

---

5/2011

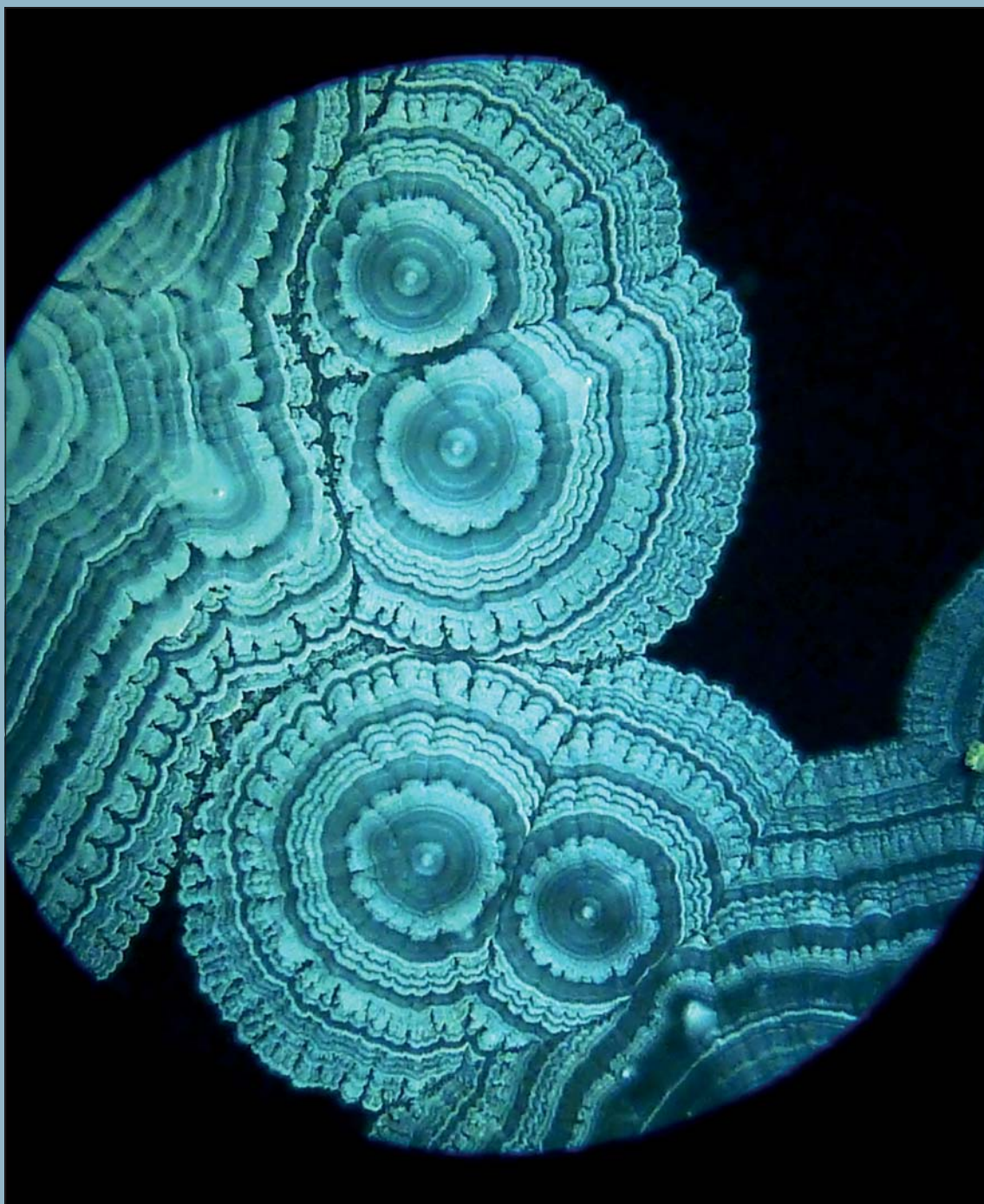
ročník LXXXIII

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

---



Máme dobrou zprávu pro vás všechny naše čtenáře, kteří dále nechtějí v ČČL číst nekonečné diskuse, přestřelky, osočování, neopodstatněné a nactiutřačné hodnocení kolegů, s jejichž jednáním nebo výroky pisatelé podobných článků nesouhlasí. Asi se shodneme na tom, že nesouhlasit se dá i slušně. Mnohým z vás, a dali jste to naší redakci nejednou důrazně najevo, opravdu vadí, že stránky časopisu v poslední době zaplňují ničím nepodložená a vykonstruovaná obvinění, emotivní výlevy a úvahy, na které se druhá strana cítí povinována odpovědět. Vede to k nekonečnému příběhu, který nakonec čtou v časopise jen rozhádané strany, ostatní litují zbytečně potlačeného papíru.



Na nedávném zasedání redakční rady Časopisu českých lékárníků se o tom opět obšírně diskutovalo. Tentokrát se však její členové shodli na pravidlech: Šéfredaktorka časopisu každý diskutabilní příspěvek, konkrétně takový, ve kterém autor jmenovitě kritizuje určitou osobu, pošle onomu „jmenovanému“ se žádostí o stanovisko k příspěvku. Oba články pak vyjdou ve stejném vydání časopisu, a tím bude diskuse k uvedené záležitosti uzavřena.

Stejně jako v minulosti nebudou zařazovány příspěvky stavějící Českou lékárnickou komoru do nepříznivého světla. Materiály vzbuzující pochybnosti, zda jde o ověřená sdělení nebo obsahující diskutabilní tvrzení a spekulativní úvahy, budou zaslány k posouzení představenstvu ČLnK, která je vydavatelem časopisu.

Věřte, že si opravdu vážíme vás všech, kteří nám pomáháte svými kvalitními a zajímavými příspěvky naplňovat stránky časopisu. Přesto připomínáme, že redakce má právo příspěvky krátit a že na otištění rukopisu není právní nárok.

Jaroslava HOŘANSKÁ

**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

PharmDr. Jan Horáček (předseda),

PharmDr. Pavel Grodza, PharmDr. Petr Haltuf,

Mgr. Kateřina Horáčková, PharmDr. Kamil Hrubý,

doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., Mgr. Jiří Kotlář, Mgr. Aleš Krebs,

Mgr. Katarína Mikušová, PharmDr. Miloš Potužák,

PharmDr. Daniela Seberová, PharmDr. Pavel Škvor

**vydavatel**

Lékařnická akademie, s. r. o.

Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku

vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C

vložka 74194.

**distribuce**

PNS Grosso, s. r. o., Výškovická 25, 700 44 Ostrava 44

**tisk**

Ringier Axel Springer Print CZ a.s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

**předplatné a inzerce**

Objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka**

č. 6/2011 – 1. června 2011

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 příspěvky krátit či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



obsah

K výročí víc pracantů a méně populistů	4
Zeptali jsme se	5
Výkonný výbor PGEU na Rozárce	6
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Žaloba proti rozhodnutí čestné rady komory zamítnuta	9
Interaktivní dispenzační semináře	10
Správné dispenzační minimum: Aliskiren	11
Zatím sedmkrát o síti	12
Znovu o cenách a úhradách IPLP	13
O tolik diskutované publikaci aneb Jak se dostat do maléru	14
Cenotvorba a její důsledky	15
Tak to vidím já: Pracovat musíme i se špatnou náladou	16
Molekula měsíce: biologikum Belimumab	17
Nově registrované látky: Fingolimod	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Alchemilla xanthochlora	19
Ekonomiku za nás stát nevyřeší	20
Po testoch odštartoval svoju cestu elektronický recept	21
Začátky klinické farmacie v Nemocnici Na Homolce	22
Světové dny WHO – červen	25
Ginkgo biloba a hypertenze	26
Modřín opadavý – Larix decidua	27
Sepsáno před 120 lety	28

titulní strana



**Pohled do mikroskopu:**

**Acidum ascorbicum**

Od začátku pokusu uplynuly asi 3,5 hodiny – detail vrstev – zvětšení 24. Taky v tom vidíte dva páry očí moudrých sov?

Řeknete: „No jo, Celaskon.“ Jenže on potěší nejen tělo, ale někdy i duši.

Text a foto: Mgr. Jindřich MAKOVIČKA

# K výročí víc pracantů a méně populistů

Před dvaceti lety, 8. května 1991, vyšel ve Sbírce zákonů zákon č. 220/1991 Sb., ke dni jeho účinnosti 1. června byla zřízena Česká lékárnická komora. Vlastní délku její činnosti můžeme vnímat subjektivně různě, i s ohledem na to, v jaké životní fázi jsme se zrovna v ten který rok nacházeli.

Mgr. Aleš Krebs



Pro někoho je to krátká doba, pro jiného zase velmi dlouho. Jisté však je, že se za tu dobu událo v českém zdravotnictví a v lékárenství, velmi mnoho událostí. K některým, jako jsou například způsob vlastnictví a síť lékáren, se vracíme dlouhá léta, některé odezní rychle a nikdo si jich vlastně ani nevšimne, přestože by za to stály. Mnoho věcí stále ovlivňujeme, jiné jsou dnes vzhledem k historickému vývoji velmi těžko řešitelné. Pro někoho je komora organizací, na niž se obrací s respektem,

Rozhodli jsme se proto, bez ohledu na někdy až absurdní události vně i uvnitř stavu, připravit oslavy 20 let existence komory. Zabývat se neustálými spory je nejen neúčinné, ale přímo zničující. Souboj s hloupostí a krátkozrakostí je nekonečný a je třeba ho vést stále, zejména s vědomím, že výsledkem někdy i uměle vyvolávaných rozporů a různých veřejných obviňování bude nakonec vždy pouze oslabení komory a celého lékárnického stavu.

Naštěstí jsou i chvíle, kdy se můžeme naplno věnovat příjemnějším událostem. Stěžejními pilíři oslav budou dvě přímo provázané akce. Tou první je zahájení kampaně Lékařnice jsou také matky, o níž vás průběžně informují především dvě nejaktivnější matky z řad představenstva komory – Michaela Bažantová a Lucie Nedopilová. Jejich příspěvek ke kampani a I. Lékařnickému dni dětí na Rozárce si můžete přečíst i v tomto čísle. Osobně se připojuji k jejich pozvánce na den dětí a účasti vás, kolegyně, na celé kampani, byť se z mého pohledu může zdát poněkud genderově nevyvážená. Na tomto místě si prosím představte smajlík. To aby nedošlo k nedorozumění. Výročí 20 let komory letos věnujeme Dni lékáren, který v tomto roce připadá na 16. června.

Pro letošní Den lékáren nepřipravujeme speciální, plošnou, monotematickou odbornou akci jako v předchozích letech, přestože se setkaly se slušnou odezvou a dařilo se nám informovat prostřednictvím médií mnoho posluchačů, čtenářů i diváků o naší práci. V tomto roce jsme se rozhodli ukázat našim pacientům i trochu jiné tváře. Neznamená to ale, že byste se nemohli, nebo snad lépe nemohly, zapojit do aktivní propagace našeho povolání. Naopak. Zaměříme se totiž právě na medializaci prostřednictvím našich kolegyně maminek. Vždyť i lékařnice jsou „občejné“ maminky se svými radostmi a starost-

mi. Ale o tom už více ve výše zmíněném článku kolegyň.

Oficiální slavnostní akce připravená k výročí komory se uskuteční v průběhu Dne lékáren v aule pražského Karolina, pod záštitou děkana Farmaceutické fakulty v Hradci Králové prof. PharmDr. Alexandra Hrabálka, CSc. Pro náš obor a daný účel bychom v České republice jen velmi těžko našli významnější prostory, než je právě tento sál Univerzity Karlovy, z něhož jsme mnozí z nás vstoupili rovnýma nohama do praxe. V tomto slavnostním prostředí proběhnou nejen obvyklé oficiality, ale především budou oceněni ti,

**Za 20 let existence komory se ve vedení ministerstva zdravotnictví vystřídalo sedmáct lidí, z nich bylo pět žen. Stali jsme se terčem mnoha útoků na naše kompetence, bohužel nejen ze strany státu.**

kteří měli velký podíl na činnosti a rozvoji komory a oboru lékárenství jako takového. Jako výraz poděkování a vyjádření úcty k jejich dlouholeté činnosti pro lékárníky jim bude předána plaketa vydaná u příležitosti dvacátého výročí komory. Ostatní účastníci budou symbolicky dekorováni odznaky s lékárnickým symbolem, které vyjadřují příslušnost k lékárnickému stavu. Stejnou možnost mají i účastníci dalších letošních akcí komory.

Kromě členů současného i předchozích představenstev, revizních komisí a čestných rad komory jsou do Karolina pozváni také zástupci významných českých institucí. Ze zahraničních jsme pozvali zejména kolegy z PGEU, v jehož hierarchii je v roce 2011 Česká republika zastoupená prezidentem naší komory na druhém nejvyšším postu mezi evropskými lékárníky, na pozici viceprezidenta.

A co bych popřál komoře k jejímu výročí? Především pevně zdraví. Pro ně jsou velmi důležité kvalitní zákony včetně toho komorového, stálé místo při mnoha významných jednáních, daleko více pracantů z řad jejích členů a méně populistů a kibiců všeho druhu. Také co nejméně metačů klacků a samozřejmě rozum a rozvahu jejích členů. To vše se bude do dalších let velmi hodit.



jiný na ni hledí s despektem, jedni ji podporují, jiní se snaží ji omezovat. Vše se prolíná a mění s časem a obsazením různých, nejen politických, postů. S jedním ministrem jsme aktivně bojovali, s některými diskutovali a s jinými spolupracovali. Za 20 let existence komory se ve vedení ministerstva zdravotnictví vystřídalo 17 lidí, z nich bylo pět žen. Stali jsme se terčem mnoha útoků na naše kompetence, bohužel nejen ze strany státu. Nic z výše jmenovaného ale nemůže změnit fakt, že tu je Česká lékárnická komora právě letos 20 let. Podle věku je dospělá, i když stále trpí občasnými studentskými úlety a výstřelky. Ale základ je určitě dobrý, má vlastní střechu nad hlavou, její názory jsou ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami aktivně vyhledávány a stále více členů se zapojuje do jejího života. To vše je pro její další existenci nesmírně důležité.

## Mysleme také na cizince

Při své návštěvě a především léčení v Mariánských Lázních jsem navštívil také nově přestavěnou lékárnu na Kolonádě. Pěkná lékárna je úměrně přizpůsobena stále stoupajícímu počtu lázeňských hostů. Volný přístup k lékům a přípravkům, které lze zakoupit bez lékařského předpisu, je vyřešen na úrovni.

Vzpomněl jsem si, že tento systém jsme s prof. Dr. Vladimírem Smečkou studovali již téměř před čtyřiceti léty ve Skandinávii.

Rozdělení podle farmakoterapeutických skupin je přehledné a pro laika výhodné. Ale nepochopil jsem, proč jsou názvy skupin jen česky. Například ve Finsku je vidět názvy dvojjazyčné (úřední řeč je finština a švédština). Schází nám označení symboly? Latinské názvy by pro laika byly asi nesrozumitelné. A co tak v mezinárodním lázeňském městě jednotlivé skupiny léků označit česky, anglicky, německy a ruský? To by provozovatelé lékáren nejen v lázeňských, ale i dalších turisticky zajímavých místech, jakých je u nás víc než dost, jistě dovedli zajistit.

Obdivoval jsem, jak lékárník i farmaceutická asistentka úspěšně během chvilky, po kterou jsem byl v lékárně, zvládli hovořit s klienty ve třech různých jazycích. Kdoví, jestli je tato jejich schopnost finančně oceněna. Doufám, že má připomínka najde ohlas a že se přiučíme i ze zahraničí.

**Prof. Dr. Jan SOLICH**

## Představeny české projekty

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) má své Mezinárodní centrum klinického výzkumu (ICRC). FNUSA–ICRC se 22.–25. 3. 2011 zúčastnilo akce Czech Technology Days v Bostonu. Cílem bylo představit americkým biotechnologickým firmám a institucím zajímavé české projekty pro potenciální spolupráci. V okolí Bostonu je mnoho společností zabývajících se biotechnologiemi a dalšími souvisejícími disciplínami. FNUSA–ICRC navázalo kontakty s několika potenciálními partnery.

## ZEPTALI JSME SE

*Přítomnosti na jednání výkonného výboru PGEU jsme využili k otázce na význam tohoto svazu lékárníků; dále jsme se zeptali, proč se zasedání konalo právě v Praze.*



**JOHN CHAVE**  
generální sekretář PGEU

Evropští lékárníci potřebují, aby za ně jednala silná a sebevědomá organizace. Toto celoevropské uskupení lékárníků může být jen tak silné, jak silné jsou jeho jednotlivé články, národní organizace, které hájí zájmy lékárníků v jednotlivých členských zemích. Setkávání na všech úrovních pomáhá poznávání a sjednocování názorů a stanovisek ke konkrétním problémům.

Rozhodnutí nasměrovat jednání pracovních skupin a zasedání výkonného výboru právě do Prahy mělo dva dobré důvody: 1. Prezident vaší lékárnické komory je zároveň viceprezidentem PGEU. 2. Vaše lékárnická komora v letošním roce oslavuje významné jubileum.

**HEINZ-GÜNTER WOLF**  
prezident PGEU, prezident ABDA

Lékařnická komunita potřebuje vlivné zastoupení v Evropské komisi, Evropském parlamentu i v dalších orgánech Evropské unie. Je zapotřebí být u toho, když se připravují směrnice, které pak ovlivňují lékárenství v jednotlivých zemích unie. Národní vlády potřebují legislativu, zajišťující kvalitní a bezpečné poskytování léků občanům, samotné však na proces přípravy příslušných směrnic mají minimální vliv. Pokud ale hovoří přes silnou lékárnickou organizaci, tak všechny evropské instituce na jejich argumenty slyší mnohem lépe.

V Praze jsme se letos sešli na počest dvacátého výročí založení České lékárnické komory, a také proto, že viceprezidentem PGEU je Stanislav Havlíček, který se v evropské lékárnické organizaci těší oblibě a vážnosti.



**STANISLAV HAVLÍČEK**  
viceprezident PGEU, prezident ČLnK

Vstup do EU znamenal pro ČR povinnost transponovat do právního řádu množství směrnic. Ukázalo se, že již schválenou směrnicí nedokáže změnit žádná národní profesní skupina, a dokonce ani žádná národní vláda. Díky komoře v PGEU mají čeští lékárníci někoho, kdo monitoruje „cvrkot“ a hledá příležitosti, jak evropské dění ovlivnit žádoucím směrem. Proto je důležité mít přístup k procesu schvalování směrnic v okamžiku jejich vzniku. Po dlouholetém budování pozice máme nyní možnost být u tvorby předpisů, které budou ovlivňovat práci všech lékárníků bez rozdílu výkonu profese.

**ŠTEFAN KRCHŇÁK**  
člen prezidia SLeK

Jednotná lékárnická organizace na evropské úrovni má obrovský význam. Legislativní proces, který tu probíhá, ovlivňuje svými výstupy také náš profesní život. Proto je důležité mít přehled o tom, co se chystá, a také mít možnost do tohoto procesu zasahovat. To nedokáže jednotlivec, ale ani osamocená lékárnická organizace. Je zapotřebí setkávat se s lékárníky z ostatních evropských států, porovnávat navzájem své názory a stanoviska, na základě demokratické diskuse je vytříbit a následně formulovat do podoby, v níž se dají prosazovat za celé evropské lékárenství. To se PGEU daří.

Praha jako místo konání ukazuje, že významná jednání se nemusí vždy odehrávat jen v Bruselu či jiných tradičních evropských „destinacích“.



# Výkonný výbor PGEU na Rozárce



Ve dnech 10. až 12. května se v sídle ČLnK uskutečnilo jednání pracovních skupin Evropského svazu lékárníků (PGEU), které vyvrcholilo zasedáním jeho výkonného výboru. Aktuálním tématem PGEU jsou poslání lékárníka v systému veřejného zdraví a příprava zdravotnických profesionálů. Podrobnější vyjádření poskytl Stanislav Havlíček:

„Generální ředitelství pro vnitřní obchod (DG MARKT) v dubnu zahájilo sérii workshopů, jejichž cílem je zhodnotit veřejnou konzultaci ke směrnici 2005/36/ES (Professional Recognition Directive), která upravuje minimální požadavky na odbornou přípravu farmaceutů. Česká lékárnická komora, jako řádný člen PGEU, odeslala své vyjádření Ministerstvu zdravotnictví ČR a prostřednictvím PGEU také přímo na DG MARKT. Ve vyjádření upozorňujeme na nedostatečnou úpravu článku 45 a žádáme o jeho rozšíření, aby jeho znění odráželo hlavní činnosti farmaceutů a charakter služeb lékárenské péče tak, jak je již dnes poskytována v lékárnách.

Článek 45 směrnice by měl zohlednit také nově přijatou směrnici o farmakovigilanci, která má být implementována do právních systémů členských zemí do 2. 7. 2012 a výslovně uvádí klíčovou roli lékárníků v oblasti farmakovigilance.“

*K fotografiím:*

**1** – Rozárka, čtvrtek 12. května, 9.30; začíná jednání výkonného výboru PGEU.

**2** – Čelní představitelé PGEU (zprava), prezident Heinz-Günter Wolf, viceprezident Stanislav Havlíček a generální sekretář John Chave.

**3** – Jednání se rovněž zúčastnili člen prezidia SLeK Štefan Krchňák (vlevo) a prezident polské Dolnoslezské lékárnické komory Piotr Bohater.

**4** – Isabelle Adenot, prezidentka Francouzské lékárnické komory.

**5** – Právní poradkyně Francouzské lékárnické komory Isabelle Baron.

**6** – Za Federaci italských lékárníků zasedli k jednání Giovanni Gerosa (vlevo) a Davide Mastroianni.

**7** – Upomínková publikace autorů Ruska a Smečky „České lékárníky“ účastníky zaujala, ale trvali na doplnění podpisem hostitele. Na snímku dostává autogram Mauro Lanzilotto, zástupce italské Národní federace majitelů lékáren.

**8** – Skupinové foto na závěr zasedání.

**Text a snímky: Vladimír VRBOVSKÝ**



## OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

**zaniklá a vydaná v dubnu 2011**

### Zaniklá osvědčení

- 77/1994 Mgr. Jana Kučerová, Krajina 257, Kvasice  
90/1997 PharmDr. Dušan Holečko, Na Hutích 693/13, Praha 6  
81/1998 Mgr. Iveta Nezmeškalová, Politických vězňů 40, Kolín  
62/2000 Mgr. Eva Paulíková, Fillova 1, Brno (ZR)  
356/2001 PharmDr. Helena Hrubanová, nám. Míru 123, Hulín  
361/2002 PharmDr. Věra Nováková, Palackého 972, Holešov  
331/2004 PharmDr. Jan Král, ČSA 937, Týniště nad Orlicí  
177/2005 Mgr. Pavel Veselý, nám. Republiky 213, Městec Králové  
3/2006 Mgr. Renata Jirásková, Palackého 541, Dobřichovice  
124/2006 PharmDr. Ladislava Arndtová, Janovského 48, Praha 7  
93/2007 Mgr. Milada Gilgová, Budovatelská 810, Studénka (ZR)  
97/2007 Mgr. Soňa Tomášková, Plzeňská 875, Uničov  
184/2007 Mgr. Jan Grodza, nám. Republiky 653, Studénka  
231/2007 PharmDr. Eva Bouzková, Soukalova 3355, Praha 4  
78/2008 PhMr. Vlasta Řeháková, Hornická 1596, Tachov (ZR)  
137/2008 Mgr. Alice Kaňkovská, Svatováclavská 15, Mělník  
343/2008 PharmDr. Eva Kocmanová, Vršovická 77, Praha 10 (ZR)  
240/2009 PharmDr. Tomáš Kotala, Seydlerova 2151/3, Praha 5  
242/2009 PharmDr. Josef Holub, Pulická 99, Dobruška  
265/2009 Mgr. Iveta Kukačová, Chitussiho 9, Slezská Ostrava  
274/2009 Mgr. Monika Klimková, 17. Listopadu 140, Morkovice  
30/2010 Mgr. Michaela Krejčí-Tholtová, Radčická 2861/2, Plzeň  
37/2010 PharmDr. Taťána Murinová, tř. 17. listopadu 883/2a, Karviná  
143/2010 Mgr. Petra Gebauerová, Údolní 16, Brno  
162/2010 Mgr. Eva Krejčíříková, Víta Nejedlého 1497, Mnichovo Hradiště  
181/2010 Mgr. Jana Mrkvová, Oblouková 610, Vrané nad Vltavou  
233/2010 Mgr. Ema Doležalová, Holečkova 3A, České Budějovice  
343/2010 Mgr. Jozef Suchý, Lékárna Tesco Hrabová, Prodloužená 807, Ostrava-Hrabová  
367/2010 Mgr. Otakar Červenka, Rokycanská 1385/130, Plzeň  
4/2011 Mgr. Miroslava Rajnová, Holečkova 3a, České Budějovice (ZR)  
17/2011 PharmDr. Jitka Tříšková, Primátorská 1196, Prachatice

- 19/2011 PharmDr. Eva Báčová, Kollárova 22, Svitavy  
99/2011 PharmDr. Věra Kopřivová, Těšínská 44, Opava  
113/2011 PharmDr. Blanka Turková, Vodňanská 1141/6, České Budějovice  
154/2011 RNDr. Zdeňka Linhartová, Plzeňská 785, Uničov

### Vydaná osvědčení

- 128/2011 PharmDr. Vladimíra Lošťáková, Modřanská lékárna, Soukalova 3355, Praha 4, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.  
129/2011 Mgr. Abdel Rahman Abdel Karim, Lékárna U krále Jiřího, Vinohradská 1318/99, Praha 2, provozovatel: DARS PRAHA s.r.o.  
130/2011\* PharmDr. Ilona Franczková, Lékárna Vital, Dejvická 9, Praha 6, provozovatel: Pharmacy Development s.r.o.  
131/2011 Mgr. Vladimíra Půlpánová, Lékárna U Stříbrného orla, Na Hutích 693/13, Praha 6, provozovatel: LUSO spol. s r.o.  
132/2011 PharmDr. Ivana Vaňková, Lékárna Lékařský dům, Janovského 48, Praha 7, provozovatel: Lékařský dům Praha 7, a.s.  
133/2011 Mgr. Olga Štefková, Dr. Max LÉKÁRNA, Čestmírova 1, Praha 4, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
134/2011 PharmDr. Tomáš Kotala, Lékárna Butovická, Seydlerova 2151/3, Praha 5, provozovatel: Mgr. Jarmila Chudá  
135/2011 Mgr. Radka Ryšavá, Dobřichovická lékárna, Palackého 541, Dobřichovice, provozovatel: HAVRA CZ, s.r.o.  
136/2011\* aff. Oto Jaďud, Lékárna Centrální Chomutov, Žižkovo náměstí 1, Chomutov, provozovatel: Dinarin, SE  
137/2011 Mgr. Jana Bumberová, Lékárna Pharmaland, náměstí Republiky 213, Městec Králové, provozovatel: EUROPHARM a.s.  
138/2011\* Mgr. Vladimíra Svobodová, Lékárna Relax, Dr. Beneše 97, Uničov, provozovatel: Lékárna Relax, s.r.o.  
139/2011\* Mgr. Luděk Brož, LÉKÁRNA REPHARM, Tyršova 34, Ostrava-Moravská Ostrava, provozovatel: REPHARM a.s.  
140/2011\* Mgr. Milada Gilgová, Lékárna Prima, Butovická 365, Studénka, provozovatel: I. Lékárna Prima s.r.o.  
141/2011\* Mgr. Eva Paulíková, Lékárna Bellis, Lazaretní 7, Brno, provozovatel: Polako s.r.o.  
142/2011 Mgr. Martina Theuerová, Dr. Max LÉKÁRNA, Havlíčkova 146, Hořice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.  
143/2011 Mgr. Alice Kaňkovská, Lékárna u Zámku, Svatováclavská 15/5, Mělník, provozovatel: Sibiř s.r.o.

144/2011	PharmDr. Marie Hořáková, Lékárna Lípa, Skandinávská 2, Brno, provozovatel: SKY MONG s.r.o.	provozovatel: Česká lékárna, a.s.
145/2011	Mgr. Alena Jaworská, Lékárna Hypernova Třinec, Lidická 1269, Třinec, provozovatel: MUDr. Hynek Navrátil	157/2011* Mgr. Jana Chárová, Lékárna Manitera, Hraničná 2, Kraslice-Hraničným, provozovatel: LÉKÁRNÍCI 95 s.r.o.
146/2011	PharmDr. Helena Hrubanová, Lékárna U sv. Anny, nám. Míru 123, Hulín, provozovatel: Dvouletá s.r.o.	158/2011 PharmDr. Lenka Sušilová, Lékárna Jemelkova, Jemelkova 68, Brno, provozovatel: LERAM s.r.o.
147/2011	Mgr. Monika Klimková, 17. listopadu 140, Morkovice, provozovatel: Dvouletá s.r.o.	159/2011 Mgr. Lukáš Láznička, U divadla, Horní náměstí 35, Opava, provozovatel: Lékárna U divadla s.r.o.
148/2011	PharmDr. Věra Nováková, Palackého 972, Holešov, provozovatel: Dvouletá s.r.o.	160/2011 Mgr. Renata Müllerová, Lékárna Tesco, Rokycanská 1385/130, Plzeň, provozovatel: Tesco Stores ČR a.s.
149/2011	Mgr. Jaromíra Novotná, Lékárna Na Údolní s.r.o., Údolní 392/16, Brno, provozovatel: Lékárna Na Údolní s.r.o.	161/2011 Mgr. Lenka Kalousková, Na Poliklinice, Pulická 99, Dobruška, provozovatel: Lékárna Mgr. Josef Hradecký, s.r.o.
150/2011	Mgr. Jan Grodza, Dr. Max LÉKÁRNA, nám. Republiky 653, Studénka provozovatel: Česká lékárna, a.s.	162/2011 Mgr. Miroslava Rajnová, LÉKÁRNA PATRIOT, Holečkova 3a, České Budějovice, provozovatel: R + T MEDICO s.r.o.
151/2011	Mgr. Hana Konejlová, Lékárna Na Poliklinice, Kollárova 22, Svitavy, provozovatel: Svitavská nemocnice, a.s.	163/2011 Mgr. Jozef Suchý, Lékárna Tesco Hrabová, Prodloužená 807, Ostrava-Hrabová, provozovatel: Dinarin, SE
152/2011	Mgr. Tomáš Vávra, Lékárna Pharmaland, OC Plaza, Radčická 2861/2, Plzeň, provozovatel: EUROPHARM a.s.	164/2011 PharmDr. Věra Kopřivová, Lékárna Tesco Opava, Těšínská 44, Opava, provozovatel: Dinarin, SE
153/2011	PharmDr. Blanka Turková, LÉKÁRNA PHARMALAND, Primátorská 1196, Prachatice, provozovatel: EUROPHARM a.s.	165/2011 PharmDr. Taťána Murinová, Lékárna Tesco Karviná, Třída 17. listopadu 883/2a, Karviná, provozovatel: Dinarin, SE
154/2011	RNDr. Zdeňka Linhartová, Lékárna Pharmaland, Plzeňská 875, Uničov (do 30. 4. 2011), provozovatel: EUROPHARM a.s.	166/2011 Mgr. Eliška Štejnarová, Lékárna Arkánium, Víta Nejedlého 1497, Mnichovo Hradiště, provozovatel: Mgr. Eliška Štejnarová
155/2011	PharmDr. Lucie Kubínová, Lékárna Pharmaland, Plzeňská 875, Uničov (od 1. 5. 2011), provozovatel: EUROPHARM a.s.	167/2011 Mgr. Naděžda Macková, MODRÝ PAVILON, s.r.o. – Lékárna, Chitussiho 9, Slezská Ostrava, provozovatel: MODRÝ PAVILON, s.r.o.
156/2011*	PhMr. Vlasta Řeháková, Dr. Max LÉKÁRNA, Zámecká 211, Tachov,	*= nová lékárna

(člnk)

## Žaloba proti rozhodnutí čestné rady komory zamítnuta

K následujícímu zamyšlení mne přivedla informace z televizních zpráv, že polský občan převezl z Polska 84 tisíc balení přípravku Sudafen. Tam je volně prodejný, vhodný pro výrobu pervitinu asi jako u nás Modafen. Už v době, kdy byl uveden muž obžalován, se mluvilo o možnosti až dvanáctiletého trestu, nyní byl odsouzen na šest let.

Je to dost, nebo moc za následnou výrobu pervitinu, za mnoho zkažených mladých životů, za rodinné tragédie? V tomto případě nechci nikoho soudit. Jen jsem trochu porovnávala: Je málo, dost, nebo moc, jak čestná rada ČLnK hodnotí přestupky našich kolegů, kteří prodali podobná množství přípravků s pseudoefedrinem? Kolik jsme jich už na čestné radě měli! Padly za to finanční pokuty na horní hranici, podmíněčná, ale i přímá vyloučení z ČLnK. Vyslechli jsme až neskutečné výmluvy a osobní obhajoby, přestože machinace při kontrole přes skladové zásoby a pohyby byly jednoznačné. Někdo to sváděl na šéfa nelékařníka, jiný na laborantky, mnohdy i na to, že skutečně byla chřipková epidemie (a to i v sousedních státech, kam to pro své zaměstnance dotyčný kupující vzal), jindy že se jednalo o údajný sponzorský dar pro domov důchodců.

Je třeba říct, že jsme řešili případy od roku 2007, jednalo se tedy o dobu, kdy přípravky opravdu byly u nás ještě prodejné bez omezení, ale už tehdy se lékárník mohl (měl) řídit vlastním ro-

zumem a pokynem, podle kterého mohl větší nákup odmítnout. Bohužel, finanční požitek asi vždy zvítězil, přestože byli i tací, kteří tvrdili, že z prodeje mnoha tisíc balení moc neměli. No nevím, většinou se jednalo o objednávky transferové přes zástupce firmy, tedy s nulovou marží distributora. Jistě si to spočítáte sami.

Musím konstatovat, že opravdu minimum kolegů bylo ochotno přiznat nějaký podíl své viny. Jejich šéfové nelékařníci nám dokonce vyhrožovali, měli své právníky, někteří se tudíž proti rozhodnutí čestné rady odvolávali, na což mají samozřejmě právo.

V souvislosti s oním Polákem, zmiňovaným v souvislosti s pře- váženým Sudafenem, jsem si vybavila i případ jednoho našeho kolegy z listopadu 2008, kdy byl po půlročním omlouvání se a odročování čestnou radou ČLnK uznán vinným a podmíněčně z komory vyloučen. Dopustil se deliktu, že jako odborný zástupce připustil v době od října 2007 do konce února 2008 ve více než devadesáti případech výdej bez receptu právě přípravků s pseudoefedrinem. Šlo o stovky až tisíce balení na jeden nákup. Údajně neměl podezření, že bude tohoto přípravku zneužito.

Kolega se odvolal k Městskému soudu v Praze. V květnu 2011 soud žalobu proti rozhodnutí čestné rady zamítl. Proti rozsudku už lze podat jen kasační stížnost k Nejvyššímu správnímu soudu.

**Mgr. Ada HOLUBOVÁ**



## INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

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

**Účastnický poplatek uhradte dle pokynů při přihlášce:** 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).

### KVĚTEN

#### St 25. 5. Praha (kód semináře: 11036)

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

Posouzení farmakoterapie a stanovení rizik u seniorů

Lektoři: PharmDr. Šárka Erbanová,

RNDr. Zdeňka Šterbáková, MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Šárka Erbanová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### Čt 26. 5. Znojmo (kód semináře: 11035)

hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18.00 hod.

Gynekologie – menopauza, antikoncepce.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Petr Dvořák

Odborný garant: PharmDr. Zora Zoubková

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

### ČERVEN

#### St 1. 6. České Budějovice (kód semináře: 11039)

Metropol s.r.o., Senovážné nám. 248/2, začátek v 17.30 hod.

Jak, co a kdy v těhotenství a při kojení

Lektoři: Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### St 1. 6. Praha (kód semináře: 11038)

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

Posouzení farmakoterapie a stanovení rizik u seniorů – opakování z 25. 5. 2011

Lektoři: PharmDr. Šárka Erbanová,

RNDr. Zdeňka Šterbáková, MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Šárka Erbanová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### So 4. 6. Hradec Králové (kód semináře: 11043)

Farmaceutická fakulta UK, Heyrovského 1203, začátek v 9.00 hod.

IDS č. 21: Rizika farmakoterapie v těhotenství a při kojení II.

Lektoři: PharmDr. Petr Červený, Ph.D., Mgr. Josef Malý,

MUDr. Karel Macek, CSc.

Odborný garant: Mgr. Josef Malý

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 16

#### So 11. 6. Olomouc (kód semináře: 11041)

LF UP, Ústav farmakologie – seminární místnost, Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hod.

Farmaceutická péče u těhotných a kojících

Lektoři: Mgr. Martin Doseděl, Mgr. Jaroslav Peč, Ph.D.,  
doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Odborný garant: Mgr. Martin Doseděl

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

#### So 11. 6. Teplice (kód semináře: 11034)

Restaurace U Kozičky, Rooseveltova ul., začátek v 9.30 hod.

Rizika farmakoterapie u polymorbidního pacienta

Lektoři: Mgr. Renata Kuželová, Mgr. Kateřina Langmaierová,  
MUDr. Petr Tamlar

Odborný garant: Mgr. Kateřina Langmaierová

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 16

#### Čt 16. 6. Břeclav (kód semináře: 11042)

seminární místnost lékárny, Poliklinika Břeclav, začátek v 18 hod.

Infekce močových cest

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

Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

## Mámo! Táto! V komoře je myš!

**Srdečně vás i vaše ratolesti zveme na I. Lékařnický den dětí, který se uskuteční v sobotu 4. června 2011 od 14 do 18 hodin v prostorách lékařnického domu Rozárka a jeho zahrady, Rozárčina 1422/9, Praha 4.**

Všichni malí návštěvníci dostanou při registraci speciální hrací kartu, na které budou sbírat za úspěch (ale i účast) při soutěžích veselé obrázky. Jejich soutěžení skončí velkou pátrací akcí po už avizovaných myších! Doprovázející rodiče–lékařníci se nemusí bát, půjde o myšky plyšové, nikoli živé nebo snad dokonce bílé. Během celého dne budou nejen pro děti nachystány sladké odměny a tradiční letní občerstvení, včetně myších ocásků.

V rámci I. Lékařnického dne dětí proběhne také úvodní setkání maminek–lékařnic, které se rozhodly zapojit do našeho projektu Lékařnice jsou také matky. Dozvíte se zde i další aktuální informace o plánované akci, její časové rozložení a přesnou náplň. Projednáme také způsob vzájemné komunikace a jednotné prezentace nejen přímo směrem k našim pacientům, ale také prostřednictvím regionálního tisku.

Celý den s námi bude na Rozárce profesionální fotograf, který bude postupně fotografovat maminky–lékařnice s jejich dětmi. Na základě snímků budou připraveny propagační materiály k celé akci. Pevně věříme, že nám bude přát počasí a naše zahrada se tak stane místem dětských her a soutěží.

Maminky–lékařnice, registrujte se na I. Lékařnický den dětí 4. 6. 2011! Jméno a věk dítěte/dětí prosím zasílejte na: [nedopilova@ubileholva.cz](mailto:nedopilova@ubileholva.cz) nebo [bazantova.michaela@seznam.cz](mailto:bazantova.michaela@seznam.cz).

Těšíme se na setkání.

**Lucie NEDOPILOVÁ a Michaela BAŽANTOVÁ**

## Po 35 letech přišlo zklamání

Ve slovenském časopisu *Lekárník* (5/2011) píše PharmDr. Ernestína

### PŘEČETLI JSME

Tóthová: „Ano, vyplatí se jít za svými sny, věřit jim i sobě, i když je to těžké. I když cestou padáš na nos, válíš se v prachu a máš pocit, že už nevstaneš. Protože člověk má v sobě neuvěřitelnou sílu, touhu žít a nevzdávat se.“ Jsou to slova mé nejoblíbenější slovenské spisovatelky, které v krátkosti vystihují můj profesionální život – 35 roků strávených na jednom pracovišti, v lékárně ve Štúrově.

Od r. 1994 jsem měla vlastní lékárnu, pracovat v ní nebyla vždy procházka růžovým sadem. Přišel 1. březen 2011, kdy uchazeči čekali na výsledky nabídkového jednání na pronájem prostor lékárny v PK Štúrovo ve smyslu zákona č. 258 z r. 2009. Je to elegantní cesta jak získat prostory, například i za cenu likvidace už existující lékárny, a samozřejmě, všechno v zájmu pacientů. Tak se to dnes deklaruje, nebo ne? Nezáleží na tom, že ta lékárna svědomitě plnila svou roli vůči pacientům, korektně spolupracovala s ostatními poskytovateli zdravotnické péče a neměla žádné dluhy ani vůči pronájemci prostor. Obálky se otevřely – nabídla jsem „málo“. Potom už události nabraly rychlý spád. Pracovali jsme ještě dva týdny, za týden jsme zvládli inventuru, stěhování zásob, řešení nejn nutnějších administrativních úloh.

Když se podívám dozadu, myslím si, že se nemám za co stydět, i když dnes vím, že určité věci bych dělala jinak. Hlavně bych lépe zvažila, koho si vybrat za obchodního partnera a víc bych prověřovala činnost svých kolegů – spolupracovníků. Momentálně jsem ještě zavalena prací a nemám čas zaobírat se svými pocity, ale i tak cítím jejich trpkou příchuť, cítím obrovské zklamání a uvědomuji si, že se za pět minut zřítílo všechno, co jsem 35 let svědomitě budovala a měla ráda.

Sny už jsou méně barevné, i sil ubýlo, i ta bojovně vystrčená brada už je méně „bojovná“, ale touha nevzdávat se zůstala.

## SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

### Aliskiren

Aliskiren (RASILEZ<sup>®</sup>) patří mezi nověji objevené látky ovlivňující tzv. RAAS (Renin-angiotenzin-aldosteronový systém). Je selektivním přímým inhibitorem reninu, a tím nedochází ke konverzi angiotenzinogenu na angiotenzin. V široké skupině antihypertenziv k této látce zatím neexistuje generikum a zkušenosti s jeho širokým praktickým užíváním jsou dosud malé. Používá se obvykle v kombinované léčbě hypertenze, při diabetické nefropatii atd. (více viz SPC), v indikovaných případech lze použít i samostatně. Někdy existuje v lékové formě společně s diuretikem hydrochlorothiazidem.

Nástup farmakodynamického efektu lze očekávat do 1–2 týdnů. Výhodný biologický poločas umožňuje dávkování jedenkrát denně 150–300 mg za den. Efekt aliskirenu na hladinu bradykininu není dosud dokonale prozkoumán, nelze tedy vyloučit vzácně vznik angioedému u predisponovaných pacientů – je třeba sledovat důsledně anamnézu angioedému v souvislosti s podáním aliskirenu – v případě jeho klinického projevu přerušit užívání aliskirenu.

Riziko vzniku hyperkalémie hrozí především při kombinované terapii (s ACE inhibitory, kalium šetřícími diuretiky, při suplementaci kalia), při renálním poškození nebo u pacientů s DM. Symptomatická hypotenze může nastat jen zřídka, především na začátku terapie. S opatrností je třeba podávat u pacientů se sníženou funkcí ledvin. Obdobné NÚ jako u ACE inhibitorů se objevit mohou, ovšem kašel byl zaznamenán jen u 1 % případů.

Nejčastějším NÚ je průjem a problémy v oblasti GIT. Jeho výhodou je poměrně málo lékových interakcí (pouze menší ovlivnění enzymů z linie CYP3A4) – nelze podávat u pacientů léčených cyklosporinem; hladina aliskirenu může být zvýšena při současném podání atorvastatinu, ketokonazolu; aliskiren může snížit účinek furosemidu, doporučuje se zvýšení dávky furosemidu podle potřeby. Je nutné myslet také na rizikové interakce s NSA u pacientů se sníženými renálními funkcemi, kde může dojít daleko snadněji k poškození ledvin po NSA. Výrazná je interakce s potravou s vysokým obsahem tuků – výrazně snižuje absorpci aliskirenu z GIT. Nelze podávat v průběhu kojení ani laktace!

- Užívat jednou denně, vždy ve stejnou dobu. Lze užívat nezávisle na jídle, vhodnější je s malým množstvím jídla, nesmí to však být jídlo bohaté na tuky.
- Užívání tohoto léku nezbavuje pacienta s hypertenzí povinnosti dodržovat dietu a určitá režimová opatření předepsaná lékařem.
- Zpočátku terapie může způsobovat závratě, hypotenzi a mdloby, proto je potřeba upozornit pacienta na tato rizika při řízení dopravních prostředků atd.
- Při ranním vstávání měnit polohu pomaleji a vstávat postupně, pomalu při chůzi do schodů.
- Výrazné NÚ je nutné hlásit lékaři; při vzniku angioedému okamžitě vysadit.
- Při přetrvávajících průjmech je vhodné informovat lékaře a změnit terapii.

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

## HISTORICKÝ EXKURZ SJEZDY ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY



**V lékárenství, historii tolik protkaném oboru, není na škodu občasně ohlédnutí do minulosti. Zastavím se u tématu sítě**

**lékáren, zmiňovaného v polovině usnesení sjezdů delegátů ČLnK.**

Mgr. Michal Hojný

**VII. sjezd:** jednat se státními orgány o možných opatřeních k **optimalizaci sítě lékáren** (včetně stanovení minimální vzdálenosti nově vzniklé lékárny od lékáren stávajících);

**VIII. sjezd:** jednat se státními orgány o možných opatřeních k **optimalizaci sítě lékáren** (včetně stanovení variant, které budou předloženy k diskusi členské základně, např. podle demografických, geografických aj. kritérií, ..., vypracovat zásady změn zákonných norem týkajících se lékárenství při respektování těchto principů: provozovatelem lékárny výhradně lékárník, **jeden provozovatel jednu lékárnu**, optimalizace sítě lékáren;

**IX. sjezd:** ukládá PČLK jednat o možných opatřeních k **optimalizaci sítě lékáren**,

**XI. sjezd:** prozkoumat názory členské základny, zda je přijatelná **povinnost smluvního vztahu zařízení lékárenské péče ke zdravotním pojišťovnám** s ohledem na **optimalizaci sítě lékáren**. (anketa v ČČL? – dr. Chudoba, Mgr. Štěpková);

**XII. sjezd:** v rámci připravované legislativy usilovat o **optimalizaci sítě lékáren**;

**XV. sjezd:** prosazovat, aby stávající lékárny byly **automaticky zařazeny do sítě lékáren** se smlouvami se zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou;

**XX. sjezd:** zasazovat se o zavedení demografických a geografických kritérií při **zřizování nových lékáren**.

### Přáli si to všichni?

Opakovaně ukládané úkoly všem představenstvům komory svědčí o kontinuitě myšlenky a snahách o koncepční přístup k oboru i o nenaplněných cílech. Historikům ponechme k úvahám, zda si optimalizaci sítě lékáren a pravidlo „jeden lékárník – jedna lékárna“

práli vždy opravdu všichni lékárníci a jestli se dělení Lékárenské služby nestalo jen příležitostí k posílení pozic lidí, kteří „viděli za roh“.

Výsledkem marných snah a 20 let překotného vývoje je nynější stav sítě lékáren. Její „nerovnoměrnost“ spolu s logickou koncentrací v místech emitování cenných papírů (rozuměj receptů) přináší vlivem rozředění výnosů do většího počtu jednotek lékáren poddimenzování odborného personálu většiny lékáren. Kde není obrát (a tedy zisk), není ani prostor k zaměstnání většího počtu lidí. Tím může trpět i další odborný růst. Personální limity pak znemožňují také rozvoj odborných služeb s vysokou přidanou hodnotou (shodou okolností náročných na čas) a lékárna místo posílení pozice zdravotnického zařízení

*zatelích pro zajištění veřejných služeb ve zdravotnictví. § 2 věnovaný lékárenské péči zněl: Nová lékárna musí poskytovat lékárenskou péči ve spádovém území nejméně 4000 obyvatel a může vzniknout nejblíže 300 dopravních m od dosavadní lékárny.*

### Jsou i další otázky

Řešení v případě vzniku nových lékáren je jednoduché, ale co tehdy, bude-li stanoveno na smluvním základě mezi zdravotní pojišťovnou a lékárnou? Jaká další kritéria zvolit – délku otevírací doby, pohotovostní službu, rozsah služeb? Je vůbec možné zastropovat stav na stávajících lékárnách, a nepřinese to s sebou případně i nějaká negativa? Horký příklad je ze země guláše, čabajky a tokajského – stop

## Zatím sedmkrát o síti

první linie navenek akcentuje spíše roli obchodní. Personální limity spolu s absencí zapojení krajských prostředků dále výrazně omezují možnosti poskytování pohotovostní služby. Nedostatek pohotovostních lékáren pro akutně nemocné pacienty je poté často zmiňován v souvislosti s argumenty pro výdej léčiv v ordinacích.

### Jak rozetnout kruh

Příležitostí, která se nemusí dalších 20 let opakovat, je připravovaná zdravotnická reforma a stěžejní zákon o zdravotních službách (dále jen ZS). Díky úzké spolupráci ČLnK s předchozím reformním týmem i s nynější sestavou MZd obsahuje paragrafované znění návrhu zákona o ZS řadu návrhů a připomínek ČLnK. K dispozici jsou na webu. Opakovaně se hovoří o vydání vyhlášky, která by obsahovala taxativně stanovené limity pro počty zřizovaných a smluvně zajištěných zdravotnických zařízení, případně o možnosti řešit to na úrovni smluvního vztahu zdravotnické zařízení – zdravotní pojišťovna. Druhá varianta je vzhledem ke kompetencím pojišťoven pravděpodobnější. Prvním kritériem měl být počet obyvatel, druhým vzdálenost od stávající lékárny. Dokážu si dobře představit kombinaci spádového území 4500 obyvatel na jednu takto nově zřízenou lékárnu a minimální vzdálenost 300–500 m od lékárny stávající v závislosti na zástavbě. Nezastírám inspiraci návrhem ministerských úředníků z roku 2004: *Návrh nařízení vlády o uka-*

stav pro zřízení nových lékáren byl vodou na mlýn finančně silných skupin, které agresivní cenovou politikou dostaly možnost navždy zlikvidovat svého lokálního konkurenta a následně fungovat bez hrozby další přímé konkurence.

Aktivní a komplexní přístup k regulaci sítě se vyplatí, a to přes všechna možná rizika, která bude možné eliminovat: stanovení kombinace spádového území a docházkové vzdálenosti; zákaz reklamních aktivit spojených s výdejem léčiv hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění; cenová soutěž na úrovni výrobce – zdravotní pojišťovna, nikoliv lékárna – pacient. Jaký profit z této aktivity by měli pacienti a zdravotní pojišťovny?

Dlouhodobou existenci by měly zajištěnou adekvátně personálně vybavené lékárny, poskytující lékárenskou péči v rozsahu plně odpovídajícím požadavkům pacientů, včetně případné pohotovostní služby.

A na závěr: nejvyšším orgánem komory je sjezd delegátů. Usnesení z let minulých jsou v části úkolů pro PČLnK plná formulací typu „jednat se státními orgány o možných opatřeních...“; „prozkoumat názory členské základny“, „pokračovat v hledání“, „rozpracovat teze“ atd. Jednoznačné úkoly, vyznačení směru, sebevědomý pokyn představenstvu od přímých zástupců jednotlivých OSL by jistě přispěl k nastolení pevnějšího kurzu komory. Další šance pro komorové kapitány je tu už za půl roku!

# Znovu o cenách a úhradách IPLP



**V cenotvorbě léků připravovaných v lékárnách a ve stanovení jejich úhrady ze zdravotního pojištění se v posledních**

**letech nic nezměnilo, přesto opakované dotazy ukazují, že v tom nemají všichni lékárníci jasno. Proto jsem připravila tento stručný přehled, jak se správně počítá cena IPLP a jak je stanovena jejich úhrada.**

Mgr. Hana Šnajdrová

## Úhrada

Úhradu individuálně připravovaných léčivých přípravků stanovuje SÚKL v Opatřeních obecné povahy (OOP), která je možné najít na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz). OOP č. 01–11 se týká výše a podmínek úhrady domácí parenterální výživy. Bylo novelizováno v letošním roce, s platností od 1. dubna. OOP č. 01–10 se týká úhrady radiofarmak, OOP č. 03–10 stanoví výši a podmínky úhrady transfuzních přípravků. OOP č. 04–09 se týká magistraliter přípravy v lékárnách a platí od ledna loňského roku.

Magistraliter připravované léky je možné rozdělit do tří skupin:

### 1) nehrazené ze zdravotního pojištění

Sem patří:

- „LP obsahující kombinace léčivých látek s analgetickým a/nebo antipyretickým účinkem, včetně kombinací s kodeinem a ethylmorfinem“. Monokomponentní analgetika, jako jsou morfinové čípky, do této skupiny nepatří, stejně jako antimigrenika neobsahující analgetikum, např. směs ergotaminu a kofeinu,
- „antiflogistika a derivancia k lokální terapii“, jako jsou různé masti či roztoky s kafrem, mentolem, indometacinové gely a podobně,
- LP obsahující dekonsgescent nosní sliznice, a to i pokud je v kombinaci s dalšími látkami. Sem patří různé nosní kapky obsahující efedrin, nafazolin, xylometazolin.
- LP „obsahující vitamíny, jejich kombinace a kombinace vitamínů s minerály nebo jinými látkami, pokud jsou určeny k perorální aplikaci“. To znamená, že masti a krémy obsahující vitamíny hrazené jsou (např. mast s vitamínem K), samotné minerály pro perorální použití jsou hrazené také (cps. s vápníkem, hořčíkem, zinkem), ale pokud jde o kombinaci minerálu s vitamínem, tak už hrazený není (hořčík + pyridoxin, zinek + vitamín C),
- expektorancia,
- LP k léčbě erektilní dysfunkce,

- LP obsahující amidochlorid rtuťnatý nebo chinidin,
- IPLP připravené pouze z nehrazených registrovaných léčivých přípravků (HVLP),
- léčiva rostlinného původu a čajové směsi. Netýká se to všech léčiv rostlinného původu, ale pouze těch uvedených ve vyhlášce 385/2007, takže kromě monokomponentních drog a čajových směsí to jsou z běžně dostupných látek pouze kafr a thymol.

### 2) částečně hrazené

LP obsahující nehrazené nebo částečně hrazené HVLP. U těchto přípravků pojišťovna zaplatí pouze skutečně spotřebované množství HVLP, a to maximálně do výše úhrady nebo její poměrné části, pokud nebylo spotřebováno celé balení HVLP.

3) **plně hrazené** – to jsou všechny ostatní léčivé přípravky, které nespádají do výše uvedených skupin.

Samostatnou skupinou IPLP jsou z hlediska stanovení úhrad takzvané dělené HVLP. Mají indikační omezení pro dětské pacienty, pacienty s poruchou vstřebávání nebo pacienty s vrozenou nebo získanou poruchou imunity, a to jen po dobu nezbytně nutnou a jen tehdy, není-li dostupná jiná terapie HVLP. Tyto IPLP jsou plně hrazené ze zdravotního pojištění a mají speciální kódy pro vykazování pojišťovněm.

*Pokračování na další straně*

## V Poslanecké sněmovně k výhradě svědomí

V Poslanecké sněmovně PČR byl 14. dubna 2011 seminář k výhradě svědomí, jehož organizátory byly Institut bioetických studií, Národní centrum pro rodinu a Konrad Adenauer Stiftung.

Výhradu svědomí „*lze definovat jako nekonání (tedy opomenutí), nesplnění určité, zákonem dané povinnosti z důvodu, že toto plnění se přičí jednotlivcovu svědomí*“ (MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Linde Praha: Praha 2010, s.158).

Výhrada svědomí v pracovněprávních vztazích je navrhována do zákoníku práce. Podle důvodové zprávy k návrhu zákona tento upravuje ústavně zaručené právo na svobodu svědomí zaručenou čl. 15 Listiny základních práv a svobod. Až dosud nebylo toto právo v pracovněprávních vztazích výslovně upraveno. Nová právní úprava stanovuje jasné podmínky, za kterých je zaměstnanec oprávněn odepřít splnění konkrétního pracovního úkolu, pokud by jeho splněním porušil svoje svědomí (forum internum). Zároveň nová právní úprava obsahuje záruky, že právo na zachování svobody svědomí nebude zneužíváno na úkor

zaměstnavatele, dalších osob a důležitých zájmů. Přijetí uvedeného zákona je v souladu s doporučením Parlamentního shromáždění Rady Evropy adresovaného Výboru ministrů a v souladu s čl. 9 evropské Úmluvy o ochraně lidských práv a svobod (č. 209/1992 Sb.).

Zájemci o podrobnější informace a o návrh zákona se mohou obrátit na Institut bioetických studií, o.s. (e-mail: [info@bioeticka-studia.cz](mailto:info@bioeticka-studia.cz), tel.: +420 728 869 988)

Institut bioetických studií shromažďuje zkušenosti týkající se výhrady svědomí a seznamuje s nimi poslance. Například MUDr. Jitka Chalánková napsala: „S řadou příběhů jsem se s velkým zájmem seznámila a byla bych vděčná za případné další, více konkrétní. Jsou užitečné pro další projednávání.“ Institut bioetických studií se proto obrací na občany s prosbou o zaslání osobních zkušeností, pokud byli svým zaměstnavatelem nuceni jednat proti svému svědomí, a to na e-mail: [tomas.vana@bioeticka-studia.cz](mailto:tomas.vana@bioeticka-studia.cz).

Mgr. Jaroslav DUDA

Pokračování z předchozí strany

### Cena

Regulaci ceny připravovaných léčivých přípravků stanovuje MZd Cenovým předpisem. V tuto chvíli je to platný Cenový předpis 2/2009/FAR, který byl dvakrát novelizován (je na webových stránkách ministerstva a zároveň vyšel ve Věstníku MZd).

Léky připravované v lékárnách nemají stanovenou maximální cenu. Pokud jsou plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění, pak mají cenu věcně usměrňovanou (VUC). Tzn., že je přesně stanoveno, jak se konečná cena spočítá a takto vypočtená cena nesmí být překročena. Pokud není hrazen ze zdravotního pojištění, má cenu zcela neregulovanou. Nezáleží ale na tom, jestli si ho pacient kupuje nebo má recept, ale na tom, jestli přípravek patří mezi hrazené nebo nehrazené LP podle OOP (viz výše).

Do konečné ceny se u regulované ceny LP může započítat pouze toto:

- nákupní cena spotřebovaných surovin (léčivých a pomocných látek, včetně technických pomocných látek, tedy těch,

kteří v konečném produktu nejsou obsaženy),

- nákupní cena použitých obalů a signatur, a to včetně dávkovacích zařízení, jako jsou kapátka nebo pipetky,
- poměrná část ceny (nákupní) spotřebovaného HVLP,
- poměrná část použitého technologického materiálu (např. celofán),
- u LP připravených hromadně nad 20 balení je do ceny možné započítat náklady na povinnou kontrolu. Seznam taxy laborum je v příloze Cenového předpisu,
- taxa laborum a sazby za další speciální práce, jako je sterilizace nebo příprava v laminárním boxu.

Taxu laborum je možné započítat jen jednu, a to i v případech, kdy je nejdříve připraven meziprodukt, a ten se použije pro přípravu více LP. Speciální sazbou je dispence (připočítá se ke každému hromadně připravenému balení) nebo příprava v laminárním boxu, příprava v OPSL nebo sterilizace (rozpočítá se na všechna balení připravená v jednom technologickém procesu). Tyto sazby je možné připočítat k taxě laborum. Při přípravě většího množství než je uvedeno v tabulce taxy

laborum, použije se poměrný násobek taxy uvedené pro největší množství – tedy taxu laborum za přípravu 120 ks dělených prášků spočítáme jako 1,2násobek taxy za přípravu 100 ks dělených prášků. Taxy laborum za hromadnou přípravu jsou uvedeny v samostatných skupinách (č. 13, 14 a 15) a v některých případech se liší od taxy za individuální přípravu.

Do ceny upravovaných přípravků (například Pamycon kapky, dětské antibiotické sirupy) je možno započítat jen cenu vody, signatur a sazbu taxy laborum.

Problematika DPH u IPLP je trochu složitější, protože se liší u IPLP připravovaných pro externí zákazníky (pacienty nebo extramurární zdravotnická zařízení) a u interního účtování (nemocniční lékárna dodávající oddělením nemocnice). V prvním případě se sčítají všechny nákupní ceny bez DPH, taxa laborum a k výsledku se připočte DPH (10%), ve druhém případě se sčítají nákupní ceny včetně DPH s taxou a k součtu už se nic nepřipočítává. Výsledek se může lišit, protože zatímco IPLP je vždy ve snížené sazbě DPH, některé suroviny nebo obaly jsou v základní sazbě 20% DPH.

## O tolik diskutované publikaci aneb Jak se dostat do maléru

Reaguji na články uveřejněné v ČČL č. 3 a 4/2011, týkající se publikace **Farmaceutická technologie** autora Romana Véghe. Protože jsem uvedena jako jedna ze dvou odborných korektorek této knihy, chci se k tomuto problému vyjádřit. Nebudu rozebírat její odbornou úroveň a přínos, protože nemám patřičné zkušenosti a vzdělání v oboru farmaceutická technologie, ale chci se zabývat mým údajným odborným dohledem.

**K učebnici a příručce Farmaceutická technologie jsem žádnou odbornou korekturu neprováděla** a podle mých informací ani Jana Folwarczná, druhá údajná odborná korektorka. Jedinou společnou aktivitou s R. Véghem (na mém pracovišti vykonával povinnou studentskou praxi) byla má oponentura jeho absolventské práce – tehdy jsem se s ním setkala poprvé a naposledy – na Vyšší odborné škole (VOŠ) zdravotnické v Ostravě, o kterou jsem byla požádána jako praktikující lékárnice, ne jako specialista na galenickou farmacii. Oponentura k absolventské práci tedy nemůže být v žádném případě považována za odbornou korekturu k učebnici.

R. Véghe mi nikdy nesdělil, že absolventskou práci se chystá vydat jako téměř základní učební text farmaceutické techno-

logie, natož že vyjde v tak velkém nákladu a v celostátním vydání. Dověděla jsem se jedině to, že práce s odbornou korekturou bude vydána jako studijní skriptum pro VOŠ zdravotnickou v Ostravě, s možností dalšího zakoupení zájemcům. O mé tzv. odborné korektuře jsem se dozvěděla až na základě negativních reakcí, které mi e-mailem přeposlala redaktorka nakladatelství.

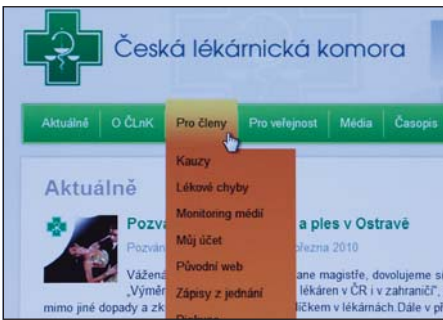
Věc jsem začala ihned řešit a od R. Véghe jsem žádala vysvětlení a nápravu. Ten ovšem celou věc bagatelizoval a následně se mnou přestal úplně komunikovat. Dále jsem proto komunikovala už jen s redakcí, která ze začátku připouštěla možnost oprav. Vzhledem k tomu, že publikace (podle slov redaktorky vydavatelství) se stala nejprodávánější knihou v oboru

Zdraví (po bombastické reklamě, kterou autor rozeslal mj. do všech lékáren, se asi ani nedívám) se už nedělo s opravami nic. Jediné neoficiální vyjádření redaktorky bylo: „Nemyslím si, že to z jeho strany byl nějaký špatný úmysl, záměrný podvodný čin, ale spíše něco jako neznalost“. Žádného oficiálního stanoviska jsem se bohužel nedočkala, i když mi bylo přislíbeno. Při poslední komunikaci s redakcí jsem se dozvěděla, že ke knize nebude dotisk, ale ani nebudou do knih k distribuci dodatečně vkládána errata. Zřejmě na základě mých neutuchajících urgencí byla po velmi krátkou dobu k dispozici na internetových stránkách nakladatelství velmi strohá errata, ve kterých bylo dementováno mé jméno u odborné korektury. S odstupem času si uvědomuji, že i negativní reklama je svým způsobem velmi účinná a ctižádostivý autor se chtěl zviditelnit.

Také já jsem udivena, jak snadno si může kdokoliv bez patřičného vzdělání a zkušeností vydat učebnici nejen pro tak specializovaný obor, jako je ten náš. Pro mne je tato stresující situace zkušeností do budoucna, pro vás ostatní snad výstrahou, co všechno se v dnešním světě může přihodit.

Mgr. Petra KOTALOVÁ

## DISKUSNÍ OKÉNKO



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

### ČLAK > Zdravotní pojišťovny > Platby z veřejného zdravotního pojištění

+ Schůzka s informatiky proběhla, výsledek je ode dneška zveřejněný. Na shodný problém už se upozorňovalo při zavádění portálu, pak při ohlášení záměru spustit projekt B2B v roce 2008 i při implementaci B2B do lékárenských software. Jen v letošním roce jsme na to upozorňovali VZP několikrát – na Kulatých stolech VZP, na Radě IZIP, na Zimní konferenci. Napo-

sledy při jednání s náměstkem VZP. Na konci dubna se dozvíme, jestli a za jakých podmínek je návrh ČLAK pro VZP akceptovatelný nebo jaké jiné možnosti řešení se nabízí.

+ Stále se mluví o úsporách. Odměna za úspory. Osobně se přiznám, že mi tyto věty zavánějí pochybnými praktikami. Pokud lékaři předepíší za 1 000, tak za 1 000 vydám. Jak bych mohl vydat za 900, mi trochu uchází. A za to, že jsem ZP ušetřil stovku, dostanu dvacet. Vím, že je módní šetřit, ale přijde mi, že se na tom zase napakuje někdo jiný. Budu ale usínat s pocitem, že jsem ZP ušetřil, aby si mohla, jak říkají pacienti „postavit paláce“.

+ Je jasné, že by systém musel být nastaven takovým způsobem, aby se lékárně vyplatilo uvedeným způsobem postupovat. Samozřejmě by musely vzniknout i úspory z VZP.

+ Nemám žádnou zápornou zkušenost. Ale pokud uděláte generikum „na hraně“ (limit je tuším 80 % v cmax), a pak na něj někdo (protože už třeba není originálu) udělá generikum, a zase na hraně, tak jste na 64 % původní cmax. Netvrdím, že to

SÚKL neohlídá. Na druhou stranu pokud Atorvastatin HBF vyrábí Actavis stejně jako Losartan Stada, tak se začínám bát, co to vlastně vydávám.

+ Je nějaký zdroj, odkud lze zjistit, co vlastně je originál, co je referenční přípravek a s jakými výsledky byly dělány bioekvivalenční studie? Tedy tak, aby člověk nemusel studovat všechny registrační podklady všech léků?

+ Je zajímavé, že na variabilitu mezi šaržemi si nikdo nikdy nestěžuje. Asi jde vždycky především o psychologický efekt. Všimli jste si, že pacienti berou v pohodě substituci léků, které mají v podstatě stejný název, např. Citalopram – Ratiopharm, Teva, Orion, ale jakmile jim zní název jinak, jsou podezřívaví.

### ČLAK > Léky, recepty a spol > opakovací recept na tramal

+ Může lékař napsat tramal retard na opakovací recept?

+ U léčivých přípravků obsahujících návykové látky opakovaný výdej nelze použít.

Přípravuje: PharmDr. Petr HALTUF

## Omluva za chybnou interpretaci tabulky

Vážená paní šéfredaktorko,

dovolu mi, abych touto cestou opravil a doplnil tabulku u příspěvku „Otázky přímo na komoru“ z čísla 4/2011 Časopisu českých lékárníků, konkrétně u otázky „Vede si představenstvo nějakou statistiku hodin odpracovaných členy pro komoru?“

V podkladech, které sekretariát poskytl redakci, byla u kolegy Marka Hampela chybně uvedena 92% účast na jednání představenstva. Vzhledem k jeho odvolání z představenstva v listopadu 2010 se logicky nemohl účastnit prosincového, dvanáctého jednání v roce 2010. Správný údaj tedy je 100 % (11/11). Byl jsem ujištěn, že i přes zmíněnou interpretační chybu skutečně nedošlo ke krácení náhrad za ztrátu času a byly kolegovi Hampelovi vyplaceny ve správné výši za všech 11 jednání. Za chybnou interpretaci se jménem představenstva i jménem sekretariátu omlouvám.

Dále bych rád dodal, že uvedená tabulka není skutečným přehledem množství práce jednotlivých členů představenstva. Ti se už v roce 2008 dobrovolně shodli na zásadách práce, mezi které patří též měsíční zpracování výkazu, přesto však řada z nich věnuje práci pro komoru mnohem více času.

Stanislav HAVLÍČEK

## Cenotvorba a její důsledky

Ačkoliv nejsem lékárník, vím zcela jistě, že stávající cenotvorba léčivých přípravků hrazených z veřejného pojištění je laikovi naprosto nevysvětlitelná. Myslím, že se do přílišné komplikovanosti celého systému utáhli i navrhovatelé regulačních poplatků. Velkým dílem k tomu přispělo naprosto obludné řešení problému zvýšení DPH (k 1. 1. 2008) doprovázené snahou současně nezvyšovat konečnou cenu léku. Tehdy byl také zaveden odpočet z konečné prodejní ceny léku pomocí parametrizované funkce „arcustangens“. Domnívám se, že to celé šlo určitě vyřešit jinak, jednodušším a elegantnějším způsobem.

Systém je dnes postaven tak, že stát, prostřednictvím úhrady léku ze zdravotního pojištění, zaplatí méně, než pacient, který si tento stejný lék (v případě, že je volně prodejný) koupí sám bez receptu. Méně o odpočet, který je lékárna ze zákona povinna z prodejní ceny léku, na jehož zaplacení se podílí zdravotní pojišťovna, odečíst (až 30 Kč). Regulační poplatek slouží k motivaci pacienta koupit si levné léky bez receptu, a tím ušetřit z balíku peněz určeného na úhrady léčiv z veřejného pojištění.

Každé zjednodušení stávajícího řešení (shodná konečná cena pro výdej na recept i na volný prodej), ovšem dle mého nutně povede k navržení snížení současné výše degresivní přírážky. V opačném případě by stát musel prostřednictvím zdravotních pojišťoven zaplatit více než doposud, neboť ve skupinách LP musí existovat alespoň jedna plně hrazená alternativa. Jelikož zdravotní pojišťovny (stát) více platit nebudou chtít, je nashodně, proti komu se úspory obrátí.

Šancí, jak se lékárníci mohou vyhnout předpokládaným finančním ztrátám, je několik. Dle mého mezi ně patří také následující možnosti:

Zcela změnit způsob odměny resp. ceny léčivého přípravku při výdeji, a to pomocí dvousložkové ceny. Část by byla samotná cena léku a část odměna lékárníkovi za dispensaci či výdej. Takové návrhy již také zazněly. Odměna za dispensaci by mohla minimálně z části stát mimo úhradu ZP.

Pokračování na další straně

*Pokračování z předchozí strany*

Nebo existuje možnost využít regulační poplatek za recept (nikoliv za položku) jehož platbu neshledal Ústavní soud ve svém nálezu jako protiústavní, vzhledem k ústavnímu nároku občanů na bezplatné zdravotnictví. Takový regulační poplatek by se mohl zvýšit z 30 Kč na 50 Kč (reálně dokonce dojde u dvojsložkového receptu k úspoře pacienta o 10 Kč), a to v případě, že by se ponechal současný ochranný limit maximální spoluúčasti pacientů (započitatelné doplatky + regulační poplatky ročně 2 500 Kč resp. 5 000 Kč) a mírně snížila degresivní marže, a tím i konečná cena regulovaného léku. Takové řešení by jistě šlo s veřejností (i odbornou) vykomunikovat. Zároveň by se automaticky posunula výše ceny léku, kdy se pacientovi ještě vyplatí koupit si léčivý přípravek na volný prodej. Tím by stát ušetřil další prostředky a nemusela by se degresivní marže snižovat. Současně by jistě stálo za úvahu snižovat degresivní marži pokud možno ve vyšších cenových hladinách tak, aby byly změnou co nejméně zasaženy menší lékárny. Tím by se mimo jiné cena léků, které si lidé kupují bez receptu, oproti současnému stavu nesnížila a menší lékárny by tolik netratily.

Nebo zde existuje možnost vyřadit všechny volně prodejné léky z úhrady zdravotních pojišťoven a u hrazených léků z veřejného zdravotního pojištění upravit degresivní přírůžku tak, aby odpovídala současné prodejní ceně po odpočtu. Zde si nejsem zcela jist, na jak dlouhou trať by takový běh byl.

Jinak se obávám, že na každé změně bude lékárna více či méně ekonomicky bita.

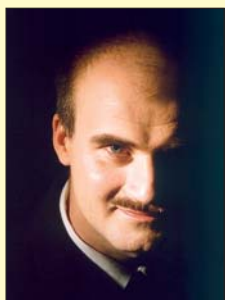
**Ing. Tomáš BUDIL**  
hlavní analytik společnosti Lekis s.r.o.  
www.lekis.cz

## Výzva z našeho sněmu přináší novou naději

Dne 9. dubna 2011 jsem se zúčastnila Lékárnického sněmu v Olomouci. Na podobném fóru jsem před tím byla naposled v roce 2009 v Hradci Králové, a tak jsem atmosféru jednání vnímala v porovnání s touto předchozí zkušeností. Diskuze probíhaly, podle mě, nyní klidněji, byť výrazně v duchu MY GRÉMIUM a VY KOMORA. Doufám, že výzva z komory k postupu ve shodě, ve které prosil Mgr. Martin Mátl během své prezentace, i během následné diskuze, provozovatele lékáren o spolupráci při sběru dat pro modelace dopadů změn, přináší novou naději, že toto nešťastné rozdvojení bude postupně mizet.

**Mgr. Marcela DRŠKOVÁ**  
Lékárna Na Náměstí, Česká Lípa

## TAK TO VIDÍM JÁ: Pracovat musíme i se špatnou náladou



Vnitřní poměry a vztahy ve společnosti, výjimkou není lékárenské společenství, jsou významně ovlivněny ekonomikou, ekonomickými výsledky. České lékárenství je od určitého data tvrdým podnikatelským a konkurenčním prostředím. Soukromá lékárna, podnikatelský subjekt má svou marži, své náklady, své investice. Úspěšná lékárna je postavena na efektivně fungujícím týmu a ekonomickém modelu. Lékárna má svého lídra nebo lídry, a ti nesou nebo sdílejí komplexní odpovědnost za podnikatelský subjekt a své zaměstnance. Podnikatelský projekt v podobě lékárny má řadu podstatných specifik, předně je velmi silně legislativně regulován. Určitě známé souvislosti a fakta. My všichni, ať zaměstnanci, fyzické podnikající osoby, statutární a odborní zástupci, se zamysleme:

Soukromí lékárníci jsou si navzájem konkurenty. Od toho se odvíjí jejich vztah a vzájemná interference. České lékárenství je rozděleno na malé ekonomické jednotky s jejich zájmy a ambicemi. Lékárníci mezi sebou a s podnikatelským okolím soutěží o svůj procentuální podíl z celkové finanční hodnoty farmaceutického trhu.

Je principiálně nepravděpodobné, aby navzájem si konkurující podnikatelské subjekty mezi sebou vytvářely kvalitu osobních vztahů, známou z období předcházejícího politického a ekonomického systému.

Přátelská, vstřícná, konstruktivní a synergická atmosféra je

reálná mezi spolupracujícími podnikatelskými subjekty. Soutěžení v konkurenčním prostředí je prováděno korektními i nekorektními postupy, praktikami, intrikami, chováním a strategiemi.

V tomto duchu lze postupovat a pragmaticky si rozebrat stav a situaci současného českého lékárenství. Možná pak dojdeme i k vysvětlení opakujícího se vzájemného osočování a dalších jevů charakteristických pro současné české lékárenství. Může se nám to nelíbit, také mne to netěší. Musíme si však tyto souvislosti všichni napříč českým lékárenstvím uvědomit. Je-li některá platná legislativní regulace prokazatelnou příčinou poklesu podnikatelské kultury a výkonnosti českého lékárenství, pak je naším společným cílem vyžadovat její změnu. Mějme však neustále na mysli starou zkušenost, že změny dosáhnou ti, kteří mají finanční, myšlenkový a personální kapitál, jsou schopni jednat a vystupovat organizovaně a systémově.

Jsem přesvědčen, že naprostá většina lékáren a lékárníků poctivě, profesionálně a houževnatě pracuje a je ochotna podpořit společnou práci a dospět ke shodě, která hájí makro zájmy našeho stavu. Zbytek je na naší volené reprezentaci, která nese velkou odpovědnost. S okolnostmi tržního prostředí se musejí vyrovnat veterináři, lékárníci, brzy i zubní lékaři, a při setrvávání současných trendů se tržnímu prostředí nevyhne ani významná část lékařů. S průvodním jevem v podobě špatné nálady se musíme naučit pracovat. Stejně vzniká, stimuluje a šíří se i dobrá nálada, postavená na profesních a podnikatelských úspěších jednotlivců.

**Mgr. Tomáš VOLNÝ**

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Viktorinová, M.: Lékové exantémy po celkovém podání léků**

*Medicína pro praxi č. 4/2011*

Po podání terapeutických dávek léčiv se jako projev jejich nežádoucího účinku může vyskytnout kožní exantém. Stejný typ reakce mohou vyvolat různá léčiva, a naopak jedno léčivo může mít odlišný projev na kůži u různých pacientů. Výskyt polékových kožních reakcí se odhaduje na 5 % všech kožních nemocí. Mohou vznikat různými mechanismy, které nejsou nikdy přesně známy. Základními dvěma jsou jednak **imunologické** (anafylaktický, cytotoxický, imunokomplexový, pozdní-buněčný, fotoalergický) a dále **neimunologické** (*histaminoliberátory* – kodein, morfin, thiamin, dextran, *inhibitory diaminooxidázy* – dihydralazin, isoniazid, promethazin, verapamil, ambroxol, acetylcystein, *genetická porucha metabolismu kys. arachidonové* – aspirin, NSAID. Mezi nejtěžší lékové exantémy patří toxická epidermální nekrolýza, Stevensův-Johnsonův syndrom, alergické vaskulitidy malých cév, sérová nemoc, nekrózy po antikoagulancích, generalizovaná kopřivka.

**Špác, J., Kianička, B.: Jak je to s dávkováním diuretik v léčbě hypertenze?**

*Interní medicína pro praxi č. 4/2011*

Diuretika zůstávají mezi základními antihypertenzivy. Jsou doporučována do kombinací s ostatními antihypertenzivy a mohou být léky první volby v některých situacích a teritoriích (např. v USA), v Evropě není monoterapie diuretiky příliš preferována (jen u starších osob, při městnavém srdečním selhání, hypertenzi s retencí vody a sodíku). S diuretiky lze kombinovat všechny základní skupiny antihypertenziv i ty ostatní. Vhodná jsou zejména léčiva, která neprohlubují jejich negativní metabolické účinky (ACEI, sartany, BKK), nepříliš vhodné je jejich přidání k betablokátoru. Relativní kontraindikací diuretik je metabolický syndrom a poruchy glukózového metabolismu. Při použití trojkombinace antihypertenziv by mělo být diuretikum zastoupeno vždy. Jasně je prokázáno, že by se měla diuretika podávat v co nejnižších dávkách. Nejvíce se to projevuje v monoterapii. Antihypertenzní účinek s dávkou nestoupá, prohlubují se jen nežádoucí účinky diuretik.

**Mokáň, M., Kvapil, M.:**

## Syndrom nerozpoznání hypoglykémie

Geum, Semily, 2010, 79 stran

Hypoglykémie je stav patologicky snížené koncentrace glukózy v plazmě. Při jejím poklesu pod 3 mmol/l se objevují příznaky selhávání činnosti CNS. Korelují s aktivací sympatiky. U zdravého člověka by se neměla za normálních okolností vyvinout, je tedy

vždy iatrogenní příhodou, jakýmsi „přestřelením“ terapie.

První část útlé publikace je věnována definici syndromu nerozpoznání hypoglykémie (dále SNH). Druhá kapitola popisuje historický přehled poznání o tomto syndromu.

Další část sumarizuje z literárních zdrojů výskyt této komplikace u diabetiků I. typu. Čtvrtá, nejobsáhlejší část se zabývá patogenezi SNH. Ta se může manifestovat jako další projev autonomní neuropatie, může být i projevem defektu v CNS (glukosenzory v hypotalamu) nebo změny transportu glukózy hematoencefalickou bariérou. SNH se ve zvýšené míře objevil v 80. letech minulého století se zavedením humánního inzulínu do terapie. Dalším z možných vlivů na SNH může být snížená tkáňová senzitivita na katecholaminy. Pátá část je věnována vztahu betablokátorů k SNH. Bylo zjištěno, že u pacientů léčených neselektivními betablokátorů bylo riziko vzniku hypoglykémie dvojnásobné. SNH se rovněž často vyskytuje u pacientů s DM I. typu na intenzifikovaném režimu. Sedmá část je věnována reverzibilitě a léčbě SNH. Jsou jen dvě možnosti léčby: 1. striktní zabránění vývoje hypoglykémie, 2. důsledný trénink rozpoznání, který je psychoedukační programovou intervencí.

### ANOTACE

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

**S**ystémový lupus erythematosus (SLE) je multisystémové onemocnění pojivové tkáně charakterizované ztrátou autoimunitní tolerance. Autoprotilátky produkované při SLE atakují vlastní buňky a tkáně a mohou vyústit v poškození a zničení kloubů, kůže, ledvin, srdce a dalších vnitřních orgánů. Rozsah symptomů je od lehkých poruch jako je raš, artritida až po život ohrožující stavy (glomerulonefritida, trombóza). Průběh nemoci může kolísat ve vlnách nebo se zvr-

## MOLEKULA MĚSÍCE

### biologikum Belimumab

Sumární vzorec:



molekulová hmotnost: 151.8 kDa

nout v trvale progredující stav. V posledních letech se staly důležitým terapeutickým cílem T- a B- lymfocyty. U pacientů s SLE hyperaktivní imunitní systém reaguje nepřiměřeně na zevní stimuly. Stimulátor B-lymfocytů (BLyS) je přirozeně se vyskytující protein vážící se jako ligand na tumor necrosis faktor (TNF) a podtřídu receptorů. Zajišťuje přeměnu B-lymfocytů ve zralé plazmatické B-buňky. Laboratorní studie prokázaly nadprodukcii BLyS proteinu vedoucí k SLE u myši, a tím prokázaly jeho důležitou roli v patogenezi autoimunních onemocnění.

**Belimumab** je první v nové skupině léčiv zvaných *specifické inhibitory BLyS*. Belimumab blokuje vazbu solubilního BLyS na receptory na povrchu B-buněk. Inhibuje tím povrchový faktor B-buněk a redukuje diferenciaci B-buněk do buněk produkujících imunoglobulin. Belimumab byl vyvinut skupinou Human Genome Sciences ve spolupráci s firmou GSK (Espinosa, G. and Cervera, R., *Drugs Fut* 2010, 46(12): 891). Terapeutická účinnost byla prokázána ve studii BLISS-52, jedné z pilotních studií fáze III. Studie byla multicentrická, dvojité slepá, placebem kontrovaná. Měla potvrdit účinnost a bezpečnost belimumabu se standardní léčbou oproti placebo se standardní léčbou u pacientů s SLE. Účastnilo se jí 865 pacientů v 90 centrech ve 13 zemích (Navarra, S.V. et al., *Lancet* 2011, 377(9767): 721).

FDA schválila 9. 3. 2011 belimumab (Benlysta®) pro léčbu dospělých pacientů s aktivním protilátkově pozitivním SLE, používajících standardní léčbu. V USA, kde je cca 1,4 mil. pacientů se SLE, je to první nové léčivo v této indikaci po více než 50 letech. Dávkuje se 10 mg/kg i.v. celkem tři dávky vždy po dvou týdnech. *Zdroje: internet*



# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Roztroušená skleróza (RS) je chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému (CNS). U většiny pacientů onemocnění začíná klinicky izolovaným syndromem (CIS) – první atakou, která je sice převážně monosymptomatická, ale projevuje se různorodě v závislosti na lokalizaci zánětu v CNS. CIS se u zhruba poloviny pacientů (30–70 %) vyvíjí výskytem druhé ataky v tzv. klinicky definitivní roztroušenou



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

sklerózu. U osob s RS se mohou projevovat prakticky jakékoliv neurologické symptomy včetně změn v citlivosti, zrakové problémy (nystagmus, optická neuritida, diplopie), bolest či močové a střevní potíže. Mezi běžné symptomy patří rovněž kognitivní poruchy různého stupně a emocionální příznaky deprese.

Podle progresu se klinicky definitivní roztroušená skleróza dělí na 4 různé formy: 1) Relaps remitentní (RR-RS) forma je charakteristická střídáním atak a remisí a trvá zpravidla několik let. Jedná se o nejčastější formu (u 85 % pacientů). 2) Sekundárně progresivní forma následuje relaps remitentní formu RS. K této formě RS dochází tehdy, když organismus vyčerpá své regenerační schopnosti. Medián přechodu RR-RS v sekundárně progresivní RS je 19 let. 3) Primárně progresivní forma postihuje přibližně 10 až 15 % pacientů, kteří po prvotních symptomech RS nemají nikdy období remise. Vzniká u pacientů v pozdějším věku. 4) Relabující progresivní forma je velmi vzácná, je od počátku progresivní, po atakách nedochází k žádnému či minimálnímu zlepšení a každý relaps zanechává trvalé neurologické poškození.

Roztroušená skleróza je zánětlivý proces způsobený T (a méně B) lymfocyty. Při RS přestupují T-lymfocyty do mozku přes hematoencefalickou bariéru. Bariéra není za normálních okolností tomuto typu buněk propustná, ale např. infekce či virus může snížit její integritu. T-lymfocyty za těchto patologických okolností mohou považovat myelin obalující neuronální výběžky za cizorodé. To vyvolává trvalé porušení bariéry s následnými zánětlivými procesy a degenerací neuronů.

Protože dochází k neuronálnímu poškození a nevratným procesům již při první atace, je vhodné u rizikových pacientů již po této atace dlouhodobě podávat tzv. chorobu modifikující léčiva (DMT) – interferon beta (IFN-beta) nebo glatiramer acetát (GA). U atak se podávají i.v. kortikoidy. DMT (včetně off-label u RR-RS podávaných imunoglobulinů) způsobují oddálení relapsů (u CIS a RR-RS). V případě neúčinku nebo u sekundárně progresivní RS je možné podávat účinnější DMT – natalizumab (tzv. eskalace léčby). První perorální terapií RR-RS je fingolimod. Jeho účinnost je vyšší než u IFN-beta nebo GA, ale zároveň je nižší než u natalizumabu.

## Farmakologické aspekty

Fingolimod je strukturální analog sfingosinu. Obě látky jsou v těle fosforylovány sfingosin-kinázou na aktivní formu, v případě fingolimodu na fingolimod-fosfát. Aktivní forma působí na receptory pro sfingosin-fosfát (S1PR). Sfingosin-fosfát (S1P) hraje klíčovou

roli při tvorbě zánětu. Aktivované receptory S1PR umožňují výstup lymfocytů z lymfatických uzlin a jejich cirkulaci v periferním oběhu. Fingolimod-fosfát působí nejdříve jako agonista těchto receptorů, nicméně po aktivaci receptorů dochází k jejich internalizaci dovnitř buňky a na rozdíl od působení S1P již nedochází znovu k expresi těchto receptorů na povrch, ale k degradaci uvnitř buněk (=funkční antagonismus). Tím fingolimod „zadržuje“ naivní a centrální paměťové T-lymfocyty v mízní uzlině, aniž by zde ale zadržoval efektorové T-lymfocyty (a proto „neochromuje zcela“ T-lymfocytární imunitní odpověď). Převážná většina Th17 lymfocytů nejvíce zodpovědných za rozvoj RS je podmožinou centrálních paměťových T-lymfocytů. S1PR jsou také v CNS, což dává šanci různým hypotézám o účinku fingolimod-fosfátu přímo v CNS (např. není dosud

# Fingolimod

přesně známo, proč účinek fingolimodu nebyl v klinických studiích závislý na dávce).

Absorpce fingolimodu je pomalá (zhruba 15 hodin), biologická dostupnost je 93 %. Potrava neovlivňuje absorpci. Vazba na plazmatické bílkoviny je vysoká (>99 %), podobně jako distribuční objem (1200 l). Fingolimod je pro-drug, aktivní je až fingolimod-fosfát. Fingolimod prochází hematoencefalickou bariérou. Metabolismus v játrech probíhá prostřednictvím cytochromu P450 4F2. Terminální biologický poločas je 6–9 dní.

## Klinické aspekty

Z nepřímého srovnání studií, které porovnávaly léky ze skupiny DMT s placebem vyplývá, že roční počet relapsů byl oproti placebu nižší o 34 % ve prospěch interferonu beta-1b, o 34 % pro interferon beta-1a, o 29 % pro glatiramer acetát a o 68 % ve prospěch natalizumabu. Fingolimod snížil roční počet relapsů oproti placebu v dva roky trvající studii Freedoms o 54 %. V rok trvající studii Transforms snížil fingolimod počet relapsů o 52 % vs. IFN beta-1a i.m. (0,16 vs. 0,33 relapsů / rok). Obě studie s fingolimodem umožňovaly předchozí léčbu DMT. Pozitivní výsledky pro fingolimod byly i v dalších outcomes: počtu pacientů bez relapsu na konci studie, absenci progresu disability (definováno přes zvýšení tzv. EDSS skóre), hodnotách EDSS skóre, počtu gadolinium vychytávajících lézí apod.

Ve studiích byl zaznamenán vyšší počet infekcí dolních cest dýchacích vs. placebo (celková incidence infekcí byla 72 % a závažných infekcí 2 %). Makulární edém byl pozorován u 0,4 % pacientů. Ovlivnění S1PR v srdci vede ke snížení tepové frekvence o 8 tepů/min, která se upravila během 1 měsíce. Fingolimod také prodlužuje PR interval (atrioventrikulární blok), zvyšuje jaterní enzymy a snižuje maximální výdechovou rychlost. Kontraindikací je probíhající autoimunitní, nádorové, infekční, jaterní onemocnění a těhotenství. Z interakcí jsou důležitější ty farmakologické (nepodávat s imunosupresivy, cytostatiky, atenuovanými vakcínami, opatrně s beta-blokátory – viz SPC).

Fingolimod se podává perorálně v dávce 0,5 mg 1 x denně. Zřejmě bude obecně druhou volbou u RR-RS při „neúspěchu“ léčby IFN-beta (a necháme se překvapit, zda regulátor „dovodí“, že účinnost IFN beta = GA, a uzná úhradu i po GA) nebo volbou u pacientů s rychle progredující závažnou RR-RS (viz indikace v SPC). Perorální podávání zvyšuje komfort pacienta. Léčivý přípravek obsahující fingolimod se jmenuje Gilenya a vyrábí jej společnost Novartis. Úhrada je navrhována na zhruba 50 tisíc Kč/měsíc.

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

# *Alchemilla xanthochlora* Rothm. – kontryhel žlutozelený, (*Rosaceae*).

*Alchemilla xanthochlora* Rothm. – kontryhel žlutozelený, (*Rosaceae*).

Vytrvalá, nízká bylina našich luk. Asi 350 blízce morfologicky příbuzných druhů rodu *Alchemilla* je rozšířeno na severní polokouli, v Evropě od Středomoří po Island, dále v celé Severní Americe a v Asii od Himálaje po Sibiř. Za svůj poetický český lidový název rosička vděčí kontryhel kapce rosy, která se ráno objevuje ve spodní části listu. Ve středověku neunikl pozornosti alchymistů, kteří od něj očekávali pomoc při hledání kamene mudrců a přeměny méně ušlechtilých kovů ve zlato. Alchymisty připomíná i rodové jméno *Alchemilla*. Obsahové látky a léčebné využití všech druhů je obdobné.

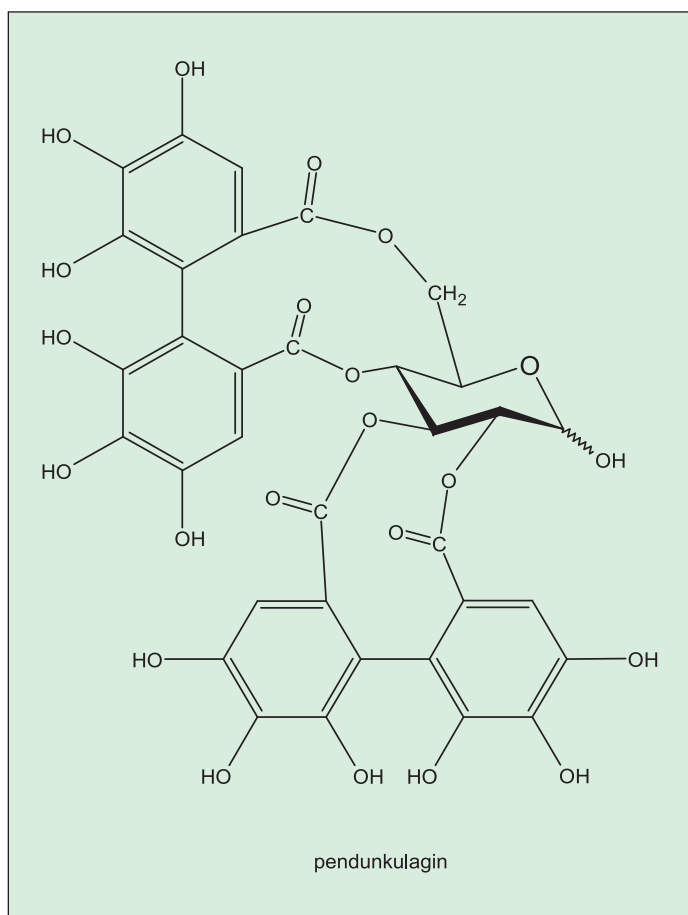
**Synonyma:** *Alchemilla vulgaris* L. *sensu latiore*

**Obecný název:** *Alchimille* (franc.), *Gemeiner Frauenmantel* (něm.), *Lady's mantle* (angl.), *rosička* (čes.).

**Sbíraná část:** herba

**Droga:** *Alchemillae herba* (ČL 2002/Dopl. 2003)

**Obsahové látky:** až 8 % tříslovin, především hydrolyzovatelné ellagotaniny (3,5 % dimerního agrimoniinu, 0,9 laevigatinu F a 1,2 monomerního pendunkulaginu) a gallotaniny, 2 % flavonoidních glykosidů kvercetin, isoflavony, sterol  $\beta$ -sitosterol, v květu 3 % leukokyanidinu.



**Účinky a použití:** v tradičních medicínách jsou odvary a nálevy z nati pro své adstringentní, protizánětlivé a spasmolytické vlastnosti aplikovány vnitřně při průjmu a dalších poruchách gastrointestinálního traktu, silné menstruaci i v období menopauzy a krvácení různého původu. Pro dosažení dobrého účinku se doporučuje podávat nálev již pět dní před začátkem menstruace. Diuretické účinky se uplatňují při otocích způsobených ledvinovou nedostatečností i při močových kamenech. Pomocný prostředek při diabetu. Zevně se odvary využívají ve formě kloktadel při zánětech v dutině ústní a obkladů na nehojící se rány, ekzémy a podobná poškození kůže i při očních zánětech.



Farmakologické působení je spojováno především s adstringentními účinky tříslovin a antioxidačním působením flavonoidů. Laboratorní testy prokázaly významnou schopnost vodného extraktu zhaset superoxidové anionty a bránit peroxidaci lipidů. Flavonoidní frakce inhibovala některé proteolytické enzymy, např.  $\alpha$ -chymotrypsin, trypsin a elastasu, čímž lze snad vysvětlit účast na ochraně pojivových a elastických tkání. Izolovaný agrimoniin brzdil *in vitro* aktivitu některých typů rakovinných buněk, jeho obsah v droze je však nízký. Byly zjištěny velmi slabé mutagenní vlastnosti drogy, způsobené pravděpodobně volným kvercetinem, jehož koncentrace v droze jsou ale malé.

Droga je k dispozici jak v jednodruhových čajových přípravcích, tak ve formě čajových směsí, určených především pro ženy.

**Dávkování:** 3x denně přelit 2 čajové lžičky 200 ml horké vody nebo připravit odvar (nejvýše 5 minut).

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** nejsou známy, pro nedostatek detailních informací o obsahových látkách raději neuzívat v průběhu těhotenství a kojení. Zprávy o možném poškození jater po podání vyšších dávek drogy nebyly spolehlivě potvrzeny.

**Interakce:** nejsou známy.

**Zdroje:** AISLP, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Jellin, J.M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Pherobase, Plants for a future, Medline, Toxnet.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia, vzorec: autor

# Ekonomiku za nás stát nevyřeší

Ať se nám to líbí, nebo ne, reforma zdravotnictví, kterou připravuje na ministerstvu tým Leoše Hegera, pokračuje, a je pouze otázkou času, kdy nastoupí její realizace. Z připravovaných změn vyplynuly základní otázky, na které my lékárníci musíme najít odpověď.

Mgr. Marek Hampel

1. Mají se regulační poplatky v lékárnách vybírat? Pokud ano, mají je lékárníci odvádět zdravotním pojišťovnám, nebo mají zůstat v plné výši naším příjmem obdobně, jako je to v ordinacích lékařů?

2. Na jakém principu má být po reformě postaveno odměňování lékařů? Má pokračovat obchodní model, nebo máme usilovat o zavedení modelu výkonového?

3. Mají i v budoucnosti v České republice vznikat nové lékárny zcela spontánně, jak je tomu dosud, nebo by tento proces měl začít regulovat stát, a jaké nástroje regulace bychom státu doporučili?

**Ad 1:** Kdykoliv se v posledních dvaceti letech hledaly úspory v systému zdravotnictví, v první linii vždycky stálo lékárenství, resp. náklady na léky. Pominu-li nesystémové a jednostranné rozhodnutí ministra zdravotnictví v roce 2006, kdy zavedl tvrdé limity počtu lékařů předepisovaných léků v kombinaci se snížením společné obchodní příirážky distributora a lékárny, k faktickému poklesu nákladů na léky došlo až zavedením regulačního poplatku za položku na receptu v roce 2008. I to mělo ale jen dočasný vliv. V důsledku politické situace přijal Senát Parlamentu ČR v dubnu 2009 senátní návrh novely zákona č. 48 o veřejném zdravotním pojištění. Podle ní museli lékárníci výši regulačního poplatku odečítat od doplatku na jednotlivé léky. Vznikl tak zejména pro pacienty naprosto nepřehledný systém cenotvorby. Přestože ve veřejném mínění převládá názor, že regulační poplatky si lékárníci stejně jako lékaři v ordinacích vybírají v plné výši pro sebe, my lékárníci víme, že skutečnost je jiná. Lékárna v České republice je jediným zdravotnickým zařízením, možná v celé Evropě, které má povinnost vybrat a odečíst. V souvislosti s připravovanou reformou zdravotnictví se teď otáz-



ka regulačních poplatků znovu otevírá. Grémium majitelů lékáren říká jednoznačně: Lékárny jsou zdravotnickým zařízením, a ne inkasním místem zdravotních pojišťoven. Mají-li lékárníci i nadále vybírat regulační poplatky, ty musejí zůstat v plné výši příjmem lékárny a nesmí být součástí ceny léků. Poplatky stanovené za položku na receptu vyvolávají mezi pacienty nedůvěru v nás lékárníky, a tím i v předepsaný způsob léčby. Transformovat poplatek za položku na poplatek za celý recept v už deklarované výši 30 Kč je řešení. Součástí nové právní úpravy výběru regulačních poplatků v lékárnách musí být sankce stanovená pro případ jejich nevyběru či obcházení prostřednictvím různých slev a bonusů. Také by měly být v konkrétní výši definovány příjmy, které by šly každý rok z veřejného zdravotního pojištění do lékárenství jako celek (optimální výše podle roku 2009). Tyto příjmy by měly být v příštích letech pro lékárenství zachovány pomocí kombinace regresivní obchodní příirážky a fixního poplatku.

**Ad 2:** Dosavadní obchodní model, na kterém je postaveno odměňování lékařů u nás, se v zásadě osvědčil. Je inspirován modelem fungujícím v naprosté většině zemí EU. Pro nejbližší léta je schopen zajistit fungování veřejných lékáren i u nás. Naproti tomu výkonový model byl zatím zhruba před rokem zaveden po všeobecné diskuzi (mj. také s provozovateli) pouze v Belgii. I tam ale zůstala součástí příjmů lékáren obchodní příirážka. Ve všech zemích EU, kde funguje obchodní model, byli do spolurozhodování a spolufinancování vtaženi pacienti, kteří si tak uvědomují cenu léků, a proto dochází přirozeně ke snížení jejich spotřeby. Pouze tak je možné vybalancovat poměr mezi nároky pacientů na účinnou léčbu a finančními možnostmi systému zdravotnictví jednotlivých zemí.

V Československu, resp. v České republice měl být pacient do podobných vztahů a úvah vtažen od roku 1992 pomocí výše

doplatků na jednotlivé léky původně bez vazeb na sociální systém. Ty byly zohledněny až v roce 2008 zavedením ochranných limitů na doplatky a regulační poplatky v lékárnách, čímž jsme se přiblížili evropskému standardu. Grémium majitelů lékáren považuje i do budoucna obchodní model odměňování lékařů za léty prověřený. Zajišťuje totiž plné a pro pacienty dostatečně fungování lékárenských služeb a současně pro lékárníky ekonomicky předvídatelný vývoj fungování veřejných lékáren.

**Ad 3:** V pěti zemích EU (Rakousko, Francie, Řecko, Itálie, Španělsko) je dnes vlastnictví lékáren omezeno pouze na osobu lékárníka: jeden lékárník může vlastnit max. jednu lékárnu. Také v Belgii, Dánsku, Finsku, Německu, Lucembursku, Portugalsku, Slovinsku a Velké Británii je vlastnictví lékáren státem nějakým způsobem regulováno. GML u nás samozřejmě o změnách podmínek vlastnictví lékáren neuvažuje. Od začátku své existence ale vnímá naprostou volnost vzniku lékáren v Česku kriticky. Dnes funguje v naší republice 2650 lékáren, které zajišťují relativní dostupnost lékárenské péče. Nerovnoměrné je přitom jejich geografické rozložení. Podle oficiálních statistik existují okresy, kde na jednu lékárnu připadá v průměru 8 tis. pacientů, v jiných okresech je jich polovina. I u nás nazrál čas k tomu, aby stát zahájil regulaci vzniku nových lékáren. Pro tuto regulaci lze využít dvou kritérií:

Kritérium geografické vzdálenosti od už v místě existujících lékáren. Podle něho vznikají nové lékárny nyní např. v Rakousku (min. ve vzdálenosti 4 km od už existující lékárny) nebo v Portugalsku (min. ve vzdálenosti 800 m).

Kritérium demografické podle počtu pacientů na jednu lékárnu v dané spádové oblasti.

V zemích EU, kde stejně jako v ČR není omezeno vlastnictví lékáren, sílí spojování lékáren do virtuálních nákupních sdružení. Tento aktivní a moderní trend by měl inspirovat i provozovatele veřejných lékáren v České republice. Naši ekonomickou budoucnost stát nevyřeší.

Autor je předseda  
představenstva GML

**P**o náročnom testovaní bol vydaný dňa 22. 4. 2011 v lekárni „U bílého anděla“ v Novom Jičine prvý elektronický recept (e-Recept) v Českej republike. Bol vystavený MUDr. Pětrošom v PC programe Amicus a realizoval ho PharmDr. Stanislav Rován v PC programe Medico. Vzájomná komunikácia bola umožnená pomocou „Centrálního úložiště elektronických receptů Státního ústavu pro kontrolu léčiv“.

PharmDr. Stanislav Rován

Chcem poďakovať všetkým, ktorí prispeli k prevedeniu e-Receptu (e-Rp) do skutočnosti. V prvom rade je to MUDr. Pětroš, v okrese



Nový Jičín renomovaný gynekológ, ktorý ma svojim veľkým záujmom a neustálymi otázkami o e-Rp „dotlačil“ k tomu, aby som sa aj ja začal intenzívnejšie venovať problematike e-Rp. Zaujímala ho hlavne možnosť poskytovať svojim pacientkám zdravotnícky servis i mimo dosah jeho ordinácie. Nejednalo sa iba o prípady, kedy pacientky boli na dovolenke, prípadne na liečení v kúpeľoch a zabudli si svoje lieky buď nechať predpísať, alebo si ich nechali doma. Dôležité bolo hlavne to, že pacientky sú aj zo vzdialených okresov. Možnosť vyzdvihnutia e-Rp v mieste bydliska by im ušetrila hodne času.

Bolo mi jasné, že ak sa s niečím začína, nebude to jednoduché a návštevy servisného technika budú časté. Prvý problém

som mal s PC programom, ktorý som mal v DOS. Bolo nutné expedíciu vybaviť Windowsami, a pretože čas beží ako voda, zistil som až pri kontrole programu, že moje počítače boli viac ako 4 roky staré. Takže nasledovala výmena počítača spolu s nákupom programu vo výhodnejšej OM-verzii. Z toho vyplýva doporučenie: skontrolujte si aj hardware.

Podľa informácií pracovníkov SÚKL testovali predbežne e-preskripciu a realizáciu e-Rp v dohodnutých zdravotníckych zariadeniach. Mne poskytli iba testovacie recepty pre kontrolu spojenia. Ja

identifikačných údajov pre potrebu napr. SMS zpráv.

E-Rp prispieva k tomu, že pacient môže využívať zdravotnú starostlivosť v priateľskej forme a súčasne šetrí čas nielen jemu, ale tiež lekárovi. Ten sa následne môže venovať napríklad akútnym pacientom vo svojej ordinácii a prácu s vystavením e-Receptu môže odložiť na vhodnejšiu dobu. Pre lekárnik má e-Rp výhodu až dvojnásobne rýchlejšieho výdaja v porovnaní s expedíciou, pri ktorej zároveň zadáva do počítača administratívne položky receptu. Ďalej odpadá nečitateľnosť

## Po testoch odštartoval svoju cestu elektronický recept

som si chcel samozrejme pred ostrou expedíciou urobiť vlastný test. Po dohode s lekárom sme ho uskutočnili. Vybrali sme sympatickú a chápujúcu pacientku a poučili ju o postupe. MUDr. Pětroš vydal testovací e-Rp na formulári. Pacientka ho priniesla a prvý zádrhel bol na svete. Lekári podpisom a razítkom nešetria, a tak sa čiary podpisu párkrát zatúlali do čiarkového kódu. Skener to moc nebral, tak som si vyskúšal aj aké to je zadávať e-Rp pomocou alfanumerického kódu. Sú tam okrem čiarkového kódu dva. Vrchný má 32 znakov, spodný 25. Funkčné sú obidva. Nie je to síce na pohodlnú expedíciu, ale v prípade potreby dostačujúce.

V ostrom režime som potom realizoval i ďalšie výdaje liečiv pacientkám e-Rp jak vo forme tlačenej formulárov, tak vo forme čiste alfanumerických kódov. Hlavne druhá možnosť umožňuje pacientovi získať potrebný liek kdekoľvek v republike bez toho, aby musel pred tým navštíviť svojho lekára. SÚKL v súčasnosti dopracováva možnosť zadávania iba 4

predpisov. Znižuje sa množstvo zámen liečiv.

Informáciu o všetkých súčasných a dopracovaných výhodách e-Rp aj súhrn rád a doporučení pre prípravu vašej lekárne k realizácii môžete nájsť na adrese [www.sukl.cz/erecept](http://www.sukl.cz/erecept). Druhým informačným zdrojom nielen pre členov GML sú jeho webové stránky [www.gmlcr.cz](http://www.gmlcr.cz). GML bude okrem toho poriadať informačné semináre, kde bude voľný prístup aj pre všetkých členov Českej lekárskej komory.

Štart elektronického receptu v českom zdravotníctve bude iste náročný mimo iného i preto, že úmysel, ktorý mal MUDr. Pětroš, tedy zaistiť svojim pacientkam lepší zdravotnícky servis, bude samozrejme zo začiatku limitovaný počtom lekární, ktoré budú schopné e-Rp realizovať. Od teraz už bude záležať ale iba na prístupe lekárov, lekárníkov a pacientov, aby sa používanie e-Receptov rozšírilo i v Českej republike a stalo sa bežnou súčasťou systému zdravotnej starostlivosti rovnako, ako je tomu už v rade zemí EU.

## Z valné hromady Spolku pro vybudování ČFM

Dne 16. 3. 2011 jednala v priestoroch FaF UK v Hradci Králové valná hromada Spolku pro vybudování Českého farmaceutického muzea, ktorou zahájil predseda spolku prof. PharmDr. Alexandr Hrabálek, CSc. Českou lékárnickou komoru zde zastupoval její prezident PharmDr. Stanislav Havlíček.

Účastníci vyslechli zprávy o činnosti v roce 2010, a to spolku, dále Českého farmaceutického muzea, zprávu o hospodaření spolku, zprávu dozorcí rady, dále o činnosti a hospodaření Klubu přátel ČFM, návrh rozpočtu spolku pro rok 2011, informace o přípravě voleb a akcích plánovaných na rok 2011.

Valná hromada projednala plán akcí spolku a muzea, k nimž patří 30. ročník Žní českého a slovenského exlibris, tradiční

Vánoční trhy v Kuksu a skenování starých herbářů. V tomto roce se v muzeu v Kuksu chystají na stěhování do náhradních prostor z důvodu revitalizace objektu Hospitálu.

Přítomní vyslechli rovněž informaci, že zápůjčky exponátů muzea jiným muzeím jsou bezúplatné, komerčním subjektům se půjčují za úplatu.

Neprošel návrh, aby členové spolku – senioři – platili pouze poloviční členské příspěvky, protože řada členů už příspěvky za rok 2011 uhradila a v průběhu roku nelze jejich výši měnit. O tomto návrhu však může jednat nové předsednictvo, které bude zvoleno na podzim, kdy končí funkční období stávajícího předsednictva a dozorcí rady SpVČFM. (dop)

**K**linický farmaceut je v mnohých zemích nedílnou součástí týmu odborníků pečujících o pacienta. V České republice má sice klinická farmacie dlouholetou tradici, ale vzhledem k tomu, že zdravotnický systém doposud nenabízel pracovní místa, šlo o obor s uplatněním spíše na akademické půdě, ve vědě a výzkumu, a pouze velmi omezeně v klinické praxi. V posledních dvou letech se situace mění. Ruku v ruce s procesy akreditací zdravotnická zařízení začínají chápat přínos klinických farmaceutů pro praxi.

PharmDr. Milada Halačová, Ph.D.

V srpnu roku 2010 vzniklo v Nemocnici Na Homolce (NNH) nové Oddělení klinické farmacie, se záměrem jistit bezpečnost farmakoterapie, která patří k významným prioritám managementu nemocnice. Pracovní tým oddělení tvoří farmaceuti se specializací v oboru klinic-

potřeb, bezpečnostních standardů JCI (Joint Commission International) a personálních možností oddělení. Definuje oblasti uplatnění klinického farmaceuta (KF) v NNH. Činnosti, na kterých participuje, je možné rozdělit do několika oblastí.

## Začátky klinické farmacie v Nemocnici Na Homolce



Tým klinických farmaceutů v NNH tvoří: PharmDr. Milada Halačová, Ph.D., Mgr. Katarína Mikušová, PharmDr. Dagmar Jankovská, Ph.D., a PharmDr. Dalibor Černý.

ká farmacie, popř. zařazení do této specializační přípravy.

### Koncepce práce oddělení

Koncepce práce klinického farmaceuta v Nemocnici Na Homolce vychází z jejich

První velkou oblastí je (1) **posouzení lékové anamnézy při příjmu pacienta** z hlediska indikace, kontraindikace, zvolené dávky a cesty podání. Identifikuje duplicitu v medikaci, posuzuje existenci či riziko lékových a potravinových interakcí

a vyhodnotí klinickou významnost dané interakce, vhodnost podávaného léčiva, popř. zvolenou dávku ve vztahu ke stavu eliminačních orgánů, komorbiditám pacienta, farmakokineticko/farmakodynamickým charakteristikám léčiva a kompletnímu farmakoterapeutickému režimu. Klinický farmaceut označí riziková, do budoucna pro pacienta problematická léčiva, případně zachytí rizikové farmakoterapeutické režimy a s nimi dále pracuje. V okamžiku příjmu pacienta do zdravotnického zařízení, přebírá nemocnice veškerou zodpovědnost za jeho medikaci a také nese náklady související s medikací z terénu. V Nemocnici Na Homolce je průměrně 70 příjmů za den a poctivě zhodnocení všech sledovaných aspektů farmakoterapie je časově náročné a vyžaduje plné pracovní nasazení několika farmaceutů.

Klíčovou činností klinického farmaceuta je (2) **práce na přiděleném klinickém oddělení** a úzká spolupráce s ošetřujícími lékaři a sestrami. Farmaceut sleduje medikaci pacienta v širokém kontextu a posuzuje příčinnou souvislost mezi konkrétními potížemi pacienta, popř. změnami v průběhu choroby a současnou medikací, navrhuje úpravy v dávkování léků, zejména antibiotik, u nemocných s různým stupněm renálního nebo hepatálního poškození a u dialyzovaných pacientů. Se sestrami spolupracuje v oblasti lékových inkompatibilit a drčení lékových forem do nasogastrických a jejunálních sond. V Nemocnici Na Homolce pracují kliničtí farmaceuti trvale na ARO, interně, cévní chirurgii, kardiologii a kardiouchirurgii. Farmaceut postupně proniká podrobněji do patofyziologie onemocnění, učí se vyhodnotit všechny klinické aspekty terapie, interpretovat výsledky laboratorních vyšetření, pochopit pacientovu prognózu a lékařovy priority v terapii. Sleduje efekt svých doporučení a získává postupně klinický náhled a nenahraditelnou zpětnou vazbu od lékaře a sestry.

Klinický farmaceut poskytuje v NNH (3) **konziliární služby** na vyžádání lékaře, participuje na (4) **tvorbě doporučených postupů**, (5) **hlásí nežádoucí účinky** na SÚKL a je zodpovědný za vypracovávání **protokolárních posudků** při řešení mimořádných událostí v NNH souvisejících s medikací.

### Evidence práce a vlastní agenda

Zavedením elektronických rekurzů včetně medikačních a infuzních listů se podstatným způsobem práce klinických

farmaceutů zefektivnila. Spoluprací s Oddělením informatiky se zrealizovaly požadavky klinického farmaceuta na volný přístup do elektronické dokumentace formou tzv. FARMAKOTERAPEUTICKÉHO DOPORUČENÍ. Možnost přímých zápisů do dokumentace pacienta pomáhá zejména při signální revizi medikace při příjmu pacienta a umožňuje vedení vlastní agendy. Tento elektronický konzultační systém je pro práci klinického farmaceuta klíčový. Umožňuje snadné statistické zpracování výstupů práce, umožňuje se vracet v čase k jednotlivým kauzám s opětovným přímým vstupem do dekurzů (i již propuštěných pacientů). Evidence farmakoterapeutických doporučení provedených při opakovaných hospitalizacích pacienta umožní sledovat jeho medikaci i v několikaletém horizontu.

### Spolupráce na úrovni

Za velké podpory Oddělení kvality NNH se podařilo ve velmi krátkém časovém horizontu jednoznačně identifikovat pozice klinického farmaceuta a jeho zařazení do procesů nemocnice. V NNH se

V Nemocnici Na Homolce pracují kliničtí farmaceuti trvale na ARO, interně, cévní chirurgii, kardiologii a kardiokirurgii. Farmaceut postupně proniká podrobněji do patofyziologie onemocnění, učí se vyhodnotit všechny klinické aspekty terapie, interpretovat výsledky laboratorních vyšetření, pochopit pacientovu prognózu a lékařovy priority v terapii. Sleduje efekt svých doporučení a získává postupně klinický náhled a nenahraditelnou zpětnou vazbu od lékaře a sestry.

stal nedílnou součástí akreditačního procesu a spolu s lékařem a sestrou dalším článkem k bezpečné medikaci. Spoluprací s Oddělením kvality a vrchními sestrami participuje Oddělení klinické farmacie na tvorbě seznamu vysoce rizikových léčiv

a LASA (look alike-sound alike) léčiv a podílí se na vypracování tzv. proaktivních postupů a systémů uskladňování, kterými se minimalizuje počet pochybení při manipulaci s těmito léčivy a dopad těchto chyb na pacienta.

V nemocnici je bezpečnost farmakoterapie jistěna i na úrovni nemocniční lékárny. Nemocniční lékárník zabezpečuje dodávku správných a bezpečných léků pro klinická oddělení, vysoce kvalitní a erudovanou přípravu zvláště náročných lékových forem (výživa, ředění cytostatik) a při odchodu pacienta do domácí péče odbornou dispencí léků. Musí být k dispozici nejen hospitalizovaným pacientům, ale také široké veřejnosti. To spolu s ostatními povinnostmi, které náročný chod nemocniční lékárny vyžaduje, limituje jeho trvalou přítomnost na oddělení. Oba specialisté, tzn. nemocniční lékárník i klinický farmaceut, mají společný cíl a je nezbytná jejich úzká spolupráce a vzájemná důvěra. Specializační náplně a zaměření jednotlivých oborů jsou však natolik odlišné, že ve svých aktivitách nejsou

*Pokračování na další straně*

## Bezpečná medikace a úloha klinického farmaceuta



Konceptem bezpečné medikace jsme se začali zabývat před více než třemi lety v souvislosti s požadavky standardů kvality Joint Com-

mmission International (JCI). Nemocnice Na Homolce drží certifikát kvality a bezpečnosti od této mezinárodní akreditační agentury od roku 2005.

Standardy ukládají zdravotnickému zařízení vytvořit a zavést do praxe závazné procesní a odborné postupy, které vedou k minimalizaci chyb při farmakoterapii. Patří sem multidisciplinární aktivity, zahrnující výběr, objednávání, skladování, předepisování, přípravu, výdej, podávání a sledování účinku léčiv na pacienta. Ve standardech JCI jednoznačně stojí, že léčiva, která v nemocnici lékař pacientovi předepisuje, kontroluje příslušně kvalifikovaná osoba – klinický farmaceut.

Podle rozsáhlé americké studie z roku

2001 se ve více než 2000 sledovaných nemocnic stala jedna chyba v souvislosti s podáváním léků za 22 hodin a jedna chyba s poškozením pacienta každých 20 dní v přepočtu na nemocnici a den (*Medication Errors in United States Hospitals C. A. Bond et al. Pharmacotherapy. 2001; 21(9).*)

Důležitým krokem k bezpečnosti při farmakologické léčbě je definovat vysoce riziková léčiva. Mezi ně patří tzv. LASA (looks alike-sounds alike) léčiva, léky s podobně znějícími názvy nebo s podobným designem balení, u nichž hrozí vzájemná záměna při podání. Záměna vede k přímému nebo nepřímému poškození (selhání terapie) pacienta.

Vytvoření standardních postupů bezpečné farmakologické léčby v nemocnici potřebuje odborného garanta a úloha klinického farmaceuta je nezastupitelná. Proto vedení nemocnice na počátku roku 2010 rozhodlo o založení oddělení klinické farmacie v úseku náměstka pro léčebně preventivní péči. Ve spolupráci s klinickými farmaceuty se podařilo v nemocnici definovat vysoce riziková léčiva, jako jsou vysokokonzentrované elektrolyty, heparin, inzulíny, cytotoxická léčiva a LASA

léčiva a vytvořit postupy, jejichž dodržování sníží míru rizika pochybení při nakládání s nimi na minimum. Nezastupitelná je spolupráce farmaceutů s lékaři a sestrami na klinických pracovištích, konzultační činnost a vytváření edukačních materiálů v oblasti farmakologické léčby.

Důležitým úkolem pracovníků oddělení klinické farmacie je spolupráce s manažery kvality a zdravotnickými pracovníky při analýze potenciálních nebo skutečných chyb při podávání léčiv, které se v nemocnici přes veškerá opatření mohou stát a stávají. Většinou jsou důsledkem nastavení procesů, nikoliv individuálního pochybení konkrétní sestry nebo lékaře, proto se snažíme z nich poučit a úpravou postupů zabránit opakování stejné chyby.

Pracovníci oddělení klinické farmacie pod vedením PharmDr. Milady Halačové, Ph.D., přinesli nový, odborný pohled do řízení farmakologické léčby, a jejich práce bezpochyby zvyšuje úroveň kvality a bezpečnosti péče o pacienty v Nemocnici Na Homolce.

**Mgr. Barbora VACULÍKOVÁ, MBA**  
vedoucí Oddělení kontroly  
kvality NNH

*Pokračování z předchozí strany*

zaměnitelní. V Nemocnici Na Homolce jsou vztahy obou oddělení nadstandardní.

### Závěrem

Klíčovým článkem při realizaci představ a naplnění cílů jsou kolegové, kteří pracují s obrovským nasazením a entuziasmem, ke své práci přistupují nejen vysoce erudovaně a profesionálně, ale také zodpovědně a s určitou dávkou pokory. Bez jejich erudice, ochoty a komunikačních dovedností by oddělení nikdy fungovat nemohlo. Za sebe bych chtěla říct, že pracovat v kolektivu motivovaných, lidsky i pracovně blízkých lidí a dělat zajímavou a smysluplnou práci je kus profesního štěstí.

Za těchto pár měsíců existence beru jako naši obrovskou výhru, že se podařilo nastavit systém práce klinického farmaceuta napříč celou nemocnicí a podařilo se navázat s lékaři a sestrami velmi dobrou spoluprací. Máme pozitivní zpětnou vazbu a pomalu se buduje důvěra ve farmaceuta, jako partnera. Věřím, že pracoviště klinické farmacie budou postupně vznikat i v dalších zdravotnických zařízeních a farmaceutům se otevrou nové možnosti jejich uplatnění.

**Autorka článku je vedoucí  
Oddělení klinické farmacie  
Nemocnice Na Homolce, Praha**

## Klinický farmaceut pohledem lékaře

S kolegy z Oddělení klinické farmacie se lékaři u nás v nemocnici setkávají několik měsíců. Jde o novou službu, která kvalitu práce klinika výrazně posouvá.

Dvojitá kontrola předepsané farmakoterapie (lékař a farmaceut) výrazně zvyšuje



jednak bezpečnost léčby a také její účinnost. Z pohledu klinika je velmi pohodlné a rychlé konzultovat nejasnosti ohledně interakcí

léků a jejich farmakokinetiky i farmakodynamiky s farmaceutem, který má vysokou expertní znalost stanovené problematiky, jež přesahuje dané znalosti lékaře u lůžka. V denní praxi lékař předepisující léky má několik úrovní upozornění na možné problematické situace. V nemocničním informačním systému se automaticky u konkrétního medikačního listu objevují závažné interakce a systém nepustí lékaře v předepisování dále, pokud nepotvrdí přečtení této informace. Následně se u medikačního listu objevují elektronická doporučení klinického farmaceuta, který určený medikační list kontroloval. Dalším a nejpodstatnějším způ-

sobem spolupráce je přítomnost farmaceuta u lůžka v době vizity a možnost osobní nebo telefonické konzultace v případě jakékoliv nejasnosti. Na lůžkové stanici ARO se nám podařilo ve spolupráci s klinickými farmaceuty odstranit některé zvykové způsoby užití léků, které ne vždy odpovídaly ideální možnosti jeho použití, šlo hlavně o sladění postupů podání léku s jeho pozměněnou farmakokinetikou. Další úpravy postupů se týkají klinicky významných interakcí léků a úpravy jejich dávek při současném užívání extrakorporálních eliminačních technik.

Mám zkušenost s prací klinického farmaceuta i ze zahraničí, kde byl nedílnou součástí týmu, pečujícího o pacienta. Činnost klinických farmaceutů plně odpovídá trendu týmové práce v medicíně. Pro ideální léčbu je potřebná práce ošetřujícího lékaře, lékařů dalších participujících oborů, fyzioterapeutů, klinických farmaceutů, specialistů na léčbu bolesti a nutričních specialistů. Klinický farmaceut má v tomto konceptu péče nezastupitelné místo. Už po několika měsících práce farmaceutů v naší nemocnici se z pohledu klinika staly jejich služby samozřejmou a nezbytnou součástí péče o nemocného.

**MUDr. Viktor KUBRICHT**  
lékař Anesteziologicko-  
-resuscitačního oddělení NNH

**S**polečnost PHARMOS, a.s., oslavila 30. dubna 2011 dvacáté výročí svého založení. Při této příležitosti byl v Ostravě uspořádán pracovní seminář „Kam kráčíš, lékárnko?“, na kterém v bloku přednášek vystoupili ředitel odboru Ministerstva zdravotnictví ČR Mgr. Filip Vrubeľ, ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv PharmDr. Martin Beneš, prezident České lékárnické komory PharmDr. Stanislav Havlíček, předseda představenstva Grémia majitelů lékáren Mgr. Marek Hampel a jiní. Tematicky byl program pracovního semináře zaměřen na otázky nejbližší budoucnosti lékáren, změny v oblasti legislativy, dále na lékovou politiku a vývoj trhu s léčivy.

Součástí oslav byl i slavnostní společenský večer, kterého se zúčastnilo na 300 obchodních partnerů společnosti PHARMOS, a.s., včetně zakládajících akcionářů a managementu společnosti.

**PharmDr. Jiří KORTA,**  
předseda představenstva

## K jubileu společnosti PHARMOS



**V** červnu si připomínáme Světový den dárců krve, ze světových dnů podporovaných WHO pak Mezinárodní den nevinných dětských obětí agrese, Světový den životního prostředí, Světový den utečenců a Mezinárodní den proti zneužívání drog.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

### Světový den dárců krve

Světový den dárců krve vychází z tematického zaměření Světového dne zdraví z roku 2000, které se neslo v duchu motta „Krev zachraňuje životy. Bezpečná krev začíná u mne!“ (Blood saves lives. Safe blood starts with me!). Entuziasmus a energie, se kterými si světová komunita

střednictvím svých ministrů zdravotnictví přijaly rezoluci WHA58.13 ustanovující Světový den dárců krve (World Blood Donor Day, WBDD). Poprvé se slavil v roce 2004 ve více než 80 zemích světa. Přehled sloganů v jednotlivých letech je komplikovanější, protože se někdy opakovaly, a navíc se v nich také odrážela národní zaměření či témata. Jejich kompilaci uvádím v horní tabulce.

Letošní WBDD nabízí příležitost připomenout, že si společnost ve zvýšené míře uvědomuje potřebu bezpečné krve i přípravků pocházejících z krve a plazmy, a současně poděkovat dobrovolným a bezpříspěvkovým dárcům krve za jejich vzácný dar. Téma akcentuje naléhavou potřebu pravidelného dobrovolného dárcovství krve. V současnosti disponují 62 země transfuzními službami založenými výhradně na dobrovolném dárcovství (v roce 2002

# SVĚTOVÉ DNY WHO červen

připomněla tento den, naznačily, že si společnost velmi váží miliónů lidí, kteří darují to nejcennější – krev. Dále vychází z Mezinárodního dne dárců krve, který byl od roku 1995 pravidelně organizován Mezinárodní federací organizací dárců krve (International Federation of Blood Donor Organizations, FIODS). Světový den dárců krve nemá nahradit národní dny dárců krve, ale poskytnout příležitost pro společnou globální oslavu výročí dne, kdy se narodil americký patolog rakouského původu Karl Landsteiner (1868–1943), nositel Nobelovy ceny za objev krevních skupin systému ABO (1930).

Světovým dnem dárců krve byl z iniciativy Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO), Mezinárodní federace organizací Červeného kříže a Červeného půlměsíce (International Federation of Red Cross and Red Crescent Society, IFRC), Mezinárodní společnosti pro krevní transfuzi (International Society of Blood Transfusion, ISBT) a FIODS vyhlášen 14. červen. Jeho cílem je připomenout si všechny jedince, jejichž zásluhou bývá často zachráněno nenahraditelné – lidské životy. V květnu 2005 na 58. zasedání Světového zdravotnického shromáždění (World Health Assembly, WHA) vládly 192 zemí pro-

to bylo 39 zemí). Melbournská deklarace (2009), která vyzývá k dosažení *stoprocentního podílu dobrovolného bezplatného dárcovství krve a krevních složek* do roku 2020, chce tohoto cíle dosáhnout:

- poukázáním na životně důležitou roli krevní transfuze pro záchranu lidských životů a zlepšení života miliónů lidí;
- motivováním více osob, aby se staly pravidelnými dobrovolnými dárci krve a tak zabezpečily dostatečné zásoby krve, které uspokojí národní potřebu v naléhavých situacích;
- uznáním pravidelného dobrovolného bezpříspěvkového dárcovství krve jako modelu veřejného zdraví.

V roce 1960 přišel Československý červený kříž s myšlenkou bezpříspěvkového dárcovství krve a již o čtyři roky později udělil mnohonásobným bezpříspěvkovým dárcům krve první plakety (dnes medaile) prof. MUDr. Jana Janského.

Během jednoho odběru je darováno 450 ± 10 ml krve. Mohou být také odebrány jen vybrané krevní složky (krevní plazma – plazmaferéza, krevní destičky – trombocytaferéza, bílé krvinky – leukocytaferéza, červené krvinky – erytrocytaferéza). Za jeden odběr se od roku 1998 počítá odběr krve (tj. odběr plné krve) nebo jejích složek (odběr plazmy nebo krevních destiček). Za dva odběry se započítává erytrocytaferéza.

Rok	Téma
2004	Krev, dar pro život. Krok k dospělosti: Darujme krev!
2005	Oslava daru krve.
2006	Oslava daru krve. Celosvětový přístup k bezpečné krvi. Bezpečné zásoby krve pro všechny. Krok k dospělosti: Darujme krev! Jsem dárcé a zachraňuji životy.
2007	Bezpečná krev pro bezpečné mateřství.
2008	Darovat krev pravidelně.
2009	Oslava daru krve. Dosáhnout 100% podílu dobrovolného a bezplatného dárcovství krve a krevních složek. Týká se to nás všech!
2010	Nová krev pro svět. Krev je dar pro život. Děkujeme.
2011	Více krve – více života.

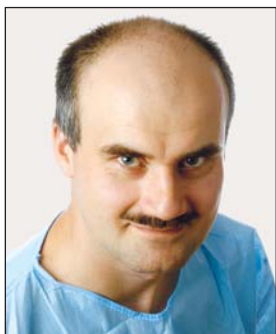
Ocenění bezpříspěvkových dárců krve	Počet odběrů
Krůpěj krve	první odběr
Bronzová	10
Stříbrná	20
Zlatá	40
Zlatý kříž ČČK 3. třídy	80
Zlatý kříž ČČK 2. třídy	120
Zlatý kříž ČČK 1. třídy	160

WHO odhaduje, že dárcovství krve jednoho procenta populace je obvykle minimum potřebné k uspokojení nejzákladnějších potřeb každé země. S vyspělostí země a jejího systému zdravotní péče se tyto požadavky zvyšují. V ČR je kolem 300 000 dárců krve, což však nedosahuje početního stavu doporučeného WHO (4 % populace, uvádí se i 5 %).

Literatura u autora



# Ginkgo biloba a hypertenze



**Společné užívání doplňků stravy a léků, případně užívání doplňků stravy u určitého onemocnění, jsou také předmětem farmaceutické odborné péče. Většinou je možné odborný názor stavět pouze na teoretických odhadech a podezřeních, objevují se však i reprodukovatelné výsledky experimentů.**

Mgr. Tomáš Volný

Větší počet preklinických a klinických experimentálních zkušeností je zřejmě generován snahou nalézt další indikace přírodních léků s obsahem standardizovaného extraktu z listu jinanu dvoulaločného (*Ginkgo biloba*; dále jen EGB). Dlouhodobá suplementace EGB byla v posledních letech intenzivněji studována právě s cílem popisu jeho vlivu na hypertenzi. Biologicky účinný EGB je ve vysoké obsahové kvalitě v ČR také obsažen ve více než 30 doplňcích stravy. Diskutovaná souvislost tedy nabývá důležitosti nejen z pohledu rozšířeného užívání přírodních léků s EGB, ale také díky neméně rozšířenému užívání doplňků stravy s EGB. K významnému snížení tlaku krve vedlo 3týdenní perorální podávání denních dávek 60 a 120 mg/kg EGB hypertenzním potkanům. Modulační vliv EGB na indukovanou hypertenzi se projevil i v dalším kontrolovaném experimentu s hypertenzními potkany, ti byli po dobu 24 dnů krmeni potravou s 8,0 % obsahem NaCl nebo potravou obsahující 8,0 % NaCl + 0,5 % EGB, u skupiny hypertenzních potkanů krmených krmivem fortifikovaným EGB bylo sledováno signifikantní snížení systolického tlaku krve. Je zajímavé, že EGB statisticky významně snižoval tlak krve pouze u hypertenzních potkanů, u zdravých 30denní podávání EGB v krmivu nemělo na tlak krve žádný signifikantní vliv. Minimálně další tři kvalitní experimentální práce na modelu hypertenzních potkanů prokázaly antihypertenzní aktivitu EGB. Tyto nadějně výsledky a dřívější suma průkazů antioxidantní, antitrombotické, reologické, neuroprotektivní, nootropní, vazodilatační a kardioprotektivní aktivi-

ty EGB, farmakologické a toxikologické studie s EGB jsou výzvou k dalším experimentům, které by cíleněji popsaly vztah mezi dlouhodobým užíváním EGB a hypertenzí.

Ke stěžejním můžeme zařadit výsledky klinické studie provedené na souboru 3 069 starších žen a mužů (průměrný věk 79 let), kde 54 % probandů bylo hypertenzních, 28 % prehypertenzních a 17 % bylo normotenzních. Dlouhodobé užívání denní dávky 240 mg EGB nevedlo k signifikantní redukci tlaku krve ani neovlivnilo výskyt hypertenze. Jiní autoři připouštějí, že by dlouhodobé (v periodách 12 týdnů) užívání denních dávek 120–160 mg EGB mohlo vést k redukci výskytu závratí u hypertoniců. Z doposud publikovaných klinických výsledků prozatím nelze potvrdit primární antihypertenzní účinnost EGB. Experimenty na potkaních modelech však naznačují, že by užívání násobně vyšších denních dávek EGB mohlo hypoteticky vést k průkazu signifikantního snížení tlaku krve. Tyto důkazy však v současné době nemáme k dispozici. Pochopitelně by musely být doplněny i o průkazy bezpečnosti užívání takto vysokých dávek EGB. Na druhou stranu nebyl ani prokázán žádný negativní vliv EGB na hypertenzi. Je také zřejmé, že ani při suplementaci legislativně akceptovanými doplňkovými denními dávkami 60 mg EGB nemůže být ve zdravotním tvrzení deklarován modulační vliv EGB na tlak krve.

Hlavními indikacemi terapeutických dávek EGB tedy nadále především zůstávají nedostatečné prokrvení mozku, poruchy funkce mozku různé etiologie, poruchy

periferního prokrvení končetin, vaskulárně podmíněné poruchy sluchu, vaskulární nebo smíšená demence, tinnitus, závratě, a racionální je také užívání při Alzheimerově chorobě. Za perspektivní a hodné dalšího výzkumu je možné považovat preklinické (na modelech potkanů) experimentální průkazy zlepšení jaterní mikrocirkulace, modulace portální, plicní hypertenze a mozkových cévních příhod po podávání EGB. K zajímavým patří i placebem kontrolované klinické studie, které sledovaly vliv dlouhodobého užívání EGB na výskyt horské nemoci, kdy se v důsledku hypoxie mozku v nadmořských výškách 4 500 m n.m. a výše rozvíjí edém mozku s intrakraniální hypertenzí. Nepotvrdilo se, že by užívání obvyklých terapeutických denních dávek EGB bylo efektivní prevencí horské nemoci. Naopak experimenty s dexametasonem indukovanou okulární hypertenzí na modelu králíků signifikantně prokázaly, že topická aplikace EGB v očních kapkách snižuje steroidy indukovaný intraokulární tlak.

Lze proto vyvodit odborný názor, že dlouhodobé užívání terapeutických dávek 120–240 mg EGB neposkytuje prokazatelný antihypertenzní účinek. Je však zdrojem řady doložených pozitivních účinků na srdečně-cévní systém, které se sekundárně mohou příznivě projevit nesignifikantním modulačním efektem na tlak krve. Negativní vliv uvedených denních dávek EGB na hypertenzi nebyl potvrzen, naopak můžeme pozorovat redukci některých příznaků, jako jsou např. závratě. Nedoporučuje se užívání EGB současně s antikoagulačními léky (warfarin, ethylbiskum-acetat), s thiazidovými diuretiky (hydrochlorothiazid), s antidepresivy (trazodon). Farmakokinetické studie na potkaních ukazují, že užívání EGB může snižovat plazmatickou koncentraci neselektivních  $\beta$ -blokátorů (propranolol) a blokátoru vápníkových kanálů (nifedipin).

**Autor je klinický farmaceut, vedoucí aplikovaného výzkumu a vývoje Farmaceutických a analytických laboratoří IINSTITUTU (reference jsou uloženy u autora)**



## Modřín opadavý – *Larix decidua*

Modřín je v mnoha ohledech jedinečný. Jehličnan, který se na podzim zbarví do zlaté a opadá, na jaře na něm vyraší nové, jasně zelené a hebké jehličky. Vyrůstají ve svazcích na zkrácených větvíčkách, brachyblastech. Jsou nabitě „lesními“ silicemi, které působí podobně, jako silice borové. Jejich vůně je však jemnější. **Užívají se k inhalacím při zánětech horních cest dýchacích a průdušek, kúra**



**pomáhá při revmatismu.** Vykuřování modřínovými větvíčkami bylo ve středověku používáno proti moru. A dokonce i choroši jménem verpánek lékařský (*Agaricum officinalis*), jenž na modřínu často roste, jsou připisovány rozličné léčivé schopnosti.

Nejúčinnější je modřínový balzám, vyráběný z pryskyřice, ale dobře poslouží i konce mladých větvíček, sbíraných na jaře, a kúra.

Modřínový balzám obsahuje silici, glykosid koniferin, pryskyřičné kyseliny, terpentýn s borneolem, hořčiny a další látky. Stejně látky v menší koncentraci se nacházejí i v mladém jehličí. Kúra je bohatá především na trísloviny.

Modřín pochází především z Karpat a Alp, je však pěstován po celé Evropě. Rozšířen je rovněž na Sibíři, kde je však považován za samostatný druh.

Pokud máte dostatečně velkou zahradu, můžete zde modříny pěstovat jako velmi atraktivní stromy. Vyšlechtěny jsou i rozmanité **okrasné formy modřínů** – jen u modřínu opadavého je na výběr z více než deseti. Pěstovat lze i další, u nás nepůvodní druhy (modřín daurský, masterův, převislý) které jsou opět dále vyšlechtěny v řadu okrasných forem.

Text a foto:

Mgr. Jindřich MAKOVIČKA

## Třetí vydání „Volně prodejných přípravků“

V únoru t. r. vyšlo třetí, rozšířené, novelizované vydání publikace **Volně prodejné přípravky v praxi lékárníka a lékaře** z pera autorského kolektivu společnosti Edukafarm pod vedením PharmDr. Josefa Suchopára. Obsahuje 15 kapitol, dělených do podkapitol podle orgánů a orgánových celků, a dále podle poruch zdraví, resp. farmakologické skupiny léčiv a jednotlivých účinných látek (příp. směsí účinných látek); podává též přehled základních nutričních faktorů (vitaminy, minerální a stopové prvky atd.) a kojenecké a batolecí výživy, přičemž první dvě kapitoly se zaměřují na vymezení základních pojmů a informace obecné povahy. Kniha disponuje obecným rejstříkem, registrem účinných látek a konečně i rejstříkem přípravků. Uvádí mj. seznam vyhrazených léčiv; ve svém závěru seznamuje s filozofií a principy tzv. medicíny nízkých dávek, tj. homeopatie a fyziologické regulační medicíny včetně vzorových schémat terapeu-

tických přístupů k vybraným onemocněním, a neopomíjí detoxikaci jakožto předpoklad úspěšnosti jakékoli léčby. (dop)

Česká farmaceutická společnost  
ČLS JEP,  
Spolek farmaceutů ve Zlíně  
pořádají

### X. přednáškový večer

Uskuteční se

**2. června 2011 v 18.30 hodin**  
v prostorách SZŠ, Vyšší odborné  
školy zdravotnické ve Zlíně

Téma:  $\omega$ -laktamy v léčivech  
s účinkem na CNS

Přednáší:

PharmDr. Kateřina Skopalová, Ph.D.,  
Lékárna U Madony, Kroměříž

5 bodů v KV lékárníků,  
1 kredit pro farm. asistenty

## VÝZNAMNÁ JUBILEA

květen 2011

75 let

Mgr. Alena Škurková (OSL Ostrava)

70 let

Mgr. Jana Hübschová (OSL Praha 5)  
Mgr. Dagmar Žilová (OSL Sokolov)

60 let

Mgr. Blanka Baštová (OSL Příbram)  
PharmDr. Zdenka Beranová  
(OSL Olomouc)

RNDr. Eva Eisertová  
(Chomutov + Most)

RNDr. Ludmila Infeldová  
(OSL Jablonec nad Nisou)

Mgr. Marie Janáčková  
(OSL Ústí nad Orlicí)

Mgr. Zdeňka Klejnová  
(OSL Hradec Králové)

Mgr. Jana Kučerová (OSL Kroměříž)  
RNDr. Libor Lysek (OSL Praha 1)

Mgr. Vlasta Nováčková (OSL Děčín)  
Mgr. Hana Oslejová (Ústí nad Labem)

PharmDr. Rafael Perutka (OSL Bruntál)  
PhM. Stanislav Poláček

(OSL České Budějovice)  
PharmDr. Miluše Skálová, CSc.

(OSL Jindřichův Hradec)  
Mgr. Magdalena Šavlová

(OSL České Budějovice)  
RNDr. Zdislava Šnorková

(OSL České Budějovice)  
Mgr. Eva Šotáková

(OSL Brno + Brno-venkov)  
RNDr. Eliška Vassová

(OSL Brno + Brno-venkov)

50 let

PharmDr. Jana Bártová (OSL Praha 8)  
Mgr. Zuzana Bártová (OSL Praha 5)

Mgr. Jana Bocková (OSL Prachatice)  
PharmDr. Libor Dvorský (OSL Trutnov)

PharmDr. Mariana Fábry (OSL Praha 5)  
Mgr. Roman Chaloupka (OSL Trutnov)

PharmDr. Hana Kantorová  
(OSL Praha-východ)

PharmDr. Bohdan Kotas (OSL Jihlava)  
PharmDr. Petr Mrázek (OSL Vsetín)

PharmDr. Vlastimil Nárožný  
(OSL Praha 5)

Mgr. Jana Obrová (OSL Ústí nad Orlicí)  
PharmDr. Irena Paterová (OSL Praha 3)

Mgr. Václav Salač (OSL Třebíč)  
Mgr. Monika Salajová (OSL Třebíč)

PharmDr. Marie Vašková (OSL Břeclav)  
Mgr. Iva Voráčková (OSL Praha 6)

Mgr. Věra Zelenková (OSL Rakovník)  
Mgr. Helena Žouzelková

(OSL Šumperk + Jeseník)

Upřímně blahopřejeme!

(člnk)

## Proti škrtní nezdaněného lihu

Ze všech stran docházejí nás stesky, že se uchazečům o nezdaněný lih se strany financ. ředitelstva veskrze škrtná více neb méně ze žádaného množství lihu, což nikterak není odůvodněno. Lékárnictvo jest ještě tím poškozeno, že povolení znějící na rok doručuje se jim vždy nejméně o měsíc později, tak že »výhoda« tato jest značně zkrácena, a zdá se (viz nedávnou naši zprávu o schůzi olomouckého grémia) že mají býti tímto způsobem lékárníci donuceni, aby celé výhody se vzdali. Nastává tu našim korporacím povinnost aby proti onomu rozhodně neodůvodněnému škrtní žádaných množství nezdaněného lihu náležitým způsobem se opřely.

*Časopis českého lékárnictva, 1. května 1891, str. 182*

## Zabavené prostředky léčivé

Při prohlídce pražských lékáren, konané městským fysikem dr. Záhořem a zemským zdravotním radou referentem nalezen u p. Maxe Fanty předpis na pražský balsám na vlasy dra. Č., obsahující tinkturu kantaridovou. Dle udání zmíněného lékárníka se v balsámu tom tinct. cantharid. *ne-nalézá.*

V lékárně p. Fürsta nalezeno Geerlingovo mazání na kuří oka, jež také *neobsahuje* extr. cannabis ind., nicméně dozorčí orgánové uvedený extract tam našli.

Oba lékárníci obžalováni tudíž pro přestupek § 346. trest. zák. Při líčení, odbývaném 10. dubna, k němuž se dostavil mimo oba právní zástupce obžalovaných též městský fysik, vyneseno rozsudek *osvobozující*, poněvadž v lékárně Fantově nalezen pouze předpis, nikoli objekt a mazání Fürstovo dle výpovědi městského fysika při zevní potřebě jest zcela neškodné.

*Časopis českého lékárnictva, 1. května 1891, str. 191*

## Lékařnická škola ženská na Rusi

Lékařnická škola ženská zřízena byla v Petrohradě v nemocnici Alexandrově. Přednášky pro dámy, jež se lékárnictví věnují, počaly 24. ún. (8. března). Za podmínku přijetí stanoveno vysvědčení dospělosti ženského gymnasia a znalost řeči latinské dle programu nižších 4 tříd gymnasia mužského bezpodmínečně stanovená. Professori náležejí vesměs vojenské lékařské akademii. Náklad na školu tuto hradí 2 osoby, jež nepřejí si býti jmenovány.

*Časopis českého lékárnictva, 13. května 1891, str. 204*

## Vyznamenání celému stavu našemu

Dne 15. t. m. zahájena slavnostním způsobem J. C. Výsostí panem arcivévodou Karlem Ludvíkem, jakožto zástupcem Jeho Veličenstva císaře a krále našeho, zemská jubilejní výstava. Povznášející tento okamžik naplnil zajisté každé české srdce radostí a hrdostí, neboť uskutečněním výstavy, dle úsudku samých našich odpůrců tak neobyčejně rozsáhlé a skvělé, podán nejkrásnější důkaz neúmorné síly a pracovitosti českého národa. Trváme, že nemusíme se dále o významu šťastného zahájení naší výstavy šířiti, vždyť dnes není

v Čechách jiných úvah než o výstavě a budou tudíž zajisté všechny důležité momenty slavných těchto dnů nejširším vrstvám našeho národa známy, a přikročíme ku vyznamenání, jehož dostalo se se strany vznešených hostů naší souborné výstavě lékárnické.

Již před zahájením výstavy oznámeno předsedovi p. Schnöblingovi, že na programu prvního dne slavnostního zahájení výstavy nalézá se návštěva lékárnického oddělení, i pracováno tudíž poslední dny se zdvojeným chvatem na úpravě předních objektů naší souborné výstavy, staré i nové lékárny, které teprve na místě sestaveny a upraveny býti mohly, kdežto skvostné výstavní skříňe jednotlivých vystavovatelů, většinou již mimo výstavu úplně dohotovené, postaveny byly.

Při prohlídce průmyslového paláce, jež následovala ihned po zahajovacích obřadech, zavítal J. C. Výsost pan arcivévoda Karel Ludvík s paní arcivévodkyní Marií Terezií, s arcivévodkyní Markétkou Žofii a s celým průvodem Svým, v němž nalézali se přední hodnostáři říšští a zemští, do lékárnického oddělení, kdež dal si představiteli nejprve p. Dra. K. Fragnera, jehož se tázal, kolik jest lékáren v Praze, a která jest dvorní lékárnou. Pan Dr. Fragner odpověděl J. C. Výsosti, že lékáren jest v Praze i s předměstími 24 a dvorní lékárnou že byla od r. 1592 lékárna »u černého orla«, III., jíž udělen též císařovnou Marií Terezií diplom, jež též jest vystaven. J. C. Výsost pan arcivévoda tázal se pak po obsahu velkých, skvostně ozdobených nádob, nacházejících se ve skříni p. Dra. Fragnera a zvěděv, že jsou to extrakta opii, chinae, rhei, ratanhiae atd., pravil: Jsou to značné kvantitativy.

Pak odebral se p. arcivévoda k staré lékárně, kdež dal Sobě představiteli předsedu Farmaceutické Společnosti p. Schnöblinga, od něhož vyžádal Sobě zprávu, kde tato starodávná lékárna dříve se nacházela. Pan Schnöbling odpověděl, že lékárna nacházela se od nepamětných dob na rohu Karlovy ulice a Malého náměstí. Pan arcivévoda pak podotknul, že druhdy dařilo se lékárnám velmi dobře, kdežto nyní mají mnoho soutěže, v budoucnosti však že poměry budou snad lékárnictví zase příznivější. O zařízení staré lékárny pronesl se pan arcivévoda, že tak úplné sestavení starodávného lékárnického zařízení ještě neviděl a též paní arcivévodkyně opětovně se vyslovila, že se jí starodávná lékárna velmi líbí.

Vznešení hosté prohlédli si pak skříň, v níž umístěna jest literatura lékárnická, kdež Je staré knihy velice zajímavé, načež odebrali se k moderní lékárně, kdež představen byl p. Schürer, jehož arcivévoda se tázal, zdali jest doposud výkonným lékárníkem, a když uslyšel, že nikoli, tázal se po dřívějším (Jindř. Hradec) a nynějším (Praha) působišti vystavovatele.

Vyznamenání, jehož dostalo se návštěvou vznešeného bratra J. V. císaře pořadatelům lékárnické skupiny a tím celému našemu stavu bude zajisté pobídkou k úsilovné práci též oněm kolegům, kteří našim snahám dosud se vyhýbali.

*Časopis českého lékárnictva, 23. května 1891, str. 207*

**Sepsáno  
před 120 lety**