

11/2012

ročník LXXXIV

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Jsou neatestovaní lékárníci samostatně pracující ve výdejních jejich vedoucím? Mohou tam vůbec být sami? Je zastupování vedoucího lékárníka (třeba po skončení šéfovy pracovní doby) v „kamenné“ lékárně na stejné úrovni jako vedení OOVL? Kolik lékárníků bez atestace pracuje ve výdejních? Jaké eventuální nedostatky absolventů fakult se ukazují v práci na OOVL? Je málo atestovaných lékárníků? Musí být všichni lékárníci atestovaní? Co vlastně mohou a na co odborně mají absolventi fakulty? Jakou jinou kvalifikaci kromě vysokoškolského vzdělání pro samostatnou práci ještě potřebují? Z litery zákona je zřejmé, že absolvent fakulty může v lékárně dělat prakticky všechno, s výjimkou vyjmenovaných činností, ke kterým je třeba specializace, například příprava zvlášť náročných lékových forem, výchovná a vzdělávací činnost apod. Bez specializace ovšem nemůže vést lékárně.



Na výše uvedené otázky vždy ale zákon neodpovídá. Kladi si je nedávno delegáti sjezdu komory v diskuzi nad sdělením, že MZD připravuje změnu specializačního vzdělávání, na jejímž základě by lékárníci a kliničtí farmaceuti měli absolvovat na začátku vzdělávacího programu společný základ – kmen v délce 18 měsíců, ale jejich náplně podle nových podmínek ještě nejsou ani navrženy. Ministerstvo navrhuje jedno lékárenství, jako základní specializační obor vedle klinické farmacie, a nemocniční lékárenství, jako obor nástavbový. Návrh nastoluje další pro praxi zcela podstatné otázky: Vedení výdejny nově ex lege by mělo být dovoleno lékárníkovi až po úspěšném zakončení společného základu. Bude ale pak logicky moci být také lékárně otevřena jen za přítomnosti atestovaného specialisty? Nebo bude vedoucí či odborný zástupce lékární s OOVL, zaměstnávající absolventa, muset jako atestovaný lékárník v případě nutnosti jet do výdejny, ale ve velké lékárně ho zatím bude zastupovat absolvent? Má být certifikát o absolvování první části základního specializačního oboru více než diplom z vysoké školy a omezovat tak stávající kompetence absolventů? Věřím, že kdo to ví, nám všem, které to zajímá, kvalifikovaně odpoví.

Jaroslava HOŘANSKÁ

**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

PharmDr. Jan Horáček (předseda),  
PharmDr. Pavel Grodza, PharmDr. Petr Haltuf,  
Mgr. Kateřina Horáčková, PharmDr. Kamil Hrubý,  
doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., Mgr. Jiří Kotlář,  
Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., PharmDr. Miloš Potužák,  
PharmDr. Daniela Seberová, PharmDr. Pavel Škvor

**vydavatel**

Lékařnická akademie, s. r. o.  
Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4  
Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku  
vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C  
vločka 74194.

**tisk a distribuce**

Ringier Axel Springer Print CZ a.s.  
Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

**předplatné a inzerce**

Objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka**

č. 12/2012 – 22. listopadu 2012

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**

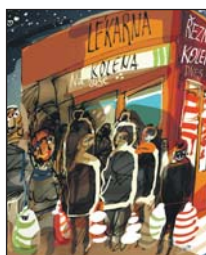
• Maximální rozsah redakcí nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů) • K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvku krátit či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



obsah

<b>Po sjezdu: Na co jsem se ministra nezeptal aneb Úvaha politologická</b>	<b>4</b>
<b>Zeptali jsme se</b>	<b>5</b>
<b>Zpráva z XXII. sjezdu delegátů ČLnK</b>	<b>6</b>
<b>Usnesení XXII. sjezdu delegátů ČLnK</b>	<b>9</b>
<b>Putování marihuany parlamentem</b>	<b>10</b>
<b>Osvědčení k výkonu soukromé praxe</b>	<b>12</b>
<b>Interaktivní dispenzační semináře, Další IDS – školící akce, Odborné semináře ke komunikaci a poradenství</b>	<b>14</b>
<b>Odborné konference, Aktuální legislativa III., Semináře společnosti PHC</b>	<b>15</b>
<b>Návody pro dispenzaci: Permethrin</b>	<b>16</b>
<b>Molekula měsíce: Iguratimod</b>	<b>17</b>
<b>Patnáct trendů, které změní lékárenskou péči v ČR</b>	<b>18</b>
<b>Diskusní okénko</b>	<b>19</b>
<b>Nově registrované látky: Ikatibant</b>	<b>20</b>
<b>Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Carapa guianensis</b>	<b>21</b>
<b>Maka v modulaci sexuálního zdraví</b>	<b>24</b>
<b>Světové dny WHO – prosinec</b>	<b>26</b>
<b>České lékárenství 1948–1989 (II.)</b>	<b>27</b>
<b>Na praxi ve francouzské lékárně</b>	<b>28</b>
<b>Co jsem poznal v litevském nemocničním komplexu</b>	<b>29</b>
<b>Z měsíční stáže v Massachusetts</b>	<b>30</b>
<b>Zkušenosti z lékárenské praxe v exotické Indonésii</b>	<b>31</b>
<b>Jak dobře vyvrátit na insomni</b>	<b>33</b>
<b>Pálava aneb At' každý den stojí za to</b>	<b>34</b>
<b>Běh pro radost a kondici (XIII.)</b>	<b>35</b>
<b>Sepsáno před 120 lety</b>	<b>36</b>

titulní strana



Obrázek na obálce:  
Václav ŠÍPOŠ

# Po sjezdu: Na co jsem se ministra nezeptal aneb Úvaha politologická

Přiznám se, že jsem letos vážně uvažoval o získání nominace delegáta na sjezd ČLnK. Říkal jsem si, že bych se ministra zdravotnictví rád zeptal na několik důležitých věcí: na to, jak jeho úřad reflektuje nedávná rozhodnutí Evropského soudu ve věci regulace lékárenství; na to, jak se staví k výrokům tohoto soudu, že nezávislý lékárník poskytuje vyšší garanci bezpečného a odborného zacházení s léčivý, že jako odborník disponuje korektivem snahy dosáhnout maximálního zisku ze své činnosti; na to, jak bude jeho úřad pracovat s rozhodnutím soudu, že národní vlády mají plnou kompetenci regulovat lékárenství jakožto součást zdravotního systému státu. Otázky se rojily jedna za druhou.



PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D.

Pak jsem si ale zvolna začal řetězit nikoliv další otázky lékárnické, ale otázky politické. Uvědomil jsem si, že ministr není ve vládě z titulu své předchozí odbornosti ředitele nemocnice a rentgenologa, ve vládě je jako reprezentant politické strany. Co potřebuje každá taková politická strana, aby pokud možno co nejčastěji vítězila ve volbách? Kvalitní politický program? Hodně členů? Důvěryhodné představitele, skutečné věrohodné osobnosti ve svém vedení? Ano, vše z toho může být v normální společnosti důležité, ale každá politická strana potřebuje především peníze, co nejvíce peněz. Potřebuje je, aby zaplatila svůj byrokratický aparát, aby zaplatila své zasloužilé členy a své vedení, a hlavně: aby zaplatila neustále se opakující volební kampaně. Čekal bych, že taková vyspělá politická strana bude klást důraz na to, aby svou každodenní činností přesvědčila co nejvíce občanů, že je v jejich zájmu dát jí hlas v dalších volbách. Od strany, jejímž představitelem ministr je, bych očekával, že se bude snažit svou praktickou činností získat zejména skupiny občanů s přirozenou autoritou ve společnosti, mezi které, možná trochu optimisticky, počítám i lékárníky. Zdálo by se mi také přirozené, že politická strana v normální demokratické společnosti bude chtít získat do svých řad co nejvíce členů, aby kromě jiného financovala svůj provoz z jejich členských příspěvků.

Co ale ve skutečnosti vidím kolem

sebe, je diametrálně odlišné od zmíněných úvah. Většina zavedených parlamentních stran nemá ve skutečnosti opravdový zájem navýšit přirozeným způsobem svou členskou základnu. TOP 09, politická strana ministra Leoše Hegra, má něco málo přes 4 000 členů a lídr současné vlády, ODS, disponuje kolem 26 000 členů. To jsou nepatrné zlomky počtu obyvatel. Pro srovnání, předválečná sociální demokracie měla kolem 190 000 členů. Došel jsem tedy k závěru, že současné politické pidistrany ve skutečnosti zvolily zcela pragmatickou strategii své další existence. Vzhledem k malému počtu členů a faktickému nezájmu zvětšit jejich množství (ostatně proč také, když získané výhody by bylo nutné rozdělovat mezi více „krků“), je optimální strategií přežít získat s vynaložením co nejmenších nákladů co nejvíce financí od státu (příspěvky za volební výsledky apod.) a „příspěvků“ od různých „dárců“. Dárci jsou v uvozovkách zcela záměrně, protože naše žitá zkušenost poskytuje bezpočet příkladů, že tyto „dary“ jsou ve skutečnosti odměnou za „spolupráci“ stran v legislativním procesu. Všimněme si, jak jsou pro každou českou stranu cenní jejich lidé, kteří umí „sehnat prachy“. Takové lidi si každá strana hýčká a odpustí jim leccjaký průšvih.

Realita posledních let jasně ukazuje, že většina politických stran v naší občansky embryonální společnosti dospěla k závěru, že je pro ně snazší a levně-

ší investovat do marketingové volební kampaně, kde své voliče narychlo získají za guláš s pivem zdarma a několik prázdných hesel ve stylu „Nikdo vám nedá tolik, kolik vám my můžeme slíbit“, než je pracně a dlouhodobě přesvědčovat skutečně odvedenou prací.

Co si z toho osobně odnáším pro naši profesní budoucnost? Myslím si, že od našich parlamentních stran nemůžeme očekávat žádnou skutečnou spolupráci pro alespoň částečné uskutečnění našich představ o standardním evropském lékárenství (regulovaná síť, jednotné doplatky, konkurence na poli odbornosti). Za jejich vstřícnost jim, na rozdíl od různých korporací, nemůžeme nabídnout nic z toho, o co skutečně stojí (naše voličské hlasy to bohužel nejsou, o tom jsem přesvědčen). Od politické reprezentace dlouhodobě požadujeme změny, změny z našeho pohledu potřebné a logické, pro prosazení takových změn je ale od politiků nutná práce a jisté úsilí. Jsou zde ale také jiní, kteří od politiků ve vztahu k našemu oboru nepožadují nic, maximálně to, aby přehlíželi porušování těch pár profesních pravidel, která nám zbyla. Prostě aby zavřeli za naším lékárenstvím dveře, zhasli, a nechali je být. V tomto kontextu pak není divu, že se vztah politických stran vůči naší profesní samosprávě pohybuje od otevřeného nepřátelství přes blazeovaný nezájem a nepochopení až po neurčitě náznaky ve stylu rčení „slibem neurazíš“. Posun v chování stran je podle mně možný jedině v kontextu celkového dospění naší občanské společnosti. Nejsem si ale jistý, v jaké kondici se této doby dočká naše pauperizovaná lékárenství.

P.S.: Čekal jsem na letošní sjezd, jestli mě vystoupení pana ministra a jeho náměstka nepřiměje změnit cokoli z obsahu mé úvahy. Jejich vystoupení se ale téměř bezezbytku neslo v duchu vysvětlování, proč nejde věci změnit. Bohužel jsem tedy nepřepsal nic.

Více o XXII. sjezdu delegátů  
ČLnK na str. 6–9

Začátkem října letošního roku vyšla pod titulem *Magistraliter receptura* ve stomatologii v pořadí druhá rozsáhlá publikace zabývající se *magistraliter* přípravou. V případě této publikace se jedná o užitečnou příručku určenou praktickým zubním lékařům, lékárníkům a farmaceutickým asistentům.

Cenné informace v ní však naleznou rovněž praktičtí lékaři, dále lékaři styčných oborů (zejména ORL); příjemným doplněním poznatků a možnou inspirací by mohla být také pro kožní lékaře. Jako dobrá pomůcka poslouží i posluchačům

## V říjnu 2012 vyšla užitečná příručka



lékařských a farmaceutických fakult, studentům vyšších odborných škol zdravotnických oborů farmaceutický asistent, a případně lékařům a farmaceutům, kteří se připravují na atestaci.

Kniha o 343 stranách je vypravena v pevné vazbě. Rozdělena je do dvanácti odborných kapitol, po nichž následují rejstříky, přehled literatury a barevná obrazová příloha. Vydavatelem publikace *Magistraliter receptura* ve stomatologii je Česká stomatologická komora v nakladatelství Havlíček Brain Team. Publikace není dostupná v rámci běžné distribuční sítě.

Podrobnosti o knize a o způsobu, jakým ji lze objednat, najdete na stránkách [www.magistraliter.cz](http://www.magistraliter.cz).

Mgr. Kateřina Horáková

## ZEPTALI JSME SE

... jednoho z účastníků XXII. sjezdu delegátů České lékařnické komory na jeho dojmy z diskuze s představiteli ministerstva zdravotnictví a dalšími hosty.



**PharmDr. Bc. ONDŘEJ DEDÍK**  
delegát za OSL Šumperk a Jeseník

Diskuze na XXII. sjezdu delegátů ČLnK v sobotu 3. listopadu s panem ministrem Hegrem, jeho náměstkem Noskem, ředitelem VZP a ředitelem SÚKL pro mne byla tak trochu rozčarováním. V oboru pracuji něco málo přes tři roky. Ekonomická krize v roce 2008 a následné snižování cen a úhrad léčivých prostředků zasadily lékárenství velkou ránu. Přesto jsem doufal v lepší zítřek, ale po XXII. sjezdu delegátů ČLnK jsem plný skepse.

Po vystoupeních pana ministra a ostatních hostů nastala diskuze. Delegáti byli zprvu bez otázek. K oživení došlo až po dotazu členky představenstva ČLnK. Kolegyně použila jako příklad svou prezentaci, kde jasně uvedla, že náklady zdravotních pojišťoven za léky vydávané na recept od roku 2006 stagnují, ale ostatní náklady rostou (např. ZULP, náklady za lůžková zdravotnická zařízení). Následně vznesla dotaz, proč ministerstvo stále hledá úspory ve snižování úhrad za léky vydávané na recept, když i její jedenáctiletá dcera si dokáže spočítat, že dvě procenta z 16 % (z grafu ve výše zmíněné prezentaci odpovídalo Rx úhradám od zdravotních pojišťoven) jsou méně než jedno procento z 51 % (náklady za lůžková zdravotnická zařízení). Po dotazu reagoval celý sál spontánním potleskem a na pana ministrovi bylo vidět, že kolegyně „píchla do vosího hnízda“. Obratem odvětil, že lékárny jsou byznys, zatímco nemocnice poskytují zdravotní péči, kterou bude ministerstvo podporovat. Proto, pokud bude třeba najít další prostor pro úspory, vidí jej ministerstvo v oblasti léků vydávaných na recept. Dále uvedl s odkazem na konferenci, které se účastnil, že lékárny v podstatě zprostředkovávají transfer krabíčky od výrobce k pacientovi. Tehdy jsem si uvědomil, že můžeme být vůbec rádi, že nám je ten transfer zatím umožněno dělat.

Dalším šokem pro mne bylo jemně arogantní vystoupení ředitele VZP. Jeden z našich kolegů položil dotaz s odkazem na vystoupení ředitele SÚKL, že žádá z inspekci tohoto ústavu loni v lékárnách neodhalila pochybení v cenotvorbě a ptal se, jestli proto bude možné ukončit neoprávněné snižování úhrad VZP. Ředitel VZP sice přislíbil další jednání o neoprávněném snižování úhrad, ale již jen z tónu jeho hlasu mohli účastníci sjezdu usoudit, že se bude jen formálně vyjednávat. Na dotaz ohledně zpoždujících se faktur odpověděl, že se faktury budou zpoždovat i nadále, protože VZP nemá peníze, ale že se není čemu divit, protože odvody zaměstnavatelů jsou odváděny uprostřed měsíce. Další kolegyně se proto pana ředitele dotázala, jestli si tedy může odvody za své zaměstnance odečíst od své pohledávky vůči VZP. Obratem jí bylo sděleno, ať to ani nezkouší.

Dále se rozvinula debata na téma konzultačních a jiných činností v lékárnách. Všichni pozvaní hosté vyjádřili v tomto ohledu lékárníkům plnou podporu a obdiv – až na to finanční ohodnocení, se kterým v této době rozhodně nemáme počítat. Na odkaz viceprezidenta ČLnK, kolik finančních prostředků bylo ušetřeno ve Finsku převedením preventivní péče na lékárníky, promptně zareagoval ředitel VZP replikou, že závěry podobných statistik mu připomínají scénu z filmu Černí baroni: „Vojín Kefalín plní na 130 procent.“ Na závěr celé rozpravy vystoupil ministr Heger a pochválil diskuzi s tím, že právě takové – cituji – „diskuze na hranici kriminality“ má rád, protože jen ony dokážou něco vyřešit.

# Zpráva z XXII. sjezdu delegátů ČLnK, který se uskutečnil 2. a 3. 11. 2012 v Benešově

Během nedávného sjezdu delegátů ČLnK připomínal jednací sál fakultní posluchárnu během chřipkové epidemie. Tak málo delegátů (68) jako letos ještě nikdy nepřijelo. Své delegáty ne zvolily ani okresy v minulosti považované za skalní, jejichž zástupci dříve nejen jezdili, ale aktivně vystupovali v diskuzi a významně ovlivňovali konečnou podobu sjezdového usnesení.

Jaroslava Hořanská

Potvrdil to ostatně na samém počátku jednání prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba slovy, že se podařilo pokořit hranici nejnižšího počtu delegátů ve dvaadvacetileté historii lékárnické komory, zatímco loni tomu bylo naopak. Zamyslel se i nad možnými příčinami tohoto jevu: „Nezájem o komorové dění s „podporou“ povinného členství? Přemíra povinností a zájmů, nebo naopak „klid a slunce v duši“ při pohledu na výsledky práce zvolených funkcionářů naší samosprávy?“ Delegáti spolu s čestnými hosty prof. RNDr. Jaroslavem Květinou, DrSc., a děkanem FaF UK prof. PharmDr. Alexandrem Hrabálkem, CSc., dále vyslechli, že s nízkou účastí se dlouhodobě potýkají největší okresní sdružení, a nejde o jev nahodilý. Vždyť například jen Praha, registrující téměř sedminu všech členů komory, je ve své činnosti paralyzována již řadu let. A nepomohla ani její parcelace na desetiny. Pokus o obnovu činnosti pražských OSL proběhl přitom ve všech jeho nově ustanovených částech, v některých dokonce opakovaně. Dále L. Chudoba uvedl: „Nejsme privátní firma ani státní instituce, a v komorové hierarchii nemáme klasické podřízené či nadřízené. Přesto se od nás očekává, že budeme důstojnými partnery, nebo v případě nutnosti nemilosrdnými protivníky, personálně nesrovnatelně lépe vybavených a finančně zajištěných společností. I v tom je určitý půvab, který myslím může oslovit.“

Sjezd byl prohlášen za usnášeníschopný.



Úvodní projev na XXII. sjezdu delegátů ČLnK přednesl prezident komory PharmDr. Lubomír Chudoba.

V netradičně stručném projevu prezidenta komory k delegátům mj. zaznělo:

„V rámci programu sjezdu vám členové představenstva, revizní komise a čestné rady okomentují vybraná témata, předloží výsledky svého snažení, seznámí vás s návrhy změn a s očekávaným výhledem. Je zřejmé, že hodnota „dnešní předpovědi“ je svým způsobem omezena neutuchající bitkou tuzemských politiků o převzetí kormidla moci. Bohužel v takové době ale žijeme, své jisté nemá nikdo. Nejen zdra-

voťnická, ale i další profese jsou v současné ekonomické nouzi bičovány z různých stran. Říká se, že *co tě nezabije, to tě posílí*. Doufám ale, že do tak extrémní pozice se nedostaneme. Více než před lety jsem dnes přesvědčen, že jako lékárníci jsme v rámci systému zdravotní péče nenahraditelní. A že lékárny, jako zdravotnická zařízení první linie, vždy snáze a levněji dostupné než ordinace lékaře, mají před sebou budoucnost. O tom svědčí i ohromné investice nadnárodních firem. V zájmu rozvoje profese je ale z tohoto pohledu nutné udělat maximum i pro to, abychom své povolání mohli vykonávat svobodně a odborně podle našich představ, abychom také mimo jiné udrželi pozice vlastníků lékáren v dostatečném množství. Nerezignujme prosím a nepodléhejme pověstné blbě náladě.“

Poté delegáti vyslechli informace Mgr. MUDr. Jaroslava Maršíka a PharmDr. Stanislava Havlíčka o plnění usnesení z minulého sjezdu.

## Návrh koncepce veřejného lékárenství

Viceprezident ČLnK PharmDr. Stanislav Havlíček pak hovořil nejen o prioritách a vlastní tvorbě připravované koncepce veřejného lékárenství, ale také o jejím smyslu, cíli a úskalích její realizace. Česká republika není ostrovem uprostřed Evropy a Evropské unie a ve všech oblastech, lékárenství nevy-





jímaje, musí vycházet z evropského kontextu; alespoň dokud přetrvává zájem udržet integrační proces při životě. A právě s ohledem na evropskou integraci a s vědomím toho, že nejničivější liberalizační trendy přinesly do sjednocené Evropy právě nově přistoupivší země bývalého východního bloku, se představenstvo ČLnK rozhodlo využít pro koncepci připravovaný materiál PGEU, tzv. Blueprint pro veřejné lékárenství v EU.

Už na samém začátku se ukázalo, že naplnění usnesení XXI. sjezdu a plné zapojení všech subjektů lékárenství a farmacie a následná společná tvorba koncepce lékárenství a farmacie v ČR, jsou pro přímý antagonismus zájmů jednotlivých subjektů přinejmenším velmi složité.

Shoda v představenstvu panovala i nad tím, že není vhodné svolávat jakékoliv subjekty k jednacímu stolu, dokud sama komora nebude mít ucelený návrh koncepce. Ustanovená pracovní skupina představenstva ČLnK „pro koncepci“ v průběhu roku zpracovala Návrh koncepce veřejného lékárenství, který byl zhruba v polovině října předložen členům komory prostřednictvím webových stránek [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz). Materiál je kompromisním kompilátem snahy o maximálně ideální charakter poskytování lékárenské péče prostřednictvím lékáren vlastněných výhradně lékárníky a reálnými možnostmi, které současně

mu a budoucímu lékárenství nabízí superliberalizované prostředí v českém i evropském kontextu.

Skrytým a neprezentovaným cílem navrhované koncepce je mj. také její přenesení do celkové koncepce zdravotnictví, kterou občasně předkládá ministerstvo zdravotnictví. Zatím poslední publikovaný *Návrh koncepce zdravotnictví* ministerstva zdravotnictví z roku 2002 totiž obsahuje slovo lékárna na 143 stranách pouze jednou a slovo lékárník asi třikrát, a to pouze v příloze Léková politika. Ve všech případech v kontextu snižování nákladů na léky.

Lékárníci ale umí a mají na víc. Je na čase o tom nejenom přesvědčovat, je na čase také to dokázat; sami sobě, a rovněž všem ostatním.

### Zprávy o činnosti

Následně zazněly zprávy:

- o činnosti pracovní skupiny doporučených postupů (jsou připravovány tak, aby lékárníci měli při konzultační činnosti k dispozici vhodné materiály, je snaha, aby je vždy zpracovávali lékárníci, recenzenty jsou lékaři);

- o činnosti pracovní skupiny pro celoživotní vzdělávání (za rok došlo na Českou lékárnickou komoru 622 žádostí externích subjektů, dvanáct žádostí zamítnuto, v režii komory letos 133 akcí – proškolených účastníků na nich je téměř tisíc);

- o činnosti pracovní skupiny web – otázky a odpovědi (nový způsob odesílání dotazů);

- o mediálních aktivitách (cílem pro rok 2012 byl rozvoj stávajících a příprava nových projektů, prezentace odborné činnosti lékárníka, udržení vysoké pozitivní citovanosti apod., momentálně se uvažuje o vhodném tématu Dne lékáren pro příští rok);

- o projektu Lékárnice jsou také maminky (54 členek + 50 lékáren, což je 110% nárůst od června loňského roku);

- o činnosti delegáta ČLnK při PGEU (směrnice k přeshraniční péči, poziční dokument Role lékárníka v oblasti samoléčení, doplnění PGEU databáze atd.);

- o činnosti revizní komise (řešila mj. podněty z licenční komise, stížnosti pacientů a klientů lékáren, pozdní podání přihlášek do ČLnK);

- o činnosti čestné rady (projednávalo 55 pochybení, mezi která patří např. výkon povolání bez členství v komoře, provoz lékárny bez platného osvědčení, tzv. batůžkaření, lékárna otevřena bez ustanovení odborného zástupce, nezákonný prodej přípravků s pseudoefedrinem aj.).

Následovala diskuze, v níž mj. zazněl požadavek probrat koncepci rozvoje

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

veřejného lékárenství, dále návrh inspirovat se v zahraničí pro definici ústavní lékárny. Další delegát sdělil, že lékárníci nechtějí akceptovat vývoj lékárenství tak, jak se prozatím odehrával. Dochází k určitým shodám a určitým neshodám, větší rozdíl je v rámci nemocniční lékárny v okresním městě a nemocniční lékárny fakultní nemocnice než např. veřejnou a nemocniční v rámci okresního města.

Diskutovalo se rovněž k návrhům změn řádů ČLnK.

**Hosté nepřekvapili ani moc nepotěšili**

Nedělní jednání zahájila zpráva o výsledcích hospodaření ČLnK za rok 2011 a dílčí zpráva o výsledcích hospodaření za rok 2012. V reakci na to zástupce jednoho OSL navrhol snížení členských poplatků, další delegát ocenil, že hospodaření komory je odpovědné a rozpočet sestaven dobře.

Na dotaz, jaké jsou povinnosti odborného zástupce ve směru k lékárně, pokud bude třeba odborným zástupcem pro celý kraj, odpověděl Mgr. MUDr. Maršík, že povinnosti jsou stejné jako dosud, ovšem s tím rozdílem, že odborný zástupce může mít na starosti několik i několik desítek lékáren, jeho povinnosti se tedy významně kvantitativně rozšíří. U velkých provozovatelů přibyla povinnost standardizovat procesy. Podle zákona kterýkoliv odborný zástupce kteréhokoliv provozovatele nese odpovědnost za celý provoz.



Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.



Obsáhlá vystoupení plejády významných hostů odstartoval ministr zdravotnictví.

I tentokrát delegáty zajímalo, zda představenstvo komory pokračuje v aktivitách ohledně postihu tzv. batůžkářů. „Podařilo se shromáždit určité podněty, ale jejich řešení není jednoduché. Jsme zcela závislí na ochotě pacienta i nadále trvat na tom, že léčivý přípravek dostal v ordinaci,“ vysvětloval Jaroslav Maršík.



Vedle schválení rozpočtu komory a změn řádů ČLnK patřila k hlavním bodům sjezdu diskuze s pozvanými hosty, kteří tentokrát přijeli v silné sestavě: ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., jeho náměstek ing. Petr Nosek, ředitel VZP MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA, ředitel SÚKL MUDr. Pavel Březovský, MBA, zástupce Svazu zdravotních pojišťoven MUDr. Pavel Frňka a děkan FaF UK prof. dr. Alexandr Hrabálek, CSc.

Po některých obsáhlých i kratších vystoupeních mohl nestranný pozorovatel konstatovat, že delegáti neslyšeli nic převratně nového. Například ministr i před lékárníky zmínil opatření, která označil jako mimořádná, tedy že bude už podruhé navrhopvat zpoplatnění amalgámových plomb a návrh na diferenciaci výběru pojistného mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

Na názor jedné delegátky, že se prodlužují doby splatnosti VZP, reagoval ředitel této pojišťovny nijak překvapující informací, že systém je od roku 2009 deficitní, prozatím platili z rezerv, snížili počet zaměstnanců, prodávají budovy apod., přesto bude VZP platit i nadále se zpožděním.

Z řad lékárníků zazněl návrh začít konečně řešit batůžkaření, aby padlo jednoznačné rozhodnutí, že je to špatně a že lékárníci chtějí s touto formou korupce skoncovat. Ředitel VZP Pavel Horák vcelku logicky konstatoval, že za každým batohem lékaře je lékárník,

**Jaký byl XXII. sjezd?**

(Vybráno z neformálních hodnocení)

- *Kdyby se za ty peníze uspořádal večírek pro ty, kteří se o komoru ještě trochu zajímají, bylo by to méně únavné, veselejší, diskuze plodnější, a zbylo by i na lepší víno.*
- *To zas budou řeči, že jsme tu nic neprojednali. Nejvíc budou kritizovat jako vždycky ti, kteří nepřijdou ani jednou ročně na shromáždění svého okresního sdružení.*
- *Lidi dneska nic nezajímá. A ti, co se zajímají, toho moc nezmůžou. Pohodlnější je nadávat než dělat pro ostatní, potažmo pro sebe.*
- *Přijelo nás málo? Dobře nám tak. Za pár let může být, že už žádný sjezd nebude a s námi se taky nikdo bavit nebude.*
- *Nebylo to špatné. Delegátů málo, ale i druhý den ráno byli skoro všichni v sále včas. Přijelo hodně mladých, a těm je třeba věřit. Ti na rozdíl od nás okoralých věkem a rachotou v lékárně vědí, že nikdo jiný než oni sami se o jejich budoucnost nepostará.*

a že pokud lékárníci předloží návrh na spolupráci, jak tuto nekalou činnost redukovat, nebudou mít většího příznivce než je pojišťovna.

Hovořilo se také o tom, že zejména malé lékárny jsou teď ekonomicky na hraně, počítá se však ještě s dalšími propady. Jestliže jsou od lékárníků očekávána odborná řešení, je třeba řešit i síť a odměňování lékáren.

Z role vždy ledově klidného politika se tentokrát Leoš Heger nechal řádně vyvést dotazem z pléna, proč je od roku 2004 absolutní hodnota plateb za recepty téměř stejná, kdežto ostatní segmenty neustále narůstají, např. na ústavní péči se vynakládá 50 procent,



MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA

za léky 16 procent. „Buďto budeme kultivovat zdravotnictví, nebo byznys ve zdravotnictví,“ reagoval. „Lékárenství je segment, který je stoprocentně privatizován. Není možné, aby se míchaly přístupy k trhu a k byznysově orientovanému segmentu. Jestliže vy máte jakoukoliv poskytovatelnost služeb, je k ní přistupováno jinak než k nemocnici veřejné.“

Z pléna: „Z ekonomického hlediska máme regulované výstupy, ale nemáme vůbec regulované vstupy, což je špatně. Nemáme zajištěny základní existenční podmínky, ale jinak nám stát reguluje naprosto všechno.“

Obecně je možné konstatovat, že také tentokrát probíhala diskuze na lékárnickém sjezdu vcelku smířlivě. O den později totiž lékaři na sjezdu České lékařské komory vyzvali ministra, aby zvážil odstoupení ze své funkce.

**Fotografie: Vladimír VRBOVSKÝ**

## USNESENÍ XXII. SJEZDU DELEGÁTŮ ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY KONANÉHO VE DNECH 2.–3. 11. 2012 V BENEŠOVĚ

### Sjezd bere na vědomí:

- zprávy mandátové komise z 2. a 3. 11. 2012
- zprávy o činnosti představenstva ČLnK, revizní komise, čestné rady, zprávu o kontrolní činnosti, zprávu o hospodaření za rok 2011 a zprávu o hospodaření k 30. 9. 2012
- zprávy o plnění usnesení XXI. sjezdu ČLnK
- výrok auditora k účetní závěrce roku 2011

### Sjezd schvaluje:

- účetní závěrku k 31. 12. 2011
- převedení výsledku hospodaření vykázaného k 31. 12. 2011 ve výši 3 214 506 Kč do nerozděleného zisku
- hospodaření se sociálním fondem za rok 2011
- návrh rozpočtu na rok 2013 (s rozpočtovanými výnosy i náklady ve výši 23,4 mil. Kč)
- změny řádů (Licenční řád, Organizační řád, Jednací řád, Disciplinární řád, Finanční řád, Řád vědecké rady, Etický kodex, Kontrolní řád, Řád pro označování lékáren).

### Sjezd ukládá:

#### Představenstvu ČLnK

- aby na příští sjezd připravilo návrhy změn volebního řádu, a to ve variantě se zachováním principu nadpoloviční účasti na volbách z celkového počtu členů OSL, nebo ve variantě, která umožní provedení platných voleb i za účasti menšího než polovičního počtu členů OSL
- aby připravilo změny Řádu pro celoživotní vzdělávání, které zajistí vymahatelnost plnění kontinuálního vzdělávání od následujícího tříletého cyklu (předkladatel Havlíček – OSL Hodonín)
- podporovat ve věci personálního obsazení Odloučeného oddělení pro výdej léčiv současně platný právní stav (zákon 95/2004 Sb.), tj. aby v OOVL mohl i nadále pracovat odborně způsobilý farmaceut (předkladatel Krpálek – OSL Mělník)
- navrhnout vzdělávací program oboru lékárenství tak, aby byl systém specializačního vzdělávání v souladu s praxí tak, aby motivoval absolventy k tomuto vzdělávání a specializacím (předkladatel Bažant – OSL Česká Lípa).

#### Delegátům sjezdu

- aby informovali členy jednotlivých OSL o závěrech sjezdu.



# Putování marihuany parlamentem

## (Konopí za 2 až 10 let, 2 až 10 let za konopí)

Od začátku října řeší senát Krajského soudu v Hradci Králové případ pětice pěstitelů konopí. Podle ustanovení § 283 trestního zákoníku jim za nedovolenou výrobu a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy hrozí až 2 až 10 let odnětí svobody. Za 2 až 10 let se v konopné oblasti může odehrát spousta věcí. Za 2 až 10 let můžeme mít v České republice první legálně vypěstované léčebné konopí, za 2 až 10 let můžeme mít tisíce pacientů, kteří je budou užívat. Měsíčně za ně každý z pacientů (nebo jeho pojišťovna) zaplatí 2 až 10 tisíc korun.



PharmDr. Stanislav Havlíček, viceprezident ČLnK

České parlamentní putování marihuany – od konopí ke konopí k léčebným účelům – už trvá více než desetiletí. První seminář na téma konopí hostila Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR už v červnu roku 2001, tenkrát ještě bez výraznějšího zájmu poslanců. Kromě iniciátorů semináře, Lucie Talmanové a Františka Pejřila, se ho totiž žádný z poslanců neúčastnil. To se projevilo při hlasování o návrhu na zmírnění „Severova“ protidrogového zákona z roku 1998. Návrh poslance Pejřila byl v prosinci 2001 zamítnut hned v prvním čtení.

O 9 let později, v dubnu 2010, proběhl v poslanecké sněmovně další seminář, tentokrát pod záštitou poslance Ivana Langra. Hlavním hostem semináře byl objevitel tzv. vnitřního štěstí, endokannabinoidů, profesor Hebrejské univerzity v Jeruzalémě, Lumír Hanuš.

Přestože sdělení prof. Hanuše našlo silnou mediální odezvu, tu politickou o rok zbrzdily předčasné volby. Na jaře 2011 se začíná připravovat petice za léčebné konopí, která prakticky ihned při zveřejnění (15. 8. 2011) získala silnou poslaneckou podporu napříč politickým spektrem. Následuje další seminář ve sněmovně a parlamentněvládní expertní skupina začíná připravovat návrh novely zákona.

V září 2012, to už je návrh novely zákona pro legalizaci konopí pro léčebné účely ve druhém čtení v poslanecké sněmovně, probíhá ve spolupráci s Velvyslanectvím státu Izrael, Velvyslanectvím ČR v Izraeli a Česko–izrael-

skou smíšenou obchodní komorou další seminář, tentokrát v Senátu Parlamentu ČR pod záštitou senátorky Daniely Filipiové. Kromě zástupců z parlamentů, ministerstev zdravotnictví a regulačních autorit obou zemí na semináři vystoupil také zástupce samotných izraelských pěstitelů a zpracovatelů konopí.

Konopí se v Izraeli legálně používá pro léčebné účely od roku 1999. V počátku se konopím léčilo zhruba 10 pacientů. Teprve po několika letech začal jejich počet narůstat, v roce 2010 uvedl profesor Hanuš k počtu pacientů číslo 2 300. V současnosti už je to více než 11 000 pacientů a předpokládá se, že jich nakonec bude bezmála 50 000. Od roku 2000 vzrostl také počet pěstitelů, byla stanovena cena za gram a maximální měsíční spotřeba pro jednoho pacienta ve výši 50 g

Jestliže bylo hlavní myšlenkou semináře v roce 2010 odebrat pěstování konopí marihuanové stigma a představit jeho léčebné možnosti veřejnosti, a dlužno podotknout, že dotčená česká veřejnost, tedy pacienti trpící roztroušenou sklerózou, parkinsonismem, artritidou a dalšími nemocemi, už měla s léčebnými účinky konopí sice ne úplně legální, ale více než patnáctileté zkušenosti, hlavním cílem toho zatím posledního semináře v senátu bylo sdílet izraelské zkušenosti a alespoň nastínit řešení, kterým bude po případném schválení návrhu novely zákona realizováno pěstování konopí v ČR, případně jeho dovoz.

### Šekel, euro, koruna?

Mezi prvním a posledním seminářem na půdě parlamentu uplynulo 11 let, 3 měsíce a 10 dní. Za tu dobu navštívilo množství zodpovědných Izrael a někteří z nich a jiní další zase Nizozemí. Neumím porovnat nizozemský a izraelský systém jenom na základě informací ze seminářů, ale pochopil jsem, že zatímco odborná veřejnost a selský rozum se spíše kloní k variantě „Izrael – 1 gram za 8 šekelů“, Ministerstvo zdravotnictví ČR, potažmo SÚKL – jako zákonem navrhovaná regulační konopná agentura, preferuje spíše variantu „Nizozemí – 8 eur za gram“.

Pětinašobný rozdíl v ceně je způsoben především odlišným přístupem Nizozemí, kde byl zvolen monopolní způsob pěstování i distribuce a systém navíc obsahuje také některé nadstandardní zpracovatelské prvky, jakým je například ošetření produktu zářením gama. Podle vyjádření zástupce regulátora (SÚKL) mají být do českého prostředí přeneseny spíše některé z holandských postupů, včetně již zmíněné sterilizace gama zářením, a to i přes to, že experimentální práce SÚKL a farmaceutické fakulty už v osmdesátých letech prokázaly, že působení gama záření ovlivňuje obsahové látky v rostlinných drogách. Navíc je v České republice pro případnou sterilizaci konopné sklizně použitelný pravděpodobně pouze jeden zářič a tak bude monopolizace „po česku“ vícevrstevná a rozhodně nepovede k osmi korunám za gram. Obávám se, že při takto „velkorysém“ nastavování procesů je i holandských 8 eur pouhou zálohou budoucí české ceny.

### Co na to pacienti?

Žádného potenciálního pacienta osobně neznám a kromě motivačních spotů na internetu jsem žádnou konkrétní reakci nezaznamenal. Ovšem zájmová pacientská sdružení potenciál konopí potvrzují a legalizaci více než fandí, přestože by si radši svoje „kytky“ pěstovali legálně sami. Takový požadavek je ovšem v rozporu s mezinárodními úmluvami, které Československo

ratifikovalo v letech 1961, 1971 a 1988, proto berou potenciální pacienti „zavděk“ alespoň navrhovanou legislativní úpravou. Na otázku, kolik pacientů léčených konopím nakonec v České republice bude, zatím neexistuje validní odpověď.

Vydeme-li z předpokladu srovnatelného demografického rozložení pacientů v téměř osmimiliónové izraelské a desetimilionové české populaci, dojdeme prostou trojčlenkou ke 14 000 pacientům u nás ve střednědobém horizontu. Jen shodou okolností je v České republice zhruba 14 000 pacientů s roztroušenou sklerózou. V dlouhodobém horizontu by mohlo v České republice užívat léčebné konopí zhruba 60 000 pacientů trpících nejenom roztroušenou sklerózou, ale také parkinsonismem, artritidou a řadou dalších onemocnění.

Současná roční spotřeba konopí v Izraeli je zhruba 6,6 tuny. Odhadovanému počtu našich pacientů by odpovídala spotřeba 8,4 tuny konopí ročně, což ovšem vůbec nekoresponduje s množstvím, které český regulátor (SÚKL) odhaduje na 50, maximálně 70 kg ročně. Určujícím faktorem spotřeby (a potřeby) tedy není pouze počet pacientů, ale také cena produktu. Zatímco izraelský pacient zaplatí za maximální měsíční dávku 50 g konopí v přepočtu 2 000 korun, holandského pacienta stojí srovnatelná dávka v přepočtu 10 000 korun. Návrh novely počítá v prvním období (1 až 2 roky) s dovozem suroviny. Za předpokladu, že budou náklady na dovoz a distribuci odpovídat rozdílu maloobchodní a velkoobchodní ceny v zemi původu, zaplatí český pacient za měsíční terapii 2 až 10 tisíc korun.

Porovnáním odhadované potřeby (8,4 t) a odhadované spotřeby (70 kg) se nabízí otázka, jak zajistit léčbu konopím pro 91 % pacientů, kteří si platbu ve výši 2 až 10 tisíc korun měsíčně nemohou dovolit. Z tohoto pohledu je vcelku pochopitelná snaha o zajištění úhrady konopí ze zdravotního pojištění. Vzhledem k celkové výši částky (338 milionů až 1,6 miliardy) je docela pochopitelná také snaha ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven úhradu konopí nepřipustit.

### Kouření, nebo inhalace?

Zástupce SÚKL ve své prezentaci na semináři uvedl, že způsobem použití léčebného konopí rozhodně nebude kouření. Pro užívání konopí nabízí dvě

možnosti: inhalaci, případně nálev (bylinný čaj). Pominu-li fakt, že kouření je jednou z forem inhalace (kouře), je nemožné kontrolovat pacienty, zda si z léčebného konopí balí jointy, nebo jestli investovali zhruba 5 tisíc korun do koupě speciálního vaporizéru. Pokud by SÚKL pro vyšší bezpečnost pacientů navíc požadoval, aby byl vaporizér pro inhalaci léčebného konopí registrovaným zdravotnickým prostředkem, mohla by být jeho cena ještě mnohem vyšší.

V případě užívání léčebného konopí ve formě vodného nálevu je, vzhledem k nerozpustnosti tetrahydrocannabinolu

Pominu-li fakt, že kouření je jednou z forem inhalace (kouře), je nemožné kontrolovat pacienty, zda si z léčebného konopí balí jointy, nebo jestli investovali zhruba 5 tisíc korun do koupě speciálního vaporizéru. Pokud by SÚKL pro vyšší bezpečnost pacientů navíc požadoval, aby byl vaporizér pro inhalaci léčebného konopí registrovaným zdravotnickým prostředkem, mohla by být jeho cena ještě mnohem vyšší.

(THC) ve vodě, výrazně oslaben psychoaktivní účinek konopí, a proto je použití léčebného konopí (s vysokým obsahem THC) tímto způsobem kontraproduktivní. Nekouřícím pacientům lze (znovu odlišně s návrhem regulátora) místo čaje doporučit léty ověřenou indickou metodu, již je rozpouštění THC z konopí v teplém mléce (nápoj bhang).

### Konopí a dermatologie

Velmi často zaznívají na podporu léčebného konopí argumenty dermatologické. „Z léčebného konopí bude možno užívat také přípravky určené pro terapii akutních i chronických zánětlivých onemocnění kůže.“ Přestože je snaha různých prodejců konopných přípravků a konopné kosmetiky svést se na vlně zájmu o léčebné konopí vcelku pochopitelná, jsou uváděné dermatologické argumenty zcela mylné a nesvědčí o dobré informovanosti těch poslanců a senátorů, kteří tímto a podobnými tvrzeními podporují zavedení léčebného konopí do legislativy.

Zásadní rozdíl je totiž v surovině. Zatímco pro „léčebné konopí“, tak jak je chápáno návrhem zákona, je výchozí surovinou konopí indické (*Cannabis indica*, *Cannabaceae*) s vysokým obsahem THC, kvůli kterému se přijímají všechna kontrolní opatření, pro konopné dermatologické přípravky je výchozí surovinou konopný olej s vysokým obsahem cannabidiolu (CBD) ze semen konopí setého (*Cannabis sativa*, *Cannabaceae*), pro které se dlouhodobě používá synonymum technické konopí.

Konopný olej je jako surovina pro farmaceutickou výrobu už několik let uveden v Českém lékopisu. Léčebné užití konopných přípravků v dermatologii je tedy legální už dnes a problematickým se jeví pouze pokles produkce technického konopí; vzhledem k nedostatku zpracovatelských kapacit totiž trvale klesá rozloha konopím oseté plochy.

Je dostatečně prokázáno, že terapeutický potenciál konopí existuje. Zatímco CBD už si cestu ke svým pacientům našel a dermatologické přípravky z konopného oleje je možné vyrábět průmyslově i individuálně v lékárnách už dnes, cesta THC do lékáren je teprve na počátku. K tomu, aby bylo možné vydávat v lékárnách léčebné konopí, totiž nestačí pouze přijmout zákon, léčebné konopí se musí, stejně jako konopný olej, dostat buď do Českého lékopisu, nebo alespoň do přílohy vyhlášky (současná vyhláška č. 85/2008 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek). Pak teprve budou lékárníci v lékárnách, na základě lékařského předpisu, zmocnění legálně připravovat a vydávat pacientům přesné dávky léčebného konopí k inhalaci (!). Úkolem odborných společností je ve spolupráci s pojišťovnami zvolit diagnózy, pro které by terapie léčebným konopím měla být hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, případně stanovit únosnou výši spoluúčasti (doplatku) všech potenciálních pacientů. To s sebou samozřejmě nese tlak na „konopnou agenturu“, aby byly procesy pěstování, zpracování a distribuce maximálně efektivní a výsledná cena co nejnižší (8 korun za gram?). Jinak totiž bude, přes veškerou ochotu a připravenost lékárníků, legislativní snaha zákonodárců pouze proklamací bez praktického dopadu na většinu potenciálních pacientů, kteří si 2 až 10 tisíc měsíčně prostě nemohou dovolit.

## Projekt sběru a dalšího využití INHALÁTORŮ

Na začátku roku 2013 bude v České republice zahájen projekt **Vdechněte nový život do svých starých inhalátorů**, jehož cílem je recyklace použitých inhalátorů a jejich další využití.

Spotřebované a proexspirované inhalátory představují velké množství odpadů, které často končí na skládkách nebo ve spalovnách. V ČR se ročně distribuují více než 3 miliony kusů, což po vypotřebování znamená 135 tun odpadů. Dlouhodobým cílem projektu je iniciovat výjimku z povinného spalování léčivých přípravků pro inhalátory a materiály z nich dále využít.

Obdobný projekt byl úspěšně realizován ve Velké Británii, Francii, Španělsku a USA. Ukázalo se, že je možné materiály z inhalátorů recyklovat. Ekologické uvědomění našich občanů je veliké, v třídění odpadů jsme na špičce EU. Proto byla také Česká republika vybrána jako další vhodná země pro realizaci tohoto projektu.

Má dvě části. V první fázi (měla by trvat zhruba šest měsíců) je hlavním cílem zjistit, jak velké množství inhalátorů pacienti vracejí do lékárny jako nepoužitelná léčiva, zvýšit návratnost inhalátorů a zvýšit povědomí pacientů o tom, že prázdné inhalátory nemají vyhazovat do směsného odpadu. V druhé fázi bude hlavním cílem inhalátory nejen sbírat, ale dále zpracovávat a recyklovat.

■ **Pilotní projekt – pacienti:** Pacient bude v lékárně informován o projektu, a pokud bude mít zájem, obdrží spolu s léky letáček a speciální sáček, do kterého bude sbírat použité inhalátory. Sáček pak odevzdá zpátky do lékárny odděleně od ostatních nepoužitelných léků.

■ **Pilotní projekt – lékárny:** Lékárny zapojené do projektu obdrží potřebné materiály. Při výdeji budou lékárníci pacienty informovat o projektu a předají jim materiály. Nebude se rozlišovat, od kterého výrobce vydávaný inhalátor pochází. Následně v lékárně od pacienta převezmou sáček s prázdnými inhalátory, zaznamenají, kolik inhalátorů bylo vráceno a i se sáčkem je nechají zlikvidovat společně s ostatními nepoužitelnými léky.

## OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v říjnu 2012

### Zrušená osvědčení

- 261/1995 Mgr. Jiřina Neštická, Jihomoravské nám. 1, Brno  
33/2000 Mgr. Věra Uřešová, Zahradnická 72, Příbram  
303/2003 PharmDr. František Muzikant, Masarykovo nám. 65, Konice  
198/2005 Mgr. Jarmila Škrabalová, Dolany 417, Dolany  
244/2008 PharmDr. Michal Pavlík, Masarykova 37, Brno  
112/2009 PharmDr. Kamila Krsíčková, Polská 1308, Ústí nad Orlicí  
41/2010 PharmDr. Zdeňka Kojanová, Pod Nemocnicí 871, Klatovy  
173/2010 Mgr. Michal Veselovský, Hodolanská 6, Olomouc  
278/2010 PharmDr. Ivana Mašková, Pavlovova 1626/67, Ostrava-Zábřeh  
260/2011 Mgr. Jan Vyoral, Pernštejnské nám. 110, Hranice  
296/2011 Mgr. Jolana Peřinová, Sokolská 49, Ostrava  
225/2012 Mgr. Bohuslava Šimková, Radčická 2, Plzeň  
318/2002 PharmDr. Eva Švimborská, Lidická 930, Vlašim  
343/2005 PharmDr. Jana Honzalová, nám. J. M. Marků 119, Lanškroun  
106/2005 Mgr. Antonín Sucharda, Horská 647, Trutnov  
211/2012 Mgr. Radoslav Kočíš, Velebudická 3270, Most

### Vydaná osvědčení

- 265/2012 Mgr. Hana Čermínová, Dr. Max LÉKÁRNA, B. Němcové 1489, České Budějovice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
266/2012 PharmDr. Petr Karajannis, Lékárna 110, Radniční 8, Rýmařov, provozovatel: Karajannis, s.r.o.  
267/2012\* Mgr. Markéta Poluhová, Lékárna Mandragora, Pražská 83, Benátky nad Jizerou, provozovatel: Poluha s.r.o.  
268/2012 Mgr. Eva Kubelková, Lékárna Nemocnice Kolín, Žižkova 146, Kolín, provozovatel: ON Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje  
269/2012 PharmDr. Zdeněk Obr, Lékárna Na Náměstí, Tyršovo nám. 299, Choceň, provozovatel: U ANDĚLA, s.r.o.  
270/2012 Mgr. Zbyněk Mauer, Dr. Max LÉKÁRNA, Palackého nám. 188, Polička, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
271/2012\* Mgr. Lenka Slatinová, Lékárna Tesco, Kosmonosy 1255, Mladá Boleslav, provozovatel: Tesco Stores ČR a.s.  
272/2012 PharmDr. Lucie Hájková, Dr. Max LÉKÁRNA, Jáchymova 903, Jindřichův Hradec, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
273/2012\* PharmDr. Taťána Mrůzková, Lékárna Na náměstí, Dolní 9, Frenštát pod Radhoštěm, provozovatel: Lékárna DUO s.r.o.  
274/2012 PharmDr. Jana Horáková, Dr. Max LÉKÁRNA, Krátká 1008, Valašské Klobouky, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
275/2012\* Mgr. Markéta Pauzrová, Lékárna Zur Rose, Sedláčkova 984, Česká Lípa, provozovatel: VfG Cosmian s.r.o.  
276/2012\* PharmDr. Kateřina Hermanová, Lékárna Harmonia, Revoluční 27, Krnov, provozovatel: PEARS HEALTH CYBER, s.r.o.  
277/2012 Mgr. Hana Bočková, Lékárna MEDICAL CENTER, Hybešova 289/43, Brno, provozovatel: MTE spol. s r.o.  
278/2012 Mgr. Jana Jirmannová, Hronovská lékárna, Kudrnáčova 280, Hronov, provozovatel: Mgr. Michaela Hrnčiarová  
279/2012 Mgr. Martin Štourač, Lékárna U zlatého lva, Mírové náměstí 23, Nová Bystřice, provozovatel: Mgr. Martin Štourač

- 280/2012 PharmDr. Lenka Rufferová, Dr. Max LÉKÁRNA, Jiráskova 1389, Rychnov nad Kněžnou, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 281/2012\* PharmDr. Zuzana Frendlová, Lékárna V Ráji, Čechova 785/2, Slaný, provozovatel: Arlego Pharm s.r.o.
- 282/2012 RNDr. Věra Kaplanová, Dr. Max LÉKÁRNA, Staré náměstí, Rychnov nad Kněžnou, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 283/2012 Mgr. Lucie Navrátilová, Dr. Max LÉKÁRNA, Náměstí Míru 350, Kroměříž, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 284/2012\* Mgr. Svatava Kučerová, Lékárna Rosice, Palackého nám. 20, Rosice, provozovatel: Roman Holešovský
- 285/2012\* PharmDr. Milena Čermáková, Lékárna Galen, Smetanova 1390, Ústí nad Orlicí, provozovatel: Rp. GALENICA, a.s.
- 286/2012\* PharmDr. Alena Bulíčková, Lékárna Sázava, Náměstí Voskovce a Wericha 434, Sázava, provozovatel: Neopharm Lékárna s.r.o.
- 287/2012 Mgr. Jana Ležáková, Dr. Max LÉKÁRNA, Obvodová 3313/13b, Kroměříž, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 288/2012\* Mgr. Vladimíra Hazdrová, Lékárna na Litoměřické, Litoměřická 102, Bílina, provozovatel: Mgr. Vladimíra Hazdrová
- 289/2012\* Mgr. Hana Jiroutová, Lékárna Mateřídouška, Železničářská 353/45, Plzeň, provozovatel: Lékárny PhMr. L. Mráze s.r.o.
- 290/2012 Mgr. Hana Dušáková, Dr. Max LÉKÁRNA, Mírová 1545, Rychnov nad Kněžnou, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 291/2012 PharmDr. Róbert Lukač, Dr. Max LÉKÁRNA, Bubeníčková 2688/1, Brno, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 292/2012 Mgr. Hana Belanská, Dr. Max LÉKÁRNA, Bašta 413/2, Brno, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 293/2012 Mgr. Michal Oriniak, Dr. Max LÉKÁRNA, Pasovská 175, Vimperk, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 294/2012 Mgr. Anna Mazalová, Lékárna Jesenice City, Nákupní 1127/F, Jesenice, provozovatel: RUBENDYAN CONSULT s.r.o.
- 295/2012 RNDr. Jitka Schützová, Lékárna Krakovská, Krakovská 24, Praha 1, provozovatel: DINABURG s.r.o.
- 296/2012 Mgr. Jiří Gurecký, Lékárna Kateřinská, Kateřinská 34, Praha 2, provozovatel: Franzei Pharma s.r.o.
- 297/2012\* PharmDr. Petra Kubíčková, Lékárna OD Šárka, Evropská 695/73, Praha 6, provozovatel: Franzei Pharma s.r.o.
- 298/2012 PharmDr. Klára Jandová-Ježková, Lékárna U Lva, Křížová 6, Brno, provozovatel: RM PHARMATRADE s.r.o.
- 299/2012 Mgr. Lenka Kalousková, Lékárna Energia, J. M. Marků 57, Lanškroun, provozovatel: Energetik 2 s.r.o.
- 300/2012 PharmDr. Ladislav Novák, Lékárna Na Poliklinice, Smetanova 55, Polička, provozovatel: Le groupe s.r.o.
- 301/2012 PharmDr. Anna Zdráhalová, Lékárna u Špitálníků, Mírové nám. 15, Horažďovice, provozovatel: Devětsil JST, s.r.o.
- 302/2012 Mgr. Luděk Poláček, SUNPHARMA CZ, Velebudická 3270, Most, provozovatel: SUNPHARMA CZ s.r.o.
- 303/2012 Mgr. Jarmila Škrabalová, Lékárna U Růže, Hodolanská 6, Olomouc, provozovatel: MUDr. Miluše Veselovská
- 304/2012 PharmDr. František Muzikant, NOVÁ LÉKÁRNA, Masarykovo nám. 65, Konice, provozovatel: FARMAKAT s.r.o.
- 305/2012 PharmDr. Hana Brémová, Lékárna Euroclinicum, Masarykova 92, Ústí nad Labem, provozovatel: Ústecká poliklinika, s.r.o.
- 306/2012 \* Mgr. Petra Šandová, Dr. Max LÉKÁRNA, Palackého 545, Holešov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.

\* = nová lékárna

(člnk)

Lékárny, které budou mít zájem zapojit se do tohoto projektu, se budou moci přihlašovat na webových stránkách komory ([www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)) obdobně jako na Antibiotický týden nebo na Den lékáren. Přihlašování bude spuštěno po ukončení Antibiotického týdne. Další informace najdete na webových stránkách komory.

Mgr. Hana ŠNAJDROVÁ

## Lékárník, nebo úředník?

Když jsem po promoci nastupoval do lékárny, měl jsem představu, že uplatním v praxi to, co jsem načerpal během těch pěti let studia – znalosti o léčivých látkách, komunikace s pacienty, příprava v laboratoři... Po roce praxe zjišťuji, že je skutečnost jiná. Iluze ty tam, a já se v duchu ptám: Studoval jsem těch pět let na farmaceuta, nebo na úředníka?

Připadám si spíše jako ten druhý – místo toho, aby do lékárny přicházeli lidé s recepty a já jim spolu s vydanými léky poskytl dispenzační minimum a odpověděl na jejich otázky, sedím v lékárně, kam zabrousí pacienti jen ojedinele, a od rána do večera objednáвам a počítám krabičky léků pro lidi, které v životě neuvidím, protože jim je lékaři vydávají přímo v ordinaci, a ke mně už se dostane jen hromada receptů, které musím zpětně zadat do počítače. Tak takhle jsem si svou práci nepředstavoval. Stranou jde dokonce i příprava v laboratoři – nejdřív musí být všechno zadáno. Poněkud postavené na hlavu. Už mi to docela leze na nervy. A pak se ještě člověk dozví, že se tomu říká „batůžkaření“ a že za to hrozí vyhazov z komory. Do háje (a to mě napadají ještě jiné, nepublikovatelné výrazy)! Jenže co s tím může dělat obyčejný zaměstnanec, a navíc elév, jako jsem já, když jsou šéfové nenasytní?! „To se tak dělá všude,“ slyším neustále, a bohužel se přesvědčuji, že je to pravda. Kde potom najít práci, aby nade mnou neviselo jako Damoklův meč vyloučení z komory? Doktoři, majitelé lékáren, reprezentanti farmaceutických firem, prosím vás, vzpamatujte se! Copak chcete naši profesi opravdu takhle degradovat? Jenom proto, abyste se měli dobře?

Váš kolega

*(Jméno autora je redakci známo)*

## INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

**Přihlašování pouze na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz) – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky.**

**Účastnický poplatek uhradíte podle pokynů při přihlášení:** bankovním převodem na účet číslo 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději **5 dnů** před konáním semináře. (V hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek).

### St 28. 11. Praha (kód semináře: 12069)

Lékařnická akademie, Rozárcina 1422/9, začátek v 17.30 hod.

Racionální farmakoterapie v geriatрии – kazuistiky (II.)

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

### Út 4. 12. Praha (kód semináře: 12074)

(opakování z 28. 11.)

Lékařnická akademie, Rozárcina 1422/9, začátek v 17.30 hod.

Racionální farmakoterapie v geriatрии – kazuistiky (II.)

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

## DALŠÍ IDS – ŠKOLICÍ AKCE

Přihlašování pouze na <https://zeus.vzdelavani-zdravotniku.cz>, nejprve se zaregistrujete, pak přihlásíte. Pro případnou pomoc při přihlašování kontaktujte studijní oddělení IPVZ, tel: 261 092 458.

**Pro mimopražské účastníky bez poplatku.** Semináře jsou spolufinancovány Evropskou unií z Evropského sociálního fondu.



### Čt 29. 11. Brno

Farmaceutická fakulta VFU, seminární místnost, Palackého 1/3, začátek v 17.00 hod.

Pediatrická problematika – infekce horních cest dýchacích

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

Odborný garant: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.

Počet bodů: 12

### So 1. 12. Hradec Králové

FaF UK, Heyrovského 1203, začátek v 9.00 hod.

IDS č. 27: Možnosti farmaceutické péče o pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin a hlubokou žilní trombózou

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

Odborný garant: PharmDr. Petr Červený, Ph.D,

Počet bodů: 16

### So 1. 12. Olomouc

Regionální centrum Olomouc, Jeremenkova 40B, začátek v 9.00 hod.

Neuropatické bolesti (při DM, herpetické infekci, neuralgii trigeminu, alkoholismu apod.)

Lektoři: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.,  
doc. MUDr. Petr Vondráček, Ph.D.

Odborný garant: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.

Počet bodů: 12

### So 8. 12. Nový Jičín

Hotel Abácie, B. Martinů 1884/1, začátek v 9.00 hod.

Neuropatické bolesti (při DM, herpetické infekci, neuralgii trigeminu, alkoholismu, apod.)

Lektoři: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.,  
doc. MUDr. Petr Vondráček, Ph.D.

Odborný garant: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.

Počet bodů: 12

## ODBORNÉ SEMINÁŘE ke komunikaci a poradenství

Přihlašování pouze na <https://zeus.vzdelavani-zdravotniku.cz>, nejprve se zaregistrujete, pak přihlásíte. Pro případnou pomoc při přihlašování kontaktujte studijní oddělení IPVZ, tel: 261 092 458.

**Pro mimopražské účastníky bez poplatku.** Semináře jsou spolufinancovány Evropskou unií z Evropského sociálního fondu.



### 29. 11. Znojmo

Konfliktní a náročné komunikační situace v lékárně

### 4. 12. Františkovy Lázně

Psychologie a adherence pacientů

### 8. 12. České Budějovice

Konfliktní a náročné komunikační situace v lékárně

### 8. 12. Olomouc

Konzultační činnost v lékárně

### 15. 12. Hradec Králové

Psychologie a adherence pacientů

### 18. 12. Ostrava

Profesionální komunikace v lékárně

## ODBORNÉ KONFERENCE

Přihlašování pouze na <https://zeus.vzdelavani-zdravotniku.cz>, nejprve se zaregistrujete, pak přihlásíte. Pro případnou pomoc při přihlašování kontaktujte studijní oddělení IPVZ, tel: 261 092 458 nebo M. Horákovou (Lékařnická akademie s.r.o.), tel. 241 090 663, 734 417 441.

### 8. 12. Hradec Králové

Aldis, a. s., Eliščíno nábřeží 375, začátek od 9.30 hod.  
Doplňky stravy, obezitologie a aktuální legislativa  
Přednášející: Ing. Eva Příbylová, PharmDr. Stanislav Havlíček, Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík, MUDr. Martin Matoulek

Odborný garant: PharmDr. Stanislav Havlíček

Upřesnění programu na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz) i na [www.zeus.vzdelavani-zdravotniku.cz](http://www.zeus.vzdelavani-zdravotniku.cz)

Akce bude zařazena do systému vzdělávání lékárníků a ohodnocena body.

**Pro mimopražské účastníky bez poplatku.** Semináře jsou spolufinancovány Evropskou unií z Evropského sociálního fondu.



## AKTUÁLNÍ LEGISLATIVA III.

Začátky vždy v 18.30 hodin.

### 4. 12. Ústí nad Labem

Hotel Clarion, Špitálské náměstí 3517

### 11. 12. Plzeň

Hotel Primavera, Nepomucká 1058/128

**Pro mimopražské účastníky bez poplatku.** Semináře jsou spolufinancovány Evropskou unií z Evropského sociálního fondu.



## SEMINÁŘE SPOLEČNOSTI PHC

### So 1. 12. Praha (kód semináře: 12459)

Hotel Olympik Artemis, U Sluncové 14  
registrace od 8.30 hod., zahájení 9.00 hod.

Léky a jejich podávání v období těhotenství a kojení

Lektor: PharmDr. Josef Suchopár

Odborný garant: Mgr. Dagmar Dolinská

Poplatek 708 Kč včetně DPH, platba na místě není možná

Počet bodů: 10

# Další jednání Komise pro metodiku

Další jednání v rámci Komise pro metodiku pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami se uskutečnila 26. září a 9. listopadu v sídle VZP v Praze. Hlavním bodem obou jednání mělo být projednávání a schvalování již dříve avizované změny datového rozhraní (DR+) – viz Porada předsedů OSL.

Vzhledem k odmítavému stanovisku některých segmentů (včetně lékárenského) došlo k **odložení této změny na neurčito**. Pro lékárny ředící cytostatika z toho vyplývá i důležitý fakt, že zatím nedochází ke změně způsobu vykazování ředění cytostatik (ačkoliv pojišťovny i MZd ČR žádají změnu).

Od 1. 1. 2013 vstupuje v platnost doplněk č. 19 Metodiky, který reaguje na vydání vyhlášky O předepisování zdravotnických prostředků (100/2012 Sb., konkrétně § 7, odstavec 2 – pořizování výpisů z poukazu). Výpis lze pořádit dvojím způsobem – buď na formulář poukazu, nebo jako kopii vystaveného poukazu.

### Konkrétní postup pro pořizování výpisu z poukazu

#### Varianta A: VÝPIS NA TISKOPIS POUKAZU

Na původní poukaz se uvede poznámka „Pořízen výpis“. Pro výpis se použije nový tiskopis „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ s tím, že:

- do volného prostoru vpravo za okénkem s textem „POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU“ se uvede slovo „výpis“;
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vyřizované pomůcce,

- do části „Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny“ se navíc uvede kdy (vystaveno dne) a kým (lékař a IČP) byl původní poukaz vystaven,
- do řádku „Dne“ na lícové straně tiskopisu se uvede datum pořízení výpisu,
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem zařízení pořizujícího výpis.

#### Varianta B: VÝPIS FORMOU KOPIE POUKAZU

- kopie poukazu musí být oboustranná,
  - na kopii se uvede slovo „Výpis“,
  - na kopii se škrtnou údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku (původně uvedené množství) a uvede se vypisované množství,
  - přední strana kopie se opatří datem vystavení výpisu a razítkem zařízení včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje,
  - standardním způsobem se vyznačí výdej, tj. uvede se datum výdeje, razítko vydávajícího zařízení a podpis vydávajícího.
- Závěrem si vás dovoluujeme upozornit, že z vyhlášky č. 100/2012 Sb. mimo jiné vyplývá, že (§ 5) poukaz s předepsaným zdravotnickým prostředkem lze uplatnit do 90 dnů ode dne jeho vystavení, nestanoví-li předepisující lékař s ohledem na zdravotní stav pacienta nebo charakter zdravotnického prostředku jinak.

Kompletní aktuální znění Metodiky, jejich doplňků, ale i připravované změny naleznete na <http://vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece>.

**RNDr. Miroslav LINHART**  
**PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.**

## Život pacientů podle mezinárodní studie ZÁTĚŽ PSORIÁZY

Psoriáza, chronické zánětlivé onemocnění kůže, postihuje více než 125 milionů lidí na celém světě. Vedle bolestivých a svědivých pocitů na kůži má toto onemocnění velký vliv i na psychiku nemocných.

Psoriáza zůstává ve velké míře nepochopena. Hlavním důvodem je nedostatečná informovanost a předsudky. Nemocní se někdy střetávají s negativními reakcemi okolí, které je velmi zraňují. Častý je mylný názor, že psoriáza je nakažlivá, resp. že je způsobena nedostatečnou hygienou nemocných.

Průzkum Zátěž psoriázy je jednou z největších mezinárodních studií zkoumající vliv tohoto onemocnění na pacienty. Lidé zařazení do jeho kvalitativní části uváděli reakce znechucení a strachu stejně jako pocity neštěstí a úzkosti při snaze vyrovnat se s netaktními komentáři okolí či zvědavými pohledy. Podle ing. Josefa Pohůnka, prezidenta Společnosti psoriatiků a atopických ekzematiků ČR, je nutná edukace široké veřejnosti o psychologických dopadech onemocnění v každodenním životě pacientů pro zmírnění jejich sociální stigmatizace.

Další výsledky analýzy kvalitativní části uvedeného průzkumu byly prezentovány na 21. kongresu Evropské akademie dermatologie a venerologie letos v září v Praze. Ze závěrů kromě jiného vyplývá, že pocity omezení, izolace, stigmatizace a úzkosti významně snižují kvalitu života psoriatiků a jsou pro ně ve skutečnosti horší než samotné symptomy uvedené choroby. Téměř 73 procenta respondentů sdělilo, že psoriáza má středně závažný až závažný vliv na jejich život (více než 43 procent jich mj. uvedlo, že v důsledku svědění mají poruchy spánku a koncentrace). Pocity izolace a psychosociální stigmatizace v každodenním životě uvádí i 160 pacientů, zařazených do průzkumu o psoriáze v České republice na jaře tohoto roku. Pro 28 procent pacientů je nejvíce obtěžujícím aspektem lupénky viditelnost kožních lézí. Jak sdělil jeden pacient, „prodáváčka v obchodě znechuceně odtahuje ruce, když jí podávám peníze“.

(Zdroj: Protext)

## NÁVODY PRO DISPENZACI

### Permethrin

Některými parazitárními riziky jsme ohroženi, přestože žijeme v civilizovanější části světa. Jedním z nich je svrab (scabies, původce *Sarcoptes scabiei* – zákožka svrabová), jehož přenositelnost je poměrně snadná. Nemusí přitom jít pouze o přímý kontakt s osobou, která trpí tímto kožním parazitárním onemocněním. Riziko představuje také následný styk s některými předměty, kterých se infikovaná osoba dotýkala (ručníky, povlečení, oděvy, boty, plyšová sedadla v dopravních prostředcích atd.).

Parazit proniká přes epidermis a zanechává tam vajíčka a výkaly, jejichž proteiny vyvolávají alergickou reakci. Svědění se může projevit několik týdnů po infekci a někdy přetrvává i nějakou dobu po úspěšné eradikaci. Proto je pacientům kromě skabicedních přípravků často indikován i nějaký lokální kortikoid a perorální antihistaminikum. Paleta skabicedních přípravků je u nás velmi úzká, neboť je registrován pouze permethrin v 5% krému (INFECTOSCAP), a v klinické praxi se kromě něj používá ještě 20% sírová mast jako IPLP.

Správná léčba vždy zahrnuje také nejbližší členy domácnosti a sexuálního partnera. Zákožka nemůže žít dlouho bez hostitele, nepředpokládá se tedy její delší přežívání mimo lidské tělo. Přesto jsou doporučována obecná hygienická opatření jako výměna ložního prádla, vyprání používaných oděvů, vyluxování koberců, pohovek, křesel apod.

- Před samotnou aplikací skabicedního přípravku by se měl pacient vykoupat v teplé lázni – není to sice nezbytné, ale spíše tradiční a vhodné.
- K aplikaci permethrinu v krému by pak mělo dojít teprve až je kůže čistá, suchá a opět chladná.
- Vhodné je nanášet krém v rukavicích pomocí kousku bavlněné látky nebo houbičky. Postupuje se po celém těle od plosek nohou až ke krku (včetně zevního genitálu) s výjimkou obličeje, nevynecháváme ani kůži mezi prsty a pod nehty. Je nutno chránit oči, sliznice nosu a uší; u dětí od 2 měsíců do 2 let konzultovat vhodnost této aplikace s lékařem nebo aplikovat pod lékařským dozorem. Do vlasů je podle potřeby vhodnější forma lotia (u nás zatím nedostupná). Předpokládá se, že dospělý použije na jednu aplikaci celou 30g tubu, u dětí úměrně menší část.
- Pokud se krém nanese, má se kůže ponechat 8–12 hodin nemytá (v případě lotia 24 hodin). Dojde-li v průběhu této periody nechtě k umytí rukou, má se krém na umytou plochu nanést znovu. Po uplynutí předepsané doby je vhodné omýt krém s permethrinem koupelí nebo sprchou.
- Permethrin proniká do kůže a zabíjí samotné parazity i jejich zárodky. Obvykle tedy není nutné aplikaci opakovat, i když svědění může přetrvávat ještě několik týdnů – zde se podávají ředěné kortikoidy (např. 1% hydrocortison v ung.leniens), které zajistí úlevu. V případě neúspěšné eradikace je další aplikace možná až po 14 dnech.
- Během léčby dodržovat zvýšený hygienický režim (denní praní ručníků při 60 °C, výměna ložního prádla atd.).
- Permethrin nebo pomocné látky v krému mohou vyvolat alergickou reakci. V tom případě by k další potenciální léčbě v budoucnu měl být použit jiný prostředek. Pocity svědění, suchost a zarudnutí kůže však mohou být základními příznaky parazitární infekce, takže samotné odlišení může být složité.
- Pro zklidnění kůže po eradikaci se doporučují olejové koupele a hydratační krémy k promazávání.
- *Stejná účinná látka může být obsažena také v přípravcích určených k hubení vši.*

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

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Zela, O., Vitek, P.: Infekce Clostridium difficile – stav v roce 2012**

*Medicína pro praxi č. 10/2012*

Klostridiová enterokolitida se dostává stále více do popředí zájmu v souvislosti s častým užíváním širokospektrých antibiotik. Jde o akutní infekční onemocnění vyvolané působením toxinů anaerobní G+ bakterie Clostridium difficile na sliznici kolon. Tvoří zřejmě až 20 % všech průjmů po antibioticích. Je i častou komplikací IBD. Základním léčebným opatřením je především ukončení předchozí antibiotické léčby, nemocný by měl být hospitalizován odděleně. U lehčí formy se dá léčit i symptomatically, ale většinou i tam přistupujeme k léčbě kauzální. Základem je již přes 30 let metronidazol (3–4x denně 250–500 mg) a vankomycin per os (3x denně 125–500 mg nazogastrickou sondou či rektálně). Novým perspektivním léčivem je fidaxomicin, makrolidové antibiotikum s užším spektrem než metronidazol a vankomycin. Indikuje se selektivně k eradikaci C.difficile. V EU je již centrálně registrován. Používá se i rifaximin – u recidivující formy a jako prevence relapsů. Probiotika nevykazovala žádnou účinnost. Zásadním omylem je rutinní kontrolní odběr stolice na kultivaci jako kontrolní kritérium úspěšnosti léčby. Pozitivní nález může být ještě 6 týdnů po vymizení příznaků.

**Pitřhová, P. a kol.: Nové směry terapie diabetu 2. typu**

*Postgraduální medicína, příloha č. 3/2012*

Přestože u DM 2. typu existují celosvětově přijatá doporučení léčby, v nichž dominuje na prvním místě metformin, není problém léčby a důsledků DM vyřešen. Jsou hledány nové cesty terapie. První z nich je modifikovaný lidský **inzulín degludec** (místo koncové aminokyseliny je navázán zbytek kys. glutamové se 16-uhlíkatou mastnou kyselinou), po aplikaci vznikne velká molekula multi-hexametru inzulinu, z níž se postupně uvolňují dimery a monomery. Doba účinnosti je až 40 hodin. Z agonistů GLP-1 receptorů je to **lixisenatid**. Zkoušejí se **chimérické peptidy**, které v sobě mají jak N-terminální konec glukagonu, tak C-terminální konec GLP-1, působí jak jako agonisté GLP-1 i jako antagonisté receptorů glukagonu. Další možností jsou alternativní cesty **aktivace receptoru pro GLP-1**; zkoušejí se nepeptidové ligandy s agonistickým, antagonistickým či modulačním působením (zkoumáno je až 500 tis. molekul!). Další perspektivou již částečně realizovanou jsou **glifloziny a glitazary**. Perspektivní mohou být dále i **aktivátory glukokinázy**, enzymu katalyzujícího první intracelulární krok metabolismu glukózy.

**Škvor, P. a kol.:**

## Komentovaná legislativa pro farmaceuty

Nakladatelství Dr. Josef Raabe, Praha 2012

Velmi zajímavým počinem kolegy Pavla Škvora je tato nová publikace v kroužkové vazbě, aby mohla být průběžně 4x ročně doplňována o novinky. Zkušenosti editora z vyučování v IPVZ, při zkoušení atestací i z lékárnické praxe jej přivedly k nápadu uspořádat do jedné knihy veškeré legislativní normy, se kterými se praktikující lékárník může setkat. Mohou sloužit jako ucelený studijní materiál, ale především jako praktický průvodce lékárníka ve spleti zákonů.

### ANOTACE

V čase internetu se to zdá být možná nadbytečné, ale zatím neexistuje žádný obdobný projekt ani tam, ani v psané podobě. Podobným projektem byly rovněž v minulosti vydávány právní předpisy pro členy ČLnK samotnou komorou, tato aktivita však byla ukončena. V nové publikaci jsou navíc komentáře k suchým paragrafům, jejichž autory jsou renomovaní právníci. Prozatím se dílo skládá ze čtyř hlavních kapitol: **Podmínky poskytování zdravotní péče** (právní formy poskytování farmaceutických služeb, převody praxí), **podmínky úhrady zdravotních služeb** (regulační poplatky při poskytování zdravotních služeb, úhrada zdravotních služeb), **vztahy se zaměstnanci** (pracovněprávní vztahy, pracovněprávní souvislosti s nemocenským pojištěním), **odpovědnost farmaceuta** (trestní odpovědnost).

**J**aponské firmy Eisai a Taisho Toyama uvedly letos na místní trh nový nemoc modifikující lék (DMARD) k léčbě revmatoidní artritidy (RA) **iguratimod** (dále I). Má protizánětlivý a imunomodulační účinek. Inhibuje produkci imunoglobulinů a řadu cytokinů zánětu (interleukiny – 1, 6, 8 a TNF), má i anabolický účinek na kostní metabolismus jak stimulací diferenciací osteo-

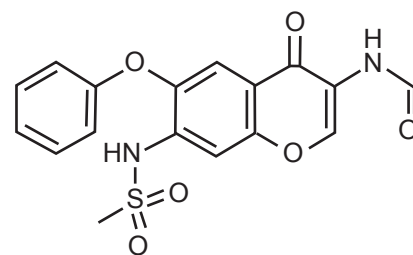
## MOLEKULA MĚSÍCE

### Iguratimod

N-[7-methanesulfonamido-4-oxo-6-(phenoxy)chromen-3-yl]formamide

**Sumární vzorec:** C<sub>17</sub>H<sub>14</sub>N<sub>2</sub>O<sub>6</sub>S

**Molekulová hmotnost:** 374,375



blastů, tak inhibicí osteoklastogeneze. Slouží k terapii RA u pacientů, u nichž je kontraindikována biologická léčba. V klinických studiích vykazoval v monoterapii lepší výsledky než sulfasalazin a výrazné zlepšení u pacientů, kterým byl I přidán k metotrexátu. Studie se účastnilo 258 pacientů s RA, první 4 týdny bylo podáváno denně 25 mg I, v dalších 20 týdnech 50 mg denně (2x 25 mg). 20% zlepšení kritérií ACR20 (American College of Rheumatology kritéria) bylo dosaženo v léčené skupině po 24 týdnech u 69,5 % pacientů oproti 30,7 % v placebo větví. Z nežádoucích účinků byly sporadicky zaznamenány pokles plazmatického železa, pokles lymfocytů, nazofaryngitida, trombocytopenie a zvýšené jaterní testy. O dlouhé cestě léčiva do terapie svědčí první zmínky o analgetickém, antipyretickém a protizánětlivém působení této látky v publikaci Tanaky z roku 1992. Fáze 4 klinického zkoušení byla započata v Číně v květnu letošního roku a bude ukončena v prosinci roku 2015.

*Zdroje: internet*

Stránku připravil  
PharmDr. Pavel GRODZA  
panacea@iol.cz



**P**řestože v nadcházejících letech mnohé lékárny v ČR nejspíše nepřežijí, potřeba a spotřeba dobré lékařské péče bude narůstat. Přestože si mnozí mohou myslet, že se nakonec všechno zkoncentruje do velkých řetězců, není to pravda. Žádný subjekt na trhu, byť ekonomicky sebesilnější, nedokáže absorbovat všechny jeho potřeby. Jednak proto, že jich je příliš mnoho, rychle se mění, a také proto, že se jimi při své velikosti nebude chtít nebo nebude schopen zabývat.

## Patnáct trendů, které změní lékařskou péči v ČR

Stávající minipanika ohledně další konsolidace lékařského trhu v ČR by však měla být zasazena také do rámce těch trendů, které lékárníkům nahrávají, protože jen tak lze současné jevy chápat racionálně, a tím pádem je možná využít ve svůj prospěch.

### Co změní lékařskou péči v nadcházejících letech ve prospěch lékárníků?

**1. Rostou nové generace seniorů.** Za několik málo let jich bude o 30 % víc než dnes, spotřeba léků bude dále stoupat, ať budou chudí či bohatí. Tyto generace navíc mají vyšší podíl OTC ve svém spotřebním koši. A žijí déle.

**2. Redukce sítě zdravotnických zařízení.** Nedá se to ufinancovat ani zleva, ani zprava. Bude méně kontaktních míst se zdravotnickými pracovišti a větší zácpy v těch, co zbudou. Můžeme jim třeba říkat centra specializovanější péče či jinak, otrava to bude pár let tak či tak, protože klientský přístup je jim ve směr neznámým pojmem.

**3. Snížení počtu návštěv u lékaře.** Děje se již dnes a bude pokračovat. Tisíce pacientů v zemi již ignorují svého nepraktického praktického lékaře. Lékový budget má nízký, integrace péče o klienta zrovna tady je medicínsky často nebezpečná, DRP (drug related problems) stejně nezachytí, protože je v podstatě mimo systém specializované medicíny, a tedy hlavní preskripce.

**4. Razantní snížení délky hospitalizace.** Směrem k nule, pokud to jen trochu půjde. Důvody jsou ekonomické i klientské. Na ulicích a doma ale často bloudí zmatení pacienti nebo jejich rodina, dokumentace k praktikovi ještě nedorazila a ty tři tablety, co jsem dostal na cestu, nemají ani obal.

**5. Jednodenní medicína (chirurgie, interna, cokoli).** Platí totéž, co v předcházejícím bodě. Často bez vazby na

jakoukoli spolupráci s místní nemocnicí (je to přece konkurence). Hlavně, aby nebyl víkend!

**6. Prodlužování čekacích dob na vyšetření a výkony.** Na podzim tohoto roku dostaly tisíce pacientů čekajících na TEP a jiné medicínské výkony dopis od svých nemocnic, že jaro je taky dobré období pro operaci. Jenže ono to opravdu bolí.

**7. Více komplexních léků.** Dejte 20 lékařům vyjmenovat obsah účinných látek v 500 lécích. Nejsou hloupí, ale čeho je moc... Zvyšující se počet DRP vyrobila medicína ve svém pokroku, a tím dala dobrým lékárníkům práci na dalších 100 let.

**8. Rezignace systému na prevenci.** Týká se dětí i dospělých. Vznikl kaz na dobrém českém zdravotnictví, bohužel nejen zubní.

**9. Školy produkují zdravotně negramotné děti, matky, rodiče.** Navíc velmi často zarputilé kverulanty přesvědčené natolik o své negramotné pravdě, že se vám s nimi snad ani nechce bavit, i když jako zdravotník/lékařník vlastně často musíte.

**10. Více samoléčení.** Kombinace všudypřítomné globální informace s body 1–9. Není co dodat, je potřeba jít tomu naproti.

**11. Uměle indukovaná farmakoterapie.** Každým, kdo chce víc a víc vydělat na informační a marketingové přeaze. Není potřeba to rozpitvát, nejsem MUDr. Hnízdil. Gramotní pacienti však budou na vaší straně, pokud vy budete na jejich.

**12. Pacienti chtějí více informací a více péče.** Jistěže ne všichni. O jejich nákupním chování v lékárnách s elektrodami na mozku se píšou celé knihy a publikují výzkumy, ale tohle je obecný fakt (taky evidence-based). Nenechte si je utéct.

**13. Lékárníci si uvědomují svůj po-**

**sun z „nevědomé do vědomé nekompetence“ v oblasti poskytování lékařské péče.** A mnozí s tím i něco dělají. Sami, na všechno není potřeba mít centrální mozek řetězce.

**14. Projekty lékařské péče většího rozsahu.** Dnes povětšinou organizované buď ve velkých lékárnách, nebo v sítích, družstvech, aliancích, řetězcích lékáren. Budou přibývat a budou lepší. Dnes to, upřímně, většinou za moc nestojí, ale lidem a lékárníkům už to pomáhá.

**15. Spolupráce.** Je jedno, jakého obsahu a rozsahu, ale musí být dobrá. Spolupráce není vydírání firmy firmou, není to závislost ani primitivní vypočítavost. Je to dlouhodobý efektivní systém. Že jste to neviděli?

Lékařská péče dnes v celém světě proniká do takových oblastí medicíny, o kterých ostatní zdravotníci mnohdy ani neví, jak vypadají na obrázku.

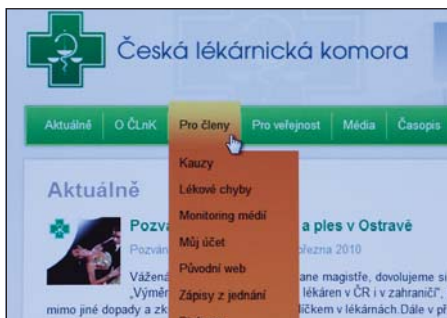


Astma, onkologie, transplantace, hematologie, roztroušená skleróza, imunologie, metabolismus, infektologie, další. O těch běžných se i v Čechách chronicky píše (zatím jen více píše). Pokud máte pocit, že jste nejen podnikatelé, investoři, investiční „party ze školy“, ale stále ještě lékárníci-zdravotníci, pak trendy uvedené výše vám ve vašem snažení budou nakloněny, nakonec i z hlediska vaší prosperity. Dobrým způsobem, jak je uchopit, je skutečně je uchopit. A rozpracovat. Nebo se k někomu přidat, někde se „informovat“.

Myslím, že i existující nebo připravované projekty a programy našich lékáren vám dokážou zkrátit analýzu. Některé ve spolupráci s ČLnK, jiné s univerzitami, fakultami, lékaři. Léčba bolesti ve stáří, obří segment muskuloskeletální medicíny, program Senioři, problematika pitného režimu a obezity u dětí, další. Teoretici lékařské péče předpovídají její úspěšnou faktickou implantaci do systému ve větším rozsahu na roky 2040–2050. Manažerská realita a rychlost trendů nás vždy přesvědčují o opaku. Bude to buď vůbec, nebo mnohem dříve.

**MUDr. Lubomír EXNER, MBA**  
generální ředitel Pharmia  
a ředitel pro strategii  
HMCgroup, Praha

## DISKUSNÍ OKÉNKO



... aneb co se v minulých dnech také řešilo na diskusním fóru na webu komory

### ČLK > Léky, recepty a spol > Ceny a úhrady léčiv

+ Zase nová taškařice: losartan + hydrochlorothiazid od 1. 11. 50mg úhrada o 50 % nižší, 100 mg o 30 %. Nezačneme léky rozdávat zadarmo?

+ Jaká další pohroma tam ještě je? To mě ničí. Lorista H, Sangona combi, Lozap H., impozantní rozsah, miluju tuto odbornou, pro přežití zásadně nezbytnou práci.

+ Olanzapin prý až 70 % dolů. Tak jsem zvědavá, jestli je budou pořád rádi vydávat rovnou v ordinacích. Kdyby někteří tvrději nelpěli na marži a byli by schopni uvažovat o jiném systému odměňování, třeba by nás to nemuselo trápit.

+ Když před myslím 4 lety na tento trend komora upozornila (myslím tím předchozí vedení komory) a navrhla začít pracovat na změně způsobu odměňování, aby nebylo zcela závislé na marži, byla zástupci GML nevybíravým způsobem nařčena z poškozování zájmu lékárníků a bůhví čeho ještě.

+ Nejsme účastníci správního řízení a nemáme ani tým lidí, který by je průběžně sledoval. Jde opravdu o velmi náročný a nepředvídatelný proces – na SÚKL i na pojišťovnách se mu věnují desítky lidí, o výrobcích nemluvě. Jediné, v čem můžeme napomoci, je to, že Mgr. Martin Mátl se vždy pokusí co nejdříve zveřejnit i na webu komory pravomocná rozhodnutí SÚKL, která následně vejdu v platnost.

### ČLK > Komora > Návrh koncepce veřejného lékárenství

+ V tomto vlákně můžete diskutovat o návrhu představenstva ČLAK, kon-

struktivní doplnění návrhu, prosím, přimno mně do e-mailu. Příloha: Koncepce-4\_0.pdf

### ČLK > Komora > Specializační vzdělávání

+ Představenstvo komory bude návrh MZd projednávat 11. 10. Jde o návrh MZd, který je převedený do přehlednější podoby.

+ A jak to bude u lékáren s dlouhou otevírací dobou? Pokud je v lékárně pouze jeden atestovaný lékárník a další 2–3 směny absolventů? Je na druhou stranu správné, že např. létající lékárník, absolvent po škole, může vykonávat práci samostatně bez znalosti místních poměrů a může se poradit tak nejvýš s laborantkou, která třeba také zrovna jen brigádníčí?

+ Pro jednání představenstva ČLAK jsem považoval za potřebné (vzhledem k diskusím z předchozích let) znát také aktuální názor ostatních sdružení a odborných společností. Proto jsem mj. požádal i Mladé lékárníky a děkuji za zaslání stanovisko (pozn.: dále jsem do dnešního dne obdržel vyjádření od odborné společnosti pro KF, FaF HK a GML). Sice mě mrzí, že jsme nestačili projednat na říjnovém představenstvu komory, nicméně určitě bychom s tak závažným tématem předstoupili před sjezd (a na něm bude stanovisko za PČLAK jistě prezentováno).

### ČLK > Mladí lékárníci > ATB týden v lékárnách 19.–23. 11. 2012

+ Třetí celý listopadový týden, od pondělí 19. 11. 2011 do pátku 23. 11. 2011, proběhne třetí ročník Antibiotického týdne v prostředí lékáren. Stejně jako v předchozím roce si Vás dovoluujeme pozvat k účasti na této osvětové kampani zaměřené na správné užívání antibiotik. Přihlašování lékáren bude spuštěno na webu komory v nejbližších dnech. Nebojte, že byste to mohli propásnout, do lékáren přijde upozorňující e-mail se všemi podrobnostmi. Do příspěvku k ATB týdnu na webu komory budeme postupně doplňovat odkazy na vše potřebné, přihlašování, doporučené postupy, dotazníky apod. Budeme rádi, pokud se se svou lékárnou zapojíte.

### ČLK > Zdravotní pojišťovny > VZP splatnost

+ Včera jsem dostala dopis od VZP

pobočka Ústí nad Labem, že „Vzhledem ke skutečnosti, že platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění přicházejí na účty pojišťovny od zaměstnavatelů po výplatních termínech mezd, až ve druhé polovině měsíce, ale platby zdravotnickým zařízením probíhají průběžně, stává se, že v první polovině měsíce se platby zdravotnickým zařízením, to je i lékárnám opožďují v řádu jednotek dnů.“ Závěrem ubezpečují a slibují... bla bla, že budou dělat vše, a předem se i omlouvají. Teď je ještě otázka, zda nebude v platbě VZP ze strachu před penalizací UPŘEDNOSTŇOVAT „silnější“. To mne tedy věru neuklidnilo, jelikož pár dní, to už bylo nyní, aniž by něco napsali..

+ V této situaci nejsou bohužel lékárny poprvé. Penalizace za opožděné úhrady jsou určitě asi nejúčinnějším protiopatřením.

+ Penalizaci je zbytečné navrhopvat, ale udělat. Před několika lety jsem to provedl, zaplatili požadované, dokonce jsem penalizoval i penalizační fakturu (prodlení asi 1 200 dní). Neobešlo se to bez soudního řízení, jednou kvůli mému nároku na necelých 200 Kč musel zasáhnout i exekutor. Takže by dnes měla být VZP již poučenější.

+ Před těmi, kteří to tehdy dotáhli až takhle daleko, smekám. Také jsme tehdy pojišťovně penalizační faktury vystavili, poté pohledávky postoupili přes distributora. Ale pak nám pojišťovna zarazila všechny další platby, vracela každou fakturu pro třeba jedno rodné číslo pacienta jiné pojišťovny apod. Když jsme se pokusili osobně jednat, tehdejší ředitelka pobočky nám prozdila interní příkaz z ústředí pojišťovny – neproplatit ani jednu fakturu, pokud nestáhneme penalizační faktury. To byl alespoň pro nás nerovný boj, který jsme nemohli ustát.

### ČLK > Kontinuální vzdělávání > Magistraliter příprava

+ Všem příznivcům magistraliter přípravy na vědomost se dává, že právě vychází nová publikace – viz příloha. Malá ochutnávka zde.

+ Podle obsahu to vypadá opravdu hezky. Prála bych autorům, aby byla úspěšná a taky hodně sil, abychom se měli ještě na co těšit.

Připravuje:  
PharmDr. Petr HALTUF

# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Hereditární angioedém (HAE) je vzácné autozomálně dominantně dědičné onemocnění („stačí“ jedna mutovaná alela) charakterizované opakovanou tvorbou cévních otoků – angioedémů. Odhaduje se, že onemocnění se projevuje u 1 z 50 tisíc obyvatel, vyšší zastoupení mají ženy. K otokům dochází kvůli působení kininů (bradykininu) na stěnu cév. Kininy jsou přítomny ve vyšší koncentraci vlivem snížené funkčnosti regulační složky komplementu – C1 inhibitoru (mutace



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

chromozomu 11) – nebo vzácněji kvůli poruše faktoru XII. C1 inhibitor je multifunkční inhibitor serinových proteáz. Je tvořen mj. hepatocyty či aktivovanými makrofágy. Je jediným známým inhibitorem aktivovaných proteáz komplementového systému C1r a C1s. Dále inhibuje aktivovaný faktor XI, XII, kalikrein (ze 40 %), trombin, plazmin. Inhibicí přeměny prekalikreinu na kalikrein snižuje tvorbu bradykininu.

Otoky se objevují opakovaně, jsou bledé, nesvědivé, lokalizované subkutánně nebo submukózně, bez kopřivky (vs. alergické otoky). Bývají nejčastěji v místě mechanického namáhání (ruce, nohy, GIT, genitál) a na obličeji. V oblasti GIT se projevují jako rekurentní nevysvětlitelné bolesti břicha trvající 3–5 dnů. Symptomy vznikají postupně během jedné až několika hodin a neléčené odeznívají samovolně zhruba za 4 dny. Onemocnění je závažné především možnostmi vzniku otoku v oblasti dýchacích cest, který může vést k úmrtí zadušením (např. během spánku), a v oblasti močových cest, kde může vést k retenci moče. Před vznikem otoků se často objevují prodromy – mravenčení, pocit tlaku, pocit cizího tělesa v krku, zčervenání kůže. První potíže začínají typicky v období puberty.

HAE se klinicky dělí do tří typů. HAE I. typ je nejčastější (85 % případů) a je charakterizován sníženou koncentrací C1 inhibitoru (mutace způsobí nedostatečnou syntézu). Typ II je charakterizován normální hladinou C1 inhibitoru, ten je však dysfunkční. Typ III je na podkladě snížené funkčnosti faktoru XII, a nikoli C1 inhibitoru. Nízká hladina C1 inhibitoru může být i na jiném než genetickém základě, např. v důsledku lymfoproliferativních onemocnění (tzv. AAE – získaný angioedém). Léčebná strategie zahrnuje: 1. dlouhodobou profylaxi vzniku otoků kys. tranexamovou (inhibuje plazmin, a tím „není spotřebován“ na jeho inhibici C1 inhibitor) nebo danazolem (androgeny podporují syntézu C1 inhibitoru v játrech, v ČR nedostupný); 2. krátkodobou profylaxi před chirurgickým výkonem (kys. tranexamová, danazol 2 dny před a 2 dny po operaci, nebo koncentrát C1 inhibitoru do 24 hod. před operací); 3. léčbu atak onemocnění (otoků). Pro léčbu akutních atak může být použit koncentrát C1 inhibitoru z plazmy dárců, rekombinantní C1 inhibitor = konestat alfa, ekalantid (inhibitor kalikreinu – nedostupný) nebo ikatibant.

## Farmakologické aspekty

Ikatibant je kompetitivní antagonist bradykininových receptorů typu 2 (B2R). Jedná se o syntetický dekapeptid strukturně podobný bradykininu, který je odolný ke štěpení enzymem ACE (inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu zabraňují odbourávání bradykininu, a tím podporují vznik otoků).

Po subkutánním podání je maximální hladiny dosaženo za 30 minut, biologická dostupnost je díky způsobu aplikace vysoká (97 %). Vazba na plazmatické bílkoviny je nízká (44 %), distribuční objem 25 litrů indikuje distribuci do tkání, avšak nedochází k hromadění v tucích. Metabolismus probíhá proteolýzou dosud neznámými proteázami (neúčastní se cytochrom P-450 ani ACE). Biologický poločas eliminace je 1,4 hodiny.

# Ikatibant

## Klinické aspekty

V principu se u této choroby používá tzv. patient-reported outcomes. Tzn. spoléhá se (a oprávněně) na názor pacienta, který je sdělen prostřednictvím tzv. VAS – analogové škály. VAS má 100 mm šířku, pacient na začátku onemocnění odhadne svůj „stav“ (0 – zdraví, 100 – nejhorší možný stav) a poté odhaduje svůj stav během léčby a po léčbě. U HAE se sledovaly na oddělených škálách parametry: podkožní otok, podkožní bolest, bolest břicha, laryngeální otok. Následuje „cvičení“ s těmito daty např. ve smyslu medián času do klinicky významné úlevy apod. Studie fáze III s ikatibantem proběhly tři (FAST 1, 2, 3), protože v první studii se „neuhlídala“ záchranná medikace (mnohem více v placebo větví). Lze přibližně konstatovat, že ikatibant začíná působit o něco dříve než za hodinu, klinicky významné úlevy dosahuje po 2 hodinách, kompletní úlevy je dosaženo zhruba za 10 hodin. (Srovnej: Neléčené symptomy odeznívají za 4 dny. Placebo „snížilo“ dobu k odeznění na 1,5 dne a významné úlevy na 18 hodin, tranexamová kyselina (FAST 2) má trend zkrátit čas do úlevy, nicméně doba odeznění symptomů je na úrovni placebo.) Vzhledem k nástupu účinku je doporučeno ikatibant uchovávat doma a v případě potřeby aplikovat podkožně přímo pacientem.

Z nežádoucích účinků se nejvíce sleduje vztah blokace účinku bradykininu na srdce (hrozí ischemie, zvýšení krevního tlaku apod.), zatím není jednoznačný závěr. Zčervenání po aplikaci je připisováno receptoru B1R objevujícího se při zánětu a využívajícího ikatibantem „vytěsněný“ bradykinin. Kontraindikovány jsou u HAE inhibitory ACE, spouštěči HAE jsou také estrogény (-> doporučit progestinovou antikoncepci).

Léčivý přípravek obsahující ikatibant se nazývá Firazypr, je prodáván společností Shire. Dávkování je subkutánní injekcí v dávce 30 mg. Opakovat podání lze po 6 hodinách, max. 3x za 24 hodin. Úhrada 1 předplněné stříkačky je zhruba 45 000 Kč na dobu 2 let do července 2014. Z dostupných dat (za 192 dní byla průměrná spotřeba 3 injekce/pacient) lze zhruba dovodit, že roční spotřeba 1 pacienta budou 4 injekce, pacientů s HAE typu I a II je léčeno v centrech údajně kolem 120. Potenciál ikatibantu jsou všechny bradykininem způsobené angioedémy (tedy i ty získané), zatím však indikace zůstává HAE typ I a II.

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

# *Carapa guianensis* Aubl. – *karapa guayanská, (Meliaceae)*

### *Carapa guianensis* Aubl. – karapa guayanská, (Meliaceae).

Až 40 metrů vysoký, stálezelený strom domácí v tropické Jižní Americe, především v Amazonii. Dřevo odolné vůči hmyzu je vyhledáváno nábytkářským průmyslem. Proto byly v minulosti porosty karapy v okolí velkých měst značně zdevastovány. Dnes je proto často pěstována pro technické účely i jako dekorativní dřevina. Příbuzné druhy karapy se vyskytují v tropické Jižní Americe a Africe.

**Synonyma:** *Granatum guianense* (Aubl.) Kuntz., *Xylocarpus carapa* Spreng.

**Obecný název:** *Andiroba* (franc.), *Cedro macho* (špaň.), *Crabwood* (angl.).

**Sbíraná část:** cortex, folium, fructus.

**Droga:** *Carapae cortex*, *C. folium*, *C. oleum*.

**Obsahové látky:** celá rostlina je prostoupena zástupci hořkých limonidů (meliacinů), patřících do skupiny tetranortriterpenoidů. Jedná se o andirobin, gedunin, epoxyazadiradion a příbuzné látky. V oleji lisovaném ze semen se navíc vyskytují estery kyseliny hexadecenové, jen 0,3 % linolenové (omega 3), 9 % linolové (omega 6), 50 % olejové, 28 % palmitové, dále palmitoolejové a stearové.

**Účinky a použití:** Indiáni využívají především kůru, listy a olej lisovaný ze semen za studena, který ale rychle žlukne. V západní Amazonii se podávají odvary z kůry nebo listů při horečkách, proti hlístům, zevně při různých zánětlivých kožních onemocněních. V tradičních indiánských medicínách má podle etnografů andirobový olej široké využití jako repelent i insekticid, k ošetření kůže při pobodání hmyzem, proti cizopasníkům, dále při různých zánětech, infekcích, průjmu, nemocech z nachlazení, horečce, chřipce, kašli, ušních zánětech, malárii, při poruchách trávení, lepře, tetanu, diabetu, lupence, kožních vředech a oparech, poraněních a tumorech, zhmožděninách provázených modřinami,



dále jako kloktadlo při zánětech v dutině ústní. Při artritidě se olej vtírá přímo na klouby. Významná je též výroba insekticidních svíček a mýdel i olejové ochranné nátěry dřeva proti termitům. Indiáni kmene Munduruku využívali tradičně olej k mumifikaci hlav nepřátel jako válečných trofejí. Většina kmenů v oleji rozpuští rostlinná barviva, jimiž si malují na kůži ornamente.

Při laboratorních testech tlumil izolovaný epoxyazadiradion proliferaci buněk neuroblastomu a osteosarkomu. V případě geduninu a jeho derivátů byl zjištěn antimalarický účinek srovnatelný s chininem. Čištěný andirobový olej lze aplikovat při zánětech, insekticidní působení je spojováno především s andirobinem a geduninem. Kyselina linolová je pravděpodobně odpovědná za snižování hladiny cholesterolu a hypotenzivní účinek. Dále byly potvrzeny účinky analgetické, antibakteriální a protialergické. Omezení rozvoje alergické reakce souvisí především se zhoršením schopností migrace eosinofilů účinkem tetranortriterpenoidů. Při experimentálně navozené artritidě u krys tetranortriterpenoidy blokovaly aktivitu cytokinů, tj. tumornekrotizujícího faktoru (TNF- $\alpha$ ) a interleukinu IL-1 $\beta$ . Bylo prokázáno zřetelné omezení larválního vývoje komára druhu *Aedes aegypti*. U březích krysíků samic nebyl prokázán žádný negativní vliv andirobového oleje na vývoj plodu. Při toxikologických studiích prováděných na kryších bylo ale zjištěno při podávání oleje per os 1,5 g/kg zvýšení transaminázy (ALT) a zvětšení jater. U nás je andirobový olej obsažen v insekticidních přípravcích určených proti vším, klíšťatům, komárům apod.

**Dávkování:** 3x denně potírat kůži olejem, vnitřně 2 ml oleje do sklenice teplé vody a užívat 3x denně, do ucha vkápnout 2 kapky oleje.

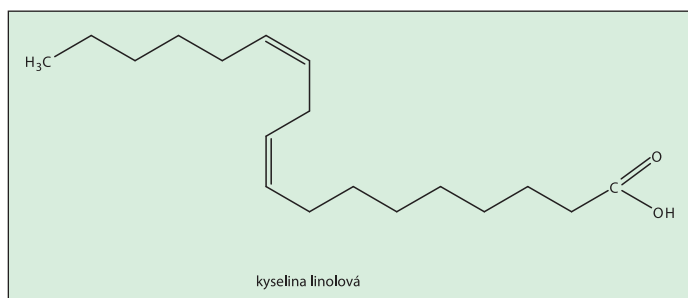
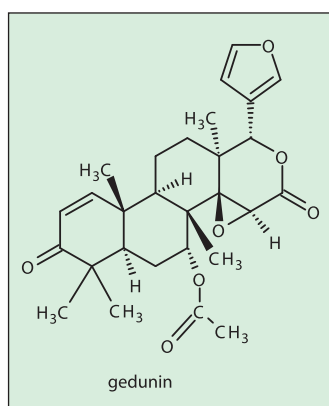
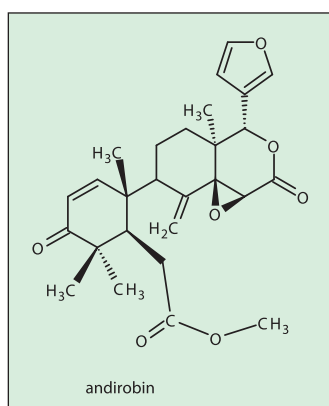
**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** nejsou známy, ale pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem.

**Interakce:** nejsou známy.

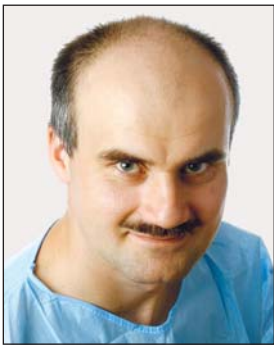
**Hlavní zdroje:** Agro Forestry Tree Database, AISLP, Chemical Book, Drugs.com, Google Scholar, Jellin, J.M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Medline, PubChem Compound, Toxnet.

**PharmDr. Miloš POTUŽÁK**

Obrázek: *Mauroguanandi* (Wikipedia), vzorce: autor



## Maka v modulaci sexuálního zdraví



Afrodiziakální aktivita některých přírodních látek a složek se těšila, těší a bude těšit zvýšenému zájmu. Donedávna v popisu jejich účinnosti převládala empirie a tradice. V současnosti se hromadí experimentální průkazy s významnou výpovědní hodnotou. Kultivované komerční aktivity dokonce vedou k detabuizaci sexuálního zdraví, což lze v důsledku hodnotit pozitivně.

Mgr. Tomáš Volný

V počtu a kvalitě experimentálních průkazů afrodiziakální účinnosti maky (řepichy peruánské, *Lepidium meyenii*, Brassicaceae) převládají experimenty, kde byly podávány prášek připravený pomletím sušené bulvy maky nebo extrakty připravené liho-vodnou nebo vodnou extrakcí bulvy. Tyto aplikační formy se pochopitelně zásadně odlišují svou obsahovou kvalitou. Další obsahové rozdíly lze očekávat u jednotlivých variet maky (nejčastěji rozlišujeme černou, žlutou a červenou maku). Sušená bulva může obsahovat vedle silně biologicky aktivních přírodních látek až 16 % proteinů, přičemž významně jsou zastoupeny aminokyseliny arginin (asi 95 mg/g proteinu), glutamová kyselina (asi 157 mg/g proteinu), leucin (asi 91 mg/g proteinu), lysin (asi 54 mg/g proteinu), tedy aminokyseliny s imunomodulační a anabolickou účinností, vysoký obsah argininu se prokazatelně příznivě projevuje v procesu spermatogeneze a ovogeneze. Nutričně významné jsou dále obsahy až 59 % sacharidů a polysacharidů (zde lze reálně očekávat obsah polysacharidů s imunomodulační a prebiotickou účinností) a až 9 % vlákniny (hrubé vlákniny). Extrakty se obvykle omezují pouze na standardizaci sekundárních metabolitů rostliny (macaridiny, macaeny, macamidy a alkaloidy macainy), které jsou zdrojem výrazných biologických účinků.

Experimentální pozornost je zejména věnována látkám lipidosterolové povahy a glukosinolátům s estrogenní a androgenní aktivitou. Podávání sušené bulvy nebo vodného extraktu z bulvy u experimentálních zvířat prokazatelně v několika studiích snížilo hmotnost prostaty u indukované hyperplazie prostaty, zvýšilo počet spermií a zlepšilo jejich pohyblivost, mělo také signifikantní stimulační vliv na sexuální chování samců. Preklinické studie mj. nastiňují i okruhy biologických účinků potenciálních pro humánní praxi. K nejcennějším patří výsledky meta-analytického hodnocení čtyř randomizovaných, dvojitě zaslepených a placebem kontrolovaných klinických studií, kde byl na souborech mužů (věk  $36 \pm 5$  let) metodicky sledován vliv na erektilní dysfunkce (International Index of Erectile Dysfunction) a na souborech postmenopauzálních žen (věk  $54 \pm 11$  let) byl metodicky sledován vliv na sexuální dysfunkce (Green Climacteric Scale; GCS). Ve studiích byla po dobu 2 až 12 týdnů podávána denní dávka 1,5 až 3,5 g pomleté, sušené bulvy maky. Autoři přes řadu metodických komplikací pozorovali významné zlepšení sexuálních dysfunkcí u mužů s erektilní dysfunkcí a u postmenopauzálních žen po 6 až 12týdenní suplementaci sušené maky, závažné nežádoucí účinky nebyly pozorovány.

V randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované, zkřížené klinické studii byl na souboru 14 postmenopauzálních žen sledován vliv 6týdenního užívání denní dávky 3,5 g pomleté, sušené bulvy maky na hladiny estradiolu, folikuly stimulujícího hormonu, luteinizačního hormonu a na globuliny vázající pohlavní hormony, autoři nepozorovali v průběhu studie žádné signifikantní změny hladin sledovaných parametrů.

V jiné randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii byl sledován u mužů s erektilní dysfunkcí vliv 12týdenního užívání 2,4 g sušené bulvy na sexuální dysfunkci (dle International Index of Erectile Function a Satisfaction Profile), bylo pozorováno signifikantní zlepšení sexuální výkonnosti. U malého souboru mužů užívajícího po dobu 4 měsíců 1,5 nebo 3,0 g sušené bulvy maky bylo pozorováno zvýšení objemu semene, zvýšení počtu spermií, zlepšení jejich pohyblivosti, a to bez vlivu na hladiny luteinizačního hormonu, folikuly stimulujícího hormonu, prolaktinu, testosteronu a estradiolu. Vliv 2, 4, 8 a 12týdenního užívání denní dávky 1,5 a 3,0 g sušené bulvy maky na hladiny luteinizačního a folikuly stimulujícího hormonu, prolaktinu, 17-alfa hydroxyprogesteronu, testosteronu a 17-beta estradiolu nebyl prokázán ani v dalším klinickém experimentu. Naopak v jiné, randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii s malým souborem zdravých mužů ve věku 21–56 let bylo po 8 a 12týdenním užívání 3,0 g sušené maky prokázáno významné zvýšení sexuální touhy (libida).

(Reference jsou uloženy u autora.)

**Autor je klinický farmaceut, vedoucí aplikovaného výzkumu a vývoje Farmaceutických a analytických laboratoří IINSTITUTU**



ilustrace: O. Fischer, námět: T. Volný

# Na sněmu německých lékárníků

Ve dnech 10.–13. října jsem se v Mnichově jako čestný host zúčastnil Sněmu německých lékárníků. Ten se každoročně koná v prostorách veletržního paláce, kde zároveň probíhá největší evropský farmaceutický veletrh – Expopharm. Ten se letos uskutečnil na rozloze 30 tisíc čtverečních metrů za účasti 515 vystavovatelů, jejichž expozice a doprovodný program přišlo zhlédnout více než 27 tisíc návštěvníků.

Dr. Jiří Dlouhý, čestný člen ČLnK

Hned při příchodu na Expopharm 2012 mě zaskočila totální absence výrobců originálních léčiv. Ze známých producentů generik (ta jsou přitom v Německu zastoupena ze 70 %) zde vystavovali pouze Hexal, Ratiopharm, Sanofi-Aventis a naše Zentiva. Značná byla naopak účast dovozců léčiv ze zemí s nižšími cenami léčivých přípravků na recept než jaké jsou v SRN, kteří zřejmě zažívají „zlaté časy“.

Sněm německých kolegů zahájil prezident ústředí všech 16 lékárnických komor (ABDA) Heinz-Günter Wolf, který uvedl, že každá z řady zdravotnických reforem minulých let přinesla německým lékárníkům ekonomické zatížení a přinutila je převzít nové, nákladné úkoly bez jakékoli finanční kompenzace. Navíc přicházejí další požadavky, které vůbec nesouvisejí s odbornou činností lékárníků – např. inkaso slev od výrobců a realizace smluv o slevách. Přenesení těchto prací na segment lékárenství přináší zdravotním pojišťovnám miliardové úspory, lékárníkům naopak jen práci. Věci došly tak daleko, že prakticky každý pracovní den navždy ukončí činnost jedna německá lékárna. Je zde také neustálá snaha EK o zavedení lékárenských řetězců ve všech zemích EU a v neposlední řadě pokusy různých zájmových skupin o přeměnu osvědčených postupů zásobování léčiv ke svému finančnímu prospěchu. Jde o např. o paralelní dovozy ze zemí s nižšími cenami léčiv nebo o přeshraniční zásilkový obchod.

V diskuzi na Sněmu německých lékárníků vystoupila také opozice tvořená přibližně dvacítkou především mladých

kolegyň a kolegů. Hlasitě protestovali proti „zkostnatělým strukturám“ v ABDA, ale nebyli schopni své námítky konkretizovat ani navrhnout nějaké kroky ke zlepšení kritizovaného stavu, stejně jako nebyli ochotni pracovat v místně příslušných grémiích.

V Německu je na 21 500 lékáren včetně zařízení, jež jsou obdobou našich výdejen. Pracuje v nich 150 000 zaměstnanců.

Z celkového počtu 59 300 lékáren (68% zastoupení) a lékárníků působí 48 700 kolegyň a kolegů ve veřejných lékárnách, z toho 17 600 jako jejich vedoucí (ženy 45,8 %).

Celkové roční náklady na zdravotnictví dosahují 180 miliard eur, z toho připadá 27 miliard eur na léčiva na recept a 4 milardy eur na OTC přípravky.

V léčivech na recept, jež denně expedují německé lékárny, jsou ze 70 % zastoupena generika.

V Německu se lékárníci (spolu s lékaři, hasiči a policisty) dlouhodobě umisťují na některém z prvních čtyř míst oblíbenosti u veřejnosti.

Spolkový ministr zdravotnictví mě ve srovnání s tím, co od představitelů MZd někdy slyšíme na sjezdech naší komory, překvapil perfektní orientací v lékárenské problematice. Svůj projev k delegátům uvedl pohledem na země, jejichž zdravotnictví se potýká s většími problémy než SRN. Zmínil např. Nizozemsko, které zažívá liberalizaci cen léčiv nebo Českou republiku, kde řetězce způsobují soukromým lékárnám existenční potíže. Ve srovnání s nimi vyzdvihl osvědčený způsob zásobování

obyvatel léčiv v Německu s léčivými přípravky přístupnými pouze v lékárnách jako zboží zvláštního druhu.

Diskuzi na téma Lékařník jako rádce pacientů v komunikační společnosti delegáti reagovali na mediální záplavu informací o léčivech, dopadech tohoto stavu na chování pacientů a jeho odrazu v požadavcích na informační postupy lékárníka. Zejména internet, plný různých informací z oblasti péče o zdraví, skýtá nejen užitečné rady, ale koluje po něm také spousta nepřesností, omylů a smyšlenek. Otevřenou otázkou zůstává, jak se s touto situací mají vyrovnat lékárníci, které charakterizují kompetentnost při řešení odborných problémů, zájem o pacienta a jeho zdravotní stav a diskretnost.

Program sněmu zahrnoval i tzv. politickou diskuzi, do níž přijali pozvání členové zdravotního výboru německého parlamentu ze všech pěti parlamentních politických stran. Opět mne překvapilo, jak jsou němečtí politici „v obraze“, pokud jde o lékárenství. Hovořilo se i o problémech menších měst a vesnic na území bývalé NDR, kde se stále prohlubuje již dnes citelný nedostatek lékařů s negativním dopadem na existenční podmínky lékáren. Zástupci všech politických stran bez rozdílu se dále jednoznačně postavili za vlastnictví lékáren pouze lékárníky a proti povolení činnosti lékárenských řetězců. Reprezentant SPD k tomu dodal, že němečtí sociální demokraté prosazují myšlenku tzv. lékárnického honoráře, poněvadž lékárníci jsou nositeli zdravotních služeb, které mají být správně odměňovány. Členové zdravotního výboru německého parlamentu napříč stranami neměli problém ani s otázkou, co hodlají prosazovat pro budoucnost lékárenství: Zapojení lékárníků do odborného poradenství, posílení soukromého vlastnictví lékáren a omezení internetového zasílatelství jen na OTC přípravky.

Z našeho pohledu můžeme německým kolegyním a kolegům jen závidět. Jsou váženými a uznávanými občany, mají podporu politiků, jsou pevně zakotveni ve veřejném životě a především – mají oprávněný pocit, že jsou pro společnost potřební.

**T**aké v posledním měsíci roku si připomeneme světové dny sponzorované Světovou zdravotnickou organizací WHO. Jsou to Světový den boje proti AIDS a Mezinárodní den lidských práv. Ze světových dnů podporovaných WHO pak Mezinárodní den osob se zdravotním postižením a z dalších Světový den alergie.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

# Světové dny WHO prosinec

## Mezinárodní den osob se zdravotním postižením

Mezinárodní den osob se zdravotním postižením/Mezinárodní den zdravotně postižených (International Day of Persons with Disabilities, IDPW/International Day of Disabled Persons) si připomínáme každého 3. prosince od roku 1981, který byl valným shromážděním (VS) OSN vyhlášen za Mezinárodní rok zdravotně postižených osob. Jeho nejvýznamnějším výstupem bylo přijetí Světového akčního programu na podporu osob se zdravotním postižením (World Programme of Actions concerning Disabled Persons) v roce 1982. Hlavní myšlenkou bylo zrovnoprávnění příležitostí definované jako právo osob se zdravotním postižením na plnohodnotnou účast ve všech aspektech života společnosti, na rovnoprávné postavení a podmínky včetně rovného podílu na zlepšování úrovně plynoucí ze společensko-ekonomického rozvoje. Období let 1983–1992 bylo OSN prohlášeno za Dekádu osob se zdravotním postižením a vytvořilo časový rámec, během něhož by měly vlády zavést a uplatnit aktivity doporučené Světovým akčním programem.

V roce 1992, na závěr dekády, VS OSN prohlásilo 3. prosinec za Mezinárodní den osob se zdravotním postižením. Týká se lidí postižených fyzicky, smyslově, duševně či mentálně. V České republice si tento den připomínáme od roku 1993.

Každoročně se vyhláší pro IDPW konkrétní téma, které určuje oblast, na niž má být zaměřena hlavní pozornost v příštím období. Témata posledních let uvádíme v tabulce.

Dne 3. prosince 2001 ministři práce a sociálních věcí členských zemí Evropské unie jednomyslně schválili rozhodnutí vyhlásit rok 2003 Evropským rokem zdravotně postižených občanů (European Year of People with Disabilities/European Year of Disabled Citizens). Článek 26 Listiny základních práv EU uznává právo zdravotně posti-

žených na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti. Osoby se zdravotním postižením dnes představují více než 15

procent obyvatel EU. Jinak řečeno, každý šestý člověk v EU, tedy úhrnem přibližně 80 milionů osob, má nějakou formu zdravotního postižení.

## Enable = Dát možnost

Symbolem Mezinárodního dne osob se zdravotním postižením je slovo **enable** (anglicky „dát možnost“), které má osobám se zdravotním postižením vyjadřovat podporu jejich práv a důstojnosti a ochotu hájit jejich zájmy. Symbol modré barvy se skládá z azimutální ekvidistantní projekce zeměkoule vystředěné na Severní pól a obklopené olivovými ratolestmi.

## Další symboly

Za další symboly skupin zdravotně postižených občanů můžeme považovat například mezinárodní symbol přístupnosti (modrý čtverec s bíle vyobrazenou stylizovanou postavou na invalidním vozíku). Autorkou popsaného piktogramu, který zvítězil ve výtvarné soutěži vyhlášené roku 1968 mezinárodní federací Rehabilitation International, byla dánská studentka designu Susan Koefoed.

U nás se definice mezinárodního symbolu přístupnosti poprvé objevila ve vyhlášce č. 53/1985 Sb.).

Dále je tu mezinárodní symbol hluchoty (modrý čtverec s bíle vyobrazeným diagonálně přeškrtnutým ušním boltcem), symbol označující zařízení nebo prostor pro zrakově postižené (modrý obdélník s bíle vyobrazenou krácející postavou s dlouhou holí). Mezinárodní symbol pro slepotu představuje bílá hůl.

## V České republice

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP ČR) vznikla v roce 2000 dohodou organizací občanů se zdravotním postižením a dnes je největším zástupcem organizací osob se zdravotním postižením v České republice. Sdružuje 112 členských organizací, které reprezentují přes 300 000 občanů se zdravotním postižením. Rada je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Základním posláním NRZP ČR je obhajoba, prosazování a naplňování zájmů a potřeb zdravotně postižených občanů, a to na základě společného rozhodnutí organizací zdravotně postižených. Snahou NRZP ČR je prosazovat zájmy občanů se zdravotním postižením ve spolupráci a součinnosti s veřejnými institucemi, orgány státní správy a samosprávy v ČR i s mezinárodními organizacemi.

Rok	Téma
2004	Nic o nás bez nás.
2005	Práva osob se zdravotním postižením.
2006	Přístup osob se zdravotním postižením k informačním technologiím.
2007	Řádnou práci pro osoby se zdravotním postižením.
2008	Úmluva o právech osob se zdravotním postižením: Důstojnost a spravedlnost pro všechny z nás.
2009	Posílení postavení osob se zdravotním postižením a jejich organizací po celém světě.
2010	Dostát slibu: Zahrnout otázku zdravotního postižení do Rozvojových cílů tisíciletí v nadcházejících letech.
2011	Společně pro lepší svět pro všechny: Zahrnutí osob se zdravotním postižením do rozvoje společnosti.
2012	Odstraněním bariér vytvoříme všem dosažitelnou a přístupnou společnost.

# České lékárenství 1948–1989 (II.)

Lékařská péče je dnes poskytována v síti lékáren, jejichž počet se za uplynulých deset let podstatně zvýšil a vedou se diskuse o účelnosti jejich rozmístění i počtu. Předtím se tvorba sítě lékáren neřídila principy tržního hospodářství, ale potřebou dostupnosti lékáren pro zdravotnická zařízení, pacienty a obyvatelstvo.

RNDr. PhMr. Vladimír Jeřábek, důchodce



Systémově se snaha o účelnou síť lékáren opírala o tyto principy:

- dosáhnout účelné návaznosti lékáren na zdravotnická zařízení na úrovni nemocnic, poliklinik a zdravotnických středisek,

- dosáhnout koncentrace odborných lékárenských činností v duchu zásady, aby každá lékárna neskladovala a nepřipravovala všechny druhy léků, ale aby určité práce a činnosti byly soustředěny do lékáren specializovaných či specializovaných zařízení lékárenské služby (např. galenických laboratoří) snadno dostupných,

- dosáhnout takového stavu, aby každý občan měl svoji lékárnou snadno dostupnou.

Po vytyčení uvedených zásad se postupně dařilo zřizovat nové, případně modernizovat stávající lékárny na venkově a v menších městech, a to přímo ve zdravotnických zařízeních (jak bylo stanoveno právním předpisem) nebo v jejich těsné blízkosti. Avšak zejména v centrech velkých měst se nedařilo dosáhnout lepší úrovně při poskytování lékárenské péče (zvýšováním počtu lékáren a rozšířením stávajících) a snahy o zlepšení kvality poskytovaných služeb, zejména odstranění velkých front pacientů čekajících na lék, narážely na mnohé potíže. Jedním z hlavních důvodů byly těžko splnitelné požadavky na plochy lékáren (prostorové vybavení) stanovené právním předpisem. Tehdy největší část plochy lékáren zabíraly sklady z důvodu povinnosti udržovat tříměsíční zásoby léků. Dnešní požadavky na prostorové vybavení lékáren základního typu i lékáren s odbornými pracovišti jsou několikrát menší a zřízení nové lékárny i z tohoto důvodu snazší.

Posledním záměrem tehdy platné koncepce lékárenství bylo budování lé-

kárenských center v krajích i okresech jako lékárenských zařízení soustřeďujících činnosti odborné i ekonomické – lékárnou nejvyššího typu, samostatnou galenickou laboratoř, kontrolní laboratoř, lékárenské oddělení zabývající se organizací lékárenství, provozem lékáren, plánováním potřeby léčiv, ekonomikou lékárenství, sociálními aspekty pracovníků. V těchto centrech nacházeli uplatnění krajské a okresní odborníci v lékárenství.

Z těchto pohledů je dnes, v době velkého nárůstu počtu nových lékáren, splněn první a třetí požadavek, i když motivace pro splnění tehdejších záměrů je odlišná.

Zvláštní ekonomické postavení lékárenské služby v Ústavech národního zdraví formou tzv. příspěvkové organizace umožňovalo (s výjimkou investic) značně samostatné jednání vedoucím pracovníkům. Bohužel tato ekonomická forma lékárenství v letech 1985–86 zanikla převodem na organizaci rozpočtovou.

Vyslovím svůj názor na tuto problematiku: v lékárenství mohla zůstat zachována krajská a okresní lékárenská centra, právně i ekonomicky samostatná zařízení, která by lékárnám mohla být přínosná po stránce odborné, ekonomické i právní a mohla se stát partnery lékárnické komory v okresech.

Funkčně, nikoli organizačně, navazovala síť lékáren na síť ostatních zdravotnických zařízení. **Funkčních typů lékáren bylo pět:**

- lékárna při obvodním zdravotnickém středisku (pro dva až tři lékařské obvody),
- lékárna při samostatné poliklinice,
- lékárna při nemocnici s poliklinikou I. typu,
- lékárna při nemocnici s poliklinikou II. typu (okresní),

- lékárna při nemocnici s poliklinikou III. typu (krajská).

Tyto funkční typy se lišily velikostí, prostorovým i dispozičním řešením, personálním, a dále přístrojovým a dalším věcným vybavením.

Organizačně tvořily lékárny v Ústavech národního zdraví jeden celek – samostatné začlenění zařízení ústavu –

Zvláštní ekonomické postavení lékárenské služby v Ústavech národního zdraví formou tzv. příspěvkové organizace umožňovalo (s výjimkou investic) značně samostatné jednání vedoucím pracovníkům. Bohužel tato ekonomická forma lékárenství v letech 1985–86 zanikla převodem na organizaci rozpočtovou.

Vyslovím svůj názor na tuto problematiku: v lékárenství mohla zůstat zachována krajská a okresní lékárenská centra, která by lékárnám mohla být přínosná po stránce odborné, ekonomické i právní a mohla se stát partnery lékárnické komory v okresech.

Lékařskou službu, okresní nebo krajskou. V čele s okresním, resp. krajským lékárníkem, který byl současně ředitelem tohoto zařízení a okresním, resp. krajským odborníkem pro lékárenství. Obecně byl tehdy celý systém poskytování zdravotní péče koncipován tak, aby na sebe postupně navazovaly zdravotnické služby od základních (poskytované obvodními lékaři) přes služby odborné ambulantní až po lůžkové I., II. a nejvyšší III. typu. Stejně tak byl omezen sortiment léků v příslušných funkčně zařazených lékárnách a skladba léčiv odpovídala požadavkům lékařů příslušného spádového zdravotnického zařízení.

Tak se stalo, že lékárna s velkým provozem, vysokými výkony, ale bez funkční návaznosti na lékařské zařízení, byla funkčně lékárnou základního typu. Proto bylo nutné respektovat míru zatížení každé lékárny zvláštními vyhláškami.

(Pokračování)



## Projekt České lékárnické komory PODPORA STUDENTŮ FARMACEUTICKÝCH FAKULT NA ZAHRANIČNÍCH STÁŽÍCH V LÉKÁRNÁCH

# Na praxi ve francouzské lékárně

Jako studentka čtvrtého ročníku Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové jsem v rámci Students Exchange Programme v létě absolvovala praxi v zahraniční lékárně. Na základě přihlášky jsem byla vybrána do Francie, kde jsem strávila pět týdnů v lékárně v Nantes. Toto nádherné město leží přibližně 50 kilometrů od pobřeží Atlantiku na severozápadě země.

Část povinné praxe jsem absolvovala v menší veřejné lékárně. Nachází se v nové obytné čtvrti na periferii města, ale díky věrnosti pacientů v ní bylo stále rušno. Kromě vedoucí lékárnice a zároveň majitelky zde pracovala ještě asistentka, další lékárnice vypomáhala v době letních dovolených. Majitelem lékárny ve Francii může být jedině vystudovaný farmaceut. Nenajdeme tu žádné lékárenské řetězce. Omezen je i celkový počet lékáren, kdy jedna připadá na 2 500 obyvatel.

### Asistenti i na předpis

Překvapením pro mne bylo, že farmaceutičtí asistenti mohou ve Francii vydávat léčivé přípravky vázané na lékařský předpis, jen musí být v lékárně přítomna i magistra. Rozdělení výdeje na volný prodej a výdej na předpis byste hledali marně, stejně jako lékárníky v bílém. Žádný „dress code“ zde neplatí, všichni chodí oblečení civilně, ale vkusně, jmenovka je samozřejmostí.

Také vybavení lékárny mělo do našich, obvykle bílých, daleko. Interiér byl barevný a působil velmi útulně. Otevírací doba byla na naše poměry neobvyklá od 9 do 12.30 a od 14 do 19.30 hodin. Otevřeno bylo i v sobotu dopoledne. Francouzské zákony studentům nedovolují pracovat více než 30 hodin týdně, proto jsem v lékárně mohla být pouze ve všední dny a odcházela v průběhu odpoledne, což mi umožňovalo poznávat krásy města a podnikat výlety po okolí.

V průběhu mé praxe léky na recept značně převažovaly nad OTC příprav-



ky. Rovněž francouzský recept se značně liší od českého – formát A4, většinou psaný ručně, rozdělen na dvě části. V první jsou léky plně hrazené pojišťovnou, zejména na léčbu chronických onemocnění (astma, Parkinsonova choroba, diabetes), ve druhé ostatní. Platnost receptu je tři měsíce, ale vydat lze vždy jen počet balení nutný pro měsíční léčbu. Originál receptu se vrátí pacientovi a kopie uschová v lékárně. Úhrada léčivých přípravků je také odlišná, všichni pacienti mají sociální zabezpečení (Securité sociale) a dále existuje systém připojištění (zejména Mutuelle), díky kterému mají Francouzi většinu léků bez doplatku. Za velmi užitečnou považuji tzv. Carte Vitale, čipovou kartu, kterou musí pacient předložit a podle níž lékárník zjistí, jaký typ pojištění dotyčný má, najde tam i historii farmakoterapie apod. Dispensace samotná trvá podstatně déle než jsme zvyklí u nás. Čekající pacienti to respektují a jediný, kdo si na čekání stěžoval, byla shodou okolností česká turistka.

### Generika mají zelenou

Moji pracovní náplň tvořil především příjem zboží, zpracování objednávek a ukládání přípravků do zásoby. Protože lékárna spolupracovala s místním domovem důchodců, připravovala jsem

léky také pro ně. Zajímavé bylo, že za celou dobu mé praxe obdržela lékárna pouze jednu magistraliter přípravu, které jsem se s radostí ujala. Musela jsem se ovšem pousmát nejen nad archaickým strojkem na přípravu dělených prášků, který v lékárně používali, ale i nad tvrzením, že mnou popisovaný modernější strojek (jaký máme ve škole) nikdy neviděli.

Ve Francii je velmi rozšířená generická substituce. Z léčivých přípravků, které jsem přijímala, tvořila 90 % generika. Narazila jsem dokonce na Zentiva Diclofenac, ale převažovaly místní generické firmy. Velký zájem byl o homeopatie, dokonce ještě větší, než jsem vzhledem k francouzskému původu firmy Boiron očekávala. Kromě homeopatie byly velmi žádané i různé éterické oleje.

Po seznámení s provozem lékárny jsem už v průběhu prvního týdne pracovala samostatně a vzhledem k velkému objemu léků, které jsem denně přejímala, jsem měla dobrý pocit, že významně přispívám k bezproblémovému chodu lékárny. Domů jsem si přivezla spoustu zážitků a na pobyt v Nantes budu ráda vzpomínat.

Jana ŠINDELÁŘOVÁ

**J**sme v obrovském nemocničním komplexu o rozloze kilometr krát kilometr. Do nemocniční lékárny nás vede místní student, který nám má v náš první den přeložit pravidla chování, bezpečnosti a hlavně nás představit. Netrvá dlouho a ztrácíme se v bludišti uliček a odboček. Naštěstí je nablízku orientační tabule, takže po chvíli lékárnu najdeme. Míříme rovnou k vedoucí. Vřelé přivítání, pár oficiálních frází a pak ta zajímavější část. Nejprve trochu teorie a historie a poté už prohlídka lékárny.

Lékárna zaujímá, v součtu všech tří pater, rozlohu přibližně 2 000 m<sup>2</sup>. Zaměstnanců je padesát – 15 farmaceutů, 15 farmaceutických technologů, 2 inženýři a 18 bez vyššího vzdělání. Lékárna má několik oddělení:

- Jedna místnost je vyhrazena pro narkotika, která jsou držena zvlášť v trezorové místnosti. Sklad je veden elektronicky, ale po zkušenosti s poruchou zde nyní vedou i papírovou knihu.

- Jedno oddělení přepočítává dávky pro nedonošené děti, aby je lékaři nepředávkovali; také jim radí správné dávkování. Spolupráce údajně funguje dobře, zejména s mladými lékaři, kteří se bojí udělat zbytečnou chybu a pak být taháni po soudech. Jde tedy v podstatě o klinickou farmacii.

- Oddělení přijímající darované léky od firem (registrované i neregistrované), které skladuje a poté po domluvě s lékařem poskytuje pacientům (měsíc až dva zdarma; pak si je pacient třeba pořízuje sám, případně je musí po roce či dvou nemocnice začít kupovat od firmy).



- Oddělení, kde se plní fyziologické a další roztoky (natrii chlorid 0,9%,...) do malých i velkých skleněných lahví (denně i několika tisíc) pro zásobování celé nemocnice. Oddělení je pod přísnou hygienickou kontrolou, takže je nutné sterilitu prostředí.

- Analytická laboratoř kontrolující jak dodávané materiály, tak výstupní produkty.



## Co jsem poznal v litevském nemocničním komplexu

- Oddělení ekonomiky, účetnictví, administrativy.

### Finance a dokonalý přehled

Můj hlavní zájem se soustředil na spolupráci nemocnice a lékárny z finančního hlediska. Každé oddělení v nemocnici má svůj vlastní rozpočet (částka na pacienta; největší rozpočet má onkologie). Výdaje na léky jdou každý den z jednotlivých oddělení do statistického centra, kde provedou kalkulaci a výsledek odešlou do lékárny. Pokud je nemocniční oddělení v minusu, musí o dalším postupu rozhodnout ředitel a do oddělení je vyslána komise, aby zjistila příčiny. Vedoucí lékárny konstatovala, že popsaný postup je sice spojen se značným „papírováním“, ale na druhé straně se vyplatí – o všem je tu dokonalý přehled a v případě nedorozumění, chyb apod. není problém cokoliv dohledat. Tyto dokumenty se musejí skladovat rok pro běžné přípravky a tři roky pro speciální skupiny léků (narkotika, alkohol, klonidin, nandrolon ad.).

Svůj rozpočet lékárna plánuje na rok dopředu. Spadají do něj čtyři základní položky, a sice léky, spotřební materiál, dezinfekce a jehly. V ostatních nemocnicích mají rozpočet na měsíc dopředu, a proto nemohou sledovat dlouhodobé změny. Nadřazenou autoritou je farmaceutické oddělení ve vládě.

Pokud má nemocnice zájem o nové léky, musí lékárna vypsát výběrové řízení. Rozhodující položkou je cena. Když je stejná od obou soutěžících firem, rozhoduje datum poslání nabídky. V případě, že mají lékaři dobrou zkušenost s nějakým specifickým výrobkem, který není v nabídce lékárny, mají možnost si jej přes lékárnu objednat. Musejí však dokázat, že terapeutický efekt je účinnější, že farmakoekonomika je výhodnější (cena za den; léčba 10, nebo 20 dní) a musejí své důkazy potvrdit z důvěryhodných zdrojů.

Klinická farmacie je rozhodně na vyšší úrovni než v Česku. V celé nemocnici je jen jeden klinický farmaceut, který má na starost pouze léčbu antibiotiky a komplikované případy. Jednotlivá oddělení nemocnice mohou používat pouze pět základních ATB. Zbylá ATB slouží jako rezerva, jejíž použití musí schválit příslušný odborník.

Závěrem lze říci, že obě země si mohou vyměnit informace a zkušenosti, a tak přispět ke zlepšení stavu lékařství pro blaho pacienta. Proto jsem si vzal kontakt na vedoucí lékárny a doufám v budoucí spolupráci.

David ČECHLOVSKÝ

# Z měsíční stáže v Massachusetts

Students Exchange Programme je jedinečná příležitost, jak blíže poznat chod farmacie za hranicemi ČR. Zkusila jsem štěstí a byla vybrána na měsíční stáž rovnou za oceán – do amerického Bostonu. Mluvit o farmacii v USA obecně není prakticky možné, protože zákony, pravidla i systém vzdělávání se liší stát od státu. Něco je tu však přece společné – masivní řetězce Walgreens a CVS, ale také pohádkově rozvinutá klinická farmacie a role farmaceuta v nemocnicích vůbec.



Hned po příjezdu mě společně s dalšími stážisty z Irska, Taiwanu a Singapuru přivítali studenti Massachusetts College of Pharmacy and Health Science a ubytovali nás na kolejích v nádherném kampusu univerzity. V rámci každodenního společenského programu jsme měli možnost prodiskutovat, jak to na jejich škole „chodí“. Systém je úplně odlišný už jen tím, že zkoušky jsou písemné a jejich termín společný pro celý ročník. Špičkově vybavené učebny, laboratoře, dokonce i cvičební lékárna, kvalitní knihovna – vše pod jednou střechou včetně kolejí. Individuální přístup, oceňování studentů, prázdninové placené stáže... to vše má vliv na zodpovědnější přístup ke studiu. Nic ale nebývá zadarmo, a v Americe už vůbec ne; každý rok studia přijde studenta na 50 tisíc dolarů. Po šesti letech studenti získají titul „Doctor of Pharmacy“. K ukončení studia není potřeba souhrnná zkouška ani vypracování žádné práce.

## Systém studentských praxí

Studenti si vybírají z široké škály lékáren, nemocničních lékáren, klinik, ne-

mocničních oddělení, managementu lékáren, průmyslu. Celkově za poslední ročník studia vystřídají šest „rotations“, vždy po šesti týdnech. Jednotlivá místa jsou přidělována formou loterie. Student si vybere 10 stáží, proběhne losování a šest z nich mu přidělí fakulta. Stává se však, že los studentovi nepřeje a musí na svou praxi dojíždět třeba hodinu a půl za město. Každopádně má tento systém hodně do sebe, jako vystudování farmaceuti nemáme přece jedinou volbu povolání, a to jít do lékárny. Možností je víc a vyzkoušet si je během povinné praxe představuje asi nejlepší způsob jak přijít na to, co komu vyhovuje nejlépe. Ve státě Massachusetts musejí mít studenti 1 000 hodin neplacené praxe, aby se mohli stát doktory farmacie. Získávají je právě během 36 týdnů uvedených „rotations“. Dříve bylo k doktorátu potřeba dalších 500 hodin (už placených), které student musel odpracovat ve volném čase či prázdninách, a to už od třetího ročníku studia. Tento systém stále funguje v některých jiných státech USA. Pokud student například vystuduje v Bostonu a po ukon-

čení studia se vrátí domů, do jiného státu, kde jsou požadavky na vzdělání jiné, musí si nejdřív odpracovat zbylé hodiny, aby dorovnal rozdíl. Teprve pak může začít pracovat jako farmaceut na plný úvazek.

## Od chipsů po osušku

Také v massachusettských lékárnách najdeme spoustu odlišností ve srovnání s tím, nač jsme zvyklí v našich poměrech. Ve městě narazíte doslova na každém rohu na lékárny řetězců CVS nebo Walgreens. Jejich vnitřek vás uvítá dojemem supermarketu; ostatně tam také koupíte téměř vše od chipsů po plážovou osušku. Lékárna samotná tam však má vlastní ohraničený prostor a dostane se vám v ní kvalitní péče. Každý pacient má v daném řetězci svou vlastní kartu s lékovou anamnézou, popřípadě dalšími informacemi. Komunikace lékaře s lékárníkem je samozřejmostí, proto nedochází k tolika duplikacím nebo k vydání nevhodných léků. Pacienti jsou zvyklí navštěvovat lékárny jednoho řetězce, pokud se však rozhodnou pro změnu, je stávající lékárna povinna poslat veškerou pacientovu dokumentaci do nové.

## Nemocniční lékárny

Nemocniční lékárny jsou tradičně situované v přízemí či dokonce v suterénu a běžní pacienti do nich nemají přístup. Poslední týden stáže jsem strávila v Mount Auburn Harvard Teaching Hospital. Měla jsem možnost poznat chod nemocniční lékárny, ale také se coby klinický farmaceut dostat na oddělení s jednotkou intenzivní péče. Ráda bych v této souvislosti zmínila pár zajímavostí, které v našich lékárnách neuvídíte. V USA se léky na předpis neprodávají v originálních baleních, pro pacienty se připravují přesné dávky do plastových tub se štítkem, na kterém je jméno pacienta, název léku a užívání. Léky posílané na oddělení jsou kontrolovány a poté označeny čárovým kódem. Před každým podáním léku zdravotní sestra na oddělení načte speciální čtečkou kód přípravku, čímž je překontrolováno, zda pacient dostává správný lék i jeho správnou dávku. Informace jdou rovnou do softwaru v lékárně a umožňují přehled o tom, zda probíhá vše jak má. Při přípravě infuzí a vaků se



každý krok, každé přidání léčiva/média dokumentuje fotografií a pro zpětnou kontrolu ukládá do počítače.

Každá lékárna má také své klinické farmaceuty, kteří působí na jednotlivých odděleních a dohlížejí na medikaci všech pacientů. Pracují s týmem lékařů a stážistů, mají přístup ke všem výsledkům vyšetření pacientů, aktivně komunikují a diskutují léčbu, v případě potřeby vyhledávají data ve vědeckých databázích. Role klinického farmaceuta má v amerických nemocnicích již vybudovanou tradici.

### Na klinice „pro chudé“

Během stáže jsem měla možnost navštívit i kliniku pro pacienty bez domova či ve finanční tísní. V Massachusetts je povinné zdravotní pojištění, lidé bez finančních prostředků mohou požádat o státní pojištění (Masshealth, formulář se musí obnovovat každých 6 měsíců). S ním se jim dostane poměrně kvalitní zdravotní péče. Také zde je možné objednat se na konzultaci k farmaceutovi, který má plný přístup k dokumentaci pacienta a při konzultaci píše záznamy přímo do pacientovy karty. Doktorka farmacie, se kterou jsem měla možnost kliniku navštívit, se specializovala na pacienty s HIV. Na každou konzultaci s pacientem se pečlivě připravila, prošla jeho záznamy, přichystala si schéma pro vedení diskuze a navíc, vzhledem k problémovosti klientů této kliniky,

se včas telefonicky ujistila, že pacient na konzultaci dorazí. Během konzultace probrala s pacientem jeho nemoc, compliance, zda zná své léky (k dispozici měla k dispozici vzorník s replikami

příslušných tablet), dále jeho přidružené nemoci, životní styl i další problémy. To pro mne byl jedinečný příklad, že konzultace s farmaceutem nemusí vždy probíhat pouze v lékárnách, kde na to často není čas ani vhodný diskretní prostor, ale mohou najít své místo přímo na klinikách a jiných zdravotnických zařízeních.

Zahraniční stáže jako právě SEP jsou skvělou zkušeností pro každého z nás. Poznání toho, co ve své zemi neuvídíte, ať už v dobrém či špatném, je vždy inspirující a v budoucnu může přispět k inovaci i v našich lékárnách. Jsem vděčná studentům MCPHS v Bostonu, kteří vybrali právě mne, za jedinečnou možnost absolvovat komplexní a skvěle připravenou stáž.

**Gabriela VALETOVÁ**  
Students Exchange  
Officer 2011/12

SČSF VP pro zahraničí 2011/12

## Zkušenosti z lékárenské praxe v exotické Indonésii

Studuji pátý ročník Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové a v rámci projektu IPSF Students Exchange Programme jsem se vydal strávit měsíc lékárenské praxe do exotické Indonésie. Indonéská republika se nachází na velkém množství ostrovů v jihovýchodní Asii, více než polovina obyvatel žije na Jávě.

Populací 240 milionů se jedná o čtvrtý nejlidnatější stát na světě. V Indonésii je mnoho etnických a jazykových skupin, úředním jazykem je indonéština. Přibližně 85 procent Indonésanů se hlásí k islámu.

Zdravotnictví je v Indonésii velmi odlišné od českého. Není zde žádné povinné zdravotní či sociální pojištění, zdravotnictví je decentralizované do 33 provincií, a dále do okresů a obcí. Decentralizace proběhla v roce 1998 po velké krizi spojené s obří inflací. Nepo-

jištění pacienti si hradí všechny náklady na zdravotní péči sami. Pokud je pacient pojištěn a požadovaná léčiva jsou hrazena z jeho pojištění, pojišťovna obvykle hradí plnou cenu.

Z hlediska zdravotního pojištění se dnes nabízí několik možností:

- Státní pojišťovna ASKES poskytující program ASKES pro státní zaměstnance, úroveň pojištění je dána pracovní pozicí a je hrazena procentem z platu, a soukromé pojištění INHEALTH s několika úrovněmi.
- Pojišťovna JAMSOSTEK, která kromě zdravotního zajišťuje také pojištění v případě pracovního úrazu a penzi.
- Pojištění pro sociálně slabé JAMKESMAS (centrální vláda) kryjící větší výdajů, JAMKESDA (provincie nebo město) a JAMKESOS (nestátní organizace).

*Pokračování na další straně*

**Projekt České lékárnické komory PODPORA STUDENTŮ  
FARMACEUTICKÝCH FAKULT NA ZAHRANIČNÍCH STÁŽÍCH V LÉKÁRNÁCH**



*Pokračování z předchozí strany*

### **Cesta k farmaceutickému vzdělání**

Vysokoškolské vzdělání v Indonésii není bezplatné a školné je závislé na univerzitě. Systém farmaceutického vzdělání je blízký britskému. Jeho základ tvoří čtyřleté bakalářské studium zakončené titulem „S.Farm“. Navazující studium (tzv. profesi) je jednoleté, zakončené titulem „Apt“ (apoteker); to volí většina studentů, protože s bakalářským titulem by v lékárně mohli pracovat pou-

ze jako farmaceutičtí asistenti. Profesi je rozdílná podle specializace během bakalářského studia, součástí je praxe měsíc ve veřejné a dva měsíce v nemocniční lékárně (Clinical & Community) nebo v průmyslu (Industry & Science, Traditional Herbal Medicine).

V Indonésii je téměř 11 tisíc lékáren s velmi rozdílnou hustotou sítě podle zalidnění. V odlehlých částech, kde je složitější najít lékárnou, mají lékaři ve své ordinaci i některá léčiva. Ta mohou vydávat pouze ve spojení s patřičnou diagnózou. Toto je však praktikováno i nelegální cestou, a nejen v odlehlých oblastech. Na majitele lékárny zde nejsou žádné požadavky, vedoucím lékárníkem se tu může stát i absolvent. Největším lékárenským řetězcem je KIMIA FARMA vlastněná státní organizací společně s výrobcem léčiv KIMIA.

### **Stříhání blistrů**

Moje praxe se odehrávala ve městě Yogyakarta na ostrově Jáva ve veřejné

lékárně nejstarší a největší univerzity v Indonésii Gadjah Mada (UGM), jež byla mou hostitelskou univerzitou. Navštívil jsem také nemocniční lékárnou, která kromě centrálního skladu a přípravy cytostatik byla rozdělena na přibližně 20 satelitních lékáren na každém patře budov nemocnice. V každém tomto satelitu byl jeden farmaceut, farmaceutický asistent a úředník. Nemocnice nepůsobila zrovna čistým dojmem, nejvíce mne překvapilo malé kotě uvnitř budovy. Léčiva se v Indonésii nevydávají v baleních, ale na počet kusů (např. tablet, čípků). Odstřihují se z blistrů nebo stripů a poté uzavírají do plastového sáčku s předtištěnou etiketou, která obsahuje také dávkování, vztah k potravě, expiraci, skladování.

Zkušenost z indonéského prostředí vnímám jako velmi zajímavou jak z hlediska lékárenství, tak pro celkově odlišnou kulturu a způsob života. Je to velká a různorodá země plná příjemných lidí a nabízející spoustu nevšedních zážitků.

**Tomáš KRÍŽ**

## Jak dobře vyzrát na insomnii

Insomnie (nespavost) je porucha spánku, při níž jedinec nemůže usnout nebo se v spánku často probouzí. Insomniak je člověk trpící insomnií.

Byl jsem nedávno na hodně zajímavé přednášce o spánku. Velice fundovaná paní doktorka a pan docent přednášeli o snu.

Moc se mi tam líbilo, byl jsem tam s mou nejlepší kamarádkou a oba jsme byli vděčnými posluchači. Dozvěděli jsme se o fázích spánku, všechno o jeho plytkosti a hloubce. Také vše o nespavosti a poruchách spánku.

Vybavuji si teď staříčkový vtíp. Povídá paní v lékárně: Prosila bych něco na spaní. Lékárník jí říká: Postele mají vedle v nábytku, milostivá!

Inu, po dvou hodinách jsme se vzdělali navíc v historii léků na spaní a nejnovějších trendech v léčbě nespavosti. Také jsme slyšeli snad vše o spánkové hygieně.

Prostě od opia až po melatonin.

Celou dobu jsem ale čekal, zdali zazní něco jako prachová peřina, duté vlákno nebo usínání v milující náruči, usínání po vášnivém sexu. A nedočkal jsem se.

Pro milou paní doktorku to vše byla asi ta spánková hygiena. Brr.

Psal jsem kdysi o mém kocourovi Felixovi a o tom jak uměl dávat zpětnou vazbu. Miloval a byl milován. Psal jsem i o tom, jak jednoho dne odešel a zůstalo po něm červené srdíčko v misce. Psal jsem také o tom, že už mám nového kocoura Theodora a jak mi jako kotě spí v náruči.

Proto vím, že léky na spaní jsou jedna strana nespavosti, ale pořádná postel a milující náruč je strana druhá. A nemusí to být náruč lidská.

A teď si představte, že navštívíte s poruchou spánku svého psychiatra, on vás vyšetří a napíše recept. Vy si pak dojdete do lékárny a pan lékárník vám na recept podá přepravku s kocourem, jako lék na spaní. Zní to absurdně, ale ve většině případů by opravdu bylo po nespání.

Sám osobně vím, o čem píšu. Usínám s Theodorem na polštáři a ráno mne probouzí vrněním pod mou peřinou.

A teď když se snažím psát, hádejte kde je? Spí v mé posteli.

P.S. V té přepravce od pana lékárníka nemusí být kocour, může tam být třeba pes! Nebo had! Inu, co kdo má rád!

P.P.S.: Marketingově doporučuji lékárníkům dohodnout se s nejbližším kočičím útlukem.



**Mgr. Jan POMYKACZ**

Česká farmaceutická společnost  
ČLS JEP  
Spolek moravskoslezských farmaceutů  
pořádají

### CIX. přednáškový večer

Uskuteční se

**12. prosince 2012 v 18.30 hodin**

ve velkém sále Domu techniky  
v Ostravě-Mariánských Horách.

**Téma:** Nová doporučení v léčbě  
chronického srdečního selhání.

Přednáší:

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.,  
Interní klinika kardio-angiologická,  
FNUSA Brno

4 body v CV

## POŠLETE NÁM FOTOGRAFIE?

Na obálkách časopisu jsme už v minulosti měli fotografie současných i historických lékáren, stojatek, předválečné inzeráty, sto let staré recepty, portréty lékárníků, exponáty z Českého farmaceutického muzea v Kuksu a řadu dalších témat. Na nedávné redakční radě se objevil nápad zařadit pro příští rok obrázky zahraničních lékáren, protože lid lékařenský je lidem cestovatelským a jistě se podíval, jak to vedou kolegové jinde ve světě. Jestli jste tedy v zahraničí vyfotografovali zajímavou lékárnu, je jedno, jestli to bude snímek zvenčí nebo zevnitř, a jste ochotni podělit se o ni se svými kolegy – čtenáři ČČL, budeme rádi, když nám fotku pošlete do 20. prosince. Pro tiskovou kvalitu je však nutné, aby měla minimálně 1 MB.

**Díky předem, REDAKCE**

# Pálava aneb Ať každý den stojí za to

Dovolte mi se myšlenkami v těchto podzimních měsících vrátit k letošnímu srpnu. Spolu s příznivci Spolku farmaceutů ve Zlíně a přáteli operace Buchlov ze vzdálenějších koutů země české i moravské jsme podnikli cestu na Pálavu. Konkrétně k jedné z jejích nejvýznačnějších dominant, kopci se zříceninou gotického hradu Děvičky. Chcete-li Dívčích hradů. Představte si pěkný slunečný víkend, zavřete oči, začínáme...

Cestu jsme začali v Pavlově, jsouce přivítáni chlebem, solí a tradičním moravským krojem, posléze byli „nedobrovolně“ označeni modrými a zelenými šátky, čímž jsme se rozdělili na dvě soutěžní skupinky. Vyrazili jsme a po trase plnili, někteří velmi zodpovědně, připravené úkoly týkající se zejména historických a přírodních krás. Navzdory úchvatné krajině, vyhlídky na fascinující Novomlýnské nádrže či majestátní Dívčí hrad, byly pro nás přece jen nejcen-

nějším zážitkem vzájemné osobní rozhovory.

## Od Venuše do sklípku

Zajímavá debata se točila samozřejmě také kolem Věstonické Venuše, jež byla (tedy zvláště pro muže) jistě velkou inspirací; stejně interesantní bylo sledovat, jak ji někteří kolegové – sami po svém – zobrazují.

Vlahý večer jsme začínali ve sklípku s dobrým vínem a pohoštěním, cimbál všem rozvibroval oblast za sternem, zpěvem jsme stvrdili svá přátelství, pokračující přitom v započatých rozhovorech. Zapili jsme také oprávněné vítězství zelených, přes lítost dětí ze skupiny modrých. (My modří jsme ale slíbili následnou odplatu!) Někteří odvážnější z účastníků trávili část večera v bazénu.

## Příští rok na Hostýn

Děkuji všem přátelům, kamarádům a kolegům, kteří se zúčastnili, velmi si toho vážím a těším se s nimi na další

shledání. Je třeba v těžkých časech načerpat pozitivní energii a inspiraci do dalších dní.

Děkuji docentu RNDr. Milanu Žemličkovi, CSc., spectabilis Farmaceutické fakulty Veterinární a farmaceutické univerzity v Brně, že nás poctil svou vzácnou návštěvou, stejně jako prof. RNDr. Ludku Benešovi, DrSc., z Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. (Mimochodem: ten šel pálavskou trasou hned za námi, tudíž byl přítomen alespoň duchovně!)

Speciální dík patří PharmDr. Pavlu Grodzovi, místopředsedovi České farmaceutické společnosti, za projevenou důvěru při organizování Lékárnických dní v Kroměříži; doufám, že jsme ho o ni nepřipravili; posílám mu velkou kytičku květů a dobré víno.

Zdravím vás všechny srdečně a těším se na příští rok na svatém Hostýnu.

**Kateřina SKOPALOVÁ**



## VÝZNAMNÁ JUBILEA

listopad 2012

## 70 let

PhMr. Jana Mouralová (OSL Praha 7)

## 65 let

Mgr. Olga Soukupová (OSL Beroun)  
 Mgr. Marie Nováková (OSL Pelhřimov)  
 Mgr. Věra Koubková (OSL Liberec)  
 PharmDr. Jaroslava Šámalová  
 (OSL Liberec)  
 Mgr. Jana Dvořáčková (OSL Třebíč)  
 RNDr. Milan Nestrojil (OSL Třebíč)  
 RNDr. Marta Pražáková (OSL Vyškov)  
 Mgr. Marie Santariusová (OSL Karviná)

## 60 let

Mgr. Ladislav Hudec (OSL Kolín)  
 Mgr. Iva Spáčilová (OSL Kutná Hora)  
 Mgr. Jiří Vrbka (OSL Mladá Boleslav)  
 Mgr. Drahomíra Záhorková  
 (OSL Strakonice)  
 Mgr. Jarmila Toušková (OSL Plzeň-jih)  
 PharmDr. Eva Dvořáková  
 (OSL Havlíčkův Brod)  
 Mgr. Jindřich Makovička (OSL Jihlava)  
 Mgr. Alena Dreisigová (OSL Vsetín)  
 Mgr. Jarmila Vulterýnová (OSL Praha 9)  
 Mgr. Jindřich Kubesa (OSL Opava)  
 PharmDr. Ahmed El Gindy  
 (OSL Praha 9)  
 Mgr. Ivana Friedrichová (OSL Praha 10)  
 Mgr. Eva Čopová (bez OSL)  
 PharmDr. Anna Bodareau (OSL Vsetín)

## 55 let

Mgr. Jiřina Slachová (OSL Benešov)  
 PharmDr. Hana Erlebachová  
 (OSL Nymburk)  
 PharmDr. Eva Panochová  
 (OSL Jindřichův Hradec)  
 PharmDr. Ivana Pospíšilová  
 (OSL Rychnov nad Kněžnou)  
 PharmDr. Edita Černochová (OSL Zlín)  
 Mgr. Anna Kovaříková (OSL Vyškov)  
 Mgr. Jirka Machová (OSL Ostrava)  
 PharmDr. Vítězslav Fanta  
 (OSL Praha 6)  
 PharmDr. Bohuslav Vodička  
 (OSL Hradec Králové)

## 50 let

PharmDr. Alena Šušková  
 (OSL Benešov)  
 Mgr. Kateřina Koukalová  
 (OSL Karlovy Vary)  
 PharmDr. Zdeňka Vondráčková  
 (OSL Pardubice)  
 Mgr. Jiřka Bílá (OSL Praha 9)  
 Mgr. Lyudmyla Levkovets  
 (OSL Sokolov)  
 PharmDr. Karel Ulrych (OSL Praha 10)  
*Upřímně blahopřejeme!* (člnk)

## Běh pro radost a kondici (XIII.)

V minulém pokračování jsem se stručně zmínil o nutnosti optimálního držení těla. Jakákoliv odchylka znamená nejen nestandardní zapojení dalších svalových skupin, které korigují stav, ale i nadměrnou zátěž, energetické vyčerpání a prodlužování nebo zkracování těchto svalových skupin. Pokud stav trvá dlouho, chybný vzorec zůstane uložen v mozku a obtížně se mění. K nápravě nerovnováhy slouží uvolňovací, protahovací a posilovací cvičení.

Vztahy mezi uvolňovacími, protahovacími a posilovacími cviky připomínají spojitý nádoby. Uvolnění je v přímém protikladu s posilováním. Uvolňovací cviky nejsou proto vhodné před zátěží, kdy potřebujeme dosáhnout zvýšeného svalového napětí. Protahovací cviky neprovádíme zase těsně po výkonu, kdy hrozí nebezpečí poškození šlach, potažmo svalů, které udržují zvýšenou aktivitu ještě dlouho po ukončení zátěže.

Protahovací cviky ale s posilovacími přeje jen souvisí – viz tento příklad: Stoj spojný, patu pravé nohy přitáhneme pravou rukou, až se dotkne hýždě. Přední část stehna je protažena, avšak zadní kontrahována. Při malém počtu opakování jde o rozcvičku, větší počet vyvolává únavu a má účinek spíše posilovací.

Velmi dobrého **celkového uvolnění** lze dosáhnout **šavásanou**, tj. jógovou „pozicí mrtvolky“. Provedení: Leh na zádech na rovné podložce s mírně podloženou hlavou, aby čelo bylo výš než brada, ruce volně podél těla. Začínáme dlouhým, maximálním výdechem ústy. Po něm se soustředíme na co nejdelší plný nádech nosem se zapojením bránice, pupek se lehce zvedá, uvolníme mezižeberní svaly i v oblasti volných žebber. Při správném provedení musíme vnímat, jak se hrudník rozšiřuje, až se naplní i podklíčková oblast. Následuje velmi pomalý výdech ústy. Až se dýchání zautomatizuje, uvolňujeme postupně

svaly od palců u nohy až po oblast krku. Relaxaci provází pocit „propadání se do podložky“.

**Protahovací cviky (strečink)** jsou běžnou součástí rozcvičky. Existují jich stovky. Pomáhají spolu s posilováním upravovat svalovou nerovnováhu. Používáme přitom raději pomalé tahy, nejvýše na hranici bolestivosti, než „sokolské“ hmity. Dříve než vyrazíme na trasu, připravíme tělo na běžecký pohyb krátkou sestavou s počtem asi 5 opakování každého cviku. Začneme např. pomalým šlapáním (liftinkem), chodidla vedeme asi na šířku dlaně od sebe. Současně zapojíme dýchací svaly, při nádechu postupně odspoda naplníme hrudní koš (jako u šavásany), výdech je ale kratší, aktivní. Následuje předklon s výdrží. Po něm podřep, ruce se dotknou podložky a s důrazem na protažení páteře pomalu zvedáme soupaž imaginární činku až do krajní polohy nad hlavou. Přidáme pomalé kroužení trupem i hlavou na obě strany. Zanožíme pravou nohu a při předklonu pomalými došlapy paty na podložku protahujeme zadní partie nohy včetně achilovky. Obě nohy vystřídáme. Nyní usadíme do správné polohy kyčelní kloub – rukou svinutou v pěst na něj zezadu zatlačíme a ze zanožení provedeme běžecký krok dopředu přes patu a zpět do zanožení. Pokračujeme ve stoji spojném; pravou rukou přitahujeme patu pravé nohy až se dotkne hýždě a pak provedeme totéž levou rukou s levou nohou. Přejdeme do stoje rozkročnému a pomalu přenášíme váhu doleva i doprava. Prohřejeme a promasírujeme obě kolena. Po odklusání úvodní části tréninku ještě protažení ve zkratce zopakujeme.

Závěrečný výklus doplníme raději pouze automasáží nohou. Po závodu nebo náročnějším tréninku je vhodné 2 až 3 dny jen volně klusat a masírovat bolavé končetiny. Teprve pak opatrně zkusit strečink.

Nadcházející zimní měsíce využijeme hlavně k budování obecné vytrvalosti delšími běhy nízké intenzity nebo jinými vytrvalostními aktivitami.

Miloš POTUŽÁK

### Za kolegyní doktorkou Ludmilou Davidovou

**S hlubokým zármutkem oznámujeme, že nás po boji s nemocí opustila naše drahá kolegyně PharmDr. Ludmila Davidová.**

**„Dopracovaly pilné ruce, utichlo navždy předobré srdce. Očima se už nepodíváš, teď klidným spánkem odpočíváš. Utichlo srdce, zůstal jen žal, ten, kdo Tě miloval, vzpomíná dál.“**

Za OSL Kladno  
 PharmDr. Martina Belišová



## O ženském studiu farmacie

Ženy v lékárnictví byly by zajisté novinkou. Aspoň u nás novinkou. Ne tak v cizině, kde fungují v lékárnách jednotlivcům, ústavům i řádům náležejících ženy již dlouho. Nikdo nad tím se nepozastavuje, nikomu není to divno. U nás ovšem, zdá se, v lékárnách panoval vždy duch jenom mužský. V pravdě lze říci: *Zdá se. Ale není tomu tak.*

Ne nadarmo říká se lékárně latinská kuchyně. Naše ženy kralují zdatně v kuchyních domácnosti, a nikomu nenapadlo dosud pochybovat o tom, že se osvědčují. Je prý to jejich živel, jejich říše. Snad by se osvědčily při náležitém vzdělání také v latinské kuchyni. Každá matka rodiny, zvláště pokud jsou děti malé – víte, že stůňou každou chvíli – je do jisté míry lékárníci. Ovšem jest arsenál její dosti omezený – několik obyčejných prášků, trochu magnésie, bikarbonát, rebarbora, lycopodium, některé thé a ještě to i ono. Tím jsme skorem její lékárnou vyčerpali. Ale vizte starostlivou matinku, jak obezřetně a pečlivě vede si v této své funkci. Zní-li rozkaz lékaře: »na špičku nože«, jak správně si počíná! Mnohokrát jsem si, pohlížej na podobný výjev, že nemohla by býti lékárnou v lepších rukou. To není však úkol lékárníka, namítne snad někdo. Jeho úloha je složitější, plna zodpovědnosti a vyžadující největší svědomitosti. Lékárník nesmí měřiti dle oka, on musí pečlivě vážit centigrammy atd. Odpovídám: K tomu jest ovšem třeba zručnosti, té však získá se cvikem a sice tím dřívě, čím obratnější je člověk. Může žena získati cviku toho? Myslím, že nesoudím nepředloženě, přiřknu-li ženě zvláště jemnou obratnost, která je jí takřka vrozena. Cvikem, zkušeností, učním by se ještě zdokonalila.

Jdeme však o krok dále. Známe lékárnou v jistém městečku českém – na jménu nezáleží: nomina sunt odiosa –, ve které vládla po mnoho měsíců ruka ženská. Pan lékárník poután byl na lože a jeho dceř statečně vedla si jako zástupce. Vážila prášky, expedovala léky, manipulovala medikamenty potud, až otec, zotaviv se, opět ujmout se mohl sám vedení lékárnou. Bystrá ta dáma ztrávilši od dětství větší část dne v lékárně, viděla vše, ráda se dala poučit, neumdlévala v pozornosti a výsledek – byl takový, jak jsem vylíčil výše. Tak prý se děje i jinde v menších lékárnách, kde by lékárník, maje odborně vycvičenou dceru, velmi mnoho ušetřil a získal, zvláště v menších městech, kde nejsou příjmy lékáren tak značné. Již z tohoto stanoviska stojí celá věc ta za uvážení.

Před některým časem vešla v Čechách v život instituce obvodních lékařů. Některý z nich má svoji domácí lékárnou, v nížto připraví lék nemocnému, aby nemusil opatřovati jej z dalekého třeba města a zároveň aby prostředek v případě naléhavé potřeby byl po ruce hned, okamžitě. Lékař, jenž jest úplně sám, musí ovšem práce v domácí lékárně své sám zastávati, nemaje nikoho, komu by bez obavy mohl svěřiti přípravu léků, když nucen jest za praxí plahoci se po rozsáhlém mnohdy obvodu. Známe však více

případů, kde obvodní lékař, jsa příliš zaměstnán, než aby mohl léky sám hotoviti, velmi výhodně pomohl si tím, že svěřil otežce vlády v lékárně své paní, sestře, matce, dceři, zkrátka inteligentní ženě, která dokonce dle receptů lékařových medikamenty připravovala a expedovala. Nejedem svědomitý obvodní lékař, na kratší cestu odjížděje do Prahy, bez obavy svěřil lékárnou své paní. V jiném případě manžel-doktor píše recepty, manželka vydává léky. Myslíme ostatně, že uvedené případy nejsou nijak osamoceny. Kdyby byly ojedinělé, ovšem mnoho by nedokazovaly. Ale je jich mnohem více. Nevím právě, jaké předpisy v té příčině lékaře vážou, ale přemítám-li o věci zcela objektivně a střízlivě, nevidím v tom ničeho závažného.

Vzdalovali bychom se příliš od účelu přítomné stati, kdybychom chtěli uváděti dopodrobna příklady ženské zdatnosti v každé rubrice ženského vědění. I věd, které vyžadují takorba *nesubtilnější práci mozkovou* – míníme matematiku, geometrii, astronomii, chemii a j. v posledních letech súčastňují se ženy.

Budiž nám odpuštěno přiváděti další doklady. Kdo si všiml otázky této, nalezne jich hojnost. A co

zbývá říci o pracích žen v oboru přírodnicko-lékařském? Ať věda praktická, či theoretická, ať botanika, tato »sciencia annabilis«, ať okulistika, gynaekologie, paediatric, ať experimentální patologie atd. vezme se na přetřes – ve všech těch oborech setkává se pozorovatel se ženami, kteréž, pokud lze věřiti zprávám odborných časopisů vědeckých, neprodukovaly hraček, nýbrž pozitivní zabývaly se prací.

I člověk střízlivý, nepředpojatý, který neposílá již ženy šmahem s vařečkami do kuchyně, žádá důkazy. Také o lékařkách nezmínili jsme se bez úmyslu – Rakousko, zdá se, je nyní jejich působení otevřeno. Jistá příbuznost medicíny a farmacie nedá se popřít. Ke kterému oboru třeba větších schopností, nechceme tu rozhodovati. Farmacie, jakožto věda, žádá přípravné vzdělání, stejně jako lékařství. Bude-li vymáhati tuze kvalifikaci, stejné předběžné studie, jaké universita žádá, zajisté neučiní tak ke své škodě. Sama o sobě jako praktický obor spokojí se ovšem s vědomostmi menšími, než-li lékařská, ale jakožto celistvá věda, opírající se o celou řadu pomocných doktrín (z nejnovějších uvádím jenom bakteriologii, hydrologii, mikroskopii) neobejde se bez průpravy nejdokonalejší. Z toho tuším vychází na jevo, že možno právem předpokládati tolik:

Osvědčily-li se ženy v lékařství, prokázaly-li tu jisté schopnosti, ba více ještě – projevíly-li nepopíratelné dary duševní v tom oboru, neselže zajisté duch jejich ani při farmacii. Mohli bychom dokázati i více – mohli bychom zřejmě přesvědčiti čtenáře, že k lékárnictví jsou ženy mnohem lépe tělesně i duševně přizpůsobeny, nežli k lékařství. Prozatím však nečiníme toho, spokojujeme se se závěrem, k němuž dospěli jsme jednoduchým uvažováním.

*Časopis českého lékárnictva, 13. listopadu 1892, str. 546*

**Sepsáno  
před 120 lety**