

10/2009

ročník LXXXI

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

Odborný lékař MUDr. KAREL SÁZAVSKÝ,  
přednosta ušního, nosního a krčního oddělení  
ve vojenské nemocnici  
BRNO — Zámečnická ul. č. 2.

Rp.

8.90

Amidopyrini  
Acidi acetylsalicyl.  
aa 0.25.

Tal. dos. No. XII

DS: 2 prášky denně.

Rp. Sol. adrenalin 1:1000 gtts XXX

5.50 v. fl.

Mentholi 0.30  
Olei vaselini 30.—  
puri

DS: Na vatu do nosu.

3. III. 1939.

*J. Sázkavský*

*U Kupky B.*

LÉKÁRNA „U RŮŽE“  
BRNO, Údolní 31.

Z léta jsme přeskočili rovnou do zimy. V pátek 26 stupňů, následující týden v pondělí bylo o dvacet méně a na horách sněžilo. Přírodě neporučíš a nemá cenu nad tím lamentovat. Pro lékárníky ostatně už dlouho platí, že v létě je to za osmáct, na podzim za dvacet bez dvou.

Do politiky se znovu vrací téma zdravotnických poplatků, uvažuje se o zavedení stropu pro poplatky i o jejich úplném zrušení u lékařů a v lékárnách. Někteří politici ovšem stále nechápou, že poplatky jsme nikdy nechtěli a že kromě starostí z nich vpodstatě nic nemáme.

Co nás v nejbližších týdnech čeká? Před námi je XIX. sjezd delegátů ČLnK. Těším se, že se tentokrát dovíme, kteří členové představenstva na zasedání jezdí (nebo nejezdí) a něco dělají (nedělají nic), abychom měli konečně přehled, jestli jsme před dvěma lety zvolili správné lidi.

Současný stav lékárenství charakterizovala jedna kolegyně následovně: „Dávat pacientům za recepty jakési kupony je ukázkou zoufalství. Ve chvíli, kdy už skoro všichni nabízejí nějaké bonusy, jsme tak nějak zpátky na nule, jen máme menší zisk, jaký bychom měli, kdybychom si vzájemně neškodili.“

Tak co myslíte? Jde náš obor do háje? Stále se bavíme o odbornosti, bez ní to opravdu nejde. Všude jsou hezké nové oficičky, ale přístup k lidem většinou zůstal stejný. Kolikrát řekneme pacientovi víc, než jen „tříkrát denně“? Slevy může dávat každý, ale nakonec možná vyhraji ti, kteří budou na lidi staré, osamělé, nemocné, bezmocné a chudé (kdo by je do bonusových lékáren pořádkem vozil?) nejhodnější.

Jaroslava HOŘANSKÁ



**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

PharmDr. Jan Horáček (předseda),

Mgr. Tomáš Cikrt, PharmDr. Pavel Grodza,

PharmDr. Petr Haltuň, PharmDr. Dušan Holečko,

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

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

PharmDr. Pavel Škvor

**vydavatel**

Lékařnická akademie, s. r. o.

A. Staška 80, 140 46 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku

vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C

vložka 74194.

**distribuce**

PNS Grosso, s. r. o.

Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

**grafická úprava**

Kateřina Vévodová

**tisk**

Ringier Print CZ a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

**předplatné a inzerce**

Objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka**

č. 11/2009 – 2. listopadu 2009

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651

MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

**autorům**

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



Prívovská 6, 702 00 Ostrava

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

e-mail: casopis@ova.inecnet.cz

obsah

|  |    |
|--|----|
| Nepřestanu hledat pozitivní stránku                              | 4  |
| Dopis ministryně zdravotnictví                                   | 5  |
| Ze zářijové porady předsedů                                      | 6  |
| Osvědčení k výkonu soukromé praxe                                | 8  |
| Odborné semináře, Interaktivní dispenzační semináře              | 10 |
| Správné dispenzační minimum:<br>Hydrokortison k lokální aplikaci | 11 |
| Jde o podobu vlastnictví veřejných lékáren                       | 12 |
| Volné minuty do všech sítí                                       | 13 |
| Na téma provozování veřejných lékáren                            | 14 |
| Tak to vidím já: Triky jako z příručky SOS                       | 15 |
| Molekula měsíce: Raxibacumab                                     | 17 |
| Nově registrované látky  | 18 |
| Nové nebo méně známé léčivé rostliny:<br>Butyrospermum parkii    | 19 |
| Nové farmaceutické suroviny – možnosti, inovace                  | 20 |
| 69. mezinárodní kongres FIP                                      | 21 |
| Zapojte se do projektu k lékovým pochybením                      | 22 |
| Staronový pohled na silymarin                                    | 24 |
| Lékařníci mají v Bruselu zastání                                 | 25 |
| Po šesti letech jsem znovu objevil život                         | 26 |
| Historie Lékařnického domu                                       | 28 |
| Dapagliflozin při léčbě diabetu                                  | 29 |
| Jak se psalo před 75 lety  | 30 |

titulní strana



Sázavský Karel, Dr., Brno, Zámečnická 2, 3. VIII. 1939. V té době přednosta ušního, nosního a krčního oddělení ve vojenské nemocnici. O dva roky později (podle jeho receptů) už zřejmě přednostou nebyl, zato ve své soukromé ordinaci přijímal pacienty od pondělka do soboty, v červenci a srpnu měl každé úterý odpoldne volno.

(zapůjčeno z fondu

Českého farmaceutického muzea v Kuksu)

# Nepřestanu hledat pozitivní stránku



**Troufnu si tvrdit, že pro každého pisatele, vyjma totálních pesimistů a tvůrců hororů včetně těch politických, je při tvorbě pojednání, blogů či jiných podobných dílek mnohem příjemnější zaujmout čtenáře nějakým pozitivním textem.**

**Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.**  
tiskový mluvčí České lékárnické komory

K zahození není ani článek populárně vědecký, vysvětlující čtenáři taje hluboké záhady, nad kterou si autor přinejmenším dva roky láme hlavu. A pak najednou hle, jak je to jednoduché a pochopitelné, všechno mu do sebe nádherně zapadne. Zkrátka i při psaní, stejně jako v životě, je potřeba udržovat určitý pozitivní náhled, abychom čtenáře neotrávili při jeho mnohdy již tak trudném životě. Ani v něm už totiž dávno neplatí, aspoň to není pravidlem, že pravda a láska (z)vítězí nad lží a nenávisť. Rozhodně ne jednoduše. Budu se tedy snažit psát pozitivně, je to příjemnější především pro mne. Navíc je dobré i na vyložené negativním zážitku najít také nějakou pozitivní stránku. Některé souvislosti posuďte sami.

Zejména v politických kruzích se s železnou pravidelností setkávám se situací, kdy jedna strana reaguje na výroky (někdy i jen myšlenky) strany jiné. Následuje reakce té první na tu druhou a za chvíli se v tom prakticky nikdo nevyzná. To by na tom všem asi nebylo to nejhorší. Hlavní neštěstí spočívá v neúplných, upravených a někdy vysloveně lživých informacích. To už ovšem málokdo pozná. Zejména pak v okamžiku, kdy se v rámci „objektivit“ prezentují v médiích tzv. vyvážené informace. Vydavatel původní nekorektní informace zpravidla počítá s tím, že se dostává do povědomí nejen on sám (negativní reklama je přece taky reklama), ale že i jím stokrát opakovaná lež se může stát pravdou. Tohoto principu však bývá velmi často zneužito nejen v politických kruzích. Při pořádání některých akcí je pro žádoucí mediální výstup také vhodné pozvat pouze určité konkrétní hosty a přednášející, aby výsledkem odpovídal připravenému výstupu. Přes tyto „možnosti“ jsme si dali jako komora za úkol informovat média a samozřejmě i své členy pravdivě. Věřte, není moc nepříjemnějších situací než obelhaný novinář, který to zjistil, samozřejmě vzápětí po něm i čtenář (divák, posluchač, lékárník). Nechtěli

bychom být bleskurychle zařazeni do kolonky „Ať si říkaj co chtěj, já vim stejně svý“. Pro čtenáře je samozřejmě důležité vnímat nejen CO se říká, ale také KDO to říká a ČÍ zájmy ve skutečnosti hájí.

Ale proč vlastně ten úvod? Stejně jako mnoho dalších kolegů a kolegů jsem se zúčastnil na pozvání předsedy představenstva GML konference Provozování veřejných lékáren po volbách 2009, rozvoj či krach? Musím říci, že je velmi pozitivní (už je to tady), když se podobná široká setkání mezi lékárníky, byť z jednoho segmentu, a zdravotnickými odborníky z řad politiků, SÚKL i firem konají. Za to patří organizátorům bezesporu dík. Dochází tak k předávání „nefiltrovaných“ informací mezi všemi účastníky bez ohledu na jejich zařazení. Jako zástupce komory mě samozřejmě potěšila pochvala kvalitní spolupráce naší organizace z úst politiků, protože jenom tak můžeme efektivně ovlivnit přípravu legislativy. Zastoupení mluvčích v panelu bylo rozhodně na absolutně nejvyšší úrovni, tak vysoké, že mezi ně nebyl přizván ani prezident České lékárnické komory. Omluvou budiž laskavá možnost vyjádření v plodné a bohaté diskusi. Tak nám zbyl aspoň dostatek času na diskusi s novináři. Bohužel jako na potvoru ne s těmi ze Zdravotnických novin. Četli jste to? Výstup z konference: „...Celá řada přítomných lékárníků v diskusi vyjádřila údiv nad tím, že i mezi lékárníky se ozývají hlasy proti systému Centrálního úložiště dat...Diskutující lékárníci neskryvali své rozpaky nad faktem, že proti zavedení Centrálního úložiště elektronických receptů vystupuje vedení České lékárnické komory...“. Musím říci, že ta řada byla docela krátká, dokonce tak krátká, že to vlastně ani řada nebyla. Pokud však někoho udivuje snaha komory o dodržování zákonů, tak proč ne. Přitom právě funkční úložiště elektronických receptů je přesně to, po čem představenstvo ČLnK dlouhodobě volá. Tento náš postoj je trvalý, konzistentní a od samotného začátku prezentovaný na zákla-

dě většinového rozhodnutí představenstva ČLnK. Jedinou zdánlivou kaňkou na celé akci tak zůstává zákaz účasti právního poradce ČLnK doktora Maršíka. Odůvodnění zaslané předsedou představenstva GML formou sms, že jako nelékárník je jeho účast nežádoucí, ponechám v rámci pozitivního přístupu bez komentáře. Ale jen mezi námi – co já těch nelékárníků na konferenci v onu sobotu viděl...

Díky korektnímu přístupu a názorové stabilitě se právě komora naprosto jednoznačně stala solidním partnerem nejen pro média, ale také pro mnohé jiné subjekty. Jasným příkladem je kauza centrálního úložiště elektronických receptů, ve které je stanovisko komory stálé, fakticky jej potvrdil Úřad pro ochranu osobních údajů, ani ministerstvo zdravotnictví nedalo příkaz k připojení přímo řízených nemocnic. Stalo se pravidlem, že nás novináři často kontaktují při přípravě článků a reportáží o lékárenství a dávají nám možnost vyjádřit se, případně si danou problematiku nechají vysvětlit. To je přesně úkol mluvčího komory, hasit včas potenciální požáry, nejlépe ještě před medializací. Čím méně se dostává do médií negativních informací o komoře, tím méně je logicky navenek viditelný mluvčí. Ve výsledku to pak ovšem vypadá, že se nic neděje. V důsledku neustálého množení mediální agendy jsme se však dostali na hranici vlastních možností, a proto jsme se rozhodli oslovit PR agenturu. Ta by nám měla pomoci nejen připravit některé materiály, ale také rozšiřovat portfolio mediálních kontaktů a hlídat důležité informace o zdravotnictví v médiích, s případným doporučením na reakci. Rozhodli jsme se otestovat firmu Neopublic. Jedním z hlavních důvodů, které pro ni hovoří, je provozovatel lékárny v roli jednatele firmy. To znamená, že ho nemusíme do naší problematiky nijak zasvěcovat, čímž jsme v minulosti u PR agentur ztratili velmi mnoho času, nakonec se to u jedné z nich dokonce obrátilo proti nám. My jsme ji naučili lékárenství, ona to pak použila u „konkurence“ proti nám. To by mělo být do budoucna omezeno smluvními podmínkami. Nyní jsme se domluvili na „testovacím“ měsíčním provozu zdarma. Pokud se agentura osvědčí, pak nám nabízí přiměřené finanční podmínky pro dlouhodobou spolupráci.

Za sebe mohu slíbit, že budeme i nadále prosazovat korektní přístup, aby bylo co nejméně těch, co „ví svý“.



## Dopis ministryně zdravotnictví

Ministryně zdravotnictví České republiky Dana Jurásková zaslala 25. září Stanislavu Havlíčkovi tento dopis:

Vážený pane prezidente,

odpovídám na Váš dopis ze dne 26. srpna 2009 č.j. OD/33/09, ve kterém poukazujete na tiskovou zprávu Grémia majitelů lékáren ze dne 19. 8. 2009, jejíž text (dle Vašeho mínění) vyvolává představu, že Ministerstvo zdravotnictví podporuje současný systém a využití Centrálního úložiště (dále jen „CÚ“) tak, jak jej prosazuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“). V této souvislosti žádáte o sdělení, jaký postoj k CÚ v tuto chvíli Ministerstvo zdravotnictví zastává. Druhý dotaz ve Vašem dopise se pak dotýká problematiky proplácení elektronických receptů ze strany zdravotních pojišťoven.

Při mém setkání s předsedou představenstva Grémia majitelů lékáren Mgr. M. Hamplm dne 19. 8. 2009 jsme skutečně hovořili, mimo jiné, o centrálním úložišti, o jeho současné podobě, o probíhající kontrole dodržování povinností stanovených zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, ze strany Ústavu, kterou vede Úřad pro ochranu osobních údajů (dále jen „ÚOOÚ“) a samozřejmě o dalším vývoji a budoucnosti využití elektronických receptů.

Informace uvedená v tiskovém prohlášení Grémia majitelů lékáren týkající se podpory současné podoby centrálního úložiště elektronických receptů ze strany Ministerstva zdravotnictví je však nešťastně formulována. V rámci diskuse na toto téma jsem potvrdila, že Ministerstvo zdravotnictví plně podporuje centrální úložiště elektronických receptů, jako plnohodnotnou variantu „klasických“ listinných receptů vystavených lékaři, nikoliv jako centrální evidenci všech vydaných léčivých přípravků v lékárně spolu s osobními údaji. V rámci projektu e-Health Ministerstvo zdravotnictví dlouhodobě podporuje zavedení elektronické preskripce s cílem minimalizovat, případně úplně eliminovat podvody s listinnými recepty a snížit administrativu jak na straně lékaře, tak na straně lékárníka. Lepší komunikace mezi lékařem a lékárníkem prostřednictvím elektronické preskripce

(Pokračování na další straně)

## ZEPTALI JSME SE

*Jaký je váš názor na společný projekt České lékárnické komory a Národní protidrogové centrály, nazvaný „Nepodporuji výrobu drog“?*



**PharmDr. DAGMAR DĚDIČOVÁ**  
Lékárna Pod věží, Holešov

Projekt mi ze strany komory připadá jako poněkud zbytečná práce, protože všichni seriózní lékárníci byli a jsou zajedno v tom, že nechtějí podporovat zneužívání léčivých přípravků pro výrobu drog. Vyjadřovat tento samozřejmý postoj vylepováním samolepek nepovažuji za potřebné. Producenty drog to nijak nepostihne. Podle mého názoru není řešení problému ani v přesunu těchto preparátů do přípravků na lékařský předpis. Jediným účinným postupem by bylo zakázat jejich výrobu.

**Mgr. KATEŘINA MASNÍKOVÁ**  
Ústavní lékárna Nemocnice s poliklinikou  
Nový Jičín

Projekt považuji za sympatický, i když si myslím, že samolepky s logem „Nepodporuji výrobu drog“ jsou spíše jen symbolické gesto. Věřím ve stavovskou čest každého lékárníka, která přikazuje pracovat k dobru a ku prospěchu pacientů, a naopak nedovoluje podporovat aktivity související s výrobou a zneužíváním návykových látek. Pokud projekt tomuto úsilí být jen o malý kousek pomůže, určitě stojí za to.



**Mgr. MARTIN RONGE**  
Lékárna ALFA Farm, s.r.o., Zlín

Vyjadřuji jednoznačný souhlas. Varny návykových látek se často nacházejí v obytné zástavbě a enormně zatěžují své okolí vysokou koncentrací toxických látek, zejména těžkých kovů a rozpouštědel. Dochází tak k ohrožení zdraví obyvatel těchto lokalit, aniž by o tom věděli. Obzvláště tristní jsou dopady návykových látek na zdraví samotných uživatelů. Několik z nich, které jsem poznal, byli proti své závislosti zcela bezmocní. Od lékařů z bohnické léčebny mám potvrzeno, že pro většinu drogově závislých je prakticky nemožné se tohoto devastujícího návyku zbavit. Na podpoře produkce drog se jako lékárník nechci podílet ani neúmyslně, proto vítám každou iniciativu podporující takové stanovisko.

**Mgr. HANA ONDRASCHKOVÁ**  
Lékárna U Pošty, Opava

V naší lékárně jsme se ještě před doporučením SÚKL ohledně omezení prodeje přípravků s obsahem pseudoefedrinu dohodli, že tato léčiva budeme prodávat maximálně v počtu dvou balení. Společný projekt komory a Národní protidrogové centrály hodnotíme kladně, i když si myslíme, že někteří klienti si svou „surovinu“ nakonec stejně nějak seženou – buďto návštěvou jiné lékárny, nebo v zahraničí.



*Snímky: Vladimír Vrbovský*

(Dokončení z předchozí strany)

povede ke kvalitnější a bezpečnější farmakoterapii pacientů.

Nynější podoba sběru dat (resp. Ústavem požadovaný rozsah dat) není zcela v souladu s názorem Ministerstva zdravotnictví, avšak v tuto chvíli mohou pouze zopakovat, že se Ministerstvo zdravotnictví k této kauze definitivně vyjádří až po vydání pravomocného rozhodnutí ÚOOÚ, jehož výsledek nelze předjímat.

K Vašemu druhému dotazu ohledně účtování elektronických receptů a nalezení vyhovujícího postupu při proplácení a kontrole vyúčtovaných elektronických receptů uvádím, že touto problematikou se v současné době velmi intenzivně zabývá legislativní odbor Ministerstva zdravotnictví s tím, že Ústav do této chvíli návrhy možných technických řešení, jak za stávajících legislativních podmínek umožnit zdravotním pojišťovnám vykonávat revizní činnost, nepředložil.

## Proč se vlastně dnes připojovat?

Jsem zastáncem jednoho elektronického úložiště, jsem přesvědčen o tom, že má elektronický recept své výhody. V tom se s kolegou Mgr. Markem Hamplem zcela shodují.

Neshodují se v další věci, totiž v předávání dat. Doufal jsem, že GML jako organizace, jejímž jsem členem, se mě zastane. Že bude proti tomu, aby mi stál naložil na bedra další činnost, kterou budu vykonávat zdarma. O riziku předávání osobních dat nemluvě. I kdyby SÚKL potřeboval adresy pacientů, proč je mám vyplňovat a odesílat zdarma já? Ať si to domluví s VZP, která data má, a ať mu je dávájí zdravotní pojišťovny. Pokud se připojím, nemohu si vzít dovolenou na 14 dní, protože každých 14 dní se musí předávat data. To jsou jen tři důvody, proč nejsem připojen. Některým kolegům vysvětlit rozdíl mezi názorem na elektronický recept a předávání dat nedovedu, nebo prostě chtějí mít klid.

Navíc nevím o tom, že by někdo jeden elektronický recept nějaké ZP vyfakturoval... Modafen na recept objedná, tak proč se vlastně dnes připojovat?

**PharmDr. Pavel PLEVA, člen GML,  
Lékárna Velešín**

# Ze zářijové porady předsedů

V pátek 18. září se v kongresovém sále Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze konala porada předsedů okresních sdružení lékárníků, předsedů revizních komisí a předsedů čestných rad těchto sdružení. Moderátorem porady byl tiskový mluvčí České lékárnické komory Mgr. Aleš Krebs. V úvodním vystoupení prezidenta ČLnK Mgr. Stanislava Havlíčka zazněla rekapitulace podstatných událostí, vztahujících se k situaci v lékárenství, ke kterým došlo od minulé porady.

Další část jednání patřila prezentaci materiálů pro nadcházející sjezd delegátů ČLnK. S návrhem řádu pro odměňování funkcionářů komory seznámil přítomné **PharmDr. Vladimír Gondek**. Návrh řádu pro celoživotní (dříve kontinuální) vzdělávání členů ČLnK přednesl viceprezident komory **Mgr. Michal Hojný**.

závad jmenoval např. používání „lokálních“ elektronických receptů, delší dobu trvající provoz lékárny bez lékárníka, nepřítomnost lékárníka v lékárně nebo chybějící označení personálu jmenovkami.

V další části porady vyslechli přítomní z úst **PharmDr. Petra Horáka, PharmDr. Jana Horáčka a PharmDr. Dany Syrové**



Mgr. Stanislav Havlíček

Vystoupení **Petra Studenovského** se týkalo spolupráce s mobilním operátorem T-Mobile v rámci projektu „Klub lékárníků“ (tématem se podrobněji zabývají příspěvky „Možnost volání již od 0,19 Kč/min“ v minulém a „Volné minuty do všech sítí“ v tomto čísle ČČL). Dále se věnoval problematice úpravy webových stránek komory, kde největší problém spočívá ve slučování dvou typů informací, které mají různou náročnost zpracování, a nastínil další vývoj v tomto ohledu.

Zprávu o výsledcích činnosti inspektorů ČLnK přednesl **Mgr. Jiří Kotlář**. V současné době má komora 10 inspektorů, kteří letos zatím provedli 24 inspekci, z toho 4 na podnět. K disciplinárnímu řešení bylo předáno 7 případů. Ze zjištěných

novinky z oblasti specializačního vzdělávání farmaceutů a problematiky akreditace lékáren. Podle očekávání přitom došlo k umírněné konfrontaci nositelů jednotlivých koncepcí.

Za osobní účasti ředitele Národní protidrogové centrály **plk. Jakuba Frydrycha** byl účastníkům porady představen společný projekt této složky Policie ČR a České lékárnické komory, nazvaný „Nepodporuji výrobu drog“. Ředitel NPC své vystoupení zahájil konstatováním, že Česká republika je největším producentem metamfetaminu v Evropě. Společná iniciativa komory a NPC reaguje na vývoj české drogové scény v posledním období. V této souvislosti zmínil také spornou účinnost „úředního“ omezení prodeje





Plukovník Jakub Frydrych

léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu, kdy se varny návykových látek staly dostatečně předzásobit, takže dobře míněné opatření víceméně nakonec postihlo jen lékárny a slušné pacienty. Alarmující je rozšíření metamfetaminu na tzv. taneční scéně, kde se blíží marihuaně, jejíž dostupnost je odborníky považována za absolutní.

Právní zástupce ČLnK **Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík** se vyjádřil k aktuální legislativě. Zákony nesou pečeť kvality svých tvůrců; praktické dopady těch stávajících a s nimi spojené problémy naznačují očekávatelnou perspektivu také ohledně připravovaných právních norem. Dále informoval o rubrice „Právní předpisy“ na webových stránkách komory, kde bude k dispozici přibližně stovka práv-

ních předpisů (velké kodexy, hlavní zákony, zdravotnické předpisy). S aktualizací obsahu rubriky se počítá ke každému prvnímu dni v měsíci.

Člen představenstva ČLnK a předseda představenstva GML **Mgr. Marek Hampel** přiblížil možnosti právní ochrany ve věci dotování regulačních poplatků krajskými úřady. Vůbec první žaloba byla podána 20. ledna v Praze, návrh na vydání předběžného opatření byl však 27. ledna zamítnut. První vydané předběžné opatření nese datum 30. března a týká se Slezske nemocnice v Opavě. Další předběžná opatření vydávají soudy pro krajská zařízení v Mladé Boleslavi (7. dubna), Novém Jičíně (11. května), Havířově (26. června), Třinci (20. srpna) a Frýdku-Místku (3. září). Ve všech případech, proběhne-li pro-

ces pro nekalou soutěž úspěšně, bude následovat žaloba o náhradu škody; přidat se k ní mají možnost i ostatní provozovatelé lékáren. Mgr. Hampel doporučil pokračovat v podávání žalob na krajská zařízení s tím, že podle GML jde o nejučinnější způsob řešení problému.

O inspekcích SÚKL referovala šéfka odboru kontroly léčiv tohoto ústavu **RNDr. Olga Hanzlíčková**. Při kontrolách zdravotnických zařízení se SÚKL zaměřuje např. na léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, dodržování zákona č. 40/1995 Sb. a na cenovou kontrolu. Ze závad, na které se přišlo při letošních kontrolách lékáren, patří 69 procent mezi drobné, 20 procent mezi významné a 11 procent nese označení kritické. Jmenovitě šlo např. o proslé léčivé a pomocné látky, nedodržování teplot uchovávání těchto látek, nepřítomnost vysokoškolsky vzdělaného farmaceuta na pracovišti, nedostatky v kusové evidenci a o závady v dokumentaci k přístrojům.

Určitým zklamáním byla nepřítomnost ředitele SÚKL, s nímž mnozí účastníci porady chtěli diskutovat o aktuální problematice sběru a odesílání osobních dat pacientů a získat informace o postoji ústavu k vyjádření Úřadu pro ochranu osobních údajů.



Na závěr se osmělují vyslovit domněnku, že tento článek byl pro čtenáře z řad členů ČLnK pouhým přiblížením atmosféry jednání, protože příslušné informace hned po poradě jistě získali od příslušných funkcionářů svých okresních sdružení.

**Text a snímky: Vladimír VRBOVSKÝ**



RNDr. Olga Hanzlíčková



Mgr. Michal Hojný

# OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v září 2009

## Zrušená osvědčení

- 118/1993 Mgr. Alena Laštovková, Dukelských hrdinů 33, Praha 7
- 241/1994 PharmDr. Olga Weberová, Pražská 18, České Budějovice
- 257/1995 PharmDr. Dalibor Ďurďa, nám. Dr. Kramáře 54, Vysoké n. Jizerou (provoz zrušen)
- 365/1995 RNDr. Kryštof Harant, Resselovo nám. 129, Chrudim
- 281/1998 Mgr. Marie Kubíková, Palackého nám. 41, Ivančice
- 215/2003 Mgr. Karel Slezák, Široká 16, Ivančice
- 84/2005 Mgr. Zorka Krobová, Na Kocandě 2201/35, Litoměřice
- 89/2005 Mgr. Eva Chmurová, Chittussiho 1001/9, Slezská Ostrava
- 134/2005 Mgr. Iveta Kukačová, Markvartovická 1200, Ludgeřovice
- 164/2005 PharmDr. Zdeňka Vítová, Masarykovo nám. 2667, Pardubice
- 209/2005 PharmDr. Eva Pechová, Poděbradská 293, Pardubice
- 320/2005 Mgr. Leona Adamičková, 28. října 1000, Turnov
- 351/2005 Mgr. Miroslava Kašková, nám. gen. Knopa 837, Žamberk
- 355/2005 Mgr. Hana Janovská, Palackého 191, Chrudim
- 369/2005 PharmDr. Luboslav Jandel, Jáchymova 903, Jindřichův Hradec
- 116/2006 Mgr. Olga Šmehilová, Msgre B. Staška 2, Domažlice
- 216/2006 Mgr. Martin Štroncer, Šustova 1930, Praha 4
- 251/2006 Mgr. Margita Fialová, Nádražní 22, Mnichovice
- 124/2007 PharmDr. Blanka Švarcová, Nádražní 769, Stod
- 183/2007 Mgr. Jana Frelichová, Podmolova 19, Ostrava 2
- 195/2007 Mgr. Margaréta Holečková, Široká 1, Ivančice
- 327/2007 PharmDr. Petra Bartáková, Máchova 400, Benešov
- 69/2008 PharmDr. Eva Trojanová, Znojemská 863/1, Třebíč
- 122/2008 Mgr. Markéta Nevrtalová, Divadelní 4, Brno
- 176/2008 PharmDr. Matej Hronec, Tyršova 869, Trmice
- 222/2008 Mgr. Radek Diviš, Nárožní 1390/4, Praha 5 (provoz zrušen)
- 315/2008 PharmDr. Jana Spáčilová, Purkyňova 35c, Brno
- 391/2008 PharmDr. Dana Trčková, Roškotova 1225/1, Praha 4
- 32/2009 Mgr. Zdeněk Vítek, Alej 17. listopadu 1101, Roudnice nad Labem

- 34/2009 PharmDr. Veronika Poláková, Netroufalky 14-16, Brno
- 39/2009 Mgr. Milada Sýkorová, Rokycanská 128, Plzeň
- 43/2009 PharmDr. Tatjana Kotábová, Sokolovská 17, Praha 8
- 68/2009 PharmDr. Taťána Elblová, Gorkého 22, Brno
- 101/2009 Mgr. Blanka Krmíčková, Bednaříkova 2883/1a, Brno
- 183/2009 Mgr. Jaroslav Šantora, Potůčky 36
- 200/2009 PharmDr. Zdenka Příhodová, Pulická 99, Dobruška
- 214/2009 Mgr. Ellen Tučková, Kozí 684/8, Brno
- 236/2009 Mgr. Věra Turčinová, Na Kocandě 2201/35, Litoměřice

## Vydaná osvědčení

- 231/2009 Mgr. Kateřina Matoušková, U Zlatého orla, Podmolova 1009/19, Ostrava-Prívov, provozovatel: PHARM TRADE s.r.o.
- 232/2009\* PharmDr. Alice Kaločová, Lékárna Globus Ostrava, Hypermarket Globus, Opavská 326/90, Ostrava-Plesná, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
- 233/2009 PhMr. Milouš Plura, Medika, Hlavní náměstí 43, Krnov, provozovatel: Lékárna Medika s.r.o.
- 234/2009 Mgr. Světluše Langerová, KOLF, Masarykovo nám. 2667, Pardubice, provozovatel: KOLF s.r.o.
- 235/2009 PharmDr. Daniela Kolbabová, Nemocniční lékárna, Máchova 400, Benešov, provozovatel: Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice Středočeského kraje
- 237/2009\* RNDr. Hana Walterová, Multiscan Pharma s.r.o., Kyjevská 44, Pardubice, provozovatel: Multiscan Pharma s.r.o.
- 238/2009 Mgr. Abdel Rahman Abdel Karim, Chlumova 21, Praha 3, provozovatel: Šárka Krchová
- 239/2009 PharmDr. Olga Weberová, KARLÍNSKÁ LÉKÁRNA, Křižíkova 164/20, Praha 8, provozovatel: FOKA s.r.o.
- 240/2009 PharmDr. Tomáš Kotala, Butovická lékárna, Seydlerova 2151, Praha 5, provozovatel: H a K Marketing servis spol. s r.o.
- 241/2009 PharmDr. Jaroslav Hruška, Lékárna Klánovice, Slavětínská 771, Praha 9, provozovatel: Pateo a.s.
- 242/2009 PharmDr. Josef Holub, Na Poliklinice, Pulická 99, Dobruška, provozovatel: Lékárna Mgr. Josef Hradecký, s.r.o.
- 243/2009 Mgr. Jaroslav Šantora, Lékárna No. 36, Potůčky 36, Potůčky, provozovatel: PHARMA JAJ s.r.o.



- 244/2009 Mgr. Michaela Ryšavá, Dr.Max LÉKÁRNA, Bezděkovská 123, Strakonice II, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 245/2009\* Mgr. Ludmila Lutzová, Lékárna U Elišky, Tyršova 29, Brno, provozovatel: Vladimíra Pokorná
- 246/2009 Mgr. Hana Psotová, Lékárna PHARMAPOL, Široká 1, Ivančice, provozovatel: PHARMAPOL s.r.o.
- 247/2009 Mgr. Petra Gebauerová, Lékárna Na Údolní s.r.o., Údolní 29, Brno, provozovatel: Lékárna Na Údolní s.r.o.
- 248/2009 Mgr. Soňa Daňková, Lékárna Na Obilním trhu, Gorkého 22, Brno, provozovatel: Mgr. Eva Šotáková
- 249/2009 Mgr. Hana Chytková, Lékárna Nemocnice Ivančice, Široká 1, Ivančice, provozovatel: Nemocnice Ivančice, přísp. organizace
- 250/2009 PharmDr. Věra Kopřivová, Lékárna MG Medical Center, Ostrožná 24, Opava, provozovatel: Mgr. Vladislava Řeháčková
- 251/2009 RNDr. Anna Konečná, Lékárna EDEN s.r.o., Purkyňova 3030/35c, Brno, provozovatel: Lékárna EDEN s.r.o.
- 252/2009 Mgr. Olga Keslarová, V Nemocnici, 28. října 1000, Turnov, provozovatel: Lékárna Turnov, s.r.o.
- 253/2009 Mgr. Blanka Krmíčková, Novolékárna Líšeň, Bednaříkova 2893/1a, Brno, provozovatel: Novopharm s. r. o.
- 254/2009 PharmDr. Matej Hronec, Novolékárna Ústí, Tyršova 869, Ústí nad Labem, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 255/2009 Mgr. Ellen Tučková, Novolékárna Na Kozí, Kozí 684/8, Brno, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 256/2009 PharmDr. Veronika Polášková, Novolékárna Campus, Netroufalky 14-16, Brno, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 257/2009 Mgr. Markéta Nevrtalová, Novolékárna U Divadla, Divadelní 4, Brno, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 258/2009 Mgr. Olena Tysyachna, Na Poliklinice, nám. gen. Knopa 837, Žamberk, provozovatel: DZ Pharm s.r.o.
- 259/2009 Mgr. Zorka Krobová, Lékárna PNsp, Alej 17. listopadu 1101, Roudnice nad Labem, provozovatel: Podřipská nemocnice s poliklinikou Roudnice nad Labem
- 260/2009 PharmDr. Renata Kašková, Nowa, Palackého 191, Chrudim, provozovatel: Nowa Invest s.r.o.
- 261/2009\* PharmDr. Marta Kotrbová, Dr.Max LÉKÁRNA, Tyršova 144, Sedlčany, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 262/2009 RNDr. Mária Frantová, LÉKÁRNA TESCO HRABOVÁ, Prodloužená 807, Ostrava, provozovatel: MUDr. Hynek Navrátil
- 263/2009 Mgr. Hana Peňázová, Lékárna Postřelmovská, Postřelmovská 2000/7a, Zábřeh, provozovatel: Lékárna Na Školské s.r.o.
- 264/2009 PharmDr. Eva Pechová, Novolékárna Pardubice, Poděbradská 293, Pardubice, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 265/2009 Mgr. Iveta Kukačová, MODRÝ PAVILON s.r.o. - Lékárna, Chittussiho 9, Slezská Ostrava, provozovatel: MODRÝ PAVILON s.r.o.
- 266/2009 Mgr. Gabriela Badinová, M.K.P. service s.r.o., Palackého nám. 41, Ivančice, provozovatel: M.K.P. service s.r.o.
- 267/2009 Mgr. Eva Pašková, Mėtis, Nádražní 769, Stod, provozovatel: DEVĚTSIL JST, s.r.o.
- 268/2009 PharmDr. Hana Machová, Lékárna Mnichovice, Nádražní 22, Mnichovice, provozovatel: PharmDr. Alena Lavická
- 269/2009 PharmDr. Miluše Skálová, Dr.Max LÉKÁRNA, Jáchymova 903, Jindřichův Hradec, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 270/2009\* PharmDr. Denisa Burešová, Lékárna v nemocnici Trutnov, M. Gorkého 77, Trutnov, provozovatel: Královéhradecká lékárna a.s.
- 271/2009 Mgr. Olga Šmehilová, Novolékárna Domažlice, B. Staška 2, Domažlice, provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 272/2009 Mgr. Miroslava Klupáková, Dr.Max LÉKÁRNA, Na Kocandě 2201/35, Litoměřice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 273/2009 Mgr. Pavlína Cíhová, Lékárna Helios, Znojenská 863/1, Třebíč, provozovatel: HELIOS PHARMA s.r.o.

\* = nová lékárna



### Zamýšlím se nad tím, jestli ještě potřebujeme

jednotné označení lékáren. Tak jako v jiných zemích zavedlo se i v České republice jednotné označení lékáren. Vžilo se, a přestože se lékárníci v EU dříve nebo později jistě dohodnou na shodném symbolu, kdoví, jak to bude u nás. Vždyť – jak je vidět – v českých a moravských krajích se stejné označení lékáren nedodrhuje.

Čím to je? Asi tím, že na to není právní předpis. V Hradci Králové se novým označením představil Dr.Max. Nevíme sice, čeho je doktorem, ale označení a zejména metody jak získat zákazník má propracované. Co tomu říkáte? Já s takovou odlišností nesouhlasím.

Prof. Dr. Jan SOLICH, CSc.



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

**Hradec Králové (kód semináře: 09071)**

poplatek 300 Kč, v hotovosti 400 Kč

**Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové, nová posluchárna, začátek v 9.30 hod.**

**So 5. 12.** Nežádoucí účinky protinádorové léčby a možnosti jejich řešení, podpůrná a doplňková léčba v onkologii; Maligní melanom – diagnostika, léčba, prevence.

Lektoři: PharmDr. Jindřiška Hofmanová,  
PharmDr. Zuzana Ducháčová

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

## INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

**Poplatek 200 Kč:** bankovním převodem na účet č.: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře.

Splatnost nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (v **hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek 250 Kč**).

Účastnické poplatky jsme nuceni zvýšit pro absenci finanční podpory partnerů.

### ŘÍJEN

**St 21. 10. Praha (kód semináře 09052)**

**FN Na Bulovce, Budínova 2, Praha 8, začátek v 18.00 hod.**

Kazuistiky s neurologickou problematikou

Lektoři: PharmDr. Míra Hojdarová, Mgr. Jana Vinšová,  
MUDr. Petr Dušek

Odborný garant: Mgr. Jana Vinšová

**Čt 29. 10. Praha (kód semináře 09055)**

**Lékárnická akademie, Antala Staška 80, Praha 4, začátek v 18.00 hod.**

Kazuistika zaměřená na pediatrickou lékařskou péči

Lektoři: Mgr. Lucie Kotlářová, MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Odborný garant: Mgr. Lucie Kotlářová

**So 31. 10. Plzeň (kód semináře 09059)**

**Fakultní nemocnice, tř. Dr. E. Beneše 13, pavilon č. 4, 1. patro, začátek v 10.00 hod.**

Farmaceutická péče u nemocných s jaterními nemocemi

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., Mgr. Ladislav Ruman

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

### LISTOPAD

**Út 3. 11. Opava (kód semináře 09064)**

**Slezská univerzita, Opava, začátek v 18.00 hod.**

Dermatologické kazuistiky

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

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

**Čt 5. 11. Praha (kód semináře – 09060)**

**Lékárnická akademie, Antala Staška 80, Praha 4, začátek v 18.00 hod.**

Kazuistika zaměřená na pediatrickou lékařskou péči (opakování z 29. 10. 2009)

Lektoři: Mgr. Lucie Kotlářová, MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Odborný garant: Mgr. Lucie Kotlářová

**St 11. 11. Praha (kód semináře 09061)**

**FN Na Bulovce, Budínova 2, Praha 8, začátek v 18.00 hod.**

Renální funkce a léčiva II.

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

Odborný garant: Mgr. Jana Gregorová

**St 18. 11. Hradec Králové (kód semináře 09056)**

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

Terapie depresivní poruchy, rizika terapie, compliance

Lektoři: Mgr. Martina Maříková, MUDr. Richard Kohler

Odborný garant: Mgr. Martina Maříková

**Út 24. 11. Brno (kód semináře 09063)**

**FaF (seminární místnost), VFU Brno, Palackého 1/3, začátek v 17.00 hod.**

Léky v těhotenství a při kojení

Lektoři: PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,  
PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,  
MUDr. Jana Neuwirthová

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

**St 25. 11. Praha (kód semináře 09065)**

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

Relativně kontraindikovaná léčiva ve stáří – kazistiky

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

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

**St 25. 11. Ostrava (kód semináře 09066)**

**Dům techniky, Ostrava, začátek v 18.00 hod.**

Rizika farmakoterapie pacientů s warfarinem

Lektoři: PharmDr. Ivana Sokolová, MUDr. Hana Buriánová

Odborný garant: PharmDr. Ivana Sokolová

### PROSINEC

**St 2. 12. České Budějovice (kód semináře 09067)**

**Metropol, spol. s r.o, České Budějovice, začátek 17.30 hod.**

Nespavost a režimová doporučení

Lektoři: Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

**St 2. 12. Praha (kód semináře 09068)**

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

Relativně kontraindikovaná léčiva ve stáří – kazistiky

(opakování z 25. 11. 2009)

## Lektoři:

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

## So 5. 12. Teplice

(kód semináře 09069)

Dům kultury, Teplice,  
začátek 9.30 hod.

Rizika farmakoterapie u poly-  
morbidního pacienta

## Lektoři:

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

Odborný garant:

Mgr. Kateřina Langmaierová

## So 12. 12. Hradec Králové

(kód semináře 09062)

FaF UK, Heyrovského 1203,  
Hradec Králové, začátek 9.30 hod.

IS č. 14: Terapie bolesti, její rizika  
a možnosti farmaceutické péče

## Lektoři:

PharmDr. Petr Červený, Ph.D.,  
Mgr. Josef Malý,  
MUDr. Karel Macek, CSc.

Odborný garant: Mgr. Josef Malý

## OTC 2009

(určeno pro farmaceuty,  
farmaceutické asistenty)

Brno, 21. 10., Kancelář veřejného  
ochránce práv, Údolní 39, číslo akce  
09072

Olomouc, 4. 11., RCO, Jeremenkova  
1211, číslo akce 09073

Ostrava, 10. 11., DTO, Mariánské  
nám. 5, číslo akce 09074

Praha, 19. 11., Hotel ILF, Budějovická  
15, číslo akce 09075

Liberec, 26. 11., Nemocnice Liberec,  
Husova 10, číslo akce 09076

**Začátek** vždy v 17.30, registrace od  
16.30 hod. (předpokládáný konec ve  
20.30 hod.)

**Účastnický poplatek:** 200 Kč ban-  
kovním převodem na účet č.: 35-  
7905240297/0100 vedený u KB, vari-  
abilní symbol: členské číslo účastníka,  
konstantní symbol: 558, specifický  
symbol: kód semináře.

Splatnost nejpozději **10 dnů** před  
konáním semináře.

## SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

## Hydrokortison k lokální aplikaci

Základní balení hydrokortisonu v masti je u nás v lékárnách posledních pár let volně dostupné bez receptu. V USA jej FDA pustila do režimu OTC již v roce 1979 (na trh byl uveden v roce 1952) a byl to tenkrát velmi revoluční počín. Za hlavní rizika byla považována případná systémová penetrace, útlum adrenokortikální osy a neschopnost bezpečně samoléčby pacientem. Poprvé tak byl seznán kortikoid jako bezpečný pro použití bez dohledu lékaře, hlavně v indikaci antipruriginózní, tehdy v koncentraci 0,25–0,5%. Od roku 1980 pak byla povolena koncentrace *hydrocortison acetat* 1%, ovšem s dodržováním určitých podmínek a znalostí pacienta o případných rizicích či omezení. Ve Velké Británii se do režimu OTC dostal od roku 2002 i clobetasol (Dermovate) a následně v roce 2003 byla provedena studie o tom, k čemu je pacienty ve skutečnosti používán – léčba ekzému a dermatitidy činila 82 % případů, k ostatním potížím patřily poranění hmyzem, psoriasis, akné, tinea pedis, rosacea, rash po holení nebo po zpocení, suchá kůže, vaginální mykózy, otitidy atd. Některé z těchto nevhodných indikací poukazují na nezbytnost farmaceutické intervence. Dalším rizikovým faktorem je místo aplikace (obličej, intertriga) množství použitého externu, velikost ošetřené plochy, věk, délka terapie atd. V lékárně by se měl pacient dovědět, zda je pro jeho problém kortikoid vhodný, a současně všechny další nezbytné informace spojené s jeho užíváním.

## Použití lokálně aplikovaných kortikoidů:

- Mezi běžné indikace patří poranění hmyzem, alergické kožní reakce (např. na mýdlo, kosmetiku, bižuterii nebo na některé alergeny z přírody, např. břečtan, dub nebo škumpa), rash, ekzém, psoriasis, seborrhoická dermatitida a svědění na zevních genitáliích nebo okolo konečníku.
- Aplikovat max. 3–4x denně, pokud se situace nelepší ani po 7 dnech, je vhodné navštívit lékaře.
- Lokální kortikoidy mohou vyvolat lokální kožní iritaci, alergickou reakci (zarudnutí, svědění, jiné změny kůže), pak je nutno informovat lékaře a přerušit aplikaci.
- Nutnost mytí rukou před i po aplikaci, vyvarovat se kontaktu s okem, nebo zbytečně prodlouženému nanášení okolo očí.
- Léčbu ukončit po zklidnění akutní fáze. Při léčbě ekzému se doporučují tzv. dny bez kortikoidů, kdy se kůže promazává pouze základními krémy, tzv. bázemi.

## Nevhodné indikace:

- Plenkové dermatitidy (porušenou kůží je usnadněna penetrace kortikoidů, zvláště současně při mokřých plenách, které fungují vlastně jako okluze).
- Svědění při vaginálním výtoku, sooru – pravděpodobná přítomnost vaginální infekce; i když poskytnete lokální kortikoid chvilkovou úlevu, oddálí se tím řešení základních potíží a návštěva lékaře (podání antimykotik nebo antibiotik).
- Rozsáhlejší popáleniny s poškozením kůže, riziko penetrace poškozenou kůží.
- Mykotické infekce – tinea (*t.pedis*, *t.corporis*, *t.cruis*) – používají-li se kortikoidy samotné, hrozí riziko vzniku atypických forem dermatofytů (*tinea incognito*).
- Minoritní problémy: akné, lupy, padání vlasů, bradavice, ztvrdlá kůže, spálení po slunci atd.
- Nejsou vhodné pro děti mladší dvou let.
- Pokud jsou kortikoidy součástí externu k léčbě hemoroidů, neměly by být používány u dětí mladších 12 let; u ostatních je vždycky nutné sledovat možné krvácení, pak je nutné vyhledat lékaře.
- Kortikoidy OTC nejsou vhodné pro aplikaci do očí nebo na oční víčka.
- Nejsou vhodné pro okluzní terapii, pouze při doporučení lékaře.
- Těhotné a kojící ženy by měly aplikaci kortikoidů rovněž konzultovat se svým lékařem.

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



# Jde o podobu vlastnictví veřejných lékáren



**Nikdy nešlo, nejde a nikdy ani nepůjde o nic jiného, než o podobu vlastnictví veřejných lékáren v ČR. Po přečtení rozhovoru či spíše disputace pánů prezidenta a viceprezidenta ČLnK v minulém čísle našeho časopisu se omezím na pouhá konstatování faktických údajů. Veřejnost i členská základna Grémia majitelů lékáren (GML) je již unavena uměle vyvolávaným sporem mezi komorou a grémiem.**

Jsem si jistý, že jak ČLnK, tak GML mají své místo na slunci, plní své specifické úkoly a snaží se pracovat pro náš obor, jak nejlépe umí. Poslední vývoj ale potvrzuje, že komora některé věci nedělá dobře, nebo přesněji řečeno v zájmu a ku prospěchu provozování neřetězcových veřejných lékáren.

■ Byli to členové GML a provozovatelé veřejných lékáren, konkrétně Marcela Škrabalová, Stanislav Rován, Roman Horný, Věra Šperglová, Martin Vala, Martin Staněk a Marek Hampel, kdo panu prezidentovi ČLnK nabídl, a to hned na prvním zasedání představenstva ČLnK své zkušenosti a aktivní zájem. Chtěli jsme pomoci v rámci tzv. mediálního týmu, který vybudovalo bývalé vedením ČLnK, dále v rámci skupin, vyjednávajících na ministerstvu, SÚKL, zdravotních pojišťovných, IZIP, FIP, EuroPharm Foru a PGEU. Oba pánové se ale rozhodli oslovit jinou část představenstva a tato apriorní a nikdy nevysvětlená neochota spolupracovat v zájmu všech lékárníků trvá do dnes. Nemám přitom informace o tom, že by ze strany kolegů Havlíčka a Hojného šlo o nedůvěru k odborné nebo lidsky morální způsobilosti nás členů GML.

■ Celý první rok funkčního období jsme byli panem prezidentem přesvědčováni o tom, že jsme to my, členové představenstva, kdo může něco ovlivnit či snad změnit. Představil nám svůj pohled a představu fungování práce lékárníka jako OSVČ (faktická legalizace tzv. švarcsystému v lékárenské praxi). Tento model jsme jako provozovatelé veřejných lékáren jednoznačně odmítli a možná právě odsud pramení vzájemný nesoulad mezi vedením komory a provozovateli veřejných lékáren.

■ Před první poradou předsedů OSL v Praze jsme byli svědky představení materiálů ČLnK o změně v systému odměňování lékáren, kde se systém odměny z ceny léčiv ve dvou krocích změnil na

systém odměny za platbu za výkon lékárníka. Tento materiál, který nebyl v potřebné míře projednán na představenstvu komory, byl představen v našem časopise a byl bez řádné diskuse s provozovateli veřejných lékáren prezentován před ředitelem odboru farmacie ministerstva zdravotnictví. O tom, jak proběhla prezentace na sjezdu, se nebudu dlouze rozepisovat. K dnešnímu dni nebyla ani ustanovena pracovní skupina pro zavedení změny v systému odměňování lékáren. Přitom v usnesení XVIII. sjezdu je její založení mezi úkoly a je s ní počítáno i v rozpočtu ČLnK. Konstatuji, že na tomto stavu nenesu vinu nekonání členů představenstva z řad provozovatelů veřejných lékáren. Podobně to vypadá s připomínkami k vyhl. 49/93 Sb., o věcném a technickém vybavení zdravotnických zařízení, s náznakem možnosti vyloučení přípravy z některých navrhovaných typů lékáren. Je pro mne dodnes nepochopitelné, jak komora může připustit, či dokonce aktivně prosazovat myšlenku zrušení povinnosti magistraliter přípravy v lékárnách,

která nás u laické veřejnosti odlišuje od obchodu.

■ Ačkoliv se komoře podařilo ze zákona o návykových látkách odstranit hrozbu placené licence na zacházení s prekurzory návykových látek, ani tato aktivita nebyla dotažena do konce a členové komory nebyli o této důležité věci včas informováni. Nebyť otázky člena GML kolegy Kalmana, pak by provozovatelé nemohli objednat suroviny k individuální přípravě léčiv. To vše kvůli boji za zařazení přípravků s obsahem pseudoefedrinu do výdeje na Rp, což by ve svém důsledku mohlo vést v budoucnu k úplnému zrušení skupiny LP s výdejem bez receptu s omezením.

Konstatuji, že z hlediska předkládání ekonomických modelací předvedl vyjednávací tým ČLnK na ministerstvu zdravotnictví v průběhu března naprostý amatérismus. Přes opakované výzvy a žádosti o začlenění alespoň jednoho provozovatele veřejné lékárny do vyjednávacího týmu za ČLnK pro jednání na ministerstvu, vedení ČLnK nereagovalo. Až na základě intervence GML přímo na MZ se podařilo odvrátit zavedení tzv. dvojího odpočtu, které hrozilo při nepodepsání nového cenového předpisu.

■ Prezentace některých názorů kolegů Havlíčka a Hojného může být v kontextu vnímána jako neobratná. Oba mladí kolegové evidentně ve snaze prezentovat výsledky vlastní práce zveřejňují důležité informace v naprosto nevhodných chvílích.



Ilustrační foto: archiv ČČL

Jako příklad mohu uvést e-mail, který zformulovali a rozeslali na všechny lékárny před vlastním hlasováním o tzv. Janotově úsporném balíčku ve Sněmovně. Přílišné nadšení v této věci je přitom nejen předčasné (o balíčku bude hlasovat ještě Senát), ale i naivní a nebezpečné.

Ve výčtu bych mohl pokračovat, ale skutečnosti a okolnosti práce některých členů představenstva mě přesvědčily o tom, že se s těmi nejzávažnějšími přeštky a prohřešky obrátím s podněty na revizní komisi naší komory.

Nepodléhejme mediální manipulaci. Nejedná se pouze o komunikační blok mezi členy obou organizací. Od několika lépe informovaných kolegů vím, že roli při vymezování postojů kolegů Havlíčka a Hojného hrál a hraje fakt, že GML sdružuje *provozovatele*, tedy zaměstnavatele kolegů lékárníků, zatímco oba kolegové jsou zaměstnanci v lékárnách, které vlastní někdo jiný. Podobné myšlenky se mně zdály do té míry absurdní, že jsem jim dosud nevěnoval žádnou pozornost. Narůstající iracionalita v reakcích kolegů Havlíčka a Hojného může ale jen stěžít nevyvolávat otázky. Přesto doufám, že ČLnK je stále profesní organizací, která pracuje v zájmu pacientů a všech lékárníků a nemění se v jakousi pseudoodborovou centrálu.

Představenstvo komory přijalo usnesení, že spolupráce mezi GML a ČLnK je možná a uskutečnitelná jen na bodech, ve kterých se shodneme. Že těchto bodů bylo v uplynulých dvou letech málo, není vinou provozovatelů veřejných lékáren zastoupených v představenstvu ČLnK. Od vrcholných představitelů komory očekávám, že právě provozovatelům veřejných lékáren umožní podílet se aktivně na přípravách a vyjednáváních o zásadních věcech našeho oboru. Není možné, aby prezident nebo viceprezident ČLnK, neznalí ekonomicko-provozního vedení veřejné lékárny a mající ekonomické vzdělání pouze na úrovni teoretických znalostí, vyjednávali nebo dokonce prosazovali své názory na různých jednáních (MZ, politici) jako názory provozovatelů veřejných lékáren. A to bez účasti provozovatele veřejné lékárny a bez jasně deklarované (a lékárenským terénem odsouhlasené) vize o dalším směřování veřejného lékárenství. Takovou vizi současné vedení ČLnK nebylo schopné nebo ochotné představit ani dva roky po svém zvolení.

**Mgr. Marek HAMPEL**  
předseda představenstva GML

# Volné minuty do všech sítí

V zářijovém ČČL jsme představili projekt Klub lékárníků – Zlevněné volání s T-Mobile, který měl velkou čtenářskou odezvu. V tomto čísle přinášíme odpovědi na nejčastější otázky.

## Volné minuty do všech sítí

Při zapojení vašeho telefonního čísla do Klubu lékárníků získáte výhodný tarif se stovkami volných minut do všech sítí. V tarifu KL280 získáte za 309 Kč 280 minut do všech sítí v České republice včetně pevných linek. V tarifu KL360 získáte 360 volných minut atd. Hovory uskutečněné v zahraničí (roaming) nebo do zahraničí se účtují zvlášť. Po vyčerpání volných minut se hovory účtují podle sazebníku pro vybraný tarif. Hovory mezi čísly zařazených v Klubu lékárníků stojí pouze 0,19 Kč/minuta.

## Kdo je rodinný příslušník?

Do klubu lékárníků se mohou přihlásit i rodinní příslušníci členů komory. Rodinný příslušník je osoba, kterou nám člen ČLnK potvrdí jako rodinného příslušníka. Konkrétní vztah v rodině (bratr, přítelkyně, tchán, dítě...) není přezkoumáván. Rodinný příslušník na přihlášce vyplní číslo člena. Analogicky se týká rodin a zaměstnanců provozovatele, kteří vyplní IČO provozovatele lékárny.



## Zůstane mi stejné číslo?

Telefonní číslo vám zůstane stejné, ať jste účastníkem jakékoliv mobilní sítě v České republice bez ohledu na to, zda máte paušál nebo kredit s výjimkou čísel s prehistorickou předvolbou 601. Při převodu telefonního čísla z jiné sítě je vám (na základě přihlášky) vygenerován kód přenosu čísla, který zajistí přenos vašeho telefonního čísla do sítě T-Mobile.

## Mám smlouvu s T-Mobile do....

Častým omylem je předpoklad, že vaši stávající smlouvu s T-Mobile nelze změnit, nebo že po jejím skončení vám dokonce vypnou telefon. Tuto smlouvu lze kdykoliv převést na smlouvu novou za nových podmínek. Uzavření nové smlouvy není třeba nijak načasovat. Po skončení smlouvy vám telefon nevypnou. Smlouva se automaticky převede z doby určité na dobu neurčitou. Totéž se týká smluv s HIT a smluv s dotovanými telefony. S přechodem do Klubu lékárníků se váš původní smluvní vztah přenesou do nové smlouvy. Nemusíte tedy čekat, a můžete začít šetřit hned.

## Zúčtovací období

Zúčtovací období je vždy od prvního do posledního dne v měsíci. Pokud přistoupíte během měsíce, získáte poměrnou část volných minut. Například pokud vstoupíte 21.10 a zúčtovací období je k 31.10., získáte cca třetinu volných minut.

## Kde najdu další informace

Kompletní informace naleznete v sekci Ke stažení na adrese [www.klublekarniku.cz](http://www.klublekarniku.cz). Vedle kompletní nabídky a přehledu všech tarifů zde naleznete ceník telefonů za zvýhodněnou cenu nebo samostatný formulář přihlášky a další užitečné informace.

## Kam poslat přihlášku?

Objednávku zašlete na adresu: Klub lékárníků u České lékárnické komory, Antala Staška 80, 140 46, Praha 4, nebo e-mailem na [info@klublekarniku.cz](mailto:info@klublekarniku.cz), příp. faxem na tel. 261 260 366.

(dop)



# Na téma provozování veřejných lékáren

Devatenáctého září se na Masarykově koleji v Praze-Dejvicích uskutečnila konference, nazvaná „Provozování veřejných lékáren po volbách 2009, rozvoj či krach?“ Připravilo a svolalo ji Grémium majitelů lékáren. V konferenčním sále zasedly na dvě stovky majitelů i zaměstnanců veřejných lékáren. Jednání zahájil předseda představenstva GML Mgr. Marek Hampel charakteristikou současné situace v lékárenství z hlediska financování lékárenské péče.

Dopolední blok konference vyplnila vystoupení politiků, kteří přišli představit zdravotnické vize svých stran. Poslanec za KDU-ČSL **ing. Jirí Carbol** konstatoval, že osudy pokusu o reformu zdravotnictví, ztráty a nekončící tahanice o regulační poplatky dokazují potřebu konsensu a veřejné diskuse před každým zásahem do systému. Křesťanští demokraté se hodlají zasadit o úplné zrušení poplatků za položku na receptu, které nic neregulují. Jsou také pro důslednou ochranu osobních dat pacientů. ■ Senátor za ČSSD **MUDr. Vladimír Dryml** věnoval podstatnou část svého vystoupení obhajobě postupu krajů při hrazení regulačních poplatků za pacienty. Vyslovil se pro pevné ceny léků; servis poskytovaný lékárnami je podle něho třeba hradit jako služby. Sociální demokraté pozitivně hodnotí elektronizaci. Zřízení centrálního úložiště podporují za předpokladu spolehlivého zabezpečení osobních dat pacientů. ■ Zdravotní expert TOP 09 **doc. MUDr. Leoš Heger** věnoval přibližně polovinu prezentace víceméně obecným tezím své politické strany. Ve zbývající části vystoupení se dotkl cenové politiky, elektronické preskripce, role ústavních lékáren a legitimacy shromažďování osobních dat. ■ Poslankyně za KSČM **ing. Kateřina Konečná** zdůraznila, že pro jakýkoli pozitivní posun ve zdravotnictví je zapotřebí oprostít se od

ideologie a dosáhnout politického konsensu napříč stranami, jinak se zdravotníci budou právem bát každých voleb. Komunisté neschvalují vlastnictví zdravotnických zařízení laiky a v duchu nedávných rozhodnutí Evropského soudního dvora podporují myšlenku, aby lékárny mohli vlastnit pouze lékárníci. ■ Poslanec za ODS **MUDr. Boris Šťastný** přislíbil, že jeho strana do voleb představí kroky pro stabilitu českého zdravotnictví. Připustil, že v ODS existuje více názorových proudů, které je potřeba dobře sladit, aby nevznikal chaos. Regulační poplatky přinesly jasné úspory, naopak velmi problematické kroky ČSSD v krajích vytvořily nebezpečný precedent. Tým odborníků pracuje na systému pevných doplateků s cílem nastavit jej tak, aby nedošlo k poškození pacientů ani k turbulencím ve financování lékáren.

Na počátku odpolední části jednání seznámil Mgr. Marek Hampel přítomné s usnesením představenstva GML ocenit čestným uznáním morální kredit Mgr. Přemysla Císaře, který na protest proti praktikám vedení Středočeského kraje v záležitosti výběru regulačních poplatků odešel ze svého zaměstnání v nemocniční lékárně.

V odpoledním bloku konference vystoupili předseda lékové komise SZP **PharmDr. Lubomír Chudoba**, zástupce VZP **MUDr.**



**Pavel Vepřek**, ředitel SÚKL **PharmDr. Martin Beneš**, ředitelka odboru dozoru kontroly léčiv SÚKL **RNDr. Olga Hanzlíčková**, ředitel ČAFF **dr. Emil Zörner**, a ředitel AIFP **PharmDr. Radim Petráš**.

Do panelové diskuse k jednotlivým sdělením zasáhla celá řada účastníků, mezi nimi i prezident ČLnK Mgr. Stanislav Havlíček a viceprezident ČLnK Mgr. Michal Hojný.

Text a snímky:  
**Vladimír VRBOVSKÝ**

## Otázka ČČL:

### S JAKÝMI DOJMY JSTE ODJÍŽDĚLI Z KONFERENCE?

**Mgr. Marek HAMPEL**,  
předseda představenstva Grémia  
majitelů lékáren, člen představenstva  
České lékárnické komory

V sobotu 19. září večer, když naše konference skončila, jsem byl hodně unavený, ale spokojený. Podařilo se nám uspořádat konferenci, jaká tady za posledních několik let nebyla.

Jsem přesvědčen, že Grémium majitelů lékáren jednoznačně potvrdilo svoji roli při hledání a nalézání řešení problémů veřejného lékárenství v současné ČR.

Nebylo jednoduché organizačně zajistit účast všech vybraných a pozvaných hostů jak z řad politiků, tak z odborné části



veřejného lékárenství. V minulosti, pokud mám správné informace, se to zatím nikdy nikomu nepodařilo. V jednom dni jsme tak mohli slyšet názory odborných garantů jednotlivých politických stran a udělat si představu o tom, jak vidí budoucnost veřejného lékárenství u nás. Já osobně jsem byl velmi překvapen jejich názorovou shodou například na stejné ceny léčiv, na výdeje léků v lékárnách, a ne v ordinacích, a na elektronizaci zdravotnictví.

Stejně tak jsme se dozvěděli, jak v dnešních podmínkách vidí veřejné lékárenství zdravotní pojišťovny a SÚKL, tedy autority, které do značné míry určují, kam by se měl náš obor posunout po odborné stránce.

Věřím, že účastníci konference si odnesli mnoho poznatků a inspirativních námětů nejen pro další úvahy o budoucnosti našeho oboru, ale i pro své každodenní rozhodování při práci za tárou.

Grémium majitelů lékáren chce v pořádání takových konferencí pokračovat a otevřít tak novou tradici. Za naprosto klíčovou pro náš obor totiž považujeme permanentní diskusi se všemi kompetentními. Proto k takové diskusi budeme vyzývat nejen politiky, ale všechny instituce a organizace, které podmínky fungování lékárenství v ČR ovlivňují. V tom vidím jeden z úkolů GML. Byl bych nerad, kdybychom jen hasili požáry. Naším cílem je postupný rozvoj lékárenství s přispěním všech zainteresovaných osob a institucí. Stejně jako jinde ve světě, i u nás je právě provozovatelská organizace důležitou platformou pro předkládání projektů a připomínkování legislativních záměrů, důležitých pro celý náš obor.

Je nepochybné, že Grémium majitelů lékáren si jako pořadatel konference upevnilo postavení respektované organizace ve veřejném lékárenství v ČR.

#### Mgr. Stanislav HAVLÍČEK, prezident České lékárnické komory

Z konference jsem odjížděl převážně spokojený a dalo by se říci, že i potěšený. Jsem rád, že pořadatelé účastníkům přiblížili názory politiků ze všech stran. Pro mne osobně nebyla jejich sdělení žádným překvapením, měli jsme příležitost s nimi za uplynulá dva roky o lékárnických tématech často jednat. A jak je vidět, nebyla ta jednání zbytečná.



(Pokračování na další straně)

## TAK TO VIDÍM JÁ: Triky jako z příručky SOS



Znáte příručku SOS? To Sdružení Obrany Spotřebitelů vydalo 100 základních triků, jimž musejí čeští spotřebitelé nejčastěji čelit při nákupu či využívání služeb. Triky často založené na klamavých informacích nebo chybné interpretaci legislativy, zneužívajících toho, že většina občanů nemá dostatek znalostí práva, psychologie či marketingu, aby dokázala čelit vynalézavosti speciálně školených odborníků. Jednu větu přímo odcituji: „Chybný názor bývá vnucován tak přesvědčivě, že ho spotřebitel přijme jako fakt.“

Listuji touto vlastně jednoduchou, vtipně ilustrovanou příručkou a přitom si uvědomuji její přesah mimo obchodní sféru – do politiky, lobbingu zájmových skupin, do mocenských bojů uvnitř organizací i do státní správy. Jak se nalézáme v pavoučí síti psaného práva, ve kterém se vrší jeden předpis na druhý, s výjimkami a kompromisy v podobě pravidel porušujících pravidla jiná... a jak obrovský prostor v něm mají skryté a rafinovaně nastražené pasti a manipulace.

Tyto myšlenky ve mně ještě doznívají, když pročítám zářijové číslo tohoto časopisu. A vida. Nemožu si nevšimnout příspěvku pana kolegy Hampla „Elektronický recept – běžná praxe ve Španělsku“. Věci, o jakých právě přemítám v obecné rovině, jsou zde jako na dlani. Dovolím si na ně konkrétně ukázat:

1. Cituji ze jmenovaného článku: „Včlenění e-receptu do praxe španělského zdravotnictví znamenalo složité propojení různých systémů ve zdravotnických zařízeních. Muselo zajistit jednoduchou komunikaci mezi vlastním předepisováním léčiv lékaři, výdejem léčiv lékárníky a spolehlivou fakturaci na zdravotní pojišťovnu.“ Nemožu se nepozastavit nad vnucováním podobnosti španělského a českého projektu centrálního úložiště (v příručce SOS trik „důležitá informace mimo hlavní obsah reklamy“). U nás přece k žádnému propojení různých systémů ve zdravotnických zařízeních projektem centrálního úložiště nedošlo, není znám způsob, jakým vyúčtovat e-recepty zdravotním pojišťovnám, není připojen ani jediný lékař. Tyto dvě nezbytné „nohy“ projektu – lékaři a zdravotní pojišťovny – do tohoto systému vůbec zapojeny nejsou, a na rozdíl od lékárníků na ně nikdo nevyvíjí tlak, aby se zapojily. Zdá se tedy, že by vyhovoval stav, aby lékárny předávaly veškerá data o pacientech a vydaných léčích do CÚ (neplést s CÚER!) a obešla se tak nutnost souhlasu pacientů a lékařů se zasláním a zpracováváním jejich dat.
2. K tvrzení „pacienti oceňují především úsporu času“ si troufám říci, že v systému e-preskripce tak, jak byl zkonstruován v ČR pomocí CÚ, k žádné úspoře času pacienta nedojde. Pokud bude výdej vázán na předložení identifikace receptu lékárníkovi, tedy 32 znaků obsahujících číslice a písmena, je jediným způsobem jak „dopřít“ data do počítače sejmutím čtečkou čárového kódu. Tedy v praxi pacient musí navštívit lékaře, ten mu vystaví „elektronický recept“, který se od papírového bude lišit jen tím, že bude navíc obsahovat čárové kódy s identifikací, a s tímto receptem pak půjde do lékárny. Představa, že přitom nebude moci být nasměrován do určité lékárny, jak si slibují obhájci CÚ, mi připadá iluzorní. Nesmysly šířené sdělovacími prostředky o tom, že lékař pošle tuto složitou znakovou identifikaci receptu pacientovi SMS zprávou na mobil a lékárník ji bude z displeje mobilu „přetukávat“ do počítače, není myslím třeba komentovat (v příručce SOS trik „klamavá reklama“).
3. Nad částí věty „Zajištění plné dostupnosti, a tím pádem plné mobility v rámci autonomního celku mezi různými zdravotnickými zařízeními“ marně přemýšlím, co znamená. Ale vypadá to hezky (v příručce SOS trik „haló efekt“).
4. Zamyslete se prosím se mnou, zda platí pro českou verzi centrálního úložiště tvrzení: „Z pohledu lékárníka se jedná o evidentní zkvalitnění poskytovaných služeb ve prospěch pacientů – systém elektronického receptu a centrálního úložiště nyní zajišťuje daleko širší služby, např. sledování interakcí, vyhodnocení lékového

(Pokračování na další straně)



(Dokončení z předchozí strany)

záznamu pacienta, následná konzultační a informační činnost lékárníka, posílení role lékárníka v primární péči o pacienta.“ V českém provedení centrálního úložiště toto přece není pravda! Pro lékárníka není CÚ v podobě nám vnucované žádným přínosem. Vidí jen to, co do úložiště sám poslal, a nic jiného, interakce v této úrovni si může kontrolovat vlastním systémem, v konzultační a informační činnosti mu úložiště nijak nepomáhá. Lékárník jen musel zaplatit nemalou částku za instalaci routeru, eventuálně dokoupit další nový hardware, a je vystaven nebezpečí žalob pacientů z důvodu neoprávněného zacházení s jejich citlivými údaji (v příručce SOS trik „slib při prezentaci výrobku či služby“).

5. Nemohu nechat bez reakce, že „Kroky některých čelních představitelů naší profesní organizace jsou v této oblasti přinejmenším kontroverzní.“ Já vidím naopak jako nejen kontroverzní, ale velmi nekorektní kroky představitelů GML. Nejenže (dle vyjádření kolegy Hampla v diskusi na webu lékárnické komory) spolupracovali (zřejmě utajeně?) se SÚKL na vytváření normy LEK-13, která se s nejvyšší mírou pravděpodobnosti ukazuje jako nezákonná, ale nejsou vůbec schopni nějaké sebereflexe a pod heslem nejlepší obrana je útok napadají ty, co na porušování zákona upozornili.
6. Otazníky vyvstávají při čtení slov „Jsem u nás zatím svědkem pouze nekomunikace mezi dotčenými zájmovými skupinami a předstírání falešné solidarity s pacienty. Ochranu dat našich pacientů má zajistit Úřad na ochranu osobních údajů a je nepochopitelné, proč ho někteří členové představenstva ČLK chtějí v této práci zastoupit.“ Vysvětlení, co je myšleno termínem „dotčené zájmové skupiny“, co si představit pod pojmem „falešná solidarita s pacienty“ a jak chtěli někteří členové představenstva zastoupit ÚOOÚ, už ale schází. Vždyť je to přece úplně jinak! Komora tím, že podala podnět k ÚOOÚ, chránila především své členy, kteří by se jinak nevědomě (neznalost zákona neomlouvá) mohli dostat do rozporu se zákonem.
7. Podle tvrzení v článku dokonce nemáme podléhat „... falešné iluzi, že v současném sporu mezi SÚKL a ÚOOÚ se jedná o ochranu osobních dat pacientů.“! O co ale v tomto sporu podle něj jde, se už nedočteme (v příručce SOS trik „popis či fotografie výrobku vyvolává jiný dojem“).
8. Tady tomu pan kolega Hampel nasadil korunu: „Bylo by velkou chybou, pokud by se měl projekt centrálního úložiště elektronických receptů být jen pozastavit, zastavil by se tak rozvoj naší odborné profese.“ (V příručce SOS trik „nekoupením tohoto výrobku ohrožujete zdraví své i svých blízkých“.) A tvrzení, že splnění nápravného opatření ÚOOÚ, na které se nevztahuje odvolání, by bylo velikou chybou, vás, pane kolego, diskvalifikuje pro jakoukoliv vedoucí funkci z důvodu nepochopení základních principů fungování právního státu! Také dávat rovnítko mezi CÚ a elektronizaci zdravotnictví mi připadá silně zavádějící. Pokud GML vidí otázku e-receptů jako zásadní, proč pro vytvoření skutečného CÚER se zapojenými lékaři a zdravotními pojišťovnami nic nepodniká?

Možná bych nad tím článkem po přečtení mávla rukou a jen si pomyslela své, kdyby jeho autor nebyl čelním představitel GML – organizace, která vystupuje při jednáních s institucemi jako zástupce celé profese, kdyby lidé z jejího vedení nerozesílali podobně manipulativní pamflety lékárníkům (v příručce SOS trik „nevyžádaná, klamavá reklama“). Uvědomuji si, že situace je již velmi zmatečná, není lehké se v ní orientovat a zaujmout pevný názor, který hned tak nějaký trik neohrozí. Ten může být ale velmi potřebný třeba na blížícím se sjezdu komory. Budou jej mít jeho delegáti? Nevím. Také nevím, co s tím.

Vracím se k příručce triků pro inspiraci. SOS radí: „Rozpoznat, využít vlastní rozum a intuici. Čím více triků prodávající užívá, tím obezřetnější by spotřebitel měl být. Převýší-li počet triků přijatelnou úroveň, neměl by spotřebitel od takového prodávajícího žádné zboží a služby kupovat. Jen těžko lze totiž předpokládat, že podnikatel, který pomocí triků manipuluje se spotřebitelem již při uzavření smlouvy, vyřídí např. uspokojivě reklamaci...“

PharmDr. Jarmila SKOPOVÁ  
Lékařna U Zlatého hada, Cvikov

(Dokončení z předchozí strany)

## Otázka ČČL: S JAKÝMI DOJMY...

**Co mě potěšilo:** Vloni v září jsme na poradě předsedů (a v ČČL 10/2008) otevřeli diskusi na téma nutnosti změny v odměňování lékárenské péče. Potěšilo mě, že letos s podobnou diskusí přichází i provozovatelská organizace. Netrvalo to více než rok a dost možná, že pokročíme od fáze nekonstruktivní kritiky k návrhům na realizaci rezoluce Rady Evropy („Odměna ve veřejné lékárně by se měla vztahovat k poskytování lékárenské péče a neměla by záviset pouze na ceně léčiv nebo objemu předpisů na léky. Lékárníci musejí být placeni na základě svých odborných služeb.“).

Potěšilo mě, že ředitel SÚKL ve svém sdělení zmínil projekt elektronického sběru dat jen okrajově v souvislosti s výdejem pseudoefedrinových léčivých přípravků.

Potěšila mě informovanost účastníků o obsahu kontrolního protokolu ÚOOÚ; na známé věci se nikdo ptát nepotřeboval, a tak k úložišti a k závěrům ÚOOÚ neproběhla žádná diskuse.

Potěšilo mě, že jsem na konferenci dostal několik minut pro představení činnosti komory alespoň formou diskusního příspěvku.

**Co mě pobavilo:** Pobavil mě pan senátor Dryml. Přišel si spíš otestovat publikum. Dostal hodně prostoru, protože se vždycky našel někdo, kdo zareagoval na jeho provokace. Inu, někdy je hádka legitimním cílem jak se hodně dozvědět a přitom neodkrývat karty. Mě bavilo pozorovat reakce ostatních hostů a sledovat, které karty v předvolebním programu schovávají.

**Co mi scházelo:** Možná nějaký návrh na řešení. Sama diskuse řešením není. Na představenstvu často slyším „Musíme důkladně prodiskutovat...“, „Bez široké diskuse nelze přijmout zodpovědnost...“ a jiné výzvy k přešlapování na místě. Takový luxus si nelze dopřávat do nekořenné, tím méně, když se ukazuje, že by podobu lékárenství snad mohly tvořit zdravotní pojišťovny a SÚKL.

Jsem rád, že se organizátorům konference povedla. Jakou měrou se o její úspěch zasloužila cenzura přihlášených účastníků, posoudit neumím. Z konference si každý odvezl přesně takovou lekci, jakou si zasloužil a jakou byl ochoten přijmout. Přejí organizátorům úspěch při pořádání všech dalších.

Lékárníkům přeji, aby měli na budoucí podobě lékárenství největší podíl.

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

### Rokyta, R.: Společné principy analgetik původně vyvíjených jako antikonvulziva a antidepresiva

Bolest č. 3/2009

Neuropatická bolest se většinou léčí pomocí adjuvantní analgetické farmakoterapie. Nejčastěji se využívají antikonvulziva. Počátky jejich použití v analgezií sahají do 70. let 20. stol. Uplatňují se v léčbě chronické bolesti (i nádorové), zejména je-li nesnesitelná nebo pálivá, u akutní bolesti nebyl efekt prokázán. Za nejlepší se považují karbamazepin a gabapentin, užívá se dále pregabalin, ten i pooperačně, kdy snížil potřebu morfinu o 50 %. Další skupinou adjuvantních analgetik jsou antidepresiva. Z nich tricyklicka se užívají u neuropatické bolesti, bolestí hlavy, zad, fibromyalgií a dráždivého tračnicku. SSRI nemají takový efekt, přesto se doporučují u neuropatické bolesti, migréně a fibromyalgií, zlepšují kvalitu života. Duloxetin a venlafaxin se podávají u fibromyalgie, pregabalin u posttraumatické stresové poruchy. Velmi výhodné je podání antidepresiv u onkologických pacientů se silnou depresí a bolestmi, zlepšuje se u nich i spánek.

### Strojil, J., Ciferská, H.: Vybrané aktuality v indikacích imunosupresiv

Interní medicína pro praxi č. 9/2009

Některá imunosupresiva se využívají v off-label indikacích. Aktuální ATC klasifikace zahrnuje nyní 35 imunosupresiv, další se klinicky zkoušejí. Adalimumab je registrován pro léčbu revmatoidní artritidy, psoriatické artritidy, mimo schválené indikace se užívá u Crohnovy choroby. Infliximab, adalimumab a etanercept se off-label užívají v léčbě asthma bronchiale, CHOPN a infliximab i u alkoholické hepatitidy. Mykofenolát mofetil se používá k léčbě systémového lupus erythematoses. Rituximab (MabThera), původně indikovaný u lymfomu a revmatoidní artritidy, se využívá k léčbě celé řady autoimunitních chorob (Gravesova choroba, kryoglobulinémie, chronická urtika, Bechtěrevova choroba, Myasthenia gravis atd.). Natalizumab (Tysabri) je primárně registrován k léčbě roztožené sklerózy, ale užívá se i k indukční léčbě Crohnovy choroby. Tuto indikaci však EMA několikrát odmítla registrovat s poukazem na omezenou účinnost.

### Sklenář, Z. a kol.:

## Magistraliter receptura v dermatologii

Galén, Praha, 2009, 441 stran

Náš mladý kolega, lékárník Zbyněk Sklenář, se od píky pustil do nelehkého díla sepsat receptury individuálně připravovaných léčivých přípravků v celé šíři indikací v kožním lékařství. Kniha je rozčleněna do 14 kapitol. Historický úvod z pera autora a kolegy Roberta

### ANOTACE

Jiráskova pojednává o vývoji v lékárně připravovaných léčiv, jehož počátky sahají až do období před naším letopočtem a vinou se celými dějinami lékařství až po současnost. Zajímavé je připomenutí významných lékařů – autorů receptur, jejich jména se zachovala v názvech přípravků (von Burow, Castellani, Hebra atd.). Další části jsou věnovány legislativě, zásadám předepisování a přípravě IPLP. Šestá část je věnována dermatologickým základům. Nejobsaženější sedmá kapitola je výčtem magistraliter receptur léčivých přípravků systematicky srovnaných podle jednotlivých indikací a složení – např. antibiotika, antimykotika, antipsoriatika, antiektzematika, derivancia apod. Osmá část je zaměřena na v receptáři použitá HVLP či meziproducty připravené v lékárně. Devátá je souhrnem všech léčivých a pomocných látek použitých v receptáři. Desátou tvoří tabulkový přehled základních inkompatibilit, se kterými se lékárník může v běžné receptuře setkat. Závěrečné kapitoly obsahují recepturní zkratky, latinské číslovky, přehled synonym, seznam zkratk a použitých symbolů. Od časů Praescriptiones magistrales je to po letech první dílo tohoto charakteru. Důležitým obohacením jsou indikace jednotlivých léčivých přípravků, což může sloužit lékárníkům při řešení banálních kožních problémů i dermatologům a praktickým lékařům k řešení závažnějších kožních nemocí. Kniha by neměla chybět v žádné lékárenské bibliotéce, přestože je individuální příprava v současném lékařství na ústupu. Mohla by přispět k jejímu oživení.

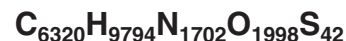
Stránku připravil PharmDr. Pavel GRODZA, panacea@iol.cz

**B**acillus anthracis, mikroorganismus způsobující infekci antraxu, byl prvním mikrobenem v historii, u kterého byla demonstrována mikrobiální příčina nemoci (40. léta 19. stol.). Použití antraxu (sněti slezinné) jako biologické zbraně se datuje do 1. světové války. V roce 1972 Biological Weapons and Toxins Convention zakázala vývoj a skladování biologických zbraní. V 90. letech však japonská teroristická skupina použila antrax v několika případech v Tokiu. Na konci roku 2001 bylo v USA rozesláno několik obálek se spórami antraxu (pět úmrtí).

## MOLEKULA MĚSÍCE

### Raxibacumab

Sumární vzorec:



Existující metody léčby (vakcíny a antibiotika) mají své limity účinnosti. Vakcína vyvolává po několika týdnech imunitní odpověď. Po dobu jejího trvání je člověk chráněn, pak již ne. Antibiotika zabíjejí bakterie antraxu, ale neničí jimi produkováný toxin a nejsou účinná proti rezistentním kmenům. Nové léčebné možnosti jsou tedy nutností. V poslední době se potenciální léčiva hledají v možnosti eliminace všech tří komponent antraxu: lethal factor (LF), edema factor (EF) a protective antigen (PA). Firma Human Genome Sciences vyvíjí nový antitoxin **raxibacumab** (ABthrax®), monoklonální protilátku, která identifikuje a neutralizuje protective antigen (PA), čímž brání jeho vazbě na povrch buňky, a tím průniku antraxu do buňky. Výsledky klinických studií ukazují velmi dobrou účinnost a minimální vedlejší účinky. V červnu 2009 Human Genome Sciences publikovaly výsledky nových studií na lidském i zvířecím organismu ověřujících farmakokinetiku a účinnost raxibacumabu jak v profylaxi, tak při projevu respirační infekce *Bacillus anthracis*. Spóry byly podány inhalačně králíkům či opicím v aerosolu v dávce 100 (v profylaxi) a (v léčbě) 200násobné letální dávce. Přežití opic léčených raxibacumabem bylo o 64 % vyšší než po placebo, králíků o 44 %. U člověka bylo léčivo podáno 333 zdravým dobrovolníkům v dávce 40 mg/kg i.v. k ověření bezpečnosti a farmakokinetiky. Biologický poločas byl 20–22 dní. Raxibacumab byl FDA zařazen do Fast Track Product designation pro svou potenciální účinnost v prevenci a léčbě antraxu. V únoru 2009 začal výrobce dodávat raxibacumab do amerických železných rezerv (U.S. Strategic National Stockpile).

Literatura u autora



# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Plicní hypertenze je syndrom charakterizovaný zvýšením středního tlaku v plicnici nad 25 mmHg v klidu nebo nad 30 mmHg při zátěži. Benátská klasifikace se snaží rozčlenit plicní hypertenzi do pěti skupin podle klinických projevů a podobného přístupu k léčbě. První skupinou je plicní arteriální hypertenze (PAH), dále pak plicní hypertenze jako důsledek postižení levé síně srdce, důsledek postiže-



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

ní plic (např. chronická obstrukční plicní nemoc CHOPN), důsledek tromboembolické choroby, poslední skupinou jsou „ostatní“ příčiny. Plicní arteriální hypertenze je dále klasifikována na idiopatickou (neznámá příčina), familiární (dědičná komponenta, např. mutace genu pro BMPRII), spojenou s onemocněním pojivové tkáně např. vaskulitidou, u novorozenců a s poškozením kapilár/venul.

Idiopatickou a familiární plicní arteriální hypertenzi trpí dva obyvatelé na jeden milion, formy PAH spojené s onemocněním pojivové tkáně jsou mnohem častější. Odhaduje se, že v ČR je zhruba 200 pacientů s těžšími formami PAH. Přežívání pacientů s touto diagnózou je bohužel relativně krátké, udává se průměr 2,8 let. Počáteční symptomy jsou podobné jako u srdečního selhání, jde o dušnost, únavu, často se objevují také anginózní bolesti. Nejdůležitější metodou pro určení diagnózy je echokardiografie. Podle funkčních možností pacienta se rozlišují čtyři modifikované skupiny NYHA (WHO klasifikace). I. – pacient sice má hypertenzi, ale je schopen běžných úkonů bez dušnosti, únavy, bolesti na hrudi. II. – při větší zátěži se objevují příznaky, III. – při běžné zátěži se objevují příznaky, IV – znaky onemocnění se objevují v klidu.

Přesný mechanismus vzniku syndromu není znám. Nicméně centrální roli v patofyziologii PAH hraje endotelová dysfunkce. Dysfunkční endotel produkuje ve zvýšené míře endotelin, který má výrazné vazokonstrikční a mitogenní vlastnosti, zatímco syntéza vazodilatačního prostacyklinu a NO je snížena. Uplatňují se též zvýšená koncentrace serotoninu a tenascinu působících vazokonstrikčně a dysfunkční draslíkové kanály. Poškození stěny cév vede ke zvýšenému riziku vzniku trombů.

Standardní terapie PAH zahrnuje především léčbu trombózy antikoagulancii, pokud existuje ještě reaktivita cév, pak lze podat blokátory kalciového kanálu, zlepšit symptomy pomáhají oxygenoterapie a diuretika. Nové přístupy terapie PAH vycházejí z patofyziologických poznatků a lze je rozdělit do tří skupin. První skupinou jsou analoga prostacyklinu (samotný prostacyklin je rychle degradován, mechanismus účinku spočívá ve snížení intracelulárního kalcia a zvýšení cAMP) – epoprostenol (podává se chlazenou infuzí do centrálního žilního katetru – je nestabilní), treprostinil (subkutánní infuze za pokojové teploty)

a iloprost (roztok k inhalaci). Druhou skupinou jsou inhibitory fosfodiesterázy 5 – sildenafil (tablety). Fosfodiesteráza 5 (PDE5) rozkládá cGMP produkované oxidem dusnatým. Inhibicí PDE5 se prodlouží vasodilatační působení cGMP. Třetí skupinou jsou antagonisté endotelinových receptorů – bosentan a ambrisentan.

## Farmakologické aspekty

Endotelin 1 je nejpotentnější endogenní vazokonstriktor produkovaný cévním endotelem. Váže se na dva typy receptorů ETA a ETB. ETA receptory se nacházejí v hladké svalovině cév, vazba

# Ambrisentan

endotelinu 1 na ETA je zodpovědná za vazokonstrikci a zadržování sodíku, což vede k zvýšení krevního tlaku. Naopak ETB receptory jsou přítomny primárně na buňkách endotelu, vazba endotelinu na ETB způsobuje vyplavení NO. Proto je podstatné, aby antagonisté endotelinových receptorů byly pokud možno selektivní k receptorům ETA. Bosentan je méně selektivní k ETA než ambrisentan.

Velkou výhodou ambrisentanu (a bosentanu) je možnost perorálního podávání, které nezávisí na jídle. Ambrisentan se váže z 98,8 % na plazmatické bílkoviny, zejména na albumin. V játrech je glukuronizován a také částečně metabolizován cytochromem CYP 3A4. Vylučování probíhá především žlučí, eliminační poločas je kolem 15 hodin.

## Klinické aspekty

Mata-analýza klinických studií nových přístupů k léčbě PAH prokázala v prvních 12 týdnech 43% snížení mortality. Bohužel dlouhodobé studie (více než rok) zatím nejsou k dispozici. S ambrisentanem byly provedeny dvě studie, ARIES 1 a 2. V první studii byl ambrisentan podáván v dávce 5 a 10 mg/den, v druhé 2,5 a 5 mg/den. Primárním ukazatelem byla změna ve vzdálenosti, kterou pacienti zvládli ujet za šest minut po 12 týdnech léčby. Na začátku studií pacienti ušli zhruba 350 metrů. Na konci studií byla vzdálenost prodloužena oproti placebo o 31–59 m v závislosti na dávce. Populaci studií tvořili pacienti s idiopatickou formou PAH a s PAH spojenou s onemocněním pojivové tkáně převážně stadia II a III klasifikace NYHA (= indikace ambrisentanu).

Podávání ambrisentanu může být spojeno s elevací jaterních enzymů, se snížením hladiny hemoglobinu, s periferními otoky, se sinusitidou. Látka je u zvířat teratogenní. Vzhledem k metabolismu a nulovému ovlivnění transportérů je prostor pro lékové interakce minimální.

Ambrisentan se podává jednou denně v dávce 5 mg. Přípravek obsahující ambrisentan se jmenuje Volibris a dováží jej společnost GlaxoSmithKline. Lék má statut „orphan“ pro vzácná onemocnění. Maximální výrobní cena je již stanovena na 61 tisíc Kč/30 tablet 5 mg, navrhovaná úhrada 58 000 Kč je o 20 000 Kč nižší oproti bosentanu. Řízení o úhradě však dosud neskončilo.

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

# Butyrospermum parkii

**Butyrospermum parkii** (G. Don.) Kotschy – máslovník africký, (Sapotaceae).

Až 20 metrů vysoký strom, domácí v savanách Afriky, dožívající se i 300 let. Plodem je kulovitá bobule o průměru asi 5 cm, obsahující jedno nebo dvě semena, s významným podílem tuku. V některých částech kontinentu je máslovník považován za posvátný, často je pěstován a mnohostranné využití tuku má stáletou tradici.

Jsou známy dva poddruhy, které se liší složením tuku, ssp. *paradoxa* (shea), typická pro západní Afriku (Mali, Nigerie) a ssp. *nilotica* (karite), rostoucí např. v Ugandě, Burkině Faso, Sudánu a Etiopii. Český název bambucké máslo vznikl podle oblasti Bambuk v jihozápadní Africe. Tuk je získáván lisováním za studena, vyvažováním rozdrcených fermentovaných semen nebo extrakcí rozpouštědly.

**Synonyma:** *Bassia parkii* G. Don., *Butyrospermum paradoxum* C.F. Gaertn., *Vitellaria paradoxa* C.F. Gaertn.

**Obecný název:** Karite, Nkuto, Shetulu (afr. jazyky), Karité (fr.), Shea nut (angl.)

**Sbíraná část:** fructus, semen

**Droga:** *Butyrospermii oleum* (lat.), bambucké máslo (čes.), Shea butter (angl.)

**Obsahové látky:** tuk, který barvou i konzistencí připomíná kakaové máslo, je tvořen převážně glyceridy kyseliny stearové a olejové, pouze asi 10 % představují volné nasycené i nenasycené mastné kyseliny včetně kyseliny linolenové a linolové. V semenech nigerijských stromů (shea) kolem 50 % tuku s hlavním podílem kyseliny stearové, asi 35 % tuku v sudánských semenech (karite) s převahou kyseliny olejové. V nezmýdelnitelném podílu, který tvoří cca 10 %, se vyskytují triterpenoidy  $\alpha$ - a  $\beta$ -amyrin, bassetol, lupeol a parkeol, tokoferoly (vitaminy E), steroly kampesterol, stigmasterol,  $\beta$ -sitosterol,  $\alpha$ -spinasterol, polyterpen kariten, deriváty kyseliny skořicové, minerální látky apod.

**Účinky a použití:** domorodci je tuk využíván jako potravina, emolien při svrabu a jiných kožních chorobách, k ochraně kůže před slunečním zářením, k výrobě mýdel a svítel. V Evropě slouží k výrobě svíček, mýdel a jako náhražka kakaového másla v čokoládě. Ve farmacii nachází uplatnění jako hydratační mastový základ,



čípkový základ, tající ovšem výše, tj. při 35–45 °C, v porovnání s Cacao oleum (35 °C resp.). Protizánětlivé působení bambuckého másla souvisí především s triterpeny. Projevuje se urychlováním hojení ran, svalových poranění, modřin, popálenin, ekzémů, akné, výsevů lupénky a omezením revmatických zánětů.

Díky obsahu antioxidantů slouží k regeneraci a ochraně kůže (stabilizace kolagenu a elastinu), včetně omezení účinků nadměrné expozice slunečním zářením (absorpční schopnosti derivátů kyseliny skořicové), při omezování vzniku vrásek, jizev a k prevenci strií u těhotných, získává si oblibu i v pediatrii. V klinických studiích bylo potvrzeno snížení hladiny cholesterolu v krvi. Zajímavé výsledky přinesly klinické studie zaměřené na dekonjescenci zanícené nosní sliznice a dutin, kdy přípravky z bambuckého másla poskytly lepší výsledky v porovnání s xylometazolinem (působení až 8 hodin, navíc bez typické iritace). Bambucké máslo se využívá i ve veterinární praxi.

U nás jsou k dispozici přípravky s obsahem tohoto tuku, především pro dermatologické indikace.

**Dávkování:** per os není uvedeno

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** alergie na latex (polyterpeny), obsažený v malém množství v bambuckém másle

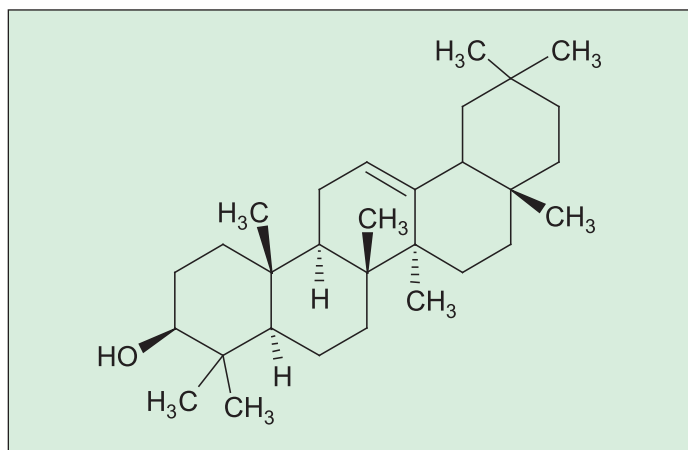
**Interakce:** nejsou známy

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

Mbaiguinam, M. et. al.: Asian J. Bioch. 2 (2): 101-110, 2007, Tella, A.: Br. J. clin. Pharmac. (1979), 7, 495-497.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia (Marco Schmidt), vzorec: autor





# Nové farmaceutické suroviny - možnosti, inovace

Cílem tohoto sdělení je podniknout první krůček, jenž by pomohl inovovat a modernizovat magistraliter přípravu v ČR, která, přes svou tradici, nezřídka obsahuje receptury s léčivými spornými nebo přímo obsolentními. Je možno bohužel konstatovat, že individuální příprava léků je u nás dlouhodobě zanedbávána. Mnohdy jsme také odkázáni v rámci individuální přípravy na použití HVLP, které nejsou vždy schváleny pro použití magistraliter, nebo jejich použití omezuje terapeutické i technologické možnosti daného přípravku.

Úmyslem projektu je postupně uvést do praxe receptury, které by nahradily některé obsolentní předpisy a daly vzniknout novým, dosud v praxi chybějícím. K tomu je však také zapotřebí zajistit k dispozici léčivé látky, které nejsou u běžných distributorů surovin v současnosti k dostání, ale v zahraničí je jejich dostupnost v lékárnách samozřejmostí.

Projekt si ve finále klade za cíl pozvednout význam individuální přípravy, zkvalitnit připravované léčivé přípravky, což povede ve svém důsledku ke zvýšení stability, a otevírá tak cestu k možnosti vytvoření dalších standardizovaných receptur.

Prvním, resp. „nultým“ krokem bylo otevření diskuse na dané téma na webových stránkách lékárnické komory – diskusní fórum v sekci *Farmaceutické firmy a velkoobchody s názvem Nové farmaceutické suroviny*, kde je připojeno hlasování o požadavcích na léčivé látky a prostor pro rozvinutí další diskuse k použití nových substancí, a téma *Nové farmaceutické suroviny II – návrhy*, které je určeno ke vkládání požadavků lékárníků na další suroviny, jež by uvítali, např. i namísto dosavadního používání ve formě HVLP. Mnozí již na stránky přispěli a patří jim tímto poděkování.

## 1. Příklady léčivých látek, které se zapracovávají do IPLP jako HVLP

**Betamethason** (Beloderm, Diprosone, Kuterid) – použití substance by umožnilo připravit další lékové formy (např. emulze) s různými účinnými koncentracemi podle použití. Dále se tím usnadní příprava, zkvalitní výsledný produkt apod.

**Triamcinolon** (Triamcinolon), **fluocinolon** (Flucinar) – viz výše.

**Klotrimazol** (Canesten) – mísení originálních balení s dalšími HVLP způsobuje snížení výsledné účinné 1% koncentrace klotrimazolu.

**Tokoferol** – účinná látka, možné použití jako antioxidant olejové fáze. V současnosti se používá z ampulí Erevitu; kosmetické

přípravky s vitamínem E nelze do IPLP použít.

## 2. Nové léčivé látky s novými terapeutickými možnostmi (léčivá látka na trhu chybí a našla by uplatnění, nebo je v určité lékové formě nedostupná)

**Polidocanol** (lauromakrogol) – u nás méně známá látka s účinkem antipruriginózním a lokálně anestetickým. V zahraničí hojně používaný ke zmírnění svědivosti (atopický ekzém, senilní či diabetický pruritus) ve formě mastí, krémů, gelu, jako samotný či v kombinaci s dalšími léčivými. Momentálně nemáme k dispozici léčivý přípravek pro dermatologické použití jako hromadně vyráběný.

**Nystatin** – příprava hydrofilních krémů nebo past. Suspenze a gely k léčbě slizničních kandidóz (soor). V monokompozitních HVLP je obsažen jen v masti Fungicidin.

**Promethazin** – stále se používá v pediatrii; jelikož není dostupná jiná léková forma než dražé, řeší se po ukončení dovozu promethazinového sirupu různým způsobem (drcení dražé atd.). Dostupnost substance usnadní IPLP, umožní přípravu sirupu, kapek aj.

**Domeperidon** – prokinetikum pro použití v pediatrii, možnost přípravy dělených lékových forem (kapsle, čípky). V ČR v tuto chvíli není k dispozici žádná léková forma prokinetik pro použití u dětí.

Na základě výsledků z terénu je možno předložit požadavek distributorům farmaceutických surovin. Je třeba zmínit, že bude požadována dostupnost substancí v přiměřeném množství i pro menší lékárny (v Německu je kupř. dodáván betamethason v množství i po 250 mg).

Dalším krokem projektu je postupně inovovat a „modernizovat“ naši magistraliter recepturu, vytvářet standardizované receptury. Tyto předpisy vycházejí ze zahraničních standardizovaných receptur, které

Zastáváme názor, že magistraliter příprava má stále významné postavení v terapii především tehdy, jestliže je zapotřebí individualizovaná léčba, není k dispozici žádaný přípravek hromadně vyráběný nebo v požadované lékové formě, vyskytuje-li se alergie na některou pomocnou látku apod. Individuální příprava je stále jednou ze základních činností lékáren, která není nikým zastupitelná.

kromě účinnosti kladou důraz na stabilitu a delší dobu použitelnosti v řádech měsíců. Následovat bude publikování daných receptur v lékárnických a lékařských periodikách, plánované jsou i prezentace pro lékařskou veřejnost.

Žádáme tímto kolegy lékárníky, kteří se chtějí připojit k rozvoji IPLP, aby vyjádřili svůj názor buď prostřednictvím diskusního fóra webových stránek komory, nebo napsali e-mail na některou z níže uvedených adres.

### Vítané informace jsou:

- odhadovaný počet receptur s daným léčivem, které v průběhu roku připravíte
- kraj, kde se lékárna nachází
- množství substance, které byste byli ochotni objednat (= množství, které využijete)

Zastáváme názor, že magistraliter příprava má stále významné postavení v terapii především tehdy, jestliže je zapotřebí individualizovaná léčba, není k dispozici žádaný přípravek hromadně vyráběný nebo v požadované lékové formě, vyskytuje-li se alergie na některou pomocnou látku apod.

Individuální příprava je stále jednou ze základních činností lékáren, která není nikým zastupitelná. Stále se najdou situace, kdy je vhodnější nabídnout i v rámci samoléčby IPLP, který vyhovuje lépe požadavkům pacienta, tzn. je zde snaha individualizovat léčbu a uvedeným úkonem se rovněž zvýší prestiž lékárny – pacientovi se tak poskytnou to, co nelze běžně jako „tovární“ výrobek koupit v jakémkoliv jiné lékárně.

Za Vaše podněty děkují

PharmDr. Zbyněk SKLENÁŘ, Ph.D.  
zs2008@centrum.cz

Mgr. Jan HAŠEK  
ceskolipak@seznam.cz



## Informace z Klubu přátel ČFM

Na svém třetím výročním shromáždění se 26. 9. 2009 sešlo ve Svatce dvaatřicet (z dvačtyřiceti) členů Klubu přátel Českého farmaceutického muzea. Rokem 2009 skončilo tříleté volební období vedení klubu. Pro následující tři léta byli plným počtem hlasů zvoleni: do funkce předsedy RNDr. Petr R. Palouš a místopředsedkyní byla zvolena Mgr. Marie Vilitová.

Poslední aktivitou Klubu přátel ČFM v letošním roce se stane již třetí „Předvánoční setkání v Praze“ (28. 11.), během kterého si účastníci prohlédnou budovu Národního divadla, dále je čeká prohlídka exponátů v Muzeu Kampa – Nadace Jana a Medy Mládkových. Pozdní oběd a přátelské povídání s vybraným hostem se uskuteční v restauraci Nostitz na Kampě.

Více najdete na [www.faf.cuni.cz](http://www.faf.cuni.cz) (red)



## Pozvánka na sympozium z historie

Významným farmaceutickým a veterinárním osobnostem u nás i ve světě bude věnováno XLIX. sympozium z historie farmacie a veterinární medicíny. Koná se 4. listopadu od 10 hodin v budově č. 32 kampusu VFU Brně.

Sympozium pořádají: Sekce dějin farmacie České farmaceutické společnosti a Společnosti pro dějiny věd a techniky, České farmaceutické muzeum FaF UK v Hradci Králové, Česká lékárnická komora a Veterinární a farmaceutická univerzita Brno.

Svou účast potvrďte do 31. října, v případě zájmu o přihlášení přednášky nejpozději 15. října 2009.

Přihlášky najdete na webu ČFS nebo na [Apatykáři.cz](http://Apatykáři.cz). (red)

**S** hlavním tématem *Odpovědnost lékárníka a jeho přínos pro léčbu pacienta – jsme na to připraveni?* se 3. až 8. září konal v tureckém Istanbulu 69. mezinárodní kongres farmacie a farmaceutických věd FIP (Mezinárodní farmaceutické federace).

Jako individuální člen sekce veřejného lékárenství jsem měl možnost se zúčastnit všech sympozií, pracovních skupin a přednášek souvisejících s veřejným lékárenstvím, jeho budoucím vývojem a postavením veřejného lékárníka v systému zdravotnictví, i fóra pro začlenění nových farmaceutických služeb ve veřejných lékárnách.

## 69. mezinárodní kongres FIP

Mimořádně byl zařazen blok přednášek věnovaných rozhodnutí Evropského soudního dvora ve sporu Evropské komise versus Německo, Evropská komise versus Itálie. V poslední dekádě je možné v Evropě vidět jasný trend směřující k liberalizaci jednak podmínek pro vlastnictví i pro vznik nových lékáren, či stanovení cenotvorby a systému odměňování lékáren v jednotlivých evropských zemích. Potvrdil se názor PGEU a jednotlivých národních svazů lékárníků, že omezení vlastnictví lékáren je opodstatněné, a je ve veřejném zájmu, aby vlastnictví veřejných lékáren bylo individuální na lékárníka. V Německu a Itálii se tak odolalo tlaku nadnárodních řetězců na provozování jejich lékáren.

Jeden celý den bylo plenární setkání kongresu FIP věnováno současným a budoucím trendům ve veřejných lékárnách. V úvodním sdělení zaznělo, že nelze chápat naši profesi odděleně z pohledu obchodního a zdravotnického, či snad proti sobě jdoucí dva druhy odměny, ale musíme chápat poskytování farmaceutické péče na stejné úrovni, tedy jak z pohledu obchodního, tak z pohledu zdravotnického a měla by být podle stejného principu odměňována. Výkon lékárny by měl být odměňován podle obchodních podmínek a zároveň podle odvedené zdravotnické služby. Pro informaci – v Kanadě jsou odměňováni lékárníci 75 CAD za řízenou návštěvu pacienta. V Portugalsku v lékárnách měří INR, hladinu cukru a provádí očkování. Ve Španělsku jsou zavedena plně funkční elektronická úložiště elektronických receptů k plné spokojenosti španělských pacientů. Ve světě 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 či povinnou konzultací lékárníka.

Účast na kongresu považuji za neocenitelný zdroj námětů a postřehů pro práci v představenstvu komory i pro každodenní praxi lékárníka. Hlavním smyslem bylo poukázat na měnicí se úlohu lékárníka v systému poskytování zdravotní péče, a to v celém světě. Kongres byl inspirativní v hledání dalších oblastí a služeb, ve kterých bude lékárník nepostradatelný a bude všemi zúčastněnými respektován jako profesionální odborník na léčiva a zdraví i do budoucna.

Mgr. Marek HAMPEL  
člen představenstva ČLnK



# Zapojte se do projektu k lékovým pochybením

Projekt Dokumentace lékových pochybení v preskripci garantuje a dozoruje ČLnK a realizuje katedra sociální a klinické farmacie FaF UK ve spolupráci s Ústavní lékárnou IKEM. Jedná se o rozvíjení projektu z roku 2007, který byl zaměřen na stejnou problematiku – léková pochybení v ambulantní preskripci. Vyzýváme vás ke spolupráci, vážené kolegyně a vážení kolegové.

Projekt si klade za cíl podporovat bezpečné používání léčiv. Lékové chyby a z nich vyplývající nežádoucí jevy mohou negativně ovlivňovat kvalitu poskytované zdravotní péče. Celé řadě těchto situací můžeme vhodným způsobem předcházet. Chyby v používání léčiv mohou vyústit až v poškození nebo smrt pacienta. V některých případech se může zvýšit utrpení pacientů či jejich rodinných příslušníků, rostou též náklady zdravotních pojišťoven, prodlužuje se doba hospitalizace nemocných a zvyšuje se spotřeba léčiv nutných ke korekci lékového poškození pacienta, zvyšuje se non-adherence k léčbě, snižuje se kvalita života apod. Proto jsou otázky týkající se bezpečného používání léčiv stále častěji oprávněně diskutovány odbornou i laickou veřejností.

Předchozí studie zaměřená na problematiku lékových pochybení potvrdila, že **farmaceut je schopen identifikovat a od-**

**povídacím způsobem i řešit potenciální léková pochybení** vznikající především při preskripci léčiv. V mnoha případech tak bylo zabráněno poškození zdraví pacienta. Používání webového formuláře jako nástroje k zaznamenávání se ukázalo jako vyhovující.

**Pomozte nám  
zdokumentovat léková  
pochybení, která každodenně  
odhalujete při své práci,  
a přispět k obhajobě pozice  
lékárníka jako garanta  
bezpečného užívání léčiv.**

Nepochybujeme, že při své každodenní praxi identifikujete řadu takových chyb, většinou ale chybí dokumentace těchto případů. Tuto mezeru by měl zaplnit námi předkládaný projekt. Věříme, že napomůže vyvrátit tvrzení, která zpochybňují přínos farmaceuta zdravotnímu systému v České republice, přestože systémy zdravotní péče vyspělých evropských i zámořských zemí jasně ukazují na pozitivní roli farmaceuta nejen v tomto procesu. Věříme též, že daný projekt by mohl napomoci k výkonovému odměňování lékárníků.

## ■ Jaká je metodika sběru dat?

Vyplnění webového formuláře.

## ■ Po jakou dobu je třeba lékové chyby zaznamenávat?

Ve dvou třítydenních intervalech (předpokládáme listopad 2009 a březen 2010).

## ■ Co je potřeba?

Ochota zaznamenávat léková pochybení v preskripci a přístup k internetu.

## ■ Co vám nabízíme?

Pomoc při zapojení do projektu a podporu ve vašem celoživotním vzdělávání (body do systému celoživotního vzdělávání ČLnK a v jednání je také poskytnutí knižní publikace aktivním řešitelům).

## ■ Jak jsou zabezpečeny osobní údaje?

Všechna získaná data budou anonymní a chráněna standardním způsobem.

## ■ Je nutná účast celé lékárny?

Není, projekt počítá se zapojením jednotlivých farmaceutů.

## ■ Jak se přihlásit do projektu?

Pošlete e-mail na [josef.maly@faf.cuni.cz](mailto:josef.maly@faf.cuni.cz), popř. kontaktujte na čísle 737 150 003.

## ■ Kde naleznete podrobnější informace k projektu?

<http://lekove-chyby.lekarnici.cz>

Za řešitelský tým

Josef MALÝ

Michal HOJNÝ

Stanislav HAVLÍČEK

## XII. kongres ISOPP 5. – 8. května 2010 v Praze



Dovolte mi, vážené kolegyně a vážení kolegové, abych vám na tomto místě představil mezinárodní společnost onkologických farmaceutů ISOPP (The International Society of Oncology Pharmacy Practitioners) a seznámil vás s cíli a záměry této významné farmaceutické společnosti. Na počátku vzniku bylo obrovské nadšení Helen McKinnon z Nového Zélandu po návratu ze stáže ve Velké Británii. Zde měla možnost seznámit se s prací lékařů i farmaceutů zabývajících se léčbou onkologických pacientů.

Mgr. Petr Palouš

Touha uplatnit získané poznatky v praxi, předávat je kolegům a podporovat rozvoj onkologické farmacie v dalších zemích, vyústila založením ISOPP a uspořádáním prvního kongresu v roce 1988 na Novém Zélandu.

Zájemců o obor neustále přibývá, a tak se z malé skupiny nadšenců postupně vytvořila jasně definovaná organizace, pořádající svá sympozia každé dva roky v různých částech světa. Cílem Společnosti je hledání a stanovení optimální léčebné

péče pro onkologické pacienty a podílení se na zlepšení kvality jejich života. Členové ISOPP jsou farmaceuti z více než třiceti zemí, pracující v nejrozličnějších zařízeních, zabývající se klinickou farmacií nebo přípravou cytostatik pro pacienty postižené nádorovým onemocněním. Stávají se nedílnou součástí zdravotnických týmů, se zaměřením na prevenci, léčbu a podpůrnou péči a sledování účinků toxických látek v souvislosti s léčbou rakoviny. Mezi významné aktivity patří vydávání vlastního časopisu (The Journal of Oncology Pharmacy Practice), výzkumné programy pro farmaceuty, granty, přednášky a semináře, včetně možnosti online konzultací pracovních problémů na svých webových stránkách.

Na pravidelném setkání českých onkologických farmaceutů označil viceprezident České lékárnické komory nemocnič-



**XII. ISOPP**

**PRAGUE**

**XII<sup>th</sup> SYMPOSIUM OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF ONCOLOGY PHARMACY PRACTITIONERS**

**MAY 5–8, 2010 | CLARION CONGRESS HOTEL PRAGUE | CZECH REPUBLIC**

**CONGRESS SECRETARIAT**  
 GUARANT International/ISOPP2010, Ms. Kristína Pichaničová, Opletalova 23, 110 00 Prague 1, Czech Republic  
 Phone: +420 284 001 444, Fax: +420 284 001 448, E-mail: isopp2010@guarant.cz  
<http://isopp.org>, [www.isopp2010.com](http://www.isopp2010.com)

ní lékárenství za výkladní skříň české farmacie. Bez nadsázky a s úctou ke všem dalším lékárenským oborům si na tomto místě dovoluji tvrdit, že onkologická farmacie se stala výkladní skříň nemocničního lékárenství. Svědčí o tom nejen stále se zvětšující počet zájemců o tuto práci, ale zejména rychle se rozrůstající počet pracovišť pro přípravu cytostatik, která svým vybavením a bezpečnostním zajištěním patří mezi nejmodernější nejen v Evropě, ale i ve světě.

Nemalý podíl na rozvoji tohoto oboru u nás má PharmDr. Martin Beneš, kterému se v Brně podařilo vybudovat jedno z našich nejkvalitnějších pracovišť tohoto typu. Právě doktor Beneš přivedl ISOPP v roce 2000 do České republiky a stál při zrodu velmi významné události – vzniku Evropské společnosti onkologické farmacie (ESOP).

Od té doby došlo k mohutnému rozvoji oboru po celé Evropě. U nás vznikla Pracovní skupina onkologické farmacie, vedená Dr. Netíkovou. Díky jejímu zájmu, pracovnímu nasazení a ochotě ke spolupráci máme možnost pravidelně si vyměňovat získané zkušenosti a řešit odborné problémy. Aktivní spolupráce na významných akcích ESOP a těsný kontakt s vedením této významné organizace napomáhá k respektu a vynikající pozici našeho oboru v Evropě.

Právě tyto okolnosti nás vedly k rozhodnutí pokusit se získat pořádání kongresu ISOPP do Prahy. Po dvou letech příprav a intenzivních jednáních vám právě nyní můžeme s potěšením oznámit, že XII. kongres ISOPP se uskuteční v Praze 5.–8. května 2010. Naše radost je o to vět-

ší, že zájemců bylo více (Anglie, Belgie, Německo), ale zejména proto, že se k nám kongres vrací po deseti letech a Praha se stává prvním městem v historii ISOPP, kde se kongres koná podruhé. Uskuteční se v novém kongresovém centru hotelu Clarion a nabídne souběžně tři linie přednášek: 1) Fundamentals-technical aspects, 2) Clinical aspects, 3) Research.

Součástí kongresu budou i doprovodné akce – výstava obrázků dětských onkologických pacientů, podpora nadace Kapka naděje, fotografická výstava a firemní sympózia. Večery vyplní gala večere s ukázkou českých tradic a zvyků.

Kongres přinese jedinečnou příležitost kontaktu s významnými onkology a onkologickými farmaceuty z celého světa, jejichž přednášky, poznatky a zkušenosti nepochybně posunou tento zajímavý a důležitý farmaceutický obor dopředu.

Velice si ceníme podpory České onkologické společnosti, České farmaceutické společnosti (pod jejíž záštitou se kongres uskuteční) a České lékárnické komory, jejichž zástupci přislíbili účast.

Děkujeme společnosti Guarant international za profesionální přístup při organizování kongresu, stejně jako všem, kteří se podílejí na zdárném průběhu této akce.

Podrobné informace o činnosti ISOPP můžete najít na webových stránkách [www.isopp.org](http://www.isopp.org) nebo [www.isopp2010.com](http://www.isopp2010.com)

V případě dotazů mě neváhejte kontaktovat.

Za organizační výbor se na setkání s vámi v jarní Praze těší (petr.palous@ftn.cz).

Autor je vedoucím Oddělení přípravy cytostatik, **Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha**

## Výzkum GARFIELD ve 32 zemích

Dne 31. srpna t.r. byl spuštěn projekt GARFIELD (Global Anticoagulant Registry in the Field – Globální registr pacientů s antikoagulační léčbou). Jedná se o inovativní výzkumnou iniciativu Výzkumného ústavu pro trombózu (Thrombosis Research Institute) v Londýně s cílem poznat rozsah problému atriální fibrilace (AF) v globálním měřítku.

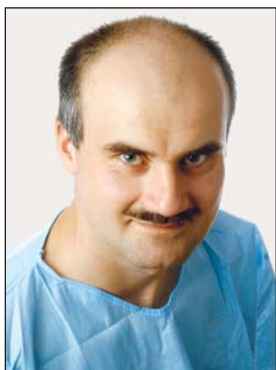
Síňová (atriální) fibrilace je časté onemocnění, při kterém se dvě malé horní části srdce (zvané síně) namísto rytmického smřšťování a rozpínání začínou chvět a způsobují tak závažné, život ohrožující komplikace, mezi které patří například mrtvice.

Do registru GARFIELD bude postupně zařazeno 50 tisíc pacientů s nově diagnostikovanou atriální fibrilací, kteří byli současně vybráni jako vhodní adepti pro antikoagulační léčbu. Jejím cílem je zabránit vzniku krevních sraženin. Tito pacienti budou sledováni po dobu šesti let.

Projektu GARFIELD se zúčastní 32 států ze Severní i Jižní Ameriky, východní a západní Evropy, Asie, Afriky a Austrálie. V konečném důsledku ale budou do registru zařazeni pacienti z tisíce zdravotnických zařízení, která byla vybírána zcela náhodně, v padesáti zemích celého světa.

(dop)

# Staronový pohled na silymarin



**Hepatoprotektivní účinnost silymarinu je už dobře popsána a doložená. Silymarinové flavonolignany však vykazují i další perspektivní biologické účinky například na metabolismus krevních lipidů a cholesterolu a na proces kancerogeneze. Možná proto přetrvává vysoký experimentální a komerční zájem o tento okruh přírodních látek jak v kategorii léků, tak v kategorii doplňků stravy.**

Mgr. Tomáš Volný

Často diskutovanou je biologická dostupnost silymarinu a její srovnání u jednotlivých komerčních aplikací.

Označení silymarin (SY) je používáno pro extrakt ze semen ostropestřce mariánského (*Silybum marianum* (L.) Gaertner, *Asteraceae*), který obvykle obsahuje 70–80 % flavonolignanů (někdy jsou označovány jako silymarinový komplex). K nejlépe popsaným patří silibinin (syn. silybin), isosilibinin, silydianin, silychristin, v extraktu jsou většinou majoritně zastoupeny silibinin a isosilibinin. Silymarinové flavonolignany (polyhydroxyfenolchromanony) jsou v extraktu přítomné ve směsi dvou diastereomerů. Zbývající část suchého extraktu je tvořena směsí polysacharidových a polymérních látek, minoritním podílem flavonoidů (zejména taxifolinem, quercetinem, kampherolem), oxidovanými polyfenoly, zbytky mastných kyselin, steroly a dalšími přírodními látkami, kde nelze vyloučit identifikaci nové látky nebo spíše vysoce účinného derivátu. V této souvislosti je nyní experimentální pozornost soustředěna na dehydrosilybin (DY), který vzniká dehydrogenací chromanové části molekuly silybinu. Podle prvních preklinických průkazů je DY v porovnání se silybinem zdrojem silnější antioxidační a cytoprotektivní aktivity.

Dnes studujeme dvě variety ostropestřce, bílé kvetoucí (je populární v Maďarsku) a fialové kvetoucí formu (nejvíce rozšířená). V bílé kvetoucí formě byly identifikovány další flavonolignany silandrin, silymonin a silyhermin. Prozatím ojedinelé

preklinické studie poukazují na jejich silnější antioxidační a inhibiční aktivitu na superoxidový anion produkovaný lidskými polymorfonukleárními leukocyty (neutrofilily, eozinofily, bazofily), než byla zjištěna u silybinu. Náhled do experimentálního pozadí problematiky silymarinu se neobejde bez komentování snah o zvýšení relativně nízké biologické dostupnosti SY. V současné době rozlišujeme tři v praxi aplikované strategie: přípravu komplexů silymarinových flavonolignanů (SF) s přírodními nebo polosyntetickými a syntetickými fosfolipidy, fyzikální úpravu SY tzv. mikronizací, vytváření komplexů SY s polysacharidovými strukturami. Nejlépe rozpracovanou a při parenterální a topické aplikaci SY preferovanou je koncepce přípravy komplexů SF s fosfolipidy, se kterou se dnes můžeme setkat u silymarinových komerčních přípravků z Itálie.

Komplexy jsou charakteristické tím, že se polární část fosfolipidu váže na molekulu SF a jeho lipofilní část zvyšuje rozpustnost celého komplexu v tucích. Nutná kooperace s tuky i četné důkazy, že některé polosyntetické a syntetické fosfolipidy (například lysolecithiny) naopak poškozují buněčné membrány (zejména krevních buněk) a z technologického pohledu složitější aplikace přírodních fosfolipidů, však mohou zájem o tuto koncepci omezovat. Samozřejmě zde nelze zahrnout prostou homogenizaci SY a sojového lecithinu, což někteří výrobci mohou rutinně aplikovat a zavádějícím způsobem prezentovat. Původní optimistická očekávání u relativně

efektivnější a jednodušší úpravy SY mikronizací jeho částic (pomletí na částice velikosti < 1 μm) se nenaplnují, neexistují kvalitní experimentální průkazy, potvrzující obecný předpoklad zlepšení biologické dostupnosti SY. Ne každou surovinu nebo substanci lze mikronizovat.

## Nové účinky silymarinu

Neuroprotektivní účinnost SY byla mnohokrát potvrzena v preklinických na sobě nezávislých experimentech nejčastěji na myším modelu s indukovaným zeslabením paměti intracerebrovaskulárním podáním neurotoxického beta-amyloidu. Opakovaná podání silybinu po dobu 6–8 dnů zeslabilo vliv beta-amyloidu. Po doplnění nezbytných klinických průkazů by zřejmě mohla být suplementace SY být racionální a funkční součástí prevence a léčby Alzheimerovy nemoci a demence. Na obdobné úrovni existují první průkazy o protektivní aktivitě SY u modelů chemicky indukovaného poškození ledvin a renálního karcinomu. Prozatím pouze preklinické průkazy několika antikancerogenních mechanismů SY mohou avizovat jeho budoucí význam v doplňkové léčbě onkologických onemocnění: silybin inhibuje tvorbu faktoru HIF-1alpha (jeho zvýšená exprese probíhá v buňkách karcinomu prostaty). SY má silnou antimutagenní aktivitu, silybin inhibuje rozvoj neoplastických změn v modelu experimentálně indukovaného karcinomu tlustého střeva, silybin snižuje expresi metaloproteinázy-9 a vaskulárního endoteliálního růstového faktoru (VEGF), jejichž zvýšené hladiny jsou typické pro metastázující karcinom, silybin je potenciální inhibitor proliferace nádorových buněk a induktor jejich apoptózy. Současné podávání SY s chemoterapeuticky účinným doxorubicinem prokazatelně snižuje jeho toxický efekt na myokard. Významnou cytoprotektivní aktivitu SY potvrzuje klinická studie s 50 zdravými ženami v laktaci, kde užívání denní dávky 420 mg SY po dobu 63 dnů vedlo k signifikantnímu zvýšení produkce mléka, bez vlivu na jeho kvalitu.

(Reference jsou uloženy u autora)

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

**LÉKÁRNICKÉ POHÁDKY**

**VYDALI JSME NOVÉ POHLEDNICE**

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

**nové pohlednice s pohádkovými motivy**

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



## POZNATKY

ZE STÁŽE V PGEU:

**Lékárníci mají v Bruselu zastání**

S PGEU jsem se poprvé setkala po zvolení do výboru Evropské asociace studentů farmacie (EPSA) v roce 2005, protože PGEU se studenty úzce spolupracuje a hostí sídlo EPSA přímo ve svém sekretariátu v Bruselu. Díky svým mezinárodním zkušenostem z působení ve výboru EPSA jsem získala širší povědomí o evropském rozměru farmacie. Mé rozhodnutí přihlásit se do Bruselu na stáž v PGEU podpořilo vedení Ústavu aplikované farmacie VFU Brno.

Mgr. Alena Petříková

Tuto možnost jsem měla díky ERASMUS programu a finanční podpoře České lékárnické komory.

Odhaduje se, že denně navštíví veřejné lékárny v Evropě 46 milionů pacientů. Na lékárničky jsou proto kladeny stále vyšší nároky.

K hlavním cílům PGEU patří zvyšovat povědomí ostatních partnerů o kvalifikovaných dovednostech veřejných lékárníků a jejich nepostradatelnosti a poukázat na důležitost veřejných lékáren jako nezastupitelného článku v systému poskytování zdravotní péče obyvatelstvu.

K odborným požadavkům na poskytování kvalifikované péče se v poslední době přidávají i otázky z jiných oblastí, jako jsou doplatky za léky, liberalizace farmaceutického trhu nebo oblast poskytování informací pacientům a jejich ochrana před riziky souvisejícími s rostoucím množstvím padělaných léčiv. Jsou to záležitosti, které nejsou na první pohled vidět, neboť se nedotýkají přímo lékárníka jako osoby. Ovšem současné změny, např. ve Švédsku nebo ve Španělsku či nedávné rozhodnutí Evropského soudního dvoru ohledně zákazu vlastnictví lékáren, mají na naše české lékárnické prostředí vliv.

PGEU denně monitoruje vývoj v oblasti zdravotnictví nejen v Evropě, ale v celosvětovém měřítku. Pokud nějaký z členských států soudně hájí profesi lékárníka (ať z pohledu profesních kompetencí, provozování či vlastnictví lékáren nebo distribuce léčiv aj.), PGEU zde vystupuje jako platforma pro sdílení informací z jednotlivých členských států, vyhledávání evidence, vyjádření oficiální podpory (viz dopis prezidenta PGEU zasláný v roce 2006 tehdejšímu ministru zdravotnictví Davidu Rathovi) a formulace právní analýzy k dané problematice. V současnosti

PGEU aktivně monitoruje stav vyšetřování Evropské komise v souvislosti s nedovolnou podporou při proplácení regulačních poplatků v krajských zařízeních.



Generální sekretář PGEU John Chaveloni na fóru evropských lékárníků řekl: „Když byla PGEU v roce 1959 založena, byla hlavně klubem pro výměnu informací, zkušeností a osvědčených postupů. Jejím dnešním posláním je ovlivňovat evropské předpisy a politiky o zdravotnictví navržené v Bruselu.“

**Jak je PGEU organizována?****Valná hromada**

Hlavním organizačním orgánem PGEU je valná hromada, která se svolává třikrát ročně – v březnu, červnu a v listopadu. Nejbližší (tentokrát zároveň volební) se uskuteční 17. listopadu 2009 v Bruselu, kde bude zvolen prezident PGEU na další funkční období, tj. rok 2010.

**Výkonný výbor**

V období mezi valnými hromadami asociaci řídí výkonný výbor (Executive Committee, tzv. ExCo) v čele s prezidentem PGEU, kterým je pro tento rok Thony Björk ze Švédska, viceprezidentem je Mika Vidgrén z Finska. Složení výkonného výboru je založeno na rotačním systému, v současné době se skládá z Belgie,

České republiky, Finska, Německa, Polska, Slovinska a Švédska. V roce 2010 Finsko vystřídá Kypr a Francie. Funkční období v ExCo je čtyřleté a výbor se setkává v měsíčních intervalech.

Odhaduje se, že veřejné lékárny v Evropě denně navštíví 46 milionů pacientů. Na lékárničky jsou proto kladeny stále vyšší nároky.

V letošním roce navrhne výkonný výbor valnému shromáždění změnu stanov ve smyslu nikoliv rotační automatické volby prezidenta, ale volby z nominovaných členů výkonného výboru. Pro příští rok byla kandidatura nabídnuta zástupci České republiky, prezidentovi České lékárnické komory Stanislavu Havlíčkovi. Je to bezesporu prestižní ocenění práce ve výkonném výboru. „I s vědomím toho, že se jedná o velmi významné zviditelnění České republiky v evropském měřítku, jsem kandidaturu po důkladném zvážení odmítl. V současné situaci je prioritou řešení domácích problémů,“ řekl Havlíček. Co ovšem není příští rok, může být napřesrok. Podle posledních informací by prezidentem na příští funkční období mohl být zástupce z Belgie.

**Hlavní sekretář**

Hlavního sekretáře (Secretary General, SG) volí valná hromada s mandátem na čtyři roky. Od roku 2006 tuto funkci úspěšně vykonává právník John Chavel z Velké Británie. SG odpovědný za každodenní chod sekretariátu, který vytváří organizační zázemí pro ExCo, má na starosti veškeré činnosti PGEU, zejména implementace rozhodnutí valných hromad a ostatních organizačních orgánů PGEU. V současné době tým tvoří čtyři právní poradci, jedna lékárnice, která má na starosti profesní záležitosti, jeden zástupce studentů (EPSA, European Pharmaceutical Students' Association) a já – stážistka. Zároveň si v ústředí PGEU pronajímají kancelář rakouská a španělská lékárnická komora. Složení sekretariátu

(Pokračování na další straně)

(Dokončení z předchozí strany)

je multikulturní a během dne tu běžně zní angličtina a francouzština (oficiální jazyky PGEU) spolu s italštinou, španělštinou, portugalským, řečtinou, němčinou a v neposlední řadě češtinou.

#### Pracovní skupiny

V určitých oblastech má PGEU možnost vytvořit pracovní skupiny, do kterých členské organizace mohou delegovat své vlastní experty. V současné době jsou v činnosti tři skupiny – Advisory Group (poradní orgán výkonného výboru ve všeobecných otázkách), Economic WG (ekonomická skupina) a Recognition and Mobility WG (skupina pro mobilitu a uznávání kvalifikací).

#### Pozice PGEU v Evropské unii

Výčet všech činností PGEU by zdaleka přesáhl rozsah tohoto příspěvku. Předně se stará o sledování všech právnických kauz svých členů, velkou část své pozornosti upírá k tzv. farmaceutickému balíčku (FB), který je od ledna 2009 projednáván na zasedáních skupiny Rady pro léčiva a zdravotnické prostředky. FB zahrnuje oblasti informace pro pacienta o léčivých přípravcích, generika a padělání léčiv

a farmakovigilance, zároveň nelegislativní část balíčku široce pokrývá regulaci farmaceutického trhu. PGEU v tomto směru přijala na své valné hromadě v červnu 2009 komentáře o směrnici 2001/83/EC týkající se padělků léčiv (viz web PGEU).

#### 50. výročí založení PGEU

Významnost PGEU jako dlouhodobého hráče na mezinárodním poli potvrzuje fakt, že v letošním roce PGEU slaví půl století od svého založení (1959). V listopadu – vedle volby prezidenta bude vernisáž výstavy v budově Evropského parlamentu oslavující 50 let evropského rozměru farmacie. Postery přiblíží historii a význam PGEU stejně jako prezentace jednotlivých členských států. Poster České republiky se soustřeďuje na vývoj farmacie v posledních padesáti letech. To, že se jedná o významnou farmaceutickou událost, potvrzuje fakt, že mezi pozvanými jsou europoslanci zabývající se zdravotnickým sektorem, zástupci Evropské komise, představitelé profesních organizací a samozřejmě reprezentanti členských organizací PGEU, mezi nimi i ČLnK.

#### Stážování v PGEU

Členové sekretariátu mi velmi ulehčili přechod do nového prostředí. Můj start byl

vsutku raketový, hned první dny v sekretariátu byly plné schůzování ekonomické i poradní pracovní skupiny, následované schůzí výkonného výboru, kde jsem první dojmy a dotazy mohla konzultovat s Mgr. Havlíčkem. Ve volnějších pracovních chvílích následoval úvod do spletitého bludiště evropských institucí, komisí, poradních orgánů a jiných skupin.

Činnost stážisty v PGEU je velmi různorodá a vyžaduje celodenní nasazení. Jako posila relativně řídkých lékárnických řad v sekretariátu mám na starosti odborné záležitosti týkající se farmacie. Jelikož v září ECDC a EMEA zveřejnily zprávu o antibiologické rezistenci, v současné době pracuji na aktualizaci pozičního dokumentu PGEU o rezistenci na antibiotika. Zároveň pečlivě sleduji vývoj v České republice, a to nejen na poli legislativy, protože jedním z vedlejších úkolů je aktualizace údajů o české farmacii v mnoha databázích PGEU, a pomáhám s přípravami blížících se oslav 50. výročí založení PGEU.

(Více informací na [www.pgeu.eu](http://www.pgeu.eu))

Autorka momentálně dokončuje doktorské studium na Ústavu aplikované farmacie VFU Brno

## Po šesti letech jsem znovu objevil život

**Bjarne G. Thune je norský lékárník. Svou nezávislou Askøy apotek založil v roce 1977. Začínal se čtyřmi zaměstnanci, později jejich počet vzrostl na osm. V roce 1994 prošla lékárna přestavbou, při které se její prostory rozšířily tak, aby odpovídaly náročnějším požadavkům a početnější klientele. V roce 1997 měla již lékárna pětkrát více personálu než v době svého vzniku. Bjarne G. Thune byl patřičně hrdý na lékárnu i na kvalifikované a loajální spolupracovníky. V roce 2002, po pětadvacetileté kariéře nezávislého farmaceuta, však náhle prodává lékárnou lékárenskému řetězci a přijímá místo vedoucího lékárníka.**



#### ■ Co se po roce 2000 v Norsku vlastně přihodilo?

Do roku 2001 u nás vlastnili a vedli lékárny vysokoškolsky vzdělaní lékárníci. Všechny lékárny, s výjimkou nemocničních, byly malými, soukromými podniky. Majitel osobně odpovídal za ekonomiku lékárny, akcionářství nebylo povoleno. Na seznamech nejdisciplinovanějších plátců daní, zveřejňovaných v médiích, majitelé lékáren figurovali mezi „top ten“.

Norští politici vyvíjeli směrem k lékárenství různé snahy: O dosažení nižších cen u OTC přípravků, delší otevírací doby, vyššího počtu lékáren, a také se snažili zabránit

tomu, aby se „odporně bohatí“ majitelé lékáren stali bohatými ještě „odporněji“. Nejsnazší cestu k těmto cílům viděli v konkurenci. Věřili, že volná soutěž vyřeší vše, takže jejich tři hlavní metody by se daly charakterizovat jako konkurence, větší konkurence a ještě větší konkurence. V březnu 2001 přijalo Norsko novou legislativní normu, týkající se vlastnictví lékáren. To ve velmi krátké době vedlo ke změnám, které nemají obdoby v celé čtyřsetleté historii norského lékárenství. Nový zákon umožnil vlastnit a provozovat lékárnou každému s výjimkou výrobců léčiv a lékařů, samozřejmě pod podmínkou zajištění odborného vedení. Umožnil vlastnit lékárny také společností, umožnil držbu akcií a přinesl absolutní deregulaci počtu a umístění lékáren. Dalším dopadem byla možnost generické substituce léků.

Brzy po nabytí účinnosti tohoto zákona ovládly norské lékárenství tři hlavní řetězce v nadnárodním vlastnictví, každý v těsném spojení s jedním ze tří velkodistributorů léčiv. A nastalo nakupování lékáren ve velkém.



**■ Vy ale tvrdíte, že svou lékárnu jste nikdy prodat nechťel. To je přece v rozporu s tím, co jste nakonec udělal.**

Proč jsem se rozhodl prodat svou lékárnu do řetězce? Z řady důvodů, z nichž možná každý jednotlivě není nijak fatální, ale jejichž kumulaci se těžko odolává. Tedy předně, všichni mí kolegové z řad majitelů hodlali své lékárny prodat bez zaváhání. V mojí lékárně si doslova podávaly kliku nesčetné návštěvy z nově etablovaných řetězců, denně přicházelo množství přesvědčujících telefonátů, stále lepší cenové nabídky. A v neposlední řadě tu byl neklid mezi personálem lékárny, rostoucí obavy, jestli dokážeme ekonomicky přežít, pokud zůstaneme nakonec opuštěni a obklopeni nemilosrdnou konkurencí.

Když už jsem dospěl k rozhodnutí prodat, padla volba na řetězec, který nabízel podmínky, jež se daly nejsnáze „skousnout“. Byl tu příslib, že nikdo z mých spolupracovníků nebude propuštěn. Nezdálo se, že tady považují za nezbytné, aby všechny jejich lékárny vypadaly stejně. V administrativě řetězce byl zaměstnán velký počet farmaceutů a s mnohými jsem se znal osobně. Všechno navíc vypadalo, že nebude problém s dodržováním profesní etiky, že nepůjde jen a jen o prodej, ale že zůstane dostatek prostoru i pro „starou dobrou farmacii“. A také mě požádali, abych v lékárně zůstal jako její vedoucí.

**■ Popis těchto podmínek vypadá na docela slibný začátek.**

To ano, jenže brzy nato zasadila státní správa norskému lékárenství další rány. Možnost prodávat nejžádanější OTC přípravky v potravinářských obchodech a na čerpacích stanicích pohonných hmot pro nás znamenala u této kategorie pokles odbytu o 15 – 20 procent. Další pokles odbytu léčiv přišel v důsledku přímých dodávek z velkodistribuce do domů s pečovatelskou službou i dalších zařízení.

**■ Jak reagovalo vedení řetězce?**

Říkali: „Buďte kreativní! Hledejte nové komodity!“ Naše lékárna se měnila před očima. Potřebovali jsme prostor pro záplavu nepřilíš seriózních rostlinných produktů, pro všechny druhy kosmetiky, dioptrické i sluneční brýle. A také pro zdravotní a sportovní obuv, prádlo, sportovní náčiní jako švihadla nebo míče, k tomu příručky pro kondiční cvičení... Tehdy jsem se za svou lékárnu začal poprvé stydět. Původní klidná a prostorná officína prodělala chaotickou přeměnu. Klienti kličkovali mezi prodejními automaty, sunuli se bokem kolem spousty nových regálů. Nezůstalo tu místo pro invalidní vozíky ani pro dětské kočárky. Návštěvníci potřebovali notný kus štěstí, aby se jim podařilo najít to, kvůli čemu přišli. Je jistě pravda, že při tom hledání

často našli i ledacos dalšího. Prostředí skvěle nahrávalo „zákazníkům“, kteří považovali za zbytečné za svůj nákup platit, a personálu naopak skýtalo minimum možností jak jim v tom bránit.

**■ Jak tyto změny snášel váš personál?**

Neustále se prodlužující otevírací doba při stejném stavu zaměstnanců způsobila řadu vnitřních problémů. Bylo prakticky nemožné pokračovat v zavedeném systému týdenních porad, o dříve obvyklém společném stravování nemluvě. Problém byl vlastně i s tím, jak si udělat čas na jednání s reprezentanty farmaceutických firem.

**■ Přiučil jste se jako šéf lékárny něčemu novému?**

Řetězec vymyslel pro vedoucí svých lékáren plno nových povinností. Na mém stole přistával jeden formulář za druhým, různá hlášení, u nichž jsem si přes veškerou snahu nedokázal představit, k čemu rozumnému by mohly sloužit, ale snažil jsem se brát to tak, že jako kvalifikovaný farmaceut nejsem odborník v oboru papírování... Všechna čísla za měsíc musela být kompletně zpracována k prvnímu dni následujícího měsíce a přesně v 15:30 odfaxována nebo odeslána e-mailem na vedení řetězce. Pokud jsem se někdy zpozdil, okamžitě se mi dostalo upozornění, že jsem narušil systém a že naši nadnárodní akcionáři má čísla nutně potřebují.

Vždy na podzim jsem jako každý vedoucí lékárny v řetězci obdržel předběžný rozpočet na další rok, sestavený s velkým optimismem. Změny se připouštěly, ale jediné směrem k ještě optimističtějšímu. Okamžikem převzetí už to byl „můj“ rozpočet, i když jsem se cítil spíše jako jeho rukojmí. Uvažoval jsem, jak hodně budu muset napřesrok být „kreativní“, jestli kvůli jeho dodržení nedojde na propuštění někoho ze zaměstnanců...

**■ Řetězce přece neustále nabírají farmaceuty doslova ve velkém.**

Ale jen do nově zřizovaných lékáren. Zato počet lidí ve vedení začal narůstat takovým tempem, že bylo obtížné pamatovat si všechna nová jména ze stránek interních novin. Začalo nás zajímat, kolik lidí z administrativy musí každá lékárna uživit. Nulová ochota povolaných k jakékoli odpovědi vzbuzovala oprávněné obavy, jestli lékárny nebudou muset propustit část personálu, aby zůstala zachována místa pro administrativu.

Do rozhodování mluvilo stále více lidí. To dokonale rozměnilo veškerou odpovědnost. Mnozí mladí manažeři do řetězce očividně nastoupili jen proto, aby zde získané působivé pracovní tituly využili jako odrazový můstek k novým, lukrativnějším postům. Je zajímavé, že se vždy stačili rozloučit dříve než jejich revoluční nápady ohledně efektivnosti a psychologie prodeje

mohly začít fungovat. Z vedení řetězce mizeli farmaceuti; postupně je nahradili specialisté přes ekonomiku, marketing, racionalizaci, elektronizaci...

**■ A jak se ve vaší lékárně dařilo „staré dobré farmacii“?**

Každý druhý měsíc lékárnu navštívili inspektoři, vydávající se za klienty. Posuzovali naše dovednosti při řešení typicky farmaceutických zadání jako alergie, rýma, chřipka, bolestivé stavy, problémy v těhotenství. Sledovali také čistotu a hlučnost prostředí v lékárně, zdvořilost a diskrétnost personálu, schopnost reagovat na citlivé a nepříjemné dotazy. Hodnocení přišlo za pár týdnů s výsledkovou listinou obsahující pořadí všech lékáren v řetězci. Ta naše byla po všechna léta vždy mezi pěti nejlepšími.

**■ Tak snad přece jen stálo za to zatnout zuby a pokračovat.**

Řetězec ve skutečnosti neměl zájem, aby někdo vyčníval z průměru. Toto zjištění pro mne znamenalo hořké zklamání. Další z věcí, které mou frustraci prohlubovaly, byl „Oscarový večer“. Jednou za rok byli všichni zaměstnanci řetězce pozváni na víkend do nejdražšího hotelu v Oslo, absolvovali opulentní večeri a zhlédli zábavný program. Pak přišlo to hlavní – lékárnám s nejlepšími výsledky prodeje v různých kategoriích byla předána ocenění. Slovo „prodej“ tu znělo ve všech pádech. Přes všechna výborná jídla jsem cítil v ústech pachů z představy, že možná budeme muset propouštět lidi jen proto, aby řetězec mohl zaplatit tento velkolepý večírek.

**■ Vloni, po šesti letech, vaše rozčarování vyvrcholilo odchodem z lékárny.**

Bylo to jediné možné řešení, přestože jsem kvůli němu musel opustit spolupracovníky, mezi kterými jsem prožil třicet let, oželeť kontakt s pacienty, ale i tato cena byla přijatelná za to, že jsem řetězcový byznys i s jeho předimenzovanou administrativou mohl nechat za zády.

**■ Jak jste se po odchodu cítil?**

Svobodně, po všech těch letech jsem znovu objevil život. Hodně času trávím s vnoučaty. Vždy rád vyhovím žádostem o přednášky na témata jako jsou správné užívání léků, léčivé rostliny, význam latinských názvů, slavné zahrady. A také hodně cestuji se svou ženou.

**■ Můžete na závěr stručně charakterizovat současný stav norského lékárenství?**

Podle údajů z letošního srpna je v Norsku celkem 646 lékáren, z toho 591 v řetězcích. Nemocničních lékáren je 32. Pouze 23 lékáren je zcela nezávislých. Několik jich vzniklo po roce 2001. Počet těch „ze starých zlatých časů“, jejichž majitelé byli dostatečně tvrdohlaví a vydrželi neprodat, nepřevyšuje patnáct.

Připravil Vladimír VRBOVSKÝ

# Historie Lékárnického domu

Za první úspěšnější krok pro vybudování Lékárnického domu můžeme považovat zorganizování peněžité sbírky v roce 1937. Kromě ní vznikla 28. 7. 1937 organizace Sbor pro vybudování lékárnického domu v Praze (SbVLD).

Jeho členem se mohl stát každý příslušník lékárenského stavu nebo jeho příznivec. Členský příspěvek byl u právnických osob 10 000 korun a u osob fyzických se pohyboval v rozmezí od 20 do 1 000 korun.

Jedním z významných zakládajících členů byl Svaz československého lékárnictva (SvČsL), který přispěl částkou 70 450 Kč. K březnu 1938 měl Sbor pro vybudování lékárnického domu 134 členů a získal částku 250 000 Kč. V červenci 1938 již byla tato částka zvýšena na 319 685 Kč, přičemž k vybudování bylo potřeba získat nejméně jednoho milionu.

Po několika letech sbírky byl dne 31. 5. 1942 za necelý milion pořízen dům čp. 556 v Malé Štěpánské ul. 13 v Praze 2. Dům byl 40 let starý a kromě nesnadného jednání při jeho koupi (dědictví rozděleno do 12 rodin) bylo nutné vyřešit vztahy s nájemníky, kteří v něm bydleli. Po vyřešení všech problémů mohlo dojít k adaptaci, jejíž postup vypracoval stavitel F. Havel se stavebním poradcem arch. Jaroslavem Fragnerem. Průřez budovou a její vzhled přibližuje obrázek.

Rozmístění v budově bylo následující:

**Prizemí:** velká posluchárna,

**1. poschodí:** kancelář předsedy SvČsL, kancelář starosty Hlavního grémia lékárníků pro Čechy a Moravu (HGLP), zasedací síň Ústředního výboru SvČsL;

**2. poschodí:** kanceláře SvČsL a HGLP, redakce lékárnických sazeb a kanceláře Společného výboru;

**3. poschodí:** zasedací síň odborové organizace, lékárnická laboratoř;

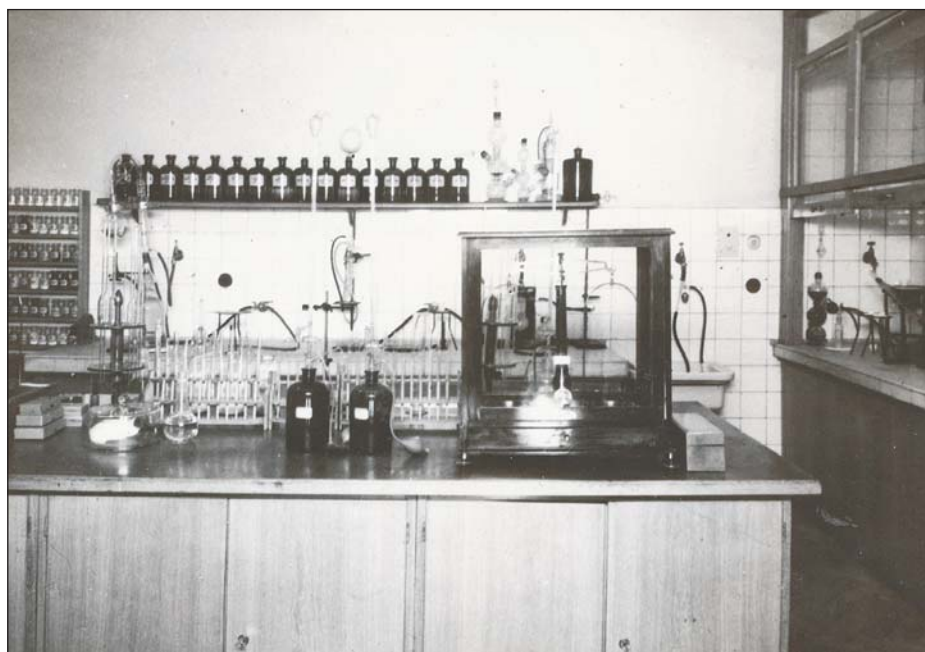
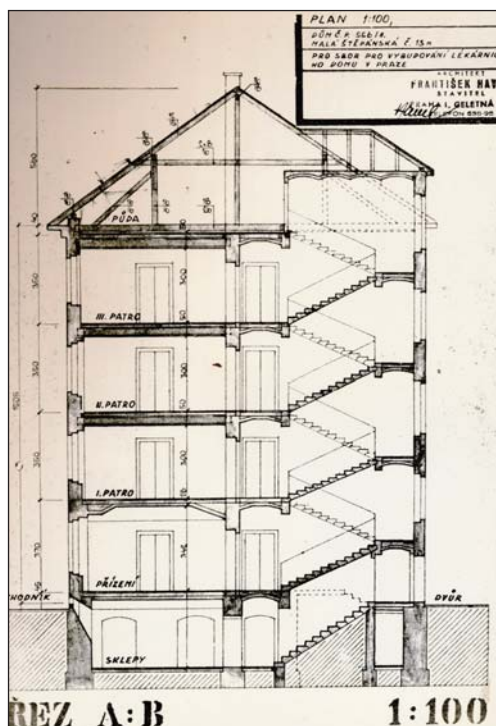
**Podkroví:** archiv a úschova tiskovin.

Otevření Lékárnického domu v Praze byl jistě chvályhodný počín pro české lékárenství zejména proto, že mohl být pořízen z darů věnovaných samotnými lékárníky. Cesta k jeho otevření určitě nebyla jednoduchá. Ještě v roce 1938 konstatoval Dr. Sv. Marek, tajemník Sboru: *Čím je kdo bohatší, tím méně dá, že dávají někteří pražští lékárníci (skuteční milionáři) po 20 Kč a venkovští lékárníci nebo pražští nekoncesionáři po 1.000 Kč – jest*

*obrázkem, který nepotřebuje komentáře. Cesta k lékárnickému domu, k jeho sbírkám, knihovnám, čítárnám, společenským místnostem, laboratořím, k tomuto ústředí lékárnického života, jest dosud silně zarostlá sobeckým hlozím.*

Po zestátnění lékárenství přešel dům do péče ministerstva zdravotnictví, které jej předalo organizaci KSČ. Po roce 1989 snaha o jeho restituci pro lékárnickou organizaci neuspěla.

**Mgr. Ladislava VALÁŠKOVÁ, Ph.D.**  
České farmaceutické muzeum v Kuksu





# Dapagliflozin při léčbě diabetu

„V současné době je více než dvacet procent pacientů s diabetem 2. typu léčeno inzulínem a významné množství pacientů není schopno si dostatečně kontrolovat hladinu cukru v krvi, přesto, že dostávají vysoké dávky inzulínu,” řekl prof. MUDr. John Wilding, člen Královské lékařské společnosti (FRCP), vedoucí oddělení klinického výzkumu diabetu a endokrinologie University Hospital Aintree ve Velké Británii. Díky nedávno prezentovaným výsledkům glykemických a hmotnostních je další studie preparátu dapagliflozinu u těchto pacientů je zřejmě zaručena.

Výsledky 12týdenní studie prokázaly, že hodnocené léčivo – moderní, selektivní inhibitor kotransportéru sodíku a glukózy 2 (SGLT2), způsobil větší zlepšení všech sledovaných glykemických faktorů – úroveň glykovaného hemoglobinu (HbA1c), glukóza v plazmě nalačno (FPG) a glukóza po jídle (PPG)] u pacientů s diabetem 2. typu, kterým byly podávány vysoké dávky inzulínu a běžně používané orálně podávané léky proti diabetu v porovnání s podáváním placebo (placebo plus orálně podávané léky proti diabetu a inzulín). Celková úroveň výskytu nežádoucích účinků ve skupině, které byl podáván dapagliflozin, byla podobná jako ve skupině léčené placebem. Studie rovněž prokázala, že pacienti, kteří užívali dapagliflozin, zaznamenali větší úbytek hmotnosti než ti, kterým bylo podáváno placebo, a podpořila tak výsledky z předchozí 12týdenní fáze 2b této studie. Celkově došlo k většímu úbytku hmotnosti u skupiny léčené dapagliflozinem: 4,51 kg u dávky dapagliflozin 10 mg a 4,3 kg u dávky dapagliflozin 20 mg, oproti 1,88 kg ve skupině s placebem.

Zkoumání příčin vzniku diabetu pokračuje a zdá se, že významnou roli hrají genetické a environmentální faktory, jako například obezita a nedostatek pohybu. Existují dvě nejdůležitější příčiny související s diabetem 2. typu: tělo neprodukuje dostatek inzulínu (nedostatek inzulínu), nebo buňky inzulín ignorují (inzulínová rezistence).

Důležitou, ale nedoceňovanou roli v celkové regulaci hladiny glukózy v těle hrají ledviny. Normálně u zdravých jedinců filtrují ledviny velké množství glukózy a aktivně téměř veškerou zpětně absorbují. Zpětná absorpce je nezbytná pro udržení kalorií, ale u diabetu 2. typu má opačné účinky. U pacientů s diabetem 2. typu, kteří mají hyperglykémii, je větší množství glukózy filtrováno a zpětně absorbováno ledvinami navzdory tomu, že tento zadržovací proces přispívá k přetrvávání hyperglykémie a diabetu.

Časem trvalá hyperglykémie způsobí glukototoxicitu, která zhoršuje inzulínovou rezistenci a přispívá k dysfunkci beta buněk v pankreatu. Stupeň trvalé hyperglykémie přímo souvisí s diabetickými mikrovaskulárními komplikacemi a může rovněž způsobit makrovaskulární komplikace. Tímto způsobem, jak se zdá, hyperglykémie způsobuje pokračování cyklu škodlivých účinků, které zhoršují kontrolu diabetu 2. typu a komplikace.

(Zdroj: PROTEXT)

## Právník radí: Pokuty určitě ne

Možná právě v čekárně vašeho lékaře visí strohé sdělení: „Nedostavíte-li se k ošetření ve smluveném termínu, budeme od vás požadovat zaplacení pokuty.“ Ve dvojčísle 7-8/2009 časopisu LKS, měsíčníku stomatologické komory, se právní poradna zabývá dotazem, zda může zubní lékař požadovat po pacientovi, který se bez omluvy nedostaví k objednanému ošetření, aby zaplatil pokutu nebo náhradu škody.

Právník vysvětluje, že zubní lékař si při vyčíslení výše své škody musí započítat vše, co ušetřil neposkytnutím péče, co vydělal jinak nebo co úmyslně zameškal vydělat. Kromě toho musí prokázat, že vznik škody pacient skutečně zavinil, a příčinnou souvislost mezi jednáním pacienta a vznikem škody. Jednostranné uplatnění pokuty za neomluvenou absenci je nepřijatelné. To platí i pro případy, kdy je pacient na skutečnost, že zubní lékař za neomluvenou absenci vybírá pokutu, upozorněn na vývěsce v čekárně nebo na objednacím formuláři.

Názor právníka doplňuje vyjádření České stomatologické komory: Uplatnění nároku na ušlý zisk není nikterak jednoduché. Pokud pacient náhradu ušlého zisku nebude ochoten zaplatit, bylo by nutno se obracet na soud, s čímž jsou spojeny náklady. Navíc je potřeba počítat i s tím, že není výjimkou, kdy naopak pacient, který byl objednán na určitou hodinu, byl nucen čekat na ošetření v čekárně. Zde by bylo možno dovozovat právo na ušlý zisk pacienta, neboť byl-li se zubním lékařem dohodnut na konkrétní dobu ošetření, bylo povinností tohoto zubního lékaře ošetření v této době provést. (red)

## VÝZNAMNÁ JUBILEA

říjen 2009

80 let

RNDr. PhMr. Eugenie Trávníková  
– čestný člen ČLnK

70 let

RNDr. Josef Brozda  
(OSL Frýdek-Místek)  
RNDr. Kamila Dragounová  
(OSL Přerov)  
Mgr. Milena Gottfriedová  
(OSL Ostrava)  
Mgr. Lidija Makarová, CSc. (PSL)  
Mgr. Eva Vítková (PSL)

60 let

PharmDr. Michal Dvořák  
(OSL Karlovy Vary)  
RNDr. Karel Knotek (PSL)  
Mgr. Elžběta Kondziolková (Karviná)  
Mgr. Zdislava Kovářová (PSL)  
RNDr. Antonie Sedmíková (PSL)  
*Upřímně blahopřejeme!* (člnk)

## Čest jejich památce!

V září t. r. zemřela ve věku 83 let kolegyně PhMr. Irena Jašinská. O paní magistře, která celý svůj profesní život působila v lékárnách na Karvinsku a na Ostravsku, bylo známo, že pro činnost lékárníka považovala za nutné povinné členství v lékárnické komoře. Říkala, že když přijdou zlé časy, je dobré vědět, že za lékárníkem někdo stojí, a v dobrých časech by neměl zapomínat na to, že mu profesní organizace v těch horších dobách pomohla, poradila, ukázala cestu, jakou jít.

Magistra Jašinská patřila k aktivním členkám České lékárnické komory, do posledních dnů svého života se vzdělávala, s velkým zájmem četla Časopis českých lékárníků a navštěvovala komorové akce.

Ve věku 81 let zemřel v září t. r. kolega PhMr. Ladislav Mráz, který dlouhá léta pracoval v lékárně Fakultní nemocnice v Plzni Na Borech. U příležitosti jeho osmdesátých narozenin zaměstnanci lékárně U Svatého Mikuláše, kterou kolega Mráz provozoval patnáct let, ho obdivovali, že stále pracuje, denně stojí za tárou a za celý den téměř nepotřebuje židli.

Pan magistr Ladislav Mráz byl svým kolegům vzorem člověka, který pro veškeré své konání, ať už v lékárně nebo péči o staré automobily a motocykly, měl i přes svůj pokročilý věk záviděníhodnou energii a stálý optimismus.

## Plynový kurs pro lékárníky

Polské ministerstvo sociální péče vydalo právě nařízení, podle něhož všichni lékaři, diplomovaní lékárníci, drogisté a pomocný lékárnický personál musí absolvovat kurs záchranu při otravách plynových, a musí se prokázat před úřady příslušným vysvědčením. Při visitaci lékáren má se visitující úředník o tom přesvědčiti a zároveň vyzkoušeti, jak jest ten který podnik připraven pro případ letecké a plynové války.

*Časopis Československého Lékárnictva, č. 10/1934, str. 266*

## Resoluce proti ustanovení §u 156

Z celé Československé republiky shromáždění lékárníci, bez rozdílu národnosti a svazové příslušnosti, jednomyslně a důrazně protestují proti ustanovení §u 156. odst. 2 novely soc. pojištění, podle něhož nemocenské pojišťovny, bez šetření předpisů lékárenského zákona mohou prostřednictvím lékařů vydávat svým pojištěncům farmaceutické přípravky.

Lékárníci Československé republiky pocítují tento krok jako nespravedlivý, nesociální a veřejnému zdravotnictví nejvyšší škodlivý zásah do oblasti distribuce léčiv.

Bez dotázání stavovských organizací a úřadů, bez projednání v sociálně politickém výboru parlamentu, bez vědomí poslanců a senátorů, bez předchozího souhlasu ministerstva zdravotnictví, odnímá novela sociálního pojištění veřejným lékárnám jejich zákazníky, jež ze 70 % pozůstávají z pojištěnců nemocenských pojišťoven a tak ohrožuje vážně existenci veřejných zdravotních ústavů, kterými se lékárny v tolika státech osvědčily býti pro dobro všech tříd obyvatelstva.

Novela sociálního pojištění vylučuje jakoukoliv kontrolu a zodpovědnost za jakost, trvanlivost, účinnost atd. vydávaného léčiva a zavádějí po vzoru konsumů souhrnné hospodářství s léky, nutí lékaře k předpisu laciných typovaných specialit, bez zřetele k individuálnímu ošetřování pojištěnců.

Činí odborné farmaceutické studium, jakož i všechny zákonné předpisy pro praxi a kondiční dobu ilusorní a odnímá s bezpříkladnou lhostejností tisícům vysokoškolsky vzdělaným příslušníkům lékárnického stavu pramen obživy jejich a jejich rodin.

Aby prý byly sníženy výdaje na léčiva, která představují přece pouze 8 % celkových nákladů nemocenských pojišťoven a aby prý byly sanovány okresní nemocenské pojišťovny, ač jest velmi dobře známo, že pokus obdobné praxe vydávání léků nemocenskými pojišťovnami vedl v jiných státech k ohromným schodkům, placeným na konec státem, ničeny jsou veřejné lékárny bez zřetele na tu část veřejnosti, jež není členem nemocenských pojišťoven, bez ohledu na nedozírné následky v době epidemií a v době války.

Lékárnický stav jsa si vědom své práce a důležité funkce v životě všeho obyvatelstva celého státu, jest rozhodnut hájiti za podpory veřejnosti důsledně svá řádně nabytá práva.

Obracíme se na všechny kompetentní činitele, na všechny spravedlivě myslící tohoto státu, kteří důležitost veřejných lékáren, jako sanitních ústavů, uznávají a jsou přesvědčeni, že lékárnický stav odstraněním §u 156 novely nemocenského pojištění musí býti udržen životaschopným.

## Jak se psalo před 75 lety

Na důkaz protestu a za účelem upozornění veřejnosti uzavrou veškerí lékárníci v Republice Československé za šetření pohotovostní služby, své lékárny na dobu 2hodinové demonstrační stávky.

*Časopis Československého Lékárnictva, č. 10/1934, str. 265*

## Dozor nad prodejem léčiv v Itálii

Proti nezákonnému prodeji léčiv mimo lékárny jest nyní velmi energicky postupováno na základě nového zákona o lékárnách. V celé Itálii jsou velkoobchody léčivy přísně kontrolovány v prodeji a výdej léčiv jiným obchodům než lékárnám jest těžce pokutován. Ještě přísněji jest postupováno proti oněm detailním obchodům, které neoprávněným způsobem přechovávají léčiva. Razie za tím účelem podniknuté vedly k velkému počtu potrestání. Tak během jedné razie v Neapoli bylo zavřeno 20 drogerií. V horní Itálii jest tento způsob zaveden již nějakou dobu a měl za následek zvýšení obrátu v lékárnách.

*Časopis Československého Lékárnictva, č. 10/1934, str. 267*

## Britská lékárnická konference

Každoročně pořádaná britská lékárnická konference byla letos svolána do Leedsu. Jako vždy byla důstojným shromážděním vynikajících představitelů anglické vědecké farmacie, zástupců britské lékařské společnosti, členů parlamentů, vysokých státních úředníků civilních a vojenských, průmyslníků a britského lékárnického stavu. Konference po obvyklých proslovech byla zahájena obsáhlou přednáškou předsedajícího Dra Hapmpshire-ho na tema „Lékopisy a formuláře“, v které kriticky přehlédl a zhodnotil moderní lékopisy a to italský (1929), španělský (1930), belgický (1930), britský (1930), dánský (1933), jugoslávský (1933) a maďarský (1934). Přednáška vyzněla v požadavku jednotného, mezinárodního lékopisu. Hlavním programem konference je retrospekce vědecké anglické farmacie, účelem pak osvěžiti a doplniti vědomosti universitou a praksí získané, připomenouti lékárníkovi druh jeho povolání a ukázati mu nové cesty. Do vědecké sekce bylo letos přihlášeno 33 prací, z nichž 15 bylo vypracováno na universitách, 12 v průmyslu, 3 lékopisnou komisí a 2 soukromníky.

*Časopis Československého Lékárnictva, č. 10/1934, str. 267*

## Popravy pro nezákonný obchod

Několik policejních úředníků v Pekingy bylo nedávno veřejně popraveno pro nezákonný obchod omamnými prostředky. Také někdejší policejní řiditel pekingský byl zastřelen pro tajný obchod heroinem. Současně úřady oznámily, že na příště všichni, kdož provozují nezákonně obchod omamnými prostředky, zvláště obchodníci opiem, budou postiženi stejným trestem. Také kuřáci opia, kteří po prodělané kůře pro odvrácení od tohoto zla znovu by se k němu vrátili, budou v budoucnu veřejně státi.

*Časopis Československého Lékárnictva, č. 10/1934, str. 267*