

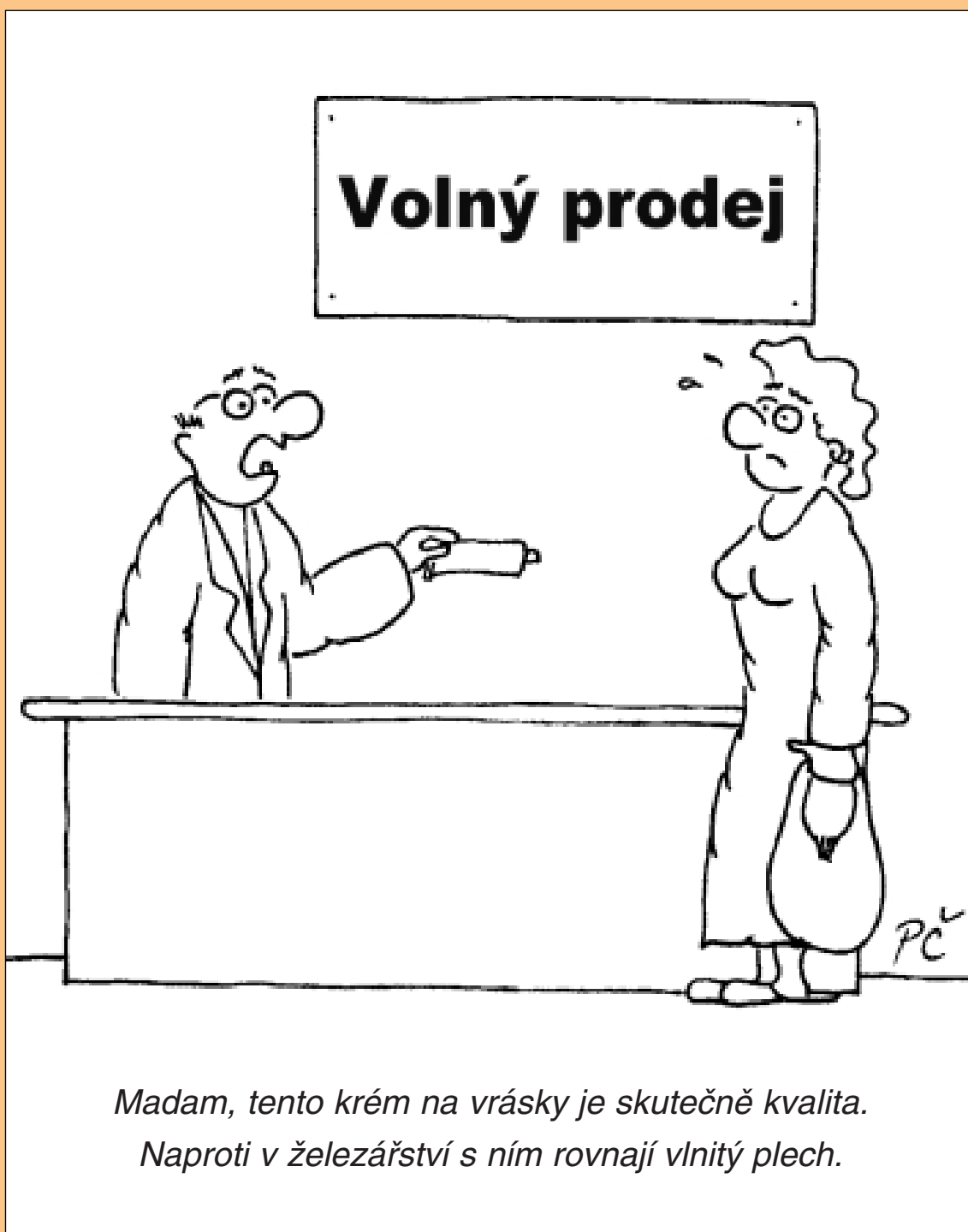
10/2008

ročník LXXX

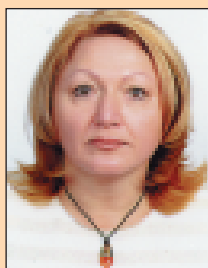
ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Ne, že by mi to chybělo, naopak! Ale je zajímavé, že v poslední době v novinách nikdo nerýpe do lékárníků. Taky jste si toho všimli? Častěji teď propírají lékaře, případy nesprávných léčebných postupů, popíjení v ordinaci době, případně její nedodržování, aroganci ve vztahu k pacientům a jiné prohřešky, které jsou pro novináře přímo vyhledávaným a vítaným námětem, pro škodolibé čtenáře tématem vždycky atraktivním.



Jeden redaktor mi nedávno řekl, že v určitém směru se s lékárníky spolupracuje lépe, než s lékaři. Lékárníci prý kritiku snáze přijmou, nebo ve skutečnosti možná nepřijmou, ale dovedou se lépe ovládat a hned tak neskloznou k vyhrožování soudem. Mnozí lékaři údajně na každou negativní zprávu reagují jako býk na červený hadr a když jim chybí argumenty, začnou si stěžovat, že jsou v neustálém stresu a jestli to tak půjde dál, odejdou do zahraničí, kde budou lépe zaplacení. V tom jim jejich vděční pacienti dávají zapravdu.

Faktem je, že v reakcích na kritiku jsou lékárníci o kus dál, než lékaři. Lékárníci si už obdobím neustálé kritiky prošli, naučili se nebrat ji na lehkou váhu a adekvátně na ni reagovat, zamýšlet se, kde mohli udělat chybu. Dříve než lékaři si uvědomili, že konkurence je velká, proto leckde prodloužili otevírací dobu, někteří dovážejí chronickým pacientům léky domů apod.

Na www.znamylekar.cz píšou pacienti své zkušenosti z ordinací. Stojí to za přečtení. Přes výše uvedené řádky – kdoví, jak by v podobném hodnocení dopadli někteří lékárníci?
Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda)

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuř, PharmDr. Dušan Holečko,

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

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

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.

A. Staška 80, 140 46 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C vložka 74194.

distribuce

SEVEROMORAVSKÁ DISTRIBUČNÍ, s. r. o.

Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

grafická úprava

Kateřina Vévodová

tisk

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 11/2008 – 3. listopadu 2008

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIC 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

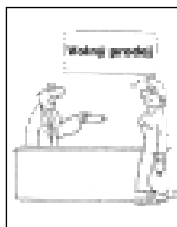
- **Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů)**
- **K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.)**
- **K příspěvkům přes 60 řádků NR požadujeme barevnou fotografii (stačí pasový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



obsah

Statistika nuda je – údaje ÚZIS za rok 2007	4
Zeptali jsme se	5
Ze zahraničních jednání v Basileji a v Kodani	6
V Praze se konala porada předsedů OSL	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Odborné semináře; OTC semináře; Interaktivní dispenzační semináře	10
Správné dispenzační minimum: Flukonazol	11
Semináře, které pořádá PHC	12
Diskuse, dotazníky a poděkování	13
Mám dost energie, abych dostal svým povinnostem	14
Tak to vidím já: Potřebujeme třetí kategorii léčiv?	16
Molekula měsíce: Icatibant acetát	17
Koordinace s GML je důležitá, avšak nikoliv limitující	18
Hlas z Hrobu	19
Persteril: Konzultujte každý nejasný předpis	20
Právní poradna	21
Nově registrované látky: Melatonin	22
Asistovaná reprodukce, terapie sterility (VI)	23
Diskutujme nad marží: Odměna, či trest?	24
Třísvezková publikace „Pokroky vo farmácii“	26
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Withania somnifera (L.)	28
Jak se pacient může naučit žít s cukrovkou	29
Přátelé ČFM tentokrát za krásami domova	30
Lumen a Luminare – receptáře z 15. století	31
Jak se psalo před 75 lety	32

titulní strana



Autorem kresleného vtipu na obálce časopisu je kolega Mgr. Petr Červený z Plzně.

Statistika nuda je – údaje ÚZIS za rok 2007



Úvodem je třeba říci, že v posledních letech je lékárenství (myšleno finanční toky, které přes lékárny procházejí) ve středu zájmu politiků. V uplynulých letech došlo několikrát ke změně regulačních mechanismů ovlivňujících spotřebu a náklady na léčiva. Jednalo se o snížení společné obchodní přírážky (SOP) a zpřísnění limitů pro předepisující lékaře za působení bývalého ministra zdravotnictví Davida Ratha.

Mgr. Martin Mátl

Tyto limity poměrně rafinovaně zvýšily spoluúčast pacientů, ačkoli politici se mohli holedbat, že díky snížení SOP vlastně léčiva zlevnili. V závěru svého působení na ministerstvu, poznamenaného vytvořením napjaté atmosféry v resortu, stihl bývalý ministr ještě zavést regresivní SOP, tj. princip, který se v regulaci cen léčivých přípravků uplatňuje dodnes. S příchodem ministra Tomáše Julínka po volbách v roce 2006 došlo v první řadě ke zklidnění poměrů. Začaly se připravovat zásadní a po dlouhé době koncepční změny v organizaci zdravotnictví. Tyto změny se ovšem do praxe začaly uvádět ve větší míře až od roku 2008, takže na jejich statistické zhodnocení si budeme muset ještě nějakou dobu počkat.

Z našeho pohledu bude zajímavé vyhodnotit dopad lišácky zamaskovaného zvýšení sazby DPH u léčiv a provázání tohoto jevu se zavedením regulačních poplatků a změnou průběhu degrese SOP. Dále nesmíme zapomenout na spuštění zcela nového způsobu stanovení ceny a úhrady LP, které se do budoucna nejspíše výrazně projeví v nákladech na léčiva a také v na-

ších tržbách. Ovšem při pohledu na aktuální politické dění se nelze ubránit dojmu, že i v příštích letech nás čeká vývoj spíše nepředvídatelný.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR pro většinu z nás představuje jednu ročně vytisknout z počítače přehlednou sestavu plnou čísel a přepsat ji do několika formulářů. Zhruba za půl až tři čtvrtě roku je k dispozici několik publikací plných grafů a nepřehledných tabulek, které se dají s výhodou použít např. do výroční zprávy. Je nad ambice autora tohoto článku přepisovat všechny uveřejněné informace, které jsou volně přístupné např. na www.uzis.cz.

Údaje o počtech pracovníků a zdravotnických zařízení

ÚZIS eviduje počty pracovníků přepočítané na pracovní úvazky. Oproti tomu ČLK vede seznam svých členů samozřejmě nepřepočítaný. Při porovnání těchto dvou statistik vidíme (GRAF), že zatímco počet členů ČLK každoročně vzrůstá přibližně o 200 členů, počet úvazků evidovaných ÚZIS osciluje okolo stále stejné hod-

noty. Jako jednoduché vysvětlení se nabízí mateřská a rodičovská dovolená a odchod do starobního důchodu. Pokud ale ještě porovnáme tyto údaje s údaji o počtu míst, kde se poskytuje lékárenská péče (lékárny a OOVL dohromady), nabízí se otázka, kdo v těchto lékárnách vlastně pracuje.

Celkový počet zařízení lékárenské péče uváděný ÚZIS je 2 743. Z toho je 2 520 lékáren a odloučených oddělení výdeje léčiv, 222 výdejen zdravotnických a potřeb a 1 zařízení ostatní (TABULKA). Při stanovení počtu lékáren vychází ÚZIS z informací krajských úřadů.

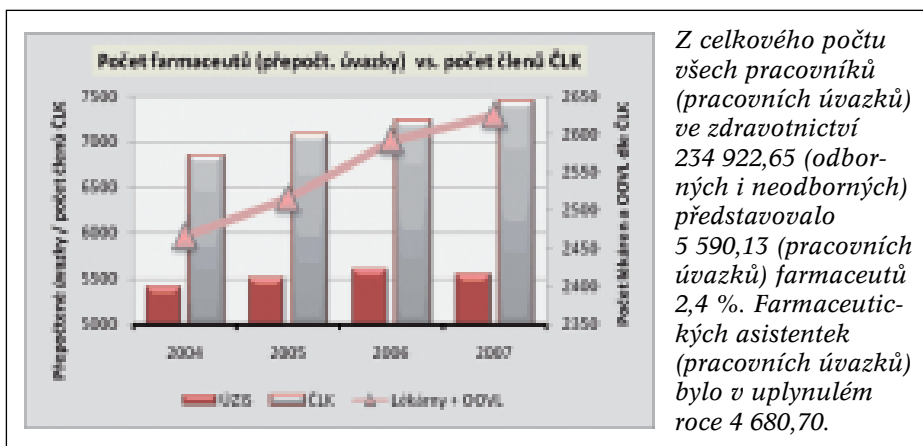
Počty zařízení lékárenské péče (zdroj ÚZIS)

Zařízení lékárenské péče	
CELKEM	2 743
Lékárny a OOVL	2 520
Výdejny zdravot. potřeb	222
Ostatní	1

Pro porovnání, evidence ČLK a INFO-PHARM uvádí téměř shodných 2 625 event. 2 624 lékáren a OOVL. Evidence ČLK je založena na sledování nově vzniklých a zaniklých lékáren, INFO-PHARM stanovil počet lékáren na základě údajů z distribučních společností o místech s ročním odběrem léčiv alespoň v hodnotě 5 000 Kč.

Tržby, počty receptů a doplátky

Celkové tržby zdravotnických zařízení lékárenské péče dosáhly po stagnaci v roce 2006 hodnoty 63,85 mld. Kč a meziročního nárůstu 6,5 % v roce 2007. Tržby 0,82 mld. Kč a největšího nárůstu (77 %) bylo dosaženo v kategorii „Tržby od ostatních odběratelů za léčiva a zdravotnické prostředky“, ty však nemají zásadní vliv na celkovou hodnotu tržeb, bude ale zajímavé sledovat, zda se v roce 2007 jednalo o náhodný jev, nebo jde o začátek dlouhodobějšího trendu. Pro nás asi nejzajímavější kategorie „Tržby od zdravotních pojišťoven za léčiva“ dosáhla hodnoty 32,22 mld. Kč a zaznamenala meziroční pokles o 2,5 %. Vzhledem k aktuálně dostupným informacím lze očekávat, že tento trend bude pokračovat i v dalším roce.



ZEPTALI JSME SE

Jaký máte názor na zavedení kategorie volně prodejných léčiv s omezením (OTC s lim)?

Tento pokles v tržbách lékárníků kompenzovaly doplatky ve výši 7,97 mld. Kč, což představuje nárůst o 21,9 % a tržby z volného prodeje ve výši 6,64 mld. Kč s meziročním nárůstem o 8,1 %. Tržby od zdravotnických zařízení za léčiva dosáhly hodnoty 10,26 mld. Kč a nárůstu 30 %.

V roce 2007 bylo expedováno 90 001 816 receptů, což je o 0,67 % více než v roce 2006. V 1 lékárně základního typu bylo expedováno průměrně 38 077 receptů, což je o 1,34 % více než v předešlém roce. V 1 nemocniční lékárně se průměrně vydalo 74 745 receptů, což je o 1,77 % méně než v roce 2006. Odlišný je také vývoj tržeb od zdravotních pojišťoven za léčiva podle typu lékárny. V lékárnách základního typu po výrazném poklesu v roce 2006 došlo v roce 2007 k nárůstu o 3,77 %. Průměrná tržba v 1 lékárně základního typu byla 11,71 mil. Kč. Oproti tomu v 1 nemocniční lékárně byla průměrná tržba 71,15 mil. Kč, což je o 19,1 % méně než v předešlém roce. Celkový pokles tržeb od zdravotních pojišťoven za léčiva v roce 2007 jde tedy na vrub nemocničních lékáren. S tím souvisí i pokles hodnoty léčiv na jednom receptu v nemocniční lékárně o 22 %, zatímco hodnota léčiv na recept v lékárně základního typu vzrostla o 6 %. Jako vysvětlení se nabízí dopad zavedení degressivní SOP.

Tržby od zdravotnických zařízení (ZZ) za léčiva vydávaná na žádanky zachovávají nárůst od roku 2005 a v roce 2007 dosáhly hodnoty 10,26 mld. Kč. Z pohledu rozdělení na nemocniční lékárny a lékárny základního typu je sice patrný rozdíl ve výši tržeb, ale trend vývoje je podobný.

Průměrný doplatek na 1 recept byl 87 Kč a průměrný doplatek na 1 obyvatele za rok byl 772 Kč.

Závěr

Jak již bylo poznamenáno v úvodu, od roku 2006 jsme každoročně svědky výrazných zásahů do regulačních mechanismů spotřeby léčiv. Přesto lze na základě předložených údajů pozorovat trend ve snižování tržeb od zdravotních pojišťoven za léčiva a ve zvyšování tržeb od zdravotnických zařízení za léčiva. Zatím zveřejněné údaje o spotřebě léčiv za letošní rok naznačují, že tento trend bude spíše posilovat. Zároveň se zvyšují tržby za doplatky a za volný prodej. Dochází tedy ke zvyšování spoluúčasti pacientů.



Mgr. JAROSLAVA KLAPUCHOVÁ
Lékárna Magnus, Vrbno pod Pradědem

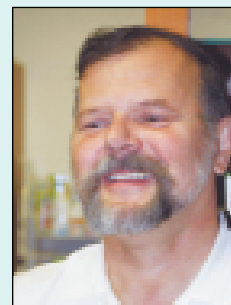
Úvodem bych chtěla připomenout, že absolvování studia na farmaceutické fakultě se lékárník stává odborníkem, který je nejen oprávněn zacházet s léčivy, ale zná dávkování, interakce, vedlejší účinky. Kategorii OTC s omezením vítám v případě výdeje léku již dříve předepsaného lékařem.

V době poskytování elektronických informací by neměl být problém nahlédnout do záznamů o dosažené farmakoterapii pacienta a vydat lék zapomenutý doma – například při návštěvě či pobytu v lázních – nebo když lékař čerpá dovolenou. Samozřejmě, že tomuto výdeji předchází rozhovor, při kterém lékárník zjistí, zda může odpovídající lék pacientovi vydat.

Mgr. ZDENĚK JAMBOR
Lékárna Aura, Zlaté Hory

Jsem každopádně pro, i když vím, že mnozí kolegové vyjadřují z tohoto vývoje obavy. Zavedením kategorie volně prodejných léčiv s omezením by lékárníkům přinejmenším ubylo dilemat, zda pacientovi vydat, nebo nevydat přípravek, který potřebuje třeba proto, že si jej při cestování zapomněl vzít s sebou, nebo pro momentální nedostupnost příslušného lékaře.

Bude-li vše důkladně promyšleno a předepsáno ve formě jasných pravidel, určitě se není čeho obávat. Jsem přesvědčen, že možnosti, které zavedení této kategorie nabízí, by obzvláště ocenili kolegové z odlehlejších oblastí, poněvadž by to usnadnilo život mnoha jejich pacientům.



PharmDr. DRAHOMÍR TOMAS
Lékárna U Divadla, Jeseník

Spíše než zavádění nové kategorie přípravků tak, jak její filozofii představuje v komentáři Státní ústav pro kontrolu léčiv na svých stránkách, bych uvítal rozšíření skupiny přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis. A tuto novou skupinu „přípravků s omezením“ bych uvítal jako nastolení pravidel pro výdej léčiv v mezních situacích, kdy například pacient na dovolené zapomene léky doma, lékař je nedostupný a podobně.

Podle současných pravidel mu ty léky, které jsou pro jeho zavedenou terapii nezbytné – a ne vždy jsou to všechny, které má předepsané – nesmíme prodat. Myslím, že pokud by tato kategorie byla takto představena hned na počátku, byla by diskuse možná věcnější.



Fotografie: Vladimír Vrbovský

ZASEDALO PŘEDSTAVENSTVO ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

Kuks, 30. srpna 2008

PŘEDSTAVENSTVO
ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

- diskutovalo nad návrhem SÚKL o obecných kritériích pro zařazování léčivých přípravků do kategorie OTC s omezením (třetí kategorie) a připomínkami, které vypracoval Mgr. Hojný. Hlavní připomínky k předloženému návrhu se týkaly mimo jiné doplnění přípravků a potřeby otevřít diskusi na téma úhrady výkonu lékárníka u OTC s omezením (kategorie přináší jednak snížení nákladů prostředků z veřejného zdravotního pojištění, jednak vyšší časové zatížení expedujícího lékárníka). Na sjezd delegátů bude k diskusi na dané téma pozván zástupce SÚKL.
- prodiskutovalo návrh na změnu struktury členských příspěvků a dospělo k částkám ve výši 3 000 Kč u řádného členského příspěvku a 1 500 Kč u redukovaného členského příspěvku.
- schválilo formát Výroční zprávy ČLK 2007, finální podobu a rea-

lizaci ponechalo v gesci Mgr. Mátlu.

- projednalo program porady předsedů OSL 27. září v Praze.
- vzalo na vědomí návrh dokumentů pro XVIII. sjezd delegátů ČLK.
- bylo informováno o vyhodnocení výběrového řízení na programátora. Uskuteční se schůzka s tvůrcem současné členské evidence – firmou Ecommu.

LEGISLATIVA

- **Cenový předpis:** Vyjádření přišlo pouze od SÚKL, ministerstvo zdravotnictví zatím neodpovědělo; stanovisko bude zveřejněno až po odpovědi MZ ČR.
- **Formuláře Rp. ve spolupráci s GML:** Přes opakované urgencye zatím žádné materiály týkající se Rp. nedošly, nebyly ani potvrzeny navržené termíny pracovní schůzky.
- **Vyhláška PVT:** Představenstvo navrhuje požádat ministerstvo zdravotnictví o odklad a jednoznačné metodické pokyny; připomínky odeslat až po poradě předsedů OSL.

Praha, 9. září 2008

PŘEDSTAVENSTVO
ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY

- pokračovalo v diskusi na téma třetí kategorie. Vzhledem k uvolnění léčivých přípravků do této kategorie byla diskutována časová zátěž lékárníků (vyplňování dotazníků, konzultační činnost apod.). Jedním z návrhů je zahrnout tyto služby do připravovaného Katalogu služeb. V této souvislosti představenstvo uložilo Mgr. Hojnému vypracovat seznam výkonů lékárenské péče s doporučenou minimální taxou.
- diskutovalo nad otázkou naturálních rabatů. Konstatovalo, že není možné rozpočítávat naturální rabaty u regulovaných přípravků a navrhlo postupovat podle doporučení SÚKL s tím, že jiné postupy jsou spojené s rizikem postihu ze strany kontrolních orgánů. O dalším postupu představenstvo rozhodne až po vyjádření ministerstva zdravotnictví.
- vyslechlo informaci právního zástupce komory Mgr. MUDr. Maršíka k vyhlášce o personálním a věcném vybavení. (člk, čcl)

Podrobné zápisy z těchto jednání najdete na www.lekarnici.cz

Ze zahraničních jednání v Basileji a v Kodani

Basilej: Mezinárodní kongres FIP

Hlavním tématem 68. mezinárodního kongresu farmacie a farmaceutických věd FIP (Mezinárodní farmaceutická federace) konaného 29. 8. až 4. 9. byla transformace lékárenské praxe v měnícím se světě. Jako individuální člen sekce veřejného lékárenství jsem měl možnost zúčastnit se všech sympozií, pracovních skupin a jednotlivých přednášek souvisejících s budoucím vývojem veřejného lékárenství a postavením veřejného lékárníka v systému zdravotnictví.

Kanadský národní strategický projekt Blueprint představila Janet Cooperová. Podílejí se na něm Kanadská

asociace lékárníků, farmaceutické fakulty, asociace majitelů lékáren, a také kanadská vláda. Devadesát procent účastníků projektu se shoduje na tom, že profese lékárníka potřebuje změnu. Systém veřejných lékáren v Kanadě prochází nyní nelehkým obdobím a lékárenská péče se výrazně mění.

V poslední dekádě je v Evropě jasný trend směřující k liberalizaci podmínek pro vlastnictví, pro vznik nových lékáren, či stanovení cenotvorby a systému odměňování lékáren v jednotlivých evropských zemích. Například Norsko je vystaveno tlaku tržního prostředí bez známek regulace, což tam vede k poměrně rychlému vzniku řetězců a následně vytvoření monopolního prostředí. Na druhé straně je například ve Švédsku vlastnictví lékáren plně pod kontrolou státu a proces pri-

vatizace začne teprve v létě příštího roku.

Prezident PGEU John Chave mj. připomněl, že Evropská komise žaluje pro porušení základního principu evropské smlouvy před Evropským soudním dvorem jednotlivé vlády Itálie, Španělska, Rakouska a Francie, ve druhém případě vlády Německa, Portugalska a Bulharska. Komise před soudem tvrdí, že omezení vzniku nových lékáren a omezení vlastnictví lékáren je v přímém rozporu s fungováním EU, a tím je volný pohyb kapitálu. Je zřejmé, že omezení vlastnictví lékáren jen pro lékárníky před Evropským soudním dvorem neobstojí a národním vládám zůstane pouze legislativní možnost regulace vzniku nových lékáren.

Prezident PharmaSuisse association Marcel Mesnil hovořil o švýcarském

modelu lékárenské péče. Ve 13 z 26 kantonů může léčiva vydávat lékař ve své ordinaci. Působí zde zhruba 80 zdravotních pojišťoven a veřejné (řetězcové a nezávislé) lékárny se rozdělily na ty, které se orientují pouze na poskytování slev (chovají se obchodně) a na ty, které poskytují pacientům placené přidané služby.

Jeden den kongresu byl věnován současným a budoucím trendům ve veřejných lékárnách. Jsme svědky měnicího se pohledu na klasifikaci léčiv především s důrazem na změnu výdeje léčiva na recept a přesun do kategorie OTC či do tzv. třetí kategorie, výdeje léčiva s omezením nebo povinnou konzultací lékárníka. Je to vyvoláno tlakem farmaceutických firem i plátců trvajících na zachování stávajícího objemu vynakládaných veřejných prostředků ve zdravotnictví a rostoucím zájmem pacientů o samoléčení. Změny provázejí také oblast distribuce léčiv, a to tzv. přímá distribuce na zákazníka, případně cílené obcházení vybraných lékáren v zásobování léčiv některými distributory a také internetový prodej léčiv (v USA 20 %, v Evropě 3 % z celkového objemu prodaných léčiv).

Kodaň: Zasedání EuroPharm Fora

Letošní pravidelné zasedání EPF (2.–3. 10.) bylo výroční a zároveň volební. Odstupující prezidentka Lise Eriksem z Norska představila aktivity evropské organizace za dobu svého působení ve funkci. Následovalo hlasování o statutu EPF, kde zůstal zachován princip maximálně dvou funkčních období prezidenta i členů výkonného výboru a byl představen model rotujících členů výkonného výboru. Znění statutu EPF bylo schváleno jednoduše.

V rozpravě o návrhu rozpočtu na příští rok se otevřela výměna názorů k důvodům zvýšení členských příspěvků podle kategorie členů. Pro kategorii Bx (Maďarsko, Česko, Slovensko) byly stanoveny příspěvky 3 600 Eur za rok členství (pro kategorii A – Německo, Francie, Itálie, UK, Španělsko je příspěvek zvýšen na 13 700 Eur).

Pro všechny delegáty bylo velkým zklamáním zrušení členství Německem a Rakouskem, a to z důvodu pro-

bíhající žaloby podané Evropskou komisí na jednotlivé vlády těchto zemí pro porušení vnitřní směrnice o volném pohybu zboží, služeb a kapitálu. Zástupci obou organizací podle vyjádření Karin Graf (viceprezidentka ABDA) tím dávají najevo určitou formu nátlaku proti postupu Evropské komise a zastávají názor, že omezení vlastnictví lékárny jen na lékárníka je rozhodující pro poskytování správné lékárenské péče. Dále řekla, že vláda přesvědčí Evropský soudní dvůr o správnosti omezení vlastnictví lékáren jen pro lékárníky. Rozpočet EPF se tak bude muset obejít bez příspěvků těchto dvou zemí i bez příspěvku Litevské lékárnické komory, které se nedostává finančních prostředků.

Nic se nemění na další úzké spolupráci mezi EPF a WHO v začleňování jednotlivých programů a projektů (boj s obezitou, kvalita života stárnoucí populace v Evropě atd.).

Do čela EuroPharm Fora byl tajným hlasováním zvolen T. Tromp z Holandska.

Mgr. Marek HAMPEL
člen představenstva ČLK
předseda představenstva GML

V Praze se konala porada předsedů OSL

V Praze se 27. září uskutečnila podzimní porada předsedů okresních sdružení lékárníků. V kongresovém centru City přivítal přítomné člen představenstva České lékárnické komory Mgr. Aleš Krebs, který také jednání moderoval. Jako host z ministerstva zdravotnictví se později dostavil PharmDr. Pavel Šroub, ředitel odboru farmacie.

Vladimír Vrbovský

Úvodní prezentaci na téma „ČLK v roce 2008“ přednesl prezident komory Mgr. Stanislav Havlíček. Jako podstatné vyzdvihl, že došlo k legislativnímu posílení lékáren coby odborných zdravotnických zařízení, a připomněl, že ČLK je instituce zastupující všechny lékárníky tak, aby jejich hlas bylo lépe slyšet. Upozornil rovněž na hlavní cíle směřování komory, formulované na předcházející (únorové) poradě předsedů okresních sdružení a spočívající v orientaci činnosti ČLK na lékárníka jako nositele odbornosti, nalezení nového modelu odměňování lékáren s důrazem na ohodnocení dispenzační a konzultační činnosti, dále v aktivizaci práce okresních sdružení (zejména Praha, Plzeň, Brno) a v zapojení regio-

nálních mluvčích do PR. Smyslem současné práce v oblasti PR je pravdivé a otevřené informování vně i uvnitř ČLK s maximální snahou omezit konfrontace prostřednictvím médií. Z dalších cílů zdůraznil etiku odborných činností, např. generické substituce, zvyšování odbornosti farmaceutů a farmaceutických asistentů i celokomorovou diskusi k vnitřním stavovským předpisům. V závěru prezentace zazněly otázky k zamýšlení: Kam směřují lékárny? Kam má směřovat ČLK? Máme odhodlání k odvážným rozhodnutím? Kde skončíme, když odhodlání nenajdeme?

Člen představenstva ČLK PharmDr. Stanislav Rován prezentoval návrhy změn řádů ČLK, určené k projednání na listopadovém sjezdu delegátů ko-



mory, a sice organizačního a jednacího. Tyto změny vypracoval již předem společně s Mgr. Markem Hampelem, nebyly však před poradou předsedů OSL umístěny na web komory. Nad návrhem změn vnitřních stavovských předpisů představenstvo na svém zasedání absolvovalo pětihodinovou debatu.

Pokračování na str. 9

Světový den antikoncepce v lékárně IKEM

Světový den antikoncepce je mezinárodní osvětový program zaměřený na zvýšení povědomí o antikoncepci a na zvýšení úrovně výuky týkající se reprodukčního systému a sexuálního zdraví.

Jaroslava Zárubová

Tento program řídí koalice neziskových organizací včetně Marie Stopes International (MSI), European Society of Contraception (ESC) a Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu. Je podporován společností Bayer Schering Pharma.

Světový den antikoncepce je určen na 26. září. Má poskytnout informace především mladým lidem. V České republice užívá antikoncepci zhruba polovina žen. V roce 1990, kdy ji užívalo minimum žen, končila polovina těhotenství interrupcí. V dnešní době se jejich počet snížil na šestinu.

Letos se rozhodla přispět k záměru Světového dne antikoncepce také lékárna IKEM. Uspořádali jsme informační kampaň pro naše pacienty. Nabízeli jsme námi zpracovaný informační materiál zejména v oblastech:

- dostupné antikoncepční metody
- očkování proti rakovině děložního čípku
- samoléčba vaginálních infekcí
- intimní hygiena

Samotné akce se aktivně zúčastnilo sedm farmaceutů a sedm farmaceutických asistentek. Střídali jsme se ve dvojicích a současně zodpovídali dotazy pacientů a nabízeli informační letáčky zaměřené k těmto tématům.

Pro informaci si přišlo 26 pacientů, z toho tři muži (věkové spektrum bylo 16–60 let).

Nejčastější dotazy se vztahovaly k problematice samoléčby vaginálních mykóz a očkování proti HPV. V četnosti pak následovaly dotazy k intimní hygieně a k nežádoucím účinkům p.o. antikoncepce, např. k přírůstku váhy. Paradoxně se pacienti zajímali o metodu výpočtu ovulace, tedy o vhodnou dobu k početí.

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v září 2008

Zrušená osvědčení

- 110/1994 PharmDr. Dana Hampelová, Preslova 2658, Dvůr Králové nad Labem
- 272/1998 Mgr. Karin Budínová, Staré náměstí 137, Sokolov
- 132/2002 Mgr. Alena Mitrenga, Libušina třída 19, Brno
- 298/2003 PharmDr. Anna Nováková, Cihlářská 20, Hodonín
- 38/2004 Mgr. Jiří Kopeček, TRMICE, Fügnerova 59/20, Trmice (provoz lékárny zrušen)
- 365/2005 RNDr. PhMr. Jiří Bednář, DrSc., Socháňova 1220, Praha 6
- 422/2005 PharmDr. Jaroslava Jelínková, Vítězné náměstí 13, Praha 6
- 26/2006 Mgr. Marta Vyroubalová, Jarní 901/21, Lužice (provoz lékárny zrušen)
- 71/2006 Mgr. Karel Kraus, Osadní 35, Praha 7
- 117/2006 PharmDr. Katarína Pribulová, Revoluční 2, Rohatec
- 119/2006 Mgr. Jarmila Nagyová, T. G. Masaryka 13, Břeclav
- 273/2006 Mgr. Eva Batráková, Heydukova 412/10, Praha 8
- 326/2006 PharmDr. Jarmila Tuhá, Hvězdova 10, Znojmo
- 138/2007 aff Daniela Křištofová, Průmyslová 890, Chrudim
- 169/2007 PharmDr. Ivana Szalayová, Skretova 47, Plzeň
- 196/2007 PharmDr. Marie Pešlová, Frýdlantská 1318, Praha 8
- 245/2007 PharmDr. Ilona Francková, Plzeňská 47/193, Praha 5
- 251/2007 Mgr. Hana Barotová, Borovského 836, Karviná-Ráj
- 262/2007 PharmDr. Lenka Prokopiusová, Nad Nemocnicí 153, Český Krumlov
- 322/2007 PharmDr. Josef Pešek, Kpt. Jaroše 375/1, Karlovy Vary
- 334/2007 Mgr. Jana Bašeová, Hybešova 30, Brno (provoz lékárny zrušen)
- 344/2007 Mgr. Miroslava Adamicová, Sokolovská 394/17, Praha 8
- 373/2008 aff Iva Spirálová, Václava Klementa 1459, Mladá Boleslav
- 17/2008 Mgr. Jitka Vomastková, Na Sádkách 1444, České Budějovice
- 66/2008 Mgr. Alexandra Mazalová, Cukrovarská 492/4, Vyškov
- 81/2008 Mgr. Václav Novák, Masarykovo náměstí 4, Benešov u Prahy
- 226/2008 Mgr. Iva Čejková, Jablonecká 712, Praha 9
- 243/2008 PharmDr. Mária Řehánková, Horní Valy 4, Hodonín
- 253/2008 PharmDr. Tomáš Florian, B. Němcové 1489, České Budějovice

Vydaná osvědčení

- 250/2008 PharmDr. Ginka Strušková, U Jižního, Skretova 47, Plzeň, provozovatel: Ivan Trejbal
- 251/2008* Mgr. Karel Kraus, Lékárna Palladium, nám. Republiky 1, Praha 1, provozovatel: BUCARD INDUSTRY a.s.
- 252/2008 aff Hana Jehličková, Lékárna Osadní, Osadní 35, Praha 7, provozovatel: IPC Pharmaservices s.r.o.
- 253/2008 PharmDr. Tomáš Florian, U Nemocnice, B. Němcové 1489, České Budějovice, provozovatel: Pharmacom s.r.o.
- 254/2008 Mgr. Marta Vyroubalová, Revoluční 2, Rohatec, provozovatel: Mgr. Marta Vyroubalová
- 255/2008 Mgr. Alexandra Mazalová, Lékárna U sv. Václava, T. G. Masaryka 13, Břeclav, provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 256/2007 PharmDr. Jaroslav Prokopius, Lékárna Nemocnice Český Krumlov, a.s., Nad Nemocnicí 153, Český Krumlov, provozovatel: Nemocnice Český Krumlov, a.s.
- 257/2008 PharmDr. Nela Kuthanová, U Zlatého orla, Masarykovo náměstí 4, Benešov u Prahy, provozovatel: Lékořice a.s.

- 258/2008 Mgr. Iva Svačinová, Lékárna U Nemocnice, B. Němcové 1483, České Budějovice, provozovatel: Pharmacom s.r.o.
- 259/2008 PharmDr. Jarmila Tuhá, Lékárna Natura s.r.o., Hvězdova 3631/10, Znojmo, provozovatel: Lékárna Natura s.r.o.
- 260/2008 PharmDr. Tomáš Florian, Dr.Max LÉKÁRNA, OD Kaufland, Cukrovarská 492/4, Vyškov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 261/2008 PharmDr. Anna Nováková, Lékárna Althea, Horní Valy 4, Hodonín, provozovatel: F-Dental Hodonín, s.r.o.
- 262/2008 PharmDr. Markéta Bartáková, Lékárna Bondy, Václava Klementa 1459, Mladá Boleslav, provozovatel: DREYER s.r.o.
- 263/2008 Mgr. Dáša Polikarpovová, LEMAK s.r.o. Lékárna 6, Borovského 836, Karviná-Ráj, provozovatel: LEMAK s.r.o.
- 264/2008* PharmDr. Romana Vodičková Lékárna U Zderada, IFM Centrum, Křenová 71, Brno, provozovatel: Rent-Pharm a.s.
- 265/2008 aff Daniela Křištofová, U Svatého Václava, Nádražní 16, Hrochův Týnec, provozovatel: Nowa Invest s.r.o.
- 266/2008 Mgr. Anna De Lucca, Dr.Max LÉKÁRNA, Na Sádkách 1444, České Budějovice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 267/2008 Mgr. Marta Haničáková, U matky boží, Náměstí míru 1006, Rožnov pod Radhoštěm, provozovatel: KJL s.r.o.
- 268/2008* PharmDr. Ladislava Dvorská, Lékárna Brodek, Brodek u Konice 328, provozovatel: Lékárna Konice s.r.o.
- 269/2008 Mgr. Marie Tvrdíková-Ježková, Na Rozhledně, Průmyslová 890, Chrudim, provozovatel: Nowa Invest s.r.o.
- 270/2008* Mgr. Šárka Benešová, Lékárna ASTERIA s.r.o., Voženílkova 5561, Zlín-Jižní, provozovatel: Lékárna ASTERIA s.r.o.
- 271/2008* Mgr. David Nikodem, Lékárna U sv. Anny, Rohle 55, Rohle, provozovatel: Kutálek s.r.o.
- 272/2008 Mgr. Martina Zahradníková, LÉKÁRNA LIPSKO, Libušina třída 19, Brno, provozovatel: ANBE SPRINT s.r.o.
- 273/2008* Mgr. Libor Šulák, Lékárna JUVEL, Čččova 2623, České Budějovice, provozovatel: ZATEREV a.s.
- 274/2008* PhMr. Soňa Bínová, U černého orla, U kolejního statku 323, Praha 4, provozovatel: MUDr. Zoltán Paluch
- 275/2008 PharmDr. Anna Babková, Tusarova, Tusarova 24, Praha 7, provozovatel: Farmakum spol. s r.o.
- 276/2008 Mgr. Eva Bartáková, Lékárna Weilchen, Socháňova 1220, Praha 6, provozovatel: WEILCHEN a.s.
- 277/2008 Mgr. Marie Tůmová, Lékárna BERYTOS, Vítězné nám. 13, Praha 6, provozovatel: AVICENUM s.r.o.
- 278/2008 Mgr. Marie Paulenová, Lékárna Pomněnka, Frýdlantská 1318, Praha 8, provozovatel: Šárka Krchová
- 279/2008* PharmDr. Blanka Turková, Strakonická lékárna, Bezděkovská 30, Strakonice, provozovatel: DEVĚTSIL JST s.r.o.
- 280/2008* PharmDr. Markéta Richterová, Lékárna La garé, nám. Jana Pernera 217, Pardubice, provozovatel: PharmDr. Jaroslava Mokrý, CSc.
- 281/2008 Mgr. Přemysl Ptáček, Lékárna Čtyřlístek Vltava, F. Ondříčka 2, České Budějovice
- 282/2008 Mgr. Soňa Rolná, Dr.Max LÉKÁRNA, OC Tesco, Konečná 25, Prostějov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 283/2008 PharmDr. Jan Šindelář, Lékárna Rožany, Travel Center Rožany, Rožany, provozovatel: Ivan Trejbal - AUTO TREJBAL
- 284/2008 PharmDr. Dana Hampelová, Dr.Max LÉKÁRNA, Preslova 2658, Dvůr Králové nad Labem, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 285/2008 PharmDr. Ilona Francková, Červený Rak, Sokolovská 17, Praha 8, provozovatel: Červený Rak s.r.o.
- 286/2008 Mgr. Lenka Pindurová, Dubečská lékárna, Starodubečská 6, Praha 10, provozovatel: Admoneo, s.r.o.
- 287/2008 Mgr. Pavlína Čížková, U Kostela, Klostermannovo nám. 26, Železná Ruda, provozovatel: Klatovské zdraví, a.s.

* = nová lékárna

(člk)

Mladší pacientky se zajímaly především o vhodnou antikoncepci, starší pacientky zaujala hlavně problematika samoléčby mykóz a intimní hygiena. Muži požadovali obecné informace.

Akce přispěla k celkové informovanosti veřejnosti na téma antikoncepce a také ke zvýšení odborných znalostí personálu. Tento den byl pro nás impulsem a inspirací pro další podobné akce. Doufáme, že příště se k nám kolegové z dalších lékáren připojí. I to může být cesta zviditelnění odborné úrovně a vážnosti naší profese.

V Praze se konala porada předsedů OSL

Pokračování ze str. 7

K návrhu zákona o zdravotnických službách vystoupil právní zástupce komory **Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík**. Poukázal mimo jiné na skutečnost, že v dosavadních právních předpisech chybí uznání odborné úrovně lékárníků zakládající nárok na odměňování konzultační činnosti, ale v poslední době se daří tento stav pozvolna měnit. K návrhu bylo ze strany ČLK vzneseno celkem 27 připomínek.



Člen představenstva ČLK **PharmDr. Vladimír Gonděk** seznámil účastníky porady s vládním návrhem vyhlášky o personálním, věcném a technickém vybavení zdravotnických zařízení včetně porovnání současných a nových minimálních nároků. U lékáren základního typu návrh obsahuje celkový nárok na prostor o výměře 66 m²,

Pokračování na str. 11

ODBORNÉ SEMINÁŘE

Poplatek uhradte bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději 5 dní před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě).

Hradec Králové (kód semináře: 111) poplatek 200 Kč (FaF UK, posluchárna A, začátek v 9.30 hodin)

so 6. 12. Diagnostika a léčba chorob štítné žlázy; Centralizovaná příprava cytostatik v nemocniční lékárně.

Doc. MUDr. Jiří Horáček, CSc.,
PharmDr. Jindřiška Hofmanová

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

Olomouc (kód semináře 106) poplatek 600 Kč (Slovanský dům, Hynaisova 11, začátek v 9 hodin)

1. 11. + 6. 12.

ONKO seminář (dvoudenní)

MUDr. Jan Dvořák, MUDr. Petra Holečková, PharmDr. Ludmila Farkačová,
PharmDr. Dana Syrová,
Mgr. Jana Gregorová a další

Odborný garant: Mgr. Hana Šnajdrová

Sponzoři: Pfizer, AstraZeneca

OTC SEMINÁŘE

určené pro lékárníky i farmaceutické asistenty

(začátky vždy v 9 hodin)

1. 11. Hradec Králové, FaF UK
(kód semináře 109) poplatek 300 Kč

13. 12. Praha, Nemocnice Na Homolce
(kód semináře 110) poplatek 300 Kč

Odborný garant: Mgr. Michal Hojný

Sponzoři: Berlin-Chemie, Novartis, Zentiva, Inpharm
Přihlašování asistentů na e-mailu: horakova@lekarnici.cz

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

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

Poplatek 100 Kč: bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději 5 dní před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě).

Čt 6. 11. Praha (kód semináře: 61)

Lékařnická akademie, Antala Staška 80, začátek v 18 hod.

Gastrotoxikita léčiv u pacienta s polyfarmakoterapií

Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová,
Mgr. Lucie Kotlářová, MUDr. Jiří Slíva
Odborný garant: PharmDr. A. Linhartová

**So 8. 11. Hradec Králové (kód semináře: 66)
FaF UK, Heyrovského 1203, začátek v 9.30 hod.**

Komplikace diabetu mellitu

Lektoři: Mgr. Petr Červený, Mgr. Josef Malý,
MUDr. PharmDr. Kamil Rudolf

Odborný garant: Mgr. J. Malý

**Út 11. 11. Opava (kód semináře: 64)
Slezská univerzita (aula), Na Rybníčku 1,
začátek v 18 hod.**

Zajímavé kazuistiky z oblasti interní medicíny IV

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

Odborný garant: PharmDr. M. Zajícová

**St 12. 11. Praha (kód semináře: 62)
Lékařna FN Na Bulovce, Budínova 2,
začátek v 18 hod.**

Polymorbidita u onkologicky nemocných

Lektoři: Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Michaela Šlesingerová, MUDr. Kateřina Hesová

Odborný garant: Mgr. J. Gregorová

**Čt 13. 11. Praha (kód semináře: 56) –
přesunutý termín z 29. 10.**

**Lékařnická akademie, Antala Staška 80,
začátek v 18 hod. – opakování ze 6. 11.**

Interaktivní dispenzační seminář: Gastrotoxikita léčiv u pacienta s polyfarmakoterapií

Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová,
Mgr. Lucie Kotlářová, MUDr. Jiří Slíva

Odborný garant: PharmDr. A. Linhartová

**St 26. 11. Praha (kód semináře: 63)
Lékařnická akademie, Antala Staška 80,
začátek v 17.30 hod.**

Problematika lékových interakcí v násobných lékových režimech II

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

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

**So 29. 11. Ostrava (kód semináře: 65)
Dům techniky, Mariánské nám. 5, začátek v 18 hod.**

Rizika farmakoterapie hypertenze

Lektoři: PharmDr. Ivana Sokolová, MUDr. Hana Buriánová

Odborný garant: PharmDr. I. Sokolová

**St 3. 12. České Budějovice (kód semináře: 67)
Metropol, s.r.o., Senovážné nám. 2,
začátek v 17.30 hod.**

DM 2 – farmakoterapie a režimová opatření

Lektoři: Mgr. Kristina Pechandová,
MUDr. Josef Linhart

Odborný garant: Mgr. K. Pechandová

Pokračování na str. 12

V Praze se konala porada předsedů OSL

Pokračování ze str. 9

což v porovnání se současnými nároky představuje snížení na 82,5 %, u lékáren s odbornými pracovišti (nově „lékárný vydávající zdravotnickým zařízením lůžkových zdravotnických služeb“) je v návrhu celkový nárok 116 m² (snížení na 46,6 %).

V následné diskusi se účastníci věnovali problematice prostorových nároků v rámci věcného a technického



vybavení lékáren, otázce výdejen i různých cen pro veřejný sektor na jedné a nemocniční na druhé straně. Ze strany přítomných členů GML opakovaně zazněly připomínky ke stanovisku ČLK na rozpočítávání naturálních rabatů, které viselo na webu komory, odkud však bylo posléze staženo. Zásadní námitky se týkaly obsahu samotného materiálu i postupu zveřejnění bez projednání představenstvem.

Pokračování na str. 13

SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

Flukonazol

Azolová antimykotika jsou plným právem stále velmi používanou terapeutickou skupinou. Z původních, starších molekul této skupiny byly dále odvozeny další struktury s podobným účinkem (např. mikonazol, bifonazol, ekonazol, flukonazol, vorikonazol). Liší se spektrem účinnosti a velmi výrazně také odlišnou farmakokinetikou, rozdílnými lékovými formami a způsobem podání. V současnosti je zřejmě nejrozšířenější látkou v této skupině flukonazol, který již také ztratil patentovou ochranu a je u nás dostupný v řadě generik.

Mechanismus účinku flukonazolu probíhá na úrovni buněčné membrány hub (plísní a kvasinek), narušuje formaci buňky, způsobuje její buněčný rozpad a následnou smrt (fungistatický účinek). Indikace jsou určeny podle oblasti výskytu mykózy (slizniční kandidózy v oblasti ORL, jícnové kandidózy, závažné systémové kandidózy, kryptokoková meningitida, dermatomykózy, vaginální infekce). Podle místa výskytu je obvykle stanoveno i dávkovací schéma, jehož výše se může výrazně lišit. Obvykle to bývá 200 mg první den (p.o./i.v.) a pokračuje se 100 mg denně po dobu 2 týdnů u infekcí v oblasti ORL nebo 3 týdnů při kandidóze jícnu. V léčbě vaginální kandidózy se podává jednorázově perorálně 150 mg. V dětském věku lze v indikovaných případech použít 6 mg/kg první den a pak 3 mg/kg. Vyšší dávky se podávají u systémových kandidóz – 400 mg první den a poté 200 mg denně minimálně 4 týdny (p.o./i.v.), u meningitid obvykle po dobu 10–12 týdnů (až do negativní kultury z punktátu). V některých případech je toto antimykotikum používáno i profylakticky (imunokomprimovaní pacienti, po transplantacích, chemoterapii, nebo s indikací AIDS), dávkování je pak dlouhodobé v udržovacích dávkách 50–400 mg denně.

Flukonazol patří mezi látky s výrazným interakčním potenciálem, proto je nutné velmi intenzivně sledovat další farmakoterapii nemocného. Mezi rizikové interakce, které mohou mít významný klinický účinek, patří zvýšení účinku warfarinu nebo hydantoinů. Vyšší účinek warfarinu se projeví vyšším INR. Pokud je současně u pacienta sledován laboratorní obraz, může flukonazol způsobovat zvýšené laboratorní hodnoty hladin transamináz. V případě poruchy renálních funkcí se doporučuje úprava dávkování. Krátkodobé benzodiazepiny (v naší klinické praxi se používá midazolam) mají při současném podávání flukonazolu výrazně vyšší účinek. Ten může vést až ke změnám v psychomotorice pacienta, proto se doporučuje úprava (snížení) dávky midazolamu. Uvedený efekt nelze vyloučit u pacientů udržovaných v umělém spánku, kteří mohou být v situaci, kdy jsou jim podávány obě látky.

Nežádoucí účinky nebývají časté a jsou poměrně dobře snášeny. Kromě běžných (bolesti břicha, nauzea, průjem) mají někdy charakter poměrně neobvyklý, protože mohou způsobovat výrazné bolesti hlavy a u predisponovaných osob i záchvaty podobné epileptickým. Mohou nastat změny v krevním obraze i jaterních funkcích, které byly popisovány až v toxickém obraze a s letálním koncem. Popisovány jsou i kožní projevy (kopřivka). Pacienti, kteří mají proarytmické předpoklady, se mohou setkat s prodloužením intervalu QT, často je to zesíleno v koincidenci s ostatními proarytmogenními léky. Pro období těhotenství je flukonazol zařazen do skupiny C.

- Zdravotnický pracovník by měl u pacientů s dlouhodobým podáváním sledovat jaterní a ledvinné testy během léčby. Na začátku terapie sledovat po prvních dávkách potenciální vznik alergických kožních reakcí. Warfarinizovaní pacienti musí být častěji sledováni pro riziko zvýšeného krvácení (sledování INR). Diabetici na PAD ze skupiny derivátů sulfonylmočoviny by si měli častěji měřit glykémii, protože flukonazol může prohlubovat hypoglykémii.
- Pacient má být upozorněn na předpokládanou délku léčby a nutnost jejího dodržení. Zapomene-li užít dávku, pak ji vzít co nejdříve, ale jestli se blíží doba další dávky, nemá být zdvojnásobována.
- Lékaři by měly být hlášeny závažné nežádoucí účinky jako zvracení, bolest v pravém horním kvadrantu břicha, zvracení, silné bolesti hlavy a kožní rash.
- Pro riziko poškození jater je vhodné velmi pečlivě zvážit indikace tohoto léku u pacientů–alkoholiků. Určité riziko pro podávání flukonazolu mají i pacienti s epilepsií nebo jiným záchvatovitým onemocněním CNS.

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

Pokračování ze str. 10

St 3. 12. Praha (kód semináře: 68)

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

Problematika lékových interakcí v násobných lékových režimech II – opakování z 26. 11.

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

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

So 6. 12. Teplice (kód semináře: 69)

Dům kultury, Mírové náměstí 2950, začátek v 9.30 hod.

Rizika farmakoterapie u polymorbidního pacienta

Lektoři: Mgr. Pavla Cinglová, Mgr. Renáta Kuželová, Mgr. Kateřina Langmaierová

Odborný garant: Mgr. K. Langmaierová

So 13. 12. Hradec Králové (kód semináře: 70)

FaF UK, Heyrovského 1203, začátek v 9.30 hod.

Řešení kazuistik, rizika farmakoterapie

Lektoři: Mgr. Petr Červený, Mgr. Josef Malý, MUDr. Karel Macek, CSc.

Odborný garant: Mgr. J. Malý

SEMINÁŘE, KTERÉ POŘÁDÁ PHC

(přihlašování pouze na www.edukace.cz)

So 8. 11. Brno

Hotel Voroněž, začátek v 9 hod.

Záněty horních cest dýchacích a kašel jako příznak – možnosti farmakoterapie z pohledu ORL oboru

Lektor: doc. MUDr. Jaromír Astl, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

So 8. 11. Praha

Dorint Hotel Don Giovanni, začátek v 9.30 hod.

Dermatologie – pigmentace, Diabetologie

Lektoři: MUDr. Milan Flekač,

MUDr. Zuzana Nevoralová

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Út 11. 11. České Budějovice

Hotel Gomel, začátek v 18 hod.

Specifika výživy přetěžovaného organismu

Lektoři: doc. MUDr. Lubomír Opletal, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

So 15. 11. Olomouc

Hotel Hesperia, začátek v 8.30 hod.

Stomatologie, záněty dásní, citlivé zuby

Poruchy štítné žlázy

Lektoři: prof. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc.,

prim. MUDr. Petr Sucharda, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Út 18. 11. Plzeň

Hotel Parkhotel, začátek v 18 hod.

Specifika výživy přetěžovaného organismu

Lektoři: PharmDr. Miloslav Hronek, Ph.D.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Út 18. 11. Hradec Králové

Hotel Černigov, začátek v 18 hod.

Specifika výživy přetěžovaného organismu

Lektoři: doc. MUDr. Lubomír Opletal, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

St 19. 11. Plzeň

Hotel Parkhotel, začátek v 18 hod.

Moderní kombinační léčba hypertenze

Lektoři: prof. MUDr. Pavel Havránek,

Mgr. Michal Hojný

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská,

prof. MUDr. Václav Monhart, CSc.

Čt 20. 11. Olomouc

Hotel Hesperia, začátek v 9.30 hod.

Ekonomické povědomí lékárníka

Lektoři: MUDr. Soňa Csémyová, Pavel Vítek,

Ing. Pavel Heřman

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Pá 21. 11. Praha

Hotel Olympik, začátek v 9 hod.

Lékařská kosmetika v praxi

Lektoři: doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc., a další

Garant: Mgr. Dana Radilová

So 22. 11. Praha

Dorint Hotel Don Giovanni, začátek v 9.30 hod.

Léky a senioři, farmakologie v seniorském věku;

Sepse, septický šok

Lektoři: doc. MUDr. Urbánek

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Čt 27. 11. Plzeň

Hotel Parkhotel, začátek v 9.30 hod.

Právní povědomí lékárníka VII

Lektoři: PharmDr. et. Mgr. Šroub Pavel, RNDr. Olga

Hanzlíčková, PharmDr. Marcela Kaňková, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Út 2. 12. Praha

Hotel Olympik, začátek v 18 hod.

Specifika výživy přetěžovaného organismu

Lektoři: doc. MUDr. Lubomír Opletal, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Čt 4. 12. Brno

Hotel Voroněž, začátek v 9.30 hod.

Právní povědomí lékárníka VII

Lektoři: PharmDr. et. Mgr. Šroub Pavel, RNDr. Olga

Hanzlíčková, PharmDr. Marcela Kaňková, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

So 6. 12. Brno

Hotel International, začátek v 8.30 hod.

Veterinární problematika v praxi současných lékáren

Lektoři: MVDr. Vít Brunclík, Ph.D.,

RNDr. Božena Macešková, CSc.

Garant: Mgr. Dagmar Dolinská

V Praze se konala porada předsedů OSL

Pokračování ze str. 11

Prezident ČLK Mgr. Stanislav Havlíček odpověděl, že šlo pouze o návrh stanoviska adresovaný SÚKL s dotazem zda materiál lze v této podobě vydat; teprve pak se měl stát předmětem projednání v představenstvu. **Pozn. red.:** *Jedná se o Cenový předpis č. 1/2008. Text návrhu stanoviska ČLK byl na konci července odeslán k posouzení SÚKL, který ke 27. září potvrdil jeho správnost. Ke 3. říjnu po-*

tvrdilo správnost stanoviska také ministerstvo zdravotnictví.

Odpolední část jednání odstartoval svým vystoupením ředitel odboru farmacie MZ ČR **PharmDr. Pavel Šroub**. Mimo jiné uvedl, že lékárny a lékárenství musí do budoucna doznat změn. Role lékárníka se nesmí zužovat na pouhou distribuci léků, ale je zapotřebí přesunout její těžiště do oblasti odborné konzultační činnosti.

Další prezentace, věnované kategorii přípravků OTC s omezením a problematice odměňování lékárenské péče, přednesl viceprezident ČLK

Mgr. Michal Hojný. Uvedená témata zpracoval rovněž pro ČČL (OTC s lim v čísle 9/2008 na str. 14 a 15; odměňování v tomto čísle na str. 24–26), proto se zde o nich nebudeme rozepisovat podrobněji.



Diskuse, dotazníky a poděkování



Na zářijovou poradu přijelo do Prahy přes 50 předsedů jednotlivých okresních sdružení lékárníků. V jejich diskusi s představiteli komory opět padaly otázky, které jsou evergreenem prakticky na všech setkáních tohoto typu – např. co bude komora dělat s některými nekalými praktikami. Jak již dříve upozorňoval náš právní zástupce, je naprosto zásadní mít pro podání podnětů příslušným úřadům dostatek důkazů. Pokud tedy takové důkazy máte, dejte nám je k dispozici a komora bude okamžitě jednat. V opačném případě se předem ocitáme v nelichotivé pozici důkazní nouze.

Někteří provozovatelé z řad GML kritizovali komoru vzhledem k situaci, která nastala v projednávání určitých právních předpisů. K tomu lze říci jen tolik, že komora zastupuje – na rozdíl od grémia – zájmy všech lékárníků bez ohledu na jejich zařazení. Pokud chce nicméně GML při projednávání předkládaných právních předpisů sladit postup s komorou, pak ji o svých postojích a záměrech musí především informovat, což se, bohužel, velmi často neděje.

Protože se i na stránkách ČČL strhla diskuse nad tím, jak proběhl letošní Den lékáren, dokonce jsme se setkávali s názory o fatálním selhání komory apod., připravili jsme pro předsedy okresních sdružení dotazník, který poslouží jako zpětná vazba při přípravě dalších akcí. Vyplněný dotazník odevzdali téměř všichni přítomní předsedové, za což jim patří poděkování. A jaké jsou výsledky vyplývající z dotazníků? Všichni předsedové vyjma dvou považují Den lékáren za akci prospěšnou pro propagaci lékáren, skoro přesně napůl se rozdělili v názoru, zda propagovat lékárny všechny či aktivně zapojené. Většina přítomných hodnotila rozsah materiálů (dárky pro pacienty, doporučené postupy) jako přiměřený. Zhruba dvě třetiny předsedů považují současný rozsah Dne lékáren financovaný komorou za odpovídající, menší část by přivítala spoluúčast sponzora s tím, že by byl komerčně prezentován směrem k pacientům. Nechali jsme také některé části Dne lékáren zhodnotit jako ve škole. Doporučené postupy dostaly dvojku, stejně tak tvář Dne lékáren PharmDr. Jana Doleželová, Miss ČR 2004. Prakticky stejně dopadla i mediální podpora Dne lékáren, webový portál Apatykář dosáhl dokonce na průměr 1,8. Naprostá většina předsedů dostala dárky pro pacienty včas. Na základě uvedeného si troufnu tvrdit, že dvojku rozhodně nelze považovat za fatální selhání, naopak, je to pouze kousek od výborné, které se příště můžeme přiblížit. Pokud se nám to podaří, stane se tak i díky vašim připomínkám a námětům, za něž vám touto cestou děkuji.

Celkově lze hodnotit poradu jako úspěšnou. Předsedové OSL obdrželi nové informace pro členy svých sdružení. Předáním těchto informací pomohou delegátům blížícího se sjezdu získat jasný mandát pro potvrzení či zamítnutí některých navržených změn.

Aleš KREBS



Člen představenstva ČLK **Mgr. Martin Mátl** prezentoval návrh na změnu členských příspěvků. Důvodem ke změně je zákon o zdravotních službách, přinášející posun jak ve významu odborného zástupce (jeden poskytovatel = jeden odborný zástupce), tak v oblasti technického a personálního vybavení, jež bude v kompetenci SÚKL (ne bude potřeba osvědčení). Důsledkem je reálné riziko výpadku příspěvků držitelů osvědčení. Návrh počítá se dvěma typy členských příspěvků – řádným ve výši 3 000 Kč, a dále redukováním ve výši 1 500 Kč pro ženy na mateřské dovolené, rodiče pobírající rodičovský příspěvek, studenty postgraduálního studia a nepracující důchodce.

Na úplný závěr informoval prezident komory účastníky porady, že Polikliniku Budějovická čekají přibližně do dvou let stavební úpravy, které razantně zasáhnou zadní trakt komplexu budov, kde se nachází sídlo ČLK.

Snímky: autor



Mgr. Marek Hampel:

Mám dost energie, abych dostal svým povinnostem

Jaroslava Hořanská

■ **Před několika dny jste byl zvolen předsedou představenstva Grémia majitelů lékáren. Nebudete moji gratulaci v době, kdy lékárníkům není příliš do skoku, považovat spíše za ironii?**

Nebudu to považovat za ironii, vaše otázka je plně namístě. Vaši gratulaci proto přijímám, byť jsem byl zvolen předsedou v nelehké době transformace lékárenské péče v České republice. Funkce předsedy představenstva Grémia majitelů lékáren je jednou z nejprestižnějších v našem oboru. Za prioritu ve své nové funkci považuji zatraktivnění členství pro všechny majitele veřejných lékáren v České republice.

■ **Nastupujete do vrcholové funkce, přesto máte jistě řadu povinností i jako lékárník. Stojíte ještě vůbec za touto rolí, nebo jste spíše manažer? Ve které lékárně vás pacienti najdou?**

Na tuto otázku není lehká odpověď. Jsem stále vedoucím lékárníkem a držitelem osvědčení v Lékárně U Salvátora v Opavě. Na druhou stranu musím plnit své manažerské povinnosti ve společnostech, jejichž jsem jednatelem, a svým způsobem zodpovídám za všechny své zaměstnance a za provoz všech lékáren.

■ **Zůstáváte i nadále členem představenstva České lékárnické komory, nebo odstoupíte, abyste se vyhnul situaci, kdy se můžete dostat do střetu zájmů?**

Nevím, jaký střet zájmů máte na mysli. Ve všech organizacích v Evropě jsou majitelé legitimní součástí svých lékárnických komor nebo jsou organi-

zováni ve vlastní samostatné a respektované asociaci, která vyjednává o budoucích podmínkách profese lékárníka v zemi svého působení. V představenstvu ČLK budu nadále hájit a prosazovat zájmy majitelů veřejných lékáren. V daleko větší míře se tak otevírá prostor k prosazení jejich názorů. Z toho je jasné, že v představenstvu komory zůstávám. Znovu zdůrazňuji, že nevidím v působení ve vrcholných funkcích žádný střet zájmů. Je pravdou, že některé z posledních kroků ČLK nebyly konzultovány a ani předloženy k řádné oponentuře majitelům lékáren, což považuji za zásadní chybu. Na půdě komory budu vždy prosazovat myšlenku, že jakákoliv změna či takzvaná transformace lékárenské péče musí být minimálně konzultována či připravena v majitelské organizaci. Nemůže se odehrávat za zády majitelů lékáren bez jejich vědomí. Změny ve zdravotnictví, které probíhaly v minulosti pouhým snížením obchodní přírážky, už nemohou být dále realizovány jen na úkor provozovatelů lékáren.

■ **V představenstvu komory jste na svá bedra naložil řadu povinností,**

kromě jiného vedení pracovní skupiny pro vytvoření standardů pro internetovou lékárnou, činnost v komisi pro specializační náplně veřejných lékáren. Počítáte s tím, že zejména kolegové, kteří vám ve volbách na sjezdu delegátů ČLK dali důvěru, vám mohou vyčítat, že nestíháte nebo dokonce odcházíte od rozdělané práce?

Na svá bedra jsem vzal v představenstvu především důkladnou revizi a navržení změn našich vnitřních stanovských předpisů. Viděl jsem velké nedostatky bývalého vedení komory v tom směru, že revize řádů nebyla předložena členské základně a ve výsledku se na sjezdu zúčila pouze na zrušení tolik citovaného paragrafu o zrušení dvou funkčních období prezidenta. Svou činností na revizi a následném prosazení změny v našich stanovských předpisech jsem sledoval zjednodušení a vyjasnění fungování komory. Za dobu svého působení v představenstvu se mi nepodařilo prosadit jednací řád představenstva komory, což nepovažuji za svoji prohru. Z dalších činností, které v představenstvu zastávám, je oblast zahra-



„Rukoprodej“ v Lékárně U hradeb v Hlučíně v době našeho rozhovoru obstarávaly farmaceutické asistentky Markéta Stuchlá (vlevo) a Šárka Cupalová.

ničí, kde zastupuji komoru v EPF (EuroPharm Forum) a jako individuální člen FIP působím v sekci veřejného lékárenství. Dále v představenstvu hájím zájmy majitelů veřejných lékáren a odpovídám na otázky týkající se provozu lékáren v České republice. Jsem také individuálním členem občanského sdružení *e-health*, kde se snažím prosadit zájmy lékárníků, a zároveň vedu při představenstvu ČLK pracovní skupinu pro certifikaci tzv. internetových lékáren.



Léčárnice PharmDr. Gabriela Kroupová.

■ **Jak to všechno budete zvládat, když vám přibudou povinnosti v grémium?**

Po této otázce musím svlažit hrdlo. A že se tomu směju? Není divu, osud českého lékárenství často vzbuzuje jen trpký smích. Ale teď vážně. Vzhledem k tomu, že jsem se obklopil profesně velmi schopnými lidmi a mohu se spolehnout především na podporu své ženy, která je také léčárnice, vím, že mám dostatek energie k tomu, abych v obou organizacích dostal všem povinnostem a v majitelské organizaci představil dlouhodobou vizi fungování lékáren z pohledu majitele. Je mi jasné, že den má čtyřicet hodin a že některé činnosti budu muset omezit, například zodpovídání otázek na půdě představenstva komory, souvisejících s provozem lékáren. Jinými slovy, mám dlouhodobou vizi z hlediska ekonomického zajištění fungování lékáren v České republice. Tu nejdříve představím v GML a následně v průběhu příštího roku široké lékárenské obci.



Odborná zástupkyně Mgr. Jitka Janišová.

■ **Přestože je v zájmu věci, aby komora a grémium spolupracovaly ve prospěch lékárníků, už řadu let se na řešení nejrůznějších problémů projevu rozdílné názory jejich představitelů. Co může tuto situaci zlepšit?**

Jako dlouholetý člen GML vnímám neshody mezi oběma organizacemi jako neproduktivní. Jsem přesvědčen, že postrádaly jakoukoliv věcnou logiku. Nebyť aktivity GML, nebyla by zavedena degresivní obchodní přírážka. Odhaduji, že pokud by GML neprosadilo současnou podobu obchodní přírážky, tak k dnešnímu dni by bylo významné procento veřejných lékáren na pokraji bankrotu. Ve stávající situaci může být jediným možným řešením nalezení shody mezi dlouhodobými cíli majitelů, ke kterým já radím na první místo zajištění přiměřené ziskovosti lékární, a na druhé straně dlouhodobým cílem ČLK, kterým je odbornost k výkonu profese lékárníka. Dovolte mi říct, že odbornost lékárníka může být realizována jen tehdy, jestli bude zajištěn zisk majitele lékární. Závidím klid těm majitelům veřejných lékáren, kteří nejsou organizováni pod hlavičkou grémia. Jedna z organizací, která bude v budoucnu vyjednávat o podmínkách takzvané řízené lékárenské péče s pojišťovny, je Grémium majitelů lékáren. Neznám jediný logický důvod, proč o rozhodnutí být členem této organizace někteří majitelé ještě váhají. Budoucnost GML vidím právě v exkluzivitě vyjednaných podmínek pro jeho členy, což v minulosti nebylo legislativně možné. Veškeré úsilí grémia, jak při vyjednávání o degresivní obchodní přírážce,

tak o podmínkách tzv. rámcové a typové smlouvy s jednotlivými zdravotními pojišťovnami, přineslo výsledky pro členy GML i pro ostatní majitele lékáren. Od České lékárnické komory a České farmaceutické společnosti budu vyžadovat úzkou spolupráci v tom směru, že připraví odborné analýzy a stanoviska, z nichž bude grémium vycházet při zpracování ekonomických podkladů, na jejichž základě pak bude léčárna schopna odborného provozu při zachování ziskovosti pro majitele.

Ale vrátím se k vaší otázce: ovlivnění spolupráce obou organizací považuji za jednu ze svých nejbližších priorit. Je mi blízké africké přísloví: „Jestliže chceš jít rychle, běž sám, ale jestliže chceš dojít daleko, jdi společně.“

■ **Jak vidíte do budoucna rozdělení kompetencí mezi komorou a grémiem?**

Na to už jsem částečně odpověděl. V nejbližší době dojde k rozdělení kompetencí mezi GML (ekonomika) a ČLK (odbornost). Dále očekávám, že ČLK se bude plně věnovat dle zákona o komorách odborné strážce profese. Já budu usilovat nejen na půdě ČLK, ale v celém systému zdravotnictví o prosazení své vize fungování veřejných lékáren. Poslední materiál z představenstva ČLK, zveřejněný na poradě předsedů OSL v Praze, o změně způsobu financování lékáren, který počítá se snížením degresivní obchodní přírážky, nebyl se zástupci majitelů

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

vůbec prodiskutován. S takovým návrhem, který by mohl vést k destabilizaci existence lékáren, nemůžu jako vrcholný představitel majitelů lékáren souhlasit.

■ **Z veřejně přístupné části webových stránek grémia se mi nepodařilo přesně zjistit, kolik členů v současné době GML má. V každém případě se mezi lékárníky mluví o citelném odli-**

vu členů GML zejména v posledních letech. Budete se to snažit změnit?

Informace o odlivu členů nejsou pravdivé. Naopak v posledních dvou letech dochází dokonce k pravidelnému nárůstu počtu členů z veřejných lékáren, je jich 345, což odpovídá 432 veřejným lékárnám. Jak jsem na začátku rozhovoru uvedl, ve své funkci se budu snažit, aby pro majitele lékáren bylo členství v grémiu atraktivní, to znamená prospěšné pro jejich každodenní činnost. A to nejen z hlediska

dohodnuté výše degresivní obchodní přírážky, ale zejména zde vidím prostor pro dohodnutí podmínek u zdravotních pojišťoven k financování vlastní odborné práce lékárníka za tárou, to znamená primární péče, prevence, sledování lékových interakcí, sledování lékových záznamů pacienta, placená činnost klinického lékárníka-konzultanta pro vybrané skupiny pacientů a podobně.

Snímky: VLADIMÍR VRBOVSKÝ

TAK TO VIDÍM JÁ: Potřebujeme třetí kategorii léčiv?



Diskuse na toto téma nyní probíhá na webových stránkách naší komory a zatím to vypadá, že odpověď NE mírně převažuje. Zastávám názor, že se jedná o pozitivní změnu zákona, uznávám ji jako prostředek pro zvýšení kompetence lékárníka, jako možnou příležitost k posílení odborné prestiže navenek, z hlediska dlouhodobých cílů jako první krok k přesunutí konzultace

a dispenzační činnosti do sféry hrazených zdravotnických výkonů. Chci věřit, že hlavním cílem změny je z dostupnější dalších léčiv pro pacienty. Jenže praxe, pokud by vypadala podle toho, jak zatím navrhuje SÚKL, se mi jeví velmi problematická a napadá mne spousta otázek, na které neznáme odpovědi. Možná proto ani v naší lékárnické obci není tato kategorie zatím vítána s velkým nadšením.

Co naprosto odmítám, protože se jedná o specifický problém, který s touto kategorií nemá nic společného, je řízení nákupu surovin k výrobě pervitinu a zatažení lékárníků do této podivné hry, kde kompetentní státní orgány nemají odvahu pseudoefedrinová OTC eliminovat z trhu, nebo je alespoň vázat na recept. Výsledkem hlášení nákupů do úložiště vznikne na SÚKL databáze (nevím, jestli čísel pojistěnce nebo čísel občanských průkazů). V každém případě jde o identifikační údaje požívající zákonné ochrany a budou někam elektronicky zasílány. Bude všechno dobře zajištěno právně i technicky? Jak prodám Modafen cizinci? Nijak, nejspíš ho nepovedu vůbec.

U ostatních léčiv bych před zařazováním léčiv do nové kategorie s omezením provedl důkladnou revizi přípravků dosud vázaných na předpis a pokusil se část z nich uvolnit do výdeje bez receptu a bez omezení. Je známo, že v této oblasti patří naše léková politika k nejrestriktivnější. Jsme díky tomu více chráněni před interakcemi, nežádoucími účinky, lékovými otravami, zneužíváním a nadužíváním? Jsou naši občané hloupější či méně informovaní, mají obecně nižší zdravotní povědomí, že potřebují takovou ochranu?

Rozšíření spektra volně prodejných léčiv by rozhodně nezbudilo velkou pozornost a patrně nezvedlo takovou vlnu nevole lékařů a opětovné nastolení požadavku legalizace výdeje v ordinacích. Pomínou-li jejich mediálně emocionální strašení o nebezpečnosti farmakoterapie

z rukou lékárníka, nemohu přejít vyřčenou otázku, kdo je vlastně zodpovědný za takovou léčbu? Je to lékař, který lék původně ordinoval, je to lékárník, který lék třetí kategorie vydal, je to pacient, který využil možnosti zakoupit přípravek v lékárně a nešel v termínu na kontrolu? Pokud se nic nestane, není žalobce, není soudce. V konkrétních kauzách by měl soudce posuzovat podíl viny všech zúčastněných, ale zatím myslím není ani precedens v případném sporu pacient – lékárník při poškození u tzv. samoléčení.

Jak reagovali pacienti? Spíše vstřícně, většina z nich správně pochopila, že se jedná o možnost, kterou by mohli, ale nebyli povinni využít. Bohužel pro ně však změna velkým přínosem nebude. Především je navržené spektrum poměrně úzké, snad budou alespoň doplněny skupiny a látky navržené komorou (viz ČČL 9/2008 – emergency supply). Příkladem je zařazení hodně diskutovaných antihypertenziv: metyldopy (lék volby u těhotných) a stimulatorů centrálních I-receptorů (které se v monoterapii vyskytují sporadicky) a zatím nic více.

Dále je nutné, aby požadovaný přípravek byl lékařem předtím předepsán, a není jasné, jak to zjistíme, pokud pacient není „náš“ a nemáme jeho lékovou historii v počítači. Stačí jeho ústní či spíše písemné prohlášení, nebo je nutné zkontaktovat lékaře (sestru), což by znemožnilo naši pomoc pacientům mimo ordinaci hodiny, tedy většinu času, kdy pacient nejčastěji přichází s požadavkem, protože je lékař nedostupný... Nebo bude možná pouze varianta s ověřením v centrálním úložišti SÚKL? To by ale bylo nutno stanovit zákonem lékařům povinnost veškerou preskripci přenášet do této databáze.

Co není, může za chvíli být. Někde by to mohlo mít i odborný důvod. Například prověřit, zda pacientka často kupující levonorgestrel jeho užíváním nevhodně narušuje antikoncepci, nebo zda u frekventního požadování nitroglycerinu není dobře nastavena základní antianginózní léčba. Navíc by lékaři měli z úložiště obdržet zpětnou informaci, že takový nákup proběhl.

A budou napojeni lékaři, a budou napojeny lékárny, a pěkně on-line. A SÚKL se přejmenuje na ÚTKLL = Ústav pro Totální Kontrolu Lékařů a Lékárníků. Nebyl to nakonec ten hlavní důvod změny zákona? Nebo jsem jen trochu paranoik?

**PharmDr. Jan HORÁČEK,
Lékárna Na Maninách, Praha**

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Zelinka, T.: Diagnostika a léčba sekundární hypertenze

Interní medicína pro praxi č. 9/2008

V rubrice Ve zkratce je formou tabulky přehledně uspořádána strategie léčby sekundární hypertenze. Ve vztahu k primární příčině jsou vždy popsány příznaky, diagnostické možnosti a možnosti léčby. Jde tedy o tyto případy sekundární hypertenze: **primární hyperaldosteronismus** (léčí se adrenalektomií či spironolaktonem), **renovaskulární hypertenze** (angioplastika renální tepny, léčiva), **feochromocytom** (léčiva – doxazosin 10–14 dní před operací, odstranění tumoru), **renoparenchymatózní hypertenze** (ACEI, sartany), **hyperkortizolismus** (odstranění ložiska, radiochirurgie, blokátory steroidogeneze – ketoconazol, metyrapon v přípravě na operaci), **syndrom spánkové apnoe** (redukce tělesné hmotnosti, ORL výkon v oblasti měkkého patra), **iatrogenní příčiny** (snížení příjmu či eliminace NSAID, sympatomimetik, stimulantů, alkoholu, orálních kontraceptiv, cyklosporinu, takrolimu, EPO, lékořice v kvantech, tricyklik, kortikoidů), **koarktace aorty** – dilatace či kardiochirurgický výkon.

Češka, R.: Místo rosuvastatinu v léčbě dyslipidemií

Farmakoterapie č. 4/2008

Rosuvastatin je nejnovější statin uvedený od září na český trh firmou AstraZeneca pod názvem Crestor®10, 20 a 40 mg tbl. Dříve se o něm hovořilo (podobně jako o cerivastatinu) jako o superstatinu. Klinické zkušenosti potvrzují velmi dobré parametry tohoto léčiva. Oproti ostatním statinům více snižuje hladinu triglyceridů a zvyšuje hladinu HDL-cholesterolu až o 15 % (studie Asteroid), hypolipidemický účinek je vyšší. Má nižší interakční potenciál podobně jako fluvastatin. Prozatím bude v ČR preskripčně omezen na lipidology, internisty, diabetology a kardiology. Kandidáty na léčbu rosuvastatinem budou pacienti s nejvyšším KVS rizikem, s familiární hypercholesterolemii, nemocní s vysokými hodnotami LDL-cholesterolu a rovněž pacienti, u nichž předchozí léčba jinými statiny nezabrala.

Petr Broulík: Osteoporóza a její léčba

edice Farmakoterapie pro praxi

Jessenius Maxdorf, Praha, 2007, 135 stran

Brožura z praktické edice se tentokrát týká další civilizační choroby, osteoporózy. Napsal ji prof. Petr Broulík, který pracuje na III. Interní klinice VFN. Toto pracoviště bylo jedním z prvních v Evropě (již od 60. let), jež propagovalo endokrinologický přístup k této chorobě. Předchůdci pana profesora byli prof. Charvát a prof. Pacovský.

ANOTACE

Slovo osteoporóza poprvé použil koncem 20. let 19. století Johann Lobstein, profesor patologické anatomie ve Štrasburku. Slavný americký endokrinolog F. Albright ve 30. letech vizionářsky nastínil koncepci postmenopauzální osteoporózy včetně její léčby, která ve své podstatě platí dodnes. Dlouho po 2. světové válce se pak osteologie zabývala více osteomalácií a křivicí. Přelomem v terapii bylo v 90. letech zavedení bisfosfonátů, které byly původně vyvinuty firmou Procter & Gamble jako součást zubních past ke zpevnění skloviny a předtím jako změkčovaadlo vody.

Celá publikace se zabývá jen farmakoterapií osteoporózy. Počíná podáváním různých forem **kalcia**, pokračuje poznatky o použití **vitaminu D** a jeho derivátů. Další kapitola monitoruje současné poznatky o **hormonální substituční léčbě** ve vztahu ke kostnímu metabolismu (estrogeny, gestageny, fytoestrogeny, tibolon). **SERM** (selektivní modulatory estrogenových receptorů) jsou další léčebnou alternativou. Největší prostor je dán **bisfosfonátům**. **Teriparatid**, syntetický fragment lidského parathormonu, je další možností s tím, že jeho podávání je vyhrazeno jen některým osteocentrům v republice. Novějším léčivem v současnosti hojně používaným je **stroncium ranelát**. Naopak klasickým je intranazální **lososí kalcitonin**.

Dalšími léčivými používanými k léčbě jsou **fluoridové soli**, **anabolické steroidy** a **monoklonální protilátka denosumab**. Z nefarmakologických metod se používá fyzikální terapie, chrániče kloubů a nutriční podpora. Závěr tvoří léčebná doporučení u postmenopauzální osteoporózy.

Hereditární angioedém (HAE) je vzácné, ale velmi vážné dědičné onemocnění. Je způsobeno nízkými hladinami proteinu zvaného C1-inhibitor, které mají příčinu v mutaci genu kódujícího tento C1-inhibitor. Ovlivňuje to cévy a projevuje se otoky rukou, nohou, paží, obličeje, genitálií, střevní stěny a horních

MOLEKULA MĚSÍCE

Icatibant acetát



dýchacích cest. Je to život ohrožující choroba s velmi omezenými léčebnými možnostmi. Smrt může nastat udušením způsobeným otokem horních dýchacích cest (hrtanu). Dosavadní léčba spočívala v podání koncentrátů C1-inhibitoru, slabých androgenů (danazol, oxandrolol) nebo čerstvé mražené plazmy.

V červenci tohoto roku EMEA povolila přípravek **Firazyr®** berlínské firmy Jerini. Obsahuje látku **icaticbant acetát**, syntetický decapeptid, který je prvním zástupcem nové skupiny léčiv, antagonistů bradykininových receptorů B2.

Icatibant obdržel i od EMEA i od FDA statut orphan drug. Probíhá III. fáze klinického zkoušení ve studiích FAST-1 a FAST-2. Porovnává se účinek látky na příznaky nemoci podáním 30 mg s.c. oproti placebo ve studii FAST-1 a oproti kys. tranexamové v dávce 1 g ve studii FAST-2. Ústup otoků byl ve skupině s **icaticbantem** u 74 % pacientů do 4 hodin od podání, u kys. tranexamové jen 29 % a u placebo 45 %. Byl velmi dobře tolerován.

Zdroje:

www.nlm.nih.gov/MEDLINEPLUS/ency/article/001456.htm
www.prouss.com/molecules/default.asp?ID=175
www.emea.europa.eu/pdfs/human/comp/opinion/008603en.pdf
www.medicalnewstoday.com/articles/115106.php
<http://www.shire.com/shire/uploads/presentations/ShiretoacquireJeriniAG03Jul2008.pdf>

Stránku připravil
PharmDr. PAVEL GRODZA
panacea@iol.cz



Mgr. Stanislav Havlíček:

Koordinace s GML je důležitá, avšak nikoliv limitující

Před několika dny jsem připravovala rozhovor s Mgr. Markem Hamplem, novým předsedou představenstva Grémia majitelů lékáren. Z jeho slov je zřejmé, že o fungování tohoto občanského sdružení i o jeho spolupráci s Českou lékárnickou komorou má jasnou představu. Ráda bych se teď zeptala vás, pane magistře, jako prezidenta České lékárnické komory, na dosavadní spolupráci ČLK a GML.

Jaroslava Hořanská

Mohu se vyjádřit pouze k posledním několika měsícům. Informace o době dávnější mám pouze zprostředkovaně, hovořit o letech minulých mi tedy nepřísluší. I když si vzpomínám...

Dnes už bývalý předseda představenstva Petr Krpálek byl prvním člověkem, který mě po zvolení do funkce prezidenta ČLK navštívil. Nejprve mi představil občanské sdružení GML, seznámil mě s charakterem členské základny, kterou tvořilo kolem čtyř stovek majitelů lékáren, většinou(!) lékárníků. Zbytek času mě přesvědčoval, že je třeba zahájit mnohem intenzivnější spolupráci. Soudím tedy, že v minulosti spolupráce intenzivní nebyla.

Zahájení té naší taky nepatřilo k nejšťastnějším. Komora prý je od toho, aby se starala o odbornost. Na všechno ostatní, včetně odbornosti, se musí nejdřív zeptat grémia. Nějakou dobu jsem věřil, že šlo o pouhé nedorozumění nebo jsem to jednoduše nepochopil. Jenže opakované, až nedůstojné výpady bývalého předsedy představenstva GML proti komoře a postupem času i proti mně osobně ukázaly, jaká situace ve skutečnosti je. Přes deklarovanou spolupráci jsme se o aktivitách samotného GML dozvídali, a to s odstupem několika dnů i týdnů, prakticky vždy až z „druhé strany“, z ministerstva nebo od zdravotních pojišťoven. Všechny ty kritické připomínky měly a dodnes mají tak trochu stereotypní osnovu: pojmenování problému, zdůraznění zásluh GML spočívajících v jasném postoji a dlouhodobém prosazování, konstatování toho, že se zatím nic nedojednalo, a následné obvinění komory

z toho, že se nic nedojednalo proto, že komora něco zatajuje nebo kazí. Absence jakéhokoliv konstruktivního návrhu k řešení je pravděpodobně ochranná známka všech těchto výtek ke komoře a jejímu vedení.

■ Věříte, že s personální změnou v čele grémia dojde ke zlepšení vztahů?

Z předcházející odpovědi je patrné, že jakákoliv změna bude zlepšení. Vzhledem k tomu, jak jsem Marka Hampla za poslední rok na představenstvu poznal, dokonce věřím, že by mohlo jít o spolupráci plodnou. Hlavně chci věřit, že jsem špatně pochopil jeho vyjádření na poradě předsedů OSL (27. 9. 2008 – pozn. red.) o tom, že vnímá Českou lékárnickou komoru jen a pouze jako diskusní fórum. Pro komoru a tím zároveň pro všechny lékárníky považují za klíčové, aby vztah komory a provozovatelů, ať už zastoupených GML, APL nebo dalšími sdruženími, byl založen na korektní a jednoznačně určené spolupráci. Aby se pro jednání, která v konečném důsledku ovlivní práci nás všech, přijal jeden cíl, který podpoří všichni. Jeden cíl, který bude prosazovat právě komora jako legislativně i početně nejsilnější instituce. Nerad bych znovu zažil situaci, jaká nastala při projednávání vyhlášky o personálním a věcném vybavení, kdy krátkodobé výhody pro jednotlivce dostaly přednost před společným zájmem všech.

■ Můžete být konkrétnější?

Už na začátku roku, kdy se stala PVT vyhláška aktuální, jsme se všichni, to znamená ČLK, GML a APL, shodli, že jakékoliv zmenšování lékáren není žádoucí. Důvod je všem velmi dobře znám, ale s ohledem

na různé úřady v ČR zopakují pro jistotu ten hlavní, oficiální argument ČLK. Hlavním důvodem pro zachování velikosti lékáren je především to, že pouze v prostorách, které mají odpovídající velikost, vybavení a splňují i ostatní požadavky pro poskytování lékárenské péče, je možné vykonávat činnosti *lege artis*. Přes to, že všichni zástupci lékárníků chtějí totéž, výsledkem jednání zástupců GML na ministerstvu zdravotnictví je snížení velikosti lékáren o 17,5 %, to znamená z 80 m² na 66 m². Přičemž jediným vysvětlitelným snížením, které akceptovala ČLK, je snížení o 4 m² (5 %) z prostoru pro analytiku. Snížení výdejn (OOVL) o 6 m² je takovou třeshinkou na dortu pro ty z provozovatelů, kteří se chystají otevřít minivýdejnice na zrušených (nebo i nezrušených) poštách. Jednotlivce, kteří upřednostnili svůj krátkodobý prospěch, poznáme až podle toho, kdo a kde si v budoucnosti nově otevře menší lékárny nebo výdejny.

■ Znění vyhláška už je definitivní?

Naštěstí ne, ČLK se velmi intenzivně snaží tuto „džentlenskou“ dohodu zástupců GML zvrátit a dosáhnout původního společného záměru. Alespoň částečného úspěchu už jsme dosáhli u výdejen, kde je v návrhu vyhlášky znovu původních 36 m².

■ Myslíte si, že by se měly přesněji definovat nebo rozdělit kompetence komory a grémia?

Než odpovím, považuji za důležité zdůraznit tři skutečnosti. Česká lékárnická komora je organizací VŠECH lékárníků a její činnost je částečně určována zákonem. Naproti tomu GML je občanským sdružením

majitelů lékáren a jak je známo, někteří z nich nejsou lékárníci, a Asociace provozovatelů lékáren je zájmovým sdružením právnických osob, to znamená, že nikdo z členů není lékárník. Je logické, že existují oblasti, ve kterých se společné cíle hledají obtížně.

Mezi komorou a grémiem v minulosti údajně platilo nepsané pravidlo, že ekonomické záležitosti týkající se lékárenské péče řeší grémium. Několikrát jsem dokonce zaslechl názor, že komoře do těchto věcí nic není, že od toho je GML. Vzhledem k výsledkům v této oblasti nemůže komora nadále jen přihlížet, a ještě k tomu od členů

grémia slyšet kritiku, že za jeho neúspěchy nese odpovědnost ona sama. O nespokojenosti s činností GML svědčí i to, že za posledních několik měsíců už není členů GML těch zhruba 400, ale nejméně padesát jich ubýlo. Grémium tedy zastupuje jen několik málo procent členů komory, zatímco komora zastupuje všechny lékárníky v GML. Většina provozovatelů lékáren, lékárníků, není sdružena v žádné organizaci majitelů, a proto se, zcela legitimně, hlásí o to, aby je komora zastupovala i v záležitostech provozovatelů. Také proto považují koordinaci kroků s GML za důležitou, ale ni-

koliv limitující. Výhodou právě pro takovou koordinaci může být, že někteří členové, ve skutečnosti celá čtvrtina členů představenstva ČLK, jsou zároveň členové GML. Asi je zbytečné zmínit takovou samozřejmost, že jsou v představenstvu ČLK za lékárníky, a nikoliv za GML. Považují za naprosto nezbytné, aby práce nás všech směřovala k jedinému cíli: aby magistry a magistři farmacie, jejichž prostřednictvím je poskytována lékárnická péče, měli nezastupitelné místo ve zdravotnickém systému třeba za padesát nebo dvě stě let. Na této cestě však musí mít hlavní slovo komora.

Za měsíc to bude už rok od posledního sjezdu a taky od doby, co bydlím v Hrobu. Docela pěkně to spolu ladí, jsem mnohem víc v klidu. Moje emoce (jenom ty sjezdové) už vychladly a jejich místo pomalu obsazuje klid a místy i rozum. Už rok sleduji dění na „lékárnickém pódiu“ z povzdálí, velmi pasivně, ale o nic méně pečlivě. Doposavad jsem se zdržovala všech reakcí, diskusí apod., i když mě občas něco ze židle zvedlo.

Leona Štěpková

Ale co, dala jsem si roční trénink v sebeovládání a prospělo mi to (velmi se to hodí zejména v manželství). Po přečtení posledního časopisu (ČČL 9/2008) už ale něco napsat prostě musím.

Opravdu mě fascinuje neustálá, možná dokonce stupňující se kritika „komory“ z řad „grémia“. Vzpomínám si, že zlepšení spolupráce ČLK a GML bylo jedním ze stěžejních témat většiny nových kandidátů do představenstva. Každý měl dvě minuty, aby sdělil delegátům své priority – hlídala jsem to a mám to v živé paměti. Mnoho z nich se do představenstva opravdu dostalo. Personální provázanost výše jmenovaných organizací je naprosto evidentní. V představenstvu ČLK sedí dokonce předseda představenstva GML!

Tak proč tolik nevráživosti? Je to tak, že delegáti volili špatně, nebo kritika znamená, že grémium nedosáhlo všeho, co chtělo (rozuměj personálních změn v představenstvu komory)? Vždyť takhle přece napadají taky sami

sebe! Je asi hodně složité pracovat (opravdu myslím pracovat, ne sedět) v obou vrcholných orgánech, já sama si to nedokážu představit. Pak se ale nabízí otázka proč? A pomohlo to vůbec, když nespokojenost nejenže nepolevuje, ale roste? Asi ne... Ono se totiž dost dobře nedá sedět jedním zadkem na dvou židlích. Pořád nechá-

Hlas z Hrobu



pu ten hlavní důvod... To jsou ideje komory a grémia od sebe natolik odlišné, nebo jde o něco jiného? A proč se tedy GML nesnaží dokázat, že je „lepší“ než ČLK a místo toho se „do ní cpe“?

Někdy, když čtu příspěvky „čelních grémistů“, nevím, jestli se mám smát nebo brečet. A právě v minulém čísle časopisu byla docela úroda. Tentokrát si neodpustím komentáře:

■ Právník grémia (o němž jsem si vždy myslela, že je to distingovaný muž, který se nenechá vtáhnout do žabomyších válek) si rýpne do Aleše Krebse a Jarmily Skopové, protože nedokázali zvrátit schválení změn ve vybírání regulačních poplatků v lékárnách. Nepodařilo, bohužel, ale nejen

těmto dvěma. Nedokázali to ani Julínek s Cikrtem, Čunek, Bursík a Topolánek. Ostatně snahu GML, jinou než písemnou, jsem ani nezaznamenala.

■ Bývalý předseda GML píše o likvidaci komplexní lékárenské péče, přitom na ministerstvu zdravotnictví prosadil, že v nové vyhlášce o věcném a technickém vybavení lékáren budou zmírněny podmínky na výměru všech typů lékáren (u výdejen dokonce o šest čtverečních metrů)! To už mi přijde jako výsměch! Možná to udělali „nechtíc“... Naproti tomu ČLK byla vždy proti jakýmkoliv liberalizačním snahám ohledně zmírnění nároků na přípravnu či jejímu úplnému vypuštění. Byla za to taky často kritizována.

Skutečně až dětsky naivní mi pak, v kontrastu vší té kritiky, připadá příznání, že se „GML dlouhodobě snaží zlepšit finanční ohodnocení taxy laborum, bohužel zatím neúspěšně“. Ale prý to mají slíbeno... Dokonce tomu i věřím, pokud vypadnou IPL z úhrad, klidně nám taxu třeba deregulují...

Taxa laborum a rámcové smlouvy jsou přitom tím hlavním, čím se GML (snad) zabývá. Výsledky jsou ale zatím tristní.

■ Do třetice psal Jaroslav Polách o všem možném i nemožném, ale i o tom, co a za kolik GML ve spolupráci s ČLK dokázalo zorganizovat v době ministrování Davida Ratha. Jen tak mimochodem, právě proto, že se GML vykašlalo na spolupráci s ČLK a separátně se domluvilo s bývalým ministrem, jsem z této organizace vystoupila! Sice jsem patřila mezi zakládající členy, ale tohle jsem překousnout nedokázala.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Musím natvrdo napsat, že se stále více stupňuje snaha představitelů GML osočovat ostatní v kontrastu s tím, jak se snižuje skutečně odvedená práce pro majitele lékáren. Pravděpodobně

to není jen můj názor. Když jsem hledala (29. 9. 2008) na webu GML, kolik mají členů, napočítala jsem 316, to je zhruba 12 procent majitelů (MAJITELŮ, ne lékárníků). Bohužel musím dodat, že jsem mezi nimi našla i několik měsíců zesnulou kolegyňi...

Nevím sice, co těch ostatních 88 procent, ale já už nechci, aby mluvili i za mě a – jako naprosto menšinová frakce – chtěli zásadně ovlivňovat činnost ČLK!

(Nadávkou i gratulace přijímám na: info@lekarnamedea.cz)

Persteril: Konzultujte každý nejasný předpis

Ředění Persterilu bylo a bude pro celou řadu lékárníků a laborantů nepochopitelné. V lékárnách bývají letité tabulky, podle kterých se zjišťuje, jak Persteril ředit, ale málokdo jim rozumí a ví, jak se k číslům v tabulce došlo. A v loňském roce se situace ještě zkomplikovala. Dosud byl na trhu pouze jediný přípravek s názvem Persteril, který obsahoval 32–36 % kyseliny peroctové, 5–12 % peroxidu vodíku a další pomocné látky.

Mgr. Hana Šnajdrová

Ten se dále ředil na roztoky nižší koncentrace (buď k přímému použití, kdy se koncentrace pohybovaly mezi 0,5 % na plochy a 0,5 ‰ na sliznice a rány, nebo v koncentracích okolo 10 % pro další ředění na odděleních nemocnic). Protože je Persteril ochranná známka, považuje se koncentrát za stoprocentní roztok a podle skutečného obsahu kyseliny peroctové se počítá, kolik ho přesně navážit. Jednoduchý příklad – pokud má Persteril koncentrát pouze 34 % kyseliny peroctové a je-li třeba naředit 10% roztok, nenavážíme na litr roztoku 100 g Persterilu, ale 105,9 g.

V loňském roce se na trhu nově objevily další přípravky s názvem Persteril. Obsahují různé množství kyseliny peroctové a peroxidu vodíku:

Název přípravku	Množství kyseliny peroctové	Množství peroxidu vodíku
Persteril 4	3–5 %	26–28 %
Persteril 15	14–17 %	20–25 %
Persteril 36	32–36 %	5–12 %

Práce s roztoky s nižší koncentrací kyseliny peroctové má řadu výhod. Nejsou žíravé, oxidující, méně dráždí. Navíc mají delší použitelnost zajiště-

nou přísadami speciálních stabilizačních látek a zvýšením koncentrace peroxidu vodíku (použitelnost je až 12 měsíců při uchovávání při teplotách okolo 0 °C). Přípravky jsou balené v plastových lahvích, takže nehrozí rozbití jako u skleněných, do kterých se obvykle připravuje Persteril ředěný v lékárně.

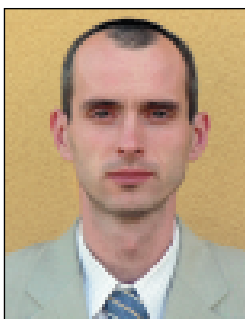
Existence nových koncentrací Persterilu s sebou nese také řadu nevýhod. Zejména je tu riziko záměny, nejasnost předpisů a s tím související velké riziko špatného naředení Persterilu (a následně poleptání pacienta nebo personálu). Pokud dnes přijde požadavek na Persteril 4% 1000 g, může být v jedné lékárně vydán Persteril 36 naředený na 4 %, tedy 40 g / 1 000 g (přípravek bude obsahovat asi 0,5 % kyseliny peroctové), v jiné lékárně bude vydán originální přípravek Persteril 4, který obsahuje až 5 % kyseliny peroctové, tedy 10x více.

Co s tím? Správně by lékaři měli na recepty a žádanky předepisovat naředený Persteril lékopisným názvem (acidum peraceticum) a skutečnou požadovanou koncentrací kyseliny peroctové. Pokud to tak není, měl by někdo z lékárny zavolat lékaři a domluvit se na tom, co požaduje (lékař nebude vědět jakou koncentrací kyseliny chce, ale jistě bude vědět, k čemu to chce použít – a lékárník může poradit).

Pro použití k dezinfekci vzduchu, prostor, ploch a nástrojů je nejpraktičtější vydat originální Persteril 4. Přímou na obalu je uvedeno správné ředění. Tento persteril není žíravý ani hořlavý a koncentrát má dobrou použitelnost dokonce i při pokojové teplotě. Pracovní roztoky jsou určeny k okamžitému použití.

Pro použití na sliznice a infikované rány musí být kyselina peroctová v kvalitě pro přípravu léků („s atestem“). U nás často používaný Persteril 0,5‰ obsahuje 0,018 % kyseliny peroctové. Poslední doplněk českého lékopisu už obsahuje všechny tři druhy persterilu – jsou tam články Acidum peraceticum 4%, Acidum peraceticum 15% a Acidum peraceticum 35% (to není překlep, skutečně Persteril 36 najdete v lékopise pod článkem Acidum peraceticum 35%, možná je to jen další cesta jak zmást lékárníky). Všechny tři druhy persterilu by měly být dostupné i v lékopisné kvalitě (tedy s „atestem“). Protože naředením Acidum peraceticum 35% 1:9 sice dostaneme 4 % kyseliny peroctové v roztoku, ale bude tam jiné množství peroxidu vodíku a dalších složek, než je podle článku Acidum peraceticum 4%, takže se celá situace zamotala definitivně.

Jednoduché řešení neexistuje. Snad jen konzultovat s lékařem každý nejasný předpis persterilu. A nebo je přesvědčit, aby pro ošetřování ran začali používat jiné dezinfekční prostředky, které jsou určeny speciálně pro hojení ran a u kterých není třeba složitě řešit jejich ředění. Jde například o Dermacyc Wound Care nebo přípravek Prontosan. Roztoky persterilu (a stejně tak roztoky chloraminu) by se postupně měly v této indikaci (hojení ran, ošetřování dekubitů a podobně) přestat používat, na trhu je řada kvalitních neagresivních přípravků pro všechny druhy ran.



§ PRÁVNÍ PORADNA §

Dotaz: Jsem odborná zástupkyně výdejny léčivých přípravků, kte-

rá se bude měnit na lékárnu základního typu. Pracuji na plný úvazek, zatím bez magistry a laborantky, pár hodin měsíčně mi (na dohodu) chodí pomáhat jedna magistra. Provozovatel zvažuje, že přijme do pracovního poměru magistru – letošní absolventku, ale ráda bych věděla, jak dlouho může být v lékárně sama bez mé přítomnosti. Co dělat, jestliže omezením nebo budu čerpat řádnou dovolenou?

Podle ust. § 9 odst. 2 zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, musí mít provozovatel nestátního zdravotnického zařízení vč. lékáren, kterým je právnická osoba nebo fyzická osoba bez nezbytné odborné či zdravotní způsobilosti odpovídající druhu a rozsahu poskytované zdravotní péče, odborného zástupce s potřebnou odbornou a zdravotní způsobilostí. Odborný zástupce musí být v pracovním poměru nebo v obdobném pracovněprávním vztahu k provozovateli nestátního zdravotnického zařízení, pokud není společníkem obchodní společnosti, která je provozovatelem, a odpovídá za odborné vedení nestátního zdravotnického zařízení.

Podle ust. § 79 odst. 6 zákona č. 378/2007, o léčivech, je provozovatel lékárny, tedy i lékárny základního typu povinen mít ustanovenu nejméně jednu osobu jako tzv. vedoucího lékárníka se vzděláním v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu farmacie a se specializovanou způsobilostí pro výkon povolání farmaceuta. Tato osoba je odpovědná za to, že činnost lékárny odpovídá zákonu č. 378/2007 Sb., o léčivech, a že technologické postupy přípravy zajišťují jakost, účinnost a bezpečnost připravovaných léčivých přípravků. Vedoucím lékární-

kem může být i provozovatel lékárny a nesplňuje-li stanovené podmínky, bude zastávat funkci vedoucího lékárníka ustanovený odborný zástupce. V lékárně po dobu jejího provozu musí být vždy přítomen vedoucí lékárník nebo jím pověřený farmaceut.

Z ust. § 10 odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění účinném od 1. 7. 2008, se odborná způsobilost k výkonu povolání farmaceuta získává absolvováním a) nejméně pětiletého prezenčního studia v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu farmacie obsahujícím teoretickou a praktickou výuku, z toho nejméně 6 měsíců praxe v lékárně, nebo b) studia v akreditovaném studijním programu farmacie, pokud byl zahájen nejpozději v akademickém roce 2003/2004.

Podle odst. 2 téhož ustanovení po získání odborné způsobilosti podle odstavce 1 může farmaceut samostatně vykonávat činnost při přípravě léčivých forem léčivých přípravků, při kontrole léčiv v lékárně a v laboratoři pro kontrolu léčiv, při přípravě, kontrole, skladování a výdeji léčiv v lékárnách a v lůžkových zdravotnických zařízeních a při poskytování odborných informací o léčivech, včetně informací o prevenci onemocnění a informací o podpoře zdraví, a při výdeji, kontrole a uchovávání zdravotnických prostředků.

Získání specializované způsobilosti je pak podle § 11 podmínkou pro samostatný výkon činnosti při vedení lékárny podle zvláštních právních předpisů a při přípravě zvláště náročných léčivých forem.

Pokud vaše nová spolupracovnice bude odborně způsobilá ve výše uvedeném smyslu, pak bude způsobilá i k tomu, aby plnila funkci tzv. pověřeného farmaceuta podle zákona o léčivech po přiměřenou dobu vaší nepřítomnosti. Za přiměřenou nepřítomnost lze přitom považovat napří-

klad vaši dovolenou nebo krátkodobou pracovní neschopnost.



Dotaz: Jakými právními předpisy je upraven zásilkový výdej veterinárních léčivých přípravků?

Při zásilkovém výdeji veterinárních léčivých přípravků se lékárna (resp. její provozovatel a lékárník) řídí zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech, a vyhláškou č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi.

Zákon o léčivech upravuje zásilkový výdej v §§ 84 až 87, přičemž zásilkovým výdejem se rozumí výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis, na základě objednávek zásilkovým způsobem. Tato definice dopadá i na veterinární léčivé přípravky. I když dikce zákona dále místy nasvědčuje spíše tomu, že se týká pouze výdeje humánních léčivých přípravků (např. zahájení, přerušování a ukončení zásilkového výdeje lékárna oznamuje Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv, a nikoliv Ústavu pro státní kontrolu veterinárních biopreparátů a léčiv), je nutno se jím řídit i při zásilkovém výdeji veterinárních léčivých přípravků. Totéž platí i pro výklad ustanovení § 18 vyhlášky o správné lékárenské praxi.

Lékárna, která hodlá vydávat veterinární léčivé přípravky zásilkovým způsobem, tedy musí splnit oznamovací povinnost vůči Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv a dodržovat i všechny ostatní povinnosti předepsané zákonem a vyhláškou (zveřejnění informací, balení a doprava zásilek, lhůta k odeslání, informační služba, reklamace, komunikační prostředky, dokumentace atd.).

Nutno zdůraznit, že i na zásilkový výdej dopadá ustanovení § 83 odst. 4 posl. věta: „Léčivý přípravek, jehož výdej není vázán na lékařský předpis, nevzdává farmaceut nebo farmaceutický asistent také v případě podezření ze zneužití tohoto léčivého přípravku.“

MUDr. Mgr. Jaroslav MARŠÍK
právní poradce ČLK

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Poruchy spánku základně dělíme na nespavost (insomnie), zvýšenou spavost (hypersomnie) a další poruchy spánku (syndrom spánkové apnoe, syndrom neklidných nohou, noční děsy, náměšičnost...).

Nespavost se projevuje některým z těchto příznaků:

- obtížným usínáním – neschopnost navodit spánek déle než 30 minut po ulehnutí,



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

- častým probouzením – neschopnost udržet spánek a nemožnost usnout déle než za 30 min po probuzení,
- časným probouzením – probuzení dříve než 30 minut před plánovaným probouzením,
- neosvěžujícím spánkem – během dne se objevuje únava, poruchy soustředění a paměti, poruchy nálady, podrážděnost, úbytek energie, snížená motivace, náchyllost k chybám a nehodám (v práci a řízení), psychické napětí, apod.

Nespavost je onemocnění, které v případě, že není léčeno, výrazně snižuje kvalitu života. Může být spouštěč psychických poruch, ale také může provázet např. psychiatrická (deprese, demence, úzkostné poruchy), neurologická (Parkinsonova, Alzheimerova choroba) a somatická (bolest, asthma) onemocnění. Chronickou nespavostí – nespavost trvající déle než 3 měsíce – trpí 10–15 % populace, incidence prudce narůstá s věkem, udává se, že nespavostí trpí až polovina starých lidí. Socioekonomické náklady na nespavost a její důsledky jsou odhadovány v USA na 100 miliard dolarů.

Přehled léčebných možností při insomnii zahrnuje vedení deníku spánku, dodržení pravidel spánkové hygieny, léčbu základní nemoci, behaviorálně kognitivní léčbu, relaxační léčbu, léčbu omezováním spánku, přírodní léčbu, farmakoterapii. Z léčiv používaných k léčbě nespavosti jsou tradičně používány benzodiazepiny (midazolam, cinolazepam), tzv. Z drugs (zolpidem, zopiklon, nově registrovaný zaleplon), antidepresiva s hypnosedativním účinkem (amitriptylin, trazodon, mirtazapin), přírodní látky (kozlík lékařský, meduňka) a melatonin. Zajímavé srovnání těchto skupin oproti placebo provedla americká ahrq.gov. Benzodiazepiny zkracovaly dobu do usnutí o 16 minut, Z-drugs o 18 minut, antidepresiva o 7 minut a melatonin o 8 minut. Délka period bdělosti v průběhu spánku byla obdobně zkrácena o 23, 13, 11 resp 10 minut. Ukazuje se však, že délka spánku není rozhodujícím parametrem. Tím je subjektivní pocit pacienta z kvality spánku, který je objektivizován různými dotazníky. V této oblasti má nejvíce důkazů o účinku melatoninu.

Farmakologické aspekty

Melatonin je přirozený hormon v lidském těle produkovaný epifýzou (šišinkou) na základě podnětu „biologických hodin“ uložených v suprachiasmatickém jádru, které je lokalizováno v hypotalamu. Cirkadiální rytmy jsou řízeny denním světlem, zahrnují nejen bdělost a spánek, ale např. kolísání teploty během dne, vylučování kortikoidů v noci apod.

Melatonin je „hormon noci“, tzn. v nočních hodinách se jeho koncentrace v krvi savců zvyšují. U člověka ohlašují příchod spánku, u nočních savců naopak melatonin ohlašuje nástup noční aktivity. Melatonin má dva podstatné vlivy na spánek: nepřímý vliv přes posilování cirkadiálních rytmů a přímý hypnotický účinek. Přímý hypnotický účinek není zdaleka prostudován, předpokládá se vliv vazby na melatoninové receptory M1 a M2. Ve stáří dochází k postupnému úbytku melatoninu, což by mohlo být jedním z důvodů vysoké prevalence nespavosti. Jsou zkoumány účinky imunostimulační, scavengerové (působí jako účinný vychytávač ra-

Melatonin

dikálů), antineoplastické, antivirové, proti stárnutí... Je prokázáno, že melatonin zpomaluje růst a snižuje funkci ženských a mužských pohlavních orgánů.

Farmakokinetické vlastnosti melatoninu zásadně ovlivňuje formulace v tabletě s prodlouženým uvolňováním. Melatonin je uvolňován postupně po dobu kolem 8 hodin, čímž je napodobena jeho fyziologická sekrece. Biologická dostupnost je 15%, first-pass efekt 85%, nejvyšších hladin je dosahováno po 3 hodinách od podání. Metabolismus probíhá přes CYP 1A1 a 1A2 na neaktivní metabolit 6-hydroxymelatonin, který je vylučován do moči. Terminální poločas eliminace je 4 hodiny.

Klinické aspekty

Klinické studie se zaměřily na hodnocení kvality spánku pacientem pomocí dotazníku hodnocení spánku vytvořeného v Leedsu (LSEQ). Dotazník měl 2 základní škály – kvalitu spánku (QOS) a chování po probuzení (BFW). Ve studii Lemoineho a kol. byl rozdíl mezi léčbou melatoninem a placebem na škálách QOS 6 mm (melatonin i placebo na začátku léčby 65 mm, po léčbě -22,5 mm melatonin; placebo -16,5 mm), na škálách BFW 9 mm (začátek léčby: 59,9 mm melatonin vs. 56,9 mm placebo, konec studie -15,7 mm melatonin, -6,8 mm placebo). Studie Wadeho a kol. našla na škále QOS podobný rozdíl jako předchozí studie, rozdíl v chování po probuzení byl pouze 3 mm. Z uvedeného vyplývá, že tzv. effect size, neboli klinicky významný rozdíl mezi léčbou melatoninem a placebem byl poměrně malý.

Melatonin je velice bezpečná látka, počet nežádoucích příhod ve skupině melatoninu byl 37 %, ve skupině placebo 33 %. Nejčastějším nežádoucím účinkem byly bolesti hlavy. Jde o nespornou výhodu oproti benzodiazepinům a Z-drugs, pro něž jsou charakteristické závratě, pocíty únavy a nevytápění přes den. Fluvoxamin a estrogeny zvyšují koncentrace melatoninu díky inhibici jaterního metabolismu. Ostatní hypnotika potencují účinek, naopak alkohol účinek melatoninu snižuje.

Přípravek s obsahem melatoninu v tabletě s prodlouženým uvolňováním se jmenuje Circadin a na trh v ČR jej dodává firma Lundbeck. Pacient si jej hradí sám (443 Kč). Užívá se 1 tableta večer po jídle 1–2 hodiny před usnutím. Nevýhodou je krátkodobé podávání (max. 3 týdny). Přípravek je určen pro pacienty starší 55 let trpící primární (neobjevená příčina) nespavostí. Přípravek ovlivňuje pozornost.

Asistovaná reprodukce, terapie sterility (VI)

V této závěrečné části našeho seriálu se budeme věnovat stimulačním protokolům (léčebným plánům).

K hormonální stimulaci vaječnicků pro IVF se používá několik typů protokolů. Podle toho, kdy a jak dlouho se injekce FSH a analoga GnRH aplikují, hovoříme o protokolu:

- a) ultrakrátkém
- b) krátkém



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

- c) dlouhém z folikulární fáze
- d) dlouhém z luteální fáze
- e) s antagonisty GnRH ¹⁾

a) ultrakrátký

Spočívá v podání GnRH agonisty 1.–3. den cyklu, kdy se využívá flare-up fenoménu, a tím dochází k podpoře tvorby endogenního FSH. (Útlum hypofýzy se zde neuplatňuje – ten by nastal teprve asi po týdnu aplikace GnRH agonisty). Od 2. dne cyklu se zahájí též aplikace injekcí FSH. Nevýhodou tohoto protokolu je, že není vyloučena možnost předčasné ovulace. Proto se nepoužívá často.¹⁾

b) krátký

Krátký protokol začíná s podáváním GnRH agonisty na začátku cyklu, tedy 1. nebo 2. den menstruace, den poté se začne s aplikací FSH.²⁾ S aplikací obou se pak pokračuje dále. Dlouhodobou aplikací GnRH agonistů dojde k útlumu hypofýzy a nemělo by tak dojít k předčasnému uvolnění vajíčka z folikulů. Tento protokol se používá hlavně u žen s nižší reakcí vaječnicků na hormonální léčbu, často u starších žen. Výhodou je, že by nemělo dojít k předčasné ovulaci a díky flare up fenoménu na začátku léčby stačí nižší dávky FSH.²⁾

c) dlouhý z folikulární fáze

Léčba se zahajuje 1. nebo 2. den cyklu agonistou GnRH v depotní formě nebo se od 1. nebo 2. dne cyklu podává denně ve formě nosního spreje. Pak se za 14–18 dní pomocí ultrazvukového vyšetření zhodnotí výška děložní sliznice, velikost folikulů a stav vaječnicků. Pokud je vše v pořádku, zahájí se aplikace FSH podobně jako při krátkém protokolu.¹⁾

d) dlouhý z luteální fáze

Od předchozího se liší obdobím, kdy se začnou podávat léky. Léčba se zahajuje GnRH agonisty 22. den cyklu. Ultrazvuková kontrola se pak provádí 5. den nového cyklu a při normálním nálezu se začne zase s aplikací FSH.¹⁾

Aplikací GnRH agonisty může dojít i k posunu menstruace (až o týden), zřejmě vlivem sekrece LH.

Dlouhý protokol má u mladších žen (do 35 let) o něco lepší výsledky než krátký protokol. Jeho nevýhodou je potřeba vyšších dávek FSH.

e) protokol s antagonisty

Od 2. dne cyklu se aplikují injekce FSH, 7. den cyklu pak následuje ultrazvuková kontrola. Jakmile dosáhnou folikuly určité velikosti (hrozí riziko předčasného piku LH nebo předčasné luteinizace), zahájí se aplikace antagonistů GnRH, a to buď denně nebo v jednorázové depotní dávce. Výhodou protokolů s antagonisty je nižší spotřeba FSH ve srovnání s dlouhým protokolem a okamžitý nástup jejich účinku bez flare up fenoménu.²⁾

Na závěr bych se ještě ráda zmínila o psychické zátěži párů podstupujících IVF. Je nutno připomenout, že průměrná úspěšnost se pohybuje kolem třiceti procent, je-li přeneseno alespoň jedno kvalitní embryo.³⁾ Psychika hraje jednu z klíčových rolí. Není nijak neobvyklé, že páry, které se i několik let marně snažily o potomka, se rozhodly navštívit IVF centrum a měly dokonce již připravený stimulační plán, zavolaly ještě před zahájením vlastní léčby, že ji ruší z důvodu spontánního těhotenství.

Tyto případy je možné vysvětlit právě opadnutím psychického stresu, kdy je párům v IVF centrech vysvětlováno, že jejich situace není zdaleka beznadějná a jsou jim vhodným způsobem nastíněna možná řešení.

S každým novým pokusem je nesmírně důležité posilovat naději v pozitivní výsledek. Pokud se tedy setkáte s takovým párem ve svých lékárnách, např. při vyzvedávání receptu, popřejte jim, prosím, hodně štěstí.



Literatura:

1. Asistovaná reprodukce – příručka pro neplodné páry, vydaná firmou Organon, s.r.o.
2. Cibula, D., Henzl, M. R., Živný, J., et al.: Základy gynecologické endokrinologie. Praha, Grada Publishing 2002, s. 295.
3. Léčba neplodnosti – odborná spolupráce doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSC., příručka pro neplodné páry, vydáno společností MediMedia Information, s.r.o., 2004.

Diskutujme nad marží: Odměna, či trest?

Od počátku svého angažmá v orgánech ČLK slyším při nejrůznějších příležitostech „chceme být placeni za odbornost!“ a od jednotné obchodní přírážky jsme se od roku 1989 dostali pouze do stadia degresivní obchodní přírážky kombinované s odpočtem dle arctg. Máme odvahu a chuť se vydat ještě dále? Ale možná budeme v roce 2012 naříkat, obdobně jako u degresivní přírážky – „kdybychom našli odvahu o pár let dříve, tak se degrese počítala z vyšších procent přírážky!“.



Michal Hojný

Stávající systém odměňování lékáren

System založený na principech degresivní přírážky odvislé výhradně od ceny původce LP už v krátkodobém časovém horizontu podle mého názoru zásadně ohrozí hospodaření segmentu lékárenské péče, a to z následujících důvodů:

- Logický tlak SÚKL na snížení cen a úhrad LP s největším dopadem do léků primární péče, tvořících velmi významnou část obrátu především veřejných lékáren (antihypertenziva, hypolipidemika, IPP, bisfosfonáty atd.).
- Směrování nových nákladných přípravků výhradně do center a preference limitace O, B/P, popř. S (specializovaná pracoviště – centra) u těchto přípravků, na kterých pak lékárna ne-realizuje kvůli těmto limitacím žádnou marži.
- Omezený počet originálních molekul v patentové ochraně s potenciálem výrazně navýšit obrát veřejných lékáren po jeho skončení.

Tlakem na snížení úhrad LP u výše uvedených ATC skupin, resp. při pravidelné roční revizi systému, dojde na konci roku 2008 a na začátku roku 2009 k očekávané roční úspoře ve výši cca 4 mld. z prostředků veřejného zdravotního pojištění (*zdroj: Edukafarm, jaro 2008*). Obdobné odhady prezentují také farmaceutické firmy. Tato úspora představuje zároveň snížení objemu lékárenské marže o 0,8–1 mld. Kč (odhad vycházející z předpokládané průměrné marže 18 % z realizovaného obrátu v této cenové hladině). **Celkový objem marže je přitom nyní odhadován na 7 mld. Kč** (data ZP, ÚZIS, SÚKL). Přesné číslo vzhledem k absenci reportu prodejních cen nelze určit. Při přepočtu na 1 lékárnu (podle evidence ČLK k 31. 12. 2007 bylo 2 381 lékáren) vychází průměrný **výpadek příjmu cca 300 000 Kč za rok**.

Možnosti dalšího postupu

Vše beze změn (Tato varianta znamená nejméně práce... a nejvíce rizik)

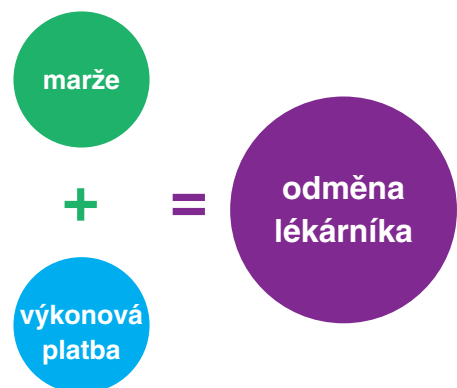
Prohloubení DGM (Reálné pouze v případě, že bychom byli schopni nabídnout v horních cenových pásmech větší úsporu než profit, jaký bychom získali v cenových pásmech nižších. Další propad celkových příjmů v oboru [první výrazný se odehrál v r. 2006 při zavedení DGM a přesunu přípravků „X“ na „O, B/P“] a navíc provedený plošně bez jakékoliv selekce považují za likvidační. Navíc ani navýšení DGM v některých pásmech o jednotky procent při pohledu na avizovaný

Tento materiál má na uvedené téma otevřít širokou odbornou diskusi a na jejím základě stanovit cíl (ideálně na sjezdu delegátů ČLK v listopadu) a postup, jak ho dosáhnout.

vývoj cen a úhrad nestabilizuje segment lékárenské péče v dlouhodobém časovém horizontu.)

Kombinace marže + výkon, viz obr. 1 (Kombinace **upravené DGM** [na pokrytí kapitálových rizik] + **lékárenský výkon** [jako finanční vyjádření přidané hodnoty lékárníka] s sebou podle mého názoru nese bezpochyby nejvíce práce, bez dostatečné modelace také relativně hodně rizik, ale v konečném důsledku představuje při splnění základních podmínek – viz níže – možnou stabilizaci financování lékárenské péče a důraz na posílení odbornosti lékárníka.)

Výhody stávajícího systému	Nevýhody stávajícího systému
Historická zkušenost, aktuálně funkční stav	Zásadní závislost systému na ceně LP – výrazný propad příjmů při tlaku na ceny a úhrady LP
Možnost modelace změn na základě známých nebo alespoň tušených čísel	Masivní podpora konkurence cenou (doplátkem) směrem k pacientovi
Administrativní jednoduchost vyúčtování	Nástroj přímého politického nátlaku na lékárenský stav – marže vyhlašovaná cenovým výměrem MZ
2 změny degresivní přírážky (2006, 2008) zpomalily propad příjmů veřejných lékáren v tržbách od ZP	Zvýšené náklady lékáren nejsou kryty vyšší marží, ale pouze vyšším obrátem Rx a OTC
	System nemotivuje dodávat levnější řešení (např. generik – neexistuje pobídka)
	% OP poskytuje cenový polštář pro výrobce ke korekci doplatku na léčivo a ten následně podporuje doplatkovou turistiku = výhoda pro výrobce (nevýhoda pro lékárníky)



Obr. 1.: Princip modelu odměňování

Podmínky pro vznik nového systému

Finanční neutralita se systémem stávajícím (podmínka ZP a MZ)
Relativní jednoduchost a transparentnost (v rámci možností)
Možnost kontroly veškerých prováděných činností – ZP, ČLK
Postupné zavádění s možností korekce výrazných odchylek (analogie se zaváděním systému DRG) – testovací provoz ve vybraných okresech s dohodou se ZP o nulovém riziku pro lékárný (viz obr. 2)
Modelace na objemu marže z r. 2007 nebo lépe 2006
Přístup lékárníků do zdravotnické dokumentace pacienta vč. přehledu farmakoterapie
Stanovení frekvence výdeje (definování počtu balení pro zajištění optimální compliance pacienta)
U vybraných výkonů autorizace výkonu pacientem
Uvedení výkonů lékárníka (farmaceuta) v katalogu služeb

Tabulka 1

Budoucí systém

Jaké výhody by nový systém mohl přinést proti systému stávajícímu a jaká rizika jsou spojena s jeho zaváděním? (tabulka 2)

Systém založený na výkonové platbě (resp. kombinaci marže a výkonu) za poskytování lékárenské péče představuje z dlouhodobého hlediska výrazně stabilnější alternativu. Marže by měla pokrývat **veškeré kapitálové náklady** související s nákupem (včetně nákladů na vázané finanční prostředky), skladováním a vyúčtováním LP, vč. přírůžky distributora. Výkonová platba by pak analogicky s lékařskými obory zahrnovala průměrný zisk. Při zavádění změny je zásadní a nepodkročitelnou podmínkou, aby se nesnížil objem výnosů pro zařízení lékárenské péče! **Veškeré**

Výhody navrhovaného systému	Nevýhody navrhovaného systému
Odměňování lékáren nezávislé na ceně LP	Dohadování se ZP o hodnotě výkonu (bodu)
Konkurence vůči pacientovi odborností, nikoliv cenou	Možnost zneužití systému vykazováním neprovedených výkonů
Odbornost vázaná na osobu lékárníka	Zásadní změna proti stávajícímu stavu
Možnost vazby výkonu na stupeň vzdělání lékárníka (u specializovaných výkonů)	Nutnost komunikace v rámci zdravotnického týmu může být nepřekonatelný problém pro stávající „rutiněry“
Možnost úhrady nyní nehrázených činností lékáren	Konkurence cenou vzhledem k plátcí – ZP (vzhledem k očekávaným změnám v systému zdravotní péče tento jev stejně nastane)
Analogie systému s odměnou za poskytování lékařské péče	Část lékáren by při platbě za výkon byla placená za něco, co ve skutečnosti nyní neprovádí nebo provádí na nízké odborné úrovni (dispenzace)
Při dohodačím jednání se ZP možnost navýšení hodnoty bodu v závislosti na růstu inflace a ostatních nákladů (analogie s lékařskými obory)	
Zakotvení prováděných výkonů v katalogu služeb (příloha Zákona o zdravotních službách) včetně personálních požadavků na jejich provádění	
Výrazné posílení role standardů ČLK	
Mediálně přívětivější systém	
Nutnost být součástí sítě poskytovatelů lékárenských služeb – výkon by byl ZP uhrazen jen v případě uzavření smluvního vztahu (možnost pro mimosmluvní fakturovat kapitálové náklady, výkon na úhradu pacienta)	

Tabulka 2

úpravy marže směrem dolů by měly být nahrazeny příjmy za prováděné odborné činnosti v podobě výkonové platby! V současné době nemůže být farmaceut podle platné legislativy nositelem výkonu, proto je možné jakékoli změny v této oblasti realizovat až po přijetí aktuálně projednávaného Zákona o zdravotních službách.

Eventuální rizika

Je ve společnosti reálná poptávka po lékárenské péči? Jsme schopni a ochotni ji uspokojit? Pokud je na obě otázky pozitivní odpověď, pak má cenu uvažovat o přesunutí těžiště odměňování naší práce z marže na od-

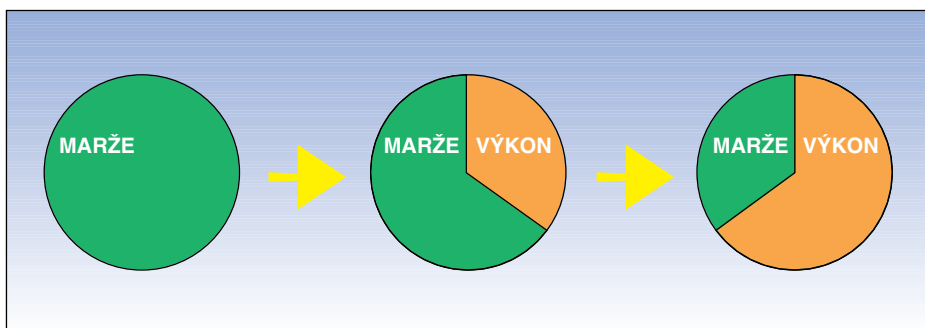
borný výkon. Jestli je ale na některou otázku odpověď negativní, musíme se připravit na tvrdý boj o svůj životní prostor se soupeři mimo náš obor. První oběti tohoto boje se už bezesporu objevily. Protože současné provázání cenové regulace se systémem stanovení úhrady LP je natolik pevné, indukuje jakýkoli zásah do procesu cenové regulace problémy, u nichž neexistují jednoduchá řešení.

Co nejdříve potřebujeme najít odpověď také na otázku, co s regulačním poplatkem? Tyto a další otázky jsou však výrazně nad rámec tohoto úvodního diskusního příspěvku.

Výkony v ambulantní péči

Inspiraci pro ohodnocení práce lékárníka lze nalézt ve státech, kde obdobný systém již funguje. Český systém inspirovaný švýcarskou realitou by pak mohl vypadat třeba takto:

Dispenzační taxa – kontrola receptu, dávkování LP, potenciálních lékových interakcí (1. úroveň), kontraindikací podání, kontrola preskripčních limitů (s možností odlišení v rámci lékárenské pohotovostní služby)



Obr. 2: Postup zavádění změny (úprava struktury příjmů lékáren).

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Vedení a úprava farmakoterapeutického plánu – aktualizace pacientských záznamů, interakce s ostatními léky a OTC (2. úroveň), korekce nadbytečné preskripce, odhalení a reporting lékových chyb

Taxa laborum

Pořizování dat pro ZP, cenové reporty

Léková surveillance

Příprava vícedávkových systémů

Generická substituce – podíl na úspoře. V případě rozdílné úhrady u zaměnitelných LP např. dělba 50:50 mezi lékárníka a ZP u první záměny (za období)

Specifické platby

- Screeningová vyšetření

* Rozšířený konzultační servis se zaměřením na cílovou skupinu (např. diabetes)

• Adiktologická péče, drogová substituce

• Racionalizace polyfarmakoterapie u geriatrických pacientů

• Hodnocení lékových interakcí

• Edukační aktivity

• Příprava náročných lékových forem

Výkony v nemocniční péči

- Centralizovaná příprava cytostatik
- Individuální příprava zvláště náročných lékových forem (parenterální výživa)

• Individuální příprava pro specifické skupiny pacientů (pediatrie)

• Činnost klinického farmaceuta

• Servis lékového informačního centra

Jednou z mnoha nezbytných podmínek pro úspěšné zavedení systému je posílení možnosti kontrolní funkce plátce. Není-li proveden řádně výkon, nenáleží lékárníkovi odměna! Vybrané výkony by ZP uhradila jen v případě, že výkon odsouhlasí pacient např. podpisem (analogie s edukací prováděnou lékařem u diabetiků).

Pokračování příprav:

1. Projednání a případně schválení dalšího postupu na sjezdu delegátů ČLK (listopad 2008)

2. Vytvoření úzké a výkonné pracovní skupiny pod garancí ČLK jako leadera změny (s účastí zástupců provozovatelů, odborné společnosti, FaF)

3. Stanovení harmonogramu realizace projektu

4. Konec planých diskusí, začátek aktivní práce

ZÁVĚR

Otázka financování bezpochyby souvisí s otázkou – kam směřují lékárny? Máme odhodlání k odvážným rozhodnutím? Stanislav Havlíček zakončil svoji prezentaci na poradě předsedů OSL citátem, který se hodí i na závěr tohoto textu: Potřebujeme podstatně jiný způsob myšlení, jestliže má lidstvo (lékárnictvo) přežít.

Připomínky a doplnění: Mátl, Dočkal, Havlíček

Pozn. autora ke statutu materiálu:

Představenstvo ČLK diskutovalo nad materiálem o možnostech budoucího modelu odměňování za poskytování lékárenské péče na svém zářijovém zasedání. Vzhledem k tomu, že se jednalo o diskusi (nebo spíše brainstorming), nemá výše uvedený materiál charakter oficiálního výstupu P ČLK, ale jedná se o subjektivní pohled autora a spoluautorů na problematiku odměňování lékáren.

Třísvalková publikace „Pokroky vo farmácii“

Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského v Bratislavě letos vydala třísvalkovou publikaci Pokroky vo farmácii. Je souborem vybraných vědeckých studií, které reprezentují výsledky experimentálního výzkumu mladých vědeckých pracovníků fakulty. Příspěvky jsou rozděleny do sekcí.

Adameová A., Kuželová M., Klimas J., Křenek P.

Sekcia I: Farmakológia a toxikológia

Monografie, která vznikla z příspěvku EU, umožňuje především mladým vědeckým pracovníkům prezentovat poslední výsledky výzkumu realizovaného na Katedře farmakologie a toxikologie FaF UK v Bratislavě. Je koncipovaná jako přehled studií a projektů řešených na tomto pracovišti, které se zaměřuje na analýzu účinků látek ovlivňujících především kardiovaskulární systém. Publikace je rozdělena do tří hlavních kapitol, které představují určitou sondu do individuálního výzkumu jednotlivých pracovníků nebo řešitelských týmů a přinášejí celou řadu velmi zajímavých a nových výsledků.

První z kapitol je věnována problematice ischemicko-perfuzního poškození myokardu a možnostem jeho farmakologického ovlivnění. Na 88 stranách autoři podrobně popisují jak samotný patofyziologický stav a možnosti jeho experimentálního navození v podmínkách in vivo, tak různé strategie a postupy s cílem ovlivnit toto poškození. Z lá-

RECENZE

tek používaných při řešení projektů byly vybrány zejména blokátory kalciových kanálů, modifikovaný lipid A, hypolipidemika, ale také některé nově syntetizované látky s předpokládaným účinkem na beta-receptorech.

V druhé kapitole je detailně popisována EKG diagnostika hypertrofie levé srdeční komory a její regrese po antihypertenzivní terapii v experimentální kardiologii. Jak ukázaly výsledky provedených studií, správné použití elektrokardiografie může zlepšit možnosti diagnostického rozhodování a také hodnocení účinků farmakoterapie v podmínkách hypertenze s hypertrofií levé komory.

Poslední, třetí kapitola je vypracována v anglickém jazyce a zabývá se interakcemi blokátorů kalciových kanálů s renin-angiotenzinovým a endotelinovým systémem. Experimentální studie byly provedeny jak v podmínkách in vitro, tak na spontánně hypertenzních potkaních náchylných k cévní mozkové příhodě. Autoři na úvod charakterizují funkci RAA systému a dále zkoumají účinky testovaných látek na uvedených modelech.

Kniha může být inspirací výzkumným pracovníkům, ale i klinikům pro jejich výzkum a práci.

PharmDr. Peter KOLLÁR, Ph.D.

RECENZE

Czigle S., Obložinský M., Bezákova L., Tóth J.

Sekcia II: Farmakognózia

Monografie představuje poměrně ucelený pohled na vědecko-výzkumnou činnost interdisciplinárního oboru. Definici farmakognózie jako takové se nejvíce přibližuje úvodní část představující pohled na rozsáhlý a hluboký průzkum obsahových látek a farmakologických aktivit rodu *Philadelphus*. Ukazuje současný směr farmakognostického výzkumu od potvrzení účinku v lidovém léčitelství přes izolaci a identifikaci obsahových látek a následné zjišťování bližších mechanismů účinku. Další dvě kapitoly pak ukazují provázanost oboru s dalšími odvětvími. Výzkum rostlinných fosfolipáz a lipooxygenáz metodami molekulární biologie, biochemie a biotechnologie přináší zajímavé možnosti v ovlivnění sekundárního metabolismu rostlin. Z tohoto pohledu se zajímavým jeví zaměření na fosfolipázy zúčastněné například v metabolismu lipidů modelových rostlin *Papaver somniferum*. Lipooxygenázy jsou pak důležité v metabolismu dnes často zmiňovaných nenasycených mastných kyselin nebo derivátů prostaglandinů. Metody molekulového modelování následně vnášejí systematický pohled do možných širokých vztahů struktury a účinku, zde především do strukturních modifikací široké skupiny přírodních látek – flavonoidů. Chemické parametry modelovaných sloučenin pak mohou být využity jak při totální syntéze, tak polysyntetické modifikaci izolovaných sekundárních metabolitů. Všechny kapitoly jsou pro úplnost doplněny rozsáhlými sekcemi citované literatury. Kniha tak svým konceptem umožňuje bližší seznámení s aktuálními směry vývoje a výzkumu v oblasti přírodních léčiv. Pro pracovníky v oboru je zajímavou publikací a inspirací pro další činnost.

PharmDr. Karel ŠMEJKAL, Ph.D.

Bruchatá K., Sedláková S., Garaj V., Remko M., Janášová V., Havránek E., Šramko M., Šubová M., Vitková Z.

Sekcia III: Farmácia

Výsledky práce mladých vědeckých pracovníků přináší cenné poznatky z výzkumu léčiv. První kapitola je věnována skupině léčiv blokátorů beta-adrenergních receptorů. V obecné části je stručně diskutován vztah struktury a účinku, význam chiralit a jsou popsány různé postupy stereoselektivní syntézy. Rozsáhlá část je věnována současným enantioseparačním metodám a jejich důležitosti z pohledu farmakokinetických a farmakodynamických vlastností. Hlavní částí je vlastní příspěvek do výzkumu v této oblasti a prezentace dosažených výsledků. Jsou popsány realizované syntetické postupy, stereoselektivní syntéza a použité separační metody. Významné jsou dosažené výsledky v oblasti HPLC a TLC separace. V závěru je diskutován vztah struktury a biologické aktivity syntetizovaných sloučenin. Látky byly testovány hlavně na antiizoprenalinovou, antidysrhythmickou a částečně antikonvulzivní aktivitu.

Z pohledu terapeutického a perspektivy rozvoje je další kapitola zaměřena do oblasti inhibitorů karboanhydrá-

zy (CA), enzymu, který katalyzuje přeměnu oxidu uhličitého a vody na kyselinu uhličitou. Má důležitou úlohu v erythrocytech, v žaludku i v ledvinách. Teoretická část se zabývá rozdělením, významem a fyziologickou funkcí CA. Uvádí se základní dělení izoenzymu CA na: α -CA, β -CA, ψ -CA a δ -CA. Na základě nejnovějších metod strukturální analýzy je prezentována struktura a rozdělení α -CA (izoenzymy I- XV), mechanismus vazby inhibitorů CA na aktivní centrální ion Zn^{2+} a mechanismus katalytické reakce na molekulární úrovni. Kapitola uzavírá současný stav léčiv v skupině inhibitorů CA se zaměřením na skupinu sulfonamidů a jejich terapeutické využití (diuretika, antiglaukomatika, antiulceróza aj.) Samostatná část je zaměřena na metody projektování nových léčiv s podporou výpočetní techniky (CADD), která umožňuje hledání nových selektivních inhibitorů CA.

Další část představuje souhrn výsledků z problematiky farmaceutické analýzy a nukleární farmacie. Speciálně se zabývá metodou radionuklidové rentgenofluorescenční analýzy (RRFA) a její využitím. Tato metoda je rychlá, jednoduchá, umožňuje paralelní stanovení jednotlivých prvků a patří mezi lékopisní metody. V oblasti RRFA léčiv byly vypracovány metodiky a stanoveny kontaminace těžkých kovů (Fe, Cu, Zn, Pb, As aj.). Jiné práce jsou zaměřeny na analýzu doplňků výživy, co se týče obsahu prvků i nečistot, vitamínových přípravků, a stanovil se obsah těžkých kovů v rostlinných drogách. Tato metoda je vhodná rovněž pro stanovení kovů v biologickém materiálu (krev, plazma) a byla použita i v klinické praxi u pacientů. Neméně důležitá je i oblast monitorování životního prostředí sledováním výskytu těžkých kovů.

Nejprogresivnější metoda výzkumu nových léčiv, která využívá poznatky o třírozměrné struktuře komplexu léčivo-receptor, je zaměřena na inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (ACE). Na molekulární úrovni jsou popsány účinky angiotensinu II, význam, formy a struktura ACE. V další části je prezentován objev a vývoj ACE inhibitorů, strukturální modifikace klinicky používaného léčiva kaptoprilu, terapeutické použití ACE inhibitorů, jejich vedlejší účinky a je uveden přehled klinicky používaných léčiv. V závěru je věnována pozornost projekci nových selektivně působících ACE inhibitorů pomocí počítačové podpory (CADD).

Nosnou tematikou poslední kapitoly je výběr optimálního základu (syntetické nebo modifikované přírodní polymery), pomocných látek a jejich koncentrací při formulaci hydrogelu léčiv s antiflogistickým a lokálně anestetickým účinkem. Teoretická část se podrobně zabývá otázkou dostupnosti léčiva z léku do biofáze (biologická a farmaceutická dostupnost), faktory, které ji ovlivňují, a dermálními polotuhými léky. Je zdůrazněna oblíbenost hydrogelů jako lékové formy a podrobně prezentována skupina používaných pomocných látek. Praktická část řeší problematiku optimalizace technologických postupů při formulaci hydrogelů s léčivy (diklofenak, trimekain) i s potenciálními léčivy ze skupiny derivátů kyseliny fenylylkarbamové.

Prof. RNDr. Jozef CSÖLLEI, CSc.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY: *Withania somnifera* (L.)

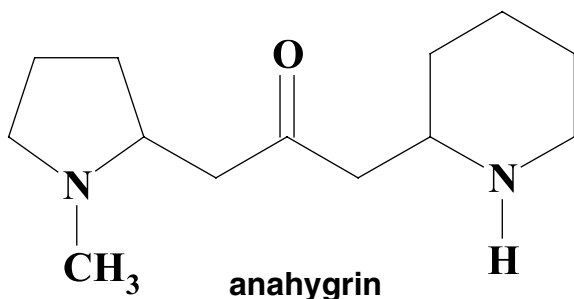
Withania somnifera (L.) Dunal. – *withanie opojná*, (*Solanaceae*). Až metr vysoký stálezelený polokeř s drobnými žlutými květy. Plodem je malá oranžová bobule. Druh je rozšířen v severní Africe a Indii. U nás lze withanii pěstovat pouze jako pokojovou rostlinu, kterou je možné umístit přes léto venku.

Synonyma: *Physalis somnifera* L.

Obecný název: Ashwagandha (sanskrt), Indian ginseng (angl.)

Sbíraná část: radix, (folium, semen)

Droga: *Withaniae radix*



Obsahové látky: za nejvýznamnější sloučeniny jsou považovány withanolidy a alkaloidy. Withanolidy a příbuzné withaferiny patří mezi steroidní laktony s ergostanovým skeletem a zahrnují např. withanon, withaferin A, withanolidy I, II, III, A, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, WS-I a jiné sloučeniny, přičemž withaferin A je aglykonem glykosidických sitoindosidů IX a X. Struktury alkaloidů jsou odvozeny převážně od pyridinu (kuskohygrin), piperidinu (anahygrin, anaferin, isopelletierin) nebo patří k tropanovým hydraminům (tropin, pseudotropin). Souhrn alkaloidů nepřesahuje 0,3 %. Dále byly identifikovány aminokyseliny asparagin, prolin, tryptofan a jiné látky.

V semenu byly nalezeny enzymy koagulující mléko.

Účinky a použití: v ajurvédské medicíně má withanie mnohaletou tradici. Kořen se před sušením máčí v mléce a aplikuje při astmatu, lupénce, revmatismu, nespavosti a degenerativních poruchách CNS. Patří k oblíbeným prostředkům k udržení tělesné i duševní svěžesti. Droga výrazně zvyšuje syntézu proteinů, má adaptogenní, antidepresivní, imunomodulační a antioxidační vlastnosti.

Při očních chorobách je doporučován i list, semeno bývá podáváno jako diuretikum a bobule slouží jako syřidlo.

Pro výsledný účinek drogy má největší význam withanolid D a withaferin A. V případě izolovaných withanolidů byly prokázány imunomodulační účinky a zvýšení antioxidační aktivity katalázy a příbuzných enzymů. U withanolidu F izolovaného z plodů byly zjištěny hepatoprotektivní aktivita a protizánětlivé účinky srovnatelné s hydrokortisonem.

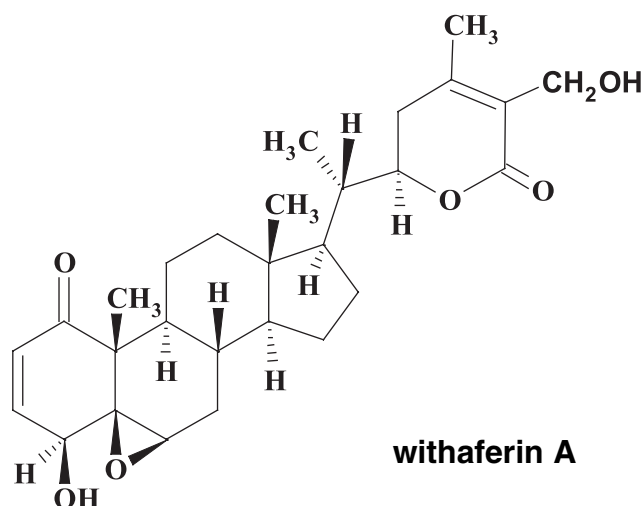


U nás jsou k dispozici přípravky obsahující práškový kořen nebo extrakt. Droga je častou složkou OTC určených k redukci hmotnosti, tonizaci organismu apod.

Dávkování: obvykle 3x denně 6 g práškového kořene přelit horkým mlékem nebo vodou.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: akutní LD₅₀ sumárního extraktu alkaloidů podaného potkanům činila 465 mg/kg. Přestože je toxicita drogy nízká, uvádí se, že vysoké dávky mají abortivní účinky, během těhotenství a při kojení raději neužívat ani při obvyklém dávkování.

Interakce: může zvyšovat účinek barbiturátů a benzodiazepinů.



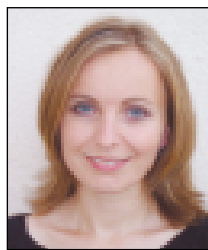
Zdroje:

Alternative Medicine Review N 4, 2000, Joy.P.P. et al.: Medicinal plants, 1998, Toxline, Wikipedia a www.holistic-herbalist.com/ashwagandha-side-effects.html

PharmDr. Miloš POTUŽÁK
vzorce a fotografie autor

Jak se pacient může naučit žít s cukrovkou

Cukrovka je chronické onemocnění, které představuje komplexní problém týkající se nejen tělesných symptomů. Zásadně ovlivňuje i oblast pracovní, sociální, rodinných a jiných vztahů, sexuální, ekonomickou a hlavně psychickou. Cukrovka představuje každodenní nutnost dodržování komplexního léčebného režimu bez vyhlídky, šance na úplné vyléčení či dobytí do „cíle“.



Mgr. Katarína Mikušová

Motivační aspekt *chvilí to vydržím, pak bude pokoj* v případě cukrovky neplatí, takže je velmi těžké najít způsob k dlouhodobé motivaci pacienta k péči o svou nemoc. Pacient musí neustále čelit hrozbě akutních komplikací nebo fází zhoršení nemoci, které zpravidla nelze předvídat. Musí se snažit dodržovat zásady léčebného režimu, a co nejvíce tak zmírnit progresi onemocnění a oddálit nástup pozdních komplikací. Od diabetika se očekává, že:

- bude mít pravidelný životní režim
- bude dodržovat racionální dietu
- bude jíst pravidelně 5–6x denně
- nebude kouřit a omezí konzumaci alkoholu
- bude mít pravidelnou fyzickou aktivitu
- bude si kontrolovat váhu
- bude užívat pravidelně léky, aplikovat inzulín
- naučí se obsluhovat pomůcky – glukometr, inzulínové pero, inzulínovou pumpu,...
- bude si měřit hladinu glykémie v krvi a moči

Odměnou za každodenní námahu je přiblížení se kvalitě života zdravých, kteří ji mají bez hlídání se, pečování, omezení a trápení.

Kvalita života je ovlivněna třemi základními problémy – psychický stres vázaný na přijetí onemocnění, překážky různých aktivit a problémy s dietou a pohybem. Kvalitu života ovlivňuje i nesoulad mezi tím, co by pacient CHTĚL, co MŮŽE vzhledem ke své diagnóze, a co naopak MUSÍ, co od něho nemoc vyžaduje. Tady se setkáváme často s extrémním postojem od nepřiměřeného optimismu a vědomého nevidění nároků nemoci až k neadekvátnímu pesimismu, ztrátě životních perspektiv a žití ze dne na den... Navíc se k tomu přidává obava z nejisté budoucnosti, týkající se hlavně

změn v terapii a nástupu pozdních komplikací.

Základem pro motivaci pacienta k dlouhodobému dodržování léčebného režimu je plná informovanost. Pacient musí pochopit mechanismus poruchy, důležitost léčebných opatření, význam diety a fyzické aktivity. Musí mít povědomost o akutních i pozdních komplikacích a možné progresi nemoci. Pacient v pozici „spolupracujícího experta“ s komplexní znalostí své nemoci je schopný předcházet nebo vědomě ovlivňovat úskalí diabetu a rozšířit tak prostor své vnitřní svobody. To, jestli pacient přijal, či nepřijal nedobrovolný úděl, se odráží na postoji k životu – nemusím, ale CHCI dodržovat léčebný režim, smím, ale NECHCI se chovat nezodpovědně.

Problematikou adaptace na závažné onemocnění se zabývala americká psycholožka Elisabeth Kübler-Ross, která popisuje pět fází vyrovnávání se se stanovenou diagnózou:

- šok, popření (*Já ne! To není možné.*)
- zlost, agrese (*Proč právě já?*)
- smlouvání, vyjednávání
- deprese (*To je lepší zemřít, než žít takový život...*)
- přijetí

Jednotlivé fáze neprobíhají vždy v uvedeném pořadí, mohou se různě střídát. Pacient se může vracet do předchozích fází např. při změně terapie nebo při dlouhodobé dekompenzaci cukrovky, a ne každý nemocný dospěje do fáze přijetí nemoci a plné adaptace na diagnózu. U diabetika je důležité apelovat na dospělou stránku „JÁ“ a podporovat jeho sebezpřijetí.

Přijmout sám sebe jako plnohodnotného člověka, který si za odvahu snášet těžký životní úděl zaslouží uznání a úctu!

Psychický život diabetika má pro kompenzaci nemoci velký význam.

Stres, úzkost či deprese nejen že negativně ovlivňují každodenní aktivity, ale vyplavení adrenalinu při stresových situacích navíc stimuluje mobilizaci glukózy ze zásob glykogenu a tak zvyšuje hladinu glykémie, což vede k dekompenzaci diabetu. Naučit se zvládat stres nebo úzkost a depresi není jednoduché. Pacientovi mohou pomoci relaxační techniky, jóga, autogenní trénink.

Psychologickou stránkou diabetu se zabývá od roku 2001 celosvětová studie *DAWN – Diabetes Attitudes, Wishes and Needs*. Podnětem pro studii byla skutečnost, že i navzdory dostupnosti kvalitní léčby víc než polovina pacientů nedosahuje optimální kompenzaci diabetu. Až 48 % diabetiků uvádí špatnou psychickou pohodu a obavy ze zhoršení nemoci, 60 % pacientů trpí úzkostí a 20 % depresemi. Méně než 25 % dodržuje dietu a pohyb, 50 % pacientů vnímá léčbu inzulínem jako selhání vlastní osoby; 70 % lékařů považuje psychosociální problémy za důvod dekompenzace, 15 % lékařů si do týmu péče o diabetika přejí i psychologa. Výsledky potvrzují hypotézu studie o vlivu psychiky pacienta na kompenzaci diabetu.

Potenciální překážky různých aktivit často vyplývají z dětského postoje „VŠECHNO nebo NIC“. Když nejde všechno podle mých představ, tak mi nic nedělá radost. Je rozumné rychle se naučit co největší počet aktivit, jež může pacient dělat, a budovat si život v této oblasti. Příklad z ordinace psychologa MUDr. Radkina Honzáka:

Pacientka se „nemohla“ kvůli nemoci zúčastňovat zájezdů do zahraničí. Odmítala použít své „dia pomůcky“ jinde než doma. Zúčastnila se rekondičního pobytu, kde se setkala s diabetiky, pro které tento problém neexistoval. Přesvědčili ji, že si může dovolit to, na co si troufne a troufnout si může na to, co umí. Od té doby navštívila mnoho zemí a splnila si svou touhu po cestování.¹⁾

Největší překážky na cestě za spokojeným životem nám nekladou ti ostatní, ale my sami.

Cukrovka má s nadsázkou i pozitivní stránku – představuje výzvu ke změně životního stylu. Tato změna může

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

být hlavně v případě diagnostiky DM 2. typu často velmi extrémní. Ze sedavého a pasivního způsobu života s nezdravými dietními návyky a minimem pohybové aktivity se najednou od diabetika čeká, že se začne stravovat racionálně a bude mít pravidelný pohyb, a to nejlépe hned, doslova „za noc“ po určení diagnózy. Tady je potřebná podrobná edukace v oblasti diety a nutnost zdůraznit racionalitu a zásady

stravování. Důležité je stanovení reálných cílů v oblasti pohybové aktivity, redukce a udržení úbytku hmotnosti. Dieta a pohyb jsou základem léčby a kompenzace diabetu. Pohyb zvyšuje využití glukózy a účinnost inzulínu, snižuje stres a výskyt srdečně cévních komplikací.

Dobře kompenzovaný diabetik je prakticky zdravý člověk, který může svůj život plnohodnotně prožívat a řídit.

Použitá literatura:

1. Jirkovská, A. a kol.: Jak (si) léčit a kontrolovat diabetes, Svaz diabetiků ČR, Praha, 2003
2. Hrachovinová T.: Deprese a diabetes – psychosociální faktory
3. Hrachovinová T.: Cukrovka – velký problém nebo velká výzva, DIAstyl
4. Hrachovinová T.: Psychologie péče o pacienty s diabetem, Medicína po promoci Suppl. 2/2007
5. Peykar M.: Diabetes and Psychology – Is there a positive benefit?
6. Steven B. Leichter: Integration of Clinical Psychology in the Comprehensive Diabetes Care Team

Přátelé ČFM tentokrát za krásami domova

Klub přátel ČFM uskutečnil 26. až 28. 9. pro své členy další přátelské setkání. Letos jsme přerušili tradiční cesty do zahraničí. Členové klubu se rozhodli, že je třeba poznávat i krásy domova.

Iniciativu a organizaci programu na sebe vzali manželé Oldřiška a Petr Reinhardtovi z Broumova a Jaroslava a Jan Hendrychovi z Dobrušky. Třídenní pobyt začal v **Dolním Adršpachu**, kam se v pátek sjelo 30 účastníků.

V sobotu ráno jsme se vydali do **Broumova**, jehož centrum je památkovou zónou a nabízí nepřehledné množství památek. My jsme si k prohlídce vybrali Benediktinský klášter sv. Václava, který patří mezi vrcholy barokní architektury od K. I. Dientzenhofera. Se svým otcem Kryštofem postavil v této oblasti unikátní skupinu deseti kostelů! Mezi nejhezčí měšťanské domy na náměstí patří proti sobě stojící lékárny. Jedna je dodnes funkční a druhá si zachovala vzhled, který přímo volá po obnově činnosti. Škoda!

Dále jsme se zajeli podívat na nejstarší dochovanou dřevěnou kostelní stavbu na území ČR. Je to hřbitovní kostel P. Marie z 2. pol. 13. století. Vypálen byl husity, ale obnovený v roce 1459.

Z Broumova jsme odjeli do vesnické památkové rezervace v **Křimicích** (7 km), která si uchovává osobitý vzhled venkovského sídliště a dispozice zdobených statků. Popolední jsme se pěšky vydali zdolat výškový rozdíl 250 m výstupem na **Hvězdu** (674 m). Kamenná barokní kaple je známé výletní místo a křižovatkou turistických cest. Stojí na kraji přírodní rezervace

Broumovské stěny s řadou skalních útvarů a roklí.

Autobusem jsme se vrátili do penzionu, kde nás už očekával pozvaný host, generální ředitel a předseda představenstva firmy Zentiva, **ing. Jiří Michal**. Založili jsme si tradici „křeslo pro hosta. V první části nás seznámil s problémy výrobce, vývojem od Spofy přes Léčiva po Zentivu, s expanzí firmy do zahraničí. Podnik měl před lety hodnotu 1,5 mld. Kč a nyní je to přes 41 mld. Kč



a vyrábí v ČR, SR, Rumunsku a Turecku. Jiří Michal se nebránil ani sdělením ze soukromého života, mj. vyprávěl o svých sběratelských zájmech – papírové bankovky s hodnotou 100 má již ze sedmdesátí zemí.

V další části zodpovídal dotazy přítomných, reagoval na připomínky z praxe lékáren a vysvětlil postoje a strategii firmy na trhu u nás i v dalších zemích. Osobní názor vyjádřil nejen k probíhající reformě zdravotnictví, ale i k bankovní krizi kapitalismu. Zentiva patří mezi úspěšné české firmy, které řídí kapitáni průmyslu s plnou odpovědností za výsledky své práce, bez ohledu na politická uskupení.

Potěšilo nás sdělení, že po setkání s děkany farmaceutických fakult

z Hradce Králové, Brna a Bratislavy jsme se pro něho stali jakýmsi zrcadlem poskytovatelů lékárenské péče a pro ně důležitých konečných odběratelů. Nepotěšilo sdělení, že po zvolení nového vedení ČLK ještě nedošlo k žádnému kontaktu s jeho představiteli. Jistě by se našly společné zájmy a postupy, které mohou výrazně pomoci k prosazování stanovených cílů.

Nové Město nad Metují má svou historii a kouzlo počínajíc náměstím s domy s renesančními štíty a podloubím (nezničeno sprejery a obchodním šuntem), zámekem a jeho krásnou zahradou upravenou D. Jurkovičem. V neděli jsme neopomněli navštívit Městské muzeum s jeho expozicí lékárny, různých řemesel a textilní výroby. Významné místo zaujímá hodinářská expozice značky Prim, kde se mnozí radovali, že takové exponáty ještě vlastní.

Posledním navštíveným místem byla **Dobruška**, a to hlavně lékárna „U Zlatého lva“, kterou od prosince 1993 provozují manželé Hendrychovi. Lékárna je na stejném místě už 203 let.

O její historii nás dobovými písemnostmi, doplněnými o drobné historické předměty informovala malá výstava. Nemohli jsme pominout ani návštěvu rodného domku F. L. Věka s muzejní expozicí, radnici s výstupem na věž a výstavou několika Kupkových nejstarších obrazů.

Setkání se vydařilo, přijali jsme do klubu dva nové členy a dohodli se na další **akci 6. 12. v Praze**, resp. na hradě Červený újezd, postavený v letech 2000–2001. Zahraniční zájezd by se měl konat na jaře příštího roku a další domácí setkání na podzim na Vysočině.

**Zapsal Petr R. PALOUŠ
předseda Klubu přátel ČFM**

V Kuksu proběhlo tradiční „Zavírání muzea“

K tradičnímu Zavírání muzea se 13. září sešli členové Spolku pro vybudování Českého farmaceutického muzea (ČFM) a příznivci muzea. Úderem 10. hodiny zasedli všichni do lavic barokního kostela Nejsvětější Trojice. Varhaník Vít Havlíček je zvukem velebného nástroje odvedl od starostí vnějšího světa a přiměl ke klidnému soustředění v sakrálním prostředí interpretací skladeb J. S. Bacha, T. Albinoniho, H. Purcela a J. Stanleye.



Václav Rusek

Vedoucí ČFM Mgr. Ladislava Valášková, Ph.D., pak přivítala účastníky a podala zprávu o dění v muzeu. *Návštěvnost v této sezoně dosáhla koncem srpna počtu více než dvanácti tisíc osob, a to vedle stovky studentů lékařské fakulty v Hradci Králové a obou farmaceutických fakult, příp. jejich absolventů. Koncem května proběhla v muzeu poprvé tzv. muzejní noc, akce obvyklá v České republice i v zahraničí. Stovka zájemců viděla film ze života dlouhodobě nemocných umístěných do začátku sedmdesátých let minulého století v nemocnici, ti mladší si poslechli ukázky z lékárnických pohádek paní RNDr. Marie Kubátové.*

Koncem srpna ve studovně zasedalo představenstvo České lékárnické komory – poznali jsme se a bylo to setkání oboustranně přínosné. Doufáme, že pro podobné akce využije komora pohostinných prostor muzea opětovně. Muzeum se prezentuje jak na webových stránkách fakulty, tak na www.ceska-apatyka.cz. Tu sprá-

vuje znamenitě PharmDr. Martin Dolečal. V muzeu se zpracovává doktorská disertační práce na téma „Racionalizační snahy v československém lékárenství ve 20. století“. Fondy muzea využívají pro své diplomové práce i studenti brněnské farmaceutické fakulty. Řadu předmětů, hmoždíře, tabletovačky aj. jsme zapůjčili na výstavu firmě IVAX Pharmaceuticals s.r.o./TEVA ku 125. výročí její existence. Přispěli jsme i ke vzniku publikace k této příležitosti „125 let ve službách zdraví“. Pro listopad (15.–16. a 22.–23. 11.) připravuje muzeum již osvědčené vánoční trhy.

Muzeum se může pochlubit i přírůstky do sbírek. Dr. Řehák z Prahy věnoval tyrocínální vysvědčení a diplom magistry farmacie své příbuzné PhMr. Růženy Kroutilové, provdané Librové, která jako první žena promovala na České univerzitě v Praze v červenci roku 1909. Od rodiny semilského lékárníka Husáka jsme dostali sazbu 1897, železnou formu na globulky a dva sterilizační přístroje.

Přibylo také několik starých specialit.

Poté děkan hradecké fakulty a předseda Spolku pro vybudování ČFM doc. PharmDr. Alexandr Hrabálek, CSc., informoval o činnosti spolku, připravách voleb do předsednictva. Rovněž sdělil, že fakulta zakoupila od firmy SPOFA sbírku přístrojů dřívějšího Muzea farmaceutického průmyslu za 119 tisíc korun a že jsou tak vytvořeny podmínky k její definitivní instalaci v suterénu nemocnice. Instalační plán a scénář jsou připraveny a spolek vyčlenil na realizaci jeho první etapy dostatečnou částku.

Odpoledne bylo ve studovně knihovny věnováno odbornému programu, jehož náplní byly masti. PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., představil novou a užitečnou publikaci „Magistraliter receptura v dermatologii“, která se zabývá nejen mastmi, ale celým spektrem dermatologických IPLP. K jeho příspěvku se rozvinula čilá diskuse. Kolega Robert Jirásek pojednal z historického hlediska o mastech a o dokladech k nim ve své sbírce, o receptech i konkrétních přípravcích. Doc. DrMr. Václav Rusek, CSc., v přednášce „Muzeum všemi mastmi mazané (ČFM)“ na obrazovém materiálu ukázal, že v tomto muzeu může zájemce na masti narazit v lékopisech, sazbách, publikacích, monografiích, učebnicích, ale i ve sbírce lékařských receptů, obalového materiálu, etiket, specialit i stojatek na masťové základy a masti samotné, od 16. století do současnosti.

Lumen a Luminare – receptáře z 15. století

Článek charakterizuje dva latinské receptáře, které vznikly v severní Itálii a používaly se běžně ve střední Evropě. Jeden z nich byl záhy po svém vydání přeložen do češtiny. Oba sice vznikly ve stejných podmínkách, ale zásadně se velmi liší.

Pavel Drábek

Koncem 15. století vyšly tiskem různé sbírky předpisů na léky. Byly to jednak soubory napsané starými medicínskými autoritami (např. *Grabadin* od Psedo-Mesue) nebo výbory osvědče-

ných předpisů z jejich spisů. Mezi tyto výbory patřilo i *Lumen apothecariorum* (1. vydání vyšlo 1491 ve Vercelli) a *Luminare maius* (1494 v Pavii). Autoři obou výborů, Quiricus de Augustis a Manlius de Bosco, pocházeli ze severní Itálie, z okolí Milána. Oba výbory byly vzápětí vydávány znovu. *Lumen* vyšlo latinsky asi 17krát a *Luminare* asi 25krát (jsou známa též vydání v italštině). Vycházely ještě v 16. století, oba naposledy v r. 1566. Přestože byl mezi nimi určitý nesoulad, jak ukážeme dále, několikrát vyšly společně u jednoho vydavatele. Proto se jejich jména někdy plet-

la. *Lumen apothecariorum* bylo v literatuře označováno také jako *Luminare minor* a naopak se vyskytlo i jméno *Lumen apothecariorum maior*. Oba receptáře se navzájem liší rozsahem i uspořádáním látky. *Lumen* obsahuje asi 300 předpisů, *Luminare* asi 750 (počty v jednotlivých vydáních poněkud kolísají). Používaly se nejenom v Itálii, ale také ve Francii (kde byly též několikrát latinsky vydány), v Německu i u nás. Například v Národní knihovně v Praze jsou čtyři výtisky *Lumen apothecariorum* a pět výtisků

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Luminare maius a Vědecká knihovna v Olomouci má od obou děl prvotisky.



Pro nás je významnější *Lumen apothecariorum*, které sestavil Quiricus de Augustis, neboť již v r. 1496 je do češtiny pro Ladislava z Watterberku přeložil blíže neznámý Matěj z Mýta pod názvem „Světlo apatékářův“. Jeho překlad nám zachoval tehdejší české farmaceutické názvosloví, knižně byl však vydán z dochovaného opisu až v r. 1926 nákladem Československé lékárnické společnosti.

Lumen má patnáct kapitol (*distinctio*), ty se dále dělí na články, které původně obsahovaly jen předpisy. Rozdělení látky do kapitol není jednotné, jednotlivé kapitoly obsahují jednu nebo více lékových forem. Poslední dvě kapitoly (celkem šest článků) se přímo nezabývají léčivými přípravky, ale vlastnostmi léčivých látek, tj. jak odolávají varu a roztírání. Jak upozornil PhMr. E. Šedivý (1872–1923), kromě vlastních

předpisů obsahují jednotlivé články ve vydáních od r. 1495 též pokyny k použití. Toto rozšíření bylo možná vyvoláno tím, že konkurující *Luminare* obsahovalo též takovéto pokyny. Každý článek měl obvykle toto schéma: indikace, složení přípravku a zvláštní pokyny pro přípravu. Jako příklad uveďme ve staro-českém překladu Matěje z Mýta článek o routovém oleji:

Olej z ruty Mesue: Ledví, měchýř i matku zahřívá a přispívá bolestem jejich a bolesti boků. Vezmi listu ruty a mízky z něho ana 3 drachmy, oleje olivy nedozralého 3 libry, vlož to troje do nádoby s úzkým zřídlem a zacpej nádobu a vystav na slunce za 15 dní. Potom vař ve dvoji nádobě za 3 hodiny. Potom proced' silně rukama vyždímaje a druhé i třetí opakuj, potom vař a schovej.

O oleji znají, že jiný jest nový, jiný starý. Ten, kterýž nový jest, zahřívá prostředně a obvlažuje, ale starý jest více horký a více rozpouštějící. Protož když chceš připravovati oleje temperované, to jest málo horké, máš vzítí olej nový, pak-li horké, máš vzítí starý...

Zdroje dvou třetin článků lze identifikovat. Převládá mezi nimi kniha *Grabadin* (jejím autorem byl severoitalský lékař z poloviny 13. století, uváděný pod pseudonymem Mesue junior, tiskem vyšla již 1471; z ní bylo do *Lumen* převzato 132 článků). Dále následuje oblíbený středověký receptář z 2. poloviny 12. století *Antidotarium Nicolai* (z toho bylo převzato

32 článků). Z arabských lékařů jsou několikrát uvedeni Avicena a Razes. Z antických autorů je citován Galenos a ze středověkých Evropanů je opakovaně citován padovský profesor Bartolomeus Montagnana (+ 1460). Dalšíh pět Evropanů, kteří jsou zastoupeni po jednom předpisu, působilo ve 14. století. Kromě toho se Quiricus de Augustis odvolával na své vlastní poznatky i na zkušenosti italských lékařníků a také na svého otce.

(Dokončení příště)

VÝZNAMNÁ JUBILEA

říjen 2008

80 let

PhMr. Josef Punčochář (OSL Kolín)

70 let

PharmDr. Jarmila Gregorová
(OSL Žďár nad Sázavou)

60 let

Aff. Kamila Burdová (PSL)
PharmDr. Marie Džuponová
(OSL Přerov)
Mgr. Dana Sichertová (OSL Třebíč)
Mgr. Hana Vejchodová (OSL Brno)

Upřímně blahopřejeme! (člk)

O lidech povolání lékárnického

Farmacie dnes nemá ustálenou tvář; je ve stadiu změn jako i mnohé jiné zaměstnání. To není jen v souvislosti s vývojem farmaceutických disciplin, nýbrž i s normováním nových vztahů, úkolů a postavení. Společnost ovšem má převážně vžitou představu lékárníka, kterou z minulosti setrvačností umísťuje si do dnešních dnů. Nevynucujeme si tolik pozornosti, abychom byli blíže poznáni a analysování – a pak nenáležíme k těm, kteří by byli ve svém zaměstnání rádi vyhledávaní.

Setkali jste se s námi sem tam i v literatuře. Neznám však žádného závažného románu nebo dramatu, v němž by magistr farmacie byl ústřední postavou; kořeny našeho povolání nejsou literárně obnaženy. Nejslavnější umělecký příslušník farmacie, Ibsen, příliš rád uprchl od lékárnické táry, než aby se k ní ve svém díle vrátil. Myslím, že téma by tu bylo, jsme však lidem hodně cizí.

Francouzská literatuta zná lékárníka ponejvíce jen ja-

ko staříka, poněkud dobráckého, ale i dosti nadutého v šosáctví maloměstské honorace. Přes zevní formu společenského postavení není však nikde viděti podstatu životního poslání. Giraudoux obdařil nás ovšem půvabnou krasavicí, románovou hrdinkou ženské přitažlivosti, ale tento modernější živel ve farmacii, jeho žena-magistra (do češtiny nezvykle přeložena jako lékárnice) – nemá konečně na sobě žádný podstatný znak farmaceutický.

Představa německé literatury je úměrna germánskému duchu. Episodické výstupy lékárníkovy jsou seriosní, korektní, je v nich málo skutečného života. Ta náchylnost k šosáctví a konservatismu zdá se i tam příbuzná.

V českém písemnictví je řídká směs obou zmíněných pojetí. Herites měl pro svou stavovskou příslušnost ovšem krásná slova, své teplé obrázky idealisované reality nevymanil však z maloměstského ovzduší, které jako by všichni spisovatelé, kteří si nás povšimli, nám přisou-

**jak se psalo
před 75 lety**

dili. Nejhuře to ovšem dopadlo tam, kde k vyjádření bylo třeba zřetelné představy, obrazu. Tak nás provokoval jeden český film nejen svou neinformovaností a nedbalostí, ale – promiňte – pitomostí lajdácké konstrukce, když se s lékárnou a jejím pracovním procesem dostal do styku.

Praktický lékárník, říjen 1933, str. 243

Pokuste se o dobrou hořčici!

Snad každý lékárník pomýšlel aspoň jednou na to, jak by podnikl něco, aby získal své lékárně vhodný vedlejší příjem, nebo alespoň příjem a zaměstnání pro tu dobu, kdy není oč zavaditi. Místnosti, zařízení, suroviny, personál, vše je po ruce, ale vše zahálí, poněvadž chybí práce a zaměstnání. Není možno vyčerpati v jednom článku všechny možnosti, během doby objeví se však obraz těch činností, které z lékárny vyšly, v lékárnách mnohých ještě jsou a znovu se do nich mohou vrátiti.

Lékařník, zvláště venkovský najde snadno čas a příležitost, aby pečlivě prostudoval a laboratorně prozkoumal a provedl řadu pokusů, než se odhodlá zpočátku k malé výrobě, kterou může později lépe rozvinouti.

Chceme ukázati na příklad výrobu hořčice, které mohla by se věnovati řada lékáren, neboť je mnoho druhů hořčice a hořčice běžná není právě nejdokonalejší.

Výroba hořčice specialisovaná a vedená lékárníkem, měla by důvěru. Není třeba, opakujeme, postavit hned továrnu na hořčici, nýbrž začíti s domácí výrobou tak, jako se často a zdravě vyvinula mnohá léčivá specialita z dobré speciality domácí. Ale musí býti na té hořčici

znáti, že ji dělal lékárník, hygienik, odborník a že nová lékárníkova hořčice přináší něco nového. Pro toho, kdo by chtěl zkusiti výrobu hořčice, může býti velmi užitečnou knížka Ph. Mr. Jandy „Konservování potravin“ (vydal „Praktický lékárník“, pro odběratele listu cena 5 Kč).

Praktický lékárník, říjen 1933, str. 250

Švestkové knedlíky... a léky

Je mnoho lékáren, které mají všechna okna zasklena mléčným sklem, zdobeným nejvýše vyleptanými exotickými květy. Nejsou vždy ošklivé, ale jsou vždy smutné a zasmušilé a zvláště o zasmušilých dnech. Lékárna je přioděna rouškou tajemství. Také vozy pohřebních ústavů bývaly tak vypraveny, ale dnes i do těchto vozů je viděti, ačkoliv každá rakev je zastřena rouškou nevyzpytatelného tajemství a neprůhlednost jako symbol tajemství je tu na místě. V posledních měsících bylo zřízeno ve velkých městech republiky mnoho restauračních automatů a téměř před všemi kupily se a kupí se zástupy lidí, neboť naskytá se tu neobvyklé divadlo: každý má možnost viděti, jak z těsta, merunek nebo švestek vznikají merunkové či švestkové knedlíky. Je to pro tyto podniky veliká reklamy. Jejím vtip je v tom, že je živá, pohyblivá, že se tu zdůrazňuje čistota přípravy a probouzí se chuť, aby pozorující divák vešel a sta se zákazníkem. Merunkové knedlíky a léky to je rozdíl, řekne snad mnohý. Ano, negeneralizujeme, jenom chceme upozorniti, že dnes vše, co se prodává, prodává se jinak než dříve.

Praktický lékárník, říjen 1933, str. 262