

---

3/2013

ročník LXXXV

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

---



Podle informací vydaných OSN kouří na celém světě více než miliarda lidí, mezi nimi převažují muži, žen totiž kouří „jen“ kolem dvaceti procent. Aktuálně jsou hlavní cílovou skupinou marketingových taktik tabákového průmyslu právě ženy, aby zaujaly místa kuřáků, kteří na nemoci spojené s kouřením předčasně umírají.



WHO nejen u příležitosti každoročního Světového dne bez tabáku zdůrazňuje, že užívání tabákových výrobků je po hypertenzi druhou nejčastější příčinou úmrtí a v současné době nese zodpovědnost za smrt jednoho z deseti dospělých lidí na celém světě. Nebezpečné je však i pasivní kouření, v jehož důsledku v České republice umírají každoročně zhruba tři tisíce lidí.

Svou první cigaretu už vyzkoušela více než třetina dvanáctiletých českých dětí, z nichž část bude jednou pravidelně kouřit. Závislost na nikotinu je větší než závislost na kokainu, cigaretový kouř je klasifikován jako rakovinotvorná látka nejvyšší nebezpečnosti. Jde jen o jedno z dlouhé řady nebezpečí a rizik, o která se mnozí kuřáci nezajímají. Poučení kuřáci, mezi nimi i kouřící zdravotníci, o nich samozřejmě vědí, přesto se svého mnohdy téměř celoživotního zlovyklu nedovedou vzdát.

Před několika lety jsme v ČČL psali, že ve Velké Británii a některých dalších zemích bylo v lékárnách zavedeno hrazené poradenství pacientům, kteří chtějí přestat kouřit. V tomto vydání ČČL si kromě informací o vlivu kouření na kardiovaskulární aparát přečtete, že představenstvo České lékárnické komory odsouhlasilo vizi vybudování sítě specializovaných center odvykání kouření v lékárnách. Poradenství v lékárnách věnované lidem, kteří už kouřit nechťejí, bude mít určitě význam. Jen je nutné si uvědomit, že lékárník odklepávající popel před lékárnou by byl asi stejně přesvědčivý jako lékař se zapálenou cigaretou před vstupem do pavilonu nemocí plicních, navíc přímo pod nápisem „Kouření v celém areálu nemocnice zakázáno“.

**Jaroslava HOŘANSKÁ**

**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

PharmDr. Jan Horáček (předseda),  
PharmDr. Pavel Grodza, PharmDr. Petr Haltuf,  
Mgr. MVC. 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.  
Rozárčina 1422, 140 02 Praha 4  
Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku vedeném  
Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C vložka 74194.

**sazba**

Kateřina Hoferková

**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. 4/2013 – 2. dubna 2013

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

**autorům**

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



obsah

<b>Chléb náš vezdejší je jen na nás</b>	<b>4</b>
<b>Zeptali jsme se</b>	<b>5</b>
<b>ČLnK pošle dva lékárníky do Dublinu</b>	<b>6</b>
<b>Máte správně vydané osvědčení?</b>	<b>7</b>
<b>Dohoda o hmotné odpovědnosti</b>	<b>8</b>
<b>Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe</b>	<b>9</b>
<b>Zamyšlení nad příspěvky a poplatky</b>	<b>12</b>
<b>Interaktivní dispenzační semináře</b>	<b>13</b>
<b>Ani za hranicou to nie je o nič lepšie</b>	<b>14</b>
<b>Návody pro dispenzacii:</b>	
<b>Analgetika u jaterního poškození</b>	<b>15</b>
<b>Kardiovaskulární aparát a kouření</b>	<b>16</b>
<b>Komora je vymoženost</b>	<b>17</b>
<b>Tak to vidím já: Celostní medicína na vzestupu?</b>	<b>18</b>
<b>Molekula měsíce: Suvorexant (MK-4305)</b>	<b>19</b>
<b>Nově registrované látky: Mifamurtid</b>	<b>20</b>
<b>Nové nebo méně známé léčivé rostliny:</b>	
<b>Trigonella foenum-graecum</b>	<b>21</b>
<b>Zatím stále ještě na začátku cesty</b>	<b>22</b>
<b>Česká odborná společnost KF ČLS JEP doporučuje</b>	<b>23</b>
<b>XIV. Beskydský slet lékárníků</b>	<b>24</b>
<b>Možná by právě tudy mohla vést cesta</b>	<b>25</b>
<b>O edukačním projektu pro seniory</b>	<b>27</b>
<b>Jak se nám v Hradci plesalo</b>	<b>28</b>
<b>Pozvání do muzea v Kuksu</b>	<b>29</b>
<b>Klinický potenciál glukomannanu</b>	<b>30</b>
<b>Světové dny WHO – duben</b>	<b>31</b>
<b>Bola to veľká skúsenosť</b>	<b>32</b>
<b>Časopis Československého Lékárnictva 1933</b>	<b>34</b>

titulní strana



**Lékařníci na svých cestách po světě fotografují lékárny**

*Snímek z vietnamského městečka Hoi An nám poslala PharmDr. Pavlína Mičochová. Historické jádro města se dochovalo v autentické podobě do dnešních dnů a je památkově chráněno.*

# Chléb náš vezdejší je jen na nás

Začnu od Adama. Když jsem se hlásil na farmacii, představoval jsem si, jak budu míchat zázračné mastičky a tabletky pro pacienty, kteří budou chodit za mnou a užívat ta kouzla. Studium na fakultě ze mě vychovalo galenického skeptika. Nic nemíchat, nic nezkoušet. Naučil jsem se připravit čípky, změřit reologické vlastnosti přípravků, ale nenačil jsem se znát suroviny.



PharmDr. Přemek Císař

Rád sleduji pořady o vaření a díky nim jsem pochopil, že důležité je znát suroviny. Poznat, jak vypadá dozrálé mango. Pochopit, že vajíčko se dá uvařit i na teplé těstovině – ano, vaše oblíbené spaghetti carbonara. Přesně tohle pochopení farmaceutických surovin a postupů mi chybělo.

Na druhé straně taxa laborum byla jaká byla. Nové substance vlastně žádné. Příprava se pomalu stávala náročným koníčkem pro zapálené a noční můrou pro nás druhé. Těm třetím to bylo jedno a vždycky jedno bude, protože buď nepřipravují, nebo si myslí, že to dělají dobře.

Být věřící, napsal bych: „Stal se zázrak!“ nebo: „Prozřel jsem.“ Šestnáctého dne měsíce února tohoto roku jsem se zúčastnil semináře s názvem Novinky v individuální přípravě léčiv v lékárnách, který se konal v prostorách IKEM, a tam jsem zažil OSVÍCENÍ.

Konečně mi někdo srozumitelně přednášel o galenice. Srozumitelně vysvětlil, kde dělám chybu a proč je to chyba. Účastníci mohli vidět přípravky přípra-

vené správně, ale také špatně. Jako „nevěřící Tomáš“ jsem si mohl sáhnout do kelímku, pomatlat se konopným krémem, znečitlivět gelem s lidocainem. Přednášející představili nové receptury. V kuloárech jsem zaznamenal komentář: „Skvělý je, že si to nevycucali z prstu, ale odzkoušeli to.“

Představeny nám byly i některé legislativní kiks, kdy HVLP nebo dokonce potravní doplněk je možné volně vydat, zatímco IPLP se stejnou substancí je vázán na předpis (tokoferol acetát, xylometazolin). (Tady vidím prostor pro Komoru a odborné společnosti. Zbavme se okovů Rakouska-Uherska. Bylo by možné místo Inoxii a Separand používat Libitanda a Maximanda. Tyto termíny by určovaly možnost užití ad libitum [prostě kolik chci] a do maximální koncentrace.)

Slovní ping-pong mezi přednášejícím doktorem Sklenářem a jeho kolegyní magistrou Horáckovou byl občas doplněn komentářem doktora Ščigela. Celé to bylo osvěžující a přirozené. Bylo vidět, že přednáškový blok má jasný

koncept, ale není to jen prosté přečítání slajdů, jak ho známe od celé řady jiných přednášejících.

Abych nevypadal jen jako zasněný idealista. Samozřejmě jsem se na to podíval i pohledem farmakoekonomů. Některé přípravky hradí pojišťovna. Náhrada HVLP v receptuře za suroviny vede nejen k racionální terapii dostatečnými koncentracemi bez naředění účinné látky, ale i snižuje ekonomickou náročnost pro pacienta, někdy i pro pojišťovnu a ani lékárna na tom netratí. U přípravků na volný prodej jako Panthesil nebo Panthemag se jedná o zajímavou alternativu hromadně vyráběné kosmetice nebo zdravotnickým prostředkům – léčiva taková v podstatě nemáme. Zajímavé také je, že řada lékáren vydává všechny ty zdravotnické prostředky tisíce tříd, jako je Aloclair, Ixoderm a dnes dokonce i glycerinové čípky, a přitom máme laboratoř, kde všechny tyto přípravky můžeme připravit v kvalitě léčiva. A co je na tom skvělé? Vyděláte víc, když tyto přípravky připravíte, a pacient zaplatí často méně.

Máme všechny ingredience. Došlo k rozšíření palety nabízených léčivých a pomocných látek. Dodavatelé upravili velikost balení do rozumných dimenzí. Máme nové receptury. Taxa laborum se změnila tak, že reflektuje náročnost přípravy. Po tomto semináři víme, jak na to. Je jen na nás, jaký chléb náš vezdejší z nich upečeme. Chybí jen ta poslední ingredience. Péct i lékárníčit se musí s láskou.

## Seminář na téma SVĚTOVÝ DEN BEZ TABÁKU

se koná 28. května ve velkém jednacím sále Senátu PČR (Valdštejské nám. 17, Praha 1). Pořadatelem je Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu Parlamentu České republiky ve spolupráci s dalšími organizacemi, k nimž patří i Česká lékárnická komora.

Přednášky se budou týkat např. naprostého zákazu tabákové reklamy, propagace a sponzorství, současné legislativy a kontroly tabákových výrobků z pohledu MZD ČR, aktuální prevalence užívání tabáku v ČR. Posluchači se rovněž seznámí s pohledem praktického lékaře na kouření a bude představena monografie Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba. (Podrobněji na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz))

## Novely zákona o léčivech účinné od dubna 2013!

Ke dni uzávěrky tohoto čísla ČČL nebyly již schválené novely zákona o léčivech (tzv. konopná a tzv. vládní) publikovány ve Sbírce zákonů. Se vši pravděpodobností k publikaci došlo v průběhu března. Je-li tomu tak, pak konopná novela nabude s výjimkou několika málo bodů účinnosti 1. 4. 2013 a vládní novela nabude účinnosti ve své většině účinnosti 2. 4. 2013.

Od zveřejnění obou novel je také na webu komory k dispozici aktuální úplné znění zákona o léčivech a článek s výkladem k novým ustanovením zákona. Protože jde o nejrozsáhlejší změnu zákona o léčivech od jeho vzniku v roce 2007, lze jen doporučit důkladné seznámení se s těmito změnami.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

## ***Kvůli reexportu se snižuje dostupnost některých léků. Může současný stav skutečně ohrozit zdravotní stav vážně nemocných?***

**Prof. RNDr. Luděk JAHODÁŘ, CSc., předseda  
České farmaceutické společnosti ČLS JEP**



**ANO.** Přinejmenším jej velmi znejistí, což se může projevit na jeho zdravotním stavu. Vzhledem k předepisování léků v odborných poradnách zpravidla na 3 měsíce – na období mezi kontrolními návštěvami, pacient nemůže mít pojistku na překrytí těchto excesů současného zdravotnictví.

**PharmDr. Lubomír CHUDOBA,  
prezident České lékárnické komory**



**ANO.** Ohroženi však nejsou jen nejvážněji nemocní, ale často i chroničtí pacienti ošetřovaní ambulantně. Jejich zdravotní stav se při výpadku léku může dramaticky zhoršit. S nedostupností léčivých přípravků se setkáváme opakovaně, některé lze nahradit jen těžko, jiné vůbec. Za příčinu jsou v posledních 2–3 letech označovány reexporty léků, vzhledem k velmi nízkým cenám léčiv v ČR. Často je ale důvodem výpadek ve výrobě, nebo upřednostnění dodávky léku samotným výrobcem do jiné země. ČLnK nesouhlasí s pasivitou státní exekutivy, která navíc ústy bývalého ředitele SÚKL nesmyslně označila za hlavní viníky reexportů lékárníky. Od počátku navrhujeme několik opatření. Zatím se nám podařilo do novely zákona o léčivech prosadit oddělení distribuční a lékárenské činnosti. Dále jsme pro poslance připravili informaci o čerstvě schváleném „slovenském modelu“ (tj. aktivní SÚKL v monitorování dostupnosti léků a jeho kompetence zakázat nechtěný reexport). Alibistické obavy MZD a některých zákonodárců z porušení hospodářské soutěže, které nakonec vedly k nepřijetí našeho pozměňovacího návrhu, nesdílíme. Kvůli neschopnosti státní správy tak začali sami výrobci prosazovat své modely „přímé“ distribuce léků. Obě asociace výrobců léčiv jsme upozornili, že nesmí docházet k neoprávněné selekci lékáren při dodávkách léků. Na výrobce, kteří budou např. diskriminovat veřejné lékárníky, jsme připraveni podat stížnost na ÚOHS a MZD – k prvnímu našemu podání již došlo v případě léku Clexan (viz [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)).

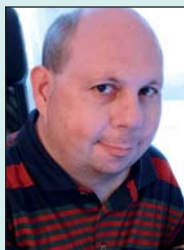
**Prof. PharmDr. Alexandr HRABÁLEK, CSc.,  
děkan Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové**



**ANO.** Bohužel. Současný stav, kdy řada lékáren si tímto způsobem musí zlepšovat svou ekonomickou bilanci, není dobrý. Je to zcela jistě reakce na nezdravé poměry v našem lékárenství, kdy lékárníky místo svou odborností soupeří mimo jiné i tímto způsobem. Smutné je, že jim, kvůli nemorálním ekonomickým tlakům subjektů pohybujících se ve

zdravotnictví, často nic jiného nezbyvá. A možná je to i důsledek dřívějších politicko-populistických snah mít „nejlevnější léky v okolí“.

**Mgr. Tomáš CIKRT, nezávislý konzultant a publicista**



**ANO.** Pokud se tento trend nepodaří zastavit. Jako krátkodobé řešení se mi líbí slovenská cesta: legislativa by měla zmocnit SÚKL k zákazu reexportu konkrétního nedostatkového léku ve veřejném zájmu. Obávám se však, že dlouhodobě se nevyhneme sjednocování evropských cen. Reexport šíří nárůst cen a farmaceutické firmy jí mohou čelit jedině „vyhladověním“ levných zemí. Co asi pak slíbí a zajistí voličům český politik, léky levné, nebo dostupné?

**PharmDr. Petr HORÁK, vedoucí lékárník NL FN Motol**



**ANO.** S výpadky léčiv na trhu se potýkáme takřka denodenně a jde často o obtížně nahraditelná léčiva. Netroufám si odhadnout, jak velký podíl na tom nese paralelní obchod s léčivy. Předpokládám, že velmi podstatný, ale určitě se nejedná o jedinou příčinu výpadků (těch je celá řada, jako nedostatek výchozích surovin, konsolidace farmaceutických firem, problémy s přeregistrací produktů atd.). Jde o problém s minimálně celoevropským dosahem, jak ukazují i první výsledky průzkumu prováděného EAHP. Z nich vyplývá, že 99 % respondentů v minulém roce problémy s výpadky muselo řešit.

**Mgr. Jakub DVORÁČEK, výkonný ředitel  
Asociace inovativního farmaceutického průmyslu**



**ANO.** Reexport léčiv je v České republice poměrně palčivý problém, který může ohrozit zdraví pacientů. Situace se v letošním roce dále zhorší vlivem poklesu cen léčiv po revizi maximálních cen a úhrad Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Výrobci inovativních léčiv na český trh dodávají dostatečné množství přípravků, které jsou určeny výhradně pro pacienty v ČR. Na případné nedostatky léčiv se snaží pružně reagovat (např. dovozem přípravků ze svých skladů v jiných evropských zemích či vlastním systémem „personalizované“ distribuce). Výrobci však dopředu netuší, který konkrétní přípravek budou překupníci chtít odvézt za hranice. O nedostatku léčiva se často dozvídají až s velkým zpožděním. Domnívám se, že všem subjektům v oblasti zdravotnictví, ať již výrobcům léčiv, lékárnám nebo lékařům, jde především o zajištění zdraví pacienta. Reexportéři jsou však motivováni pouze vidinou finančního zisku.

*Pokračování na další straně*

**MVDr. Pavel BRAUNER, Ph.D.,  
výkonný ředitel Asociace velkodistributorů léčiv**



**ANO.** Pokud odpovídám na otázku, která zní, zda může. Znamená to, že v teoretické rovině, kdy je pro Českou republiku omezen kontingent určitých léčivých přípravků, může k jeho výpadku dojít. Avšak vzhledem k zastupitelnosti v rámci ATC skupin by k ohrožení pacienta na zdraví v případě jeho nedostupnosti nemělo dojít. Toto se netýká pouze výpadků v sortimentu zapříčiněných případným paralelním obchodem, ale i z jiných důvodů. Paralelní obchod je legální obchodní aktivitou, kterou může provozovat každá jednotka mající povolení k distribuci léčiv. Těch dle publikovaných seznamů SÚKL jsou stovky. Tento problém je podmíněn cenotvorbou v naší vlasti.

**PharmDr. Antonín SVOBODA, předseda,  
Mladí lékárníci o.s.**



**ANO.** Reexport se do značné míry týká i léčiv, která nemají možnost generické substituce, nelze je tedy snadno nahradit lékem stejného složení od jiného výrobce. Pacienti jsou tak ohroženi výpadkem, respektive vynucenou změnou fungující léčby. Plnohodnotnou náhradou indikované farmakoterapie je někdy dost obtížné najít. Výpadky reexportovaných léčiv proto vnímám jako velmi vážný problém a nedostatek v systému českého zdravotnictví. Farmaceutické firmy samy hledají řešení s nedostatečnou pružností a efektivností. Nastavování limitů odběru těchto léčiv pro lékárny komplikuje pružnost objednávek, prodražuje distribuční náklady a přitom stále nezaručuje dostatek

„ohrožených léků“ pro všechny pacienty. Za nepřijatelnou považují selektivní distribuci některých léků výhradně do některého typu lékáren. Řešení musí být legislativní v omezené vývozu „ohrožených léků“, které nemají možnost generické náhrady. Zdraví pacientů by nemělo být podřízeno volné hospodářské soutěži.

**Mgr. Marek HAMPEL,  
předseda představenstva Grémia majitelů lékáren**



**ANO.** Může. Podle zkušenosti mé i mnoha mých kolegů provozovatelů veřejných lékáren se množí případy, kdy se z trhu v některé době doslova ztratí určitý lék. Jediným důvodem je přitom velmi nízká cena, pro kterou jsou tyto léky reexportovány do okolních zemí, především do Německa. Nám lékárníkům potom nezbyvá než pacienty odkazovat na pozdější dobu, což je pro nás nepřijemné, ale pro pacienty s vážnými zdravotními problémy může být velice nebezpečné. Jako příklad uvedu výpadky přípravku Berodual spray. Dalším, pro systém vážným důsledkem reexportu léků z Česka je v naší praxi velmi rychle se rozšiřující distribuční model DTP (Direct to Pharmacy), který nám provozovatelům zvyšuje nejen administrativní náklady, ale v praxi mnohdy nelze konkrétní léčivé přípravky objednat, a když, tak za nápadně nevýhodných finančních podmínek. Není to jen specifikum České republiky, ale je to problém celé EU. Za zásadní považují přijetí opatření na úrovni národní legislativy, která by účinně řešila otázku rozdílných cenových hladin léčiv v zemích EU a volného pohybu zboží. Dalším negativním důsledkem reexportů je relativizace údajů o distribuci a spotřebě léků v naší zemi (stále existují provozovatelé lékáren, kteří nezasílají data do centrální evidence SÚKL), což může vyústit v nastavení neúčinných regulačních opatření, která v konečném důsledku poškodí provozovatele lékáren a pacienty.

## ČLnK pošle dva lékárníky do Dublinu

Představenstvo ČLnK vyhlašuje grant pro dva aktivní účastníky – lékárníky z praxe ve výši do 35 000 Kč na osobu a umožní jim tak účast na 101. výročním mezinárodním kongresu FIP.

FIP je federací národních lékárenských i farmaceutických odborných společností, ale individuálním členem se může stát každý veřejný či nemocniční lékárník.

Tématem 101. kongresu bude lékárna jako centrum patientsky orientované péče (*Integrated Care in a Dynamic Continuum*). Kongresu se účastní několik tisíc odborníků z celého světa a každý si zde přijde na své. Program, který probíhá v angličtině, je rozdělen do několika souběžných sekcí zahrnujících

samozejmě veřejné i nemocniční lékárenství. Namátkou můžeme zmínit diskuzní fóra věnující se spolupráci lékárníků s ostatními zdravotníky, dále to bude posílení role lékárníka v oblasti farmakovigilance, ukázky výzkumných projektů ve veřejných lékárnách, ekonomika lékáren, problémy s dodávkami léčiv a mnoho jiných. Více informací najdete na [www.fip.org/dublin](http://www.fip.org/dublin) 2013.

Kongres se koná od 31. srpna do 5. září 2013 v Dublinu.

**Co pro to musíte udělat?** Splnit podmínku aktivní účasti na kongresu podáním abstraktu (termín podání je 1. duben 2013).

**Žádost o grant** musí obsahovat: jméno, příjmení, evidenční číslo člena a kontakt (adresa pracoviště, e-mail,

telefon), podaný abstrakt a krátký motivační dopis. Přednost budou mít lékárníci se zájmem o aktuální dění o lékárenství u nás i v zahraničí a s aktivní znalostí angličtiny. Podmínkou bude o svých poznatcích referovat v Časopise českých lékárníků nebo na akci pořádané komorou.

Termín dodání žádosti o grant je **4. duben 2013**. Představenstvo ČLnK rozhodne o výběru účastníků na svém zasedání **9. dubna 2013** a obratem bude účastníky informovat. V případě kladného přijetí abstraktu budou vybraným lékárníkům zaplaceny registrační poplatky, letenka a ubytování.

**Za představenstvo ČLnK  
PharmDr. Alena PETŘÍKOVÁ**

# Máte správně vydané osvědčení?

1. 4. 2012 nový zákon o zdravotních službách. 1. 12. 2012 nový licenční řád. 10. 12. 2012 nález Ústavního soudu. Trojice právních předpisů, které změnil systém vydávání osvědčení České lékárnické komory. Přechodné období určené licenčním řádem k získání nových osvědčení vyprší 31. 3. 2013.

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík



O nových osvědčeních a postavení odborných zástupců a vedoucích lékárníků už bylo v ČČL, na webu komory i na seminářích napsáno a řečeno téměř vše. Přesto není situace zcela přehledná. Původně bylo mým záměrem na web komory připravit pomůcku ve formě klíče, který by každého lékárníka navedl ke správnému řešení jeho situace s osvědčeními. Protože hned první kolo příprav tohoto klíče ukázalo, že počet variant převyšuje 150 možností, od původního záměru jsem upustil, neboť by klíč spíše přispěl ke zmatení žadatelů. V tomto článku se proto pokusím stručně poradit, jak může lékárník-provozovatel nebo odborný zástupce nebo vedoucí lékárník posoudit, zda má správně vydané osvědčení nebo zda o něj má zažádat.

Nejprve několik základních informací o změnách, k nimž došlo.

Dříve byly lékárny provozovány na základě registrace vydané krajským úřadem. Od 1. 4. 2012 jsou nově provozovány na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které také vydává krajský úřad. V loňském roce byla aktuální otázka tzv. přeregistrací. Šlo o povinnost ukládanou všem stávajícím provozovatelům, kteří si měli do 31. 12. 2012 podat žádost, na základě které by krajský úřad změnil jejich starou registraci na nové oprávnění. V prosinci tuto povinnost Ústavní soud zrušil. Někteří provozovatelé ještě předtím už nové oprávnění obdrželi. Těm už zůstane. Ti ostatní svou lékárnu mohou provozovat na základě staré registrace bez omezení. Oprávnění k poskytování zdravotních služeb získávat nemusí.

Změnilo se i postavení odborných zástupců, lékárníků-provozovatelů a vedoucích lékárníků. Dříve platilo, že odborný zástupce vykonával vždy současně funkci vedoucího lékárníka. To už dnes neplatí. Obě tyto funkce mohou vykonávat rozdílné osoby.

Při úvahách o tom, jaké osvědčení by lékárník měl mít, je důležité mít na paměti tato pravidla:

- provozovatel lékárny, který je sám lékárníkem s potřebnou kvalifikací, vykonává tzv. soukromou praxi a nepotřebuje odborného zástupce
- všichni ostatní provozovatelé lékáren, kteří kvalifikaci nemají (mj. i všechny právnické osoby), potřebují odborného zástupce
- postavení provozovatele-lékárníka vykonávajícího soukromou praxi a odborného zástupce upravuje zákon o zdravotních službách
- kdo je lékárníkem vykonávajícím soukromou praxi nebo odborným zástupcem, lze zjistit z rozhodnutí krajského úřadu, ať už starého s udělenou registrací, nebo z nového s uděleným oprávněním k poskytování zdravotních služeb
- jeden lékárník může vykonávat funkci odborného zástupce až pro dva poskytovatele
- praxe připustila, aby u jednoho poskytovatele působil i více než jeden odborný zástupce
- vedoucí lékárník není ustanovován podle zákona o zdravotních službách, ale podle zákona o léčivech
- v každé lékárně musí být ustanoven alespoň jeden vedoucí lékárník
- jeden farmaceut může vykonávat jen jednu funkci vedoucího lékárníka
- vedoucím lékárníkem může být provozovatel-lékárník vykonávající soukromou praxi nebo odborný zástupce, ale nemusí
- zjednodušeně řečeno platí, že odborný zástupce je svázán s provozovatelem lékárny (lékáren) a vedoucí lékárník je svázán s lékárnou.

Každý, kdo vykonává soukromou praxi nebo funkci odborného zástupce nebo funkci vedoucího lékárníka, musí být držitelem nějakého osvědčení komory.

Kdo vykonává soukromou praxi, musí mít osvědčení k výkonu soukromé lékárenské praxe.

Kdo vykonává funkci odborného zástupce, musí mít osvědčení pro výkon funkce odborného zástupce.

Kdo vykonává funkci odborného zástupce pro dva provozovatele lékáren, musí mít dvě osvědčení pro výkon této funkce.

Kdo vykonává funkci vedoucího lékárníka, a to bez ohledu na to, zda současně vykonává soukromou praxi nebo funkci odborného zástupce, musí být držitelem osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka.

Platí tedy, že ti, kteří sami provozují lékárnu, nebo ti, kteří dělají odborného zástupce, a současně pracují i jako vedoucí lékárníci, musí mít dvě osvědčení.

**Jak má tedy lékárník poznat, zda má nyní osvědčení vydaná správně? Zde opět několik základních pravidel:**

## VEDOUcí LÉKÁRNÍK

- tomu, kdo pracuje v lékárně jako vedoucí lékárník, a pro tuto lékárnu je z dřívější doby držitelem osvědčení pro výkon funkce odborného zástupce, slouží toto dříve vydané osvědčení jako osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka v této lékárně
- ten, kdo pracuje v lékárně jako vedoucí lékárník, a pro tuto lékárnu není z dřívější doby držitelem osvědčení pro výkon funkce odborného zástupce nebo není držitelem již nového osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka, musí nejpozději do 31. 3. 2013 podat žádost o osvědčení pro vedoucího lékárníka
- posouzení své situace podle předchozích dvou bodů musí každý lékárník provést nezávisle na tom, zda pracuje také jako odborný zástupce nebo vykonává soukromou praxi

## ODBOBNÝ ZÁSTUPCE

- ten, kdo pracuje jako odborný zástupce pro provozovatele lékárny (lékáren), a je pro tohoto provozovatele držitelem osvědčení z dřívější doby (před 31. 3. 2012), nemusí žádat o nové osvědčení, pokud jeho provozovateli **nebylo** vydáno po 1. 4. 2012 jakékoliv rozhodnutí o změně registrace nebo o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb od krajského úřadu

*Pokračování na další straně*

## Pokračování z předchozí strany

- ten, kdo pracuje jako odborný zástupce pro provozovatele lékárny(en), a **je** pro tohoto provozovatele držitelem osvědčení vydaným před 31. 3. 2012 a jeho provozovateli **bylo** vydáno po 1. 4. 2012 rozhodnutí o změně registrace nebo o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb od krajského úřadu, musí velmi pravděpodobně do 31. 3. 2013 požádat o nové osvědčení; podání žádosti v těchto případech doporučuji, ačkoliv v ojedinělých případech to nutné není, jistotu lze získat konzultací na sekretariátu komory nebo u mne
- ten, kdo pracuje jako odborný zástupce pro provozovatele lékárny(en), a **je** pro tohoto provozovatele držitelem osvědčení pro odborného zástupce vydaným po 31. 3. 2012, na němž **není** uveden název a adresa lékárny, nemusí žádat o nové osvědčení
- toho, kdo pracuje jako odborný zástupce pro provozovatele lékárny(en), a **je** pro tohoto provozovatele držitelem osvědčení pro odborného zástupce vydaným po 31. 3. 2012, na němž **je**

uveden název a adresa lékárny, prosím, aby svou situaci konzultoval na sekretariátu komory nebo u mne, protože přesný návod přesahuje možnosti tohoto článku

- ten, kdo pracuje jako odborný zástupce pro provozovatele lékárny(en), a **není** pro tohoto provozovatele držitelem osvědčení, musí neprodleně podat žádost o osvědčení

#### LÉKÁRNÍK VYKONÁVAJÍCÍ SOUKROMOU PRAXI

- ten, kdo sám provozuje lékárnu(y), a **je** držitelem osvědčení z dřívější doby (před 31. 3. 2012), nemusí žádat o nové osvědčení, pokud mu **nebylo** vydáno po 1. 4. 2012 jakékoliv rozhodnutí o změně registrace nebo o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb od krajského úřadu
- ten, kdo sám provozuje lékárnu(y), a **je** držitelem osvědčení vydaným před 31. 3. 2012 a **bylo** mu vydáno po 1. 4. 2012 rozhodnutí o změně registrace nebo o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb od krajského úřadu, musí velmi pravděpodobně do 31. 3. 2013 požádat o nové osvědčení;

podání žádosti v těchto případech doporučuji, ačkoliv v ojedinělých případech to nutné není, jistotu lze získat konzultací na sekretariátu komory nebo u mne

- ten, kdo sám provozuje lékárnu(y), a **je** držitelem osvědčení pro výkon soukromé lékárenské praxe vydaného po 31. 3. 2012, na němž **není** uveden název a adresa lékárny, nemusí žádat o nové osvědčení

- toho, kdo sám provozuje lékárnu(y), a **je** držitelem osvědčení pro výkon soukromé lékárenské praxe vydaného po 31. 3. 2012, na němž **je** uveden název a adresa lékárny, prosím, aby svou situaci konzultoval na sekretariátu komory nebo u mne, protože přesný návod přesahuje možnosti tohoto článku
- ten, kdo sám provozuje lékárnu(y), a **není** držitelem osvědčení, musí neprodleně podat žádost o osvědčení

Přestože jsou výše uvedená pravidla skutečně pokusem o jednoduchý přehled, jednoduchá nejsou. Proto při jakékoliv nejistotě využijte možnosti konzultace na sekretariátu komory nebo přímo u mne na čísle 777 971 071.

## Dohoda o hmotné odpovědnosti

Zaměstnanec by si měl vždy dobře rozmyslet, zda jsou splněny podmínky pro to, aby hodnoty, za jejichž schodek bude podle dohody odpovídat, je schopen ohlídat tak, aby nedocházelo k jejich ztrátám.

Dohody o hmotné odpovědnosti jsou v praxi hojně využívány. Velmi často však nejsou naplněny podmínky pro to, aby smlouvou zavázání zaměstnanci mohli své odpovědnosti řádně dostát.

Dohodou o hmotné odpovědnosti, přesněji dohodou o odpovědnosti k ochraně hodnot svěřených zaměstnanci k vyúčtování, se zaměstnanec zavazuje k odpovědnosti za schodek vzniklý na svěřené hotovosti, ceninách, zboží, zásobách materiálu nebo jiných hodnotách, které jsou předmětem obratu nebo oběhu. Dohoda musí být uzavřena písemně. Zaměstnanec se zproští odpovědnosti zcela nebo zčásti, jestliže prokáže, že schodek vznikl zcela nebo zčásti bez jeho zavinění, zejména

na, že mu bylo zanedbáním povinnosti zaměstnavatele znemožněno se svěřenými hodnotami nakládat.

Zákoník práce upravuje podmínky dohody, odstoupení od ní, inventarizace, vlivu společné odpovědnosti více zaměstnanců na výši úhrady schodku v § 252 a následujících. Smyslem tohoto článku ale není podrobně rozebírat to, co celkem srozumitelně uvádí zákoník práce. Jde spíše o upozornění na často vadné vnímání tohoto institutu.

Zaměstnanec by si měl vždy dobře rozmyslet, zda jsou splněny podmínky pro to, aby hodnoty, za jejichž schodek bude podle dohody odpovídat, je schopen ohlídat tak, aby nedocházelo k jejich ztrátám. To by mělo zejména znamenat úplnou kontrolu nad těmito hodnotami. Té nemůže být dosaženo, pokud má k těmto hodnotám přístup jakákoliv osoba, která není nositelem společné odpovědnosti za schodek. Obvykle se odpovědnost za schodek vztahuje na hotovost a zásoby. Zaměstnanec by v takovém případě měl trvat na tom, že přístup k nim má pouze on a jeho spoluzodpovědní kolegové. Třetí osoby pak jen pod jejich dohledem. V době

nepřítomnosti odpovědných zaměstnanců v lékárně by do ní neměl mít přístup nikdo jiný. Dokonce ani její provozovatel. Ke vzniku problému zcela postačí fakt, že i v kolektivu společně odpovědných zaměstnanců je dostatečný potenciál ke vzniku ztrát.

Zaměstnanec má zjednodušeně řečeno právo na absolutní vládu nad svěřenými hodnotami. Jinak nejde o svěřené hodnoty, a zaměstnanec nemůže svou odpovědnost naplnit. Pokud si ovšem své právo neprosadí, a přesto dohodu o hmotné odpovědnosti uzavře a ani následně zaměstnavatele na závady neupozorní a od dohody neustoupí, nezbu- de mu, než zjištěný schodek uhradit.

Zaměstnanec není povinen dohodu o hmotné odpovědnosti uzavřít. Přesto tak často činí bez rozmyslu. Běžné přitom je, že se po lékárně pohybují různé osoby bez odpovědnosti, počínaje provozovatelem a uklízečkami konče. V pracovní době i mimo ni. Klíči nebo vstupními údaji do lékárny disponují také jiné osoby než odpovědní zaměstnanci. Je tedy jen na nich, zda v takové dohodě setrvají čili nic.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

# OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v únoru 2013

## Zrušená osvědčení

- 361/1993 RNDr. Jaroslav Scheidel, Lékárna, Smržovka 710, Smržovka
- 533/1993 Mgr. Jiří Hurt, Lékárna, Počátecká 310, Studená
- 38/1995 Mgr. Václav Ušák, Lékárna Paracelsus, Školní 5, Lovosice
- 8/1996 RNDr. Marcela Hájková, Lékárna Na Poliklinice, 8. pěšího pluku 85, Frýdek-Místek
- 49/1997 Mgr. Svatava Saadoonová, Lékárna U Raka, Husovo nám. 2347, Rakovník
- 17/2002 Mgr. Marie Janská, Lékárna U Školy, U Lékárny 598, Praha 5
- 391/2003 RNDr. Zdeňka Hrubá, Lékárna Na Nábřeží, Mostní 530/15, Valašské Meziříčí
- 16/2005 Mgr. Marta Krpálková, Lékárna Centrum, Nám. Karla IV. 200, Mělník
- 44/2005 Mgr. Vítězslav Baran, Lékárna Forte, Cimburkova 4, Brno
- 94/2005 Mgr. Radka Vacková, Lékárna Mazurská, Mazurská 484/2, Praha 8
- 110/2005 Mgr. Dana Michálková, BENU Lékárna, Brněnská 23a, Hradec Králové
- 119/2005 Mgr. Kateřina Masníková, Ústavní lékárna, K Nemocnici 57, Nový Jičín
- 18/2006 Mgr. Petr Koudelka, Lékárna Slatinka, Chebská 12, Františkovy Lázně
- 133/2006 Mgr. Naděžda Szabová, Lékárna Naděje, Tajovského 1310, Praha 4
- 335/2006 Mgr. Martina Chytilová, Lékárna Esencia, KP, Palackého 137, Brno
- 341/2006 Mgr. Ivana Jarošová, BENU Lékárna, Vídeňská 89a, Brno
- 87/2007 PharmDr. Iva Bystrořová, Lékárna Harmonie, Lidická 886/43, Havířov
- 154/2007 Mgr. Kamila Korousová, Na Poliklinice, Benešova 511, Stříbro
- 301/2007 PharmDr. Vladislava Stehlíková, Lékárna Centrum, Štefánikova 1159, Kopřivnice
- 10/2008 Mgr. Jitka Jaklová, Třebechovická lékárna, Pitrova 1319, Třebechovice pod Orebem
- 45/2008 Mgr. Eva Brettlerová, Lékárna, Jana Pernera 446, Česká Třebová
- 135/2008 PharmDr. Jan Schwarz, Lékárna Dr. Schwarz, nám. T.G.M. 91/7, Lipník nad Bečvou
- 18/2009 PharmDr. Petra Franková, Lékárna Na Slovanech, Dašická 1804, Pardubice
- 157/2009 Mgr. Heda Šupová, Lékárna U sv. Václava, Rudých dolů 291, Jílové u Prahy
- 308/2009 Mgr. Filip Adámek, Novolékárna Znojmo, Vídeňská 684/69, Znojmo
- 129/2010 PharmDr. Veronika Jermlová, Lékárna Vital, Na Pankráci 1724, Praha 4
- 283/2010 Mgr. Tatiana Borovičková, Lékárna v OD Kaufland, Pivovarská 700, Domažlice
- 300/2010 Mgr. Ondřej Němec, BENU Lékárna, Masarykova 92, Ústí nad Labem
- 361/2010 Mgr. Miloslava Jakešová, Lékárna Vinice, Vinohradská 167, Praha 10
- 22/2011 PharmDr. Šárka Ulrichová, Lékárna Draháň, Čimická 780, Praha 8
- 47/2011 RNDr. Jiří Hytych, Lékárna Na Náměstí, Dukelské nám. 100/29, Hustopeče

- 165/2011 PharmDr. Taťána Murinová, Lékárna Dinarin, Tř. 17. listopadu, Karviná
- 173/2011 PharmDr. Ida Kocábková, Lékárna Vital, nám. Republiky 1400, Pardubice
- 243/2011 PharmDr. Iva Krejčová, Lékárna Schlecker, Wilsonova 1678, Praha 2
- 318/2011 Mgr. Věra Baďurová, Lékárna Quercus, Tovačovská 170, Dub nad Moravou
- 359/2011 PharmDr. Zuzana Vymětalíková, Lékárna, Nám. T. G. Masaryka 3, Holice
- 423/2011 Mgr. Dagmar Pavelčíková, Lékárna Vital, Mírové nám. 104, Ústí nad Labem
- 93/2012 Mgr. Marek Skočka, Lékárna, V Celnici 10, Praha 1
- 132/2012 Mgr. Pavel Kulička, Lékárna Bosonohy, Pražská 78, Brno
- 316/2012 Mgr. Olga Doleželová, Lékárna Harmonia, Janáčkova 13, Prostějov
- 318/2012 PharmDr. Tatiana Kekelyová, Lékárna U Jedno-rožce, Nám. Míru 5, Moravské Budějovice
- 344/2012 PharmDr. Darina Šrolová, Dr. Max LÉKÁRNA, Husovo nám. 165, Rakovník
- 24/2013 Mgr. Iveta Nezmeškalová, BENU Lékárna, Karlovo nám. 89, Kolín
- 41/2013 Mgr. Irena Nová, Lékárna CTM, Budějovická 1167/64, Praha 4
- 93/2013 Mgr. Petr Jeniš, Lékárna U Jakuba, Národní 6, Hodonín
- 94/2013 Mgr. Petr Jeniš, odborný zástupce – Lékárna U Jakuba s.r.o.
- 107/2013 Mgr. Kateřina Matoušková, Lékárna Olympia, Otakara Jeremiáše 1973/4, Ostrava

## Vydaná osvědčení

### VEDOUCÍ LÉKÁRNÍK

- 155/2013 Mgr. Ondřej Němec, Lékárna Stříbrníky, Stříbrnická 10, Ústí nad Labem, poskytovatel: ŽIKO MEDICAL, s.r.o.
- 157/2013 PharmDr. Šárka Hejdová, Lékárna U parku, Nádražní 225, Rakovník, poskytovatel: Lékárna U parku spol. s r.o.
- 159/2013 PharmDr. Jaroslav Žalud, Dr. Max LÉKÁRNA, Luženská 2725/II, Rakovník, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 161/2013 PharmDr. Miloslava Šachová, Lékárna Albertov, Na Slupi 2103/2c, Praha 2, poskytovatel: Apatyka P.H. s.r.o.
- 162/2013 PharmDr. Marcela Koupilková, Lékárna Pod platany, Šrobárova 1870/16, Praha 10, poskytovatel: Lékárna Pod platany s.r.o.
- 163/2013 Mgr. Vítězslav Baran, Lékárna EDEN s.r.o., Purkyňova 3030/35c, Brno, poskytovatel: Lékárna EDEN s.r.o.
- 165/2013 PharmDr. Juraj Matiaš, Novolékárna Znojmo, Vídeňská 684/69, Znojmo, poskytovatel: Novopharm s.r.o.
- 167/2013 PharmDr. Michaela Švarcová, BENU Lékárna, Vídeňská 89a, Brno, poskytovatel: BENU Česká republika, a.s.
- 168/2013 PharmDr. Hana Lauerová, Lékárna Esencia, Palackého 137, Brno, poskytovatel: MEDICUS s.r.o.

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

170/2013	PharmDr. Jana Navrátilová, Lékárna Forte, Cimburkova 4, Brno, poskytovatel: Forte Pharm s.r.o.	221/2013	PharmDr. Iva Vondrášková, Dr. Max LÉKÁRNA, Zenklova 39, Praha 8, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
172/2013	RNDr. Marcela Hájková, Lékárna Na Poliklinice, 8. p. pluku 85, Frýdek-Místek, poskytovatel: STAVOVSKÁ s.r.o.	223/2013	Mgr. Alena Lopotová, Tesco Sokolov, Marie Majerové 2241, Sokolov, poskytovatel: Lékárna Zelená hvězda s.r.o.
176/2013	Mgr. Jana Chárová, Lékárna Manitera, Chebská 31/2, Františkovy Lázně, poskytovatel: MANITERA s.r.o.	225/2013	PharmDr. Zuzana Kovalčíková, Lékárna U Velké Ohrady, Tlumačovská 2766/26, Praha 5, poskytovatel: PharmDr. Zuzana Kovalčíková
178/2013	PharmDr. Vladimír Holub, Lékárna FN u sv. Anny, Pekařská 53, Brno, poskytovatel: FN u sv. Anny v Brně	227/2013	Mgr. Marcela Viskupová, Lékárna Moráň, Karlovo nám. 7, Praha 2, poskytovatel: KaN 7 s.r.o.
180/2013	PharmDr. Tatiana Holubová, Lékárna FN Brno, Jihlavská 20, Brno, poskytovatel: Fakultní nemocnice Brno	229/2013	Mgr. Miloslava Doubravová, Lékárna Vital, Dejvická 9, Praha 6, poskytovatel: Pharmacy Development s.r.o.
183/2013	PharmDr. Andrej Šintaj, Lékárna nemocnice (veřejná), B. Němcové 585/54, České Budějovice, poskytovatel: Nem. České Budějovice, a.s.	230/2013	PharmDr. Dana Nidetzká, Lékárna U Stříbrného orla, Na Hutích 693/13, Praha 6, poskytovatel: Neopharm Lékárna s.r.o.
185/2013	Mgr. Hana Bartoňová, Lékárna Postřelmovská, Postřelmovská 79, Zábřeh, poskytovatel: Lékárna Na Školské s.r.o.	232/2013	Mgr. Miloslava Jakešová, Lékárna Na Hlavním nádraží, Wilsonova 8, Praha 2, poskytovatel: Pharma 2, a.s.
189/2013	PharmDr. Martina Hnilová, BENU Lékárna, Velehradská 3254/105, Kroměříž, poskytovatel: BENU Česká republika, a.s.	234/2013	PharmDr. Lucie Maršálková, Lékárna ÚVN, U voj. nemocnice 1200, Praha 6, poskytovatel: Ústřední vojenská nemocnice
191/2013	PharmDr. Lubomír Spurný, Lékárna 3 NLS, Húskova 2, Brno, poskytovatel: Psychiatrická léčebna	235/2013	Mgr. Eva Kellerová, Lékárna ÚVN, U voj. nemocnice 1200, Praha 6, poskytovatel: Ústřední vojenská nemocnice
193/2013	PharmDr. Eva Jůzová, BENU Lékárna, Rorejcova 906, Kolín, poskytovatel: BENU Česká republika, a.s.	237/2013	PharmDr. Ludmila Debnárová, Lékárna U Polikliniky, Tovární 1057, Chodov, poskytovatel: PHARMA J a J, s.r.o.
194/2013	Mgr. Pavel Kulička, Lékárna Bosonohy, Pražská 78, Brno, poskytovatel: Biorex CZ s.r.o.	239/2013	PharmDr. Ilona Francková, Lékárna Štěchovice, č.p. 109, Štěchovice, poskytovatel: DM-Pharma s.r.o.
196/2013	PharmDr. Lenka Hrubá, Lékárna Na Nábřeží, Mostní 530/15, Valašské Meziříčí, poskytovatel: VALPHARM s.r.o.	241/2013	Mgr. Marie Tůmová, Lékárna Manor, Mělnická 12, Praha 5, poskytovatel: HB service, s.r.o.
198/2013	Mgr. Helena Tomášková, Lékárna Na Poliklinice, Benešova 511, Stříbro, poskytovatel: INULA s.r.o.	243/2013	Mgr. Markéta Novotná, Písnická lékárna, Libušská 319/126, Praha 4, poskytovatel: Zálabská lékárna
201/2013	PharmDr. Hana Reitharová, Lékárna v OD Kaufland, Pivovarská 700, Domažlice, poskytovatel: Mgr. MUDr. H. Faschingbauer	244/2013	Mgr. Olga Procházková, Lékárna Melissa Holešovice, Bubenské nábř. 306/13, Praha 7, poskytovatel: Lékárna Melissa Košíře, s.r.o.
203/2013	Mgr. Lenka Slatinová, Lékárna NOVEA, Bedřicha Ehermanna 881, Nový Bor, poskytovatel: NOVEA Pharm Holding a.s.	246/2013	PharmDr. Irena Paterová, Dr. Max LÉKÁRNA, Karlovo nám. 8, Praha 2, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
205/2013	RNDr. Jaroslava Šana, Lékárna Dolany, Dolany 417, Dolany, poskytovatel: Investfavex, s.r.o.	248/2013	Mgr. Radka Adámková, Lékárna Sunpharma, 8. května 465/24, Olomouc, poskytovatel: SUNPHARMA CZ s.r.o.
209/2013	PharmDr. Jaroslava Kokešová, Lékárna U Kotvy, K pivovaru 87, Davle, poskytovatel: PharmDr. Jana Schwarzová	250/2013	RNDr. Jaroslav Scheidel, Lékárna Trio, Husova 58, Jičín, poskytovatel: JSC Group s.r.o.
210/2013	Mgr. Aneta Lédrová, Lékárna Tilia, Jáchymovská 258, Praha 5, poskytovatel: PharmDr. Jana Schwarzová	252/2013	Mgr. Marek Dostál, Lékárna Na Poliklinice, Trávnícká 2, Prostějov, poskytovatel: RST MEDISTRADO s.r.o.
211/2013	Mgr. Petra Nováková, Lékárna Těšnov, Těšnov 5, Praha 1, poskytovatel: Mgr. Petra Nováková	254/2013	PharmDr. Martina Roubalová, BENU Lékárna, Mazurská 484/2, Praha 8, poskytovatel: BENU Česká republika, a.s.
213/2013	PharmDr. A. Neugebauerová, Dr. Max LÉKÁRNA, Dělnická 120, Dolní Břežany, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.	255/2013	Mgr. Vladimíra Půlpánová, Lékárna Spektrum, Obchodní 113, Čestlice, poskytovatel: Neopharm Lékárna s.r.o.
216/2013	Mgr. Zdeněk Cihlář, Lékárna poliklinika Opatovská, Opatovská 1763, Praha 4, poskytovatel: Medifin a.s.	258/2013	PharmDr. Iva Bystroňová, Lékárna Harmonie, Lidická 886/43, Havířov, poskytovatel: Lekivaxa s.r.o.
219/2013	PharmDr. Iva Hrdinová, Lékárna Cukrovarská, Cukrovarská 173/64, Praha 9, poskytovatel: JH Lékárny s.r.o.	260/2013	PharmDr. Miriam Filipová, Lékárna Centrum, Štefánikova 1159, Kopřivnice, poskytovatel: SANETERRA s.r.o.
220/2013	Mgr. Eva Stoklasová, Lékárna Kytlická, Kytlická 779, Praha 9, poskytovatel: JH Lékárny s.r.o.	262/2013	Mgr. Václav Ušák, Lékárna Paracelsus, Školní 5, Lovosice, poskytovatel: SUDETIA s.r.o.
		264/2013	Mgr. Jana Učíková, BENU Lékárna, Husovo nám. 2347, Rakovník, poskytovatel: BENU Česká republika, a.s.

- 265/2013 Mgr. Jozef Suchý, Lékárna Olympia, Otakara Jeremiáše 1974/3, Ostrava, poskytovatel: Lékárna Olympia s.r.o.
- 267/2013 Mgr. Jana Pečenková, Třebechovická lékárna, Pitrova 1319, Třebechovice p/ O., poskytovatel: Třebechovická lékárna spol. s r.o.
- 269/2013 PharmDr. Milena Čermáková, Lékárna GALEN, Smetanova 1390, Ústí nad Orlicí, poskytovatel: Rp. GALENICE, a.s.
- 271/2013 Mgr. Marta Frolišková, Lékárna Apollon, Podpěrova 518/6, Brno, poskytovatel: ELTO TRADE s.r.o.
- 273/2013 PharmDr. Ida Kocábková, BENU Lékárna, Brněnská 23a, Hradec Králové, poskytovatel: BENU Česká republika, a.s.
- 274/2013 Mgr. Marta Krpálková, Lékárna Centrum, nám. Karla IV. 200, Mělník, poskytovatel: MP Logic spol. s r.o.
- 277/2013 Mgr. Šárka Babiszová, Lékárna U Herkula, Fintaislova 52, Břeclav, poskytovatel: STAVOVSKÁ s.r.o.
- 279/2013 PharmDr. Romana Dvořáková, Lékárna Harmonia, Horní 6/2233, Žďár nad Sázavou, poskytovatel: PEARS HEALTH CYBER, s.r.o.
- 280/2013 Mgr. Kateřina Masníková, Lékárna Delfín, K Nemocnici 76, Nový Jičín, poskytovatel: Nemocnice Nový Jičín a.s.
- 282/2013 PharmDr. Šárka Schwarzová, Lékárna Dr. Schwarz, T. G. Masaryka 91/7, Lipník nad Bečvou, poskytovatel: EBIX spol. s r.o.
- 283/2013 PharmDr. Jan Schwarz, Lékárna Dr. Schwarz, Osecká 1069, Lipník nad Bečvou, poskytovatel: EBIX spol. s r.o.
- 284/2013 Mgr. Pavla Šedivá, Dr. Max LÉKÁRNA, Plumlovská 4210, Prostějov, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 287/2013 Mgr. Markéta Chudobová, Dr. Max LÉKÁRNA, Ortenova 188, Kutná Hora, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 289/2013 PharmDr. Michaela Černá, Dr. Max LÉKÁRNA, Husovo nám. 165, Rakovník, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 291/2013 PharmDr. Taťána Murinová, Dr. Max LÉKÁRNA, tř. 17. listopadu 883, Karviná, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 192/2013 PharmDr. Lubomír Spurný, Psychiatrická léčebna
- 195/2013 Mgr. Pavel Kulička, Biorex CZ s.r.o.
- 197/2013 PharmDr. Lenka Hrubá, VALPHARM s.r.o.
- 199/2013 Mgr. Kamila Korousová, INULA s.r.o.
- 202/2013 PharmDr. Jaroslava Krumlová, Mgr. MUDr. Hynek Faschingbauer
- 204/2013 Mgr. Lenka Slatinová, NOVEA Pharm Holding a.s.
- 206/2013 RNDr. Jaroslava Šana, Investfavex, s.r.o.
- 207/2013 PharmDr. Lea Messany Rochlitz, ARTMEDI UPD s.r.o.
- 214/2013 PharmDr. Anna Neugebauerová, Česká lékárna, a.s.
- 215/2013 Mgr. Marta Foltová, Tesco Stores ČR a.s.
- 217/2013 Mgr. Zdeněk Cihlák, Medifin a.s.
- 218/2013 PharmDr. Dagmar Vítová, JH Lékárny s.r.o.
- 222/2013 PharmDr. Iva Vondrášková, Česká lékárna, a.s.
- 224/2013 PharmDr. Regina Maříková, Lékárna Zelená hvězda s.r.o.
- 228/2013 Mgr. Ivana Králíčková, KaN 7 s.r.o.
- 231/2013 PharmDr. Dana Nidetzká, Neopharm Lékárna s.r.o.
- 233/2013 Mgr. Miloslava Jakešová, Pharma 2, a.s.
- 236/2013 PharmDr. Zuzana Vurmová, Neopharm Lékárna s.r.o.
- 238/2013 Mgr. Jitka Refková, Lékárna Melissa Košiče, s.r.o.
- 240/2013 PharmDr. Ilona Francková, DM-Pharma s.r.o.
- 242/2013 Mgr. Marie Tůmová, HB service, s.r.o.
- 245/2013 PharmDr. Tomáš Kotala, Lékárna Denisovo nábreží s.r.o.
- 247/2013 PharmDr. Irena Paterová, Česká lékárna, a.s.
- 249/2013 Mgr. Radka Adámková, SUNPHARMA CZ s.r.o.
- 251/2013 RNDr. Jaroslav Scheidel, JSC Group s.r.o.
- 253/2013 Mgr. Marek Dostál, RST MEDISTRATE s.r.o.
- 256/2013 Mgr. Vladimíra Půlpánová, Neopharm Lékárna s.r.o.
- 259/2013 PharmDr. Iva Bystroňová, Lekivaxa s.r.o.
- 261/2013 Mgr. Pavel Semerád, SANOVIA a.s.
- 263/2013 Mgr. Václav Ušák, SUDETIA s.r.o.
- 266/2013 Mgr. Jozef Suchý, Lékárna Olympia s.r.o.
- 268/2013 Mgr. Jana Pečenková, Třebechovická lékárna spol. s r.o.
- 270/2013 Mgr. Jarmila Marková, Pharmservis s.r.o.
- 272/2013 Mgr. Marta Frolišková, ELTO TRADE s.r.o.
- 275/2013 PharmDr. Petr Krpálek, MP Logic spol. s r.o.
- 276/2013 Mgr. Jaroslava Smetanová, Chytrmed s.r.o.
- 278/2013 Mgr. Leoš Jurman, HELIOS Lékárna Vyškov s.r.o.
- 281/2013 Mgr. Kateřina Masníková, Nemocnice Nový Jičín a.s.
- 284/2013 PharmDr. Jan Schwarz, EBIX spol. s r.o.
- 286/2013 Mgr. Pavla Šedivá, Česká lékárna, a.s.
- 288/2013 Mgr. Markéta Chudobová, Česká lékárna, a.s.
- 290/2013 PharmDr. Michaela Černá, Česká lékárna, a.s.
- 292/2013 PharmDr. Taťána Murinová, Česká lékárna, a.s.

#### ODBORNÝ ZÁSTUPCE

- 156/2013 Mgr. Ondřej Němec, ZIKO MEDICAL, s.r.o.
- 158/2013 PharmDr. Šárka Hejdová, Lékárna U parku spol. s r.o.
- 160/2013 PharmDr. Jaroslav Žalud, Česká lékárna, a.s.
- 164/2013 Mgr. Vítězslav Baran, Lékárna EDEN s.r.o.
- 166/2013 PharmDr. Juraj Matiaš, Novopharm s.r.o.
- 169/2013 PharmDr. Hana Lauerová, MEDICUS s.r.o.
- 171/2013 PharmDr. Jana Navrátilová, Forte Pharm s.r.o.
- 173/2013 RNDr. Marcela Hájková, STAVOVSKÁ s.r.o.
- 175/2013 PharmDr. Daniel Chládek, Lékárna ATRIUM, s.r.o.
- 177/2013 Mgr. Jana Chárová, MANITERA s.r.o.
- 179/2013 PharmDr. Vladimír Holub, Lékárna FN u sv. Anny v Brně
- 181/2013 PharmDr. Tatiana Holubová, Fakultní nemocnice Brno
- 182/2013 Mgr. Jarmila Dufková, RNDr. Jan Urban
- 184/2013 Mgr. Martina Hytychová, Lékárny Hytych s.r.o.
- 186/2013 Mgr. Monika Volková, Lékárna Na Školské s.r.o.
- 187/2013 RNDr. Helena Lázenská, Lékárna U Luny s.r.o.
- 188/2013 Mgr. Hynek Jiříčka, AESCULAP Znojmo s.r.o.

#### SOUKROMÁ LÉKÁRENSKÁ PRAXE

- 174/2013 PharmDr. Martin Mašát
- 190/2013 Mgr. Dagmar Šauflová
- 200/2013 RNDr. Marta Pražáková
- 208/2013 PharmDr. Jana Schwarzová
- 212/2013 Mgr. Petra Nováková
- 226/2013 PharmDr. Zuzana Kovalčíková
- 257/2013 PharmDr. Miroslava Schöngutová

(člínk)

# Zamyšlení nad příspěvky a poplatky

V minulých číslech časopisu se objevily příspěvky zamýšlející se nad členskými příspěvky, jedna kolegyně „naťukla“ i platby za vzdělávací akce. Diskuse se mírně rozproudila i na webu komory. Dovolte mi proto také jedno krátké zamyšlení nad touto problematikou. Členské příspěvky jsou v současné době stejné jak pro odborné zástupce/vedoucí lékárníky, tak pro řadové zaměstnance. A nezáleží na tom, jestli lékárník pracuje na celý úvazek, nebo jen na jeho část (kromě držitelů osvědčení).



Mgr. MVC. Kateřina Horáčková

Některým kolegům hradí členský příspěvek zaměstnavatel (mně momentálně ano), někteří si ho hradí sami. Redukovaný členský příspěvek se týká jen některých.

Nehodlám řešit, jestli je 3 000 Kč hodně, nebo málo. Hodlám ale řešit to, jestli komora pro své členy něco dělá, nebo ne. Jak trefně poznamenal jeden kolega – komora jsme my. My, řadoví členové, máme také co mluvit do dění v komoře, prostřednictvím svých OSL a volených delegátů na sjezdu. Problém je v tom, že velká část členů tuto možnost nevyužívá. Na schůzi OSL nechodí, k ničemu se nevyjadřují, pokud za ně platí členský příspěvek zaměstnavatel, tak proti němu ani neprotestují.

Každé fungující OSL dostává z prostředků komory, tedy z našich členských příspěvků, peníze na své fungování. Může z nich hradit například náklady na vzdělávací akce, samozřejmě v rámci svého rozpočtu. Tam, kde OSL nefunguje, mají jeho členové smůlu, nedostanou nic. OSL Praha 9, jehož jsem členkou, jsme v druhé polovině roku 2011 a v roce 2012 svolávali celkem třikrát. Osobně jsem obvolávala lékárny s informací o chystané schůzi OSL a žádala kolegy, aby přišli. Chtěli jsme mít nejen fungující OSL s možností vysílání delegátů na sjezdy, ale také možnost využít peníze, na které máme jako členové komory nárok, právě pro zkvalitnění dalšího vzdělávání v rámci našeho OSL. Ani jednou se nesešla nadpoloviční většina členů, chodili stále ti samí. Vinou těch, kteří nepřišli, nemáme fungující OSL a nemůžeme tak využívat finance, na které sami přispíváme. Nedivila bych se ale, kdyby právě tito kolegové měli plnou

přesvědčení o tom, jak jsou členské příspěvky zbytečně vysoké a jak jim za ně komora nic nedává.

Další kapitolkou jsou poplatky za vzdělávací akce. Jeden velice moudrý pan docent nám studentům kdysi řekl: „Nelituje peněz, které vložíte do svého vzdělání. Investujete sami do sebe.“ Kdybych měla spočítat, kolik mne stálo a stojí mé vzdělání, asi mi tu sumu nebude nikdo věřit. Ale nelituji toho. Vybrala jsem si profesi, ve které je nezbytné se neustále vzdělávat, neustále držet krok s medicínou, pokud se nechci stát pouhým prodávčem krabiček. Pokud někdo lituje toho dát 700 Kč za seminář, pak nevím, proč si vybral profesi, kde je celoživotní vzdělávání nutností. Já se nedívám na cenu semináře, mne zajímá téma, náplň a kdo problematiku přednáší, a podle toho se rozhodnu na seminář jet, nebo nejet. Akce sponzorované firmami vnímám jako problém,

protože na úkor odborného programu je vpašována prezentace firem nebo jsou zváni přednášející napojení na konkrétní firmy, což mi dost vadí, protože o objektivitě jejich sdělení lze v takovém případě přinejmenším pochybovat. Za kvalitní akci jsem ochotna si zaplatit, na akci, která mi nic nového nepřinese, nejedu. Body lze sbírat různými způsoby a nikdo dnes není nucen odsedět si semináře o ničem jen proto, aby na konci dostal papír. To je skutečná ztráta nejen času, ale i peněz.

Všem kolegyním a kolegům, kterým vadí členské příspěvky a jejich výše, bych ráda vzkázala: důvod, že komora pro nás nic nedělá, neberu. Jasně formulujte, co by podle vašich představ komora dělat měla, a do dění se aktivně zapojte. Máte možnost toto dění ovlivnit. Začněte se o dění zajímat víc, ne jen v době placení členských příspěvků. Možná zjistíte, že se komora snaží o to, co vy chcete, jen to jaksi nevidíte, protože se sami aktivně nezajímáte. A možná zjistíte, že máte možnost udělat vy něco pro komoru, tedy i pro sebe.

A ti z vás, kteří nechtějí platit poplatky za vzdělávací akce: smiřte se s tím, že kvalitního lektora na odborné akci musíte z něčeho zaplatit, za dobré slovo vás nepřijede vzdělávat nikdo. Nebo se musíte spokojit s nižší kvalitou či firemní masáží. Nebo se můžete na celé vzdělávání vykašlat a degradovat se na pouhého podavače/prodávče. I tuto možnost máte.



Snímek ze zasedání představenstva ČLnK na začátku března.

Foto: Vladimír VRBOVSKÝ

## INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

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

**Účastnický poplatek uhradte dle 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).

### DUBEN

#### St 3. 4. Ostrava (kód semináře: 13022)

Dům techniky, začátek v 18.00 hodin

Farmakoterapie hypertenze

Lektoři: PharmDr. Ivana Sokolová,

MUDr. Hana Buriánová

Odborný garant: PharmDr. Ivana Sokolová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### Čt 4. 4. Brno (kód semináře: 13023)

Farmaceutická fakulta VFU, seminární místnost,

Palackého 1/3, začátek v 17.00 hodin

Psychofarmaka v seniorském věku II.

Lektoři: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,

PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,

MUDr. Jana Nováková, Ph.D.

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### Čt 4. 4. Praha (kód semináře: 13024)

Lékařnická akademie, Rozárcina 1422/9,

začátek v 17.30 hodin

Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění

v kazuistikách V. (opakování z 27. 3.)

Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová,

MUDr. Jaroslav Brotánek

Odborný garant: PharmDr. Alena Linhartová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### Út 9. 4. Šumperk (kód semináře: 13028)

Seminární místnost v Nemocnici Šumperk,

začátek v 18.00 hodin

Hodnocení farmakoterapie v kazuistikách

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### Čt 11. 4. Zlín (kód semináře: 13025)

Střední zdravotnická škola, Příluky 372,

začátek v 17.00 hod.

Farmakoterapie hypertenze

Lektoři: PharmDr. Ivana Sokolová, MUDr. Hana Buriánová

Odborný garant: PharmDr. Ivana Sokolová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### Čt 11. 4. Znojmo (kód semináře: 13026)

Hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18.00 hodin

Infekce dýchacích cest I.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,

MUDr. Vladan Ryšavý

Odborný garant: PharmDr. Antonín Svoboda

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### St 17. 4. Praha (kód semináře: 13031)

FN Na Bulovce, pavilon 16, začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky s neurologickou problematikou –

Parkinsonský syndrom

Lektoři: Mgr. Jana Vinšová, PharmDr. Mira Hojdarová,

MUDr. Petr Dušek

Odborný garant: Mgr. Jana Vinšová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### So 20. 4. Olomouc (kód semináře: 13029)

LF UP, Ústav farmakologie, seminární místnost,

Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hodin

Rozbor kazuistik a farmaceutická péče u pacienta

s analgetickou léčbou včetně terapie migrény

a analgetické léčby v těhotenství a při kojení

Lektoři: Mgr. Martin Doseděl, PharmDr. Jaroslav Peč,

Ph.D., MUDr. Jan Strojil

Odborný garant: Mgr. Martin Doseděl

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 16

#### So 20. 4. Plzeň (kód semináře: 13030)

Fakultní nemocnice, pavilon č. 4, 1. p., tř. Dr. E. Beneše 13,

začátek v 10.00 hodin

Pacienti s ICHD a HŽT – farmaceutická péče

Lektoři: Mgr. Ladislav Ruman,

MUDr. Jana Hirmmerová, Ph.D.

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 20

#### So 20. 4. Liberec (kód semináře: 13032)

Lékařna U Orla, Soukenné nám. 4, začátek v 8.30 hodin

Farmakoterapie v gastroenterologii II.

Lektoři: PharmDr. Aleš Mareček,

MUDr. Lenka Nedbalová

Odborný garant: PharmDr. Aleš Mareček

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### Čt 25. 4. Nové Město na Moravě (kód semináře: 13033)

Nemocnice, Žďárská 610, začátek v 17.30 hodin

Metabolická onemocnění a možnosti farmaceutické péče

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

Odborný garant: Mgr. Josef Malý

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

*Pokračování na další straně*

Pokračování z předchozí strany

## Připravujeme vzdělávací akce pro lékárníky a praktické lékaře

Během akce si vyslechnete odborné přednášky lékařů, jedna hodinová přednáška bude věnována lékárenskému tématu a variabilně zaměřena na:

- A) lékárenskou péči a spolupráci praktický lékař – lékárník
- B) legislativu
- C) ceny a úhrady léčiv
- D) magistraliter přípravu

Přihlašování a podrobnější informace na tyto vzdělávací akce najdete na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz) – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky.

Garant projektu: PharmDr. Lubomír Chudoba. Účast je ohodnocena 8 body v rámci vzdělávání lékárníků.

### Den, hodina, místo, téma, přednášející

- 4. 4. 16–20 hod., **Ústí nad Labem**, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36, téma D, PharmDr. Jan Hašek
- 4. 4. 16–20 hod., **Liberec**, Clarion Grandhotel Zlatý lev, Gutenbergova 3, téma A, PharmDr. Jana Šolínová
- 6. 4. 9–13 hod., **Karlovy Vary**, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8, Březová, téma A, Mgr. Kateřina Langmaierová
- 6. 4. 9–13 hod., **Pízeň**, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31, téma D, PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.
- 8. 4. 16.30–20.30 hod., **Zlín**, Aula SZŠ, Příluky 372, téma A, PharmDr. Hana Kotolová

- 10. 4. 16–20 hod., **Litomyšl**, Hotel Zlatá hvězda, Smetanovo nám. 84, téma B, Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík
- 17. 4. 16–20 hod., **České Budějovice**, Clarion Congress Hotel, Pražská tř. 2306/14, téma B, Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík
- 17. 4. 17–21 hod., **Jihlava**, Presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul., téma C, Mgr. Martin Mátl
- 18. 4. 16–20 hod., **Praha**, Lékařský dům, Sokolská 31, téma A, Mgr. Zuzana Vašířová
- 23. 4. 16–20 hod., **Ostrava**, Hotel Imperial, Tyršova 6, téma A, PharmDr. Marie Zajícová
- 24. 4. 16–20 hod., **Praha**, Lékařský dům, Sokolská 31, téma C, Mgr. Martin Mátl
- 25. 4. 16–20 hod., **Hradec Králové**, Nové Adalbertinum, Velké nám. 32, téma D, PharmDr. Jan Hašek
- 27. 4. 9–13 hod., **Olomouc**, Aula Právnické fakulty UP, tř. 17. listopadu 8, téma A, Mgr. Martin Doseděl
- 27. 4. 9–13 hod., **Brno**, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, téma A, RNDr. Zdeňka Šterbáková

## SEMINÁŘ SPOLEČNOSTI PHC

**So 27. 4. Brno (kód semináře: 13246)**

Hotel Avanti, Střední 61

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 593 Kč včetně DPH, platba na místě není možná

Počet bodů: 10

# Ani za hranicou to nie je o nič lepšie

Nedá mi nezareagovať na článok PharmDr. Martina Dočkala vo februárovom čísle Časopisu českých lékárníků o tom, či české lekárstvo zaoštváva za svetom. Po prvom prečítaní som to bral ako nepriamu osobnú pochvalu (dokumenty PGEU v slovenčine), ale potom som si uvedomil, čo viedlo autora k takémuto názoru.

Chcel by som ho preto upokojiť, že situácia nie je až taká zlá, ako sa zdá zvnútra, ale že sa opäť prejavuje ten typický názor, s ktorým sa stretávam často pri stretnutiach s českými kolegami po rozdelení spoločného štátu, že tam za hranicou je to oveľa lepšie. Nie je.

Čo keď fakt, že sa dokumenty PGEU objavili v slovenčine, je výrazom môjho názoru, že slovenské lekárstvo zaoštváva za tým európskym ešte viac a je

na to treba upozorniť, aby sa nad tým zamysleli kompetentné osoby a inštitúcie a aby konečne začali s tým niečo robiť? Ako dlhoročný zástupca Slovenskej lekárskej komory vidím naozaj rozdiel v úrovni lekárstva v „starých“

krajinách EÚ a v tých našich postkomunistických, ale práve aj to slovičko „postkomunistický“ je práve tou príčinou. Kým naše krajiny prešli „ranným obdobím kapitalizmu“, kedy úroveň lekárenstva klesala z relatívne vysokej do dnešnej priepasti, tam kontinuálne rástla a rastie, aj vďaka politikom, ktorí ne-

chávajú lekárnikom relatívne vysokú mieru samosprávy, ale zároveň oveľa viac dajú na ich názory a nápady. Naše komory spotrebúvajú príliš veľa síl bojom s veternými mlynmi v podobe neskúsených a vševediacich politikov,

Naše komory spotrebúvajú príliš veľa síl bojom s veternými mlynmi v podobe neskúsených a vševediacich politikov, ktorí k rozhodovaniu o nás nepotrebujú počuť odborné rady lekárníkov.

ktorí k rozhodovaniu o nás nepotrebujú počuť odborné rady lekárníkov. Za každej doterajšej vlády boli našimi usilovnými podporovateľmi a priateľmi opoziční politici, ktorí, keď sa dostali do vlády, pred nami zatvárali dvere. Z tých posledných príkladov uvediem len príklad, kedy v pripomienkovom konaní

k zákonu o Národnom zdravotnom informačnom systéme (eHealth) ministerstvo nepovolilo lekárnikom prístup k liekovej histórii pacienta, bežnom vo väčšine krajín EÚ, pretože nad odborným názorom prevážil názor jačiacej pracovníčky ministerstva (vzdelaním zdravotnej sestry), že ona si neželá, aby lekárnik videl, aké lieky predtým užívala.

A samotná úroveň lekárenstva je o ľuďoch a o tom, ako si tieto rozdiely uvedomujú a ako ich zdolávajú. V Čechách poznám veľa kolegov, ktorých si veľmi vážim a viem, že ich odborná úroveň je úplne porovnateľná s tou európskou. Dokonca som navrhol, aby ste niektorých klonovali (dr. Zajícová), pretože by sme mali o nich záujem aj na Slovensku.

Je toho oveľa viac, čo vám za hranicou môžeme závidieť (samozrejme v dobrom) a čo je pre nás motiváciou a inšpiráciou. Je dobre, že Vám na úrovni českého lekárenstva záleží, ale ten *kúl v plotě* naozaj nehrozí.

**PharmDr. Štefan KRCHŇÁK**

## K problematice tablety RU-486

V brzké dobe budú poslanci ve sněmovně opět projednávat problematiku potratové tablety RU-486 a hrozí, že bude schváleno její používání v České republice. Tím by bylo usnadněno zabíjení nenarozených dětí, a to chemickou cestou.

Ze statistik vyplývá, že denně je umělým potratem ukončen život 66 dětí!

Přes krizi a různé nedostatky, které nás trápí, žijeme stále v zemi, jež patří mezi ty bohatší na světě.

Řešíme složitě, jak zabezpečit, aby nás, až budeme v důchodu, naše děti uživily. Nějak jsme si nevšimli nakažlivé choroby, která nás sužuje, je velmi rozšířená a nemá své číslo v klasifikaci nemocí. Tou chorobou je lidské sobectví a lhostejnost.

Prosím tedy vás, kolegové, kteří jste proti schválení používání přípravku RU-486 v České republice, abyste se připojili k petici Hnutí pro život (<http://www.prolife.cz/?a=24&id=142>), která bude předána ministru zdravotnictví MUDr. Leoši Hegerovi před zahájením projednávání v parlamentu.

**PharmDr. Markéta JIRSOVÁ**  
Volyně

# NÁVODY PRO DISPENZACI

## Analgetika u jaterního poškození

Řadu léčiv provází riziko hepatotoxicity – toto riziko je třeba vyhodnotit ještě před nasazením léčiva. Řadu léčiv, která primárně hepatotoxická nejsou, je však třeba vnímat jako nebezpečná v případě, že jsou podávána pacientům s jaterním poškozením. Zde je nutné individuální posouzení potřeby analgetizace pacienta a stavu poškození jeho jaterního metabolismu.

Při hepatálním poškození se mění metabolismus a distribuce léčiv (především lipofilního charakteru). Tato skutečnost je známá a platí pro většinu běžných analgetik – paracetamol, nesteroidní antirevmatika (NSA) i opioidy. Následkem těchto jevů může dojít k akumulaci léčiva v organismu a zvýraznění jeho nežádoucích účinků až k toxicitě. Alterace klinického účinku léčiv je méně výrazná u některých akutních onemocnění jater, je typická spíše pro chronické formy jaterního onemocnění, např. alkoholickou cirhózu.

Mezi analgetika s primárním rizikem toxicity patří vyšší dávky paracetamolu, kys. acetylsalicylová, NSA (nimesulid, diklofenak) a některé inhibitory COX-2 (např. lumiracoxib, u nás neregistrovaný, jako preparát PREXIGE® byl stažen z trhu v roce 2007). Je zajímavé, že NSA se podílí na hepatotoxicitě všech léčiv asi z 10 %. Nyní, po vyřazení některých léčiv s tímto efektem, může toto procento klesat (ze světového trhu byla vyřazena celá řada léčiv, např. bromfenac, ibuprofen, benoxaprofen), avšak z hlediska frekvence využívání této skupiny v terapii léčiv je stále nutno na toto riziko myslet.

Pacienti se středním až závažným jaterním selháním mají rovněž daleko **vyšší rizika lékových interakcí**.

- NSA spolu s jinými léčivy, jež zvyšují riziko dráždění GIT (nízké dávky kys. acetylsalicylové, SSRI).
- NSA spolu s léčivy ovlivňujícími hemodynamiku (tj. ACE-I ovlivňující glomerulární filtraci).
- Opioidy a sedativní anxiolytika (zvýšené riziko jaterní encefalopatie).
- Analgetika, jež se metabolizují na stejném cytochromovém systému.
- Současné renální poškození, často je v koincidenci jako hepatorenální syndrom; hladina sérového kreatininu nemusí být kvůli jaternímu poškození zvýšena, i když je glomerulární filtrace výrazně snížena, často u cirhotiků, proto je nutno upravovat dávky léčiv, která se vylučují převážně ledvinami.

**Paracetamol** – stále platí, že je to levné a dostupné analgetikum, obvykle lék první volby v léčbě akutní i chronické bolesti. U pacientů s jaterním poškozením dávat v co nejnižší dávce co nejkratší dobu, tj. max. 2 g/den, tedy 4 tablety denně, totéž platí u lidí s abúzem alkoholu. V některých zemích je tato informace přímo na obalu léku, riziko u OTC léčiv, ve kterých se pod nejrůznějšími názvy skrývá řada různých kombinací s paracetamolem.

**NSA** – u pacientů s cirhózou či příznaky ascitu se může zhoršovat renální tok v ledvinách (NSA mají inhibiční efekt na prostaglandiny v ledvinách a snižují GF), snižují renální exkreci  $\text{Na}^+$  a vody a prohlubují tedy riziko vzniku ascitu. NSA nejsou vhodná u pacientů s výrazným poškozením jater. Navíc vykazují také antitrombotickou aktivitu, čímž mohou zvyšovat dráždění GIT i riziko renálního selhání. Nelze zapomenout také na nepředvídatelná jaterní poškození, která se ukázala např. po použití diklofenaku či nimesulidu. U méně výrazného poškození jater lze přistoupit při analgetizaci pacienta k redukci dávek, hlavně u naproxenu a celecoxibu, např. u pacientů s alkoholickou cirhózou je třeba redukovat dávky až na 50 % (redukce dávek při mírném poškození jater není nutná u diklofenaku a ibuprofenu). U pacientů s jaterním poškozením lze často předpokládat rovněž abnormality v oblasti hemostázy (narušená tvorba koagulačních faktorů), proto může být riziko krvácení při užívání NSA vyšší. Např. pacienti s cirhózou jater léčení NSA mají 3x vyšší riziko krvácení z jicnových varixů než neléčení NSA.

**Opioidy** – látky jako kodein nebo tramadol jsou významně biotransformovány v játrech na různé aktivní metabolity. Vylučování je zpomalené a může docházet ke kumulaci těchto léčiv a jejich metabolitů. Pethidin (Dolsin) se dokonce metabolizuje na toxický produkt (norpethidin) a pomalejší eliminace při jaterním poškození výrazně zvyšuje jeho toxicitu, proto u pacientů s jaterním poškozením nebo pro dlouhodobé podávání vůbec není vhodný. Výrazné ovlivnění lze očekávat především u perorálních LF, ale také u parent. morfinu a alfentanylu. Proto je nutno při nezbytné analgetizaci přistoupit k redukci dávek. Všechny opioidy mohou zhoršovat hepatální encefalopatii u pacientů se závažným jaterním selháním. Fentanyl a jeho syntetické deriváty jako sufentanyl a remifentanyl nevyžadují při jaterním poškození úpravu dávek.

**PharmDr. Marie ZAJÍCOVÁ**  
[marie.zajicova@nemocnice.opava.cz](mailto:marie.zajicova@nemocnice.opava.cz)

# Kardiovaskulární aparát a kouření

Velká část klientů lékáren přichází s některým typem kardiovaskulárního onemocnění (KVO) či kvůli některému rizikovému faktoru KVO – je to tedy výjimečně vhodná příležitost k dotazu na kouření či k případné intervenci. Kouření nebo užívání tabáku je společně s vysokým krevním tlakem, diabetem 2. typu a hypercholesterolémií hlavním preventabilním rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění. Léčba závislosti na tabáku je spolu s kontrolou dyslipidémie, hypertenze, diabetu a obezity neúčinnějším a nelevnějším způsobem, jak snížit úmrtnost a nemocnost na KVO.

MUDr. Kamila Zvolská, PharmDr. MUDr. Vilma Vranová

Kouření významnou měrou přispívá k akutním trombotickým příhodám, je hlavním rizikovým faktorem akutní koronární trombózy, tedy uzávěru koronární tepny trombem. Důvodem je kouřením navozený hyperkoagulační stav. Dochází k aktivaci a agregaci krevních destiček, k aktivaci koagulačních faktorů, zvýšení hladiny fibrinogenu, zvýšení hladiny tkáňových faktorů, D-dimerů, počtu leukocytů a viskozity plazmy. Agregabilitu krevních destiček zvyšuje

i pasivní kouření. Změny v hemostatických faktorech navozené kouřením jsou zřejmě ovlivněny i pohlavím pacienta – trombóza koronárních a mozkových tepen se vyskytuje velmi často u mladých žen, které užívají hormonální antikoncepci. Kuřačky by hormonální antikoncepci neměly užívat vůbec z důvodu zvýšeného rizika tvorby krevních sraženin. Pasivní kouření může pro cévy znamenat téměř stejné riziko poškození (80–90 %) jako kouření aktivní.

## Projekt ČLnK Odvykání kouření

Představenstvo České lékárnické komory podpořilo na svém jednání dne 13. 2. aktivní účast komory na semináři ke Světovému dni bez tabáku, který se uskuteční dne 28. 5. v Senátu PČR, a v související kampani *Odvykání kouření v lékárnách*.

Současně jsme odsouhlasili vizi vybudování sítě specializovaných center odvykání kouření v lékárnách. O přípravě a možnostech zapojit se do obou zamýšlených aktivit, na kterých od počátku spolupracujeme s PACE 2015, o. s., a s odbornou Společností pro léčbu závislosti na tabáku, vás budeme postupně informovat na webu ČLnK a prostřednictvím Časopisu českých lékárníků.

### Seminář v Senátu – Světový den bez tabáku

U příležitosti konání semináře *Světový den bez tabáku* připravujeme v lékárnách týdenní (27.–31. 5.) kampaň *Odvykání kouření*. Součástí bude e-learningový kurz pro lékárníky a edukační materiály ve formě krátké strukturované intervence pro pacienty s kardiovaskulárním, respiračním či onkologickým

onemocněním, pro diabetiky a ženy užívající antikoncepci. E-learningový kurz budete moci absolvovat v průběhu dubna. Úspěšní absolventi se poté budou moci přihlásit k aktivní účasti v kampani a na svou lékárnu počátkem května objednat a zdarma obdržet edukační materiály pro své pacienty.

### Lékárna – specializované centrum odvykání kouření

Záměr vybudovat síť lékáren – specializovaných center odvykání kouření a jejich plnohodnotné zapojení do sítě zdravotnických zařízení, která tuto službu již poskytují, jsme projednali s doc. MUDr. Evou Králíkovou, CSc., představitelkou odborné Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Nyní i s její podporou připravujeme společně s PACE 2015 náplň kurzů garantovaných ČLnK, které by vám měly být k dispozici od září a jejichž součástí bude i stáž v Centru pro léčbu závislosti na tabáku.

Za představenstvo ČLnK  
PharmDr. Lubomír CHUDOBA  
PharmDr. Alena PETŘÍKOVÁ  
Za PACE 2015  
PharmDr. MUDr. Vilma VRANOVÁ

Kouření je spojeno s 2–4násobným zvýšením rizika ICHS, víc než dvojnásobně zvyšuje riziko ischemické cévní mozkové příhody, je silným rizikovým faktorem pro symptomatickou ischemickou chorobu dolních končetin (ICHDK).

Kouření negativně ovlivňuje i další významné rizikové faktory pro KVO. Je spojeno s arteriální hypertenzí v závislosti na dávce. Krevní tlak (TK) stoupá přechodně po každé cigaretě a tento účinek může vymizet, pokud se TK měří po 30 minutách od poslední cigarety.

### Příklady pro hovor s pacientem:

- Kouření zdvojnásobuje Vaše riziko infarktu a mozkové mrtvice.
- Pokud přestanete kouřit, Vaše riziko infarktu klesne během několika dní na polovinu.
- Kouření zdvojnásobuje riziko cukrovky, zhoršuje její průběh.
- Kouření zvyšuje hodnoty cholesterolu.
- Užíváte léky na cholesterol, na vysoký tlak? Pokud přestanete kouřit, zlepší se jejich účinek.
- Kouření přispívá ke zvýšenému krevnímu tlaku.
- Kouření zhoršuje stres – po cigaretě se vyplaví stresové hormony.
- Pokud přestanete kouřit, může se stát, že budete moci užívat nižší dávky warfarinu – záleží to ale na výsledcích srážlivosti, je třeba častějších kontrol.
- Jako kuřačka byste vůbec neměla užívat hormonální antikoncepci, máte zvýšené riziko krevních sraženin.
- Každá cigareta poškozuje. Vašemu srdci a cévám škodí i pasivní kouření.

Proto je důležité zeptat se při měření TK silného kuřáka, kdy měl poslední cigaretu – bylo-li to déle než před půl hodinou, např. při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení, je možné, že naměřené hodnoty TK jsou nižší než TK po většinu běžného dne.

Metabolickým účinkem nikotinu je přes stimulaci katecholaminů upregulace hormon-senzitivní lipázy s následným zvýšením lipolýzy a zvýšením cirkulace

volných mastných kyselin. Kouření tak způsobuje aterogenní dyslipidémii s nízkou hladinou HDL. Riziko metabolického syndromu je u kuřáků přibližně dvojnásobné ve srovnání s nekuřáky.

### Interakce kouření a farmak

Kouření je silným induktorem CYP1A2, součásti enzymového systému cytochromu P450. Zvyšuje tak clearance warfarinu, k dosažení optimálního rozmezí INR tedy může být potřeba vyšších dávek. U warfarinizovaných pacientů jsou proto doporučeny po zanechání kouření zpočátku častější kontroly INR s eventuálním snížením dávky léku dle aktuálních výsledků krevní srážlivosti.

Studie prokázaly, že kouření snižuje příznivý účinek antihypertenziv a statinů. Pacienti, kteří tyto léky užívají, tedy mohou zvýšit jejich účinek tím, že přestanou kouřit.

### Pokles kardiovaskulárního rizika po zanechání kouření

Riziko KVO se snižuje velmi brzy, v řádu dnů o třetinu, po roce abstinence klesá zvýšené riziko ICHS způsobené kouřením na polovinu. Přestat kouřit v 50 letech znamená snížit riziko na polovinu, ale pokud kuřák přestane před 30. rokem věku, může být riziko zcela eliminováno.

### Léčba závislosti na tabáku u pacientů s KVO

Náhradní nikotinová terapie je bezpečná u pacientů se stabilní ICHS i v prvním roce po akutní KV příhodě. Také vareniklin je účinný při odvykání kouření u kuřáků se stabilním KVO. Je dobře tolerovaný a stejně jako bupropion nezvyšuje kardiovaskulární příhody a úmrtnost. Všechny tyto léky významně zvyšují pravděpodobnost zanechání kouření.

### Závěr

Z hlediska prevence KVO je vhodné cíleně se zeptat na případné kouření a doporučit odvykání zejména u pacientů, kteří užívají antihypertenziva, anti-diabetika, hypolipidemika, antitrombotika (warfarin), antiarytmika, orální hormonální antikoncepci/hormonální substituční terapii.

#### Literatura u autorek

MUDr. Kamila Zvolská, Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN  
PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, PACE 2015

Nejsem objektivní, ale mohu být hlasem v diskuzi:

## Komora je vymoženost

Pracuji pro Českou lékárnickou komoru sedm let. Nemohu tedy být objektivní. Mohu ale být jedním hlasem v diskuzi. Než jsem ke komoře přišel, měl jsem postoj k té své, advokátní, kritický. Už nemám. Pochopil jsem totiž, že být členem stavu s výsadou zákonem zřízené komory je vymoženost. Každý stav, jenž ji nemá, po ní touží. Někteří z těch, kteří ji mají, paradoxně touží po jejím zániku. Proč?

Nejdražší časopis, nic nedělá, nezačne se svých členů, nutí do vzdělání, příspěvky, zbytečná, příspěvky, samoučelná, časopis, příspěvky...

Souhlasím s kritikou. Nesouhlasím s řešením, má-li spočívat ve zničení komory. Za zničení považuji i zrušení zákonné povinnosti i radikální snížení příspěvků. Komora jako institut je přeci obrovská věc. Členové jednoho stavu mají silnou instituci už jen proto, že jsou v ní všichni. Povinně. Dobrovolnost ji oslabí nikoliv proto, že bude za svou neschopnost potrestána nezájmem. To by totiž vyžadovalo angažované lékárníky, kteří by takto aktivně protestovali proti mizerné komoře. Dobrovolnost ji oslabí zejména pro nedostatek angažovanosti, pro docela obyčejný nezájem o věci společné a veřejné. To je ovšem v pořádku. Je běžné, že většina společnosti žije své životy bez angažovanosti a spoléhá se na těch pár výjimek, které chtějí něco měnit, uplatnit se, dokázat. Proč ale útočit na to jediné, co ze zákona skýtá záruku ochrany zájmů všem, jak těm aktivním, tak pasivním?

Lze namítnout, jakápak ochrana zájmů. Vždyť přeci komora nikoho nechrání. Už jsem řekl – jsem zaujatý. Nemyslím si, že komora za posledních mnoho let byla při hájení zájmů lékárníků pasivní a neúspěšná. Úspěchy však nelze zaměňovat za tažení, při němž komora zařídí všechno všem. Proti zájmům lékárníků, které reprezentuje, stojí vždy zájem celého zbytku společnosti, reprezentovaného všemi ostatními orgány. A ty se také umějí pěkně ohánět. Ale budiž, možná se mýlím. Možná, že rezervy, které máme my všichni, kteří jsme spojováni s aktivní činností komory, jsou tak velké, že zasluhují kritiku. Tvrdou kritiku. Znovu se ale ptám, proč kvůli nedostatkům lidí útočit na to jediné, co ze zákona skýtá záruku ochrany zájmů všech lékárníků.

Prosím, přestaňte hledat řešení problémů v likvidaci komory. Ona sama za

to nemůže. Ničení komory umím pochopit od každého, kdo stojí mimo ni. Vlastně chápu i lékárníka. Jen bych jej chtěl přimět k zamýšlení nad tím, jestli tím tak trochu nesměřuje k likvidaci sama sebe. Komora totiž není nic nad námi nebo vedle nás. Komora jste vy, lékárníci. Všichni. Ne jen ten Chudoba a spol. Ale právě ten Chudoba a jeho parta jsou v současné době ti nejochotnější něco dělat. Neříkám nejlepší, nejchytřejší nebo nejschopnější. Záměrně říkám nejochotnější. A jestli je to špatná parta, vyměňte ji za lepší. Máte na to právo a zasloužíte si to. Ale proč útočit na to jediné, co ze zákona skýtá záruku ochrany zájmů všech lékárníků?

Ještě než je vyměníte, trochu bych se jich zastal. Jsem častým svědkem a i aktérem mnoha činností komory. A hlavně mohu sledovat ty tzv. bafuňáře v akci. Pověštinou vidím chytré a činorodé jedince, kteří se svorně potýkají s jediným – s frustrací z toho, co všechno by chtěli udělat, ale nedostává se jim času. Potřebovali by pomoc. To ale vůbec není snadné. Každý z nich je od počátku svého působení na komoře omývá nepřežítým proudem informací a zkušeností, které jsou povětšinou zcela nové. Jen s nimi se ale postupně stávají těmi, kdo ob stojí při hájení zájmů před již zmíněnými subjekty reprezentujícími zbytek společnosti. Naštěstí se práci pro komoru věnují i lékárníci, kteří nejsou členy jejích orgánů. I oni ale získávají přehled, který budou schopni využít ve prospěch komory. Dost však oslavování. Stále platí – dělají to špatně, musí pryč. Proč ale bořit město, když lze jen vyměnit starostu? Doufám, že metaforu o výměně starosty nebude někdo vykládat jako signál k puči na... však víte koho.

Budete-li se ptát, co tedy ta komora dělá, zkuste si někdy sednout a napsat jen tak jeden jediný dopis. Třeba na VZP o ořezech nebo podnět na ÚOHS.

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

Zkuste si připravit prezentaci na půlhodinovou přednášku o čemkoliv. Zkuste si otevřít „otázky a odpovědi“ a na pět libovolných otázek sami odpovědět. Zkuste jednat s novináři. Zkuste jít na ministerstvo a tam kvalifikovaně vyjednávat na desítky témat. Zkuste si představit, jak organizujete cyklus seminářů, systém celoživotního vzdělávání, Den lékáren. Zkuste si představit, jak o tom všem, co vám bere veškerý čas, ještě píšete příspěvky na web, aby bylo vidět, co děláte. Zkuste si ten web pročíst. Zkuste zorganizovat okresní shromáždění lékárníků, přesvědčit ostatní, že stojí za to přijít. Buď proto, aby se něco udělalo, nebo i proto, aby se našli lepší činovníci. Žádná z předchozích vět není výčitkou. Vůbec ne. Jen se snažím navržit zlomky toho, co komora obnáší. Žádný z těch

zlomků se neudělá sám a každý stojí spoustu práce. Proč se tedy vzdávat práce, když lze hledat dělníky?

A ještě krátce k těm příspěvkům. Samozřejmě mohou být nižší. Bez peněz to ale bohužel nejde. Nižší příspěvky = menší aktivita. Snad stojí za zmínku, že lékárnická komora má patrně nejmenší sekretariát ze všech komor. Minimálně v přepočtu na počet členů. Pro srovnání, advokátní komora má zaměstnanců řádově více. Nevadí mi to. Jako advokát jsem své komoře odvedl 8 000 Kč příspěvku, 500 Kč odvodu do sociálního fondu, 3 000 Kč za vzdělávání koncipientky a 4 600 Kč za povinné profesní pojištění. Nevadí mi to. Můj příjem není mnohonásobně vyšší než příjem lékárníka. Ani to mi nevadí. A napadá mě ještě něco. Povinné členství je nej-lacinější. Rozkládá totiž finanční zátěž rovnoměrně na všechny. Komora, má-li

fungovat smysluplně, potřebuje na svůj provoz peníze. Pokud v ní dobrovolně zůstane jen hrstka těch aktivních souhlasících, zůstane venku jen hrstka těch aktivních nesouhlasících a většina těch pasivních. A ti, co zůstanou, všechno odpracují a ještě si to všechno sami zaplatí. To musí skončit fiaskem.

A ještě něco. Když nebude komora, kdo myslíte, že je připraven se brát za lékárníky? Úředník? Pacient? Lékař? Atomový fyzik? Pekař? Ne, já je všechny znám, všechno jsou to dobří lidé, mám je rád, ale na lékárníky oni nemyslí, to mi věřte. Ať se na povinnou komoru dívám, odkud chci, pořád ji vidím jako nepřekonatelné a luxusní řešení. Ne luxusní pro „bafuňáře“. Luxusní pro lékárníky.

A teď klidně vyměňte i právníka ☺

Váš Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

## TAK TO VIDÍM JÁ: Celostní medicína na vzestupu?



V minulých dnech neušla pozornosti médií aktivita ministerstva zdravotnictví vedeného Leošem Hegerem (TOP 09), která vyhláškou nově řadí psychosomatickou (někdy také s oblibou označovanou jako celostní) medicínu mezi základní medicínské specializační obory.

Moje první úvaha vedla ke srovnání psychosomatické medicíny a jiného základního medicínské specializačního oboru, například kardiologie. Formálně jsou totiž postaveny vyhláškou ministerstva zdravotnictví na stejnou úroveň. Kardiologové mají svoje časopisy *Circulation* a třeba *European Heart Journal*, oba s významným impakt faktorem, ale co mají vyznavači celostní medicíny? Zapátral jsem a ejhle, existuje časopis *Psychosomatic Medicine*. Budiž, platforma pro výměnu odborných informací a publikování původních prací by tady byla.

Moje další úvahy vedly směrem k pacientům. Kým se vlastně zabývá psychosomatická medicína? Jistě existuje početná skupina v podstatě zdravých jen trochu nervově labilních lidí bez prokazatelné psychiatrické diagnózy, kteří by měli skončit v péči klinického psychologa. Jedinci, kteří zdolají mez psychiatrické diagnózy, již samozřejmě patří do péče psychiatra. Koho chtějí ale léčit psychosomatici, mi příliš jasné není.

Zkusím to z jiného konce, co je obsahem psychosomatické medicíny? Existuje vůbec na ministerstvu člověk, který ví, co všechno je celostní medicína? A co už v žádném případě celostní medicína není? Jaké má podoby? Kdo garantuje jejich odbornou úroveň? Čím více o těchto

otázkách přemýšlím, tím více začínám o smysluplnosti psychosomatické medicíny pochybovat.

Skoro se mi na mysl vkrádá podezření, že ministr zdravotnictví nemá žádnou koncepci pro resort, který sám řídí, a ani neví, co jeho ministerstvo činí. Nebo si možná máme zvyknout na vyhlášky psané na zakázku jednotlivých subjektů bez ohledu na společenský zájem? Budou mít specialisté v oboru celostní medicíny smlouvy s pojišťovnami, budou se jim proplácet výkony? Při stavu financí v segmentu zdravotnictví jde o dost děsivou představu.

Vzestup psychosomatické medicíny samozřejmě zachytí, vstřebá a prakticky uchopí i armáda léčitelů, kteří sice nebudou mít ani titul MUDr., ani specializační diplom, ale na stejné vlně zájmu budou v duchu celostního šílenství „dojit“ všechny důvěřivce ochotné zaplatit. A možná by se dala celá problematika celostní medicíny zjednodušit do jedné věty:

Stačilo by, aby se lékaři a ostatní zdravotníci věnovali svým pacientům lidsky a komunikovali s nimi, pak by parazitování na pacientech pod křídly nové specializace ztratilo smysl úplně.

Zjišťuji, že psát na téma celostní medicíny je poměrně truchlivá, úmorná a ubíjející lopota. Dávat dohromady fakta a vést nekonečný boj s pravděpodobně nevědeckými metodami v medicíně musí mít nějaký cíl. Tím se pro mne v tento moment stává třeba jen jeden čtenář, který o těchto otázkách začne přemýšlet.

Pokusím-li se vše shrnout, nezbyvá mi než s obavami sledovat průnik nevědeckého balastu pod hlavičkou psychosomatiky do medicíny. Připomíná mi to nekontrolovatelné bujení, které by bylo nejlépe radikálně vyříznout.

PharmDr. Jiří GREGOR

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Kociánová, E., Václavík, J., Táborský, M.:**  
**Fixní kombinace v léčbě hypertenze – přehled současných možností**  
*Medicína pro praxi č. 1/2013*

Velké klinické studie prokázaly významné snížení rizika kardiovaskulárních příhod vlivem správné antihypertenzivní terapie. Podíl hypertoniků dosahujících cílových hodnot TK je stále nízký (20–30 %). Důvodem může být polymorbidita stárnoucí populace s vyšším podílem rezistentní hypertenze, nepoznaná sekundární příčina, nevhodně zvolená léčba a nízká compliance a adherence pacientů k léčbě. Zdvojnásobení dávky léku v monoterapii je až 5x méně účinné než přidání druhého léku do kombinace. Dle nových doporučení se může s kombinací začít v kterémkoli stupni hypertenze. Fixní kombinace mají řadu výhod. Působí často synergicky a podávají se 1x denně. Kombinují se: Inhibitory RAAS (ACEI a sartany) s diuretiky. Dále Inhibitory RAAS s kalciovými antagonisty, betablokátoři s kalciovými antagonisty, betablokátoři s diuretiky a osvědčená kombinace thiazidu s kalium šetřícím diuretikem. Nejčastější chybou v kombinacích je použití léků jedné skupiny, současné použití ACEI a sartanů (účinnost eliminovaly výsledky studie ONTARGET), nelogickým se zdá použití fixní kombinace ve výsledku snižující počet tablet (losartan H ráno a losartan večer). Podle posledních výzkumů padá velká kritika na hydrochlorothiazid, který by měl být pomalu nahrazován v kombinacích jiným diuretikem (např. indapamid).

**Burešová, E., Vidlár, A., Študent, V.:**  
**Anticholinergika v urologii a jejich nežádoucí účinky**  
*Urologie pro praxi č. 1/2013*

Anticholinergika jsou v urologii léky první volby v terapii hyperaktivního močového měchýře. Nadměrná aktivita parasymptiku vyvolává v organismu řadu poruch, které lze dobře tlumit blokátory muskarinových receptorů. Po podání neselektivních látek s terciárním dusíkem (např. atropin) se vyvíjejí postupně tyto NÚL: blok slinných a potních žláz, rozšíření zornic, tachykardie, poruchy akomodace, řeči, polykání, neklid, bolest hlavy, teplota a suchá kůže, snížení peristaltiky, retence moči, ataxie, halucinace, delirium, dechové obtíže. Je známo pět subtypů muskarinových receptorů. Ve stěně močového měchýře jsou to typy M2 a M3 v poměru 3:1. Blokádou ACH na těchto receptorech dochází k relaxaci hladkého svalstva detruzoru, s níž souvisí zvýšení kapacity měchýře a snížení pocitu nucení na močení. Používaná léčiva v urologii jsou: oxybutinin, propiverin, trospium, tolterodin IR, tolterodin ER, fesoterodin, solifenacin a darifenacin. Kontraindikacemi pro použití anticholinergik v urologii jsou: glaukom se zavřeným úhlem, tachykardie, ulcerózní kolitida, myastenia gravis, achalázie, obstrukce GIT, retence moči, těhotenství a laktace.

**Skálová, L., Boušová, I. a kol.:**

## Metabolismus léčiv a jiných xenobiotik

Karolinum, Praha 2011, 160 stran

Zajímavá monografie autorek z hradecké farmaceutické fakulty přináší souhrn informací o biotransformaci léčiv i jiných xenobiotik. **Xenobiotika** jsou cizorodé látky, které po podání do organismu nevykazují žádnou fyziologickou funkci – léčiva, konzervanty, barviva, kosmetické produkty, stimulanty, návykové látky, polutantů a kontaminantů životního prostředí. Práce má 12 kapitol. Po úvodu následuje pohled

### ANOTACE

na xenobiotika a jejich osud v organismu, dále vztah chemické struktury a metabolismu. Pátá část popisuje enzymy, které se účastní metabolismu xenobiotik (1. fáze biotransformace – cytochromy P450, flavinové monoxygenázy, reduktázy, hydrolázy, dále konjugace – enzymy zprostředkující glukuronidaci, sulfonaci, acetylaci, metylaci a konjugace s glutathionem a AK) a přenašeče xenobiotik. Další část se zabývá regulacemi enzymů – inhibice, indukce. Sedmá kapitola je výčtem faktorů, které ovlivňují metabolismus xenobiotik – **interindividuální** (mezidruhové rozdíly, genový polymorfismus) a **intraindividuální**. Poslední, krátké, ale zajímavé části, vysvětlují základy extrahepatálního metabolismu, dále význam enzymů v lékové rezistenci a mechanismy toxicity cizorodých látek. Poslední část popisuje, jak jsou metabolizovány cizorodé látky v rostlinách.

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

**N**ová skupina hypnotik patří mezi antagonisty orexinových receptorů. **Orexin** (hypokretin) je neurotransmiter, který reguluje vzrušení, spánek a bdění a chuť k jídlu. Mozek jej obsahuje jen velmi malé množství, asi v 10–20 tis. neuronů v hypotalamu. Jejich axony vstupují jak do mozku, tak do míchy, v níž jsou rovněž orexinové receptory. Rozlišují se Orexin A (33 aminokyselin) a Orexin B (28 aminokyselin). Větší význam má

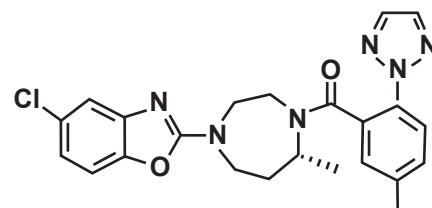
## MOLEKULA MĚSÍCE

### Suvorexant (MK-4305)

**IUPAC:** [(7R)-4-(5-chloro-1,3-benzoxazol-2-yl)-7-methyl-1,4-diazepan-1-yl] [5-methyl-2-(2H-1,2,3-triazol-2-yl)phenyl] methanone

**Sumární vzorec:** C<sub>23</sub>H<sub>23</sub>ClN<sub>6</sub>O<sub>2</sub>

**Molekulová hmotnost:** 450,92 g/mol



Orexin A. Mutace receptorů pro orexiny může způsobovat poruchy spánku. Objeviteli těchto receptorů byli Masashi Yanagisawa z Texasu a Luis de Lecea ze Stanfordské univerzity v Kalifornii. Léčivo suvorexant (duální antagonist obou typů orexinových receptorů) zkoumá firma Merck, která podala první informaci o výsledku klinických studií loni v červnu na konferenci Sleep 2012. Prvním zkoušeným léčivem této skupiny byl **almorexant** (molekula měsíce 5/2009), který však firma GSK pro výskyt nežádoucích účinků v poslední fázi klinického zkoušení neuvedla vůbec na trh. Suvorexant byl již 8. listopadu předložen FDA ke schválení. To se předpokládá počátkem léta 2013. Pacienti ve studiích byli léčeni buď vysokou dávkou léčiva (40 mg u věku 18–64 let a 30 mg nad 65 let věku), nebo nízkou dávkou (18–64 let 20 mg a nad 65 let 15 mg). Byli rozděleni na třetiny (nízká dávka, vysoká dávka, placebo) a pacienti s lékem usnuli o 27 minut dříve (po placebo o 17) a spali o hodinu déle (po placebo o 40 minut). Nežádoucí účinky udávalo 25 % léčených a po placebo 14 %.

Zdroje: internet

# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Přestože je osteosarkom nejčastějším primárním nádorem kostí (35 %), jeho incidence je velice nízká a činí 2–3 případy na 1 milion obyvatel a rok (=20–30 lidí v ČR/rok). Incidence onemocnění vykazuje vrcholy ve 2 věkových kategoriích: 1. 0–24 let (růstová akcelerace kostí), 2. lidé nad 70 let. Častěji jsou postiženi chlapci/muži. Nemoc vzniká typicky v dlouhých kostech – stehenní (40 %), holenní (20 %) a pažní (10 %). Osteosarkom je charakterizovaný přímou tvorbou kosti nebo osteoidní tkáně nádorovými buňkami, převážně vzniká uvnitř



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

kosti (tzv. centrální osteosarkom, >80 %). Je vysoce maligní, nejprve se šíří dřeňovou dutinou, následně dochází k invazi do okolních tkání, nejčastěji do plic a kostí. Nejčastějším příznakem je přerušovaná bolest, většinou noční, lokalizovaná do hloubky, postupně se zhoršující. Později se přidružuje otok, zarudnutí. Diagnóza učiněná až na základě zlomeniny kosti je vzácná. V převážné většině případů je onemocnění viditelné na RTG snímku, potvrzeno má být histologicky. Osteosarkom nemá laboratorní markery. Pro přesnější ohraničení a lokalizaci případných metastáz se používají pokročilejší metody: magnetická rezonance (MR), počítačová tomografie (CT), scintigrafie skeletu, sonografie břicha apod. Přibližně 15 % pacientů má v době diagnózy metastatické onemocnění.

Lokalizované formy osteosarkomů mají dnes poměrně vysoké dlouhodobé přežití (>70 %) díky chirurgickým postupům (dřívější amputace končetin nahradily transplantace kostních štěpů a endoprotézy) a chemoterapii podávané před chirurgickým výkonem (neoadjuvancie = indukce) i po něm (adjuvancie). Prognóza metastatického nebo relabujícího onemocnění je nadále špatná a pětileté přežití nedosahuje 30 %. Z používaných cytostatik vykazují nejlepší výsledky kombinace doxorubicinu (ADM), vysokodávkového metotrexátu (HDMTX), cisplatiny (DDP), ifosfamid (IFS). V neoadjuvanci se dle doporučení EURAMOS 2x vystřídají během 10 týdnů doxorubicin + cisplatina s metotrexátem, v adjuvantní léčbě se doporučuje režim MAP (doxorubicin, metotrexát, cisplatina), při horší odpovědi na neoadjuvantní léčbu lze podat režim MAPIE (MAP + ifosfamid a etoposid).

Již delší dobu je obecně u nádorů zkoušena stimulace imunitního systému s cílem zlepšení identifikace a „likvidace“ nádoru aktivovaným imunitním systémem. Lze jmenovat např. sipuleucel-T u rakoviny prostaty, interferon-alfa u karcinomu ledviny či u melanomu, vakcíny proti papilomavirům u rakoviny děložního čípku. U osteosarkomu si již před 100 lety všiml William Coley, že streptokoková infekce v místě nádoru způsobí zmenšení nádoru. Bohužel jím použité endotoxiny bakterií vedly často až k letálním nežádoucím účinkům, a proto bylo jeho snažení i výsledky poněkud kontroverzní. Nástup chemoterapie na čas „uspál“ koncept imunostimulace, nicméně jak vidno, tento koncept zažívá renesanci.

## Farmakologické aspekty

Muramyldipeptid (MDP) je přirozenou součástí buněčné stěny bakterií (bakteriální peptidoglykan), jedná se o nejmenší jednotku schopnou navodit reakci přirozené imunity (nespecifická, zprostředkovaná monocyty / makrofágy). Liposomální muramyltripeptid (=mifamurtid) je syntetickým derivátem, který díky přidání alaninu a dipalmitoyl fosfatidyl etanolaminu k MDP více aktivuje monocyty a makrofágy. Také obalením do liposomální sférické částice je podpořena aktivace monocytů / makrofágů a zároveň snížena toxicita. Předpokládá se, že mifamurtid se váže na intracelulární receptory NOD2 (nucleotide-binding oligomerization domain receptor), které přes aktivaci NF-kappaB (nukleární faktor) způsobují vyplavení prozánětlivých cytokinů (IL-1beta, TNF-alfa, IL-6). Předpokládá se i aktivita při tvorbě inflammasomů (přes receptor NLRP3).

# Mifamurtid

Po intravenózním podání byl mifamurtid během minut (plazmatický poločas 15 minut) očišťován z plazmy fagocytujícími buňkami retikuloendoteliálního systému. Terminální poločas v těle radioaktivně značeného mifamurtidu byl zhruba 18 hodin. Nedochází ke kumulaci látky v organismu.

## Klinické aspekty

V případě mifamurtidu u osteosarkomu je otázkou, do jaké míry intenzivní chemoterapie ovlivňuje reakci imunitního systému vyvolanou mifamurtidem (Mm). Každopádně účinek v kombinaci s chemoterapií byl pozorován. Naopak samotný by asi benefit chemoterapie (zlepšení přežití z 30 % na 70 %) nepřekonal. Design jediné studie fáze III zahrnoval 4 skupiny mladých pacientů s osteosarkomem bez viditelných metastáz po prodělané operaci (v adjuvanci): 1. režim MAP, 2. MAP+ IFS, 3. MAP + Mm a 4. MAP + IFS + Mm. Parametry studie byly bezpříznakové přežití (EFS) a celkové přežití (OS). Protože nebyl pozorován rozdíl v EFS ve skupinách 1 a 3, u skupin 2 a 4 byla „vynechána“ v neoadjuvanci obvykle podávaná cisplatina (tedy lišila se mezi skupinami předchozí terapie) a zároveň vysoce koreluje EFS (které nevyšlo rozdílné) a OS, čelilo „sdužování větví“ a tvrzení o významném „sduženém“ (pooled) 30% rozdílu rizika úmrtí v šestiletém celkovém přežití mezi standardní terapií (skupiny 1 a 2: 70 % přežilo) a terapií s přidáním Mm (přežilo 6 let 78 %) odborné kritice.

Z nežádoucích účinků je nutné mít na mysli aktivaci imunity, např. může dojít ke zhoršení astmatu, vaskulitid a jiných zánětů, zvyšuje se riziko trombóz a projevů autoimunitních chorob. Pozorována byla neutropenie, infekce, gastrointestinální poruchy (spíše kvůli doprovodné chemoterapii?). Kontraindikovány kvůli snížení účinku mifamurtidu jsou imunosupresiva, NSAIDs, kortikosteroidy.

Léčivý přípravek obsahující mifamurtid se jmenuje Mepact a vyrábí jej společnost Takeda. Podává se 2 mg/m<sup>2</sup> tělesného povrchu prvních 12 týdnů 2x týdně a dalších 24 týdnů jednou týdně, celkem tedy 48 infuzí, každá s navrhovanou úhradou kolem 63 tisíc korun (-> 3 miliony Kč/pacient). Vzhledem k faktu, že se prodlouží mladý život (u starších lidí není mifamurtid indikován), je počet získaných roků poměrně veliký a „ospravedlňuje“ tak vysokou částku na léčbu jednoho pacienta.

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

# Trigonella foenum-graecum L. – pískavice řecké seno, (Fabaceae)

**Trigonella foenum-graecum L. – pískavice řecké seno, (Fabaceae).** Stará evropská kulturní rostlina. Výskyt této byliny zahrnuje oblast od Číny přes Indii, Ukrajinu, Turecko, oblast Středoziemního moře až po Etiopii.

**Synonyma:** *Foenum graecum officinale Moench.*

**Obecný název:** **Fenugreek** (angl.), **Kuhhornklee** (něm.), **Senegré** (franc.).

**Sbíraná část:** **semen**

**Droga:** **Trigonellae foenugraeci semen (ČL).**

**Obsahové látky:** v semeni 25–30 % bílkovin, do 0,3 % volných aminokyselin, z nichž tvoří až 50% podíl **4-hydroxyizoleucin**, především jeho 2S,3R,4S-izomer. Výskyt této aminokyseliny ve vyšších rostlinách je poměrně vzácný. Bohatě zastoupen je sliz (do 45 %), hydrolýzou poskytuje především mannosu (70 %) a galaktosu (28 %). Zajímavostí jsou inhibitory trypsinu a chymotrypsinu, s molekulovou hmotností kolem 6 000 a významným podílem cysteinu. Dále olej s převahou esterů kyseliny olejové a linolové, fosfolipidy, volné i esterifikované steroly, hlavně deriváty cholesterolu. V sušeném semeni se vyskytují 2 až 3 % steroidních saponinů, přičemž 95 % aglykonů tvoří diosgenin a jeho 25β epimer jamogenin. Kromě glykosidů byla nalezena i směs saponinů vázaných na peptidy, z nichž izolovaný foenugraecin obsahuje v peptidické části **hydroxyizoleucin**. Malé množství silice, která ale dodává droze charakteristickou vůni, díky obsahu 3-hydroxy-4,5-dimethyl-2 (5H)-furanonu, běžné flavonoidy orientin, izoorientin, vitexin, saponaretin a příbuzné látky, 0,37 % **trigonellinu**, tj. N-methylbetainu kyseliny nikotinové, třísloviny, stopy minerálů, 66 μg/100 g selenu a 96 μg/100 g chromu.

**Účinky a použití:** v tradiční medicíně se semeno aplikuje při nechutenství, poškození sliznice v dutině ústní, zánětu žaludku, zácpě i k omezení bolestí při kýle, dále bronchitidě, chronickém kašli, tuberkulóze, diabetu, celulitidě, zvýšené hladině cholesterolu a triacylglycerolů v krvi, k podpoře tvorby mléka, při beriberi, alopecii, impotenci i rakovině. Zevně ve formě obkladů na rány různého původu včetně bérčovských vředů, na ekzémy, klouby postižené dnou a bolavé svaly. V potravinářství běžné koření s výraznou vůní, např. součást směsí známých jako karí, dále korigens vůně v kosmetice.

Cílem většiny studií bylo vyhodnotit účinky drogy nebo izolovaných obsahových látek při diabetu a hypercholesterolemii. Bylo zjištěno, že droga omezuje vstřebávání glukózy ze střeva, účinkem slizu a dalších látek. Izolovaný 4-hydroxyizo-

leucin snižuje rezistenci periferních tkání vůči inzulínu a normalizuje tak glykemii. Rovněž trigonellin vykazuje hypoglykemické účinky. Podávání práškovatého semene snižuje u diabetiků i hladinu sérového cholesterolu a omezuje ukládání štavelanu vápenatého v ledvinách. Na krysách bylo potvrzeno, že vznik oxalátových kamenů inhibují saponiny a 3-hydroxy-4,5-



-furanon. U pacientů s diabetem nezávislým na inzulínu, léčených metforminem a glibenklamidem, došlo ke zřetelnému snížení glykemie po dávce 2x denně 50 g drogy i k poklesu hladiny LDL a VLDL cholesterolu a triacylglycerolů, přičemž hladina HDL cholesterolu zůstala nezměněna. U psů bylo popsáno zvýšené vylučování žlučových kyselin stolicí, pravděpodobně účinkem saponinů a aglykonů (diosgenin). Při pokusech na krysách potrava bohatá na pískavicové semeno vyvolala zvýšenou produkci žlučových kyselin. Kumarinové deriváty omezují agregaci destiček a izolovaný foenugraecin vykazuje účinky hypoglykemické, protizánětlivé, protivirové, kardiotonické, diuretické a hypotenzní.

**Dávkování:** 2x denně odvar (5 minut) z 50 g semen v 250 ml vody.

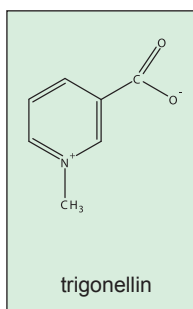
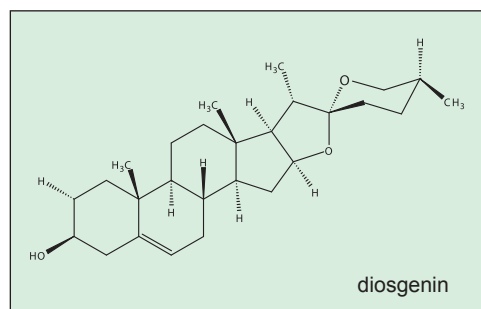
**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** pro nedostatek informací neužívat během těhotenství (stimulace dělohy) a laktace, s výjimkou dávek obvyklých v potravinách (nejvýše 0,05 % v masných výrobcích), nepodávat malým dětem. Po požití se může vyskytnout nadýmání a průjem, při kontaktu alergie. Nebyla prokázána ani mutagenita, ani teratogenita.

**Interakce:** předpokládá se potenciace účinku perorálních antidiabetik a antikoagulantů, snížení účinku kortikoidů. Sliz může omezit resorpci léčivých látek.

**Hlavní zdroje:** AISLP, Chemical Book, Drugs.com, Google Scholar, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Jellin, J. M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Medline, Pherobase, Plants for a future, PubChem Compound, Toxnet, WHO monographs on selected medicinal plants.

**PharmDr. Miloš POTUŽÁK**

Obrazek: Wikipedia, vzor: autor



# Zatím stále ještě na začátku cesty

V celostátní soutěži Bezpečná nemocnice letos zvítězil projekt „Systém evidence a dokumentace práce klinického farmaceuta v Nemocnici na Homolce – základní nástroj bezpečnosti farmakoterapie“. Tuto soutěž, určenou pro lůžková zdravotnická zařízení se sídlem na území České republiky, vyhlašuje od roku 2008 hejtman Kraje Vysočina. Projekty se zaměřují na bezpečí pacientů a personálu.

Hejtman MUDr. Jiří Běhounek během celostátní konference „Dny bezpečí“, která na uvedenou soutěž navazuje, mj. uvedl, že oblasti sledování zakotvené v legislativě jsou pacient, zaměstnanec, lidské zdroje a zdravotní péče, ale vazba na úhrady z veřejného zdravotního pojištění není žádná, naproti tomu rozdíl mezi zařízeními, které dbá na bezpečí pacientů a personálu, a zařízeními, které tuto problematiku neřeší, je zásadní.

V loňském roce v soutěži Bezpečná nemocnice získala pražská Nemocnice na Homolce třetí místo díky svému Oddělení klinické farmacie, které, jak už bylo řečeno, se letos v ošetřovatelsko–medicínské oblasti stalo absolutním vítězem.

**Nejen oceněný projekt nám přiblížíla vedoucí tohoto oddělení PharmDr. Milada Halačová, Ph.D.:**

## Před dvěma lety bylo všechno jinak

Letošním projektem jsme navázali na vzpomínaný projekt loňský, který popisoval začátky, problémy a úskalí, ale taky první úspěchy související s implementací tehdy nové služby klinického farmaceuta do Nemocnice Na Homolce (NNH). Za dva roky působení se podařilo nastavit základní procesy práce, jejichž výsledkem je v současnosti přítomnost klinického farmaceuta na všech odděleních a klinickofarmaceutická péče pokrývá sto procent hospitalizovaných pacientů. Dnes máme na zhruba 400 lůžek k dispozici pět plných úvazků dělených mezi osm kolegů tak, abychom byli schopni obsáhnout celý objem práce v nemocnici, vzájemně si nezasahovali do kompetencí na jednotlivých odděleních a každé oddělení mělo „svého klinického farmaceuta“, s kterým problematiku medikace prioritně řeší. Klinický farmaceut je dnes v Nemocnici Na Homolce akceptovanou a respektovanou součástí týmu pečujícího o pacienta.

Letošní projekt „Evidence a dokumentace činnosti klinického farmaceuta



v nemocnici Na Homolce“ byl pouze přirozeným vyústěním dvouleté práce kolegů na tomto oddělení. S myšlenou evidence činnosti jsme byli konfrontováni od samého začátku našeho působení v NNH v roce 2010 s cílem dokládat a případně kvantifikovat práci KF pro potřeby akreditačního procesu. Pro tyto účely bychom se zcela jistě spokojili se zápisem KF do zdravotní dokumentace pacienta, který by byl při akreditaci dohledatelný. Vzhledem k tomu, že v té době měla nemocnice již plnou elektronickou dokumentaci pacienta, začali jsme přemýšlet o cestě sofistikovanější, která by umožnila s našimi daty elegantně dále pracovat. Začali jsme pracovat na vytvoření nástrojů pro elektronickou evidenci a dokumentaci práce klinického farmaceuta, které by umožňovaly „farmakoterapeutická doporuče-

ní“ vkládat přímo do elektronické zdravotní dokumentace pacienta a řadit je podle určitého klíče (tzv. taxonomické řazení). Každé doporučení je proklikem spojeno s aktuálním dekurzem pacienta a současně s vlastním databázovým

konzultačním systémem. Toto dvojí propojení nám umožňuje nejen kontinuální sběr dat v čase a analýzu nejpalčivějších problémů souvisejících s podáváním léčiv v nemocnici, ale taky vytváření nesmírně důležitých zpětných vazeb a možnost se vracet k problémům farmakoterapie konkrétního pacienta při dalších hospitalizacích a překladech na jiná oddělení. Tato kontinuita v čase umožňuje vyhnout se při dalších hospitalizacích medikaci, která u pacienta například vyvolala nepředvídatelně vážnější komplikace, které vedly k zdravotním komplikacím pacienta, popř. k prodloužení jeho hospitalizace.

S ideovou přípravou a testováním projektu jsme začali začátkem roku 2011. V průběhu celého roku jsme vymýšleli a obměňovali klasifikační systém našich doporučení, přidávali nebo odebírali další identifikační příznaky a sbírali inspiraci a rady kolegů lékařů a IT programátorů. Testovali jsme jeho životaschopnost a propojení s ostatními dokumenty nemocnice a možnosti exportů dat do databázových systémů nemocnice. Teprve k 1. 1. 2012 byl projekt plně implementován do denní praxe oddělení klinické farmacie. V současnosti máme k dispozici podrobná roční data, která jsou tříditelná podle různých klíčů, podle potřeb našeho oddělení, podle potřeb managementu i jednotlivých primariátů.

## Co jsme tehdy netušili

Na práci s naší aplikací jsme si velice rychle zvykli nejen my farmaceuti, ale i lékaři a další zdravotničtí pracovníci a společně plně využíváme všechny

možnosti, které nám skýtá. Elektronický konzultační systém zvyšuje **rychlost předání informace** mezi lékařem/sestrou a klinickým farmaceutem. Zejména mimo pracovní dobu, o víkendech a svátcích využíváme možnosti chaty s ošetřujícím lékařem přímo nad zdravotní dokumentací pacienta. Evidence a dokumentace naší každodenní práce **zvyšuje objektivitu** a minimalizuje subjektivní vnímání daného farmakoterapeutického doporučení. Tím, že umožňuje naprostou **transparentnost a dohledatelnost** „farmakoterapeutických doporučení“, zvyšuje profesní a osobní zodpovědnosti klinického farmaceuta.

### Jaké jsou první výstupy

Vytvořením kategorizace farmakoterapeutických doporučení a jejich dalším taxonomickým tříděním byla v průběhu posledních 12 měsíců získána podrobná data týkající se problematiky farmakoterapie v NNH. Z kvartálních analýz vyplývá, že klinický farmaceut intervenuje opakovaně ve zhruba 30 % případech. Opakovaně se nejvíce intervencí týká **úprav dávek léčiv** při poruše funkce eliminačního orgánu a dalších změnách farmakokinetiky léčiv (27–32 %). Na prvních třech místech, podle četnosti, se v každém hodnoceném kvartále objevují v poměrně vysokém procentu také **klinicky významné lékové interakce** (10–16). Je zřejmé, že v těchto dvou identifikovaných oblastech nelze přijmout jednoznačná systémová opatření, která by paušálně vedla k eliminaci problémů, ale právě naopak, je nutné apelovat na přísnou individualizaci farmakoterapie v širokém kontextu pacientova stavu. V prvních třech měsících 2012 představovala významný podíl (17 %) „farmakoterapeutických doporučení“ také problematika **infuzních inkompatibilit a drcení léčiv do nasogastrických sond a PEGů**. V těchto případech vedlo naopak zavedení jednoduchých systémových opatření na jednotlivých odděleních ke snížení incidence těchto problémů ze 17 % na 2 %. Sestry byly seznámeny se základními principy, které je nutné dodržovat pro bezpečné podávání infuzních roztoků v intenzivní péči a které dokáží minimalizovat problematiku infuzních inkompatibilit na jednotlivých odděleních. Podobně byly vytvořeny postupy a návody pro drcení základních léčiv do NGS/NJS a PEGů. Ze sledovaných dat

je dále zřejmé, že nám kvartálně rostou počty vyžádaných konzilií ze strany lékařů (roste poptávka po službě) a počty farmakoterapeutických doporučení s přesahem do terénu (vkládání doporučení klinického farmaceuta do propouštěcích zpráv pacienta, které má význam pro úpravu chronické medicíny).

### Zatím spíše experiment

Jsme stále na začátku dlouhé cesty. I přes ohodnocení, kterých se nám dostalo, a podpory většiny lékařů, sester a managementu, vnímám fungování oddělení klinické farmacie v Nemocnici Na Homolce spíše jako experiment podpořený přístupem a filozofií managementu než fungování ukotveného oboru se stabilními pozicemi v českém zdravotnictví.

Pracujeme pilně, abychom svým úsilím participovali na, z mého pohledu, základní vizi, která by měla v současnosti stmelovat všechny farmaceutické obory, a to transformaci klasického vnímání farmaceuta jako dispensátora léků na erudovaného experta, který se stává rovnocenným partnerem dalších odborníků pečujících o pacienta. A to na všech úrovních, jak na klinickém oddělení, tak také v lékárně. Cesta je pouze jedna. Tvrdá práce, každodenní zvyšování

erudice napříč biomedicínskými obory, výchova nových kolegů, získávání podpory mezi lékaři a dalšími odborníky, spolupráce farmaceutických oborů, jednotný a konsenzuální postup při prosazování legislativy oboru a v neposlední řadě určitá úcta, respektování a pozitivní motivace všech, kteří jsou ochotni na různých úrovních pro obor pracovat (pregraduálně, postgraduálně, ve strukturách odborných společností apod.).

### Co říci závěrem?

Nic z toho, o čem jsme spolu hovořily, by nemohlo vzniknout bez práce a podpory celého kolektivu osmi lidí, kteří na oddělení klinické farmacie v NNH pracují. Projekt byl významným způsobem ideově podpořen zejména Dr. Mikušovou–Dobručkou, Dr. Černým a Dr. Jankovskou, kteří stáli u samého začátku klinické farmacie v NNH. Víze oddělení klinické farmacie se dají postupně realizovat, pokud máte podporu kolegů a pokud vycházejí z jednoty a konzistence názorů, které jsou naopak výsledkem rozmanitosti a pestrosti diskuzí uvnitř kolektivu.

Za rozhovor poděkovala  
Jaroslava HOŘANSKÁ  
Foto: Vladimír VRBOVSKÝ

## Česká odborná společnost KF ČLS JEP doporučuje

Současné legislativní ukotvení oboru klinická farmacie musí být následováno koncepčním budováním klinické praxe v rámci zdravotního systému České republiky. Je třeba, aby vznikala oddělení a pracoviště klinické farmacie. Oddělení a pracoviště klinické farmacie musí pracovat standardizovaným způsobem, musí používat stejnou terminologii, musí provádět stejné činnosti, byť v různém rozsahu.

Mgr. Jana Gregorová, předsedkyně ČOSKF ČLS JEP

Dále musí mít srovnatelné výstupy ze svých činností tak, aby byly použitelné jako podklady pro jednání s Ministerstvem zdravotnictví a se zdravotními pojišťovnami.

ČOSKF se za dobu své existence zasadila o legislativní ukotvení **klinicko-farmaceutické péče** do Zákona o zdravotních službách a o prosazení požadavku na **zajištění dostupnosti klinického farmaceuta** pro akutní lůžka standardní a intenzivní péče do Vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

ČOSKF pro akutní lůžka standardní a intenzivní péče do Vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

ČOSKF na konci loňského roku vydala **doporučení k zajištění služby klinického farmaceuta na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení**

Pokračování na další straně

*Pokračování z předchozí strany*

**v České republice.** Dokument vychází z reálných podmínek českého zdravotnictví a jeho obsah byl průběžně konzultován s Ministerstvem zdravotnictví.

V dokumentu jsou doporučeny možnosti realizace klinickofarmaceutické péče podle rozsahu poskytovaných činností klinického farmaceuta a podle typu zdravotnického zařízení. Dokument definuje spektrum činností a minimální personální obsazení oddělení klinické farmacie.

ČOSKF považuje za základ činnosti oddělení nebo pracovišť klinické farma-

Klinický farmaceut je odborníkem na terapeutické použití léčiv a na problematiku spojenou s jejich podáváním, na rozdíl od ostatních farmaceutických odborností klinický farmaceut denně a často rutinně hodnotí medikace pacientů a doporučuje úpravy a změny v medikacích. Je v kontaktu s lékařem, ošetřujícím personálem a pacientem, je zapojen do léčebného procesu. Na rozdíl od ostatních farmaceutických odborností provádí jiné činnosti, potřebuje jiné výstupy a kromě metodiky své práce potřebuje i jiné softwarové aplikace, které jsou určeny pro dokumentaci a vyhodnocení činnosti klinického far-

Klinický farmaceut je zapojen do léčebného procesu.

Na rozdíl od ostatních farmaceutických odborností provádí jiné činnosti, potřebuje jiné výstupy, a kromě metodiky své práce potřebuje i jiné softwarové aplikace.

cie tzv. **komplexní systematické hodnocení medikace pacienta.** Komplexní systematické hodnocení medikace je aktivní hodnocení medikace klinickým farmaceutem bez vyžádání lékařem v plném rozsahu u každého pacienta od jeho příjmu až do jeho propuštění ze zdravotnického zařízení. Tato činnost dává reálný podklad pro další činnosti klinického farmaceuta při optimalizaci farmakoterapie klinických oddělení a spolupráci při optimalizaci lékové politiky zdravotnického zařízení.

Dokument je primárně určen pro managementy nemocnic, kterým předkládá současnou představu odborné společnosti o zajištění služby klinického farmaceuta a obsahu jeho činností pro určitou strukturu a počet lůžek, a dále slouží jako materiál pro jednání s MZ, ZP či představiteli odborných společností.

Na tento dokument bude navazovat **metodika optimalizace farmakoterapie pacienta**, která je Českou odbornou společností klinické farmacie již vypracována a bude k dispozici během dubna 2013. Její součástí budou i doporučené výstupy činností oddělení a pracovišť klinické farmacie a klasifikace hodnocení intervencí ve farmakoterapeutickém doporučení. Metodika bude určena jako návod zejména klinickým farmaceutům, kteří budují nebo budou budovat oddělení nebo pracoviště klinické farmacie. Často je však metodika požadována i ze strany managementů nemocnic.

maceuta. ČOSKF spolupracovala na vývoji **softwarové aplikace**, ve které jsou zakomponovány požadavky z výše zmíněné metodiky. Tato softwarová aplikace je k dispozici jako nástroj pro dokumentaci a evidenci práce klinického farmaceuta.

ČOSKF se svým působením snaží rozvíjet koncepci oboru klinická farmacie a implementovat tento klinický obor do zdravotnického systému, od úrovně legislativní až po vytváření konkrétní metodiky práce a nástrojů potřebných ke každodenní činnosti pracovišť klinické farmacie. O tom, že se nastolená koncepce v praxi osvědčuje, nejvíce vypovídá neustálý rozvoj již fungujících pracovišť klinické farmacie i vznik nových pracovišť na území celé České republiky.

ČOSKF ČLS JEP si váží práce, odvahy i nasazení kolegů, kteří se vydali novým směrem, a chtěla by jim svou činností i nadále co nejvíce pomáhat při rozvoji oboru v klinické praxi.

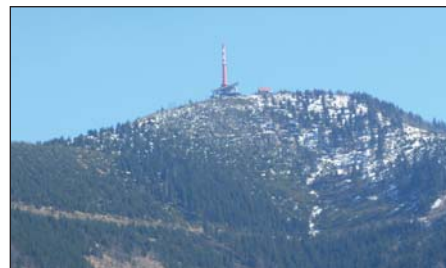
*Pozn.:* Celé znění Doporučení najdete na [www.coskf.cz](http://www.coskf.cz)

V rámci ČOSKF je zformována pracovní skupina pro problematiku oddělení klinické farmacie, ve které se schází vedoucí oddělení a/nebo jejich zástupci, nebo kolegové, kteří mají za úkol pro zdravotnické zařízení vybudovat oddělení klinické farmacie. Během května 2013 bude ČOSKF pořádát školení k vydané metodice. Bližší informace na [jana.gregorova@bulovka.cz](mailto:jana.gregorova@bulovka.cz).

## XIV. Beskydský slet lékárníků

OSL v Novém Jičíně, Spolek moravskoslezských farmaceutů a ČFS vás srdečně zvou na tradiční XIV. Beskydský slet lékárníků. Koná se 20. až 21. dubna v Hotelu Petr Bezruč ve Frýdlantě nad Ostravicí – Malenovicích, od 11.30 hodin; registrace v recepci, kde bude vybrán registrační poplatek 400 Kč.

Téma: Protibolestivá léčiva v terapii.



### PROGRAM

#### SOBOTA:

- Prof. PharmDr. Martin Doležal, Ph.D., Katedra farmaceutické chemie a kontroly léčiv FaF UK Hradec Králové: Farmaceutická chemie analgetik – vztah struktury a účinku
- MUDr. Jiří Slíva, Farmakologický ústav 2. LF UK Praha: Novinky ve farmakologii analgetik
- PharmDr. Martin Šimíček, Nemocniční lékárna FNUSA Brno: Novinky v terapii bolesti z pohledu lékárníka
- MUDr. Dagmar Palasová, Oddělení následné péče, Nemocnice Bílovec: Léčba bolesti v paliativní medicíně
- MUDr. Andrea Bártková, Neurologická klinika FN Olomouc: Novinky v léčbě bolestí hlavy
- RNDr. Věra Myslivcová, SÚKL Ostrava: Novinky ze SÚKL
- PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident ČLnK, Mgr. Martin Mátl, člen představenstva ČLnK: přednášky a beseda nad současnými problémy lékárenství

Po odborném programu následuje **večeře a společenský večer při cimbalovce Javorník.**

#### NEDĚLE:

Ráno bude výstup lékárníků na Lysou horu. Dobré boty a oblečení s sebou.

Akce je hodnocena 10 body v rámci celoživotního vzdělávání.

**Za pořadatele:**

**PharmDr. Pavel Grodza**  
**PharmDr. Ivana Sokolová**

# Možná by právě tudy mohla vést cesta



Děkuji kolegům Jiřímu Lukáčovi a Dany Bartošíkovi za nádherné články v podzimních číslech ČČL. Děkuji Stanislavu Havlíčkovi za lednový úvodník, kde některé myšlenky z těchto článků rozvádí. A také za několik dalších článků v podobném duchu. Konečně se o TOM píše! A konečně i v oficiálních tiskovinách! Sám jsem na tom byl před třemi lety podobně jako Jiří Lukáč. Frustrován svou prací a bez nějakého lepšího nápadu jsem podal výpověď. Další dva roky jsem strávil víceméně bez práce (živil mě úspory a příležitostně, krátkodobé brigády).

Dost dlouho jsem si myslel, že se už do lékárny nevrátím, nebo aspoň najdu nějakou lepší vizi, jak se k lékárnické práci postavit. Věnoval jsem se tehdy i mnoha věcem, které s mojí profesí nesouvisely, takže na hledání lepší vize nezbylo moc času. Finanční důvody mě nakonec donutily opět na sebe vzít bílé kalhoty a postavit se za táru. Před zákazníky–pacienty, kteří jsou frustrováni ze svých chronických, podle klasické medicíny nevyléčitelných nemocí, a z toho, že jim nikdo nedokáže poradit. A stejně jako oni jsem opět frustrován, moje práce mě často deprimuje a stále hledám. Články jako ty, co jsem zmínil výše, mi dávají naději, že v tom nejsem sám a že přeci jen nějaká cesta je.

Co mě donutilo napsat tenhle článek, byl povzdech nad zákaznickými kartami od Vojtěcha Zadáka v únorovém ČČL – zákaznické karty mi také leží v žaludku už několik let. A to hlavně tím, jakou zprávu jejich používání dává pacientům. Je to jako kdybych pacientům tvrdil – „Tady máte zákaznickou kartičku, pro-

tože to je to jediné zajímavé, co Vám můžeme nabídnout a co Vás přinutí se sem vrátit... nic jiného, jako třeba kvalitní dispenzační péči nebo radu, která Vám skutečně pomůže, pro Vás nemám, a proto si vezměte aspoň tu kartičku“. Mám pocit, že to degraduje moji práci. Copak opravdu jen podáváme krabičky přes táru, tvrdíme pacientům, že ty léky budou brát po zbytek života (a jsme rádi, protože tím máme zajištěný obrát) a nejsme schopni nabídnout našim pacientům něco jiného, lepšího, něco, co by mělo větší váhu než ušetřených pár korun?

Léky jsou v každé lékárně stejné, takže tam co nabídnout není, tam lze soupeřit jen tou cenou (čili zákaznickou kartičkou). Ale co kvalitní poradenství, osobní přístup? Každý nemocný je jiný, každý potřebuje trochu jinou radu. A co dál? Lze vymýšlet ještě další možnosti, jak získat zákazníka? A tím zároveň dobrý pocit ze své práce, pocit, že jsme opravdu někomu pomohli, pocit, že někdo odešel z lékárny s úsměvem (nebo

se mu úsměv brzy vrátí, pokud z důvodů svých potíží na smích zrovna neměl náladu)? Nemohou nám někdy vypomoci alternativní metody, jako třeba homeopatie? A co třeba psychosomatický přístup? Možná v nich leží budoucnost zdravotnictví. A možná taky ne – odpovědi na tyto otázky dnes nemáme.

Jsem rád za každou maminku, která mi v lékárně vypráví, jak svoje děti (úspěšně!!!) léčí homeopaticky, nebo za maminku, která přidává historku, jak dítě mělo opakované záněty středního ucha (a antibiotika pomáhala vždy jen krátkodobě). Když pochopila, že dětské tělo se brání, protože nechce slyšet, co se děje v rodině (tj. mezi rodiči–partneři), a dokázala s tím něco udělat, tak dítě záněty středního ucha mít přestalo. Krásné, že? Tyto ženy odcházejí z lékárny spokojené a většinou se vracejí, přestože nemají zákaznickou kartičku. Líbí se jim takový přístup, mají pocit, že dostanou dobrou radu, možnost ověřit si, kdy je zcela v pořádku, že lékař předepsal jejich dítěti antibiotika a kdy už naopak klasické léky moc nešetí, a chce to raději hledat jinde. (Záměrně se opírám o maminky s malými dětmi, v současnosti je to segment, se kterým se mi pracuje nejlépe).

Myslím si, že tudy by mohla vést cesta. Tedy, možná.

**PharmDr. Petr SEDLÁČEK**  
Petr.sed@centrum.cz

## Tabletka k medikamentóznímu potratu

Pravděpodobně jste se v poslední době setkali s informací, že v České republice právě probíhá registrace přípravku s obsahovou látkou mifepriston, známou také jako RU-486<sup>1</sup> a používanou k medikamentóznímu potratu. Dovolte, abychom shrnuli důležité odborné farmaceutické, legislativní i etické informace, které se tohoto vážného tématu týkají.

Cenným zdrojem jsou i články z časopisu Slovenské lékařnické komory Lékárnické listy, který měl v čísle 2/2013<sup>2</sup> toto téma jako hlavní. Na Slovensku již registrace přípravků s mifepristonem (Medabon a Mifegyne) proběhla. Autoři článků v Lékárnických listech vyslovili svůj laskavý souhlas s jejich použitím, za což jim srdečně děkujeme.

### Mechanismus účinku mifepristonu

Mifepriston je syntetický steroidní hormon s výrazným anti-progesteronovým účinkem (k progesteronovému receptoru

má pětkrát vyšší afinitu než progesteron), ale i antiglukokortikoidním a mírným antiandrogenním účinkem. Chybějící aktivita progesteronu v těhotenství způsobuje smrt a odloučení embrya od endometria a jeho následné vypuzení z dělohy. Mifepriston také zvyšuje citlivost myometria ke kontrakcím způsobeným účinkem prostaglandinů.<sup>3,4,5</sup>

### Indikace, dávkování a použití

Mifepriston je určen k ukončení nitroděložního těhotenství do 49<sup>6</sup> resp. 63<sup>3</sup> dnů od začátku poslední menstruace. Prof. Šipr cituje zprávu o jeho používání do konce 6. měsíce těhotenství.<sup>1</sup>

K medikamentóznímu ukončení těhotenství se používá mifepriston v kombinaci s analogem prostaglandinu misoprostolem, který zabezpečí vypuzení plodu. Používají se různá schémata dávkování a způsobu aplikace mifepristonu a pro-

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

staglandinu. Postup schválený FDA<sup>5</sup> v USA vyžaduje tři návštěvy pacientky v ordinaci lékaře.

**První den** je podáno 600 mg mifepristonu.

**Třetí den** od podání mifepristonu se pacientka vrací do ordinace. Pokud potrat ještě nenastal a potvrdí se to vyšetřením, případně ultrazvukem, užije pacientka 400 µ misoprostolu perorálně. Jelikož jsou tyto látky určeny k vyvolání vaginálního krvácení a děložních křečí nezbytných k abortu, téměř všechny ženy popisují bezprostředně po podání mifepristonu a misoprostolu nežádoucí účinky, často je hlášen více než jeden: 80–90 % žen má krvácení těžší než mívaly během těžké menstruace, přes 90 % žen má bolesti a křeče břicha. Mezi další časté vedlejší účinky patří nauzea, bolest hlavy, zvracení, průjem, závratě, únava. Pacientka musí být poučena, co dělat při těchto potížích a mít přístup k péči ve zdravotnickém zařízení vybaveném k poskytnutí transfuze či neodkladné péči při nekompletním abortu.

Přibližně **čtrnáctý den** po podání mifepristonu je velmi důležitá návštěva pacientky pro potvrzení úplného ukončení těhotenství. Přetrvávání velkého nebo středního vaginálního krvácení v této době může poukazovat na nekompletní potrat (to se stává v 2 až 8 případech ze 100), který je většinou následován chirurgickou intervencí. Pacientkám, u nichž těhotenství pokračuje, hrozí nebezpečí malformací plodu následkem této medikace.<sup>5,6</sup>

### Nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky pozorované při klinických zkouškách jsou již zmíněny v předešlém odstavci. Zajímavá je pak také zpráva FDA o postmarketingovém hlášení nežádoucích účinků shromážděných k 30. 4. 2011.<sup>7</sup>

### Postmarketingové nežádoucí příhody v USA u žen, které užily mifepriston k ukončení těhotenství

Datum zakončení sbírání zpráv od doby schválení v USA (září 2000)	30. 4. 2011
Odhad počtu žen, které užily mifepriston v USA od září 2000 do konce dubna 2011	přibližně 1 520 000
Případy výskytu nežádoucích účinků	2 207
Úmrtí	14 (8 z úmrtí bylo spojeno se sepsí – z toho 7 případů s Clostridium sordellii)
Hospitalizace vyjma úmrtí	612
Mimoděložní těhotenství	58
Krevní ztráty vyžadující transfuzi	339
Infekce (vážné infekce)	256 (48)

FDA uvádí, že tyto účinky nemohou být s jistotou v příčinné souvislosti s mifepristonem, kvůli nedostatečným informacím (např. zdravotní stav ženy, péče o pacienta, současné užívání dalších léků).

Kohortová studie proběhla ve Finsku<sup>8</sup> a srovnávala bezprostřední komplikace po medikamentózním a chirurgickém

ukončení těhotenství. Všechny ženy, které podstoupily potrat v letech 2000 až 2006 v gestačním stáří do 63 dní, byly sledovány do 42 dnů po potratu.

	Celková velikost kohorty 42 619 potratů	
	22 368 medikament. potratů	20 251 chirurgických potratů
Celková incidence nežádoucích účinků	20,0 %	5,6 %
Krvácení	15,6 %	2,1 %
Nekompletní potrat	6,7 %	1,6 %
Chirurgická (re)evakuace dělohy	5,9 %	1,8 %
Poškození vyžadující operační léčbu	0,03 %	0,6 %

Žádný rozdíl nebyl pozorován v incidenci infekce, tromboembolické nemoci, psychiatrických onemocnění, úmrtí. Autoři ovšem uvádějí, že pro zjištění úmrtí následkem sepse je velikost kohorty příliš malá. Incidence tohoto nežádoucího účinku je menší než 1/100 000.<sup>9</sup> Tzn. aby bylo možno s 95% pravděpodobností odhalit tento jev, nutno sledovat kohortu o velikosti větší než 300 000.<sup>10</sup> M. Greene také uvádí pro srovnání tuto incidenci mortality následkem sepse při medikamentózním potratu <1/100 000 s incidencí mortality 0,1/100 000 při chirurgickém potratu vykonaném do 8. týdne těhotenství v USA.<sup>9</sup> Jedná se o nepřímé srovnání, ale vrhá podezření na menší bezpečnost medikamentózního potratu ve srovnání s chirurgickým. Určitě by byla potřeba další srovnávací studie o mortalitě a morbiditě s dostatečně velkými kohortami.

Finská studie uzavírá, že medikamentózní a chirurgický potrat je obecně považován za bezpečný, ale medikamentózní má vyšší incidenci nežádoucích účinků.<sup>8</sup> Australská observační studie<sup>6</sup> 13 345 medikamentózních potratů (do 63 dnů gestačního věku) během let 2009–2011 uvádí jedno úmrtí na sepsi u ženy, která nevyhledala včas lékařskou péči (úmrtí 9 dní po podání mifepristonu, jako původce identifikován Streptococcus pyogenes).

### Společenské, etické a právní důsledky

Registrace mifepristonu má samozřejmě kromě medicínských také společenské, etické a právní důsledky. Prof. Šipr<sup>1</sup> uvádí jako medicínské důvody nabádající ke zdrženlivosti při uvažování o medikamentózním potratu: neprokázanost menších nežádoucích účinků než potrat chirurgický a velká psychická zátěž medikamentózního potratu.

Pro medikamentózní potrat v ČR bude také zřejmě nutná (podobně jako na Slovensku<sup>11</sup>) změna stávajícího zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, který umožňuje provedení výkonu jen ve zdravotnickém zařízení. Taková změna samozřejmě vyžaduje řádnou veřejnou diskusi nejen o medicínských, ale také o společenských (např. možnost zneužívání), etických a právních důsledcích.<sup>12</sup> V ČR také probíhá petice proti registraci mifepristonu. Rozšířením možností potratů o medikamentózní se také přenáší „břímě“ provedení potratu z lékaře na ženu samotnou.

PharmDr. Laurinec v Lékárnických listech<sup>15</sup> navrhuje, aby Slovenská lékárnická komora iniciovala změnu definice léčiva v zákoně o léku (definice léčivého přípravku v zákoně o léčivech č. 378/2007 Sb. v ČR<sup>13</sup> je obdobná jako ve SR – pozn. autorů) tak: *aby bylo jednoznačně definované, že „ovlivnění fyziologických funkcí“ má směřovat k záchraně života a ne k jeho zničení.* U řady zdravotníků (včetně lékárníků) bude u mifepristonu uplatňována výhrada svědomí.<sup>14</sup> Jak uzavírá ve svém článku prof. Šipr<sup>16</sup>: *Prevenčí umělých potratů je nejen plánované rodičovství, ale také ochota přijmout i dítě neplánované. Principiálně nelze ani medikamentózní, ani chirurgický potrat považovat za dobrý. Nepřipustíme matení lidí představou, že potrat vyvolaný tabletami je méně závažný.*

**Mgr. Vladěna DUDOVÁ, Mgr. Jaroslav DUDA**

- 1 Srov. Šipr, K., *Méně závažný potrat neexistuje*, Lidové noviny, 9. 2. 2013, s.12
- 2 Dostupné online na <https://www.slek.sk/dokumenty-a-fakty:leka-renske-listy> (z 27. 2. 2013)
- 3 Srov. Dobáková, P., *Mifepriston*, Lékárnické listy, 2/2013, s. 20. Dostupné online na <https://www.slek.sk/dokumenty-a-fakty:leka-renske-listy> (z 27. 2. 2013)
- 4 Srov. Laurinec, J., *Je expedovanie mifepristonu etické?*, Lékárnické listy, 2/2013, s. 22–23. Dostupné online na <https://www.slek.sk/dokumenty-a-fakty:leka-renske-listy> (z 27. 2. 2013)
- 5 Srov. *Mifeprex (mifepristone) Tablets, 200mg*. Dostupné online na [http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2005/020687s013lbl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/020687s013lbl.pdf) (z 27. 2. 2013)
- 6 Srov. Goldstone, P. et al., *Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: a large Australian observational study*, The Medical Journal of Australia, Vol. 197, Issue 5, 3 September 2012, p. 282–286. Dostupné online na <https://www.mja.com.au/journal/2012/197/5/early-medical-aborti>

- on-using-low-dose-mifepristone-followed-buccal-misoprostol (z 27. 2. 2013)
- 7 Srov. *Mifepristone U.S. Postmarketing Adverse Events Summary through 04/30/2011*. Dostupné online na <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM263353.pdf> (z 27. 2. 2013)
- 8 Srov. Niinimäki, M. et al., *Immediate Complications After Medical Compared With Surgical Termination of Pregnancy*, Obstetrics & Gynecology, Vol. 114, No. 4, October 2009, p. 795–804
- 9 Srov. Greene, M. F., *Fatal Infections Associated with Mifepristone-Induced Abortion*, The New England Journal of Medicine, Vol. 353, Issue 22, 1 December 2005, p.2317–2318. Dostupné online na <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp058260> (z 27. 2. 2013)
- 10 Srov. Vlček, J., Macek, K., Müllerová, H., *Farmakoepidemiologie, Farmakoekonomika, Farmakoinformatika*, Praha: Panax Co, s.r.o., 1999, s. 8
- 11 Srov. *Mýty a fakty o registrácii liekov s obsahem mifepristonu*, Lékárnické listy, 2/2013, s. 24–25. Dostupné online na <https://www.slek.sk/dokumenty-a-fakty:leka-renske-listy> (z 27. 2. 2013)
- 12 Srov. čl. 28 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kterou ČR přijala a ratifikovala (publikována pod č. 96/2001 Sb.m.s.)
- 13 § 2 (1) „Léčivým přípravkem se rozumí
  - a) látka nebo kombinace látek prezentovaná s tím, že má léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí nebo zvířat, nebo
  - b) látka nebo kombinace látek, kterou lze použít u lidí nebo podat lidem, nebo použít u zvířat či podat zvířatům, a to buď za účelem obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku, nebo za účelem stanovení lékařské diagnózy.“
- 14 Viz § 50 zákona o zdravotních službách č.372/2011 Sb.
- 15 Laurinec, J., *Je expedovanie mifepristonu etické?*, Lékárnické listy, 2/2013, s. 22–23. Dostupné online na <https://www.slek.sk/dokumenty-a-fakty:leka-renske-listy> (z 27. 2. 2013)
- 16 Šipr, K., *Méně závažný potrat neexistuje*, Lidové noviny, 9. 2. 2013, s.12

## O edukačním projektu pro seniory



**Nový edukační projekt Ústavní lékárny IKEM je určen pro seniorskou veřejnost. Tento nápad vznikl v návaznosti na předešlé aktivity lékárníků a farmaceutických asistentů (FA). V roce 2009 Bc. Alena Vagenknechtová zahájila přednáškovou činnost pro laickou veřejnost v městské knihovně v Praze 4.**



byly Domy s pečovatelskou službou, Domovy pro seniory, Kluby seniorů, Svaz důchodců České republiky, o.s., a sociální odbory úřadů městských částí Prahy. Výše zmiňované subjekty jsme dopředu seznámily s naší vizí Projektu, poté následovala osobní jednání. Na základě schůzek byl sestaven první plán domluvených termínů a témat a na podzim roku 2011 jsme Edukační projekt zahájily.

**PharmDr. Jana Kubišová**

FA z ÚL IKEM se této aktivitě věnovaly po dobu dvou let. V Moravskoslezském kraji se PharmDr. Marie Zajícová již mnoho let věnuje edukaci seniorů.

V obou případech se jedná o zcela dobrovolnou, volnočasovou aktivitu, kdy formou krátkých srozumitelných sdělení jsou laické veřejnosti/seniorům přednášeny nejrůznější zdravotnické odborné

**Pavla Petříková Holasová**

informace. Právě činnost Dr. Zajícové nás inspirovala, po dohodě s vedením naší lékárny jsme se rozhodly s podobnou aktivitou začít i v Praze a jejím blízkém okolí.

Současné podobě Edukačního projektu (dále jen Projekt) pro seniory předcházela úvodní „screening“, který byl zahájen v létě roku 2011. Osloveny

V současné době seniorům přednášíme průměrně čtyřikrát měsíčně. Většinou se jedná o besedy trvající 1,5–2 hodiny, s ohledem na časové možnosti daného klubu. Vždy je přítomen jeden farmaceut a jeden farmaceutický asistent. Po úvodním představení seniorům vždy rozdáváme jednoduchý dotazník, abychom získaly představu o zdravotnické gramotnosti veřejnosti. Dotazy

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

jsou směřovány zejména na platnost lékařských předpisů, rozdíly mezi generickými a originálními léčivými přípravky, mezi doplňky stravy a léčivy, dále na způsob uchovávání léčiv i zacházení s nimi. Z vyplněných dotazníků pak čerpáme náměty na úvodní přednášku, založenou zejména na uvedení správných odpovědí. Takto vždy farmaceut zahajuje besedu. Odpovědi na otázky zjišťující lékárenskou péči, na kterou jsou senioři ve svých lékárnách zvyklí, nám pak umožní zdůraznit význam lékárny jako zdravotnického zařízení, nikoliv obchodu. Snažíme se jim vysvětlit, že do lékárny mají chodit pro radu, mají se vždy ptát, dožadovat se důsledné farmaceutické péče. Viditelné visačky se jménem a pracovním zařazením zaměstnanců lékárny za tárou by měly být samozřejmostí.

Naším cílem je podat seniorům ucelený pohled na lékárenství jako takové, na roli lékárníka jako odborníka na léčiva a roli farmaceutického asistenta, jako odborníka na samoléčbu nezávažných zdravotních obtíží a přípravu léčiv. Do povědomí seniorů by se měl opětovně dostat význam lékárny jako odborného poradenského místa. Měli by vědět, že žádný výdej/prodej léku ani doplňku stravy se nemůže obejít bez podání srozumitelné a jasné informace o správném užívání.

Při první návštěvě se tedy věnujeme převážně legislativě, cenotvorbě, základním informacím o uchovávání léků, platnostem lékařských předpisů, seznamujeme posluchače se zákulisím lékárny a zdůrazňujeme kompetence F a FA. Následuje předem zvolené odborné téma, které přednáší farmaceutický asistent. Zatím byla poptávána tato témata: chřipka a nachlazení, bolesti kloubů (osteoartróza), osteoporóza, diabetes mellitus, antibiotika, „screeningové“ a preventivní programy v ČR a cestovní/domácí lékárníčka. Farmaceutický asistent se věnuje volně prodejným léčivům, doplňkům stravy a režimovým opatřením, farmaceut zase lékům vázaným na lékařský předpis, dispenzačnímu minimu a nejčastějším chybám v jejich užívání.

Na závěr posluchačům položíme několik jednoduchých otázek formou zábavného interaktivního testu, který se vztahuje k přednesenému odbornému tématu, a to za účelem získání zpětné vazby.

## K otázkám:

- jak dlouho platí recept (29 % správných odpovědí)
- kdo může v lékárně vydávat léky na recepty (52 % správných odpovědí)
- ptá se vás lékárník či farmaceutický asistent na ostatní léky, které užíváte, na váš zdravotní stav, aktuální onemocnění (9 % ano, vždy; 30 % jen občas, pouze v některých lékárnách; 42 % ne, nikdy; 15 % ptát se musím já; 4 % nezodpovězeno).

V průběhu celé besedy jsou senioři vyzýváni k aktivnímu přístupu, neustále se ptáme, zdali je jim vše jasné, jestli se chtějí na cokoli zeptat či něčím přispět do diskuze. V průběhu celé besedy se snažíme preferovat dialog, nikoliv pouhý monolog. Dotazy jsou zodpovídány buď okamžitě, nebo jsou ponechány až do závěrečné diskuze. Po úplném skončení programu mají senioři možnost nás oslovit zcela individuálně.

O našem projektu mají možnost dozvědět se prostřednictvím médií (lokální tisk, Parlamentní listy a Český rozhlas 1 Radiožurnál).

Dnes se naše dobrovolnická aktivita rozvíjí i dalším směrem. Senioři mají zájem o individuální konzultace s farmaceuty. Ti jezdí do vzdálenějších klubů seniorů na předem sjednané lékové konzultace, pro omezený počet osob,

anebo senioři přijedou na konzultaci přímo do Ústavní lékárny IKEM.

V roce 2012 jsme zahájily spolupráci s Nadací Charty 77 – Konto bariéry v rámci nového projektu Senzační senioři, a to formou **on-line poradny** na webových stránkách [www.sensen.cz](http://www.sensen.cz) (poradenství ohledně platnosti receptů, poukazů, dostupnosti léků; konzultace nežádoucích účinků léků; samoléčba nezávažných onemocnění; vzájemné ovlivnění léků vydávaných na předpis a OTC či doplňků stravy). Na tomto portálu je možnost dozvědět se o Edukačním projektu pro seniory, objednat si naše přednášky v jednotlivých klubech seniorů (tedy oslovit tým F+FA) nebo na konzultace či požádat skupinu konzultujících farmaceutů o návštěvu.

Dosud jsme navštívili 35 klubů, z toho 9 opakovaně. Celkem bylo osloveno zhruba 950 seniorů v Praze a blízkém okolí.

Pro rozšíření Projektu hledáme farmaceuty a farmaceutické asistenty z celé České republiky, kteří se budou chtít aktivně zapojit v rámci svého regionu. Nejedná se o výhradní aktivitu ÚL IKEM. Těšíme se na nové spolupracovníky!

[jana.kubisova@ikem.cz](mailto:jana.kubisova@ikem.cz)  
[pavla.petrikova.holasova@ikem.cz](mailto:pavla.petrikova.holasova@ikem.cz)

## Jak se nám v Hradci plesalo

Dozněly závěrečné tóny, poslední návštěvníci XLII. Farmaceutického plesu v Hradci Králové odešli a venku začíná pomalu svítat. Jedna z největších tuzemských společenských lékárnických akcí, jejímž generálním partnerem bylo Marketingové sdružení nezávislých lékáren APO tip®, skončila.

Jak ji hodnotí marketingový ředitel tohoto sdružení Ing. Ondřej Špiřík?

„Ples, který se uskutečnil 1. března, byl velmi dobře připraven. Organizace takového množství lidí, atraktivní program i zajištění účasti významných osob z farmacie i představitelů města a dalších hostů si jistě zaslouží velký obdiv všem, kteří se na tom podíleli. Obzvláště jde-li o studenty, jejichž zájmem je zviditelnit svou alma mater a samozřejmě farmaceutickou profesi.“

Akci uspořádal Spolek českých stu-

dentů farmacie, a to nejen pro stávající studenty a významné osobnosti univerzity a města, ale také pro absolventy



# Pozvání do muzea v Kuksu

a lékárníky, kteří již provozují svou lékárenskou praxi a návštěvou farmaceutického plesu si chtějí připomenout svá studia na fakultě. Po oficiálním přivítání děkanem Farmaceutické fakulty UK prof. PharmDr. Alexandrem Hrabálkem, CSc., téměř tisícovka účastníků viděla řadu zajímavých vystoupení včetně latinsko-amerických tanců, brazilského bojového tance capoeira nebo třeba stylového hip-hopu. Závěr večera patřil zpěvačce Heidi Janků, která roztančila sál bez ohledu na věk účastníků plesu a prokázala své schopnosti i při modelování bohaté tomboly.

„Je příjemné vidět, jakou podporu má tradice, která k farmaceutické fakultě neodmyslitelně patří. Pamatuji si na dobu, kdy jsme jako studenti sami pořádali historicky první ples FaF UK v hradeckém ALDISu. Tenkrát probíhal ve všech třech podlažích, hrála čtyři hudební tělesa, mezi nimi i cimbállovka. Dnes je ples v „rozumnějších“ dimenzích, v každém případě zábava i nálada byly skvělé a všichni se dobře bavili. Na aktivní přístup a činnost nastupující generace lékárníků jsme patřičně hrdí, oceňuje ples Mgr. Aleš Nedopil, emeritní prezident a čestný člen Spolku českých studentů farmacie (v letech 1991–1994) a současný hlavní koordinátor projektu APO tip. „Jestli vám letos tato společenská událost unikla, nenechte si ji v příštím roce ujít.“ dodává a potvrzuje i další podporu nezávislých privátních lékáren mladým studentům farmacie při těchto a podobných akcích v budoucnu.

Členové Spolku českých studentů farmacie oceňují, že pozvání na ples přijali kromě jiných hostů poslanec Parlamentu České republiky MUDr. Jiří Štětina, primátor města Hradec Králové MUDr. Zdeněk Fink, prezident České lékárnické komory PharmDr. Lubomír Chudoba a představitelé královéhradeckých vysokých škol. Nepochybně i jim se líbil bohatý program pod taktovkou hudebního doprovodu kapely Bonus Band, vystoupení studentek a studentů pod vedením pedagogů Katedry tělesné výchovy FaF, koncert farmaceutické kapely DiJazztiva a řada dalších překvapení.

Nejen výše uvedenému generálnímu partnerovi, ale také dalším partnerům, kteří jim tuto událost pomohli uskutečnit, vyjadřují studenti upřímný dík. Jsou to společnosti Roche, Zentiva, Pharmos a další.

(dop)

České farmaceutické muzeum se po zimní přestávce návštěvníkům otevře v sobotu 6. dubna. Před pozvánkou k návštěvě muzea v nové turistické sezóně si dovolím ohlédnutí za uplynulým rokem. Návštěvnost v roce 2012 (přibližně 10 000 osob) zaznamenala pouze nepatrný pokles. Vzhledem k omezením, plynoucím z rekonstrukce komunikací v obci Kuks, a v porovnání s 11procentním propadem návštěvnosti Hospitalu Kuks lze mluvit o úspěchu.

S rekordním zájmem se setkaly další akce muzea: Muzejní noc, jejíž 5. ročník se konal 25. května 2012, a tradiční Vánoční trhy, které po dva listopadové víkendy pořádá muzeum ve spolupráci s NKP Hospital Kuks a obcí Kuks. Ty loňské přilákaly neuvěřitelných 12 600 návštěvníků. Kromě této „viditelné“ činnosti se pracovníci muzea věnovali dalším aktivitám. I loni probíhala spolupráce s dalšími muzei – zápůjčka předmětů ze sbírek ČFM obohatila výstavu *Dějiny medicíny na Mladoboleslavsku*, pořádanou Muzeem Mladoboleslavska.

Kolektiv zaměstnanců ČFM se rostl, na částečný úvazek nastoupil archivář, jehož úkolem je postupná inventarizace archivních fondů. Pokračovala rovněž katalogizace nezpracované části fondu knižního. Ten je každoročně rozšiřován také dary jednotlivců i institucí a nákupem tuzemské i zahraniční (zejména německé) recentní literatury. O rostoucím významu muzejní knihovny a archivu svědčil zvyšující se počet požadavků na meziknihovní výpůjční službu a badatelských návštěv. Výsledky vlastního vědeckého bádání pracovníci muzea publikovali v odborném tisku a prezentovali na *LV. sympoziu z dějin farmacie a veterinární medicíny*. V červnu proběhl již 31. ročník výstavy *Žeň českého a slovenského exlibris*, jejíž hlavní organizátorkou je dr. Valášková, vedoucí muzea. S kladným ohlasem výtvarníků a sběratelů knižní značky se setkal katalog z výstavy, letos poprvé s barevnými reprodukcemi vystavených grafik. Určitá omezení činnosti ČFM jsou způsobena přestěhováním depozitářů do provizorních náhradních prostor, které si předloni vyžádalo zapojení do projektu Kuks – Granátové jablko. Dostupnost části sbírkových předmětů, knih i archiválií je tak ztížena.

V nadcházející sezóně pro návštěvníky opět připravujeme Muzejní noc (31. 5.), jejíž program bude stejně jako loni zaměřen na seznámení veřejnosti s přípravou léčivých přípravků

v lékárnách. Letos poprvé budou v rámci Mezinárodního dne neslyšících (poslední neděle v září) speciální prohlídky pro neslyšící s překladem do znakové řeči. Vánoční trhy jsou pak na programu 16.–17. a 23.–24. listopadu. Novinky jsou připraveny také v nabídce muzejního občůdku. Jde o předměty věnované Matyáši Bernardu Braunovi: panoramatický pohled lapidária s originály soch Ctností a Neřestí, kompletní řada



Foto: Vladimír VRBOVSKÝ

Ctností a Neřestí v podobě turistických magnetek a právě vydaná informační brožura věnovaná Braunovu dílu. Další přírůstek představuje nová publikace *Dejiny slovenského lekárnictva I.*, jejímž autorem je RNDr. Anton Bartunek. A chystáme ještě jedno překvapení. Suvenýry a publikace lze zakoupit přímo v muzeu nebo prostřednictvím e-shopu ([www.ceska-apatyka.cz](http://www.ceska-apatyka.cz)). České farmaceutické muzeum je pro veřejnost otevřeno v dubnu a říjnu o víkendech, v květnu až září denně mimo pondělí, vždy od 9 do 17 hodin. Srdečně vás zveme k jeho návštěvě!

Mgr. Jan BABICA

## Klinický potenciál glukomannanu



Mezi veřejností je dobře rozšířené obecné, pozitivní vnímání biologické aktivity dietní vlákniny, zejména v souvislosti s prebiotickou modulací symbiotické střevní mikroflory a s modulací zácpy. Méně známé jsou účinky dlouhodobého užívání vybraného typu dietní vlákniny u diabetických pacientů, na některé metabolické parametry a na závažná onemocnění střev.

Mgr. Tomáš Volný

Nejčastěji experimentálně studovaným je glukomannan (GLK) izolovaný z hlíz a kořenů *Amorphophallus konjac* (někdy označovaný jako konjakový glukomannan). GLK je nejčastěji enzymaticky degradován bakteriálními mannanázami a celulázami na glukózu a mannózu, prokazatelně stimuluje růst a množení některých probiotických střevních bakterií a bakterií mléčného kvašení. Fermentací intestinální anaerobní mikroflóry je GLK rozložen až na mastné kyseliny s krátkým řetězcem s příznivým vlivem na enterocyty a hepatocyty. GLK je součástí řady inovativních aplikací, experimentuje se s jeho určitou protektivní aktivitou proti negativnímu vlivu mykotoxinů obsažených ve stravě a proti vlivu dalších mutagenů, za nosný mechanismus protektivního účinku není považována pouze absorpční aktivita GLK.

Experimentuje se také s aplikací GLK v kombinaci s chondroitin sulfátem nebo s kolagenem v hydrogelovém krytí ran, některé výsledky potvrzují významnou stimulaci regenerace traumatizované kůže. Konečně GLK je funkční součástí řady sofistikovaných galenických úprav, glukomannano-chitosanovým filmem jsou potahovány nanočástice erythromycinu (pozdvolnější a rovnoměrnější uvolňování antibiotika), GLK je také aplikován jako hydrofilní matrice tablet s obsahem aminophyllinu (pozdvolné uvolňování), glukomannano-chitosanový film je aplikován v enkapsulaci diklofenaku sodného (stabilizace, pozdvolné uvolňování). Významný příznivý účinek

intravaginální aplikace hydrolyzátů GLK (vaginální kapsule, 2krát týdně po dobu 14 dnů) byl potvrzen v randomizovaném, placebem kontrolovaném klinickém experimentu, kde byl GLK doplňkově podáván vedle standardní antifungální léčby ženám s vaginální infekcí. Nejvíce klinických průkazů máme k dispozici v oblasti vlivu dlouhodobého užívání GLK na některé metabolické parametry. V randomizované, placebem kontrolované klinické studii byl hyperlipidemickým a hypertenzním diabetikům II. typu vedle nízkotučné diety a standardní farmakoterapie perorálně podáván GLK v denní dávce 0,7 g (ve formě sušenek), autoři pozorovali u pacientů s doplňkově podávaným GLK signifikantní zlepšení glykemické kontroly a profilu krevních lipidů.

Významnou je randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná, zkřížená klinická studie, kde bylo 22 diabetickým pacientům (II. typu) po dobu 28 dnů podáváno 3,6 g GLK, autoři pozorovali signifikantní snížení plazmatických hladin celkového cholesterolu (o 11,1 %), LDL-cholesterolu (o 20,7 %), apo-lipoproteinu B (o 12,9 %), poměru celkového cholesterolu/HDL-cholesterolu (o 15,6 %) a glukózy (fasting glucose, o 23,2 %). Naopak u hladin triglyceridů, HDL-cholesterolu, postprandiální glukózy, u poměru LDL/HDL-cholesterolu a u tělesné hmotnosti k signifikantním změnám nedošlo. Autoři také prokázali zvýšení fekální exkrece neutrálních sterolů (o 18 %) a žlučových kyselin (o 75,4 %). Modulační aktivitu GLK

u normocholesterolemických dobrovolníků potvrzuje další klinická studie, ve které 21 dobrovolníků užívalo po dobu 28 dnů 2,4 g směsi chitosanu a GLK denně, autoři zjistili signifikantní snížení plazmatických koncentrací celkového, HDL- a LDL-cholesterolu, hladiny triglyceridů nebyly signifikantně změněny, byla pozorována zvýšená fekální exkrece sterolů a žlučových kyselin, u fekální exkrece tuků ke statisticky významné změně nedošlo.

Dvojitě zaslepená, zkřížená, placebem kontrolovaná klinická studie s 63 zdravými dobrovolníky užívajícími 3,9 g GLK denně po dobu 4 týdnů popisuje signifikantní snížení hladin celkového cholesterolu (o 10 %), LDL-cholesterolu (o 7,2 %), triglyceridů (o 23 %) a systolického tlaku krve (o 2,5 %). Změna diastolického tlaku krve a tělesné hmotnosti nebyla pozorována, nebyl pozorován výskyt nežádoucích účinků, denní dávka GLK byla dobře tolerována. Za klíčový lze považovat závěr meta-analytického hodnocení 14 randomizovaných, placebem kontrolovaných studií, který potvrzuje signifikantní snížení celkového a LDL-cholesterolu, glukózy (fasting glucose), změnu na hranici statistické významnosti, a to snížení hladin triglyceridů, zvýšenou fekální exkreci sterolů a žlučových kyselin, nepotvrzuje významnou změnu tělesné hmotnosti, hladin HDL-cholesterolu a změnu tlaku krve. Několik studií naznačuje, že modulační vliv GLK na některé metabolické parametry je uplatnitelný i v případě hyperlipidemických dětí. K dispozici jsou také klinické důkazy popisující příznivý efekt GLK v případě těhotenské zácpy (1,5 g GLK v kombinaci s 4,2 g laktulózy denně po dobu 1–3 měsíců) nebo zácpy dětí (0,5 až max. 5 g GLK denně po dobu 4 týdnů), GLK vede ke zlepšení frekvence stolice, nemá žádný vliv na motilitu střev.

(Reference jsou uloženy u autora.)

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



**V** dubnu si ze světových akcí vyhlášených WHO připomeneme Světový den zdraví, Světový imunizační týden a Světový den malárie. Z jiných mezinárodních dnů souvisejících se zdravím pak Světový den informovanosti o autismu, Světový den Parkinsonovy choroby, Světový den hemofilie, Evropský den práv pacientů a Světový den bezpečnosti a zdraví při práci.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

# Světové dny WHO

## duben

### Světový den boje proti malárii

Malárie patří spolu s AIDS a TBC mezi trojici nejzávažnějších smrtelných onemocnění. Název jedné z nejvýznamnějších infekčních chorob pochází z výrazu středověké italštiny pro špatný vzduch (malaria); původně se myslelo, že nemoc pochází ze zapáchajících bažin. Někdy se též používá označení zimnice podle českého názvu (zimničky) původců, prvoků rodu Plasmodia (jde hlavně o 4 druhy – *P. falciparum*, *malariae*, *ovale* a *vivax*). Přenašeči na člověka jsou komáři rodů *Anopheles*, *Aedes* a *Culex*.

Malárie je globální devastující zdravotní problém postihující obyvatele více než sta zemí, nejhorší situace panuje v Africe a v Asii. Podle statistik WHO každoročně na malárii umírá 865 tisíc lidí, 85 % z nich jsou děti. Sdružení Roll Back Malaria uvádí, že nemoc má za následek úmrtí 2 000 dětí denně.

**Světový den boje proti malárii (World Malaria Day, WMD) připadá na 25. dubna** jako připomenutí tohoto data v roce 2000, kdy v Abuji (Nigérie) přijali představitelé 44 afrických zemí závazek snížit do roku 2010 počet úmrtí souvisejících s malárií na polovinu. Zvýšilo se financování i řídicí a kontrolní aktivity, což vedlo k zavedení efektivních intervencí v rámci boje proti malárii a v řadě zemí vyústilo ve snížení morbidit i mortality na toto onemocnění.

První WMD se uskutečnil v roce 2008 (jeho předchůdce, Africký den boje pro-

ti malárii, se konal v letech 2001–2007). Hlavním cílem je zvýšit povědomí, zlepšit globální připravenost a úsilí v realizování efektivní kontroly malárie a dosáhnout eradikace choroby.

Problematice malárie se věnuje řada organizací, nadací a iniciativ; dále představujeme některé z nich:

- **Partnerství pro potlačení malárie (Celosvětová iniciativa Roll Back Malaria, RBM).** Iniciativa vznikla v roce 1998 s cílem snížit do roku 2010 globální výskyt malárie na polovinu, omezit

lidské a společensko-ekonomické důsledky malárie. Představuje celosvětový základ pro koordinované úsilí boje proti malárii, u jehož zrodu stály Dětský fond (UNICEF), WHO, Světová banka a Rozvojový program OSN (United Nations Development Programme). Do tohoto boje se snaží zapojit vlády, rozvojové agentury, nevládní organizace a soukromý sektor.

- **Iniciativa pro léky na zanedbávané nemoci (Drugs for Neglected Diseases Initiative, DNDi).** Nezisková organizace vznikla 3. července 2003 v Ženevě. Zabývá se vývojem léčiv k terapii nemocí, které nejsou v centru pozornosti farmaceutického průmyslu (chorobám tvořícím až 90 % globálních onemocnění je věnováno pouhých 10 % z celkového světového zdravotnického výzkumu). Uvádí se, že sedmina světové populace (miliarda lidí) trpí nemocemi, které svět zanedbává.

- **Léky k odstranění malárie (Léky na projekt malárie, Medicines for Malaria Venture, MMV).** Jedná se o neziskovou organizaci, která vznikla za účelem objevení, vývoje a dodání nových a cenově přístupných léčiv k prevenci a léčbě malárie.

Z dalších jsou to např. Evropská iniciativa pro očkování proti malárii (European Malaria Vaccine Initiative, EMVI), Iniciativa za vakcinaci proti malárii PATH, organizace Už nikdy více malárie (Malaria No More) či Světový fond na boj proti HIV/AIDS, tuberkulóze a malárii (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM).

*Literatura u autora*

Sekce klinické farmacie  
České farmaceutické společnosti  
ČLS JEP  
a Česká odborná společnost  
klinické farmacie ČLS JEP  
pořádají

## XVII. PRACOVNÍ DEN KLINICKÉ FARMACIE

Uskuteční se  
v pátek 7. 6. 2013  
od 9 do 15.30 hodin  
v Lékařském domě  
(Sokolská 31, Praha 2)

Tématem bude  
Farmakoterapie infekčních  
onemocnění II.  
Hlavní diskutovanou problematikou  
bude průnik antibiotik  
do různých tělních tkání.

Přihlášky k volným sdělením  
mohou zájemci zasílat  
Mgr. J. Gregorové na adresu:  
gregorj@fnb.cz,  
a to do 15. 4. 2013.

Aktualizované informace budou  
průběžně zveřejňovány  
na webových stránkách  
pořádajících organizací.

Za organizační výbor:  
Mgr. Jana Gregorová,  
PharmDr. Alena Linhartová

Česká farmaceutická společnost  
ČLS JEP  
Spolek moravskoslezských  
farmaceutů pořádají

## CXIII. přednáškový večer

Uskuteční se  
10. dubna 2013 v 18.30 hodin  
ve velkém sále Domu techniky  
v Ostravě-Mariánských Horách.

**Téma:**  
Nová doporučení  
pro léčbu hypertenze

**Přednáší:**  
MUDr. Jan Václavík,  
Interní kardiologická klinika  
FN Olomouc

4 body v CV

## ŠTYRI MESIACE V NEMECKEJ LEKÁRNI:

Štyri mesiace v nemeckej lekárni boli veľkým prínosom do môjho osobného i profesijného života. Bol to veľmi príjemný zážitok, na ktorý budem ešte dlho spomínať. Podme teda k veci! Je 1. 10. 2012, 8.30, tep 120, stres, pot. Príjmu ma medzi sebou? Neprijmu? Budem im rozumieť? Porozumejú oni mne? Jednoducho kopa otáznikov v mojej hlave, ale jedna vec bola istá – dnes sa začína niečo nové! A tak som šla dnu.

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

Všetci ma prijali veľmi milo. Niektoré kolegyně som poznala, pretože som v tejto lekárni absolvovala už svoju dvojtyždňovú prax po 3. roku štúdia. Ale zmenila sa majiteľka a aj časť personálu. Obávaný deň prebehol hladko. A aj tie nasledujúce. Rýchlo som sa zaučila a s hrdosťou môžem povedať, že som sa každý jeden deň tešila do práce.

Na začiatku to bolo náročné – úplne iný počítačový systém, cudzia reč, iné recepty, iný sortiment. Jediným svetielkom boli tie isté účinné látky. Spočiatku som prijímala zásielky, zakladala ich, označovala tovar, pripravovala IPLP v laboratóriu a asistovala pri výdaji. Prvé dni som si myslela, že vydávať nebudem. Netrúfala som si na nič. Ani na prácu s počítačom, ani na komunikáciu s pacientmi. Ale tú odvahu som akosi rýchlo našla. S pomocou kolegýň som do toho hravo vhupla. Prácu mi uľahčoval automat, ktorý vyhadzoval lieky priamo pri pokladni. Čiže som ich nemusela nikde hľadať. Tým je táto lekárňa výnimočná a veľmi moderná. Stačilo len zadať požadovaný liek do počítača a hneď „bum“ a už som mohla liek podať zákazníkovi.

### Výdaj na recept

V Nemecku existujú dva druhy receptov. Recept z poisťovne (Kassenrezept)

## Bola to veľká skúsenosť

a súkromný (Privatrezept). U každého je iný postup pri výdaji. Recept z poisťovne je vždy ružový. Pri výdaji je nutné zadať do systému číslo poisťovne, dieťa alebo dospelý (pretože u detí nie sú doplatky) a zadať požadovaný liek. Niekedy je na recepte len účinná látka, inokedy konkrétny liek, sila, veľkosť balenia. Potom sa zadáva účinná látka alebo konkrétny liek. Na základe čísla poisťovne systém vyberie len tie lieky, ktoré sú hrazené poisťovňou. Čiže sa môže stať, že lekár predpíše napr. Ramipril 5mg 100 tbl. od firmy 1A-Pharma a systém mi vypíše, že môžem vydať len Ramipril 5mg 100 tbl. od firmy Hexal. Ak však lekár označí liek krížikom, tak sa musí vydať presne ten istý liek, ktorý predpísal. V prípade, že nie je na sklade daná veľkosť balenia, môže sa vydať menšie balenie, väčšie nie. Tento recept ostáva v lekárni.

U súkromného receptu je to úplne inak. Nemusí sa zadať ani poisťovňa, ani dospelý či dieťa. Tu je dôležité dodržať tú istú účinnú látku a silu. Veľkosť balenia nie je dôležitá, pretože pacient platí za lieky v plnej hodnote. Recept sa musí opečiatkovať, podpísať, napísať suma za jednotlivé prípravky a konečná suma a odovzdá sa zákazníkovi. Ten ho potom pošle na poisťovňu, ktorá mu to uhradí.

Na recepte z poisťovne môžu byť maximálne tri položky. Je platný 28 dní. Súkromný recept je platný tri mesiace a môže mať neobmedzene veľa prípravkov. Recept na omamné a psychotropne látky sedem dní a maximálne tri položky. V prípade, že nie je daný liek k dispozícii a musí sa objednať, dá sa pacientovi len pokladničný doklad a číslo na vyzdvihnutie. Výpis sa nerobí. U receptu z poisťovne sa musia vydať všetky lieky len v jednej lekárni. U súkromného receptu sa môže každý liek vydať v inej lekárni.

Výdaj tu nie je rozdelený na výdaj na recept a voľný predaj. Asistenti vydávajú aj prípravky na recepte.

Aj tu platí, že praktikant musí pracovať pod dohľadom farmaceuta. V mojom prípade to bolo tak, že som vydávala sama, ale pri výdaji na recept som musela vždy niekomu kompetentnému

(farmaceutke alebo laborantke) ukázať recept a vydávané lieky. Vážim si od šéfky, že ma nechala pracovať samostatne, lebo len tak sa človek naučí.

### Voľný predaj

Výdaj bez receptu bol oveľa náročnejší a niekedy dosť vtipný. Zo začiatku som mala problém orientovať sa v širokom sortimente prípravkov. Pomohlo mi načúvanie kolegýň, ktoré vedeli vždy odborne poradiť. Najčastejšie som však vydávala sirupy od kašľu a kvapky do nosa.

Úsmevné boli pokusy pacientov prečítať moje meno. Myslím si, že moju prax brali pozitívne. Obdivovali ma za odvahu a usilovnosť pracovať v cudzej zemi. Boli dosť zvedaví, odkiaľ pochádzam. Všetci tipovali Českú republiku. Stretla som tu aj dosť Slovákov, Čechov, Poliakov, Rusov a Bulharov. S každým som našla nejaké to spoločné slovíčko a dohovorili sme sa.



Pri každom výdaji sme dali pacientom nejaké vzorky zadarmo, ktorých sme mali neúrekom. V kútiku pre zákazníkov bolo vždy veľa časopisov, vzoriek krémov, cukríkov, tyčieniek. Na Vianoce sme darovali vždy k nákupu nástenný kalendár, bylinkový ocot, kľúčenu alebo nejakú porcelánovú figúrku. Majiteľka si veľmi váži zákazníkov, ale aj zamestnancov. Často nám kupovala zákusky a vychádzala vo všetkom v ústrety.

### Kozmetický sortiment

Lekárňa, kde som strávila skvelé štyri mesiace, je moderná a priestranná. Je tu veľa sortimentu. Okrem liekov je tu veľa kozmetiky – okrem iného svetoznáme značky ako Sanoflore, Darphin, SkinCeuticals, Vichy, LaRoche, Nuxe, Dr.Hauschka, Avene a Weleda. Jedna kolegýňa, ktorá je farmaceutická asis-

tentka, má urobený kozmetický kurz a robí kozmetické poradenstvo. Približne dvakrát do mesiaca sme mali nejaké školenie ohľadom noviniek u konkrétnych značiek. Školila nás kozmetička z tej danej firmy. Potom nasledovali zákazníci, ktoré sa vopred prihlásili. Radila im, aké produkty majú používať. Tento ťah považujem za veľmi prínosný, pretože sú to prestížne značky, ktoré prilákali solventnejších zákazníkov.

### Služby lekárne

Okrem kozmetického poradenstva ponúka lekárne aj poradenstvo pre budúce alebo čerstvé mamičky, ktoré prichádzajú vždy v stredu. Na to je tu vyhradená špeciálna poradenská miestnosť. Školí ich pôrodná asistentka. Mamičky učí, ako majú cvičiť s bábätkami. Ukazuje im nové produkty. Radí v oblasti výživy.

Za nadštandard by som uviedla donášku liekov do domu zdarma. V prípade, že sme nemali lieky k dispozícii, tak ich večer pacientovi doviezol jeden zamestnanec lekárne. Jednalo sa hlavne o starších ľudí, ktorí žili sami a ťažko by sa znova vrátili po lieky.

### Prednášky

Pondelky pracuje v lekárni jedna 60ročná farmaceutka – prírodná liečiteľka, ktorá je členkou predstavenstva komory, kde aj prednáša. Je odborníčkou na homeopatiu a Schusslerove soli. Musím povedať, že je to výnimočná osoba. Som rada, že som ju mohla spoznať, pretože ma veľa naučila. Pacienti vedeli, že pracuje pondelky a tak si zvykli za ňou chodiť po radu. Dvakrát do mesiaca prednášala aj u nás v lekárni pre pacientov. Témy boli rôzne – jesenné depresie, predvianočný stres, povianočné chudnutie.

### Prínos

Štyri mesiace v Starnbergu ubehli veľmi rýchlo. Škoda. Bola to pre mňa veľká skúsenosť. Zabehla som sa tam natoľko, že posledný mesiac som pracovala ako plnohodnotný zamestnanec. Lekárne, zákazníci a kolegyne mi prirástli k srdcu. Ťažko sa nám spolu lúčilo. Na konci mi šéfka ponúkla prácu na leto, ako zastupovanie za ňu alebo nejakú kolegyňu. Veľmi ma to potešilo. Asi som im prirástla k srdcu aj ja.

Zahraničnú prax odporúčam každému.

Ivana PAVLAČKOVÁ

## VÝZNAMNÁ JUBILEA

### březen 2013

#### 70 let

Mgr. Edita Molinková (OSL Karviná)  
RNDr. Eva Radinová  
(OSL Nový Jičín)

#### 65 let

Mgr. Svatava Saadoonová  
(OSL Rakovník)  
RNDr. Helena Staňková (OSL Zlín)  
Mgr. Bohumila Mlčochová  
(OSL Přerov)  
PhMr. Dáša Polikarová  
(OSL Karviná)

#### 60 let

Mgr. Miloslava Švimberská  
(OSL Kolín)  
Mgr. Zdeňka Kmochová (OSL Písek)  
Mgr. Zlatica Petřů (OSL Tábor)  
Mgr. Dana Smyčková (OSL Tábor)  
RNDr. Stanislav Doležal (OSL Cheb)  
Mgr. Eva Holubová (OSL Litoměřice)  
RNDr. Jiří Tejnecký (OSL Děčín)  
PharmDr. Iva Zoubková  
(OSL Ústí nad Labem)  
RNDr. Pavel Chocholouš  
(OSL Rychnov nad Kněžnou)  
Mgr. Libuše Čáslavská  
(OSL Brno + Brno-venkov)  
Mgr. Eva Sorbiová (OSL Olomouc)  
Mgr. Lýdie Kristianová (OSL Ostrava)  
Mgr. Alena Fryšová (OSL Praha 10)  
Mgr. Stanislav Suchánek  
(OSL Praha-západ)  
Mgr. Hana Sýkorová  
(OSL České Budějovice)  
Mgr. Jaroslava Honsová  
(OSL Šumperk + Jeseník)  
RNDr. Zdenka Recinová  
(OSL Hradec Králové)  
Mgr. Maria Čerňavská (OSL Sokolov)  
PharmDr. Karel Vojtíšek  
(OSL Ostrava)

#### 55 let

PharmDr. Jana Schwarzová  
(OSL Praha 5)  
Mgr. Ludmila Břicháčková  
(OSL Český Krumlov)  
PharmDr. Dobroslava Niebauerová  
(OSL Rokycany)  
Mgr. Lenka Musilová  
(OSL Hradec Králové)  
PharmDr. Jaroslav Holec (OSL Jičín)

PharmDr. Lidmila Nováková  
(OSL Náchod)

PharmDr. Zdeňka Trubáková  
(OSL Brno + Brno-venkov)

Mgr. Miroslava Nahodilová  
(OSL Brno + Brno-venkov)

Mgr. Dana Fridrichová  
(OSL Hodonín)

PharmDr. Božena Pátková  
(OSL Hodonín)

PharmDr. Hana Skřebská  
(OSL Olomouc)

PharmDr. Anna Lajczyková  
(OSL Karviná)

Mgr. Jiřina Růžičková (OSL Karviná)  
Mgr. Mária Fišarová  
(OSL Praha-západ)

PharmDr. Milena Fikarová  
(OSL Plzeň)

PharmDr. Alena Matějková  
(OSL Kladno)

Mgr. Jana Cigošová  
(OSL Uherské Hradiště)

PharmDr. Eva Misíková  
(OSL Hradec Králové)

#### 50 let

PharmDr. Dagmar Vávrová  
(OSL Praha-západ)

PharmDr. Vlasta Brabcová  
(OSL Klatovy)

Mgr. Marta Kratochvílová  
(OSL Cheb)

PharmDr. Jana Martinásková  
(OSL Brno + Brno-venkov)

PharmDr. Jana Hrubanová  
(OSL Kroměříž)

PharmDr. Jana Bršlicová  
(OSL Znojmo)

Mgr. Ivona Pastvová (OSL Karviná)  
PharmDr. Josef Vachek  
(OSL Ostrava)

Mgr. Ludmila Pisková  
(OSL Olomouc)

PharmDr. Zbyněk Čelakovský  
(OSL Praha 6)

PharmDr. Alena Klánová  
(OSL Praha 9)

Mgr. Ivana Králíčková  
(OSL Praha 10)

PharmDr. Milena Leifertová  
(OSL Praha 2)

Mgr. Soňa Szewczykova  
(OSL Praha 2)

PharmDr. Marie Škvařilová  
(OSL Ústí nad Orlicí)

Mgr. Eva Konopáčová  
(OSL Olomouc)

Upřímně blahopřejeme!

(člnek)



## Spojme se k boji proti fušerství!

Již řadu let pozorujeme u nás neblahé zjevy pokud se týče způsobu soutěže a propagace při prodeji farmaceutických specialit. Pozorujeme s údivem, co všechno jest možné a ptali jsme se v duchu, proč se nenajde někdo, kdo by rázně zakročil. Barnumský a neseriosní ton reklamy některých „podnikatelů“ vzbuzuje v odborných kruzích pohoršení, v kruzích průmyslových zmatek, nejistotu a touhu po spravedlivém potrestání těch, kteří svým počínáním hanobí dobré jméno lékárnictví a farmaceutické výroby.

Prapodivné metody propagační rozmáhají se i u nás dle některých neblahých vzorů cizích zvláště amerických stále víc a více a laická propaganda stává se vlastně běžným zjevem a pomůckou ke zvýšení obrátu zvláště u těch firem výrobních, které nezískaly dostatek sympatií lékařstva a lékárnictva a musí si pomoci tím, že „jdou mezi lidi“. V takovém případě ovšem hraje roli vlastně už jen vkus a umění poznati, kde končí popularisování a kde začíná svádění k samoléčení. A tak vezmeme-li kterýkoli denní list, můžeme sledovat řadu insertů, lokálek a placených článků ať již vhodných či nevhodných, vkusných či nevkusných, přípustných či protizákonných. Jsou to na konec vždy tytéž firmy neb dokonce tytéž přípravky, nabízené nejširší veřejnosti anoncemi nejen s udáním indikací a dávek (přirozeně formou co nejpobudivější), nýbrž i s naivními pojednáními o „vědecké kontrole“ a o tisících lékařských doporučeních.

Na tom ale ještě není dost. Dnes již se na propagaci farm. specialit dají udělat „brožury pro lid“ s působivými obrázky a detailním popisem vývoje choroby a způsobu léčení, k denním listům dají se přikládati přílohy pokusných zvířat (a slečen – jde-li náhodou o hormonální krém) před a po použití, dá se zkrátka dělati mnoho a také se dělá. Vitaminy, hormony a kouzelné sumárky organických látek, to jsou věci, na kterých se dá ještě ledacos vydělat, když se udělá pěkná fotomontáž, nebo pěkný výklad. Tyto metody neměli jsme se od ciziny učit, za hranicemi mohli bychom postřehnouti věci mnohem sympatičtější.

Kolik přípravků často úplně bezcenných stalo se velikými šlágry našeho farmaceutického obchodu, kolik podnikavců zbohatlo nezaslouženě z neinformovanosti lékařů a širší veřejnosti, z tíhy poměrů a z občasných benevolence úřadů? Proč jsme připustili, aby tyto „speciality“ nebyly vymýceny hned v zárodku, proč jsme dovolili, aby se staly „velkými artikly“? Žádnou neseriosnost nelze omluviti, nejsme ale také my do určité míry všichni spoluodpovědní za dnešní stav? Proč nemáme zákony tak jasné, aby vylučovaly obcházení a aby nebyly vodou na mlýn spekulantů? A máme-li takové zákony, proč nemáme kontrolu, kterou by se znemožnily hrubé výstřelky dříve než přinesou zhoubné ovoce? Proč nemáme tiskový zákon, který by zabránil uveřejnění takové inserce, proč se nepraktikují zákony, jež úřadům umožňují zakázati výrobu a prodej takových léčiv a specialit, u nichž výrobce zřejmě se vysmívá našim úřadům a beztréstně sleduje nekalé cíle?



Neseriosní výroba a obchod nemohly by se rozrůsti do takových rozměrů, jak jsme toho často svědky, kdyby byly lékaři a lékárnictvem podporovány jen výroba a obchod prokazatelně seriosní, které by již svým rozvojem a šířením smyslu pro odpovědnost a veřejnou morálku zahnalychtivým individuím chuť na nekalé podnikání.

Kdo vyzve lékárnictvo? Kdo je upozorní, že právě tato těžká doba svádí slabé charaktery k nekalému podnikání, kdo je upozorní, že se nejedná vždy jen o speciality, nýbrž o vše, co může lékárník potřebovati, na př. chemikálie, drogy, galenica? Kdo semkne řady farmaceutů k boji proti úpadku, odborné odpovědnosti a morálky, v boji pro rozkvět našeho veřejného zdravotnictví?

Zlého se zbavíme, konáme-li dobré a podporujeme-li prospěšné. Vzmáhající se fušerství ohrožuje naše dobré jméno a ubráníme se mu jen tehdy, věnujeme-li veškerý náš vliv, inteligenci a energii podpoře našeho čistého lékárnictví a také jeho průmyslu, pokud ovšem

skutky projevuje snahu k výstavbě dobrého díla a pevnou vůli býti průkopníkem.

*Časopis Československého Lékárnictva 1933,  
č. 3, str. 130*

## Z Československé Lékařnické Společnosti

Na členské schůzi Č. L. S., jež konala se jako obvykle ve Štefánikově domě v Praze II, prof. Kořínek poukázal na poměr lékárníka k lékaři. Zastává názor, že lékárník nepotřebuje zasahovat do medicíny. Lékařnictví jest samo o sobě důstojným povoláním a není třeba, aby se mu tím na důstojnosti přidávalo. Když by odpovědní činitelé donutili farmaceuty k některému lékařskému studiu, pak by měli míti farmaceuti též v tom směru určitá práva. Upozornil, jak jsou mnohdy takové zásahy nebezpečné a výdělek, který se tím získá, jest často ilusorní. Varuje, aby nové studium nebylo reformováno zbytečnými disciplinami, ale přimlouvá se o srovnávací živočišnou fyziologii, poněvadž farmaceuti mají prokázati též určitou službu němým tvářím.

Slova ujal se taktéž prof. Němec. Učinil projev, který možno nazvati otcovskou radou. Poukázal na důležitost reformy studia, které však nesmí býti příliš obsáhlé, ale plně musí býti přizpůsobeno potřebám lékárnictví – reforma studia musí stavu přinésti obrodu. Klade hlavní důraz na to, aby farmaceut zůstal i nadále farmaceutem, avšak obrozeným a důrazně připomíná, aby k chystané reformě mohli též lékárníci říci své platné slovo, poněvadž oni nejlépe vědí, co stav po této stránce skutečně potřebuje. Ku konci se zmiňuje, že se možná vyskytnou v souvislosti s tímto jednáním i ostatní otázky stavu se týkající a tu především musí se snažiti lékárnictvo své požadavky samo prosaditi bez spoléhání na podporu odjinud. Jeho projev kvitovali přítomní dlouhým potleskem.

*Časopis Československého Lékárnictva 1933,  
č. 3, str. 139*