

---

6/2013

ročník LXXXV

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

---



Obavy o dostupnost některých léčiv nebyly plané. Hlavně starší pacienti se rozčilují, že je to jako za socialismu, kdy tzv. podpultovky byly příkladem komodity, která není vždy a pro každého. Problém se aktuálně týká zejména inovativních léčivých přípravků bez generické alternativy nebo jiného způsobu terapie. O reexportech léčiv se mluví už dlouho a lidi to štve. Myslí si, že hlavní příčinou jsou lékárníci, kteří dovezené léky se ziskem vyvázejí do zahraničí. Ani sdělovací prostředky příliš nevyvážejí, že je vyvážejí převážně na reexport specializované firmy, držitelé distribučního oprávnění. Vedle toho na tomto obchodě participují i klasičtí „lékárenští“ distributoři a bohužel i část lékáren s distribučním oprávněním. Bez nich by se k těmto léčivům oni specialisté jen velmi těžko dostávali, přestože za zprostředkování dostanou lékárny ze zisku jen pár drobných.



Kolega Dr. Jiří Dlouhý nám poskytl brožurku jistě německé distribuční firmy, kde se mj. píše: *Naše společnost využívá skutečnosti, že v sousední zemi jsou podstatně levnější léčiva než v Německu. Náš vysoce kvalifikovaný personál vyměňuje v krabičkách cizojazyčné příbalové letáky za německé, přelepuje ceny na obalu a přípravky dodává na německý trh. Jen touto činností ušetřila v roce 2011 naše firma německému zdravotnictví částku převyšující 300 milionů eur.* Z dalšího textu je zřejmé, že léky jsou přivezeny z ČR. Takových firem, které šetří výdaje německému zdravotnictví, je samozřejmě mnohem více.

Na Slovensku se rozhodli zákonnou úpravou zakázat vývoz léku v případě, kdy by byla jeho dostupnost na lékárenském trhu omezená. Česká lékárnická komora se trvale snaží dosáhnout legislativních změn, které by vedly k omezení paralelního exportu do zahraničí, ale její snaha se zatím mívá účinkem, protože k tomu není politická vůle. Při nutnosti intenzivního snižování cen léků jsou reexporty druhou stranou těžce mince a ukázkou toho, že i v silné regulaci segmentu se tržní principy nějak (i negativně) uplatní. A když tak sleduju, co se teď v Česku děje kolem „politické elity“, vsadím se, že se hned tak něco nezmění.

**Jaroslava HOŘANSKÁ**

**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

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

**vydavatel**

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

**sazba**

Kateřina Hoferková

**tisk a distribuce**

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

**předplatné a inzerce**

Objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka**

č. 7-8/2013 – 12. července 2013

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

**autorům**

• Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhůzů) • 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

<b>Přes drsnou přítomnost přemýšlejme, co můžeme vykonat pro budoucnost</b>	<b>4</b>
<b>Zeptali jsme se</b>	<b>5</b>
<b>Upozornění na výskyt falešných receptů</b>	<b>6</b>
<b>Screening v lékárně = živnost (?) podruhé</b>	<b>7</b>
<b>Za paní doktorkou Marií Kubátovou</b>	<b>8</b>
<b>Návody pro dispenzaci: Rabeprazol</b>	<b>9</b>
<b>Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe</b>	<b>10</b>
<b>Role orgánů OSL v licenčním řízení</b>	<b>12</b>
<b>Farmakoterapie jako most mezi lékaři a lékárníky</b>	<b>13</b>
<b>Kongres praktického lékárenství</b>	<b>15</b>
<b>Tak to vidím já: Proč odmítat racionální jádro?</b>	<b>16</b>
<b>Molekula měsíce: Enobosarm</b>	<b>17</b>
<b>Nově registrované látky: Dapagliflozin</b>	<b>18</b>
<b>Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Armoracia rusticana</b>	<b>19</b>
<b>Tára, rajbšál, theriak... dříve tak, dnes jinak. Ale lépe?</b>	<b>20</b>
<b>Nejen škola a praxe, ale i exkurze</b>	<b>21</b>
<b>Přečetli jsme aneb Sliby se slibují...</b>	<b>22</b>
<b>Na okraj významné tradice</b>	<b>23</b>
<b>Imunomodulační účinky huminových kyselin</b>	<b>24</b>
<b>Světové dny WHO, červenec-srpen</b>	<b>25</b>
<b>Švédsko: podobnost jen zdánlivá</b>	<b>26</b>
<b>Zahraničná prax mi veľa priniesla</b>	<b>27</b>
<b>Z Galerie U Lékárníka</b>	<b>29</b>
<b>Časopis Československého Lékárnictva 1933</b>	<b>30</b>

titulní strana



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

Tento snímek pořídila Mgr. Monika Koutná v Barceloně, na známé třídě La Rambla, která je hlavní turistickou tepnou centra města. Počkáte tady pouliční malíře, živé sochy, je tu spousta květin, stánků s ovocem a jiným občerstvením, mnoho kaváren, uvidíte klece s papoušky a najdete tu samozřejmě taky lékárny.

# Přes drsnou přítomnost přemýšlejme, co můžeme vykonat pro budoucnost



PharmDr. Lubomír Chudoba

V příštích letech bude ale bohužel asi stále náročnější najít zaměstnavatele ve vytipovaném regionu. Podobně jako u slovenských kolegů začíná poptávka převyšovat nabídku volných míst. K úvaze je snížení počtu přijímaných studentů, nebo významnější změna náplně studia doprovázená úměrným zvýšením kompetence lékárníka. Jinak se v blízké budoucnosti můžeme potýkat s nezaměstnaností v oboru se všemi jejími důsledky.

Situaci nepomáhá nepříznivý vývoj české ekonomiky a ani to, že za únikovou cestu považuje část lékáren agresivní cenový marketing – jedni aktivně, druzí z donucení. Dochází tak na jedné straně k poměrně drastickým škrtům

V letních měsících začnou do lékáren opět nastupovat absolventi farmaceutických fakult. S čerstvě nabytými vědomostmi, zkušenostmi ze zahraničních praxí a sebevědomím, které je mladé generaci vlastní, budou jistě vítanou posilou lékárny a oporou pacientů. Doufejme, že svou odbornost a nezávislost budou cítit i přes „business plány“ některých lékáren. A že pojmy jako „regálovné“, nebo bonus za prodej „zalistovaného“ sortimentu nepovedou k jejich proměně ze zdravotníka v obchodníka.

provozních nákladů, včetně mezd a investic do postgraduálního vzdělávání. Na straně druhé je ale spousta finančních prostředků vynakládána na „velkolepou“ prezentaci slev a bonusů.

Komora se snaží přicházet s podněty, které by měly pomoci zviditelnit zdravotnický charakter naší profese a připomenout lékárně jako hodnotné zdravotnické zařízení první linie, které je ve srovnání s ostatními zařízeními nejspíše přístupné. Nedělám si iluze, že by navrhované odborné aktivity a informační kampaně typu odvykání kouření, konzultační činnost, EbP, Den lékáren, ATB týden, účast na světových dnech onemocnění a další nahradily lékárnám finanční ztráty vzniklé v souvislosti se správnými řízeními SÚKL. Jsem ale přesvědčen, že naše odborná připravenost a kladné veřejné mínění nás mohou posunout ve vyjednáváních o hlubším

zapojení a vyšší odpovědnosti lékárníka za farmakoterapii léčeného jedince, za oblast prevence, za screening,...

Nemocniční sféra se nadále úzce specializuje a díky moderním medicínským metodám je pobyt nemocných v lůžkových zařízeních rapidně zkracován. Ambulantní lékaři tak logicky získávají další prostor. Jejich věkový průměr se ale nesnižuje, nezvyšuje se ani jejich počet. Může být tedy jen otázkou času, kdy například praktičtí lékaři začnou mít problémy se zabezpečením lege artis péče o všechny své pacienty. Zákonitě by pak mělo dojít k přesunu části kompetencí na lékárníky a zdravotní sestry, obdobně jako v anglosaském prostředí.

Budeme rádi, pokud vás některý z projektů České lékárnické komory osloví a zapojíte se do něj. Požádal bych vás ale o opravdu zodpovědný přístup – například nezávislé hodnocení jednotlivých lékáren u příležitosti *Týdne odvykání kouření v lékárnách* nedopadlo nejlépe (podrobněji v některém z příštích čísel ČČL). A velmi oceníme vaše vlastní nápady s osobní angažovaností při jejich realizaci. Za představenstvo mohu myslím slíbit spolupráci ČLnK se všemi virtuálními aliancemi a řetězci lékáren, které upřednostní hodnotu lékárenské péče při dodržení zákonnosti a etiky naší profese.

## Informace o změně metodiky k doprodejům

Jde o metodiku pro pořizování a předávání dokladů platnou od 1. 7. 2013 (Verze 6.2, Doplněk č. 22 textu metodiky, Doplněk č. 26 textu datového rozhraní). Jedná se o změny související s tříměsíčními doprodeji léčivých přípravků lékárnami.

Tato změna reaguje na problémy s tzv. ořezy. Princip změny spočívá v tom, že léčivý přípravek, který je vydáván v režimu doprodeje (za původní – vyšší – cenu než je cena odpovídající platné maximální ceně LP navýšené o obchodní přírůstek a DPH), bude automaticky označen příznakem „D“ (doproděj). Znak „D“ bude automaticky dopl-

ňovat lékárenský SW. Toto označení bude zaznamenáno u vydávaného léčiva i v průběhu tvorby dávek receptů pro pojišťovnu. U takto označených léčivých přípravků nebudou lékárnám kráceny úhrady.

Znak „D“ se tedy uvádí v případě, že výdej LP je podle platného Rozhodnutí SÚKL o maximální ceně nebo v případě snížení maximální ceny na základě zákona realizován v režimu tříměsíčního doprodeje dle platného Cenového předpisu MZD ČR, jinak se údaj nevyplňuje.

V případě cenové kontroly bude muset lékárně samozřejmě doložit, že doproděj byl účtován oprávněně a nebyl

porušen Cenový předpis. Tedy stejně, jako se to děje během cenových kontrol SÚKL již dnes.

Pokud lékárně předává dávky receptů v elektronické podobě (disketa, portál), probíhá vše automaticky a lékárník při výdeji nemusí nic ručně označovat či doplňovat. V případě, že lékárně předává dávky receptů pouze v papírové podobě, platí, že při výdeji LP v režimu doprodeje uvede na recept slovo DOPRODEJ. Předpokládám, že téměř 100 % lékáren předává dávky receptů elektronicky, proto na recept nic dopisovat nemusí.

**PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.**

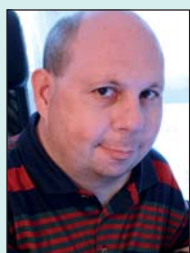
## Souhlasili byste se zrušením regulačních poplatků za recept v lékárnách?

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



**NE.** Jestliže se doba pro lékárníky zhoršuje, jakýkoliv zásah do regulace může znamenat nejistotu v systému a pro některé poskytovatele zdravotních služeb by to mohlo vyústit ve výrazné poškození. Byť jsem si vědom, že nevybíráni, resp. refundace regulačního poplatku je součástí konkurenčního boje mezi lékárníky, zejména mezi různými právníckými osobami a svobodně podnikajícími lékárníky, stojím si za svým NE. Asi odlišný bude pohled pacienta, který není ochoten tento regulační poplatek platit, a víme velmi dobře, jak se tento moment v minulosti politicky využil. Když se však rodila myšlenka regulace konzumpce zdravotní péče, cílem bylo racionalizovat využívání zdravotních služeb a rovněž vrátit do systému zdravotního pojištění nějaké peníze. Nakonec se regulační poplatek stal příjmem zdravotnického zařízení, které jej vybírá, a smutné je, že dodnes pacienti a veřejnost nechápu, že pouze v lékárně tomu bylo a je poněkud jinak než v ambulancích a nemocnicích.

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



**NE.** Dokud přetrvává současná podoba nereformovaného zdravotnictví, považuji za rizikové poplatky rušit, jak z důvodu ekonomické stability, tak i morálního hazardu veřejnosti. Navíc poplatek za recept považuji za prstíček lékárníků, který drží mezi dveřmi do světa ohodnocení práce „za výkon“ a nikoliv (jen) „z přírážky“. Jakmile se tyto dveře přibouchnou, už je nikdo nikdy neotevře. V reformovaném zdravotnictví by nebyly třeba žádné poplatky, protože by je nahradily zcela jiné mechanismy. Reformu ale nikdo ve skutečnosti nechce. Je snazší plkat o poplatcích a lobbovat v současné džungli, než riskovat transparentní prostředí, kterému by snad, nedej bože, dominoval pacient.

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



**ANO.** Regulační poplatky za recept podle mého názoru od počátku neplní svou funkci, a to z několika příčin, ať už jsou to obchodní praktiky některých lékáren, vazba na recept, a nikoliv přípravek aj. Regulační funkci by mohly daleko lépe plnit jiné prostředky, třeba pevné doplatky v lékárnách, které by byly důsledně uplatňovány, to je ale asi nyní těžko splnitelný ideál. Na druhou stranu se poplatky do zdravotnictví asi dostávají nezanedbatelné množství peněz od pacientů, které by bylo třeba nahradit. Osobně bych

však za daleko smysluplnější považoval definici lékárenských pohotovostních služeb a s nimi spojených poplatků.

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



**ANO.** S regulačními poplatky jsem nesouhlasil od počátku této prapodivné iniciativy. Koho a co vlastně regulují, když napsání receptu je rozhodnutí lékaře na základě zjištěné diagnózy.

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



**NE.** Alespoň prozatím. Je sice nepochopitelné, že ministerstvo zdravotnictví neumí řešit obcházení zákona. Tedy situaci, kdy regulační poplatek za lékařský předpis není fakticky zaplacen, například vzhledem ke kupecké slevě za přinesený recept, ... jen shodou okolností ve stejné výši. A je trestuhodné, že zdravotní pojišťovny touto formou „zaplacený“ regulační poplatek započítají do ochranného limitu pojištěnce. Navíc jsme se nedávno dozvěděli, že ministr zdravotnictví ve finále rezignoval na naše společné úsilí eliminovat „bonusová pozlátka“ u léků na Rp, která měla zakázat novela zákona o regulaci reklamy. Jak hodnotné asi byly „argumenty“, které oslnily předsedu zdravotního výboru a jeho soukmenovce? Přesto bych ještě nevzdával úsilí o navrácení původního záměru zavedení regulačních poplatků. Na druhé straně, pokud na listopadovém sjezdu ČLnK uloží jeho delegáti představenstvu, aby učinilo vše pro zrušení regulačních poplatků za recept, budeme se tím samozřejmě řídit. Toto téma je nutné důkladně prodiskutovat na podzimních OSL.

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



**NE.** Regulační poplatek za recept, stejně jako ostatní poplatky ve zdravotnictví, je v zásadě odůvodněný. Poukazuje na to, že zdravotní péče není a ani nemůže být zadarmo. Zároveň motivuje veřejnost k tomu, aby ke zdravotnímu systému i svému zdraví přistupovala alespoň trochu zodpovědněji.

*Pokračování na další straně*

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



ANO. Nehledě na ekonomické záležitosti výdeje v lékárnách se regulační poplatky staly impulsem pro nerovný a často nezákonný konkurenční boj mezi lékárnami. Byly jedním z faktorů, kvůli nimž byli lékárníci veřejností neprávě lichotivě hodnoceni, existence poplatků zbavovala lékárny puncu zdravotnického pracoviště a i kvůli nim nejsou lékárníci často vnímáni jako zdravotničtí pracovníci.

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



NE. Nesouhlasím s rušením regulačních poplatků. Pro některé lékárny je to příjem a ty ostatní to využívají k jednoduché propagaci. Tam, kde se inkasují peníze (za zboží či služby), se vždy najde způsob, jak poskytovat alespoň na oko slevy/bonusy. Pokud by někteří majitelé lékáren reagovali včas a adekvátním způsobem na marketingové aktivity velkých řetězců, pak by tyto lékárny neměly dnes takové postavení. Grémium majitelů lékáren na tuto skutečnost upozorňovalo od února 2009. Co nastane po zrušení regu-

lačních poplatků? Poučme se z historie. V řetězcových lékárnách lékárníci dávali pacientům peníze za přinesený recept a tato situace se po zrušení regulačních poplatků zcela jistě bude opakovat. Možná v trochu jiné podobě.

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



NE. Nerušil bych poplatek za recept, pokud by pro pacienty znamenal větší stabilitu ve finanční spoluúčasti za chronicky užívané léky. Nenazýval bych ho však regulačním. Určitá minimální finanční spoluúčast ve výši 30 Kč není finančně neúnosná a podle mého názoru by měla být zachována. Poplatek za recept přináší také fixní příjem pro lékárny nezávisle na ceně vydávaného přípravku. Je přínosem pro menší lékárny, ve kterých jsou expedovány běžné levnější přípravky. Do regulačních poplatků jsem vkládal očekávání ve změnu spoluúčasti pacientů za chronicky užívané léky. Nahradily by dnes pro pacienty stále nepředvídatelné doplátky za chronicky užívané léky. Namísto toho se nepředvídatelným stal i samotný poplatek za recept. V tuto chvíli velké procento lékáren regulační poplatek „kompenzuje“, de facto tedy nevybírá. Ten, kdo vymezuje pravidla, by měl zaujmout jasné stanovisko. Buď poplatek za recept bude platný, pak není možné dovolit jeho obcházení bonusem za recept, nebo převládne-li opačný názor, nechť je poplatek za recept zrušen. Současný stav nedává smysl.

## Upozornění na výskyt falešných receptů

Na různých místech byl zaznamenán výskyt velmi zdařile vyhotovených falešných receptů na dražší léčivé přípravky hrazené zcela nebo z části ze zdravotního pojištění. Zachycené případy pravidelně probíhají tak, že se do lékárny dostává pacient nebo jiná osoba s receptem na dražší přípravek vystavený lékařem, který nepatří mezi spádové lékaře lékárny.

Předložený recept obsahuje všechny náležitosti, bývá vytištěn na počítači, je na něm razítko lékaře i jeho podpis. Samozřejmě, že ve většině případů takový recept i vyvolá podezření vydávajícího lékárníka, to je ale výrazně tlumeno profesionálním vzhledem receptu a většinou i důvěryhodně vyhlížejícím pacientem, který má po ruce přiměřené vysvětlení, proč si vyzvedává lék mimo běžný dosah vystavujícího lékaře. Opatrnost lékárníka jde někdy tak daleko, že i telefonuje do ordinace lékaře uvedené na razítku. Na druhém konci telefonní linky se mu dostane ujištění, že je vše v pořádku a že lékař skutečně recept vystavil. Teprve následně, po mnoha měsících, když zdravotní pojišťovna odmítne lék uhradit nebo se domáhá vrá-

cení již zaplacené úhrady, je zjištěno, že telefonní linka byla také falešná a že organizátoři tohoto podvodu pamatovali i na případné telefonické dotazy ze strany lékárníků a zřídili si pro tento účel telefonní „operátorku“.

Na podvody tohoto typu většinou při zpracování dávek receptů nepřijde ani zdravotní pojišťovna. Falešné recepty jsou vystavovány na jména skutečných lékařů. Teprve až se tito s odstupem několika měsíců od zdravotní pojišťovny dozvídají informace o své preskripci, vznášejí protesty proti receptům na nákladná léčiva, které nevystavili. Zdravotní pojišťovny potom požadují po lékárnách vrácení poskytnuté úhrady. Lékárna sice může vrácení odmítnout, ale zdravotní pojišťovna si požadovanou částku snadno započte proti nároku na úhradu v některém z příštích období.

Mohou se lékárny nepříjemným důsledkům přijetí falešného receptu bránit? Jakmile se již v lékárně výdej na falešný recept uskuteční, stává se lékárna obětí podvodu, podle výše škody na úrovni přestupku nebo trestného činu. Odpovědnost za vznik škody má vůči lékárně jen a pouze pachatel. Jakmile se potvrdí nepravost re-

ceptu, zdravotní pojišťovna lékárně skutečně není povinná poskytnout úhradu a odpovědnosti se nelze domáhat ani na lékaři, jehož jméno bylo zneužito. Jedinou prevencí tak může být maximální opatrnost při výdeji na jakkoliv neobvyklé recepty. Jako velmi praktické se jeví využití možnosti požádat o prokázání totožnosti občanským průkazem. Neobvyklost pak vůbec nemusí spočívat ve vzhledu receptu, ale pouze v tom, že je jeho autorem lékárně neznámý lékař, že pacient bydlí daleko, nebo že se jedná o dražší lék. Nejsem schopen dát stoprocentní doporučení, protože to povaha tohoto podvodného jednání vylučuje. Smyslem tohoto článku je tedy alespoň upozornit a přispět tak ke zvýšení opatrnosti všech lékárníků. Od věci také není podat vždy trestní oznámení.

O poněkud jiné případy by se mohlo jednat, jestliže by na falešných receptech byl skutečný podpis lékaře. K těmto případům může dojít tehdy, jsou-li lékaři odcizeny nevyplněné recepty, které lékař podepsal napřed do zásoby. Zde by mohlo přicházet do úvahy přenesení dopadu podvodu z lékárny na lékaře.

**Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK**

# Screening v lékárně = živnost (?) podruhé

V minulém čísle ČČL jsem uvedl, že screeningová vyšetření prováděná v lékárnách spadají do lékárenské péče, a jsou tedy zdravotní službou, a nikoliv živností. Na základě dalších dotazů svůj příspěvek doplňuji o stanovisko k poskytování těchto služeb prostřednictvím třetích osob, jimiž jsou v praxi nejčastěji zdravotní sestry.

Ty potom buď provádějí samotná screeningová vyšetření, nebo poskytují i jiné poradenství, například nutriční.

Důležité je rozlišit, zda zdravotní sestra poskytuje zdravotní služby, nebo se její poradenství ze zdravotních služeb již vymyká. Při zohlednění těchto okolností přicházejí do úvahy tyto varianty:

**1. Zdravotní sestra poskytuje zdravotní služby (screening apod.) v lékárně jako OSVČ – nedoporučuji.** Zdravotní služby lze poskytovat na zá-

kladě oprávnění k poskytování zdravotních služeb. V těchto případech by muselo jít o poskytování zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele, což je v případě lékárny nevhodné.

**2. Zdravotní sestra poskytuje zdravotní služby (screening apod.) v lékárně na dohodu o provedení práce – doporučuji.** Zdravotní sestra takto vykonává činnost jako zaměstnanec provozovatele lékárny, který tímto způsobem zajišťuje screeningu v rámci jím poskytované lékárenské péče.

**3. Zdravotní sestra poskytuje poradenství nespádající do zdravotních služeb v lékárně jako OSVČ – spíše nedoporučuji.** Na tuto činnost musí mít zdravotní sestra živnostenský list.

Jejímu působení v lékárně takto nic nebrání, ale je nutné si uvědomit, že prostory lékárny jsou primárně určeny k poskytování lékárenské péče provozovatelem lékárny, a nikoli k provozování živnosti třetími osobami.

**4. Zdravotní sestra poskytuje poradenství nespádající do zdravotních služeb v lékárně na dohodu o provedení práce – doporučuji.** V tomto případě provozovatel lékárny opět nabízí pacientovi službu svým zaměstnancem, a tedy využívá prostor své lékárny sice ne přímo k poskytování lékárenské péče, ale obdobně jako u prodeje doplňkového sortimentu k rozšíření nabídky služeb pacientům.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

## Informace budou aktuální

### NA POMOC POSTIŽENÝM POVODNĚMI

V době, kdy si obvykle dotváříme náplň své letní dovolené, se nad Českem vydatně rozpršelo. A to až tak, že na řadě míst musel být vyhlášen vyšší stupeň povodňového nebezpečí. Zpočátku se zdálo, že míra poškození staveb a komunikací nemusí být tak rozsáhlá. Po zkušenostech z minulých záplav bylo masivně investováno do protipovodňových opatření a byly přepracovány územní plány a postupy, jak velké vodě čelit. Bohužel, přes ohromné nasazení složek integrovaného záchranného systému a spousty dobrovolníků byl devastován majetek tisíců obyvatel a firem. Proto, obdobně jako v minulosti, je Česká lékárnická komora připravena finančně vypomoci svým poškozeným členům a jejich lékárnám (viz [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)). Děkuji všem, kteří již nezištně pomohli při ochraně před povodní a následných pracích na obnově.

PharmDr. Lubomír CHUDOBA

S výsledky ve změnách cen a úhrad léčivých přípravků a podmínek jejich úhrady nejsou lékárny seznamovány s dostatečným časovým předstihem. Představenstvo České lékárnické komory proto na svém květnovém zasedání odsouhlasilo spolupráci s PharmDr. Bc. Ivanou Minarčíkovou, Ph.D.

V rámci půlročního pilotního projektu jsme kolegyni požádali o analýzu a zveřejňování aktuálních informací ke správním řízením nejen s větším časovým předstihem, ale i se zaměřením na očekávaný vývoj změn úhrad především z pohledu přehodnocení výše úhrady, a případně i podmínek úhrady, v rámci celé ATC skupiny. Analýza procesu hodnocení a rozhodování SÚKL je velmi náročná, stejně jako průběžné zveřejňování jeho očekávaných výstupů ve srozumitelné podobě. Uvítáme proto veškeré vaše připomínky a návrhy, které povedou k přípravě využitelného přehledu očekávaných změn.

Změny budou zveřejňovány na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz) v oddíle „Pro členy“, v oddělení „Ceny a úhrady“. Informace budou poskytovány ve struktuře:

1. Přehled nejdůležitějších změn z po-

hledu ekonomiky lékáren (obratově významné ATC skupiny, kde má i změna úhrady o 10–20 % zásadní dopad na ekonomiku lékárny) v oblasti úhrad u konkrétních léčivých přípravků.

2. Očekávané dopady ve farmakoterapeutických skupinách.  
3. Důležité změny podmínek úhrad (z O, B/P, A na Rx).

4. Stručný komentář změn.

Očekávané změny pak budou rozčleněny na „Pravomocné“ („bude v následujícím Seznamu“) a „Předpokládané“ („co se děje“).

V oblasti „Pravomocných změn“ budou uvedeny pravomocné i předběžně vykonatelné údaje změnovaných úhrad u konkrétních léčivých přípravků před jejich uvedením v Návrhu Seznamu. V „Předpokládaných změnách“ budou informace o farmakoterapeutických skupinách, ve kterých se předpokládá změna („něco se tam děje“).

Množství uvedených změn je limitováno počtem nasmlouvaných hodin práce za měsíc.

PharmDr. Bc. Ivana MINARČÍKOVÁ, Ph.D.  
PharmDr. Lubomír CHUDOBA

### O změnách v cenách a úhradách léčivých přípravků – projekt České lékárnické komory

# Za paní doktorkou Marií Kubátovou

Ve věku devadesáti let zemřela 6. června 2013 paní RNDr. Marie Kubátová, lékárnice a spisovatelka, čestná členka České lékárnické komory, nositelka literární Ceny Boženy Němcové.

Je nepochybné, že byla jednou z nejpracovitějších spisovatelek, kterou znají prostřednictvím její košaté tvorby minimálně tři generace čtenářů nebo alespoň rozhlasových posluchačů a televizních diváků – kdo by neslyšel o Trautenberkovi, Kubovi, Anče, hajném a sojce z Krkonošských pohádek!

Bibliografii Marie Kubátové tvoří přes osmdesát knih (romány, novely, povídky, pohádky), ale také úvahy a zamyšlení zveřejněné v novinách i časopisech, dva filmy natočené podle jejích knih, bezpočet rozhlasových pohádek a několik divadelních her.

O tom, jak oblíbená to byla spisovatelka, svědčí i desítky rozhovorů, které poskytla tištěným periodikům a rozhlasovým i televizním stanicím.

Psala krásnou češtinou, ale používala i krkonošské nářečí a nejednou se zamýšlela nad tím, že je třeba ochutnávat lahodu mateřské řeči a přát si, aby v tom džbánku nektaru neubývalo. Aby zůstalo i pro děti našich dětí. Řeč viděla jako květ prostředí, kde člověk roste.

Nevěřila na polibek Múzy shůry, celý život se pozorně dívala kolem sebe, poslouchala lidi sobě více i méně milé a z toho všeho čerpala pro svou tvorbu,

jejímž obsahem se často prolínal i její vlastní život. Říkala, že nikdy neměla čas na plané hovory, ale že si vždycky udělala čas vyprávět svým synům pohádky.



Pohádky Marie Kubátové obohatily život mnohým z nás, vždyť její první, Pohádky pro rozcáplíky, vyšly v roce 1959!

Krkonoše označila za pohádkorodný kraj, kde měli kdysi horáci těžký život, proto si pomáhali pohádkami, které si zabydlovali bytostmi z onačejších světů. Ona sama je brala jako nevyčerpatelnou studnici námětů. V knize Lidská komedie Marie Kubátové (autorka Mi-

lena Nyklová) se vyznala: „Asi bych psala, i kdyby mě osud zarámoval jiným krajem. Ten kraj by se mnou udělal pravděpodobně totéž co Krkonoše: otiskl by mi do duše svou podobu a ozrcadlil by se ve všem, co píše. Neboť domov má svou čarovnou moc nad tvorbou autora.“

Přes skutečnost, jak plodnou byla autorkou, zůstávala Marie Kubátová celý život lékárníci. V prostředí lékáren se odehrával děj nejen Lékárnické trilogie (Lékárna U tří koček, Třikrát denně kapku rosy, Recept na štěstí). V jednom z rozhovorů o apatyce, která prý přitahuje jak Magnetová hora, uvedla: „Já si myslím, že lékárna má v sobě nějaké kouzlo a že lékárník je vlastně kouzelník... Odnesla jsem si z lékárny brýle – optiku svého oboru. Ta mi pomáhá uchovat si míru potřebné člověčiny, aby člověk mohl zůstat mezi lidmi člověkem i v tanci miliónů a neztratil hlavu z bludiček a světylek, která slibují a vábí.“ A jindy poznamenala, že recept na štěstí se těžko hledá, ale je třeba tolerance člověka k člověku, a k tomu dává její hodně příležitostí právě lékárny.

Paní doktorka měla štěstí, že sama pro sebe i pro nás, kteří jsme ji znali osobně nebo jen prostřednictvím jejich knížek, nasbírala to pravé Krakonošovo čarobejlí, aby náš život byl barevnější, veselejší a laskavější.

**Jaroslava HOŘANSKÁ**

## Pozvání všem, kteří se chtějí přidat

Letos počátkem května proběhly již 5. Brněnské bioetické dny. Jednou věcí však byly naprosto mimořádné – a to tím, že v jejich průběhu došlo k ustavujícímu zasedání nového občanského sdružení: **Lékařníci pro život.**

U jeho zrodu jsme stáli my, lékárníci, kteří jsme v den své promoce slavnostně přísahali, že budeme podle svých nejlepších znalostí a dovedností pečovat o zdraví a život svých pacientů. Cítíme proto svůj morální závazek hájit právo na život všech živých lidských bytostí, lhostejno v jaké fázi vývoje se právě nacházejí – zda mají podobu zygoty, zda právě ukončili nidaci či se k ní teprve chystají. Vyhrázujeme si proto

v souladu se svým svědomím i platnou legislativou ČR právo odmítnout vydat takový LP, který by svými známými a dopředu zamýšlenými účinky jejich život ohrožoval.

Členové přípravného výboru si zasluhují dík za obětavou práci při zakládání tohoto občanského sdružení. Zveme všechny své kolegy i kolegyně, kteří by měli zájem se k nám přidat – neváhejte. Budete srdečně vítáni. Kontaktní e-mail pro zájemce o členství: DudaJaroslav@seznam.cz

Dovolím si ještě citovat slova embryologa MUDr. Petra Hacha, která v Brně na této konferenci zazněla: *Je zajímavé, že v dobách „temného“ středověku, kdy cena lidského života byla nepatrná*

*a vážnost jedince závisela ve značné míře na jeho společenském postavení, byl akt směřující proti nenarozenému životu pokládán za hrdelní zločin... Zatímco osvícená doba moderní, která lidskému jedinci připisuje nevyčíslitelnou hodnotu, nejen toleruje, ale prostřednictvím masivního zpracování veřejného mínění i propaguje „přerušování těhotenství“, „regulaci těhotenství“ a dalšími eufemismy označuje likvidaci lidských individuí v míře přesahující počty obětí světových válečných konfliktů na straně jedné a umělou produkci lidských embryí, včetně jejich kvalitativní selekce a likvidace nevyhovujících na straně druhé. Stejně tak, jako právo na život, je třeba respektovat i právo na*

integritu, kterou zcela neguje destrukce embrya při experimentování s lidskými embryonálními buňkami. Jejich základním principem je „odběr embryonálních



buněk“, ve skutečnosti likvidace blastocysty. I kdyby bylo možné prostřednictvím takto získaných buněk nakonec skutečně zachránit život jiného lidského jedince, není cena příliš vysoká? Smířil by se obhájce těchto experimentů s tvrzením, že pro transplantace srdce nebo mozku je možné použít orgánů živých jedinců? Jaká by byla kritéria pro přeměnu občana v dárce životně důležitých orgánů – rasová, intelektová, národnostní?

Otřesná zkušenost z let první poloviny minulého století zřejmě nebyla dostatečná – osvětivská rampa se posouvá do embryonálního období, jen následky zůstávají stejné.

**Mgr. Petra ZAHRADNÍČKOVÁ,**  
**roz. JEŘÁBKOVÁ**  
**místopředsedkyně o.s.**  
**Lékárnici pro život**

Upozorňujeme, že redakce  
Časopisu českých lékárníků  
má nyní novou  
e-mailovou adresu  
**[casopis@lekarnici.cz](mailto:casopis@lekarnici.cz)**  
Děkujeme za pochopení

## NÁVODY PRO DISPENZACI

### Rabeprazol

Mezi inhibitory protonové pumpy se v posledních letech zařadila nová látka, rabeprazol sodný. Registraci na SÚKL provedla řada farmaceutických firem, dostupnost a úhradu má však zatím pouze Apo-rabeprazol (Apotex) a Zulbex (Krka). Hlavním účinkem je podobně jako u ostatních inhibitorů protonové pumpy (IPP) potlačení sekrece kyselých žaludečních šťáv. Jelikož je látka nestabilní v kyselém prostředí, upravuje se do formy enterosolventních tablet (proto se také nesmí púlit ani drtit). Rabeprazol má v indikačním spektru především léčbu GERD (reflexní choroba jícnu) včetně erozivních a ulcerativních forem, ale také léčbu žaludečních a duodenálních vředů, eradikaci *H.pylori* a léčbu hypersekrečních stavů (ve vyšším dávkování 60–100 mg), podobně jako u ostatních IPP. Běžné obvyklé dávkování je 20 mg 1x denně po dobu 4–6 týdnů. Při mírném renálním selhávání není nutné tyto dávky upravovat ani u seniorů. Nástup účinku se projeví po 2–4 hodinách a inhibice sekrece přetrvává až 48 hodin. Ustálený stav je navozen asi po 3 dnech a stejnou dobu je tedy nutné předpokládat na obnovení sekreční aktivity po ukončení léčby (2–3 dny).

Z hlediska biotransformace je hlavním enzymem CYP2C19 – v případě pomalých metabolizérů lze očekávat zvýšení AUC a prodloužení T1/2, ve studiích bylo však prokázáno zvýšení C<sub>max</sub> pouze o 40 %. V poslední době se u IPP objevilo varování a upozornění na poměrně zvláštní nežádoucí účinky – zvýšené riziko zlomenin (zápěstí, kyčel, obratle) při delším užívání než ≥1 rok, což platí také pro omeprazol a esomeprazol. Toto riziko je vyšší (o 10–40 %) u osob s osteoporózou, nad 50 let věku. U nich je nutná suplementace vitamínem D a kalcíem. Dalším relativně nedávno potvrzeným nežádoucím účinkem je riziko hypomagnezémie (při podávání delším než 3 měsíce), které může být vyšší u pacientů na diuretické léčbě, proto je vhodné prověřit hladinu magnézia ještě před nasazením léčby rabeprazolem. Při dispenzaci je potřeba seznámit pacienta s příznaky nedostatku hořčíku (únava, křeče, závratě, arytmie), při závažných projevech hypomagnezémie je nutno přerušit léčbu IPP a zajistit doplnění hořčíku. Nežádoucí účinky jsou obdobné jako u ostatních IPP: problémy s GIT, bolesti hlavy, respirační faryngitida, bolesti v krku, alergické projevy (zkřížené se všemi IPP), poruchy spánku atd. Celkový výčet je v SPC přípravku. Léčba IPP zvyšuje pH žaludku a následně mění i bakteriální mikroflóru v tlustém střevě. Pacienti jsou při delším podávání ve vyšším riziku GIT infekcí (*Salmonella*, *Campylobacter*), ale také CDAD, což jsou infekce a průjmy způsobené bakterií *Clostridium difficile* (*Clostridium difficile* associated diarrhea).

Dlouhodobé podávání IPP může způsobit atrofickou gastritidu. Z významných lékových interakcí lze upozornit na ketokonazol a itraconazol. Klinicky méně významná je LI s clopidogrelem (obdobně byl tento efekt popsán již u omeprazolu a esomeprazolu), přesto je nutné u těchto pacientů monitorovat antitrombotický efekt a riziko krvácení do GIT. Pro nedostatek informací není rabeprazol vhodný pro podávání těhotným a kojícím ženám.

- Lék užívat 1x denně ráno na lačno, přestože nebyl prokázán vliv stravy na biologickou dostupnost, považuje se to z hlediska compliance za nejvhodnější (v některých amerických a kanadských letácích se doporučuje užívat po snídani).
- Tablety polykat celé, neotvírat, kousat ani žvýkat, mohlo by dojít k narušení enterosolventního obalu.
- Alkohol může zhoršit riziko iritace GIT mukózy, proto není vhodný při léčbě rabeprazolem.
- Příliš tučná strava může zpomalit nástup antisekrečního účinku, následný klinický efekt se však nesnižuje.
- Pokud pacient vyžaduje k této medikaci ještě běžná antacida s převážně lokálním účinkem, je tato léčba možná (např. Anacid susp nebo Rennie, Tums atd.) – měl by však dodržet odstup mezi podáním léků.
- Pacient (především s osteoporózou) může mít vyšší riziko zlomenin, vhodná je suplementace vit. D a vápníkem.
- Při nástupu závažného vodnatého průjmu je vhodné terapii přerušit a informovat lékaře (riziko CDAD).

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



# OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v květnu 2013

## Zrušená osvědčení

- 238/2002 Mgr. Jiří Psohlavec, BENU Lékárna, Fügnerova 51, Vrchlabí
- 35/2005 Mgr. Marta Rybanová, Lékárna NOVEA, Řeznická 227, Benešov
- 179/2005 Mgr. Michaela Bažantová, Lékárna U Hedviky, Nádražní 11, Žandov
- 291/2005 Mgr. Ivona Ullwerová, Lékárna U Itálie, Kamenice 131, Náchod
- 341/2005 Mgr. Klára Šetková, Lékárna, Školská 256, Kladno
- 201/2006 PharmDr. Svetlana Vařková, A lékárna v Kauflandu, Kadaňská 3034, Žatec
- 212/2008 PharmDr. Petr Rejsek, Lékárna Zelená hvězda, Nerudova 3, Cheb
- 257/2008 PharmDr. Nela Kuthanová, Lékárna NOVEA, Masarykovo nám. 4, Benešov
- 35/2009 Mgr. Hedvika Raiterová, Lékárna U Hedviky, Osvobození 464, Kamenický Šenov
- 108/2009 PharmDr. Edita Molnářová, Dr. Max LÉKÁRNA, Konečná 25, Prostějov
- 294/2011 Mgr. Adéla Hamáčková, BENU Lékárna, Masarykova 22, Mariánské Lázně
- 422/2011 Mgr. Eliška Zajoncová, Dr. Max LÉKÁRNA, Pavlovova 29, Ostrava
- 48/2012 Mgr. Jana Minářová, BENU Lékárna, Frýdlantská 244/1, Liberec
- 97/2012 PharmDr. Marianna Štursová, Lékárna Tesco, Skandinávská 128/2, Brno
- 257/2012 Mgr. Martin Ronge, Dr. Max LÉKÁRNA, Jiráskova ul., Litvínov
- 330/2012 PharmDr. Ivana Kavková, Dr. Max LÉKÁRNA, Výškovická 3086/44, Ostrava
- 203/2013 Mgr. Lenka Slatinová, Lékárna NOVEA, B. Egermanna 881, Nový Bor
- 204/2013 Mgr. Lenka Slatinová, NOVEA Pharm Holding a.s.
- 279/2013 PharmDr. Romana Dvořáková, Lékárna Harmonia, Horní 6/2233, Žďár nad Sázavou
- 334/2013 Mgr. Filip Adámek, Lékárna Euphrasia s.r.o., Pavlíkova 65, Ořechov
- 335/2013 Mgr. Filip Adámek, EUPHRASIA s.r.o.
- 652/2013 Mgr. Marta Rybanová, LÉKOŘICE a.s.
- 653/2013 PharmDr. Nela Kuthanová, LÉKOŘICE a.s.

## Vydaná osvědčení

### VEDOUCÍ LÉKÁRNÍK

- 735/2013 Mgr. Linda Krpcová, Dr. Max LÉKÁRNA, Vřesová 11, Šumperk, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 737/2013 PharmDr. Bohumila Kučíková, Lékárna, nám. Míru 3287, Kroměříž, poskytovatel: LUNAKROM MORAVIA s.r.o.
- 739/2013 PharmDr. Dana Galásková, Lékárna rezidence Nová Karolina, Jantarová 4, Ostrava, poskytovatel: Le Pharmacy s.r.o.
- 741/2013 PharmDr. Marie Srchová, Ústavní lékárna FN Plzeň Lochotín, Alej Svobody 80, Plzeň, poskytovatel: FN Plzeň
- 743/2013 Mgr. Radoslav Kočíš, Lékárna Sunpharma, Alej 17. listopadu, Roudnice n. L., poskytovatel: SUNPHARMA CZ, s.r.o.
- 745/2013 PharmDr. Petr Rejsek, Lékárna nemocnice Cheb, K Nemocnici 1204/17, Cheb, poskytovatel: Karlovarská krajská nem., a.s.

- 746/2013 PharmDr. Alexandra Bekeniová, Lékárna Euphrasia, Pavlíkova 67, Ořechov, poskytovatel: EUPHRASIA s.r.o.
- 748/2013 Mgr. Adéla Hamáčková, Lékárna U Rolavy, Čankovská 416/7, Karlovy Vary, poskytovatel: Lékárna Zelená hvězda s.r.o.
- 749/2013 PharmDr. Šárka Kozáková, Masarykův onkolog. ústav – lékárna, Žlutý kopec 7, Brno, poskytovatel: Masarykův onkologický ústav
- 751/2013 PharmDr. Veronika Petřů, Dr. Max LÉKÁRNA, Svobody 1143, Třeboň, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 753/2013 Mgr. Jana Zajacová, Dr. Max LÉKÁRNA, Výškovická 3086/44, Ostrava, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 755/2013 Mgr. Kateřina Šubertová, Dr. Max LÉKÁRNA, Pavlovova 2624/29, Ostrava, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 757/2013 Mgr. Jitka Foušková, Lékárna Harmonia, Horní 6/2233, Žďár nad Sázavou, poskytovatel: PEARS HEALTH CYBER, s.r.o.
- 762/2013 PharmDr. Svetlana Vařková, Dr. Max LÉKÁRNA, Kadaňská 3034, Žatec, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 764/2013 Mgr. Aleš Řezáč, Lékárna Dům zdraví Mikulov, Svobody 2, Mikulov, poskytovatel: STAVOVSKÁ s.r.o.
- 765/2013 Mgr. Alice Vespalcová, Dr. Max LÉKÁRNA, Jugoslávská 770/13, Brno, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 770/2013 RNDr. PhMr. Petr Fiala, CSc. Lékárna U Českého lva, Komenského 970, Roudnice n. L., poskytovatel: MUDr. Milan Langer
- 775/2013 Mgr. Jiří Zimák, Lékárna Na Rozhledně, Průmyslová 890, Chrudim, poskytovatel: Nowa Invest s.r.o.
- 780/2013 Mgr. Martin Kremzer, Lékárna U Zlatého orla, Nám. Svobody 2, Mohelnice, poskytovatel: Lékárna U Zlatého orla s.r.o.
- 781/2013 Mgr. Klára Šetková, Modrá lékárna, Školská 256, Kladno, poskytovatel: PK ARX s.r.o.
- 783/2013 Mgr. Václav Havlovič, Dr. Max LÉKÁRNA, Chebská 2934, Aš, poskytovatel: Česká lékárna, a.s.
- 785/2013 Mgr. Jaroslav Bažant, Lékárna U Hedviky, Nádražní 11, Žandov, poskytovatel: Lékárna U Hedviky s.r.o.
- 786/2013 Mgr. Michaela Bažantová, Lékárna U Hedviky, Osvobození 464, Kamenický Šenov, poskytovatel: Lékárna U Hedviky s.r.o.
- 788/2013 PharmDr. Josef Vaníček, Lékárna Sluníčko, Vrchlického 8002, Liberec, poskytovatel: Lékárna Sluníčko s.r.o.
- 790/2013 Mgr. Pavla Navrátilová, Lékárna Nemocnice Vyškov, Purkyňova 36, Vyškov, poskytovatel: Nemocnice Vyškov, p.o.
- 792/2013 PharmDr. Jana Philippová, Lékárna poliklinika Úvaly, Pražská 1144, Úvaly, poskytovatel: Jiří Mareš s.r.o.
- 794/2013 Mgr. Marie Paulenová, Vranská lékárna, Oblouková 610, Vrané nad Vltavou, poskytovatel: Šárka Krchová

796/2013	PharmDr. Jan Horáček, Lékárna Na Maninách, Dělnická 54, Praha 7, poskytovatel: PharmDr. Jan Horáček	744/2013	Mgr. Radoslav Kočiš, SUNPHARMA CZ, s.r.o.
797/2013	Mgr. Marek Skoček, Lékárna Vicaria, Žatecká 41/4, Praha 1, poskytovatel: VICARIA s.r.o.	747/2013	PharmDr. Alexandra Bekeniová, EUPHRASIA s.r.o.
799/2013	PharmDr. Michala Belasová, BENU Lékárna, Mazurská 484/2, Praha 8, poskytovatel: BENU Česká republika a.s.	750/2013	PharmDr. Šárka Kozáková, Masarykův onkologický ústav
800/2013	PharmDr. Margita Klusáková, Lékárna ÚPMD, Podolské nábřeží 157, Praha 4, poskytovatel: Ústav pro péči o matku a dítě	752/2013	PharmDr. Veronika Petřů, Česká lékárna, a.s.
802/2013	Mgr. Radka Bednářová, Lékárna Na Náchodské, Náchodská 380, Praha 9, poskytovatel: LRS Chvaly, o.p.s.	754/2013	Mgr. Jana Zajacová, Česká lékárna, a.s.
804/2013	Mgr. Marta Foltová, Lékárna Vodičkova, Vodičkova 715/23, Praha 1, poskytovatel: Pharma 2, a.s.	756/2013	Mgr. Kateřina Šubertová, Česká lékárna, a.s.
806/2013	PharmDr. Zina Schürreřerová, Lékárna Černá růže, Panská 4, Praha 1, poskytovatel: Lékárna On-line s.r.o.	758/2013	Mgr. Alena Svobodová, Nová lékárna MB s.r.o.
807/2013	PharmDr. Hana Husáková, Lékárna MEDIFIN, Majerského 2038, Praha 4, poskytovatel: Medifin a.s.	759/2013	Mgr. Blanka Valín Krmíčková, Novopharm s.r.o.
809/2013	PharmDr. Dalibor Černý, Lékárna Štěchovice, Štěchovice č.p. 109, poskytovatel: DM-Pharma s.r.o.	760/2013	PharmDr. Veronika Polášková, Novopharm s.r.o.
811/2013	PharmDr. Iva Velčevová, Lékárna Ústavu leteckého zdravotnictví, gen. Píky 1, Praha 6, poskytovatel: Ústav leteckého zdravotnictví Praha	761/2013	Mgr. Markéta Nevrtalová, Novopharm s.r.o.
814/2013	Mgr. Michal Hojný, IKEM – lékárna, Vídeňská 1958/9, Praha 4, poskytovatel: Institut klinické a experimentální medicíny	763/2013	PharmDr. Svetlana Vaňková, Česká lékárna, a.s.
818/2013	PharmDr. Petr Horák, FN Motol – lékárna, V Úvalu 84, Praha 5, poskytovatel: Fakultní nemocnice v Motole	766/2013	PharmDr. Miroslava Bucharová, Lékárna Helios s.r.o.
820/2013	PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., Lékárna V Domě U černého orla, Malostranské nám. 15, Praha 1, poskytovatel: Magistraliter, s.r.o.	767/2013	PharmDr. Eva Kopáčková, Lékárna Helios s.r.o.
822/2013	Mgr. Olga Procházková, Lékárna Melissa Holešovice, Bubenské nábř. 306/13, Praha 7, poskytovatel: Lékárna Melissa Holešovice, s.r.o.	768/2013	Mgr. Miloslava Švimberská, Lékárna Helios s.r.o.
823/2013	Mgr. Veronika Henzlová, Lékárna Manitera, Hraničná 2, Kraslice – Hraničná, poskytovatel: LÉKÁRNÍCI 95 s.r.o.	769/2013	Mgr. Václav Gabriel, Aeskulap s.r.o.
824/2013	Mgr. Věra Blumentálová, Lékárna, Pod školkou 511, Jílové u Prahy, poskytovatel: Lékárna – Mgr. Jana Bártová s.r.o.	771/2013	Mgr. Hana Janovská, Nowa Invest s.r.o.
827/2013	PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D., Lékárna FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, Olomouc, poskytovatel: Fakultní nemocnice Olomouc	772/2013	PharmDr. Renata Kašková, Nowa Invest s.r.o.
829/2013	Mgr. Petr Březina, Lékárna Viola, Družstevní 449, Batelov, poskytovatel: Věra Kvasnicová	773/2013	Mgr. Iveta Hloušková, A.T.G. Centrum spol. s r.o.
831/2013	PharmDr. Petra Bartáková, Lékárna NOVEA, Řeznická 227, Benešov, poskytovatel: LÉKOŘICE a.s.	774/2013	PharmDr. Helena Meindlová, Dr. René MACH, s.r.o.
833/2013	Mgr. Vojtěch Košan, Nemocnice Na Homolce – lékárna, Roentgenova 2, Praha 5, poskytovatel: Nemocnice Na Homolce	776/2013	PharmDr. Romana Tučková, MEDINILA s.r.o.
836/2013	PharmDr. Darina Šrolová, Lékárna NOVEA, B. Egermanna 881, Nový Bor, poskytovatel: NOVEA Pharm Holding a.s.	777/2013	Mgr. Tereza Nousková, Nemocnice Tábor, a.s.
<b>ODBORNÝ ZÁSTUPCE</b>		778/2013	Mgr. Ivana Samlíková, A.T.G. Centrum spol. s r.o.
734/2013	Mgr. Benedikt Juris, Lékárna Lloyds s.r.o.	779/2013	Mgr. Jana Machková, Lékárna U zlaté koruny Hostinné s.r.o.
736/2013	Mgr. Linda Krpcová, Česká lékárna, a.s.	781/2013	Mgr. Klára Šetková, PK ARX s.r.o.
738/2013	PharmDr. Bohumila Kučíková, LUNAKROM MORAVIA s.r.o.	784/2013	Mgr. Václav Havlovič, Česká lékárna, a.s.
740/2013	PharmDr. Dana Galásková, Le Pharmacy s.r.o.	787/2013	Mgr. Michaela Bažantová, Lékárna U Hedviky s.r.o.
742/2013	Mgr. Alena Dvořáková, FN Plzeň	789/2013	PharmDr. Josef Vaníček, Lékárna Sluníčko s.r.o.
		791/2013	Mgr. Pavla Navrátilová, Nemocnice Vyškov, p.o.
		793/2013	PharmDr. Jana Philippová, Jiří Mareš s.r.o.
		795/2013	Mgr. Marie Paulenová, Šárka Krchová
		798/2013	Mgr. Marek Skoček, VICARIA s.r.o.
		801/2013	PharmDr. Margita Klusáková, Ústav pro péči o matku a dítě
		803/2013	Mgr. Radka Bednářová, LRS Chvaly, o.p.s.
		805/2013	Mgr. Marta Foltová, Pharma 2, a.s.
		808/2013	PharmDr. Hana Husáková, Medifin a.s.
		810/2013	PharmDr. Dalibor Černý, DM-Pharma s.r.o.
		812/2013	PharmDr. Iva Velčevová, Ústav leteckého zdravotnictví Praha
		813/2013	Mgr. Ilona Petrusová, Revmatologický ústav
		815/2013	Mgr. Michal Hojný, Institut klinické a experimentální medicíny
		816/2013	Mgr. Jitka Refková, Lékárna Melissa Holešovice, s.r.o.
		817/2013	Mgr. Petra Cardová, VEROPHARM, a.s.
		819/2013	PharmDr. Petr Horák, Fakultní nemocnice v Motole
		821/2013	PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., Magistraliter, s.r.o.
		825/2013	Mgr. Věra Blumentálová, Lékárna – Mgr. Jana Bártová s.r.o.
		826/2013	Mgr. Ladislav Hudec, Lékárna Helios s.r.o.
		828/2013	PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D., Fakultní nemocnice Olomouc
		830/2013	Mgr. Petr Březina, Věra Kvasnicová
		832/2013	PharmDr. Petra Bartáková, LÉKOŘICE a.s.
		834/2013	Mgr. Alena Khalili Kotorová, Nemocnice Na Homolce
		835/2013	Mgr. Jana Šárová, Česká lékárna, a.s.
		837/2013	PharmDr. Darina Šrolová, NOVEA Pharm Holding a.s.

# Role orgánů OSL v licenčním řízení

Od 1. 12. 2012 je účinný nový licenční řád České lékárnické komory. Již vešlo ve všeobecnou známost, že jsou nově vydávána osvědčení jak pro odborné zástupce, popř. osoby vykonávající soukromou lékárenskou praxi, tak pro vedoucí lékárníky. Skončilo i přechodné období, během něhož držitelé osvědčení v závislosti na činnosti krajských úřadů při vydávání oprávnění k poskytování zdravotních služeb podávali nebo nepodávali žádosti o nová osvědčení. Nový licenční řád v každém případě výrazně zjednodušil podání žádosti, zejména pak snížil počet příloh.

Také v novém licenčním řízení zůstala zachována role okresních sdružení lékárníků a jejich orgánů, přesněji řečeno představenstev OSL. Tento článek pak obsahuje souhrn úkonů, které OSL v licenčním řízení provádí.

Úkony OSL lze rozdělit na tři části:

1. Přijetí žádosti o vydání osvědčení a její případné postoupení na sekretariát komory.
2. Vyjádření k žádosti o osvědčení.
3. Potvrzení přehledu odborné praxe lékárníka.

## 1. Přijetí žádosti o vydání osvědčení

Žadatel má možnost svou žádost podat buď u příslušného okresního sdružení lékárníků, nebo na sekretariátu komory. Den přijetí žádosti je přitom velmi důležitý, neboť k tomuto dni je nejčastěji vydáváno osvědčení. Proto je nutné lékárníkovi přijetí žádosti potvrdit. Je-li žádost podávána na sekretariát osobně, slouží jako potvrzení podací razítko nebo jiný záznam o přijetí na kopii žádosti, kterou si ponechává žadatel. V případě doručování poštou je potvrzením dodejka nebo informace o doručení získaná na sekretariátu komory nebo u poštovního přepravce. V případě doručení žádosti na OSL jsou pravidla stejná. V případě osobního doručení to znamená, že žadatel obdrží potvrzení o převzetí na svou kopii žádosti.

Okresní sdružení lékárníků má následně dvě možnosti jak se samotnou žádostí naložit. Může ji po doplnění svého vyjádření postoupit přímo na sekretariát komory, kde bude dále zpracovávána licenční komisí, nebo ji po doplnění svého vyjádření vrátí zpět žadateli, který si její doručení na sekretariát komory zajistí bez zbytečného odkladu sám. Na tom je vhodné se s žadatelem předem domluvit.

## 2. Vyjádření k žádosti o osvědčení

Veškeré úkony spojené s vyřizováním žádostí přísluší představenstvu ne-

bo pověřenému členu představenstva, jímž je nejčastěji předseda OSL. To se týká i podávání vyjádření, které by mělo být doplněno přímo do formuláře žádosti. Smyslem tohoto vyjádření je příležitost OSL ke sdělení informací k osobě žadatele ve formě připomínek k žádosti o osvědčení, jejím přílohám a k průběhu odborné praxe žadatele.

Zde je nutno upozornit na to, že České lékárnické komoře, a tedy ani okresnímu sdružení lékárníků, nepřísluší hodnotit věcné a technické vybavení lékáren ani jejich personální zabezpečení. Licenční řízení se týká výlučně vztahu mezi komorou a lékárníkem – žadatelem. Připomínky by se tedy měly týkat osoby žadatele. Orgánům OSL nepřísluší ani žádné právo na provádění kontrol v lékárnách, v nichž žadatel působí. Návštěva orgánů OSL v lékárně může proběhnout pouze se souhlasem žadatele a provozovatele lékárny, a nelze ji vymáhat. To ovšem neznamená, že by bylo nutné rezignovat na snahu řešit zjištěné nedostatky ve vybavení lékáren. Jen tato zjištění nemohou mít vliv na vydání osvědčení. Lze je však postoupit na sekretariát komory, a to třeba i prostřednictvím vyjádření

v žádosti o vydání osvědčení. Na základě takové informace bude připraven podnět na prošetření na SÚKL (ohledně věcného či technického vybavení) nebo na krajský úřad nebo inspektorát práce (ohledně nedostatečného personálního zabezpečení).

Okresní sdružení lékárníků musí své vyjádření k žádosti podat do patnácti dnů ode dne předložení žádosti. Nevyjádří-li se ve lhůtě, má se za to, že k žádosti nemá připomínky. Ať už se k žádosti vyjádří či nikoliv, do dvaceti dnů od jejího přijetí by OSL mělo žádost postoupit na sekretariát komory, nebo ji případně v téže lhůtě předat zpět žadateli. Protože se může stát, že OSL z nejrůznějších příčin tuto svou povinnost nesplní, žadatel může na sekretariátu komory prokázat doručení žádosti OSL svou potvrzenou kopií, a tím umožnit pokračování v licenčním řízení.

## 3. Potvrzení přehledu odborné praxe lékárníka

Okresní sdružení lékárníků také potvrzuje jednu z příloh k žádosti – kopii přehledu odborné praxe lékárníka.

Povinnosti okresních sdružení lékárníků, v nichž nejsou ustavena představenstva a předsedové OSL, plní představenstvo ČLnK. Členové takových OSL proto své žádosti podávají vždy přímo na sekretariát komory.

Po vydání osvědčení zasílá jeho kopii sekretariát komory elektronickou cestou představenstvu příslušného okresního sdružení lékárníků.

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

## Clexane; Pozitivní listy VZP

Česká lékárnická komora reflektuje kritickou situaci na trhu s některými léčivými přípravky, kterou prohlubuje selektivní přístup výrobců a distributorů. Proto na základě upozornění z terénu podala 28. 2. 2013 na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) podnět s žádostí o prošetření a nápravu situace ve věci exkluzivních dodávek přípravku Clexane jen do některých lékáren.

Výrobce přípravku s odkazem na nedostatek léku způsobený reexporty navíc sám potvrdil, že skutečně nařídil jeho distribuci výhradně do nemocničních lékáren. Toto vysvětlení však podle ČLnK neospravedlňuje uspokojování objednávek některých lékáren na úkor jiných. **V odpovědi z 24. 4. 2013 ÚOHS komoře sděluje**, že nebyl splněn zá-

kladní předpoklad skutkové podstaty zneužití dominantního postavení výrobce přípravku Clexane mj. proto, že na tzv. relevantním trhu vedle něj působí další subjekty, dodávající léčiva, která z hlediska soutěžního práva lze považovat za zastupitelná. Po řadě dalších argumentů, především ve smyslu nezbytnosti dodávek přípravku do lůžkových

zařízení, ÚOHS konstatuje, že jednání výrobce nevzbuzuje obavy z narušení hospodářské soutěže. **Komora v dopise z 3. 5. 2013** namítá, že při vymezení relevantního trhu nelze hodnotit stejně užití léčivého přípravku při poskytování zdravotní péče a jeho výdej na Rp, a tudíž doporučuje přezkum dodávek Clexane z hlediska rovného přístupu všech v úvahu přicházejících odběratelů. **Ve sdělení z 24. 5. 2013 ÚOHS** popisuje svůj postup při komorou požadovaném přezkumu, závěrem se ztotožňuje se svým předcházejícím výkladem a neshledává důvody k dalšímu šetření dané problematiky. **Komora v odpovědi z 3. 6. 2013** připomíná hlavní důvod původního podnětu, a sice naprostou nedostupnost Clexane pro některé lékárníky a selektivní zásobování jiných; proto zdůrazňuje, že jde o protisoutěžní jednání a žádá ÚOHS o posouzení věci se zaměřením na tento aspekt.

■ **Další podání na ÚOHS (27. 3. 2013) se týká tzv. pozitivních listů VZP.** Komora v něm konstatuje, že zařazení konkrétních léčivých přípravků na pozitivní list nepředcházelo žádné výběrové řízení, a proto podává podnět k šetření způsobu tvorby tohoto pozitivního listu. **V odpovědi z 10. 5. 2013 ÚOHS** požádal o doplnění podnětu skutečnými nasvědčujícími tomu, že zadavatel nepostupoval při zadávání veřejných zakázek podle zákona, dále o sdělení specifikace platebních vztahů mezi všemi zúčastněnými subjekty (výrobci, lékárníky, VZP lékaři ad.) a o popis způsobu udělování bonifikací či sankcí lékařům předepisujícím podle pozitivního listu, nebo v rozporu s ním. **Komora odpovídá 16. 5. 2013** a sděluje, že veřejnou zakázku blíže specifikovat nemůže, poněvadž VZP k zařazení přípravků na pozitivní list tímto způsobem nepřistoupila. Dále popisuje platební vztahy mezi jednotlivými články distribučního řetězce léčivých přípravků a v závěru připomíná opakovaný příslib jak bonifikace lékařů ze strany VZP za předepisování léků z pozitivního listu, tak vyjmutí přípravků z pozitivního listu z limitu přípravků, které lékař může předepsat za určité období. **V dopise z 5. 6. 2013 ÚOHS** komoře sděluje, že vzhledem ke složitosti případu danou věc dále prošetřuje.

■  
Dokumenty, zmiňované v tomto článku, jsou v plném znění umístěny na webu ČLnK ([www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)). (ččl)

## XV. Konference mladých lékárníků v Opavě

# Farmakoterapie jako most mezi lékaři a lékárníky

Konference se konala 24. a 25. května – tradičně v Opavě, netradičně v KD Na Rybníčku. Uskutečnila se pod záštitou ředitele Slezské nemocnice v Opavě, prezidentkou konference byla PharmDr. Marie Zajícová. Zazněla zde řada zajímavých prezentací s následnou diskuzí. Organizační tým nezapomněl ani na společenskou a kulturní část akce. V dalším textu se věnujeme obsahu některých prezentací, které v kompletním znění najdete na webu ČLnK ([www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)).

### ■ MUDr. Radkin HONZÁK (Praha): *Rituál preskripce.*

Renomovaný psychiatr zaujal vystoupením na téma, jak mohou zdravotníci přispět ke zlepšení adherence pacientů k léčebnému režimu. Předpokladem však je, aby obě zúčastněné strany dokázaly ustoupit od některých zavedených stereotypů. Výběr, doporučení, předpis a výdej léku by proto neměly být jen administrativně komerční záležitostí. Tyto úkony by měly obsahovat prvky, které vedou k větší oboustranné spokojenosti včetně ekonomické stránky.

### ■ Grete KASE (Estonsko): *Elektronická preskripce v Estonku a ochrana dat.*

Studentka farmacie na Univerzitě v Tartu, která mj. absolvovala stáž v opavské nemocniční lékárně, představila zdravotnický informační systém, tvořený v Estonku čtveřicí propojených národních projektů. Jsou to elektronický zdravotní záznam (karta), digitální registrace, digitální zobrazení a digitální preskripce.

Digitální preskripce je trojího typu – privátní, autorizovaná a veřejná. U privátní si smí recept v lékárně vyzvednout (zaplatit) pouze pacient sám, v případě autorizované preskripce může recept vyzvednout buď pacient sám, nebo osoba autorizovaná formou patientského portálu. Veřejná preskripce umožňuje vyzvednutí receptu všem osobám znajícím pacientův bezpečnostní kód, které se prokáží dokladem ID (obdoba našeho OP) a kódem daného receptu, zadaným v centrální databázi.

Estonská elektronická zdravotnická karta disponuje nejvyšší dostupnou úrovní ochrany dat. Bezpečnostní data jsou dispergována, neexistuje žádný „superadministrátor“ a každý držitel této e-karty má možnost kontrolovat, kdo do ní nahlížel.

Průzkum v roce 2011 ukázal, že s výše uvedenou službou bylo spokojeno 97 % dotázaných pacientů. Jako důvod k nespokojenosti bylo uváděno, že re-

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

cept dorazil do lékárny pozdě či případně vůbec nedorazil, že nastal problém se systémem či počítačem, že pacient nevidí informace připojené k receptu (doba platnosti, výše úhrady apod.); že není možné vyzvednout recept bez průkazu ID.

Lékaři a farmaceuti kladně hodnotí především příspěvek systému k jednoduššímu výkonu povolání, nižšímu výskytu chyb a menší časové náročnosti pro preskripci i pro vyzvedávání receptů v lékárnách.

■ **MUDr. Tomáš DOLEŽAL, Ph.D.**  
(Praha): **Farmakologická léčba bolesti hlavy kombinovanými léčivými přípravky.**

Nejčastějším typem cefalgie jsou tenzní bolesti hlavy. Jsou vyvolávány stresem, opakovanými i očekávanými konflikty a únavou. Bolest je většinou oboustranná, difúzní, s pozvolným nástupem a s trváním v hodinách až dnech. K terapii jsou využívána jednoduchá (paracetamol, ASA) i kombinovaná analgetika, nesteroidní antiflogistika, myorelaxancia.

Analgetické kombinace mohou být racionální jen po důkladném experimentálním a klinickém důkazu. Výhodami jsou možnost nasazení nižší dávky, a tudíž nižší incidence nežádoucích účinků, a dále dosažení synergického efektu ovlivněním bolesti na různých úrovních.

■ **PharmDr. Jindřiška VOLÁKOVÁ**  
(Hradec Králové): **Vliv farmakoterapie na sexuální funkci.**

Sexuálními dysfunkcemi se rozumí poruchy libida, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy dosažení orgasmu, bolestivé sexuální poruchy a poruchy satisfakce.

V rámci neurohumorální regulace sexuálního chování vykazují příznivý vliv dopamin, acetylcholin, noradrenalin ( $\beta$ ), androgeny, estrogeny, GnRH, LH; naopak nepříznivě působí serotonin (5-HT<sub>2</sub>, 5-HT<sub>3</sub>), GABA, endorfiny, gestageny, prolaktin, noradrenalin ( $\alpha$ ).

Při terapii antidepressiv se projevují velké rozdíly v působení jednotlivých zástupců této skupiny léčiv na neuromediátorové systémy. Neutrálními až „prosexuálními“ antidepressivy jsou bupropion, moklobemid, trazodon, agomelatin, mirtazapin, tianeptin, mianserin. Nežádoucí dopad na sexuální funkci mají SSRI, TCA, venlafaxin.

■ **Mgr. Jana MARTINÁSKOVÁ**  
(Bílovec): **Rizika gynekomastie a hirsutismu u některých léčiv.**

Ke zvětšení prsních žláz u mužů – gynekomastii dochází z řady příčin. Patří mezi ně přirozená hormonální nerovnováha, cirhóza jater, rakovina prsu a také působení některých léčiv. Mechanismy účinků léků na vznik gynekomastie se projevují např. estrogenním působením (estrogeny, fytoestrogeny, hCG, digoxin), antiandrogenním působením (spironolakton, cyproteron acetát, flutamid, bikalutamid, finasterid, cimetidin) či stimulací sekrece prolaktinu (sulpirid, risperidon, haloperidol, olanzapin, metyldopa, tricyklická antidepressiva). Pacienta je zapotřebí upozornit, že se může jednat o důsledek působení užívaných léků a uklidnit ho s tím, že stav je reverzibilní. Vzhledem k riziku nádoru je nutné endokrinologické vyšetření.

Hirsutismus je typický výskytem mužského typu ochlupení u žen (vousy, břicho, záda, hrud, stehna). K dalším projevům patří mastná pleť, akné, amenorea. Příčiny mají vždy hormonální původ. Nadměrné ochlupení rukou, steh, krku, trupu, tváří a ušních boltců z nehoronálních příčin označujeme termínem hypertrichóza. Tyto nežádoucí formy ochlupení vyvolávají i některé léky – androgeny, anabolika, orální kontraceptiva s androgenní aktivitou (hirsutismus); kortikoidy, minoxidil, fenytoin, cyklosporin (hypertrichóza). Farmakologická terapie hirsutismu spočívá v nasazení vhodných léků – cyproteron acetát, spironolakton, finasterid, flutamid. Prevencí je nepodávat dlouhodobě léky s tímto nežádoucím účinkem predisponovaným pacientkám (menopauza, rodinná zátěž, onemocnění vaječnicků a nadledvin), vyhýbat se dvojkombinacím léků s potenciálním nežádoucím účinkem a podávat nižší dávky.

■ **PharmDr. Lukáš LÁZNIČKA**  
(Praha): **Změny vizu jako průvodní riziko podávání některých léčiv.**

Nežádoucími účinky podávání některých léčiv jsou keratokonjunktivitidy a postižení víček, poruchy uveálního traktu, poruchy akomodace, mydiáza, zvýšení nitroočního tlaku, katarakta, retinopatie, optická neuropatie, syndrom suchého oka a ovlivnění vyšších center vidění.

Rizikovými skupinami léčiv jsou anti hypertenziva, antiarytmika, kortikosteroidy, perorální kontraceptiva, antirev-

## ŘEKLY O KONFERENCI

**Mgr. Žaneta Tomčalová, Praha:**

Chci vyslovit uznání a dík za organizování odborného setkání lékárníků v Opavě. Když jsem se zúčastnila poprvé, byla jsem nadšena z komorního, skoro až rodinného charakteru akce. A rovněž letos byla atmosféra přesně taková. Na to jsem se těšila a moje očekávání byla splněna. Děkuji a přeji si, aby se konferenci stále dobře dařilo.

**Mgr. Barbora Fialová, Bruntál:**

Chtěla bych touto cestou poděkovat za organizaci Konference mladých lékárníků. Málokterá vzdělávací akce pro farmaceuty, kterou jsem zatím navštívila, měla tak pestrý a zajímavý program. Velice mě – mimo jiné – zaujaly přednášky MUDr. R. Honzáka, MUDr. M. Hudymačové a také Greete Kase, jejíž prezentace vzbudila naději, že elektronická preskripce může poměrně efektivně fungovat.

Z divadelního představení jsem byla nadšená.

Byla by rozhodně škoda, kdyby se v pořádání této akce nepokračovalo. Pokud se podaří konferenci uspořádat i v příštím roce, určitě se jí zúčastním. Snad se mi i podaří přenést se přes vrozený ostych z mluvení před větším počtem lidí a pokusím se přispět k diskusi nějakými dotazy.

matika (chlorochin, NSAID), antipsychotika, antidepressiva (SSRI, TCA), antiepileptika, antihistaminika, anticholinergika, antibiotika, antituberkulotika, cytostatika, tamoxifen, paklitaxel, docetaxel).

V souvislosti se změnami vizu v důsledku podávání některých léčiv je zapotřebí zaměřit se na pacienty s preexistujícím očním onemocněním a seniory, důrazně upozornit na riziko při řízení vozidel. Podmínkou eliminace nebezpečí trvalého poškození je včasné rozpoznání problému, vysazení léku a volba adekvátní terapie.

■ **Mgr. Žaneta TOMČALOVÁ (Praha):**  
**Rizika rhabdomyolýzy po některých léčivech.**

Při rhabdomyolýze dochází k nekróze buněk příčně pruhovaného svalstva a k uvolnění jejich obsahu do krevního oběhu; závažnost onemocnění kolísá od asymptomatických případů po život ohrožující formy provázené akutním se-

lháním ledvin a minerálovým rozvratem. Z hlediska etiopatogeneze rozlišujeme rhabdomyolýzy získané (příčinami jsou např. prolongovaná imobilita, teplotní extrémy, metabolické poruchy, toxiny a léčiva), geneticky podmíněné (např. deficit glykogenolytických enzymů či poruchy oxidace mastných kyselin) a idiopatické (familiární recidivující rhabdomyolýzy s autozomálně recesivní dědičností a sporadická idiopatická recidivující rhabdomyolýza).

Terapie akutní fáze je kromě odstranění vyvolávajících faktorů založena na dostatečné hydrataci organismu a alkalizaci moči; při neadekvátním výdeji tekutin je potřebná podpora diurézy.

■ **Mgr. Tereza HOFMANOVÁ (Praha): Serotoninový syndrom.**

Prezentace doplněná kazuistikou se zabývala příčinami a léčbou syndromu, který byl poprvé popsán v 50. letech minulého století u pacienta léčeného současně iproniazidem a pethidinem. Pro serotoninový syndrom jsou charakteristické poruchy rázu psychického (agitace, zmatenost, manický stav), neuromuskulárního (hyperreflexie, inkoordinace pohybů, myoklonus, svalový třes) i vegetativního (profuzní pocení, průjem, horečka, zimnice). Při léčbě psychofarmaky je důležité nahlížet na

aktuální stav každého pacienta individuálně.

■ **MUDr. Monika HUDYMAČOVÁ (Opava): Co leze a co skáče.**

Jako epizoonózy označujeme kožní nemoci vyvolané ektoparazity. Patří sem cimikóza způsobovaná štěnicí postelní (Cimex lectularius), pedikulóza, kterou způsobují veš hlavová (Pediculus capitis) a veš šatní (Pediculus vestimentorum), ftiriáza (veš ohanbí, muška – Pediculus pubis; Phthirus pubis), pulikóza v důsledku pošťpání blechou obecnou (Pulex irritans) a scabies (svrab) vyvolávaný zákožkou svrabovou (Sarcoptes scabiei).

Rizikovými faktory jsou nevyhovující hygienické poměry, rozvoj turistiky a promiskuita. Epizoonózy však představují nejen zdravotní a sociální problém, protože někteří ektoparazité mohou být přenašeči a šířiteli mimořádně nebezpečných chorob: veš šatní skvrnitého tyfu, zákopové a návratné horečky, blecha obecná moru (yersinia pestis) či krysí skvrnivky (ricketsia conori).

Léčba epizoonóz musí být včasná a důsledná, důležitou roli hraje identifikace a eliminace zdroje.

■ **Mgr. Kateřina ČERNÍNOVÁ (Lesní Albrechtice): Antropozoonózy domácích mazlíčků.**

Podle statistik navštěvují majitelé domácích mazlíčků méně často (o 15–20 %) lékaře než lidé, kteří doma zvíře nemají. Zajímavý je i údaj o mladých delikventech, z nichž po absolvování programu spojeného s canisterapií nebylo plných 100 % nutno opakovaně zařadit do nápravného systému.

Odvrácenou stranou chovu domácích zvířat jsou infekční onemocnění přenášená na člověka, antropozoonózy. Původců těchto nemocí je popsáno více než 250; jsou mezi nimi viry, bakterie, prvoci, houby, priony a celá řada parazitů. K nejvíce ohroženým skupinám patří malé děti (do 5 let věku by neměly přicházet do styku s exotickými zvířaty), těhotné a kojící ženy (toxoplasmóza, brucelóza, ornitóza, listerióza), senioři a lidé s poruchou imunity.

Prevence antropozoonóz vyžaduje dodržování základních hygienických pravidel při manipulaci se zvířaty včetně úklidu zvířecích WC (ale také ptačích klecí, akvárií a terárií) a udržování zvířat v dobré zdravotní kondici (veterinární péče, očkování, odčervování). Důležitá je edukace dětí ve smyslu obezřetného zacházení se zvířaty (prevence úrazu) a přiměřenosti kontaktu s nimi.

Připravil: Vladimír VRBOVSKÝ

## Kongres praktického lékárenství

Více než 350 lékárníků a farmaceutických asistentů se sjelo ve dnech 17. až 18. května do Olomouce. Už posedmé se tu uskutečnil Kongres praktického lékárenství. Účastníci, kteří se této významné lékárnické akce zúčastnili poněkolkáté, v závěru potvrdili, že ani tentokrát je odborný program nezklamal.

Ze sedmi přednáškových témat si vybral každý, některé informace jsme si osvěžili, mnoho jiných jsme získali a ocenili, a to bez ohledu na zjištění, že ne všechny můžeme využít ve své každodenní lékárnické praxi.

V bloku věnovaném kardiologii se hovořilo mj. o současných možnostech léčby v prevenci cévní mozkové příhody (CMP): až 80 procent CMP představují příhody ischemické, vzniklé nedokrvěním mozkové tkáně. CMP je celosvětově jednou z hlavních příčin nemoci i úmrtnosti.

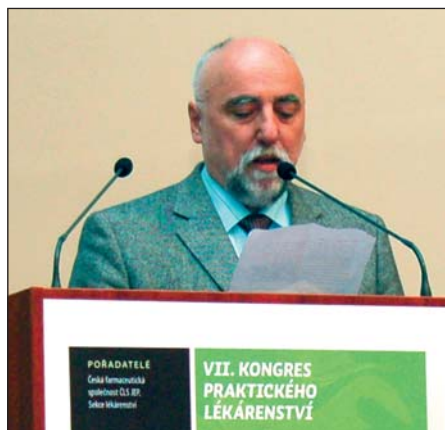
Podle očekávání vzbudil velký zájem posluchačů blok o **návykových látkách**. Obsahem i formou zajímavý a netradiční byl především díky osobní účasti pacienta zařazeného do metadonového programu. Měli jsme možnost seznámit se s kazuistikou, dověděli

jsme se, jakými drogami a závislostmi pacient postupně prošel a jak se léčil; měli jsme dokonce příležitost položit mu nejednu otázku. Pro přijetí do metadonové substituce je důležitá motivace drogově závislého. Pro zdravotníky není jednoduché definovat klienta vhodného pro substituční program.

Popsat nejvýstižněji průběh bloku, jehož tématem byla **homeopatie**, lze asi tak, že to byla opravdu mela. Zastánci i odpůrci homeopatie si jako vždy měli co říct, dávali k dobru kromě jiného své osobní zkušenosti s homeopatií. V sále i předsáli zazněla slova o prostém cukrovém placebu, o nelogičnosti toho, aby jakékoliv homeopatikum bylo vázáno na recept, a naopak už klasicky o dobrých výsledcích při použití homeopatik v léčbě malých dětí a ve veterinární medicíně.

**Medicamenta nova** – předložená

Pokračování na další straně



Prezident kongresu PL v Olomouci PharmDr. Pavel Grodza.

*Pokračování z předchozí strany*

sdělení všem přítomným připomněla, že lékárník se musí celý život učit. Vyslechli jsme přednášky o vemurafenibu v léčbě maligního melanomu, o inkretinové léčbě v diabetologii a denosumabu u osteoporózy.

Zajímavý byl rovněž blok věnující se

**geriatrii.** Nedávno byly zveřejněny výsledky výzkumu v České republice, který potvrdil, že téměř pětina občanů starších sedmdesáti let trpí depresemi a poruchami paměti. Souvislost mezi depresí a rostoucím věkem však dosud není jednoznačně prokázána.

Zaujal ucelený přehled novinek v léčbě diabetu, slyšeli jsme rovněž o bari-

trické léčbě obezity konkrétně u diabetických pacientů, poslední přednáškou v bloku o **diabetologii** byla role farmaceuta v edukaci diabetika. Zaměřila se mj. na pomůcky, které pacientům běžně vydáváme v lékárnách.

Blok orientovaný na **pokroky ve farmacii** přinesl přednášky o nových lékových formách pro těžce rozpustná léčiva, o fotodynamické terapii nádorových onemocnění a kožních problémů, a dále představil trendy ve vývoji léčiv.

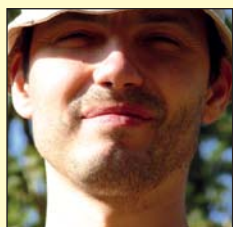
Za zmínku stojí rovněž přednáška zajištěná hlavním partnerem kongresu (Alcon Pharmaceuticals) nazvaná: Červené oko – jde o suché oko, alergii či zánět předního segmentu? Přednášející podrobně, zajímavě a za pomoci fotografií názorně vysvětlil, jak lze jednotlivé problémy se zrakem poznat. Nám lékárníkům to pro praxi dalo opravdu hodně, přinejmenším návod, na co a jak se pacienta s uvedenými problémy a s konkrétními příznaky očních chorob ptát a co mu poradit.

**Mgr. Markéta KOŘENKOVÁ**

*Snímky: archiv Solen*



## TAK TO VIDÍM JÁ: Proč odmítat racionální jádro?



Následujícími řádky reaguji, vážené kolegyně a vážení kolegové, sice opět primárně na článek PharmDr. Jiřího Gregora, nicméně zdá se, že nejsme jediní, které tato problematika zajímá (bez ohledu na skutečnost, zda má ten náš zájem kladné či záporné znamínko).

Zdá se, že někteří kolegové se nemohou zbavit černobílého modelu uvažování. Tedy buď, anebo. Ale proč? Nikdo přece nemá v úmyslu stávající alopatickou medicínu zapírat nebo odmítat. Tak jako se většina věd – více či méně exaktních – s narůstající hloubkou a šíří vzhledu často tříští a dělí na jednotlivé podobory, tak i medicína vstřebává nové poznatky z dalších věd a hledá pro ně využití v rámci svého působení. To o čem je řeč, tedy psychosomatický přístup, sice není žádnou novinkou, nicméně zjevně proniká do „exaktního“ medicínského uvažování stále více a více. Nahlížejme na psychosomatické vlivy a faktory jako na další proměnné, ovlivňující zdravotní stav (v širším slova smyslu) člověka. Psychosomatický přístup lze také vnímat jako syntézu medicíny, psychologie a fyziologie. Kvůli tomu přece nemusím odmítat či popírat to, co jsem se dosud naučil. A ani jsem nezaznamenal, že by to někdo měl v úmyslu.

Jde spíše o jakési znovuobjevování již dříve tušených vzájemných vazeb mezi „psychickým a fyzickým stavem“ a hlubší porozumění mechanismům, jak toto probíhá, a ta-

ky o integraci těchto poznatků do stávajících medicínských modelů.

Psychosomatický přístup je samozřejmě také založen na empatickém vztahu k pacientovi, pokoře a dalších lidských kvalitách daného odborníka (protože to se netýká jenom lékařů, ale i lékárníků, psychologů, fyzioterapeutů a dalších profesí „pracujících s lidmi“, učitelé počínaje a některými úředníky konče). Ale nejde jen o to. Je také třeba porozumět mechanismům, jak lidé obvykle určité situace zpracovávají, jak se s nimi vnitřně vyrovnávají nebo nevyrovnávají a jaké odezvy a procesy to následně vyvolává v organismu i na fyziologické úrovni. A o tom je, po mém soudu (výukové sylaby jsem dosud neviděl), ona specializace.

Většina vědeckých oborů má rozpětí zaměření od „hardcore“ exaktních přístupů až po ty velmi alternativní. To ale není důvod, abychom odmítali jejich racionální jádro, které samozřejmě může být pro každého jinde, jen pro to, že na onom alternativním konci může být přilepeno několik blouznivců.

Poněkud mne mrzí ironizování odlišných životních postojů, filozofií či náboženství. Ostatně i tyto postoje se mnohdy výrazně podílejí na tom, jak se vyrovnáváme s životními situacemi, a jsem přesvědčen, že v daném kontextu je jedno, zda dotyčný věří v Ježíše, Buddhu, Mohameda, Dia, Univerzum či cokoliv jiného. Ovšem pouze do té doby, než si přibrousí meč a vyrazí na nějakou tu křížovou výpravu.

Závěrem bych ještě rád poděkoval kolegyni PharmDr. Daniele Pešové za otevřený a odvážný článek.

**Mgr. Vladimír MLÁDEK**

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Janota, T., Zelinka, T.: Urapidil v léčbě akutních hypertenzních stavů**  
*Hypertenze a kardiovaskulární prevence č. 4/2013*

Urapidil je periferní  $\alpha 1$ -blokátor a zároveň agonista centrálních serotoninových 5-HT<sub>1A</sub>-receptorů. Snižuje cévní rezistenci (vazodilatace se zvýrazněním v ledvinách a plicích) bez výraznější reflexní tachykardie. V i.v. formě je v ČR využíván již 26 let, přestože je jeho využití víceméně empirické. Indikacemi jsou: cévní mozková příhoda, těžší rezistentní hypertenze. Při nesprávném použití může být však i nebezpečný. Snižuje vyváženě systolický i diastolický TK. Maximální efekt je patrný do 2–5 minut, poločas je 2–3 hodiny. Až ze 70 % je metabolizován játry, zbytek je vyloučen nezměněný ledvinami. U emergentní hypertenzní krize se dává bolus 10–50 mg během 20 vteřin, pak se přejde na udržovací kontinuální léčbu max. 30 mg za hodinu. Při perioperační hypertenzi se doporučuje bolus 25 mg a po dvou minutách přejít ke kontinuální infuzi. Nežádoucím účinkem při vyšších dávkách je útlum CNS, který může maskovat hypertenzní encefalopatii. Přípravek se nepodává v graviditě a při kojení. Dosud nebyl zaregistrován v USA, takže řada amerických publikací o léčbě těžkých hypertenzních stavů o něm nehovoří. Místo něj používají labetalol.

**Tláskal, P.: Význam vitamínu D v pediatrické praxi**

*Pediatric pro praxi č. 2/2013*

Vitamin D je tvořen skupinou biologicky aktivních látek (kalciferolů) získávaných buď potravou, nebo účinkem slunečního záření. V rostlinných zdrojích je obsažen ergokalciferol a v živočišných cholekalciferol. V těle se tvoří z cholesterolu dehydrocholesterol, který se vlivem slunečního záření o vlnové délce 290–320 nm mění na cholekalciferol. Vitamin D výrazně ovlivňuje homeostázu vápníku a fosforu včetně mineralizace kostní tkáně. Nedostatek vitamínu D v dětském věku se projevuje křivicí, velký význam má již příjem vitamínu D těhotnou matkou. O vitamínu D se stále více hovoří i díky jeho mimokostním účinkům. Nedostatek v těhotenství vede u dětí k vyššímu výskytu astmatu, alergií, infekcí dolních cest dýchacích, myopatií. Jeho podání může zlepšit stav u řady nemocí: lupénka, prevence rozvoje nádorových onemocnění, hypertenze – zasahuje do systému renin-angiotenzin. Nedostatečný přísun se objevuje i u adolescentů s abdominální obezitou a nadváhou. Denní doporučený přísun u dítěte je 10  $\mu$ g (400UI). Je dobré dodávat od 1. týdne života do konce 1. roku, později pak jen v zimních měsících. Například léčba antiepileptiky vyžaduje přísun až 25  $\mu$ g denně.

## Vrablík Michal: Farmakoterapie dyslipidémie

54. svazek edice Farmakoterapie pro praxi

Maxdorf Jessenius, Praha 2012, 96 stran

Intervence dyslipidémie se spolu s léčbou hypertenze staly neúčinnějšími metodami vedoucími ke snížení výskytu kardiovaskulárních příhod, a tím k prodloužení průměrné délky života. Knížečka má tradiční členění této edice. První kapitola popisuje dyslipidémie – definice, patogeneze, klasifikace, indikace hypolipidemické léčby, její zahájení, cíle a strategie léčby. Druhá část se zabývá farmakologickými možnostmi léčení (statiny, fibráty, ezetimib, niacin a pryskyřice). Několik stran je věnováno nefarmakologickým přístupům (omega-3 mastným kyselinám a rostlinným sterolům a stanolům). Předmětem další kapitoly je kombinovaná léčba dyslipidemií a otázky s ní spojené: proč?, strategie, kombinace k dosažení cílových hodnot LDL, triglyceridů, HDL, bezpečnost kombinací a jak hypolipidemika kombinovat. Poslední část je věnována možným trendům v budoucnosti, nové možnosti tradičních přístupů, inhibice CETP po diskvalifikaci torcetrapibu, nová hypolipidemika bez budoucnosti (tyromimetika, inhibitory skvalensyntázy), možnosti biologické léčby dyslipidemií a lipidy modifikující terapie. Sympatický závěr tvoří medailonek autora, doc. MUDr. M. Vrablík působí na 3. interní klinice 1. LF UK, v roce 2009 obdržel cenu ČLS JEP za publikaci roku Preventivní medicína.

### ANOTACE

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

**E**nobosarm (dále E) patří mezi první klinicky zkoušené selektivní nesteroidní modulatory androgenních receptorů (SARM). SARM se vážou na testosteronový receptor a mají jak agonistický, tak antagonistický potenciál. Byl vyvinut firmou GTX v indikaci ztráta svalové hmoty při nemalobuněčném plicním

## MOLEKULA MĚSÍCE

### Enobosarm

**IUPAC:**

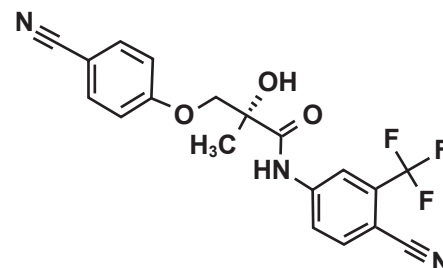
(2S)-3-(4-cyanophenoxy)-N-[4-cyano-3-(trifluoromethyl)phenyl]-2-hydroxy-2-methylpropanamide

**Sumární vzorec:**

C<sub>19</sub>H<sub>12</sub>F<sub>3</sub>N<sub>3</sub>O<sub>3</sub>

**Molekulová hmotnost:**

389,33 g/mol



karcinomu (80 % všech plicních novotvarů). Úbytek svalové hmoty se objevuje i u jiných typů nádorů a někdy i v důsledku chemoterapie. U nemalobuněčného karcinomu plic ztrácí svalovou hmotu až 50 % nemocných a až 70 % v terminálním stadiu. Do současnosti provedla GTX osm klinických studií se 600 pacienty. Největší studie fáze IIa byla na 159 jedincích s různými typy nádorů. Primární endpoint – pokles úbytku svalové hmoty – byl splněn u všech probandů i v porovnání s placebem. Podávaná dávka byla 1 nebo 3 mg E denně nebo placebo současně s konvenční chemoterapií. Nežádoucími účinky E byly: únava, anémie, nevolnost a průjem. Vyrábět se bude pod názvem Ostarine®. Nyní se nachází ve III. fázi klinického zkoušení. Schválen FDA a EMA by měl být koncem letošního roku.

Zdroje: internet



# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Léčba diabetu mellitu 2. typu zahrnuje mnoho léčebných strategií. Podle mechanismu účinku lze antidiabetika (kromě inzulínu) rozdělit na 1. léčiva bránící „vstupu“ glukózy střevní stěnou (akarbóza – inhibicí střevních alfa-glukosidáz brání štěpení oligosacharidů na vstřebatelné monosacharidy), 2. léčiva zvyšující produkci inzulínu (inzulín z beta-buněk pankreatu vyplavují inhibitory DPP-4 a analoga GLP-1 díky tzv. inkretinovému efektu glukagon-like peptidu 1; deriváty sulfonylurey a glinidy uzavírají



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

každý na jiném místě  $K_{ATP}$  kanály, což vede k depolarizaci a otevření kalciových kanálů s následnou sekrecí inzulínu z beta-buněk), 3. léčiva snižující inzulínovou rezistenci tkání (glitazony – aktivují PPAR gama receptory, což vede ke zvýšení citlivosti na inzulín v buňkách jater, tukové tkáni a kosterním svalstvu; metformin – v játrech aktivuje signální enzym proteinkinázu aktivovanou AMP, a tím snižuje glukoneogenezi, zvyšuje transport glukózy do svalů, snižuje oxidaci mastných kyselin atd.). Je patrné, že koncepty působení léčiv zahrnují ovlivnění vstupu glukózy do organismu a jejího využití v organismu, nicméně doposud chyběl koncept léčiva, který by působil „na výstupu“ glukózy z těla (je známo, že moč těžkého diabetika je sladká).

Ledviny „očistí“ glomerulární filtrací zhruba 180 litru krve denně, tento primární filtrát obsahuje zhruba 162 g glukózy. Ledviny v principu působí jako „ochránce“ glukózy pro organismus (hlavně mozek). U zdravých lidí je téměř kompletně reabsorbována zpět, nicméně tento transport má svoji maximální kapacitu na zhruba 375 mg glukózy/minutu. U diabetiků bychom potřebovali, aby ledviny „odpouštěly“ nadbytečnou glukózu těsně nad hodnotami normoglykémie močí, nicméně protože ledviny jsou nastaveny jako „ochránce energie“, snaží se absorbovat co nejvíce glukózy, a proto u diabetiků zvyšují kapacitu reabsorpce glukózy (a tím podporují hyperglykémii). Z primární moči se glukóza reabsorbuje zpět do těla ve 2 částech proximálního tubulu. V části S1 je sodno-glukózový kotransportér (SGLT) 2, který má nízkou afinitu ke glukóze, ale vysokou kapacitu transportu, a je zodpovědný za 90 % reabsorpce glukózy. V části S3 proximálního tubulu je více zastoupen transportér SGLT1 (vysoká afinita, nízká kapacita), který se nachází také ve střevě a je spojen se signalizací vyplavení inkretinů. Sodík je v lumen tubulu ve vyšší koncentraci než v buňce, a proto se snaží vyrovnat koncentrační gradient (do buňky). SGLT využívá energii koncentračního gradientu sodíku a sodík nepustí do buňky dříve, než nenaváže také glukózu a až poté vpustí společně sodík s glukózou (po změně konformace) dovnitř buňky. V případě SGLT2 stačí 1 sodíkový iont, u SGLT1 jsou nutné ionty dva. Inhibice SGLT1 je v GIT spojena jednak s dysbalancí inkretinového efektu,

jednak nevstřebaná glukóza je využita bakteriemi s možným vznikem GIT dyskomfortu. Proto se jeví výhodná selektivita k transportéru SGLT2, který je zastoupen pouze v ledvinách a je zodpovědný za naprostou většinu reabsorpce glukózy.

## Farmakologické aspekty

Dapagliflozin je selektivní a reverzibilní inhibitor společného transportéru pro sodík a glukózu 2 (SGLT2). Kompetice s glukózou na transportéru nebo nedosažení dostatečných koncentrací v lumen tubulu jsou pravděpodobně příčinou, proč inhibitory SGLT obecně inhibují zhruba 50 % filtrované glukózy. Vzhledem ke snížení reabsorpce sodíku má dapagliflozin také diuretické účinky. Odplavení energie močí také snižuje hmotnost.

Biologická dostupnost dapagliflozinu je 78 %, maximální koncentrace je dosaženo po zhruba 2 hodinách. Vazba na

# Dapagliflozin

bílkoviny krevní plazmy je 91 %, distribuční objem je 118 litrů. Látka je metabolizována v játrech a ledvinách pomocí enzymu UGT1A9 na neaktivní glukuronid. CYP není zapojen. Eliminační poločas je 13 hodin. Protože stejných výsledků účinnosti bylo dosaženo ráno i večer, je dapagliflozin možné podat kdykoli ve stejnou denní dobu. Studie vlivu potravy ukázaly, že je možné jej podávat nezávisle na jídle.

## Klinické aspekty

Dapagliflozin byl zkoumán v 11 klinických studiích, z nichž patrně nejdůležitější jsou (dle navrhovaného indikačního omezení v žádosti o cenu a úhradu) studie v kombinaci s metforminem a/nebo inzulínem. V kombinaci s metforminem bylo dosaženo snížení HbA1c o 0,54 % (po korekci placebem, výchozí hodnota HbA1c 8 %), což značí mezi ostatními antidiabetiky zhruba střední účinek. Studie pacientů s nekontrolovaným diabetem 2. typu při léčbě inzulínem ukázala obdobné výsledky snížení HbA1c (-0,57 % po odečtení efektu placeba, výchozí hodnota HbA1c 8,5%). Jiná studie prokázala možné snížení dávek inzulínu na polovinu. Snížení hmotnosti se pohybuje kolem 2 kg/24 týdnů. Pokles systolického krevního tlaku je kolem 5 mmHg.

Během léčby dapagliflozinem docházelo k nízkému výskytu hypoglykemií (nízké koncentrace glukózy v séru vedou k nižšímu vyplavování ledvinami; dědičná porucha SGLT bývá asymptomatická). Obavy byly z dostupnosti glukózy v moči pro mikroorganismy. Ve studiích byl zaznamenán vyšší počet infekcí pohlavních orgánů vs. placebo, počet infekcí močových cest byl téměř srovnatelný vs. placebo. Vzácně může dojít k hypotenzii, dehydrataci. Hypoglykémie více hrozí v kombinaci s der. sulfonylurey.

Léčivý přípravek obsahující dapagliflozin se jmenuje Forxiga. Obvyklá dávka je 10 mg 1x denně p.o. Navrhovaná výše úhrady je srovnatelná s inhibitory DPP-4, jimž se podobá velikostí účinku, ovlivněním hmotnosti a nízkým výskytem hypoglykemií. Kromě „klasického“ segmentu pacientů s DM2 jako přídatná terapie k metforminu je o úhradu žádáno také v segmentu kombinace s inzulínem. Účinek je dle mechanismu působení na inzulínu nezávislý a zdá se být dlouhodobý.

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

# Armoracia rusticana G. M. Sch. – křen selský, (Brassicaceae)

**Armoracia rusticana G. M. Sch. – křen selský, (Brassicaceae).** Vytrvalá bylina, původní ve východní Evropě, dnes rozšířena ve všech světadílech, často zplaňující.

**Synonyma:** *Armoracia lapathifolia Gilib.*, *Cochlearia armoracia L.*

**Obecný název:** Horseradish (angl.), Meerrettich (něm.).

**Sbíraná část:** radix

**Droga:** *Armoraciae radix*

**Obsahové látky:** v celé rostlině glucosinoláty sinigrin (0,3 % v kořeni), glukobrassicin, neoglukobrassicin, glukonasturtiin a příbuzné látky. Po poranění pletiv enzym myrosináza (syn.  $\beta$ -thioglukosidasa) aktivovaná vitaminem C odštěpí glukosu z glykosidické vazby S-glc, následuje přesmyk uhlovodíkového zbytku aglykonu z uhlíku na dusík, z něhož se současně odštěpí síran alkalického kovu a vznikne substituovaný isothiokyanát, SCN-R. Např. ze sinigrinu vznikne allylizothiokyanát, s charakteristickým štiplavým zápachem, který tvoří v silici z usušeného kořene až 90% podíl. V kyselém prostředí proběhne přesmyk uhlovodíkového zbytku až na síru a z isothiokyanátu vznikne substituovaný thiokyanát R-SCN, štěpený na rhodanid, významný strumigen, v případě nízkého obsahu jódu v potravě. Glukobrassicin poskytuje kromě rhodanidu i indol-3-karbinol. Dále 0,3 % vitaminu C, deriváty sitosterolu, enzymy peroxidázy. V listu flavonoidy, především kemferol, kvercetin a jejich deriváty, např. rutin,  $\alpha$ -tokoferol,  $\beta$ -karoten. V semeni glucosinoláty glukokochlearin aj. V kořeni asparagin a malá množství různých minerálních látek.

**Účinky a použití:** v tradiční medicíně je využíván kořen při zánětech močových cest a horních cest dýchacích, úpravě střevní mikroflóry, močových kamenech, kolikách, dně, revmatizmu, ischiasu, jako diuretikum, stomachikum a proti střevním parazitům u dětí. Velmi dobrý je hyperemizující a protizánětlivý efekt křenové placky, získané ze směsi strouhaného kořene a mouky nebo strouhaných brambor, v poměru 1:1. Příkladá se pouze na 10 minut na bolavé svaly, šlachy, zanícené uzliny, dnou a revmatizmem postižené klouby apod. Místo se musí dodatečně ošetřit např. vepřovým sádlem. Macerát v červeném víně slouží k rozpouštění žlučových kamenů.

Při laboratorních testech bylo zjištěno, že peroxidáza izolovaná z kořenu patří mezi silné zhášeče volných radikálů a potencuje in vitro chemoterapeutický účinek indol-3-octové

kyseliny, dále je užívána v chemickém průmyslu, experimentálně k polymeraci zápachajících fenolických látek z prasečího hnoje i jiných materiálů. Izothiokyanáty vykazovaly chemoprotektivní účinky proti různým typům lidské rakoviny. 1,2-dilinenoyl-3-galaktosylglycerol potlačoval proliferaci buněk rakoviny tlustého střeva a plic. Naproti tomu, deriváty sitosterolu, sinigrin, glukonasturtiin a podobné látky tyto účinky nevykazovaly. V některých studiích ale sinigrin blokoval se 70% účinností peroxidaci lipidů. Antibakteriální účinnost kořene proti druhům *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli* a *Staphylococcus aureus*, je dáována do souvislosti především s allylizothiokyanátem, zvláště u infekcí močových cest a horních cest dýchacích jsou výsledky srovnatelné s antibiotiky. In vitro působí extrakty baktericidně proti streptokokům a stafylokokům. Byly prokázány spazmolytické, a hypotenzivní účinky kořene, dále protizánětlivé působení spojené s inhibicí COX-1, kdy ji nejsilněji inhiboval 1,2-dilinenoyl-3-galaktosylglycerol. Extrakt z kořene vykazoval antimutagenní aktivitu, ochraňoval DNA lymfocytů před experimentálním poškozením antibiotikem zeocinem. Prokázán byl insekticidní účinek vůči larvám druhu *Lycoriella ingenua* a larvám komára druhu *Aedes albopictus* (přenašeč viru tropické horečky dengue), akaricidní efekt plynného allylizothiokyanátu v případě bytového roztoče *Dermatophagoides farinae* (alergie, astma) byl vyhodnocen jako výhodnější nežli v případě toxického dibutylftalátu. Zjištěny velmi dobré fungistatické účinky 10% lihového extraktu proti potravinovým plísním *Sclerotium rolfsii*, *Fusarium oxysporum* a *F. culmorum*. Rifampicin v kombinaci s kořenem křenu poskytoval při léčbě lepry lepší výsledky než standardní postup. Allylizothiokyanát potlačoval rozvoj experimentálních poškození žaludeční sliznice vyvolaných ethanollem, indometacinem nebo aspirinem.



**Dávkování:** 6–20 g čerstvého kořene denně.

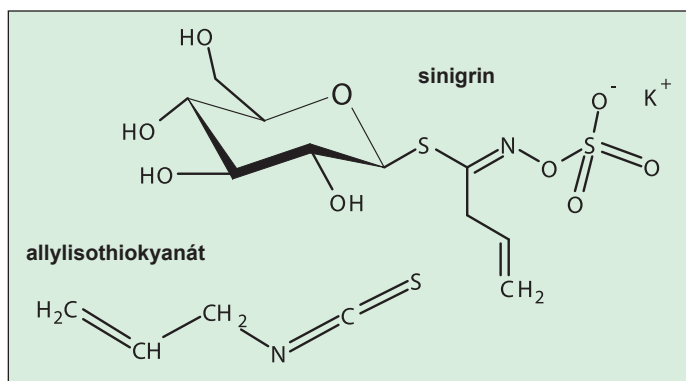
**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** pro nedostatek informací neužívat během těhotenství (možné abortivní účinky) a laktace, nepodávat malým dětem, při akutním zánětu močových cest, žaludečních vředech. Možné strumigenní účinky, alergické reakce a poruchy zažívání při vysokém dávkování.

**Interakce:** levothyroxin.

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

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrazek: Jan Kops (Wikipedia), vzor: autor





**D**ocela ráda jsem přijala nabídku uspořádat v našem městečku besedu o lécích, lékárně a lékárnickém povolání. Sice mě okamžitě napadlo, že by se z toho snadno mohla stát pouhá debata na téma poplatky a doplatky, ale zase to byla příležitost pokusit se dát lidem, kteří na takovou akci přijdou, nahlédnout do podstaty našeho povolání, která v současnosti tak dostává na frak...

Přizvala jsem na pomoc svou kolegyni a výzva zaujmout, poučit a snad i trochu pobavit začala dostávat konkrétní podobu. Aniž bychom obě tušily, že poučení a náměty k zamyšlení přinese i nám samým.

### Kola dějin melou stále totéž

*„Tak jako v kulturních dějinách lidstva existovala doba lidí s kroužkovou keramikou, doba lidí popelnicových polí, jednou se naší době bude říkat doba lidí pojídacích pilulky.“*

*(Zdravotnické noviny)*

Možná, že jsem přítomné hned v úvodu trochu překvapila krátkým zamyšlením nad tímto citátem. Okamžitě to však pomohlo rozptýlit případné podezření, že by snad mohlo jít o reklamní akci. Posloužilo mi také jako most k propojení linie dávné historie lékárenství s mými osobními vzpomínkami na jeho podobu v 80. letech a k jeho následné zásadní proměně do stavu, jaký zažíváme v současnosti. Přiznám se, že se mi při přípravách této exkurze do historie trochu tajil dech. Nejen při skládání střípků údajů o staré lékárně a listování receptářem plným ještě předválečných výstřižků a poznámek. Neodbytně se mi v mysli vršily úvahy nad tím, jak moc se celou tou štrapáci přes generace nesou a v pozměněných

podobách znovu vynořují problémy, jejichž nevidění a neřešení má neblahé důsledky – co je nejhorší, především pro nic netušící pacienty. Připomeneme-li si například, že už středověká pravidla obsahovala ustanovení, že si lékárník nesmí svévolně vytvářet ceny přípravků, že nesmí mít obchodní domluvu s lékařem... Co jiného jsou dnešní batohy a marketingové fígle s cenami léků? A jak to, že tehdejší instituce měly svými regulacemi v oblasti léčiv snahu občany opravdu chránit, ale naši dnešní politici a úřady před uvažováním nad důsledky v širších souvislostech tak urputně zavírají oči a jen přitakávají přání agresivních finančních skupin?

### Kouzlo laboratoře nezmizelo

Daly jsme příležitost „ožít“ historickým předmětům léta uloženým ve skříni. Původní úmysl zpestřit pořad ukázkou výroby pilulek a čípků s tím, že massu pillularum nahradí marcipán, lycopodium kakaový prášek a čípkovou hmotu čokoláda, přerostl do podoby workshopu, ve kterém jsme mimo jiné ukázaly vývoj výroby dělených prášků od „kanónu“ s voskovými sáčky přes pilulky a škrabové oplatky k dnešním želatinovým kapslím. Náhled do naší laboratoře obrazem i praktickými ukázkami doprovázenými povídáním o naší práci vyvolal opravdu živý zájem a atmosféru, na jakou asi hned

## Tára, rajbšál, theriak... dříve tak, dnes jinak. Ale lépe?

tak nezapomeneme. Ať si kdo chce co chce říká, laboratoř stále dělá lékárnou lékárnou.

### Cesta do hlubin léku

*„Prášek slouží jako dobrý džin, když od něj člověk čeká opravdu pomoc v nouzi. Ale když ty dobré džiny cítýruješ často a zbytečně i tam, kdy bys to zvládla vůlí, vymknou se ti z komanda a jsou z nich běsici.“*

*(Marie Kubátová, Recept na štěstí)*

Jak výstižněji uvést celý ten velký balík problémů spojených s užíváním léků? I odborník často žasne, laik bezradně kroutí hlavou a pak se snadno chytne zavádějící reklamy nebo „zaručené“ rady z internetu či od sousedky. A tak už jen základním roztříděním na léky a potravní doplňky, vysvětlením pojmů hlavní a vedlejší účinek, léková forma, účinná a pomocná látka, jsme pomocí příkladů snad trochu řádu do chaosu, v jakém nutně musí občan ty hory tabletek, lahviček, sáčků a ampulek vnímat, vnesly. Bylo toho hodně, a tak abychom těžkou teorii také trochu odlehčili, publikum jsme interaktivně zapojily hádankami a veselými historkami od táry. Mezi ujištěním, že theriak není dehtová mast a rajbšál zapařovací zábal na krk, si účastníci besedy odnesli i pár opravdu užitečných údajů, jakým je třeba doba platnosti lékařského receptu.

A proč to sem vůbec píšu? Protože to byla zkušenost, která stála za čas a úsilí tomu věnované, a třeba by mohla být pro někoho z vás inspirací. Utvrdila mě v tom, že lékárníky lidé nebudou vnímat jako obchodníky, pokud se jimi sami opravdu nestanou.

**PharmDr. Jarmila SKOPOVÁ**

# Nejen škola a praxe, ale i exkurze

Studium na VOŠ – obor Diplomovaný farmaceutický asistent (DFA) nezahrnuje jen školu a praxi v lékárně. Součástí výuky jsou různé exkurze do laboratoří a výrobních podniků, protože absolventi oboru DFA mohou najít uplatnění i ve výrobě, kontrole nebo distribuci léčiv.

K exkurzím jsme volili malé firmy, kde studenti mají možnost vidět zblízka některé výrobní operace, což exkurze ve velkých podnicích většinou neumožňují. Naši studenti (VOŠZ A SZŠ Praha 1, Alšovo nábřeží) sbírají dále komunikační dovednosti i prezentacemi v domově pro seniory. Získávají tím cenné zkušenosti jak v prezentačních dovednostech, tak v komunikaci se starými lidmi.

V laboratoři **Ústavu soudního lékařství a toxikologie** se každoročně seznamují s analýzou biologického materiálu s obsahem nejčastěji zneužívaných drog (pervitin, efedrin, deriváty benzodiazepinů, kokain atd.), nadužívaných léčiv metodou tenkovrstevné, plynové a kapalinové chromatografie. Metoda tenkovrstevné chromatografie byla realizována od praktického zhotovení tenké vrstvy, přes nanášení vzorku, vyvíjení a způsoby vizualizace až po vyhodnocení a dokumentaci chromatogramu přímo se studenty. Letos je zaujal hlavně aktuální problém – analýza při otravě metanolem separačními metodami.

Stejně tak nezastupitelné jsou exkurze v diagnostické laboratoři lipidů **Ústa-**

**vu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK.** Rovněž zde je exkurze vedena přímou účastí studenta na analýze vzorku.

Mnoha dotazy studenti projevují nevšední zájem o další možnost svého uplatnění v praxi: *Jak probíhá izolace vzorku z biologického materiálu? Jak je analýza obtížná? Za jak dlouho se zapracují? Jaká je spolupráce laboratoře s lékaři? Kolik stojí taková analýza?* Důležitá je i skutečnost, že obě exkurze ve výše uvedených laboratořích jsou vedeny bývalými absolventy naší školy nebo současnými externími učiteli.

Ve výrobním podniku **Herbadent s.r.o.** měli studenti možnost vidět zařízení na extrakci rostlinného materiálu a seznámit se s postupem extrakce rostlinných drog, používaných ve výrobcích Herbadentu. Zážitkem byly sklepy se spoustou sudů, ve kterých zrají léčebná vína, zaujala i více než stoletá tradice firmy; pro mnohé byly překvapením i sportovní aktivity hostitelské společnosti.

Dalším podnikem, kde studenti měli pro změnu možnost vidět v činnosti malý stolní tabletovací lis, automatickou plničku kapslí, zařízení k homogenizaci sypkých látek a další menší zařízení, např. na blistrování, potiskování apod., je **Corposan, s.r.o., Česká Třebová**, specializující se na zakázkovou výrobu doplňků stravy. Zde získali představu o tom, co všechno musí i malá výrobní firma splňovat a jaká zařízení musí mít,

aby vyhověla podmínkám správné výrobní praxe. Sami studenti řekli o exkurzi: *Ukázali nám v chodu zařízení, o kterých jsme si říkali v teorii na hodinách přípravy léčiv, málokdo z nás si je ale dokázal skutečně představit. Měli jsme možnost udělat si obrázek o výrobě některých lékových forem, jako jsou tablety nebo změny prášek.*

## Přednášky pro seniory

Obvykle se přednášek v Domově pro seniory v Krči účastní studentky a studenti druhého ročníku. Prezentace jsou na různá témata, která mohou posluchače zajímat z praktického hlediska i pro rozšíření znalostí či získání nových informací z oboru farmacie. V minulých letech studenti informovali seniory o vitamínech a multivitaminových přípravcích, o probiotikách, o bylinných čajích, o léčivých rostlinách, letos o rostlinách v domácím léčení a jedovatých rostlinách. S velkým zájmem bylo přijato i téma lékových forem, kdy studentky ukázaly například plnění želatinových tobolek či přípravu masti. Téma bylinných čajů bylo zase spojeno s jejich přípravou a ochutnávkou. Tuto akci hodnotili velmi kladně vedoucí pracovníci domova i jeho obyvatelé. Samotní studenti podle svých slov byli překvapeni, co všechno stařečky zajímá, na co se ptají, z čeho mají obavy...

**PharmDr. Marie LOUČKOVÁ**  
vedoucí oboru DFA



Na exkurzi ve společnosti Herbadent byly opravdovým zážitkem sklepy se spoustou sudů (foto vpravo), ve kterých zrají léčebná vína.



# Přečetli jsme aneb Sliby se slibují...

Stará známá věta říká: Sliby se slibují, blázní se radují.“ V rámci socialistického zdravotnictví jsme měli i socialistické lékárenství. Vyznačovalo se například tím, že lékárny byly zařazeny v systému OÚNZ (případně KÚNZ). V čele organizace stál okresní (krajský) lékárník, později jsme se dopracovali i k řediteli lékárenské služby na okrese či na kraji.

I přesto, že na vrcholu celého systému vládl ÚV KSS (respektive KV KSS, případně OV KSS), lékárenství si zachovalo výraznou míru samostatnosti, a to hlavně tehdy, když příslušný ředitel lékárenské služby vyhradil větší či menší míru nezávislosti a dokázal v systému „vybicyklovat“ tak, aby tato míra samostatnosti byla zachována.

Pár takových jsem osobně znal, například i můj první okresní šéf RNDr. PhMr. Zoltán Černík (26. 4. 1927). Ten určitě, když tak z výšin své nebeské lékárny sleduje vývoj slovenského lékárenství, musí se velice převelice divit. Praktické lékárenství se mezi jiným vyznačovalo i tzv. těžkotonážní farmacií. Je to terminus technicus, který jsem poprvé slyšel od svého kolegy PharmDr. Františka Tamera

(generikum Milan Tamer), který se tento termín snažil z naší profese eliminovat. Až se jednou stal takový malý zázrak a všechny ty ÚV, KV a OV padly.

Začala éra naší samostatnosti, lékárenská služba se úplně osamostatnila od ÚNZ, začala privatizace, začala se likvidovat těžkotonážní farmacie, plánování zahraničních léků a mnohé jiné věci, které nás lidi z praxe sem tam i potěšily. Těšili jsme se na skvělou a pěknou budoucnost. Slibovali nám hory doly a my jsme se těšili na to, že skončí těžkotonážní farmacie a dodavatel nám dodá i malé množství léků, dokonce víckrát za den.

Těšili jsme se, že skončilo plánování zahraničních léků a lékárna mohla objednat, co potřebovala, i když ten lék vyráběli ve Švýcarsku, Rakousku apod. Těšili jsme se na to, že o svých věcech budeme rozhodovat sami a že odborné názory převáží nad politikou, politikařením, obchodními zájmy lidí stojících mimo lékárenství. Bohužel, nepodařilo se.

Jsem v praxi 36 let a pochopil jsem například to, jak se cítili naši kolegové, když začátkem 50. let přicházeli o lékárny ne z důvodů ekonomických, ale poli-

tických. Dnes mám dojem, že to je opačně. Tehdy pobíhaly po lékárnách politické agitky v modrých košilích, dnes jsou to nepolitické agitky ve slušivých oblecích, „načipované“ jen na určitý systém práce.

Už se nám začíná vracet i těžkotonážní lékárenství. Objednáš hodně, dostaneš tričko, pero, vitamínky, a tak máš vázané finance v zásobách a nikdo se nemusí starat, jak vyřešit každodenní zásobování lékárny určitými přípravky. Pomalu se nám začíná vracet i systém vybraných lékáren, kde při výdeji chybí už jen razítko na receptech „důvěrný lékař OV KSS“. Zkrátka, už můžu jen konstatovat: „Sliby se slibovaly, blázní se radovali.“

Mnohé věci se už nedají vrátit, nejsou peníze, chybí politická vůle a ti, kteří by to mohli změnit, mají vlastní lékárny a tento systém lékárenství jim vyhovuje.

**PharmDr. Ján VALJAN**

P.S. Je to trochu smutná vzpomínka starého dinosaura, ale tak potichu vám musím říct, že je pár věcí, které jsme si zavinili sami. Ale o tom možná příště...

(Převzato ze slovenského časopisu Lékárnické listy č. 5/2013)



*Horko, nebo mráz,  
hlavní je mít léky  
vždycky pěkně  
při ruce, v tomto  
případě za čelním  
sklem automobilu.*

**Foto:**  
**Mgr. Pavel KULIČKA**

## Antimikrobiální rezistence

Podle PharmDr. Jiřího Skalického Ph.D., poslance Parlamentu ČR, je antimikrobiální rezistence stále narůstajícím problémem, který se nevyhýbá ani České republice. Evropská komise uvádí, že v členských státech každoročně umírá na infekce a oemocnění odolná vůči antibiotikům 25 tisíc osob.

V důsledku toho se zároveň zvyšují náklady na zdravotní péči zhruba o 1,5 mld. eur. Je nutné uvážlivě užívat léky a důsledně dodržovat preventivní hygienické zásady ze strany lékařů i pacientů. V boji s rezistencí pomůže i vývoj nových účinných léčiv a zdravotnických technologií i koordinovaná mezinárodní spolupráce.

Stejně bakterie mohou u různých pacientů vyvolat odlišně závažná oemocnění. Před nasazením antibiotik je proto vždy nutné zjistit, zda je daná bakterie skutečně původcem infekce či

onemocnění, jak se chová a reaguje. Teprve na základě těchto informací může lékař doporučit nejvhodnější možné antibiotikum s nejvyšší pravděpodobností úspěšné léčby.

„V dnešní době bohužel existují nejenom tzv. multirezistentní bakterie, tedy takové, které jsou rezistentní k antibiotikům ze tří různých skupin, ale i bakterie panrezistentní. Ty nereagují na léčbu žádným dostupným antibiotikem v současné době. Dostáváme se tak postupně do situace, kdy některé infekce nejsme schopni léčit vůbec,“ uvádí MUDr. Václava Adámková, primářka Klinické mikrobiologie a Antibiotického centra VFN a 1. LF UK.

„V Evropské unii se podíl rezistentních bakterií značně liší, což úzce souvisí mj. se spotřebou antibiotik. Například Řecko a Kypr mají přibližně třikrát vyšší spotřebu antibiotik na obyvatele a rok než Nizozemsko, které jich používá nejméně,“ vysvětluje Mgr. Jakub Dvořáček, výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu. Vzhledem k souvislosti mezi množstvím užívaných antibiotik a výskytem rezistence bakterií tedy nepřekvapí, že právě Řecko a Kypr vykazují vysokou úroveň rezistence.

V České republice je spotřeba antibiotik víceméně stabilní. Každý rok je využito cca 15 milionů balení, což představuje přibližně 70 tun antibiotik. V oblasti komunitních původců nemoci, tj. těch, kteří se běžně vyskytují v populaci (např. pneumokokové infekce), je rezistence spíše na nižší úrovni.

Naopak v oblasti nemocničních infekcí, které se objevují mj. po operačních zákrocích (např. multirezistentní enterobakterie), je úroveň rezistence vyšší.

**Evropská komise již v roce 2011 připravila akční plán pro boj s antimikrobiální rezistencí,** který v České republice koordinuje a realizuje Národní antibiotický program na základě usnesení vlády ČR. Důležitou roli hraje také SÚKL, který v souladu se zákonem o léčivech zajišťuje, aby byla používána pouze takové léčiva, která jsou v souladu s dostupnými a aktuálními vědeckými poznatky, kvalitní, účinná a bezpečná.

Akční plán se opírá o tyto základní předpoklady úspěšného boje s rezistencí vůči léčivům: 1. Uvážené používání ATB v praxi. 2. Zabránění antimikrobiální rezistencím a jejich šíření. 3. Vývoj nových léčiv. 4. Mezinárodní spolupráce.

**Zdroje:** AIFP, [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz), [www.olecich.cz](http://www.olecich.cz)

## Na okraj významné tradice

Nedlouho po vzniku Československé republiky založila v roce 1923 Ústřední komise pro sběr léčivých rostlin kulturu léčivých bylin v sadu bývalé „Kadetky“ v Praze IV. V roce 1937 se podařilo získat výhodnější pokusnou plochu v sadu Státního zdravotního ústavu, jež měla sloužit hlavně k vědecko-pokusným účelům. Ta byla rozdělena do dvaceti hlavních skupin podle účinných sloučenin obsažených v rostlinách.

Další kultury léčivých a technických rostlin se nalézaly ve Státním výzkumném ústavu zemědělském v Újezdě u Průhonice na rozloze 1,2 ha. Souvisely s průhonickým parkem a velkostatkem, který zaujímal 270 ha polností zaměřených na výzkumnictví. Na Moravě byly kultury léčivých rostlin v Zemském výzkumném ústavu zemědělském.



Vysoká úroveň v organizování sběru, výzkumu a šlechtění léčivých rostlin v Československu dala podnět k uspořádání VI. Mezinárodního kongresu pro léčivé, aromatické a příbuzné rostliny ve dnech 15.–17. září 1938 v Praze. Měl velký úspěch, i když byl poznamenán atmosférou ohrožení republiky Němci.

Po válce již byly ve čtyřletém studiu farmacie zařazeny přednášky Zpracování léčivých rostlin, které na Univerzitě Karlově vedl prof. Eduard Skartnitzl.

Zásadním obratem v pojetí výuky

a výzkumu v oblasti léčivých rostlin bylo zařazení přednášek z farmakoergazie na Farmaceutické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Toto oddělení vedla odborná asistentka dr. Věra Košová. Společně s doc. Vladimírem Homolou založili v roce 1952 Zahradu léčivých rostlin v Brně na Kraví hoře, která se v té době stala jedinou a jedinečnou nejen v naší republice, ale také v celé Evropě, a získala mezinárodní význam.

K tomuto úspěšnému vývoji našeho pěstování, výzkumu, šlechtění a zpracování léčivých rostlin je nutné podívat se stručně do historie tohoto oboru. Kultury léčivých rostlin byly především v klášterních zahradách a lékárnici po staletí, byť to v dřívějších dobách byla prakticky jediná materia medica, se proto věnovali léčivkám. V minulosti máme velmi názorný příklad v osobnosti G. J. Camella, pocházejícího ze zemí Království českého. Tento lékárník založil v Manile na ostrově Luzon v podmínkách tropické flóry zahradu, kde též realizoval svá pozorování. Získané poznatky, kresby oblasti flóry a fauny a herbářové položky zasílal do Evropy (viz obr.).

Naši lékárníci s dalšími výzkumníky a zahradníky přispěli k rozvoji pěstování léčivých rostlin i navazujícího chemického výzkumu obsahových sloučenin v těchto rostlinách. Je významné, že tato tradice stále pokračuje.

**Dr. Libor NOVÁČEK**

# Imunomodulační účinky huminových kyselin



V humánní praxi je aplikace huminových kyselin spíše rozporuplná. Během posledních deseti let přibyla řada experimentálních prací, které se snaží popsat a vysvětlit zdravotní rizika a naopak benefity spojené s jejich užíváním. Rozvíjející se evropská legislativní regulace pravděpodobně výrazně přibrzdila jejich aplikaci do doplňků stravy.

Mgr. Tomáš Volný

Huminové kyseliny řadíme mezi tzv. huminové látky (huminy, huminové kyseliny, fulvokyseliny aj.), které jsou běžně rozpuštěné v povrchové vodě, jsou v půdě a k nejbohatším zdrojům patří rašelina (hnědě zbarvená voda vytékající z rašelinišť je velmi bohatá na huminové látky). Jsou degradačními produkty mikrobiálního rozkladu odumřelých rostlinných tkání, vznikají rozkladem ligninu, kutinu nebo melaninu za vzniku makromolekulárních huminů, ty se rozkládají na huminové kyseliny, dále na menší molekuly jako jsou fulvokyseliny a pozvolna se rozkládají až na oxid uhličitý a vodu. Za určitých podmínek se huminové kyseliny mohou i syntetizovat z fulvokyselin a jiných přírodních látek. Huminové kyseliny (HU) jsou přírodní látky polymerní, aromatické povahy s významnou proměnlivostí (vysoká heterogenita a polydisperzita) molekuly, z čehož pramení řada potíží s jejich chemickou definicí a standardizací, je také zdrojem rozdílu mezi přírodními a synteticky připravenými HU, a to nejen ve vztahu k biologické účinnosti. HU jsou kyselé, velmi reaktivní látky schopné snadno vytvářet komplexy zejména s vícemocnými kationty a s těžkými kovy. Proto jsou HU při úpravě pitné vody cíleně odstraňovány a jejich obsah v pitné vodě je kontrolovaným kvalitativním parametrem.

Řada autorů se zaměřuje na popis významu HU v rozvoji tzv. blackfoot disease (dlouhodobě se rozvíjející intoxikace arsenem spojená s řadou patologických projevů a se zvýšením rizik onkologických onemocnění; vyskytuje se například v některých oblastech Taiwanu a Číny; otrava se projevuje rozvojem cévních onemocnění a gangrén, proto „onemocnění černých chodidel“), za jehož příčinu je považován vysoký obsah komplexu HU s arsenem v pitné vodě. V in vitro preklinických experimentech, ale také u experimentálních modelů zvířat byl spolehlivě prokázán cytotoxický účinek komplexu HU s těžkými kovy nebo s železem zejména v oblasti endotelové výstelky cév, kde stimuluje rozvoj aterosklerózy, indukuje oxidativní stres, stimuluje lipoperoxidaci s cytotoxickým dopadem na erythrocyty. Několik autorů se také experimentálně zaměřilo na potenciální rizikovitost chlorovaných HU, které mohou vznikat při úpravě pitné vody. Prozatím v preklinických experimentech na zvířecích modelech nepotvrdili podezření kauzálního vztahu se zvýšeným rizikem některých onkologických onemocnění. Z uvedeného je také zřejmé, že HU s definovanou fyzikálně-chemickou kvalitou lze využít jako látky s chelatační aktivitou, s jejichž pomocí lze vyvázat nejen těžké kovy, železo, ale také ně-

kteří mykotoxiny (aflatoxiny). Tyto příznivé účinky se uplatňují zejména ve veterinární aplikaci HU, kde je fortifikace krmiva HU často spojována s vyšší užitkovostí hospodářských zvířat. Současně tyto poznatky jasně ukazují na nutnost pečlivé kontroly chemické kvality HU přírodního původu izolovaných z rašeliny (nejen kontrola obsahu těžkých a ostatních kovů, ale také obsahu herbicidů a pesticidů, protože byly popsány komplexy i s těmito látkami).

Samostatným tématem je vliv HU kyselin na humorální a buněčnou aktivitu imunitního systému. Na tyto účinky se soustředí naprostá většina publikovaných prací, převažují experimenty na buněčných modelech, klinické zkušenosti významné výpovědní hodnoty v podstatě chybí. HU stimulovaly apoptózu buněk lidské leukémie (HL-60, KU-812), byla potvrzena i stimulace apoptózy lidských endotelových buněk a králičích chondrocytů. Byla popsána na koncentraci závislá interakce HU s několika typy enzymů kináz v neutrofilech (bílé, fagocytující krvinky podílející se na protibakteriální imunitní odpovědi), která zesiluje adhezi neutrofilů. HU také prokazatelně zasahuje do imunitního mechanismu klíčové důležitosti, omezuje vazbu NF-kappaB nukleárního faktoru na geny (například v lymfocytech B) kódující syntézu imunoglobulinů důležitých pro imunitní odpověď. Také inhibuje degradaci proteinu I kappa B, který vytváří s NF-kappaB faktorem neaktivní komplex (po uvolnění proteinu z komplexu se NF-kappaB faktor aktivuje). Je však problematické predikovat význam těchto aktivit HU, mohou být vnímány příznivě, ale mohou být také součástí rozvíjejících se patologických procesů. V nevýznamném klinickém experimentu byla u zdravých dobrovolníků



při 14denním podávání 100–600 mg přírodních HU denně prokázána stimulace fagocytární aktivity granulocytů. V jiném experimentu bylo u zdravých dobrovolníků užívajících 100 mg přírodních HU denně prokázáno po 14 dnech zvýšení počtu lymfocytů T. Z doposud publikovaných zkušeností nelze usuzovat na racionální imunomodulační aplikaci HU v humánní praxi. Potenciál HU je pravděpodobně v jiných aplikacích (komplexy s léčivými látkami, polymerní nosiče, polymerní gelotvorné látky aj.).

(Reference jsou uloženy u autora).

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



Dostal se nám do rukou zajímavý zpěvníček, jehož autorem je lékárník PharmDr. Lubomír Jaroš z Hrádku nad Nisou. Součástí zpěvníku nazvaného Píseň velikonočních jezdců je CD. Píseň nastudoval Novohradský smíšený sbor pod uměleckým vedením Hany Kudrnové. Velikonoční jízda je dávný slovanský zvyk, dochovaný do dnešní doby u Lužických Srbů. Má podobu ryze křesťanského svátku, její původní význam byl však hospodářský – ochránit pole a statky před zlými silami. Píseň velikonočních jezdců je jedním z prvních kroků, které mají tento prastarý obyčej probudit k životu také u nás.

První jízda českých velikonočních jezdců se uskutečnila ve Václavících letos 1. dubna. Koňský průvod v české části Lužice se však od srbských poněkud lišil – konal se v pondělí, součástí průvodu byly i ženy a právě pro tuto jízdu byly připraveny již zmiňované zpěvníčky s vlastním českým textem a nápěvem. **(dop)**

**V** červenci vyhláší Světová zdravotnická organizace WHO Světový den hepatitidy. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím si připomínáme Světový den alergie, Světový den populace a Světový den bezpečnosti pacientů. Na srpen připadají z akcí vyhlášených WHO Světový týden kojení a Světový humanitární den. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím se slaví Mezinárodní den původních obyvatel a Mezinárodní den mládeže.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

fyzilogii a medicínu (spolu s D. C. Gajduskem, 1976) a objevitele viru hepatitidy typu B.

### Nemohu být já tím dvanáctým?

Slogan „Nemohu být já tím dvanáctým?“ reflektuje celosvětové statistiky, že jeden ze 12 lidí žije s virovou hepatitidou typu B nebo typu C. Hepatitida (žloutenka) je onemocnění jater, které postihuje v celosvětovém měřítku přibližně 500 milionů lidí. Rozlišujeme celkem sedm druhů hepatitidy, ale nejčastěji na celém světě onemocní lidé prvními třemi typy: A, B a C. Pro hepatitidu A je typický přenos špatnou osob-

# Světové dny WHO červenec – srpen

## Světový den hepatitidy

**Světový den informovanosti o hepatitidě** (World Hepatitis Awareness Day, WHAD); **Světový den boje proti hepatitidě/Světový den hepatitidy** (World Hepatitis Day, WHD):

Světový den boje proti hepatitidě prošel vývojem doprovázeným změnami názvu i data konání. Vyústěním úsilí řady patientských skupin bylo zavedení Mezinárodního dne informovanosti o hepatitidě typu C dne 1. října 2004. V roce 2005 byl přejmenován na Světový den informovanosti o hepatitidě typu C. V letech 2006 a 2007 nesl označení Světový den informovanosti o hepatitidě a od roku 2008 se setkáváme s oficiálním názvem Světový den boje proti hepatitidě. Poslední změně předcházelo vytvoření Světové aliance proti hepatitidě (World Hepatitis Alliance, WHA) v roce 2007 a sjednocení patientských skupin (hepatitida B, hepatitida C) na celém světě. Ta dnes sdružuje více než 280 patientských organizací z celého světa a zastupuje přes 500 milionů pacientů.

Změnilo se také datum – místo 19. května to je 28. červenec. Bylo zvoleno 63. Světovým zdravotnickým shromážděním (2010) na počest prof. B. S. Blumberga (narozen 28. 7. 1925, zemřel 2011), laureáta Nobelovy ceny za

ní hygienou nebo znečištěnými potravinami, zatímco hepatitidy B a C se přenášejí krví a dalšími tělními tekutinami. Ve světě se viry hepatitidy A a B objevují v nejvyšší míře v zemích Latinské Ameriky, Afriky, jižní a jihovýchodní Asie. V Evropě zaznamenává Středomoří několikanásobně vyšší výskyt hepatitidy A než ČR.

## Algoritmus WHD 2010

K podpoře zdraví, prevenci a zamezení šíření hepatitidy může sloužit algoritmus doporučení WHD 2010:

- **Prevence** („Chraňte se“). Znalost rizikových faktorů a způsobů nákazy hepatitidou B a C je nejdůležitějším krokem v prevenci.
- **Diagnostika** („Nechte se vyšetřit“). Absolvovat test na hepatitidu B a C lze rychle a jednoduše; pokud si myslíte, že byste mohli být žloutenkou ohroženi, nechte se vyšetřit okamžitě.
- **Ochrana** („Nechte se očkovat“). Před hepatitidou B se lze chránit vakcinací (proti hepatitidě C bohužel žádné očkování neexistuje).
- **Léčba** („Začněte se léčit“). Léčba hepatitidy B a C je v mnoha případech úspěšná.

Literatura u autora



# Švédsko: podobnost jen zdánlivá

Když dva dělají totéž, nemusí to být nutně totéž. Také ve Švédsku jsou v hledáčku tvůrců lékové politiky takřka shodná témata jako u nás: úspory, úprava cenotvorby, referencování cen, pozitivní listy a generická substituce. Před dvěma lety, v květnu 2011, ohlásila švédská vláda, že bude nutné přezkoumat pravidla pro stanovení cen a úhrad léčiv, a to včetně léků pro terapii vzácných onemocnění a biologickou léčbu. V rámci toho měla být prozkoumána také možnost použít mezinárodní referenční ceny ve švédském modelu regulace cen léčiv.



PharmDr. Stanislav Havlíček

Cílem bylo zajistit, aby byly ceny léčiv ve Švédsku stejné nebo nižší jako ve srovnatelných zemích, jakými jsou Dánsko, Norsko nebo Velká Británie.

Tento vládní návrh na přezkoumání systému stanovení cen a úhrad léčiv byl oznámen v kontextu s rostoucí nepřehledností systému a často se opakující situací, kdy jsou ve Švédsku léky, kterým již vypršela patentová ochrana, často mnohem dražší než v okolních zemích. Ceny léčiv na švédském trhu byly totiž přezkoumávány spíše nahodile, případ od případu nebo v konkrétních terapeutických skupinách. Systém byl také opakovaně kritizován výrobci, kterým neumožňoval vstupovat do jednání o objemových slevách, sdílení rizik a dalších dohodách o benefitech.

První polovina vládního přezkumu byla, společně s návrhy opatření k efektivnímu stanovení cen, zveřejněna v listopadu 2012. Druhý soubor doporučení publikovaný na jaře 2013 měl navrhovat řešení problémů v oblastech dispence léků na recept, stanovení úhrad a v problematice léků pro vzácná onemocnění.

## CENOTVORBA

Autorský kolektiv navrhuje systém stanovení cen založený na kombinaci terapeutické hodnoty a mezinárodní referenční ceny, přičemž pro nové inovativní léky by se uplatňovala spíše pravidla hranice ochoty platit a potřebnou dynamiku by do systému dodalo mezinárodní referencování cen léčiv. Ceny léčivých přípravků by se stanovovaly podle následujících principů:

- Cena nových inovativních léků bude i nadále stanovována podle stávajícího systému.

- U cen léčiv, pro které byla úhrada stanovena minimálně 5 let, bude cena vypočítána jako průměr cen na šesti srovnatelných referenčních trzích. Navrhovány jsou: Rakousko, Belgie, Dánsko, Finsko, Nizozemí a Norsko.
- Po deseti letech v systému úhrad bude nákupní cena lékárny pro jednotlivé přípravky stanovena jako průměr nejnižších nákupních cen v referenčních zemích, pokud nebude švédská cena nižší.
- Ceny budou stanoveny vždy k 1. lednu kalendářního roku na základě cen z referenčních trhů v říjnu roku předcházejícího.

Jako referenční byly navrženy trhy v zemích, které mají zdravotní péči hrazenou z veřejných prostředků podobným systémem jako Švédsko.

## ÚSPORY

Od zavedení systému mezinárodního referencování cen si švédská vláda slibuje dosažení úspory ve výši 277 milionů eur v prvním roce po zavedení. Přesto je zřejmé, že nový systém referencování naneštěstí nemůže přinášet signifikantní úsporu v dlouhodobém horizontu. Je to dáno také tím, že ceny nových inovativních produktů, které jsou na trhu méně než 5 let, jsou výrazně blíže průměrným cenám na srovnatelných referenčních trzích.

## GENERICKÁ SUBSTITUCE

V přezkoumacím řízení se znovu ukázala prospěšnost generické substituce, která byla ve Švédsku zavedena v roce 2002. Přesto se při jejím uplatňování objevují drobné problémy, na které

zpráva upozorňuje a zároveň navrhuje řadu opatření k jejich eliminaci. V současném nastavení pravidel generické substituce jsou lékárníci povinni vydávat cenově nejvýhodnější generika podle seznamu, který je měsíčně aktualizován pro jednotlivé substituční skupiny. Měsíční lhůta pro aktualizaci je často kritizována zejména s ohledem na rizika chybné medikace u některých chronických pacientů, zejména s ohledem na jejich věk nebo počet užívaných léčiv. Kromě toho se příliš velká frekvence změn negativně odráží v nákladech, které v lékárnách vznikají v souvislosti se zajišťováním a logistikou, což následně snižuje faktickou a ekonomickou dostupnost léčiv pro pacienty. V reakci na tyto obavy zpráva doporučuje:

- Prodloužit interval pro aktualizaci seznamů z jednoho na dva měsíce. To by mělo umožnit efektivnější plánování, a tím také účinnější kontrolu nákladů na logistiku v lékárnách.
- Lékárníkům by měla být dána pravomoc vydávat s ohledem na bezpečnost pacientů přípravek, který již pacient užívá, a to i za předpokladu, že je předepsán přípravek jiný. Cílem návrhu je zabezpečit, aby byl pacient léčen stejným přípravkem po celou dobu medikace a snížilo se riziko lékové chyby.
- Pro výrobce by měla být stanovena povinnost oznámit nebo registrovat také upozornění na nejlevnější cenu, aby se zabránilo nesprávnému zařazení nebo vyřazení ze seznamu a také aby bylo možné včas reagovat na jeho nedostatek na trhu.
- Měly by být také zavedeny lhůty pro doprodeje. V současné době mohou lékárníci vydávat nejlevnější generikum ze seznamu v předchozím měsíci po dobu 15 dnů následujícího měsíce za cenu a úhradu platnou v době, kdy byl tento přípravek zařazen do seznamu. Ukazuje se, že pro nízkooobrátkové přípravky je tato lhůta příliš krátká a u rychloobrátkových přípravků zase zbytečně dlouhá. Nové opatření by mělo zavést diferencovanou lhůtu doprodeje pro jednotlivé skupiny přípravků.
- Léková agentura bude oprávněna monitorovat a zjišťovat výpadky léčiv na trhu a přijímat opatření k nápravě,

včetně speciálních registračních podmínek.

- Lékárnám, které nebudou provádět generickou substituci podle nastavených pravidel (starých i nových), by mohly být udělovány správní pokuty.
- Vláda by měla pomocí kampaní zvýšit povědomí pacientů o generické substituci.
- Na obalech léčiv by měl být zdůrazněn název a obsah účinné látky, aby bylo možné lépe informovat pacienty o tom, který léčivý přípravek jim byl předepsán, vydán a jak jej bezpečně užívat.

### POVINNOSTI PŘI ZÁSOBOVÁNÍ A VÝDEJI LÉČIV

Zpráva se zároveň zaměřila na přezkoumání podmínek nastavených pro dodavatelský řetězec. V roce 2009 totiž skončil státní monopol v zásobování obyvatelstva léčivy. Od 1. července 2009 mohl být nastartován prodej lékáren státního řetězce APOTEKET AB a také začaly vznikat nové lékárny. V průběhu deregulace bylo nově otevřeno 339 lékáren, což je mnohem víc, než se očekávalo. Tento neočekávaný

nárůst počtu lékáren vyvolává řadu otázek pro celý segment poskytování lékárenské péče. Například se ukazuje, že v nových lékárnách chybí znalosti lékové historie a místních potřeb pacientů.

Zpráva také konstatuje, že od zavedení deregulace roste nespokojenost pacientů se zajištěním a dostupností léčiv na předpis. V těchto souvislostech je navrhováno:

- Stanovit lékárnám povinnost dodávat vybraná léčiva.
- Více uplatňovat již nastavené pravidlo pro lékárny, vydat předepsaná léčiva do 24 hodin od předložení receptu. Případné výjimky by měly být definovány přímo v legislativě.
- Provozovatelé lékáren by měli společně s farmaceutickým průmyslem vypracovat postupy a podmínky pro efektivní nakládání s léčivými přípravky. Měla by být nastavena pravidla pro zpětný odběr nadbytečných zásob, rychlost zásobování, skladování, minimální dobu použitelnosti dodávaných léčiv a další otázky, které se týkají udržování zásob.
- Lékárnám by mělo být umožněno také přímo obchodovat mezi sebou,

aby byla pacientům zajištěna lepší dostupnost přípravků.

- Pokud není lékárna schopna zabezpečit léčivý přípravek pacientovi, měla by mít povinnost informovat pacienta, kde může svůj lék získat.
- Apotekens Service AB, která je zodpovědná za lékárny dříve provozované společností APOTEKET AB, by měla vybudovat společný elektronický vyhledávací systém, který umožňuje zjistit, která lékárna má konkrétní léčivý přípravek skladem. Tento vyhledávací systém by měl být otevřen pro všechny, lékaře, lékárníky i pacienty.

Švédská vláda očekává, že navrhovaná reformní opatření budou připravena do legislativy tak, aby mohla být přijata a účinná od 1. 7. 2014. Pro eliminaci případného nesouhlasu průmyslu při zavádění referencování cen léčiv je navrhováno, jako ústupek průmyslu, aby úspory, generované právě referencováním cen, byly použity pro urychlení zavádění nových léků na švédský trh.

**Zdroj:**

PGEU, Economics newsletter

# Zahraničná prax mi veľa priniesla

Všetko sa to začalo 30. 9. 2012. Áno, v Mníchove som už bola, ale s toľkou batožinou a sama, to veru ešte nie! Netuším ako sa dostanem na miesto stretnutia, ale ľudia sú prívetiví a ochotne pomôžu. Našla som to. Po príchode

Pred dverami som ešte zaváhala: Vstúpiť, nevstúpiť, to je otázka! Sčítala som si všetky pre a proti, otvorila dvere, nsmelo pristúpila a predstavila sa, kto som, čo som a odkiaľ som. Všetci boli milí, predstavili sa, ukázali mi pries-

tory lekárne, vysvetlili čo, kde nájdem... Dostala som plášť a ceduľku so slovenskou a anglickou vlajkou a s mojou funkciou – Pharmaziepraktikantin.

*Pokračovanie na ďalšej strane*

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

na miesto som dostala inštrukcie ako ráno prídem do lekárne a to bolo všetko. Vidieť, že veci neriešia a s človekom sa nemaznajú. Je to tak a hotovo.

Ráno som sa zobudila pred budíkom celá spotená, že čo priniesie tento deň. Vydala som sa na dobrodružnú cestu do lekárne. Všetko prebehlo hladko.



*Pokračování z předchozí strany*

Spočiatku som bola nesmelá, hanbila som sa, bála, či mi budú rozumieť a ja im, ako im poviem, čo chcem a čo vlastne mám robiť? Už si ani nepamätám, čo som robila v prvý deň, ale s istotou viem, že som sa nikdy nenudila. Po pár hodinách som sa cítila ako doma, akoby som tam vždy bola. Naše vzťahy sa prehlbovali, vznikli priateľstvá.

**Pýtala som sa a počúvala**

Čo som vlastne robila? Jednoducho povedané skoro všetko, okrem výdaja. Vydávať som nemohla, pretože si to neželali. Bolo mi to trochu i ľúto, ale aspoň som mohla stráviť viac času v laboratóriu, veľa sa pýtať a počúvať. Veľmi veľa mi to prinieslo. V priebehu praxe som sa zoznámila s počítačovým programom, s ktorým lekárne pracovala a naučila som sa ovládať jeho funkcie. Pracovala som s laboratórnym programom, v ktorom som bola fakt profík. Najviac si cením to, že som sa to všetko naučila sama. Všetci mali kopy roboty a na mňa nemali moc času, tak som skúšala, až som sa nenaučila program bezchybne ovládať. Veci, čo som robila v tomto programe som ovládala len ja. Robila som skúšky surovín, skúšky hotových liečivých prípravkov, všetku dokumentáciu receptúr, etikety, ceny... V priebehu mojej praxe sa zmenil lekárenský poriadok a prišli mnohé novinky do receptúry, ktoré som si mala naštudovať a tento lekárenský poriadok uviesť do praxe. Nestihla som všetko dorobiť, ale väčšinu áno. Mojou úlohou bolo tiež vytvoriť nové technologické predpisy na výrobu defektúr. Ďalej som pracovala s tzv. BTM programom. Tento program slúži k evidencii omamných a psychotropných látok. V lekárni, kde som bola, mali veľké množstvo BTM a dokumentácia v knižnej podobe by sa nedala zvládnuť, preto lekárne zakúpila tento program. Funguje obdobne ako zápis do knihy. Dáta sú chránené pred vymazaním.

**Receptov bolo neúrekom**

Veľmi veľa času som strávila v laboratóriu pri príprave liečiv. Pripravovala som takmer všetky receptúry, ktoré prišli do lekárne. Pripravovala som tuhé, polotuhé i tekuté liekové formy. V blízkosti tejto lekárne je kožný lekár, takže receptov na prípravu masť a krémov bolo veru neúrekom. Každý deň, ale predovšetkým v pondelky a piatky bolo



k príprave veľa roztokov, ktoré sa používajú pri odvykaní od drog – methadon a L polamidon, ktoré som taktiež riedila. Pripravovala som mnohé receptúry aj do zásob, za dva dni som pripravila vyše 3 000 kapslí, 3 kg gelu a podobne. Veľmi ma to bavilo. Musela som niekedy zháňať predpisy na prípravu danej receptúry v našej partnerskej lekárni, pretože v našej knihe neboli všetky aktuálne NRF receptúry. Keď bolo treba, chodila som doručovať lieky pacientom do hotela, doručiť objednávku lekárom, vyzdvihnúť alebo doručiť liečivé prípravky z partnerskej lekárne a tak dni ubiehali.

Učila som sa tiež skladové hospodárstvo, robila som inventúru, dopĺňala a upratovala som doručené liečivá, pripravovala lieky pre pacientov, ktoré mali v lekárni objednané. Často som stála pri lekárnikoch, ktorí obsluhovali, a počúvala, pýtala sa, konzultovala. Veľa mi to prinieslo. Sortiment aj ľudia sú úplne iní.

Ešte som zabudla uviesť, že lekárne, v ktorej som bola, je internacionálna.

Nájdete v nej aj Nemca, ale inak so mnou pracovali ľudia z Bosny, Turecka, Talianska, Taiwanu, Chorvátska, Čiernej Hory. Niekedy bola internacionalita prekážkou, v tom zmysle, že každý má svoj temperament a niekedy dochádzalo aj k menším nezhodám, ale vzťahy a ľudia sú všade rovnakí. Sú dobrí a zlí a je len na človeku ako sa bude chovať a aké vzťahy a atmosféru na pracovisku vytvorí.

Odchod bol smutný, ale všetko sa raz musí skončiť. Mňa čakalo ešte praktikum v nemocničnej lekárni v Mníchove, tak som sa tešila, že opäť príde niečo nové. Pri odchode mi aj vypadla slzička z oka, ale však Nemecko je len za rohom. Verím, že sa tam ešte vrátim.

**Mám z čoho čerpať**

Napišem ešte v krátkosti k praktiku v nemocničnej lekárni. Praktikum som absolvovala na najväčšej klinike v Mníchove a možno i Bavorsku vôbec. Lekárne je obrovská. Bolo to len také skutočne krátke praktikum, kde som mohla pričuchnúť k jednotlivým činnostiam



v nemocničnej lekárni. Pracovala som vždy doobeda vo výdaji. To znamenalo zobrať si „nákupný zoznam“ (objednávku), nákupný košík, zelenú bedňu a pištoľ. Chodila som medzi regály a podľa zoznamu prichystávala objednávku. Všetko som oscannovala do pištole a pri počítači vytlačila dodací list. Objednávku som označila číslom oddelenia, na ktoré mala byť doručená, zavrela, zaplomobovala a uložila na vozík. Tieto liečivá boli uvedené v zoznamoch nemocnice a len tie sa vydávali. Boli aj samostatné objednávky od veľkodistribútorov, ktoré pripravoval farmaceut. Poobede som bola v informačnom centre, kde podávali informácie o liekoch, radili lekárom. Mala som možnosť ísť s lekárničkou na jedno oddelenie, na ktorom mali problém s liekmi. Bol to veľký zážitok. Jeden deň som strávila v analytickom laboratóriu, kde sa kontrolovali všetky suroviny a defektúry. Bola som taktiež v priestore prípravy. Na tomto oddelení boli všetci zelení. Každý deň sme mali nové oblečenie, topánky, aby nedochádzalo ku kontaminácii prostredia. Pripravovala som maste, suspenzie, kapsle. Zúčastnila som sa aj pri príprave cytostatík, kde som sa musela náležite obliecť, aby som vôbec mohla do týchto priestorov vstúpiť. Ukázali mi programy, s ktorými pracujú, mohla som sa veľa pýtať. Nemocničná lekárňa je niečo úplne iné, ale taktiež veľmi fajn. Aj tu som mohla spoznať veľa zaujímavých ľudí a mohla som sa veľa naučiť a dozvedieť. Zaujímavosťou je, že v tejto najväčšej nemocnici nie je žiadna verejnosti dostupná lekárňa. V mojom meste ich máme okrem nemocničnej v nemocnici hádam šesť! Paradox. V lekárni je síce malá výdajná miestnosť, ale tá je len pre zamestnancov nemocnice, verejnosti je neprístupná.

Celý čas v Nemecku hodnotím veľmi dobre. Veľa mi tento pobyt priniesol a verím, že z týchto skúseností budem i naďalej čerpať. Jednak som sa ešte viac zdokonalila v jazyku, mohla spoznať veľa dobrých ľudí, zúčastniť sa tiež na mnohých seminároch, na Expo-pharme, ktorý sa uskutočnil v Mníchove, veľa sa naučiť.

Ivana LUKÁŠOVÁ

V minulém čísle jsme u fotografie v článku „Maratón vyžaduje pokoru“ (ČČL 5/2013, str. 32) zapomněli uvést, že jejím autorem je Aurelien Guichard (Wikipedia).

## Z Galerie U Lékárníka

Časopis BOHNICE 2013, měsíčník Psychiatrické léčebny v Praze 8, v dubnu informoval o výstavě, která probíhala v Galerii U lékárníka pod názvem Korálková říše. Své výrobky převážně z korálků tady vystavovaly drogově závislé klientky i ty, které už se své závislosti zbavily. Ve výstavních prostorách údajně nebylo na vernisáži k hnutí a návštěvníci nešetřili obdivem. O šperky, malby a další výrobky byl velký zájem. Jedna z klientek, které si říkají Sedmikrásky, o výstavě mj. napsala: „...některé výrobky tu zůstaly jako památka a důkaz, co vše se lze naučit a vytvořit za krátkou dobu, když chceme a zapojíme svou kreativitu, každá po svém. Proto jsou výrobky tak různorodé. Říši korálků nám pootevřel lékárník Mgr. Jan Pomykacz, který pravidelně dochází na pavilon 7. Poskytl nám materiál a naučil nás, jak s ním zacházet. Doslova v nás probudil chuť vytvořit něco po svém. Byla to pro nás zodpovědnost, otevíraly jsme výstavu nejen za nás osm účinkujících Sedmikrásek, ale za spoustu dalších, které byly anebo jsou na pavilonu 7, i za personál a terapeutický tým, který nás podporoval.“

### VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen 2013

75 let

RNDr. PhMr. Jiří Střítežský  
(OSL Praha 6)

70 let

Mgr. Jana Pavlíková  
(OSL Domažlice + Tachov)

65 let

Mgr. Věra Šulcová  
(OSL Praha-východ)

60 let

Mgr. Ivana Voráčová (OSL Klatovy)  
Mgr. Jaroslav Chromeček  
(OSL Hodonín)  
Mgr. Jana Navrátilová  
(OSL Hodonín)  
RNDr. Hana Janušová  
(OSL Znojmo)  
PharmDr. Stanislav Rován  
(OSL Nový Jičín)  
PharmDr. Lenka Kulhánková  
(OSL Praha 4)

55 let

PharmDr. Jiří Cach  
(OSL Jindřichův Hradec)  
PharmDr. Hana Kašparová  
(OSL Klatovy)  
PharmDr. Slávka Kubánková  
(OSL Šumperk + Jeseník)  
Mgr. Stanislava Kalášková  
(OSL Žďár nad Sázavou)

PharmDr. Naděžda Šumpichová  
(OSL Karviná)

Mgr. Rita Šromová (OSL Opava)

Mgr. Milana Horáková  
(OSL Praha 10)

Mgr. Eliška Foldynová  
(OSL Nový Jičín)

Mgr. Stanislava Retyková  
(OSL Plzeň – jih)

PharmDr. Hana Krejčířová  
(OSL Brno + Brno-venkov)

Mgr. Eva Svatošová (OSL Kladno)

50 let

PharmDr. Jana Kárníková  
(OSL Kladno)

Mgr. Jitka Přenosilová  
(OSL Kutná Hora)

PharmDr. Hana Mistríková  
(OSL Kladno)

PharmDr. Marek Bárta (OSL Písek)

PharmDr. Hana Homolková  
(OSL Prachatice)

PharmDr. Jarmila Staňková  
(OSL Plzeň)

PharmDr. Jana Vykydalová  
(OSL Kutná Hora)

PharmDr. Milena Tesařová  
(OSL Svitavy)

PharmDr. Zdenka Kojanová  
(OSL Klatovy)

PharmDr. Taťána Murinová  
(OSL Karviná)

PharmDr. Jitka Luštická  
(OSL Olomouc)

PharmDr. Lenka Doležalová  
(OSL Brno + Brno-venkov)

Upřímně blahopřejeme!

(člnk)

## Zájezd Čsl. Lékařnické Společnosti

V sobotu dne 10. června pořádala Čsl. Lékařnická Společnost zájezd do Hradce Králové. Účastníci sjeli se na místě k večeru jednak vlakem, jednak osobními auty. Zájezd byl velmi čteně navštíven. Mezi přítomnými byli p. prof. Plzák s rodinou, prof. Štěrba-Böhm, prof. Křepelka s chotí, vrchní grem. starosta Mr. Písaříček, lék. Mr. Dvořáček z Brna, Mr. Kazda, za průmysl farmaceutický zúčastnili se p. centr. ředitel Mr. Snížek a Dr. Mr. J. Fragner. Z mimopražských účastníků dlužno zvláště jmenovati p. grem. starostu Mr. Tvrdíka, dále pp. lékárníky Mry Hegera, Vorla, Pavlíčka, Dvořáčka, Hanzlíka, Mareše, Dra Bayerle, Strničku, Proche-ho, Dra Pollaka, Folke-ho, Welse a četné jiné. Většinou dostavili se účastníci se svými dámmami.

V sobotu večer uspořádán byl ve zvláštním sále Grand Hotelu výborně aranžovaný přátelský večírek s večeří a programem, o který se skvěle zasloužili p. Mr. Heger, lékárník v Hradci Králové, který v doprovodu Mra Podubického, lékárníka v Praze, přednesl na houslích několik krásných skladeb komorní hudby, dále p. Mr. Vorel, lékárník v Kuklenách, který podařeným přednesem svých veselých písniček vskutku pobavil celou společnost.

Během večeře přivítal hosty p. grem. starosta Mr. Tvrdík, jemuž odpověděl a poděkoval p. prof. Plzák. Po večeři věnovala se celá společnost velmi pilně živé zábavě, zvláště tanci.

Druhého dne v neděli ráno odjela celá společnost auty do Opočna, kde byla opět překvapena milým pohostinstvím pana gremiálního starosty Tvrdíka a jeho choti. Při prohlídce vzorné lékárny Mra Tvrdíka dostalo se totiž účastníkům znamenitých, pravých českých koláčů (nemluvě o skleničce), že všichni rázem zapomněli na rozmoklé počasí a špatné silnice. Jaké však překvapení bylo, když další pohoštění čekalo účastníky v hotelu opočenském, kde p. lékárník Tvrdík nechal servírovati všem účastníkům hojnost báječných a výborně upravených pstruhů. Hradec Králové má vzorného gremiálního starostu. Jeho zásluhou celý zájezd oplýval „mlékem a strdím“, i když to mléko nelze vzít tak docela doslova.

V Opočně prohlédli si účastníci zámek Colorado-Mansfeldův s úžasnými sbírkami a starým smutným parkem, protékaným malou říčkou (plnou pstruhů).

Po obědě odjeli pak všichni auty na Panoramu, výletní místo nedaleko českých hranic (zde jedině poněkud selhalo vůdcovské nadání lékárníka Tvrdíka). Pánbu má lékárníky asi rád a tak seslal po mnoha deštích do tohoto krásného kousku světa sluníčko a příjemnou podvečerní pohodu. Na vlídných vršcích orlických hor sešlo se několik lidí dobré vůle a jejich přátelství se tam utužilo. Ti, kteří zájezd organizovali, dělali to jistě s láskou.

Zvláště panu lékárníkovi Tvrdíkovi jest znovu vysloviti vřelý dík za milé a přátelské pohostinství.

Po krátké procházce rozjeli se od Panoramy účastníci s uspokojením a s vědomím, že příjemně ztrávili čas zájez-

du vyhrazený a že svojí účastí přispěli ke zpevnění farmaceutické pospolitosti.

*Časopis Československého Lékařnictva, č. 6/1933, str. 209*

## Kdysi: cit, ideál. Dnes: skutečnost, násilí.

Holandští farmaceuti srovnávajíc stav dnešního lékařnictví, táží se dle motto v titulu, jaký bude zítra a jaké směrnice nutno sledovati k udržení lékařnického povolání v souhlase s pokrokem doby.

Apeluje se na spolupráci a ducha soudržnosti všech příslušníků stavu. Jsou vyjmenovány některé problémy hodné pozornosti. Uvádí se:

1. Universita může sice vstřípiti určitá hlediska na provozování zaměstnání po stránce etické, nikoli však po stránce praktické.

2. Ze skutečnosti, že lékařnictví, proti veřejnému mínění, získává z univerzitního vzdělání nevalné postavení a že lékařník nepožívá takové vážnosti jako příslušníci jiných akademických povolání, děti lékařníků obracejí se k jinému poli působnosti. Jest pravdou, že za těchto okolností vidí se sice lékařnictví ve většině případů také v ru-

kou určité společenské třídy intelektuální, ale jest zbaveno dědičného se kapitálu. Z toho následuje, že zkušenosti, získané z generace na generaci, ztrácejí se a nemohou ovlivňovati mladé farmaceuty při vykonávání jejich zaměstnání.

3. Lékařník odhodlává se velmi těžko k finančním obětem, aby modernisoval svoji lékárnu.

4. Mladý farmaceut velmi často počíná svoji kariéru v lékárnách, v nichž nikdo nemůže ho zasvětili do zvláštního povolání, takže co vedoucí lékárny požívá ihned určité nezávislosti. Jest třeba podotknouti, že tato nezávislost jest mu více škodlivou než prospěšnou, tím spíše, že nemá téměř žádných dostatečných zkušeností o administrativním a účetnickém vedení podniku.

Byla jmenována komise k prostudování cest, vedoucích ke zlepšení dnešního stavu lékařnictví.

*Časopis Československého Lékařnictva, č. 6/1933, str. 210*

## Zemský úřad v Praze upozorňuje

Ministerstvu veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy docházejí žádosti o připuštění ke všeobecnému prodeji léčivých přípravků; přiložené okázky neofficinelních léčiv a hotových přípravků bývají nedostatečně baleny, čímž se stává, že při jejich předávání Ústavu pro zkoumání léčiv a Státní zdravotní radě za účelem dalšího řízení se namnoze lahvičky rozbijí a tak je znesnadněno projednání žádosti. Ministerstvo to žádá proto, aby byli ohlašovatelé léčivých přípravků (majitelé a odpovědní správci veřejných lékáren) vyzváni, aby při ohláškách léčivých přípravků byly potřebné okázky neofficinelních léčiv a hotových přípravků, pokud jsou ve skleněných nádobách, předkládány vždy řádně zaobaleny v bedničkách.

*Časopis Československého Lékařnictva, č. 6/1933, str. 211*

