokorných, Mgr. Eliška Bartková je už pátou generací lékárníků, její dcera PharmDr. Lucie Nedopilová se svým manželem Mgr. Alešem Nedopilem provozují Lékárnu U Bílého lva v Říčanech u Prahy a věří, že přinejmenším jeden z jejich potomků bude sedmou lékárnickou generací v tomto rodě. **(red)**

Zdroje: archivy rodiny a redakce

VÝZNAMNÁ JUBILEA

červenec 2009

75 let

RNDr. Jaromír Murcek (OSL Ostrava)

60 let

PhMr. Miroslava Bláhová (OSL Písek)
 Mgr. Alena Butulová (OSL Vyškov)
 Mgr. Miroslava Čípová (OSL Liberec)
 PhMr. Margita Hronová
 (OSL Ústí nad Labem)
 PharmDr. Drahoslava Kamlerová
 (OSL Kladno)
 PharmDr. František Koupil
 (OSL Šumperk + Jeseník)
 PharmDr. Šárka Pavlisková (OSL Ostrava)

srpen 2009

75 let

RNDr. Jindřiška Vaiglová (OSL Kladno)

70 let

Mgr. Věra Nekvindová (OSL Hodonín)
 RNDr. Hana Walterová (OSL Pardubice)

60 let

Mgr. Jarmila Berková (OSL Ostrava)
 Mgr. Ludmila Festová (OSL Jičín)
 RNDr. Hana Fraenklová (OSL Pardubice)
 PhMr. Alena Hájková (OSL Litoměřice)
 Mgr. Blanka Matznerová
 (OSL České Budějovice)
 Mgr. Hedvika Raiterová (OSL Česká Lípa)
 RNDr. Petr Strejček (OSL Liberec)
 RNDr. Milada Šindlerová, CSc. (PSL)
 RNDr. Miroslav Tichý (OSL Kolín)

Upřímně blahopřejeme!

(člk)

XXV. Lékárnické dny

Na téma Farmakoterapie v dětském věku, Současné lékárenství se od 2. do 4. října 2009 budou v Litoměřicích konat XXV. Lékárnické dny.

Registrační poplatek pro členy ČFS je 600 Kč, pro nečleny ČFS 1 000 Kč, platí se na místě.

Aktuální informace a přihlášky on-line najdete na stránkách www.pharma-apatykar.info a www.cfs-cls.cz. (red)

ČFS ČLS JEP

Spolek moravskoslezských farmaceutů
 pořádají

LXXVI. přednáškový večer

Uskuteční se 9. září 2009 v 18.30 hodin
 ve velkém sále Domu techniky
 v Ostravě-Mariánských Horách.

Téma: Efektivní komunikace
 při expedici

Přednáší Mgr. Alexander Tomeček

5 bodů

Ad ČČL 6/2009: „Žádné pochybnosti před pacientem!“

Zásadně nesouhlasím! Proč?

Po přečtení červnového čísla Časopisu českých lékárníků nemohu nezařagovat na článek Mgr. Hojného s názvem „Žádné pochybnosti před pacientem!“, se kterým zásadně nesouhlasím. Naší funkcí jako lékárníků je skutečně na prvním místě chránit zdraví pacienta a opravdu si myslím, že jsme - anebo bychom měli být (!) – natolik kvalifikovaní, abychom byli schopni zhodnotit účinnost pacientovy terapie.

V okamžiku, kdy se náš názor na terapii (samozřejmě vycházející z poznatků vědy či dostatečných klinických zkušeností) zásadně rozchází s názorem lékaře a situace neumožňuje domluvit se s lékařem na změně terapie, považují naopak za svou povinnost informovat pacienta, že s lékařem nesouhlasím. Způsobů jak to pacientovi sdělit je jistě celá řada a záleží na vážnosti problému a na asertivitě lékárníka, jak se k dané situaci postaví. Považuji ovšem za naprosto neadekvátní označovat intervenci lékárníka do pacientovy terapie zpochybněním její účinnosti za hanění lékaře. A nemohu uvěřit, že jsme nabádáni k tomu, abychom nadřadili rozhodnutí lékaře nad naše poslání chránit pacientovo zdraví!

V článku Mgr. Hojného mě zarazilo souvětí, že „...se pacient v lékárně dozvěděl, že lék předepsaný mu lékařem nemá užívat, protože je neúčinný, nešlo tedy o případ chybné preskripce“. Pokud pacient užívá pro něho neúčinný preparát a je tak zbytečně vystaven ať nežádoucím účinkům, lékovým interakcím, nebo dokonce selhání terapie v důsledku upřednostnění tohoto preparátu nad jiným, podle mého názoru se o chybu v preskripci jedná.

Mgr. Hojný lékárníky v jedné větě označuje za kolegy lékařů, aby následně magistry a doktory farmacie degradoval do po-

zice nedostatečných odborníků na farmakoterapii, kteří musí respektovat rozhodnutí lékaře za každou cenu, a to i přesto, že jsme často ti jediní a poslední, kteří pacientovi coby laikovi mohou poukázat na neadekvátnost terapie...

Dovolím si uvést jen jeden příklad ze své praxe nemocničního lékárníka. Tehdy jsem dokonce pacientovi vymluvila užívání antibiotik, předepsaných lékařkou na pohotovosti, protože jsem zjistila, že tento pacient má diagnostikovaný pásový opar. Odeslala jsem ho na pohotovost kožní kliniky, kde lékařka potvrdila, že se skutečně jednalo o pochybení lékaře v nasazení neúčinné antibiotické terapie při virotické infekci.

Ano, pane magistře, dovolila jsem si pacientovi sdělit, že nemá předepsaný lék užívat, protože je v jeho indikaci neúčinný, a přestože se jistě v té chvíli jednalo o mé subjektivní hodnocení situace vyplývající z omezeného množství informací, které jsem měla k dispozici, dovolila jsem si zpochybnit rozhodnutí lékaře a udělala jsem tak určitě mnohem víc pro ochranu zdraví pacienta, než bych udělala, kdybych se smířila s tím, že „...je naší povinností názor lékaře před jeho pacientem respektovat“.

A ujišťuji vás, že jsem pro pacienta rozhodně nebyla drzým lékárníkem!

Mgr. Jitka BAČOVÁ

Hledání odpovědi v otevřené diskusi

Karcinom děložního hrdla je v celosvětovém měřítku druhým nejčastějším nádorem u žen. V České republice tímto druhem rakoviny onemocní každý rok více než jeden tisíc žen. Boj proti této nemoci je jednou z priorit ministerstva zdravotnictví.

V loňském roce spustilo celorepublikový screeningový program zaměřený na její včasný záchyt a proběhla rovněž certifikace cytologických laboratoří, které smějí zpracovávat odebrané vzorky.

„V několika zemích Evropy již probíhá plošné očkování dívek proti karcinomu děložního hrdla. Cílem všech diskuzí by mělo být i nalezení odpovědi na otázku, zda má takovéto očkování z farmakoekonomického pohledu smysl rovněž v České republice,“ vysvětluje ministryně zdravotnictví Dana Jurásková.

Rakovina děložního čípku představuje obrovskou zdravotní, psychickou a sociální zátěž pro každou ženu. Podle údajů WHO na ni každoročně zemře 270 tisíc žen a každý rok je diagnostikováno asi 500 tisíc nových případů onemocnění. V Evropě každým rokem přibývá 60 tisíc žen s rakovinou. (dop)

Za starých časů u Alžbětinek v Praze

Známost o dobrých výsledcích ošetrovatelských v pražském špitálu Sv. Alžběty šířila se již od jeho založení r. 1772, neboť již tehdy – dle dochovaných záznamů – Alžbětinky pouštěly žilou, sázely baňky, tahaly zuby a pod. Léky se připravovaly dle lékařských předpisů a dle tehdejší vědy ve vlastní lékárně klášterní od sester lékárnicky vycvičených. Později nové výborné pověsti získaly léky, jež jen u nich se vyráběly, jako na př.: prášky proti kašli (prý dle předpisu prof. Hamerníka), náplast proti neuralgiím, ibišové pokroutky proti katarhům hltnu atd.

Vzhled tehdejší lékárny byl malebný. Kulaté modré nádoby stály v řadách na policích, majíce jako vojáci přes hrud' bílý pás s červenými nebo černými písmeny, jež hlásala latinským jménem jejich obsah.

Nad expedičním stolem visela v barokovém stojanu s umělecky zpracovanou mříží skupina vázek a kosti mořských ryb. Dosud zachovalo se dřevěné poprsí Spasitelova, jež stávalo pod tímto stojanem, a jež má tu zvláštnost, že v krajině hrudní rány na tomto poprsí Spasitelově se skrývá malá schránka, ku předu se otvírající. Účel její není znám; jest však domněnka, že při expedici léky kladly se ze zadu do oné schránky a vydávány ze předu procházely ranou Spasitelovou, jakožto posvěcené k úlevě trpících věřících.

Dle paměti starších sester a jak jim to vyprávěly jejich předchůdkyně, vylíčíme obvyklý postup léčebný.

Od XVIII. století do první polovice XIX. století určila se dle lékařského dobrozdání pro každý den jedna medicína pro všechny nemocné. Strídal se tu postupně odvar heřmánku, květu lípového, bezového, pýřavky atd., jenž se podával po celý den každou hodinu.

Ráno o půl šesté, ještě před lékařskou visitou, dostávaly všechny nemocné koflík ibišového thé, slazeného sladkým dřevem. Kašlavé nemocné si to libovaly, ale ostatní byly rády, když r. 1875 primář Hofman, později dvorní rada ve Vídni, zavedl ranní kávu s mlékem.

Záznamů o výši horečky, tepu, o množství moči atd. nemusely sestry tehdy konati. Výši horečky rozpoznával lékař, vloživ dva prsty do důlku krčního.

Přišla-li nemocná s bolestmi v krku – anginou, dostala nejdříve dávidlo „Brechmittel“, 1 gr. kořene Ipecacuanhy, a hned na to velký hrnek nálevu heřmánku, asi 3/4 litru. Když se dostavil účinek a hleny se uvolnily, dalo se nemocné kloktadlo z odvaru šalvěje neb z vody smíšené s mlékem a solí. Při povlacích na mandlích vystříkával se hltan vápennou vodou. Kašlavým nemocným předepisovala se Mixtura oleosa ve velkém množství.

Při **zánětu plíc** pouštělo se žilou. Ještě se zachovaly příslušné nástroje, lancety, zvláštní přístroj, jenž stisknutím pružného péra prosekl žílu. Takový soubor byl umělecky proveden ve stříbrě a prakticky uložen v pěkném empirovém pouzderku z červené safianové kůže. Někdy se sázely „baňky“, zvané též „šrepy“ (Schröpfe). Byly to malé plechové kornoutky, které se ohřály nad svíčkou a přiložily nemocným na záda. Po jisté době vytáhl zředěný vzduch na kůži haematom. To byly tak zvané „suché“ baňky. „Mokré“ nebo „krvavé“ baňky lišily se tím, že na místech, kde se suché baňky přiložily, neb kde se chtěly přiložiti, rozsekla se kůže oním přístrojkem na několika místech a vytáhlo se z ní něco krve. Tím způsobem prý odešla „nezdravá“ krev z těla. Poranění kůže léčilo se pak s unguentum simplex. Při bolestech na hrudi přikládaly se obklady

z kaše bezového květu, pšeničných otrub neb tak zv. křenové placky.

Při **zácpě** musely nemocné požívat marmelády, zvané „latverky“, švestková povidla s praškovými listy Folia Sennae, Bac. Sambuci, Cremor Tartari a čistého medu.

Četné případy **reumatismu** léčily se takto: Při horečnatém pustilo se žilou. Nohy neb ruce masírovaly se po teplé koupeli opiovou mastí. Nato zabalily se klouby do koudele, v níž se nechaly do druhého dne, načež po teplém omýtí opakovala se tato procedura, až nastalo úplné vyléčení. Při tom se pil odvar ze Stipitum dulcamarae a později roztok chininu.

Při **bolestech dnových**, různých neuralgiích a při chronickém reumatismu s oblibou přikládala se na bolestivá místa náplast, zvaná „Wunderpflaster“, jež se ponechávala působiti až 14 dnů. Předpis její zněl: Ol. olivarium 2 libry, Cerum 1 libra 6 lotů, Minium 28 lotů, veta a mýdla po 6 lootech. Tato směs se vařila dohromady celý den na dřevěném uhlí za stálého míchání.

Vědy bércové léčily se cestou zevní i vnitřní. Vnitřně podporováním stolice, aby se „vyčistila“ krev. Nemocné musily užívat jeden týden prášek z červených korálů a živočišného uhlí, druhého týdne směs živočišného uhlí a síry (Flores sulphuris a sacchar. lactis). Mimo to podávala se po kapkách (30 – 60 kapek denně) odporná směs z Asa foetida, Galbanum, Foeniculum a lihu.

Zevně upotřebovaly se masti z loje a sádlu, později z Hydragryrum praecip. rubrum aa. Na gangrenosní vědy osvědčoval se t. zv. „Kampferschleim“, emulze z kafru, lihu a gummy.

Na **bolavá kolena** (Bursitis praepatellaris) dělaly dobře kaše z Foenum graecum, až zduřením změklo a prasklo.

Proti **otokům na tváři**, přidruženým k zánětům okostice, jež se přičítaly „průvanům“, natíraly si pacientky, zduřením tváře o hezký vzhled připravené, kůži nad otokem t. zv. Alžbětinskými kuličkami, jež měly tuto skladbu: Creta communis, Cerussa venetiana, Camphora. Pacientky takto natřené vypadaly s běloskvoucími lícemi jako clowni v cirku velmi žertovně.

V minulých stoletích navštívily nemocnici Alžbětinek různé epidemie jako: chřipka, tyfus, neštovice, cholera.

Praktický lékárník, červenec 1934, str. 200

O tom, co dokáže správná expedice

Tyto dny se vrátil ze své dovolené můj přítel, úředník. Užívá pilulky, které mu zhotovují na účet nemocenské pojišťovny. O své dovolené musil si je dát zhotovit ve svém rodišti. Slyšte jeho úsudek:

„Řeknu ti, kamaráde, pilulky jsou úplně stejné! Ať je děláš ty nebo u nás. Poznám to při stálém užívání dobře. Jen na míle je vidět rozdíl v úpravě a v jich vypravení. Ty mně je dáš do jednoduché, ale slušné růžové krabičky a zabalíš do pěkného bílého papíru. U nás mně je slečna v lékárně dala do dřevěné krabičky s promáčknutým dýnkem a zabalila do novinového papíru, jako krém na boty. Opakuji znovu, přesto že mám jakost pilulek stejnou, přece se mi lépe užívají ty od tebe. Dělá to úhlednější úprava, zvyšuje to důstojnost tvé lékárny. Připadá mi, jako by ten lékárník při vnější úhlednější úpravě dával do léků více lásky, více zdraví, více posílení. Vidím-li, že tvoje medicíny, mazání stejně zavazuješ pro členy nemocenských pojišťoven jako pro soukromníky, kteří hned platí, plně

to, ač úplný laik, schvaluji. Vyplatí se ti to. Odstraňuješ tak často mýlný názor pacientů, že se musí jinak předepisovati členům nemocenských pojišťoven a jinak soukromníkům.“

Praktický lékárník, červenec 1934, str. 217

Je něco shnilého v lékárnickém stavu

Navštívil jsem v těchto dnech t. zv. „Orientální trh“ v Hradci Králové, na němž byla také časová výstavka pod názvem „Povinná ochrana obyvatelstva před leteckými útoky“. Ta věc mě ovšem zajímala, neboť se o ní psalo v našich stavovských listech, kde se zvláště upozorňovalo, aby lékárnický stav, jakožto nejpovolanější, se snažil uplatnit v celé akci a dal k dispozici svoje zkušenosti, jakož i odborné vědomosti ve prospěch veřejnosti. Nešlo při tom snad ani o hmotný zisk, jako spíše o zisk morální a prestiž lékárnictví. Je to také zcela přirozené, že v celé té akci po stránce léčiv a léčebných pomůcek nejlépe se může uplatnit lékárník.

Nuže, jak se hradečtí lékárníci uplatnili, nejlépe je viděti na jmenované výstavě. Oni se totiž neuplatnili vůbec. Zato se tam uplatnili drogisté a to velmi účinně, jak po stránce obchodní (a to hlavně), tak i propagačně. Prostě o léky a obvažový materiál pro Hradec a okolí k účelům obrany obyvatelstva před leteckými útoky je již dostatečně postaráno bez lékárníků. Ti jsou úplně vedle, ačkoliv jich je v Hradci šest nebo sedm.

Nevím, jaké pocity měli kolegové, kteří náhodou výstavu navštívili, ale já jsem jasně cítil, že je něco shnilého v lékárnickém stavu.

Praktický lékárník, červenec 1934, str. 220

Věčné patálie s „všeumělci“ drogisty

Napsal MUDr. Jan Skála-Rosenbaum:

Drogistický zákon, který se chystá, nedá dobře spát drogistickým gremiím, které se ohražují a žádají, aby do jejich kompetence spadla skoro celá lékárna, a na druhé straně vidíme jejich hladovost, když se snaží podivnými doklady dokázat, že jsou také fotografové, pyrotechnici, čarostřelci, baby kořenářky a prostě, že jsou všeumělci, zatím co ten zatracený apatykář má vyšší vzdělání, a proto se právě k ničemu nehodí. A podívejme se, co tam říkají: ... a stávala by se tajnou apatykou ke škodě jak lékáren, tak konsumentů i jí provozujících magistrů farmacie... A tak se podívejme! Ona už asi by se tou tajnou apatykou stát mohla, ale kdyby – kdyby už jí dávno nebyla. Mám na to vzpomínku ze zášlých časů. Když jsem měl

dva dny před rigorosem z anatomie, dostal jsem průjmy (nikoliv strachem!) a byl jsem pozván k jednomu příbuznému, kde právě jsem se sešel s panem H., drogistou z inserce hojně známým. Přišla řeč i na moji dyspepsii, a pan H. předpokládá, že jsem jurista, vyrukoval s celou svojí farmakologickou slávou, a hned ordinoval, jenom ať prý si přijdu, že tinctura opii a ratanová mi jistě pomohou, a tak dále. Tak tedy, tohle byla ta tajná apatyka.

Jiný případ. Zastavím se v drogerii pana M. pro zubní pastu a vidím, že pan droguerist honem shrábl do kapsy nějaké papírky. Papírky se ale rozletěly a tu jsem mu pomohl je sebrat. Totiž aspoň ty dva, co průvan nesl přes pult ke mně. Byly to recepty, které jsem dopoledne toho dne předepsal v ordinaci, z toho ještě k tomu jeden na cocain.

Mohl bych ovšem vypravovat dále, ale stačí tyhle dvě ukázky. Kdo nevěří, ať to zkusí sám, však se přesvědčí.

Praktický lékárník, srpen 1934, str. 238

Kdyby prý byla lékárnická komora...

Nedostatek exekutivy jest prý neštěstím lékárnických organizací. Aspoň tak nedávno jeden lékárník trpce hořekoval. Kdyby prý byla lékárnická komora, která by měla exekutivu, hned by to bylo jiné. Takhle prý si dělá každý, co se mu zlíbí, a když pár chamtivců tropí nedovolené věci, padá stín na celý stav a nemocenské pojištění má zbraně v ruce a zcela právem poukazuje na rozličné nešvary, pro které bylo již prolito tolik inkoustu. Chyba jest v tom, že lékárnický tisk se ještě za pachatele postavil ve slepém stavovském nadšení – bohužel akademickém. Milí pánové a dámy! Nenaříkejte tak usedavě nad tím, že nemáte komoru! Že nemáte exekutivu! Vždyť zde je pomoc snadná. Zde vám dávám na ni rychle účinkující recept, způsob použití je tento:

Spojí se všechny složky lékárnického stavu v jednu mohutnou organizaci a zanechají principiálně všech vzájemných škodolibostí a třenic. Zakopavše takto válečný tomahawk vykourí si navzájem kalumet míru a řkouce třikrát uff! dají každý své organizaci bianco směnku, která bude potom tvořit podklad celé exekutivy. Organizace nejen že bude zlé skutky trestat finančně citelně použitím těchto směnek ale bude jí i sama předcházet, činíc preventivní prohlídky a všemožně podporujíc stavovskou čest a uvědomění. A tak myslím, že potom bude stav lékárnický mocným činitelem navenek a tuhou kázní stmelen dovnitř. Howk!

Praktický lékárník, srpen 1934, str. 239