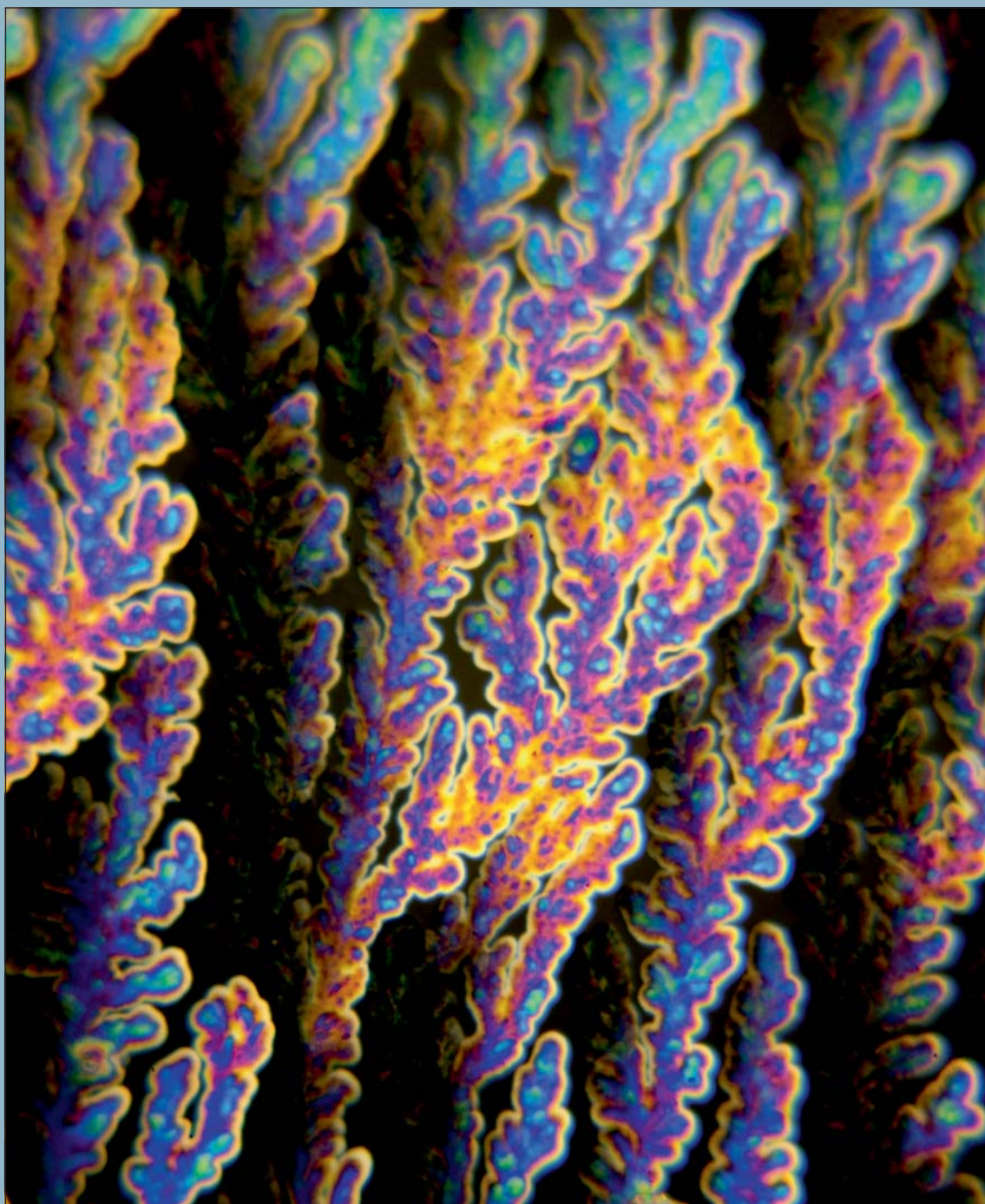

7-8/2011

ročník LXXXIII

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



V tomto letním vydání ČČL na dvacíti stranách přinášíme vzpomínky na uplynulých dvacet let fungování České lékárnické komory. Obsahují také úvahy, proč je dnes lékárenství takové, jak je znají lékárníci i pacienti. Stále jsou v našich řadách pochybovači, jestli komora vůbec k něčemu je. Ale pořád snad většina lidí věří, že kdyby komora nebyla, české lékárenství by se dostalo do mnohem horší situace, než je teď. Nadmíru pravdivé je konstatování, že nejvíc práce zabere snaha o to, aby se některé věci nestaly. A nepochybujeme, že bude stát ještě hodně úsilí odvracet neustálé útoky na náš obor, ať už budou přicházet odkudkoliv.



Věřím, že vzpomínky a zamýšlení všech autorů, kolegů, pomohou pochopit, že počáteční amatérismus opravdu jen z malé části zapříčinil určité neúspěchy, jež ovlivnily charakter tohoto oboru, přestože komora v době svého vzniku neměla na co navazovat. Po dvou desetících let zkušeností přece všichni víme, že v tomto směru mají největší vliv politici. Vedení komory si toho bylo vědomo od samého začátku a neponechalo nic náhodě. Uspokojivé vztahy s politiky a intenzivní činnost vůči státní exekutivě mj. zabránily uvolnění léčiv mimo lékárny. Ani to ale nepomohlo např. k nastavení systému pevných cen léčiv nebo zabránění vzniku sítí lékáren. V posledních letech překvapivě ubylo přímých politických útoků na adresu lékárenské profese. Komora si vydobyla vysoký kredit při jednáních s odborníky doma i v zahraničí.

Stále potřebujeme, aby nás zastupovali lidé s velkým morálním kreditem, s odpovědností vůči celé členské základně. Takové musíme na podzim zvolit do vrcholných komorových orgánů. Čeká je především práce. A jak se dočtete v naší příloze, bude to často práce deprimující, bez výsledků, vedoucí do slepé uličky. Ani věci, které se jim povedou, se nebudou líbit všem. Naši reprezentanti zase půjdou do bitev, které v lepším případě nebudou mít vítěze. Dvacetiletá historie pokračuje.

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. 9/2011 – 1. září 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

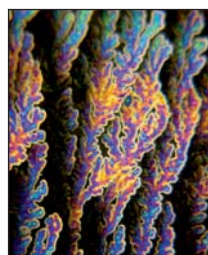
• Maximální rozsah redakci nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů) • K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukci apod.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravit. Na otištění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



obsah

Máme dost farmaceutů/lékárníků?	4
Zeptali jsme se	5
Přivedí generická preskripce konec filantropie v Čechách?	6
Osvědčení k výkonu soukromé praxe	8
Odborné semináře, Interaktivní dispenzační semináře	10
Správné dispenzační minimum:	
Vitamin D3 - cholekalciferol	11
Lék vs. zdravotnický prostředek	12
Založena nová EAHP	13
O strachu z neznámého aneb Jaký je skutečně eRp	14
Třiletý cyklus CV končí 31. srpna	15
Diskusní okénko	16
Molekula měsíce: Boceprevir	17
Nově registrované látky: Kabazitaxel	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Allium cepa L.	19
Bioekvivalence a generická léčiva (I.)	20
Prvorepublikovým čteníkem by dr. Rejsek byl docela rád	22
S vedoucí ČFM nejen o projektu KUKS – GRANÁTOVÉ JABLKO	25
Poplatky, bonusy a elektronizace	26
Na hradecké FaF se letní zahálka nekoná	27
Co je britský Smokefree program	28
Lutein v těhotenství a kojení	30
Světové dny WHO – září	31
Sepsáno před 120 lety	33

titulní strana



Pohled do mikroskopu:

Thiourea v collodiu

Za normálních okolností vznikají naprosto bezbarvé a nevýrazné obrazce, ale po namontování polarizačních filtrů se objevily fantastické květy a barvy a nasvětlením se podařilo dodat dojem plastického obrazu, ačkoliv je to v téměř v jedné rovině, jako vše, co pozorujeme pod obyčejným optickým mikroskopem.

Text a foto: Mgr. Jindřich MAKVIČKA

Máme dost farmaceutů/lékárníků?

Magisterský studijní program Farmacie lze absolvovat na Univerzitě Karlově v Praze – na její Farmaceutické fakultě v Hradci Králové od roku 1969 a na Farmaceutické fakultě Veterinární a farmaceutické univerzity Brno od roku 1991.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.



Vzhledem k historické kontinuitě a kulturní a jazykové příbuznosti uvedme ještě možnost studia ve Slovenské republice: na Farmaceutické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě. Od akademického roku 2006/2007 je akreditovaný studijní program Farmacie v rámci studijního oboru Farmacie také na Univerzitě veterinárního lékařství a farmacie v Košicích.

Letos poprvé promovali absolventi na všech čtyřech farmaceutických učilištích. Celkem jich bylo 555 (Brno 104, Hradec Králové 161, Bratislava 219, Košice 71). Je to mnoho nebo málo na oblast tvořenou přibližně 16 milióny obyvatel? (ČR 10,5 a SR 5,5 mil. obyvatel) Je to dost nebo málo na přibližně 2 475 lékáren a výdejen (OOVL), včetně přibližně 86 nemocničních lékáren, které mají charakter lékáren tzv. otevřeného typu, a tedy i část určenou pro výdej pro veřejnost v ČR? A na 1 988 lékáren a jejich poboček v SR? Z tohoto počtu bychom měli odečíst 56 nemocničních lékáren, které jsou v SR tzv. uzavřeného typu, to znamená bez výše uvedeného práva výdeje pro veřejnost. Síť nemocničních lékáren tak nepodléhá vlivům konkurenčního prostředí. V souhrnu celkem přibližně na 4 407 lékáren. Obě země ve svých úvahách spojují – zájemci o studium farmacie studují tento obor doma i v sousední zemi a stejně tak nacházejí své uplatnění.

Investice do vzdělávání farmaceutů (lékárníků) jistě tvoří základ poskytování kvalitní a bezpečné lékařské péče. Přesto se nabízí otázka, zda pokrývá tento počet – 555 nových absolventů (jejich počet se v průběhu několika dalších let ještě zvýší) – reálnou současnou a budoucí potřebu?

Při hledání odpovědi na tuto otázku nelze opomenout práci profesora Solicha, který analyzoval potřebu farmaceutů v ČR do roku 2000. Z některých, jím uváděných faktů a závěrů, vybírám:

- jedna farmaceutická fakulta na 5 mil. obyvatel,

- na 1 mil. obyvatel ročně vychovávat nejméně 10 farmaceutů (UNESCO); v případě 90–100% feminizace až 3krát více, tj. 30. V následné prognóze uvádí, že s ohledem na 80% feminizaci a 15% studijní úmrtnost je nutné zapisovat pro potřebu ČR v letech 1990–2000 kolem 260 až 280 studentů. Dodržení citovaných údajů mělo přispět k naplnění optimálního stavu farmaceutů v ČR v roce 2010. Jedná se o práci 20 let starou.

V současnosti ČLnK eviduje 7 931 lékárníků (po přepočtu na úvazky celkem by bylo toto číslo nižší), v registru SLeK (členství v SLeK není povinné, lékárník se však musí zaregistrovat) je 3 834 lékárníků. Celkem tvoří pracovní potenciál kolem 11 765 lékárníků, na jednu lékárnou připadá 2,7 lékárníka (ČR 3,2 a SR 1,9 lékárníka).

Otázka o dostatku či přiměřenosti počtu lékárníků v sobě navozuje řadu dalších aspektů:

- budeme vychovávat potenciálně nezaměstnané absolventy (lékárníky)?

V této souvislosti je nutno přiblížit financování vysokých škol. Financování farmaceutických fakult se opírá o příspěvek na vzdělávací a vědeckou, výzkumnou, vývojovou a inovační, uměleckou nebo další tvůrčí činnost (o jejich výši rozhoduje mimo jiné typ a finanční náročnost akreditovaných studijních programů a programů celoživotního vzdělávání, počet studentů a dosažené výsledky ve vzdělávací a vědecké, výzkumné, vývojové a inovační, umělecké nebo další tvůrčí činnosti a její náročnost) a dotace. Ty jsou významně ovlivňovány novými kritérii kvality a výkonu. Jejich charakteristika by již přesahovala rámec našich úvah. Počet studentů tak stále sehrává roli při přidělování finančních prostředků.

Na základě uvedených skutečností patrně nelze očekávat významnější regulační funkci farmaceutických fakult. Společenským zájmem a potřebou se argumentuje

při vzniku nových farmaceutických učilišť a při navyšování počtu absolventů (vycházím z porovnání zamýšlených původních „směrných“ čísel a nyníjšího počtu studujících a absolventů na více fakultách, resp. univerzitách). Je pravdou, že absolventi zatím nacházejí uplatnění na trhu práce, úřady práce jich jako nezaměstnané evidují minimum.

Saturace potřeby je však nerovnoměrná, o čemž svědčí nejen ne/zájem v určitých regionech, ale i výše nabízeného finančního ohodnocení. Výška mzdy jako odměny za práci, jako ohodnocení za pracovní výkon při stejné obtížnosti práce, vyjadřuje, jak se zdá, i míru potřeby daného pracovníka.

- nebude docházet k pracovnímu přetěžování lékárníků?

Snaha předejít nerovnoměrnému zatěžování se dříve řešila systematizací, zaváděním ukazatelů, měrných schémat či koeficientů. Stanovení potřeby lékařských pracovníků vycházelo z údajů určujících jejich pracovní zatížení. Opustili jsme tyto myšlenky a praxi, abychom se k části z nich znovu vrátili. I když v jiné podobě a z jiného důvodu, a sice k odborným lékařským výkonům jako alternativy anebo doplňku ohodnocení práce lékárníka.

K diskusi je názor, zda by povinné minimální počty lékárníků v lékárnách neměla stanovit vyhláška upravující požadavky na personální vybavení tohoto zdravotnického zařízení.

Neexistuje mezinárodně pevně stanovené minimum doporučeného poměru počtu lékárníků připadajícího na určitou část populace. Přesto mnoho zemí vytváří vlastní doporučení založená na potřebě poskytování lékařské služby. A tak se dostáváme k dalším souvislostem:

- tvorba sítě lékáren

Existují v podstatě dvě možnosti – regulovaná síť, anebo liberalizace. A která je ta správná?

- kompetence (farmaceutický laborant/asistent – bakalář – magistr)

- uplatnění farmaceutů v dalších odvětvích farmacie

A konečně v souvislosti s volným pohybem osob:

- jaký vliv bude mít migrace za pracovními místy na možnost pracovního uplatnění (k příčinným faktorům můžeme zařadit výši příjmu, uspokojení z práce,

pracovní příležitost, pracovní podmínky, sociální, rodinné důvody aj.)? Jaké bude saldo této migrace?

Závěrem: hledání odpovědi na otázku formulovanou v názvu úvodníku evokovalo mnoho dalších. Nicméně k té odpovědi – domnívám se, že máme v současné době dostatek lékárníků (s geografickými rozdíly) a že počet absolventů studia farmacie v příštích letech bude převyšovat jejich potřebu.

Naším novým kolegům

Dne 28. června proběhly tradiční promoce úspěšných studentů magisterského studijního programu FaF VFU Brno. Více než sto našich nových kolegů si přišlo v talárech pro novotou vonící diplomy. Musím přiznat, že pro mne, hrdého absolventa brněnské fakulty, je možnost účastnit se slavnostní promoce jako zástupce ČLnK srdeční záležitostí. Ta byla, jako každý rok, umocněna odhodlanými projevy zástupců studentů. Rád se s vámi podělím o jejich hlavní myšlenky. Stojí nejen za přečtení, ale hlavně za zamýšlení i pro nás, již praktikující farmaceuty:

▪ *Tímto slavnostním okamžikem se stávám magistry farmacie. Většinu z nás končí studentská léta a začíná pracovní život se všemi radostmi i starostmi, které k němu pochopitelně patří.* (Mgr. Vilém Ráček)

▪ *...zde před vámi stojí mladí magistři farmacie. Lidé, kteří budou pracovat s lidmi a léky. Umění poskytnout relevantní informace k danému problému bylo v průběhu času na fakultě vypracováno spolu s komunikačními dovednostmi k dokonalosti, tudíž nic nestojí v cestě našemu úspěšnému vykročení k lepším zítřkům.*

(Mgr. Jakub Káňa)

▪ *Hlavní dík patří také našim rodičům sourozencům, partnerům, příbuzným a přátelům. To oni nás vozili na vlak nebo autobus, chodili po špičkách a šeptali, když jsme se připravovali na zkoušku.*

(Mgr. Jan Šalša)

▪ *Věřím, že v následujícím profesním životě budeme dobrými a zodpovědnými lékárníky, jak nám vštěpovala naše škola, a potvrdíme tím její dobrou pověst. Ukažme společností, že jsme opravdoví odborníci, protože budoucnost naše i tohoto povolání je jen v našich rukou a záleží jen na nás, jak*

Pokračování na straně 7

ZEPTALI JSME SE

Zaznamenáváte mezi svými pacienty nějaké ohlasy na změny připravované vládní koalicí v oblasti zdravotnictví?



Mgr. BRONISLAVA KOVÁŘOVÁ
Lékárna U Zlatého raka, Ostrava

Naši pacienti nejen v poslední době vyjadřují obavy, že každá slibovaná změna bude určitě k horšímu, s nějakým obecným ani osobním prospěchem v souvislosti s reformou vůbec nepočítají. Zejména starší pacienti říkají, že lékárna zůstává jedním z mála míst, kde je vůbec někdo poslouchá. Vážme si toho, že aspoň někteří z nich mají k nám lékárníkům důvěru, a to nejen, pokud jde o léčbu. O to víc mějme na zřeteli, že není málo takových, kteří poznají, kdy jim opravdu radíme a kdy pouze doporučujeme určitý produkt.

PharmDr. MARCELA ŠKRABALOVÁ
Lékárna, Huštěnovice

V posledních letech se nacházíme v období permanentní zdravotnické reformy. Střídají se jména ministrů a s nimi soubory návrhů a nápadů, jak ozdravit a financovat české zdravotnictví. Nebyvalé možnosti léčby vážných onemocnění se dostávají do kolize s pojistnými plány zdravotních pojišťoven. Situaci je třeba zodpovědně řešit a MZd nabízí cesty. Pacienti v lékárnách se s permanentní reformou učí žít. Dnešní připravené změny jsou v mnohém průlomové a jistě do budoucna významně ovlivní chod zdravotnického systému jako celku. Doposud jsou však jenom na papíře a schází reálné zkušenosti s jejich fungováním. A tak se zatím každodenní kolorit českých lékáren nemění. Jenom v souvislosti s dalším kolem reformy se opakovaně ozývají hlasy našich pacientů: o kolik více budeme v lékárně zase platit?



PharmDr. PETR HALTUF
Lékárna U Haltufů, Nový Bydžov

V létě mají lidé trochu jiné radosti a starosti, než žít jen hlasováním poslanecké sněmovny a senátu. Z ohlasů posbíraných za tárou vím, že naše pacienty nezaujal žádný z chystaných reformních kroků MZd tak, jako nedělní večerní reportáž v televizních zprávách o důležitosti vitamínu D při prevenci a ochraně před vznikem rakoviny. Už několik málo pondělních hodin přineslo vykoupení všech volně dostupných doplňků s vitamínem D – v lékárně i ve velkodistribučních skladech v celé ČR. Není to poprvé ani naposledy, kdy se projevila síla a moc médií a snadná manipulovatelnost populace. Obdobnou hysterii, projevující se zvýšenou poptávkou po jodových tabletkách, vyvolaly před nedávnem události kolem elektrárny ve Fukušimě.

Mgr. ALEŠ NEDOPIIL
Lékárna U bílého lva, Říčany

V poslední době v naší lékárně zaznamenáváme spíše klid a jistou rezignovanost mezi pacienty ohledně výše spoluúčasti, kterou nyní hradí. V nedávné době jsem na našem webu odpovídal naší pacientce na dotaz k rozdílné ceně léku na recept mezi jednotlivými lékárnami. Tím, že jsem popsal celý systém stanovení koncové ceny léku a jeho doplatku + poplatku, uvědomil jsem si, že snad nikde na světě podobně složitý systém neexistuje, přičemž celý tento monstrózní systém nedokáže garantovat ani jasný a přehledný doplatek a ochranu pacienta. Říkám si, že konečně by se mohla třeba nějaké politické straně zalíbit myšlenka skutečně jediné účinné regulace, čímž je pevná koncová cena (doplatek) stejná ve všech lékárnách. Značně by se ulevilo pacientům, lékárníkům i lékařům.



Přivodí generická preskripce konec filantropie v Čechách?



Generická substituce (dále jen GS) a generická preskripce (GP) jsou velmi často prezentovány jako významné rozšíření kompetencí farmaceuta. Opravdu tomu tak je? Nejedná se jen o nástroje, které mají přispět ke snížení nákladů pacientů a zdravotních pojišťoven na léčivé přípravky (dále jen LP), bez ohledu na dopady na další články lékového řetězce? Jaká je tedy aktuální situace v České republice? Legislativní jasno nastalo k 1. lednu 2008. Do té doby byla řešena legislativně pouze možnost náhrady v případě, nebyl-li předepsaný LP v lékárně dostupný.

Mgr. Michal Hojný

Vyhláška č. 255/2003 Sb., kterou se stanoví správná lékárenská praxe, k tomu uvádí: *Není-li v lékárně k dispozici předepsaný léčivý přípravek a s ohledem na zdravotní stav pacienta je nezbytné okamžité vydání léčivého přípravku, může lékárník předepsaný léčivý přípravek nahradit jiným léčivým přípravkem...*

Generická substituce se přitom uplatňovala důsledně v rámci ústavní péče (i na úrovni *me too drugs*), a to bez nejmenších problémů. Díky ošetření GS od roku 2008 ve dvou různých zákonech (o léčivech a zdravotním pojištění) sice není úplně jasno, zda je farmaceut vždy povinen pacienta informovat o možných alternativách k vydávanému LP (§83 zák. o léčivech), nebo reagovat až na žádost pacienta a vydat LP s nižším doplatkem (§32 zák. o veřejném zdravotním pojištění). Ale jinak je celkem jasno. Generickou substitucí lze realizovat v případě:

- Není-li na receptu od lékaře uvedeno „Nezaměňovat“.
- Souhlasí-li pacient.
- Je vydána stejná léčivá látka, ve stejné cestě podání, lékové formě a se stejnou účinností a bezpečností.
- Při rozdílném množství léčivé látky je nutná úprava dávkování.
- Generická substituce se vyznačí na receptu.
- Nabízený LP má nižší doplatek.

Nabízí se tak přímo filozofická otázka, zda lze provést GS u přípravku, který má pro pacienta doplatek nula Kč.

Co GS přinesla, a co ne

Nepřinesla nárůst hlášených nežádoucích účinků na SÚKL, z čehož lze usuzo-

vat, že v praxi probíhá bez výraznějších obtíží. Přinesla bezpochyby posílení spoluodpovědnosti pacienta v péči o svůj zdravotní stav a dále úsporu doplateků na straně pacienta. Motivace ke GS na straně farmaceuta totiž neexistuje. Pokud k ní nepočítáme vyšší společenský kredit získaný výdejem přípravku s nižším doplatkem. Výdej levnějšího přípravku je totiž spojen s nominálně nižším výnosem pro lékárnou.

Rychlou modelací výnosu z výdeje generického clopidogrelu (úhrada 368 Kč/28 tbl) a originálního přípravku (1 122 Kč/28 tbl) lze zjistit, že **při tříměsíční terapii stojí získaný kredit u jednoho pacienta přesně 200 Kč.** To je totiž ušlý zisk při provedené generické substituci.

Spojení **lékárník – filantrop** zní jistě lépe, než často zmiňované **lékárník – obchodník**. Výše uvedený příklad udává, že jako obchodníci při GS nepostupujeme ani náhodou. Útěchou nám může být, že podle průzkumu společnosti Factum Invenio respektuje naše návrhy na GS celkem 72 % pacientů (www.factum.cz).

K příležitosti uvedení GS do praxe vytvořila ČLnK v roce 2008 manuál pro členy (viz www.lekarnici.cz), který se stal velmi často citovaným dokumentem i mezi odbornou veřejností. Poděkování za podklady pro jeho vytvoření patří PharmDr. Kamilu Hrubému, Ph.D. Kromě respektování zákonných omezení týkajících se ekvivalence přípravků doporučuje opatrnost:

- u léčiv s úzkým terapeutickým indexem (aminofylin/ teofylin, warfarin, anti-tiepiloptika, imunosupresiva, hormony

štítné žlázy, antiarytmika, tricyklická antidepresiva);

- u lokálně působících lékových forem;
- u specifických případů (modifikované lékové formy, inhalační aplikátory atd.).

Aby situace s GS nebyla tak jednoduchá, existuje v legislativě ještě možnost provedení tzv. **náhrady** nebo **záměny předepsaného LP**. V krátkosti: Náhrada je možná, není-li v lékárně k dispozici předepsaný LP a je nezbytné jeho okamžité vydání s ohledem na zdravotní stav pacienta. Ta je možná i tehdy, je-li na receptu lékařem uvedeno „Nezaměňovat“. Při diskuzích se zástupci farmaceutického průmyslu lze opakovaně zaznamenat, že část provozovatelů lékáren (řeč byla zpravidla o jednom z řetězců) tohoto ustanovení zneužívá a při absenci originálního přípravku na skladě lékárně nabízí generický přípravek. Minimálně z etického pohledu považují tento postup za nevhodný vzhledem k tomu, že originální přípravek je běžně dostupný na trhu. Navíc je v tomto případě sporná otázka nezbytnosti výdeje zpravidla chronicky užívané medikace.

Záměna LP ošetřuje případy známé z pohotovostního výdeje či při nedostupnosti předepsaného léčiva na trhu. Záměnu předepsaného přípravku za jiný s jinou účinnou látkou s obdobnými léčivými účinky nebo v jiné lékové formě je možné realizovat až po odsouhlasení předepisujícím lékařem.

Velmi diskutovanou otázkou je také odpovědnost. Generická substituce v rámci jedné účinné látky je v podstatě bez specifického rizika, farmaceuti jsou nicméně odpovědní za správnou dispenzací. Léčbu, a tedy účinnou látku, předepisuje lékař. Pokud má povědomí o možném poškození pacienta v případě výdeje jiného než předepsaného LP, je jeho povinností uvést na recept formulaci „Nezaměňovat“.

Jaká je realita roku 2011?

Ve snaze najít ve vysychajícím prameni zdrojů zdravotního pojištění poslední zlatáky přichází do hry opět oblast lékové politiky. Mantinelem pro diskuzi s politiky je (bohužel) v roce 2010 přijatá koaliční smlouva, kde stojí:

Zavedeme generickou preskripci a substituci u léků hrazených plně nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění.

Co na tom, že GS již máme 3,5 roku zavedenou...

Ke cti ministerským úředníkům ale slouží, že k problematice GP svolávají

pracovní setkání zástupců pojišťoven, komor a odborných společností, kterých se účastní také zástupci ČLnK. Co bude jejich výstupem, zda to, že GP je v českých podmínkách mrtvý nástroj lékové politiky, nebo že budou vytvořena pravidla pro její pilotní realizaci u cca 20 molekul, je v tuto chvíli předčasné předvídat. Zatím byla v červnu dvě pracovní setkání. Výstupy z diskuze ke GP mezi členy představenstva ČLnK jsou ale jednoznačné. Zde je výčet těch nejdůležitějších, které tvořily základ stanoviska ČLnK k dané problematice:

- Dosud nebyla provedena ani **analýza očekávání a přínosů již realizované GS**, která může napomoci definovat problémové oblasti u GP. Nelze tedy zjistit, zda bylo dosaženo všech možností, které GS přináší, a zda její podporou by nebylo možné dosáhnout cílů vkládaných do generické preskripce. **Tyto cíle musí MZd pojmenovat jasně, bez zástupných důvodů.**
- Při zavedení GP je nezbytná **přesná definice pravidel**, ve kterých může lékař stanovit povinnost vydat konkrétní přípravek, a dále pravidel, kdy a za jakých podmínek může dojít ke změně na základě patientské volby.
- Generická preskripce je bezesporu spojena s větší náročností při dispenzaci léčiva v lékárně – potřeba edukace pacienta při změně terapie, nutnost využít elektronické sdílení kompletních údajů

Filantropie (z řec. filein, milovat a anthrópos, člověk – láska k člověku) znamená humanisticky motivovanou dobročinnost, dávání peněz, zboží, času nebo úsilí pro podporu obecně prospěšného účelu, zpravidla v delším časovém horizontu a s jasně definovanými cíli.

V obecnější poloze lze filantropii pojmut jako jakýkoli altruistický počin, který směřuje k podpoře dobra nebo zlepšování kvality života. Lidé, kteří jsou známi pro své filantropické počiny, se někdy nazývají filantropové.

(Wikipedia)

o farmakoterapii. **Větší pracnost a odborná úroveň = logický požadavek na vyšší odměnu.**

- Generická preskripce je racionálním důvodem ke **změně názvu (obalu) LP** s výraznější vizualizací generické látky. Lepší orientace podpoří compliance pacienta.
- Generická preskripce nemůže fungovat bez patřičné **motivace farmaceutů a lékařů.**
- Je třeba jednoznačně **definovat odpovědnosti za GP.** Účinnou látku vybírá lékař. Za případné nežádoucí účinky LP použitého ve správné indikaci v souladu s SPC odpovídá výrobce.
- Při poklesu cen po tendrech zdravotních pojišťoven se zvyšuje **riziko paralelního exportu** s následným výpadkem na trhu v ČR.
- Rizikem jsou jistě také zklamaná očekávání kolegů – farmaceutů. Generická preskripce z pohledu farmaceuta = výběr neoptimálnějšího léčiva pro pacienta s rozhodovací kompetencí na expedientovi. Proti tomu bude stát nejpravděpodobnější **realita GP v podobě striktního tlaku na splnění pozitivního listu ZP.** Generická preskripce se tak může stát pouhým nástrojem pro realizaci těchto pozitivních listů.
- Co nejdříve **frekvence aktualizace pozitivních listů zdravotních pojišťoven** (1–2 roky). Tomu také musí odpovídat doba od vypsání soutěže do počátku platnosti jejich výsledků.
- Jaký bude postup při **výpadku přípravku I. volby?**
- Velkým rizikem je překotné zavedení GP bez dopředu promyšlených následných kroků.

Potěšující je, že nutnost motivace farmaceuta k provádění GP a GS není nikým zpochybňována a hovoří se o ní jako o základním nástroji pro případné zavedení GP do praxe. I to je bezpochyby výsledek víceletého působení představitelů ČLnK na zástupce MZd a zdravotních pojišťoven.

Závěrem si dovolím osobní pohled. Zvítězí-li (politická) snaha zavést GP do praxe, necht' je použita jako volitelný, dobrovolný nástroj pro lékaře a farmaceuta. Bude-li existovat motivace na jejím provádění, jistě si najde svoje příznivce a může to být vedle současně prováděné GS respektující volbu pacienta nejelegantnější cesta s minimem mediálních atak a ku prospěchu pacienta (bez negativního dopadu na farmaceuta).

Pokračování ze strany 5

s ní naložíme. Dovolte mi, abych svůj projev zakončila citátem Karolíny Světlé. „To, co způsobuje stárnutí, není věk, ale opuštění ideálů.“ Chtěla bych tedy popřát všem čerstvým absolventům, ať zůstanou mladí co nejdéle a ať ideály, které právě o naši budoucnosti máme, nás nikdy neopustí.

(Mgr. Iva Bukačová)

▪ *Budeme se snažit být dobrými lékárníky, kteří budou celý život prohlubovat svoje vědomosti a vždy pacientům dobře poradí. Doufám, že někteří z nás se vydají také na vědeckou dráhu a všichni o nich ještě uslyšíme.*

(Mgr. Vilém Ráček)

Vážené mladé kolegyně, vážení mladí kolegové, chtěl bych vám popřát co nejpěvnější vazbu ideálů, sílu k dalšímu studiu, energii pro podporu změn a důraz na odbornost v lékárně, kterou si vyberete jako místo svého povolání. I vy totiž budete po zaslužených prázdninách spolu tvůrci mediálního obrazu farmaceutů a máte jedinečnou šanci přispět k tomu, abychom v denním tisku dále neviděli podobné „krvavé“ titulky jako tento: Test: lékárníci prodají i smrtící kombinaci léků.

Michal HOJNÝ



Absolventka Farmaceutické fakulty Veterinární a farmaceutické univerzity Brno Mgr. Eva Přikrylová převzala u příležitosti slavnostní promoce ocenění České lékárnické komory za příkladné výsledky ve studiu.

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

vydaná ČLnK a zaniklá v červnu 2011

Zaniklá osvědčení

- 4/1993 Mgr. Jaromír Novák, Velké náměstí 3, Králíky
127/1994 Mgr. Olga Podhrázká, Gudrichova 90, Opava
238/1994 PharmDr. Jitka Němcová, Rozkošská 2330, Havlíčkův Brod
461/1994 PhMr. Irena Havlíková, Křížová 6, Brno (ZR)
291/1995 Mgr. Marcela Konvalinková, Litevská 2720, Kladno
389/1995 Mgr. Jitka Dejmková, nám. Kryštofa Haranta 23, Bezručovice
64/1998 PharmDr. Alena Pospíšilová, Nám. Míru 163/I, Jindřichův Hradec
133/1998 PharmDr. Eva Dvořáková, Dolní 100, Havlíčkův Brod
135/2001 Mgr. Jitka Horná, Slovanské nám. 2790, Kroměříž
262/2001 Mgr. Jitka Veselá, Husova 15, Jihlava
147/2002 PharmDr. Šárka Řeřuchová, Dlouhá 34, Olomouc
188/2002 Mgr. Josef Procházka, Havlíčkova 1239, Uherské Hradiště
330/2003 Mgr. Adéla Hamáčková, Bezručova 10, Karlovy Vary
470/2003 PharmDr. Jarmila Uříčářová, Kollárova 223, Kyjov (ZR)
138/2004 PharmDr. Jiří Sedláček, tř. 1. Máje 14, Moravské Budějovice
13/2006 PharmDr. Jana Klasovitá, Masarykovo nám. 18, Kojetín
72/2006 Mgr. Jaroslava Felixová, Riegrova 240, Černošice
283/2006 Mgr. Jan Chmela, tř. Svobody 32, Olomouc
402/2007 Mgr. Helena Mlčochová, Pernštejnské náměstí 110, Hranice
255/2008 Mgr. Alexandra Mazalová, nám. T. G. Masaryka 13, Břeclav
314/2008 Mgr. Miroslav Kaltenbruner, Dragounská ul., Cheb
329/2009 Mgr. Jitka Junová, nám. Prof. Čeňka Strouhala 25, Seč
358/2009 Mgr. Hana Pechová, Přimská 501, Bor
216/2010 Mgr. Darina Hendrychová, Sportovní 244, Moravský Písek
229/2010 PharmDr. Hana Jelínková, Střelecká 880, Hradec Králové
39/2011 PharmDr. Martina Koutníková, Poděbradova 79, Chrudim
41/2011 Mgr. Dita Gottwaldová, Kosmonautů 842, Karviná
44/2011 Mgr. Jarmila Dvořáková, Čejč 73, Čejč

- 94/2011 PharmDr. Roman Kejzlar, náměstí Svobody 1, Vodňany
121/2011 PharmDr. Ivona Vosmeková, Drobného 38-40, Brno
149/2011 Mgr. Jaromíra Novotná, Údolní 392/16, Brno
156/2011 PhMr. Vlasta Řeháková, Zámecká 2111, Tachov
158/2011 PharmDr. Lenka Sušilová, Jemelkova 68, Brno
222/2011 Mgr. Ema Doležalová, Pivovarská 332, Vimperk

Vydaná osvědčení

- 205/2011* Mgr. Yvona Saladačková, Dr.Max LÉKÁRNA, Národní dům, 8. května 515/19, Olomouc, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
206/2011* Mgr. Michal Pokorný, Lékárna Dr.Max Olomouc, Hl. nádraží, Jeremenkova 103/23, Olomouc, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
207/2011 Mgr. Lenka Šimková, Dr.Max LÉKÁRNA, Romana Havelky 1241, Jihlava, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
208/2011 PharmDr. Ondřej Skupien, Dr.Max LÉKÁRNA, OC Dragoun, Dragounská ul., Cheb, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
209/2011 Mgr. Pavla Brázdilová, Lékárna Na Letné, Dlouhá 34, Olomouc, provozovatel: Tomáš Hégr
210/2011 Mgr. Hana Pechová, Dr.Max LÉKÁRNA, Zámecká 2111, Tachov, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
211/2011 Mgr. Miroslav Kaltenbruner, Dr.Max LÉKÁRNA, Přimská 501, Bor u Tachova, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
212/2011 Mgr. Hana Sýkorová, PHARMALAND, Masarykova 1, Hluboká nad Vltavou, provozovatel: Hlubocká lékárna s.r.o.
213/2011 Mgr. Jana Obrová, Lékárna U Černého orla, Velké náměstí 3, Králíky, provozovatel: Mgr. Jana Obrová
214/2011 PharmDr. Šárka Řeřuchová, Lékárna na Poliklinice II, Třída svobody 32, Olomouc, provozovatel: Tomáš Hégr
215/2011 Mgr. Jitka Černošková, SALVUS, Bezručova 10, Karlovy Vary, provozovatel: Lékárny PhMr. Mráze s.r.o.
216/2011 PharmDr. Helena Pospíšilová, Lékárna U JUPITERA, Nám. Míru 163/I, Jindřichův Hradec, provozovatel: NILO s.r.o.
217/2011 Mgr. Vladimíra Netušilová, Lékárna U Zlatého slunce, náměstí Svobody 1, Vodňany, provozovatel: Aquileia Bohemorum, s.r.o.
218/2011 PharmDr. Rudolf Kaleta, Lékárna nemocnice,

- Dr. Jánského 249, Frýdek-Místek, provozovatel:
Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspě. org.
- 219/2011 PharmDr. Eva Dvořáková, Ústavní lékárna,
Rozkošská 2330, Havlíčkův Brod,
provozovatel: Mgr. Jana Barochová
- 220/2011 Mgr. Jana Barochová, U Zlaté lilie,
Dolní 100, Havlíčkův Brod,
provozovatel: Mgr. Jana Barochová
- 221/2011* Mgr. Pavlína Čížková, Lékárna Luby,
5. května 137, Klatovy, provozovatel: Stylepe s.r.o.
- 222/2011* Mgr. Ema Doležalová, Lékárna Nemocnice
Vimperk, Pivovarská 332, Vimperk,
provozovatel: VEROPHARM, a.s.
- 223/2011 PharmDr. Miloslava Vaverová, Lékárna
Nemocnice Vimperk, Pivovarská 332, Vimperk,
provozovatel: VEROPHARM, a.s.
- 224/2001 Mgr. Martina Gernertová,
Lékárna Na Údolní s.r.o., Údolní 392/16, Brno,
provozovatel: Lékárna Na Údolní s.r.o.
- 225/2011 Mgr. Michaela Kaplanová, Dr.Max LÉKÁRNA,
Pražská 71, České Budějovice,
provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 226/2011 Mgr. Alan Mitrenga, Lékárna Surgal Clinic,
Drobného 38-40, Brno,
provozovatel: SurGal Clinic s.r.o.
- 227/2011 Mgr. Lenka Mičková, Lékárna Javorník,
Sportovní 244, Moravský Písek, provozovatel:
Vodohospodářské stavby Javorník-CZ s.r.o.
- 228/2011 PharmDr. Ivona Vosmeková, Lékárna Jemelkova,
Jemelkova 68, Brno, provozovatel: LERAM s.r.o.
- 229/2011 Mgr. Dagmar Kučerová, Lékárna, Čejč 73, Čejč,
provozovatel: PharmDr. Hana Kolářová
- 230/2011 Mgr. Andrea Nedělová, Lékárna Veronica,
Gudrichova 844/90, Opava-Kylešovice,
provozovatel: Gyrodon s.r.o.
- 231/2011 Mgr. Oldřiška Horáková, Lékárna,
Slovanské nám. 2790, Kroměříž,
provozovatel: Mgr. Jitka Horná
- 232/2011 Mgr. Zdeňka Janečková, Lékárna Poděbradova,
Poděbradova 79, Chrudim,
provozovatel: Radka Paulusová
- 233/2011 Mgr. Jitka Horná, Lékárna, Krajina 257, Kvasice,
provozovatel: Mgr. Jitka Horná
- 234/2011 PharmDr. Pavel Hassman, Lékárna V Lipkách,
Střelecká 880, Hradec Králové,
provozovatel: Lékárna V Lipkách, s.r.o.
- 235/2011 Mgr. Jarmila Dvořáková,
nám. T. G. Masaryka 13, Břeclav,
provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 236/2011 Mgr. Marie Borská, Bílá růže,
5. května 6, Litoměřice,
provozovatel: PharmDr. Miroslava Čapková
- 237/2011 Mgr. Lenka Češíková, Lékárna Seč,
nám. Prof. Čeňka Strouhala 25, Seč,
provozovatel: LEK BIOR, s.r.o.
- 238/2011 PharmDr. Miroslav Džupon, Lékárna U radnice,
Masarykovo nám. 18, Kojetín,
provozovatel: RNDr. Jitka Hálková
- 239/2011 Mgr. Lucie Páralová, Lékárna Za skleněnou věží,
Wonkova 1225/3, Hradec Králové,
provozovatel: Mgr. Jitka Gieblová
- 240/2011 Mgr. Ludmila Slabá, Lékárna U Hromádků, s.r.o.,
1. máje 14, Moravské Budějovice,
provozovatel: Lékárna U Hromádků, s.r.o.
- 241/2011 PharmDr. Hana Trčková, Lékárna U Kotvy,
K pivovaru 87, Davle,
provozovatel: PharmDr. Jana Schwarzová
- 242/2011 Mgr. Magdalena Zlatníková, Ústavní lékárna,
Nemocnice Brandýs nad Labem,
Brázdinská 1000, Brandýs nad Labem,
provozovatel: PP Hospitals, s.r.o.
- 243/2011 PharmDr. Iva Krejčová, Lékárna
SCHLECKER+LÉKÁRNA, Wilsonova 1678,
Praha 2, provozovatel: SCHLECKER a.s.
- 244/2011 Mgr. Jana Mrkvová, Dr.Max LÉKÁRNA,
Bělohorská ul., OC Kaufland, Praha 6,
provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 245/2011 PharmDr. Marie Brabencová, Lékárna Jarov,
Koněvova 223, Praha 3,
provozovatel: Pharmedol spol. s r.o.
- 246/2011 PharmDr. Lucie Čenovská, Dr.Max LÉKÁRNA,
Střelnická 2270/46, Praha 8,
provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 247/2011 Mgr. Alena Podnecká, Dr.Max LÉKÁRNA,
Makovského 1349, Praha 6,
provozovatel: Česká lékárna, a.s.
- 248/2011 aff Iva Spirálová, Lékárna Pharmaland,
Chlumecká tř., Praha 9-Černý Most,
provozovatel: EUROPHARM, a.s.
- 249/2011* Mgr. Jitka Hulíková, Lékárna Makovského,
Makovského 1223/23, Praha 6,
provozovatel: SANITATUM s.r.o.
- 250/2011 Mgr. Marie Paulenová, Lékárna Chlumova,
Chlumova 21, Praha 3,
provozovatel: Šárka Krchová
- 251/2011 Mgr. Jarmila Čejková, Lékárna Chrpa,
Krejnická 2021, Praha 4,
provozovatel: Pharmalab s.r.o.
- 252/2011 Mgr. Ivana Kupková, Lékárna U sv. Václava,
Mráčkova 3419/3, Praha 4,
provozovatel: EVROKAPITAL, s.r.o.
- 253/2011 Mgr. Agáta Hrubšová, Lékárna Adonia,
Riegrova 240, Černošice,
provozovatel: ORGADIS s.r.o.
- 254/2011 Mgr. Hana Kolářová, Lékárna Červený Rak,
Sokolovská 394/17, Praha 8,
provozovatel: Červený Rak s.r.o.
- 255/2011 PharmDr. Milena Leifertová,
Lékárna U sv. Ignáce, Ječná 1, Praha 2,
provozovatel: IGNACIA spol. s r.o.

* = nová lékárna

(člnk)

ODBORNÉ SEMINÁŘE

Přihlašování od 8. 8. 2011 pouze na www.vzdelavani-zdravotniku.cz – nutná registrace na těchto stránkách. Bez přihlášení není možné se semináře zúčastnit!

So 8. 10. Hradec Králové (kód semináře: 800212703)

Farmaceutická fakulta UK, Heyrovského 1203, začátek v 10 hod.

Kanabinoidy a jejich experimentální a léčebné využití v neurologii; Právní normy a legislativa vztahující se k nakládání s návykovými omamnými látkami; Závislost a škodlivé užívání farmaceut zasahuje

Lektoři: MUDr. Miroslav Mareš,
Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík,
MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Odborný garant: PharmDr. Helena Marešová

Počet bodů: 10

bez poplatku - Seminář je spolufinancován Evropskou unií z Evropského sociálního fondu.

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz
– vzdělávací akce – kurzy pro lékárníky

Účastnický poplatek uhradte dle pokynů při přihlášce: bankovním převodem na účet číslo: 35-7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději **5 dnů** před konáním semináře (v **hotovosti na místě akce jen v nejnětějších případech a za zvýšený poplatek**).

So 17. 9. Plzeň (kód semináře: 11047)

FN - Bory, tř. Dr. E. Beneše 13, pavilon č. 4, 1. patro, začátek v 10 hod.

Polypragmázie a lékové interakce u pacientů ve vyšším věku.

Lektoři: Mgr. Ladislav Ruman, MUDr. Karel Macek, CSc.

Odborný garant: Mgr. Ladislav Ruman

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 20

St 21. 9. Nové Město na Moravě (kód semináře: 11049)

zasedací místnost – ředitelství nemocnice, Žďárská 610, začátek v 17.30 hod.

Lékové interakce v praxi lékárníka

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

Odborný garant: Mgr. Josef Malý

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 22. 9. Šumperk (kód semináře: 11050)

Seminární místnost Nemocnice Šumperk, Nerudova 640, začátek v 18 hod.

Poruchy ledvin, renální insuficience a úprava farmakoterapie

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lukáš Lázníčka,
MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 22. 9. Brno (kód semináře: 11051)

FaF VFU, seminární místnost, Palackého 1/3, začátek v 17 hod.

Klinické využití kortikoidů

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

Odborný garant: PharmDr. Dana Mazánková, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 22. 9. Znojmo (kód semináře: 11059)

hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18 hod.

Osteoporóza I

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

Odborný garant: PharmDr. Antonín Svoboda

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

So 24. 9. Olomouc (kód semináře: 11046)

Regionální centrum Olomouc, Jeremenkova 40B, začátek v 9 hod.

Epilepsie a ženy, jiné kazuistiky

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 29. 9. Třebíč (kód semináře: 11052)

Národní dům, Karlovo nám. 47, začátek v 18 hod.

Klinické využití kortikoidů

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

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

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 5. 10. Praha (kód semináře: 11053)

FN Na Bulovce, Budínova 2, pavilon gynekologie, začátek v 18 hod.

Kazuistika: hepatotoxicita léčiv II

Lektoři: Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Michaela Šlesingerová,
MUDr. Kateřina Hesová

Odborný garant: Mgr. Jana Gregorová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 5. 10. Tábor (kód semináře: 11054)

Ekonomická fakulta JČU, Vančurova 2904, začátek v 17.30 hod.

Diabetes mellitus

Lektoři: Mgr. Kristina Pechandová, MUDr. Josef Linhart

Odborný garant: Mgr. Kristina Pechandová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 6. 10. Břeclav (kód semináře: 11055)

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

Osteoporóza I.

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

Vitamin D3 – cholekalciferol

V období letních měsíců je potřeba se zamyslet nejen nad rizikem slunečního záření a nutností ochrany před nadměrnou expozicí, ale také nad jeho blahodárným účinkem, např. přeměnou neúčinné formy vitamínu D3 (cholekalciferolu) v kůži na biologicky účinné metabolity (25-dihydroxy forma). Z těchto důvodů se mnohdy uvádí, že by vlastně cholekalciferol neměl být pojmenován vitamínem (esenciální nutriente přijímaný v potravě), ale spíše hormonem (látka vznikající v těle pod vlivem určitých faktorů).

Hlavním posláním této látky je stimulace a ovlivnění vstřebávání vápníku ze střeva a ukládání či uvolňování vápníku z kostní tkáně. Těchto vlastností se využívá jak v preventivních indikacích (prevence onemocnění z nedostatku vit. D), tak v terapeutických indikacích (osteomalacie, doplňková léčba při osteoporóze, hypoparatyreóza atd.). V tomto článku bude zmiňována hlavně nejčastěji podávaná a nyní dostupná forma olejových kapek Vigantol®, která je již na trhu dostatečně dlouho a nahradila u nás dříve známý Infadin. Obsah účinné látky v této LF: 1 ml = 0,5 mg = 20 000 IU, tedy v jedné kapce je 667 IU vit. D3. Přepočítá dávek lze stanovit takto: 1 mcg D3 = 40 IU. Denní dávky překračující 1 000 IU denně by měly být doprovázeny vždy kontrolou sérové hladiny vápníku. Preventivní dávka u novorozenců: obvykle 1 kapka denně (u nedonošených se uvádí 2 kapky). Lze podávat od 2. týdne života do 1 roku. Při malabsorpci (např. po chirurgických výkonech na střevě) se podává 5–8 kapek, při léčbě hypoparatyreózy 15–30 kapek. Resorpce po perorálním podání je velmi dobrá, vitamin D se ukládá do tukových tkání, proto má dlouhý biologický poločas a při delším podávání je nutno vždy myslet na riziko předávkování. Jeho zdroje v potravě jsou relativně malé (mléčné produkty, ryby s vyšším obsahem tuku – tuňák, losos, makrela), proto je paradoxně i v dnešní době stále vidět v populaci nedostatek vit. D. Nejčastěji to je u starší generace. Přeměnu vit. D v kůži ovlivňují nejen věk a pohlaví. Osoby s vyšším pigmentem (tmavší pleť, černoši) potřebují více času na tuto přeměnu, proto i v této populaci lze pozorovat vyšší míru deficitu. V poslední době se stále diskutuje o dalších možných klinických indikacích tohoto vitamínu, protože je prokázáno, že např. častý výskyt bolestí zad, hlavy, fibromyalgie, únavového syndromu, bolestí kloubů, deprese atd. je provázen rovněž deficitem vitamínu D. Tyto studie však ještě čekají na jednoznačnou průkaznost. Kontraindikací pro podávání cholekalciferolu je pochohitelně hyperkalcémie, renální osteodystrofie s hypofosfatemii, ledvinové kameny v anamnéze. Nežádoucích účinků při běžných dávkách má vit. D velmi málo, rizikové je předávkování, kdy se mohou projevit nežádoucí účinky následně hyperkalcémie (ukládání depozit vápníku do plic a myokardu, selhání ledvin a kardiovaskulárního systému). Většina rizikových lékových interakcí vitamínu D rovněž souvisí s metabolismem vápníku: thiazidy, diltiazem, verapamil, digoxin. V průběhu léčby Vigantolem se nedoporučuje užívání antacid s obsahem hliníku a hořčíku ani podávání vysokých dávek vápníku. Současné podávání s atorvastatinem může snížit jeho antilipemický efekt. Obecně platí, že k rizikovým faktorům pro podávání vit. D patří těhotenství a kojení (riziko teratogenity při podávání vyšších dávek), nemoci ledvin, hyperkalcémie, ateroskleróza, sarkoidóza a lymfomy.

- Pro dostatečný přísun nezbytného množství vitamínu D je potřeba strávit na slunečním světle minimálně 10–15 minut 3x týdně – osvitit by se měly tváře, paže, záda nebo nohy (bez projektivních ochranných krémů s faktory!). Slunce prostupující přes sklo neovlivňuje produkci vitamínu D v kůži.
- Kvůli riziku předávkování je nutné sledovat množství přijímaného vitamínu D v různých polykomponentních vit. preparátech. Nekombinovat s ostatními preparáty obsahujícími D2, D3 a dalšími jeho deriváty; neužívat současně vysoké dávky vápníku a hořčíku.
- Olejové kapky vždy aplikovat ve svislé poloze, aby bylo zajištěno přesné množství účinné látky v jedné kapce. Pro malé děti smísit dávku na lžičce s mlékem nebo kaší, aby byl zaručen příjem celého množství.
- Uchovávat při pokojové teplotě, jinak mění viskozitu. Případný zákal nebo zvýšená hustota roztoku odstraní se ponořením lahvičky do teplé vody a roztok je možné dále použít. Lék má být chráněn před světlem, tedy ponechat skleničku v papírovém obalu.

Odborný garant:
PharmDr. Jana Krejčí
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč
Počet bodů: 12

So 8. 10. Liberec
(kód semináře: 11067)
počítačová učebna ZŠ Vrchlického,
Vrchlického 17, Liberec,
začátek v 8.30 hod.
Léčba diuretiky a antihypertenzivy
Lektoři: PharmDr. Aleš Mareček,
PharmDr. Josef Vaníček,
MUDr. Jan Nedvídek

Odborný garant:
PharmDr. Aleš Mareček
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč
Počet bodů: 12

Po 10. 10. Brno
(kód semináře: 11057)
budova VUT, Kounicova 67a,
začátek v 16.15 hod.
Neurodegenerativní onemocnění I.
– Parkinsonova nemoc
Lektoři: PharmDr. Bc. Ivana
Minarčíková, Ph.D.,
doc. MUDr. Petr Vondráček,
Ph.D.

Odborný garant:
PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč
Počet bodů: 12

Čt 13. 10. Nový Jičín
(kód semináře: 11058)
Salónek hotelu Praha, Lidická 6,
začátek v 18 hod.
Poruchy ledvin, renální insuficience
a úprava farmakoterapie
Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová,
Mgr. Lukáš Lázníčka,
MUDr. Lukáš Burda

Odborný garant:
PharmDr. Marie Zajícová
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč
Počet bodů: 12

So 15. 10. Uherské Hradiště
(kód semináře: 11070)
Eduha s.r.o., Studentské nám. 1535,
začátek v 9 hod.
Epilepsie a ženy, jiné kazuistiky
Lektoři: PharmDr. Bc. Ivana
Minarčíková, Ph.D.,
doc. MUDr. Petr Vondráček,
Ph.D.

Odborný garant:
PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč
Počet bodů: 12

Lék vs. zdravotnický prostředek

Hranice mezi léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky, doplňky stravy nebo kosmetikou je v řadě případů nejasná. V případech pochybností, zda jde o léčivý přípravek podléhající registraci, rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv. Základní principy rozlišování humánních léčivých přípravků od jiných výrobků stanovil SÚKL ve svém pokynu UST 30 verze 2.

Mgr. Hana Šnajdrová

Základní definice léčivého přípravku je uvedena v zákonu o léčivech:

(§ 2 odst. 1) *Léčivým přípravkem se rozumí*

a) látka nebo kombinace látek prezentovaná s tím, že má léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí nebo zvířat, nebo

b) látka nebo kombinace látek, kterou lze použít u lidí nebo podat lidem, nebo použít u zvířat či podat zvířatům, a to buď za účelem obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku, nebo za účelem stanovení lékařské diagnózy.

Na diskuzi webu lekarnici.cz byl zmíněn přípravek Ixoderm (jde vlastně o jod-kolloidum), který je schválený a prodáván jako zdravotnický prostředek. Takových případů najdeme více – Lacrysin nebo Hylo-comod (oční kapky), Phyteneo Kolodium (na odstraňování kuřích ok

a bradavic), Instillagel nebo Cathejell (gely s obsahem lidokainu), Erectus nebo Provisc (injekce s obsahem kyseliny hyaluronové), Clarsebic šampon (používaný při léčbě onemocnění pokožky hlavy), Onyster PT Uree (mast s obsahem 40 % ury), EasyLax (dětské projímadlo aplikované do konečníku), Mastu čípky, Espumisan Easy – to všechno jsou přípravky, u kterých bychom čekali, že jde o léky, a ne o zdravotnické prostředky. Dokonce i přípravky používané v injekční formě při fyziologické regulační medicíně jako MD-Neural inj nebo MD-Poly inj, které se měly řídit spíše po bok homeopatik, jsou na trh dodávané „pouze“ jako zdravotnické prostředky. Zdravotnické prostředky přitom podle definice ze zákona o zdravotnických prostředcích *nedosahují své hlavní zamýšlené funkce v lidském organismu nebo na jeho povrchu farmakologickým nebo imunologickým účinkem nebo ovlivněním metabolismu, jejichž funkce však může být takovými účinky podpořena.*

V čem je vlastně problém? Tím, že výrobce přípravek nenechá registrovat, ušetří na nákladech za registraci, ať již jde o poplatek pro SÚKL nebo náklady na klinická hodnocení. Zjednoduší se pro něj možnost reklamy, která je u léků více regulovaná. A protože se zdravotnické prostředky mohou prodávat kdekoli, nejen v lékárnách, má výrobce zjednodušený vstup na trh, může prodávat i zásilkovým způsobem, v drogeriích nebo prodejnách zdravé výživy.

Samozřejmě to pro výrobce přináší i určitě riziko, protože pokud jde o léčivý přípravek, jedná se vlastně o prodej nere-

gistrovaného léčivého přípravku. S tím mohou být spojené i citelné sankce, třeba za reklamu na neregistrovaný léčivý přípravek. Při posuzování přípravku SÚKL vychází nejen z jeho vlastností, ale také z toho, jak ho sám výrobce prezentuje, tedy zda přípravku přisuzuje léčebné vlastnosti.

Výzva v diskuzi na webu v souvislosti s přípravkem Ixoderm zněla, abychom s tím něco udělali. Představenstvo České lékárnické komory ani jiný orgán komory s tím nemůže udělat téměř nic. Mohli bychom pouze u každého sporného či podivného přípravku podat na SÚKL žádost o odborné posouzení. Za podání žádosti se platí poplatek 6 900 Kč, součástí žádosti musí být další podrobné informace, které jsou obtížně zjistitelné nebo je má k dispozici jen výrobce (jde například o mechanismus účinku nebo informace o skutečnostech podstatných pro posouzení zdravotního rizika předkládaného výrobku).

Kdo něco udělat může, to jsou jednotliví lékárníci, členové komory. Pokud při své práci narazíte na případ, kdy budete mít pocit, že výrobce obchází povinnost registrace léčivého přípravku a místo toho ho uvede na trh jako zdravotnický prostředek, doplněk stravy nebo kosmetiku, dejte na SÚKL podnět k prošetření. Za podání podnětu se neplatí žádný poplatek. Nemusí se dokládat žádné podrobné informace. Na napsání podnětu není žádný speciální formulář, lze ho napsat jako obyčejný dopis a poslat ho písemně (SÚKL, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41) nebo e-mailem (posta@sukl.cz).

Přestože si SÚKL může od výrobce vyžádat doplňující informace, je vhodné do podnětu napsat, proč si myslíte, že jde o léčivý přípravek (např. odkaz webové stránky, kde je uvedeno, že přípravek slouží k léčení, text z příbalového letáku, reklamní leták). SÚKL se na základě informací v podnětu rozhodne, jestli stav prošetří, nebo ne. U některých skupin přípravků už SÚKL rozhodl, zda jde o léčivý přípravek, nebo ne. Jen se to ještě nedostalo do obecného povědomí mezi všechny lékárníky a farmaceutické asistenty – to je příklad umělých slz nebo přípravků proti všim. U jiných přípravků situaci zatím neřešil, protože o problému možná ani neví.

Aktuality z medicíny na webu

Už více než půl roku funguje odborný web www.e-interna.cz, který denně publikuje aktuality z medicíny. Čerpá informace z prestižních zahraničních časopisů a webů, pečlivě vybírá i z domácího odborného tisku a nechybí zde původní komentáře, odborné články nebo zpravodajství z kongresů od členů redakční rady, které předsedá prof. Richard Češka z III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, odborný garant webu. Uspořádání e-interny je konzervativní, velmi přehledné a uživatelsky vstřícné, čtenáři nejsou rušeni reklamou ani komerčními články. Web je jedinečný i v tom, že má tři samostatné sekce – pro lékaře, pro lékárníky a pro nelékařský zdravotnický personál. Každá skupina má možnost pohybovat se ve svém vlastním tematickém prostředí a současně být v kontaktu s problematikou blízkých spolupracovníků. Navštivte nás ještě dnes i vy a napište nám, jak se vám e-interna líbí!

Mgr. Michal HOJNÝ, člen redakční rady e-interna.cz

Ve dnech 2. až 5. června 2011 se konalo v Dublinu valné shromáždění Evropské asociace nemocničních lékárníků. Z 31 členských zemí EAHP (European Association of Hospital Pharmacists) se jich účastnilo 24, přítomno bylo 55 národních zástupců a 8 členů výboru. Sekce nemocničních lékárníků České farmaceutické společnosti (SNL ČFS) byla zastoupena dvěma účastníky.

Založena nová EAHP

V programu jednání byla kromě běžné agendy věnována velká pozornost specializaci v oboru nemocničního lékárenství.

Zakotvení specializačního vzdělávání na celoevropské úrovni patří k dlouhodobým cílům EAHP. Dosud to naráželo na poněkud problematickou domluvu s ostatními společnostmi reprezentujícími další farmaceutické odbornosti. Neshody se ale daří úspěšně řešit. Většina zemí EU již má vlastní specializaci v oboru nemocničního lékárenství zavedenou nebo ji v této době zavádí. Přijetí jednotné evropské normy pro specializaci v tomto oboru by značně usnadnilo její vzájemné uznávání a také podpořilo její zavedení v zemích, kde tomu tak dosud není.

V České republice je v současné době postgraduální specializace v nemocničním lékárenství právně zakotvena. Prezident EAHP PharmDr. Roberto Frontini to ocenil a projevil zájem o setkání s ministrem zdravotnictví ČR a získání jeho

podpory pro prosazování jednotného systému postgraduálního vzdělávání v nemocničním lékárenství před jednáním s evropskými legislativci v Bruselu.

Nejvýznamnější událostí valného shromáždění roku 2011 bylo však založení nové EAHP (European Association of Hospital Pharmacists) dne 4. června. Původní asociace byla založena v nizozemském Zvolle v roce 1970. Protože se sídlo EAHP z formálních důvodů muselo přestěhovat do Bruselu, bylo nutné v jeden okamžik ukončit činnost „staré“ asociace a neprodleně založit novou. Pamětníkům je na první pohled zřejmé, že naši kolegové, kteří se věnovali činnosti nemocničního lékárníka v 70. letech minulého století v bývalém Československu, neměli možnost být při tolik profesně důležité události a vyjádřit tak naši historicky danou příslušnost k evropské kultuře a vzdělanosti. O to více si dnes vážíme, že se nám dostalo té cti a naše SNL ČFS splňovala veškeré podmínky, aby se mohla Česká republika stát jednou z 16 zakládajících členských zemí a autoři tohoto sdělení mohli odhlásit vznik nové evropské asociace. Naším přáním je i nadále naplňovat personální i technické požadavky na evropské nemocniční lékárenství kladené a podílet se tak na kvalitní péči o pacienty v nemocnicích a ústavech České republiky.

PharmDr. Helena ROTTEROVÁ, MBA
předsdkyně SNL ČFS,
členka výboru ČFS,
vedoucí lékárník VFN v Praze
rott@vfn.cz

PharmDr. Petr HORÁK
místopředseda SNL ČFS pro vzdělávání,
národní delegát, vedoucí lékárník FN
Motol, petr.horak@fnmotol.cz

Příprava podzákoných norem

Po nezbytném prvním kroku reformy zdravotnictví, který představuje Parlamentem Poslanecké sněmovny ČR přijatá novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, Grémium majitelů lékáren (GML) zpracovalo výchozí analýzy dopadů této novely na provozování lékáren.

Jednání představitelů Ministerstva zdravotnictví (MZd) a GML v polovině července předcházelo společné setkání s ostatními provozovatelskými organizacemi řetězců a virtuálních řetězců Alphega, Družstvo lékáren a Moje lékárna. Ministerstvu jsme předložili výchozí analýzy dopadu reformy

na oblast lékárenské péče a závěry těchto analýz jsme podrobně v průběhu jednání společně diskutovali. Jednotlivé body a vlastní souvislosti by měly být zahrnuty v navazujících podzákoných normách, které novelu zákona č. 48/1997 Sb. doplní na podzim letošního roku. Mimo jiné jsme se při jednání dotkli také taxy laborum, kde jsme předložili konkrétní analýzy a podrobné podklady pro její novelizaci. Další jednání s MZd a také s ostatními provozovatelskými organizacemi očekáváme v následujících měsících.

Mgr. Marek HAMPEL
předseda představenstva GML

Akreditace JCI na další tři roky

Nemocnice Na Homolce (NNH) obdržela 17. 6. 2011 od centrální kanceláře Joint Commission International (JCI) v Chicagu rozhodnutí o udělení mezinárodní akreditace JCI na další tříleté období. Audit JCI v Nemocnici Na Homolce skončil s vynikajícím výsledkem.

PharmDr. Milada Halačová, Ph.D.,
vedoucí Oddělení klinické farmacie
NNH:

Na naplnění těchto standardů se poprvé v České republice významně podílelo i samostatné Oddělení klinické farmacie, které spolu s Oddělením mikrobiologie a ARO patřilo mezi ta, která získala v akreditačním procesu v NNH nejvyšší ohodnocení.

Auditory kromě vlastní práce klinického farmaceuta v oblasti bezpečné medikace zajímala specifika vzdělání klinických farmaceutů v České republice a také garance jejich odbornosti při výkonu této činnosti (specializace v oboru klinická farmacie).

Ocenění je pro nás všechny motivací pro další práci a rozvoj klinické farmacie v NNH, ale také pro rozvoj oboru, který si postupně buduje své jasné pozice ve zdravotním systému a ukazuje konkrétní možnosti dalšího významného uplatnění farmaceutů.

MUDr. Michal Toběrný, MBA, primář
Oddělení všeobecné chirurgie,
náměstek pro LPP NNH:

Jsem nesmírně rád, že jsme se rozhodli Na Homolce před rokem pro implementaci klinické farmacie do struktury naší nemocnice. Bylo to spojeno s určitými finančními nároky na tento servis, nezkušeností se začleněním této služby do zdravotnického zařízení. Náročný byl výběr kvalifikovaného personálu. Hledali jsme kolegy se specializací v oboru klinická farmacie, s určitou zkušeností, chutí a motivací k náročné práci. Tyto „technické záležitosti“ jsou samozřejmě řešitelné daleko snadněji, než problémy související se změnou myšlení a postojů zdravotnického personálu k projektu klinické farmacie. Kliničtí farmaceuti jsou dnes v NNH vítanými partnery lékařů a sester v jejich každodenní práci a tandem lékař - klinický farmaceut má našemu zdravotnictví určitě co přinést. (dop)

Čekají nás další jednání

Koncem června t.r. byla Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR (PS PČR) přijata novela zákona č. 48/97 Sb. Fakticky tak byl schválen první reformní zákon v gesci MZd. V souvislosti s touto legislativní změnou si GML vytýklo za cíl minimalizovat její případné negativní důsledky pro další existenci a fungování veřejných lékáren. V diskusích se všemi účastníky politického a následně legislativního procesu jsme proto už od loňského října předkládali argumenty a podklady tak, aby navrhované změny byly přínosné pro provozovatele i pro zaměstnance veřejných lékáren.



Mgr. Marek Hampel

Usilovali jsme o zákaz jakékoli formy marketingových slev a proplácení regulačních poplatků, tedy o vymahatelnost výběru regulačních poplatků ve všech lékárnách. Vždy jsme tvrdili, že pokud bude zaveden regulační poplatek na celý recept, pak by měl být vybírán ve všech lékárnách a příslušný paragraf by neměl být jakýmkoliv způsobem obcházen. Zkušenosti členů GML i ostatních provozovatelů veřejných lékáren dokazují, že krajské lékárny i některé řetězce lékáren se dokázaly chovat v minulosti nemravně a pod záminkou poskytování darů či marketingových výhod jen některým pacientům fakticky porušovaly zákon. Poškození byli pacienti i provozovatelé veřejných lékáren. Na základě toho a rozhodnutí několika soudů jsme argumentovali pro zavedení poplatku za celý recept pouze ve spojení se zvýšením pokuty při obcházení tohoto § zákona na 1 mil. Kč. Dále jsme opět na základě našich zkušeností tentokrát s chováním krajských nemocničních lékáren požadovali zpřesnění definice, co je poskytování slev a bonusů a dalších marketingových výhod. Přesné znění § 32 jsme podpořili argumenty ze soudní praxe a z platné legislativy dalších zemí.

GML připomínkovalo také zamezení tzv. retroaktivity seznamu úhrad léčiv. Opět jsme odkazovali na praxi v našich lékárnách a průběžně jsme předkládali na všech kompetentních místech argumenty a podklady včetně podání žaloby u soudu. Výsledkem je v novele zákona přijaté ustanovení, které zamezuje zpětné platnosti a vykonatelnosti zveřejnění seznamu úhrad léčiv.

V souvislosti s připravovanou změnou DPH a zároveň s povinností zajistit jeden

plně hrazený léčivý přípravek podle přílohy č. 2 novely zákona byla přijata změna § 39c, ve které bylo ustanoveno řízení o základní úhradě (tzv. jádrová úhrada). Jsem přesvědčen o správnosti navrhovaného a nyní již schváleného znění stanoviny základní úhrady z ceny výrobce.

V celém připomínkovém procesu a vlastně v celém procesu elektronizace zdravotnictví jsme se na nejrůznějších místech (MZ, VZP, Svaz zdravotních pojišťoven, Poslanecká sněmovna PČR, Senát PČR) opakovaně setkávali s argumenty typu, že elektronizace zdravotnictví není připravená dostatečně a dokonale. Na jednáních Komise pro metodiku předávání dat v posledních dvou letech zazněl argument, že vlastně zdravotní pojišťovna nemá zákonem dané oprávnění ke své kontrolní činnosti při proplácení vy-

stavených faktur za vydané elektronické recepty. Komise má již připravené změněné datové rozhraní, faktickému vyúčtování těchto e-receptů tedy nic nebrání. Ve finální fázi připomínkového řízení jsme předložili na půdě poslanecké sněmovny doplnění § 42 o kontrolní činnost zdravotních pojišťoven, umožňující přístup do centrálního úložiště e-receptů při SÚKL. Ano, předložili jsme tento návrh, aby někteří právní puristé nezpochybňovali, že mezi lékařské recepty patří také e-recepty. S mírným údivem vzpomínám, jak před několika lety vedení MZd vydalo pouhou vyhlášku o elektronickém předepisování léčiv a tehdy nikdo nezpochybňoval skutečnost, že po veřejné datové síti – internetu byly zasílány e-recepty. Kde byli tenkrát současní „zastánci ochrany osobních a citlivých údajů“ a jak se vyúčtovávaly e-recepty?

Právě v poslanecké sněmovně schválená novela zákona o veřejném zdravotním pojištění je pouze prvním krokem na cestě reformy českého zdravotnictví, ve které je vláda odhodlána dále pokračovat. Ano, novela obsahuje i některá ustanovení, která je z pohledu provozovatelů veřejných lékáren nutné vnímat jako nedotažená (např. § 39e o elektronických aukcích na stanovení výše úhrady léčiv). Proces reformy zdravotnictví však není zdaleka ukončen a další jednání nás teprve čekají.

Autor je předseda představenstva GML

O strachu z neznámého aneb Jaký je skutečně eRp

Strach z neznámého občas zatemní zdravý úsudek. V posledních týdnech čelí projekt elektronického receptu (dále eReceptu) a jeho technické řešení pochybnostem, které jsou postaveny na spekulacích a mýtech. Odborná lékárnická veřejnost by však měla ctít fakta. Je snadné říci, že řešení elektronické preskripce je složité, nebo nedokonalé.

Když se však podíváme pod pokličku povrchních odsudků, zjistíme, že nevycházejí z reality a praktických zkušeností. Je proto vhodné uvést některé mýty na pravou míru, raději už v samotném zárodku, než si začnou žít vlastním životem.

Mýtus první: eRecept je složité, drahé a nekomfortní řešení

Naopak, praktické zkušenosti prokazují, že recept je součástí lékárenských softwa-

rů, z nichž má lékárník na výběr. Při vývoji eReceptu SÚKL zvažoval řadu variant, a to v návaznosti na koncept eHealth, jak jej v průběhu roku 2008 připravovala meziřesortní skupina jmenovaná ministrem zdravotnictví. Byla zvolena varianta, která v maximální možné míře chrání osobní údaje všech subjektů v preskripčním řetězci. Současně bylo pro eRecept zvoleno takové řešení, které nenutí lékárny k dalším investicím. Jako příklad si můžeme

vzít podobu identifikátoru receptu, která umožňuje bez problému využít stávající čtečky čárových kódů v lékárnách.

Není lepšího důkazu než praktické zkušenosti s eReceptem. Léčivé přípravky lze vydat na eRecept v informačním systému lékárny. K využití eReceptu nemusí lékárna používat systém, který by dodával jediný možný dodavatel, má možnost volby softwaru. Jaká je realita dne? Některé softwarové domy využily příležitost a nabízejí lékárníkům nejen služby eReceptu, jiné vsadily na nečinnost, ale to je jejich problém, lékárny na výběr mají.

Mýtus druhý: eRecept není možné vyúčtovat pojišťovně

To není pravda. Je to recept se vším všudy, tedy i s možností nárokování úhrady. Zákon o veřejném zdravotním pojištění jasně uvádí, že zdravotní pojišťovna je povinna vždy lékárně uhradit léčivý přípravek vydaný na základě receptu (ať už v listinné, nebo elektronické podobě), který byl pojištěnci předepsán smluvním lékařem. Již v roce 2009 bylo dohodnuté datové rozhraní receptu k-dávka rozšířeno o identifikátor eReceptu v CÚ. Aby nebylo pochyb o způsobilosti zdravotních pojišťoven provádět kontrolu správnosti vyúčtování eReceptu, zákonodárci navrhli doplnění zákona. To nemění nic na způsobilosti lékárny nárokovat úhradu a povinnosti pojišťovny tuto úhradu provést již dnes.

Mýtus třetí: eRecept má chybu, nefunguje při výpadku elektrického proudu

K výpadku proudu skutečně může dojít, to asi není nic překvapivého. Ohrožuje však provoz lékárny obecně. Bez proudu lékárna přeci nevypočte cenu léčivého přípravku, resp. doplatek pacienta. Bez proudu nezajistí ochranu termolabilních léčiv.

Bez proudu nepřipraví IPLP. Jaké je tedy obecné řešení výpadku proudu? Lékárna by měla mít důležité obvody kryté záložním zdrojem napájení. Nikoliv kvůli eReceptu, ale pro provozuschopnost samu.

Mýtus čtvrtý: Identifikátor eReceptu nelze předat různými způsoby

Samozřejmě už nyní existuje několik způsobů, ale také cesty, které z různých důvodů použít nelze. Dnes je již možné například odeslat eRecept e-mailem. SÚKL také v minulých týdnech zveřejnil informaci o tom, že od září bude zpřístupněno předání autorizačního kódu k eReceptu cestou SMS zprávy. Je tedy mimo mísu vytýkat SÚKL, že takové varianty nemá, nebo na nich nepracuje.

Na druhou stranu nemá smysl připravovat řešení, která by ignorovala realitu českého zdravotnictví. K nim patří i přenos identifikátoru eReceptu na čipových kartách. Stačí si položit jednoduché otázky: Jsou snad lékaři a lékárny vybaveni čtečkami čipových karet? A jsou snad pacienti vybaveni čipovými kartami? Každý přece ví, že lékárna se mimo jiné zabývá u každého receptu v listinné podobě přepisem čísla pojištěnce.

Objevuje se také výtku, že by eRecept mohl být snadno a levně zakódován do soustavy dvou čárových kódů. Je si třeba ale uvědomit, že nejde o řešení, které by umožnilo přenos všech nezbytných údajů předpisu daných platnou legislativou.

Závěrem upozorňuji na legislativní rámec, který nesmí SÚKL překročit. Řešení elektronické preskripce je dáno zákonem č. 378/2007 Sb. a prováděcími předpisy. Ty přesně a jasně stanoví, jaká data a jakým způsobem jsou předávána do Centrálního úložiště.

PharmDr. Zdeněk BLAHUTA, SÚKL

Symposium potřinácté

Sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP Praha a Katedra sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové pořádají ve dnech 25.–26. 11. 2011 na zámku v Mikulově XIII. **Symposium klinické farmacie Reně Macha**. Tentokrát bude věnováno farmakoterapii v pediatrii a infekčním onemocněním.

Podrobnosti k programu, organizační pokyny i registrace: www.faf.cuni.cz/conference/Stranky/default.aspx

Tříletý cyklus CV končí 31. srpna

Dne 31. srpna 2011 skončí tříletý cyklus celoživotního vzdělávání (CV).

Většinou není v silách jednoho člověka zhostit se tohoto úkolu, proto žádáme předsedy OSL, aby na sekretariát nahlásili další pověřené osoby, které budou se zapisováním pomáhat (jednu až tři osoby podle velikosti okresu – je třeba, aby měly razítko OSL). Seznam i s kontakty, případně bližšími informacemi o termínech nebo časech, kdy a kde budou zapisovány body, zveřejníme na webu komory v aktualitách pro lékárníky.

Informace o splnění či nesplnění podmínek celoživotního vzdělávání budou letos poprvé zveřejněny v seznamu lékárníků na veřejné části webu lekarnici.cz. Proto je třeba, aby se zapojili i ti členové komory, kteří nemusí požadavky CV plnit, protože nepracují v lékárně. Pokud předsedovi nebo pověřenému lékárníkovi nedoloží, že v lékárně po celou dobu nepracovali, bude u jejich jména uvedeno, že požadavky CV nesplnili. Jestliže doloží, že v době od 1. 9. 2008 do 31. 8. 2011 nepracovali v lékárně, bude to u jejich jména uvedeno s tím, že požadavky CV tedy pro ně nejsou povinné. Lékárníkům, kteří pracovali v lékárně jen část tříletého období, stačí získat pouze poměrnou část z potřebných 90 bodů k tomu, aby požadavky splnili. Jako doklad může sloužit například vyplněný přehled odborné praxe.

Za pracovní skupinu pro celoživotní vzdělávání
Mgr. Hana ŠNAJDROVÁ

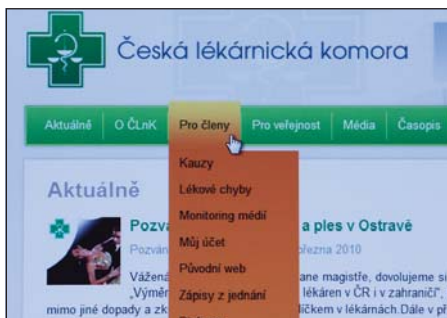
Za PhMr. Věrou Melicharovou

Dne 1. července 2011 zemřela ve věku 101 let PhMr. Věra Melicharová. Pani magistra původně pracovala s manželem v rodinné lékárně v Ostravě-Vitkovcích. Po nedobrovolném odchodu v 50. letech minulého století pak po celou svou pracovní kariéru působila v nemocniční lékárně v Ostravě Na Fifejdách, kde setrvala ještě i v důchodovém věku. V početném kolektivu spolupracovníků se těšila velké oblibě.

Lidé ji měli rádi pro milou a skromnou povahu. Zůstala duševně i fyzicky čilá až do pokročilého věku, se zájmem sledovala současné dění. Poslední léta prožila v klidném prostředí Seniorcentra v Petřvaldíku.

Čest její památce!

DISKUSNÍ OKÉNKO



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

V červnu bylo jednoznačně nejdiskutovanější téma:

ČLK > Léky, recepty a spol > eRecept. Příspěvek kolegy PharmDr. Haška „Chvilka večerní poezie“ výrazně nastartoval diskusi na webu, a tak v rozmezí 2.–25. 6. obohatilo tuto sekci 100 diskusních příspěvků a téma zaznamenalo více než 4 300 zobrazení (přístupů)!

+ Kdo má tedy na svědomí odpočet pomocí arctg? Pokud to někdo víte, sdělte to nahlas, já to pořad nevím.

+ I mně by to zajímalo, GML to nebylo.

+ Divím se, pane kolego, že vzhledem k úrovni, na které se pohybujete, to nevíte... Co ještě GML neví a je pro nás tak důležitá jako arctg???

+ GML (Pavel Vítek) dle zadaných parametrů **připravilo návrh** nejvýhodnější varianty nové cenotvorby léčiv a provedlo modelaci dopadu na lékárny. **Zavedení odpočtu** umožnilo změnu výše degresivní marže, resp. její nárůst v nejnižších pásmech. (ARCTG, <http://www.lekarnici.cz/Pro-cleny/Otazky-a-odpovedi/Legislativa/Otazka-c---8910.aspx>)

+ Pokud Dr. Škrabalová napíše: „GML (Pavel Vítek) dle zadaných parametrů připravilo návrh nejvýhodnější varianty nové cenotvorby léčiv a provedlo modelaci dopadu na lékárny“, tak se nemůže nikdo divit, že se to dá interpretovat tak, že souvislost mezi GML a odpočtem je.

+ Cenotvorba z r. 2008, založená: 1) na regulačních poplatcích 30 Kč za položku na receptu a 2) na odpočtu pomocí arctg – se řadí mezi největší paskvily v českém lékárenství za poslední dobu od r. 1989. Má totiž podíl na ztrátě společenské prestiže naší profese, která byla za dobu její platnosti v očích veřejnosti degrado-

vána na pouhé podávání krabiček, kde sehnutí do regálu je oceněno 30 korunami, a na nevysvětlitelnou cenotvorbu léků, které nerozumí veřejnost ani politici sami. Plošný pokles marže by byl krutý, ale ztráta renomé profese je větším debaklem.

+ V podstatě byly zadány jen tyto parametry: **RP nemá být příjmem lékárny, ale musí se tvářit, jako by příjmem lékárny byl (bude to tak legislativně zakotveno), a tím se vykompenzuje zvýšení DPH.** Na tento nepoctivý požadavek nemělo GML a ani tehdejší prezident komory Dr. Chudoba nikdy přistoupit. Od této nepoctivosti se odvíjí celý náš další problém a těžko řešitelná situace dnes.

+ Skoro bych řekl, že jakýkoliv jiný systém odměňování u hrazených léčiv by byl lepší než ten současný. Úhrada ACEi a BKK klesla o desítky procent. Sumatriptan se propadl z nějakých 500 Kč na 100 Kč. Včera stál Terbinafin actavis ještě 800 Kč, dnes asi 200 Kč.

+ V poslanecké sněmovně bude nyní během několika dní projednán ve 2. čtení (tzn. ještě možno doplnit návrhy) komplexní pozměňovací návrh, který el. aukce obsahuje – když si prostudujete, pochopíte snad mé obavy z jeho přijetí v této podobě.

+ Já závažnost elektronických aukcí a pozitivních seznamů pojišťoven chápu, žádný strach. Dokážu si představit i bez jakéhokoliv modelace, jak to zahýbe obraty lékáren.

+ To je prosté. Lékaři pohrozí odchodem a vzhledem ke struktuře odcházejících politiků vyměknou. Zubařů je těžký nedostatek – je třeba je do jisté míry respektovat, mnozí se užívají v privátu. Ovšem lékárníci? Řetězec Dr.Max nabízí v televizi slevovou kartu – čím by asi tak mohlo argumentovat politikům těch pár zbylých soukromníků?

+ Co lékárnám uškodilo značnou měrou, byla **nevysvětlitelnost odpočtu. Morální újma**, kterou jsme tím utrpěli, **byla nevýčíslná.**

ČLK > Farmaceutické firmy, velkoobchody > Farmaceutické firmy

+ Možná už by SÚKL měl reexportéry začít kontrolovat.

+ To je pravda. Na SÚKL jich je pro reexport zaregistrováno cca 200! Taký „kolegové“.

+ Úplně se mi vybavuje promoční řeč... pro mrzký zisk a lichou slávu...

ČLK > Obecná diskuse > 1. lékárnický den dětí

+ Fotky ze dne dětí na Rozárce už jsou na nově připraveném webu lékárnice maminek: www.lekarnice-maminky.cz

+ Kampaň Lékárnice maminky? Ačkoliv jsem zpočátku tuto kampaň zcela logicky přehlížel, dnes se mi zdá, že je to docela zajímavý projekt, který by mohl získat zájem veřejnosti a zlepšit vnímání lékárníka/lékárnice v odborném poradenství.

ČLK > Kontinuální vzdělávání > 27. Lékárnické dny

+ Dovoluji si vás pozvat na 27. Lékárnické dny do Plzně, doufám, že nebudete litovat. Martinovi Dočkalovi vřele děkuji za krásné stránky k této příležitosti, můžete nahlédnout a přihlásit se. www.lekarnickedny.cz

+ Budu-li moct, rád přijedu. Lékárnické dny jsou kultovní záležitost.

+ Doufám, že to na podzim vyjde. Poslední Léč. dny, ve F-M, osobně považuji za nejpovedenější akci za poslední rok.

ČLK > Kontinuální vzdělávání > Doplňující odborná praxe

+ Jak probíhá získání specializované způsobilosti farmaceuta absolvováním doplňující odborné praxe (podle § 11, odst. (1), písm. b) zák. č. 95/2004 Sb.)? Na stránkách IPVZ jsem toho moc nenašla – jen že musím absolvovat test k uzavření doplňující odborné praxe a poté pohovor. Ale nikde není psáno, čeho se pohovor bude týkat a jak vlastně vypadá.

+ Pohovor je formalita, není to žádné zkoušení. Většinou probíhá ve stejný den jako test. Nejvíce info – přímo IPVZ, nejlépe zavolat paní Vrchotové z IPVZ – ta ví všechno. Tel. 271 019 270.

ČLK > Komora > Legislativa

+ Kdo bude kontrolovat/sankcionovat ty pobídky finančních bonusů a peněžních apod. výhod poskytovaných lékárnou při výdeji na Rp?

+ Pokuty budou udělovat a vybírat zdravotní pojišťovny

+ Tomu, Petře, sám nevěříš?

+ Myslím, že tomu nevěří nikdo. Pro pojišťovny by případný zisk z těchto pokut byl velmi nejistý vzhledem k obtížnému dokazování nevyběru poplatku či jeho obcházení.

Připravuje:
PharmDr. Petr HALTUF

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Rokyta, R.: Nové typy analgetik zaváděné v České republice v letech 2009–2011

Bolest č. 2/2011

Mezi analgetiky se za poslední dva roky objevila některá nová léčiva a některé nové aplikační formy. Novou molekulou je zikonotid, který se získává z měkkýše *Conus magus* žijícího v tropických mořích. Ten využívá k usmrčení kořisti směs conotoxinů. Zikonotid je syntetický analog ω -conotoxinu. K jeho aplikaci se používá spinální pumpa. Na rozdíl od jiných lokálních analgetik, která blokují sodíkové kanály, blokuje zikonotid vápníkový kanál typu N, přesný mechanismus účinku však není znám. Další novinkou je 8% kapsaicin v náplasti využitelný hlavně u postherpetické neuralgie. Nejprve se musí metodou QST (Quantitative sensory testing) zjistit místa se sníženou senzoryckou funkcí. Další možností je náplast s lidokainem rovněž u postherpetické neuralgie. Systémově se podávají tři nové formy fentanylu: bukální tablety Effentora, sublingvální tablety Lunaldin a nazální sprej Instanyl. Všechny tři transmukózní formy fentanylu nejsou vhodné u pacientů, kteří nemají nastavenou pravidelnou opioidní medikaci alespoň v dávce odpovídající 60 mg morfinu (tj. 40 mg oxykodonu, 25 mcg fentanylu TTS, 8 mg hydromorfonu).

Fait, T.: Injekční gestagenní antikoncepce

Postgraduální medicína č. 5/2011

Čistě gestagenní dlouhodobě účinnou injekční antikoncepci představuje medroxyprogesteron acetát (DMPA). Jde o vysoce účinnou a bezpečnou antikoncepci s vysokým procentem amenorey a pozdním návratem plodnosti. Parenterální aplikace má výhodu v tom, že obchází tzv. first-pass efekt prvního průchodu játry. DMPA se aplikuje i.m. (přípravek Depo-Provera) nebo subkutánně (přípravek Sayana). Relativní kontraindikací čistě gestagenní antikoncepce jsou: karcinom prsu, ICHS, recidivující ovariální cysty, nadváha, riziko osteoporózy, závažná hepatopatie, deprese, epilepsie, akné. Naopak je indikována u žen, které mají kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce (hypertenze, srdeční vady, plicní hypertenze, DM s vaskulárními komplikacemi, migréna s aurou, kojení, kouření, nemoci jater, mykotické vulvovaginitidy). DMPA má vysokou spolehlivost, hlavně nehrozí opomenutí dávky. DMPA není příliš vhodný pro ženy plánující těhotenství brzy po vysazení antikoncepce. Návrat fertility je až po cca 30 týdnech. Další nevýhodou je absence protektivního vlivu na kostní hmotu.

Češka, R. a kol.: **Interna**

Triton, Praha 2010, 855 stran

V posledních letech vyšla celá řada učebnic vnitřního lékařství. Od posledního vydání Klenorovy publikace uplynuly 4 roky. Od nápadu k realizaci této nové knihy je to neuvěřitelně krátká doba. Snahou byla aktuálnost, která bývá bolestí obsáhlých publikací vznikajících po léta. Na druhé straně obálky je jednak obsah, jednak pro rychlou

orientaci jsou uvedeny stránky, na kterých jsou články o akutních stavech ve vnitřním lékařství. Dílo sestává z 18 kapitol. Po úvodu následuje část o vybraných příznacích vnitřních chorob, pokračuje kapitolou šok a kardiopul-

monální resuscitace. Sto stran je věnováno kardiologii, dále pokračuje hypertenze, cévní mozkové příhody, angiologie. Další téměř 100 stran popisuje metabolické poruchy, následuje endokrinologie, gastroenterologie, pneumologie, neurologie, poruchy vnitřního prostředí, revmatologie, imunologie a alergologie, hematologie. Předposlední část se dotýká vybraných problémů v onkologii, psychiatrii a toxikologii. Poslední část popisuje praktické problémy v interně – předoperační vyšetření, intenzivní péče, invazivní výkony, farmakoterapie v graviditě, zásady laboratorního vyšetřování, prevence, epidemiologie, klinické studie a EBM. Doplňkem je i seznam nazvaný léky v interně a seznam zkratek.

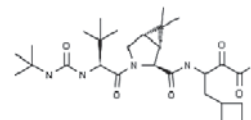
Stránku připravil PharmDr. Pavel GRODZA, panacea@iol.cz

Také vývoj nových antivirotik k léčbě hepatitidy C se zaměřuje na malé molekuly inhibitorů virus-specifických klíčových enzymů: proteázy, helikázy a polymerázy, které představují cílenou antivirovou léčbu hepatitidy (HCV). Zkoumaným terapeutickým cílem viru je tzv. NS3 – aktivní konec se serinovou proteázou, která má 180 AK a je spolu s helikázou důležitá pro replikaci viru

MOLEKULA MĚSÍCE **Boceprevir**

Sumární vzorec: C₂₇H₄₅N₅O₅

1*R*,2*S*,5*S*)-*N*-[(2*Ξ*)-4-amino-1-cyclobutyl-3,4-dioxobutan-2-yl]-3-[(2*S*)-2-[(*tert*-butylcarbamoyl)amino]-3,3-dimethylbutanoyl]-6,6-dimethyl-3-azabicyclo[3.1.0]hexane-2-carboxamide



HCV. Cíl může být atakován různými mechanismy. Kofaktorem NS3 je peptid NS4A. Bez něj aktivita NS3 významně klesá.

V květnu 2011 byl FDA schválen **boceprevir** (Merck & Co Victrelis), první inhibitor proteázového komplexu NS3 NS4A pro léčbu chronické hepatitidy C1 genotypu v kombinaci s peginterferonem alfa a ribavirinem u dospělých pacientů s kompenzovaným onemocněním jater, včetně cirhózy, dříve neléčených, nebo u nichž selhala předchozí léčba interferonem a ribavirinem. Schválení bylo založeno na výsledcích klinického zkoušení účinnosti a bezpečnosti ve dvou velkých studiích fáze III (RESPOND-2 a SPRINT-2), které zahrnovaly přibližně 1 500 dospělých pacientů s chronickou hepatitidou C1 genotypu. V obou studiích dvě třetiny pacientů, užívajících boceprevir v kombinaci s peginterferonem a ribavirinem, vykázaly výrazně vyšší trvale protivirovou aktivitu ve srovnání s peginterferonem a ribavirinem užitými samostatně.

Poznámka: V květnu 2011 FDA schválila rovněž **telaprevir** (Vertex Pharmaceuticals Incivek), další inhibitor proteázy NS3 NS4A, který zde byl uveden jako molekula měsíce června 2010. Schválení těchto dvou inhibitorů NS3 NS4A představuje významný léčebný pokrok pro pacienty s hepatitidou C, která až do letošního roku mohla být léčena pouze různými léčebnými schémata kombinací interferonu a ribavirinu až 48 týdnů.

Zdroje: internet

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Rakovina prostaty je nejčastějším zhoubným nádorem u mužů a čtvrtým nejčastějším nádorem vůbec. V roce 2007 bylo v ČR zaznamenáno 5 094 nových případů tohoto onemocnění. Onemocnění postihuje v drtivé většině muže nad 50 let věku. Relativní pětileté přežití mezi léty 1998–2002 bylo v ČR odhadováno na 73,5 %. Nádor je lokalizován převážně v periferních částech prostaty, v naprosté většině se jedná o adenokarcinom.



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

Symptomatologie rakoviny prostaty není charakteristická. Pacienti si stěžují na močové obtíže, které jsou však přítomny také například u benigní hyperplazie prostaty. Nezřídka se onemocnění přihlásí až s projevy generalizace (lumbosakrálními bolestmi) kvůli metastázám. Základním markerem karcinomu prostaty je dnes prostatický specifický antigen (PSA), kdy hodnoty nad 8 ng/ml udávají pravděpodobný nálezní karcinomu. Nádor také většinou tvoří hrubky zjistitelné rektálním vyšetřením. Potvrzení nádoru přináší biopsie a transrektální ultrasonografie (TRUS).

Počáteční stadia onemocnění (lokalizovaný karcinom) lze léčit radikální prostatektomií, nicméně komplikací může být inkontinence moči nebo impotence. U starších nemocných s nižším očekávaným dožitím se volí radioterapie, a to buď aktinoterapie (vysokoenergetické zářiče, dávky 60–70 Gy) nebo brachyterapie (implantace radioaktivních zrn přímo do prostaty). Při obtížích s močením je indikován desobstrukční výkon – transuretrální resekce prostaty (TURP), která ale pouze odstraňuje symptom, nikoli nádor. Otázkou je také zda léčit hned, či pouze aktivně dohlížet (watchful-waiting). Léčba pokročilého karcinomu prostaty je založena na minimalizaci účinku androgenů. Toho lze dosáhnout odstraněním varlat produkujících testosteron (orchiektomie), užíváním analogů hormonu uvolňujícího luteinizační hormon (LHRH analoga), užíváním steroidních (cyproteron acetát) nebo nesteroidních (flutamid, bicalutamid) antiandrogenů. Hormon-dependentní nádory se po 2–3 letech stávají hormon-refrakterními. V tento okamžik nastává čas na chemoterapii, která se zdála po dlouhou dobu nepřilíživě účinná. Až podávání docetaxelu s prednisonem dokázalo prodloužit přežití. Nicméně i po léčbě docetaxelem pacient progreduje kvůli rezistenci nádorových buněk, pak přichází na řadu kabazitaxel, který tuto rezistenci překonává.

Farmakologické aspekty

Kabazitaxel je semisyntetický derivát 10-deacetyl baccatinu III, který je přítomen v listech tisu obecného. Kabazitaxel se váže na tubulin a podporuje seskupení tubulinu do mikrotubulů, přičemž současně inhibuje jejich rozpad. To vede ke stabilizaci mikrotubulů a následně k inhibici mitotických a interfázových bu-

nečných funkcí. Taxany obecně zastavují buněčné dělení ve fázi G2. Ve studiích in-vitro se ukázalo, že protinádorový účinek není výrazně odlišný od docetaxelu u buněk citlivých, nicméně u rezistentních buněk s přítomností efluxní pumpy je účinný pouze kabazitaxel. Po léčbě docetaxelem přežijí nádorové buňky představují buňky rezistentní s přítomností efluxních pump (např. mdr-1 P-glykoproteinová pumpa), které dokáží docetaxel vyloučit ven z buňky, a tím způsobit jeho neúčinnost. Kabazitaxel byl specificky nasynthetizován tak, aby bylo dosaženo účinné koncentrace také v nádorových buňkách s expresí efluxních pump.

Největších koncentrací v krvi je dosaženo na konci i.v. infuze.

Kabazitaxel

Distribuční objem je vysoký – 4 870 litrů. Kabazitaxel přechází i hematoencefalickou bariérou. Vazba na bílkoviny krevní plazmy není saturovatelná a není tedy rizikem pro interakce. Naopak interakční potenciál skýtá metabolismus na cytochromu P-450 3A4. Terminální biologický poločas je 95 hodin, do dvou týdnů se vyloučilo zhruba 80 % látky.

Klinické aspekty

Účinnost kabazitaxelu byla zkoumána zatím pouze v jediné studii fáze III (studie Tropic), a to u hormon-refrakterního metastatického karcinomu prostaty po chemoterapii docetaxelem. Do studie bylo zahrnuto 775 pacientů, kteří dostávali buď kabazitaxel 25 mg/m² + prednison, nebo mitoxantron + prednison každé 3 týdny po dobu max. 10 cyklů. Primárním parametrem účinnosti bylo celkové přežití (OS), sekundárním parametrem byla doba do progresu onemocnění. Léčba kabazitaxelem ve srovnání s mitoxantronem prodloužila dobu přežití o 2,4 měsíce (15,1 vs. 12,7 měsíců; HR: 0,7, 95%CI: 0,59–0,83). Prodloužena byla i doba do progresu onemocnění (poměrně přísně definovaná) o 1,4 měsíce (2,8 vs. 1,4 měsíce; HR: 0,74, 95%CI: 0,64–0,86).

Kabazitaxel má poměrně velké množství nežádoucích účinků vyplývajících z faktu, že je bráněno buněčnému dělení. Některým se dá předejít tzv. premedikací (alergické reakce) nebo podáváním růstového faktoru na základě vyšetření krevního obrazu (neutropenie, febrilní neutropenie). Právě hematologické nežádoucí účinky (anémie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie apod.) jsou poměrně časté, ale většinou jsou terapeuticky zvladatelné. Pacienti také trpěli průjmy (6 % kabazitaxel vs. 1 % mitoxantron; grade ≥ 3), nauzeou (34 %, ale jen 2 % grade ≥ 3), únavou. Mírně častější byla periferní neuropatie, převážně nezávažná.

Léčivý přípravek obsahující kabazitaxel se jmenuje Jevtana a vyrábí jej společnost Sanofi. Podává se v hodinové infuzi v dávce 25 mg/m² každé 3 týdny, souběžně se podává prednison 10 mg každý den. Předpokládaná cena se bude pohybovat kolem 4 500 Eur/lahvička, medián cyklů ve studii byl 6, tzn. zhruba 25 000 Eur/pacient. Počet pacientů vhodných k terapii kabazitaxelem je odhadován na 200.

NA USTAVUJÍCÍM SJEZDU V HRADCI KRÁLOVÉ

Ustavující sjezd České lékárnické komory se uskutečnil 28. a 29. září 1991

Vážení čtenáři, právě začínáte číst přílohu tohoto čísla ČČL, věnovanou dvacetiletí existence České lékárnické komory. Využití všech historických materiálů reflektujících předmětnou dobu, které má redakce k dispozici, by svým rozsahem několikanásobně přesáhlo kapacitu této přílohy. Těm nejzajímavějším proto hodláme věnovat prostor také ve zbývajících číslech letošního ročníku ČČL.

Naše poděkování za poskytnutí cenných historických podkladů patří zejména České lékárnické komoře a Českému farmaceutickému muzeu v Kuksu, jmenovitě vedoucí muzea Mgr. Ladislavě Valáškové, Ph.D.

Použité fotografie pocházejí z archivů ČČL a ČLnK.

Redakce ČČL

Ministr zdravotnictví MUDr. Martin Bojar:

Dobrý lékárník byl a musel být vždy i zdatným podnikatelem. Už na minulém našem setkání jsme si povídali o úloze lékárníků v minulosti na malých i větších městech, kde osobnost lékárníka byla známá a vážená. Byla to osoba, která mohla svým klientům velmi pomoci, a my jsme na to nikdy nezapomněli. Ale zdůrazňuji v této chvíli i tu podnikatelskou dimenzi povolání lékárníků. Bez této dimenze, bez vytvoření podmínek pro to, abyste mohli podnikat, nést určitá břemena a závazky, bez uvědomění, že vám vaše práce přinese i úspěšnost v životě, bez toho, abyste byli po zásluze odměněni, by bylo nesmyslné uvažovat o obnově lékárnického stavu jako vážené a uznávané profese. Profese, která zcela prokazatelně před obdobím první republiky, a zvláště pak v období první republiky, patřila k tomu, co vytvářelo ráz českých měst, dotvářelo ráz českého venkova. Jsem přesvědčen o tom, že za pět let nebo možná dříve se vám i vašim zástupcům podaří navrátit a obnovit postavení vašeho stavu, neformální vážnost a autoritu, prospěšnost a podnikatelskou úspěšnost.

Možná, že mnozí z těch, kteří dnes zasedli do těchto lavic, pro některé důvěrně známých z vašich vysokoškolských studií, mohou nabýt dojmu, že význam této dnešní události v životě lékárníků přeceňujeme, že jí přičítáme zejména my, dříve narození, větší důležitost než jí přináležejí. V době, kdy všichni a všechno hledají své místo, ztracené v průběhu několika desetiletí, jsou toto váhání či nedůvěra zcela pochopitelné, zvláště proto, že povinné členství, které pro každého zaměstnaného lékárníka ze stanov této organizace vyplývá, by mohlo mnohým připomínat doby ještě nedávno minulé. Kdo si však pečlivě přečte stanovy této lékárnické organizace, její úkoly, povinnosti a pravomoci, nemůže nepochopit, že bez ní není myslitelný další demokratický vývoj, o který všichni upřímně usilujeme. Na nás všech bude záležet, abychom literu tohoto zákona naplnili skutky přinášejícími prospěch nejen nám, lékárníkům, ale celému zdravotnictví a veřejnosti. Rozhodující význam pro život a práci každého z nás vyplývá i z historie farmacie. Dnešním dnem se totiž uskutečňuje dávné přání mnoha generací lékárníků, které se však našim předchůdcům nepodařilo nikdy naplnit.

Jestliže jsme se tady sešli, abychom jako zástupci lékárníků, zvolení v demokratických volbách, ustavili Českou lékárnickou komoru, přejímáme na sebe historickou zodpovědnost realizovat konečně představy těch, z nichž mnozí svou víru, že k tomu přece jen jednou dojde, sice neztratili, ale této skutečnosti se většinou nedožili.

Bylo rozhodnuto orientovat se na pří-

pravu nové legislativy, která jediná může pohnout vývojem kupředu a umožní farmaceutům získat oporu i rovnocenné postavení vůči orgánům státní správy. Očekávalo se, že zákon o komorách – lékařské, stomatologické a lékárnické – bude schválen nejpozději počátkem roku 1991, což bylo i mnohokrát potvrzeno vystoupeními ministerských úředníků. Situace však byla poněkud jiná, než jak byla veřejně prezentována. Projednávání návrhu zákona o komorách bylo neustále odkládáno,

Z projevu lékárníka RNDr. Jiřího Velkoborského

protože v legislativním ustavení těchto komor bylo spatřováno nebezpečí omezení dosud neotřesitelných pravomocí vládních úředníků.

Kolegové, kteří se po listopadu 1989 ujalí nelehkého úkolu přispět k urychlené transformaci farmacie do demokratických poměrů, se neujali této činnosti z touhy po slávě či kariéře. Neměli ani příliš času na nějakou publicitu, přesto odvedli velký kus práce, která však ve složitých podmínkách naší mladé demokracie nepřinesla okamžitě takové výsledky, jaké jsme všichni očekávali. Byli jsme si vědomi, že každý krůček kupředu, kterého dosáhneme, posouvá uskutečnění našich přání ke společnému cíli – vytvoření spravedlivých a demokratických podmínek pro práci každého z nás. Dnešní ustavující sjezd České lékárnické komory lze z tohoto pohledu hodnotit jako velký a základní přínos pro vykročení naší profese do civilizované Evropy.

Poslanec České národní rady MUDr. Petr Lom:

Jsme v naší společnosti pro důsledné provádění privatizace ve všech jejích formách a jako zdravotníci jsme pro tuto privatizaci samozřejmě i ve zdravotnictví. Odstraňme definitivně onen nimbos, který byl tak drahý zmizelému režimu, že totiž zdravotníkovi nesluší mluvit o svobodném výkonu svého povolání. Naopak konkurenční prvky a tržní principy ve zdravotnictví mohou pomoci zvednout tu mizernou úroveň léčebné péče, která nás spolu s jinými faktory přivedla na poslední místo v průměrné délce života mezi sedmadvaceti sledovanými státy. Jsme

všichni rádi, že ustavením lékárnické komory můžeme podpořit zcela odlišný zdravotní systém v lékařství. Lékárnická komora není sama. Před týdnem se ustavila komora stomatologů a za tři týdny naplní zákon svým ustavujícím sjezdem komora lékařská. Systém všech tří komor se stane dokladem organizačního výrazu stavovské svébytnosti. Komory se stanou ku prospěchu lékařů, lékárníků a pacientů historickou skutečností a nedovolíme žádné direktivní moci, aby narušila jejich vývoj. (Dr. Petr Lom se později stal ministrem zdravotnictví)





NAŠE KOMORA MÁ DVACET LET. A CO DÁL?

PharmDr. Jan Horáček, prezident ČLnK z let 1991–1995



Zabrousím-li v myšlenkách k počátkům komory, charakterizoval bych dění před dvaceti lety třemi slovy: Nadšení, amatérismus, vize. Vznikla konstelace, kdy bylo možno díky tehdejší porevoluční politické situaci uvažovat o vzniku komory. Lékárníci se v minulosti pokusili ustavit komoru již v období 1. republiky, avšak dovršení jejich snah přerušila německá okupace, po válce podobně připravovaný vznik komory zmařil rok 1948 s nástupem komunistů. Výhodou bylo, že po vzniku komory volali i stomatologové a hlavně lékaři, kteří svoji komoru v meziválečném období i ve 40. letech měli, ale totalitní režim ji pochopitelně rozpustil. Historickou šanci nebylo možné neuchopit, a tak po mnoha vyjednáváních byl v roce 1991 přijat zákon č. 220 o České lékařské, stomatologické a lékárnické komoře.

Stalo se tak nejen díky tomu, že doba přála ustavení nebo znovuoobnovení profesních komor tzv. svobodných povolání. Jistě k tomu významně přispělo i to, že tehdejší prezident republiky Havel byl zastáncem pluralitní občanské společnosti a obecně tenkrát pozitivně vnímané názory na vhodnost přesunutí značné části kompetencí, ale i zodpovědnosti ze státu na samosprávu příslušníků svobodných profesí. Za dnešní situace si takovou „revoluční“ změnu už vůbec neumím představit, ostatně za dobu působení komory došlo k významné redukci části jejich kompetencí a zpětnému transferu některých práv zpět na stát.

Právě myšlenka nastolení principu a fungování profesní samosprávy odborníků byla pro mne tenkrát natolik zajímavá a lákavá, že se stala hlavním motivem méj angažovanosti při vzniku naší komory. Přes značné vystrážlivění z tohoto idealismu v kontrastu dnešní reality ale tento princip stále pokládám za metu, ke které by vedení komory mělo i v budoucnu strategicky stále směřovat.

Začátky činnosti komory po vstupu komorového zákona v účinnost byly velmi skromné. Doslova jsme začínali od nuly, nebylo na co navázat. Nebylo sídlo, nebyl zpočátku prakticky žádný profesionální aparát, posléze jsme začínali s jednou administrativní silou. Nebudu záměrně nikoho jmenovat, abych někoho nezapomněl, ale jedno jméno si neodpustím. Kolega Pavel Kutlák byl tehdy „děvečkou pro všechno“. Jinak jsme většinu prací dělali jako volené orgány prakticky sami vlastními silami. Bylo nutno rozjet komoru tak, aby byly naplněny

základní povinnosti ze zákona. Iniciovat vznik OSL, připravit řády, začít budovat nezbytné registry atd. atd. Do toho začaly



Jan Horáček je známý jako kultivovaný a pohotový diskutér, jehož vystoupení jdou vždy k meritu věci.

přípravy na privatizaci ve zdravotnictví a počátky demontáže stávajících struktur státních ústavů národního zdraví a s tím i Lékárenských služeb. Bylo třeba se začít věnovat i metodické činnosti pro obor a nahradit tak do jisté míry činnosti těchto rušených článků. Novinkou pro nás (kromě starých pamětníků) byly také zdravotní pojišťovny, které nahradily dosavadní centrální státní financování zdravotnictví. Na to vše bylo nutné reagovat. Hodiny a hodiny, dny všední i dny víkendové dobrovolné práce, po večer-

rech, o nocích, když bylo třeba až do rána prakticky zadarmo. Neexistovaly dnes módní výkazy práce, účtovaly se převážně jen náklady na dopravu, vnímali jsme práci pro komoru jako čestný úkol pro celek. Debatovali jsme nad principiálními otázkami, přeli se o co a jak a proč, vzájemně si dělali oponentury, jiný názor nebyl puncem pro nepřítel. Někdy i „opisovali“ od jiných, osobně pro mne vítanou pomocí i možnost konzultovat některé otázky s tehdejšími prezidenty „sesterských“ komor Jiřím Pekárkem a Bohuslavem Svobodou.

Motorem nám byl entuziasmus a značný idealismus, že vše bude takové, jak si budeme přát a o co se budeme snažit. Že všichni pochopí, jak dobré lékárenství, fungující v našem středoevropském pro-

storu, např. v Rakousku nebo v Německu se spokojenými, váženými a spravedlivě oceněnými lékárníky, jsou zárukou pro kvalitu a spokojenost pacientů. Svatá prostoto...

Pro ty, co se v té době narodili nebo teprve začínali rozum brát, ale i ty starší, kteří si již nepamatují, cítím povinnost nejen na obhajobu sebe, ale hlavně těch kolegů a kolegyně pracujících v komoře, zde prohlásit: **Model lékárenství, který dnes vidíte kolem sebe, jsme od prvo-počátku nevymysleli, nechtěli ani ne-**

prosazovali. Je výsledkem rozhodnutí politiků, výsledkem lobbystických tlaků zájmových skupin zainteresovaných nebo navázaných na lékárenství. Bohužel komora ani lékárníci neurčovali a neurčují podobu ani charakter oboru, hlavní vliv mají a zřejmě i do budoucna budou mít politici. Vliv lékárníků jako profesní skupiny je malý, důležitou roli bude stále hrát PR a lobbying. Pokud komora několikrát projevila snahu o regulaci nebo nápravu některých nežádoucích jevů, okamžitě zasáhl Úřad na ochranu hospodářské soutěže, dokonce před jeho prvním zásahem proti ČLnK museli poslanci novelou zákona úřadu rozšířit jeho kompetence na profesní samosprávu jako souěžitele.

Příznačný počáteční amatérismus může někdo označit za potenciální příčinu některých neúspěchů. Ano, to asi nelze vyložit. Podobně stavbě domu nebo výchově dětí jako bývalý prezident i jako bývalý tiskový mluvčí bych mnohé dnes dělal

zgruntu jinak. Má to však háček, nemůžete porovnat výsledky vedle sebe. Později se komora stále více profesionalizovala a pracovalo se intenzivněji v oblasti PR, ale faktický dopad na obor rozhodně nebyl o mnoho lepší. Tím nechci omlouvat některé chyby, které by se jistě bývalým funkcionářům mohly vytýkat. Nevím, zda se tím chlubit, ale snažili jsme se v dobré víře jednat poctivě a čestně, argumentovat věcně a pravdivě. Nenačili jsme se používat „správnou částku ve správný čas příslušné osobě“.

Více mne však zajímá, co bude dále. Situace v oboru je diametrálně odlišná od té před 20 lety.

Majoritu členů komory tvoří zaměstnanci lékáren, ženy mladšího až středního věku. Co může komora nabídnout této skupině, co může tyto lidi přitáhnout k práci v komoře? Nepotřebují spíše odborovou organizaci, kterou by se ale komora neměla stát? Může komora stanovovat dále prakticky podmínky výkonu po-

volání, když značná část provozovatelů není členy komory? Co může naproti tomu nabídnout atrofující skupině lékárníků provozovatelů? Ti ale ještě mohou využívat služeb grémia. Společně pro všechny je zajištění kontinuálního vzdělávání. Má být komora béčkem „purkyňky“, nebo to společnost dokáže sama? Má komora do dalšího decenia smysluplnou náplň zdůvodňující její další existenci ve stávající podobě?

Navzdory deziluzi a jistému stupni frustrace z výsledků činnosti komory věřím, že ano. Pravdivý argument, že nebýt komory, bylo by vše ještě horší, se těm, co nepracovali ve vedení OSL, či ve funkcích nejvyšších zdá být pochopitelně velmi chabý. Je ale šance si jej ověřit na vlastní kůži, brzy budou další volby. Komoře přejí, aby do budoucna pro svou práci dokázala najít vizi, která lidi ve vedení potáhne tak, že nebude jen „povinným úřadem ze zákona“ či dobrou trafikou.

UMĚL V KLIDU NASLOUCHAT CIZÍM NÁZORŮM

RNDr. Jindřich Oswald (*1954, †2004) byl v čele ČLnK v letech 1995–2002

V pořadí druhý prezident ČLnK RNDr. Jindřich Oswald z Kadaně byl člověk, který se ve své profesi našel. Vlastní zásadou, že si každý člen komory má být vědom, proč studoval farmacii, a proč je lékárníkem, a ne obchodníkem, se sám řídil a důrazně ji připomínal ostatním. Ani jeho odpůrci, jimž pro své vyhrané profesní postoje nepřirostl k srdci, mu nemohli upřít, že pro lékárníky dělal a vykonal mnoho. Plně důvěřoval svým spolupracovníkům, ať to bylo v lékárně, v představenstvu a na sekretariátu komory nebo v redakci našeho časopisu. Mozaiku vzpomínek doplňují kolegové doktora Oswalda:

Čím začít? RNDr. Jindřich Oswald byl v každém ohledu prezident s velkým P. Pokud bych ho měla charakterizovat jedním slovem, bylo by to slovo **velkorysý**. A to ve všech ohledech. Nikdy se nedržel při zdi. Vždy byl vidět a slyšet. Všichni ho znali a respektovali. Uměl zaujmout, diskutovat s protivníkem, nepohádat se. Když něco dělal, tak pořádně. A to nejen v kladném, ale bohužel i v záporném slova smyslu.

Uměl klidně a pozorně vyslechnout cizí názory a hádky. Dokázal je ale taky utnout, uzavřít a rozhodnout. Vše celkem v klidu a bez emocí. Expresivně řečeno: *Nechal všechny vykecat a pak udělal závěr.*



Jindra byl „vojevůdce“. Takoví lidé se nedoživali klidného stáří. Stáli v čele vojsk, bojovali, sprádali velkolepé plány, dobývali, zakládali slavné rody a umírali

v bitvách nebo jako oběti úkladných vražd. Před pár sty lety to bylo běžné. Byli to lidé, kteří měli svou vizi, šli za ní a zaplatili za to. Jindra žil v jiné době. Měl velké ambice, dokázal vše, co chtěl a na jednou neměl další cíl. Nemůžu se ubránit dojmu, že tohle ho udolalo. Se svojí neřestí zvítězit nedokázal.



Rok 1989 otevřel všem nové možnosti, zejména však tvůrčím lidem jako byl doktor Oswald. Od začátku se snažil najít své místo, ať to byly zdravotnické odbory, svaz farmaceutů, obecní samospráva či vznikající komora. A právě jí věnoval největší podíl své energie. Kolik času jsme věnovali diskusím, co a jak by se dalo dělat v lékárenství, když se otevřela možnost se o to poprat. A dr. Oswald se do toho pouští nejdříve jako viceprezident a od roku 1995 jako prezident ČLnK. Vyhrává, prohrává, bojuje. Nedělá vlastně nic jiného než dříve, ale s větším nasazením. Jako vždy je velkorysý, důvěřivý a důvěru dodávající. A právě za tuto životní sílu, kterou mohl věnovat něčemu úplně jinému, mu musejí být české lékárenství a farmacie vděčné. Kolik takových lidí, ochotných pro věc pracovat nadoraz, česká farmacie má?



DOKÁZALI JSME KOMUNIKOVAT I ZA KRIZE

PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident ČLnK z let 2003-2007



U příležitosti významného výročí České lékárnické komory jsem byl požádán o napsání několika řádků k činnosti ČLnK za období, kdy jsem měl tu čest stát v jejím čele. Rád této nabídce využívám a s několikaletým odstupem se pokusím krátce vyjádřit. Do činnosti vrcholného orgánu ČLnK jsem se zapojil víceméně „bez přípravy“ po svém zvolení do funkce viceprezidenta. Díky výpomoci „délesloužících“ členů představenstva jsme, myslím, jako nováčci poměrně rychle vstřebali nutné penzum

informací a zákonitosti chodu samosprávné profesní organizace. A domnívám se, že od počátku jsme si zároveň uvědomili, že výsledky spolupráce v týmu, který není jmenován direktivně, ale volen delegáty sjezdu, závisí nejen na intelektu, ale také na morálce, vzájemném respektu a vědomí odpovědnosti vůči celé členské základně.

Pro někoho možná banalita. Při koncepcně laděných diskuzích, při rozhodování o legislativě či v období „krizových vztahů“ se státní správou apod. šlo ale o nezbytný předpoklad možného úspěchu.

Každé období má svá specifika a „souvislosti“, které předurčují priority v činnosti a výsledky práce představenstva. Co se nám tedy snad povedlo a kde jsme naopak úspěšní nebyli?

Za jeden z důležitých úkolů jsme považovali zlepšení komunikace a výměny poznatků mezi členy komory. Domnívám se, že náš příspěvek k rychlejší a hlubší informovanosti členské základny a živější diskusi se alespoň zčásti povedl, zejména

zprovozněním nových webových stránek komory a pozorností věnovanou obsahové náplni ČČL.

Snažili jsme se zdokonalit systém kontinuálního vzdělávání, zavést systém jmenování garantů jednotlivých vzdělávacích akcí a podpořit vybrané vzdělávací akce (např. interaktivní semináře). Věnovali jsme se tématu lékových záznamů pacienta a odborných konzultací k individuální farmakoterapii. Vydali jsme první doporučené postupy a dispenzační minima a pokusili jsme se aktivněji ovlivnit náplně specializačního vzdělávání. K tomu nám mělo pomoci založení Lékařnické akademie a ustanovení Vědecké rady ČLnK. Naše angažovanost v týmu eHealth pak

sice nepřinesla okamžitou změnu, ale umožnila nám uplatňovat své názory při vzniku některých analýz a pilotních projektů.

Myslím, že se nám celkem podařilo rozvinout vztahy s politiky napříč politickým spektrem a zintenzivnit činnost vůči státní exekutivě. Opakovaně jsme pak mohli zabránit snížení marže, zrušení povinného členství, uvolnění léčiv mimo lékárny... a nakonec „reparovat“ vyhlášky dr. Ratha. Navíc jsme díky vyspělosti našich právních poradců zvýraznili postavení komory v legislativním procesu také aktivní přípravou vlastních návrhů, ať se již jednalo o specializační vzdělávání, léčiva, podmínky provozování lékáren. Nepodařilo se nám ale bohužel nastavit systém pevných cen léčiv, vlastnictví a sítě lékáren atd., v českém liberálním prostředí to opravdu nešlo zvrátit.

Nejen v dobách krize jsme snad dokázali průběžně komunikovat s distribučními firmami a společně prosazovat naše oprávněné požadavky vůči resortnímu ministerstvu, SÚKL a zdravotním pojišťovnám. Byť i sem patří na druhé straně neúspěch při řešení nekalých praktik jako je batůžkaření apod. S velkodistributory jsem diskutoval a podporoval myšlenku virtuálních řetězců veřejných lékáren, jako jedné z posledních možností jejich ekonomického přežití spolu s uchováním si značné míry nezávislosti v provozování.



V důsledku reakce lékárnického stavu na politický vývoj se Lubomír Chudoba ocitl v roli „válečného prezidenta“ – vpravo tisková konference na úřadu vlády s ministrem zdravotnictví Davidem Rathem v prosinci 2005, na levém snímku jako jeden z vůdců mohutné demonstrace zdravotníků v únoru 2006.



Za významnou jsem považoval spolupráci s Koalicí ambulantních lékařů a stomatologů, především s dr. Pekárkem, tehdejší prezidentem ČSK. Společně jsme se učili pracovat s médii, využívat služeb PR agentur a snažili se podpořit „mezioborové společenské vztahy“ pořádáním společných plesů na Žofíně.

Obdivoval jsem vysokou solidaritu lékárníků, ať již kolegiální při ničivých povodních nebo vyjádřenou spoluprací

s Fondem ohrožených dětí, kdy ve sbírce nashromážděné milióny přispěly k vybudování dalších „Klokánků“.

V oblasti zahraniční spolupráce s představiteli lékárnických komor zemí Evropské unie se nám podařilo rozvinout práci našich kolegů, zejména dlouholetého „zahraničního velvyslance ČLnK“ dr. Dlouhého. Jsem velmi rád, že se mj. před vstupem ČR do EU v Praze konalo setkání vedoucích představitelů PGEU a že část z nich

přijala následně pozvání na dvě odborné konference, které jsme v Praze uspořádali k aktuálním tématům – odborná činnost vs. odměňování lékařů a generická substituce. Velmi si také považuji, že se nám v rámci „rotačního prezidentství PGEU“ podařilo předjednat naše zastoupení, což se naplňuje v současném období.

Byla to skutečně škola, kterou považuji za jednu z nejpřínosnějších ve své dosavadní profesní kariéře.

NECELÉ ČTYŘI ROKY ČTVRTÝM PREZIDENTEM

PharmDr. Stanislav Havlíček, současný prezident ČLnK



Jak titulěk napovídá, je průměrná životnost prezidenta České lékárnické komory pět let. Od listopadu 2007 do června 2011 se ve vedení ministerstva zdravotnictví vystřídali dvě ministryně a dva ministři. Ve vedení obou asociací farmaceutického průmyslu se změnili výkonní ředitelé, na krajích se změnili zdravotní radové a částečnou obměnou v personálním obsazení prošly obě komory parlamentu. Poslední čtyři roky lze lakonicky shrnout jako permanentní seznamování se. Jenže lakonické

shrnutí asi nestačí, je toho mnohem víc a já mám nevýhodu, že mě od hodnocení nedělí časový odstup a racionální nadhled. Proto se mi nedaří vidět jenom úspěchy a pozitivní věci. Všechno je příliš čerstvé a každou dobrou zprávu doprovází ta trnitá cesta k ní. A také moc dobře vím, že za každým úspěchem je neuvěřitelná porce příprav a práce spousty lidí.

Je to práce, za kterou se moc neděkuje. Práce, která není vidět a je vykoupena mořem trpělivosti manželů, manželék a dětí, jejichž zájmy velmi často ustoupily nejistému výsledku činnosti, která má za cíl kultivovat mnohovrstevný a různorodý obor, jakým je lékárenství.

Uplynulé čtyři roky přinesly celou řadu úspěchů, i když je s trochou trpkosti třeba poznamenat, že to mnohdy byla spíše náprava škod, než zlepšení samo o sobě. K takovému nápravnému úspěchu určitě patří výsledek podnětu, který jsem v zastoupení ČLnK zpracoval a odeslal Evropské komisi ve věci nedovolené veřejné podpory ze strany krajů při nevybírání regulačních poplatků. Byla to právě intervence Evropské komise, která přiměla krajské samosprávy k opuštění těchto praktik. Praktik, které Evropská komise na základě materiálu ČLnK označila za diskriminační.

Daří se nám neustále rozšiřovat a rozvíjet komunikační kanály k členům. Exkluzivní smlouvou s telefonním operátorem jsme vahou komory a množstvím jejich

členů dokázali dojednat významnou úsporu při využívání služeb telefonního operátora. Zapojením do klubu lékárníků mohou členové komory a jejich rodinní příslušníci telefonovat výrazně levněji

a mezi sebou zdarma. S rozvojem možností internetu využívá stále více členů komory službu zasílání týdenního souhrnu všech článků na webu komory. Také se podařilo realizovat myšlenku elektronického občasníku Lékárnické kapky. Pomocí internetu mají členové možnost pohodlně dohledat doporučené postupy k jednotlivým tématům lékárenské péče. Celkový koncept tvorby doporučených postupů se dočkal velmi kladné odezvy a daří se tak rozšířit počet těch, kteří se na činnosti komory podílejí. Doporučené postupy se staly základem každoroční akce Den lékařů. I ten prošel vývojem a rozvinul se do tematicky laděných odborných akcí ve formě Týdnů lékařů, které jsou pořádány také ve spolupráci s dalšími institucemi, jako je Světová zdravotnická organizace (WHO) nebo

Pokračování na další straně



Na snímku uprostřed prezident ČLnK a viceprezident Evropského svazu lékárníků (PGEU) Stanislav Havlíček, vpravo prezident PGEU Heinz-Günter Wolf, vlevo generální sekretář PGEU John Chave.



20 let České lékárnické komory

Pokračování z předchozí strany

Státní zdravotní ústav (SZÚ). Zpětnou vazbu o kvalitě lékárenské činnosti jsme v roce 2010 poprvé v historii získali pomocí metody „tajemný pacient“.

Úspěchy sklízí představitelé komory také v mezinárodním měřítku. Čtyřleté zastoupení ve výkonném výboru Svazu evropských lékárníků (PGEU) a post viceprezidenta této organizace v roce 2011 jsou známé skutečnosti. Ale neztratili jsme se ani v průběhu českého předsednictví EU, kdy jsem byl aktivním účastníkem několika evropských konferencí. Významná je spolupráce s našimi nejbližšími sousedy, s představiteli sousedních profesních organizací recipročně spolupracujeme na programu lékárnických kongresů. Zástupci zemí, které se teprve připravovaly nebo se připravují na vstup do EU, bývají v sídle komory častými hosty.

A když jsem u sídla komory. V březnu 2010 se komora přestěhovala do vlastní nemovitosti. Vila Rozárka je malým, nicméně reprezentativním sídlem s velkým významem, a to i ekonomickým. Provoz ve vlastních prostorách může být o milionu korun levnější než v pronajatých.

Za poslední čtyři roky se daří budovat pozici ČLnK jako instituce s vysokým kreditem při jednání na odborném i politickém poli doma i v zahraničí. Výrazně také ubylo přímých politických útoků na adresu lékárnické profese. Je pravdou, že obraz v očích veřejnosti, ovlivněný výrazně negativně v letech 2005–2006, budeme restaurovat dlouho. Ale to je výzva, které bychom se neměli obávat. Záleží na každém z nás. Nejenom na tom, jak dobře, zodpovědně a s patřičnou erudicí budeme vykonávat povolání, které jsme si zvolili. Záleží také na tom, jak se dokážeme vypořádat s „kolegy“, kteří svým konáním obraz lékárnické profese vytrvale poškozují.

Je nasnadě, že k tomu potřebuje komora dostatečné kompetence a že je nutné je do budoucna posílit. Ale teď musíme vystačit s tím, co máme. A důkazem toho, že se to daří, jsou potvrzující rozsudky soudů. Mnozí z našich „kolegů“, kterým byl Čestnou radou ČLnK udělen trest za disciplinární delikt, se proti rozhodnutí odvolali k soudu, dokonce podali kasační stížnost k Nejvyššímu správnímu soudu. Všechna soudní rozhodnutí bez výjimky potvrzují, že tresty udělené Čestnou ra-

dou jsou plně v působnosti ČLnK. Na základě judikátů máme precedentní rozhodnutí a významně rozšířené mantinely alespoň co se disciplinární pravomoci týče.

Naučil jsem se za poslední čtyři roky mnohé. Poznal jsem lidi, kvůli kterým stojí za to dělat nevděčnou práci. Poznal jsem ryzí charaktery na obou pólech spektra. Smířil jsem se s tím, že velký úspěch nepřichází snadno ani rychle. Neočekávám jej ani v nejbližší době. K velkému úspěchu totiž patří důslednost v malých věcech. Naučil jsem se, že nejvíc práce zabere snaha o to, aby se věci nestaly. Úspěch pak není vidět. Je to jako v případě majetkových příznání volených funkcionářů komor. Spojeným úsilím mnoha lidí ve všech profesních komorách se nám v roce 2008 podařilo změnit toto ustanovení zákona. Nikdo z volených funkcionářů tedy nemusí rok co rok zveřejňovat své majetkové příznání. Asi není co skrývat, ale zbytečná administrativa by odradila i ten zlomek lidí, kteří se práci pro komoru věnují a nečekají za to ani slávu, ani poděkování. Přesto si ho zaslouží. Poděkovat nebolí a díky nikdy není dost.

Děkuji vám.

JAK JSME ODVRACELI ÚTOKY NA NÁŠ OBOR

Na doby těsně porevoluční i pozdější vzpomíná PharmDr. Vladimír Gondek



Historie ČLnK pro mne začala někdy v půlce prosince 1989. Po opojných dvou týdnech bylo jasné, že se „sametová revoluce“ nebude týkat jen vysokých pater politiky a tehdejšího disentu. Bylo třeba začít přemýšlet o emancipaci vlastního oboru. Dne 19. prosince 1989 se nás sešlo několik „zástupců LS ÚNZ Vč kraje a FaF UK“ na schůzce v Hradci Králové, abychom nějak naložili s novou situací. Vznikl dokument „podněty pro akční program ve farmacii“, který se mi s odstupem dvaceti let zdá,

že mohl být napsán klidně i bez revoluce. Požadovalo se jednotné řídicí centrum pro farmacii, řízené farmaceutem a vyjmuté z kompetence národních výborů, hospodářská samostatnost, pružnější a úplnější zásobování, jednotné pětileté studium farmacie atd.

Pro dnešek to nemá žádný význam, důležité ale je, že podobné schůzky proběhly ve většině krajů a zřejmě na všechny nějak dorazila pozvánka výboru České farmaceutické společnosti na diskusní fórum. To se konalo 12. 1. 1990 v Lékařském domě v Praze.

Na tomto bouřlivém shromáždění vznikl koordináční výbor občanského fóra

farmaceutů (KVOFF), který „by soustředil všechny připomínky a návrhy k reformě farmacie a nezávisle na současných řídicích strukturách se ujal koordinace postupu k přípravě reformy farmacie jako celku“. Tehdy někdo z davu vykřikl mé jméno a byl jsem také zvolen členem výboru. 17. 1. 1990 se KVOFF poprvé sešel a začal intenzivně pracovat zejména na

organizačním a hospodářském osamostatnění oboru.

Počátkem roku 1990 bylo v ČR 917 lékáren (u nich ještě 192 výdejen léčiv), tj. jedna lékárna na 11 303 obyvatel. Lékárníků bylo necelých 3 500. Zásoby se z důvodů civilní obrany udržovaly v tříměsíční výši, takže lékárna s měsíčním obratem 2 mil. Kčs musela mít zásoby za 6 mil. Kčs. Dodávky zboží byly jen 5x za 3 měsíce (jednou za 18 dnů!). I přes obrovské zásoby se po každé dodávce musely vydávat dvoustránkové seznamy nedostatkových léčiv, které se rozesílaly spádovým lékařům. Ti pak léčiva ze seznamu nesměli předepisovat, aby občané nic nepoznali. Finanční příděl na tzv. léčiva z dovozu sotva stačil na zajištění chodu ARO a podobných život zachraňujících pracovišť. Pamatuji si, že některá méně fatální léčiva jsme neměli na celý rok ani pro jednoho pacienta, ale pacientů bylo i víc než deset. Práce lékárníka při expedici byla intenzivní a zbytečně stresující.

Výše uvedené dobové reálie zmiňuji



proto, že z dobových zápisů je patrné, jak KVOFF vyčerpal mnoho energie snahou o zmírnění těchto stresů za tárou. Mnoho energie se také promarnilo vzájemnou revnivostí, tak jak je tomu ostatně dodnes a zřejmě to asi paří k věci. Pro dnešek je podstatné, že KVOFF založil Svaz českých farmaceutů (SvČF), a ten byl zákonem č. 220 z května 1991 pověřen svoláním ustavujících shromáždění České lékárnické komory. V září 1991 byl ustavující sjezd ČLnK.

KVOFF, radu SvČF a první představenstvo ČLnK personálně tvořili z velké části ti samí lidé, takže kontinuita reformního úsilí byla zachována. Tehdy jsme jako condicio sine qua non museli rozbít státní zdravotní systém s ústavy národního zdraví a nahradit jej pojišťovacím zdravotním systémem, nestátními zdravotnickými zařízeními a komorou. Lékárníci nebyli hlavní hnací silou tohoto procesu, tou byli a vždy budou lékaři, ale získat trochu svého místa na slunci stálo také hodně práce. Všechny tři zárodečné struktury vytvořily množství reformních dokumentů, které používaly jednak v hektickém vyjednávacím úsilí a jednak i při výchově a změně myšlení lékárníků samotných. Kolegové se obávali ekonomické samostatnosti a z ní plynoucí odpovědnosti, jejich sociální cítění se neslučovalo s myšlenkou, že by nemocný člověk platil nebo doplácel za nutné léky, a také se báli, že je pohltí bohatší (říkalo se řezníci a zelináři) nebo zahraniční konkurenti. Při průměrném měsíčním platu 2 500 Kč si nikdo neuměl představit, kde by lékárník vzal třeba 5 miliónů na odkoupení zásob plus několik set tisíc na odkoupení zařízení.

První přírážka

Měl jsem to štěstí, že jsem v létě 1989 dostal tzv. devizový příslib a kromě jiného jsem týden strávil ve Švýcarsku u svého spolužáka kolegy dr. Arnolda. Dalším štěstím bylo, že dr. Arnold velmi dobře znal švýcarské i československé lékárenství a všechny večery jsme se bavili o tom jak je to tam jiné i podobné. Vlastně jsem se stal tak trochu odborníkem na „kapitalistické“ lékárenství. Takový jednooký mezi slepými. Tehdy jsem si myslel, že mi to k ničemu není – měl jsem jen čistě odborný zájem. Ale po listopadu jsem byl o maličký kousek před ostatními, především jsem to měl vstřebané a věděl jsem, že by to šlo i u nás. Navíc jsem byl v roce 1990 ředitelem Lékárenské služby a měl jsem snadnější přístup k účetním podkla-

dům. Z těchto podkladů se dalo spočítat, za jakých podmínek jsou lékárny schopny samostatného hospodářského života. Na toto téma jsem napsal několik „reformních dokumentů“, jak se tehdy módně říkalo. Asi jsem vypadal jako někdo, kdo ví co chce a kdo ví jak toho dosáhnout, a tak jsem se stal vedoucím pracovní skupiny pro ekonomickou reformu.

Na poněkud přehnaný název této funkce se nepamatují, vyplývá to z dobových zápisů, ale zúčastnil jsem se skoro všech vyjednávání o lékárenské marži (tehdy nazvané obchodní rozpětí). Hned v roce 1990 byla „zvýšena“ ze 14 % na 15 %, což jsme brali jako provokaci. V roce 1991 už šlo do tuhého a po zdoluhavém vyjednávání, kterých se účastnili PharmDr. Dušan Holečko (později zakladatel GML) a PharmDr. Jan Horáček (první prezident ČLnK) vyšel cenový věstník. Ten dával distribuci maximální přírážku 13,5 % a cena pro lékárny byla regulována maximální cenou. Pro výpočet této maximální ceny ministerstvo financí kalkulovalo 20 % marže lékárny. Její výše byla odvozena od marže drogerií. Tehdy jsme to cítili jako výrazný neúspěch, požadovali jsme aspoň 35 % – podle švýcarského a německého vzoru. Maximální cena měla tu výhodu, že když lékárna nakoupila např. přípravek Pharophyllin za 1,60 Kčs (skutečná doprodejová cena), tak ho mohla legálně prodat za 97,10 Kčs, což byla jeho maximální cena. Dnes by se to hodilo, ale v tehdejší praxi to ovšem k ničemu nebylo – hospodářské přebytky se odváděly a Lékárenské služby je nemohly použít.

Jedním z hlavních úkolů pracovní skupiny pro ekonomickou reformu bylo dosáhnout co nejvyšší marže lékáren. Argumentovalo se zahraničím nebo se používaly účetní podklady LS Náchod. Je příznačné pro toto období, že když bylo potřeba soustředit účetní data z více lékáren, zapojily se jen tři (kromě lékáren LS Náchod). Byly to lékárna nám. Republiky 1, Opava, PhMr. Boháčová; lékárna nám. Přemysla Otakara II. 19, Vysoké Mýto, RNDr. Steinfeld a lékárna Opavská 57, Kravaře ve Slezsku, jméno nečitelné – pravděpodobně Havlíčková. Nikdo kolegům nikdy nepoděkoval, tak aspoň nyní. Děkujeme.

Dne 3. 6. 1992 jsem se zúčastnil jednání cenové komise (45 účastníků) v zasedačce BIOGRAF na MF ČR. Nečekaně se prodáválo i sloučení přírážek distributora s lékárnou s následnou vzájemnou dohodou o rozdělení. Někteří distributoři byli

proti, ale protože jsem si byl vědom, že v zahraničí to distribuce zvládá pohodlně za méně než 13,5 %, souhlasil jsem. Představenstvu jsem to vysvětlil bez problémů, ale u kolegů z terénu převládli strach z neznáma a II. sjezd ČLnK uložil představenstvu „upozornit MF ČR, že tento způsob dělení přírážky považuje za nepřijatelný“. Již to nešlo zvrátit, práce na cenovém výměru pokročily a nakonec III. sjezd tento úkol zrušil a společnou přírážku máme dosud.

Někdy na podzim 1992 jsem byl pověřen představenstvem k nějakému, dnes nepodstatnému, jednání na MZd ČR. Po skončení jednání mne cenařka MZd ČR požádala o upřesnění některých aspektů taxy laborum. Na přípravě taxy jsem se nikdy nepodílel. Autorem taxy byl RNDr. Jiří Etlzer, v té době byla již hotová a vyšla v cenovém věstníku. Jednalo se jen o technickou revizi ve smyslu zvýšení. Sebraná data z lékáren uváděla násobně rozdílné časy potřebné na přípravu jednotlivých lékových forem. Protože data pocházela z velké části i z lékáren LS Náchod, celkem jsem se orientoval a rozdílly vysvětlil. Kolegové nezapočítali do časů přípravy přejímku surovin a jejich kontrolu, mytí a sterilizaci nástrojů a obalů, administrativu atd. To podstatné ale přišlo nakonec. Paní inženýrka mě poprosila, abychom dali dohromady výpočet promítnutí nově zaváděné DPH (od 1. 1. 1993, ale léčiva v lékárně byla osvobozena) do přírážky lékáren. Byla nějak mimořádně vstřícně naladěna a také končila na MZd ČR. Navrhla nezvykle výhodný výpočet, takže původních 13,5 + 20,0 % se přepočítlo na 38 % společné distribuční přírážky, což nakonec vyšlo i v cenovém věstníku MF ČR. Tehdy mi to přišlo jako milý, nečekaný, ale drobný úspěch. Nenapadlo mě ani ve snu, že už to nikdy nebude lepší.

První milión

V dubnu 1992 nabyt účinnosti zákon č. 160 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a teoreticky bylo možno provozovat soukromou lékárnu. Přijetí této podoby zákona bylo lékárenskou veřejností i námi vnímáno negativně a jako neúspěch komory. Byla tu představa, že stejně jako v Německu a jiných zemích budou moci provozovat lékárnu jen lékárníci a nejlépe podle zásady jeden lékárník – jedna lékárna. Provozovat ale mohl kdokoliv a kolik chtěl lékáren. Privatizace ještě ani nezačala a již tu byl

Pokračování na další straně



20 let České lékárnické komory

Pokračování z předchozí strany

zájem belgického družstva lékárníků o velký počet lékáren. Také restituenti, jimž byl vrácen dům s lékárnou v nájmu, chtěli tyto lékárny provozovat. I budoucí privátní lékaři měli za to, že hodnota vzniká napsáním receptu, a ne „otočením se lékárníka dozadu a podáním krabíčky na pult“ a všeobecně tu byl strach ze socialistických i nových zbohatlíků všeho druhu (příslušníci „řezníci a zelináři“).

Na druhou stranu se muselo spěchat s privatizací. Stále tu byly nechtěné privatizační projekty typu „celostátní lékárenský podnik“ nebo „okresní lékárenská služba jako akciová společnost“ atd. Lékárníci také objevili cestu, jak se dostat k lékárně bez vlastních peněz i úvěrů. Patřilo to do kategorie později nazvané „divoká privatizace“ a vznešeně se tomu říkalo ekonomický pronájem. Původní obavy začala střídat nedočkavost.

Bylo potřeba rychle schválit řády ČLnK, pro privátní praxi byl např. nezbytný licenční řád, protože bez osvědčení (tzv. licence) nemohla být udělena registrace žádnému zdravotnickému zařízení. Proto se urychleně připravoval I. řádný sjezd ČLnK, který nakonec proběhl v červnu 1992. Tehdy mě při přípravě finančního řádu napadlo, že bychom mohli lékárníkům pomoci stanovením vysokého po-

platku za vydání osvědčení pro nelékařnické provozovatele. V nadsázce jsem použil „třeba milion“ a ono se to ujalo, později to I. sjezd přijal. Do sjezdu ještě dr. Holečko návrh zdokonalil – „milion“ nebyl poplatek, ale příspěvek. Ačkoliv tato dvě synonyma byla tehdy pod mojí rozlišovací úrovní, našim protivníkům to dost zkomplikovalo situaci. A protivníkům se vyrojilo dost. Téměř okamžitě nás napadli Generální prokuratura ČR, tehdejší Ministerstvo pro hospodářskou soutěž, žalobou Euromedica s.r.o. a někteří poslanci tehdejší ČNR. II. sjezd ČLnK (říjen 1992) od milionu neustoupil, jen ho přesunul z finančního řádu do usnesení sjezdu, kde se špatně hledal.

Nakonec nás vysokými pokutami donutili usnesení zrušit (květen 1994), ale jak se praví v rozsudku Vrchního soudu v Praze „k 1. 3. 1994 bylo vydáno 900 osvědčení“. Do konce května bylo vydáno ještě několik desítek dalších osvědčení a ještě řadu následujících měsíců působila setrvačnost informace, že se „milion“ vybírá. Stávající lékárny se tehdy dostaly téměř výlučně jen do rukou lékárníků.

Dovětek

V lednu 1993 se mi zdálo, že je pro české lékárenství rozhodující rychlost privatizace. Komora nestačila zvládat množství žádostí o osvědčení, a tak jsem se přihlásil do

práce v licenční komisi. Ekonomice lékárenství jsem se přestal věnovat a v licenční komisi ČLnK pracuji dosud. Od roku 1990–91 pracuji v současném představenstvu ještě dr. Horáček a Mgr. Kotlář.

K minulosti se nikdy nevracím, takže když mě redakce přesvědčila k napsání těchto několika nesouvislých postřehů, musel jsem vytahat staré zápisy, které jsem neviděl dvacet let. Při jejich třídění a čtení (mnou) zapomenutých jmen jsem si uvědomil, kolik práce stálo za vybudováním současné podoby lékárenství. Deprimující práce, protože 99 % bylo k ničemu. Buď to byly slepé uličky nebo se myšlenky nepodařilo prosadit nebo se mlátila prázdná sláma. To 1 %, které zanechalo nějaké stopy na dnešním lékárenství, většinou také není vidět, protože to bylo odvracení nebezpečných útoků na náš obor. Vidět jsou prohry – veterinární léčiva, zdravotnické prostředky, vakcíny, velmi drahá léčiva, snížení marže atd. Ale léčiva mohla být také ve velkém rozsahu třeba u benzínek a v hypermarketech, v ordinacích, poštou přímo od distributorů nebo v také v lékárnách o 12 m². Ti, co na dnešní podobě pracovali, nevytvořili dokonalé dílo. Ale úsilím o samostatnost v počátcích dnešní éry se dosáhlo, že za všechny prohry i úspěchy můžeme my sami – lékárníci. A za to patří těm všem nejmenovaným dík.

NA POLITIKAŘENÍ NEBYL ČAS ANI PROSTOR

Dvě desetiletí života spjatého s komorou rekapituluje Mgr. Jiří Kotlář



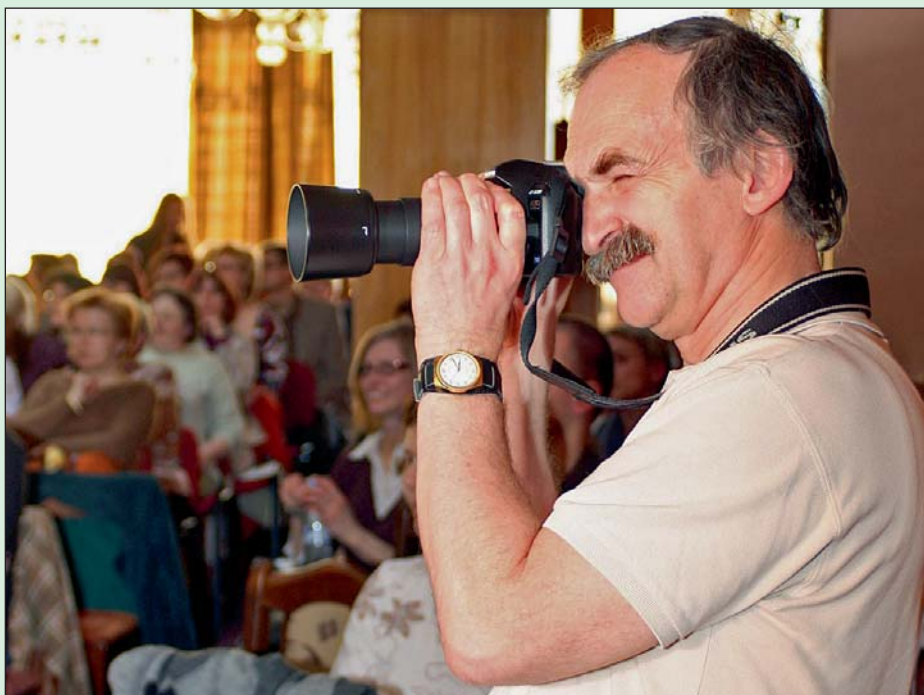
Svého času by mne ani ve snu nenapadlo, jak prožiju dvacet let v těsném spojení s naší komorou. V mém případě k tomu došlo, jak už to tak bývá, vlastně náhodou, že jsem se ocitnul v určitém čase na určitém místě, a tím začala moje dvacetiletá práce v představenstvu komory. V počátcích komory se zasedání představenstva konala na různých místech republiky. Komora neměla vlastní prostory ani žádného zaměstnance. Celou nutnou agendu zpracovával v domácích podmínkách první sekretář, dr. Pavel Kutlák. A neskutečným pokrokem bylo první oficiální sídlo komory na Krumlovské ulici v Praze (v dnes již neexistujícím objektu) i první zaměstnanci sekretariátu. Dalším sídlem pak byly většinou z nás již známé prostory v Poliklinice Budějovická, až nakonec současný stav – Lékařnický dům Rozárka.

Vzpomínám na to, jak představenstvo v „polních podmínkách“ udělovalo v roce 1992 historicky první osvědčení k vedení lékárny, toto osvědčení pro Mgr. Eduarda

Bednařika bylo po schválení přímo na místě vystaveno a podepsáno prvním prezidentem dr. Janem Horáčkem. K osvědčením se váže i další moje vzpomínka, jak

jsme velmi často po nedělích s tehdejšími viceprezidentem dr. Vladimírem Kostkou sami vyřizovali celou administrativu spojenou s jejich zpracováním. Podmínky, které se nutně musí nazvat amatérskými, jsou s dnešním stavem nesrovnatelné. Přesto jsem vděčný, že jsem mohl být u toho. U předlouhých a vášnivých diskuzí, kdy jsme hledali jak dál, nacházeli jsme nejen cesty, které měly smysl, ale i mnoho těch, které se ukázaly jako slepé. V těch dobách plných nadšení jsme skutečně všichni táhli za jeden provaz. Řešila se profesní politika a na politikaření nebyl čas ani prostor. Nikdo se tenkrát neptal, co za to.

Nedá mi, abych nezmínil, jak vznikaly návrhy prvních řádů komory. Zůstalo už zapomenuto, že se na nich podílel tehdejší náš „legislativec“, úžasně pracovitý kolega dr. Tomáš Lysoněk.



Fotoaparát Jiřího Kotláře na všech komorových akcích věrně provází už celých dvacet let.

Za zmínku by stáli i další kolegyně a kolegové, se kterými jsem se po celou tu dobu potkával, protože naprosté většině z nich šlo opravdu o naši společnou věc, ale byl by to opravdu velmi dlouhý seznam.

Zhodnocení toho, co se podařilo, a co nikoliv, bude s odstupem času na našich následovnicích. Neúspěchy mrzí. Nežijeme však v izolaci. Ať se snažíte sebevíc, v realitě v řadě případů vítězí nad racionálními argumenty politika či jiné vlivy. Historie komory je historií střetů se státní správou a s politikou o kompetence stavov-

ské organizace. Komora se přijetím pravidel celoživotního vzdělávání přihlásila ke garanci odbornosti (mnoho let před tím, než se tento pojem dostal do příslušného zákona). Jsem rád, že byla zavedena tradice udělování čestného členství a že umíme ocenit ty, kteří se o rozvoj a prestiž oboru zasloužili. Do historie komory patří i hledání toho, co je komora, k čemu (a komu) má sloužit, co je to profesní politika.

▪ **Co mi komora přinesla:** Především spoustu práce; setkání a spolupráci s mnoha lidmi zapálenými pro věc, nejen s kolegy, které bych jinak zřejmě osobně nikdy

nepoznal; (občas) pocit, že jsem k něčemu pozitivnímu osobně přispěl a napomohl; zkušenost dívat se na věci s nadhledem, z různého pohledu, rozlišovat věci podstatné od malicherných; přes všechny negativní zkušenosti poznání, že slušnost a serióznost se vyplatí.

▪ **Co mi komora vzala:** Ohromné množství času; většinu iluzí o politice; část iluzí o kolegiálnosti, o tom, že někteří mají při svém konání čisté úmysly.

▪ **Co postrádám:** Nějak se nám, zejména na okresní úrovni, vypařilo počáteční nadšení, profesní pospolitost. Nejsme schopni se vůbec sejít. Někdy za tím vidím i skutečnost, že se raději ani nechceme vidět, protože si nemůžeme zpříma pohledět do očí.

▪ **Co mi vadí:** Schovávání se před odpovědností za vlastní konání. Neupírám nikomu právo na právní zastoupení. Ale stále jsem se nevyrovnal se skutečností, že místo aby se kolega dokázal sám profesně hájit či uznat před čestnou radou svůj zřejmý prohřešek, je řízení často jen hledáním právních klíčků.

▪ **Co na závěr:** Podařilo se nám vybudovat od základů fungující profesní organizaci. Komora prošla obdobím od nejistých krůčků malého človíčka přes školní léta, přestála mnohé dětské nemoci. Ba i pubertu má za sebou, nyní už dozrála. Je organizací, která má svoje místo ve společnosti, funguje na demokratických principech. Je respektována, a to bez ohledu na skutečnost, že se někteří snaží přesvědčit o opaku. Dvacet let činnosti je za námi, ještě více práce nás však stále čeká.

HLEDALI JSME V HISTORII I V OKOLNÍM SVĚTĚ

JUDr. Libor Ládek a jeho ohlédnutí za lety v čele sekretariátu komory



V České lékařnické komoře jsem prožil více než devět let (1994-2004 jsem byl vedoucím sekretariátu ČLK); při porovnání s lidským věkem mohu říci, že jsem zažil její dětská léta a počátek puberty. Na počátku, kdy komora ještě sídlila v budově bývalých jeslí v Krumlovské ulici, bylo nutno velmi malý sekretariát poněkud personálně obohatit úměrně přibývajícím úkolům. To se podařilo poměrně rychle a bez zbytečných přehmatů; i když jsme se s některými kolegy/kolegyněmi museli rozloučit, fluktu-

ace nebyla velká. Mohu zpětně ocenit, že tehdejší představenstvo bylo vcelku uznalé, pokud šlo o platy, příznivá myslím byla i celková atmosféra a snad jsme tehdy všichni chodili do práce docela rádi. Mnoho času jsem tehdy – více i méně oficiálně - trávil s nejužším vedením, kde právě stihnul vystřídat Jindřich Oswald v nejvyšší funkci Jana Horáčka.

Ten se vzápětí ujal dosud neexistující role mluvčího komory. Často se objevovali i tehdejší viceprezidenti Vladimír Kostka a Jiří Kotlář a někteří další, dnes většinou již stranou stojící lékaři. Mnoho času jsme tehdy věnovali studiu problematiky profesních komor, které na počátku totality v ČSR zanikly; nikdo již neměl potřebné znalosti, jak by měly vlastně fungovat. Hledali jsme znalosti hluboko v historii (sahá až k zednářským lóžím) i v okolním vyspělém světě, odkud nás informacemi zásoboval Jiří Dlouhý, který pak sehrál dominantní roli při navázání těsného kon-

Pokračování na další straně



20 let České lékárnické komory

Pokračování z předchozí strany

taktu s Bavorskou zemskou lékárnickou komorou, která nám nezištně předávala své know-how. Klausova vláda se zcela nepokrytě snažila komory zrušit, byl jsem ještě ve zkušební době a začal jsem se upřímně bát, zda ji vůbec přežiji. Nebudu napínat – přežil jsem. Ale shodou okolností těsně před mým odchodem se sněmovna zabývala novelou zákona požadujícího nepovinné členství a nebytí rychlého zásahu předkladatelky (ministryně Součková návrh stáhla), byla by tenkrát prošla.

Velmi mnoho času jsme s již jmenovanými lékárníky věnovali debatám nad uspořádáním českého lékárenství. Se zalíbením jsme sledovali poměry zejména v německy mluvících zemích (jeden lé-

kárník – jedna lékárna, lékárny pouze v rukou lékárníků). Byli jsme ovšem ve svém úsilí poněkud osamělí, velmi tvrdě se začaly hlásit o slovo různé obchodní společnosti, které chtěly převzít lékárny a z lékárníků učinit své poslušné (v lepších případech snad i slušně zaplacené) zaměstnance. Bariéry, které si komora vcelku důvtipně vymýšlela, postupně padaly pod tlakem legislativy a zejména brněnského antimonopolního úřadu. Absolvoval jsem tam jednou i docela dlouhou debatu s jeho úředníky – děsivý zážitek, jeden z nejhorších, který jsem v pracovním procesu kdy „utrpěl“. Dnes v televizi nevěřicně zírám na reklamu lékáren Dr. Max a soudím, že v dalším vývoji lékárníci zrovna neuvítají.

Rychle jsme tehdy pochopili, že komora

musí výrazně působit na veřejnost, a začali jsme se intenzivně zabývat public relations. Vzpomínám si, že někteří významní a jinak bystří členové představenstva se tomu v polovině 90. let smáli a pokládali to za ztrátu času i peněz. Nicméně jsme vytrvali a neskromně si myslím, že za tento úsek se komora nemusila stydět. Snad na něm mám i svou malou zásluhu.

Na čem ji mám však nepochybně, je kupodivu Konference mladých lékárníků. Spíše jen žertem jsem při zasedání představenstva navrhl její „cvičné“ uspořádání (1998? – přesně už nevím) a sleduji, že se koná dodnes. Lví podíl ovšem na tom má Marie Zajícová: musím určitě zmínit i její jméno, tato „renesanční osobnost“ také patří mezi lékárníky, na které rád vzpomínám.

NAD UDÁLOSTMI POSLEDNÍCH DVACETI LET

Malý záznam historie jednoho OSL představuje PharmDr. Pavel Grodza



Není to tak dávno, co jsem vás, milí čtenáři, seznámil s aktivitami našeho okresního sdružení. U příležitosti 20. jubilea komory bych chtěl trochu zavzpomínat na toto období, po jehož celou dobu jsem měl tu velkou čest naše novojičínské sdružení vést. Víím, že mnoho takových není, a taky víím, že už by se měl najít někdo mladší a pružnější. Potvrzuje se to v praxi u současného vedení celé naší profesní samosprávy – budoucnost patří mladým. Omlouvám se, že můj pohled na věc bude občas subjektivní, ale mož-

ná se to ke gratulaci krásné dvacetileté dívce i trochu hodí. Prožili jsme spolu všechny fáze od namlouvání až po opakované sňatky, vše v duchu fair play, žádné volby jsme neošidili, žádné povinnosti nevynechali. Myslím, že za námi zůstalo kus práce, která byla prací navíc a bez velkých honorářů.

Naše OSL jsme zakládali ještě za existence Lékárenské služby. Absolvovali jsme martýrium zpracování privatizačních projektů. Podařilo se nám eliminovat snahy společnosti Euromedica o vstup do privatizace lékáren a mysleli jsme si naivně, že máme vyhráno. Až čas ukázal, že tomu tak docela není. Z tehdejších 13 lékáren je dnes 25 a lékárníkům jich patří jen polovina. Vzpomínám na dvě cesty na ministerstvo pro privatizaci do Prahy a dva dny strávené podepisováním tisíců papírů pro všech 13 lékáren. Po schválení pak přišla éra ekonomických pronájmů, která v začátku pomohla lékárníkům, kteří měli to štěstí, že byli v pravý čas na pravém místě, měli možnost odkoupit na splátky zásoby léčiv a přečkat tak dobu do úplné privatizace lékárny. Měl jsem to

tehdy podobné, jen jsem musel po dvou letech tu zaplacenou lékárnu během týdne opustit, protože nemovitost nebyla moje. Myslím, že takových „obětí“ bylo víc a je to velká škoda, nezávislí lékárníci ztrácejí sílu. Myšlenky regulace sítě lékáren a omezení vlastnictví na lékárníky byly od počátku pohřbeny jak nedokonalou legislativou, tak lékárníky samotnými. Za dvacet let vzniklo na Novojičínku 19 nových lékáren, z nichž během času 7 zaniklo, bylo uděleno na 70 osvědčení k vedení lékárny, 47 jich bylo zrušeno, některé lékárny změnilly majitele i provozovatele, 4 lékárny provozují řetězce, 6 nelékárnici.



PharmDr. Pavel Grodza se lékárnických akcí účastní aktivně (jinak to ostatně ani nedovede).



V představenstvu OSL se vystřídala řada kolegů, se všemi se mi dobře spolupracovalo i spolupracuje. Stálíci je dr. Stanislava Moudrá, která je od počátku tajemnicí našeho OSL. Naše členská základna se podobně jako počet lékáren více než zdvojnásobila, je nás nyní téměř 100. Mám jen pocit, že nepřibývá příliš aktivních členů. Dokonce jsem zaslechl zajímavý názor, co by mohlo přimět členy k účasti na okresním shromáždění, a vítězně z toho vyšlo, že stejný počet hodin náhradního volna v práci jako je doba trvání jednání OSL.

Ale od smutného k veselejšímu. Pro skupinu kolegů, která má zájem o obor a není jí lhostejný jeho vývoj, máme stále velkou motivaci jim pomoci a zapojit je do dění v komoře. Scházíme se pravidelně čtrnáct dnů před Vánoci na semináři, vždy na jiném místě našeho okresu, nezapomínáme ani na kulturu a chuťové pohárky, odborné přednášky jsou samozřejmostí, diskuze rovněž. V roce 2000 jsme se rozhodli založit tradici Beskydských sletů lékárníků. První byl na čarodějnice (proto ten název) a od té doby jsme se slétli již dvanáctkrát a v čím dál hojnějším počtu, pomalu nám „hnízdo“ Hotelu Petr Bezruč začíná být těsné. V roce 2003 jsme uspořádali v Beskydském divadle v Novém Jičíně lékárnické dny, účastníkům se jistě vryl do paměti krásný koncert Hradištanu i kouzelná procházka městem na závěr. Snažili jsme se vždy i na poli vzdělávání. Kolegyně



Hlava na hlavě aneb Pohled do sálu hotelu Petr Bezruč během Beskydského sletu lékárníků.

dr. Ivana Sokolová je lektorkou IDS, já jsem se v roce 2002 ujal obnovy Spolku farmaceutů v Ostravě, na jehož přednáškových večerech se schází 50–100 kolegů každý měsíc, a chystáme již jubilejní 100. přednáškový večer na leden příštího roku.

V závěru chci všem, kteří se dobrovolně zapojili do naší práce, moc poděkovat za spolupráci, vyjmenovat všechny by bylo velmi těžké a k možným opomenutým nespravedlivé. Děkuji i za příjemnou spolupráci s předsedy sousedních OSL, zvláště s opavskými máme velmi přátelské

vztahy a vzájemně se zveme na své akce. Dvacetileté komoře přeji, aby mohla být hrdá na své představitele, a ti aby ji reprezentovali s nejvyšší zodpovědností. Doposud jsem vždy měl pocit, že tomu tak je a současná doba není výjimkou. Těším se, že na okresních sdruženích zvolení delegáti listopadového sjezdu budou dobře informováni a nebudou ovlivněni zákulisními čachry, ale férovou předvolební kampaní, a že dovedou odlišit planá slova populistických kandidátů od reálných slibů těch zodpovědných.

STAVOVSKÉ PERIODIKUM V ZRCADLE ČASU

Stručné připomenutí vývoje obnoveného Časopisu českých lékárníků

Porevoluční doba postavila před lékárnický stav a jeho tehdejší představitele řadu nesnadných úkolů. Nekompromisně a bez odkladu. Jedním z nich byla obnova vydávání stavovského časopisu, který pod titulem Časopis českého lékárnictva vycházel do roku 1950, kdy 63. ročníkem jeho existenci násilně ukončila vzrůstající se totalita. Po dvačtyřiceti letech se dalo navázat už pouze na tradici, jinak bylo zapotřebí, řečeno bez nadsázky, začínat z ničeho. Hozenou rukavicí zvedá ostravský lékárník RNDr. PhMr. Jiří Velkoborský, bez jehož obdivuhodného osobního přínosu si obnovu stavovského periodika nelze představit. Dává dohromady lidi, sestavuje redakční radu, nelituje času ani energie. Jeho píle přináší ovoce v podobě prvního čísla 64. ročníku ČČL.

- RNDr. PhMr. Jiří Velkoborský se stává předsedou redakční rady a zůstane jím i dalších šest let. Vydavatelem a šéfredaktorem časopisu je ostravský vydavatel Mgr. Zbyněk Vašut.

- Od roku 1993 vychází ČČL ve vydavatelství Petit, sazba a tisk, a šéfredaktorkou

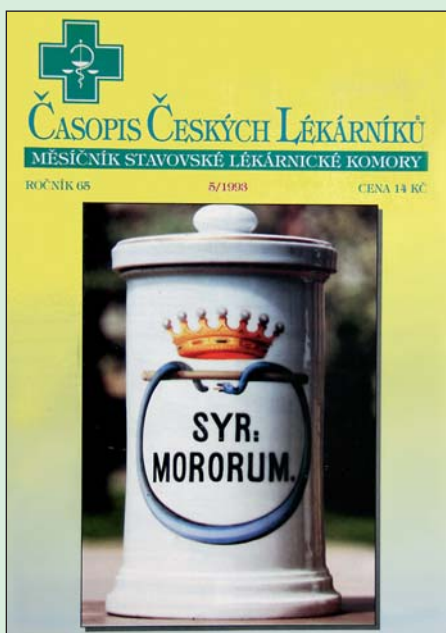
měsíčníku se stává ostravská novinářka Mgr. Jaroslava Hořanská. Časopis českých lékárníků obléká nápadnější kabát, což platí doslova, protože barevná je zatím pouze obálka. Vnitřní strany měsíčníku zůstávají černobílé.

Pokračování na další straně





20 let České lékárnické komory



Pokračování z předchozí strany

- Nástupem novináře ing. Vladimíra Vrbovského vzniká redakční tandem, zajišťující chod redakce od roku 1994 do současnosti.

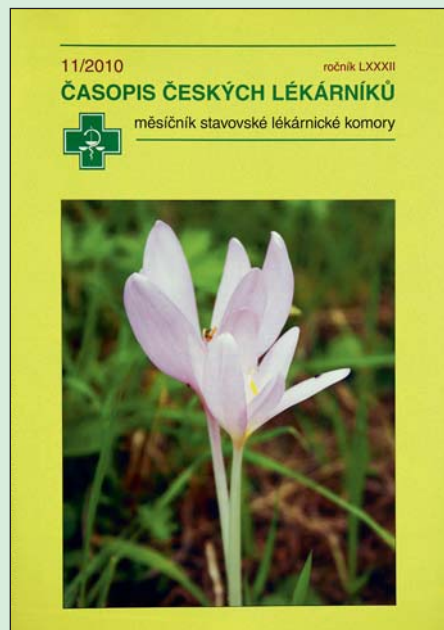
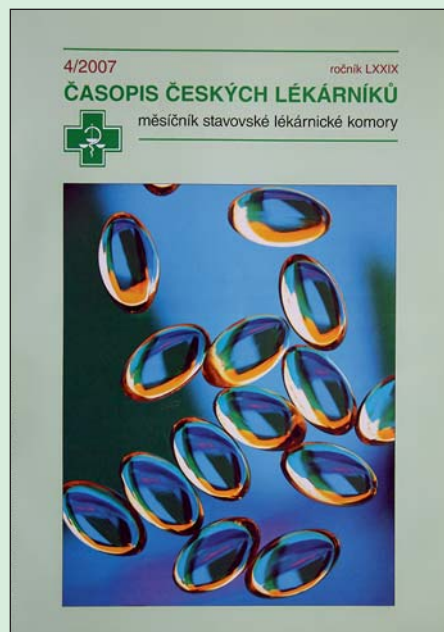
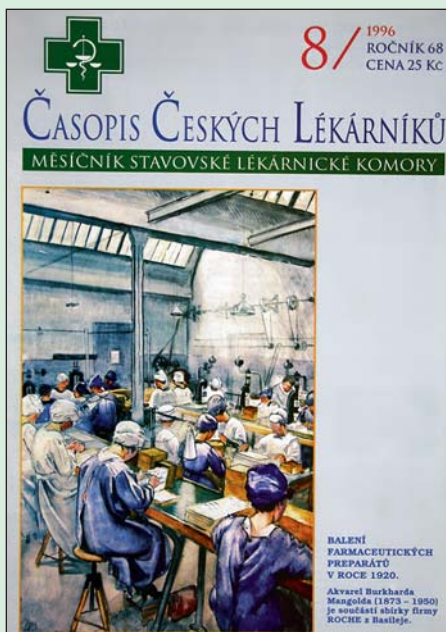
- Od roku 1995 je vydavatelem časopisu firma Petit – Květoslav Šebesta.

- V roce 1996 doplňuje titulky, fotografie a kresby uvnitř časopisu zelená barva. Snaha redakce a jejích spolupracovníků z řad lékárníků o pevnější řád na stránkách přináší výsledky, vytrácí se „pel-mel“ prvních ročníků, vynucený často i značným deficitem potřebných příspěvků.

- Od roku 1998 dostávají časopis všichni členové komory v rámci svého příspěvku. V tomto roce dochází také ke střídání strážní na postu předsedy redakční rady, ze které odstupuje RNDr. PhMr. Jiří Velkoborský. Jejím dalším předsedou se stává PharmDr. Jan Horáček. Časopis vychází již jako plně barevný.

- Významným mezníkem byl rok 1999, kdy se vydavatelem ČČL stala ČLnK. Důvodem byl rozchod se soukromým vydavatelem, kterému rok předtím komora velkoryse poskytla zálohu na údajné investice do vybavení redakce a zlepšení pracovních podmínek redaktorů. Nic z toho neuskutečnil; navíc se potvrdily informace o kulaté sumě, kterou dlužil tiskárně. Představenstvo ČLnK přijalo rozhodnutí (březen 1999) vypovědět dosavadnímu vydavateli smlouvu a od července 1999 převzít vydávání. Tato změna mimo jiné přispěla k navázání účinnější spolupráce redakce s orgány a sekretariátem komory.

- Po roce 2000 se na stránkách ČČL se nastalo zabydly redakční reportáže a rozhovory z lékárnického terénu, podařilo se zavést a udržet stálé rubriky. Budeme se i nadále snažit, aby co nejvíce našich čtenářů sdílelo pocity kolegyně, která napsala: *Když otevřu časopis a položím ho vedle jiných s více stránkami, na lesklejším papíru a s pestřejší obálkou, napadá mě srovnání: Někdo si postaví dům za hodně peněz, který připomíná výkladní skříň, ale nemá duši. Jiný se léty dopracuje ke stavení zvenčí skromnějším, ale když otevřete dveře, jste tam prostě doma. Jako dům na pevných základech, nepostrádající vkus, nápad ani tu duši, tak beru Časopis českých lékárníků. Jestli nám v něm něco podstatného chybí, je na nás, abychom to tam dodali.* (ČČL)



NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Allium cepa L. – cibule kuchyňská, (*Liliaceae* seu *Alliaceae*)

Allium cepa L. – cibule kuchyňská, (*Liliaceae* seu *Alliaceae*). Většinou dvouletá bylina s cibulí na bazi. Pravděpodobně vznikla ze středoasijského druhu **Allium cepa** var. **sylvestre**. Byla využívána již ve starověku, což dokládají zmínky v bibli, v sumerských textech, léčivé účinky znali Číňané, Indové, Řekové a Egypťané. Při stavbách pyramid sloužila cibule k udržení dobrého zdravotního stavu pracujících dělníků. Dnes se pěstuje v řadě variet a kultivarů.

Synonyma: *Allium esculentum* Salisb., *Allium porrum cepa* Rehb.

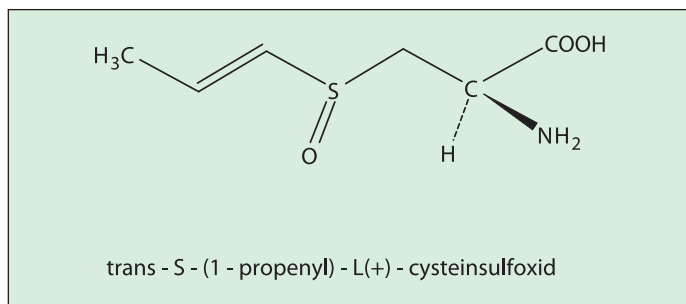
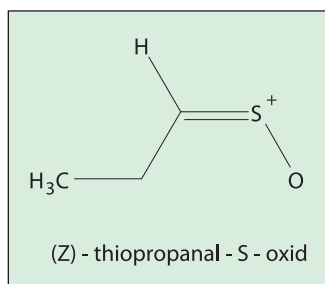
Obecný název: Ciboule (franc.), Küchenzwiebel (něm.), Onion (angl.),

Sbíraná část: bulbus

Droga: *Allii cepae* bulbus

Obsahové látky: v neporušených pletivech se vyskytuje asi 0,5 % různých alkylcysteinsulfoxidů, především 0,2% trans-S-(1-propenyl) – L-(+)-cysteinsulfoxidu (isomer alliinu), alliin (S-allyl-L-(+)-cysteinsulfoxid), S-methyl-L-(+)-cysteinsulfoxid, S-propyl-L-(+)-cysteinsulfoxid, které jsou po poranění buněk štěpeny enzymem alliinasou a vzniká pestrá směs sírných látek: thiosulfonaty, thio-sulfonaty, cepaeny, S-oxidy, S,S-dioxidy, monosulfidy, disulfidy a trisulfidy. Slzotvorné účinky byly prokázány v případě (Z) – thiopropanal – S-oxidu, dále různé aminokyseliny a glutamyl-cysteinové peptidy, flavonoidy zastoupené především kvercetinem a jeho glykosidy, thiamin (0,07 %), vitamin C aj. látky. Difenylamin může být produktem vzniklým z použitých insekticidů.

Účinky a použití: běžná kuchyňská zelenina, vzhledem k nestabilitě sírných obsahových látek převažuje využití v tradiční medicíně. Odkrojená cibule se přikládá na místa po hmyzím vpichu, omezí se bolestivost a zabrání se otokům, obklady z nakrájené nebo krátce povařené nakrájené cibule smísené s fenýklovým plodem přináší úlevu při zánětech močového měchýře, svalových a kloubních bolestech. Odvary nebo šťáva uvolněná po promísání nakrájené cibule s cukrem jsou využívány jako expektorans a desinficiens při nemocech z nachlazení, astmatu, úplavici i jako diuretikum, anthelmintikum, cholagogum, karminativum, afrodisiakum a hypotenzivum.



Zevně k hojení ran, vředů, bradavic, modřin a jizev. Pomocný prostředek při léčbě cukrovky. Cibulový sirup: smísí se 100 g jemně nakrájené cibule, 100 g vody, 70 g sacharózy a 20 g medu. Cibulová tinktura: 100 g jemně nakrájené cibule se maceruje s 300 g ethanolu 65% 10 dnů.

Při laboratorních testech s vodným extraktem nebo šťávou byla zjištěna inhibice růstu bakterií *Escherichia coli*, *Streptococcus spec.*, *Pseudomonas aeruginosa* aj., petroletherový extrakt tlumil množení *Staphylococcus aureus*, silice aktivitu hub *Aspergillus niger* a *Candida albicans*, nejvyšší účinky mají pravděpodobně thiosulfonaty. U myši i králíků byly prokázány hypoglykemické účinky šťávy při diabetu vyvolaném epinefrinem, šťáva podaná sondou morčatům omezovala také spasmy průdušnice i střeva (vyvolané histaminem nebo serotoninem). In vitro i in vivo byla ověřena inhibice shlukování destiček a zvýšení fibrinolýzy. Oproti očekávání studie neprokázaly významný vliv čerstvé cibule na hladinu celkového cholesterolu a triglyceridů, účinný byl ale extrakt v butanolu. Byly zjištěny významné protialergické a protizánětlivé účinky flavonoidů kvercetinu a kempferolu, které inhibují proteinkinázu, fosfolipázu A2, cyklooxygenázu a 5-lipoxygenázu i mediátory zánětu uvolňované z leukocytů, např. histamin. V experimentech omezovaly extrakty otoky vyvolané kyselinou arachidonovou. Dále byla potvrzena tradiční aplikace odvarů z cibule na jizvy, protože 0,5% extrakt významně potlačoval růst lidských fibroblastů, nejvíce keloidních, ale i pocházejících z jizev a embryí. Zajímavé bylo zjištění, že bílkovinná frakce izolovaná z cibule vykazuje antimitotickou aktivitu. Klinické studie potvrzují význam cibule jako stomachika i antisklerotika. K dispozici jsou přípravky k omezení tvorby jizev, léčbě bradavic apod.

Dávkování: běžně 50 g čerstvé cibule denně nebo 20 g sušené cibule.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: slzotvorný (Z) – thiopropanal – S-oxid působí na nervová vlákna v rohovce, která aktivují slzné žlázy. Možné alergické reakce, především kožní. Mutagenita cibule nebyla prokázána. Během těhotenství a kojení raději nepřekračovat dávky obvyklé v pokrmech.

Interakce: zvýšení účinku antidiabetik, dále rostlinných drog s antikoagulačními účinky (jinan dvoulaločný, zázvor, česnek, ženšen aj.) i syntetickými antikoagulancii.

Zdroje: AISLP, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Jellin, J.M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Medline, Toxnet, WHO monographs on selected medicinal plants 1.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrazek a vzorce: autor



Bioekvivalence a generická léčiva (I.)

Cílem tohoto příspěvku je srozumitelné vysvětlení problematiky bioekvivalence a s tím souvisejících požadavků na generická léčiva. Přestože se nebude možné zcela vyhnout farmakokinetice a statistice, důraz bude kladen na maximální srozumitelnost. Bioekvivalenční studie jsou zásadní částí registrační dokumentace (nejen) generických léčiv. Tyto studie popisují biologickou dostupnost lékové formy testované ve vztahu k lékové formě referenční (originální přípravek).



PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D.

Proč je bioekvivalence tak důležitá?

Cílem bioekvivalenční studie je prokázat, že shoda základních farmakokinetických parametrů testovaného a referenčního přípravku je na takové úrovni, že jsou terapeuticky srovnatelné.

Shrme-li to, jsou bioekvivalenční studie potřebné ve dvou základních případech:

1. pro vývoj a výrobu generických léčiv. Doložení bioekvivalence je podmínkou zaregistrování generického léčiva.
2. pro změnu lékové formy originálního léčiva. Mnoho výrobců originálních léčiv upravuje technologický proces při výrobě svých přípravků, např. mění některé pomocné látky či upravují parametry lékové formy. I v tomto případě musí doložit bioekvivalenci s původní lékovou formou.

Jaké farmakokinetické parametry jsou měřeny v bioekvivalenční studii?

Podstatné pro testování bioekvivalence jsou dvě proměnné – rychlost a rozsah uvolňování účinné látky z testované lékové formy do organismu. Tyto dvě proměnné zjišťujeme změřením následujících parametrů:

1. plochy pod křivkou plazmatických koncentrací (AUC), která popisuje celkové množství léčiva přítomného v plazmě, což nám dává informaci o rozsahu uvolňování,
2. maximální plazmatické koncentrace (c_{max}), která je spojena s rychlostí uvolňování,
3. času dosažení c_{max} (T_{max}), který je taktéž spojen s rychlostí uvolňování,

perorálním podání léčiva vypadá, ukazuje obrázek č. 1.

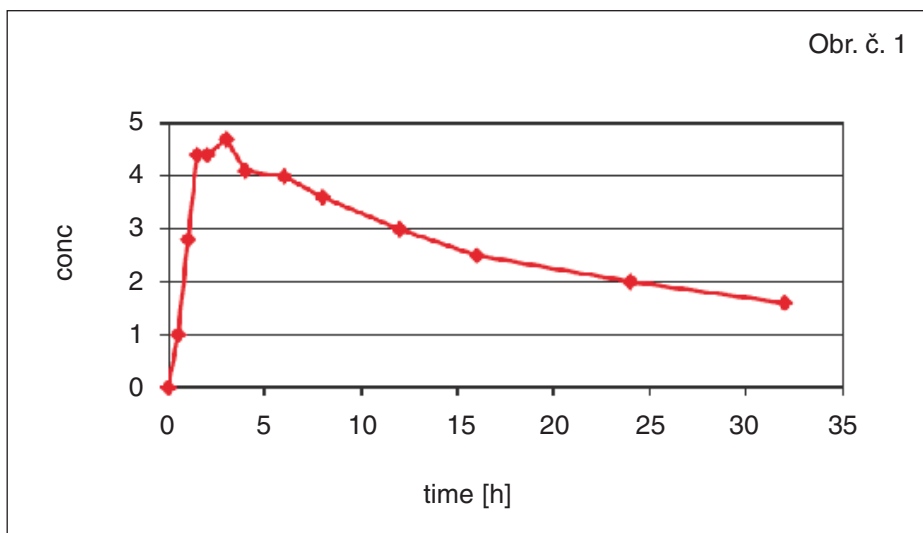
Eliminace léčiva je velmi často tzv. proces 1. řádu – znamená to, že za časovou jednotku mizí z oběhu konstantní podíl léčiva. Představme si to např. tak, že každou hodinu zmizí z krve 20 % z v tu dobu přítomného léčiva, takže s klesající plazmatickou koncentrací klesá i eliminované množství léčiva za danou časovou jednotku. Příklad ilustruje obrázek č. 2.

Pokud je eliminace pravým procesem 1. řádu, dostaneme při logaritmické transformaci změřených plazmatických koncentrací přímou linii. Výsledek této logaritmické transformace ukazuje obrázek č. 3.

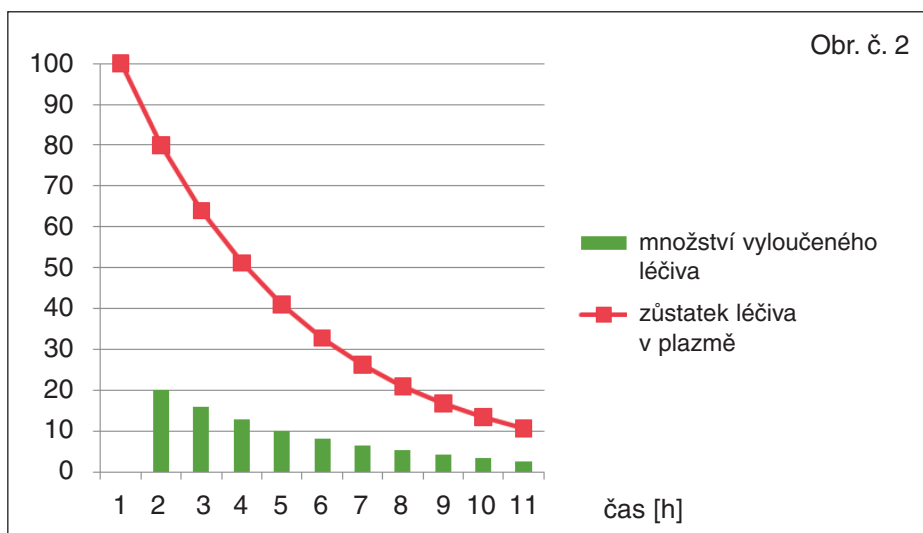
Sklon této linearizované, regresní linie vyjadřuje eliminační konstantu k_{el} . Z k_{el} potom vypočteme $T_{1/2}$ jako $\ln(0,5)/k_{el}$, jinak vyjádřeno $T_{1/2} = 0,693/k_{el}$.

4. eliminační poločas ($T_{1/2}$), který popisuje eliminaci léčiva. Je to odvozený parametr, zjistíme jej přes výpočet eliminační konstanty (k_{el}).

Parametry v bodech 2.–4. zcela určují tvar časové křivky plazmatických koncentrací léčiva. Jak taková typická křivka po



Obr. č. 1



Obr. č. 2

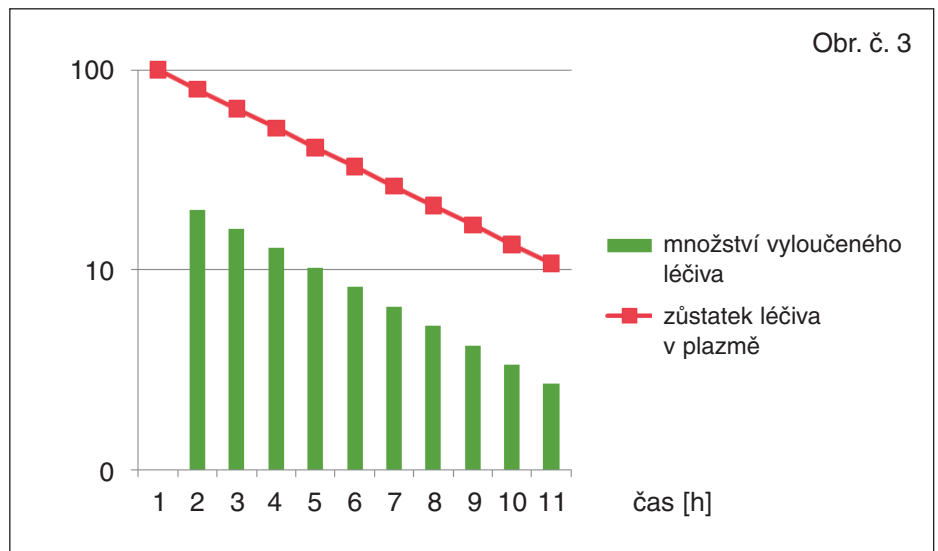
Něco málo k historii bioekvivalenčních studií

Historicky (mluvíme tu o 80. letech) se u bioekvivalenčních studií uplatňoval tzv. *silový postup* (*power approach*). Popíšeme si nejprve tento postup a ukážeme si, čím se od něj současně používaný postup liší. Premisou silového postupu bylo, že rozdíl mezi dvěma přípravky nesmí přesáhnout předdefinovaný, klinicky významný rozdíl (limit bioekvivalence). Pokud tedy musel směřovat k průkazu tohoto předdefinovaného rozdílu. Pokud tento klinicky významný rozdíl nebyl prokázán, musel být faktický rozdíl mezi dvěma přípravky menší, byly tedy bioekvivalentní.

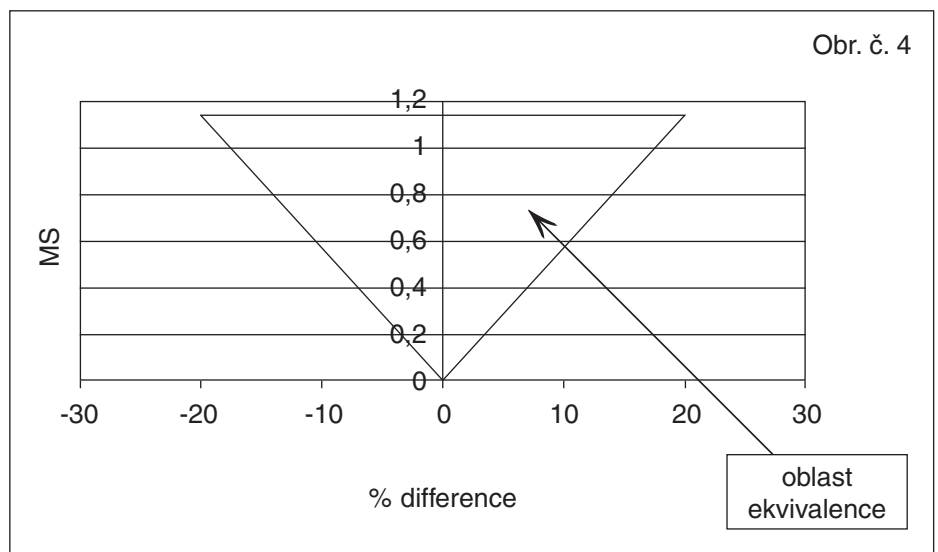
Tento postup měl několik úskalí. Je snadné neprokázat signifikantní rozdíl: experiment s nízkou statistickou silou zachytí jen velké rozdíly. Bylo tedy stanoveno, že studie musí mít dostatečnou sílu, tzn. minimálně 80% sílu, aby zachytila předdefinovaný rozdíl mezi přípravky. Od tohoto požadavku vede přímá cesta k výpočtu velikosti souboru (počtu probandů ve studii), viz vzorec níže. Znovu zopakujme, že klíčovou charakteristikou tohoto silového postupu bylo: pokud ve studijním souboru s dostatečným (na základě výpočtu) počtem probandů není zjištěn signifikantní rozdíl mezi přípravky, je skutečný rozdíl mezi přípravky menší než limit ekvivalence, a ekvivalence tedy musí existovat.

Přesto, že se tento postup jeví jako vědecky správný, obsahuje v sobě vysoké riziko falešného průkazu ekvivalence. Proč? Jak již bylo řečeno, základem této metody je výpočet velikosti souboru, který by měl zaručit, že studie bude mít dostatečnou rozlišovací sílu zachytit předdefinovaný rozdíl.

Na výsledek tohoto výpočtu má zásadní vliv variabilita sledovaných parametrů, vyjádřená jako směrodatná odchylka. Variabilitu hodnocených parametrů ve studii, která teprve bude, ale nemůžeme dopředu znát. Tento výpočet se tak může odvíjet pouze z výsledků dříve provedených studií, použije se ale pro studii, která se teprve bude provádět. Mohlo tedy dojít k situaci, že když variabilita v nově provádě



Obr. č. 3



Obr. č. 4

děné studii byla vyšší než ve studii prováděné dříve, tak tato nová studie postrádala sílu prokázat signifikantní rozdíl.

Za této situace nelze teoreticky vyloučit nekalé jednání, kdy zadavatel studie *a priori* ovlivnil výsledek studie tím, že vybral dobrovolníky s vyšší variabilitou než v dříve prováděných studiích, aby tak snížil pravděpodobnost detekovat signifikantní rozdíly.

Řešením naznačeného problému by bylo zahrnout do studie velký počet probandů. Vypadá to logicky, ale přináší to zvýšení rozlišovací síly studie – přímým důsledkem je tak zvýšená pravděpodobnost nalezení signifikantních rozdílů tam, kde

by zjištěny být neměly. Zadavatel studie je tak trestán za svou důkladnost a čeká jej vysvětlování, že statisticky významný rozdíl není klinicky relevantní, ale byl místo toho způsoben nadměrnou velikostí studie. Popsanou situaci názorně ilustruje obrázek č. 4.

Na ose x je rozdíl mezi hodnocenými parametry dvou přípravků vyjádřený v procentech. Na ose y je směrodatná odchylka hodnoceného parametru (MS – error mean square). Vyznačený trojúhelník představuje oblast ekvivalence. Vidíme, že u metody *power approach* se při vzrůstající směrodatné odchylce měřeného farmakinetického parametru paradoxně mohou zvětšovat rozdíly mezi přípravky, aniž by byla zjištěna neekvivalence, protože je stále těžší prokázat signifikantní rozdíl.

V další části si ukážeme současně používanou metodiku pro průkaz bioekvivalence a hlavní rozdíly oproti dříve používanému *power approach*.

(Pokračování v příštím čísle)

$$N = 2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \frac{\sigma_d^2}{\delta^2}$$

Diagram znázorňuje vztahy mezi proměnnými v rovnici: 'počet probandů' (N) je výsledkem rovnice; 'směrodatná odchylka rozdílu sledovaného parametru' (σ_d^2) je v čitateli; 'předdefinovaný maximální rozdíl' (δ^2) je v jmenovateli.



PharmDr. Petr Rejsek ve slavnostní uniformě respicienta čsl. finanční stráže, správce výkonného úřadu, z roku 1938.

Prvorepublikovým četníkem by dr. Rejsek byl docela rád

Mezi posluchači v sále karlovarského divadla nedávno zasedlo několik četníků v nažehlených prvorepublikových uniformách. Zpěvák Ondřej Havelka a jeho Melody Makers, kteří autenticky interpretují populární hudbu období raného a vrcholného swingu počátku let třicátých až k letům čtyřicátým, z toho byli úplně pať a na okamžik údajně poněkud vypadli z role. A to by se v časech, kdy pánové byli galantní, dámy elegantní a uniforma budila respekt, přece měli cítit jako doma.

Jaroslava Hořanská

Mezi uniformovanými četníky byl i příslušník sboru strážmistrů a vrchních strážmistrů Petr Rejsek (jinak doktor farmacie, občanským povoláním lékárník v Chebu a Aši). Vidět doktora Petra Rejska v uniformě je zážitek. Vypadá, že se pro vojenské sukno narodil – jak se druhdy říkalo – chlap jako jedle, vysoký a štíhlý.

Jak se může stát lékárník četníkem?

„Obdiv k první republice jsem choval už na gymnáziu. Když jsem psal nějakou studentskou práci, pedagogové mi říkali, že mi to jistě přepisoval dědeček, snažil jsem se totiž psát prvorepublikovým jazykem. Hojně výrazů jsem pochytil od prarodičů, ale hlavně z literatury, v první řadě z Čapkových Povídek z jedné kapsy a Povídek z druhé kapsy, kde vystupují četníci, policejní komisař, kapsáři etc. Zájem o tu dobu mě provázel i na vysoké škole. Původně jsem nějaký zvláštní vztah k uniformám neměl, ale jistě mě ovlivnily i prvorepublikové filmy. Začal jsem zjišťovat, zda existuje spolek lidí, které by stejně jako mě zajímalo četnictvo a první republika vůbec. Zpočátku jsem objevil *Četnické pátrací stanice v Praze a v Brně*. A pak jsem zjistil, že v nedalekém Habartově funguje podobné občanské sdružení. Asi před dvěma lety jsem jim napsal, že bych s nimi rád spolupracoval. Důležité bylo také to, že jako vedoucí oddílu skautů jsem zjistil, že jeden z vůdců skautingu z Ostrova nad Ohří je zástupcem velitele právě četnické stanice v Habartově. Než jsem se nadál, byl jsem členem našeho občanského sdružení *Klub 1938 – Četnická stanice Habersbirk* (dnes Habartov). Jsme mimo jiné také regulérní klub vojenské historie.“

Děj musí být autentický

„V té době měl klub jen šest členů, dnes je nás asi třináct, což považujeme již za určitý stop stav,“ vysvětluje Petr Rejsek. „Členy jsou gymnaziální učitel dějepisu, policisté, inženýr, technici, lékárník... Dá se říci, že jde v jistém smyslu o elitní skupinu lidí. A je nás konečně i dost na to, abychom zvládali také významně vyšší počet akcí, kam nás zvou města, vesnice, různé spolky. Předvádíme například dramatické scénky ze života mezi oběma válkami, diváci popatří příběhy jak z rady Vacátka, hrajeme četnické humoresky, scény se střelbou i bez. Dnes už zapojuji i své dcery, jedenáctiletou Alenku a devítiletou Ivku, které předvádějí reklamy z první republiky, například na šampon, který doporučoval Vlasta Burian. A lidi jsou z toho mnohdy úplně vedle.“

Scénky jsou dnes delší a náročnější, vyšetřuje se třeba vražda nebo přepadení. A aby to nebyli jen pobíhající četníci, ale situace byla dramatická, přidává se k nám příbuzenstvo a přátelé oběho pohlaví a rozličného věku. Na jarmarku jsme například hráli scénu, kde lékárník je podveden lehkou ženštinou a četník to vyšetřuje. Po skončení nás přišel jeden z diváků pochválit, jak hezky jsme to zvládli, a zajímal se o naše skutečná povolání. Když se dověděl, že lékárníka hrál lékárník a četníka policista, myslel, že si z něho děláme legraci.

Všechny naše akce, i veselé scénky, mají přesně dané scénáře. Většinou plně odpovídají historické události. To znamená, že předem nastudujeme řadu materiálů, neboť na takových akcích se hlídá autenticita děje, výzbroje, výstroje, vzhledu a chování. Rovněž mluva musí odpovídat tomu, co a koho ztvárňujete. Jestli hrajete Rusa, i kdybyste neuměl nic, musíte se pár slov naučit, nebo předstírat zranění krku a raději mlčet. Většinou to není daleké dokonalosti. Kupř. při rekonstrukci události

z roku 1945 členové spřáteleného klubu *Partyzánská skupina Jan Žižka z Trocnova* dokonce snídali na dobovém tisku, což byla samozřejmě kopie zhotovená zvlášť pro tuto příležitost. Kuřáci pak mají i cigarety a zápalky odpovídající časovému rámci atp. Spolupracujeme ještě s dalšími kluby vojenské historie (KVH), je to například 7. *prapor Stráže obrany státu* v Kraslicích. Dále *KVH Elsa a Waldsteinia*, které mají jako hlavní náplň činnosti historii německé branné moci za 2. světové války. My jim často představujeme protivníky. Jednou jsme předváděli scénu z francouzského odboje, kolega proto vláčel v batohu láhev vína a bagetu. Oni nám na oplátku hrají kompars, zejména henleinovce, příslušníky sudetoněmeckého Freikorpsu.“

Z úvodního vyprávění doktora Rejska, který si dává záležet na prvorepublikové dikci, to vypadá, že jde jen o jakousi povedenou taškařici. Zábava je to určitě také, ale hlavní náplň činnosti klubu je rekonstrukce událostí z roku 1938 v Habartově – tam padly vůbec první výstřely 2. světové války – a v celém západočeském pohraničí, protože k podobným událostem došlo např. i na Chebsku a Sokolovsku a mnohde jinde. To jsou skutečně dramatické scény, kterých se účastní desítky osob přesně rekonstruujících historické dění. Někdy se zapojuje i obrněná technika, tu jim zapůjčují jiné kluby vojenské historie, občas některý klub veteránů poskytne část svého vozového parku.

V Muzeu bezpečnostních sborů

Další osvětovou činností jsou přednášky členů klubu na základních i středních školách, přednášky pro veřejnost. Avšak také pietní akty u pomníků obránců hranic z roku 1938, zejména v Habartově, na Bublavě a v Krajkové, což jsou obce na Sokolovsku. Na obnově těchto pietních míst se *Klub 1938 – Četnická stanice Habersbirk* podílel. Zřejmě asi nejvýznamnějším počinem klubu je vytvoření Muzea bezpečnostních sborů v Habartově na Sokolovsku, jehož otevření bylo předloni dokonce vyhlášeno kulturní událostí Karlovarského kraje. Autory expozice jsou předseda a velitel klubu Jiří Převrátíl (policista), Mgr. Vladimír Bružeňák (středošolský učitel dějepisu) a místopředseda a zástupce velitele klubu Ing. Josef Macke (elektrotechnik). Rozsahem prozatím nevelká, ale obsahem významná expozice je doplněna zajímavým a faktograficky bohatým průvodním slovem.

V doprovodu Petra Rejska oblečeného do slavnostní uniformy finanční stráže jsme se kromě jiného dověděli, že za první republiky každý četník dostával plat, k němuž patřilo i oděvné, za něj si nechával šít uniformu, dále ústrojné, otopné a částka na kuřlavý tabák.

Zvláštní kapitolou je pak hrdinství čsl. četníků, kteří 12. 9. 1938 v Habersbirku (Habartově) odmítli opustit věrnost republiky a na tzv. zněmčeném území změřili rukou henleinovců.

V obsáhlém výkladu není snad jedině hluché místo. Návštěvníky provázejí, jak jinak, členové *Klubu 1938 – Četnická sta-*

nice Habersbirk. Výklad může být i v němčině, což například během loňské Muzejní noci ocenili důchodci z Německa, kterých přijel plný autobus. Někteří z nich patřili k odsunutým (podle nich k vyhnaným) obyvatelům této části republiky. Jeden z nich se dokonce poznal na fotografii, kde mu bylo snad pět let.

V dobově vybavené četnické kanceláři se setkáváme s dalším členem klubu, devětnáctiletým Janem Karou, který je považován za skutečného mistra mnohých řemesel, protože prý není nic, co by nedovedl

Pokračování na další straně



Jako průvodce expozicí Muzea bezpečnostních sborů v Habartově je dr. Petr Rejske (zde v uniformě strážmistra čsl. četnictva z roku 1938) doslova ve svém živlu. Na dolním snímku pohled do služebny Četnické stanice Habersbirk, která je vyhledávanou součástí expozice; za psacím strojem Jan Kara, v popředí motorové kolo zn. Miele.





Pokračování z předchozí strany

přešit, upravit nebo opravit. Za stolem s nezbytným psacím strojem sedí v armádní uniformě z roku 1938. Pro ty, kteří o armádě něco vědí: tato uniforma se skládá z vlněné blůzy vzor 30, kalhot vz. 21, pěchotních ovinovaček, okovaných bot pro pěchotu, polní čepice vz. 21, pěchotního opasku, bajonetu – shodně vz. 24 a dvou dvojsunek k pušce vz. 24. V kanceláři s malými kamínky, stojanem na pušky získaným přímo ze zbrojovky, stolem na spisy, rádiem, trumpetou atd.,

holenice se kdysi daly pořídít třeba za dvě stakoruny, dnes to může být desetkrát víc. Seriál je povedený a vrátil dobré jméno četnictvu, které bylo v dobách minulých dehonestováno. Jak říká doktor Rejsek, vzpomínalo se na ně jen v souvislosti se střelbou do dělníků během tzv. Duchcovské stávký v roce 1931, přestože bylo známo, že tenkrát šlo o selhání jednotlivců.

Mnozí dnešní policisté litují, že nemají postavení četníků za první republiky. Tehdy byl četník vrchnostenskou osobou, sbor měl jinou důstojnost, byl noblesnější, váženější a budil respekt. Na svou dobu



Vlevo doktor Rejsek coby strážmistr čsl. četnictva (1938), vpravo Jan Kara jako vojín čsl. armády (1938).

stojí i funkční motokolo zn. Miele z roku 1939, které od sběratele pro doplnění expozice koupilo město společně s muzeem.

Vrátit četnictvu dobré jméno

Členové klubu získávají uniformy, kterých má každý několik, různými způsoby. Všichni mají v uniformách, výstroji a zbraních uloženy desítky tisíc korun, pokročilejší členové i více. Přes internet kupují zejména výstroj, většinou původní kožené prvky po četnictvu. Další uniformy, třeba Československé armády nebo Finanční stráže Republiky československé, pro ně šijí v jiných klubech vojenské historie. Z uniforem švýcarské armády, které mají strukturu a barvu látky téměř shodnou s tím, co nosili četníci za první republiky, jeden člen klubu, mimochodem policista, přešívá četnické uniformy, protože zná velmi dobře stříhy. K zájmu o problematiku četnictva bezpochyby přispěly populární televizní Četnické humoresky. Nepochybně i proto se věci, které se před pár lety kupovaly za pár stovek, teď pohybují v řádech mnoha tisíců. Kožené

byl velmi progresivní. Vždyť českoslovenští četníci stáli za spoustou nových postupů, které se v kriminalistice používají dodnes.

Na otázku, jestli by chtěl být četníkem, lékárník PharmDr. Petr Rejsek odpovídá: „Vždycky jsem inklinoval k chemii, biologii a přírodním vědám, navíc v rodině je tradice lékařských povolání. Medicínu jsem snad ani studovat nechtěl, ale ve své době se mi farmacie velmi líbila, i studium mi přišlo nesmírně zajímavé. Je škoda, že současná realita je úplně jiná. Určitě bych byl rád prvorepublikovým četníkem, tím víc, co už dnes o četnících vím. A nejde jen o uniformy. Ačkoli to, že na akce jezdíme už ustrojeni, je to tak praktičtější a pohodlnější, bývá mnohdy také legrace. Když nás u benzínky z aut vyleze dvacet, lidé nás okukují a chtějí se s námi fotit.“

A jestli mám pro svoje četnické konání podporu v rodině? Od dětí mimořádnou. A moje paní, rovněž lékárnice, je jistě také velmi šťastná. Říká nám: „Jen si blbněte.“

Snímky: Vladimír VRBOVSKÝ



Vedoucí Českého farmaceutického muzea v Kuksu Mgr. Ladislava Valášková, Ph.D., o sobě právem říká, že byla typické československé dítě, kořeny její rodiny totiž sahají na východ i na západ od Beskyd. Narodila se a žila ve Zvolenu, ale většinu školních prázdnin strávila ve Svitavách. Po úspěšném studiu estetiky na Univerzitě Konštantína Filozofa v Nitře přesídlila do Jaroměře, kam si s sebou přivezla zatím konkrétně nespecifikovaný zájem o tvořivou práci v kulturní instituci. K inzerátu, že Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové hledá odborného pracovníka do farmaceutického muzea, se dostala čistě náhodou. Psal se rok 1999.

▪ **Paní doktorko, vzpomenete si ještě na své začátky? Bylo to hned zkraje „ono“, nebo došlo na klasický střet ideálů s realitou?**

Je pravda, že realita by zpočátku dokázala ledaskoho odradit. Není to jen vysněná práce mezi sbírkami, ale také činnosti, na které potřebujete montérky. Po dnech v zaprášeném depozitáři náhle reprezentativní akce ve formálním oblečení, vzápětí třeba opět do montérek... Jsem za toto poznání vděčná, protože jsem si tak brzy ujasnila, co všechno práce v muzeu obnáší. Pak to už opravdu začalo být ono.

Můj vztah k farmaceutickému muzeu z velké části formoval fakt, že jsem mohla pracovat pod vedením docenta Ruska. Člověka, v jehož osobnosti se vždy snoubily odbornost a lidskost, ať šlo o přístup k problémům nebo jednání s podřízenými. Neúnavně táhl muzeum kupředu od roku 1972 a zanechal za sebou úctyhodné dílo.

▪ **Změnilo se pro vás hodně, když jste se sama stala vedoucí farmaceutického muzea?**

Na nynější pozici jsem se postupně pracovala z řadového zaměstnance, takže ten přerod vůbec nebyl nárazový. Tady musím opět ocenit vliv docenta Ruska, který jako nadřízený dokáže vést tak, že to ani nevnímáte, protože vám zároveň ponechá dostatek volnosti pro vlastní tvořivost.

▪ **Koho teď máte ve svém pracovním týmu?**

Začnu farmaceutem Mgr. Janem Babicou, absolventem brněnské fakulty. S Kuksem se podrobněji seznámil před



S vedoucí ČFM nejen o projektu KUKS – GRANÁTOVÉ JABLKO

devíti lety, kdy zde coby student působil jako průvodce. Stálým zaměstnancem je od října loňského roku. Dále s námi pracuje Mgr. Ladislav Svatoš, historik. Na vysoké odborné úrovni se zabývá muzejní farmaceutickou knihovnou, která čítá pětadvacet tisíc svazků. Na část úvazku zde stále působí docent Václav Rusek. S ohledem na současný zdravotní stav není sice přítomen fyzicky, ale jsme s ním v neustálém kontaktu. Výčet stálých zaměstnanců uzavírá paní uklízečka.

Náš muzejní tým by samozřejmě nebyl úplný bez brigádníků z řad studentů. Bývá jich něco přes dvacet a realizují se nejen v roli průvodců, ale také při práci v depozitáři, kde je zvláště nyní potřeba opravdu každé ruky. Těší nás, že z 80 procent jsou našimi brigádníky studenti farmacie, kteří jsou zasvěcenějšími spolupracovníky než studenti jiných oborů.

▪ **Návštěvní sezóna je v plném proudu, ale kromě zajišťování jejího hladkého průběhu se teď musíte mimořádně pilně otáčet v depozitáři. Co je příčinou?**

České farmaceutické muzeum prostřednictvím svého zřizovatele, FaF UK v Hradci Králové, patří ke klíčovým účastníkům projektu KUKS – GRANÁTOVÉ JABLKO, který je spolufinancován z evropského Integrovaného operačního programu. Nositelem projektu je Národní památkový ústav, územní odborné pracoviště v Jaroměři-Josefově. Součástí pro-

jektu jsou rozsáhlé stavební úpravy v rámci revitalizace historického objektu hospitálu v Kuksu. Kvůli těmto úpravám musíme do 1. října uvolnit část prostor, které zde farmaceutické muzeum využívá. V praxi to znamená přemístění rozsáhlé sbírky muzeálií, zejména stojatek, takovým způsobem, abychom eliminovali možnost znehodnocení exponátů. Pro muzeum je velmi důležité, že nyní využívané prostory nám zůstanou k dispozici i po jejich úpravách, a že také depozit zůstane na Kuksu. Revitalizace námi využívané části objektu je plánována od října do jara příštího roku, musíme však počítat i s tím, že stavební práce se mohou protáhnout, pokud si to situace vyžádá.

▪ **Jak tyto skutečnosti pocítí návštěvníci farmaceutického muzea?**

Předpokládá se, že projekt KUKS – GRANÁTOVÉ JABLKO bude ukončen v letech 2013–2014. My jsme připraveni vyvinout maximální snahu o to, aby veřejně přístupná část Českého farmaceutického muzea zůstala návštěvníkům, kterých ročně bývá okolo dvanácti tisíc, otevřena po celou dobu realizace projektu. Může však dojít k tomu, že práce na revitalizaci hospitálu si omezení provozu muzea vynutí. V takovém případě budeme usilovat, aby omezení trvalo co nejkratší dobu.

**Ptal se a fotografoval
Vladimír VRBOVSKÝ**

Poplatky, bonusy a elektronizace

Do novely zákona č. 48/1997 Sb. schválené PS PČR se Grémiu majitelů lékáren podařilo navrhnout a především prosadit zásadní ustanovení, která řeší několik problémů dlouhodobě diskutovaných lékárenským terémem. Jedná se o povinnost vybírat poplatky, dále o zákaz jakýchkoliv bonusů poskytovaných v souvislosti s výdejem na předpis u léčiv hrazených z veřejného zdravotního pojištění a konečně o prosazení možnosti přístupu zdravotních pojišťoven do centrálního úložiště. U poplatků a bonusů se současně podařilo zakotvit účinné sankce za porušení zákona.

V diskusi na webových stránkách ČLnK se následně k postupu GML vyskytly kritické názory s tím, že by se např. zákaz bonusů dal lépe řešit v teprve připravovaném zákoně o reklamě a že by měl místo pojišťoven jako dozorový orgán působit SÚKL apod. Jsou tyto obavy oprávněné nebo byl naopak postup grémia natolik účinný, že vyvolává pochopitelné protireakce? Pokusím se uvést potřebnou argumentaci pro to, aby si každý čtenář mohl na tyto otázky odpovědět sám.

Jak nepřímou zmiňují i diskutéri na webu ČLnK, o novele zákona o reklamě se stále pouze mluví. Zatímco tedy GML s vynaložením nemalého úsilí úspěšně prosadilo toto ochranné opatření do zákona již schváleného Poslaneckou sněmovnou, kritici pro to neudělali nic, jen hovoří o doplnění zákona o reklamě, který „možná“ a „někdy“ bude projednáván. Pokud je mi známo, taková novela zákona

o reklamě není aktuálně ani v podobě věcného záměru, natož v paragrafovaném znění a není proto ani na programu jednání Poslanecké sněmovny. Přinejmenším ve střednědobém horizontu je tedy výsledek takových snah nulový. Že se už o takovém zákonu o reklamě čas od času hovoří, je sice hezké, ale pro praxi je podstatné to, co se ještě letos dostane do Sbírek zákonů a začne platit.

Současný úspěch GML v kontextu zákona č. 48/1997 Sb. v zásadě nijak nebrání tomu, aby se stejný text později objevil i v zákoně o reklamě, s definicí jako správní delikt, s dozorem některého jiného orgánu (např. SÚKL), pokud by pojišťovny jako dozorový orgán nevyhovovaly. Mimochodem, důvod proč zdravotní pojišťovny nepostihují např. odpouštění poplatků cestou „slev“ je existence metodického pokynu vydaného ministerstvem zdravotnictví, který tvrdí, že je to v pořá-

ku (na změně tohoto GML též usilovně pracuje, je zde příslib náměstka ministra Noska, že metodický pokyn upraví). Z prostředí zdravotních pojišťoven víme, že jim tyto jevy vadí, už proto, že je stojí peníze, ale netroufnou si jít proti stanovisku ministerstva. Kdyby dostal např. v zákoně o reklamě kontrolní pravomoc SÚKL, byl by asertivnější proti názoru MZd než pojišťovny? Nebo by to bylo naopak?

GML vyjednaný výsledek v zákoně 48/1997 Sb. je i bez ohledu na sankci od pojišťoven vymahatelný též jinými cestami, zejména usnadní práci s aplikací práva nekalé soutěže. Přímo v zákoně totiž máme popsáno, že toto jednání je protiprávní. Stačí tedy nalézt příčinnou souvislost s narušením soutěžního prostředí a poškozením jiného soutěžitele, což by v mnoha případech nemuselo být složité. Domníváme se, že v takovém řízení, které může iniciovat např. i poškozená lékárna, budeme mít díky znění zákona, které prosadilo GML, výrazně lepší pozici.

Zvláštní kapitolou je schválený návrh přístupu zdravotních pojišťoven do centrálního úložiště z důvodu kontrolní činnosti. Posouvá to řešení vztahu zdravotní pojišťovny – centrální úložiště dále. GML současně se zaváděním elektronizace jedná a prosazuje odměňování lékáren, na které však zatím po pravdě řečeno nechtějí zdravotní pojišťovny moc slyšet, přestože právě ony získají největší benefit ze získaných úspor. Na jedné straně by se lékárny měly na elektronizaci připravovat, ale na straně druhé nemohou již z principu nést náklady elektronizace pouze na svých bedrech – a to ještě v dnešní situaci, která je k nim ekonomicky velmi nepříznivá.

Připomínám, že IZIP lékárnám, které předávají data, snížil dokonce odměnu za záznam ze dvou Kč na pouhých padesát haléřů. Upozorňujeme proto na nevýhodnost nově stanovených podmínek, a to zvláště v době, kdy se aktuálně jedná o odměňování lékáren v oblasti elektronizace. Pro možnost ukončení spolupráce s IZIP přikládáme vzor výpovědi ze smlouvy na www.verejnelekarenstvi.cz/clanky_a_informace/izip/.

PharmDr. Petr KRPÁLEK
místopředseda GML

JUDr. Ondřej DOSTÁL, Ph.D., LL.M.
právní poradce GML

Co je užitečné vědět o přípravě reagensů a zkoumadel

Někteří lékárníci při přípravě ze surovin nerozlišují, co vlastně (jaký typ výrobku) připravují, a mohli by se při případné kontrole dostat do problémů. Pokud lékárna připravuje zkoumadlo či reagensii, tedy nepřipravuje léčivý přípravek (ze surovin s atestem, určený pro podání lidem nebo zvířatům), může se „nechtěně“ dostat do pozice výrobce zdravotnického prostředku.

K tomu se pak ovšem váže řada povinností vyplývajících ze zákona o zdravotnických prostředcích. Zejména je to splnění oznamovací povinnosti vůči ministerstvu zdravotnictví jako výrobce zdravotnických prostředků, dále je tu povinnost provést testy funkční způsobilosti IVD zdravotnického prostředku, vydat prohlášení o shodě a opatřit zdravotnický prostředek CE značkou nebo připojit k IVD návod k použití.

Vyrábí-li tedy lékárna zkoumadla či reagensie, nastává v praxi jedna ze tří modelových situací:

1. Nejjednodušším případem je, jestliže nemocniční lékárna připravuje zkoumadlo či reagensii **pro vlastní nemocnici** (pod jedním IČZ). V tomto případě nejde o uvádění na trh, jedná se o takzvanou „in-house“ výrobu, a je

Pokračování na straně 29

Činnost hradeckých studentů už druhým rokem aktivně podporuje Grémium majitelů lékáren, které patřilo ke sponzorům zdařilého XL. Farmaceutického plesu. Letos jsme přivítali zapojení GML do výuky na hradecké farmaceutické fakultě, jeho členové budou pravidelně přednášet a předávat své zkušenosti studentům pátých i nižších ročníků.

Zároveň se snažíme spolupracovat na projektu Lékárníci lékárníkům, který má za cíl podpořit čerstvé absolventy farmaceutických fakult, malé soukromé lékárny a zvyšovat úroveň poskytovaných lékárenských služeb v tuzemských lékárnách a nemocnicích. V dnešní době je prakticky nemožné, aby absolvent fakulty po ukončení studií pomyslel na zřízení vlastní lékárny, kde by se mohl o své pacienty starat podle svých představ a ideálů, které získal v průběhu studia. Na ambiciózní a perspektivní studenty se chceme zaměřit a pomoci jim zrealizovat jejich cíle.

Kdo jiný než mladí?

Kdo jiný by měl pozvednout farmaceutické prostředí než mladá generace lékárníků?

Podle našeho názoru může být kvalitní zdravotní péče zachována pouze v konkurenčně zdravém tržním prostředí, kde má soukromý lékárník stejné podmínky prosadit se jako velké lékárenské řetězce makroekonomických nebo nadnárodních subjektů. Naší hlavní prioritou je pokusit se toto prostředí v České republice vybudovat a udržet.

Rádi bychom vyzvali lékárníky, kteří by měli v úmyslu svou lékárnu prodávat, aby nabídky prezentovali studentům a absolventům prostřednictvím Spolku českých studentů farmacie nebo GML.

Po několika velmi zajímavých zahraničních stážích našich studentů musíme konstatovat, že se stále můžeme mnohému

učit. Pro porovnání uvedme například naši poslední odbornou stáž v Japonsku, kde velmi dobře funguje zdravotnictví. Nadchnula nás tamní nezastupitelná role farmaceuta v nemocnici, kde se na každém oddělení nachází klinický farmaceut. Ten navrhuje lékaři léčbu, účastní se vizit pacientů, hlídá kontraindikace a je zcela odpovědný za dávkování a případné chyby v podávání léčiv. Lékaři a farmaceuti spolu úzce spolupracují, vzájemně se doplňují a hlavně respektují. Od toho se také odvíjí počet farmaceutů a lékařů v zemi, který je téměř v poměru 1:1. Japonští farmaceuti se snaží ještě rozšířit svou pravomoc, zejména na preskripční povolení lékárníků přímo v lékárně. Podobně je tomu například v Austrálii. Není toto správná cesta?

Petr MAŠÁT
prezident Spolku
českých studentů farmacie

Na hradecké FaF se letní zahálka nekoná

Letošní nadnárodní kolo Studentské vědecké konference konané 12. května bylo pro hradecké studenty farmacie velice úspěšné, a ti se tak mohli radovat z ocenění svých vědeckých prací. V biologické sekci se podle odborné poroty i poroty firmy Zentiva umístil druhý Tomáš Smutný, v chemické odborná porota udělila první místo Janu Němečkovi a druhé místo Marcelu Drechslerové, která získala druhé místo i od poroty firmy Zentiva.

V sekci dalších farmaceutických disciplín získal třetí místo od odborné poroty Martin Míča. Tito i další studenti, kteří se účastnili jiných kol, jsou živoucím důkazem, že naše fakulta vychovává vědecky kvalitní absolventy a studenty, kteří se nebojí věnovat se svým zájmům nad rámec osnov a povinností.

Počasi jen vybízí ke sportovním aktivitám a i zde se naplňuje *kalokagathia* našich studentů. Namátkou bych rád vybral například 44. místo (ze 404 zúčastněných) v Univerzitním maratonu, které zaběhli Marek Kratochvíl, Jan Šuš, Vojtěch Kvita a Martin Andrš, nebo první místo mužů a druhé žen v 21. ročníku mezinárodního volejbalového turnaje veterinárních a farmaceutických univerzit v Brně.

Ve výčtu mimostudijních aktivit bych ještě rád vyzdvihl historicky první koncert farmaceutické jazzové kapely DiJazzTiva, který proběhl 3. května v po okraj naplněném ATP baru a slavil velkolepý úspěch.

Může se zdát, že Spolek českých studentů farmacie a jeho členové se koncem akademického roku věnovali už jen svým studijním

povinnostem a po nich si dopřejí zasloužený odpočinek. SČSF se však ani během prázdnin neuchyluje k letní zahálce a studenti se například věnují pomoci a organizování programu pro zahraniční studenty, kteří zde budou trávit svou praxi v rámci Student Exchange Program (SEP).

V neposlední řadě se členové SČSF věnují také naprosto unikátní příležitosti ukázat prestiž Farmaceutické fakulty UK a jejích studentů, a nejen jich. V rámci svých aktivit zaznamenal SČSF další úspěch a po vyjednávání s IPSF se mu podařilo získat pořadatelství tradiční a úspěšné studentské konference World Healthcare Student's Symposium (WHSS). WHSS se uskuteční za partnerství světových organizací (WHO, IPSF, IFMSA, EPSA, EMSA), v Praze od 18. do 23. 11. 2011. WHSS se mohou zúčastnit studenti (ale nejen ti) farmacie, medicíny, zubního lékařství, zdravotní sestry a dalších zdravotnických oborů z celého světa. Na programu budou přednášky, workshopy, semináře. Samozřejmě jsou kulturní a společenské akce. Cílem celé akce je spojit a prodiskutovat názory ze všech zákoutí světa, pomoci tak k vytvoření opravdových odborníků ve svých oborech a podpořit mezioborové vnímání zdravotnictví a spolupráci. Více informací najdete na webových stránkách symposia www.whss2011.com.

Jak se tedy můžete přesvědčit i nyní se mnoho studentů snaží naplňovat původní význam slova studium (*snaha, úsilí, zaujetí*) a věnovat své síly a čas práci pro nás ostatní.

Přeji vám příjemné prožití letních měsíců, mnoho pracovních úspěchů, klid a doplnění sil během chvil volna.

Lukáš Dušek
šéfredaktor Nauzea – časopisu SČSF

Co je britský Smokefree program

Jak často se klient ve vaší lékárně zajímá o odvykání kouření? Jak často s ním sami zavedete téma tímto směrem? Kolik letáků týkajících se tohoto tématu nabízí vaše lékárna? Uvádí se, že více než 70 procent kuřáků by rádo přestalo kouřit, ale nevěří, že to dokážou. Závislý kuřák potřebuje tři až sedm pokusů, aby se mu to podařilo.

Mgr. Monika Plchová

Zájem kuřáků o odvykání je vysoký, ale nabízí se otázka, jak často vyhledávají pomoc v lékárnách, a také zda jsou lékárníci připraveni jim pomoci. Inspirací k tomu, jak propagovat odvykání kouření, může být národní Smokefree program ve Velké Británii, kde se vyškolený lékárník stejně jako farmaceutický asistent může stát součástí týmu. Přestat kouřit není nikdy snadné, ale s podporou ve formě konzultace nebo farmakoterapie se úspěšnost značně zvyšuje.

Smokefree program

Ve Velké Británii program Smokefree úspěšně funguje od roku 1999, od svého vzniku již podpořil přes dva a půl miliony

lidí při odvykání kouření a zachránil více než 70 000 životů.

Dvanáctitýdenní program nabízí tři základní možnosti intervence:

- One-to-one support – sedm individuálních setkání.
- Group support – sedm skupinových setkání.
- NRT – nikotinová substituční terapie kombinovaná s pravidelnými setkáními zahrnující odbornou podporu a motivaci.

Program probíhá v celé Anglii, ale přizpůsobuje se místně podle potřeb a složení obyvatelstva, jeho dlouhodobým cílem je úspěšná léčba minimálně 5 procent místní populace kuřáků v období jednoho roku. Podle statistiky z roku 2009 v Anglii kouří 21 procent obyvatel, manuálně pracující lidé pak tvoří 44 procent celé kuřácké populace. Všechny Smokefree programy hradí Národní zdravotnická péče (NHS) v souladu se svým základním principem bezplatné péče pro všechny. Pokud se pacient rozhodne využít substituční nikotinovou terapii, platí za produkty vydané během 10–12týdenního programu stejnou cenu jako za jednu položku na receptu.

Program nabízený v lékárnách a v ordinacích praktických lékařů je méně efektivní než intervence v odborných zařízeních,

přesto jsou však lékárny i ordinace jeho cennou součástí. Zajišťují totiž větší výběr a flexibilitu při rozhodování pacienta, jaký způsob podpory odvykání zvolí.

Překonat prvních pár dnů je nejnáročnější, proto často pokus přestat kouřit selhává hned na začátku.

Stejnou úroveň a kvalitu této služby v celé zemi zajišťuje jednotný národní systém školení pro budoucí poradce. Dvoudenní školení shrnuje tematiku odvykání kouření v několika kapitolách, konzultanty pro těhotné ženy nebo mladistvé čekají další kurzy.

Poradenství v lékárně

V lékárnách je program založen na pravidelné konzultaci i výdeji substituční nikotinové terapie. V lékárně v jihoanglické Herne Bay, kde jsem působila jako lékárnice po dobu jednoho roku, byly vyškoleny tři kolegyně, aktivně se však poradenství v rámci možností a vytíženosti lékárny věnovala pouze jedna z nich. Během 12 měsíců se k ní přihlásilo 11 pacientů, z nichž program úspěšně ukončili čtyři, tedy 36 % zúčastněných. NHS považuje za úspěch 35 až 70 % účastníků, kteří program dokončí. Podle odborné poradkyně Sharon Whittaker je program oblíbený a osloví často i nedostatečně motivované zájemce, ti však v prvních několika týdnech bývají zklamáni, že nikotinové náplasti nebo jiné produkty neřeší zcela nutkání zakouřit si. Říká: „I s poskytnutím nikotinových náhražek stále platí, že nejdůležitější při odvykání, a to zejména v prvních týdnech je síla vůle a odhodlání pacienta s kouřením přestat.“ Je potřeba připravit se na krizové situace (touha zakouřit si, tzv. craving, netrvá déle než dvě minuty, je proto důležité dopředu naplánovat, jakou jinou aktivitou v danou chvíli kuřák svou cigaretu nahradí). Diskuze a zpětné vyhodnocení krizových situací při pravidelných týdenních setkáních pak pomáhá odvykajícímu pacientovi připravit se na stejnou krizovou situaci v budoucnu. Obecně platí, že značné procento zájemců ukončí program předčasně již v jeho začátku, zlomovým bodem bývá zejména setkání v třetím týdnu.



Odborná Smokefree poradkyně Sharon Whittaker (vpravo) s autorkou článku Monikou Plchovou při propagaci No smoking Day v lékárně v Herne Bay.

Ve stejném čase naše lékárna pravidelně poskytovala nikotinovou substituční terapii 31 pacientům, kteří odbornou konzultaci absolvovali se zdravotními sestrami v místní klinice. V těchto případech je lékárna poskytující nikotinové produkty bez odborné konzultace, povinna vést evidenci všech účastníků programu a vydaných NRT produktů (nejčastěji nikotinové náplasti, po tři týdny mohou být bezplatně předepsány v kombinaci s nikotinovými inhalátory). Lékárník je povinen s každým novým klientem vyplnit formulář a podat základní informace o možnostech odvykání, i přestože další

kova stavu, ale současně je i motivačním nástrojem. Jedná se o neinvazivní, finančně nenáročnou metodu založenou na měření množství CO ve vydechnutém vzduchu. Měření je snadné, rychlé a výsledek je spolehlivý.

Výsledek se udává v jednotkách ppm, přičemž platí, že 6 ppm představuje 1% karboxyhemoglobinu v krvi. Hodnoty CO vypovídají o množství vdechovaného kouře a jsou přesnějším ukazatelem než jen počet vykouřených cigaret za den. Neexistuje jeden daný limit CO pro rozlišení kuřáka od nekuřáka a různé guidelines udávají jiné hodnoty. Např. v Londýně je

Pokračování ze strany 26

jedno, zda víme, jaký je účel použití. V tomto případě není problém ani s výší DPH, protože je to „vnitropodnikové“ účtování, ke kterému se DPH nevztahuje.

2. Lékárna připravuje pro další osobu či zařízení **zkoumadlo**, obecný výrobek, u kterého není předem určen účel použití. V tomto případě výrobek spadá pod základní sazbu DPH (tedy 20%) a musí splňovat jen obecné požadavky na výrobky a požadavky zákona o chemických látkách a přípravcích.

3. Lékárna připravuje pro třetí osobu nebo zařízení **in vitro diagnostikum**, u kterého je předem daný účel použití, a tím je třeba diagnóza nebo monitorování nemoci. V takovém případě jde o IVD zdravotnický prostředek, který musí kromě výše uvedených obecných požadavků splňovat rovněž požadavky podle zákona o zdravotnických prostředcích. Lékárna se pak stává výrobcem zdravotnických prostředků s řadou povinností, jak je uvedeno výše. Jedinou výhodou této varianty je, že vyrobený zdravotnický prostředek spadá do snížené sazby DPH, tedy je zdaněn jen 10% sazbou. Podle mého názoru tento případ přináší tolik povinností, že je pro většinu lékáren velmi obtížně realizovatelný.

Jako konkrétní příklad z praxe uvedu např. přípravky jako Sol. acidi sulfosalicylici 20%, D.S. diagnóza proteinurie; Sol Temesvary, D.S. test na únik plodové vody, které jsou v některých regionech běžně lékaři požadované (a předepisované na recept či žádanku). V popsaných případech nejde o léčivé přípravky, protože nejsou určeny pro podání lidem nebo zvířatům, ale o IVD, neboť je znám (z předpisu vyplývá) určený účel použití, kterým je diagnóza či monitorování onemocnění. Přípravu resp. výrobu na základě takového předpisu (s uvedeným označením „diagnóza proteinurie“, „test na únik plodové vody“ apod.) je nutno považovat za výrobu zdravotnického prostředku.

Pokud se nechceme stát výrobcí IVD se všemi z toho vyplývajícími povinnostmi, je pro nás lékárníky vhodné, aby se neuvádělo (z receptu či žádanky to **nebylo patrné**), k čemu má výrobek sloužit.

Mgr. Hana ŠNAJDROVÁ

Úspěšnost při odvykání kouření podle postupu

síla vůle	3 %
substituční nikotinová terapie + stručná odborná rada	10 %
substituční nikotinová terapie + intenzivní podpora ve formě pravidelné odborné konzultace	20 %

Úspěšnost při odvykání kouření podle místa

v lékárně	46 %
u stomatologa	49 %
v odborném Smokefree zařízení	54 %
ve vězení	61 %

pravidelné konzultace v rámci Smokefree programu probíhají v jiném zdravotnickém zařízení. Aby mohla lékárna tuto službu výdejce NRT poskytovat, musí lékárník absolvovat přibližně dvouhodinové individuální školení, které se svým obsahem odlišuje od školení odborných Smokefree poradců. V případě lékárníka se jedná spíše o shrnutí informací o efektu nikotinu na organismus, interakce nikotinu s léky. Získá i přehled o farmakoterapeutických možnostech s důrazem na rozdílné profily různých nikotinových náhražkových produktů. Dále mohou v rámci svého celoživotního vzdělávání bezplatně získat přibližně sedmihodinový program na CD.

Měření CO při poskytování konzultace

Existuje více markerů, které lze využít k sledování compliance při odvykání kouření, např. měření nikotinu, kotininu nebo oxidu uhelnatého.

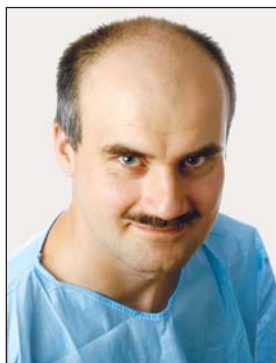
Právě monitoring CO při výdechu se pravidelně při Smokefree programu využívá, funguje nejen jako kontrola kuřá-

za mezni hodnotu bráno 10 ppm (s ohledem na zatížení životního prostředí), v jiných guidelineech se používá jako mezni hodnota 6 ppm. Naměřené hodnoty u nekuřáka bývají většinou ještě nižší, okolo 3 ppm. Naopak v případě pacientů s CHOPN se hodnoty CO v důsledku chronického zánětu dýchacích cest mohou pohybovat okolo 10 ppm i když pacient nekouří. Hodnoty CO u kuřáka při prvním vstupním měření bývají přes 20 ppm, u extrémních kuřáků dosahují hodnoty více než 90 ppm, což odpovídá 15% karboxyhemoglobinu v krvi. Hodnoty CO v krvi klesají na polovinu za 5–6 hodin a dosahují hodnot nekuřáka přibližně po 24 hodinách po vykouření poslední cigarety.

**Autorka pracuje
v Lékárně U Pottingea v Olomouci**

Použité informace: Propagační materiály Smokefree programu; NHS Stop Smoking Services: service and monitoring guidance 2010/2011; Stop Smoking Service, Eastern and Coastal Kent Level 2 Training Pack

Lutein v těhotenství a kojení



Suplementace karotenoidu luteinu je nejčastěji spojována s makulární degenerací. Obvykle je doporučováno dlouhodobé užívání. V takovém případě je lutein zdrojem i dalších biologických účinků. Proto je důležitá znalost dostupných farmakokinetických a jiných průkazů například popisujících vztah mezi užíváním luteinu a těhotenstvím, kojením.

Mgr. Tomáš Volný

Farmakokinetická studie provedená u dospělých mužů a žen v Číně ukázala, že 12 týdenní perorální užívání denních dávek 6 mg a nebo 12 mg luteinu (3,3'-dihydroxy- α -karotenu) vedlo k prokazatelnému zvýšení plazmatických koncentrací luteinu. Po vysazení dalších 6 týdnů zvýšené plazmatické koncentrace luteinu pozvolna klesaly k hodnotám před suplementací. U závislosti mezi užívanou denní dávkou a plazmatickou koncentrací nebyl zjištěn žádný statisticky významný vliv pohlaví. Podobný průběh závislosti prokázali švýcarští autoři při dlouhodobém podávání denní dávky 1 a 10 mg izomeru zeaxanthinu (lutein a zeaxanthin mají stejný molekulární chemický vzorec $C_{40}H_{56}O_2$ a stejnou molekulovou hmotnost 568,871440 g/mol; liší se prostorovým uspořádáním molekul; často se vyskytují ve směsi, lutein může obsahovat asi 8% podíl zeaxanthinu), kde 42denní užívání denní dávky 1 a 10 mg vedlo u zdravých dobrovolníků k 4násobnému a 20násobnému zvýšení průměrné plazmatické koncentrace zeaxanthinu ($0,048 \pm 0,026 \mu\text{mol/l}$), k ustálení plazmatických koncentrací došlo u > 90% probandů po 17 dnech užívání. Také němečtí autoři sledovali závislost mezi 42denním užíváním denní dávky 4,1 a 20,5 mg luteinu a zvýšením plazmatických koncentrací. Při užívání denní dávky 4,1 mg luteinu zjistili asi 3,5násobné zvýšení plazmatické koncentrace luteinu a u denní dávky 20,5 mg zjistili asi 10násobné zvýšení plazmatické koncentrace, u > 90% probandů došlo k ustálení plazmatických koncentrací po 18. dni užívání. Ve všech studiích byl lutein a zeaxanthin velmi dobře tolerován. Z uve-

deného je patrná velmi dobrá biologická dostupnost luteinu/zeaxanthinu a poměrně rychlý nástup biologických účinků. V severní Itálii byla ve studii u 21 těhotných žen ve věku 24–42 let v posledním trimestru sledována závislost mezi koncentracemi luteinu v mateřském mléce (v časně laktaci), plazmatickou koncentrací a alimentárním příjmem luteinu. Autoři zjistili signifikantní závislost obou sledovaných koncentrací na alimentárním příjmu luteinu, lutein velmi snadno přechází do mateřského mléka. Významná je prospektivní, randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrovaná klinická studie se souborem 232 novorozenců (ve věku ≤ 14 dnů), kterým byla podávána náhrada mateřského mléka fortifikovaná luteinem (200 μg luteinu/litr) nebo náhrada bez fortifikace luteinem po dobu 16 týdnů a byl sledován vliv na jejich růst (byla měřena hmotnost, obvod hlavy a délka těla). Autoři zjistili, že novorozenci v obou souborech vykazovali přiměřený růst a vývoj, nebyl zjištěn žádný statisticky významný rozdíl mezi experimentální a placebovou skupinou a obě náhrady mateřského mléka byly po celou dobu klinické studie velmi dobře tolerovány. V jiné randomizované, dvojitě zaslepené klinické studii autoři na souboru 26 novorozenců po dobu 12 týdnů sledovali sérové koncentrace luteinu u novorozenců krmených pouze mateřským mlékem (průměrná koncentrace luteinu 21,1 $\mu\text{g/litr}$) nebo mléčnou náhradou fortifikovanou luteinem (20–225 μg luteinu/litr) nebo mléčnou nefortifikovanou náhradou. Po 12 týdnech byly průměrné sérové koncentrace luteinu (69,3 $\mu\text{g/l}$) u novorozenců krmených mateř-

ským mlékem asi 6krát vyšší než průměrné sérové koncentrace luteinu (11,3 $\mu\text{g/l}$) u novorozenců krmených nefortifikovanou mléčnou náhradou. Uvedená zjištění naznačují nejen důležitou fyziologickou úlohu luteinu pro růst plodu a novorozence. Fortifikaci mléčné kojenecké náhrady luteinem lze v tomto kontextu považovat za racionální. Za rozumnou lze považovat i suplementaci nízkými denními dávkami luteinu (asi 1–5 mg luteinu/den) u těhotných a kojících žen. Loni byla zveřejněna odborná zpráva o perorálním podání luteinu (jednorázově v dávce 0,5 mg/kg, 52 hodin po narození) u 10 předčasně narozených, zdravých dětí s cílem podpory vývoje žluté skvrny oční sítnice a vidění. Mezi 6–24 hodinami po podání bylo u novorozenců pozorováno významné zvýšení plazmatické koncentrace luteinu a po 120 hodinách se koncentrace vrátily k hodnotám před podáním. Suplementace luteinem pravděpodobně vede i ke změně antioxidační kapacity krve. Potvrzují to výsledky randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studie, kde byl 20 zdravým novorozencům (12 až 36 hodin po porodu) perorálně podán lutein. Po 48 hodinách po podání bylo zjištěno signifikantní zvýšení antioxidační aktivity plazmy (jako markery byly sledovány koncentrace hydroperoxidů a biologický antioxidační potenciál). Uvedené poznámky představují určitý posun v obecném vnímání doplňkového užívání luteinu, které je nyní převážně doporučováno s cílem chemopreventivní eliminace rizika makulární degenerace u starších osob. Přestože z doposud publikovaných průkazů není možné jednoznačně definovat benefitnost suplementace luteinu u žen v období těhotenství a kojení, je v nízkých denních dávkách spíše příznivá a nebyl pozorován její negativní vliv na vývoj plodu a růst kojence. Za velmi vhodnou lze však považovat fortifikaci náhrady mateřského mléka luteinem v koncentracích ekvivalentních mateřskému mléku.

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



V září si připomínáme ze světových dnů sponzorovaných WHO: Světový den orálního zdraví, Světový den Alzheimerovy choroby, Světový den srdce a Světový den vztekliny. Ze světových dnů podporovaných WHO pak Světový den první pomoci, Světový den prevence sebevražd a Mezinárodní den míru.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Světový den orálního zdraví

Ústní hygieně se lidé věnovali od nepaměti. Existují záznamy, že před 3 500 lety používali Babylóňané k čištění zubů žvýkací tyčinky. Onemocnění dutiny ústní se vyskytují u 75–95 % populace a odhadem

stojí členské státy EU ročně 54 miliard eur.

Orální zdraví je stav bez chronické bolesti dutiny ústní a tváře; maligních novotvarů v oblasti dutiny ústní, čelistí a krku; vředovitých onemocnění v dutině ústní; vrozených vad jako jsou rozštěp rtu a patra; dále bez periodontálních onemocnění, zubních kazů a ztráty zubů a dalších onemocnění, která mohou ovlivnit dutinu ústní. Rizikovými faktory pro vznik onemocnění dutiny ústní jsou nesprávné stravovací a výživové návyky, kouření, nadměrné užívání alkoholu a nedostatečná orální hygiena.

Světový den orálního zdraví připadá na 12. září jako pocta dr. Charlesi Gordonovi (nar. 12. 9. 1854), zakladateli Světové dentální federace (Fédération Dentaire Internationale, FDI). Federace vznikla roku 1900 v Paříži s cílem rozvíjet zubní lékař-

kvalitu lidského života. Pokud jde o rizikové faktory, prevenci a léčbu, zůstává zatím mnoho otázek bez odpovědí. Péče o nemocného je velmi náročná. **V České republice tímto postižením trpí přibližně 120 tisíc lidí. Celosvětově se jejich počet odhaduje na 37 milionů a neustále se zvyšuje.** Alzheimerova choroba je považována za tichou epidemii lidstva.

Světový den Alzheimerovy choroby byl založen 21. září 1994 u příležitosti 10. výročí vzniku Mezinárodní alzheimerovské asociace (Alzheimer's Disease International, ADI). Tvoří ji 71 sdružení, která se věnují Alzheimerově chorobě na celém světě, s oficiální podporou WHO od roku 1996. Cílem ADI je zlepšit kvalitu života nemocných a jejich rodin na celém světě; své úsilí soustřeďuje na zvýšení povědomí veřejnosti o demenci.

Témata Světového dne Alzheimerovy choroby jsou vyhlašována od roku 1997; naleznete je v tabulce.

SVĚTOVÉ DNY WHO září

ství jako vědu a umění, přispívat k výměně zkušeností a informací v oboru mezi všemi zubními lékaři světa, přispívat ke zdravému životnímu stylu a pečovat o blaho a spokojenost pacientů.

Česká stomatologická komora je řádným členem FDI od října 1996.

Světový den Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k zániku mozkových buněk a následnému ubývání mozkové hmoty, současně k ubývání acetylcholinu. Ten zajišťuje přenos informací mezi mozkovými buňkami, jehož narušení vede spolu s úbytkem buněk k významnému narušení mentálních a intelektuálních funkcí. Projevy choroby negativně ovlivňují nemocného i jeho okolí. Jde o zapomínání (neschopnost vzpomenout si nejen na nedávné události, ale také na jména členů rodiny, na adresu bydliště), neschopnost řešit běžné problémy každodenního života, častá dezorientovanost (nemocný se ztratí i na známých místech), změny osobnosti (úzkost, lhostejnost, ztráta zájmu o věci a lidi, zmatenost, uzavírání se do sebe, špatný úsudek, stres při jakémkoli rozhodování, podezřívavost). Typická je nesouvislá řeč, omezená schopnost vyjádřit myšlenku, namáhavé hledání správných slov, opakování slov a dlouhé odmlky.

Alzheimerova choroba výrazně snižuje

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) se k této tradici připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Od roku 2001 si tento den připomíná jako Pomerančový den. Cílem ČALS (jejím symbolem je vážka) je podporovat pacienty postižené syndromem demence a jejich rodiny. Během Pomerančového dne je společnost upozorňována na problematiku Alzheimerovy choroby, jsou distribuovány informační materiály a pořádány další akce.

Od roku 2005 je datem konání Pomerančového dne 21. červen (v ČR má jméno Alois) na počest Aloisia Alzheimera (14. 6. 1864–19. 12. 1915), německého psychiatra a neuropatologa, který jako první charakterizoval změny v mozkové kůře, symptomy onemocnění nyní známého jako Alzheimerova choroba. Na vědecké konferenci v listopadu 1906 popsal poprvé formu demence na případu psychicky narušené ženy Augusty D., která zemřela ve svých pětapadesáti letech.

Na závěr připomeňme Evropskou chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe:

„Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují: ■ správnou a včasnou diagnózu, ■ dostatek informací a porozumění, ■ zdravotní a sociální služby. Mají právo podílet se na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a na co nejlepší v jejich zemi dostupný zdravotní i sociální servis.“

Literatura u autora

Rok	Téma
1997	Závod s časem
1998	Výzkum dává naději
1999	Koho to zajímá?
2000	Kvalita života
2001	Diagnóza demence: První krok k pomoci
2002	Stáří nebo nemoc? Poznávání demence
2003	V perfektním vztahu
2004	Není času nazbyt
2005	Můžeme udělat rozdíl
2006	100 let Alzheimerovy choroby: Není času nazbyt
2007	Není času nazbyt: Lidé s demencí, promluvte!
2008	Není času nazbyt: Zaměřeno na ošetřovatele
2009	Diagnóza demence: Rozpoznejme ji dříve
2010	Demence: Je načase konat
2011	Tváře demence

Tajemství kufříku profesionála

Rich Karlgaard radí byznysmenům v letošním dubnovém čísle slovenského vydání časopisu Forbes. Stručně a s drobnými poznámkami uvádíme některé z jeho rad. Podle nich se skutečný profesionál nikdy nevydává na pracovní cestu, aniž by jeho manažerský kufřík postrádal následující obsah.

– **abych nezaspal:** přípravek s melatoninem nebo výtažek z kozlíku lékařského; – **abych se vzbudil:** tablety ze zeleného čaje; – **po opici:** koktejl z vody, Gatorade, Red Bullu a šumivých tablet, které snižují aciditu v žaludku (**Gatorade** = nápoj obsahující vodu, glukózový sirup, sacharózu, kyselinu citronovou, regulátor kyselosti citrónan sodný, chlorid sodný, dihydrogenfosforečnan draselný, emulgátory E414 a E 445, uhličitán hořčnatý, aroma, barviva: E 104, E 110; **Red Bull** = nápoj obsahující perlivou vodu, kofein, taurin, glukuronolakton, inositol, vitaminy B₃ (niacin), B₅ (kyselinu pantothenovou), B₆ (pyridoxin), B₁₂ (kyanokobalamin), sacharózu, glukózu, regulátor kyselosti, citrónan sodný, aroma, barviva: karamel, riboflavin); – **abych se soustředil před velkým projevem:** antihistaminikum, které má i povzbuzující účinky (v Americe například Claritin-D, obsahuje loratadin a pseudoefedrin); – **pro dobré zdraví:** multivitamin, omega-3 nenasycené mastné kyseliny, bohatý pitný režim; – **na nemocná záda, strnulé svaly, migrénu:** ibuprofen, náplast; – **na zastavení rýmy a chřipky:** tablety s bylinným komplexem na imunitu, malý sáček se solí na kloktání. (JK)

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP,
Spolek moravskoslezských farmaceutů
pořádají

XCVI. přednáškový večer

Uskuteční se

21. září 2011 v 18.30 hodin

ve velkém sále Domu techniky
v Ostravě-Mariánských Horách.

Téma: Obezitologická poradna –
praktické zkušenosti lékařů

Přednáší MUDr. Zdeněk Hrdlička,

MUDr. Kamil Urbánek,

Interní odd., Bílovecká nemocnice

4 body v KV lékárníků, 1 kredit pro FA

VÝZNAMNÁ JUBILEA

červenec 2011

85 let

PhMr. Eva Papežová (OSL Praha 6)

80 let

RNDr. Kristian Svoboda (OSL Praha 1)

75 let

Prof. RNDr. Václav Suchý, DrSc.
(OSL Brno + Brno-venkov)

70 let

Mgr. Mária Hanáčková (OSL Louny)
Mgr. Marie Klofcová (Ústí nad Labem)
RNDr. Alena Křupková (OSL Vsetín)
Mgr. Marta Stránská (OSL Praha 10)

60 let

PharmDr. Miroslav Děták
(OSL České Budějovice)
Mgr. Václav Jáchim (OSL Klatovy)
Mgr. Alice Janečková
(OSL Brno + Brno-venkov)
RNDr. Luisa Krajčiová (OSL Praha 7)
Mgr. Martina Lukášová (OSL Kladno)
PharmDr. Ivo Mareček (OSL Liberec)
RNDr. Iva Mendelová
(OSL Brno + Brno-venkov)
Mgr. Jitka Najbrtová
(OSL Brno + Brno-venkov)
PharmDr. Hana Nováková
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Bronislava Otmarová
(OSL Kroměříž)
Mgr. Anděla Pieczonková
(OSL Frýdek-Místek)
RNDr. Karel Rada
(OSL Brno + Brno-venkov)
Mgr. Petruše Špirková
(OSL Praha-východ)
Mgr. Jana Vacková (OSL Ostrava)

50 let

PharmDr. Josef Baďura (OSL Hodonín)
Mgr. Jana Čejková (OSL Karlovy Vary)
Mgr. Irena Geryková (OSL Nový Jičín)
Mgr. Hana Humeniuková (OSL Ostrava)
PharmDr. Karel Kunc (OSL Praha 6)
Mgr. Dana Mikulcová (OSL Zlín)
PharmDr. Hana Mlezinová (OSL Tábor)
PharmDr. Hana Nárožná (OSL Praha 5)
PharmDr. Libuše Neumitková
(OSL Strakonice)
PharmDr. Daniela Pešová
(OSL Nový Jičín)
PharmDr. Iveta Pfeiferová (OSL Náchod)

PharmDr. Markéta Richterová
(OSL Pardubice)
Mgr. Marie Svobodová (OSL Praha 9)
PharmDr. Hana Štěchová
(OSL Pelhřimov)
PharmDr. Monika Švehlová
(OSL Plzeň-sever)
PharmDr. Tamara Troppová
(OSL Brno + Brno-venkov)
Mgr. Taťána Vacková (OSL Praha 10)
PharmDr. Olga Vlková (OSL Praha 9)
Mgr. Václav Zubr (OSL Jičín)

srpen 2011

80 let

Mgr. Ludmila Nevšimalová (OSL Louny)

75 let

Mgr. Marie Tůmová (OSL Praha 6)

70 let

RNDr. Eva Fürstová (OSL Praha 4)
PharmDr. Ing. Jiří Zimák, CSc.
(OSL Pardubice)

60 let

RNDr. Zdislava Bláhová (OSL Znojmo)
PharmDr. Marie Brandejsová
(OSL Náchod)
Mgr. Katarína Dětáková
(OSL České Budějovice)
Mgr. Miluše Hulínová
(OSL Karlovy Vary)
Mgr. Věra Karešová (OSL Pardubice)
RNDr. Zlataše Kendziorová
(OSL Karviná)
Mgr. Ludmila Legerská
(OSL Frýdek-Místek)
Mgr. Hana Mašínová (OSL Semily)
Mgr. Květoslava Mlíková (OSL Plzeň)
RNDr. Eva Šikolová (OSL Liberec)
Mgr. Dagmar Vodičková (OSL Kolín)
Mgr. Libuše Vondroušová (OSL Kolín)
Mgr. Hana Vršková (OSL Zlín)
RNDr. Marie Vyhnalíková (OSL Břeclav)

50 let

PharmDr. Miloš Fiala
(OSL České Budějovice)
PharmDr. Jaroslav Hruška
(OSL Hradec Králové)
PharmDr. Hana Kuříková (OSL Písek)
Aff. Elena Podrázská (OSL Praha 9)
PharmDr. Hana Šenková
(OSL Uherské Hradiště)
PharmDr. Magdalena Šrubařová
(OSL Praha 10)

Upřímně blahopřejeme!

(člnk)

Tyroni na jubilejní zemské výstavě

Za vedení našich učitelů pp. magistrů K. Schürera a B. Krafta, navštívili jsme co posluchači tyronského letního běhu jubilejní zemskou výstavu, kdež prohlédli jsme si přemnohé pro náš stav zajímavé objekty. Nemohu vše co krásného a poučného nám učiteli našimi bylo ukázáno uvést, chci se jen stručně zmínit o některých objektech námi prohlédnutých.

Hned u vchodu prohlédli jsme si kamna sestavená dle patentu Řivňáčova, pro vytápění kouřem, jenž u obyčejných kamen nezuzitkován uniká do vzduchu. Podobné topení hodilo by se též pro lékárny, kdež přímé vytápění uhlím jest jednou z příčin vyvinování se prachu a j. nepříjemností. Též Roubíčkův americký domek z vlnitého plechu jsme si v těchto končinách výstavy prohlédli.

V pavillonu teplické továrny na šamotové zboží prohlédli jsme si pec (muflí) pro vypalování sign. porcelánových nádob lékárnických, jaká používá se též v odborném závodu K. Schürera.

V zahradnickém oddělení našli jsme některé farmaceuticky upotřebené byliny jako Aconitum atd.

V originální budově, v níž umístěno jest papírnickví, zajímaly nás velice suroviny, z nichž tento se vyrábí.

Též v budově pro školství našli jsme mnoho poučného, rovněž v budově, kdež mimo jiné umístěn jest chemický průmysl, drogy atd. Při každé skříni byli jsme našimi učiteli na nejzajímavější předměty zvláště upozorněni.

Navštívili jsme pak ještě pavillon cukrovarnický, skupinu pro patenty, kdež obdivovali jsme se analytickým váham Nemptzovým a vstoupili jsme pak do hlavního paláce, kdež důkladně prohlédli jsme si skupinu lékárnickou, kdež našli jsme mnoho poučného a zajímavého. Ukončivše zde pro pokročilý již čas svoji pouť usnesli jsme se, že ještě častokrát výstavu navštívíme.

Časopis českého lékařnictva, 3. července 1891, str. 254

Přechovávání pijavek dle Peltze

Ku přechovávání pijavek dal si lékárník Peltz zhotoviti polévanou hliněnou nádobu se zahnutým okrajem 40 cm zvýši a 30 cm v průměru; táž měla po straně, asi 5 cm nade dnem, otvor k odtékání vody, jenž korkovou zátkou se uzavíral. Do nádoby té dal dobře vymytou rašelinu v podobě cihly, na to pak tolik říční vody, co by rašelina jen byla ponořena, načež dal do toho 100 nebo více pijavek, dle velikosti, zavázal nádobu hrubým plátnem a postavil na místo, prosté čpavku, teploty méně než 20 stupňů.

Nejen že se pijavky znamenitě držely, ono se mu podařilo je i plemeniti; po oplození, obyčejně v měsíci květnu, snesly 6 – 15 vajíček v bílou pěnu, která v houbovitě, kokonovitě pouzdro ztvrdla a po uplynutí 30 dnů byly znatelný na závitku lesklé tečky, z nichž bylo lze pozorovati bez proměny na denní světlo vylézající pijavky. Jak jim volno v rašelině bylo, dokazoval zřejmě jejich pobyt pod rašelinou nebo v ní samé; při nahodilých případech onemocnění vylezly jednotlivě na rašelinu, na povrch a mohly lehce být odděleny.

Čerstvou vodu dával Peltz dle roční doby jednou neb dvakrát měsíčně, při čemž rašelinu důkladně omyl.

Časopis českého lékařnictva, 1. srpna 1891, str. 293

Raditzovy kapesní lékárníčky

Lékárník R. Raditz v Prešpurce uvedl do obchodu malé úhledné kapesní lékárníčky v podobě tobolek na doutníky, jež v obecnstvu docházejí značné obliby, i lze očekávati že tyto lékárníčky, jež obsahují několik příhodných prášků, 4 te-

kutiny, jež upotřebují se při migréně, mdlobách, závratí, píchnutí hmyzem, průjmu, žaludečních křečích, bolení zubů, tyčinku vaseliny při odřeninách, anglickou náplast, šarповou vatou, vatou s chloridem železitým, obvaz, bezpečnou jehlu atd. za krátko tvořiti budou hojně požadovaný předmět volného prodeje v lékárnách. Při lehkých nehodách, nevolnosti a p. mohou tyto lékárníčky konati dobré služby zejména výletníkům, turistům, cyklistům, sokolům atd. Raditzovy kapesní lékárníčky jsou proti nápodobení chráněny.

Časopis českého lékařnictva, 1. srpna 1891, str. 300

Výsledek farmaceutických zkoušek

Výsledek farmaceutických zkoušek v uplynulém roce na rak. universitách nebyl zrovna skvělý. Na zdejší universitě české obdrželo ze 26 posluchačů II. ročníku 17 diplom magisterský, ostatní buď odstoupili před zkouškou neb propadli. V I. ročníku měly zkoušky z fyziky, chemie a botaniky průběh velmi nepříznivý. Na universitě štyrsko-hradecké bylo diplomováno 23 pánů. Výsledek praktické zkoušky: 25 % způsobilých s vyznamenáním, 60 % způsobilých, 15 % nezpůsobilých.

Časopis českého lékařnictva, 13. srpna 1891, str. 313

Velební otcové přišli o zisk

V papežském paláci od dávných dob stávala lékárna, spravovaná mnišským řádem, který měl na značném čistém výtěžku jistý podíl. Vatikánská úsporná komise zbavila však pátery posavadní činnosti, aby ušetřila onen, jim dříve náležející zisk a svěřila správu lékárny jiným rukoum. U lidu velmi oblíbení velební otcové vymstili se nyní řídicím kardinálům tím způsobem, že rozšířili na ně potupnou písničku.

Časopis českého lékařnictva, 13. srpna 1891, str. 314

Vskutku »vydařené« dědictví

Před nedávnem zemřela v Lyoně bohatá stará dáma, jež ve své poslední vůli ustanovila, že její lékař na důkaz jejího uznání za pečlivé a namáhavé ošetřování, jemuž děkuje tak vysokého věku, obdržeti má malou, pěkně pracovanou skříňku i s obsahem.

Když šťastný dědic po úředních obřadech pln nedočkavosti skříňku otevřel, našel v nejkrásnějším pořádku seřazené – všechny lékovky a krabičky od pilulek, jež jí během posledních 10 let byl předepsal, právě tak uzavřené a zapečetěné, jak je z lékárny byla obdržela. Pan doktor prý se zdráhal dědictví nastoupiti.

Časopis českého lékařnictva, 22. srpna 1891, str. 336

**Sepsáno
před 120 lety**