

---

6/2011

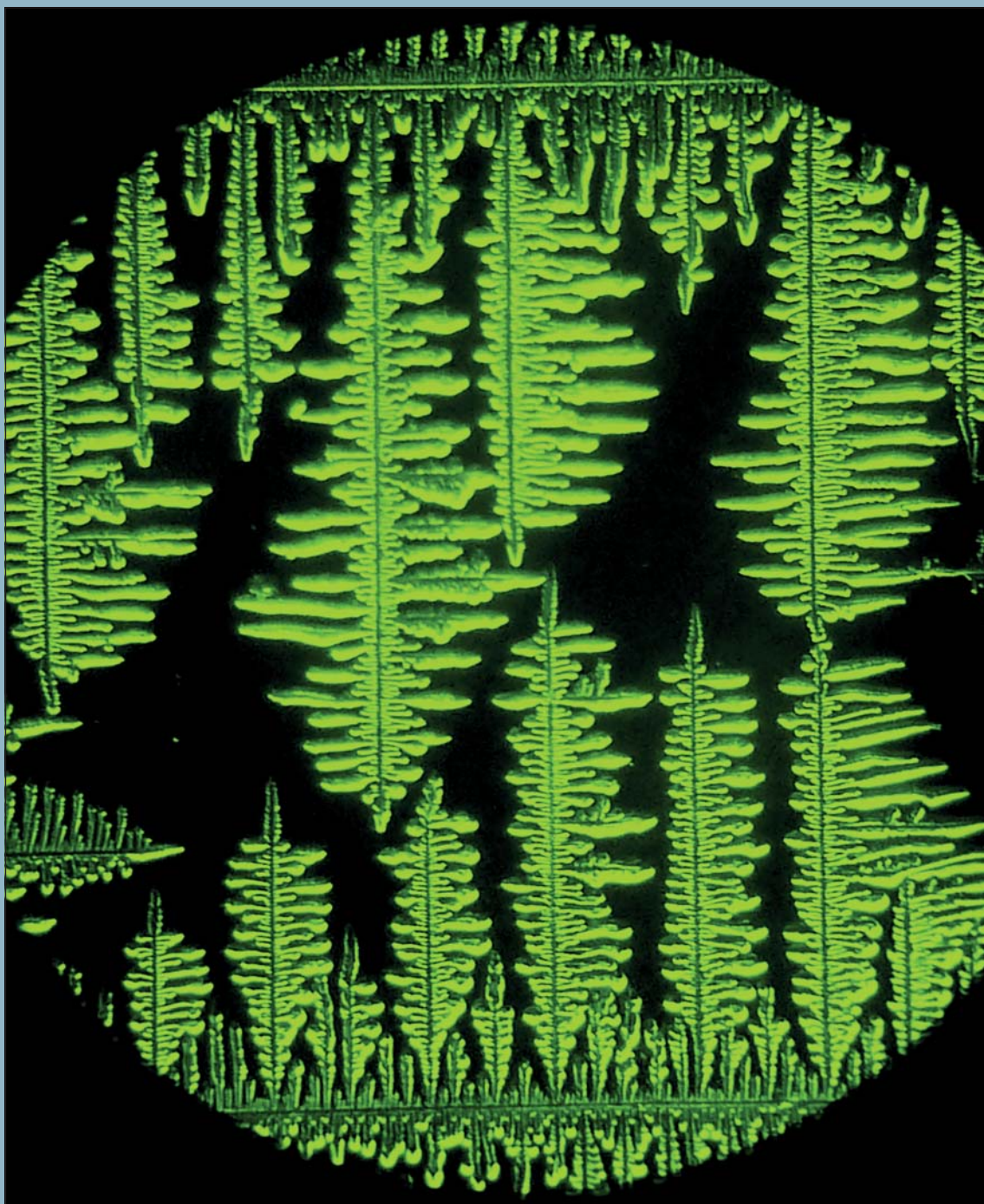
ročník LXXXIII

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

---



Minulý volební sjezd České lékárnické komory se konal v roce 2007, ale po dlouhé době a zatím naposledy v roce 2003, dva měsíce před XIII. řádným sjezdem delegátů, se členská základna mohla na stránkách ČČL předem seznámit se jmény těch, kteří se rozhodli opět nebo poprvé kandidovat do vrcholných orgánů komory. Později se výzvy k představení míjely účinkem.



Z lidí, které delegáti sjezdu z pověření svých OSL před čtyřmi lety zvolili, někteří v představenstvu, čestné radě a revizní komisi pracují stále, část jich z nejrůznějších důvodů práci ukončila.

Na podzim se bude v České republice volit na okresech i do republikových orgánů. Především ti, kteří se snaží za každou cenu dostat do parlamentu, jsou dlouho předem k vidění na stránkách novin, časopisů a na billboardech. Škoda, že se to o lékárnících říct nedá. Kolegy znechucené velkou politikou ale skutečně zajímá, kdo za ně půjde s kůží na trh.

Už delší čas se zamýšlíme, bude-li vůbec koho volit, jestli stejně jako v posledních letech přijede více mladých delegátů nebo delegátů se zkušenostmi z několika sjezdů ČLnK, zda se zapojí více zaměstnaných lékárníků nebo provozovatelů lékáren. Společně si klademe otázku, jestli se najde dost lidí ochotných trávit svůj čas po práci na zasedáních představenstva komory, revizní komise i čestné rady. A také jestli mezi voliče vystoupí kandidáti předem s „otevřeným hledím“, nebo se jen tak vynoří odnikud až těsně před sjezdem. Naše redakce dává všem možnost představit se včas prostřednictvím časopisu. Svě plány, představy a osobní zkušenosti (nezapomeňte ani na fotografie) zašlete nejpozději 1. září. Posílat delegátům sjezdu anonymní dopisy s návodem jak a koho správně volit už bude opravdu zbytečné. Karty totiž budou rozdány těm, kteří začali hrát otevřenou hru.

Jaroslava HOŘANSKÁ

**šéfredaktorka**

Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

PharmDr. Jan Horáček (předseda),

PharmDr. Pavel Grodza, PharmDr. Petr Haltuf,

Mgr. Kateřina Horáčková, PharmDr. Kamil Hrubý,

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

Mgr. Katarína Mikušová, PharmDr. Miloš Potužák,

PharmDr. Daniela Seberová, PharmDr. Pavel Škvor

**vydavatel**

Lékařnická akademie, s. r. o.

Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4

Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C vložka 74194.

**distribuce**

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

**tisk**

Ringier Axel Springer Print CZ a.s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

**předplatné a inzerce**

Objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka**

č. 7-8/2011 – 12. července 2011

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

**autorům**

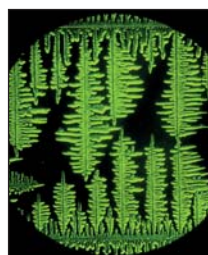
• Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů) • K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravit. Na otištění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



obsah

Volby v nepříznivých časech	4
Zeptali jsme se	5
Na prvním Lékařnickém dni dětí	6
Účetní koutek: Evidence v lékárenském informačním systému	7
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Dny farmaceutické péče 9. a 10. 9. v Brně	9
Opět zcela perfektní konference	10
Správné dispenzační minimum: Aprepitant	11
Spory mezi komorou a GML: Důsledek chyby v systému	12
Vedení České lékárnické komory žádám o informace	13
Kdy opravdu může být lepší zachovat „mediální mlčení“	14
Ustavující sněm Mladých lékárníků	15
Tak to vidím já: Jsme nenahraditelní, nebo nejsme	16
Molekula měsíce: Ivacaftor	17
Nově registrované látky: Ofatumumab	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Aspalathus linearis	19
Diskusní okénko	20
Co nedostanete, nemůžete dávat	22
Chceme bakaláře v lékárnách?	24
Nešlo by to jinak (a jednodušeji)?	26
Je lékárenská péče „přátelská“?	27
Příprava reformy dospěla do finále	29
Isoflavony a karcinom prostaty	30
Pharma-Ball vyhráli Milionáři	31
Světové dny WHO – červenec a srpen	32

titulní strana



Pohled do mikroskopu:

Resorcin + chlorid amonný

Také hezká krystalická pravidelnost. A je to vděčná směs pro hledáče obrázků, kteří mají dosti trpělivosti. Krásné krystaly lze nalézt za použití síry, sirouhlíku a chloroformu, ale kupujte si domů dneska ona rozpouštědla.

Text a foto: Mgr. Jindřich MAKOVIČKA



# Volby v nepříznivých časech

Zdá se to až neskutečné, ale od posledního volebního sjezdu uplynuly téměř čtyři roky. Podzimní sjezd České lékařnické komory je tedy opět volební. Obecně vzato – na slovo volby začíná být občan České republiky málem alergický. Volby máme každou chvíli – a výsledky? Voliči při posledních volbách dali jasně najevo, že chtějí změnu.

Mgr. Jiří Kotlář



To se také stalo, ale realita v současných vládních tahanicích a aférách lidí rozhodně nepřesvědčuje, že zrovna po této změně toužili. Zajímavé, že na mnoha místech, v komunální politice, je tomu jinak. A právě tyto příklady ukazují, že bez ohledu na stranickou příslušnost je možné táhnout za jeden provaz, ve prospěch občanů, kteří svým zastupitelům udělili mandát. Považoval bych za úspěch, kdybychom si z těchto pozitivních příkladů dokázali vzít vzor. Práce v komoře je přece vlastně forma politiky, byť jenom profesní. A nemělo by nám být jedno, jak se vykonává.

Přiznám se, že ještě nikdy před volebním sjezdem mne paralela voleb v ČLnK s „obecnými“ volbami vůbec nenapadla. Proč tedy nyní? Asi proto, že doba je jiná. Někteří z nás převzali nešvary a manýry našich politiků a snaží se je uplatňovat i na poli činnosti komory. Přesto, že se v České lékařnické komoře uplatňují demokratické principy, máme někdy problém respektovat skutečnost, že většinový názor je demokratický, proto je třeba jej akceptovat. Osočujeme se navzájem, a už pouhá skutečnost, že daný člověk patří do některé kategorie, je pro někoho důvo-

dem k tomu, aby byl označen za nevěrohodného.

Za dobu své dlouholeté činnosti v komoře jsem zažil v představenstvu opravdu velké množství kolegů. Drtivá většina byla těch, kteří dokázali podle svých schopností nezištně pracovat. Našli se ale i tací, kteří skutečnost, že byli zvoleni do představenstva, využili nejvíce tak, že se dostali ke zdroji informací. A byli i kolegové, kteří o práci v komoře měli zájem například jen do doby, než se jim podařilo zprivatizovat lékárnu. Inu, být u zdroje informací přece jen není marné. Je pravdou, že po většinu z dvaceti let existence naší stavovské organizace fungovala komora vcelku konzistentně. V posledním období, pokud si nechceme nic namlout, se situace přece jen trochu změnila.

Nenechte se prosím odradit tím, jak podle některých názorů prezentovaných v Časopise českých lékařníků vypadá činnost představenstva. Všechno se vždycky nepodaří, ale tak už to bývá. Můžeme se prezentovat pozitivními výsledky, a těch opravdu není jich málo. Hodnocení práce současných funkcionářů je na vás. Na různých fórech se setkávám s mnoha lé-

kárníky, kterým není to, jak funguje komora, lhostejné. Jen jim občas chybí ten správný impuls, aby se aktivně zapojili. Jaká bude komora, záleží opravdu na nás všech. Přál bych každému, aby si mohl práci v orgánech komory alespoň na chvíli vyzkoušet. Otázkou je, kolik je vlastně aktivních lékařníků, či spíše těch, kterým aspoň není jedno, co se kolem nich děje. Pokud bychom soudili z diskuze na komorovém webu, procento nebude rozhodně závratné. Přesto stále zůstávám optimistou.

Na kom bude vše záležet? Rozhodující jsou nejen ti z vás, kdo se rozhodnou kandidovat do orgánů komory, ale samozřejmě delegáti sjezdu. Neberte volbu delegátů na sjezd na lehkou váhu. Trochu mne mrazí v zádech, pokud slyším, že kandidátem na delegáta je nakonec v některých případech ten, kdo je vůbec ochoten se sjezdu zúčastnit (a ostatní si odechnou, že nebudou mít zkažený víkend).

Žijeme v období, které není pro lékařství příznivé. Doba, kdy se vše globalizuje, zrychluje, používají se nové komunikační technologie atd., je už prostě taková. Zcela jistě před námi stojí zásadní rozhodnutí o dalším směřování našeho lékařství. Je vhodné zachovat stávající stav, nebo je třeba zásadních změn? A budeme mít k těmto změnám dostatek odvahy?

Byl bych rád, aby se v rámci předvolební kampaně nepoužívaly nefér metody. Zhlédli jsme se snad také ve způsobu a aférách, které provázejí politická klání? Dokážeme to bez nich? Nebo se i v komoře stane „standardem“ osočování bez důkazů, rozesílání anonymních e-mailů, čtení otevřených dopisů na sjezdu (z nichž některé se po sjezdu dokonce stávají „tajné“, neboť signatáři nesouhlasí s jejich zveřejněním).

Doufám, že těch, kteří budou chtít přispět nezištně svým dílem, nebude málo. A bude na delegátech sjezdu zvolit ty nejlepší. Ty, kteří nebudou přehlížet nešvary, lidi, kteří jsou schopni nadhledu a budou vidět dál, než jen za táru ve své lékárně, a budou rozhodovat ve prospěch celku, nikoliv jen pro sebe. Je velké umění rozlišit věci malicherné od věcí podstatných. V časech lékárnám a lékařníkům nepříznivých přeji nám všem šťastnou volbu.

## XXVII. Lékařnické dny

Ve dnech 14.–16. 10. se v plzeňské Měšťanské besedě uskuteční už po sedmadvacáté Lékařnické dny, které jsou považovány za největší lékařnickou akci roku. Pořadatelé jsou Česká farmaceutická společnost ČLS JEP, sekce lékařství.

Téma: Farmakoterapie v endokrinologii, Současné lékařství

Aktuální informace o celé akci, o možnostech ubytování a také kompletní program budete moci získat na stránkách [www.lekarnickedny.cz](http://www.lekarnickedny.cz) nebo na portálu APATYKÁŘ®, který je mediálním partnerem akce.

Přihlášení je možné výhradně elektronicky. Apelujeme na včasnou rezervaci! Zájem o účast je mezi kolegy vždy značný a kapacity už bývají v termínech těsně před konáním pravidelně obsazeny.

Akce je hodnocena 20 body v systému kontinuálního vzdělávání ČLnK.

Představenstvo České lékárnické komory na základě ustanovení § 14, odst. 3, písm. e) Organizačního řádu ČLnK svolává

## XXI. SJEZD DELEGÁTŮ ČLnK

na dny 5.–6. 11. 2011

Místo konání: **Institut pro místní správu, Ke stadionu 1918, 256 01 Benešov**

Prezentace delegátů: **8.30–9.45 hod.**

Zahájení sjezdu: **10.00 hod.**

Klíč k volbě delegátů: **1 delegát na každých 50 (i započatých) členů OSL**

Delegáti sjezdu musí být zvoleni okresním shromážděním lékárníků.

Jména delegátů sjezdu nahlásí předsedové OSL na sekretariát komory do 30. října 2011 spolu s příloženou zprávou volební komise o volbě delegátů na XXI. sjezd, prezenční listinou a zápisem z jednání OSL.

Ubytování pro delegáty sjezdu je zajištěno přímo v budově Institutu pro místní správu v Benešově, v případě potřeby i na noc z pátku na sobotu.

Další pokyny ke sjezdu včetně programu sjezdu budou předávány prostřednictvím předsedů OSL a dále budou zveřejňovány na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz).

XXI. sjezd ČLnK je sjezdem volebním.

Představenstvo ČLnK vyzývá všechny kandidáty do ústředních orgánů – představenstva ČLnK, revizní komise ČLnK a čestné rady ČLnK, aby své kandidátky posílali na sekretariát komory, popř. e-mailem na [navarova@lekarnici.cz](mailto:navarova@lekarnici.cz).

Podle rozhodnutí představenstva ČLnK ze dne 3. 5. 2011 byly stanoveny následující termíny:

- uzávěrka kandidatur pro zveřejnění v Časopise českých lékárníků: 1. 9. 2011
- uzávěrka kandidatur pro zveřejnění na webu ČLnK a zařazení vystoupení kandidáta na jednání sjezdu: **31. 10. 2011.**

Při kandidatuře do ústředních orgánů bude vyžádáno písemné vyjádření OSL, ve kterém je kandidát evidován.

## ZEPTALI JSME SE

*Jednou z aktivit současného ministra zdravotnictví je zavádění elektronické preskripce. Jaký je váš názor na problematiku elektronického receptu z pohledu praktického lékárníka?*



**Mgr. STANISLAVA VYHNÁNKOVÁ**  
Lékařna Lobeček, Kralupy nad Vltavou

Elektronický recept bezesporu přináší množství výhod, ať už jde o snížení počtu chyb způsobených přepisem dat z papírových receptů či možnost vyzvedávání léčiv bez návštěvy lékaře pro chronické pacienty. Výdej takového receptu je ale nezbytné spojit s autorizací pacientem například elektronickým podpisem v čipu kartičky pojištěnce, neboť pouze přenosný čárový kód či heslo jsou zneužitelné, třeba pro „batužkaření“, ještě více než klasický papírový recept.

**Mgr. VLADIMÍRA HAZDROVÁ**  
Lékařna U Polikliniky, Bílina

System elektronických receptů je přínosný jak pro lékaře, tak pro pacienty, a doufám, že bude výhodným řešením i pro lékárníky. Pravděpodobně se zatím plně nevyužije potenciál této technologie, roli zde hraje i fakt, že zdravotní pojišťovny nemají přístup do CÚER pro výkon své revizní činnosti. Zůstává tak situace, kdy lékař vystavuje recept v papírové formě, jen doplněný o kód nutný pro přístup do centrálního úložiště. Je tu dále několik otazníků ohledně technického provedení elektronických receptů, například realizace výpisu z e-receptu nebo částečné pořízení receptu při doobjednání léku. Na straně lékáren budou v některých případech nové nebo vyšší náklady na lékárenský software pro zajištění plné kompatibility s CÚER, které podle všeho nebudou nijak kompenzovány.



**Mgr. JITKA MAZÁKOVÁ**  
Lékařna Centrum, Teplice

Zavedení elektronické preskripce je bezpochyby nevyhnutelné v době, kdy si již svůj život nedovedeme představit bez počítačů. Tato forma se zavádí i v dalších zemích EU, neměli bychom tudíž zůstat pozadu. Je tu ovšem otázka, jak by to vypadalo v praxi, a to zatím nikdo neví. Podle zpráv z médií hodlá ministerstvo zdravotnictví elektronickou preskripci zkušebně spustit zatím ve dvou „svých“ lékárnách.

Neukvapujeme se s hodnocením, počkejme na výsledky tohoto experimentu a posuzujeme je podle toho, jak dalece nám e-preskripce může usnadnit, nebo naopak zkomplikovat práci za tárou. Je tu i neméně důležitá otázka řešení finanční náročnosti s obavou, aby zase všechno nepadlo na bedra lékárníků.

**Mgr. LIBUŠE MENCLOVÁ**  
Lékařna U Anděla strážce, Postoloprty

V elektronickém receptu vidím největší nebezpečí ve zvyšování určitých lékáren a směřování pacientů; podle mne je to legalizace „batužkaření“. Pro staršího pacienta to bude přinášet zmatky kde a jak si má vyzvednout léky. Myslím si, že systém nebude fungovat, nebo pouze ve větších městech, protože někteří lékaři stále nepracují s počítačem. Přejí naší komoře úspěšná jednání s panem ministrem, aby lékárny mohly existovat i v menších městech, komunikovaly s pacienty osobně a nemusely používat elektronický recept.





# Na prvním Lékárnickém dni dětí



Historicky první Lékárnický den dětí se konal v sobotu 4. června 2011 v odpoledních hodinách v sídle České lékárnické komory, Rozárčina 1422/9, v Praze. Předem se na akci zaregistrovalo přes 50 dětských návštěvníků a v sobotu odpoledne dorazilo i několik lékárníků s dětmi, kteří nebyli přihlášení.

Dějištěm celé akce byla zahrada, kde přípravný tým nachystal pro děti pestrý program. Vše začínalo při registraci, kde malí návštěvníci dostali hrací kartu a začali sbírat veselá razítka za splněné úkoly. Hod šiškou, poznávačka, skoky v pytli, kreslení poslepu či uzlování a luštění zpráv zašifrovaných morseovkou zabralo dětem necelou hodinku. Po splnění všech úkolů čekala na všechny malé bojovníky odměna – diplom a plyšová **Myš z komory**, kterou děti přijímaly s nadšením. Potom už se mohly s vervou jim vlastní vrhnout na „skákáci mašinu“, která byla v horní části zahrady.

Pro všechny účastníky bylo nachystáno zdravé občerstvení, ale také zmrzlina nebo grilované masíčko. Celé odpoledne zněl na zahradě dětský smích a ani krátká letní dešťová přeháňka nemohla pokazit veselou náladu.

Doprovázející rodiče lékárníci si tak měli možnost v klidu prohlédnout Lékárnický dům a samozřejmě že při konverzaci došlo i na aktuální téma zdravotnických reforem. Celé odpoledne se pak neslo v duchu vyhlášení „boje“ za zachování svobodného lékárnického povolání a nutnosti se stmelit, k čemuž takovéto akce mohou pomoci. **Právě děti nám ukázaly, že je úplně jedno, zda jsou rodiče zaměstnaní ve veřejné či nemocniční lékárně, zda jsou provozovatelé či zaměstnanci nebo členové GML. Pořád to byly děti lékárníků na zahradě Lékárnického domu Rozárka.**

Během celého odpoledne se také kolegyně a kolegové zapojení do akce Lékárnice jsou také maminky fotografovali pro připravované materiály. Proběhlo také první informační setkání, kde se účastnice seznámily s cílem projektu. Zároveň byl představen návrh webových stránek [www.lekarnice-maminky.cz](http://www.lekarnice-maminky.cz) s logem a vzorovým plakátem kampaně.

Někteří z nás to měli na Rozárku co by kamenem dohodil, další přijeli z hodně daleka, ale jiní třeba dorazit nemohli. Pokud do poslední skupiny patříte i vy,





a chcete se zapojit do projektu Lékárnice jsou také maminky, napište nám.

Lucie NEDOPILOVÁ  
nedopilova@ubileholva.cz

Michaela BAŽANTOVÁ  
bazantova.michaela@seznam.cz

Snímky: Aleš KREBS

## PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme organizátorkám prvního Lékárnického dne dětí a všem maminkám–lékárníčkám, které se na této akci podílely, za velmi příjemně strávené odpoledne a též za nově nastartovanou krásnou tradici pro nás lékárnice (lékárníky) a jejich děti.

Naše ratolesti si odpoledne na Rozárce náramně užily a odcházely nadšené a spokojené s ukořistěnou myškou (samozřejmě plyšovou) v náručí.

PharmDr. Eliška FEJKSOVÁ  
Mgr. Kateřina HORÁČKOVÁ



## Evidence v lékárenském informačním systému

Mezi lékárníky se diskutuje o tom, kdy musí pořídít recept do lékárenského informačního systému (LIS). Pokud se podíváme na tuto problematiku komplexně, tedy ne jen přes recepty, ale přes pohyb veškerého zboží, materiálu a hotovosti v lékárně, je lékárenský informační systém nedílnou součástí vašeho účetnictví. A jako s takovým je potřeba s ním nakládat.

To znamená:

1) Údaje v LIS musí v každém okamžiku odpovídat skutečnosti. Vodítkem nám může být například §7 zákona 563/1991 Sb., o účetnictví, který uvádí, že účetnictví musí odpovídat skutečnému stavu účetní jednotky. Nepřípustné tak není pouze zpětné zadávání několik dnů starých receptů, ale například i vydávání léčiv a zboží (a to i toho neregistrovaného SÚKL) bez záznamu v systému. Pokud jde o porřízení receptů, nastává také problém například s evidovanou hotovostí, minimálně regulační poplatek a případně doplatek, musí být někde zaevidován, jinak

těžko může souhlasit denní uzávěrka pokladen.

2) Dalším zákonem, který nás vede k přesnému vedení záznamů v LIS, je zákon 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, konkrétně §21, podle kterého musíte při-

telného plnění s datem v systému, ze kterého čerpáme údaje pro přiznání DPH. (Navíc se sami usvědčíte razítkem na receptu.)

3) V neposlední řadě je to pak vyhláška 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, která v § 22 odst. 2 písm. k, jednoznačně určuje povinnost evidovat skladové zásoby při příjmu a výdeji LP. Pokud je přípravek vydaný, ale nebyla provedena evidence v centrálním systému, nemůže vám souhlasit skutečný a evidovaný stav skladu.

### ÚČETNÍ KOUTEK



znat DPH ke dni uskutečnění zdanitelného plnění. Alespoň v našem LIS je manipulace s daty výdeje krajně obtížná, téměř nemožná, tedy pokud by někdo pořizoval recept o několik dní později, nebude souhlasit skutečné datum uskutečnění zdani-

Vodítkem při řešení podobných situací v lékárně je jednoduchá myšlenka: zkuste si představit, že do vaší lékárny přijde jakákoliv kontrola (SÚKL, finanční úřad, celní správa...). Budete muset okamžitě přestat pracovat, a cokoliv dalšího uděláte, bude pouze pod přímým dohledem kontrolora. Obstojíte?

V souvislosti s tím chci důrazně vyvrátit jeden mýtus ohledně všech státních kontrol: hlásit předem se mohou, ale rozhodně nemusí.

Ing. Filip DEBEF  
CYRMEX

## OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

vydaná ČLnK a zaniklá v květnu 2011

### Zaniklá osvědčení

- 156/1993 RNDr. Alena Petriláková, 28. října 203,  
Ostrava-Mariánské Hory (ZR)
- 217/1994 PhMr. František Kopecký, Lichnická 108,  
Ronov nad Doubravou
- 363/1995 PharmDr. Marie Frýzová, Hraniční 11, Svitavy
- 21/1996 Mgr. Jitka Letochová, Nádražní 1266/26,  
Ostrava-Moravská Ostrava
- 155/2002 PharmDr. Jolanta Kantorová, Poštovní 415,  
Třinec
- 402/2003 Mgr. Jana Tvrdá, nám. Dr. Beneše 108, Jirkov
- 317/2005 Mgr. Jana Jirčíková, Lékárna Aqua, Pražská 36,  
Liberec 1
- 342/2005 Mgr. Maria Homolová, Na Mlýnské Stoce 290/10,  
České Budějovice
- 29/2006 PharmDr. Ivana Peterková, Májová 19, Cheb
- 143/2006 RNDr. Karel Brtník, Radniční 2, Šumperk
- 214/2006 PharmDr. Stanislava Šprenclová,  
Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín
- 334/2006 PharmDr. Adriana Röderová,  
Masarykovo nám. 74, Hranice (ZR)
- 52/2007 PharmDr. Jiřina Klimeková, Novohradská 1,  
České Budějovice (ZR)
- 63/2007 RNDr. Karla Mádlová, Dolní 101, Ostrava 3
- 206/2008 PharmDr. David Mendl, Opavská ul., Krnov
- 217/2008 Mgr. Dagmar Rejsková-Richtrová,  
Okružní 1412/25, Aš
- 367/2008 Mgr. Tomáš Kruncl, 5. května 6, Litoměřice
- 388/2008 Mgr. Dagmar Matoušková, Panská 4, Praha 1
- 36/2009 Mgr. Kateřina Čeperová, Majdalenky 10a, Brno
- 85/2009 Mgr. Marie Ličmanová, nám. 8. května 367,  
Hranice
- 119/2009 Mgr. Alena Lagová, Fr. Ondříčka 2,  
České Budějovice
- 312/2009 Mgr. Olga Kourková, Romana Havelky 1241,  
Jihlava
- 9/2010 PharmDr. Veronika Petrů, B. Němcové 1489,  
České Budějovice
- 69/2010 RNDr. Eva Nováková, Klášterní 117/2, Liberec 1
- 137/2010 PharmDr. Ondřej Skupien, Valdštejnova 22,  
Cheb
- 205/2010 Mgr. Anna Bártová, J. Boreckého 1590,  
České Budějovice (ZR)
- 224/2010 Mgr. Benedikt Juris, Masarykova 22,  
Mariánské Lázně
- 299/2010 PharmDr. Milan Koželuha,  
náměstí 17. listopadu 1545, Strážnice
- 320/2010 PharmDr. Petra Kučerová, Bednářova 1, Brno
- 364/2010 Mgr. Petra Nováková, Bělohorská, OC Kaufland,  
Praha 6

- 368/2010 Mgr. Hana Tomanová, Opavská 326/90,  
Ostrava-Plesná
- 13/2011 PharmDr. Irena Jechová, Klicperova 53/I,  
Chlumec nad Cidlinou
- 91/2011 PharmDr. Irena Kriegelová, T. G. Masaryka 46,  
Nové Město nad Metují
- 97/2011 PharmDr. Marcela Holanová, Smetanova 1244,  
Vsetín

### Vydaná osvědčení

- 168/2011 Mgr. Radka Plánická, Lékárna Luka,  
Mukařovského 1985/5, Praha 5,  
provozovatel: Lukapharm Praha s.r.o.
- 169/2011 aff Ivana Petrová, Lékárna Černá růže, Panská 4,  
Praha 1, provozovatel: Lékárna On-line s.r.o.
- 170/2011 Mgr. Olga Ondrůjová, Novolékárna U Radnice,  
Nové náměstí 10/1250, Praha 10,  
provozovatel: Novopharm s.r.o.
- 171/2011 Mgr. Zhanneta Nasserová,  
Lékárna ODRA, Lodžská 399/26, Praha 8,  
provozovatel: B-Pharm Corolain Company s.r.o.
- 172/2011 RNDr. Karel Skalický, Vranská lékárna,  
Oblouková 610, Vrané nad Vltavou,  
provozovatel: Šárka Krchová
- 173/2011\* PharmDr. Ida Kocábková, Lékárna Vital,  
nám. Republiky 1400, Pardubice,  
provozovatel: Pharmacy Development s.r.o.
- 174/2011\* PharmDr. Jitka Pešlová, Budějovická lékárna  
s.r.o., Sokolská 86, Moravské Budějovice,  
provozovatel: Budějovická lékárna s.r.o.
- 175/2011 PharmDr. Adriana Röderová, Zelená lékárna,  
nám. 8. května 367, Hranice,  
provozovatel: Röder CZ s.r.o.
- 176/2011 PharmDr. Jan Král, Dr. Max LÉKÁRNA,  
T. G. Masaryka 46, Nové Město nad Metují,  
provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 177/2011 PharmDr. Jolana Gazdová, Lékárna Alphega 1,  
Smetanova 1244, Vsetín,  
provozovatel: PharmDr. Bohumil Hanák
- 178/2011 Mgr. Jiřina Stahlová, nám. Dr. Beneše 108, Jirkov,  
provozovatel: IXORA s.r.o.
- 179/2011 Mgr. Ivo Ješina, Lékárna Pod Sloupem,  
Náměstí Svobody 63/7, Drnholec,  
provozovatel: KONDICE s.r.o.
- 180/2011 PharmDr. Karel Branč, Lékárna Krajské  
nemocnice T. Bati, a.s., Havlíčkovo nábřeží 600,  
Zlín, provozovatel: Krajská nemocnice T. Bati, a.s.
- 181/2011 Mgr. Tomáš Kruncl, Lékárna SEVER,  
Okružní 2717, Česká Lípa,  
provozovatel: Lékárna SEVER, s.r.o.
- 182/2011 PharmDr. Jana Křištofová, Lékárna U zlatého  
hada, Lichnická 108, Ronov nad Doubravou,  
provozovatel: PharmDr. Jana Křištofová

183/2011 PharmDr. Milan Koželuha, Lékárna Strážnice, Náměstí 17. Listopadu 1545, Strážnice, provozovatel: PharmDr. Milan Koželuha	194/2011 PharmDr. Ivana Peterková, Lékárna Valdštejnova, Valdštejnova 1364/22, Cheb, provozovatel: PharmDr. Ivana Peterková
184/2011 Mgr. Alice Novotná, Lékárna Flora, Májová 19, Cheb, provozovatel: Melania s.r.o.	195/2011 PharmDr. Alena Kršková, Lékárna U Matky Boží, Na Mlýnské stoce 290/10, České Budějovice, provozovatel: APOTHEKA s.r.o.
185/2011 Mgr. Dagmar Kratochvílová, Lékárna U modrého ráčka, Politických vězňů 40, Kolín II, provozovatel: MIMARA apotheken s.r.o.	196/2011 Mgr. Jana Jirčíková, Lékárna Aqua, Pražská 36, Liberec 1, provozovatel: Med-Service Group s.r.o.
186/2011 Mgr. Veronika Knapčoková, Dr.Max LÉKÁRNA, B. Němcové 1489, České Budějovice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.	197/2011 RNDr. Karel Brtník, Lékárna U radnice, Radniční 2, Šumperk, provozovatel: SISERA s.r.o.
187/2011 Mgr. Kateřina Čeperová, Lékárna ORION Lesná, Majdalenky 10a, Brno, provozovatel: Emedito s.r.o.	198/2011 PharmDr. Alice Kaločová, Lékárna Globus Ostrava, Hypermarket Globus Ostrava, Opavská 326/90, Ostrava-Plesná, provozovatel: Lékárny Lloyds s.r.o.
188/2011* PharmDr. Josef Pešek, Lékárna Janzen, Švédský vrch, Na návrší 2244/1, Cheb, provozovatel: Sibir s.r.o.	199/2011 Mgr. Lenka Chmelíková, Dr.Max LÉKÁRNA, Opavská ul., Krnov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
189/2011* Mgr. Petra Gebauerová, Lékárna Pharmawell, Slovákova 11, Brno, provozovatel: Pharmawell a.s.	200/2011 Mgr. Jitka Letochová, Lékárna U Anděla Strážce, Nádražní 1266/26, Ostrava-Moravská Ostrava, provozovatel: Lékárna u Patrika s.r.o.
190/2011* PharmDr. Mirjana Kováčová, LÉKÁRNA PANAX, Zašovská 778, Valašské Meziříčí, provozovatel: PharmDr. Mirjana Kováčová	201/2011 PharmDr. Peter Danko, Lékárna Vodňanská, Vodňanská 1141/6, České Budějovice, provozovatel: SL Pharm s.r.o.
191/2011* PharmDr. Jana Míková, Lékárna Samaritán, Fr. Ondříčka 2, České Budějovice, provozovatel: DEVĚTSIL JST, s.r.o.	202/2011 Mgr. Vladimíra Schejbalová, Dr.Max LÉKÁRNA, Klášterní 117/2, Liberec, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
192/2011 Mgr. Dagmar Rejsková-Richtrová, Okružní 1412/25, Aš, provozovatel: LÉKÁRNÍCI 95 s.r.o.	203/2011 Mgr. Barbara Byrtus, Lékárna Tilia, Poštovní 415, Třinec, provozovatel: Ing. Mariusz Walach
193/2011 PharmDr. Marie Frýzová, Lékárna Na Hraniční, Hraniční 2120/11, Svitavy, provozovatel: EB-LEK s.r.o.	204/2011 PhMr. Kamila Cuchalová, Lékárna LOTOS, Svatý Kříž 288, Cheb, provozovatel: S+B Lotos s.r.o.

\* = nová lékárna

(člnk)

## Dny farmaceutické péče 9. a 10. 9. v Brně

Do oslav 20 let založení farmaceutické fakulty na VFU v Brně se spojí i Ústav aplikované farmacie. Ten organizuje Dny farmaceutické péče ve spolupráci s edukačním programem PACE, sdružením Mladých lékárníků, o. s., a s garancí České lékárnické komory. Konference se zaměří na dvě cílové skupiny.

### Pátek 9. 9. – Konference (nejen) pro studenty 5. ročníků

Dopolední blok začne představením grantového projektu Zkvalitnění praxe studentů farmacie. Následovat budou praktická témata užitečná pro práci lékárníka, která si kladou za cíl ulehčit studentům vstup na povinnou šestiměsíční praxi do lékáren. Přednášky se zaměří na význam komunikačních dovedností, efektivní strukturu rozhovoru v lékárně, orga-

nizaci výdejní činnosti v lékárně a velmi důležitou oblast základu psychohygieny lékárníka.

V odpolední části bude představen projekt Efektivní komunikace v lékárně III, který se soustřeďuje na komunikaci s pacienty, kteří se domluvit chtějí, ale z různých důvodů nemohou, tj. s pacienty se specifickými potřebami, zejména geriatrickými pacienty, pacienty trpícími smyslovým nebo duševním onemocněním a pacienty ze sociálně a kulturně slabého prostředí.

### Sobota 10. 9. – Konference pro (nejen) mladé lékárníky

Sobotní program představí projekt PACE Health Coaching v lékárně. Koučing je jedním z progresivních směrů, který vede ke změně postojů pacienta k jeho zdraví i farmakoterapii. Představovaný projekt se zaměří na problematiku odvy-

kání kouření, boje s nadváhou a omezení stresu. Lékárník má prostřednictvím nových způsobů koučování možnost pomoci pacientovi dosáhnout optimálního zdravotního stavu. Lékárníci najdou využití pro koučovací metody nejen v konzultační činnosti v lékárně. Během celodenního programu účastníci poznají principy koučování a naučí se používat techniky, a to pomocí nácviku situací běžných v lékárně.

Vzhledem ke kapacitě přednáškové místnosti (120 míst) je počet přihlášek na sobotní program omezen. Konference je bez účastnických poplatků. Více informací a přihlášky najdete od července na stránkách FaF VFU Brno a na stránkách Mladých lékárníků ([www.mladilekarnici.cz](http://www.mladilekarnici.cz)).

Za organizační tým  
PharmDr. Alena PETŘÍKOVÁ



# Opět zcela perfektní konference

XIII. Konference mladých lékárníků proběhla v Opavě 27.–28. května 2011 již tradičně pod brilantní taktovkou PharmDr. Marie Zajícové, v prostorách barokního Minoritského kláštera. Konference byla na téma pediatrie.

Přednášející se v odborném programu zabývali specifiky farmakokinetiky, terapie a nežádoucích účinků u dětí, právními aspekty off label předepisování a klinických studií u dětí, zazněly přednášky z oblasti onkologie, dermatologie, diabetologie, IPLP přípravy, řešila se též problematika užívání a zneužívání návykových látek v dětském věku i v těhotenství.

Kongresu se zúčastnila řada zahraničních hostů. Prof. Peter G. Fedor-Freybergh představil koncept prenatální a perinatální psychologie (viz též rozhovor na str. 22–23), PharmDr. Petra Thomson účastníky seznámila s prací farmaceuta na odděleních v londýnské Great Ormond Street Hospital For Children. PharmD. Mário Jorge Dinis Barroso popsal vliv zneužívaných látek na těhotenství a prenatální život.

Na konferenci byly představeny projekty *Lékárnice jsou také maminky*, dále *Lékařnické pohádky* a výsledky *ATB týdne* v českých lékárnách na podzim 2010.

Nedílnou součástí opavské konference



PharmDr. Marie Zajícová a host z portugalské Univerzity Coimbra PharmD. Mário Jorge Dinis Barroso.

byl také kulturní program, ať již tradičně koncert vážné hudby nebo netradiční divadelně-improvizační představení *Rómeo a Júlia* slovenských herců z divadelního spolku „Kapor na scéně“, kteří zahráli velmi vtipně shakespearovskou klasiku tak, jak ji nikdo neznáme. Během večera se z některých našich kolegů a kolegyní stali dokonce na okamžik herci, kteří spolu-

účinkovali v této inscenaci a bavili tak nás, diváky, spolu s profesionálními herci.

Mladí lékárníci (ať věkem či duchem) určitě rádi zavítají příští rok do Opavy znovu!

**Mgr. Eva SICOURET PÉREZ**

**Mgr. Kateřina ŠUMBEROVÁ**

**Mgr. Stanislava REŽNÁKOVÁ**

**Nemocniční lékárna FN v Motole, Praha**



Fotografie ani zdaleka nezachycuje všechny budoucí maminky z řad účastnic konference; 2011 je prostě v mnoha ohledech plodný rok!

Foto: Mgr. Jiří KOTLÁŘ

## Převratný objev?

Když mám někdy chvíli, rád si udělám výlet do okolí svého rodného města Hrádku nad Nisou. Je tu skutečně na co koukat – skalní města, hluboké propasti, daleké vyhlídky, nekonečné lesy. Vždy si odnesu kus té krásy s sebou a večer, když usínám, se z ní znovu těším.

Jeden z výletů však překonal všechna má očekávání. Dne 23. května 2011 – to datum si navždy zapamatuji – mě toulky přivedly až do opuštěného lomu, kde jsem našel pár pěkných zkamenělin. Uložil jsem je opatrně do batohu, aby se nepoškodily, než je doma zakonzervuji. Pak jsem si prošel zbytek lomu a na jednom odlehlejším místě objevil něco, co mi vzalo dech. Ze skalní stěny na mě zasvítily obrysy nápadně připomínající lebku, která však měla v průměru (v předozadní projekci) kolem půl metru! Navíc byla otištěna v podloží, jehož stáří je nepochybně několik desítek, ne-li stovek miliónů let. V rozrušení jsem si zapomněl udělat snímky, ty jsem pořídil až po pěti dnech se svými přáteli z literárního spolku Pátečníci.

Další osud „hrádecké lebky“ leží v daleké budoucnosti. Oslovil jsem archeologa Mgr. Brestovanského z libereckého muzea, aby nález odborně posoudil, a také autory knihy Zakázaná archeologie Klause a Habecka. Ti popsali řadu obdobných nálezů po celém světě (např. 1,30 metru dlouhou lidskou stopu, otištěnou v kameni v Jihoafrické republice). Jedinečnost hrádeckého nálezu spočívá v tom, že v tak zachovalém stavu dosud žádná prehistorická lebka (nebo její otisk) nebyla objevena či popsána, a pokud vědci její pravost potvrdí, tak přepíšeme dějiny lidského rodu. Znamenalo by to, že jsme se podobně jako ptáci vyvinuli z obrovitého předka, který byl současníkem dinosaurů a pravděpodobně spolu s nimi také vyhynul.

**PharmDr. Lubomír JAROŠ**



Foto: Petr Mayer

## SPRÁVNÉ DISPENZAČNÍ MINIMUM

### Aprepitant

Nevolnost a zvracení po chemoterapii (CINV) patří mezi nejvíce devastující nežádoucí účinky cytostatik – ze strany pacientů patří k těm nejobávanějším. Navíc se tím snižuje compliance s léčbou se závažnými následky (snížený příjem potravy, zhoršení energetické bilance, malnutrice, dehydratace, metabolický rozvrat a insuficience orgánů), to vše zhoršuje výkonnostní a mentální stav pacienta.

Aprepitant (antagonista NK1 receptorů) patří mezi novější skupinu látek s antiemetickým účinkem, které ovlivňují aktivitu substance P působením na neurokininové receptory NK1. Díky vysoké afinitě a selektivitě je tento antagonismus velmi účinný a obvyklá terapie obsahuje pouze několik dávek aprepitantu. Substance P plní v organismu (mozku) daleko více funkcí, a proto se také rozvíjí intenzivní výzkum ostatních neurokininových receptorů a jejich ovlivnění, které by bylo možné využít v dalších klinických oblastech (psychofarmaka, analgetika atd.). V antiemetické indikaci se v některých zemích zkouší v klinických hodnoceních další nová látka, vafoipitant.

Aprepitant je velmi vhodným doplňkem antiemetické terapie určené ke zvládnutí tzv. CINV, tj. chemoterapií indukované nevolnosti a zvracení. Postačují obvykle pouze tři dávky, první 125mg v den jedna asi jednu hodinu před chemoterapií a následně v den dvě a tři ráno 80mg. Je dostupný v perorální podobě, má relativně dobrou biologickou dostupnost a vysokou vazbu na plazmatické bílkoviny (z toho vyplývá riziko některých lékových interakcí, v případě dalších současně podaných látek s obdobně silnou vazbou na plazm. bílkoviny). Přechází přes HEB a vylučuje se močí (57 %) a stolicí (45 %). Jeho biotransformace (BT) prostřednictvím několika typů cytochromů predikuje řadu dalších důležitých lékových interakcí. Z větší části se na BT podílí CYP3A4 a méně další CYP2C9, CYP1A2 a CYP2C19A. Mezi důležité a klinicky významné patří: účinek hormonální antikoncepce může být snížen; warfarinizovaní pacienti si musí měřit INR do 2 týdnů od nasazení aprepitantu (nejlépe v době 7–10 dní), jelikož je shodným substrátem enzymu CYP2C9, může docházet ke snížení jeho hladiny v plazmě a k nižšímu antikoagulačnímu účinku; fenytoin, karbamazepin a rifampicin – CYP3A4 induktory – mohou účinek aprepitantu snížit; inhibitory CYP3A4 mohou účinek aprepitantu naopak zvýšit, a tím i jeho NÚ (např. klaritromycin, diltiazem, keto- a itrakonazol, nefazodon atd.); substráty CYP3A4 (alprazolam, dexametazon, docetaxel, etoposid, ifosfamid, imatinib, irinotekan, methylprednisolon, midazolam, paklitaxel, vinkristin a vinorelbin). Jejich koncentrace v plazmě se může zvýšit, což je dobré zohlednit v jejich případném dávkování – díky tomu se snižuje např. dávka kortikoidu na polovinu (dex. na 50 %, methylprednisolon na 25–50 %). Zcela kontraindikováno je současné podání astemizolu a terfenadinu, ty však u nás již nejsou registrovány. Některé známé byliny, které podléhají BT obdobnými skupinami enzymů, mohou také interagovat s podáváním aprepitantu.

Indikací pro podání aprepitantu je CINV, vždy v kombinované terapii spolu se setrony a dexametazonem (díky vhodné LI lze jeho dávku snížit o 50 %), lze použít v iniciálních a následných cyklech chemoterapie. V zahraničí je někdy využíván i k prevenci postoperační nevolnosti a zvracení (podávají se nižší dávky 40 mg 3 hodiny před anestezí), u nás však zatím hlavně při CINV.

Nežádoucí účinky (NÚ) jsou podrobně popsány v SPC, obvykle jsou zvládnuty poměrně dobře.

- Lze užívat nezávisle na jídle.
- Je určen ke zvládnutí CINV, ne k běžnému tlumení nevolnosti a zvracení.
- Je vhodné velmi srozumitelně vysvětlit dávkování (obal je k tomu patřičně uzpůsoben) a současné užívání ostatních antiemetik, není nikdy určen k monoterapii. Při podání jednu hodinu před chemoterapií je zajištěna nejvyšší klinická ochrana před nevolností a zvracením.
- Přesto, že je tento lék určen k tlumení CINV, může někdy nevolnost přetrvávat, o čemž by měl být informován lékař (může to být z různých příčin, např. anticipační zvracení v dalších cyklech, při nezvládnutí emeze v prvním cyklu).
- Je vhodné informovat lékaře o výrazných NÚ, jako jsou nesnesitelné bolesti hlavy, přetrvávající zácpa nebo průjem, výrazná únava a slabost.
- Pacienti na warfarinu by si měli po 1–2 týdnech prověřovat hodnotu INR.
- Ženy na antikoncepci si musí zajistit náhradní ochranu proti početí.

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



# Spory mezi komorou a GML: Důsledek chyby v systému



ČLnK Stanislava Havlíčka nebyl o tato jednání zájem.

## PharmDr. Marcela Škrabalová

Komora chce být pod jeho vedením „široce rozkročená“ a rozhodovat sama o všem. A to není podle mého názoru správná cesta ke klidu v lékárenské obci, k diskusi a kompromisům. Současný systém institucí v českém lékárenství v sobě nese kód permanentních svárů. Nemáme jasně stanoveny, kdo za koho v členité lékárenské obci vlastně hovoří. Komora, to jsou přece lékárníci provozovatelé i lékárníci zaměstnanci z lékáren veřejných, nemocničních či řetězcových. Máme občanské sdružení majitelů veřejných lékáren. A nemáme odbory, takže tradiční a legitimní rozpory mezi zájmy zaměstnavatelů a zaměstnanců nikdo nejen neřeší, ale ani neartikuluje.

Už na sjezdu delegátů jsem ve svém diskusním příspěvku hovořila o tom, že komorová hluchota k názorům a zájmům jednotlivých skupin lékárenské obce vede k výraznému vnitřnímu pnutí v oboru. Předseda Ústavního soudu Pavel Rychetský hovořil o demokracii v České republice jako o pokřivené demokracii, kdy vítěz bere vše a menšinový názor není na základě dojednaných kompromisů vůbec akceptován.

Jedinou cestou z nekonečných sporů a vzájemných útoků mezi námi je jasné, závazné vymezení činností, rozdělení kompetencí a pravomocí i zodpovědnosti mezi ČLnK a GML a vznik odborové organizace zaměstnanců v lékárenství. Přesné stanovení zájmových skupin s vydefinovaným a představeným zájmem pomůže normalizovat vztahy mezi lékárníky. Dovedu si představit společné kulaté stoly či „tripartity“, dohodovací řízení, diskusní

Vedení ČLnK a GML dnes připomínají dva generální štáby v jedné armádě. Oba štáby chtějí velet a dovést lékárenství jen k vítězství. Ale za celé ty poslední roky nebyly vzájemně dohodnuty žádné priority, nebyla stanovena žádná společná koncepce, nebyly rozděleny kompetence. A to je velká chyba. Vzniklá situace pak umožňuje kličkovat, jak se komu v danou chvíli hodí. Matoucí situace nejen pro samotné lékárníky i navenek pro státní správu. A proč nebyly dohodnuty? Ze strany prezidenta

fóra, společné pracovní skupiny a vydefinované kompromisní strategie.

Taková cesta by byla demokraticky zralá a dospělá. Jen tak se bude moci doplnit úsilí stavovské komory, která bude zodpovídat za odbornou a etickou úroveň výkonů v rámci lékárenské služby a vzdělávání lékárníků a lékárenského personálu s úsilím sdružení provozovatelů, kteří naopak budou sledovat ekonomickou stránku fungování lékáren. Vztahy mezi zaměstnavateli a zaměstnanci v lékárnách nebudou „kalit vodu“ všude a nikde, ale budou je tradičně řešit přesně k tomu zřízené odbory.

Zatím zaměstnavatelé, kterých je díky povinnému členství v ČLnK logicky méně než zaměstnanců, nesou nelibě, pokud jim chtějí ekonomické parametry fungování lékáren de facto určovat prostřednic-

tím hlasování v ČLnK jejich zaměstnanci. Ti ve své komorové většině naopak odmítají, aby „hrstka provozovatelů“ obtěžovala stavovskou komoru svými požadavky a odkazovala se přitom na fakt, že právě provozovatelé nesou zodpovědnost mj. i za výplatu pro své zaměstnance.

V reálné lékárně je provozovatel zodpovědný mimo x dalších zodpovědností především za hospodářský či ekonomický výsledek svého provozu. Snaží se pro svou lékárnou vyjednat co nejlepší ekonomické podmínky. Je to jeho práce a jeho zodpovědnost, za kterou ručí svým majetkem. Vyjednává smlouvy se zdravotními pojišťovnami, co nejlepší obchodní podmínky s distributory léčiv, připravuje marketing, zajišťuje daňové poradenství apod. Úkolem lékárníka v zaměstnaneckém poměru je především odborný výkon jeho profese. Role a kompetence jsou jasně dány a nikdo je nezpochybňuje.

Lékařství a lékárenské organizace u nás i v zahraničí hledají svou novou podobu. Všichni procházíme bolestným obdobím, začněme cestu za lepšími zítřky sami od sebe. Chovejme se zodpovědně, stavejme na tom, co nás vzájemně spojuje. V procesu reformy zdravotnictví od nás státní správa očekává jednoznačné výstupy. Nedovedu si představit, jak je chceme připravit bez vzájemné komunikace, věcných diskusí, kompromisů. Hledejme ve svém středu prezidenta či prezidentku, kteří dokážou lékárenskou obec sjednotit, kteří budou připraveni naslouchat všem a budou zárukou komunikace a vstřícnosti. Ten současný to za tři a půl roku nedokázal.

## System nechyluje, lidé ano

Podle nových pravidel redakční rady časopisu jsem dostal k vyjádření příspěvek „Spory... Důsledek chyby v systému“. Přiznávám, že pro mne nebylo lehké vybrat z tolik variabilního textu tu podstatnou část k vyjádření. Má to být polemika nad oprávněností zařazení druhu lékárník mezi hematofágní kroužkovce nebo mám zavzpomínat na lekce poručíka Skalníka na politickovychovné světlici o struktuře velení Československé lidové armády. Také bych se mohl věnovat historii odborového hnutí, kde bych pravděpodobně dlouho hledal tak osvícené zaměstnavatele, kteří by sami aktivně podporovali vznik odborové organizace zaměstnanců.



## PharmDr. Stanislav Havlíček

Mohl bych, stejně jako někteří příspěvatelé na těchto stránkách, předat profes-

cionálnímu pisateli textů z oboru PR několik univerzálních moudrých myšlenek a pak pod výslednou koláž připojit svůj podpis. Neudělám to, není to dobrý způsob a navíc mám svou hrdost. Myslím, že

každý z vás a tím spíše každý z členů volebních orgánů ČLnK je dostatečně schopný, aby dokázal svoje myšlenky převést do souvislého textu sám.

V příspěvku „Spory...“ nejsou důležité ani pijavice, ani námořnictvo, ani odbory. Pro autora není důležitá dokonce ani v názvu uvedená *chyba systému*. Popis jakékoli systémové chyby text neobsahuje. To podstatné je úvaha nad tím, zda by se komora neměla zbavit svých kompetencí a předat je některé jiné organizaci.

S doporučením, aby komora dobrovolně oslabilu svou pozici, nemohu souhlasit ani jako člen komory, ani jako člen představenstva, a už vůbec ne jako její prezident. Autor článku se mylně domnívá, že komora může být pod vedením jednoho člověka. Ano, v čele komory stojí prezident, který ji zastupuje navenek. O činnosti komory ovšem rozhoduje sjezd delegátů a mezi sjezdy představenstvo komory. Žádný z dosavadních sjezdů neulo-

žil představenstvu ani prezidentovi, aby předal jakoukoliv část agendy a kompetencí odborové organizaci nebo občanskému sdružení. Celá řada usnesení sjezdu naopak dala v uplynulých dvaceti letech představenstvům a prezidentovi mandát jednat a vyjednávat. Smyslem jednání bylo vždy získání výhod nebo lepší pozice pro členy komory nebo pro komoru samotnou. Oslabení komory snad v celé její historii sjezdu nikdo nenavrhl. Kolegyně Škrabalová může být historicky první.

Žádný z dosavadních sjezdů neuložil představenstvu, prezidentům ani mně osobně úkol sjednotit všechny lékárníky. I o podobném návrhu může rozhodovat některý z příštích sjezdů. Ke splnění tohoto nelehkého úkolu bude možné dojít několika způsoby: zavedením diktatury, dlouhodobou kultivací několika příštích generací lékárníků anebo nalezením osobnosti srovnatelné s českým králem

Vladislavem Jagellonským. Rozkladný vliv politiky „bene“ na země Koruny české je dostatečně popsán v učebnicích dějepisu. To by mělo být dostatečným varováním před hledáním prezidenta nebo prezidentky, kteří v zájmu maximální komunikace a vstřícnosti obětují silnou komoru.

Abych čtenáře neochudil o myšlenky jiných autorů, dovoluji si citovat z klasika. V kontrastu s jinými příspěvky jeho autorství neanonymizuji ani si jeho myšlenky nijak nepřivlastňuji. William Shakespeare v upraveném překladu Jiřího Joska:

*Znaven tím vším bych raději chtěl nebýt  
Vidět, jak slušní se jen krčí vzadu  
A vpřed se dere nafoukaný převít  
Jak s poctivostí nepřetrumfneš zradu  
Jak lhát se prý musí v zájmu moci  
A blbost káže svoje rozumy  
A upřímní jsou pro ostatní cvoci  
Když dobro zlu se vzepřít neumí*

## Vedení České lékárnické komory žádám o informace

V úterý 26. 4. 2011 vyvěsil Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., mj. tiskový mluvčí ČLnK, na oficiální webové stránky komory text *Neschopnost najít informaci neznamená její neexistenci, aneb mlčeti zlato*. Vzhledem k tomu, že přístup do veřejné části webových stránek není možný a utápět se v nekonečných sporech v „Diskusi pro členy“ se mi nechce, volím pro reakci na zmíněný text formu článku v našem komorovém časopise. Nemohu v úvodu pominout paradoxní fakt, že tiskový mluvčí komory propaguje heslo „mlčeti zlato“ (sic!).



### Mgr. Jaroslav Veselka

Ptám se, na co jiného než na nemlčení v ČLnK zaměstnáváme tiskového mluvčího? Zároveň mě jako ze zákona povinného člena stavovské komory uráží, pokud zvolené vedení ČLnK uplatňuje toto rábdobý moudré heslo i vůči mně a ještě ze mě dělá neschopného hlupáka.

Mgr. Krebs napsal, že „základní postoje k oblasti poplatků a cenotvorby byly představovány a vysvětlovány prostřednictvím diskuzí, vyjádření, článků. To, že někdo není schopen či ochoten informaci najít a absorbovat, neznamená, že ona informace neexistuje.“

Pravidelně navštěvuji webové stránky ČLnK a čtu Časopis českých lékárníků. O konkrétních postojích vedení naší komory ke stejným doplatkům v lékárnách, k odměňování za výkon, případně k převedení dalších přípravků do 3. skupiny výdeje s omezením jsem se tam ale nedozvěděl nic. Stejně tak nejsem informován o jednáních o připravovaných změnách, které, jak naznačuje Mgr. Krebs, vedou zástupci naší komory. Pokud je skutečně vedou, rád bych se dozvěděl kdy, s kým a hlavně k čemu tato jednání směřují. Mgr. Krebs zmiňuje také otevřený sněm České lékárnické komory v Olomouci. Mluvil jsem s přímými účastníky tohoto setkání, a proto vím, jak se člen předsta-

venstva ČLnK Mgr. Martin Mátl nejprve vyhnul odpovědím na konkrétní dotazy z pléna ohledně budoucnosti poplatků – zda je v lékárnách vybírat, nebo nevybírat a zda je odvádět zdravotním pojišťovám, nebo je nechávat jako příjem lékáren. Alespoň dílčích, vlastně vynucených odpovědí se účastníci dočkali až po jejich opakovaných urgencích. To má být Mgr. Krebsem a vedením ČLnK propagované heslo „mlčeti zlato“ v praxi?

To ale já odmítám!

Mgr. Krebs ve svém článku dále napsal, že pro vedení komory jsou „cílem a úkolem především věcná jednání nad návrhy řešení, která budou ve prospěch pacientů a přinesou užitek především lékárníkům“. Vyzývám tedy vedení ČLnK, aby v co možná nejkratší době publikovalo text, ve kterém členům jasně sdělí, jaká taková jednání vedlo, vede či se připravuje vést. Stejně tak jako člen ČLnK žádám vedení naší komory, aby informovalo členskou základnu o cílech, ke kterým chce taková jednání dovést, resp. o svých postojích k základním otázkám našeho oboru. Těmi podle mého názoru nyní jsou:

1. Mají v naší zemi i nadále vznikat nové lékárny naprosto živelně, nebo už dozrál čas na nějakou regulaci tohoto procesu?
2. Má být odměňování lékáren postaveno na obchodní přírůžce, nebo na systému stanovených výkonů?

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

3. Jak ČLnK navrhuje v připravované legislativě zajistit povinný výběr poplatků včetně sankcí za porušení? Zatím totiž vedení ČLnK působí dojmem, že se v situaci připravované reformy zdravotnictví neorientuje a z této své nouze chce udělat ctnost pomocí hesla o „zlatém mlčení“. Jak jinak si mám vysvětlit, když mluvčí Krebs vyzývá občanská sdružení, aby „nadále nemlčela“, protože ve vedení ČLnK by „si již velmi rádi přečetli jejich konkrétní, relevantní a podložené argumenty pro jednání se státními institucemi.“

Není to náhodou tak, že vedení komory nemá nic propočítané a připravené, proto v atmosféře „zlatého mlčení“ tímto způsobem shání jakékoli informace od koho-

koli? Upřímně řečeno, mně jako člena ČLnK vůbec nezajímají postoje nějakých občanských sdružení. Chci znát postoje mých představitelů, kterým v neposlední řadě platím členské příspěvky.

Nejsem člen GML, ale za naprosto nevkusný považuji ve zmíněném textu Mgr. Krebse osobní útok na Mgr. Hampela v souvislosti s Hampelovým nedávným vystoupením v pořadu ČT *Máte slovo*. Doufám, že právníci ČLnK posvětili větu: „Bylo by zajímavé zjistit, kdo a proč nechá vystoupit zástupce provozovatelů lékáren do televize s tím, že lékárníci mají v očích veřejnosti podporovat výrobu drog,“ kterou Mgr. Krebs ve svém textu napsal. Pořad jsem samozřejmě sledoval a ani já, ani mnozí moji kolegové, se kterými jsem o věci diskutoval, jsme o výrobě drog ve vystoupení Hampela nic neslyšeli. Je sa-

mozřejmě všeobecně známé, jak složité mají členové představenstva ČLnK osobní vztah k Hampelovi. Přesto je nabádám k objektivitě a soudnosti. Osobní výpady, které si neodpustil Mgr. Aleš Krebs ve svém článku na webu, svědčí podle mého názoru o neprofesionalitě, nemluvě o tom, že sympatie k představitelům ČLnK u veřejnosti skutečně nevzbudí. Když už jsem u profesionality výkonů tiskového mluvčího ČLnK a celé PR práce komory: Jak je možné, že v pořadu *Máte slovo* dostal prostor předseda občanského sdružení a nevystoupil v něm nikdo z představitelů ČLnK?

Mimochodem, výkon Marka Hampela v tomto pořadu byl úctyhodný.

(Autor je člen OSL Ostrava)

## Kdy opravdu může být lepší zachovat „mediální mlčení“

O mnoha otázkách lékárenství se vede diskuse téměř tak, jak je komora stará. Ať se jedná o systém marží, nebo o kritéria pro otevření nové lékárny. O zásadní změně systému odměňování lékařské péče se hovoří poslední tři roky. Velmi dobře si pamatuji na některé hysterické reakce po představení diskuzního materiálu pro změnu ze systému maržového na systém kombinovaný. V době, kdy tento návrh k diskuzi vznikl, bylo podle pravidel pro revize cen a úhrad léčivých přípravků jasné, že v důsledku razantního poklesu cen přijdeme o významnou část přírážky v absolutní hodnotě.

Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.

V tomto duchu jsme také informovali lékárníky na různých fórech celostátního i regionálního charakteru. Představili jsme i některé odhady propadů v příjmech lékáren, které se bohužel v následujícím období také potvrdily.

Diskuze k materiálu z velké části nesměřovala do věčné roviny, ale řešily se zástupné problémy. V důsledku pomalé činnosti SÚKL následovalo určité mezidobí zdánlivého klidu. V průběhu roku 2010 ale dobehly revize významných skupin léčiv, které měly za následek dramatický pokles cen. Předpovědi o vývoji cen léčiv z roku 2008 se tak naplnily. Problém stoprocentní závislosti odměny za po-



skytnutou lékařskou péčí na ceně léčivého přípravku přestal být zlehčován. Důkazem toho je usnesení posledního sjezdu, v němž se mj. říká, že má komora prosazovat změny vedoucí ke snížení závislosti odměny za poskytnutou lékařskou péči na ceně léčivého přípravku spočívající v nahrazení části procentuální obchodní přírážky pevnou částkou nezávislou na ceně přípravku. V rámci tohoto základního zadání pracuje pracovní skupina pro odměňování lékařské péče. Informace předáváme i do médií, např. v lednu se objevuje na iDnes.cz následující sdělení – Lékárníci se už nad myšlenkou s Hegerem sešli. „Jakýkoliv systém, který bude zmenšovat závislost lékárny na ceně léků, má naši podporu. Příprava fixní sazby ale není jednoduchá a bude urči-

tu dobu trvat. Byli bychom rádi, kdyby během letošního roku došlo ke konkrétnímu návrhu,“ uvedl Hojný. Myšleno viceprezident komory.

Představenstvo 8. 2. t. r. pověřilo Mgr. Martina Mátlu, aby na základě dohody s konkrétními provozovateli shromažďoval (a následně také zpracoval) data potřebná pro modelace dopadů změn v pravidlech cenové regulace a výběru regulačního poplatku, viz zápis z jednání PČLnK. Tyto modelace, které jsme schopni provádět na základě reálných dat a v systému s ohledem na počty balení, ceny, odpočty, poplatky apod., má komora v takové kvalitě k dispozici vůbec poprvé. V Lékárnických kapkách s datem vydání 21. února je zmíněn i základní postoj komory pro jednání, jehož podstatou je, že změna v regulačním poplatku nesmí být provedena na úkor poskytovatelů lékařské péče. Z tohoto pohledu se odehrají nejdůležitější jednání až po schválení novely zákona o veřejném zdravotním pojištění při přípravě prováděcích předpisů, zejména cenového předpisu. V první polovině března nabírá na obrátkách také diskuze o změnách v oblasti DPH. Ty se mají dotknout i léků. K tomuto tématu byl vytvořen na webu komory oddíl, do něhož byly ukládány aktuální informace. Na začátku dubna předvedla koalice jeden ze svých veletočů a vláda vyřadila změnu regulačního poplatku za položku na poplatek za recept z novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, aby posléze oznámila, že se pokusí tuto změnu vrátit do hry pozměňovacím návrhem. O celé záležitosti

poměrně podrobně informoval Martin Mátl nejen na sněmu ČLnK, ale také prostřednictvím ČČL 4/2011.

Postoj komory k regulačním poplatkům (RP) má historii již od roku 2007. Předchozí představenstvo odmítlo v rámci připomínkového řízení výběr regulačního poplatku v lékárně. V případě, že by se přeci jenom vybíral, měl by být alespoň příjmem zdravotních pojišťoven. Připomínky vyslyšeny nebyly, regulační poplatek se vybírá a je příjmem lékárny. Konstrukci výpočtu ceny a její propojení s RP z roku 2008 nelze upřít pozitivní přínos na straně lékárny. Nicméně situace po krajských volbách v roce 2008 dala obavám z fungování RP za pravdu. RP se stal pro řadu lékárníků noční můrou. Vzhledem k provázanosti ceny léčiv s RP jsme se stali rukojmí poplatků a nutně jsme museli usilovat o to, aby RP zůstal zachován jako příjem lékárny. V současnosti se připravuje zrušení poplatku za položku a zavedení poplatku za recept. Přestože tato změna přináší řadu nevýhod (motivace pacientů k plnému využití tiskopisu recept, kombinace hrazených a nehrazených léčiv apod.) a v podstatě se jedná o politické gesto, skrývá v sobě určitou naději. Pokud by k této změně došlo, lze očekávat zrušení odpočtů, jinými slovy zjednodušený výpočet ceny léčiv. Důležitější ale je, že nově konstruovaný poplatek může za určitých okolností (podoba cenového předpisu) představovat určitou stabilizační roli odměňování lékárenské péče.

Pokud mají být regulační poplatky v nějaké formě udrženy, tak nechtě jsou příjmem lékárny. Současná praxe s obcházením zákona je však natolik neúnosná, že se nedívám ani návrhům na jejich zrušení. Situaci nevyřeší vyšší sankce, zlepšení nemusí přijít ani po zákazech bonusů, které mohou v horším případě zjednodušeně řečeno způsobit i to, že malá lékárna nebude moci snížit doplatek, aby se dostala na úroveň lékárny s velkým obrátem, a tím i jinými nákupními podmínkami. Řešením je tedy všude stejný, jasně definovaný doplatek. Základem všeho je však vymahatelnost zákona a vůle příslušných orgánů. A té je u nás značný nedostatek. Stejně doplatky ve všech lékárnách jsou při pohledu na usnesení předchozích sjezdů trvalým tématem. Jejich zavedení by podpořila většina laické i odborné – lékárenské veřejnosti. Stejně se vyjádřili také delegáti sjezdu v roce 2010 za přítomnosti ministra zdravotnictví. Toto stanovisko také předkládáme do médií.

Sít lékáren je téma velmi ožehavé. Zde si dovoluji pouze osobní názor, neboť žádné oficiální stanovisko představenstva nebylo fakticky nikdy přijato. Diskuze k tématu byla přitom velmi živá. Nejdříve bylo schváleno, že chceme stanovit síť a omezit počet nově vznikajících lékáren, aby nakonec nebyla nalezena přijatelná a hlavně akceptovatelná definice, podle níž by bylo možné síť vytvořit. Ve výsledku hrozilo, že se i některé stávající lékárny do sítě nedostanou a nebudou tak moci fakturovat pojišťovně. V posledních letech diskuze na toto téma ustaly.

Základní informace o probíhajících jednáních i s jejich výsledky a o postojích komory jsou dostupné nejen prostřednictvím ČČL, webu komory a Lékařnických kapek, ale také v běžných médiích. Někdy se v nich naopak informace neobjeví. Týká se to zejména takových informací, které by byly způsobily komoru poškodit. Tak tomu bylo nedávno, kdy do některých médií došlo „udání“, že chce komora zamést jednu kauzu pod koberec. Nakonec jsme si s novináři vše vysvětlili, i když to dalo opravdu hodně úsilí, pevných nervů a asertivity. To je to ticho a mediální mlčení. I to je jedna stránka práce mluvčího komory. Komu měla tato negativní medializace sloužit, si mohu jen domýšlet. Komora to určitě nebyla.

Vím, že hodnocení některých věcí, reakcí na napadání komory apod. je více či méně subjektivní. Často záleží na úhlu pohledu, na tom, čí chleba zrovna jíme. Zástupci komory a jí doporučení lékárníci se speciálně pořadu Michaely Jílkové účastnili opakovaně. Takže mě při navrženém složení (mj. MUDr. Rath, MUDr. Kubek) ani nepřekvapil požadavek produkce na účast zástupce provozovatelské organizace. Celý pořad, obecně vzato, již sklouznul na úroveň, na které snad ani není nutné se nějak pravidelně (nebo vůbec) vyskytovat. Hádky, lži, překřikování, chybí snad jen pár pohlavků, ale možná na ně taky dojde. Do toho se mi, přiznávám, nechce vždy jít. Tato hra nemá vítěze. Tentokrát jsem byl za danou domluvu s produkcí v podstatě rád.

## Ustavující sněm Mladých lékárníků



**V rámci Konference mladých lékárníků v Opavě se uskutečnil ustavující sněm Mladých lékárníků. Ti představili své vize a činnosti, kterým se chtějí věnovat. Hlavním cílem sdružení je zapojení aktivních mladých lékárníků do činností podporujících vývoj lékárenství odborným směrem a směřující k vyšší prestiži našeho oboru v očích odborné i laické veřejnosti.**

Byly představeny také webové stránky [www.mladilekarnici.cz](http://www.mladilekarnici.cz), kde jsou dostupné stanovy, aktuální informace a diskuzní fórum. Do předsednictva sdružení byli zvoleni Antonín Svoboda, Alena Petříková, Josef Vaníček, Drahomíra Kubíková a Ve-

ronika Šumpichová. Do revizní komise byli zvoleni Pavla Rosíková, Jan Hašek a Petr Sedlák.

Cíle sdružení bude naplňovat pět pracovních skupin. PS Vzdělávání se bude zabývat problematikou specializačního a kontinuálního vzdělávání. PS Lékařství vytvoří prostor pro diskuzi nad aktuálními problémy našeho oboru a zapojí mladé lékárníky do diskuze s profesionálními a zájmovými organizacemi. PS Veřejnost se soustředí na zlepšení mediálního obrazu lékárníka mezi laickou i odbornou veřejností. Obsahem práce této PS bude diskutovat o způsobech, jak prezentovat lékárníka jako odborníka v oblasti farmakoterapie a režimových opatření. PS

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

Zahraníčí vytvoří prostor pro sdílení zkušeností ze světa a bude podporovat zájem mladých lékárníků o aktivity na evropské a celosvětové úrovni. PS Studenti bude mít za cíl usnadnit absolventům vstup do lékárenské praxe. Vytvoří prostor pro poskytování praktických informací studentům a začínajícím lékárníkům. Členové sdružení mL se mohou zapojit do všech pracovních skupin. Pokud vás koncept pracovních skupin zaujal, kontaktujte nás e-mailem na mladilekarnici@gmail.com. Věříme, že aktivním a pozitivním přístupem dnes můžeme ovlivnit vývoj našeho oboru v budoucnu.

**PharmDr. Antonín SVOBODA, předseda sdružení**  
**PharmDr. Alena PETŘÍKOVÁ, místopředsedkyně sdružení**  
**Snímky: Vladimír VRBOVSKÝ**



## TAK TO VIDÍM JÁ: Jsme nahraditelní, nebo nejsme?



K napsání tohoto článku mne přivedly události poslední doby. Neustále se hovoří o změnách, které nás čekají, o plánech ministerstva zdravotnictví zavést pozitivní listy, předepisování účinných látek lékaři a dalších novinkách. V souvislosti s generickou preskripcí se samozřejmě ozývají lékaři a někteří z nich požadují umožnění výdeje léků v ordinacích.

V souvislosti s tím se opět objevuje otázka, je-li náš obor skutečně potřebný, nebo ne. Ve výdeji léků by nás mohly nahradit zdravotní sestry v ordinacích, konzultace vlastně nikdo nepotřebuje, protože veškeré požadované informace lze nalézt na internetu... Že to není pravda, víme všichni. Je ale jedna nezpochybnitelná oblast naší práce, ve které nás skutečně nemá kdo nahradit, a to je magistraliter příprava.

Magistraliter příprava byla vždy pro lékárny ekonomicky nezajímavá, ztrátová, okrajová záležitost. I takové názory zaznívají z řad nás, lékárníků. Je zvláštní, že z tábora lékařského se naopak stále ozývají požadavky na individuální přípravu, lékaři by rádi svým pacientům individuálně připravované léčivé přípravky (IPLP) předepisovali, bohužel často ztroskotávají na neochotě nebo dokonce neschopnosti lékárníků. Přitom celkem oprávněně očekávají, že lékárník je ten, se kterým mohou danou problematiku probrat, protože kdo jiný by měl být schopen vyřešit požadavek lékaře, než lékárník. Sama znám bohužel již řadu negativních zkušeností lékařů s lékárnami poté, co se rozhodli začít předepisovat nějakou doporučenou recepturu. A nemohu se potom divit jejich negativním reakcím na požadavky lékárníků – jak si mohou být lékaři jisti, že zvládneme bez chyb všechna úskalí generické preskripcie nebo náročnější konzultace, když podle nich nejsme schopni ani té nejzákladnější činnosti naší profese.

Je zvláštní, že o nově registrované léčivé přípravky se lékárníci vesměs zajímají, v oblasti individuální přípravy tento trend není, ačkoli jsou to především lékárníci, kteří mají lékaře o nových možnostech informovat. Někteří tuto snahu mají, je za nimi vidět pořádný kus práce, bohužel se stále najde řada kolegů, kteří jejich práci kazí tím, že lékaři nebo

pacientovi tvrdí, že suroviny předepsaného IPLP se nevyrobí, aniž by si ověřili, jestli tomu tak skutečně je nebo není, a nejsou schopni ani nasměrovat do takové lékárny, která daný IPLP připraví. Jak potom vypadá lékárník, který lékaři novou recepturu poradil? Ne všichni lékaři jsou „zkostnatělí“ a nepřístupní komunikaci a nové možnosti v magistraliter přípravě rádi uvítají. Lékaři, kteří IPLP předepisovat chtějí, nemají v drtivé většině problém domluvit se s okolními lékárnami na nové preskripci, a je to už pak jen ochota lékárníků zajistit suroviny a IPLP připravit. V dnešní době, kdy se distribuují i malá balení substancí, už by to takový problém být nemusel, zvláště u surovin, které lze využít i pro volný prodej.

Myslím si proto, že by byla škoda nechat si ujít tuto jedinečnou příležitost. Naše profese má rozhodně co nabídnout, a příprava léčiv k tomu v každém případě patří. Je pravda, že cena za tuto práci je dlouhodobě podhodnocena, na druhou stranu zde máme organizace, které se neustále holedbají a ohánějí tím, jak jsou prospěšné zvláště lékárníkům provozovatelům – jestliže mají skutečně takové možnosti, jakými se chlubí, mohou zajistit pro lékárny vymoci výhodnější podmínky přípravy IPLP.

Nedávno jsem se od jednoho kolegy dozvěděla, že IPLP děláme hlavně pro zábavu. Já si to nemyslím, je to přece jedna ze základních činností lékárny. Již dnes jsou řetězce, které si do výlohy vylepují cedule, že IPLP nepřipravují, tyto lékárny tak ale nemohou nabídnout pacientovi plný servis. Chceme za pár let dopadnout stejně?

V této souvislosti mne napadá ještě jedna myšlenka. Byli bychom schopni se sjednotit a umožnit lékařům a pacientům získávat informace o tom, která lékárna v jejich okolí je schopna připravit IPLP s obsahem surovin, které nejsou běžně používané a které třeba nevyužije každá lékárna? K této problematice je proto zřízena e-mailová adresa magistraliter@magistraliter.cz

Závěrem bych ráda poděkovala všem kolegům, kterým není magistraliter příprava lhostejná a snaží se o její zachování a modernizaci.

**Mgr. Kateřina HORÁČKOVÁ**  
**Lékárna Na Rohožníku, Praha**

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

### Teplan, V.: Užití trimetazidinu v prevenci kontrastní látkou indukované nefropatie: příspěvek nefrologa

Cor et Vasa č. 4-5/2011

CIN – kontrastní látkou indukovaná nefropatie patří mezi závažné komplikace koronární angiografie. Může vyžadovat krátkodobou dialýzu, ale může mít i trvalé následky. Frekvence výskytu u běžné populace je 0,6–2,3 %, u pacientů s renální nedostatečností může vzrůst až na 20–38 %. Možnou prevencí vzniku CIN je dostatečná hydratace před i po výkonu, eliminace užívání potenciálně nefrotoxických léčiv (NSAID, ACEI, sartany, aminoglykosidy, diuretika – furosemid a kalium šetřící), dále podání i.v. acetylcysteinu, který má vazodilatační účinek v ledvinách a působí jako antioxidant. Zajímavé je preventivní použití trimetazidinu, léčiva významně ovlivňujícího metabolickou podstatu ischemie buněk. Má cytoprotektivní účinek nejen u ICHS, ale i u ledvinové ischemie tubulárních buněk. Inhibuje oxidaci mastných kyselin a stimuluje oxidaci glukózy. Byl využit ve studii na 82 pacientech s lehkým snížením renálních funkcí. Byla podána dávka 3x denně 20 mg trimetazidinu 48 hodin před a 24 hodin po angiografii iopromidem. CIN se vyskytla v trimetazidinové skupině jen u 2,5 % pacientů, zatímco u kontrolní skupiny u 16,6 %. Doporučuje se i pacientům po transplantaci ledvin.

### Špinarová, L.: Postavení TOR inhibitorů po transplantaci srdce

Kardiologická revue č. 1/2011

K novým imunosupresivům podávaným po transplantaci srdce se řadí inhibitory TOR (target-of-rapamycin). Patří k nim sirolimus a everolimus. Používají se v různých léčebných schématech: 1) malé dávky tacrolimu, sirolimu + kortikoidy, 2) malé dávky cyklosporinu A, sirolimu či everolimu + kortikoidy, 3) malé dávky mykofenolátu mofetilu, sirolimu či everolimu + kortikoidy. Tato léčiva se buď podávají de novo, nebo na ně jsou pacienti převedeni z předchozí imunosupresivní léčby. Po transplantaci srdce se jako nejvýhodnější jeví kombinace nízkých dávek obou TOR inhibitorů za postupného vysazení kortikoidů. Důvodem převodu pacienta z dosavadní léčby mohou být tyto komplikace: chronická kalcineurinová toxicita, vaskulopatie štěpu, myopatie, cyklosporinová neurotoxicita, malignity. Převádět by se neměli nemocní s pokročilou renální insuficiencí, hypercholesterolemíí, hypertiglyceridemií a trombocytopenií.

### Slíva, J., Kozák, J., Černý, R.:

## Farmakoterapie neuropatické bolesti

edice Farmakoterapie pro praxi, sv. 45

Maxdorf Jessenius, Praha 2011, 95 stran

Další publikace z populární edice pojednává o neuropatické bolesti, která může doprovázet řadu onemocnění pozměňujících funkci nervového systému. Je definována jako bolest generovaná nervovým systémem. Brožurka je členěna do tradičních kapitol.

První – repetitorium je věnováno definici, terminologii, klasifikaci, epidemiologii, etiologii a patogenezi, genetice, klinickému obrazu, diagnostice, vývoji a prognóze neuropatické bolesti. Druhá část popisuje diferenciálně-diagnostické postupy. Třetí část, pro farmaceuty nejzajímavější, je přehledem farmakoterapie. Začíná vyjmenováním cílů léčby, pokračuje přehledem léčiv – antikonvulziva (karbamazepin, gabapentin, pregabalin, topiramát, zikonotid), antidepressiva (tricyklika, SSRI, SNRI – venlafaxin, duloxetin, DNRI – bupropion), lokální anestetika, NSAID, kapsaicin, ostatní – centrální myorelaxancia, kortikoidy,  $\alpha 2$  – agonisté (clonidin), anti-oxidanty, NMDA – antagonisté, vitaminy B1 a B12. Dále jsou popsána některá specifika u nemocných nad 65 let věku, u těhotných a kojících a u osob se sníženou funkcí jater a ledvin. Jsou uvedeny i nové perspektivy v léčbě, doporučení pacientům a tradiční chyby a omyly, z nichž nejčastější jsou chybná diagnóza a nesprávné indikace léčiv i nefarmakologických postupů.

## ANOTACE

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

**C**ystická fibróza (CF) je chronické, progresivní a obvykle fatální autozomálně recesivní multisystémové onemocnění charakterizované širokou škálou příznaků a komplikací, které se liší v závažnosti. Ovlivňuje především činnost exokrinních žláz v trávicím a dýchacím ústrojí. Podle světové nadace pro CF je postiženo touto nemocí asi 70 000 pacientů v celém světě.

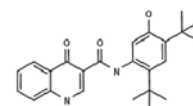
## MOLEKULA MĚSÍCE

### Ivacaftor

*N*-(2,4-Di-*tert*-butyl-5-hydroxyphenyl)-4-oxo-1,4-dihydroquinoline-3-carboxamide

Sumární vzorec:  $C_{24}H_{28}N_2O_3$

Molekulová hmotnost: 392,49 g mol<sup>-1</sup>



Nemoc je způsobena mutací jednoho velkého genu na chromozómu 7. Kóduje membránový protein – známý jako cystic fibrosis transmembránový regulátor (CFTR). Protein CFTR je zakotven v několika typech membránových buněk tělesných orgánů a hraje klíčovou roli v patogenezi CF. Nejvyšší jeho koncentrace jsou na vnitřním povrchu slinivky, v potních a slinných žlázách, střevních buňkách, v pohlavních orgánech a submukózních žlázách dýchacích cest. CFTR se chová jako sodíkový kanál regulující pohyb Na iontů v obou směrech. U pacientů s vadným CFTR genem – vypuštěním jedné aminokyseliny (známé také jako stop kodon) dojde k procesu zvanému „misfolding“.

Jednou z možností léčebného ovlivnění je aktivace CFTR pomocí látky **ivacaftor** (VX-770), což je malá molekula, kandidát III. fáze klinického zkoušení, vyvinutá firmou Vertex pro perorální léčbu CF u pacientů ve věku 6–11 let, kteří jsou nositeli mutace G551D na alespoň jednu alelu, a ve studiích fáze II k léčbě pacientů ve věku 12 let a starších s cystickou fibrózou, kteří jsou nositeli mutace CFTR-F508. V březnu 2011 Vertex oznámil předběžné výsledky (24týdenní) III. fáze studie EnVision. Výdechový parametr FEV1 se zlepšil o 12,5 %. Subjektivně uvedly děti zlepšení dechových příznaků nemoci.

Zdroje: internet



# Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Chronická lymfocytární leukemie (CLL) je nejčastější leukemií dospělého věku v euroamerické populaci. Jde o hematologickou malignitu charakterizovanou hromaděním morfologicky „zralých“ B-lymfocytů v kostní dřeni, periferní krvi a lymfatických orgánech. CLL je onemocněním starších osob, průměrný věk v době diagnózy se pohybuje kolem 70 let, pod 40 let věku je vzácná, nevyskytuje se u dětí. Onemoc-



PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D.

Sekce klinické farmacie ČLS JEP

nění jeví významně častější výskyt u mužů, a to v poměru k ženám až 1,9 : 1. V hematologických centrech v ČR se odhaduje, že je léčeno zhruba 1300 pacientů/rok. Za vznik onemocnění může porušená rovnováha regulace buněčné smrti, v maligních buňkách bývá zvýšená exprese antiapoptotického proteinu Bcl-2.

Diagnostika CLL se opírá o kritéria NCI-Working Group: morfologicky zralé B-lymfocyty v periferní krvi  $> 5 \times 10^9/l$  s typickým imunofenotypem (CD5, CD19, CD20, CD23 pozitivní + slabá exprese sIg + FMC7 negativní). Nemocní přicházejí k lékařům kvůli zvětšeným uzlinám, nočním teplotám, opakovaným infekcím, krvácení apod. Během nemoci jsou časté různé autoimunitní reakce. Prognózu a volbu léčby pomáhají určit klasifikace klinického stavu (staging) na základě projevů nemoci a laboratorních vyšetření zavedené Raiem nebo Binetem (Rai: 0-IV – závažnější stadia jsou charakterizována anémií s hemoglobinem pod 110 g/l nebo trombocytopenií  $< 100 \text{ tis.} \times 10^9/l$ ; Binet: A-C dle počtu postižených oblastí – zvětšených uzlin, jater, sleziny – a výskytu anémie a trombocytopenie). Stadium A dle Bineta má zhruba 60 % nemocných, tito nemocní mají prognózu přežití s mediánem 108 měsíců, naopak stadium C dle Bineta charakterizované anémií nebo trombocytopenií má zhruba 10 % nemocných a medián přežití je pouhých 24 měsíců. Zásadní pokrok v určení individuální prognózy nemocných s CLL přinesly stanovení mutačního stavu IgVH a genetické aberace. Nemocní s mutovanými geny pro IgVH mají zpravidla stabilní onemocnění a výrazně delší celkové přežití. Genetické aberace jsou přítomny až u 80 % pacientů. Nejčastější je delece dlouhého ramene chromozomu 13, která je prognosticky příznivá. Delece části dlouhého ramene chromozomu 11 postihující gen ATM je spojena s výraznou lymfadenopatií a rychlou progresí; nejobávanější je delece krátkého ramene chromozomu 17 postihující gen p53, neboť tato změna způsobuje zpravidla rezistenci na léčbu a vysoce nepříznivou prognózu.

Diagnóza CLL sama o sobě není důvodem k zahájení léčby. Nemocní s pokročilým onemocněním (stadium III a IV dle Raie nebo stadium C dle Bineta) jsou indikováni k zahájení chemoterapie. U nemocných se středně pokročilým onemocněním se nasazení chemoterapie zvažuje podle přítomnosti dalších faktorů, např. podle zvětšení uzlin, sleziny, výskytu autoimunitních reakcí, horečky apod. Standardním režimem první volby se v současnosti stala kombinace FC(R): fludarabin + cyklofosfamid (+ rituximab), u starších nemocných se někdy podává chlorambucil. Po selhání terapie první volby je možné podat alemtuzumab. Když i ten selže

(tzv. double refractory CLL), nastává problém, který se snaží řešit nová molekula – ofatumumab. Existuje odhad, že k ofatumumabu se „pracuje“ pouze malé procento nemocných s CLL, které se v ČR odhaduje na pouhých třicet pacientů.

## Farmakologické aspekty

Ofatumumab je humánní monoklonální protilátka (IgG1), která se specificky váže na epitop na malých i velkých kličkách molekuly CD20. V in-vitro podmínkách byl účinný i u buněk rezistentních k rituximabu (stejná CD20, jiný epitop). CD20 molekula se nachází na pre-B a B lymfocytech stejně jako na maligních B lymfocytech. Předpokládá se, že ofatumumab „propojuje“ CD20 molekuly, které vytvoří na membráně „shluky“ CD20 a protilátky – lipidové rafty.

# Ofatumumab

Ty jsou rozpoznávány komplementem a na protilátkách závislou buněčnou toxicitou (ADCC), které B buňku usmrtí. Ofatumumabem způsobená apoptóza buňky je zastoupena v menší míře.

Ofatumumab je podáván formou infuze (biol. dostupnost 100 %). Distribuční objem je malý (do 5 litrů). Je metabolizován proteolytickými enzymy na peptidy. Biologický poločas se prodlužuje od 1 dne po první infuzi až do zhruba 15 dnů ke konci dávkovacího režimu.

## Klinické aspekty

Dostupná data jsou zatím z interim analýzy studie Hx-CD20-406 (když nepočítáme ještě jednu studii hledající dávku). Do této studie byly zařazeni pacienti po selhání terapie fludarabinem a alemtuzumabem nebo nevhodní pro podání alemtuzumabu (zvětšení uzlin  $> 5 \text{ cm}$ ). Studie byla bez komparátora. Celková odpověď (definovaná NCI-WG 1996 kritérii) byla u 58 % pacientů po selhání fludarabinu a alemtuzumabu (populace odpovídající Indikaci v SPC) a u 47 % pacientů nevhodných pro léčbu alemtuzumabem (tito pacienti se do Indikací v SPC nedostali). Medián přežití do progresu „populace v SPC“ (5,7 měsíce) a přežití (13,7 měsíce) je obtížně interpretovatelný vzhledem k nepřítomnosti komparátora. Historická kontrola (jiná studie) odhaduje přežití „těchto lidí bez ofatumumabu“ na 9 měsíců, non-respondéři („zbylých“ 42 %) měli medián přežití ve studii 10 měsíců.

Nežádoucí účinky jsou časté, ale predikovatelné a převážně Grade 1-2. Ze závažných NÚ (Grade 3-4) byly na prvním místě infekce (12 % pacientů), neutropenie (14 %), dýchavičnost a horečky. Na NÚ zemřelo 10 % pacientů, převážně kvůli sepsi a pneumonii. Časté byly reakce při podávání infuze (nutná premedikace kortikoidem, antihistaminikem a analgetikem). Vyskytla se i závažná leukoencefalopatie. Vzhledem ke stavu pacientů nejsou téměř kontraindikace (přecitlivělost). Těhotenství – nejsou data, nutná antikoncepce ještě rok po terapii.

Ofatumumab se podává ve schématu 300 mg první infuze a 2 000 mg ostatní infuze, které následují nejdříve 7x po týdnu a poté ještě 4x v měsíčním intervalu. Léčivý přípravek obsahující ofatumumab se jmenuje Arzerra a vyrábí jej společnost GSK. Léčba jednoho pacienta dle hodnotící zprávy SÚKL by měla vyjít pojišťovnu na 1 338 000 Kč (6 000 Kč/ 100 mg, celkem je potřeba 11x2 000 + 1x300 mg = 22 300 mg), s čímž pojišťovna ostře nesouhlasí a argumentuje mj. zamítavými stanovisky HTA agentur v Británii. Úhrada bude (pokud bude) pravděpodobně časově omezena na rok.

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

# *Aspalathus linearis* (Burm.fil.) Dahlg. – čajovníkovec kapský (*Fabaceae* seu *Leguminosae*).

*Aspalathus linearis* (Burm.fil.) Dahlg. – čajovníkovec kapský, (*Fabaceae* seu *Leguminosae*). Vytrvalá keřovitá rostlina s jehličkovitými listy a žlutými květy, dorůstající v přírodě nejvýše do 2 m výšky. Pochází ze západokapské provincie Jižní Afriky. Přípravovat čaj rooibos se bílí přistěhovalci naučili od domorodých Masajů a jeho pití se stalo národní tradicí. Vzrůstající celosvětová spotřeba je dnes kryta pěstováním na plantážích. Droga se zpracovává buď fermentací, kdy vzniká červený rooibos, nebo se přímým sušením získává zelený rooibos, který je pro prevenci a terapii považován za vhodnější, protože obsahové látky jsou v něm méně porušeny.

**Synonyma:** *Borbonia pinifolia* Marl.

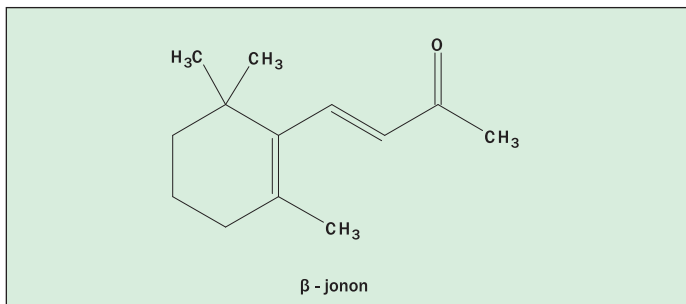
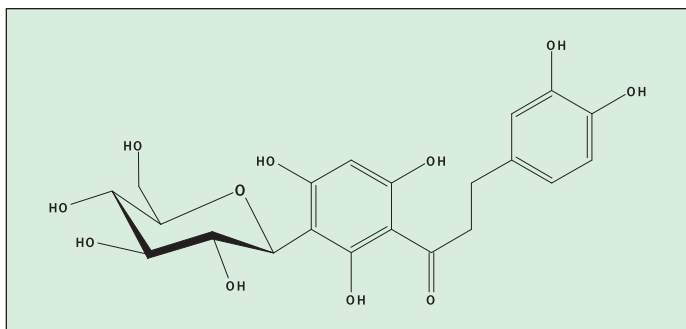
**Obecný název:** Red bush tea (angl.), Rooibos (afrikaans) [v překladu rooi (červený), bos (keř)], Rooibostee (něm.).

**Sbíraná část:** herba

**Droga:** *Aspalathi linearis* herba

**Obsahové látky:** flavonoidy, především C-glykosylflavony orientin a isorientin, flavonol-3-O-glykosidy kvercitrin, isokvercitrin, chalkon aspalathin. Méně než 5 % hydrolyzovatelných tříslovin (taniny), silice s fenolickým derivátem quajakolem, terpenoidy damascenonem,  $\beta$  – jononem (typická složka růžové silice) aj. látky, kyselina askorbová (9 %), ferulová a kávová, oligosacharidy až polysacharidy. Minerální látky Al, Ca, Cu, F, Fe, K, Mg, Mn, Mo a další.

**Účinky a použití:** kromě přípravy běžného bezkofeinového nápoje, u něž je příznivě hodnocen nízký obsah tříslovin, se rooibos v tradiční medicíně aplikuje preventivně k omezení účinku mutagenů a vzniku rakoviny, k ochraně CNS ve vyšším věku a zlepšení kognitivních funkcí, při infekci HIV a omezení pocitu hladu. Sedativní a spasmolytické účinky jsou využívány i u malých dětí a kojenců k zlepšení zažívání.



Při laboratorních testech a klinických studiích byl prokázán mírný účinek extraktu na centrum sytosti v hypothalamu, provázený omezením vnímání hladu. Především kombinace flavonoidů, tříslovin a dalších fenolických látek působí jako silné antioxidanty, tlumící účinky peroxidu vodíku, singletového kyslíku i kyslíkatých radikálů (hydroxylový radikál  $\text{OH}^\cdot$ , superoxidový anion  $\text{O}_2^{\cdot-}$ ), vznikajících normálně při buněčném dýchání, fagocytóze nebo přijímaných z vnějšího prostředí, na buněčné struktury, včetně DNA. Nutno dodat, že obsahy polyfenolů v nefermentované droze jsou zpravidla vyšší, než ve fermentované. Současné publikace potvrzují antikancerogenní a antimutagenní vlastnosti extraktů z drogy. Mechanismus účinku souvisí pravděpodobně buď se zásahem do aktivity příslušného cytochromu P450 při metabolismu mutagenů, nebo s interakcí polyfenolů s mutageny. Prokázán byl významný podíl čaje na antioxidační ochraně kolagenu cév. Značný význam je přikládán prevenci očních komplikací u diabetiků. Komplex látek tlumí projevy alergií, protože vykazuje anti-histaminový a protizánětlivý efekt. Existují předpoklady, že některé typy polysacharidů by mohly potlačovat infekci HIV, v případě oligosacharidů byla protivirová účinnost in vitro prokázána.

Po aplikaci na kůži absorbují především fenolické látky UV složku slunečního záření a protizánětlivým působením se podílejí na rychlejší regeneraci pokožky. Ve formě topických přípravků jsou extrakty aplikovány při zánětlivých kožních onemocněních, především ekzémech různého původu.

Pravidelné pití čaje představuje i zajímavý zdroj fluoru a dobře vstřebatelného železa.

**Dávkování:** 3x denně 2 g drogy k přípravě nálevu.

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** nejsou známy, pro nedostatek informací doporučují někteří autoři opatrnost při vnitřním užívání během těhotenství a kojení.

**Interakce:** nejsou známy

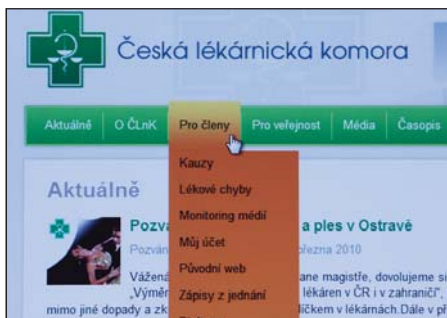
**Zdroje:** AISLP, Atlas rostlin (AtlasRostlin.cz), Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, HerbMed, Jellin, J. M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd.4, Stockton 2002, Plants for a future, Medline, Toxnet.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Winfried Bruenken (Wikipedia), vzor: autor



## DISKUSNÍ OKÉNKO



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

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

- + Chtěla jsem se zeptat, může lékař napsat tramal retard na opakovací recept?
- + U léčivých přípravků obsahujících návykové látky<sup>13)</sup> opakovaný výdej nelze použít. Tramal Retard mezi přípravky obs. návyk. látky nepatří, takže lékař opak. Rp. napsat může.

### ČLnK > Obecná diskuse > radosti od táry

- + lékárenská pohádka – O čípkové Růžence
- + lékárenský zákusek – celaskonka

### ČLnK > Obecná diskuse > Kavárna IV

- + „Svobodné povolání“. Fyzická osoba podnikající podle zvláštních předpisů (případně podle autorského zákona). Je to např. veterinář, advokát, lékař, architekt, ... lékárník.
- + „Svobodným lékárníkům“, by se dal poradit způsob, jak se nechat vyfotit – a nemusí jezdit kvůli tomu ani na dovolenou. Stačí vzít tričko, napsat na něj tlustým fixem „ohrožený druh“ a nechat se vyfotit před svou lékárnou. Nebude trvat dlouho a heslo lékárník ze seznamu může být vymazáno. Kolik jich dnes ještě vůbec existuje a funguje s životní filosofií jeden lékárník = jedna lékárna? Existuje po nich ještě nějaká „společenská poptávka“? Jsou schopni se (při svém počtu) někde organizovat a pokusit se o přežití? A nad seznamem těch svobodných povolání. Je snad ještě nějaké další tak ohroženo? A vadí to vlastně vůbec někomu? Abyste na něco mohli odpovědět ANO: otrávil Vás tento příspěvek?

### ČLnK > Kontinuální vzdělávání > Odborná diskuze

- + A desloratadin zvyšuje chuť na sex. ☺ Jenže – ze „zkušenosti“ jednoho pacienta nelze usuzovat globálně a ani nevím, jestli to nazvat NEŽÁDOUCÍM účinkem. ☺

### ČLnK > Farmaceutické firmy, velkoobchody > Alli

- + Dnes ráno jsem se docela pobavila. Závítal k nám odb. konzultant GSK, jestli na něho mám 3 minutky, že má pro nás pokus. Odbýt se nenechal a zpestření rána mohlo začít. Ten pokus spočíval v prezentaci rozdílu disoluce mezi Paralenem tbl. a Panadolem Novum tbl. Jako kyselý prostředek žaludku použil od oka naředěný roztok octa adjustovaný do dvou baněk a šup s jednou tabletkou do jedné a s druhou do druhé baněk. Připadalo mi to docela komické v tom mém ranním rozjezdu s lékárnou plnou lidí, ale aspoň jsem v rychlosti opravdu mohla porovnat rozpadavost jedné a druhé tablety, jen škoda, že u toho nemohla být moje laborantka (farm. asistentka). Nakonec se zeptal i na Alli smířen s tím, že letos žně takové jako minulý rok prostě nebudou. Už nevědí, jak zvýšit prodejnost svých novinek.
- + Jo, tak tomu jsem řekl, že jestli mě nechce hrozně rozčlítit, ať to nechá v kufru. Nechal, ale byl z toho nešťastný.
- + Není to jen o rozpadavosti, ale i o disoluci. Právě to rozptýlení je jedním z důvodů rychlého nástupu účinku.

### ČLnK > Komora > Revizní komise

- + Sjezd může odvolat člena představenstva pro neplnění povinností (řádně vykonávat funkci...). Nevyklučuje z komory.
- + Myslím si, že pokud byste ve Cvikově měla Dr.Maxe jako konkurenci, tak byste věděla, jaké to je bojovat s jeho konkurencí.
- + Ta osobní rovina není na místě, Maxe máme docela blízko a problémy s ním máme, argumentace v takové rovině je nedůstojná.
- + Máte pravdu, že se diskuze točí v kruhu. Nezbyvá, než na ta stále se opakující napadání stále dokola odpovídat.

### ČLnK > Komora > Lékárnická komora zbytečná instituce?

- + Nedávno jsem psal, že by bylo fajn protlačit postavu lékárníka do některého z nekonečných seriálů. Ať už Ordinance (tématické) nebo Ulice (mají tam doktora, tak by mohl balit krásnou, ale hrdou a čestnou magistru – přece by si nezačala se ženáčem) nebo třeba do Nemocnice.
- + Nebo seriál „ČLnK – Baywatch“. Stanislav Havlíček coby David Hasselhof, rozhodí vlasy a poběží po pláži s panthe-

nolovým sprejem zachránit slečnu před popáleninou. ☺

- + Kvalitní PR je už hodně dlouho potřeba.
- + Skvělé PR nás ale nezachrání, pokud tak opravdu nebudeme fungovat.

### ČLnK > Komora > Legislativa

- + Uplatněný § návrh GML k povinnosti výběru regul. poplatků a eliminaci marketingových aktivit v lékárnách považují za přínosný.
- + Již na shromáždění předsedů OSL v Olomouci jsem informoval o záměru GML prosadit do novely zák. 48 (tzn. co nejdříve) zákaz bonusů ve vztahu k receptům hrazeným z veřejného zdravotního pojištění. Opakovaná jednání jsme o tomto tématu vedli též na MZD.

### ČLnK > Léky, recepty a spol > eRecept

- + Jsem rád, že ses za ta léta nezměnil! Po Tvém reklamním výstupu v TV jsem zamáchl slzu. K věci:

  1. Vůbec nikdo v řadě lékař – pacient – lékárna – pojišťovna e-Rp. v této chvíli nechce. Podle toho to bude i fungovat. Pro VZP budeš muset ty recepty patrně tisknout, jinak nedostaneš ani kačku, protože se to někde ztratí. Nebo zřídit pro každé expediční místo portál. Ten funguje tak půl roku. Potom někdo někoho podplatí a VZP ti napíše, že si máš portál zřídit jinde. Tvoje technické problémy nikoho nebudou zajímat, protože existenčně jsi na bezchybném fungování závislý z celé té shora uvedené party právě jenom ty!
  2. Ihned po zavedení začnou stovky lidí vymýšlet, jak s tím vydrbat. Zvlášť jestli bude mít čarový kód i numerickou řadu, a to bude muset mít, jinak by někdo všem doktorům musel koupit nové tiskárny. Já sám jsem měl dva nebo tři nápady, hned, jak jsi mi zmizel z obrazovky (a to už mi to taky moc „nepálí“).
  3. Snad proboha nevěříš tomu, že dneska u nás někdo něco vymýšlí, pro lidi?! I ta lavička, kde budeš za chvíli krmit holuby, tam stojí proto, že někdo někoho podplatil.
  4. Celé Tvoje malé lékárenství bude závislé na jednom drátu. Ten bude čas od času průchodný od Tebe. Naopak k Tobě vždycky!!
  - 5.6.7... už mě to nebaví. Jsem přesvědčen, že jednou bude e-recept fungovat na celém světě! Ale my dva už u toho nebudeme! Hrej si s vnučaty nebo golf, běž na ryby! Hlavně nepodporuj darebáky, kteří utrácí Tvoje daně, aby si namastili kapsu! Nic ve zlém a buď zdrav!

Přípravuje: PharmDr. Petr HALTUF

# Co nedostanete, nemůžete dávat

Jako aktivního a vnímavého „pasažera v děloze“ vidí profesor Peter G. Fedor-Freybergh prenatální dítě, které vede s matkou průběžný dialog na fyziologické, psychologické, duchovní i sociální úrovni.

Jaroslava Hořanská

■ Dnes mnoho lidí věří, že dítě před narozením vede intenzivní duševní život, dovede snít... Prenatální psychologie se stala novým a samostatným vědeckým oborem. V čem je její hlavní přínos pro moderní společnost?

Hlavní přínos vidím v tom, že společnost bude vnímat těhotenství jako aktivní dialog mezi matkou a prenatálním dítětem a vytvářet jim podle možností optimální prostředí. Když mluvíme o těhotné matce, je nutno mít na mysli také „těhotného“ otce. To by pak mohlo vést ke snížení psychické a sociální patologie u dětí po porodu, ale i v jejich dospělosti. Jak se matka chová k dítěti v děloze, tak se ten nový člověk bude jednou chovat ke svému okolí.

■ Vytvořil jste termín prenatální dítě. Co vás k tomu vedlo?

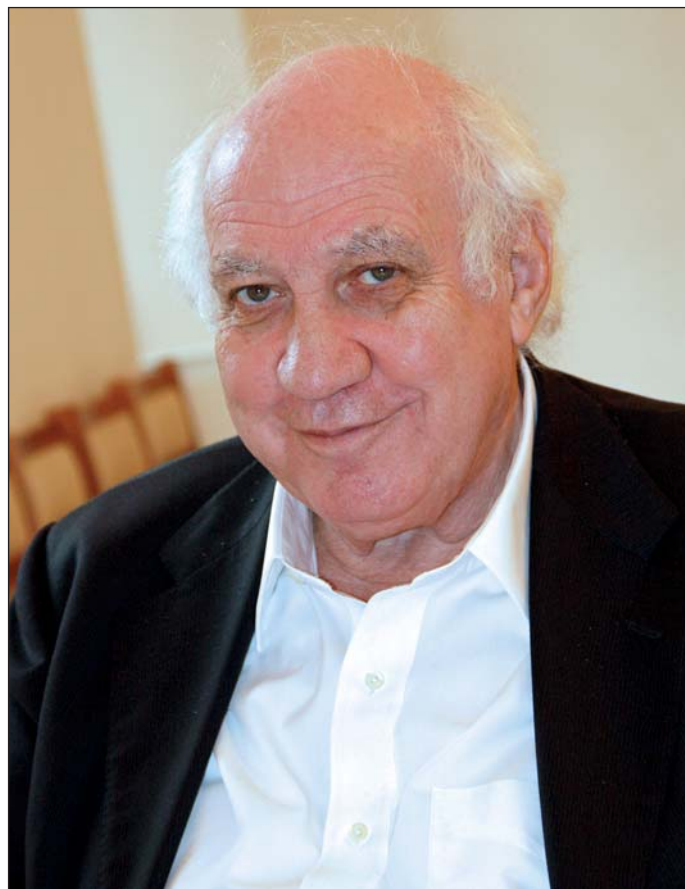
Chtěl jsem tím vyzdvihnout komplexní kapacitu dítěte jako lidské osobnosti, která si zaslouží respekt od svého vzniku. Termín prenatální dítě mne napadl na základě mé praxe porodníka a pedopsychiatra, a především humanistických a etických principů mého myšlení.

■ Zkoumání vývoje jedince před porodem se zaměřuje například na změny jeho srdeční aktivity apod. Podle všeho si v určitých ohledech dokonce určuje dobu porodu a aktivně při něm pomáhá. To by potvrdovalo přesvědčení některých domorodých společností, že je to dítě, kdo začíná porod.

Prenatální dítě vysílá signály z hypotalamu, hypofýzy a nadledvin a hormonálním způsobem dává najevo, kdy je těhotenství ukončeno a taky kdy placenta splnila svou výživovou a ochrannou funkci. Tím pádem je to opravdu ono, které ukončuje těhotenství. Lze se oprávněně domnívat, že v průběhu těhotenství prenatální dítě postupně vnímá a informace zpracovává už vlastní psychickou činností. Tím spíš by měl být při porodu nový člověk vítán na svět za co nejdůstojnějších podmínek.

■ Sebepojetí, tzn. očekávání a postoje, které jedinec chová vůči sobě samému, se podle různých psychologů formuje už v prenatálním období. Může tedy třeba i to, co cítí budoucí otec k nenarozenému dítěti, ovlivňovat psychické zdraví potomka?

Prenatálně se formuje všechno, co se týká našeho života. To znamená, že i to, co k prenatálnímu dítěti cítí budoucí otec, má vliv na psychický stav dítěte. Budoucí matka nemá považovat své těhotenství za nějakou hříčku přírody, ale být si vědoma, že je to její vlastní kreativita, která spoluvytváří těhotenství. Prenatální dialog mezi matkou a dítětem je charakterizován jako soubor pozitivních, negativních i ambivalentních emocí. Těhotenství je hormonální revoluce. Také proto je nesprávné podporovat v ženě pocit viny, jestli někdy udělá něco, o čem se domnívá, že



*Prof. MUDr. PhDr.*

**Peter G. Fedor-Freybergh,**  
*DrSc., Dr. h. c. mult.,*

*gynekolog, porodník, psycholog a psychiatr. Lékařskou praxi zahájil v Bratislavě, působil v Rakousku, Švýcarsku, Velké Británii a Švédsku. Od roku 1983 byl prezidentem Světové organizace prenatální a perinatální psychologie a medicíny, od roku 1992 je čestným a doživotním prezidentem této organizace. Přednáší na Lékařské fakultě UK v Praze a na Vysoké škole zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě, kde vede Ústav prenatální a perinatální psychologie, medicíny a sociálních věd. Je šéfredaktorem mezinárodních vědeckých časopisů Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, Neuroendocrinology Letters, Activitas Nervosa Superior Rediviva a Biogenic Amines.*



může dítěti uškodit. Tím myslím třeba rozporné či nevyjasněné pocity vůči dítěti. Žena se může nevládní vinou dostat například do finančních problémů, může být z nejrůznějších příčin ve stresu. Mezi budoucími matkami a otci se projevují latentní a nevyřešené konflikty, nesouvisějící se samotným těhotenstvím. Není však pravda, že to nutně ohrozí život a zdraví dítěte. Je to ale právě těhotenství, které ženě dává možnost některé vlastní, dlouho zasunuté problémy vyřešit.

V prenatalní poradně by tedy měl být kromě porodníka a asistentky i psycholog. A taky pediatr, aby se nedostal až k „hotovému produktu“, ale co nejdříve poznal dítě a dítě poznalo jeho.

**■ Jestliže prenatalní dítě vede s matkou dialog na různých úrovních, může se už v děloze učit?**

Učení je předpoklad k přežití. Kdyby se dítě v děloze neučilo, tak nepřežije, protože učení je potřebné k adaptaci a prenatalní dítě se musí adaptovat každou minutu na každou situaci v děloze. To, co si prenatalní dítě zapamatuje, vrátí se mu v dospělosti ve snech nebo ve stavech změněného vědomí. V té souvislosti rád uvádím příklad legendárního houslisty a dirigenta Yehudi Menuhina, který měl bohaté prenatalní zážitky. Kdysi měl dirigovat málo známou a složitou skladbu a najednou si uvědomil, že diriguje zpaměti. Po čase si uvědomil, že tuto skladbu často hrála jeho matka v době, kdy očekávala jeho narození.

**■ Čím to, že těhotné ženy o svém nenarozeném potomku nikdy nehovoří jako o plodu, ale vždy jako o dítěti nebo miminku?**

Těhotné ženy jsou rozumná a empatická stvoření, proto o svém budoucím potomku nemluví jako o embryu, fetu nebo plodu, ale jako o dítěti, a někdy už je oslovují jménem.

Znovu tady připomínám úlohu společnosti, která musí chápat těhotenství jako dialog dvou osobností, matky a dítěte, které mají nejen tělesné, endokrinné, biochemické a podobné vztahy, ale také vztahy psychologické, spirituální a sociální. Kdyby společnost dávala matce a jejímu dosud nenarozenému dítěti absolutní respekt, dítě by mělo pro život jako nejvyšší hodnotu naprogramován právě ten respekt k životu, a to pro život lidský, zvířecí i rostlinný. Pak by nebyly dokořán otevřeny brány pro surovost, bezohlednost a drogy a přiblížili bychom se zatím utopické představě o zdravé a nenásilné společnosti.

**■ Někteří rodiče se rozhodnou pro ukončení těhotenství v důsledku vážného poškození plodu. Interrupce znamená pro většinu žen kříž, který s sebou nesou do konce života, přesto se nemohou nebo nechtějí o vážně nemocné dítě starat. Na druhé straně v závislosti na výsledcích eugenických vyšetření jsou to ve značné míře lékaři, kteří rodičům doporučují těhotenství přerušit. Je to jejich profesionální vědomí, jak těžké je pečovat o těžce postiženého potomka a o tom, jak nákladná tato léčba je?**

Je výhradně na matce, jestli se rozhodne poškozené dítě si ponechat, nebo ukončit těhotenství. Obě její rozhodnutí je nutné respektovat, protože se v takové situaci nepochybně rozhoduje podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Jestli si nemocné dítě nechá, společnost je povinna se postarat, aby rodina žila v důstojných podmínkách. Lékař do takových rozhodnutí vůbec vstupovat nemá, snad jen radou nebo informacemi týkajícími se léčby. K nákladům na terapii by vůbec nemělo být přihlíženo.

**■ Silné emoční stavy jsou provázeny výraznými změnami v chemické rovnováze člověka. Může narušení vnitřní chemické**

**Těhotné ženy jsou rozumná a empatická stvoření, proto o svém budoucím potomku nemluví jako o embryu, fetu nebo plodu, ale jako o dítěti, a někdy už je oslovují jménem.**

**Znovu tady připomínám úlohu společnosti, která musí chápat těhotenství jako dialog dvou osobností, matky a dítěte, které mají nejen tělesné, endokrinné, biochemické a podobné vztahy, ale také vztahy psychologické, spirituální a sociální.**

**ké rovnováhy organismu těhotné ženy nějakým způsobem ovlivnit i plod?**

Jestliže je matka ve stresu nebo v depresi, případně v nějaké jiné neočekávané těžké životní situaci, je možné, že u ní dojde k narušení chemické rovnováhy. A to samozřejmě ovlivní také její prenatalní dítě. Nejistota i nevyřešené konflikty mohou vést k somatickým projevům. Samotná žena může pomoci sobě i dítěti například tím, že si pouští oblíbenou uklidňující hudbu, čte pohádky. Akustické vnímání je velmi důležité. Také taktilní podněty jsou významné. Matka si může hladit břicho a povídat si s dítětem, oslovovat je jménem, které mu dala, a ujišťovat je o své lásce k němu.



*Konference mladých lékárníků, Opava, 28. 5. 2011.*

**■ V modlitbě ženy v pozeňnaném stavu se říká: Dobrotivý Bože, tento klíčící život jsi však svěřil mé ochraně a mé zodpovědnosti. Prosím Tě proto, dej mi zdravý těla i duše, dej mi dobrotu srdce a čistou mysl, abych svému dítěti nepředala špatné náklonnosti, nýbrž abych mu dala do života jen dobré povahové vlastnosti. Jak toho může matka dosáhnout vlastním přičiněním?**

Může toho dosáhnout aktivním pozitivním dialogem se svým dítětem a jemným přístupem k němu. Zná je přece od samotného začátku! A hlavně mu musí projevovat lásku. Co nedostanete, to nemůžete dávat. Proto je láska to pravé, co dítě musí od své mámy dostat, protože pak bude schopné milovat jiné lidi. Podle toho bude vypadat celá společnost.

**Snímky: Vladimír VRBOVSKÝ**

# Chceme bakaláře v lékárnách?

Znovu otevřené téma bakalářského vzdělání pro farmaceutické asistenty je vážnější, než se může na první pohled zdát. Připravuje se „Velká novela“ zák. č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, která má mj. přehodnotit kvalifikační vzdělávání (SŠ, VOŠ, VŠ – Bc. a Mgr.) nelékařských zdravotnických povolání.

PharmDr. Marcela Škrabalová

Harmonogram schvalování této novely plánuje na letošní rok sérii kulatých diskusních stolů, organizovaných MZd za účasti všech zainteresovaných organizací, tedy zástupců komor, provozovatelů, odborných společností, zástupců farmaceutických asistentů a fakult. V roce 2012 má být zahájen standardní legislativní proces. V rámci už probíhajících diskusních stolů se začíná mluvit i o zavedení povinného bakalářského studia a zrušení VOŠ.

Co na to my lékárníci? Máme usnesení posledního sjezdu, které ukládá „podporovat pokračování současného systému výuky farmaceutických asistentů“, tzn. podporovat výuku na současných VOŠ. Sjezd jako nejvyšší orgán v této věci tedy již rozhodl. Prezident a představenstvo jsou vázání usnesením sjezdu a nemohou konat v rozporu s jeho závěry. GML má také své usnesení z valné hromady, která doporučuje nepreferovat zavádění bakalářského studia a podporovat širší diskusi, aby o tak závažném tématu nerozhodovala úzká zájmová skupina. Přesto se nemohu ubránit dojmu, že se mezi lékárníky o tématu málo ví a málo diskutuje.

Zavedením bakalářů do lékáren by se změnilo kvalifikační spektrum pracovníků, což by mělo vliv na postavení lékárníka a jeho zastupitelnost v odborných činnostech. Z lékáren by postupně mizel střední zdravotnický personál a nahrazoval by jej další vysokoškolák. Reagovala by tato změna na skutečné potřeby lékáren? Budeme mít my provozovatelé lékáren pro tohoto pracovníka uplatnění a nebude nám naopak střední personál v lékárnách scházet? Má význam zavádět dalšího vysokoškolsky vzdělaného pracovníka do lékáren bez navýšení jeho kompetencí? Jakou ambici by měl do bu-

doucná takový bakalář? Nebude to např. výdej léčiv na lékařský předpis? Nestal by se tak bakalář v lékárně tedy přirozeně konkurencí lékárníka na trhu práce? Je jasné, že tato ambice by mohla vyplývat pouze ze vzdělávacího programu bakalářského studia. Bude ale tak obtížné tento měnit či přizpůsobovat okolnostem? Pokud by se tak do budoucna skutečně stalo, kolik potom bude v lékárně potřeba lékárníků s magisterským studiem? Nedegradovali bychom odborně obor, když by na většinu dnešních odborných činností stačil bakalář?

**Jsou dvě možné kompetenční varianty vstupu bakalářů do lékáren:**

## Bakalář s nenavýšenými kompetencemi

Bude pracovat v rozsahu pracovní náplně dnešních farmaceutické asistentky. Zopakují základní otázku, proč jej vůbec zavádět? Byli by snad dva vysokoškoláci v lékárně za předpokladu udržení současných kompetencí odborným přínosem pro obor? Mj. by se tak zcela jistě prodražil celý systém poskytování lékárenské péče. Bylo by to stejně řešení pouze dočasné. Svým způsobem logickému tlaku na následné posílení kompetencí bakalářů bychom se jistě nevyhnuli.

## Bakalář s navýšenými kompetencemi

Vznikla by přímá konkurence lékárníků na trhu práce a možnost snížení počtu lékárníků v lékárnách, nepostradatelní by zůstali zejména v roli vedoucích lékárníků či odborných zástupců. Většinu odborné práce by však mohl zastat bakalář.

Vše výše uvedené by pravděpodobně nastalo za předpokladu, že by současné

odborné kompetence lékárníků zůstaly zmrazené. Pokud by se ale nedílnou součástí návrhu na zvýšení kompetencí bakalářů stal požadavek na zvýšení odborných kompetencí lékárníků, došlo by i k naplnění našeho dlouholetého oprávněného požadavku na odborné posílení lékáren jako nezastupitelného článku v rámci systému poskytování zdravotní péče.

Připomeňme si v těchto souvislostech výraznou expanzi řetězců, jejich posilování na trhu a s tím spojený růst vlivu. Pro ně bude jistě výhodné zaměstnat méně odbornou, chcete-li levnější pracovní sílu k zvládnutí většinového spektra odborných činností v lékárnách. Provozovatel lékárny – lékárník už to ale může vidět jinak. I on je v dnešní ekonomicky nejisté době totiž potenciálním zaměstnancem.

Zástupci farmaceutických asistentů již otevřeně prezentovali svá stanoviska na zrušení současných Vyšších odborných škol (VOŠ) a zavedení vysokoškolského studia farmaceutických asistentů. Ve hře je jistě také jejich snaha o odborné zrovnoprávnění se zdravotními sestrami a dosažení na vyšší platové tarify.

Připomněla jsem řadu zásadních, koncepčních otázek, které čekají na své odpovědi. I proto jsem navrhla uspořádat jednání u kulatého „lékárenského“ stolu za přítomnosti všech zainteresovaných, ČLnK, GML, virtuálních i tvrdých řetězců, fakult, odborné společnosti, zástupců VOŠ, zástupců farmaceutických asistentek. Možná nedojdeme ke stejnému závěru. Přesto je naší povinností se o to pokusit. I parciální zájmy zainteresovaných v této problematice by však měly korelovat se zásadním koncepčním úmyslem dalšího odborného fungování lékáren, máme-li jej. Ministerstvo zdravotnictví zatím se změnou vzdělávání našich asistentů váhá. Máme tedy ještě prostor a čas zformulovat k tomuto tématu svá stanoviska, veřejně je před lékárenskou obcí deklarovat a na kulatých stolech prosazovat. Byla bych nerada, aby se téma bakalářů ocitlo na seznamu témat, která, jak trefně poznamenává kolega Císař, zabýváme tichem. Svoji poslední otázku tedy směřuji na vás, kolegyně a kolegové lékárníci, chcete bakaláře v lékárnách?



# Nešlo by to jinak (a jednodušeji)?

**Snad málokterému lékárníkovi mohlo ujít oznámení o uskutečnění prvního výdeje elektronického receptu (e-Rp). Mohli jsme se o něm dočíst nejen v minulém čísle ČČL. S některými uvedenými tvrzeními se pokusím polemizovat. Zeptala jsem se na názory jednak lékaře – rovněž jako v průkopnickém případě gynekologa, a dvou IT pracovníků v oblasti zdravotnického SW. Prvním znepokojivým tvrzením je, že bylo nutné vyměnit počítače více než čtyři roky staré.**



PharmDr. Jarmila Skopová

Nejstarší počítače v mé lékárně jsou více než sedm let staré a IT pracovníci mě ujistili, že pro výdej e-Rp by naprosto vyhovovaly. Také nechápu, proč by měly být v souvislosti s jejich výdejem časté návštěvy servisního technika. Vždyť podle SÚKL je systém plně připravený už několik let.

Kolega Rován píše, že již realizoval e-Rp také ve „formě čistě alfanumerických kódů“. Patrně mu pacient nepřinesl do lékárny vytištěný recept doplněný o čárový kód přidělený SÚKL, ale pouze identifikaci receptu na nějakém nosiči – SMS v mobilu, kousek papírku s 25 číslicemi nebo něco podobného. Nejsm přesvědčena, že takto zadaný recept lze v současnosti vyúčtovat zdravotním pojišťovám.

Zeptala jsem se lékaře, jak by mu mohl elektronický recept ušetřit čas. Uvedla jsem příklad z článku v ČČL, že by nejdříve ošetřoval pacientky, a teprve po jejich odchodu ve vhodnějším čase vystavoval elektronické recepty. Tato představa ho upřímně vyděsila: „Tak já budu nejdříve ošetřovat pacientky, a až skončím s ordinací, budu znovu otvírat jejich karty a posílat maily či SMS zprávami elektronické recepty? K tomu mne nikdo nepřinutí! Daleko rychlejší, s menším rizikem omylu a pohodlnější pro pacientku, je vystavit recept hned.“ Možnost zaslat elektronický recept třeba pacientce na dovolené či v lázních ale ocenil. Podmínka trvalého připojení k internetu v ordinaci, nutnost pořídit laserovou tiskárnu a elektronický podpis s nutností jeho každoroční obnovy podle jeho názoru nevyvážil jedinou výhodu, kterou viděl – možnost v ojedinělých případech zaslat recept pacientce pomocí SMS zprávy.

Dovolím si polemizovat s tvrzením, že e-Rp až zdvojnásobí rychlost výdeje. Rychlejší je jen to, že číslo pojištěnce, kód zdravotní pojišťovny a IČZ předepisujícího lékaře se dostanou do počítače sejmutím čárového kódu z receptu.

Nečitelnost receptů též zcela neodpadá. Vždyť sám kolega Rován přiznal, že musel 25 znaků do počítače zadat ručně, protože lékař zasáhl podpisem do čárového kódu – jestli ale bude umístěn nešikovně do spodní části receptu, jak je v prezentaci SÚKL, lze očekávat, že tam bude lékař zasahovat stejně často, jako dnes znečitelňuje otisk razítka podpisem a datumkou. Pokud se tak stane, pořizování 25 znaků do počítače expedici naopak výrazně zpomalí.

Podle IT pracovníků cesta ochránit recept čárovým kódem a urychlit a zpřesnit expedici léků není až tak neprošlapaná, jak se zdá. Již nyní existují řešení, která by byla navíc výrazně levnější než řešení vymyšlené SÚKL. Zásadní chybou e-Rp v pojetí SÚKL je, že při výpadku internetu či centrálního úložiště není možné recept vydat. Výdej e-receptu bez přístupu do centrálního úložiště (CÚ) by měl být rozhodně umožněn. Pacienta totiž žádný výpadek nezajímá, chce svůj lék a má na něj právo.

Použitím stávajících informačních technologií má tzv. elektronizace umožnit automatizovat rutinní činnosti při práci s informacemi (daty) nebo nabídnout nové možnosti prohlížet a vyhodnocovat informace, které by bez použití informačních technologií nebyly možné.

Jak je tzv. elektronizace spojená s e-Rp, lze popsat požadovanými vlastnostmi e-receptu, uvedenými na stránkách SÚKL. E-Rp v podání SÚKL bude možné jen velice těžko zfalšovat.

Porovnáním vydaných přípravků s předepsanými lze skutečně do značné míry snížit chybné vydání léčivého přípravku lékárníkem.

Práci lékaře nemůže z principu věci nijak zrychlit. Pokud vystavuje recept pomocí počítače, při vystavení e-Rp dojde navíc pouze k tomu, že je odeslán do úložiště e-Rp.

Troufám si říci, že podmínka, o které SÚKL nehovoří – finanční návratnost vložené investice lékařem a lékárníkem, nebude splněna.

Aby byl e-Rp přínosem pro lékárníka, bylo by třeba zajistit základní požadavky, které se měly objevit již při počáteční analýze řešení elektronické preskripce:

1. Recept, který bude mít všechny náležitosti papírového receptu, musí být možné vydat a vyúčtovat i při nemožnosti přístupu k úložišti e-Rp. Bez ztížení práce lékárníka a snížení komfortu pacienta.
2. Recept zaslaný bez papírového nosiče musí být možné vydat i bez nemožnosti přístupu k úložišti elektronických receptů s možným určitým snížením komfortu lékárníka a pacienta.
3. Měl by být umožněn výdej e-Rp v případě prokázání totožnosti pacienta pouze zadáním čísla pojištěnce do CÚ.
4. Technické řešení připojení do CÚ musí být v souladu se stavem současných informačních technologií, snadno realizovatelné a nesmí vyžadovat nepřiměřené náklady a požadavky na software a hardware lékárny.

Ani jeden z těchto požadavků řešení SÚKL nespĺňuje. Zde nejde o elektronizaci přinášející vyšší kvalitu práce s informacemi. Stručně řečeno: za hodně peněz téměř žádná muzika.

Splnění všech výhod, které SÚKL proklamuje, a výše vyjmenovaných požadavků 1. a 2. by bylo možné dosáhnout i bez centrálního úložiště e-Rp, např. zakódováním všech potřebných údajů do dvojice čárových kódů podle řešení jedné pražské softwarové firmy. Kdyby se navíc toto řešení rozumně spojilo s CÚ, šlo by jednoduše vyřešit všechny výše ukázané požadavky za zlomek vynaložené částky. O takové řešení však SÚKL ke škodě nás všech nemá zájem.

# Do země orlů, skal a etnického napětí

Již po šestnácté se vydalo 22 členů a sympatizantů Klubu přátel ČFM na poznávací cestu do zahraničí. Z touhy po dobrodružství zvítězil tentokrát návrh na návštěvu Balkánu (22.–29. 5.), a to do země Makedonie, Albánie, Černé Hory a Kosova. Balkánský okruh jsme započali v Makedonii návštěvou historické vesnice a vodopádu ve Vevčani. Další den jsme přejeli do Albánie, země orlů a bunkrů, kterých zde bylo v polovině minulého století postaveno 300 000. Zato návštěva lékárny brala dech. Z bývalé velké jsou dnes tři malé, úděsně vybavené a sobě konkurující. Dnes je jich zde přes tři sta z původních třiceti.

Černá Hora patří k nejmladším státům světa a je rozlohou velmi malá a chudá. Žije v podstatě jenom z cestovního ruchu. Odjezd do města Njeguši, kde se suší tradiční pršuty, byl dramatický. Vyhlášených 25 Lovčenských serpentin se podepsalo na nervech řidiče busu, ale nám umožnilo nádherné pohledy na celý fjord. Navštívili jsme bývalé černohorské hlavní město Cetinje, které je kulturním centrem země a sídlem prezidenta. Našli jsme zde krásně nábytkově vybavenou starou lékárnu, což srdce přímo potěšilo.

V Kosovu jsme navštívili klášter Vysoki Dečani, po zhruba 2 kilometrech pěší túry nám umožnili vstup italští vojáci, kteří jej v rámci KFOR v plné zbroji a za barikádami hlídají před Kosovskými Albánci. Odtud vedla cesta přes dřívější hlavní město Prizren do Makedonie. Zemětřesení v roce 1963 zničilo větší



Tirana, hlavní město Albánie.

část města Skopje, přesto je zde mnoho pozoruhodností, které stojí za návštěvu.

**Petr R. PALOUŠ,**  
předseda KP ČFM

## Je lékárenská péče „přátelská“?

**Má úvaha je o současném stavu a možnostech poskytování lékárenské péče osobám se zdravotním postižením, současně se zamýšlím nad rezervami v této oblasti zdravotní péče s ohledem na určitá specifika skupiny občanů. Je jasné, že řada problémů, potřeb zdravotně postižených občanů se neliší od běžné skupiny nemocné populace, některé problémy jsou zde do určité míry akcentovány. Statistické údaje uvádějí, že v naší republice je přibližně 2 500 lékáren. Je to podstatně více než před 20 lety, a otázkou je, zda je to dostatečný počet, či nikoli.**



PharmDr. Ing. Jiří Zimák, CSc.

Lékárny stále vznikají, ne už takovým tempem jako v posledních 10 letech, současně ale také zanikají. Není žádným tajemstvím, že lékárny jsou zakládány hlavně ekonomicky silnými subjekty, zvláště tam, kde je předpokládán dostatečný zisk, aniž se zakladatelé zdržují nějakými ekonomickými analýzami o rentabilitě, natož úvahami o dostupnosti pro potřebné skupiny obyvatelstva. Fenoménem poslední doby je nárůst počtu lékáren řetězových.

Těžko by se definovaly důležitější oblasti, o jejichž řešení se v posledních dvaceti letech hovoří stále intenzivněji, než zdravotnictví a důchodový systém. Imperativem v oblasti důchodového systému je demografický vývoj, ve zdravotnictví finanční náročnost stále dokonalejších medicínských technologií a dokonalejších sféra pro celou populaci, ale dosud se kolem problémů spíše přeshlapuje.

Lékárny se v průběhu staletí vyprofilo-

valy jako zdravotnická zařízení, i když s určitým podílem obchodní činnosti, přesto se čas od času objevují snahy jejich zdravotnický charakter zlehčovat. Když se tedy v reformě zdravotnictví hovoří o snaze učinit systém „přátelštější“ vůči pacientům, platí to v míře vrchovaté i pro lékárny. Chápeme to jako lékárny dostupnější všem místně, finančně i lidsky, samozřejmě za předpokladu služby kvalifikované i kvalitní.

### Co řeší ruka trhu

Jestli je v celé České republice přibližně 2 500 lékáren, ve stotisícových Pardubicích jen na trase od nádraží (včetně Hypernova – Albert) k Zelené bráně je jich deset. Nejsem daleko od pravdy, že ve městě je 30–35 lékáren. Jsou ale místa v republice, kde ordinují lékaři, třeba několikrát do týdne, lékárna by tam byla potřeba, ale ekonomicky silné subjekty se do těch oblastí nehrnou, není to tam dostatečně lukrativní. V jednom blízkém městě v kruhu o průměru asi 100 m jsou čtyři lékárny. Ať někdo řekne, co je na této skutečnosti racionální, v čem je zde lepší lékárenská

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

péče. Jedna z těch čtyř lékáren držela kdysi pohotovostní službu. Dnes na to nemá (tedy personál), nemůže ho zaplatit. Tak to řeší ruka trhu. Jeden příklad z osobní zkušenosti. Matka s nemocným dítětem s horečkou čekala v noci v mrazu hodinu ve frontě před lékárnou na potřebný lék. Kdysi byla snaha ze strany lékárnických organizací stanovit pravidla pro tvorbu sítě lékáren. Naprosto bez odezvy. Máme přece tržní ekonomiku, ta to vyřeší.

Počátkem devadesátých let v souvislosti s rostoucí finanční náročností dostupných vyspělých medicínských technologií a dokonalých léků se začalo hovořit o vyšší spoluúčasti pacientů. Během posledních dvaceti let však každá vládní garnitura spoluúčast vysvětlovala ke svému politickému obrazu, tedy jinak. K tomu účelu vznikala stále nová legislativa, ale státní správa nebyla schopna zajistit dodržování ani těch norem, které sama iniciovala. Důsledkem byly nerovné podmínky pro poskytování lékařské péče pro všechny pacienty na straně jedné a pro lékárny na straně druhé. Všichni víme, že řeč je o doplatcích, poplatcích a chaosu v cenách léčiv nepochopitelném nejen pacientům, ale i mnohým lékárníkům a lékařům. Trpěly a trpí především malé veřejné lékárny. Ale nezoufejme, je to normální. Neúcta k jakýmkoli normám je nemoc současné společnosti.

### Kam budou chodit?

Co říci k lidskému rozměru dostupnosti lékařské péče. Dá se asi souhlasit s názorem, že zdravotní péče řekněme první linie, tj. ordinace praktických lékařů, pediatrů a gynekologů, by měla být rovnoměrně rozmístěna. Totéž platí i pro lékárny. Nic tak nebrání, aby pacienti řešení méně závažných zdravotních problémů konzultovali v lékárnách. Jejich personál je k tomu účelu školen. Navíc kapacita lékařů je pak šetřena k řešení závažnějších záležitostí. Zanedbatelná není ani finanční stránka věci – konzultace v lékárně není zatížena poplatkem jako návštěva ordinace lékaře. Předpokladem je ale lékárna s určitou historií, se znalostí místních zvyklostí, místní populace, s potenciálem řešit veškeré preskripční zvyklosti okolních lékařů. Výsledkem je pak důvěra pacientů ve „svoji“ lékárnu, která je „v sousedství“. Takovou roli těžko může plnit lékárna vzniklá „včera“ na „zelené louce“.

Lidé se zdravotním hendikepem nemají lehký život. Nestojí na výsluní této společnosti, stojí v pozadí, potřebují pomoc okolí. Často jsou méně pohybliví, k životu potřebují mnohdy asistenci. Přístupuje k nim většinová společnost „přátelsky“? Zase jeden příklad ze skutečného života. Člověk od narození postižený, nechodí, pouze leze. Dnes je mu téměř 40 let. Ale jaké martyrium jeho matka (v důchodovém věku) a on musejí pravidelně podstu-

povat, aby obdržel příspěvek na benzín! A přitom je zcela nepochybné, že jeho stav se nikdy nezlepší.

Vstup do dnešních lékáren není problémem, bezbariérový je standardem. Ale pro lidi postižené, nemocné a slabé je důležité, s jakým prostředím se setkají uvnitř. Pro psychiku těchto lidí je nesmírně důležité mít pocit, že jsou schopni se o sebe postarat. Dojít si do lékárny za roh, do sousední ulice, prostě blízko, a potkat tam oblíbeného lékárníka, laborantku, kteří vědí, co jim to pan doktor předepsal minule, jakou mastičku si kupovali před měsícem, když paměť trochu selhává. Takové lékárny, bohužel, mizí. Místo toho se setkají se sterilním, uniformním prostředím, neosobním přístupem, pokud vůbec do takového zařízení dojdou. Nepřál bych vám zažít, když do lékárny přijde stará paní, schoulená, sotva se šourá a téměř se zhroutí, když se doví, že lékárna, která fungovala 80 let, zítra končí. „Kam já budu chodit!“ To ale nikoho nezajímá, všemocná ruka trhu to vyřeší. Ten člověk rezignuje, přežívá a třeba dříve skončí. Stát ušetří na penzi, na prostředcích ze zdravotního pojištění!

Co je dnes prioritou? Je třeba řešit odposlechy, korupci, vlastní posty a platy místo problémů obyčejných voličů. Máme už 20 let „nové demokracie“. Je tato nová demokracie k potřebným přívětivá? Jak dlouho současný stav ještě potrvá? Třeba jednou bude lépe!

## Muzejní noc v ČFM na Kuksu

České farmaceutické muzeum, středisko Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy, se také v tomto roce připojilo ke Královéhradecké muzejní noci. Její čtvrtý ročník se uskutečnil 20. května. Pro návštěvníky byly stejně jako v minulých letech připraveny večerní komentované prohlídky muzejní expozice, tentokrát rozšířené o ukázky lékařské přípravy některých lékových forem, které při standardní prohlídce prezentovány nejsou. Zájemci tak kromě barokní lékárny, lékárny 19. a 20. století a exponátů zachycujících vedle lékárenství i další farmaceutická odvětví (kontrola, školství, výzkum, průmysl) mohli podrobněji nahlédnout do lékařské laboratoře a seznámit se tak s částí odborné činnosti lékáren, která ani dnes neztrácí význam – s individuální přípravou léčivých přípravků. Přípravu tablet, pilulek, čípků, mastí a plnění želatinových tobolek jim názorně přiblížili a zasvěceným výkladem doprovodili PharmDr. Vít Hojný a PharmDr. Jirí Drha, Ph.D., ze Staré lékárny ve Dvoře Králové nad Labem, kterým za jejich ochotu patří naše poděkování.

Čtyř prohlídek se zúčastnilo téměř 150 osob, což je návštěvnost srovnatelná s loňským ročníkem. Zájemce o prohlídku muzea neodradily ani přívalové bouřky, které se krajem přehnalý těsně před zahájením akce. Svůj podíl na tom má i propagace, za kterou patří dík PharmDr. Martinu Dočkalovi a portálu Apatykár®. Mezi návštěvníky jsme zaznamenali množství kladných ohlasů, a protože největší zájem vzbudily právě ukázky magistraliter přípravy léčivých přípravků, v příštím ročníku Muzejní noci jim bude věnován větší prostor.

Mgr. Jan BABICA



# Příprava reformy dospěla do finále

**Příprava reformy českého zdravotnictví dospěla do finální fáze. Jak se na tomto procesu podílí Grémium majitelů lékáren? Už v říjnu loňského roku jsme spolu s dalšími členy představenstva GML objeli 15 zasedání OSL, abychom lékárenskou veřejnost seznámili s našimi základními představami ohledně podmínek budoucího fungování veřejných lékáren.**

**Už tehdy jsme se postavili za přeměnu regulačního poplatku za položku na receptu na poplatek za celý recept s tím, že by měl být zrušen odpočet a poplatek by měl zůstat v plné výši příjmem lékárny.**

## Mgr. Marek Hampel

Usilovali jsme i o zákaz jakékoli formy marketingových slev a proplácení regulačních poplatků. V listopadu 2010 jsem ve své prezentaci na XX. sjezdu ČLnK v Benešově mj. představil tzv. jádrovou úhradu a jménem GML se postavil za její prosazení.

V lednu 2011 jsme zpracovali analýzu výdajů v jednotlivých segmentech zdravotnictví a prokázali, že lékárny už od roku 2008 ušetřily českému zdravotnictví na úkor svých příjmů minimálně 5 mld. Kč. Proto jsme řekli ne dalším úsporám v cenách léků a připomněli, že na řadě jsou v českém zdravotnictví nyní jiní. Za důležitý považuji v této souvislosti svůj článek „Příliš vysoké ceny za léky“, který byl tehdy paralelně otištěn na stránkách *Zdravotnických novin a Medical Tribune*.

Na zasedání Podvýboru pro ekonomiku Výboru pro zdravotnictví PSP ČR 3. března 2011 pouze GML jménem lékárenské obce prezentovalo vlastní analýzu dopadu těchto revizí na ekonomiku veřejných lékáren. V dubnu 2011 jsme se vymezili vůči vyřazení levných léků z úhrad veřejného zdravotního pojištění. Pokud by k takovému vyřazení na základě návrhu MZD mělo dojít, měly by to být ty léky, které jsou už dnes volně prodejné.

V PSP ČR 3. května letošního roku prošel 1. čtením vládní návrh novely zákona č. 48 o veřejném zdravotním pojištění. Obsahuje mj. vyřešení tzv. retroaktivity zveřejněním seznamu úhrad léčiv vždy k dvacátému dni v měsíci s účinností od prvního dne měsíce následujícího, zavedení jádrové úhrady, která umožní státu reagovat na změny např. ve výši DPH a obchodní přírážky pouhým administrativním dopočtem mimo současné správní řízení, a v neposlední řadě také záruku vždy alespoň jednoho plně hrazeného léku v každé skupině. Znění novely GML oficiálně připomínkovalo a současně opakovaně prodjednalo své argumenty se zástupci jednotlivých

poslaneckých klubů. V této věci jsme navázali na naše aktivity z ledna a února a připravili pro poslance materiál „Další podklady k vládnímu návrhu novely zákona č. 48 o veřejném zdravotním pojištění“. Obsahuje zdůvodnění našich cílů z pozice provozovatelů veřejných lékáren a lékárníků, ale i konkrétní formulace paragrafů klíčových pro budoucí podmínky fungování veřejných lékáren.

Na zasedání Výboru pro zdravotnictví 25. května jsem zopakoval, že GML se s těmito svými návrhy mj. na změnu regulačního poplatku na celý recept shoduje s textem programového prohlášení vlády. Logickým důsledkem této změny regulačního poplatku je také zrušení zákonného odpočtu výše regulačního poplatku od poplatku léku. Zároveň jsem ale zdůraznil, že má-li být regulační poplatek za recept z pohledu provozovatelů veřejných lékáren funkční a spravedlivý, musí být zpřesněn a výrazně zpřísněn postih za jeho nevyběh. GML navrhuje v souvislosti s léky hrazenými z prostředků veřejného zdravotního pojištění striktní zákaz všech forem marketin-

gových pobídek a postihů ve výši 1 mil. Kč za obcházení tohoto ustanovení zákona.

Jsem si vědomi, že hlavní práce nás čeká až při přípravě podzákonných norem, jakými jsou cenový předpis (remodelace výše obchodní přírážky), cenové rozhodnutí, vyhláška o podpůrných a doplňkových léčicích a vyhláška o stanovení seznamu zemí referenčního koše, způsobu hodnocení výše, podmínek a formy úhrady léků.

Dne 1. června 2011 pokračovalo prerušené jednání Výboru pro zdravotnictví PSP ČR. Jeho členové odhlasovali znění pozměňovacích návrhů k návrhu novely zákona č. 48 o veřejném zdravotním pojištění. Všechny tři pozměňovací návrhy, které předložilo GML (změna regulačního poplatku na poplatek za celý recept, zpřísnění a zpřesnění sankcí za nevybírávání regulačních poplatků a jejich obcházení formou peněžních a nepeněžních bonusů, zpřístupnění centrálního úložiště elektronických receptů pro kontrolní činnost zdravotních pojišťoven) byly Výborem pro zdravotnictví schváleny a zařazeny do textu novely.

Pro dosažení celkového výsledku by bylo samozřejmě žádoucí, kdyby se k úsilí GML přidala také Česká lékárnická komora, stejně jako to udělala v případě jádrové úhrady. Efektivní by byla také součinnost s Českou farmaceutickou společností. Domnívám se, že obě zmíněné instituce mají ve svých aktivitách značné rezervy.

**Autor je předseda představenstva GML**

## Zůstává v našich vzpomínkách



Ve věku 57 let zemřela 30. května 2011 ve FN v Hradci Králové PharmDr. Jitka Němcová. Vystudovala Farmaceutickou fakultu UK v Hradci Králové v roce 1978 a v témže roce se vdala ve Dvoře Králové, kam nastoupila do nemocniční lékárny. V roce 1980 se narodila jediná dcera Jana. Po úmrtí manžela v roce 1986 převzala Jitka Němcová vedení lékárny. V roce 1990 vyhrála konkurz na ředitelku Lékárenské služby OÚNZ v Havlíčkově Brodě a zároveň se zde stala i vedoucí ústavní lékárny. Tuto v roce 1993 privatizovala a v roce 1997 založila ve městě novou lékárnu U Zlaté lilie.

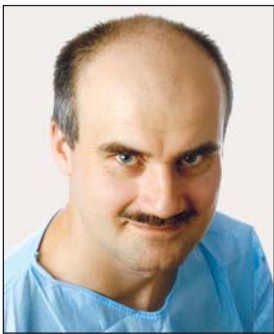
Nový životní partner jí byl oporou až do posledních dnů, ale její vysoké pracovní nasazení, kterému obětovala volný čas, koníčky, čas na rodinu, přátele se projevovalo i na zdraví. V roce 2007 podstoupila operaci srdce, a přesto se nešetřila. Radost jí přinášelo cestování s členy Klubu přátel ČFM a půlroční vnučka Káťa, které si však už moc neužila. Trvalá enormní zátěž, stres a únava vedly k přípravě prodeje lékárny a snad byly i spouštěcím momentem akutní vážné choroby, které během tří týdnů podlehla

Svou práci v milované lékárně, zájmem o veškeré dění v oboru a přátelským postojem se zapsala do našich vzpomínek.

**Za Klub přátel ČFM Petr R. PALOŮŠ**



# Isoflavony a karcinom prostaty



**Jsou onemocnění a obtíže (např. erektilní dysfunkce, hyperplazie prostaty, menopauza aj.), které díky firemní mediální komunikaci přestávají být tabu. Jiná onemocnění nejsou tolik veřejně komunikována. Nepochybně je u mužů zvýšený zájem vedle již zmíněných onemocnění také o karcinom prostaty.**

Mgr. Tomáš Volný

V současnosti jsou isoflavony nejčastěji aplikovány k přírodní léčbě nebo k doplňkové modulaci menopauzálních obtíží. Vzhledem k jejich prokázané afinitě k estrogenním a androgenním receptorům a k prokázané kumulaci isoflavonů v tkáni prostaty se na jejich terapeutický nebo modulační potenciál ve spojení s karcinomem prostaty soustředí v posledních 5 letech výrazná klinická pozornost. Byly publikovány početné experimentální průkazy zrealizované na buněčných modelech, kde isoflavony (zejména genistein) několika popsanými mechanismy indukují apoptózu a redukovaly růst buněk karcinomu prostaty (jak na androgen citlivých, tak na androgen nezávislých rakovinových buněk). Za podstatný je považován průkaz významné koncentrace isoflavonů (genisteinu a daidzeinu) v tkáni prostaty u 12 mužů s benigní hyperplazií prostaty, kteří 3 dny perorálně užívali 112,5 mg isoflavonů (ekvivalent aglykonu) denně a 12 hodin po posledním podání byla stanovena v odebrané tkáni prostaty koncentrace isoflavonů  $1,05 \pm 0,62$  nmol/g tkáně, přičemž ve zmíněných experimentech s buněčnými modely (v podmínkách in vitro) byly intracelulární koncentrace isoflavonů do 5 nmol/g. Většina klinických studií sleduje vliv suplementace isoflavonů na hladiny PSA (prostatický specifický antigen; zvýšen je jak u maligních – např. karcinom prostaty, tak u benigních onemocnění prostaty – např. benigní hyperplazie nebo zánět).

Randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná, zkřížená klinická studie, kde byla 49 mužům s karcinomem prostaty v anamnéze, po radikální prostat-

ektomií nebo po radioterapii po dobu 10 týdnů podávána směs sójových isoflavonů, lykopenu a silymarinu, bylo prokázáno signifikantní snížení hladin PSA u experimentální skupiny oproti placebo. K příznivým modulačním účinkům na hladiny PSA dospěli autoři randomizované, dvojitě zaslepené a placebem kontrolované klinické studie také u kombinace sójových isoflavonů a kurkuminu. V jiné randomizované a placebem kontrolované klinické studii autoři 29 mužům s diagnostikovaným karcinomem prostaty a po radikální prostatektomií dlouhodobě denně fortifikovali stravu tepelně upravenými sójovými otrubami (50 g) nebo směsí 50 g sójových otrub s 20 g rozemletého lněného semínka, přičemž sójové otruby jsou bohatým zdrojem isoflavonů a lněná semínka jsou zdrojem lignanů. U obou experimentálních skupin bylo oproti placebo (nefortifikované stravě) zaznamenáno statisticky významné snížení hladin PSA. U 19 (32,2 %) z 59 mužů s diagnostikovaným karcinomem prostaty došlo v jiné placebem kontrolované klinické studii při 12týdenní suplementaci sójovými isoflavony ke snížení hladin PSA.

Tyto experimentální zkušenosti naznačují, že vztah suplementace isoflavonů a hladin PSA může mít jiný průběh u starších mužů s léčeným karcinomem prostaty a jiný u starších zdravých mužů. Přirozeně pak vyvstávají otázky nakolik je racionální očekávání preventivního vlivu dlouhodobé suplementace isoflavonů (snížení rizika onemocnění karcinomem prostaty) a nebo modulačního vlivu jejich suplementace v rámci standardní léčby karcinomu pro-

staty. Okolnosti podmiňující racionálnost doporučení dlouhodobého užívání isoflavonů u standardně léčených mužů s karcinomem prostaty budou pravděpodobně složitější. Naznačuje to klinická studie provedená s 62 muži ve věku 61–89 let, kde 9 mužů prodělalo radikální prostatektomií, 17 mužů radioterapii, 6 mužů radikální prostatektomií a radioterapii, 14 mužů hormonální terapii a 16 vyléčených mužů bylo dlouhodobě pravidelným vyšetřením monitorováno. Těmto mužům byl po dobu 6 měsíců perorálně podáván genistein, pouze u 17 % mužů došlo k příznivé odezvě (snížení hladin PSA).

Aplikaci poměrně kvalitních experimentálních výsledků do určitého v praxi použitelného doporučení současně značně komplikují různé formy a směsi experimentálně podávaných isoflavonů (nejčastěji je používána směs sójových isoflavonů, směs sójových isoflavonů s lignany lnu nebo s lykopemem a silymarinem nebo s kurkuminem, méně často je používán purifikovaný genistein). V některých studiích byl prokázán signifikantní inhibiční vliv perorálně užívaných isoflavonů na syntézu prostaglandinů v tkáni prostaty, prostaglandiny jsou považovány za stimulatory růstu karcinomu prostaty. Další randomizovaná, dvojitě zaslepená a placebem kontrolovaná studie, ve které bylo mužům s hormonální terapií karcinomu prostaty 12 týdnů denně podáváno 20 g sójového proteinu a 160 mg sójových isoflavonů neprokázala významný vliv na sledované metabolické a zánětlivé parametry. Přes početné kvalitní publikační zdroje nelze nyní definovat jednoznačné doporučení. Jasně je, že dlouhodobá suplementace sójovými isoflavony (v denních dávkách 83–160 mg isoflavonů) nebyla u žádné studie spojena s negativním vlivem na standardně léčené muže s karcinomem prostaty. Spíše jasně převládá pozitivní modulační vliv, který rozhodně nedosahuje terapeutické úrovně.

*(Reference jsou uloženy u autora)*

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



# Pharma-Ball vyhráli MILIONÁŘI



V sobotu 21. 5. 2011 se v Hradci Králové na kurtech u ZŠ Záměstí uskutečnil Pharma-Ball 2011, tj. I. ročník volejbalového turnaje farmaceutů, za účasti 21 aktivních hráčů z různých míst republiky. Sestavena byla čtyři družstva s originálními názvy: MILIONÁŘI, BETABLOKÁTOŘI, LEPTOSÁRIUM a SPORTÁCI.

Prvního místa dosáhli MILIONÁŘI pod vedením PharmDr. Pavla Grodzy. Druží byli SPORTÁCI, tým složený katedrou tělesné výchovy FaF UK v Hradci Králové v čele s Mgr. Jindřichem Kroustkem. Třetí místo obsadil tým LEPTOSÁRIUM vedený PharmDr. Janou Šolínovou a čtvrtí skončili BETABLOKÁTOŘI pod vedením Mgr. Gabriely Frühbauerové. Všechna družstva byla odměněna diplomem a věcnou cenou. Počasí nám přálo, nálada panovala pohodová, během občerstvení a pauz k oddechu byl dostatečný prostor k vzájemnému seznámení, a jak se přítomní aktéři shodli, prožili jsme společně krásný, doslova letní, sportovní den.

Tímto děkuji nejen zúčastněným, ale hlavně mým spoluorganizátorům tohoto turnaje Pavlu Grodzy, Petru Haltufovi a Jindřichu Kroustkovi. Velký dík patří i našim sponzorům, bez kterých by náš turnaj byl ošizen o občerstvení a ceny pro družstva, a doufáme, že naši akci podpoří i příští rok. Naši sponzoři byli: Pharmos Jihlava, SPIRIG Eastern a.s., Phoenix Hradec Králové, Pharma News, s.r.o., Pierre Fabre Medicament, s.r.o., Dr. Müller Pharma, s.r.o., Abbott Laboratories, s.r.o., HARTMANN-RICO, a.s., TAMDA, a.s., Naturprodukt CZ, spol. s.r.o.

Na příští setkání pod volejbalovou sítí se těší a všechny zájemce již nyní zve

**Gabriela FRÜHBAUEROVÁ**



## VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen 2011

80 let

Mgr. Olga Presová (OSL Vsetín)

75 let

Mgr. Alena Kalinová  
(OSL Brno + Brno-venkov)  
RNDr. Anna Konečná  
(OSL Brno + Brno-venkov)

70 let

Mgr. Rut Cholastová (OSL Kroměříž)  
Mgr. František Pech (OSL Teplice)  
Mgr. Jitka Vydrová (OSL Nový Jičín)

60 let

RNDr. Ivona Andělová  
(OSL Liberec)  
RNDr. Petr Jirsa  
(OSL Šumperk + Jeseník)  
RNDr. Olga Jozová  
(OSL Karlovy Vary)  
RNDr. Jaroslav Kraus (OSL Praha 1)  
Mgr. Jaroslava Kubová  
(OSL Olomouc)  
Mgr. Dana Lipská (OSL Semily)  
RNDr. Petr Němec (OSL Praha 10)  
Mgr. Marie Pergerová  
(OSL Plzeň-sever)  
Mgr. Dagmar Štrofová  
(OSL Příbram)  
RNDr. Ivana Vodičková  
(OSL Praha 8)

50 let

PharmDr. Ludvík Bazjuk  
(OSL Praha 9)  
PharmDr. Katarína Cetkovská  
(OSL Uherské Hradiště)  
PharmDr. Vlasta Daňková  
(OSL Blansko)  
Mgr. Zdeňka Fólová  
(OSL Mladá Boleslav)  
Mgr. Adéla Hamíčková  
(OSL Karlovy Vary)  
PharmDr. Jaroslav Linhart  
(OSL Tábor)  
PharmDr. Monika Ryglová  
(OSL Litoměřice)  
PharmDr. Jitka Švarcová  
(OSL Píseň)  
PharmDr. Iva Vondrášková  
(OSL Praha-západ)

*Upřímně blahopřejeme!*

(člnk)



**V** měsících červenci a srpnu si připomínáme ze dnů podporovaných Světovou zdravotnickou organizací WHO Světový den populace (červenec) a Mezinárodní den původních obyvatel a Mezinárodní den mládeže (srpen).

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

### Světový den populace

Světový den populace (World Population Day, WPD) byl vyhlášen Organizací spojených národů (OSN) v roce 1989 jako připomenutí skutečnosti, že dne 11. července 1987 dosáhl počet obyvatel Země podle odhadu demografů hranici pěti miliard. Cílem Světového dne populace je upozorňovat veřejnost na tempo růstu

Populace (mld.)	Rok	Uplynulá doba
1	1804	
2	1927	123
3	1960	33
4	1974	14
5	1987	13
6	1999	12
7	2011	12
8	2025–30	15–20
9	2045–50	20–25

spojených národů prostřednictvím svého populačního fondu (United Nations Population Fund, UNFPA) usiluje o dosažení rovnováhy mezi světovou populací,

Za 12 let nato byl za přibližný den, kdy světová populace dosáhla počtu šesti miliard obyvatel, vybrán 12. říjen 1999 – „Den šesti miliard“. Za šestimiliardové dítě byl symbolicky vybrán Adnan narozený dvě minuty po půlnoci Fatimě Helac a Jasminovi Nevićovi v sarajevské porodnici Koševo (Bosna). Byla však uváděna i jiná (podle demografů reálnější) předpokládaná data, kdy populace dosáhne tuto hranici (15., 18., 19. června 1999). Odhadované milníky populačního vývoje přináší horní tabulka. Z ní vyplývá zkracování doby potřebné ke zvýšení počtu obyvatel o jednu miliardu do roku 2011 a následné očekávané prodlužování tohoto intervalu.

Se „Dnem sedmi miliard“ je to složitější. Mezinárodní programová divize amerického statistického úřadu jej datovala na červenec 2012, podle Populační divize

# SVĚTOVÉ DNY WHO červenec–srpen

lidské populace a na problémy s tím spojené – na otázku lidnatosti, dětské úmrtnosti, zdraví populace, sexuální vzdělanosti a sexuálního a reprodukčního chování, postavení žen, problematiku chudoby, dostatku pitné vody, potravin atd. Organizace

rozvojem a životním prostředím. Fond UNFPA byl založen v roce 1969 z podnětu Valného shromáždění OSN a představuje největší mezinárodně financovaný zdroj pomoci obyvatelstvu rozvojových zemí a států s ekonomikou v transformaci.

### Worldometers, 29. 5. 2011, 20:40

Světová populace	6 967 847 200
Narození tento rok	53 982 528
Úmrtí tento rok	23 055 467
Počet podvyživených	929 113 693
Počet lidí s nadváhou	1 540 935 321
Lidé bez přístupu k pitné vodě	866 565 348
Úmrtí na infekční choroby tento rok	5 292 304
Úmrtí dětí do 5 let věku tento rok	3 098 749
Úmrtí rodiček při porodu tento rok	140 151
Úmrtí v důsledku kouření tento rok	2 037 974

OSN nastane tento den 26. srpna 2011, podle další prognózy počet obyvatel Země překročí tento počet 31. října 2011. Jiný odhad dospěl k datu únor 2012. O odlišných datech současného počtu obyvatel nás informují populační hodiny, dostupné na mnoha webových stránkách. Existují různé typy populačních hodin (např. Population Reference Bureau) lidstva, světa, populačních kalkulaček, světových statistik v reálném čase (např. worldometers), které ukazují dynamiku růstu obyvatelstva světa a celou řadu parametrů charakterizujících světovou populaci (ukázka v prostřední tabulce).

Od roku 1996 začal UNFPA definovat každoroční témata WPD (dolní tabulka).

Literatura u autora

Rok	Téma
1996	Odpovědnost společnosti: Reprodukční zdraví a HIV/AIDS
1997	Mládež a její reprodukční zdraví
1998	Starejme se o lidi, a populace se postará sama o sebe
1999	Sčítejme do Dne šesti miliard
2000	Chraňme životy žen
2001	Odpověď na ekonomickou krizi: Vzdělávejme dívky
2002	Snížení chudoby – zlepšení reprodukčního zdraví
2003	Miliarda dospívajících: právo na zdraví, informace a služby
2004	Každou minutu se ztrácí jedna matka
2005	Rovnost posiluje
2006	Mládí je nesnadné. Neporazitelné. Zmatené. Nádherné.
2007	Muži jako partneři pro zdraví matek
2008	Žádná žena by neměla při porodu zemřít
2009	Bojujme proti chudobě: Vzdělávejme dívky.
2010	Každý se počítá