



ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory

ročník XC, vydání 10/2018

PharmDr. Margit Slimáková
se téměř celý profesní život
věnuje zdravotní prevenci a výživě.



Někdy dozraje situace tak, že občan cítí potřebu psát zastupitelům nebo politikům a dalším lidem s rozhodovací pravomocí.

Kromě toho, že upřesní, co si o jejich schopnosti či neschopnosti myslí, po nich obvykle něco požaduje. Samozřejmě navrhuje podle svého názoru důkladně promyšlené řešení problému, ačkoliv to s ohledem na momentální situaci nemusí být zrovna schůdné. Přesvědčit a přetáhnout kohokoliv na svou stranu je složité. Silnější hráči zdařile využívají své lepší pozice i jistoty, že když chtějí, stejně bude všechno podle nich. A jestliže „protivníka“ zahrneme spoustou zbytečných podrobností, pak se dokonce i dobře připravené argumenty minou účinkem. Důvodem může být i to, že únavný elaborát, byť by úmysl pisatele byl sebelepší, si adresát buď nepřečte vůbec, nebo tu zmatenou litanii po chvilce odloží. Psát lidem, po nichž něco chceme, vyžaduje kus diplomacie a v první řadě obyčejnou lidskou slušnost. Je jedno, jestli se obrácíme na ministra nebo třídního učitele svého potomka. Pokud máme potřebu mu sdělit, že sám ničemu nerozumí a ještě se obklopuje hlupáky, můžeme si být jisti, že naše snaha něco změnit byla zbytečná. Přehnaná gesta, natož silná slova (budeme-li konkrétní, pak i v časech pro lékárníky značně nepříznivých) každého odradí. Pokud jde o strategii a taktiku, máme se všichni ještě hodně co učit.

V listopadu opět zasednou delegáti na sjezdu ČLnK. O co více je témat k jednání, o to košatější nastane diskuze při tvorbě a schvalování usnesení sjezdu. Cenná je každá připomínka, přesto není nutné prostřednictvím usnesení zveřejnit všechny záměry, což může přinést více škody než užítu. Naše otevřenost už se nám párkrát nevyplatila. A to bez ohledu na potěšující fakt, že problémy lékárníků, které jsou z velké části i problémem pacientů, teď veřejnost zajímají víc než dříve.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka Mgr. Jaroslava Hořanská

redaktor PharmDr. Stanislav Havlíček

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda), Mgr. Michaela Bažantová,
PharmDr. Přemysl Císař, Ph.D., PharmDr. Pavel Grodza,
PharmDr. Petr Haltuf, PharmDr. Milan Havlíček,
MVDr. Mgr. Kateřina Horáčková, PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D.,
doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Pavel Škvor, MBA

vydavatel

Česká lékárnická komora, Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4

sazba Kateřina Hoferková

tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

ČČL č. 10 vychází 19. 10. 2018 v nákladu 9 180 výtisků.

předplatné a inzerce objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka č. 11/2018 – 1. listopadu 2018

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 redakcí 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.



Přívozká 6, 702 00 Ostrava

tel.: 596 115 372

e-mail: casopis@lekarnici.cz

obsah

Shoda má větší šanci na úspěch	4
Substituce u biologických léčiv	5
Zeptali jsme se	6
Nebývale konstruktivní sjezd delegátů	8
Usnesení XXVII. sjezdu delegátů ČLnK	8
Co jsme viděli, o čem jsme mluvili	10
Ohlasy ze 78. kongresu v Glasgow (I.)	12
Setkání zástupců lékárnických komor	13
Molekula měsíce: Fevipiprant	15
Osvědčení k výkonu soukromé lékárenské praxe	16
Interaktivní dispenzační semináře	18
Další semináře	18
Slovak-Polish-Czech Leadership Camp	19
Zpráva do stavovského tisku o konání Lékárnických dnů v Písku!	20
Světové dny zdravotí	21
Nově registrované látky: Ixazomib	22
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Bidens pilosa L.	23
Vyvracím časté mýty	24
Trnitá cesta léčby bolesti (II.)	26
Tak trochu jiný příběh diklofenaku	27
Za profesorem RNDr. PhMr. Janem Solichem, CSc.	28
Budoucnost konopí u nás? Nejistá.	30
Antialergický účinek beta-glukanů	32
Deník holky z lékárny	33
Významná jubilea	33
Vydáno před 85 lety	34

Shoda má větší šanci na úspěch

V letošním roce je období mezi komorovými sjezdy mimořádně krátké. Předchozí sjezd byl definitivně uzavřen 22. září v Praze a následující začne už 2. listopadu v Benešově. Ten zářijový se na svém mimořádném jednodenním jednání vyjádřil směrem k ministru zdravotnictví a jeho úřadu, zákonodárcům, SÚKL a uložil další úkoly prezidentovi komory a jejímu představenstvu. Ten nastávající bude, jak je obvyklé, i sjezdem hodnotícím s úkoly na nejméně další rok. Přestože vás prostřednictvím časopisu i webu pravidelně informujeme o nejpodstatnějších událostech a jednáních, považujeme za užitečné krátké shrnutí.

PharmDr. Lubomír CHUDOBA
Mgr. Aleš KREBS, Ph.D.

Poslední rok byl poznamenán určitou nejistotou spojenou s vytvářením menšinové koaliční vlády a následnou snahou o získání její důvěry v poslanecké sněmovně. To se jí nakonec podařilo až v červenci, tedy 264 dní po volbách. Na MZd byla od počátku avizována vstřícnost vůči lékárníkům, významně větší než v předchozích letech. Na jedné straně to je dobrá zpráva, protože máme možnost projednávat své návrhy a postoje přímo na nejvyšších místech ministerstva a SÚKL. Na straně druhé jsme byli svědky určité zmatečnosti vzhledem k nekoordinovaným vyjádřením a jednáním, které samostatně vedly další subjekty lékárenského segmentu. Tato roztržičnost nemůže vést k úspěchu, naopak se může stát pro ministerstvo v případě potřeby snadným argumentem pro odmítnutí jakékoli principiální změny.

Rok 2018 jsme zahájili oficiální schůzkou s ministrem zdravotnictví a jeho týmem spolupracovníků. Tématem k projednání a řešení byla celá řada, mezi nejaktuálnější patřily úkoly uložené nám delegáty sjezdu a dotvoření systému elektronických receptů včetně přípravy lékového záznamu pacienta a způsobu jeho použití. V současné době je legislativní úprava lékového záznamu v připomínkovém řízení a očekává se jeho postupné zprovoznění od 2. poloviny příštího roku. Po našich jednáních a následných připomínkách se mění některé jeho parametry, především možnost přístupu zdravotníků, resp. způsob zacházení s ním ze strany pacienta tak, aby mu mohl povolit přístup pouze konkrétním zdravotníkům. Jedním ze zásadních bodů byl také

způsob odměňování lékárenské péče. Jednak s ohledem na nejbližší možnosti úprav cenového předpisu a požadavku na podstatné navýšení hodnoty signálního výkonu, tak také s výhledem na systémové změny pro delší období. V rámci následného dohodovacího řízení, jehož není komora účastníkem, a ovlivňuje jej jen zvenčí, byla hodnota signálního výkonu pro příští rok změněna na 18,50 Kč/rp., respektive 14 Kč/položku. Návrh komory na zvýšení taxy laborum o 30 % sice nebyl plně akceptován, ale byl schválen v navýšení o 25 %. Došlo také k vytvoření fondu pro podporu nedostupných lékáren ve výši 48 milionů korun. Podle názoru představenstva komory by měla být pravidla pro jeho rozdělení co nejjednodušší tak, aby měly nárok na jeho čerpání všechny jedinečné lékárny a OOV, maximálně se zohledněním otevírací doby pro pacienty. Vzhledem k tomu, že jich za poslední roky zaniklo zhruba 50, je nejvyšší čas pro jejich podporu, aby lékárenská péče zůstala dostupná pacientům ve venkovských oblastech. V opačném případě se můžeme dočkat ještě masivnějšího tlaku na změnu způsobu výdeje léčivých přípravků. Diskuzi jsme na začátku ledna vedli s ministrem také k možnosti principiálních změn v odměňování, které vyplývají z programového prohlášení tehdejší vlády. Podle posledních vyjádření ministra zdravotnictví je tato část jeho prioritou v lékárenství k řešení během příštího roku, měla by obnášet nejen změnu principu odměňování, ale předložíme také návrh řešení stejných doplatků. Aktuálně jsme byli vyzváni, abychom předložili své návrhy také k úpravě zákona o zdravotních službách.

V průběhu roku jsme dále jednali, s využitím podnětů od lékárníků, také se zástupci Státního ústavu pro kontrolu

léčiv. Začali jsme zveřejňovat informace o nedostupných léčivech, a z některých reakcí SÚKL je zřejmé, že se o námi zveřejňované informace o nedostupnosti začal aktivně zajímat a činil opatření pro zákaz reexportu některých léků. V tomto bodě je třeba poděkovat všem, kteří se do sběru údajů o nedostupných léčivech zapojili, protože díky nim jsme měli v ruce konkrétní údaje. Tím ale snahy o zajištění dostupnosti léků nekončí. Na ministerstvo i SÚKL neustále tlačíme, aby zajistili plynulou a nepodmíněnou dodávku léčivých přípravků do lékáren. Naopak nám chybí konkrétní údaje o způsobech kontroly v některých lékárnách, na které jsme od vás slyšeli také neoficiální stížnosti. Po posledním jednání za přítomnosti vedoucích některých OKL je jasné, že bude k řešení potřeba konkrétních podnětů na přístup inspektorů. Podle všeho nelze ani očekávat od SÚKL jakýkoli manuál kontrol různých typů lékáren, domluva bude naopak pravděpodobně možná na zveřejňování záznamů ze seminářů SÚKL či vytvoření jednoho většího semináře a jeho následném zveřejnění pro lékárenickou obec.

V rámci elektronizace agend a ve spojitosti s očekávanou elektronizací receptů s modrým pruhem je připravována také změna vedení tzv. opiátových knih. V průběhu roku k tomu proběhla jednání a konzultace s vedením Inspektorátu omamných a psychotropních látek s cílem připravit maximálně jednoduchou elektronickou evidenci s lokálním uložením dat, jako je tomu v současnosti u vedení evidence v listinné podobě. Návrh možnosti vytvoření takového řešení jsme ministerstvu představili, změnu je možné očekávat nejdříve v roce 2020, další jednání nad konkrétnějšími materiály tak očekáváme do konce letošního roku.

Jedním z nejžhavějších témat posledních týdnů je příprava na implementaci „protipadělkové směrnice“ (FMD). Pravděpodobně už i ministerstvo pochopilo, že se řítíme do velikého problému v okamžiku, kdy stále nemáme odpovědi na některé otázky spojené s praktickou realizací směrnice. Vzhledem k novelizaci zákona o léčivech s ohledem na FMD jsme

připravili a vedení MZd a poslancům předali paragrafované znění třech pozměňovacích návrhů. Ty směřují mimo jiné ke snížení sankcí a jejich odložení o rok, protože příprava celého systému je na horší úrovni než tomu bylo ve stejném období u eReceptu, a k uzákonění možnosti bezprostředně vrátit léčivý přípravek, který neprojde úspěšně ověřením, distributorovi. Podle informací z mezinárodních fór zatím mnozí zahraniční kolegové do detailu netuší, co všechno bude ověřováno a kolik nevyřešených otázek je s tím dosud spojeno. To je jedna ze zásadních priorit pro to, abychom

mohli jako lékárníci od 9. února příštího roku smysluplně fungovat a zajišťovat pro své pacienty léky.

Od jara pro komoru pracuje nová PR agentura, jejíž činnost se okamžitě projevila. Množství komorových mediálních výstupů, včetně přímých mediálních vystoupení zástupců komory, vedlo k tomu, že lékárenská témata jsou v tisku, TV, rozhlase i na internetu skloňována v rozsahu, který je podle mediálních odborníků oproti jiným profesím vysoce nadprůměrný. Spoustu dalších témat, jednání, schůzek či mediálních výstupů

nemůže úvodník obsáhnout, ale bude vás o nich nadále v průběhu roku co nejvíce informovat prostřednictvím webu, časopisu a nově upozorňujeme na důležitá témata i elektronickým newsletterem. V letošním roce se také velmi dobře ukazuje, že širší shoda na prosazovaných tématech a koordinované zapojení většího množství lékárníků má mnohem větší šanci na úspěch než „partyzánské“ akce jednotlivců, které celou situaci mohou spíše zhoršit. Všem, kteří se do činnosti naší společné komory svou prací, postřehy a náměty zapojili, patří velké poděkování.

Substituce u biologických léčiv

Mezinárodní farmaceutická federace (FIP) na začátku října aktualizovala svoje stanovisko o provádění generické substituce. Nově dokument řeší i terapeutické záměny (switche) u biologické léčby. K aktualizaci došlo vlivem rostoucí dostupnosti biosimilárních přípravků.

Text aktualizovaného doporučení vychází i z faktu, že dosud nebyly reportovány žádné zásadní problémy týkající se bezpečnosti použití biosimilárních přípravků jako alternativy k původní biologické léčbě. V souvislosti se změnami v biologické léčbě nový text vyzývá k „adekvátní farmakovigilanci“, aby mohla být pro každý biologický lék spolehlivě identifikována specifická bezpečnost, případně imunogenita, a aby byly takové údaje veřejně dostupné, podobně jako jsou pro generické přípravky dostupné informace z postmarketingových studií bezpečnosti.

Základní principy z původního prohlášení zůstávají:

- Provádění generické substituce je součástí role lékárníka při poskytování zdravotní péče.
- Aby byla prováděna správně, měl by být lékárník ze strany regulačních orgánů a výrobců vybaven informacemi o biologické dostupnosti léků.
- V případě náhrady lékem s jinou účinnou látkou by měl vždy předcházet souhlas předepisujícího lékaře.

Revidované stanovisko dále zdůrazňuje předchozí doporučení používat mezinárodní nechráněné názvy léčivých přípravků. Dále doporučuje, aby byly v souvislosti s generickou substitucí zvažovány také informace o použitých pomocných látkách.

V případě biosimilárních přípravků je v souvislosti se změněným stanoviskem FIP namístě poznamenat, že Evropská asociace nemocničních lékárníků (EAHP) aktualizovala ve stejném duchu svůj **Poziční list o Biosimilárních léčivech** (<https://1url.cz/@biosimilars>) letos v červnu.

V pozičním listu EAHP mimo jiné podporuje označování biosimilárních přípravků mezinárodním nechráněným názvem (INN) shodným s referenčním přípravkem. Také podporuje vzájemnou zaměnitelnost biologických léčiv a doporučuje, aby pro rozhodnutí o záměně bylo využíváno znalostí a zkušeností lékárníků a záměnu doprovázel souhlas předepisujícího lékaře i pacienta. Prakticky totožně jako FIP vyzývá EAHP příslušné orgány, aby převzaly zodpovědnost za šíření a dostupnost informací o biologických léčivých přípravcích.

Stanovisko představenstva České lékárnické komory k provádění generické substituce v zařízeních lékárenské péče (<https://1url.cz/@substituce>) bylo v opatrnějším duchu aktualizováno už v roce 2014 a stejně jako letošní doporučení FIP zmiňuje potřebu „zvýšené farmakovigilance“. Stanovisko umírněně doporučuje substituci pouze u přípravků vyráběných jedním výrobcem a distri-

buovaných pod jinými obchodními názvy a velmi pravděpodobně dozná úprav po zpracování výše citovaných doporučení obou mezinárodních organizací.

(SHA)

ČLnK podpoří účast na kongresu FIP

Světový kongres Mezinárodní farmaceutické federace (79th FIP World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences) se uskuteční 22. až 26. 9. 2019 v Abú Dhabí (Spojené arabské emiráty). ČLnK poskytne podporu aktivním účastníkům z řad členů komory (ústní sdělení, poster). Žádost o příspěvek společně s abstraktem, případně jinou charakteristikou, je třeba doručit na sekretariát komory (komora@lekarnici.cz) nejpozději do 28. 2. 2019. Jako předmět žádosti je nutné uvést „kongres FIP 2019“. Z doručených žádostí budou na březnovém jednání představenstva komory vybráni maximálně tři účastníci, každému komora proplatí registrační poplatky, náklady na dopravu a ubytování až do výše 50 000 Kč. Jako protihodnotu za čerpání podpory zpracuje účastník kongresu příspěvek do ČČL, ve kterém přiblíží průběh kongresu a vlastní účast na něm. Kontakt: Bc. K. Zvánovcová (tel.: 241 090 664, zvanovcova@lekarnici.cz).

ZEPTALI JSME SE

Lékárenství se nachází ve víru změn souvisejících zejména s rozvojem elektronizace a zpracování velkoobjemových dat. S tím souvisí i „protipadělková“ směrnice a chystané ověřování pravosti léčivých přípravků v lékárnách. Tuto „novinku“ mnozí označují za největší změnu, která lékárenství postihne. Dokázali byste v uplynulých dvou desetiletích najít a označit podobnou „největší změnu“ a stručně popsat rozsah jejího dopadu na české lékárenství?

PharmDr. Lubomír CHUDOBA,
prezident České lékárnické komory



Aplikace „protipadělkové směrnice“ (FMD) bude administrativně a finančně náročnější než EET nebo GDPR. Nicméně FMD nepovažuji za „největší změnu“, která se týká poskytování lékárenské péče. A to přesto, že ucelené, detailní a hlavně konečné informace vám budeme moci poskytnout teprve v řádu 3 až 4 týdnů. Nyní finalizujeme podobu procesních úkonů lékáren. Za jejich zpracování patří poděkování především kolegům působícím v expertní skupině NOOL a lékárenským SW firmám. Musíme také dokončit projednání a odsouhlasení těchto postupů se SÚKL. Náročnost nových administrativních prací lékáren bude možné navíc upřesnit a finančně vyčíslit až například se znalostí skutečného časového zpoždění při ověřování každého balení v rámci výdeje v ostrém provozu a v souvislosti se skutečným množstvím incidentů/alertů vzniklých při ověřování pravosti léčiv. Ty budou zároveň demonstrovat technologickou připravenost výrobců léčiv pro nový systém, jehož vznik na půdě EU sami iniciovali. S poskytovateli lékárenských programů jsme průběžně v úzkém kontaktu a mimo jiné je přislíbeno, že se pokusí všechny nutné postupy lékáren maximálně zjednodušit a zautomatizovat. Za určité zpoždění ČLnK opravdu nemůže, v rámci EU nám naopak patří jedno z prvních míst v postupu implementace. Za významnější změnu, se kterou jsme se v minulosti museli vyrovnat, považuji například kusovou evidenci léčivých přípravků spojenou s nasazením výpočetní techniky do lékáren. A před námi je další významná a odborně náročná nadstavba elektronického receptu – vedení a vyhodnocování Lékového záznamu pacienta. Připravme se na ni prosím i s využitím vzdělávacích akcí ČLnK.

Mgr. Leona ŠTĚPKOVÁ, Lékárna Medea, Hostomice



Když se hluboce zamyslím (fuj to bolí), tak asi největší změna se udála v našich hlavách. Dříve jsme spoléhali (nebo alespoň doufali) na instituce – vládu, parlament, senát, SÚKL, obce, komory atd. Dnes si asi už všichni uvědomujeme, že nám nikdo nepomůže a že záleží především na nás. Tahle změna, soudíc podle sebe, bolela.

Posledních 20 let totiž bylo jako na obrovském hororovém tobogánu. Na zelené světlo si sednete a rozjedete se do temné roury. Nemůžete řídit rychlost ani směr, snažíte se neztratit plavky a nenarazit do toho před vámi. Když zabrzdíte, odřete si zadek a ještě do vás napálí ten za vámi. Je tma, ale když zahlédnete světlo a podíváte se za ním, je vám na zvracení.

Celou dobu doufáte, že bude pod vámi dost vody. Když naprosto neřízeně dopadnete, šlápnete někomu na hlavu, a aby se totéž nestalo i vám, musíte hodně dlouho plavat pod vodou... Teď už jsem přesvědčená, že co mě nezabije, to mě posílí, a co si neudělám sama, to nemám. Takže vím, že budu za ten ubohý, ufňukaný a zakomplexovaný stát ověřovat pravost léčiv, aby se pak v Bruselu mohl naparovat, že alespoň něco zařídil dobře.

Prof. PharmDr. Alexandr HRABÁLEK, CSc.,
emeritní děkan Farmaceutické fakulty UK Hradec Králové



Identifikovat tuto „největší změnu“ v českém lékárenství mně skutečně nedá příliš velkou práci. Je to jednoznačně otevření Pandořiny skříňky divoké ekonomizace našeho oboru týkající se možnosti zapojení nefarmaceutů do farmacie a pro jednotlivce (či např. investiční fondy) možnost vlastnit v podstatě neomezené množství lékáren.

Z toho vyplývající konsekvence jsou jasné – odklon od zdravotnických principů a příklon k bezohlednému získávání a hromadění finančních prostředků. Byli jsme osobně svědky toho, jak v důsledku těchto změn a tohoto vývoje náš obor z období prosperity – budování klinické farmacie, rozvoje konzultačních aktivit a obecného zvyšování své prestiže, spadl do bahna nečistého podnikání, kterému nevládli farmaceuti, ale lékárníci začali postupně ovládat řezníci, zelináři, tělocvikáři, lékaři a další. Obávám se, že došlo k ireverzibilnímu posunu, proti kterému je protipadělková směrnice kratochvílí, jako je třeba výlet na Kuks. Ano, za chvíli pouze tam budeme moci vidět, jak vypadala lékárna. Budeme se tam ještě vůbec chtít chodit trápit?

Mgr. Marek HAMPEL, předseda představenstva
Grémia majitelů lékáren



Největších změn v českém lékárenství za posledních dvacet let bylo hodně. První bylo povolení prodeje vyhrazených léčiv nejen na benzínkách, ale všude možně pod patronací prodáváčů s rychlokursem z farmacie. Náš obor se zúžil na příbalový leták a jeho přečtení. Druhá změna byla zavedení regulačních poplatků, které se staly jen marketingovým nástrojem řetězců v lákání pacientů na slevu.

Mohl bych pokračovat zavedením zásilkového prodeje volně prodejných léčiv atd. Stručný popis dopadu na české lékárenství je devastace oboru a jeho naprosté obsahové vyprázdnění. Posledních dvacet let se říká, že lékárníci jen křičí a nevědí, co chtějí. Chtěl bych tato zavádějící tvrzení některých manažerů

řetězců či dokonce úředníků na MZd a zaplacených novinářů uvést na pravou míru. Za posledních 20 let, co podnikám v oboru, a za 10 let jako předseda GML stále opakují, že lékárny mají vlastnit lékárničky, vznik lékárny má být regulován, ve všech lékárnách mají být stejné ceny léků. Křičet již nestačí, dnes je potřeba přejít od hlasitých projevů k méně okázalým činům a některé věci si musíme jako lékárníci odpracovat. To se nám letos povedlo a dohodovací řízení jsme odpracovali, proti nátlaku ministerstva a zdravotních pojišťoven. Lékárny budou mít příští rok o trochu více peněz za signální kód za výdej každé položky na receptu. Každá změna začíná prvním malým krůčkem. Následovat bude zrušení monopolu v distribuci některých léčiv, uznejte, že monopol v každém oboru či oblasti podnikání je špatný. Následovat bude zavedení pevných cen léků, hrazených z veřejného zdravotního pojištění. A následně dojde také na tu automatizaci ve skladovém hospodářství. To je zásadní změna v celé EU a k nám to také dorazí.

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



Nabízí se srovnání se startem eReceptu. Rozsah a nákladnost jsou u systému proti padělkům v ČR a u projektu eReceptu zhruba podobné. Elektronický recept ovšem zavedl stát a také vytvořil související nástroje, zatímco na ověřování pravosti léčiv se musejí jednotliví aktéři – výrobci, distributoři i lékárny – připravit sami.

Elektronický recept má pochopitelně veliký dopad na lékárenství. Již teď jsou zde lékárny, které pracují téměř výhradně s ním. Můžeme se těšit na dobu, až budou všechny původně zamýšlené funkce eReceptu fungovat: výrazně se sníží nebezpečí lékových interakcí a duplicit, lékaři budou mít usnadněnou práci s vyhodnocováním současné i předchozí medikace daného pacienta.

PharmDr. Petr HORÁK, vedoucí lékárník NL FN Motol



Já bych se zdráhal označit implementaci protipadělkové směrnice za největší změnu v českém lékárenství. Byť s její implementací máme a teprve budeme mít mnoho starostí, jde spíše o jednu z dílčích změn. Tím ji nechci nijak bagatelizovat, obzvláště implementace v rámci výdeje do naší velké nemocnice mi dělá mnoho vrásek na čele.

Přesto si myslím, že třeba zavedení eReceptu, mám-li jmenovat něco recentního, se v budoucnu ukáže jako změna významnější. Za minulých dvacet let nebo čtvrtstoletí jsme zažili a zažíváme změny hodně – elektronizaci skladového hospodářství lékáren, změny vlastnické struktury lékáren, zavedení nových činností lékáren jako je konzultační činnost, příprava cytostatik v nemocničních lékárnách, postupný rozvoj klinické farmacie, významné změny ve způsobu úhrady a dostupnosti řady léčiv, příchod biosimilars. K tomu zavedení celé řady administrativních agend, které dopadají na veřejné i nemocniční lékárny.

To vše vede k určitému posunutí vnímání a role lékárníků. Musíme si přiznat, že často taháme za kratší konec provazu při nástupu změn, které nejsou pro nás pozitivní. K tomu, abychom v budoucnu byli silnější, musíme umět hledět do budoucna a nenechat si vzít příležitosti, které přijdou. Musíme umět prodat naši přidanou hodnotu v rámci zdravotnictví, pokud chceme nesouhlasit a kritizovat (a jistě toho bude třeba), pak musíme umět nabídnout konstruktivní řešení. Jen tak budeme moci čelit větším výzvám, které přijdou. Budeme připraveni čelit třeba rozvoji internetových lékáren podpořených umělou inteligencí, která dokáže analyzovat interakce, správně zkontrolovat či nastavit dávky, ohlídat alergie atd.? Ta budoucnost se může jevit vzdálená, ale kdo by před 20 lety odhadl, co se bude dít po naskenování každé krabičky, že?

PharmDr. Aleš NOVOSÁD, předseda, Mladí lékárníci



Mladí lékárníci jsou příliš mladí na to, aby dohlédli tak daleko do minulosti. V praxi jsem 10 let a 1 měsíc. Za tu dobu se toho ve farmacii stalo hodně. Protože jsem byl hlavně na začátku svého působení v lékárenství spíše jen zaměstnanec a o systém jsem se příliš nezajímal, vybral bych největší změnu z doby nedávné. Je to bez pochyby

eRecept. Řada lékařů se učí teprve letos pracovat s IT technikou, někteří z nich končí. Lékárníci vše zvládají bez větších problémů. I přesto, že se systém vyvíjel už od roku 2008, letos nebylo jednoduché přejít na několiknásobné procento eRp. Přesto pacienti víceméně nepocítili žádnou změnu ve službách, které lékárníci poskytují. Doba je dynamická a protipadělkovou směrnici zvládnou lékárníci stejně dobře jako všechno, co je kdy v minulosti potkalo.

Mgr. Martin MÁTL, výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem



Za největší bych označil změny, které zásadním způsobem ovlivňují podobu a organizaci lékárenství nebo charakter práce lékárníka. Největší změnou je transformace z počátku devadesátých let, která nastavila základní pravidla vlastnictví a podmínky provozování lékáren, jež ovlivňují podobu poskytování lékárenské péče dodnes. Z dalších změn

bych zmínil zákon o léčivech z roku 2007, který přinesl definici centrálního úložiště a elektronického receptu, přestože k faktické realizaci elektronického receptu došlo až zavedením plošné povinnosti předepisovat elektronicky od roku 2018. Také musím zmínit zavedení stanovování cen a úhrad léčivých přípravků ve správních řízeních od roku 2008. Tato změna spustila a zrychlila cenovou erozi do té doby nevídaným způsobem a v podstatě si vynutila permanentní diskuzi o změně odměňování lékárenské péče, která nebyla dosud uspokojivě vyřešena. Z tohoto pohledu se mi problematika FMD nejeví jako přelomová záležitost. Ověřování léčiv sice přinese další práci a náklady, ale neočekávám, že kvalitativně změní práci v lékárně.

Nebývale konstruktivní sjezd delegátů

Na čtvrtou zářijovou sobotu (22. 9.) bylo namísto tradiční porady předsedů OSL, svoláno pokračování přerušenoho jednání sjezdu delegátů ČLnK z listopadu 2017. Obnovení jednání sjezdu předcházela poněkud dramatická srpnová „mimořádná“ jednání představenstva komory. I přes prvotní nejistotu, o čem vlastně sjezd bude, patřil jeho průběh k nebývale konstruktivním. Tedy pomineme-li neschopnost některých tradičních diskutujících vynechat i z jinak faktických a věcných připomínek osobní invektivy.

Rozpaky trochu vzbudilo, na relativně krátké jednání, nebývale košaté usnesení s množstvím proklamativních frází a zbytečných gest. I bez jejich vtělení do textu usnesení by bylo možné je využít v následné tiskové zprávě a jako komentář k usnesení. Sjezd je znepokojen, sjezd konstatuje? To není úplně správně, sjezd není

znepokojen ani nekonstatuje. Lékárníci jsou znepokojeni a sjezd přijímá usnesení. A takové usnesení by mělo mít věcnou rovinu. Dala by se kriticky rozebrat většina přijatých bodů usnesení a spekulovat nad tím, jestli má být v jeho textu něco tak samozřejmého jako povinnost prezidenta vyjádřit se o sjezdu do médií.

Na druhou stranu se vlivem kontroverzních až militantních formulací dostala lékárnická témata téměř do všech médií. Proti usnesení sjezdu ostře vystoupily jak ministerstvo a SÚKL, tak Asociace inovativního farmaceutického průmyslu. To dalo další prostor pro reakce komory a z krátkodobého pohledu jsou efekty průniku do médií viditelné. Je otázkou, jaký bude dlouhodobý vývoj. Možná je kontroverze správným receptem a jenom získáme, pokud neztratíme čas diplomatickým narovnáváním vztahů.

Obrázek o znění usnesení si můžete udělat z jeho textu níže sami.

USNESENÍ XXVII. SJEZDU DELEGÁTŮ ČLnK KONANÉHO 22. 9. 2018 V PRAZE

Sjezd je znepokojen lobbistickými aktivitami vůči Ministerstvu zdravotnictví, vedoucími k monopolizaci distribuce léčiv, následnému zhoršení postavení lékáren a zhoršení dostupnosti léčiv pro občany zejména v regionech. Proto delegáti sjezdu ČLnK vyzývají poslance PSP ČR, aby v zákoně o léčivech zakázali monopolní distribuci jakéhokoli léčivého přípravku do lékáren. Sjezd dále konstatuje, že zásadním požadavkem všech lékárníků je zavedení stejných doplatků, zavedení pravidel pro vznik nových lékáren a vymáhání zákonné povinnosti distributorů dodat lék do lékárny do dvou pracovních dnů.

Sjezd odmítá:

- navržený záměr Ministerstva zdravotnictví tzv. emergenční model dodávek léků do lékáren, který by nutil pacienty k dvojí návštěvě lékárny kvůli objednání a vyzvednutí léku, zatížil lékárny zbytečnou administrativou a vážně narušil poskytování lékárenské péče.

Sjezd vyzývá:

- zákonodárce, aby do zákona o léčivech doplnili povinnost SÚKL zveřejňovat seznam reexportérů, jimi reexportovaných léků včetně jejich množství; reexportní činnost se podle ČLnK významně podílí na tzv. cyklických výpadech léků v lékárnách pro české pacienty,
- ministra zdravotnictví k vyřešení střetu zájmů náměstka Mgr. Filipa Vrubela, který preferuje zájmy výrobců, a náměstka Mgr. Filipa Vrubela upozorňuje, že již není lobbistou výrobců léčiv,
- Ministerstvo zdravotnictví a SÚKL, aby zajistily dodržování platného zákona o léčivech, a Ministerstvo zdravotnictví uložilo SÚKL přísně postihovat porušování povinnosti distributora dodat lékárně léky do dvou dnů (Zákon o léčivech 378/2007 Sb, §77 odst. 1, písm. h),
- Ministerstvo zdravotnictví k ustanovení pracovní skupiny pro podporu reformy lékárenství podle návrhů ČLnK.

Sjezd upozorňuje:

- občany, že Ministerstvo zdravotnictví svou nečinností ohrožuje zdraví pacientů tím, že nedokáže zajistit potřebné léky pro všechny pacienty a za stejných podmínek.

Sjezd ukládá:

- představenstvu ČLnK, aby zajistilo vypracování novely zákona, která by zajistila rovné postavení lékáren, stejné ceny léčiv a stejné doplatky a pravidla pro tvorbu sítě lékáren,

- prezidentovi ČLnK, aby se závěry sjezdu seznámil veřejnost, ministra zdravotnictví a členy Parlamentu ČR,
- prezidentovi ČLnK, aby se neprodleně vyjádřil do médií ve smyslu odmítnutí „emergenčního modelu“ dodávek léků do lékáren,
- představenstvu ČLnK připravit žaloby na nečinnost SÚKL a Ministerstva zdravotnictví při vymáhání zákona o léčivech (§77 odst. 1, písm. h) – dodávky léků do dvou pracovních dnů, ke správnímu soudu v termínu do konce října 2018,
- představenstvu ČLnK, aby do 15. 10. 2018 určilo ze svých řad konkrétního člena pro koordinační komunikaci se spolkem Vaši Lékárnici CZ a pověřilo jej přiměřenými kompetencemi pro operativní rozhodování pro účely PR akcí.

VYJÁDŘENÍ K ZAVÁDĚNÍ SYSTÉMU OVĚŘOVÁNÍ PRAVOSTI LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ

Systém ověřování pravosti léčivých přípravků, v němž budou lékárny povinny ověřovat každé balení léčivého přípravku uvedeného na trh po 9. 2. 2019, je zbytečný, protože v lékárnách v České republice se žádné padělané léčivé přípravky nevyskytují. Systém je pět měsíců před zahájením svého fungování nedostatečně připraven. Systém klade na lékárny vysoké nároky jak v přípravě na něj, tak v jeho běžném provozu. Zavedení systému ověřování do lékáren i samotné ověřování pravosti léčivých přípravků si v lékárnách vyžádá náklady ve výši stovek milionů korun ročně. Připravovaná novela zákona o léčivech hrozí zavést vysoké pokuty do pěti milionů korun za bagatelní přestupky při práci se systémem. K problémům v práci se systémem bude v prvním roce jeho užívání docházet už jen pro jeho nepřipravenost a uživatelskou nepřívětivost. Systém není ani zdaleka připraven na úrovni, na které bylo před 1. 1. 2018 připraveno centrální úložiště elektronických receptů. Přesto byly sankce za neužívání centrálního úložiště odloženy o rok.

Sjezd proto vyzývá Ministerstvo zdravotnictví a ministra zdravotnictví osobně, aby:

- s účinností od 9. 2. 2019 do vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, z důvodu veřejného zájmu, zavedlo nový výkon „Ověření pravosti léčivého přípravku“ a v úhradové vyhlášce mu přiznal odpovídající úhradu, nebo aby navýšil absolutní částkou obchodní přírůžku v cenovém předpise regulujícím ceny léčivých přípravků,
- v novele zákona o léčivech navrhlo odložení sankcí za přestupky při ověřování pravosti léčivých přípravků v lékárnách minimálně o 1 rok.

Sjezd vyzývá:

- představenstvo ČLnK, aby připravilo návrh žaloby proti znění smlouvy s NOOL a vyzvalo co nejvíce provozovatelů lékáren k připojení se k žalobě.

VYJÁDŘENÍ K PODOBĚ SIGNÁLNÍHO VÝKONU PRO VÝDEJ LÉČIV V ROCE 2019

Pravidla, na základě kterých mohou lékárny vůči zdravotním pojišťovnám uplatňovat úhradu za signální výkon č. 09552 (výdej léčivého přípravku na recept...), jsou vůči provozovatelům lékáren nespravedlivá, resp. jsou nespravedlivě interpretována. Limit celkové úhrady za kalendářní rok je sice ve vyhlášce koncipován jako součet závislý na počtu výkonů lékárny v referenčním roce, ale zdravotní pojišťovny si počítají limit každá svůj. To vede k tomu, že v důsledku přechodů pojištěnců mezi pojišťovnami nejsou lékárnám hrazeny výkony za pojištěnce, kteří změnili zdravotní pojišťovnu. Tento efekt se posiluje již několikaletým ponecháním referenčního roku 2014. Další nespravedlností je neochota zdravotních pojišťoven přiznat odpovídající limit těm lékárnám, jejichž provoz byl zahájen v období po uplynutí referenčního roku, nebo lékárnám, které významným způsobem navýšily počet svých výkonů oproti referenčnímu roku. To vše za situace, kdy je počet výkonů v lékárnách závislý jen a pouze na množství receptů předepsaných lékaři, které nejsou provozovatelé lékáren schopni ovlivnit. Limitace proto v případě lékáren postrádá smysl.

Sjezd proto vyzývá Ministerstvo zdravotnictví a ministra zdravotnictví osobně, aby:

- neprodleně zrušili limitaci úhrady signálního výkonu č. 09552.

Sjezd dále vyzývá VZP a Svaz ZP:

- k přípravě změny vykazování Signálního výkonu Metodiky předávání dat a datového rozhraní receptu podle vyhlášky č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb

Co jsme viděli, o čem jsme mluvili

PharmDr. Petr Krpálek:

Potřebujeme oživit OSL

Ve svých vystoupeních na sjezdu jsem reagoval na hlubokou krizi, ve které se lékárenství nachází. Před rokem nám bylo z MZd slíbeno navýšení financí a zavedení opatření, která srovnají podmínky pro všechny typy lékáren, zprůhlednění financování, a dále také že se lékárenství začne konečně přibližovat úrovni států v EU. Opak je ale skutečností, krize se za uplynulý rok prohloubila, v oboru nemáme ani 5% navýšení financí jako ostatní zdravotnické obory. Jak mám jako provozovatel zajistit růst mezd svým zaměstnancům, které MZd veřejně slibuje, když z „šedé ekonomiky“ příjmy nemám?

Z legislativních opatření nemůžeme souhlasit s návrhem tzv. emergenčního modelu, který podporuje distribuční monopol, neřeší, ale naopak požaduje opakované návštěvy pacientů v lékárně, aby dostali svůj lék. Upozornil jsem, že je pro nás nepřijatelný model DTP léčiv, která se do lékáren distribuují často s výrazně vyšší přírůžkou než je smluvně s distributorem dohodnuto, přitom se nezapočítají do smluvních obrátů, nelze je distribuovat jako ostatní přípravky apod. Dále je třeba řešit nerovné postavení komory a především lékáren s organizací NOOL, která je soukromou organizací, ale má fakticky neomezenou moc – navíc danou legislativně – nad připojením lékáren do úložiště pro ověření originality léčiv. Odpovědnost za provoz a případné škody však nemá žádné.

Na sjezdu jsem dále upozornil, že volební shromáždění nebo zvláštní volební shromáždění musí být podle zákona o komorách i volebního řádu shromážděním, jak již vyplývá ze samotného názvu, v opačném případě, kdy např. putuje volební urna po lékárnách, jsou volby v rozporu s právem. Stejně tak další způsob voleb, který na představenstvu navrhnul Dr. Novosád, podle kterého se mohou souběžně už nyní s předstihem volit i delegáti na sjezd v roce 2019 (je rokem voleb do všech orgánů komory) – ten je fakticky ještě navíc i krokem kontraproduktivním. Chceme snad OSL rozvrátit? To má být cílem? Paradoxně se tak může

stát, když se OSL v roce 2019 nesejde a nezvolí ani vlastní orgány. Rozložíme tím i komoru jako takovou. Nerozumím proto Dr. Havlíčkovi ani Dr. Maršíkovi, kteří souběžné volby delegáta na sjezd 2019 tolik obhajovali. Je mi líto, že sjezd moje názory nepodpořil, byť v případě nesouhlasu s nynějšími volbami delegáta na sjezd v roce 2019 jen o pouhé dva hlasy. Logickým postupem by naopak bylo udělat vše pro to, aby se využily veškeré možnosti a motivace, aby se OSL alespoň v roce 2019 sešla. Potřebujeme oživení OSL. Zlepšení komunikace s jednotlivými členy komory, pravidelné předávání informací včetně informací o vlastní činnosti představenstva, vysvětlování souvislostí jsou příklady toho, čím je třeba lékárníky vtáhnout do dění komory, a tím vlastně i do dění v oboru. V tomto smyslu se mi líbí elektronický newsletter, který komora začala rozesílat všem členům, stejně tak aktivity Vašich lékárníků.

Celkový průběh pokračujícího sjezdu hodnotím kladně. Často jsme se dosud z různých stran setkávali se zlehčováním našich problémů a požadavků s tím, že si stěžují jednotlivci nebo izolované skupinky potížistů. Sjezd ukázal, že to není pravda a že se jedná o zásadní problémy lékárenského oboru jako celku.

Mgr. David Gregor:

Poslední kapka pro angažovanost jedinců?

Sjezd vyzval ministerstvo a SÚKL, aby začaly kritickou situaci v lékárenství řešit. S tím se nedá než souhlasit, protože je téměř rok po sjezdu loňském a pozitivní změny žádné. Na jaře nám byly slibovány hory, dole. V rámci dohodovacího řízení se však ukázalo, že realita je někde jinde a náměstkem slibované peníze byly rozdány jinde, a ještě jsme byli obviněni pomalu z vydírání MZd. Po jistě vypjatých jednáních jsme na tom v podstatě stejně a vzhledem k inflaci tedy pokračuje další propad příjmů veřejných lékáren.

Jedinou legislativní změnou do této doby, která je prý připravena v našem zájmu, je emergenční model distribuce. Ten nám ovšem, pokud bude prosazen, přinese jen další komplikace a administrativu,

kteřou nám opět nikdo nezaplátí. Navíc se dále prohloubí monopolizace na poli distribuce. Je třeba trvat na dodržování zákonů stávajících, k čemuž právě sjezd vyzval. Pro vyjasnění našeho postoje také uložil prezidentovi komory, aby se v médiích vyjádřil ve smyslu odmítnutí tohoto modelu.

Podle mého názoru je klíčovým úkolem, který byl uložen představenstvu, příprava paragrafových znění novel zákonů, které by zajistily rovné postavení lékáren, stejné ceny léčiv a stejné doplatky a pravidla pro tvorbu sítě lékáren. Divím se, že nic podobného již dávno nebylo zpracováno a že představenstvo neustále opakuje, že tímto způsobem nepracuje. Pokud nevíme, co chceme, jak bychom to chtěli prosadit? Přitom ministerstvo na takové materiály čeká a z vlastní vůle je samo zpracovávat evidentně nehodlá. Pokud nebudou na dalším sjezdu delegátů ČLnK v tomto vidět alespoň dílčí výsledky, je na zvážení, co vlastně naše představenstvo prosazuje a na čí straně stojí.

Bodem, který sice těsně neprošel do usnesení, ale je třeba se k němu podle mého znovu vrátit jak na okresních shromážděních, tak na příštím sjezdu, je institut zvláštního volebního shromáždění. Chápu, že cílem bylo oživit dlouho nefunkční okresy, a stojí za tím spousta práce. To, jak si ovšem někteří pravidla vykládají a převádějí do praxe, je pokud ne protizákonné, pak přinejmenším nesmyslné. Pochybují, že nám bude ku prospěchu, když se v rámci jednoho roku navolí delegáti na několik let dopředu, a tím práce na okrese opět skončí. Jen to nahrává případným manipulacím ve volebních letech. Jaká pak bude komunikace mezi členskou základnou a orgány komory? Nebude právě to poslední kapka pro angažovanost jednotlivců?

PharmDr. Jarmila Skopová:

Jak se „vaří“ dezinformace

Zjišťuji, že vyjádřit stručně dojem, který ve mně 22. září zanechal sjezd komory, je možná těžší, než jeho průběh podrobně popsat. Každopádně dvacet pět projednávaných bodů usnesení, předložených delegáty po předchozí diskuzi,

již samo o sobě svědčí o velmi intenzivní práci a naléhavosti situace, která si toto jednání vyžádala. To ještě více dokreslovaly konkrétní příběhy kolegyně a kolegů z jejich praxí, sdělované vzájemně v kuloárech. Přijaté výzvy nastavují státní správě zrcadlo. Předchozí státní garnitura problémy naší profese prakticky odmítala vidět či slyšet. Ta současná sice deklaruje otevřenost, prioritu a vstřícnost, skutečnost je ale jen *na oko* a ve stylu *slibem nezarmoutíš*. Změnily se tedy jen kulisy a taktika. A posjezdové překvapené reakce ze SÚKL, Ministerstva zdravotnictví a od asociace výrobců? Divím se, že se diví. Sami odkrývají hloubku a umístění propasti, kterou za účelem zničení lékárenské péče již dlouho a intenzivně kopou. Jistota, s jakou ohýbají pravdu, mě stále nepřestává překvapovat a zároveň ujišťovat, že nejhorší, co bychom mohli udělat, by bylo nechat se znechutit a na vizi, kterou české lékárenství má v podobě zdravotní lékárenské péče v přímé komunikaci s pacienty a lékaři, rezignovat. Jako příklad uvedu přijaté usnesení vyzývající Ministerstvo zdravotnictví k zavedení úhrady lékárnám za nově vznikající povinnost ověřovat pravost léčivých přípravků. Za POLP z. s. jsem byla přímým účastníkem dohodovacího řízení, proto vím, jak jednání skutečně probíhalo, a nyní vnímám, jak je teď ze strany ministerstva pokřiveně interpretován konečný výsledek. Jak se asi taková dezinformace „vaří“? Vlastně to ani není složité. To se vezmou dvě základní ingredience – sdělení, které má vzniknout, a dokument, na který se bude odvolávat – v tomto případě protokol z dohodovacího řízení. Vše ostatní zůstalo pouze v dílčích neveřejných zápisech a soukromých poznámkách jednotlivých účastníků, takže „nepřekáží“. Čím déle je možné nechat základní surovinu uležet, tím lépe, aby „nevhodné“ souvislosti ztratily ostrost. Pak se vaření ujme někdo nový, hlavně když původní výrobní proces nezná. Ten vypreparuje „vhodné“ složky, promíchá „vhodným“ způsobem a výsledek odpovídající zadání předloží k zveřejnění. A to se také stalo. Na stránkách Ministerstva zdravotnictví je ve zprávě z 24. září uvedeno, že lékárenský segment v rámci dohodovacího řízení uzavřel dohodu se zdravotními pojišťovkami, která počítá s nárůstem úhrad v tomto segmentu o půl miliardy korun. Ve skutečnosti je tímto nárůstem



suma složená z 35 miliónů přidaných do signálního výkonu, ze zvýšení taxy laborum, který počítá se zhruba 100 milióny, a z fondu pro bonifikaci ohrožených lékáren ve výši 48 miliónů korun. Neexistující našlehaná pěna rozdílu přes 300 miliónů nemůže být nic jiného než suma peněz, která bude do signálního výkonu přesunuta z horních pásem cenového předpisu. Nejde tedy o přidání prostředky do systému, ale pouhé jejich přemístění. Dále se v této posjezdové reakci z pera ministerstva píše, že lékárníci ve vyjednávání s pojišťovnami argumentovali právě vícepracemi v souvislosti s tzv. protipadělkovou směrnicí. Skutečnost je opět jiná. Při vyjednávání jsme s náklady na povinné ověřování byli naopak odkazováni na následné jednání s ministerstvem mimo dohodovací řízení, a to s odůvodněním, že se musíme držet obsahu našeho výkonu ve vyhlášce, kde je definován jako výkon za dispencí a základní administrativu. Podotýkám, že zástupce ministerstva na jednání přítomen byl. Nová povinnost, nepochybně přinářející obrovské změny v naší každodenní práci a s tím spojenými náklady, které nikdo v průběhu dohodovacího řízení nezpochyboval, tak zatím zůstává zcela bez jakékoli úhrady.

Mgr. Filip Škarda:

Jsmo si vědomi kritické situace

Svolání pokračování sjezdu delegátů komory vyvolalo mezi lékárníky mnoho otázek. Proč k samotnému znovuotevření jednání došlo? Bude se

odvolávat? Budeme se opět celý den hádat? Nikoliv.

Na sjezd delegátů jezdím již několik let a mohu konstatovat, že letošní mimořádně svolané setkání bylo velmi konstruktivní. PČLnK navrhlo k projednání především body týkající se tzv. protipadělkové směrnice a nedodávek léčiv. Hned na začátku bylo navrženo program rozšířit o bod Kritická situace v lékárenství, dále o prezentaci spolku Vaši Lékařníci a nakonec přibyl bod týkající se volebních OSL.

Zcela zásadním krokem bylo otevření bodu Kritická situace v lékárenství. Delegátům jsem nastínil v kratičké prezentaci pohled na stav věcí, nečinnost ministerstva apod. I přes krátké útoky některých členů vedení komory se povedlo diskuzi usměrnit konstruktivním směrem. Jak vyplývá i z usnesení sjezdu, delegáti jsou si vědomi, že situace kritická je a je naprosto nezbytně nutné se sjednotit a hlasitě začít dávat najevo naše požadavky.

Z usnesení sjezdu jasně vyplývá upozornění pro Ministerstvo zdravotnictví a SÚKL, že lékárníci nejsou pouhopouhými křiklouny, kteří se nedomluví mezi sebou, ale stavem, který má naději, že se v zoufalé situaci konečně semkne.

Součástí usnesení bylo několik úkolů pro představenstvo ČLnK a i pro samotného prezidenta komory. Já upřímně doufám, že se svých úkolů zhostí zodpovědně a nevznikne snaha zahrát přání, a nebojme se říci, příkazy jejich nadřízených do autu či přeformulovat „k obrazu svému“.

Připravili: (jh, SHA)

Ohlasy ze 78. kongresu v Glasgow (I.)

Na Světovém kongresu FIP (Mezinárodní farmaceutická federace), konaném 2.–6. září 2018, prezentovali své zkušenosti se zaváděním nových služeb pro pacienty kolegové lékárníci z mnoha zemí. Přednášky byly nesporně zajímavé, ale celým kongresem se jako červená nit táhla základní myšlenka – jaká je budoucnost veřejných lékáren? Přečká současný model lékárny jako místa, kde pacienti obdrží své léky a radu, jak je užívat, dalších deset, dvacet, padesát let? Nebo je potřeba změnit pohled na lékárnu a činnost lékárníka? Má jít o evoluci, nebo revoluci? A jakým směrem? Jak a za co bude lékárna odměňována? Otázek mnoho, odpovědí málo. Pojďme se inspirovat, sdílet zkušenosti, které mají lékárníci v jiných zemích.



Na snímku zleva: Jakub Weber, Lubomír Chudoba, Dominique Jordan – prezident FIP, Martin Kopecký.

Na úvod kongresu proběhly přednášky o lékárenství ve Velké Británii. Mezi přednášejícími se střídali zástupci Royal Pharmaceutical Society a akademické obce z farmaceutických fakult. Prof. Shakesheff z University of Nottingham v rámci své přednášky o genové a cílené protinádorové terapii zdůraznil roli klinických farmaceutů v rámci péče o pacienty. Prof. Martini z Royal Pharmaceutical Society prezentoval, jak by se mohl lékárník zapojit do monitoringu hladiny C-reaktivního proteinu u pacientů pomocí CRP-testů dostupných v lékárně.

V rámci NHS (National Health System) je v současné době kladen důraz na spolupráci lékárníka a praktického lékaře. Ve Skotsku a v Anglii jsou farmaceuti součástí multioborového týmu přímo

v ordinaci praktického lékaře. Zde se podílejí na určení správné farmakoterapie jednotlivých pacientů. Inspirojící rozvoj veřejné lékárny a preskribujícího lékárníka lze nalézt v osobě lékárnice Bernadette Brown, vlastníci lékárnu ve městě Glenrothes. <https://www.cadhampharmacy.com/>

Celý projekt této nové farmaceutické služby v ordinacích praktických lékařů ve Velké Británii představil Dr. Boyd z University of Nottingham: Po přípravné fázi trvající 3 roky byla v roce 2016 zahájena pilotní fáze projektu, do kterého se zapojilo 450 lékárníků v 650 ordinacích praktických lékařů. Rozpočet NHS na projekt je 31 mil. liber, dalších 112 mil liber je připraveno pro dosažení počtu 1 500 lékárníků spolupracujících

na farmakoterapii přímo v ordinaci praktického lékaře. Lékárníci většinou působí v týmech např. jako tým 5 lékárníků – 2 zkušení kliničtí lékárníci (Senior pharmacists) a 3 lékárníci (pharmacists) na 7 ordinací. Kliničtí farmaceuti slouží v tomto konkrétním týmu (velikost týmů je různá) zároveň jako lektori pro 3 ostatní lékárníky. Většina lékárníků v projektu patří mezi tzv. preskribující lékárníky. Prošla tedy procesem edukace v oblasti předepisování léků. Nelze je však považovat za klinické farmaceuty v našem slova smyslu. Spíš lze jejich vzdělání nazvat jako lékárník se základní znalostí klinické farmacie – ta je v ČR povinnou součástí vysokoškolské výuky a absolventi ji zakončují státní zkouškou. Lékárníci vedou rozhovory s pacienty v délce zhruba 15 minut o lécích, které užívají. V každé ordinaci jsou např. 1–2x týdně a dále tzv. na telefonu. Výuka „mladého“ lékárníka trvá minimálně 6 měsíců, než je schopen sám farmakoterapii vyhodnocovat. A samozřejmě dohled zkušeného kolegy pokračuje i dále. Podobně jako jiné projekty, také tento byl přijímán zpočátku mezi lékaři s jistou dávkou obezřetnosti. V různých ordinacích byl různý přístup, spolupráce se rozvíjela na základě domluvy, i přes počáteční nedůvěru. Z prvních vyhodnocení však vyplynulo mnoho pozitivních výsledků ve smyslu odbornosti a zdá se také, že projekt bude finančně udržitelný. Ostatně finanční udržitelnost je největší kámen úrazu většiny projektů, které lékárníci provádějí.

Hlavní rozdíl spočívá v tom, že ve Velké Británii tyto projekty vycházejí přímo z NHS (ve spolupráci s lékárníky), kdežto v ČR musí lékárníci „bojovat“ o své místo v systému zdravotnictví a jakékoliv posílení role farmaceutů (na základě zkušeností ze zahraničí) je odpovědnými činiteli státních institucí a dalšími stakeholdery ve zdravotnictví odmítáno.

Podobný projekt mezioborové spolupráce funguje v Kanadě v provincii Ontario. Pilotní projekt trval rok a půl. Lékárníci svoji integraci do týmů vnímají pozitivně. Bližší info: www.impactteam.info.

PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.

Setkání zástupců lékárnických komor

Dne 28. 9. 2018 se ve Varšavě konalo třetí setkání zástupců lékárnických komor zemí Visegrádské čtyřky. Role hostitele se ujala Naczelna Izba Aptekarska (NIA) zastřešující komory jednotlivých polských vojvodství. Vedle neformálních jednání se uskutečnila především Konference V4 PharmForum, na které jako hlavní přednášející vystoupili Lubomír Chudoba za Českou lékárnickou komoru, Ondřej Sukeř za Slovenskou lékárenskou komoru, Attila Horvath- Sziklai z Maďarské lékárnické komory a Michał Byliniak z Polské lékárnické komory.

Jako první vystoupil dr. Chudoba a popsal situaci v lékárenství v ČR. Ve své přednášce mj. připomněl, že u nás je od 90. let systém nastaven jako jeden z nejliberálnějších systémů v Evropě – lékárny může provozovat kdokoli, otevřít lékárnu může kdekoli a doplatky na léky mohou být v každé lékárně jiné. Upozornil i na určitou anomálii ve spolupráci na léky v ČR, tedy na systém započitatelných a nezapočitatelných doplatek do ochranného limitu obyvatel. Poukázal na to, že pozitivním trendem v lékárenství v ČR je věková struktura lékárníků, kdy na rozdíl od praktických lékařů je mnohem více praktikujících lékárníků ve věku do 40 let, a spektrum vzdělávacích seminářů pořádaných ČLnK. Popsal systém odměňování lékáren v ČR jako kombinovaný (marže + SiV). V druhé části se věnoval tomu, co se ČLnK snaží prosadit do budoucna – např. zvýšit podíl konstantní částky v systému odměňování lékáren, zastropovat distribuční marže a rozšířit spektrum hrazených odborných činností lékárníků. Poukázal na to, jakým administrativním opatřením čelíme a musíme se s nimi

vyrovnávat dennodenně – EET, eRecept, FMD, GDPR. Dále představil téma zániku lékáren ve venkovských oblastech a problematiku nedostatku léků v ČR.

V následující přednášce dr. Sukeř představil situaci v zásobování léky na Slovensku. Zde bylo lékárenství liberalizováno v roce 2003, od tohoto roku mohl kdokoli otevřít a provozovat lékárnu. To nejprve vedlo ke zvýšení cen léků a k následnému zavedení regulace cen léků na úrovni druhé nejnižší ceny v EU (vnější referencování). Od roku 2011 se začaly objevovat výpadky v dodávkách léků. Došlo sice ke změně určování ceny jako průměr tří nejnižších v EU, ale neexistovala žádná limitující pravidla pro distributory a lékárny, jak mají s léky nakládat, tudíž je mohly přeprodat do zahraničí, a také to činily. Vznikly specializované distribuční firmy pro export léků a zakládaly se lékárny, které ani nežádaly o smlouvu se zdravotními pojišťovnami a soustředily se především na nákup a reexport. V roce 2013 SLeK informovala veřejnost o tom, že léky chybí, což tehdejší vedení Ministerstva zdravotnictví bagatelizovalo, aby později

čelilo důkazům novinářů v tom, že pravdu má SLeK. V letech 2013–2015 reexport dále rostl, než došlo k první změně legislativy spočívající v tom, že vývozce musel oznámit vývoz Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv (ŠÚKL), a ten jej mohl zakázat. Ale neměl právo přikázat, aby léky byly dodány do lékárny. Přes vydané zakazy (kolem 100 až 200 ročně), se ale stále vyváželo dál ve velkém. V roce 2016 se vyměnilo vedení ŠÚKL a najednou počet zakazů raketově vzrostl na zhruba 4 000 zakazů. SLeK spolu s výrobcí léků vytvořila projekt Nedostatkové léky, kdy lékárníci hlásili problémy s objednávkami a dodávkami léků. I na základě výsledků tohoto projektu došlo k dalšímu zpřísnění pravidel reexportu.

Tato regulace reexportu sestává z několika vzájemně provázaných pravidel. Dnes reexportovat může pouze distributor, který má povolení od výrobce. Lékárny nemohou prodat léky jinému distributorovi. Lékárny nemohou prodat léky jiné lékárně v období do tří měsíců od nákupu léků. Pokud po uplynutí tříměsíční lhůty léky prodají, tak druhá lékárna je povinna vydat léky pouze pacientovi. Za porušení těchto ustanovení zákona byly stanoveny vysoké sankce, které by v případě uplatnění byly skutečně likvidační pro lékárny i distributory. Součástí legislativních změn bylo i zavedení emergenčního modelu

Pokračování na další straně



Pokračování z předchozí strany

objednávání léků, ale nikoliv tou hlavní, jak je prezentováno u nás. Emergenční systém byl vytvořen pro zcela mimořádné situace, pokud by lékárna nemohla lék pro pacienta objednat. Na Slovensku je emergenční model rozdělen mezi tři hlavní distributory (podotýkám, že na Slovensku ani mimo emergenční model není využíván monopolní systém dodávek běžných léků jako u nás – DTP přes jednoho monopolního dodavatele). Emergenční systém funguje tak, že lékárna musí anonymizovat recept, skenovat jej a zaslat do systému, a to konkrétnímu distributorovi, který byl výrobcem pověřen pro zásobování lékáren emergenčním systémem. Do dvou pracovních dnů musí distributor léky dodat a lékárna převzít! Převzít znamená většinou osobně a někdy také rovnou hotově zaplatit. V emergenčním systému dodávek mohou být zařazeny pouze léky, které mají stanovenou úhradu. Tomu se výrobci občas vyhýbají tím, že podají žádost o odejmutí úhrady a poslední 89. den řízení žádost stáhnou. Jinými slovy, změny na Slovensku v podstatě posunuly Slovensko blíže k našemu systému regulace reexportů. Slovensko se tedy inspirovalo částečně i u nás, není proto důvod brát si za příklad právě Slovensko.

Attila Horvath-Sziklai ve své přednášce ukázal, že pokud bychom se porovnávali s Maďarskem, tak jsme asi 10 let za nimi. Podobným důsledkům liberalizace, s kterými se potýkáme v ČR – koncentrace lékáren do měst, uzavírání lékáren ve venkovských oblastech, ekonomické propady lékáren, jejichž důsledkem byla nižší kvalita poskytované péče – čelilo maďarské lékárenství v letech 2006 až 2010. Zopakoval informace, které prezentoval na jarním setkání V4 v Praze. Došlo k povinné změně majetkové struktury provozovatelů lékáren, kdy minimálně 51% podíl musí vlastnit lékárník. Tato změna legislativy nebyla Evropskou komisí shledána jako nekompatibilní s evropským právem. Novinkou, kterou zde prezentoval, a která je důležitá i pro ČR, je fond venkovských lékáren, z kterého je podpora poskytována cca 600 lékárnám (v Maďarsku je 2 300 lékáren). O příznání podpory musí lékárny žádat (vyplnit žádost) a doložit např. výši obrátu, počet otevíracích hodin a podobně. Vzhledem

k výsledkům Dohodovacího řízení pro rok 2019, které předpokládá zřízení fondu venkovských lékáren ve výši 48 mil. Kč, může být maďarský systém podpory inspirací i pro ČR.

Michał Byliniak nejprve představil podobu Polské lékárnické komory. Zmínil, že v Polsku je kolem 14 600 lékáren (cca 3 000 obyv./lékárnu), pracuje v nich v průměru 1,78 lékárníků/lékárnu, Rx léky může vydávat i farmaceutický asistent. Z 60 % jsou závislé na zisku z volného prodeje a pouze cca 40 % zisku tvoří zisk z výdeje léků na recept. Volně prodejné léky lze v Polsku koupit na cca 100 000 místech. Představil legislativní změny platící pro vznik nových lékáren. Jsou to jednak demografická a geografická pravidla pro otevření nové lékárny, ale především novou lékárnu může začít provozovat pouze lékárník s povolením (ten může provozovat maximálně čtyři lékárny). Co je také velkým rozdílem proti ČR, lékárnu nemůže provozovat osoba (resp. nesmí figurovat ve vedení firmy provozující lékárnu), která je ve vedení v distribuční společnosti (jde o zákaz vertikálního propojení distribuce a lékáren). Při projednávání této změny byla také schválena pravidla pro převod lékárny a léků v případě dědických řízení, v případě prodeje jiné osobě apod. Není tedy pravdou, jak se snaží ukazovat některá „odborná“ média, že se tento zákon otočil proti soukromým lékárníkům. Naopak, zpomalila se expanze řetězců a v tuto chvíli se v Polsku velmi intenzivně řeší obcházení tohoto zákona formou „franchizových“ smluv.

Ve všech zemích se připravují na 9. únor 2019, kdy vstoupí v platnost povinnost ověřování léčiv. Problémy máme všude podobné, s tím, že my v České republice na ně aktivně poukazujeme. V porovnání s ostatními zeměmi V4 je ČR v přípravě nejdále. Proto si uvědomujeme mnoho problémů, ke kterým se okolní země ještě nedopracovaly. Poláci berou problematiku zavádění systému ověřování léčiv stylem – „ono se to nějak vyřeší“. Přitom prý zhruba polovina lékáren pracuje se systémem Windows XP a má poměrně staré počítače. A to navíc v Polsku v té samé době od 1. ledna 2019 mají být všechny lékárny povinně připraveny na přijímání eReceptu.

PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.

Anotace – Péče o diabetika 2. typu

Na stránkách ČLnK byl zveřejněn aktualizovaný Doporučený postup – Péče o diabetika 2. typu (Hendrychová, Malý), který odráží rychlý vývoj v oblasti prevence a léčby diabetu mellitu posledních čtyř let. Doporučený postup je koncipován jako nezbytná průprava ke konzultační činnosti s diabetickým pacientem, ať již v konzultační místnosti nebo při dispenzaci léčiv. Autoři doplňují všechny podstatné novinky racionální farmakoterapie, výhody i rizika jednotlivých léčiv. Zaměřují se také na specifika léčby prediabetu, diabetu u seniorů, prevenci a řešení komplikací diabetu. Postup svým rozsahem slouží také jako příručka či studijní materiál, důležité informace (včetně aktuálních doporučených laboratorních hodnot podle českých i zahraničních autorit) jsou však přehledně členěny v algoritmech a tabulkách. Kolektiv autorů a oponentů přináší zejména své dlouholeté zkušenosti na poli péče o diabetické pacienty v prostředí lékáren, ambulancí i diabetologické kliniky, a to s cílem jejich využití v každodenní praxi farmaceuta. Navigace: Pro veřejnost > Doporučené postupy > Doporučený postup – Péče o diabetika 2. typu (2. 10. 2018)

Iva PROKOPOVÁ

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP
Spolek moravskoslezských
farmaceutů pořádají

CLXVII. přednáškový večer

**Uskuteční se 14. listopadu 2018
v 18.30 hodin v Domě techniky
Ostrava-Mariánské Hory**

Přednáší

**PharmDr. Stanislav Havlíček,
Lékaři bez hranic**

Lékárníkem na misi v Bangladéši

4 body v CV

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Piřha, J.: Místo farmakoterapie v léčbě Myasthenia gravis

Klinická farmakologie a farmacie č. 2/2018

Myasthenia gravis (**MG**) je autoimunní onemocnění s produkcí protilátek proti některým proteinům (acetylcholinový receptor) na postsynaptické membráně nervosvalové ploténky. Projevuje se svalovou slabostí a snadnou unavitelností kosterních svalů. Léčba je symptomatická. Autoimunní pochody lze zčásti ovlivnit pomocí imunomodulačních léčiv, která mohou působit nespecificky nebo monoklonálních protilátek i specificky. Latentní **MG** se může někdy manifestovat jako nežádoucí účinek některých léčiv. Důsledkem produkce protilátek je destrukce postsynaptické membrány a porucha funkce ACH receptoru. Léčba spočívá v dlouhodobém podávání reverzibilních inhibitorů cholinesterázy, imunomodulační terapii a léčbě akutních stavů. Nemocní mladší 50 let jsou indikováni k thymektomii. Symptomatická léčba tedy spočívá v podávání inhibitorů AChE.

Už v roce 1935 se poprvé uplatnil fysostigmin. Základním léčivem je pyridostigmin, dále se používá krátkodobě působící neostigmin, ambenonium a dlouhodobě působící distigmin, který se podává 1x denně, ale hrozí u něj kumulace.

Imunoterapie spočívá v podávání kortikoidů (prednison, methylprednisolon), většinou v kombinaci s imunosupresivy. Z nich je lékem volby azathioprin, dále kalcineurinový inhibitor cyklosporin A, mykofenolát mofetil, takrolimus, který je až 100x účinnější než cyklosporin A, antimetabolit folátu metotrexát, alkylační antineoplastikum cyklofosamid. V akutní fázi se podává intravenózní imunoglobulin nebo uplatňuje terapeutická plazmaferéza. Biologika se podávají jen u těžkých refrakterních forem **MG** (rituximab, eculizumab). V těhotenství se může pokračovat léčbou pyridostigminem a nízkými dávkami kortikoidů, relativně bezpečný je i azathioprin. Z nebezpečných léčiv, která mohou vyprovokovat či zhoršit **MG** jsou to: D-penicilamin, interferon α , magnézium, botulotoxin a periferní myorelaxancia. Stav mohou zhoršit některá antibiotika, statiny, kalcioví antagonisté, benzodiazepiny, lithium.

Jelínek, L., Václavík, J.: Léčba arteriální hypertenze u starších osob

Kardiologická revue č. 1/2018

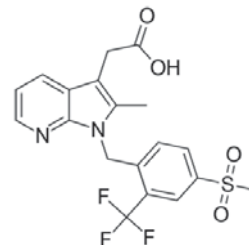
Studie HYVET a SPRINT přinesly jednoznačné důkazy o prospěšnosti léčby hypertenze u seniorů. Je nutné léčit i izolovanou systolickou hypertenzi, která se vyskytuje až u 60 % populace ve věku nad 65 let, a léčba hypertenze ve stáří se tím stala nedílnou součástí doporučených postupů. Současným trendem v léčbě starších pacientů je použití fixních kombinací. Léčbou hypertenze jednoznačně poklesl výskyt CMP, srdečního selhání, celková i kardiovaskulární mortalita (studie HYVET s indapamidem či kombinací s perindopilem).

Obecně se u starší populace začíná co nejnižší dávkou léčiva a její zvyšování by se mělo dít v delších intervalech (zhruba 4 týdny), nebyl prokázán rozdíl mezi jednotlivými skupinami antihypertenziv při první volbě, jen betablokátor se příliš nedoporučuje (švédská studie prokázala, že po BB byl pokles výskytu CMP o 16 % nižší než po ostatních). Fixní kombinace u seniorů se doporučují hlavně kvůli adhezenci a nejlépe se osvědčila kombinace kalciového blokátoru s ACEI či sartanem. Z diuretik se volí metabolicky neutrální indapamid. Indikace jednotlivých antihypertenziv se volí rovněž dle přítomných komorbidit u toho kterého pacienta.

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

MOLEKULA
MĚSÍCE

Fevipirant (QUAW039)



IUPAC: {2-methyl-1-[4-(methylsulfonyl)-2-(trifluoromethyl)benzyl]-1H-pyrrolo[2,3-b]pyridin-3-yl}acetic acid

Sumární vzorec: C₁₉H₁₇F₃N₂O₄S

Molekulová hmotnost: 426.41 g/mol

Firma Novartis vyvinula nové léčivo k terapii asthma bronchiale, fevipirant (dále jen **F**). Jde o antagonistu prostaglandinového receptoru D₂ typu 2, označovaného též DP₂ či CRTh₂. Názvem i strukturou **F** připomíná laropirant, který byl krátce používán ve fixní kombinaci s niacinem k léčbě hypercholesterolemie. Ten je však inhibitorem receptoru D₂ typu 1. Aktivační ligandy receptoru CRTh₂ způsobují alergickou a zánětlivou reakci. **F** je však ligandem inhibičním.

III. fáze klinického zkoušení, studie LUSTER-1 a LUSTER-2 s **F** byly zahájeny v roce 2016. Účastnilo se jich 846 pacientů se špatně kontrolovaným astmatem po dobu 52 týdnů. V obou studiích byl prokázán protizánětlivý efekt a snížení počtu exacerbací astmatu a zlepšení plicních funkcí. Za posledních dvacet let je to první perorální inovativní léčivo v terapii astmatu. Podávané dávky byly 1x denně 150 nebo 300 mg či 2x denně 250 mg. Farmakokinetika není ovlivněna příjmem potravy. Konečné výsledky dvouletých studií budou známy v listopadu 2018. Z nežádoucích účinků se nejčastěji objevila bolest hlavy a nazální kongesce. Podobné léčivo, setipirant firmy Actelion, se testuje i u alopecie.

Zdroje: internet

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná od 1. do 30. září 2018

Zrušená osvědčení

838/2015	Mgr. Martin Bednář, BENU Lékárna, Vysočanská 20/382, Praha	424/2018	PhMr. Jelena Niklová, Lékárna Centrum, Benešovo nám. 424/9, Teplice
839/2015	Mgr. Martin Bednář, HAVRA NZ s. r. o., K Pérovně 945/7, Praha	422/2018	PharmDr. Kristýna Ličková, Lékárna AVE, Horní náměstí 104/1, Opava
459/2017	RNDr. Larisa Stará, Lékárna Pod Zvičinou, Janderova 2127, Hořice v Podkrkonoší	341/2018	PharmDr. Kristýna Ličková, LAVAL Pharma a. s., Kladrubská 311, Praha
1448/2013	Mgr. Radovan Mareda, Dr. Max LÉKÁRNA, Arménská 3277, Kladno	608/2014	PharmDr. Jaroslava Kokešová, Lékárna Tilia, Jáchymovská 258, Praha
1449/2013	Mgr. Radovan Mareda, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s., Nové sady 996/25, Brno	446/2017	PharmDr. Soňa Pirklová, Dr. Max LÉKÁRNA, Mistra Jaroslava Kociána 25, Ústí nad Orlicí
640/2015	Mgr. Libuše Kimmerová, Nemocnice Šumperk a. s., Nerudova 640/41, Šumperk	193/2018	RNDr. Jaroslav Scheidel, Lékárna Na Poliklinice, Legií 765, Nová Paka
340/2018	PharmDr. Kristýna Ličková, Lékárna AVE, U Fortny 49/10, Opava	41/2008	Mgr. Petra Schneiderová, Lékárna Farmaka, Puchmajerova 7, Ostrava
455/2017	Mgr. Veronika Řičařová Luňáková, Lékárna Na Štěpnici, Polská 1308, Ústí nad Orlicí	59/2010	PharmDr. Irena Marklová, Lékárna RENA, tř. T. Bati 3759, Zlín
106/2012	PharmDr. Magdalena Riegerová, Lékárna U Sv. Antonína, Masarykova 45, Řevničov	666/2016	PharmDr. Jaroslava Nováčková, Dr. Max LÉKÁRNA, Seifertova 6a, Blansko
179/2017	PharmDr. Eva Bah, Československého exilu 2175/30, Praha	667/2016	PharmDr. Jaroslava Nováčková, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s., Nové sady 996/25, Brno
170/2018	Mgr. Lukáš Toman, Dr. Max LÉKÁRNA, Střelničná 2270/46, Praha	317/2010	Mgr. Miloslava Kovářová, BENU Lékárna, Jičínská 1349 OC Int, Mladá Boleslav
75/2018	Mgr. Jana Luknářová, Naše lékárna, Stránského 28, Brno 2/2007 Mgr. Tomáš Palyza, AVICEL s. r. o., Strážovská 522/16, Praha	415/2018	Mgr. Milan Kolesár, TETA lékárna, Opatovská 874/25, Praha
1245/2013	PharmDr. Ivana Peterková, Lékárna Valdštejnova, Valdštejnova 1364/22, Cheb	834/2017	PharmDr. Lenka Klementová, Lékárna Typos, Pražská 665/78, Brno-Bosonohy
763/2016	Mgr. Eva Kopecká, Dr. Max LÉKÁRNA, Švehlova 1391/32, Praha	835/2017	PharmDr. Lenka Klementová, HANIKAT, s. r. o., Pražská 665/78, Brno
117/2017	Mgr. Eva Hüblová, Lékárna Arnika, Masarykova 1293, Česká Třebová	232/2017	Mgr. Katrin Farah, Dr. Max LÉKÁRNA, Kubíčková 1080/6, Brno
118/2017	Mgr. Eva Hüblová, LÉKÁRNA ARNIKA ČT s. r. o., Masarykova 1293, Česká Třebová	349/2018	Mgr. Iva Čejková, Lékárna U Nováků, V jámě 699/5, Praha
366/2018	Mgr. Martina Obrtelová, Chytrá lékárna, Mendlovo nám. 16, Brno	350/2018	Mgr. Iva Čejková, Miloš Rýc M.D. Health Care, s. r. o., Vodičkova 699/30, Praha
1784/2013	PharmDr. Jana Jelínková, Dr. Max LÉKÁRNA, Sadová 528, Klášterec nad Ohří	184/2018	RNDr. Jaroslava Chocholoušová, SANOVIA a. s., Těšínská 1349/296, Ostrava-Radvanice
1785/2013	PharmDr. Jana Jelínková, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s., Nové sady 996/25, Brno	394/2011	PharmDr. Jana Rousová, Lékárna Atlas s. r. o., Optátova 1a, Brno
165/2016	PharmDr. Klára Vráblíková, Dr. Max LÉKÁRNA, Plzeňská 396, Králův Dvůr	363/2018	PharmDr. Renata Valehrachová, Lékárna Frýdlant, Hlavní 79, Frýdlant nad Ostravicí
592/2017	Mgr. Lada Krejčová, Dr. Max Lékárna, Plzeňská 162, Beroun	44/2016	PharmDr. Pavel Krmenčík, Ph.D., Lékárna MediCentrum Hodonín, Kollárova 4338/9, Hodonín
688/2017	Mgr. Věra Uřešová, BENU Lékárna, Náměstí svobody 1, Vodňany	436/2018	PharmDr. Dana Trčková, Pharmacentrum Holešovice, Plynární 1617/10, Praha 7-Holešovice
371/2018	Mgr. Erik Juřenčák, BENU Lékárna, Štemberkova 1640, Rychnov nad Kněžnou	428/2017	PharmDr. Hana Hojzáková, TETA lékárna, Pražská 110, Kostelec nad Černými Lesy
127/2018	Mgr. Eva Machová, BENU Lékárna, Řípská 1476/27, Brno	429/2017	PharmDr. Hana Hojzáková, Teta drogerie a lékárny ČR s. r. o., Poděbradská 1162, Šestajovice
258/2010	PharmDr. Dana Srpová, Lékárna Čankov, Železniční 1, Karlovy Vary	814/2017	Mgr. Radomíra Svačinová, Dr. Max Lékárna, Smetanova 1244, Vsetín
438/2018	Mgr. Vítězslav Baran, BENU Lékárna Kamenice, Kamenice 811/32, Brno-Bohunice	21/2015	Mgr. Hana Kotková, ZEDPO, s. r. o., Sýpka 9, Brno
		728/2016	Mgr. Hana Kotková, Lékárna Na Brněnské, Brněnská 157, Tišnov
		442/2018	PharmDr. Tereza Hofmanová, Dr. Max LÉKÁRNA, Sjízdna 5554/2, Ostrava-Třebovice

- 139/2012 Mgr. Lea Halašková, ALFA farm s. r. o.,
Smetanova 942, Slavkov u Brna
51/2014 RNDr. Alena Chmelíková, Dr. Max LÉKÁRNA,
28. října 65/3348, Ostrava-Moravská Ostrava
1726/2013 PharmDr. Marta Dostálová Bystřínová, ČESKÁ
LÉKÁRNA HOLDING, a. s., Nové sady 996/25, Brno
1727/2013 PharmDr. Marta Dostálová Bystřínová,
Dr. Max LÉKÁRNA, Jasenická 301, Vsetín
592/2016 Mgr. René Šostý, BENU Lékárna,
Alej 17. listopadu 2720, Roudnice nad Labem

Vydaná osvědčení

VEDOUcí LÉKÁRNÍK

- 405/2018 Mgr. Jitka Bílá, Dr. Max LÉKÁRNA,
Masarykovo nám. 95, Brandýs nad Labem,
ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
406/2018 PharmDr. Lenka Cepáková, Lékárna U Věže, nám.
Arnošta z Pardubic 21, Český Brod, Libor Řezníček
408/2018 Mgr. Leoš Guryča, Lékárna U Jakuba, Velkomorav-
ská 378/1, Hodonín, Lékárna U Jakuba s. r. o.
410/2018 PharmDr. Monika Hladíková, Dr. Max Lékárna,
Revoluční 1412, Šestajovice, ČESKÁ LÉKÁRNA
HOLDING, a. s.
411/2018 PharmDr. Hana Homolková, BENU Lékárna, Náměs-
tí svobody 1, Vodňany, BENU Česká republika a. s.
412/2018 Mgr. Lucie Jakešová, Dr. Max LÉKÁRNA,
Horní 6/2233, Žďár nad Sázavou,
ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
413/2018 Mgr. Šárka Kokešová, Dr. Max LÉKÁRNA, Arménská
3277, Kladno, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
415/2018 Mgr. Milan Kolesár, TETA lékárna, Opatovská
874/25, Praha 4, Teta drogerie a lékárny ČR s. r. o.
416/2018 PharmDr. Anna Kosorínová, Lékárna Jasmín,
U Hadích lázní 1168/50, Teplice, Amura spol. s. r. o.
417/2018 PharmDr. Julie Kramperová, Lékárna BB Centrum,
Želetavská 5, Praha 4, G- FAM s. r. o.
419/2018 Mgr. Milena Kratochvílová, Lékárna „DPS“, Komen-
ského nám. 1850, Říčany u Prahy, Mana aktiv s. r. o.
421/2018 PharmDr. Roman Lasák, Dr. Max LÉKÁRNA,
Vlčnovská 2514, Uherský Brod,
ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
422/2018 PharmDr. Kristýna Ličková, Lékárna AVE,
Horní náměstí 104/1, Opava, LAVAL Pharma a. s.
423/2018 PharmDr. Hana Mašláňová, Lékárna Gemini,
U Gemini 360, Zlín, Serpentes s. r. o.
424/2018 PhMr. Jelena Niklová, BENU Lékárna,
Benešovo nám. 424/9, Teplice, MAZÁK s. r. o.
425/2018 PhMr. Jelena Niklová, BENU Lékárna, Benešovo
nám. 424/9, Teplice, BENU Česká republika a. s.
427/2018 PharmDr. Miroslava Odrazilová,
Lékárna U Sv. Mikuláše, č.p. 73, Brankovice,
PharmDr. Miroslava Odrazilová
428/2018 PharmDr. Irena Paterová, Dr. Max LÉKÁRNA,
Švehlova 1391/32, Praha 10,
ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
429/2018 PharmDr. Ivana Peterková, Lékárna Valdštejnova,
Valdštejnova 1364/22, Cheb,
Lékárna Valdštejnova s. r. o.
431/2018 Mgr. Jiří Rýznar, Lékárna Dr. Max, Cihlářská 1516,
Ústí nad Orlicí, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
432/2018 Mgr. Martin Šícha, Lékárna Na náměstí, nám. 1.
máje 11, Chomutov, Pharm s. r. o.
434/2018 Mgr. Radka Šustková, Lékárna Tilia,
Sovětská 912, Bučovice, TILIA spol. s. r. o.
435/2018 Mgr. Vladimíra Šustová, BENU Lékárna
(objekt HYPERNOVA), Obchodní 111, Čestlice,
BENU Česká republika a. s.
436/2018 PharmDr. Dana Trčková, Pharmacentrum
Holešovice, Plynární 1617/10, Praha 7-Holešovice,
MEDICON Pharm s. r. o.
437/2018 Mgr. Helena Vavrysová, Dr. Max LÉKÁRNA,
Bří Lužů 2251, Uherský Brod,
ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
438/2018 Mgr. Vítězslav Baran, Benu Lékárna,
Kamenice 811/32, Brno-Bohunice,
BENU Česká republika a. s.
439/2018 Mgr. Anna Bártová, Teta lékárna, Pražská 2858,
České Budějovice, Teta drogerie a lékárny ČR s. r. o.
441/2018 Mgr. Martin Bednář, BENU Lékárna, Vysočanská
20/382, Praha 9, BENU Česká republika a. s.
440/2018 PharmDr. Dominika Fajdalová, Dr. Max LÉKÁRNA,
V Celnici 10, Praha 1,
ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
442/2018 PharmDr. Tereza Hofmanová, Dr. Max LÉKÁRNA,
Sjízdná 5554/2, Ostrava-Třebovice,
ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
443/2018 Mgr. Jitka Hojková, BENU Lékárna, Spálená
2121/22, Praha 1, BENU Česká republika a. s.
444/2018 Mgr. Magdalena Hýsková, BENU Lékárna, Palacké-
ho 541, Dobřichovice, BENU Česká republika a. s.
445/2018 Mgr. Martina Jarmarová, Benu Lékárna, Kamenice
811/32, Brno-Bohunice, BENU Česká republika a. s.
446/2018 PharmDr. Blanka Juchelková, Lékárna AGEL,
Hlavní 1500, Frýdlant nad Ostravicí, Repharm a. s.
448/2018 Mgr. Monika Kovačiková, Lékárna U Fontány, Seno-
vážné náměstí 20, Praha 1, Almapharmo, s. r. o.
449/2018 Mgr. Lenka Kožuchová, BENU Lékárna, Plzeňská
344, Praha 5, BENU Česká republika a. s.
450/2018 PharmDr. Filip Matzke, Lékárna EDEN s. r. o.,
Purkyňova 3030/35c, Brno, Lékárna EDEN s. r. o.
452/2018 PharmDr. Veronika Mrázová, Lékárna Pod radnicí,
Antonína Dvořáka 320, Turnov,
Lékárna pod radnicí, s. r. o.
454/2018 Mgr. Petr Palouš, Lékárna Ústavu leteckého
zdravotnictví, Generála Píky 1, Praha 6-Dejvice,
Ústav leteckého zdravotnictví Praha
456/2018 Mgr. Tomáš Palyza, Císařská lékárna,
Karlovo nám. 557/30, Praha 2, Císařská lékárna
458/2018 PharmDr. Magdalena Riegerová,
Lékárna U Sv. Antonína, Masarykova 45, Řevničov,
Pražská lékárnická s. r. o.
459/2018 Mgr. Jaroslava Rohličková, Lékárna Na Vráži u sv.
Kryštofa, Táborská 2025, Černošice, PETRIV s. r. o.
460/2018 PharmDr. Romana Tučková, Lékárna
u Sv. Anežky, Pražská 559, Dobřichovice-Lety,
GRATIOLA spol. s. r. o.
461/2018 PharmDr. Irena Vančatová, BENU Lékárna,
Štefánikova 6, Praha 5, BENU Česká republika a. s.
463/2018 Mgr. Romana Vodičková, Lékárna HORNMED,
Charbulova 8, Brno, HORNMED s. r. o. **(člínk)**

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE za podpory společnosti Teva

Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky. Účastnický poplatek uhradte podle pokynů při přihlášení: bankovním převodem na účet číslo: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději 10 dnů před konáním semináře. Platba v hotovosti na místě již není možná.

LISTOPAD

Čt 8. 11. Znojmo (kód semináře: 18105)

Hotel Bermuda, Mariánské nám. 10, od 18.00 hodin

Téma: Závratě

Anotace: Léky vedoucí k závratím, riziko závratí a léčba závratí a DRP léčiv používaných při léčbě závratí

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

Poplatek: 300 Kč

Počet bodů: 12

DALŠÍ SEMINÁŘE

Veterinární problematika z pohledu lékárníka I.

Cílem kurzu je seznámit posluchače s platnou legislativou v oblasti veterinárních léčiv, obecnou charakteristikou veterinárních léčivých přípravků, veterinárních přípravků, doplňků krmiv. Probrány budou základy veterinární farmakologie se zaměřením na malá zvířata (zejm. psi, kočky), mezidruhové rozdíly ve farmakokinetice léčiv, nežádoucí účinky, idiosynkratické reakce. Posluchači se dále seznámí s významnými parazitárními onemocněními a jejich léčbou.

Kurz je určen pro **farmaceuty i farmaceutické asistenty**.

Místo a datum konání:

Praha 4, IKEM – Vídeňská 1958/9,

1. 12. 2018 od 9.00 do 15.00 hodin

Poplatek:

pro farmaceuty 700 Kč, pro farmaceutické asistenty: 900 Kč

Pořadatel: Oddělení vzdělávání ČLnK

Přednášející: MVDr. Mgr. Kateřina Horáčková,
MVDr. Leona Nepejchalová, Ph.D.,
MVDr. Martina Načeradská, Ph.D.

Přihlašování pro lékárníky na www.lekarnici.cz – sekce – vzdělávání – akce pořádané ČLnK.

Po přihlášení zašlete platbu na účet 35-7905240297/0100 – **variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (18191).**

Přihlašování pro farmaceutické asistenty – pro registraci do databáze ČLnK zašlete na e-mail: vzdelavani@lekarnici.cz své údaje (e-mailová adresa, tel. číslo, datum narození) a informace

o pracovišti (název lékárny a obce), následně obdržíte odkaz pro přihlášení se přes web ČLnK.

Akce je ohodnocena 12 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Partnerem kurzu je společnost BAYER s. r. o.



Garantovaný seminář – Lékové interakce

Garantované kurzy Lékové interakce pořádá Česká lékárnická komora ve spolupráci se společností DrugAgency, a. s.

Cílem je poskytnout ucelený pohled na problematiku lékových interakcí se zaměřením na vyhodnocení a řešení rizik interakcí z hlediska individuálního pacienta.

Přednášející: PharmDr. Josef Suchopár, MUDr. Michal Prokeš, Mgr. Ondřej Suchopár

Základní dvoudenní garantovaný kurz Lékové interakce

21 výukových hodin (940 minut), probíraná témata:

- *Principy lékových interakcí*
- *Genetický polymorfismus a lékové interakce*
- *Vstřebávání léčiv a lékové interakce*
- *Lékové interakce potravy, nápojů, léčivých rostlin nebo koření*
- *Interpretace důsledků lékových interakcí*
- *Lékové interakce hlavních farmakologických skupin léčiv*

Kurz je ohodnocen **40 body** do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Poplatek za seminář je 4 990 Kč s DPH.

Místo a datum konání:

České Budějovice (hotel Clarion) 29. 10. a 19. 11.

Praha (sídlo ČLnK) 7. 11. a 28. 11.

Lékové interakce – Diabetologie

Jde o navazující jednodenní garantovaný kurz: 9 výukových hodin (420 minut).

Probíraná témata:

- *Základní informace o diabetu*
- *Lékové interakce antidiabetik*
- *Rozbor jednotlivých antidiabetik*
- *Fytofarmaka při terapii diabetu*
- *Interaktivní řešení kazuistik*

Kurz je ohodnocen **20 body** do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Poplatek za seminář je 2 420 Kč s DPH.

Místo a datum konání:

Ostrava (hotel Clarion) 14. 11.

České Budějovice (hotel Clarion) 5. 12.

Semináře neobsahují žádnou komerční přednášku.

Součástí semináře jsou tištěná skripta obsahující všechny přednášky, občerstvení po celý den, oběd, roční licence Databáze lékových interakcí online i offline.

Absolvent umí pracovat s programem Databáze a získá z ní veškeré potřebné údaje pro rozhodnutí. Zná princip interakcí, dokáže je identifikovat a interpretovat. Dokáže rozpoznat, kdy nevydat lék a kdy se obrátit na předepisujícího lékaře, a pacientovi účelně poradit a pomoci. V neposlední řadě umí z hlediska lékových interakcí poradit při výběru vhodného volně prodejného léku či doplňku stravy.

Schizofrenie

Seminář obsahuje přednášky na témata:

MUDr. Marta Holanová

Schizofrenie, její příznaky, průběh, projevy léčby

Současný pohled na schizofrenní onemocnění a jeho léčbu. Očekávané změny psychiatrické péče o psychotické pacienty v souvislosti s reformou české psychiatrie, destigmatizace oboru. Důvody pro nedobrovolnou psychiatrickou hospitalizaci a omezení svéprávnosti. Forenzní dopad neléčení psychotických pacientů. Praktické rady k úspěšné komunikaci s psychotickým pacientem v lékárně.

PharmDr. Ivana Minarčíková

Léčba, antipsychotika, limity preskripce, podpora adherence pacienta k léčbě v lékárně

Léčba schizofrenie: Antipsychotika I. a II. generace, jejich lékové formy, nejčastější nežádoucí účinky. Limity pro preskripci antipsychotik. Adherence pacienta k léčbě a podpora adherence pacienta k léčbě v lékárně.

Místo a datum konání:

Praha 4, IKEM, Vídeňská 1958/9, 29. 11., 17.00–20.30 hodin

Přihlašování pro lékárníky na www.lekarnici.cz – sekce vzdělávání – nabídka kurzů pro lékárníky.

Poplatek 300 Kč. Po přihlášení platbu zašlete na účet č. 35-7905240297/0100, **variabilní symbol:** členské číslo účastníka, **konstantní symbol:** 558, **specifický symbol:** kód semináře 18199.

Akce je ohodnocena **7 body** do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Slovak-Polish-Czech Leadership Camp

V první polovině září, konkrétně mezi 7. a 10. zářím, se uskutečnil další ročník SPC Leadership Camp, který se od svého vzniku v roce 2012 opět konal v Hradci Králové. Projekt, jehož organizace se letos ujal Spolek českých studentů farmacie (SČSF), je společnou akcí spolků studentů farmacie ze Slovenska, Polska a České republiky.

SPC se zaměřuje na rozvoj soft-skills, tedy „měkkých dovedností“, jako jsou komunikace, řešení konfliktů, motivace, plánování projektů a času nebo mluvení na veřejnosti a prezentování. Tedy dovedností, které nejsou sice ve vzdělávacím plánu, ale jsou při uplatnění v dnešní době naprosto nezbytné. Odtud také pochází heslo celého setkání „beyond the course“.

V pátek 7. září se v odpoledních hodinách začali sjíždět studenti ze všech zúčastněných zemí. V kampusu Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy byly pro všechny připraveny přednášky partnerů celého víkendu, společností Novartis a PrimeVigilance,

kteří významně přispěli k možnosti uspořádání této akce. Poté na účastníky čekalo první hromadné seznamování vzájemné, a také s trenéry jednotlivých seminářů.

Sobotní a nedělní paralelně probíhající semináře si každý mohl vybrat podle zájmu. Každý trénink byl pod vedením zkušených trenérů z řad studentů i čerstvých absolventů farmaceutických fakult všech zúčastněných zemí. Aby se vzájemné seznamování ještě podpořilo, každý večer byl připraven kulturní program.

Na poslední den zbývalo pouze zhodnocení celého víkendu a nastal čas loučení. Celá akce dala studentům možnost poznat nové přátele, procvičit komunikaci v angličtině a naučit se novým dovednostem. Jak nově nabyté vědomosti dokážou použít, se uvidí až v běžném životě. Příští rok se SPC přesune opět do Polska.

Josef KUNRT, prezident SČSF



Zpráva do stavovského tisku o konání Lékárnických dnů v Písku!

Lékárníci z blízka i z dále se sešli o prvním říjnovém víkendu v kulturním domě v Písku, aby nasáli novinky v širokém spektru zdravotnických témat, zároveň se pobavili a rozšířili si obzory i v oblasti kulturní.

Slavnostní uvítání účastníků proběhlo v divadle Fráni Šrámka symbolickým komediálním představením ze záhrobí. Vtipná situace nastala hned ve foyer, kde jsme se pohoršovali nad opilcem, potácejícím se mezi návštěvníky. Naštěstí nikdo nebyl tak aktivní, aby ho nechal vyvést, a jak jsme později pochopili, jednalo se o součást představení – byl to hrobník.

V sobotu nás po zahájení a slavnostní zdravici starostky města Písku čekala řada přednášek pokrývajících různé medicínské okruhy. V bloku *Kardiiovaskulární farmakoterapie* zazněly precizně připravené prezentace v podání výborných přednášejících. Například *Souhrn farmakologické léčby srdečního selhávání* přehledně podal docent Kořínek. *Staré a nové léčebné postupy v prevenci aterosklerózy* systematicky představil docent Piřha.

V bloku *Hematologie* přednášející obsáhli široké spektrum témat od výborného *Přehledu v oblasti antikoagulační léčby* přes *Přehled nežádoucích účinků léčiv na krev a krvetvorbu až po Nežádoucí účinky antikoagulancií a antitrombotik z pohledu SÚKL*. Zajímavá byla prezentace o alogenní transplantaci od doktorky Markové z Ústavu hematologie a krevní transfuze.

V bloku *Klinické farmacie* představil doktor Malý pohled klinického farmaceuta na problematiku pádů, jejichž příčinou jsou léčiva. Tato práce vznikla ve spolupráci s píseckou nemocnicí. Nechyběly přednášky týkající se možností zefektivnění magistraliter přípravy a přehledu pomocných látek používaných v individuální přípravě.

Po sobotním maratonu přednášek jsme se vydali na komentovanou prohlídku historických zajímavostí a krás města Písku. Co vše asi běželo hlavou Fráni Šrámka, když se zasněně díval z okna svého pokoje na (M)měsíc nad řekou Otavou a poslouchal, jak šumí (S)plav. Na společenském večeru byla možnost

probrat s kolegy pracovní i běžné radosti i strasti života. Na druhé jmenované pak mohli všichni na chvíli zapomenout při dobré hudbě, vínu a tanci.

Nedělní přednášky bývají náročné a bez kávy těžko zvládnutelné, nejinak tomu bylo i letos. Nicméně hned první téma *Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů* byla doktorem Bortlíkem tak výborně zpracována, že naplno vzbudila naši sníženou pozornost. Doktorce Lisé patří dík za úžasné zpracování přednášky o významné osobnosti československé farmacie, o Dr. Emilu Šedivém, který obětoval farmacii celý svůj život. Méně radostné informace o protipadělkové směrnici, která na lékárníky dopadne v blízké budoucnosti, svým nezaměnitelně originálním způsobem přednesl Mgr. Kotlář. Mimo jiné prohlásil: „Pátat po padělcích léku v lékárně je jako hledat jehlu ve stohu slámy. Všichni víme, že tam žádná jehla nikdy nebyla a není. Ale my musíme pátrat, neboť nad námi visí pokuta 20 milionů.“ Rovněž si velmi vážíme účasti děkana Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové profesora Šimůnka a děkanky Farmaceutické fakulty VFU Brno docentky Opatřilové, kteří auditoriu představili novinky na fakultách.

Panelovou diskuzi s prezidentem ČLnK doktorem Chudobou nečekaně oslabil neúčast dvou pozvaných – ředitelky odboru farmacie Ministerstva zdravotnictví doktorky Tomáškové a magistra Cíkry, který si bohužel zapsal termín Lékárnických dnů až na následující týden. I to se stane. Doufáme, že svou neúčast vynahradí jindy, prý to bude mít od pořadatelů drahé.

Následující, již XXXV. Lékárnické dny budou příští rok v „razovite“ Ostravě. Všichni jste zváni. Uvidíte, že i toto průmyslové město má návštěvníkům co nabídnout. Bude to „fajne a pěkně“.

Závěrem nezbyvá než poděkovat organizátorům ze Sekce lékárenství ČFS ČLS JEP za uspořádání již XXXIV. Lékárnických dnů. A speciální poděkování patří Dr. Grodzovi: „Pavle, děkujeme!“

Jana MARTINÁSKOVÁ

Foto: Jiří Kotlář



Na říjen nepřipadá žádný ze světových dní zdraví vyhlášených WHO. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím to jsou Mezinárodní den starších, Světový den bez násilí, Světový den zraku, Světový den duševního zdraví, Světový den artritidy/revmatizmu, Světový den hospicové a paliativní péče, Světový den bílé hole, Světový den výživy (potravy), Mezinárodní den pro odstranění chudoby, Světový den boje proti osteoporóze, Den Organizace spojených národů, Světový den psoriázy. Z dřívějších tzv. podporovaných dní to byly Světový den lidských sídel a Mezinárodní den pro zredukování přírodních katastrof a z tzv. sponzorovaných dní Den boje proti bolesti. Z dalších dní připomínaných v tomto měsíci to je Světový den trombózy a další.

Světový týden idiopatické plicní fibrózy (World idiopathic pulmonary fibrosis, IPF Week)

Cílem týdne věnovaného idiopatické plicní fibróze (IPF) je zvýšit povědomí o tomto chronickém, závažném, progresivním a nevyčísitelném plicním onemocnění, jimž trpí na celém světě přibližně pět milionů lidí. Jedná se o specifickou formu chronického fibrotizujícího intersticiálního procesu nejasné etiologie, který se objevuje u dospělých a je spojen s histologickým obrazem obvyklé intersticiální pneumonie.

V Evropě je každoročně nově diagnostikováno přibližně 35 000 lidí s IPF, tento počet se v budoucnu pravděpodobně zvýší. Odhad současného počtu osob postižených IPF v Evropě podle Evropské charty práv pacientů s IPF činí 80 000 až 111 000. V ČR není aktuální epidemiologická situace známa, odhady incidence hovoří o 1/100 000 obyvatel a prevalence o 6,5 až 12 případů na 100 000 obyvatel.

Vznik Světového týdne idiopatické plicní fibrózy se datuje rokem 2012 jako výsledek iniciativy informovat lidi po celém světě o tomto onemocnění. Jeho posláním je: • vytvoření národní a mezinárodní sítě lidí pracujících

na podpoře pacientů s IPF; • vypracování mapy středisek excelence pro diagnostiku a léčbu IPF; • zvyšování povědomí, informování, školení a vedení zúčastněných stran v této sociální mimořádné situaci; • poskytování podpory a nástrojů pacientům a jejich rodinám, aby se s touto nemocí lépe vypořádali; • podpora kultury „dárcovství“ ve spolupráci s asociacemi dárců orgánů; • podpora společenského povědomí a vnímání nebezpečí kouření ve spolupráci s centry pro odvykání kouření; • podpora povědomí o dobrovolnictví, se zvláštním ohledem na potřeby pacientů se vzácnými onemocněními; • propagování znalostí o nových hranicích biologie, medicíny, společenských věd, psychologie, práva, ekonomie, komunikace a dalších, které se týkají IPF. Jako v případě některých jiných aktivit charakteru světových dní, i u příležitosti konání Týdne IPF bývají vyhlášována témata a slogany. Například pro rok 2017 se téma neslo v duchu myšlenky: „Poslouchejte zvuky IPF“.

Pozn.: Uvádí, se, že IPF je jasně rozeznatelná – při poslechu plic lékař slyší charakteristický zvuk připomínající odepínání suchého zipu nebo chůzi po zmrzlém sněhu, tzv. krepitus. Krepitus je zvuk vyvolaný třením dvou ploch o sebe v organismu, např. úlomků kostí nebo zanícené poplicnice a pohrudnice. Patrný může být rovněž např. u podkožního emfyzému, z latinského crepito ve významu rachotit.

Pro rok 2018 bylo stanoveno téma Týdne IPF: „Foukání mýdlových bublin“, které se objevuje ze zřejmých důvodů opakovaně. Foukání mýdlových bublin je radostná aktivita. Když jste zdraví, trvá méně než vteřinu, než bublinu vytvoříte. Pokud jste pacientem s IPF, může být tato jednoduchá činnost velmi náročná. Současně byl navržen slogan Dýchání naděje! Kampaň Dýchání naděje má za cíl zvýšit povědomí o IPF, přičemž připomíná důležitost zdraví plic pro zdraví člověka.

Některá další fakta o IPF:

Evropský registr IPF EMPIRE (European MultiPartner IPF REgistry) zahájil činnost v roce 2014 na základě českého

registru IPF (zaveden v roce 2012) jako neintervenní mezinárodní multicentrické databáze pacientů s IPF ve střední a východní Evropě (ČR, Maďarsko, Polsko, Srbsko, Slovensko, Turecko, Chorvatsko, Bulharsko a Izrael).

IPF může postihnout člověka v 60 i více letech, hovoří se o tzv. nemoci stárnutí. Plicní fibróza (PF, zjizvení plic) se nejčastěji projevuje příznaky: zjizvení stěn plicních alveolů (vzduchových vaků); vytvořené jizvy – přeměněná plicní tkáň ve vazivovou – přestává plnit svou přirozenou funkci, umožňující přestup kyslíku do krve a ústí do dechové nedostatečnosti. Pacient má pocit, že se topí.

Existuje více než 200 typů PF, které působí a vypadají podobně. PF může být důsledkem sklerodermie, dlouhodobé expozice plic dráždivými látkami (chemické látky, prach, kouř z cigaret...). Není-li známá příčina onemocnění, označuje se PF jako idiopatická plicní fibróza.

U onemocnění IPF je genetická predispozice, v rodinné anamnéze se objevuje přibližně u 10 až 15 % případů. Existuje několik hlavních příznaků PF: dýchavičnost, která se časem zhoršuje, extrémní únava, přetrvávající kašel, bolest na hrudi, nedostatek chuti k jídlu a ztráta hmotnosti a v některých případech se objevuje digitální zbytnění (clubbing) – paličkovité prsty na ruce i nohou v důsledku nedostatku kyslíku v krevním řečišti.

Přibližně 90 % pacientů s plicní fibrózou také trpí gastroezofageální refluxní nemocí. Z dalších komorbidit se uvádějí venózní tromboembolie, ischemická choroba srdeční, emfyzém, plicní hypertenze, karcinom plic, poruchy dýchání ve spánku, deprese.

Lze minimalizovat příznaky onemocnění, zpomalit jeho průběh, prodloužit délku života a zvýšit jeho kvalitu. Léčba sestává z farmakoterapie (např. podávání acetylcysteinu, kortikosteroidů, imunosupresiv – azathioprimu; nintedanibu, pirfenidonu...), plicní rehabilitace, kyslíkové terapie a transplantace plic.

Doc. RNDr. Jozef KOLÁŘ, CSc.

Literatura u autora

NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Ixazomib

Mnohočetný myelom je zhoubné onemocnění způsobené maligní transformací B-lymfocytů, jejich klonální proliferací a akumulací terminálních vývojových stadií – plazmocytů (myelomových buněk). Plazmocyty se hromadí v kostní dřeni, kde utlačují ostatní linie krvetvorby. Dále tvoří monoklonální imunoglobuliny a další cytokiny. Tyto faktory jsou zodpovědné za pestré a různě intenzivně vyjádřené příznaky nemoci. Pacienti si nejčastěji stěžují na bolesti zejména v bederní páteři, které jsou způsobené osteolýzou a následnými frakturami. Četná osteolytická ložiska dala nemoci název „mnohočetný“. Hlavním mechanismem osteolýzy u MM je vyplavování IL-6 myelomovými buňkami a stromálními buňkami kostní dřeni, který indukuje produkci RANK ligandu osteoblasty, čímž se aktivují osteoklasty, které odbourávají kost. Dalším typickým příznakem jsou infekce, protože v kostní dřeni převažují monoklonální plazmatické myelomové buňky produkující nefunkční protilátky. Porucha krvetvorby způsobuje nedostatek červených krvinek, což se projevuje anémií a únavou. Poruchu funkce ledvin způsobují převážně monoklonální lehké řetězce. Ty díky své malé molekule volně procházejí glomerulární membránou. Při velkém množství lehkých řetězců v tubulech dochází jednak k tubulárnímu funkčnímu poškození, jednak tyto řetězce začnou vytvářet odlitkové válce v distálním tubulu a sběrných kanálcích. Výše uvedené projevy tvoří diagnostická kritéria CRAB (hyperkalcémie, renální poškození, anémie, kostní nemoc) symptomatického MM.

Mnohočetný myelom tvoří zhruba 12 % všech hematologických malignit a 1 % všech nově diagnostikovaných onkologických onemocnění. V roce 2017 bylo v ČR zhruba 550 nových pacientů s MM, celkem v roce 2017 trpělo MM 2700 pacientů, z nichž bylo léčeno zhruba 2100 pacientů. Nově vzniklé onemocnění většinou odpovídá na léčbu, nicméně po čase se objevují relapsy. V současné době je medián celkového přežití u pacientů schopných podstoupit autologní transplantaci (ASCT) 6 až 8 let, u starších pacientů neschopných podstoupit ASCT 4 až 6 let. Studie ze sedmi evropských zemí pozorovala v reálné praxi procento pacientů užívajících různé linie terapie. V první linii bylo léčeno 95 % pacientů, pro druhou linii léčby bylo vhodných už jen 61 % z původně diagnostikovaných pacientů, ve třetí linii 38 % a ve 4. linii 15 % pacientů. Režimy v první linii zahrnují převážně inhibitor proteazomu bortezomib a/nebo imunomodulans (lenalidomid nebo thalidomid), vše v kombinaci s kortikoidy. Léčba prvního relapsu (v druhé linii) zahrnuje více kombinací s lenalidomidem a kortikoidy, protože generifikace bortezomibu umožnila jeho širší používání jako lék linie první. Nově vstupující antymyelomové léčivé látky s mechanismem účinku inhibice proteazomu (ixazomib, karfilzomib) jsou primárně studovány v kombinaci s lenalidomidem a kortikoidy (případně pouze s kortikoidy).

Farmakologické aspekty

Ixazomib-citrát, proléčivo, je látka, která se za fyziologických podmínek rychle hydrolyzuje na svou biologicky aktivní formu, ixazomib. Ixazomib je perorální, vysoce selektivní a reverzibilní inhibitor proteazomu. Ixazomib se přednostně váže na podjednotku beta-5 proteazomu 20S a inhibuje jeho aktivitu podobnou chymotrypsinu.

Maximální plazmatické koncentrace je dosaženo přibližně hodinu po podání, biologická dostupnost po perorálním podání je 58 %, přičemž tučné jídlo ji snižuje. Vazba na plazmatické bílkoviny je vysoká, o vysoké lipofilitě vypovídá distribuční objem 543 litrů. Na metabolismu se podílí celé spektrum podtříd CYP450 s nejvyšším zastoupením 3A4 (42,3 %). Terminální poločas ixazomibu byl 9,5 dní.

Klinické aspekty

Do studie fáze III TOURMALINE-MM1 byli zařazeni pacienti s relapsujícím a/nebo refrakterním mnohočetným myelomem (RRMM) a rozdělení v poměru 1:1 do větve trojkombinace ixazomibu (N), lenalidomidu (R), dexametasonu (d) a dvojkombinace placebo + Rd (Pl+Rd). Primárním sledovaným parametrem bylo přežití do progresu onemocnění nebo do úmrtí (PFS). První analýza prokázala medián PFS 20,6 měsíce ve skupině léčené ixazomibem a 14,7 měsíce ve skupině, která dostávala placebo. Hazard ratio výskytu progresu nebo úmrtí bylo 0,74 (95% CI: 0,59–0,94; p=0,01). Kompletní nebo velmi dobré parciální remise (>= 90 % pokles původní koncentrace M-Ig v séru) bylo dosaženo u 48 % pacientů léčených NRd a u 39 % léčených Pl+Rd. Z pohledu budoucí úhrady je relevantní informace o účinnosti v subpopulaci „high risk“ RRMM pacientů (delece chromozomu 17p, translokace mezi chromosomy 4 a 14 nebo 14 a 16), kdy byl pozorován HR PFS 0,54 (95% CI: 0,32–0,92; p=0,02), a v subpopulaci léčených ve 3. a vyšší linii, kdy byl HR PFS 0,58 (95% CI: 0,4–0,84).

Z hematologických nežádoucích příhod byla ve studii hlášená trombocytopenie u 31 % NRd resp. 16 % Pl+Rd pacientů. Nehematologické nežádoucí příhody zahrnují především průjem (45 % vs. 39 %), zácpu (35 % vs. 26 %) a vyrážku (36 % vs. 23 %). Periferní neuropatie byla pozorována u 27 % pacientů ve větvi NRd a u 22 % pacientů ve větvi Pl+Rd.

Léčivý přípravek obsahující ixazomib se jmenuje Ninlaro a do ČR jej dodává společnost Takeda. Jedná se o první perorálně podávaný inhibitor proteazomu. Doporučená počáteční dávka ixazomibu je 4 mg, podávaná perorálně jednou týdně 1., 8. a 15. den 28denního léčebného cyklu (SmPC). Společnost žádá pro LP o status „VILP“ s dočasnou úhradou.

PharmDr. Zdeněk KUČERA, Sekce klinické farmacie ČLS JEP

Konflikt zájmů: Autor je zaměstnancem společnosti Amgen, nicméně obsah článku je osobní aktivitou autora vycházejícího z dostupných evidencí: SmPC, správného řízení MC+VaPÚ a reviews zaštitěná odbornou společností a nereprezentuje názor této ani jiné farmaceutické společnosti.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

Bidens pilosa L.

– dvouzubec chlupatý, (Asteraceae – hvězdnicovité)

Jednoletá, vzácněji vytrvalá, až 2 metry vysoká bylina se vzpřímenou, větvenou lodyhou. Původem ze subtropické Ameriky, dnes rozšířena v Africe, Austrálii i Euroasii. V ČR pouze vzácně. Lidově se u nás využívá příbuzný domácí druh *Bidens tripartita* L. – dvouzubec trojdielný.

Synonyma: *Bidens pilosa* var. *apiifolia* (DC.) Sherff.

Obecný název: **Hairy bidens** (angl.), **Herbe villegaigne** (franc.), **Xian feng cao** (čín.).

Sbíraná část: herba

Droga: *Bidentis pilosae* herba.

Obsahové látky: v nati flavonoidy: především glykosidy apigeninu a kvercetinu, z chalconů převažuje okanin (syn. 3,4,2',3',4'-pentahydroxychalkon), dále polyiny fenylheptatriin a cytopiloyln. Izolovány byly deriváty kyseliny chinové, tj. kyselina chlorogenová, (3,4)-, (3,5)- a 4,5-di-O-kafeeoylchinová, dále aminokyselina lyzin, nenasycené kyseliny linolová a linolenová, triterpenoidy a saponiny. Bez bližšího určení struktury uváděny alkaloidy.

Účinky a použití: v tradiční medicíně je nať aplikována při hepatidě, laryngitidě, malárii, nachlazení, zánětech močových cest, dně, poruchách GIT, hemoroidech, silné menstruaci, bolestech hlavy, diabetu a hypertenzi, jako diuretikum, kloktadlo a diaforetikum, dále k obkladům při ekzémech a lupence. Z mladých listů se připravuje salát, z květů víno.

Odborné studie byly zaměřeny na ověření tradičních indikací. Antioxidační účinky souvisejí především s flavonoidy a deriváty kyseliny chinové. Methanolový extrakt z listu vyvolává



u potkanů hypotenzi, ale bez vlivu na srdeční frekvenci. Izolované flavonoidy vykazují u myši a potkanů hepatoprotektivní účinky. Slibné jsou možnosti léčby leukemie. Při testech cytotoxicity inhibuje vodný nálev 4 leukemické buněčné linie: L1210, P3MR1, Raji a K562. Při testech na myších byl zjištěn uterotonický účinek vodného extraktu. Polyacetylenický glykosid cytopiloyln zvyšuje u myši aktivitu makrofágů při infekci plísňí druhu *Candida parapsilosis* a vyvolává zvýšení exprese inzulinu u diabetických myších modelů. Jiné studie ale konstatovaly pouze slabý pokles glykemie. U potkanů byly studovány účinky ethanolického extraktu při zvýšené žaludeční sekreci a protivředové aktivitě. Byla prokázána antiulcerosní aktivita a inhibice hemoragických lézí vyvolaných alkoholem. U kuřat, infikovaných původcem kokciidiózy, prvokem *Eimeria tenella*, působil extrakt z dvouzubce významné zlepšení zdravotního stavu.

Na antimikrobiálním účinku extraktů se podílejí alkaloidy, flavonoidy, triterpenoidy, polyiny a saponiny, extrakty jsou mnohdy aktivní i v případech, kdy selhávají komerční antibiotika. V případě multirezistentních kmenů druhu *Staphylococcus aureus* (syn. meticilin rezistentní *S. aureus*- [MRSA], oxacilin rezistentní *S. aureus*- [ORSA]), které jsou celosvětovým problémem, vykazují v rámci *B. pilosa* nejsilnější účinky extrakty z listů. Inhibují rovněž druhy *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* a další. Je ale nutno pokračovat ve zkouškách bezpečnosti rostliny, protože při testu nálevu byla zjištěna genotoxicita.

Dávkování: nálev z 1 lžičky sušené drogy ve 200 ml vody.

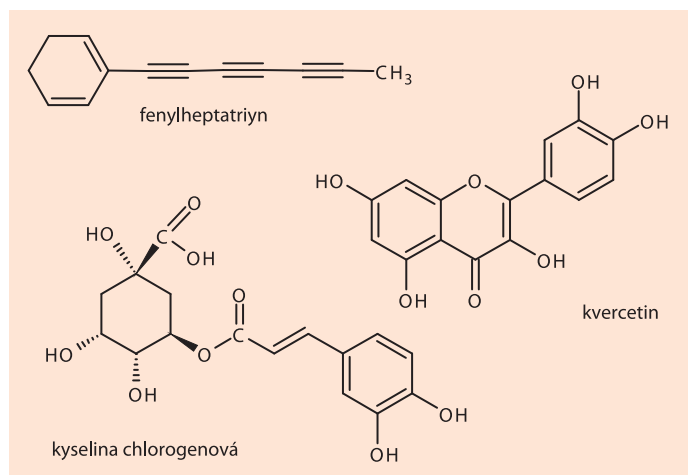
Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem. Možné alergické reakce.

Interakce: opatrnost při současném užívání blokátorů kalciových kanálů, betablokátorů a perorálních antidiabetik.

Hlavní zdroje: AISLP, botanika.Wendys, Chemical Book, Dostál, J.: Nová květena ČSSR, Academia, Praha 1989, Drugs.com, European Medicines Agency, Google Scholar, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Jellin, J. M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Medline, Plants for a future, PubChem Compound, Toxnet.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Ixitel (Wikipedia), vzorce: autor



Vyvracím časté mýty

Margit Slimáková (*1969) se téměř celý profesní život věnuje zdravotní prevenci a výživě. Vystudovala farmacii v Hradci Králové. Má zkušenosti s prací nebo stáží z Německa, Číny, Francie i USA, kde také ukončila studium dietologie na Clayton College of Natural Health. V práci využívá poznatky ze všech oblastí medicíny a primárně se soustředí na zdravotní prevenci.

Od roku 2011 je zpátky v České republice. Publikuje, přednáší, organizuje semináře a prosazuje zdravou výživu do škol. Její články a videa jsou na internetu volně dostupné. Od roku 2012 fungují stránky www.margit.cz, kde kromě příspěvků a videí najdete odkazy na další projekty **Zdravá kuchyň** (zdravakuchyn.cz) nebo **Zdravý talíř** (healthyplate.eu). Navíc od roku 2014 zahájila i vysílání videoblogu **Margit.TV** a její emailový newsletter **Zdravé zprávy** odebírá více než 18 tisíc lidí.

Přečetl jsem si, že nejvíc determinovala tvou profesní orientaci věta profesora Květiny, že až 20 % lidí v nemocnicích umírá z tzv. iatrogenních příčin, tedy vinou lékaře, špatně naordinovaných léků nebo následkem jejich nežádoucích účinků. Je to pravda?

Je to tak. Kvalitní výživu a správnou péči o sebe považuji za základ zdraví, a proto jsem se už v průběhu studia na farmacii začala věnovat studiu zdravotní prevence s důrazem na výživu. Hned po promoci jsem nastoupila jako výživová poradkyně do *Institutu celostní medicíny*. Doktor Jonáš tehdy pro mě vymyslel označení „výživový poradce“.

Dnes mám pocit, že výživového poradce dělá kde kdo.

To je taky pravda, ale je třeba rozlišovat mezi výživovým poradcem a nutričním terapeutem. Zatímco Nutriční terapeut je bakalářský studijní obor (pozn.: případně diplomovaný obor VOŠ), poradce v oblasti výživy může dělat skoro každý, je to volná živnost. Mnozí sice mají nějaký výživový kurs, někdy i akreditovaný Ministerstvem školství, ale to samo o sobě o kvalitě poskytovaného poradenství nesvědčí a úroveň jejich znalostí a schopností je velmi rozdílná.

Nedá mi to, abych nepřeskočil ke školení Jídlověda, které nabízíš.

Jídlověda je mojí reakcí na hromady nesmyslných tvrzení o výživě. Média i mnozí experti propagují komplikovaná, zbytečná a často i protichůdná doporučení. Dělalí z výživy vědu. Znejišťují nás tolik, že mnozí máme v kuchyni strach, co si namazat na chleba, anebo řešíme, jestli si vůbec můžete dát ten chleba. Na školení za pět hodin vysvětlím, že zdravě jíst je nejpřirozenější věc na světě. Že nejsou třeba ani složité výpočty, vážení a počítání kalorií. A jak se určitě na webu dočtete: *kdyby to příroda chtěla, rostly by váhy a kalkulačky na stromech.*

Co se tam člověk dozví?

Že to jde i bez diet a doplňků stravy. Že dravě jíst nemusí být a není ani drahé ani náročné na čas. Taky vyvracím nejčastější mýty a omyly kolem zdravé výživy. Na podávaném občerstvení navíc dokazuji, že zdravě zároveň znamená i chutné.

Chápu, že ne každý má čas a prostředky vyrazit na mé půldenní školení *Jídlověda*, a právě proto jsem připravila zkrácený videokurz pro Seduo (<http://bit.ly/MargitSeduo>). Celková délka 90 minut je rozdělená do 21 lekcí a přináší to nejdůležitější o zdravém jídlu a životosprávě. Kurz mohu jako základ pro zdravotní prevenci a výživu doporučit i farmaceutům. Ti mohou získané znalosti využít při poskytování poradenství v lékárnách.

Jako diplomovou práci jsi zkoumala zdravotní stav alternativně se stravujících dětí.

Od roku 1996 se počet dětí s obezitou ztrojnásobil! Od roku 1975 je jich desetinásobek. Zásadní součástí problému je prostředí. Děti jsou dnes běžně obklopeny vysoce průmyslově upravovanými produkty, které jsou levné a návykové. Ve výsledku mnohé děti i několikrát denně pojídají nezdravosti. Ubývá klasických svačtin a nahrazují je různé tyčinky, koláčky, chipsy. A i když si dítě do školy



přinese chleba s máslem, anebo ještě lépe nějakou zeleninu k němu, často tu svačinu doplní nějakou tou průmyslovou sladkostí.

V roce 2014 ses stala odbornou garantkou iniciativy Skutečně zdravá škola. Jejím cílem bylo zlepšení školního stravování. Ale dnes už tě v jako odborného garanta neuvádějí.

Z iniciativy jsem odešla a její program už nedoporučuji. Byla jsem u jejího založení a několik let jsem jejím prostřednictvím intenzivně prosazovala zdravější stravu ve školách. V okamžiku, kdy Státní zdravotní ústav (SZÚ) úspěšně rozjel vlastní program *Zdravá školní jídelna*, jsem se rozhodla podpořit státní projekt, protože zapojení státu považuji za správné. Názor odborníků byl ve *Skutečně zdravé škole* přehlasován, proto jsem z ní, společně s ostatními odbornými garantkami programu, lékařkou a gastroexpertkou, odešla. Jsme přesvědčené, že pro všechny jídelny školek a škol je zapojení do programu SZÚ lepší cestou, jak začít vařit lépe a zdravěji. Za klíčovou považujeme spolupráci a podporu hygieniků. Program SZÚ je ve shodě s tím, co už několik let doporučujeme a prosazujeme.

Takže jsi se z role „tahouna“ posunula do role mentora a podporovatele?

Ne tak docela a ne na dlouho. Vloni jsem založila think-tank Globopol (www.globopol.cz). Tvoří jej celá řada odborníků a jeho cílem je propagovat zdravotní prevenci a výživu pomocí srozumitelných a objektivních doporučení pro zdravotníky, pedagogy, úředníky, politiky, manažery či podnikatele, ale taky pro rodiče a širší veřejnost.

I Globopol měl vliv na výslednou podobu novely „pamlskové vyhlášky“. Publikovali jsme naše vlastní analýzy předkládaného návrhu a doporučení k jeho úpravám. Média a veřejnost jsme upozornili na snahu zájmových skupin dostat zpět nezdravost do škol. Odmítli jsme navýšení limitů pro sůl, rozšíření sortimentu sladkého pečiva a také návrat nápojů s vysokým obsahem přidaného cukru.

Publikovali jsme i vlastní návrh na změnu vyhlášky. Chceme podporovat a usnadnit přípravu čerstvých svačinek ze skutečných potravin a omezit vysoce průmyslově upravované produkty.

Výsledkem průmyslového zpracování přirozených sacharidů je cukr, bílá mouka a džusy z ovocných koncentrátů s vysokým glykemickým indexem. Průmysl tuků produkuje margaríny, rafinované oleje a částečně ztužené tuky plné zdraví škodlivých transmastných kyselin. Produktem mléčného průmyslu je výrobek, po kterém nekojené děti tloustnou a mají našlápnuto k metabolickému syndromu. Nejhorší na tom je, že se lobbistům potravinářského průmyslu daří prodávat margaríny a kojenecká mléka, ze kterých požehnání odborníků dělá lepší produkt než původní přirozený originál.

Jak se díváš na doplňky stravy? Mimořádně tento sortiment tvoří větší část příjmu v dnešních veřejných lékárnách.

Mnohem víc než sortiment doplňků stravy mi vadí sortiment potravin, mnohdy označovaných jako zdravé potraviny. Vlastně jsem už o tom mluvila. Sušené sójové mléko se zajícem s 30 procenty transmastných kyselin, fruktózou slazené hlouposti, extrudované křupky a chlebičky, které jsou z mého pohledu absolutně nezdravé, je to jenom cukr rychle přestupující do krve. Když se ještě vrátím k činnosti Globopolu, v září jsme odeslali žádost k evropské regulační autoritě EFSA (pozn.: European Food Safety Authority),

aby zrušila již schválené zdravotní tvrzení týkající se fruktózy. Nová data potvrzují její negativní vliv na lidské zdraví.

A pro mě je sortiment těchto nezdravých potravin v lékárnách špatně zvolený směrem degradující roli lékárníka jako odborného poradce. Pro doporučování takových potravin neexistuje žádný odborný podpůrný argument.

Proti doplňkům stravy úplně nejsem, ale každému říkám, že než začneme bezhlavě doplňovat, je třeba klinicky zjistit skutečný deficit. Třeba i pro těhotné ženy se doporučení posouvají z plošné neadresné suplementace na individuálně vhodné doplňování podle klinického stavu nebo rodinné anamnézy, a klidně třeba jenom samotné železo nebo samotnou listovou kyselinu.

U neakutních zdravotních potíží je určitě vhodnější analyzovat výživové nedostatky, vylepšit životní styl a upravit jídelníček a uvažovat o dietoterapii. Ta navíc pomůže odhalit, jestli se případný deficit nevytváří špatnou funkcí střeva. Takže k vyhodnocení se dostáváme teprve po pár týdnech, kdy pacient jí, jak já říkám, „skutečné potraviny“. Bez komplexnějšího přístupu žádný doplněk stravy nepomůže a nepotvrzují to žádná klinická data. Navíc může namátkově zvolený multikomponentní doplněk stravy některé skutečné zdravotní problémy maskovat.

Mnoho kolegů v lékárně to chápe podobně, jenomže nás to z velké části živí. Navíc si neumíme příliš ocenit svou práci. Jak z toho ven?

Když tady bude 10 000 lékárníků, kteří budou v lékárnách nabízet to samé, nemohou očekávat, že kdokoliv přistoupí na nějakou výjimečnou cenu jejich práce. Recept na to, jak vyniknout a adekvátně stanovit svou vlastní cenu, spočívá v nalezení své vlastní parkety, ve které je každý dobrý. Odlišit se a vyčnívat. A pak už je prostor pro nastavení vlastní ceny.

Mám pocit, že toho, co děláš zadarmo je na tvých stránkách až příliš.

Je a není. Tím, že nabízím takový základ pravidel a spoustu rad zadarmo, se mi zase lépe komunikuje s publikem na přednáškách, a také klienti, kteří se ke mně objednávají, jsou poučení, ledacos už zkusili sami, a pro mě jsou takové složitější případy zase profesní výzvou.

Ale vůbec se netajím tím, že si individuální práci s klienty nechám adekvátně zaplatit. Stejně tak se nijak netajím s vyšší očekávaného honoráře za přednášku. Ceník služeb mám zveřejněný na stránkách, připadá mi to férové ke klientům i k pořadatelům přednášek.

Přednášíš a školíš hodně. Počítal jsem to na dvě až tři přednášky týdně, 150 za rok. Do toho jsi v roce 2015 obhájila rigorózní práci na Farmaceutické fakultě v Bratislavě, letos v květnu ti vyšla *Velmi osobní kniha o zdraví, máš tři děti. Má tvůj den také jenom 24 hodin?*

To je trochu moc témat najednou. Některé věci ale umí jiní lidé lépe než já a já jim to ráda přenechám. Třeba videa, tam jsem jenom v roli, výrobu, střih a všechnu technickou práci odvede někdo jiný. A děláme to efektivně, třeba deset videí najednou. Já na to musím „jenom“ vydělat, tím, co zase umím dobře já.

Knížka vyšla v květnu a mám velkou radost, protože je vyprodaná, nebo téměř vyprodaná, v těchto dnech vychází druhé vydání a hned na listopad je naplánováno třetí.

A rigorózní studium v Bratislavě je taková kapitola sama pro sebe. Vlastně moje odpověď na nenávidné komentáře, které se mi hromadily u mých příspěvků na webu. Svoje první postgraduální studium v Hradci Králové jsem z více důvodů nedokončila. Narodily se mi děti, kvůli manželově práci jsme se stěhovali do zahraničí. V Německu a pak i ve Spojených státech jsem získala certifikát výživového poradce a v USA také doktorát na Clayton College of Natural Health. V roce 2010 jsem obhájila disertační práci „Jak učít děti zdravé výživě“ a z ní mimořádně dodnes čerpám při vedení seminářů pro pedagogy.

Vzhledem k tomu, že byla škola uzavřena v roce 2010, jsou studia na ní často zpochybňována a stejně tak i akreditace studijního programu. Kritika mé školy a údajně neplatného titulu byly v podstatě jediné, stále se opakující útoky proti mně. Když jsem při zpochybňování mých doporučení požádala o citace konkrétních odborných pochybení, vždy došlo ke zkratce a poukazování na akreditaci školy a titulu.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

V průběhu let jsem se také posunula od výživového poradenství k problematice veřejného zdraví a dohromady to vyústilo v mé rozhodnutí dál studovat. Na jaře 2015 jsem na Farmaceutické fakultě University Komenského v Bratislavě složila rigorózní zkoušku a obhájila rigorózní práci. Doktorský titul mám tedy

i z evropské vysoké školy, o jejíž akreditaci žádné pochyby nejsou.

Práce se jmenovala *Příspěvek lékárníka k veřejnému zdraví*. Zjistila jsi něco nového?

Zjistila jsem, že na farmaceuty se často obracejí lidé, kteří si přejí zachovat zdraví prevencí anebo řešit své zdravotní

problémy šetrnou terapií bez vedlejších účinků. Proto se chci víc zaměřit na vzdělávání zdravotníků. Chtěla bych posilovat jejich roli ve zlepšování veřejného zdraví. Mám pocit, že i když posledních 30 let nepřetržitě studuji, jsem pořád na začátku. Teď konkrétně je to začátek vzdělávání ostatních odborníků.

Stanislav HAVLÍČEK

Trnitá cesta léčby bolesti (II.)

Historii vzniku neopioidních analgetik doprovázela hořkost... V lidovém léčitelství lidé využívali jako slabě analgetický a antipyretický prostředek odvar z vrbové kůry (*Salicis cortex*). Odvar z vrbové kůry se přikládá lokálně na bolestivá místa či místa se známky zánětu. Octový extrakt z vrbové kůry byl ve starověkém Římě používán k úlevě bolesti při výhřezu dělohy. Pasta připravená z popela vrbové kůry byla doporučována pro keratolytické účinky k odstraňování otlaků a kuřích ok. Dílo *Materia Medica* popisuje lokální podávání vodného extraktu z vrbových listů a popela z vrbové kůry k léčbě kuřích ok, kožních onemocnění, dny a bolestí ucha. V Číně se odvar z mladých výhonků *Salix babylonica* používal k léčbě revmatické horečky, nachlazení, krvácivých stavů, strumy, jako hlavní antiseptikum na traumatické poškození kůže a k léčbě abscesů.

Z historie vývoje léčivých látek

Opakované podávání vyšších dávek se projevuje tinnitem, závratěmi, ztrátou sluchu, nauzeou a zvracením. Toto předávkování se nazývá salicylismus. Předějit předávkování a standardizovat dávku se podařilo až po izolaci účinné látky z vrbové kůry.

Roku 1828 německý chemik J. A. Buchner izoloval glycosid salicin, z něj se po deseti letech podařilo připravit kyselinu salicylovou. Průmyslově vyráběné léčivo bylo nepříjemné chuti a silně dráždilo gastrointestinální trakt. V roce 1897 se tyto vlastnosti podařilo odstranit Felixi Hoffmannovi, německému chemikovi firmy Bayer, acetylací kyseliny salicylové na kyselinu acetylsalicylovou. Ta se pod názvem Aspirin stala prvním účinným analgetikem neopioidního typu a pod hlavičkou stejné firmy a se stejným názvem je na našem trhu stále dostupná. Objasnění významu cyklooxygenázy COX-1 přinesl v roce 1971 Sir John Robert Vane, který jako první popsal farmakologické účinky acetylsalicylové kyseliny. Za svůj objev týkající se prostaglandinů a příbuzných biologicky aktivních látek byl s kolegy oceněn v roce 1982 Nobelovou cenou.

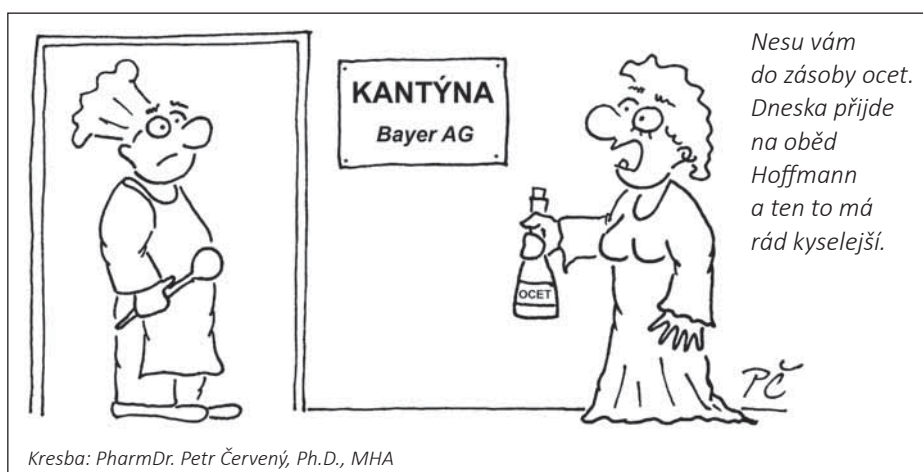
Druhou přírodní látkou, která dala základ vzniku pyrazolonových derivátů ze skupiny analgetik-antipyretik, byla kůra chinovníku (*Cinchonae cortex*). Do Evropy byla importována počátkem 16. století. Stromy nebo keře chinovníku pocházejí z oblastí Jižní a Střední Ameriky, v jejich kůře se vyskytuje významné množství chinolových alkaloidů, z nichž chinin se vyznačuje antimalarickým a antipyretickým účinkem. Kůru chinovníku znali a používali domorodí jihoameričtí indiáni. Historické pojmenování *Cinchona* pochází podle hraběnky Chinchón, manželky místokrále v Peru, která onemocněla malárií, a pomocí ovaru kůry z chinovníku ji vyléčil kečuánský šaman. Jezuitský mnich, pomocník lékárníka v Limě, pak nechal rozšířit „zázračnou kůru“ do Španělska, kde se ujalo označení „jezuitská kůra“. Vlastní alkaloid roku 1820 izoloval francouzský chemik P. J. Pelletier. Při pokusech o chemickou syntézu chininu byla připravena látka fenazon s antipyretickými a analgetickými účinky, mezi deriváty této sloučeniny patřil aminopyrin (vyřazen z terapie pro riziko agranulocytózy), fenybutazon (rovněž v terapii nahrazen) a metamizol (v terapii poměrně široce rozšířené analgetikum pod obchodním názvem Novalgin tbl. a inj.).

Třetí skupina – deriváty anilinu, kam v současné době patří pouze široce používaný paracetamol, byla objevena náhodou, ve skutečnosti omylem. Toho se v lékárně snažíme vyvarovat, a přesto víme, že k němu může dojít: V roce 1884 byl ve štrasburské lékárně vydán acetanilid (používaný pouze jako průmyslové barvivo, nikoliv určený k humánnímu podání) místo předepsaného anthelminтика naftalenu. Shodou okolností trpěl pacient rovněž teplotou, která po užití acetanilidu razantně poklesla. Ošetřující lékaři Paul Hepp a Arnold Cahn díky tomuto případu časem uvedli ve spolupráci s firmou Kalle (kde jako chemik pracoval bratr dr. Heppa) na trh acetanilid pod názvem Antifebrin, který se stal oblíbeným analgetikem-antipyretikem. Pro závažné nežádoucí účinky acetanilidu (methemoglobinemie a útlum srdeční činnosti) byly hledány méně toxické deriváty s analgeticko-antipyretickým účinkem. Shodou okolností se chemik firmy Bayer, F. C. Duisberg, zabýval potenciálním využitím p-nitrofenolu, na základě vztahu struktury a účinků připravil fenacetin, který byl uveden na trh roku 1888, a jeho použití se brzy rozšířilo v terapii při chřipkové pandemii v letech 1889–92. Fenacetin je v mnoha zemích volně prodejný a hojně používaný v kombinovaných přípravcích. Postupem času bylo zjištěno typické poškození ledvinové pánevičky nadměrným a dlouhodobým užíváním fenacetinu a postupně dochází k zákazu jeho používání (Finsko od roku 1961). Zajímavostí je, že v té době byl již dávno nasyntetizovaná molekula paracetamolu, kterou v roce 1873 představil H. N. Morse, ale na základě testů za použití znečištěného preparátu byl považován za škodlivější než fenacetin. Dlouhou dobu byl rovněž

ignorován poznatek, že se paracetamol nalézá v moči pacientů užívajících fena-cetin. Teprve v roce 1946 američtí vědci zjistili, že analgetický účinek acetanilidu je způsoben jeho aktivním metabolitem acetaminophenem. Acetaminophen se do komerčního použití dostává od roku 1955 (USA) a pod názvem paracetamol a postupně proniká i do evropských zemí. V současné době, po vypršení amerického patentu, je široce používaným volně prodejným analgetikem-antipyretikem s poměrně nízkým rizikem nežádoucích účinků, ovšem s vysokým rizikem poškození jater při předávkování.

V 60. letech 20. století po úspěchu protizánětlivé skupiny látek jako je ibuprofen a indometacin byl na základě cílené chemické syntézy připravena molekula diklofenaku švýcarskou farmaceutickou společností Ciba-Geigy (nyní Novartis).

V současné době máme v terapii bolesti celou paletu léčivých přípravků ze skupiny NSAIDs. Nežádoucí účinky



Kresba: PharmDr. Petr Červený, Ph.D., MHA

neselektivních inhibitorů COX-2 jsou známe – zejména gastrointestinální toxicita. Vhodným užíváním je lze minimalizovat. Selektivní a preferenční inhibitory COX-2 mají nižší riziko GIT obtíží, ale existuje riziko kardiálních a hepatálních poškození. Správným dispenzačním minimem při výdeji a prodeji NSAIDs zvyšujeme v lékárně bezpečnost analgetické terapie.

Na závěr krátkou kvízovou otázkou.

Tipy či správné odpovědi zasílejte na: jmartinaskova@seznam.cz.

Jak jsme si všimli, miloval Felix Hoffmann chemickou reakci zvanou acetylace. Kterou látku nasyntetizoval v laboratoři Bayer dříve?

1. Heroin
2. Acetylsalicylovou kyselinu

Zdroj: Nesměrák, K., *Bolest* 19 (3), 2016

Mgr. Jana MARTINÁSKOVÁ

Tak trochu jiný příběh diklofenaku

Ukazuje se, že cílená chemická syntéza diklofenaku v 60. letech minulého století možná byla pozhánáním pro pacienty, ale zároveň i prokletím celého planetárního ekosystému.

Diklofenak je typickým příkladem léčiva, které nepodléhá biologické degradaci a za 50 let používání představuje jeho celkový objem obrovskou zátěž pro planetární ekosystém. Jen v uplynulém roce se jej celosvětově spotřebovalo 2 500 tun.

Podle nedávno publikované práce Francesca Bregoliho se 20 % celkové spotřeby dostává rovnou do lokálních ekosystémů a ze zbylé části se v čistírnách odpadních vod podaří odfiltrovat pouhých 7 %. Zbytek, téměř 1800 tun, odeče do oceánů. Bregoli dále varuje, že pokud bude růst spotřeba léků současným tempem a nezmění se účinnost čištění odpadních vod, zvýší se množství farmak ve většině sladkovodních ekosystémů o dvě třetiny.

Obavy z ekotoxických vlastností diklofenaku stále rostou. Dřívější studie prokázaly souvislost s vymíráním celých populací supů v Asii. Populace tří indických supů

rodu gyps (sup bengálský, sup indický a sup tenkozobý) poklesly o více než 95 % po uvolnění používání diklofenaku pro veterinární použití u hospodářských zvířat v roce 1994. Diklofenak je pro ptáky velmi toxický a akumulovaný v mršinách vyvolal u supů selhávání ledvin a následně dnové záněty kloubů se ztrátou schopnosti létat, což je odsoudilo ke smrti z vyhladovění.

Už na přelomu století apelovali kvůli záchraně supů ochránci přírody na zákaz veterinárního používání diklofenaku a jeho nahrazení meloxicamem. Mezi roky 1995 až 2000 dosahovaly počty otrávených ptáků řádu milionů kusů. Indické regulační autority se zavázaly zakázat používání diklofenaku do září 2005, ale došlo k tomu až o další dva roky později. Navíc chovatelé pro dobytek i dál užívají diklofenak vyráběný pro humánní terapii. Přesto došlo k výraznému snížení spotřeby a zákaz užívání diklofenaku se začíná projevovat stabilizací situace, supí populace ale nadále zůstávají velmi nízké a návrat k původnímu stavu bude velmi pomalý.

Významným zdrojem znečištění zůstává obrovská a rostoucí spotřeba v humánní medicíně. V akvatických ekosystémech byly zjištěny škodlivé účinky na ledviny, játra a žábry na některé rybí populace, zejména u pstruha duhového, a nejnižší účinná hladina diklofenaku byla pozorována už při koncentraci 1 µg/l. Kombinace diklofenaku s jinými aktivními léčivými látkami, ibuprofenem, naproxenem a kyselinou acetylsalicylovou, má za následek vznik poškození již při nižší koncentraci tohoto léku v prostředí, než když se diklofenak vyskytuje samostatně. K řešení následků znečištění podle poslední Bregoliho studie přitom nestačí pouze vyvíjení účinnější metody čištění odpadních vod, ale především významné snížení spotřeby lékových kontaminantů.

Myslete na to u příštích výdejů tolik propagovaných gelů s obsahem diklofenaku. Většina účinné látky totiž po vysprchování nebo vykoupání odeče do odpadu přímo a 93 % z malého vstřebaného podílu jen o chvíli později s každým spláchnutím.

Stanislav HAVLÍČEK

Za profesorem

* 11. 2. 1928 – † 2. 9. 2018

RNDr. PhMr. Janem Solichem, CSc.

Není to poprvé, co se mi dostává cti, abych kolegovi a příteli Janu Solichovi vzdal hold za to, co v lékových oborech vykonal, co v nich znamenal a co zanechal pro další generace. Poslední z těchto příležitostí bylo letošní únorové symposium, pořádané farmaceutickými institucemi na počest jeho devadesátých narozenin. Svě díkyvzdání jsem tehdy nazval „Osobnost profesora Jana Solicha v proměnách klasického lékárenství na širší farmaceutická pojetí“.



Pokusil jsem se v něm zarámovat vývojovou etapu, k jejíž vůdčím reprezentantům jubilat patřil, do historiografie tuzemské farmacie. Vyšel jsem z pietních zmínek o prvních a následných vazbách lékárnického povolání s pražskou univerzitou (doložitelných od poloviny 15. století) jako fundamentu pro zásadnější zlomovou etapu, iniciovanou tereziánskými a po-tereziánskými vzdělávacími reformami na přelomu 18. a 19. století, které zakotvily mimo jiné pevnější struktury univerzitních studií a v jejich rámci i pravidel pro erudiční přípravu lékárníků. Jejich podstata samozřejmě vycházela z dobové poplatných zvyklostí tehdejších cechovních profesí. Adept lékárnického povolání začínal jako sustentant několikaletou praxí v lékárně (původně osmiletou, později ustálenou na dva roky), po jejím absolvování skládal tyrocínální zkoušku před představiteli regionálních lékárnických grémií a na jejím základě byl přijat na univerzitu k původně jednoletému, později dvouletému studiu. Tento systém, který byl v době svého vzniku nepopiratelným pokrokem, přetrval anachronicky až do poloviny 20. století.

Ve srovnání s většinou jiných vysokoškolských odborností, ve kterých docházelo v průběhu druhé poloviny 19. století k prohlubujícím se diferenciacím a specializacím, lékárenští koryfejové zaspali. Následkem toho se farmacie v hierarchii univerzitních disciplín dostala do ne zcela plnohodnotného postavení. Její absolventi jako jediní promovali s tradičním středověkým magisteriem (magistr = mistr), zatímco gró jiných vysokoškoláků odcházelo do praxe s doktorátem anebo s inženýrským titulem. Okolo roku 1935 se i přes nevěli lékárnických grémií pokusila skupina farmaceutických profesorů z české části Karlovy univerzity (konkrétně Jindřich Křepelka, Oldřich Tomíček, Stanislav Škramovský, Eduard Skarnitzl) zformulovat čtyřleté farmaceutické studijní kurikulum, které kopírovalo přírodovědné univerzitní sylaby a odbouralo předuniverzitní lékárenské praktikování.

Následné oponentury a retardační tendence z lékárnického terénu se protahovaly tak dlouho, až došlo v listopadu 1939 k likvidaci českého vysokého školství německými okupanty. V těsně poválečném období bylo pro vysoké školy samozřejmou prioritou zvládnutí náporu nakumulovaných maturantů, takže k realizaci navrhované farmaceutické vzdělávací reformy došlo až v září 1948. Kvůli těmto peripetiím a časovým obstrukcím se farmaceutičtí vrstevníci Solichova ročníku stali mezníkem mezi tím odeznívajícím a tím nově se rodícím. Maturovali v roce 1947, neměli tedy jinou šanci než nastoupit na praxi do lékárny, po ní absolvovat tradiční dvouletý pobyt na univerzitě a jako jedni z posledních získat v roce 1951 farmaceutické magisterium podle opuštěného stereotypu. Naproti tomu jejich o pouhý rok mladší kolegové

začali s pregraduální univerzitní přípravou bezprostředně po maturitě.

Několik brněnských absolventů zmíněného farmaceutického ročníku (mezi nimi Jan Solich) mělo to štěstí, že jim šéf fakultní galenické farmacie doc. Dr. Miloš Melichar nabídl post pedagogických asistentů a mohli se tak stát pionýrskými realizátory jím zaváděného netradičního pojetí tvorby lékových forem, které se snažilo respektovat jak fyzikálně-chemická kritéria, tak i biologický substrát lékového příjemce.

K jednomu z prvních počinů této party patřila spontánní iniciativa dodatečně absolvovat předměty nového studijního stylu, které dvouletý cyklus neobsahoval, takže se po zopakované promoci v roce 1953 kuriózně stali dvojnásobnými nositeli titulu PhMr. Někteří z nich zůstali natrvalo věrni vysokoškolské kantořině a z odrazové galeniky se rozvinuli v profesorské a docentské autority s vyhraněnými osobními doménami.

Milan Chalabala, Josef Malý a Hubert Žáček pokračovali v rozvoji systematiky lékových forem, Vladimír Smečka se specializoval na modernizaci lékárenství a design lékáren, Václav Rusek to dotáhl na mezinárodně respektovaného farmaceutického historika a ze Solicha se stal, mimo jiné, uznávaný ideolog a iniciátor tuzemské sociální farmacie. Dozrávání k těmto metám jim zkomplikovala dějinná mezihra, která se obvykle nazývá vandrovníckou periodou českého farmaceutického vysokého školství.

Nastartovalo ji zrušení staletého studia farmacie na pražské Karlově univerzitě v roce 1952 a pokračovalo likvidací farmacie i na brněnské Masarykově univerzitě v roce 1958, takže se jediným celostátním zdrojem farmaceutických absolventů stala bratislavská Komenškého univerzita. Toto handrkování, které zkomplikovalo živobytí nejednoho farmaceutického vědátora, přežil doc. Solich v Brně jako tvůrce a provisor tamní

fakultní lékárny, kterou ve své celostátní éře převzala bratislavská fakulta jako detašované pracoviště. Měl tak spolu s tím, že byl jedním z mála českých členů předsednictva tehdejší Československé farmaceutické společnosti, relativně nezávislou pozici a mohl se co nejrasantněji zasazovat o návrat vysokoškolské farmacie do Česka.

Tyto snahy vrcholily po federalizaci státu (došlo k němu v říjnu 1968) a byly úspěšně dovršeny na podzim 1969 prosazením královéhradecké farmaceutické fakulty jako součásti Karlovy univerzity. Od prvních dnů její existence se docent Solich, jako jeden z iniciátorů jejího vzniku, logicky stal jedním ze dvou proděkanů a byl do této funkce opakovaně volen po dvě desetiletí. Ve vedení fakulty proslul svou adaptabilitou, když postupně přebíral resorty podle okamžité potřeby školy, rodící se „na zelené louce“ prakticky z ničeho.

Po počáteční koordinaci mezikatedrálních výzkumů převzal starost o mezinárodní spolupráci fakulty, aby se nakonec ujal toho, co mu nejvíc sedělo: zpětných vazeb mezi „filozofickými“ záměry školy a odezvami ve farmaceutickém terénu. V této pozici se díky svým dlouholetým zkušenostem v prvních liniích farma-

ceutické praxe a tím i jeho autoritě mezi lékárníky stal nenahraditelným. V návaznosti na tuto pracovní sféru vybudoval katedru řízení a organizace farmacie, která jako jedna z těch, které zastřešovaly finále před státnicovými zkouškami, byla ve své didaktice a samozřejmě i ve výzkumech vystavena dynamickým proměnám podle měnících se náplní praktických činností farmaceutických profesí.

Do jejího spektra se zásluhou Solichova vedení dostávala postupně farmaceutická ekonomika, lékové vigilance, patientské compliance, aspekty sociální farmacie, a poté, co fakulta jako první evropské vysokoškolské farmaceutické učiliště byla u zrodu specializovaného studia a koncepce klinické farmacie, přebírala i některé problematiky z této oblasti.

Snad to profesor Solich dostal geneticky do vínku, určitě však to byly i jeho profesionální styky s širší zdravotnických kolegů a s nemocným člověkem, co v něm zformovalo sociální podvědomí a cit pro mezilidské vztahy, které se s věkem vyhroutily až v hluboké soucítění především s tou částí populace, která je pro svou opo-třebovanost zvlášť zranitelná. Celý jeho životaběh byl nemyslitelný bez aktivního organizátorství, takže po té, co po své

pětašedesátce předal katedru svým pokračovatelům, a co čím dál hlouběji pronikal do sociologických problémů nejstarších skupin populace, se postupně stával a stal veřejností uznávaným mluvčím občanských sdružení, usilujících o důstojné žití seniorů a zasazoval se za regionální gerontologické poradny s lékově i nelékově vymezenými náplněmi. Až do úplného konce toho, co mu bylo na světě dopřáno, naplňoval představu o šťastném jedinci, který si i ve vysokém věku uchová svou smysluplnost a autentičnost.

Když mě v polovině letošního května profesor Solich pozval na odpolední čaj, netušili jsme, že je to naše setkání poslední, přesto jsme se nevyhnuli nějaké té rekapitulaci na pozadí několika generací, kterými jsme prošli, ať už šlo o celospolečenské rošády, které nám osud v naší střeoevropské zóně nachystal (napočítali jsme jich osm včetně kotrmelců posledního čtvrtstoletí), anebo o skoky v našich profesích (od poválečného nastartování antibiotické éry přes psychotropní farmaka a imunomodulancia až po současné boomy včetně snah o genové manipulace).

Milý příteli, Jane Solichu, měl jsi krásné a naplněné žití!

Jaroslav KVĚTINA

Budoucnost konopí u nás? Nejistá.

V červenci vstoupila na americkou burzu kanadská společnost Tilray, která v Kanadě pěstuje a zpracovává léčebné konopí. Úvodní cena 17 dolarů za akcii od vstupu na burzu trvale rostla a na konci září dosáhla její hodnota 210 amerických dolarů. Tržní hodnota Tilray dosáhla zhruba 20 miliard dolarů a překonala třeba i kapitalizaci letecké společnosti American Airlines.

Tento raketový nárůst zcela jistě souvisí s úplnou legalizací marihuany v Kanadě, a proto rostly i hodnoty akcií dalších producentů konopí, například firmy Aurora Cannabis. K růstu hodnoty akcií konopných firem pravděpodobně pomohlo vystoupení Brendana Kennedyho, ředitele firmy Tilray, v televizi CNBC. Řekl, že jako alternativa léčby bolesti může konopí znamenat velkou konkurenci pro velké farmaceutické firmy. Ty by proto měly do konopných firem investovat, aby se zajistily proti budoucí konkurenci.

A zatímco za mořem začíná průmysl léčebného konopí nebývalý rozvoj v mnohatunové produkci širokého portfolia obsahových variet konopí a pestré palety z nich připravených přípravků, v bukolicky blahosklonné péči Státní agentury pro léčebné konopí (SAKL) mohou české lékárny od konce června tohoto roku nakupovat jedinou variantu Cannabis sativa L. s obsahem THC 19 % a CBD 0,1 %. Za balení po 10 g zaplatí necelých 1 500 korun bez DPH až do vyčerpání skladových zásob o celkové hmotnosti 4,2 kilogramy.

Naprosto výjimečný skleník

Ale trend pěstování léčebného konopí se, naštěstí a zatím, nevyhýbá ani České republice. Nedaleko Prahy, necelou hodinku jízdy, je v areálu nejmenovaného zahradnictví mezi mnoha skleníky jeden naprosto výjimečný. Poznáte to u vstupních dveří podle informace o trvalém monitorování prostoru a také podle očí všudypřítomných kamer.

Po čichu to ale poznáte už daleko od vstupních dveří do skleníku, dokonce daleko od pozemků zahradnictví. Nezaměnitelná vůně kvetoucího konopí z několika stovek rostlin se totiž utajit nedá.

Výzkumný pěstitelský projekt už tu probíhá druhým rokem a držitelem výzkumné licence je Ústav experimentální botaniky Akademie věd České republiky (ÚEB AV ČR). Smluvním partnerem pro výzkum ÚEB AV ČR je česká společnost PANAX Pharma, která objednává výzkum a je z velké části vlastněna investorem výzkumu, australskou společností MGC Pharmaceuticals.

Tato společnost má tři divize: Botanic, Derma a Pharma. Poslední jmenovaná divize společnosti uvedla v letošním roce na australský trh přípravek CannEpiil, který obsahuje vysoký podíl cannabidiolu (CBD) a je vhodný k terapii refrakterní (in-traktabilní, farmakorezistentní) epilepsie (DRE). Onemocnění představuje asi 30 % případů epilepsie, kterou jenom v Austrálii trpí zhruba 70 000 lidí.

Divizi Derma, respektive jejích 51 %, MGC Pharmaceuticals prodal v mezidobí mezi návštěvou skleníku a napsáním článku kanadské společnosti Cannaglobal za 12,5 milionu kanadských dolarů.

Výzkum konopných tkáňových kultur

Výzkumný pěstitelský projekt, který probíhá kromě České republiky také ve Slovinsku na Ljublaňské univerzitě a na RMIT University v Melbourne, patří do divize Botanic a jeho cílem je vyšlechtit specifické odrůdy a najít optimální podmínky a parametry pro jejich budoucí pěstování. Kromě výzkumu pěstování probíhá ještě paralelní výzkum konopných tkáňových kultur, nikoliv ovšem ve smyslu produkčních substrátů, ale jako určitá možnost z nich zakládat výsadbu identických rostlin efektivněji a rychleji než z řízků a klonů matečných rostlin.

Většina rostlin ve skleníku obsahuje vysoký podíl CBD (od 9%) a jen malé množství THC (+/- 1%). I s jedním procentem ale trojnásobně převyšují limit zákona o návykových látkách, a i proto je administrativa výzkumu docela náročná.

Jak mi řekl Tomáš Kubálek, jednatel společnosti PANAX Pharma a motor celé výzkumné spolupráce, skleník už za dva roky zažil všemožné kontroly včetně návštěvy příslušníků Národní protidrogové centrály. To samo o sobě není nic překvapivého ani nečekaného. V našem prostředí je pro tuto dynamickou oblast průmyslu s velkým potenciálem (o tom svědčí čísla v úvodu článku) zarážející především administrativní nepohodlí a legislativní zkostnatělost, která podnikání na tomto poli znepříjemňuje.





Na fotografii zleva Tomáš Vaněk, ÚEB AV ČR, a Tomáš Kubálek, PANAX Pharma.

I proto je budoucnost konopí a konopného výzkumu u nás nejistá. Investor navíc buduje základnu na Maltě a za současných podmínek samozřejmě zvažuje, zda s výzkumem pokračovat v ČR, nebo zda pro něj nebude snazší projekt přesunout na Maltu.

Každý květináč má svůj kód

Zatím ale výzkum probíhá. Ve skleníku je několik zón, ve kterých se liší intenzita i charakter péče, která je jednotlivým rostlinám věnována. Zatímco v jedné části připomíná skleník neprostupnou džungli konopných stromů, opačná strana skleníku připomíná spíše parkovou úpravu pečlivě ošetřovaných a zastíháváním



Každý květináč je kódován nejenom číslem daného kultivaru, ale i unikátním identifikátorem „pěstební zóny“.

rozkošatělých keříčků. Každý květináč je kódován nejenom číslem daného kultivaru, ale i unikátním identifikátorem „pěstební zóny“, aby bylo možné ke každé rostlině vést historii pěstebních a ošetrovatelských zásahů, například intenzitu světla i množství a druh závlivy. Důležitý je pravděpodobně i počet zežloutlých listů a u strádajících rostlin i rychlost jejich zotavení po odstranění destruktivních vlivů. Archivují se i fotografie vývoje rostlin. Podle výzkumníků je cílem najít optimální podmínky a postupy pro pěstování. Optimální v tomto kontextu znamená minimum péče a minimum lidských zásahů při zachování maximální produkce.

„Ideální by bylo, a k tomu koneckonců naše snaha směřuje, najít produkční rostlinu ještě dřív než vyroste.“ To mi na otázku, oč vlastně ve výzkumu jde, odpověděl vedoucí výzkumného projektu z ÚEB AV ČR, Tomáš Vaněk. Navíc ke své odpovědi dodal: „Aby to bylo ještě komplikovanější, je tady i zájem, aby konkrétní rostlina produkovala pouze vybranou účinnou látku, a ne ty ostatní. Celý proces je nesmírně časově náročný, a tedy i nákladný. Samotné pěstování bez analýz zabere zhruba třičtvrtě roku. Daleko efektivnější by bylo vědět a znát takový ‚otisk prstu‘ konkrétní rostliny, chemický i biologický, aby se dal předem vybrat typ rostliny,

u které je vysoká pravděpodobnost, že bude produkovat přesně to, co chceme.“

Hlavním pěstitelem v celém výzkumu je Elad Segev, u nás v roli externího spolupracovníka ÚEB AV ČR, který popsal cíl výzkumu: „Naším projektem v České republice je vývoj nových genetických hybridů, které jsou vystavovány specifickým pěstebním podmínkám. Z výzkumu v ČR získáváme data pro komerční kultivaci, kterou plánujeme v naší hlavní evropské základně na Maltě. Ta by se měla stát zárodkem farmaceutických aktivit při vývoji a výrobě léků pocházejících z konopí. Prvním produktem je CannEpiL, který v testovacím režimu podávání čeká na schválení australského regulátora pro léčbu refrakterní epilepsie.“



Hlavním pěstitelem v celém výzkumu je Elad Segev.

Předsudky a přeoopatrná korektnost

Nebýt obsahu psychoaktivního THC, bylo by konopí standardní léčivou rostlinou s obrovskými možnostmi využití. Ani obsah THC ovšem nevedí, jen násobí možnosti uplatnění. Jediné, co překází, jsou předsudky a přeoopatrná korektnost. Zatímco v českých podmínkách jsou konopí a jeho potenciálně psychoaktivní produkty regulovány přísněji než opiáty, ve světě se otevírají ne dvířka, ale přímo vrata leteckých hangárů s logem konopného listu. Budoucnost evropského trhu s konopnými produkty se odhaduje na 56 miliard dolarů v roce 2020.

Po hodině a půl ve skleníku už intenzivní vůni konopných květů ani nevnímám. Ale při cestě domů se za mnou otáčejí snad úplně všichni, mnozí s vědoucím a někteří se zkoumavě opovrhujícím pohledem.

Stanislav HAVLÍČEK

Antialergický účinek beta-glukanů

Název β -glukany (dále jen BG) je používán pro chemicky heterogenní skupinu polysacharidů, jde o označení celé řady podobných látek, které sice vyvolávají v makroorganismu – byť s rozdílnou intenzitou – podobné nebo téměř identické imunitní reakce, ale jsou různého původu, mohou se lišit primární, sekundární i terciární strukturou a některými dalšími vlastnostmi, především rozpustností ve vodě, v alkáliích za chladu a za tepla atd. Je potřeba mít na paměti, že z tohoto faktu vyplývají četné diskrepance, které lze nalézt v pracích různých autorů. Významnou imunomodulační aktivitu vykazují BG s převahou bočního řetězení v polohách 1,3 a 1,6. BG jsou strukturální komponenty buněčných stěn bakterií, sinic, řas, kvasinek a hub, a dokonce se v hojně míře nacházejí i v obilných zrnech (oproti houbám tam mají poněkud jiné složení – obsahují ještě β -(1 \rightarrow 4) vázanou glukózu). Běžně používanými BG jsou např. zymosan z kvasnic (*Saccharomyces cerevisiae*), lentinan z houby šitake (houževnatec jedlý, *Lentinula edodes*), pleuran z hlívy ústříčnice (*Pleurotus ostreatus*). V makroorganismech mají BG velmi rozmanité účinky a nezasahují pouze imunitní systém.

V případě alergických onemocnění působí BG pravděpodobně dvojnásobným účinkem – jednak skrze pleiotropní imunomodulační účinek snižují nemocnost, což je spojeno se zlepšením kontroly choroby a snížením rizika exacerbací (obzvláště typické pro respirační infekce), jednak prostřednictvím stimulace produkce některých typů cytokinů modulují poměr mezi aktivitou Th2 a Th1 lymfocytů, stimulují aktivitu Th1 lymfocytů, supresivně působí na Th2 lymfocyty, snižují celkové titry IgE a potlačují systémové a lokální alergické projevy. Tato výhodná aktivita byla zprvu detailně popsána a pozorována v klinických studiích s onkologickými pacienty, kde mimo jiné imunologické mechanismy BG aktivity představovala schopnost modulace poměrů aktivit Th2/Th1 lymfocytů ve prospěch

Th1 lymfocytů signifikantní redukci nežádoucích účinků chemoterapeutických léků (typu TS-1, Gemzar, CDDP, Paclitaxel aj.) a zvýšení kvality života onkologických pacientů (doplňkově byl podáván převážně lentinan). Tyto antialergické mechanismy BG lze uplatnit v pozitivní modulaci alergické rýmy a astmatu u dětí i dospělých. V randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii byl na souboru 24 pacientů s alergickou rýmou sledován imunomodulační vliv 12týdenní suplementace BG. Bylo zjištěno, že po ukončení suplementace došlo u pacientů užívajících BG k signifikantnímu snížení koncentrací IL-4, IL-5 (interleukinů produkovaných Th2 lymfocyty) a k významnému zvýšení koncentrace IL-12 (interleukinu produkovaného Th1 lymfocyty) ve vzorcích odebraného nosního sekretu, koncentrace interferonu γ zůstaly nezměněny. Zastoupení eozinofilů v nosním sekretu se signifikantně snížilo, zatímco v placebo skupině se nezměnilo, kdežto procentuální zastoupení eozinofilů v periferní krvi se nezměnilo v žádné skupině. V jiné randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studii s pacienty s pylovou alergií byl sledován vliv 2měsíční perorální suplementace BG na hladiny IgE a klinické symptomy alergické rýmy. Výsledky prokázaly statisticky významnou klinickou odezvu, která korelovala s významným snížením koncentrace IgE v krvi. Otevřená průzkumná klinická studie, se zaslepeným hodnocením výsledků, s 20 astmatickými dětmi ve věku 6 až 12 let, popisuje signifikantní zvýšení plazmatických hladin IL-10 a zlepšení astmatických symptomů po subkutánní injekční aplikaci BG jednou týdně po dobu 4 týdnů a posléze každý druhý týden po dobu dalších 4 týdnů. Autoři randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studie s dětmi ve věku 2 až 10 let s rekurentními infekcemi dýchacích cest, potvrdili, že atopie může být důležitým faktorem přispívajícím k zvýšené

nemocnosti, a prokázali, že aktivní léčba sirupem s pleuranem měla za následek signifikantní snížení eozinofilů v periferní krvi a stabilizování hladin celkového IgE. BG se mohou uplatnit také jako podpůrný prostředek v léčbě atopické dermatitidy (AD). V multicentrické otevřené split-body studii se 105 pacienty obou pohlaví s AD a průměrným věkem 20,4 roků, vedlo používání krému s pleuranem k výraznému zlepšení subjektivních i objektivních symptomů AD. Přípravek byl obecně velmi dobře snášen.

BG jsou považovány za bezpečné, pokud jsou užívány perorálně jako doplňky stravy nebo jako součást denní stravy. Je ovšem důležité zmínit, že v případě inhalace mohou mít BG „alergický účinek“. BG v tomto případě ovlivněním zánětlivých buněk působí zvýšenou sekreci prozánětlivých složek (mj. TNF- α a IL-8). V jedné studii bylo prokázáno, že expozice BG v domácím prachu u dětí ve věku 7–10 let byla spojena s bronchiální hyperreaktivitou a astmatem ve věku 11–14 let. Další klinická studie s dětmi ve věku 7–11 let, poukázala na souvislost variability vrcholového výdechového průtoku (PEF) s množstvím BG v domácím prachu u atopických dětí s astmatem. Ovšem v jiné studii, ve které autoři porovnávali expozici alergenům u dvouletých dětí s rizikem alergie v 10 letech, expozice BG nezměnila riziko astmatu nebo alergické senzibilizace. Studie s pracovníky houbových farem, pěstujících šitake, hlívu a žampiony) ukázala na riziko vnější alergické alveolitidy jako následku vdechování prachu. Avšak souvislost mezi BG a výsledky studií nemusí být zcela jednoznačná, vzhledem k tomu, že BG lze považovat za ukazatele množství biomasy hub ve vdechovaném vzduchu a houby obsahují i další látky s biologickými účinky.

Zdroj: www.fytoinstitute.eu

Mgr. Věra KLIMEŠOVÁ
Laboratoře aplikovaného výzkumu
a vývoje společnosti Fytopharma

Los Krupos
bezlepková krupanda
ZDRAVÁ ŠKOLNÍ SVAČINKA 282/2016 Sb.
Los Krupos najdete ve školních svačinkových automatech
Happy SNACK
Vynikáto lékárník

Deník holky z lékárny

Co potřebuje typický lékárník s sebou na dovolenou (*nejsem blázen, prostě stejně jako vy si uvědomuju, že rok uběhne jako voda*):

Kinedryl – vám možná není při cestě v autě, letadle, autobuse špatně, ale paní Nováková říkala, že jí taky nikdy nebylo, ale ty turbulence a dálnice, to by se udělalo špatně i mrtvému
Antibakteriální gel a dezinfekce – až budete sahat na ty špinavé kliky, prkýnka a až si na pláži odřete kolínko
Náplasti – na to kolínko nebo sedřené paty z vycházky na pláž a zpátky
Panadol – na bolesti
Ibalgin – kdyby Panadol nezabral, a jelikož nás jede víc, tak beru ještě DEXOKET a NALGESIN, co kdyby náhodou
Endiaron – nemusím komentovat
Smecta – to vám asi taky dojde
Imodium – co když mě to chytne v letadle? Co když budu muset letět hned? Co když...?

Glycerinové čípky – co když mě to nechytne?

Slivovice – pokud nechcete brát Smectu, Uhlí, Endiaron a vlastně všechny ty zbytečné věci v lékárnice
Psilo-Balsam – komáři jsou všude
Repelent – po letošní dovolené beru celou bednu, protože moje dovolená byla jedno velké drbání a repelent jsem používala místo parfému!
Horký nápoj – člověk neví, co ho v divočině potká
Antibiotika – „Pane doktore, já mám dovolenou a strašně se bojím, že v tom čtyřhvězdičkovém hotelu s all inclusive umřeme.“
Probiotika – co když budu muset užívat ty antibiotika!?
KVALITNÍ, zdůrazňuji KVALITNÍ
OPALOVACÍ PŘÍPRAVEK – a hned několik typů – my jdeme příkladem celé rodině a všem lidem na pláži. My se nemažeme šestkou z obchodáku,

my máme pořádný, kvalitní opalovák z lékárny, za který se nemusíme stydět. MY JSME LÉKÁRNÍCI a nenecháme se zahanbit!

Panthenol – to až se po tom kvalitním opalováku spálíme
Termální voda – cože? Vy můžete žít bez termální vody?
Jestli vám tam něco na první pohled chybí, bude to „něco do nosu.“
Připiš na seznam:
Vincentka do nosu
Sinupret
Stodal
Echinacea v kapkách
Na mě si žádná rýma nepřijde.
Nerada to říkám, ale hned první večer jsem si téměř rozrazila hlavu o noční stolek, pak jsem ještě asi desetkrát spadla na schodech, úplně střízlivá!
Chválabohu, že jsem stihla zařídit to cestovní pojištění.

M.

VÝZNAMNÁ JUBILEA

říjen 2018

Česká lékárnická komora blahopřeje svým členům – říjnovým jubilantům.

Mgr. Viktorie Grossová
Mgr. Dana Sichertová
PharmDr. Marie Džuponová
PharmDr. Jaroslav Dvořák
Mgr. Lenka Petroková
PharmDr. Vladimír Gondek
Mgr. Petr Byrtus
PharmDr. Jaroslava Urbaníková
PharmDr. Jitka Říšová
PharmDr. Hana Stejskalová
PharmDr. Eva Bauerová
PharmDr. Tatiana Holubová, MHA
PharmDr. Libuše Procházková
PharmDr. Irena Sekulová
Mgr. Zdenka Bašová
Mgr. Miluše Kurková
PharmDr. Jana Kobiláková

PharmDr. Zdena Stejskalová
Aff. Jiřina Votavová
Mgr. Michaela Zemanová
PharmDr. Lena Stránská
PharmDr. Lenka Zemanová
PharmDr. Zdenka Jahodová
Mgr. Jaroslava Doleželová
PharmDr. Lech Branny
PharmDr. Čestmír Běhávka
Mgr. Jana Šabršulová
Mgr. Ivan Chytra
PharmDr. Radka Nováková
Mgr. Barbora Grymová
PharmDr. Radmila Šmardová
Mgr. Eva Machová
Mgr. Alena Nemčáková
PharmDr. Jana Peléšková
Mgr. Milan Kolesár

Mgr. Jana Friedová
Mgr. Jitka Menčíková
PharmDr. Robert Bartas, Ph.D., MBA
Mgr. Alexandra Bílá
Mgr. Zdeňka Anna Hartmannová
Mgr. Alice Vodrážková
Mgr. Lidie Hoňková
Mgr. Věra Kovářová
Mgr. Eva Tomášková
Mgr. Munchzul Damdinragchaa
PharmDr. Lenka Poláčková
Mgr. Lenka Červená
Mgr. Romana Beránková
PharmDr. Tomáš Hrček
Mgr. Abdel Karim
PharmDr. Kateřina Formánková
Mgr. Eva Hamalová
Mgr. René Matlášek

VDÁNO PŘED 85 LETY

Jak si to farmaceutické továrny představují?

Smějí přecházeti lékárníka?

Velmi často se stává, že firma přináší na trh nový lék. Lékař má vzorky a literaturu a lék předepisuje. Pacient přijde do lékárny, lékárník však neví o existenci nového speciálního léku nic, v žádné příručce nic o tom nenajde a tak zbývá jediná pomůcka: slovní etymologie, avšak ani ta někdy nepomůže, když má nová specialita jméno jako značka aeroplánu nebo vzorec z počtu infinitesimálního. A tak nám nezbývá než upozornit velmi důrazně všechny firmy, uvádějící novinky do obchodu, aby nepomíjely lékárníka, ale aby zároveň s lékařskou propagandou informovali také lékárníka. Jde o lékárníkovu prestiž u pacienta na jedné straně a jde také o hmotný a hospodářský zájem firmy, neboť pacient, nedostane-li lék, upustí od něj, nebo žádá lékaře, aby předepsal lék jiný, který lze koupiti.

Co byste dělal, při takovém receptu?

Rp.

Aethoxydiaminoacridini lactici g 0,5

Aquae destillatae ad 200,0

D. S. Zevně.

Dr. Jos. Nečitelný

Nejdříve byste to četl z předu, pak ze zadu, pak byste použil optického přístroje (lupy), znovu četl, dal přečíst všem přítomným, pak byste prohledal celé museum své lékárny, pak byste se zlobil, pak byste telefonoval o pomoc sousední lékárně, pak byste možná řekl pacientovi, aby si přišel zítra a pak by vás možná již vůbec nic netěšilo. To všechno se nemůže státi tomu, kdo je majitelem praktické příručky:

NOMINA ET SYNONYMA

quorum veterumque medicamentorum, které

in ordinem redegit

Kol. Ph. Mr. Carolus Janda.

V těch je napsáno, že Aethoxydiaminoacridini lacticum = Rivanol. Když tohle víte, není již recept dra Nečitelného tajemstvím.

Jandova Nomina et synonyma potřebujete. Objednejte si je ihned!

Expedice je pánům předplatitelům za 15 Kč administrace „P. L.“ Praha XII., Korunní 47. Jinak cena 30 Kč.

Skutečný případ, který ukazuje, že by si lékař a lékárník měli lépe rozumět

„Pane lékárníku, máte olivový olej?“

„Ano, ovšem, kdo pak by měl olivový olej, když ne lékárník. Vždyť je to také lék a k tomu ještě hojně používaný.“

„Muž trpí na tyhlety žlučové kamínky a má ho pít vždy čtvrt litru najednou. Dobře jste mi poradil, pane lékárníku, že jste mne poslal k doktorovi. Co jsme již vydali peněz a všechno nebylo nic platno. Muž si šteloval léky až z Berlína a od toho faráře Hajmana, jak to bylo také v novínách. Pořád nevěděl, co mu je a teď alespoň ví, co má léčit.“

„Kolik vám mám dát olivového oleje?“

„Pan doktor říkal, abych mužovi koupila zatím jedno kilo toho oleje v drogerii, ale já si myslím, že je to lék, když je to na nemoc, tak jdu k vám, jestli máte ten olivový olej. Víte, pane lékárníku, on má náš drogist sice všechno, kupuji u něj vejce, brambory a tuhle jsme natírali plot, tak jsem tam byla pro barvu a pro fermež. Léky jsem byla zvyklá kupovat vždycky v lékárně. Nebožka maminka, však jste ji znal, pane lékárníku, ta vždycky říkala, co je pro zdraví, musí být z lékárny... a když tedy, pane lékárníku, máte ten olivový olej, nebude moc drahý?“

„Milá paní, vidíte, že jsem vám poradil dobře, když jsem vám doporučil, aby váš muž šel k lékaři-odborníku. Na léčení jsou lékaři, na léky jsou lékárníci. Boty také nekupujete u krejčího, léky kupujete také jenom u odborníka, jakým jest lékárník. Nemocnému dávejte vždy jen léky dokonalé jakosti, které má jenom lékárna. Dobrý lék není nikdy drahý!“

„Děkuji vám, pane lékárníku, vždyť jsem si také myslila a proto jsem přišla k vám.“

K této skutečně rozmluvě připojujeme svůj závěr: Lékárník nemá fušovat lékaři, neboť není lékařem, ale nemenší chyby

dopouští se lékař, který poškozují lékárníkovu renomé tím, že nekvalifikovaného odborníka pasuje na roveň lékárníkovu. Na štěstí netýkají se tyto výtky převážně většiny lékařů, bohužel jsou však i takoví lékaři. Tomu je nutno čelit oboustranně. Lékárník bezpodmínečně musí vždy a za všech okolností hájit a posilovat autoritu lékařovu, ale také lékař nemůže a nemá oslabovat prestiž lékárníkovu. Citovaný rozhovor je skutečný. V očích „partaje“ mohli být pošramoceni lékař i lékárník, vítězem mohl být snadno – černý vzadu. Dopadlo to dobře díky „straně“, která je přesvědčena a ví již od nebožky maminky, že *léky se mají kupovat v lékárně*.

LÉKÁRNICKÝ ŽIVOT

Žádosti o nové koncese.

PRAHA XII. – Žadatel: Ph. Mr. Josef Altmann, adjunkt lékárny v Praze X. – Stanoviště: Praha XII., Záhřebská ul. od ulice Šafaříkovy až k ulici Americké po obou stranách včetně všech rohových domů ulic Londýnské, Belgické a Americké s třídou Záhřebskou a dále v ulici Šafaříkově po obou stranách od Bělehradské třídy až k ulici Polské. – Námitky do 21. září 1933 u magistrátu hlav. města Prahy.

Povolené nové lékárny.

HRADEC KRÁLOVÉ – PRAŽSKÉ

PŘEDMĚSTÍ: Ph. Mr. Sýkora Augustin.

PRAHA-KOBYLISY: Ph. Mr. Novák Emil.

Povolené domácí lékárny lékařů.

LIBČICE, okr. Praha-Venkov:

MUDr. Mina Kuzin.

STUPNO, okres Rokycany:

MUDr. Josef Eisenberger.

PRAŠILY, okres Sušice:

MUDr. Iréna Skomorovská-Lípová

Koupě lékáren:

PRAHA II., Hybernská 20:

Ph. Mr. Jos. Dovolil.

VARNSDORF: Ph. Mr. Gustav Tomasch.

Zamítnuté žádosti.

PARDUBICE, Wilsonova tř.:

Ph. Mr. Rudolf Uchytal

PRAKTICKÝ LÉKÁRNÍK, 1933, září, str. 219, 233–235