



ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory

ročník LXXXIX, vydání 10/2017



Ráda bych vás dnes, vážené čtenářky a vážení čtenáři, pochválila. Chválím vás za to, že neváháte osobně, telefonicky i na facebooku hodnotit jednotlivá čísla našeho společného časopisu. V září bylo takových hodnocení více než jindy. Ocenili jste pestrost, výběr i zpracování příspěvků. Samozřejmě si uvědomuji, že se některý článek někomu vůbec nemusí zamlouvat, jiný nesouhlasí s názorem konkrétního autora, protože popisovanou komorovou nebo vzdělávací akci bylo třeba hodnotit naprosto opačně, další by určité strany více vyšperkoval fotografiemi, nebo je naopak nezařazoval vůbec. Vyslechla jsem před časem ale i názor, že jeden z příspěvů by toho psaní měl raději nechat, protože jeho články s lékárenstvím zas tak úplně nesouvisí. O různých pohledech na obsah časopisu vypovídá i to, že zrovna články tohoto autora patří k nejčtenějším.



K nejvíce diskutovaným příspěvkům v ČČL patří různá zamýšlení nad současnými problémy oboru, úvahy o tom, co se v zájmu lékárníků mělo v uplynulých letech dělat jinak, jestli politické strany, které lékárníkům slibovaly (ale opravdu jen slibovaly) hojnost, o lékárenství alespoň něco vědí, nebo ve skutečnosti vůbec nemají představu, jak a proč by to měly udělat.

Jestli se vám zářijové nebo jiné číslo časopisu líbilo, pak proto, že se na něm velkou měrou podílíte vy sami, lékárníci, ať do časopisu píšete nebo se s redakcí dělíte o vlastní hodnocení jeho obsahu. Někteří kolegové už dlouhou řadu let zpracovávají pravidelné rubriky, což jsou pomyslné stavební kameny každého periodika. To břímě na sebe vzali dobrovolně, přestože celou tiskovou stranu musí každý měsíc ke dni redakční uzávěrky odevzdat, i kdyby se zrovna prali s nemocí, s mimořádným pracovním zatížením, nebo se chystali konečně na dovolenou.

Pochvala má člověka potěšit a motivovat. Většina z nás prý neumí ani chválit, ani chválu přijímat. Chci vás ujistit, že za celý pravidelný i nepravidelný kolektiv příspěvů vaši chválu přijímám a děkuji. A jestli máte, kromě pochvalných, i kritické připomínky, chceme je slyšet! Abychom si o sobě moc nemysleli, a taky si přejeme, aby se vám časopis líbil.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda), Mgr. Michaela Bažantová,
PharmDr. Přemysl Císař, Ph.D., PharmDr. Pavel Grodza,
PharmDr. Petr Haltuf, PharmDr. Milan Havlíček,
PharmDr. Stanislav Havlíček, MUDr. 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

titulní strana MARF s. r. o.

tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.
Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka č. 11/2017 – 1. listopadu 2017

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.



obsah

Odborné aktivity bez negativních připomínek	4
Zeptali jsme se	5
Ohlas z porady předsedů: Po volbách už je pozdě, přátelé	8
Martyrium se nekoná, přichází období ztracených nadějí?	8
GDPR se týká všech fyzických osob	10
Větší bohatost, nižší porodnost	11
Osvědčení k výkonu soukromé lékárenské praxe	12
Interaktivní dispenzační semináře	14
Zprávy z Bruselu: Příprava třetí verze evropského úložiště	16
Tak to vidím já: K očkování a jeho rizikům	16
Molekula měsíce: Copanlisib	17
Nově registrované látky: kladribin	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Moringa oleifera Lam.	19
Kongres FIP 2017 v Jižní Koreji: „Medicines and Beyond! The Soul of Pharmacy“	20
Epilepsie – nemoc opředená mýty	22
Cílená léčba karcinomu s průlomovým účinkem	23
Deník HOLKY Z LÉKÁRNY	23
Chorvati vnímají e-preskripci většinou pozitivně	24
Bude říční slepota opomíjenou nemocí?	25
Stopprocentní recept na e-recept zatím neexistuje	26
Blýskání na lepší časy	28
WHO s novým generálním ředitelem	29
Počátky vývoje a výroby v Lachemě Brno	30
Světové dny zdraví	31
Filmové okénko: Kocour Bob – léčba kočkou	32
Významná jubilea	33
Vydáno před 84 lety	34

Odborné aktivity bez negativních připomínek



Prezident komory Lubomír Chudoba otevřel poradu předsedů OSL, předsedů Revizních komisí a Čestných rad OSL (23. 9. 2017 v Praze) zprávou o činnosti představenstva a plnění usnesení XXVI. sjezdu delegátů ČLnK. V uplynulém období komora připomínkovala jedenáct vyhlášek a tři zákony. Ministerstvo zdravotnictví se dosud nevyjádřilo k žádnému významnému návrhu, který komora předložila, ať už jde o kombinovaný model odměňování, pevné doplatky na regulované léčivé přípravky, změnu hodnoty signálního výkonu (degresivní) nebo podporu jedinečných lékáren a OOVL.

PharmDr. Stanislav Havlíček

K prvnímu bodu usnesení – **vypracovat návrh na regulaci sítě lékáren a předložit jej ministerstvu zdravotnictví** – připravila komora legislativní návrh změny zákona o zdravotních službách. Pro stanovení demografických a geografických kritérií návrh hovoří o minimální vzdálenosti 400 metrů vzdušnou čarou mezi lékárnami a zave-

dení podmínek pro vznik lékáren v obcích s počtem 2 až 5 tisíc obyvatel.

Kromě výše uvedeného se komora podílela na řešení problematiky zabezpečení pohotovostních služeb lékáren. Ta se dostala do centra pozornosti po schválení zákona, který zakazuje provoz velkých center o státních svátcích, a ve svém příspěvku o tom hovořil viceprezident ČLnK Aleš Krebs. Připomněl, že před účinností zákazu právě na lékárny v obchodních centrech spoléhaly krajské samosprávy při zajištění léká-

renské pohotovosti, jejíž dojezdovou dobu stanovuje zákon na 35 minut. Do obtížné pozice při vyjednávání o případném příspěvku ze strany krajů vystavila zástupce komory sama okresní sdružení, kdy se k dotazníku pro zmapování situace na území České republiky vyjádřilo pouze 21 okresů.

Druhou částí příspěvku věnoval připravovanému elektronickému vzdělávání, které je „šité na míru“ pro výkon funkce vedoucího lékárníka. V této dotazníkové akci se před přípravou e-learningu naopak vyjádřilo 1 200 kolegů.

Tisková mluvčí komory Michaela Bažantová poskytla přehled mediálních aktivit v roce 2017 včetně odborných témat, která budou prezentována ve zbývající části roku. V závěru prezentace zazněly některé výsledky průzkumu veřejného mínění, které pro komoru v červnu 2017 zrealizovala agentura SC&C. Podle výsledků průzkumu vnímá lékárnu jako zdravotnické zařízení více než 70 % populace. Naprostá většina populace (83 %) souhlasí, aby lékárník měl přehled o léčících pacientů, a obdobně vysoké procento pacientů důvěřuje radám a doporučením lékárníka. Důvěra kolísá od 85 % ve skupině pacientů se základním vzděláním k 76 % pro skupinu vysokoškolsky vzdělaných. Většina pacientů (74 %) je také nakloněna tomu, aby byly doplatky na léky ve všech lékárnách stejné.

Člen PČLnK David Ovčář v svém příspěvku o celoživotním vzdělávání zdůraznil, že od 1. 9. 2017 byl zahájen nový cyklus. Předchodí byl, s určitou mírou předpokládané chybovosti, vyhodnocen automaticky a všichni členové s e-mailovým kontaktem v evidenci byli o výsledku informováni e-mailem. Po automatickém vyhodnocení je zřejmé, že cyklus celoživotního vzdělávání 2014–2017 splnilo 66 % všech členů. Procento úspěšných ale ještě vzroste. Nesrovnalosti, zejména způsobené zkrácenou dobou výkonu praxe například u absolventů, lze řešit přes sekretariát ČLnK. Do konce roku 2017 je možné po předložení dokladů na úrovni předsedů OSL doplnit body do karet členů, kteří získali body na jiných než registrovaných akcích nebo při publikačních a přednáškových aktivitách.

Dále člen PČLnK Aleš Novosád stručně představil oblasti, které by měly být řešeny změnou řádů. Připravuje se

Pokračování na straně 7



ZEPTALI JSME SE

Očekáváte po volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR nějakou zásadní změnu kurzu, v němž je nyní vedeno zdravotnictví?

PharmDr. Lubomír CHUDOBA,
prezident České lékárnické komory



Bude záležet na výsledku parlamentních voleb a osobě nově jmenovaného ministra. Segment zdravotnictví je však neuvěřitelně složitý i provázaný, lidsky velmi senzitivní, a navíc jsme všichni svědky ohromného tempa zavádění nových diagnostických a léčebných metod, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. A neustále se poměřujeme s vyspělým zahraničím. Ani novému ministrovi zdravotnictví, ani nově zvoleným politikům proto laická i odborná společnost neumožní dramaticky změnit kurz. Byť ministry kroky budou důležité, zdravotnictví bude moci ovlivňovat jen do určité míry. Přitom nebude řešit jen problémy s financováním zdravotních a navazujících sociálních služeb. Jeho klíčovou prioritou musí být dostatečný počet vysoce vzdělaných zdravotnických pracovníků včetně lékárníků a klinických farmaceutů a maximální využití jejich schopností poskytovat společnosti očekávané odborné služby. A zde bude záležet především na nás samotných. Nejsme velký obor a musíme sdílet společnou vizi. Nejen jak spolupracovat a dělit se o kompetence „sami mezi sebou“, ale i s lékaři a ostatními členy multioborového zdravotního týmu.

PharmDr. Marcela HEISLEROVÁ, Ph.D.,
vedoucí katedry lékárenství IPVZ Praha



Ať už dojde k jakýmkoli změnám, doufám v zachování principu, že hlavním úkolem zdravotnictví je péče o zdraví občanů. Rovněž doufám, že všechny změny budou provedeny tak, aby péče nebyla přerušována – léčit je třeba za všech okolností.

Prof. PharmDr. Alexandr HRABÁLEK, CSc.,
proděkan pro vnější vztahy fakulty
a transfer technologií FaF UK Hradec Králové



V zářijovém čísle našeho časopisu jsme si sice mohli přečíst i mnoho dobrého, co si o nás kandidující politici myslí a co nám slibují (třeba i platbu za výkon), ale myslím, že každý z nás střízlivě odhadne situaci a ví, že se to nestane, a že to tentokrát „nemyslí upřímně“. Už jsem asi někde napsal, že poprvé jsem podobný slib slyšel od některého z šéfů zdravotních pojišťoven již v roce 2006. A co se za jedenáct let změnilo? Pokud se něco změní, tak to bude změna vyhovující lékařům. Neznamená to ovšem, že

to bude dobré také pro pacienty. A v zásadní změnu kurzu našeho zdravotnictví pak již nevěřím vůbec. A i kdyby k ní nakonec došlo – co by nám asi přinesla? Byla by zavedena rajonizace lékáren? Dosáhli by lékárníci na platbu za výkon? Uplatnilo by se pravidlo „jeden lékárník = jedna lékárna“? To asi těžko. Tak ani nevím, jestli nějakou zásadní změnu chtějí...

Mgr. Leona ŠTĚPKOVÁ,
Lékárna Medea, Hostomice



Změna kurzu (nebo dokonce zásadní změna kurzu) se dá očekávat jen tehdy, máme-li nějaký kurz. Protože máme-li kurz, rozuměj, víme, kam se chceme dostat, dá se pochopit leccos. Např. křížování, uhnutí z trasy, abychom se vyhnuli bouři, dokonce i neplánovanému přistání u neznámých břehů. Ministerstvo zdravotnictví však léta žádný kurz nemá. Nechává se hnát větry podle toho, odkud zrovna foukají silně, a podle toho to taky vypadá: loď se potácí všude možně, vysoká úmrtnost posádky, každou chvíli ji přepadnou piráti, všehoschopní (za zlatáky) námořníci plánují každou chvíli vzpouru a následuje změna kapitána, a tak pořád dokola. Neočekávám tedy nic. Ale docela by mě zajímalo, co by se každému ministrovi ukazovalo na kompasu Jacka Sparrowa, který ukazoval podle nejnroučnějšího přání majitele.

Mgr. Marek HAMPEL, předseda představenstva
Grémia majitelů lékáren



Ne, neočekávám. Mechanismy změny legislativy a dohodovacího řízení jsou poměrně složité a mají značnou časovou setrvačnost. V některých případech musíme čekat, až rozhodne Ústavní soud např. ve věci budoucího podání ústavní stížnosti na úhradovou vyhlášku a jejího postavení ve stanověním úhrad z veřejného zdravotního pojištění – 286 miliard korun se v této zemi rozděluje na základě jednoho podpisu ministra. Co se týká lékové politiky, tam se musí opravdu připravit změna, protože mechanismus stanovení ceny a úhrady léčiva je již zastaralý a neodpovídá standardům v této oblasti. S tím souvisí zavedení vícezdrojového financování lékárenské péče, tak tam lze očekávat změnu do dvou let, protože dočasné řešení Signálního kódu již překonalo délku mandátu dosluhující vlády, která v této věci nic dalšího nepředvedla a čeká se tak na nového ministra či ministryni, jak se k tomu postaví. Za Grémium majitelů lékáren budu usilovat, aby lékárny byly zdravotnickým zařízením, a ne „pouhým“ obchodem.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

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



Těžko předvídat. Nevíme, jak volby dopadnou, kolik mandátů jednotlivé strany získají a jak dopadne jednání o koalici. Nadto volební programy politických stran nepředkládají mnoho konkrétních opatření. Doufám, že bude umožněna větší konkurence zdravotním pojišťovnám, otevře se cesta pro financování nadstandardní péče, zkrátka, že bude odstartována potřebná reforma. Určitou naději v tomto směru volební programy přece poskytují. Zdá se, že zodpovědnější politici si uvědomují neudržitelnost současného systému a skutečnost, že úroveň zdravotnictví se neodvíjí jen od platů zdravotníků, ale i od investic do zdravotnických technologií, do kvalitní péče. Určitě se bude řešit otázka financování nemocnic, pokud budou narušeny stávající obchodní modely mezi nimi a dodavateli. To by způsobilo velké výpadky v jejich příjmech. Příštího ministra zdravotnictví čekají skutečně důležité úkoly.

**PharmDr. Aleš NOVOSÁD, předseda,
Mladí lékárníci**



Bohužel neočekávám. Zásadní změna kurzu českého zdravotnictví je zapotřebí již řadu let. Nejvíce v něm trpí samotný uživatel zdravotnictví, a to je pacient. Dlouhá čekací doba na specializované vyšetření, stále méně dostupná péče na venkově a v menších městech, uzavírání ordinací lékařů, stomatologů a lékáren jsou jasnými ukazateli, že systém nefunguje správně. Lékárenství je ve finančním úpadku mnoho let, zátěž vlivem elektronizace zdravotnictví, e-receptu a ověřování padělků bude značná. A já se ptám: Má ještě český lékárník dostatek síly na to, aby to

všechno vydržel? Je třeba vždycky k něčemu vzhlížet a doufat, protože naděje umírá poslední. Ale myslet si, že letošní volby přinesou vysněné změny, by bylo naivní a bláznivé.

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



Já si moc netroufám odhadnout ani to, kdo bude sedět ve vládě, natož který ministr jaké strany se ujme úřadu. Tím méně bych se chtěl dopouštět nějakých predikcí o dalším vývoji. Všichni také víme, že předvolební proklamace se od následné reality často značně liší. Za sebe jen pevně doufám, že úřad povede tým, který bude mít se zdravotnictvím reálné zkušenosti, a ministr, který bude vědět, že parník českého zdravotnictví nelze řídit prudkými pohyby kormidla. Že by to měl být ministr, jehož ambice a vize sahají za horizont jednoho volebního období, je zbožným přáním.

**Mgr. Martin MÁTL, výkonný ředitel
České asociace farmaceutických firem**



Svoji odpověď zůjím na oblast léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Z dosavadních postojů a vyjádření politických stran je patrné, že oblast léčivých přípravků považují za relativně stabilizovanou a neplánují žádné zásadní změny. To samozřejmě nevylučuje možnost, že pod tlakem okolností budou nuceni přistoupit k nějakým zásadním krokům, ale to se špatně odhaduje. Odlišná situace panuje na poli zdravotnických prostředků, neboť v důsledku rozhodnutí Ústavního soudu musí být do konce roku 2018 vytvořen zcela nový systém pro stanovení úhrady zdravotnických prostředků vydávaných na poukaz. Nakolik zásadní tato změna bude, se teprve ukáže, protože dosavadní příprava není transparentní.

**Zápis z jednání o eRp
25. 9. 2017 v sídle GML**

Změna datového rozhraní receptu a metodiky: Bude připravena změna datového rozhraní receptu, která zavede nový údaj „identifikátor výdeje eRp“. Bude připravena změna datového rozhraní receptu zavádějící „identifikaci pozice položky na receptu“ (1. nebo 2. položka, do budoucna příp. i další položky). Bude připravena změna datového rozhraní receptu umožňující vyúčtovat pojišťovnám počet balení na jedné položce až do výše 999,99 kusů.

www.lekarnici.cz
AKTUÁLNĚ

Chyby v hlavičce eRp – Pojišťovna, Číslo pojištění, IČZ: Pokud vydávající lékárník zjistí chybu v pojišťovně pacienta, má možnost ji opravit. Vydávající lékárník nemá a nebude mít možnost opravit chybně uvedené číslo pojištění. S možností měnit číslo pojištění vyjádřily nesouhlas zdravotní pojišťovny i SÚKL.

Vyúčtování opakovacího receptu. Výdej a vyúčtování výpisu z receptu – rozdělený výdej: Využije se výše uvedená změna datového rozhraní eRp (doplnění ID výdeje). Díky tomu budou jasně identifikovány jednotlivé výdeje opakovacích receptů nebo jednotlivé výdeje 1 eRp v téže nebo ve více lékárnách (např. z důvodu doobjednání dalších balení léků apod.). Je třeba edukovat lékárníky, aby správně označovali stav výdeje eRp – rozlišovali částečně vydaný eRp a kompletně vydaný eRp.

(11. 10. 2017)

Pokračování ze strany 4

úprava způsobů garantování vzdělávacích akcí, předpokládá se zrušení „garantů“ akcí, výhradně elektronická prezenční listina pro usnadnění přidělování bodů a změny v přístupu k webinářům, do budoucna by mohly být zdarma a body by byly připisovány pouze úspěšným řešitelům následného testu. Záznamy webinářů z minulých let budou zpřístupněny i v novém cyklu vzdělávání.



Praktické dopady přijaté legislativy související s povinnou elektronickou preskripcí, a zejména široké spektrum problémů, které předpokládáme od ledna 2018 v lékárnách, stručně nastínil člen PČLnK Martin Kopecký. Ve svém vystoupení se věnoval také zprávě z PGEU, mimo jiné tématu aplikace protipadělkové směrnice, která dále zahustí toky datových informací z lékáren.

Změnu ve finančním řádu, tak jak bude předložena delegátům sjezdu,



představil právní zástupce komory Jaroslav Maršík. Změna řeší pouze chybně aplikovatelné ustanovení řádu o nutnosti doplatit rozdíl mezi řádným a sníženým členským příspěvkem v případě, že je v průběhu roku zahájena činnost vedoucí lékárníka nebo odborného zástupce. Dále Jaroslav Maršík shrnul nejčastější problémy v licenčním řízení při vydávání osvědčení. Velkou část příspěvku věnoval budoucí aplikaci Obecného nařízení o ochraně osobních Evropského parlamentu a Rady EU (GDPR), která od května 2018 výrazně zpřísní nároky na vedení členské evidence ČLnK. Kromě toho se také dotkne lékárenských systémů, které zpracovávají osobní údaje pacientů. Úměrně

s rostoucími nároky se zvyšují také sankce za porušení nařízení.

Ze zpráv, které revizní komise a čestná rada předložily předsedům na poradě, vyplývá, že jejich agenda roste, přičemž nečastějším disciplinárním deliktem zůstává před Čestnou radou výkon povolání bez platného osvědčení 47 případů (75 %) s velkým odstupem následováno šesti případy (11 %) výkonu povolání bez členství v komoře (i tento delikt jde ale z větší části na vrub vedoucím lékárníkům). V uplynulém období čestná rada udělila 30 finančních pokut v celkové výši 197 000 korun.

S přihlášeným příspěvkem vystoupil před polední pauzou Aleš Nedopil, a diskusí k jeho příspěvku o „alternativní“ PR kampani, pro jejíž financování žádal představenstvo o bezmála tři miliony korun, začal odpolední program.

PR komory, její výsledky, výstupy a následná kritika byly prakticky jediným tématem, ke kterému se účastníci porad předsedů vyjadřovali. Ostrou kritiku si vyslechli i přítomní zástupci agentury, se kterou komora spolupracuje. Ve zkratce přítomní předsedové neměli negativní připomínky k odborným aktivitám, kterým je věnována mediální pozornost. Svou frustraci vyjádřili zejména v souvislosti s ekonomickým vývojem a nulovou odezvou činnosti komory v mediálním prostoru v souvislosti s klesajícími příjmy lékáren, obtížně řešitelných platových očekávání zaměstnanců a rostoucím nárokům na investice a provoz lékáren.



OHLAS Z PORADY PŘEDSEDŮ:

Po volbách už je pozdě, přátelé



Na poradě předsedů OSL témat spousta, ale diskuse se věnovala výhradně PR naší komory: představenstvo versus Vaši Lékárníci CZ. Bylo to bouřlivé, v podstatě nemožné převyprávět. Asi nejlépe se to dá vyjádřit názvem filmu Ztraceno v překladu nebo českým pořekadlem My o koze, oni o voze. Je ale několik bodů, které by neměly zapadnout. „Kauza“ začíná na sjezdu delegátů komory v roce 2016.

Představenstvo přijelo s návrhem rozpočtu, kde položka PR byla 2,5 milionů korun. Sjezd tuto položku navýšil na 5 milionů. Přeloženo z náznaků do srozumitelné řeči – delegáti vyjádřili obavu, že lékárníci jsou veřejností vnímáni jinak, než jaká je představa delegátů.

Představenstvo odjelo z loňského sjezdu s jasným, i když možná nevyčleněným zadáním: *Blíží se volby, chceme lepší PR. Chceme, aby nám strany před volbami naslibovaly všechno, co můžou.*

Znáte to. Blíží se volby, a tak více větníků ekologům, více jadra jaderníkům, větší těžba uhlí horníkům, více pravomocí učitelům, více svobody žákům, více bílé, více černé. Zkrátka více

všeho pro všechny. Myslím, že vzkaz delegátů sjezdu představenstvu znamenal: Využijte tu slibovací mánii, aby pak bylo možné politiky chytit za slovo.

A jak to dopadlo? Podle dostupných zápisů z představenstva se o využití oné částky dosud nejednalo. V podstatě se počítá stále s tím předchozím rozpočtem 2,5 milionu. Chápete to? Sjezd vám dovolí zatnout sekeru a vytvořit deficit ve výši 8 % rozpočtu (to říkají všichni zainteresovaní, já to nepočítal) a vy se neobtěžujete si sednout a říct, co se za to koupí?

Také prezident komory přednesl na zářijové poradě předsedů několik zajímavých myšlenek, například: *Za Vaši Lékárníci CZ není nic vidět, nemáte žádnou historii.*

Připomíná mi to generační obměnu v lékárně: *Ale ano, my chceme něco nového, ale tohle nám sem, mladej, nenos. Nemáš za sebou žádnou historii. My víme, co a proč děláme. Výsledky to sice nepřináší, ale děláme to dobře.*

Zkrátka a dobře, představenstvo komory si s rozhodnutím sjezdu o navýšení prostředků na PR nelámalo hlavu a jelo si podle předchozích plánů, ačkoli vzkaz byl snad jasný úplně každému. Externí nabídku na využití prostředků zezdilo tím, že ji zamítlo. Bez bližšího a hlavně bez jasného vyjádření, co projektu chybí, co se má dopilovat.

Nechci se zastávat projektu Vaši Lékárníci CZ, ale očekával bych, že představenstvo předloží svou vizi, svou variantu využití oněch prostředků. Čekal bych, že definuje parametry pro externí využití prostředků, zejména když je nedokáže smysluplně využít samo. Ale je pozdě, přátelé! V době, kdy toto číslo ČČL dostane do schránek, už je po volbách. Až na pár vět v předvolebních programech nám před nimi nikdo nic neslíbil.

PharmDr. Přemek CÍSAŘ

Martyrium se nekoná, přichází období ztracených nadějí?

V minulém ČČL (na str. 10) jsem popsal aktuální vývoj projektu nezávislého lékárenského PR. Ten předložila skupina lékárníků MSML.CZ, který nyní funguje jako spolek Vaši Lékárníci CZ. Dnes již vím, že kampaň s mottem *Zastavte likvidaci malých lékáren*, připravená za spoluúčasti mediální agentury a několika profesionálních novinářů, je definitivně odsouzena k zániku a veškerá práce na tomto projektu přišla vniveč.

Mediální kampaň měla veřejnosti předložit hlavní témata, jako pevné ceny a doplatky u regulovaných léčiv, zavedení taxy dispensorem jako fixní položky pro výdej na Rp., společenského postavení lékárníka jako jediného od-

borníka na léčiva a také zánik malých venkovských lékáren v kontextu zániku malých ordinací. O to žhavější byla tato témata v souvislosti s volebními sliby politických stran a „porcováním medvědů“ hospodářského vzrůstu posledního

roku na platy zaměstnanců oborů, kteří si o to řekli. Podrobně jsem informoval také kolegy předsedy OSL na zářijové poradě, kde jsem přednesl i svou úvahu, proč k tomu došlo a proč lékárníci na jednu stranu volají z terénu po „drsnějším“ marketingu a PR, na druhou stranu se často méně obvyklých a odvažných způsobů sami obávají.

Pokud jde o uvedený projekt, důležité je předem říct, že právě vinou zvolených kolegů v PČLnK skončil ještě dříve, než začal. Schůzka 12. září



v sídle komory skončila s resumé „přišli jsme na kafičko“, protože zástupci z představenstva ani neměli mandát rozhodnout o naší nabídce, tj. o rozdělení projektu do dvou realizačních etap, kdy by první etapa byla zhodnocena na sjezdu delegátů v Benešově t. r., jak jsme alternativně nabízeli. Tato schůzka přinesla definitivní konec nadějí o realizaci nezávislého PR v roce 2017 a ovlivnění politiků při volbách. Letošní volby jsme tedy nestihli, na druhou stranu se blíží listopadový sjezd delegátů naší milované ČLnK. Tam bychom se měli mj. dovědět, jak jednotliví členové představenstva v tomto orgánu pracovali a na kolik nás jednotlivě všichni tito zvolení zástupci vyšli finančně z našich tvrdě zaplacených členských příspěvků.

Kladu si teď otázky, jak funguje stávající představenstvo ČLnK, zda jsou v tomto výkonném orgánu správně nastavovány kompetence, jak je vedeno řešení projektů, jak se připravují jednání, zda tady funguje týmová spolupráce, jestli práci jiných občas neničí projevy typického „čecháčkovství“, určitá míra nekolegiálnosti či neúcta k práci někoho jiného, nebo dokonce arogance a povýšenost „vyvolených“. I to bychom měli vyhodnotit na nastávajícím sjezdu ČLnK.

Na základě vlastních zkušeností z jednání v uplynulých týdnech mne především zarazí i domněnka některých členů PČLnK, že naši laičtí pacienti v lékárnách rozumí výstupům z ČLnK, resp. že „staříčká pacientka, častá ná-

vštěvnice lékárny“ si po večerech předčítá v aktuální tiskové zprávě PČLnK. Skutečně rozumí politici a občané tohoto státu obecně tomu co nás trápí?

V souvislosti se zničeným projektem se také často ptám, zda je nutno odvažnějším projektům pro jistotu nedat vůbec šanci a – promiňte mi ten výraz – jako přizdisráči nemít odvahu k ostřejším krokům? Proč často jednáme v PČLnK v duchu totálního nihilismu, pesimismu a paběrkování? Je nutno stahovat kalhoty dříve než nás povodeň zaplaví? Přiznejme si, že se lékárníci chovají naprosto neadekvátně ke svým kompetencím a dosaženému vzdělání a historické autoritě ve společnosti. Copak nejsme schopni vlastní sebereflexe? Nevidíme problémy jinak než od táry, a ne pohledem klienta předními dveřmi do officíny? Musím v té souvislosti zmínit i neustále předkládanou profesní xenofobii: Není nakonec jedno, jestli někdo pracuje v nemocnici, v lékárenském řetězci nebo jako soukromník? Lékárenství je jen jedno, je takové, jaké si sami vytvoříme, a s pravidly, která si nastavíme! Od toho je komora samosprávnou organizací, proto by výstupy z PČLnK měly být „pravidlotvorné“, a ne jen stále negativistické. Dokud budeme dokola říkat jen to, co nechceme, a ne vysvětlovat, jak by to mělo správně být, a že naše stanoviska mají svou logiku a návaznost, budou nás politici a legislativci odmítat – a tomu se opravdu nedivíme!

I vás, kolegyně a kolegové, jistě napadne daleko více otázek. Tím spíše předložme závěrečný účet a zeptejme se: **Jaká je skutečná efektivita PR nákladů v uplynulých třech letech**

versus 2,5 mil. Kč z rozpočtových rezerv, které měly být určeny pro letošní nezávislé PR? Skutečně je třeba přístavba sídla komory nebo vysoký počet často neobsazených vzdělávacích akcí, když nám to jako lékárnickému stavu na veřejnosti nepomůže?

Právě poslední období činnosti PČLnK považuji za čas ztracených nadějí, a to nejen v kontextu prohraných legislativních úprav, o kterých prezident komory mluvil na minulém sjezdu jako o předjednané „hotovce“. Primárně je to také důsledkem toho, že lékárník neprosazuje svou profesní autoritu na veřejnosti ani při jednání s politiky, chybí mu hrdost na to, v čem je jeho práce unikátní a nenahraditelná, dokonce se omlouvá i za to, za co nemůže.

V české společnosti už dochází k určité kultivaci politického prostředí. Občané si konečně uvědomují, že politici jsou tu pro ně a voliči nejsou nemyslíci stádo, platící daně na jejich platy! Také my, lékárníci, bychom se měli zamyslet, jestli zrovna na listopadovém sjezdu delegátů komory budeme chtít nějaké změny.

Závěrem trochu jedovatá hádanka:

Kdo bude mít největší profit z námi nevyčerpaných 2 500 000 Kč na PR aktivity?

Odpověď: *Samozřejmě daňový systém v ČR a právě ti nekompetentní úředníci, kteří nás ničí a jejichž platy pocházejí z daní, které my nyní zaplatíme.*

Není to trochu paradox?

Mgr. Aleš NEDOPIL
předseda spolku Vaši Lékárníci CZ
nedopil@msml.cz



Ilustrační foto: archiv redakce

GDPR se týká všech fyzických osob



Alespoň zmínku už o GDPR slyšel každý. Mnozí už o něm vědí dost, většina skoro nic, a nikdo tolik, kolik by bylo třeba. Ostatně to ani není možné. GDPR, neboli General Data Protection Regulation, neboli nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně osobních údajů v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů, je novinkou, která se zmocní našich životů 25. 5. 2018, a téměř nebude nikoho, kdo by jí unikl.

A s novinkami v právním světě už se to má tak, že se dopředu málo ví, jak se v praxi prosadí, jak se vyvine výklad sporných ustanovení, jak přísné bude jejich mocenské prosazování.

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

A protože jde o normu pocházející z pera evropského „zákonodárce“, původně neseptanou v českém jazyce, správnou interpretaci ještě komplikují obtíže spojené s překladem a trefným vystižením originálního textu. Což je u nařízení, které ve všech zemích EU bude od května příštího roku účinné přímo, nepřijemné dvojnásob. Nařízení je skutečně normou, u které nemůžeme očekávat, že by se její obsah objevil v některém ze zákonů schválených českým Parlamentem. Nevyjde v české Sbírce zákonů a jeho adresáti si jej mohou a musí nalézt na internetových stránkách Evropské unie. Totéž platí pro všechny země EU.

„Stojednička“ se s GDPR shoduje

Koho se GDPR týká? Všechny fyzických osob, protože jeho účelem je chránit jejich osobní údaje. O každé takové osobě nařízení hovoří jako o subjektu údajů. A pak se samozřejmě týká všech, kteří osobní údaje fyzických osob zpracovávají. Pokud takzvaně určují účel zpracování údajů, říká se jim správci, a pokud jen pro správce vykonávají některé činnosti při zpracování, aniž by určovali jejich účel, říká se jim zpracovatelé. Máte-li pocit, že stejné termíny znáte už ze současnosti ovládané zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, nemýlíte se. I v mnoha jiných ohledech se „stojednička“ s GDPR shoduje. Jde o podobnost čistě nenáhodnou, nicméně jen částečnou. GDPR by nemuselo být přijímáno, kdyby mělo zachovat stávající pravidla. To

není jeho smyslem. Technologický pokrok dosáhl stupně, který umožňuje zpracování osobních údajů v natolik nebezpečné míře, že nezbyvá než podstatně zpřísnit podmínky, za nichž se s osobními údaji pracuje. Nařízení bylo přijato, za půl roku bude účinné, a debaty na téma, jak zdařile se podařilo regulaci zpracování osobních údajů v GDPR připravit, jsou ryze akademické. Zdá se, že snaha zamezit zneužívání osobních údajů zejména velkým hráčům se v GDPR poněkud vymkla z kloubů a dopadne bezzbytku na všechny správce a zpracovatele, i ty nejmenší. Na druhou stranu vše nasvědčuje tomu, že GDPR zastihlo evropskou populaci ve stavu jen slabého uvědomění si toho, jak cenné osobní údaje jsou a jak snadno se každý z nás obnažuje před neznámými subjekty, které jsou schopny si profilovat vlastnosti, zvyky, minulost, zájmy jednotlivců. Jestli tedy má GDPR něco znamenat, pak snad příležitost k všeobecnému probuzení se do nového světa, v němž si všichni budeme vědomi toho, že si vlastní údaje musíme chránit, a s údaji ostatních zacházet jako s něčím vzácným, nikoliv jako s odpadem, který se doslova povaluje na milionech disků kdekoli po světě.

Jak se s tím vypořádat?

Pro někoho, kdo se s GDPR začne seznamovat, je těžké se zorientovat v tom, jestli opravdu bude muset od května NĚCO dělat jinak, nebo jestli jde jen o bouři ve sklenici vody. A opravdu není jednoduché se zorientovat. S každou podobnou novinkou se vždy vyrojí spousta těch, kteří podávají zaručené výklady toho, jak co bude, a jedním dechem nabízí nejrůznější komerční

produkty, díky kterým se lze starostí spojených s novinkou snadno zbavit. Je tomu tak i v případě GDPR. Článků, seminářů, konferencí a už i různých „skutečně spolehlivých“ vzorů lze na trhu nalézt nespočet. Řada těchto informačních zdrojů má svou hodnotu a na řadu z nich nelze spoléhat vůbec. Jak se tedy nejlépe s GDPR seznámí a také vypořádat ve své praxi?

Ten, kdo se bude chtít stát skutečným znalcem problematiky spojené s GDPR, se musí připravit na mnoho hodin studia. A nikdy nebude zcela hotov, protože s GDPR je spojena řada sporných bodů, které se budou vyjasňovat až v průběhu času, během kterého se budou objevovat další problémy. Naštěstí je GDPR pojato poměrně netradičně a svou výjimečnou bezformálností umožňuje vypořádat se s jeho aplikací takřka jen na základě selského rozumu. Není v možnostech tohoto a dalších článků přinést vyčerpávající komentář k celému nařízení. Shrnutí toho nejdůležitějšího ale nabídnout může.

Náležitě zabezpečené údaje

Zpracování osobních údajů musí podle GDPR probíhat podle několika základních zásad. Musí být korektní, zákonné a transparentní. Zejména je třeba mít vždy na paměti, že pro zpracování musí být vždy dán zákonný důvod. Tím je např. zákonem uložená povinnost, ale i smluvní vztah mezi správcem a subjektem údajů. Zákonným důvodem je i souhlas subjektu osobních údajů. Ale pozor, GDPR zcela převrací zavedenou zvyklost nechávat každého podepisovat souhlas se zpracováním osobních údajů při každé příležitosti. To bude nově přípustné vlastně jen v těch případech, kdy nebude dán jiný zákonný důvod, a přesto bude mít správce zájem na zpracování údajů. Nebude tedy v pořádku, pokud např. při nákupu na internetu bude obchodník požadovat souhlas od zákazníka jen kvůli samotnému uzavření obchodu. K tomu souhlas potřebovat nebude. Jestliže ale bude obchodník chtít zpracovávat osobní údaje svého zákazníka z marketingových důvodů, půjde o typický důvod pro nutné opatření si souhlasu se zpracováním osobních údajů. Zpracování musí

být dále účelově omezeno, což znamená, že pro každé zpracování musí mít správce určitý, výslovně vyjádřený a legitimní účel, a údaje nesmí zpracovávat způsobem s tímto účelem neslučitelným. Zásada minimalizace údajů obnáší povinnost zpracovávat vždy jen nezbytný rozsah osobních údajů. Údaje musí být na základě přijetí veškerých rozumných opatření udržovány přesně. Nesmějí být uchovávány po dobu delší, než je nezbytně nutné. A v neposlední řadě musí být náležitě zabezpečené.

Dodržování těchto několika zásad se jeví jako celkem jednoduchý úkol. Po jejich zažití a důsledném nastavení v provozu každého správce a zpracovatele tomu tak skutečně může být. Cesta k tomuto stavu si ale od každého vyžadá velké úsilí. GDPR nikomu nenařizuje, aby se s nimi vypořádal za pomoci nějakých konkrétních postupů, formulářů, specialistů apod. Každý má možnost uchopit své GDPR po svém, pokud se mu podaří zpracovávat údaje zákonně, účelně, minimálně, časově omezeně, přesně a bezpečně. Zejména malým správcům ani nic jiného nezbyde. GDPR klade velký důraz i na přiměřenost a rozumnost. Očekává, že se jím bude řídit každý, ale vždy podle rozsahu zpracování, velikosti, možností. Jiná opatření a zabezpečení budou nutná u nadnárodních korporací a jiná u malého podnikatele. A opět neříká, v čem přesně má rozdíl spočívat. Ono to ani říci nelze. Poměry u každého správce budou vždy posuzovány případ od případu. Přiměřenost opatření a jejich soulad s GDPR bude český dozorový Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) posuzovat individuálně, a lze předpokládat, že tam, kde shledá odpovídající snahu GDPR vyhovět, nebude na místě se bát drastických sankcí, o kterých se v souvislosti s GDPR mluví nejčastěji. ÚOOÚ není velký úřad a určitě nebude schopen systematických plošných kontrol. Spíše lze očekávat, že kontroly budou prováděny na základě podnětů ze strany subjektů osobních údajů. Nikdo si proto nemůže být jistý, že právě jemu se kontrola vyhne. Je proto nezbytné vědět i to, že GDPR zcela obrací způsob vnímání odpovědnosti za přestupek. Nebude to ÚOOÚ, kdo bude muset dokazovat správci, že porušil nějakou povinnost. Naopak. Každý správce nebo zpracovatel bude muset sám dokazovat Úřadu, že přijal veškerá rozumná

a přiměřená opatření, aby zpracování probíhalo podle zásad citovaných výše. A pokud se mu to nepodaří, může být sankcionován.

Změnit myšlení, chování a návyky

V GDPR si výslovně nepřečtete, o co vlastně jde. Je to jednoduché. Za prvé jde o to, zjistit, kde se osobní údaje uchovávají, a ujasnit si, co se s nimi děje. Za druhé si důkladně uklidit a vymyslet, jak s údaji pracovat správně. Za třetí pořádek udržovat. Za čtvrté se starat o bezpečí. Za páté se naučit efektivně vyhovět přáním subjektů osobních údajů, využívajících svých práv z GDPR. A za šesté být vždy připraven své postupy obhájit před ÚOOÚ. Bezformálnost, s níž GDPR nevnucuje konkrétní postupy a podoby při zpracování osobních údajů, na jednu stranu umožňuje každému, aby se s nařízením vypořádal podle svých sil a představ. Na stranu druhou ale v podstatě znemožňuje pořízení nějakého univerzálního řešení na klíč. Některé povinnosti bude možné plnit na základě komerčně připravených produktů. Vždy ale jen v kombinaci s individuálním přizpůsobením vlastního prostředí. Při ochraně osobních údajů totiž člověk není jen subjektem ochrany. On je současně i nejslabším článkem na straně správců a zpracovatelů. To nejtěžší při aplikaci GDPR bude souviset právě se změnou myšlení, chování a návyků každého, kdo osobní údaje zpracovává.



V příštích číslech Časopisu českých lékárníků si přiblížíme některá další důležitá témata GDPR, jakými jsou práva subjektů údajů, pověřenec pro ochranu osobních údajů, zabezpečení osobních údajů včetně bezpečnostních incidentů nebo posouzení vlivu na ochranu osobních údajů. S blížícím se květnem 2018 budou zřejmě přibývat jasnější výkladová stanoviska, z nichž bude možné odvodit i srozumitelná doporučení pro lékárny. Zatím se výkladová praxe důsledně vyhýbá jednoznačným radám např. ohledně konkrétního vymezení hranice mezi lékárnami, které budou muset mít pověřence, a které ne. Je to dáno koncepcí GDPR, která tomu do značné míry brání. Přesto se ale alespoň některých praktických doporučení s postupem času jistě dočkáme.

Větší bohatost, nižší porodnost

Obezita, syndrom vyhoření, cukrovka, alergie, chronický únavový syndrom, tyto a další nemoci mají společný jmenovatel – jsou civilizační. Poslední dobou k nim odborníci přiřazují také neplodnost. Lidé rodičovství kvůli svému životnímu stylu odkládají, a pak se řada z nich potýká s následky vyššího věku. Pokud se k tomu přidá stres a sedavé zaměstnání, nová civilizační nemoc je na světě.

V tuzemsku má problémy s plodností až čtvrtina všech párů. Díky zásahu reprodukčních klinik se v České republice ročně rodí přibližně 5 000 dětí. V mezinárodním srovnání se tak ČR řadí po bok zemím, jako je Finsko, Norsko nebo Švédsko, kde jsou více než tři procenta všech narozených dětí počata metodami asistované reprodukce. Podle lékařů je z biologického pohledu ideálním věkem k otěhotnění u ženy 18. až 25. rok.

„Současná doba nabízí rozptýlení, téměř nekonečné možnosti výběru zábavy a únik do virtuálního světa. Neslyšíme naše biologické hodiny, neřídíme se přirozenými instinkty. Žijeme ve světě, kde máme pocit, že díky pokroku lze vyřešit téměř vše, že poručíme větru, dešti,“ míní MUDr. Vladimír Marek, praktický lékař, který se ve své ordinaci potkává s lidmi, u nichž vyšetřuje zdravotní příčiny problémů s početím. „Civilizačním chorobám se říká nemoci z blahobytu. Celosvětové zkušenosti ukazují, že paradoxně větší bohatost vede k nižší porodnosti,“ dodává.

S tím souhlasí expert největší české reprodukční kliniky, MUDr. Štěpán Machač. „Jak to vypadá s plodností českých mužů, ukazují i čísla: zatímco dříve se za normální považoval spermioqram v objemu 40 milionů spermií na mililitr, nyní je to 15 milionů/ml. Za posledních 25 let klesl počet mužských spermií o 60 procent.“

(vos)

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná od 1. do 30. 9. 2017

Zrušená osvědčení			
205/1993	PharmDr. Stanislava Moudrá, Lékárna U černého orla, Masarykovo nám. 17, Nový Jičín	36/2016	PharmDr. Helena Jedelská, Ph.D., Lékárna HELIOS, Puškinova 63, Vyškov
433/1994	RNDr. Věra Navrátilová, Lékárna Pod sv. Antonínkem, Náměstí 28, Blatnice pod Sv. Antonínkem	37/2016	PharmDr. Helena Jedelská, Ph.D., Atrine, s. r. o., Tádžická 1423/4, Praha 10
183/1998	PharmDr. Jarmila Gotvaldová, Jizerská lékárna, Husova 427/15, Liberec	82/2016	PharmDr. Soňa Dvořáková, MeaVita, s. r. o., Klobásova 37/34, Brno
360/2002	Mgr. Tomáš Bouček, Lékárna Na Zámecké, Tyršova 2076, Benešov u Prahy	464/2016	Mgr. Zina Loudová, Dr. Max LÉKÁRNA, Dr. Milady Horákové 586/90, Liberec
303/2004	PharmDr. Lech Branny, Lékárna Terasa, nám. Svobody 528, Třinec	518/2016	Mgr. Daniela Őrhalmi, BENU Lékárna Vídeňská, Vídeňská 22B, Brno
180/2007	PharmDr. Silvie Příkladová, Lékárna Ormiga, Kotěrova 5546, Zlín	609/2016	PharmDr. Tatjana Kotábová, ARTMEDI UPD, s. r. o., Čs. armády 164, Hostivice
99/2010	PharmDr. Radek Veselý, LÉKÁRNA PRIMA, Ibsenova 17, Olomouc	720/2016	Mgr. Eva Sutorá, Dr. Max LÉKÁRNA, ul. Města Mayen 1496, Uherské Hradiště
3/2011	Mgr. Alice Polívková, Lékárna SALVIA, Pražská 2923, Česká Lípa	139/2017	Mgr. Kateřina Votápková, Lékárna U Pošty, Dobšova 85, Kamenice nad Lipou
69/2011	Mgr. Aleš Matrka, Lékárna Horní Jelení, Sokolova 555, Horní Jelení	140/2017	Mgr. Kateřina Votápková, MANZA Pharm, s. r. o., Holandská 878/2, Brno
95/2011	Mgr. Pavel Brabec, Lékárna Nad Kapličkou, Pokratická 165/49, Litoměřice	147/2017	Mgr. Zuzana Valentová, Dr. Max lékárna, Krkonoská 668, Tanvald
89/2012	Mgr. Iveta Václavová, RV-APA1, s. r. o., Slovenská 15, Prostějov	160/2017	PharmDr. Hedvika Kozáková, Lékárna Neopharm Komunardů, Komunardů 40, Praha 7
786/2013	Mgr. Michaela Bažantová, Lékárna U Hedviky, Osvobození 464, Kamenický Šenov	243/2017	Mgr. Radoslav Kočiš, Dr. Max LÉKÁRNA, Nádražní 286/20, Praha 5
1376/2013	PharmDr. Alice Kaločová, Dr. Max LÉKÁRNA, Pod Paťankou 1b, Praha 6	274/2017	Mgr. Anna Kališová, Lékárna U Radnice, Sokolská třída 34, Ostrava
24/2015	RNDr. Jitka Šťastná, Nemocnice Pardubického kraje, a. s., Kyjevská 44, Pardubice	275/2017	Mgr. Anna Kališová, Anna Kališová, s. r. o., Sokolská 1801/34, Ostrava
76/2015	Mgr. Kamila Šmelhausová, BENU Lékárna, Srbická 464, Teplice	339/2017	Mgr. Vladimíra Langrová, Dr. Max LÉKÁRNA, Čechovská 55, Příbram
129/2015	Mgr. Iveta Václavová, Lékárna U sv. Gorazda, Masarykova 4, Olomouc	349/2017	RNDr. Jitka Schützová, TETA lékárna, Opatovská 874/25, Praha 4
159/2015	Mgr. Lucie Malotinová, Dr. Max LÉKÁRNA, Jugoslávských partyzánů 636/20, Praha 6	369/201	PharmDr. Ľudovít Benko, Lékárna U Červeného orla, Havelská 14, Praha 1
468/2015	PharmDr. Vladimír Malíarik, Dr. Max LÉKÁRNA, Na Radouči 1326, Mladá Boleslav	370/2017	PharmDr. Ľudovít Benko, COLUSOR, s. r. o., Tuřanka 1222/115, Brno – Slatina
621/2015	Mgr. Marie Klobučarová, Lékárna U Krále Jiřího, Nové náměstí 1431/20, Praha 10 – Uhřetěves	392/2017	Mgr. Zorka Krobová, Lékárna Na Košíku, Tesaříkova 1027, Praha 10
622/2015	Mgr. Marie Klobučarová, Mgr. Marie Klobučarová, Nové náměstí 1431/20, Praha 10 – Uhřetěves	394/2017	PharmDr. Andrea Ludková, Lékárna Spielberk, Holandská 873/6, Brno
801/2015	Mgr. Petr Vyroubal, Dr. Max LÉKÁRNA, Prostřední 791, Hostivice	475/2017	PharmDr. Soňa Dvořáková, Lékárna Typos, Pražská 665/78, Brno - Bosonohy
918/2015	Mgr. Lukáš Toman, Dr. Max LÉKÁRNA, Kostelecká 1959, Brandýs nad Labem	482/2017	PharmDr. Jana Kobiláková, Lékárna U sv. Antonína, Strossmayerovo nám. 6, Praha 7

Vydaná osvědčení

VEDOUCÍ LÉKÁRNÍK

- 518/2017 Mgr. Jitka Bílá, Dr. Max LÉKÁRNA, Kostelecká 1959, Brandýs nad Labem, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 519/2017 Mgr. Eva Brázdilová, Lékárna Na Náměstí Svobody, Náměstí Svobody 710, Slušovice, poskytovatel: Damapharm, s. r. o.
- 520/2017 Mgr. Michal Brož, Dr. Max LÉKÁRNA, Tř. Václava Klementa 1459, Mladá Boleslav, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 521/2017 Mgr. Olga Burdová, BENU Lékárna, Plzeňská 875, Uničov, poskytovatel: BENU Česká republika, a. s.
- 522/2017 Mgr. Milena Čenská, Lékárna Mofa, Višňová č. 1, Most, poskytovatel: Mofa, s. r. o.
- 524/2017 Aff. Margita Fialová, Lékárna Ondřejov, nám. 9. května 53, Ondřejov, poskytovatel: Nemocnice Říčany Pharma, s. r. o.
- 526/2017 PharmDr. Jarmila Gotvaldová, Jizerská lékárna, Husova 427/15, Liberec 1, poskytovatel: PharmDr. Jarmila Gotvaldová
- 527/2017 PharmDr. Irena Hradecká, Lékárna Lysice, Komenského 597, Lysice, poskytovatel: LEKO Pharm, s. r. o.
- 528/2017 Mgr. Lenka Hrubá Žižková, Lékárna Hrabyně, Hrabyně 3/202, Hrabyně, poskytovatel: Mgr. Jan Horák
- 529/2017 PharmDr. Hana Charvátová, Dr. Max LÉKÁRNA, Hálkova 1568, Humpolec, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 530/2017 Mgr. Marie Janovská, Lékárna SALVIA, Masarykovo nám. 59, Náměšť nad Oslavou, poskytovatel: Salvia Náměšť, s. r. o.
- 532/2017 PharmDr. Věra Jarolímková, Lékárna nemocnice, Purkyňovo nám. 2, Třebíč, poskytovatel: Nemocnice Třebíč, přísp. organizace
- 534/2017 Mgr. Jana Kašparová, Lékárna U Vlaštovky, Svatoplukova 1, Prostějov, poskytovatel: NEJ lékárna, s. r. o.
- 536/2017 PharmDr. Helena Kollárová, Lékárna Kunštát, Náměstí ČSČK 477, Kunštát na Moravě, poskytovatel: LEKO Pharm, s. r. o.
- 537/2017 PharmDr. Sylva Křepelová, BENU Lékárna, 8. května 465/24, Olomouc, poskytovatel: BENU Česká republika, a. s.
- 538/2017 PharmDr. Jana Kummerová, Lékárna Na Podluží, Velkomoravská 303, Lužice, poskytovatel: Lékárna na Podluží, s. r. o.
- 540/2017 Mgr. Monika Lukášová, Dr. Max LÉKÁRNA, ul. Města Mayen 1496, Uherské Hradiště, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 541/2017 PharmDr. Monika Mindlová, Lékárna Porta Medicinae, Štefánikova 2463/5, Zlín, poskytovatel: PharmDr. Monika Mindlová
- 543/2017 Mgr. Alan Mitrenga, Lékárna Mamed Břeclav, Sady 28. října 266, Břeclav, poskytovatel: Mamed, s. r. o.
- 544/2017 PharmDr. Alena Neubauerová, Dr. Max Lékárna, Dvořákova 1163, Lanškroun, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 545/2017 PharmDr. Vlastimil Novák, Lékárna Na poliklinice, Husova 2796, Žatec, poskytovatel: Nemocnice Žatec, o. p. s.
- 547/2017 Mgr. Lenka Pindurová, Písnická lékárna, Libušská 319/126, Praha 4, poskytovatel: Zálabská lékárna
- 548/2017 PharmDr. Silvie Přikrylová, Lékárna Ormiga, Kotěrova 5546, Zlín, poskytovatel: Damapharm, s. r. o.
- 550/2017 PharmDr. Martina Roubalová, Lékárna L95, Potůčky 186, Potůčky, poskytovatel: LÉKÁRNÍCI 95, s. r. o.
- 551/2017 Mgr. Pavla Staňková, Dr. Max Lékárna, Smetanova 1244, Vsetín, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 552/2017 PharmDr. Vladislava Stehlíková, Lékárna Medical, Záhumenní 1477, Kopřivnice, poskytovatel: STAVOVSKÁ, s. r. o.
- 553/2017 Mgr. Jana Šárová, Lékárna Na Skřivánku, Na spravedlnosti 2792, Pardubice, poskytovatel: Julka Burešová, s. r. o.
- 555/2017 PharmDr. Jitka Švarcová, Lékárna U radnice, Masarykovo nám. 18, Kojetín, poskytovatel: RNDr. Jana Hálková, s. r. o.
- 556/2017 PharmDr. Drahomír Tomas, Lékárna U Divadla, V Oblouku 226/9, Jeseník, poskytovatel: PharmDr. Drahomír Tomas
- 558/2017 Mgr. Pavel Brabec, Lékárna Nad Kapličkou, Pokratická 165/49, Litoměřice, poskytovatel: Lazareť, s. r. o.
- 559/2017 Mgr. Magdalena Hýsková, Dobřichovická lékárna, Palackého 541, Dobřichovice, poskytovatel: HAVRA NZ, s. r. o.
- 561/2017 PharmDr. Helena Jedelská, Ph.D., Lékárna Josefská, Josefská 427/14, Brno, poskytovatel: Nunn, s. r. o.
- 563/2017 Mgr. Andrea Jiříková, Dr. Max LÉKÁRNA, Italská 700, Milovice, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

<p>564/2017 Mgr. Lucie Malotinová, Dr. Max LÉKÁRNA, Pod Paťankou 1b, Praha 6, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.</p> <p>565/2017 Mgr. Simona Matyášová, Lékárna Letná, Milady Horákové 1071/71, Praha 7, poskytovatel: Pražská lékárnická, s. r. o.</p> <p>566/2017 Mgr. Jitka Mysíková, Lékárna Pod lipami, Nové nám. 137, Štětí, poskytovatel: Mgr. Jitka Mysíková</p> <p>567/2017 Mgr. Adéla Pecinová, Dr. Max LÉKÁRNA, Střelničná 2270/46, Praha 8, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.</p> <p>568/2017 Mgr. Anna Peroutková, Dr. Max LÉKÁRNA, Jugoslávských partyzánů 636/20, Praha 6, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.</p> <p>569/2017 Mgr. Michaela Procházková Koreňová,</p>	<p>Lékárna HARRACHOV, Harrachov 623, Harrachov, poskytovatel: Lékárna Harrachov, s. r. o.</p> <p>571/2017 PharmDr. Karel Slezák, Lékárna U černého orla, Minská 104, Brno, poskytovatel: In manus Dei, s. r. o.</p> <p>573/2017 Mgr. Zuzana Slovácová, Lékárna U Palladia, Revoluční 1963/6, Praha 1, poskytovatel: W-Pharm Lékárna Praha 1</p> <p>575/2017 Mgr. Naďa Spratková, BENU Lékárna, Na Příkopě 3727, Frýdek-Místek, poskytovatel: BENU Česká republika, a. s.</p> <p>576/2017 Mgr. Jana Trávníčková, Dr. Max LÉKÁRNA, Svobodova 2248, Turnov, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.</p> <p>577/2017 Mgr. Lucie Turečková, Lékárna Spielberk, Holandská 873/6, Brno, poskytovatel: PHARCY, s. r. o. (člnk)</p>
---	--

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 přihlášce: bankovním převodem na účet číslo: 35 – 7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději 10 dnů před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnějnějším případě a za zvýšený poplatek).

Není-li uvedeno jinak, poplatek za účast na IDS: 300 Kč, hotově 350 Kč. Počet bodů: 12.

Odborný garant: PharmDr. Josef Malý, Ph.D.

Pro konání IDS semináře je nutné, aby bylo závazně přihlášeno alespoň 15 účastníků.

LISTOPAD

Čt 2. 11. Praha 4 (kód akce: 17040)

Sídlo ČLnK, Rozárčina 1422/9, začátek v 17.30 hodin

Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění v kazuistikách XIV.: Amiodaron (opakování z 25. 10. 2017)

Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová,
MUDr. Jaroslav Brotánek

So 4. 11. Olomouc (kód akce: 17039)

Ústav farmakologie, seminární místnost, Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hodin

Farmaceutická péče u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním se zaměřením na selhání srdce

Anotace: Budou diskutovány možnosti farmaceutické péče u pacienta se selháním myokardu, dále lékové problémy kardiovaskulárních léčiv používaných v terapii srdečního

selhání i vybraných rizikových faktorů, a zmíněny též novinky objevující se v terapii srdečního selhání.

Lektoři: PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D.,
MUDr. Jan Strojil, Ph.D.

Út 7. 11. Šumperk (kód akce: 17070)

Salonek Restaurace pod kaštanem, začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky pacientů s alergiemi

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová,
Mgr. Lucie Štěpánková,
MUDr. Lukáš Burda

Út 7. 11. Brno (kód akce: 17094)

FaF VFU Brno, Palackého tř. 1, začátek v 17.00 hodin

Diabetes ve světle nových perorálních antidiabetik II.

Anotace: Nová perorální antidiabetika (PAD) přepsala dosavadní léčebné postupy DM II. V semináři se zaměříme na mechanismus účinku nových (PAD) a jejich začlenění do současných českých doporučených postupů. Seminář je vhodný i pro účastníky, kteří se nezúčastnili semináře I.

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

St 8. 11. Česká Lípa (kód akce: 17073)

Obchodní akademie, začátek v 17.30 hodin

Farmaceutická péče o pacienty s revmatickým onemocněním a pacienty s bolestí

Anotace: Kazuistiky pacientů s revmatickým onemocněním a management rizik antirevmatik. Dále bude diskutována léčba bolesti u různých skupin pacientů a potenciální lékové problémy analgetik.

Lektoři: PharmDr. Kateřina Ládová, Ph.D.,
MUDr. Karel Macek, CSc.,
PharmDr. Josef Malý, Ph.D.

St 8. 11. Praha (kód akce: 17041)

Pavilon B. Braun Dialog, Budínova 2464/2b, začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky s neurologickou problematikou XII.

Lektoři: Mgr. Jana Vinšová, PharmDr. Mira Pospíšilová,
MUDr. Petr Dušek Ph.D.

Út 14. 11. Nový Jičín (kód akce: 17071)

Salonek hotelu Abácie, začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky pacientů s alergiemi

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, Mgr. Lucie Štěpánková,
MUDr. Lukáš Burda

Út 14. 11. Praha (kód akce: 17042)

Sídlo ČLnK, Rozárčina 1422/9, začátek v 17.00 hodin

Komplexní posouzení lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií VII.

Anotace: Na reálných kazuistikách budou diskutovány geriatrické polékové reakce, specifické přístupy v posouzení lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií, doporučení bezpečných dávkovacích schémat a léků volby podle geriatrických guidelines a základní rozvahy nad posouzením kvality lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií.

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,
MUDr. Ivana Doleželová, MBA

Út 21. 11. Třebíč (kód akce: 17095)

Hotel Atom, konferenční centrum, Velkomeziříčská 640/45,
začátek v 18.00 hodin

Diabetes ve světle nových perorálních antidiabetik II.

Anotace: Nová perorální antidiabetika (PAD) přepsala dosavadní léčebné postupy DM II. V semináři se zaměříme na mechanismus účinku nových PAD a jejich začlenění do současných českých doporučených postupů. Seminář je vhodný i pro účastníky, kteří se nezúčastnili semináře I.

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

Út 21. 11. Opava (kód akce: 17072)

Salónek hotelu Iberia, začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky pacientů s alergiemi

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová,
Mgr. Lucie Štěpánková,
MUDr. Lukáš Burda

Út 28. 11. Praha (kód akce: 17043)

Pavilon B. Braun Dialog, Budínova 2464/2b,
začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky s neurologickou problematikou XII. (opakování z 8. 11. 2017)

Lektoři: Mgr. Jana Vinšová, PharmDr. Mira Pospíšilová,
MUDr. Petr Dušek Ph.D.

St 29. 11. Brno (kód akce: 17096)

FaF VFU Brno, Palackého tř. 1, začátek v 16.30 hodin

Chronická obstrukční plicní nemoc a její současná léčba (opakování z 20. 6. 2017)

Anotace: Obstrukce dýchacích cest se u CHOPN v průběhu let většinou postupně zhoršuje. Moderní léčiva jsou schopna progres nemoci zpomalit. Zaměříme se na současné doporučené postupy léčby a postavení nefarmakologických intervencí.

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

St 29. 11. Znojmo (kód akce: 17044)

Začátek v 18.00 hodin

CHOPN II

Anotace: Léčiva používaná u CHOPN, léčba CHOPN a lékové problémy

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

PROSINEC

Út 12. 12. Praha 4 (kód akce: 17045)

Sídlo ČLnK, Rozárčina 1422/9, začátek v 17.00 hodin

Komplexní posouzení lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií VII. (opakování ze 14. 11. 2017)

Anotace: Na reálných kazuistikách budou diskutovány geriatrické polékové reakce, specifické přístupy v posouzení lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií, doporučení bezpečných dávkovacích schémat a léků volby podle geriatrických guidelines a základní rozvahy nad posouzením kvality lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií.

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,
MUDr. Ivana Doleželová, MBA

GARANTOVANÝ KURZ

Poradenství a péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou

Absolvováním tohoto kurzu bude lékárník na základě znalostí problematiky poruch paměti ve stáří a syndromu demence schopen vést konzultaci s pacienty, případně jeho blízkými osobami. Dále bude vědět, jak komunikovat s lidmi s kognitivní poruchou a znát základní diagnostické metody (např. využití dotazníku AD8), farmakologické a nefarmakologické postupy. Blíže se seznámí se systémem péče o lidi s demencí a se zdroji pomoci pro pacienty a jejich blízké, které jsou v ČR dostupné.

Kdy: 1. 12. 2017, 8.00–17.15 hod.

2. 12. 2017, 9.00–14.45 hod.

Kde: ČLnK, Rozárčina 1422/9, 140 02 Praha 4

Poplatek: 2 000 Kč

Pořadatel: Oddělení vzdělávání ČLnK – LA

Přednášející: doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.,
PhDr. Eva Jarolímová, Ph.D.,
PharmDr. Aleš Novosád,
Mgr. Michala Peškeová,
PharmDr. Josef Suchopár,
MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.

Odborný garant: PharmDr. Aleš Novosád

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

Po přihlášení platbu zašlete na účet 35-7905240297/0100, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (17898).

Akce je ohodnocena 35 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

ZPRÁVY Z BRUSELU

Příprava třetí verze evropského úložiště

Na zářijovém jednání PGEU byla opět projednávána problematika „protipadělkové“ legislativy. V ČR již byla založena nezisková organizace NOOL (Národní organizace pro ověřování léčiv), která má na starosti uvedení systému ověřování léčiv do praxe.



Vzhledem k tomu, že se jedná o Nařízení Evropské komise všem členským zemím EU, není možné na národní úrovni požadovat nějakou výjimku. Toto nařízení platí pro všechny země EU. Z uvedeného důvodu se jako zástupce lékárníků podílí na činnosti NOOL rovněž Česká lékárnická komora. Buď veřejně deklarujeme zbytečnost tohoto maximálně složitějšího systému v ČR, je třeba mít informace o jeho přípravách hned od počátku. Již nyní je téměř sto procentně jisté, že po 9. únoru 2019 nebude možné vydat v lékárně lék, který bude zaveden v systému ověřování, bez jeho ověření a znehodnocení kódu každého jednotlivého balení léku. Lékárníci ve většině zemí tento systém vítají jako možnost zvýšení prestiže

a důležitosti lékárnické práce. V současné době probíhá programování a příprava třetí verze evropského úložiště, po jeho spuštění bude připojeno národní úložiště (v rámci ČR byla pro zajištění národního úložiště vybrána firma SolidSoft, která připravuje i evropské úložiště). Pilotní projekt se zapojením několika výrobců, distributorů a lékáren by měl být zahájen na jaře 2018.

Přidruženými členy evropské organizace pro ověřování léčiv (EMVO) se staly také evropské organizace nemocničních lékárníků a nemocnic. Vzhledem k tomu, že některé léky jsou v různých zemích různě registrovány (na recept x OTC), předpokládá se, že se bude postupně rozšiřovat příloha Nařízení, tzv. black list, to znamená, že uvedenému nařízení budou podléhat i některé další OTC léky.

Dalším velkým tématem je **směrnice**

o „testu přiměřenosti“, ve které by měla být stanovena členským zemím další povinnost při přijímání regulačních opatření pro některá povolání. Snahou PGEU společně s lékařskými organizacemi je vyjmout zdravotnická povolání z rozsahu účinnosti této směrnice.

Novinkou, kterou bude několik dalších měsíců a let zkoumat Evropská komise, bude **vliv léků na životní prostředí**. Budou se identifikovat také možnosti a způsoby omezení vlivů lékových reziduí na životní prostředí, život zvířat, kvalitu vody apod. A je možné, že na to do budoucna naváže nová legislativa.

Na závěr perlička z Rumunska, kde hrozí uzavření až poloviny lékáren, pokud začne platit legislativa, která zavádí povinnost lékáren mít v rámci dispozičního řešení lékárny samostatnou šatnu. Zajímavostí je také novinka ze země Skypu, Estonska, kde nově může vydat lék pacientovi nelékařem po předchozí lékárníkově „skypové konzultaci a dispensaci“. V jiné zemi EU tento způsob výdeje není možný.

PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.

TAK TO VIDÍM JÁ: K očkování a jeho rizikům



Reaguji na přílohu Časopisu českých lékárníků – Farmakoterapeutické informace 7-8/ 2017, Očkování a jeho rizika.

Před nástupem do praxe jsem, vážené kolegyně a vážení kolegové, byla velkým zastáncem očkování. Za svou krátkou, necelou tříletou praxi v lékárně

jsem se setkala s řadou nežádoucích účinků bezprostředně po očkování (vysoké horečky s následným rozvratem vnitřního prostředí a týdenní hospitalizací na JIP, změna chování, neutišitelný pláč, potíže se spánkem, snížení imunity, velký otok a zarudnutí v místě vpichu s omezenou hybností), selháním vakcín (hepatitida A, černý kašel) i nesmyslným tlakem pediatriů na očkování. A můj názor se snadno změnil bez sledování internetových diskuzí či čtení (podle vás) smyšlených příběhů.

Moji pacienti ani jejich děti nebyli smyšlení, jsou to reálné postavy pohybující se po Brně. Nepotřebuji internet, abych

mohla pochybovat, a myslím, že to tak má většina lidí/rodičů, kteří s očkováním váhají nebo se mu brání.

Infekční nemoci byly, jsou a budou dál. O vymizení či velké snížení výskytu se podle mého názoru zasloužila především lepší hygiena, mikrobiologicky nezávadná voda, dobrá výživa a také pokrok v léčbě.

Zastávám názor, že nejlepší v této kontroverzní problematice bylo zhodnotit celkové zdraví (psychické i fyzické) očkovaných a neočkovaných dětí.

Do té doby myslím nikdo neví, jak to s tím očkováním doopravdy je. A já se k němu stavím neutrálně. Pacientům, kteří mají podezření na NÚ, věřím a radím jim i jako fyzickým osobám hlásit podezření na SÚKL, pokud to nechce udělat jejich lékař.

Myslím, že ta příloha nebyla moc povedená, protože když člověk v té první linii otevře oči a poslouchá, prostě se k nějakým tím příběhem nakazí.

PharmDr. Martina ROZSÍVALOVÁ

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Kotas, R.: Nové perspektivy léčby migrény

Neurologie pro praxi č. 3/2017

Intenzivní výzkum léčby migrény přinesl v posledních 25 letech velký pokrok v poznání její patofyziologie. Od těchto poznatků se odvíjí i výzkum nových léčiv. Např. triptany jsou již řadu let používány v denní praxi. Iniciálním dějem při záchvatu je korová šířící se deprese (CSD), která je schopna depolarizovat trigeminová vlákna, mozkové cévy, velké žilní splavy, které představují tzv. trigeminovaskulární systém.

Současné léčebné možnosti představují možnosti **specifické a nespecifické**. **Nespecifické** zahrnují jednoduchá analgetika – paracetamol, ASA, NSAID (diklofenak, ibuprofen, naproxen, ketoprofen, indometacin, nimesulid).

Částečně specifickými farmaky jsou námelové alkaloidy ergotamin a DH-ergotamin. Mají vysokou afinitu k různým typům receptorů. Dostupné jsou jen ve formě magistraliter přípravků s obsahem 1–2 mg ergotaminu. Bývají často nadužívány a mají i další vaskulární nežádoucí účinky.

Mezi **specifická farmaka** řadíme triptany (antagonisté serotoninových receptorů 5-HT 1B/1D). Pacienti s častými atakami vyžadují profylaktickou léčbu, kterou představují např. betablokátory, antiepileptika (topiramát, valproát), blokátory kalciových kanálů (cinarizin, flunarizin), antidepressiva (amitriptylin, venlafaxin).

Z nových léčiv jsou to antagonisté CGRP receptorů, což jsou klíčové neuropeptidy v patofyziologii migrény. Zatím se klinicky zkoušejí tři léčiva: olcegepant, telcagepant a rimegepant. První dvě látky se bohužel do terapie nedostanou. První pro nevýhodu i.v. aplikace, druhá pro nežádoucí účinky na jaterní funkce. Třetí látka se dále zkoumá. Další možností je agonista 5-HT 1F receptoru lasmiditan, který vykazuje vyšší bezpečnost než triptany. Dále jsou to inhibitory neuronální syntázy NO, léčiva ovlivňující glutamát (tezampanel), tonabersat. V profylaxi se zkoušejí monoklonální protilátky proti CGRP či receptoru CGRP, další antikonzulziva (levetiracetam, carisbamát, zonisamid) a některé neurostimulační techniky.

Ettler, J.: Hirsutismus – etiopatogeneze, diagnostika a léčba

Časopis lékařů českých č. 3/2017

Hirsutismus je zvýšený růst terminálního ochlupení u žen v lokalitách závislých na stimulaci androgeny. Jedná se většinou o benigní onemocnění a kosmetickou funkční poruchu. Vzácně může jít o manifestaci maligního onemocnění. Jeho dopad je především v oblasti psychosociální se snížením sebevědomí.

Objevuje se při syndromu polycystických ovarií, kongenitální adrenální hyperplazii, při nádorech s produkcí androgenů, u Cushingovy choroby a syndromu nebo jako tzv. idiopatický hirsutismus. Léčba vyžaduje spolupráci dermatologa s gynekologem. V epidemiologii hraje roli i etnický původ pacientek. Ve Středomoří a blízkém východě je prevalence vyšší než v severní Evropě a Asii.

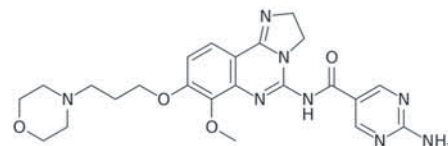
Z léčebných možností se uplatňuje lokální kosmetická terapie (holení, laser, elektrolyza vlasových folikulů, bělení peroxidem vodíku, chemická depilace, vosk). Systémově se používají: hormonální antikoncepce s obsahem antiandrogenních gestagenů, inhibitory 5 α -reduktázy (finasterid, dutasterid), spironolakton, cyproteron acetát a výjimečně nesteroidní antagonist androgenních receptorů flutamid.

Stránku připravil

PharmDr. Pavel GRODZA, panacea@iol.cz

MOLEKULA MĚSÍCE

Copanlisib (BAY 80-6946)



IUPAC: 2-Amino-N-[7-methoxy-8-(3-morpholin-4-ylpropoxy)-2,3-dihydroimidazo[1,2-c]quinazolin-5-yl]pyrimidine-5-carboxamide

Molekulová hmotnost: 480,53 g/mol

Sumární vzorec: C₂₃H₂₈N₈O₄

Fosfoinositid-3-kinázy (PI3K) jsou enzymy, které jsou součástí signálních drah mnoha buněčných funkcí, jako je kontrola růstu, metabolismus a spuštěná translace. Inhibicí těchto enzymů se dosahuje antitumorózního účinku. Inhibitory PI3K, mezi něž patří právě copanlisib, představují možnost cílené terapie nádorů. Indikací copanlisibu, ve které byl v roce 2015 schválen jako orphan drug a v roce 2017 zrychleným procesem jako léčivo, je relabující folikulární lymfom.

Zrychlená registrace byla schválena na základě II. fáze klinického zkoušení CHRONOS-1, v níž vykázalo 59 % ze 142 pacientů objektivní léčebnou odpověď po intravenózní aplikaci. Podáván byl v dávce 60 mg 1., 8. a 15. den léčby, a pak vždy stejně po 28 dnech až do toxicity. Střední délka terapie byla 12,2 měsíce.

Z nejčastějších nežádoucích účinků se objevila hyperglykémie (48,6 %), hypertenze (28,9 %), neutropenie, průjem, celková slabost a infekce. Dne 17. září byla FDA schválena zrychlená registrace přípravku Aliquopa® Bayer inj. Indikován je pro pacienty, kteří již absolvovali neúspěšnou chemoterapii dvěma léčivy. Copanlisib je metabolizován cestou CYP3A4.

Zdroje: internet

NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Roztroušená skleróza (MS) je zá-
nětlivé onemocnění centrálního ner-
vového systému (CNS) s autoimu-
nitními rysy v patogenezi. V důsled-
ku zánětlivých dějů dochází jednak
k demyelinizaci, jednak k zániku
nervových vláken a neuronů CNS.
Klinicky se RS projevuje poruchami
zraku, hybnosti (centrální parézy),
citlivosti, rovnováhy, koordinace
a sfinkterů, v pozdějších stadiích



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

kladribin

i poruchami polykání a artikulace. K nespecifickým příznakům patří únava, deprese a kognitivní poruchy. První klinická ataka (typicky mezi 20. a 40. rokem) se nazývá klinicky izolovaný syndrom (CIS). U 85 % pacientů s RS probíhá onemocnění prvních 15–20 let formou atak a remisí (RRMS) a přechází ve stadium chronické progresse s trvalým nárůstem invalidity. U 10–15 % pacientů narůstá invalidita od počátku nemoci, jde o formu primárně progresivní. Dvě potvrzené klinické ataky nemoci (klinicky definitivní MS – CDMS) jsou diagnostickým průkazem, nicméně diagnostikovat chorobu resp. podávat imunomodulační terapii (DMD) lze již po první atace (CIS – klinicky izolovaný syndrom) a průkazu tzv. diseminace v místě (DIS) a čase (DIT). Pro průkaz diseminace v prostoru je nutné najít T2 lézi nejméně ve dvou ze 4 oblastí CNS, pro průkaz diseminace v čase stačí „jednorázově“ zjistit gadolinium vychytávající („nedávnou“ zánětlivou) a nevychytávající (starší) lézi. Pro účely posouzení míry invalidity je používána škála EDSS (Expanded Disability Status Scale).

Dlouhodobá imunomodulační léčba (DMD) má za cíl snížit výskyt relapsů a oddálit progresi onemocnění s narůstající invaliditou. V současnosti stále standardní parametr ve studiích – snížení výskytu relapsů – začíná být nahrazován ambicióznějším parametrem NEDA – „no evidence of disease activity“, který stanovuje procento pacientů splňujících po určitou dobu (rok) zároveň podmínky: 1. bez relapsů a 2. bez progresse invalidity, 3. bez nových T2 nebo aktivních T1 gadolinium vychytávajících lézí. Stávající koncept zahrnuje tzv. eskalační léčbu – od méně účinných k více účinným léčivům v dalších liniích. Mezi léky první volby patří interferon beta 1a, interferon beta 1b, glatiramer acetát nebo p.o. teriflunomid. Tzv. léčba 1,5. linie dimethyl fumarát, fingolimod je indikovaná u pacientů, u kterých došlo navzdory léčbě nejméně jedním lékem první linie k rozvoji alespoň jednoho středně těžkého nebo těžkého relapsu. Mezi léky 2. volby patří monoklonální protilátky natalizumab nebo alemtuzumab. Tento koncept využívá nepřímé úměry mezi účinností a bezpečností DMD. Nicméně některé nové látky se podávají v několika dílčích dávkách

a dokáží díky supresi T a/nebo B lymfocytů dlouhodobě stabilizovat MS (alemtuzumab, kladribin, ocrelizumab), přičemž zároveň mají akceptovatelný bezpečnostní profil. Minimálně z pohledu pacienta se jedná o láčkovou možnost. Pro oddálení invalidity je klíčové zahájení terapie, čím dříve tím lépe. V prvních letech onemocnění převládá léčitelný zánět způsobující postupně nevratné a neléčitelné degenerativní léze mozkové tkáně.

Farmakologické aspekty

Proléčivo kladribin je nukleosidový analog deoxyadenosinu s molekulou chloru na purinovém kruhu, která jej chrání před degradací adenosindeaminázou. Deoxycytidinkináza fosforyluje kladribin na aktivní metabolit 2-chlorodeoxyadenosin trifosfát (Cd-ATP). Tento enzym je přítomen preferenčně v lymfocytech, což činí lymfocyty zvláště náchylnými k buněčné smrti. V buněčném jádru interferuje Cd-ATP se syntézou DNA prostřednictvím inhibice ribonukleotidreduktázy a soutěže s deoxyadenosin trifosfátem o inkorporaci do DNA, což vede ke zlomům v DNA šroubovici a k buněčné smrti. Obdobně jako u alemtuzumabu vede dlouhodobá deplece B a T lymfocytů k významné redukci autoreaktivních klonů.

Po perorálním podání se kladribin rychle absorbuje s biologickou dostupností 40 %. Distribuční objem je vysoký (480 litrů). Kladribin a/nebo jeho fosforylované metabolity se ve značné míře akumulují a zůstávají v lidských lymfocytech. Metabolity představují ≤ 3 % plazmatické expozice původního léčiva. Odhadovaný terminální poločas je přibližně 1 den. Močí se vyloučí zhruba 50 % dávky.

Klinické aspekty

Klinickou účinnost kladribinu analyzovala studie Clarity zahrnující 1326 pacientů s RRMS (dle McDonaldových kritérií) a srovnávající kumulativní dávku kladribinu 3,5 mg/kg tělesné hmotnosti, 5,25 mg / kg tělesné hmotnosti a placebo v poměru 1:1:1. Primárním cílem studie byla anualizovaná míra relapsů (relaps: kumulativní zhoršení o minimálně 2 body funkčních systémů EDSS trvající nejméně 24 hodin). Anualizovaná míra relapsů byla ve skupině léčené 3,5 mg/kg kladribinu 0,14 vs. ve větvi placebo 0,33 (redukce relativního rizika 57,6 %). Vyšší dávka nevedla k vyšší účinnosti, v extenzi studie účinek přetrvával po dobu 4 let. Svoji účinností by kladribin mohl patřit do skupiny látek 1,5. linie.

Očekávaným nežádoucím účinkem je lymfopenie (nutnost monitorace krevního obrazu), s níž souvisí častější výskyt virových infekcí (včetně aktivace herpes zoster). Určitou pozornost vzbudil vyšší počet malignit, nicméně meta-analýza ukázala obdobný výskyt jako u jiných DMD. Látka je teratogenní.

Léčivý přípravek obsahující kladribin v indikaci léčby roztroušené sklerózy se jmenuje Mavenclad (Litak má indikaci trichocelulární leukémie) a vyrábí jej společnost Merck. Podává se perorálně v celkové kumulativní dávce 3,5 mg/kg rozdělené do dvou pulzů, které odděluje 1 rok. Pulz zahrnuje týden podávání čtvrtiny celkové kumulativní dávky první měsíc a týden druhý měsíc. Rozpis denního počtu tablet podle hmotnosti pacienta je uveden v SPC. Tableta se může podat nezávisle na jídle. Kombinace „cytostatických vlastností“ a nepotahovaného povrchu vede k doporučení umytí rukou po každé manipulaci. Úhrada jedné 10mg tablety je ve správním řízení navrhována ve výši zhruba 60 tisíc Kč, podmínky úhrady jsou navrhovány stejně, jako mají fingolimod nebo dimethyl fumarát.

Moringa oleifera Lam. moringa olejodárná (Moringaceae – moringovité)

Nejvýše 15 m vysoký strom, původní v Indii, v jižním podhůří Himalájí. Rozšířen byl do tropů Afriky, jihovýchodní Asie, Jižní Ameriky a oblasti Karibiku. Plodem je lusk s olejnatými semeny. Rostlina má rozsáhlé využití v potravinářství, medicíně a kosmetice.

Synonyma: *Moringa pterygosperma* Gaertn.

Obecný název: Horseradish tree (angl.), Meerrettichbaum (něm.).

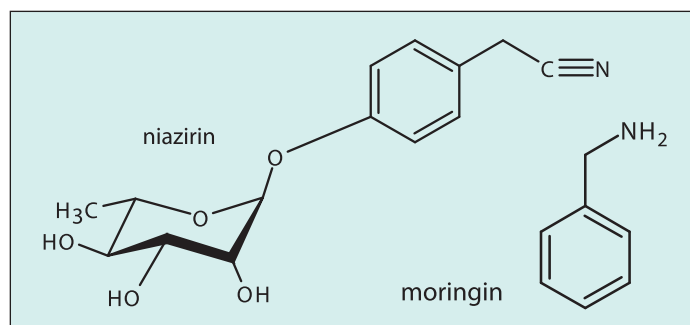
Sbíraná část: folium, fructus, radix, semen.

Droga: *Moringae folium*, *M. semen*.

Obsahové látky: v celé rostlině glukosinoláty (až 20 % v semeni) a jejich štěpné produkty (thiokyanáty a isothiokyanáty), kyanogenní glykosidy (niazirin), z amidů marumosidy A a B. V listu flavonoidy, hlavně deriváty kempferolu a kvercetinu, dále vitamin C, glykosidy kyseliny benzoové, volná kyselina syringová a gallová, β -karoten, vláknina, z minerálů draslík a vápník. V semeni třísloviny, anthrachinony, až 20 % flavonoidů, 13 % saponinů, alkaloidy moringin (syn. benzylamin), sympatomimetický moringinin, indolový N, α -L-rhamnopyranosyl vinkosamid a pyrrolový pyrrolmarumin. V oleji estery nasycených i nenasycených mastných kyselin, palmitové, stearové, olejové, behenové, linolové a linolenové. Steroly β -sitosterol a stigmasterol.

Účinky a použití: v tradiční medicíně je aplikován při skorbutu, osteomalacii, zánětech dýchacích cest, jako laktagogum, při různých neurologických onemocněních včetně epilepsie, dále při artróze, hypertenzi, rakovině a zánětech různého původu včetně bakteriálních. Šťáva z listů má antimalarické, antipyretické, antidiabetické a antihemoroidální účinky. Čerstvé listy slouží k přípravě salátů, zelené plody se zpracovávají podobně jako fazole. Semena se vyznačují protizánětlivými a antipyretickými účinky. Olej lisovaný ze semen je využíván nejen v kuchyni, ale i kosmetice. Přes svoji toxicitu jsou kořeny užívány jako náhražka křenu (glukosinoláty), anthelmintikum a analgetikum. Květy jako afrosidiakum, ale též abortivum.

Odborné studie byly zaměřeny na účinky antidiabetické, antibakteriální, protizánětlivé, hypotenzivní a protirakovinné. Alkoholické extrakty z listu zchášejí volné radikály, působí jako silná antioxidant (glykosidy kempferolu a kvercetinu) a protizánětlivé prostředky. Izolovaný marumosid A blokuje zánět inhibicí cytokinů TNF- α a IL-1 β . V případě diabetu



NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

vyvolaného u potkanů experimentálně streptozotocinem zlepšil extrakt ochranu ledvin před poškozením vlivem diabetu. Chronická aplikace extraktu souběžně se sitagliptinem snížila účinek antidiabetika. U myši extrakt z listu potencoval centrálně antikonvulzivní účinky včetně uvolňování GABA a působil neuroprotektivně.



Studie přispěla k zdůvodnění tradiční aplikace listu při epilepsii. Vodný extrakt z listu inhibuje růst buněk lidské rakoviny pankreatu a synergicky zvyšuje cytotoxickou účinnost chemoterapie (cisplatina). Dlouhodobé podávání extraktu z listu moringy snižuje sérovou hladinu cholesterolu, triglyceridů, zvyšuje hladinu HDL-cholesterolu a ochraňuje játra před peroxidací lipidů. Hypotenzivní účinky extraktů u hypertenzních potkanů jsou dávány do souvislosti s inhibicí sekrece IL-2. Izolovaný N, α -L-rhamnopyranosyl vinkosamid stabilizoval u potkanů srdeční svalovinu poškozenou isoproterenolem. Extrakty z listu inhibovaly růst mikroorganismů: *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* a *Streptococcus mutans*. Za účinek jsou zodpovědné především isothiokyanáty. Preventivně podaný extrakt ze semen moringy významně omezoval vylučování histaminu z žírných buněk u potkanů. Vodný extrakt z dřevní části kořene inhiboval per os experimentální hyperoxaluriu u potkanů a hojil pokusné záněty potkaních tlapek. Koagulační proteiny ze semen moringy slouží k odkalování odpadních vod i při výrobě pitné vody. Prášek z loupaných semen navazuje na aminokyseliny kadmium z vodních zdrojů. Olej je využíván v kosmetice jako ochranný a vyživovací prostředek, v průmyslu je přidáván jako antioxidant do jedlých olejů.

Dávkování: není uvedeno.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat kromě oleje během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem.

Interakce: snížení účinku antidiabetika sitagliptinu.

Hlavní zdroje: AISLP, 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: Forest and Kim Starr (Wikipedia), vzorce: autor

Kongres FIP 2017 v Jižní Koreji: „Medicines and Beyond! The Soul of Pharmacy“

Ve dnech 10. až 14. září se v jihokorejském Soulu uskutečnil už 77. Výroční kongres Světové farmaceutické federace (International Pharmaceutical Federation – FIP), tentokrát s hlavním tématem „Medicines and Beyond! The soul of Pharmacy“ (poznámka red.: obtížně přeložitelný název, protože ve spojení s místem konání (Soul = anglicky duše) tvoří zajímavou slovní hříčku. Organizátoři kongresu jej určitě nezvolili náhodou a pravděpodobně chtěli naznačit, že „Za úspěšnou léčbou léky je vždycky schována také DUŠE lékárníka.“) Farmaceuti jsou pro společnost mnohem více než jen poskytovatelé léčiv, kongres se tak zaměřil na to, jak mohou farmaceuti nabídnout pacientům další přidanou hodnotu své práce.

Při slavnostním zahájení, za účasti členů vlády včetně ministra zdravotnictví, zástupců WHO a dalších významných osobností, zdůraznila prezidentka FIP dr. Carmen Peña mj. zdravotnictví jako klíčový sektor ekonomiky, do kterého je nutno investovat, i když se prostředky vrátí až za dlouhou dobu. Jen zdravá populace je produktivní populace a farmaceuti jako nejdostupnější zdravotničtí odborníci se řadí k základním kamenům každého zdravotnického systému.

Ve světě právě probíhající čtvrté průmyslové revoluce se mění nároky kladené na farmaceuty, kteří se tomu musí přizpůsobit. Proto je potřeba se zapojit do plánu „2krát2“, akce ve dvou oblastech (vzdělávání a ochrana zájmů farmaceutů), na dvou úrovních (individuální a kolektivní) a ve třech klíčových sférách (lidé, služby a dlouhodobá udržitelnost).

Během ceremoniálu byli také vyhlášeni vítězové každoročních cen FIP pro nejlepší kampaň farmaceutů za uplynulý rok, tentokrát asociace PharmaSuisse

s kampaní nabízející v lékárnách screening kolorektálního karcinomu, zaměřenou zejména na pacienty v pokročilejším věku. Do aktivity se zapojila téměř polovina švýcarských lékáren. S širokou mediální podporou dali po dobu 6 týdnů veřejnosti na vědomí, že detekovali a odeslali dále k lékaři 58 pacientů (rakovina) a 368 pacientů s pokročilým adenomem. Kromě toho přes 600 lékáren tuto službu zařadilo mezi běžně poskytované.

Farmacie v Jižní Koreji

Již tradičně je první den kongresu věnován lékárenství a farmacii obecně v hostitelské zemi. S velkým zájmem jsme mj. vyslechli, že v Jižní Koreji byla teprve v roce 2003 oddělena preskripce a výdej léčiv. V zemi s více než 51 mil. obyvateli pracuje kolem 77 000 lékárníků ve 21 000 veřejných lékárnách, každoročně absolvuje šestiletý studijní program na 35 farmaceutických fakultách 1 800 farmaceutů.

V této zemi si lékárnou může otevřít jen registrovaný farmaceut a jen jednu, a to po splnění řady dalších podmínek jako je licence, plnění celoživotního vzdělávání a absolvování státních zkoušek. Pro lékárnou dále platí doporučení maximálně 75 Rp na farmaceuta na den s tím, že jen farmaceuti mohou vydávat léky vázané na lékařský předpis.

FIP a WHO doporučují používat generika

FIP a WHO ve svém prohlášení doporučují užití generických léčiv, kdykoliv to situace dovolí. Generická léčiva jsou klíčem k dlouhodobé udržitelnosti zdravotních systémů na celém světě. Vzhledem ke stárnutí populace a rostoucí prevalenci chronických onemocnění a vstupu nových, inovativních léčiv na trh finanční nároky na zdravotní systémy rostou rychleji než možnosti platit.

Podle průzkumu FIP, uskutečněného v roce 2017 mezi 72 členskými organizacemi, je generická preskripce povinná ve 27 zemích a teritoriích. Ze 45 zemí, kde nemá lékař povinnost generické preskripce, má ve dvanácti případech farmaceut povinnost vydat generickou alternativu léčiva. Naopak jen ve čtyřech zemích, ve kterých se průzkum uskutečnil, farmaceuti nemohou nabídnout generickou alternativu předepsaného léčiva bez schválení předepisujícím lékařem.



Podle výkonného ředitele FIP Luca Besancona farmaceuti jsou klíčoví pro udržení dostupnosti léčiv pro populaci, neboť jsou zodpovědní za nákladově efektivní léčbu léky; jejich role se světe, kde stále rostou náklady na poskytování zdravotní péče, a především léčiva, bude dále posilovat a zdůrazňovat.

Konference o farmaceutickém vzdělávání

V listopadu roku 2016 se v Nanjingu konala první globální konference zástupců farmaceutického školství zaměřená na to, jak přizpůsobit vzdělávání farmaceutů tak, aby byli připraveni pro měnící se roli lékárníků ve společnosti. Výstupem z konference je jednak vize, která ukazuje budoucnost profese a školství, a také celkem 13 Pharmaceutical Workforce Development Goals (Rozvojové cíle pracovníků ve farmacii), které definují žádoucí stav a způsob, jak dosáhnout naplnění vize skrze definované cíle. Dále bylo publikováno 67 tezí, které popisují, jak by mělo farmaceutické školství vypadat, co by měl farmaceut umět, aby naplnil svojí měnící se roli ve společnosti.

Tyto materiály FIP nabízí svým členským organizacím, aby jim usnadnilo vyjednávání s představiteli vládní sféry a farmaceutickými fakultami. Bližší informace a celý report na: 1url.cz/btf71 nebo QR-1 na konci článku.

Nedostupnost léčiv

Výpadky a nedostupnost léčiv v lékárnách a pro pacienta každý zná, a tím, jak se jejich frekvence zvyšuje, roste také důležitost systému včasného hlášení blížící se nedostupnosti, důvodu a termínu obnovení dodávek.

Na kongresu byla proto představena zpráva o systémech hlášení nedostatku léčiv, která dokumentovala různé možnosti hlášení nedostatku léčiv v zemích (včetně Slovenska), rozsah hlášení a srovnávala jejich výhody a nevýhody.

Zájemci o detailnější informace naleznou celý report na 1url.cz/8tf7e nebo QR-2 na konci článku.

Zpráva FIP o stavu profese – službách poskytovaných lékárníky, jejich odměňování a regulaci

Vlády a zdravotnické systémy nejsou schopny financovat stále nákladnější zdravotnickou péči, proto je nezbytné,

aby se pacienti chopili iniciativy zejména v oblasti samoléčení, prevence a zdravého životního stylu, kde jim farmaceut jako nejlépe dostupný zdravotnický odborník může být nápomocen.

Profese lékárníka se stále více zaměřuje na pacienta místo na produkt – vyplývá to z FIP reportu, který se zabývá právě lékárnou jako místem přístupu nemocných k informacím a možnostmi jak je lépe edukovat a zapojit do aktivit, pozitivně ovlivňujících zdravotní stav a prognózu pacienta. Tento přístup se jeví jako dlouhodobě udržitelný z hlediska financování péče, nikoliv financování zdravotním systémem, vládou nebo třetí stranou.

WHO očekává, že se světová populace starší 65 let mezi léty 2025 a 2050 téměř zdvojnásobí, což bude klást další nároky na financování zdravotnictví i na zdravotnické pracovníky, kterých už je nyní na světě nedostatek.

Tento rok FIP také vydalo další report zaměřený na stav farmacie ve světě. Report vydaný naposledy v roce 2015 mapuje situaci ve členských zemích FIP v oblastech regulace lékárenství, legislativy, počtu farmaceutů, počtu farmaceutických fakult a také jakým způsobem jsou lékárníci odměňováni za svoji práci ve světě a jak je legislativně ošetřen výdej léčiv.

V aktuálním reportu, jehož zkrácené znění si mohou zájemci stáhnout na webu FIP 1url.cz/qtf7w nebo QR-3 pod článkem, je zarážející, že ve 33 zemích a teritoriích je umožněn výdej volně prodejných léčiv mimo návaznost na zdravotnické zařízení, a tedy bez zajištění možnosti konzultace pacienta se zdravotnickým pracovníkem. Na druhou stranu, jen 16 zemí umožňuje on-line výdej léčiv vázaných na lékařský předpis.

Měřítkem dostupnosti lékárenské péče je počet obyvatel na lékárnou, kde celosvětový průměr je 4 182 (pro rozvinuté státy potom platí v průměru 2 000 až 2 800 obyvatel na lékárnou). Ve 29 zemích je vznik nových lékáren ošetřen geografickými kritérii a v 22 demografickými kritérii, v 50 zemích byla reportována přítomnost lékárenských řetězců, přičemž průměrně jim patří 38 % trhu. Ohledně přístupu lékárníků do zdravotnického záznamu pacienta, pouze 12 zemí potvrdilo nějaký rozsah přístupu a jediný Singapur plný přístup.

Zpráva dále monitorovala služby a rozsah činností poskytované lékárnou. Mezi nejběžnější činnosti mimo vydávání léčiv patřila farmakovigilance a magistraliter příprava léčiv. V porovnání s rokem 2015 se na téměř 50 % navýšil počet zemí, kde farmaceuti nabízí další služby jako lékové poradenství, poradenství pro pacienty postižené určitými chorobami (diabetes, hypertenze, astma) a měření některých klinických parametrů (krevní tlak, glykémie, body mass index etc). Nicméně toto pozitivní zjištění trochu kazí fakt, že jen 12 % služeb je ve skutečnosti financováno ze zdravotního pojištění, což znamená, že služby jsou poskytovány buď na náklady lékárny, nebo za přímou úhradu pacienta.

Kongres s účastí více než 2 600 farmaceutů z 94 zemí světa byl pro všechny velkou příležitostí, jak se seznámit s farmacií ve světě, rozšířit si obzory a navázat nové kontakty. Českou republiku zde reprezentovali: prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba a proděkan Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy prof. PharmDr. František Štaud, Ph.D.

Další kongres FIP se uskuteční 2.–6. září 2018 na téma „Pharmacy: Transforming Outcomes“ (pozn. red.: Měnící se role lékárny), komentující přerod a transformaci farmacie od táry k lůžku pacienta.

Ing. Mgr. Jakub Weber

QR-1



QR-2



QR-3



Epilepsie – nemoc opředená mýty

Děsivá choroba? Nebo nemoc, se kterou lze bez problémů žít? Rozhodně to druhé, shodují se lékaři a další specialisté. Chronickou epilepsii v aktivní fázi má v České republice přibližně 80 000 lidí. Nejméně dalších 160 000 osob se někdy pro epilepsii v průběhu života léčilo nebo stále léčí, ale jsou déle než pět let v remisi.

„I v dnešní době se lidé setkávají se stigmatizací, strachem okolí z jejich nemoci a jistou formou diskriminace, především v práci,“ říká lékařka Centra pro epilepsie FN Motol MUDr. Jana Zárubová, která je zároveň předsedkyní spolku EpiStop. „Nemoc je stále opředena mýty, které se nedaří odstranit. Pacienti s epilepsií bývají často pracovní znevýhodněni, zaměstnavatelé se jejich nemoci bojí. Děti s epilepsií mírají problém zúčastnit se aktivit, jako jsou různé tábory, výlety. Nemoc někdy tají samotní pacienti, obávají se odmítnutí.“

Tuto zkušenost potvrzuje i režisér dabingu Ivan Holeček (37): „Epilepsie se mi poprvé objevila v 16 letech, a přestože mi lékaři hned nasadili anti-epileptika, záchvaty se později opakovaly. Když jsem, už na vysoké škole, dostal záchvat přímo na ulici, cítil jsem stud a zbytečnou potřebu se za nemoc omlouvat.“ Jak se staví k nemoci některých zaměstnavatelé, si vyzkoušel v praxi. Přestože byl OSVČ, chtěl zjistit, jak zaměstnavatelé na epilepsii hledí. Přihlásil se na pracovní pozici a úspěšně procházel všemi koly až do toho poslední-

ho. Závěrem letmo zmínil, že má epilepsii. Místo nedostal.

Podle MUDr. Zárubové laická veřejnost lidí s tímto onemocněním pasivně odmítá. Jak dodává, pacienti tak bohužel cítí, že se nevyplatí nemoc přiznat.

V současné době lékaři při správné a včasné diagnostice a farmakologické léčbě dostanou nemoc pod kontrolu až u 70 % pacientů. Tito lidé nemají záchvaty. U třetiny z nich ale farmakologická léčba neúčinkuje. Některým lze podle lékařů pomoci operací, stimulací bloudivého nervu nebo hlubokou mozkovou stimulací. „Abychom mohli epilepsii účinně léčit, musíme znát její přesnou příčinu u konkrétního pacienta. Epileptologie je v ČR na vysoké úrovni, a to díky diferencované péči. Jednodušší případy zůstávají v péči neurologů. Pokud záchvaty neustanou do roku od vzniku onemocnění, jsou odesláni epileptologům.“

Jestliže záchvaty neustávají do dvou let, mají být lidé s epilepsií odesláni do Center vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie. Zde se multidisciplinární tým snaží odhalit příčinu, kandidáty pro operační a stimulač-

ní léčbu a najít optimální postup, který záchvaty odstraní nebo zmírní a zároveň pacientům dovolí žít mezi záchvaty kvalitní život,“ říká MUDr. Zárubová. Status takového centra je nyní Ministerstvem zdravotnictví ČR přiznán Neurologické klinice ve FN Motol a FN U sv. Anny v Brně a Neurologickému oddělení v Nemocnici Na Homolce.

V čem podle lékařky péče o lidi s epilepsií v ČR stále pokulhává, je péče sociální, psychologická či ergoterapeutická (jejím cílem je umožnit lidem zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech). Tento nedostatek se snaží zmírnit sociální pracovníce a ergoterapeutka EpiStop. Dalším problémem je tzv. rescue (pohotovostní) léčba, kterou mohou někteří lidé s epilepsií zabránit rozvoji záchvatu před tím, než propukne v plné síle nebo mohou blízcí a pečovatelé zastavit spontánně nekončící velký epileptický záchvat ještě před dojezdem Rychlé záchranné služby.

„Zdravotní pojišťovny proplácejí rescue medikaci ve formě, kdy se zavádí do konečnicku, což je pro pacienta na veřejnosti nedůstojné a někdy i nemožné. Přitom zde je lék, který se stříkne do úst či do nosu, pro použití mnohem jednodušší, ten však zdravotní pojišťovny proplácejí výjimečně a po složité administrativní proceduře,“ dodává Jana Zárubová. **(vos)**

Odešel znamenitý lékárník

Dobré lidi, jejichž život, práci, jednání, život osobní i rodinný si nejvíce připomínáme v době, kdy jejich život skončil. Také jejich povolání a záliby.

Kolega PhMr. Luděk Kučera, ač nepocházel z Jesenicka, většinu života v této krásné oblasti prožil: popromoční léta v Jeseníku jako magistr i vedoucí lékárník, od roku 1960 byl okresním lékárníkem v Šumperku a od roku 1970 jako vedoucí lékárník lékárny v Zábřehu na Moravě až do důchodu. Zemřel v květnu letošního roku ve věku pětadevadesáti let.

Především je třeba připomenout jeho vlastnosti charakterové – čestnost, poctivost, slušnost, skvělé rodinné soužití s milovanou ženou a čtyřmi dětmi. Stejně vysoce pozitivně lze hodnotit jeho vztah k lidem, přátelům i pacientům. Byl to příkladný lékárník – plno titulu. A stačil se věnovat také Horské záchranné službě, rodinné turistice a v posledních letech četbě oblíbených autorů.

Vzpomínám na naše začátky v Jeseníku, pozdější setkání, služební i osobní – vždy kolegiální, přátelská a úsměvná.

Odešel skvělý člověk a znamenitý lékárník.

Dr. Vladimír JEŘÁBEK



Cílená léčba karcinomu s průlomovým účinkem

Každodenní boj o čas. To je úděl pacientek s metastatickým karcinomem prsu. Tedy s nejpokročilejším stadiem rakoviny. V současné době je v České republice zhruba 3 400 žen s touto krutou diagnózou. Jejich průměrná doba přežití je kolem čtyř let. Pro pacientky i pro lékaře je proto klíčové co nejvíce oddálit další postup nemoci, a tím prodloužit ženám život. Až tisícovce pacientek by mohla pomoci cílená léčba s průlomovým účinkem.

Upozorňuje na to patientská organizace Onko Unie, která se věnuje potřebám metastatických žen. Ve své kampani „Nejsem na odpis!“ již druhým rokem informuje o problémech souvisejících s péčí o tyto pacientky včetně přístupu k moderní léčbě.

Odbornou garantkou kampaně je docentka MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, která říká: „Pro pacientky s hormonálně závislým nádorem je základem léčby hormonální terapie, díky které můžeme mít nemoc dlouhodobě pod kontrolou. V případě vzdálených metastáz se ale onkolog často obává pomalého nástupu účinku této léčby a volí raději chemoterapii. Ta však pro organizmus nemocné představuje mnohem větší zátěž a více nežádoucích účinků. Dnes přichází nové možnosti v podobě cílené léčby. Tato léčba je dobře snášená, je pro pacientku bezpečnější, a přitom má vysokou protinádorovou účinnost.“

Cílená léčba je určena pro metastatické pacientky s hormonálně závislým nádorem, to znamená, že jeho růst závisí na přísunu ženských hormonů. Tento typ nádoru má zhruba šedesát procent žen s metastatickou rakovinou prsu. Nová léčba jim může až dvojnásobně prodloužit dobu do dalšího postupu nemoci. „Jde o cílenou léčbu blokující enzymy CDK 4/6, které způsobují růst nádoru. Podle výsledků klinických studií může tato léčba v průměru zásadně oddálit další postup nemoci a prodloužit přežití nemocných, a to při velmi dobré kvalitě života, což je pro pacientky nesmírně důležité,“ vysvětluje docentka Tesařová. Za objev enzymů CDK 4/6 (cyklin dependentní kinázy), které jsou zodpovědné za růst nádorových buněk, získala trojice věd-

ců ze Spojených států amerických a Velké Británie v roce 2001 Nobelovu cenu.

Nová cílená léčba pro hormonálně závislé pacientky už je v řadě evropských zemí hrazena ze zdravotního pojištění a na celém světě jí bylo léčeno více než padesát tisíc pacientek, v České republice zatím tato nová léčba není hrazena ze zdravotního pojištění a v současné době probíhá řízení o stanovení ceny a úhrady.

Ředitelka patientské organizace Onko Unie, Petra Adámková, k tomu říká: „Pacientky se u nás k moderním lékům obvykle dostávají o dost později než v jiných zemích Evropské unie. Bohužel někdy se potřeba moderní léčby pro ženy v nevléčitelném stadiu nemoci dokonce zpochybňuje. To pro ně ale může být osudné. A protože samy pacientky často nemají dostatek informací, je naší rolí informovat je, hájit jejich zájmy a pomoci jim zajistit přístup k nejlepší možné terapii.“

Jako největší překážka rychlé a plně dostupnosti moderní léčby se zdá být její finanční náročnost. Faktem však je, že tato léčba se soustřeďuje do onkologických center, která na ni dostávají předem určenou limitovanou částku. Podle analýzy společnosti Oaks Consulting v roce 2015 zaplatily zdravotní pojišťovny za moderní léky v onkologických centrech necelých 6 miliard korun, což jsou přibližně 2,2 procenta financí z veřejného rozpočtu zdravotnictví.

Jedním z řešení je zajistit, aby úspory získané soustavným snižováním cen starších léků byly použity na hrazení moderních léčiv. Jen za loňský rok tak díky úsporám na starších lécích získaly zdravotní pojišťovny prostředky ve výši 4 miliard korun.

(mhw)

Deník HOLKY Z LÉKÁRNY

Jednou jsem dostala hrozně vynačeno za to, že lékárníci umí z lidí dělat pouze blbce, a že to jsou nejnamyšlenější lidé. Celé to bylo o tom, že jsem na svůj Deník zveřejnila několik příhod o hořčíku a magnesienu (záměrně je mezi tím a).

Pána se velmi dotklo, že umíme pouze „machrovat“ v oborech, které jsme léta studovali, ale jinak nic nevíme. Mezi tyto obory řadil právě CHEMII, protože jak má normální člověk vědět, že hořčík a magnesienu nejsou dvě různé látky?

Podle mého názoru to je učivo základní školy. Je docela fuška vysvětlovat, že není hořčík a magnesienu. Jen málokdo má radost, že ušetřil peněženku, oni prostě chtějí oboje.

Několik příhod z lékárny:

Pán: „Dobrý den, potřebuji hořčík s magnesienu!“ Lékárnice: „Hořčík je jiný název pro magnesienu.“ Pán: „Nene, kupoval jsem si ho a bylo tam napsáno hořčík s magnesienu, jiný nechci.“

Pán: „Dobrý den, prosím magnesienu.“ Lékárnice: „Dám vám toto, protože...“ Pán: „Mohu se podívat, kolik je tam magnesia?“ Lékárnice: „Prosím, podívejte, tady je tabulka.“ Pán: „Slečno, ale vždyť tam je jen hořčík, magnesienu nikde. To mi dali už minule a bylo k ničemu!“

Pán: „Prosím vás, mám koupit pro sousedku hořčík a magnesienu.“ Lékárnice: „Hořčík máte tady.“ Pán: „A to magnesienu není?“ Lékárnice: „Je to to stejné.“ Pán: „Nene, to nechci. Já musím donést oboje.“ Lékárnice: „Magnesienu je jiný název pro hořčík.“ Pán: „Jo, a půjde to objednat?“

Myslím, že nemusím dále nic vyprávět, že to znáte z praxe všichni nejlépe.

Přeji příjemnou zábavu u výdeje hořčíku a magnesia!

M.

Chorvati vnímají e-preskripci většinou pozitivně

Elektronická preskripce je v České republice velmi diskutované téma. Jak ale funguje v jiných státech? Díky zahraniční studentské stáži jsem měla možnost porovnat práci v lékárně v hlavním městě Chorvatska, Záhřebu. A jaký byl výsledek? V Chorvatsku je e-preskripce hlavní formou předepisování, nikoli však jedinou. V platnost vstoupila v lednu roku 2011 na základě ustanovení vlády Chorvatské republiky (na žádost Ministerstva zdravotnictví) v plném rozsahu.

V záhřebské lékárně asi čtyřicet procent lidí využívá možnost platit si doplňkové zdravotní pojištění (70 KN/měsíc), a díky tomu nemusí platit poplatek 10 KN za recept.

Papírová forma, do té doby jediná forma předepisování, se pomalu, ale jistě začala vytrácet. Pět let od zavedení e-receptů jsem se v uvedené lékárně setkala už asi jen průměrně se dvěma papírovými recepty týdně. A kdy se může použít papírová preskripce? V současné době papírový recept vydává soukromé zdravotnické zařízení, popřípadě recept plně hrazený pacientem.

Jak to vlastně v praxi funguje? Po zaregistrování u HZZO (*Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje*, tj. Chorvatská zdravotní pojišťovna) je člověku přiřazeno náhodné jedenáctimístné číslo nazývané OIB (*osobni identifikacijski broj*). Toto číslo je vyraženo na kartě, podobné naší kreditní, se kterou pacient chodí k lékaři a do lékárny. Karta je bez čipu, tzn. bez možnosti elektronického čtení.

Nejprve, stejně jako v České republice, jde pacient k lékaři, který po vyšetření určí diagnózu a medikaci. Oba záznamy nahraje elektronicky pomocí počítačového programu (stejněho v rámci celé země) na zmíněnou kartu s osobním číslem pacienta. Karta slouží v podstatě jako „osobní úložiště zdraví“. S tímto údajem se vydá pacient do lékárny, termíny pro vyzvednutí medikace jsou stejné jako v České republice.

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

Jak to vlastně funguje

Teď už ale to nejdůležitější, jak přesně to funguje v lékárně. *Ljekarnu* najdete v Záhřebu téměř na každém rohu. Po návštěvě lékaře pacient předá kartu lékárníkovi. Pokud by ji náhodou zapomněl, je možné osobní číslo nadiktovat. Lékárník ve svém speciálním programu (taktéž unifikovaný od Ministerstva zdravotnictví) ručně zadá zmíněné osobní číslo (karta nelze načíst elektronicky). Po chvíli se lékárníkovi otevře karta pacienta, kde má jeho osobní informace (jméno, příjmení, datum narození, bydliště a kontakt), medikaci (lék, dávkování), speciální upozornění (zde píšou zaměřovat/hezaměřovat), diagnózu, jméno předepisujícího lékaře, datum a místo, kde je možné zadat poznámku či vzkaz pro lékaře.

Pacient si stejně jako u nás může určit, která léčiva si opravdu chce vyzvednout. Lékárník označí léčiva v systému jako vydaná (zneplatní recept) a už stejným systémem jako v ČR pacientovi léky vydá. Poplatek za recept je 10 KN. V Chorvatsku si lidé povinně platí zdravotní pojištění, které kryje většinu léčiv. Mají seznam A (plně hrazené léčiva) a seznam B (léčiva s doplatkem). Podle názoru mé vedoucí v záhřebské lékárně, asi čtyřicet procent lidí využívá možnost platit si doplňkové zdravotní pojištění (70 KN/měsíc), a díky tomu nemusí platit poplatek 10 KN za recept. Dříve existovalo také připojištění na pokrytí ceny léčiv B, to ale v současnosti už nelze sjednat.

Jaký je můj názor na celý systém? Před zavedením e-preskripce se v Chorvatsku vedla dlouhá debata kolem mož-



ností, řešení a legislativy, což na tamní občany nepůsobilo moc dobře. V roce byla 2000 e-preskripce ve fázi výzkumného projektu. To se vládě osvědčilo. Díky tomu se intenzivně pracovalo na tom, aby od roku 2007 začalo do registru zavádění pacientů, doktorů i zdravotnických zařízení. A v roce 2011 přišel pomyslný krok, plné zavedení systému. Systém prošel aktualizací (roku 2010 a 2012), ukazuje se, ušetří nejen čas, ale také spoustu peněz zdravotnictví.

Podle dat z roku 2012 se jen za odstranění papírové formy ušetřily ročně 2 miliony eur. A není to jen finanční úspora. Lidé nemusejí tak často

V současnosti to lidé v Chorvatsku berou spíše pozitivně. Vzhledem k tomu, že je vše elektronicky, má to své výhody pro pacienta i zdravotnický systém.

navštěvovat lékaře – je možné telefonicky se domluvit na dalším předepsání léků. Samozřejmě to ale nabízí otázku, zda je to plus, či mínus. Lékaři nemají zaplněné čekárny, ale také nemají možnost osobního kontaktu s pacientem.

V současnosti to lidé v Chorvatsku berou spíše pozitivně. Vzhledem k tomu, že je vše elektronicky, má to své výhody pro pacienta i zdravotnický systém. Já v tom jako pozitivum vidím šetření lesů (papír), nižší finanční náklady na zdravotní péči, menší možnost chyby, centrální retaxace.

Nedostatkem tohoto systému, jak jsem měla možnost vyzkoušet, je skutečnost, že se lékárník nemůže podívat na historii odebraných léčiv. Historie léčiv byla pouze v rámci sítě lékáren MandisPharm u stálých klientů. A protiklad ke snížení nákladů – finance na vývoj systému, registrace do systému, nutnost mít počítač s internetem v každé lékárně.

Do budoucna Chorvatsko plánuje rozšířit možnosti e-preskripce tím, že zde budou veškeré záznamy pacienta a vylepšení softwaru.

Celkově ale vidím v systému „hudbu budoucnosti“. Všechno má své klady i záporny.

Vendula TUČKOVÁ

Bude říční slepota opomíjenou nemocí?

Není jako komáři, do kůže nebodá, ale nahlodává jí do miniaturní misticčky, která se plní krví. Z vytvořeného jezírka pak liže krev. Řeč je o černé muchničce z rodu *Simulium*, která je vektorem přenosu vlasovce kožního (*Onchocercas volvulus*).

Jeho larvy se během mušního hodoování v jezírku krve zavrtávají do podkoží člověka, kde dorůstají do dospělosti. Člověk je definitivním hostitelem a zároveň rezervoárem parazita. Dospělí jedinci kolem sebe v podkoží člověka vytváří kolagenní obal (onchocerkom), který během čtyř let vytváří na kůži nebolestivé noduly a bulky do průměru až 8 centimetrů. Každý onchocerkom obsahuje desítky až stovky dospělců. Život dospělého kožního vlasovce se počítá téměř na dvě desetiletí, z toho polovinu, téměř 10 let, produkuje oplodněná samička vajíčka, tzv. mikrofilárie. Přežívají zhruba dva roky buď v podkoží, v lymfatických uzlinách, nebo se dostanou do oka.

Akutní projevy onemocnění jsou způsobeny alergenními metabolity filárií. Projevují se jako svědění, pálení kůže se znaky zánětu. Následně nasedá sekundární infekce. Miniaturní, zhruba čtvrt milimetru velkou larvu vlasovce popsal v roce 1875 irský lékař John O'Neill, který v té době sloužil u vojenského námořnictva na Zlatém pobřeží (dnes Ghana). Svědění, které larva v kůži působila, označovali domorodci jako KRU-KRU.

V chronické fázi se kůže depigmentuje – vzniká „leopardí kůže“ a může dojít i k lichenizaci. Nemoc oka masivně propuká teprve po uhynutí mikrofilárií, organismus spouští velmi silnou imunitní reakci, při níž dojde ke zničení okolní tkáně v oku. To vede od slzení a světloplachosti až k úplnému oslepnutí, a odtud získala nemoc jméno.

Říční slepota nepostihuje jenom obyvatele říčních údolí tropických a subtropických oblastí v Africe, ale jsou jí ohroženi také cestovatelé.



K nákaze sice obvykle dochází až při vícečetných kousnutích, ale vzhledem k dlouhé inkubační době (až 8 měsíců) se může nemoc projevit až dlouhou dobu po návratu z rizikových oblastí. Přestože se vyskytuje téměř výhradně v Africe, byly zaznamenány ojedinělé výskyty i v Jemenu a v Latinské Americe. Podle dostupných informací bylo celosvětově nakaženo více než 30 milionů lidí, z nichž ročně přijde o zrak zhruba 10 procent.

Vakcinace možná není, neúčinnější prevence je ochrana proti štípnutí, vhodný oděv a používání repelentu. Lékem volby je ivermectin a léčbu je nutné opakovat ve zhruba 9 měsíčních intervalech po dobu 20 let. Nepůsobí totiž na dospělé jedince, účinný je pouze proti mikrofiláriím. Noduly s dospělci se odstraňují chirurgicky.

Masivní medikaci zavedla Světová zdravotnická organizace ve vybraných oblastech s největším výskytem už v 80. letech minulého století. Po necelých dvaceti letech opakovaného podávání ivermectinu celým komunitám zde poklesl výskyt onemocnění o 99 procent. K účinné eradikaci přenašeče vede také speciální postřik v oblastech výskytu muchniček. Vedle drakunkulózy by také onchocerciáza (nebo onchocerkóza) mohla být další eradikovaná (nebo realisticky minimalizovaná) opomíjenou nemocí.

Stanislav HAVLÍČEK

Stoprocentní recept na e-recept zatím neexistuje

Od 1. ledna 2018 budou lékaři povinně vystavovat elektronické recepty. Zeptali jsme se pacientů: Co od toho očekáváte, v čem pro sebe vidíte jejich přínos?

Ing. Jaroslava NOVOTNÁ, Praha



Jako příznivci zavádění a používání moderních technologií obecně se mi myšlenka elektronických receptů líbí. Na druhou stranu je potřeba říci, že léky na předpis si vyzvedám zatím jen zcela výjimečně, takže mě papírový recept nijak neobtěžuje. Co se týká provozování elektronických receptů, samozřejmě bych kladla důraz na kvalitu a spolehlivost systémů, ochranu osobních údajů, vysoký uživatelský komfort pro lékaře i lékárníky, odložení povinnosti zavádění pro lékaře ještě po dobu například jednoho roku, ponechat pacientům možnost vybrat si lékárnu, kde si lék vyzvednou. Dále například umožnit posílat recept na mobilní telefony prostřednictvím SMS jako číselný kód receptu, čili bez nutnosti, aby měl pacient chytrý telefon, a v této souvislosti samozřejmě umožnit přístup do databáze receptů lékárníkům.

Věra FERDIÁNOVÁ, Havířov



Pokud by bylo možné léky vyzvednout v kterékoliv lékárně, tak bych uvítala, že bych si zavolala k lékaři, ať mi recept pošle. Nevýhoda je, že pokud by zařízení bylo v poruše, léky bych neměla. S papírovým receptem mám jistotu, že si lék kdykoliv a v kterékoliv lékárně vyzvednu. Taky mám obavy z toho, že než léky z elektronického receptu vyzvednu, trvá to v lékárně mnohem déle, jak se údaje pomalu načítají. Na papírový recept jsme zvyklí, nikomu nevadil, a nemusí jít jen o starší pacienty.

Nechápu, proč lékaři takové recepty musejí vydávat povinně a lékárníci s nimi povinně pracovat. Jestli jsou proti tomu, asi mají oprávněné obavy, že mohou nastat komplikace. Kdyby jim to přinášelo prospěch, neměli by důvod se tomu bránit. Domnívám se, že elektronické recepty budou zajímavé hlavně finančně, a to především pro firmy, které zajišťují přenos dat.

Myslím, že lékaři i pacienti by měli sami rozhodnout, jakým způsobem léky na recept napsat a jakým způsobem je v lékárně vyzvednout.

Úvahy o úspoře papíru považuji za bezpředmětné a směšné. Stačí si uvědomit, co všechno občan vyplňuje písemně na úřadech, kde se pak papír hromadí ve skladech, než je možné všechny ty formuláře za několik let zlikvidovat.

Vlastimil HORÁČEK, Praha



O plánovaném zavádění e-receptu se hovoří již delší dobu. Já osobně si myslím, že tak velký problém, jak se o něm píše ve sdělovacích prostředcích, to asi nebude. Jako téměř každé zaváděné novince se tomu brání ti, kterých se to přímo dotýká. Častá argumentace, že nejvíce to postihne malé ordinace v obcích, zase tak úplně pravda není, protože i já se v Praze setkávám s tím, že odborný lékař ještě vypisuje nejen recepty, ale i lékařské zprávy na klasickém psacím stroji zn. Consul, a je v mém věku, tzn. ještě pár let schopný aktivní práce. Působí to jako dnes tak oblíbené retro. Na druhou stranu při představě, že odborný lékař není schopen pracovat s počítačem, je vzhledem k předpokládané úrovni vzdělání spíše varovným signálem pro pacienta.

Nad'a ZAGOROVÁ, Michálkovice



Stoprocentní recept na e-recept zatím asi neexistuje. Mnozí lékaři a lékárníci e-recepty odmítají, podle nich je uvedený systém neschůdný a nepřipravený. Jisté však je, že vzhledem k rozvoji moderních technologií je elektronizace zdravotnictví nevyhnutelná a určitě zamezí různým rizikům, jako dublování předepisovaných účinných látek, znemožní rovněž falšování papírových receptů atd. Pokud však stát něco určí jako povinné, pak by měl také zajistit mnohem kvalitnější a schůdnější přístup k aplikaci uzákoněného systému než doposud.

Pavla SOKOLOVÁ, Těrlice



Klady: ušetřím cestu k lékaři, pokud mám počítač, tiskárnu a recept mi bude zaslán e-mailem. Když ne, stejně si k lékaři pro recept musím zajít. Nebo mi bude zaslán do konkrétní lékárny? Nikde jsem nečetla podrobné informace, a to sleduju denní tisk opravdu pozorně.

Co se týká starších lékařů, nevím z jakých důvodů, určitě ne finančních, si nemožnou poříditi počítač. Nebo se snad bojí s ním pracovat? Taky jsem se učila s počítačem až v předdůchodovém věku, nikdo se mně neptal, jestli chci, nebo nechci, a myslím, že pro vysokoškolsky vzdělaného lékaře to nemůže být problém. Během posledních let jsem nebyla v žádné ordinaci, kde by neměli počítač.

Větší problém budou mít zřejmě lékárníci, pokud nesmí na recept vydat náhradní lék. To budu já, kdo se vrátím s receptem k lékaři, strávím v čekárně dopoledne a vyzvednu si nový recept? Vždy jsem kladně hodnotila, že magistra

v lékárně telefonicky informovala lékaře, že předepsaný lék není k dispozici, a dostala jsem jiný.

Nevím, pro koho budou elektronické recepty přínosem, snad pro pacienty, ale asi ne všechny. Možná bude lepší kontrola nad vydanými léky. Mimo chodem Dr. Blahuta ze SÚKL, myslím, že se tak jmenuje, ten nový systém chválil až do nebes.

Karel RADA, Ostrava



Začala další průmyslová revoluce projevující se postupnou robotizací a automatizací. Jsme obklopeni chytrými telefony s různými aplikacemi. E-recept by měl

být součástí tohoto vývoje. Pokud lékař předepíše lék a aplikace ukáže, ve které lékárně v okolí je, s jakým doplatkem, navíc zda je možnost volby lékárně, potom to dává smysl. Akorát recepty by měly být vázány na číslo průkazu zdravotní pojišťovny. A to i proto, aby se k lékům bez problému dostali i odpůrci moderních informačních technologií. S únikem informací bych si hlavu nelámala, co šlo, to už uniklo. Nedávno jsem změnil mobil a nemohl jsem se dostat k telefonním kontaktům. Ke kontaktům jsem se dostal na Googlu, aniž bych je tam zálohoval. Kdo používá chytrý telefon, svoji anonymitu ztratil.

Jana PEKÁRKOVÁ, Frýdek-Místek



Jsem naprostý laik v této otázce, nevím, jak daleko z toho vyplývají komplikace pro lékárníky a lékaře, kteří se proti zavedení asi brání, jak jsem z několika jejich zveřejněných úvah pochopila. Asi budou muset nakoupit potřebné „kasy“, návrh e-receptu zaslat nejdříve do centra, pak po stanovení kódu vystaví požadovaný e-recept. K tomu, aby si jej pacient vytiskl, potřebuje přinejmenším pc s tiskárnou, ev. chytrý telefon k ofocení a předložení v lékárně. Co však starší lidé, kteří tato zařízení nevládnou, a jak se bude postupovat v případě výpadku elektřiny? To už vlastně i dnes nikdo lék nevydá, všechno jde přes počítače.

Na celém plánovaném systému je však nejvíce záležející mizející osobní kontakt pacienta s lékařem, který by měl být prvořadý, protože je pro pacienta největším přínosem. V klidu společně probrat diagnózu, potíže, a na základě toho dospět k co nejlepšímu závěru. Přijde mi, že po zavedení e-receptu budou lékaři v pozici jakýchsi „robotů“, kteří jsou zatěžováni ještě více administrativou, a vlastní kontakt pacient – lékař jde zcela mimo. Budou nervózní z přemíry administrativy, což se jistě negativně projeví v jejich práci. Nehledě k tomu, že lékárny nebudou mít přístup do databáze, jak jsem pochopila, za chybějící lék nesmí dát náhradní, což vyvolává spoustu dalšího úsilí formou telefonického ověřování s lékaři, co v takových případech vydat, eventuálně požadovat náhradní e-recept.

PhDr. Markéta MIŠKOVÁ, Olomouc



Přišla jsem do lékárny s elektronickým receptem, na kterém mě zaujalo akorát to, že jsem neviděla žádný podpis lékaře. Předpokládám, že i podpis má elektronický. Pa-

pírový formulář jsem předala lékárníkoví a zároveň přemýšlela, v čem spočívá kouzlo toho pokrokového receptu, když jsem stejně zase šustila papírem. Ráda bych se na to vyptala lékárníka, ale všimla jsem si, jak se začíná nervovat nad receptem pacienta, který přišel do lékárny přede mnou. Nechtěla jsem ho ještě více stresovat. Určitě celý proces zvládl, ale vypadalo to, že i kdyby byl seberychnější, je to podle všeho právě ta nenahraditelná technika, která zdržuje.

Jsem přítelem a obdivovatelem všelijakých technických vymožeností, ale už jsem toho v životě zažila dost, abych naivně věřila informacím, jak bude elektronický recept pro pacienta prospěšný. Nikdo mě zatím nepřesvědčil, že když se celý systém sesype, lidi „nějak“ svůj třeba život zachraňující lék opravdu dostanou, že nejde hlavně o to, aby „nahore“ o nás věděli už úplně všechno. V České republice (stejně jako na Slovensku) proces zavádění elektronických receptů trvá neskutečně dlouho a vyžádal si obrovské finanční náklady. Podle denního tisku za vybudování

Centrálního úložiště elektronických receptů zaplatil SÚKL v letech 2007 až 2016 téměř 318 milionů korun, jeho provoz bude v následujících čtyřech letech stát přibližně 4,5 milionu korun ročně. Musíme asi věřit, že se to nám všem vyplatí. Nebo se to vyplatí jen někomu?

Lenka HAVLÍČKOVÁ, Hradec Králové



Než jsem se zamyslela nad odpovědí na vaši otázku, přestože na to svůj názor mám, využila jsem internetu, abych zjistila, co si o tom myslí lékaři, a zaujal mě názor prezidenta lékařské komory, který kromě jiného argumentoval následovně:

„Z medicínského hlediska je zcela zásadní zajistit dodržování lékařského tajemství a důvěrnost informací o zdravotním stavu. To se týká i elektronických receptů. Pokud někdo nepovolaný zjistí, jaké užíváte léky, snadno si z toho domyslí, jakými nemocemi trpíte. Takové informace mají obrovskou cenu pro pojišťovny, banky, zaměstnavatele. Mnohou tedy být velký pokušením pro různé hackery.“

Přesně toho se taky bojím, nicméně budu doufat, že to za nás pacienty někdo ohlídá, protože i lidé vysoce postavení a vlivní jsou přece taky nemocní a informace o jejich zdravotním stavu mohou leckoho zajímat. A protože se povinným elektronickým receptům bohužel nevyhneme, rozhodla jsem se pohlížet na budoucnost optimisticky, takže oceňuji aspoň to, že v případě potřeby mi můj lékař předepíše léky i na dálku, když ho o to telefonicky požádám, a protože mě zná, nebude k tomu nutná prohlídka v ordinaci.

Vlasta CHAMRADOVÁ, Ostrava

V té souvislosti s elektronickým receptem si samozřejmě kladu otázky:

Vyžaduje to nutnost mít elektronické zařízení a telefon s nezbytnou aplikací?

Jak zjistím, zda mám vše, co potřebuji, když nemám recept pro vizuální kontrolu. A pokud dostanu vytisknutou stránku, není to totéž co recept?

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Pokud mám více léků, mohu v případě potřeby rozdělit recepty, nebo musím vše odebrat v jednom místě a čekat až v lékárně budou mít daný lék?

U chronických nemocí není potřeba pravidelné kontroly stavu pacienta? O kolik se zvýší nebezpečí, že data pacienta budou zneužitelná? A proč by měl někdo mít přehled, bez mého vědomí, co beru za léky a jak pravidelně?

Jak dostanu léky v případě výpadku internetové sítě, elektřiny a podobně?

Z mého pohledu jde pouze o navýšení byrokracie a oslabení anonymity pacienta, jistě to může být i prospěšné, ale...

Jaromír a Karla ANDIELOVI, Ostrava



Snažíme se přes svůj pokročilý věk porozumět novým technologiím a dává nám

to dost zabrat. Pacienti by snad s elektronickým receptem neměli mít nějaké vážnější problémy, pořád ale nevíme, co se pro nás změní, jak dlouhou plat-

nost ten recept bude mít, zato ale léky si údajně bude muset vyzvednout každý sám, přestože na papírový recept je mohl nemocnému vyzvednout kdokoliv. A co se bude dít v případě, když nebude fungovat internet? Zatím se to jeví podobně, jako taková hurá akce ohledně zákazu kouření v restauracích. Snad se tomu zase všichni přizpůsobíme, nic jiného nám zřejmě nezbude.

Nela ŠAVRDOVÁ, Otrokovice



Elektronizace ve všech oblastech je určitě potřebná, ale zrovna v případě elektronických receptů jsem při nejlepší vůli nezjistila, v čem je jejich přidaná hodnota pro pacienta. Možná kdyby mi na dovolené došla antikoncepce, byla bych ráda, že by mi lékařka poslala recept na mobil, ale kvůli takovým případům snad ten tlak na zavedení diskutovaných receptů není. Četla jsem, že se zatím neví, jestli lékař v centrálním úložišti receptů bude mít možnost kontrolovat, jaké léky pacient užívá, takže z mého laického

pohledu na tom ten ani onen příliš nezáskají. Zatím si o celé záležitosti myslím následující: Když už náš stát ten cirkus ohledně receptů tolik stál, bude nový systém povinný, i kdyby se všichni postavili na hlavu. O tom, jaký kšeft to bude pro vybrané IT firmy, raději nepřemýšlím. Zase to budeme my, pacienti, kteří jim to zaplatí.

Věřím, že elektronické recepty seniorům nijak nezkomplikují život. Možná to opravdu zlepší přehled o užívání léků, je ale otázka, jestli se prokáže, že všichni dostávají léky, které skutečně potřebují, nebo taky to, že na stejnou chorobu někdo dostává dražší léky, někdo naopak lacinější a méně účinné. Ale jinak nerozumím tomu, proč a komu papírové recepty vadily, což nabízí myšlenku, jestli za tím nejsou nějaké lumpárny. Někdy mám pocit, že si zas někdo chce namastit kapsu.

Jiří FERDIÁN, Havířov



Připravila Jaroslava HOŘANSKÁ

Blýskání na lepší časy

Při pohledu na seznam lékárníků, kteří pochopili, že lékárny patří lékárníkům, moje nadšení roste. Po vymýcení plevelu obchodních řetězců je nutné pokračovat nebo začít v celé republice poskytovat kvalitní lékařskou péči, za kterou budeme řádně finančně ohodnoceni.

Poznali jsme, že různé systémy provozování lékáren vede do pekel – hlavně při jednání se státem. Představenstvo ČLnK se cítí tak slabé, že na jednání s těmi, kdo rozhodují o finančním odměňování lékárníků, se spojí i s řetězci. Neuvěřitelné. Po přečtení úvodního slova prezidenta komory z Výroční zprávy ČLnK za rok 2016 zůstanou snad jen oči pro pláč. Na koho se má představenstvo obrátit? Za poslední dny jsem objel 36 lékáren v ČR, a pojedou dál. Negativní hodnocení „komory“, tak označují lékárníci v terénu představenstvo ČLnK (měli by si udělat průzkum, co si kole-

gové z terénu o jejich práci myslí), překvapilo i mne, který s některými členy představenstva nemá dobré zkušenosti.

Absolvováním farmaceutické fakulty a složením atestační zkoušky se stává lékárník plnohodnotným zdravotnickým pracovníkem, odborným poradcem pacienta. Světe, div se, ČLnK s VZP připravila a realizovala první společný *odborný projekt* „Lékařník – odborný poradce“. A další ponížení je v prvním odstavci úvodního slova prezidenta ve Výroční zprávě ČLnK za rok 2016: „...ale velmi příznivé posudky vystavili lékárníkům i představitelé spolupracujících lékařských odborných společností“. A jaké posudky jste vystavili vy? V této výroční zprávě je zmíněno deset okruhů, z nichž devět se nepodařilo představenstvu prosadit.

Je nutné co nejdříve sjednotit lékárnický stav, který má za úkol napravit chyby posledních 25 let. Postavit lékárníka jako odborného zdravotnického pracovníka, který je řádně finančně odměněn a ve společnosti vážen, na místo, které mu náleží. Lékařník z lékáren, a ne těch, kteří by chtěli do lékařství mluvit z ředitelských a jiných postů. O ty lékařníci nestojí. Tuto silnou třídu však musí tvořit nejen majitelé lékáren, ale i zaměstnaní lékařníci. Všichni si určují blízkou i vzdálenou budoucnost.

Naším vzorem je lékařství německé. Tam může jeden lékárník vlastnit jednu lékárnu a tři pobočky, v podstatě čtyři lékárny. Vytvoříme takové podmínky, aby i méně situovaný lékárník si mohl lékárnu koupit.

O tom všem si podiskutujeme v Praze 17. 11. 2017 v 9.30 hod. v Domě odborů (podrobněji v ČČL č. 9/2017, str. 11–12, *Je to opravdu záležitost pouze lékárníků*). Přihlášky posílejte na: ps.vfo@seznam.cz.

RNDr. Petr FIALA

Světová zdravotnická organizace (WHO) je jednou ze specializovaných agentur Organizace spojených národů. OSN je mezinárodní organizace s globální působností, která vznikla po druhé světové válce jako záruka míru, bezpečnosti a rozvoje ve světě.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

WHO s novým generálním ředitelem



WHO od svého vzniku 7. dubna 1948 podporuje mezinárodní spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. Prvním cílem je dosažení (a udržení) nejvyšší možné úrovně zdraví všech lidí. WHO je zodpovědnou autoritou za řízení a koordinaci oblasti zdraví, je globálním strážcem veřejného zdraví. Další sféry zájmu vyplývají ze čtyř hlavních funkcí:

- poskytovat celosvětové poradenství v oblasti zdravotnictví,
- stanovovat globální standardy pro zdraví,
- spolupracovat s vládami při rozvoji národních zdravotních programů,
- rozvíjet a šířit vhodné zdravotnické technologie, informace a standardy.

WHO patří k největším světovým organizacím z hlediska počtu členských zemí (194). Pro zajímavost, OSN v současnosti sdružuje 193 členských zemí, v Mezinárodním hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce (IFRC) je 190 národních společností jako plnohodnotných členů federace.

V čele WHO stojí generální ředitel. Je volen na pětileté období a podle nynějšího volebního kodexu nemůže být zvolen více než dvakrát za sebou. Jména generálních ředitelů v čele WHO – podrobněji v tabulce, zatím poslední je aktuálně zvolený Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus z Etiopie.

Přibližme si ve stručnosti průběh volby.

Volební proceduru tvořilo nominování kandidátů (od 22. dubna do 22. září 2016). Členskými zeměmi WHO bylo navrženo šest osob (z toho dvě ženy), jejich jména byla oznámena 23. září 2016:

- Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Etiopie)
 Dr. Flavia Bustreo (Itálie)
 Professor Philippe Douste-Blazy (Francie)

Dr. David Nabarro (Spojené království Velké Británie a Severního Irsku)

Dr. Sania Nishtar (Pákistán)
 Dr. Miklós Szócska (Maďarsko)

V říjnu 2016 měli kandidáti a členské země možnost vzájemně komunikovat prostřednictvím fóra WHO za využití internetové stránky chráněné heslem a 1. a 2. listopadu 2016 kandidáti představili své vize členských státům a veřejnosti na diskuzním fóru živě vysílaném přes Internet a odpovídali na dotazy.

V lednu 2017 EB po hlasování v prvním kole zúžila počet kandidátů na pět (do dalších kol se nedostal Dr. Miklós

Szócska), tento počet EB v druhém kole na základě pohovoru a hlasování snížila na tři nominanty. Jejich jména byla oznámena 25. 1. 2017:

- Dr. Sania Nishtar
 Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
 Dr. David Nabarro

Finální volba se konala v průběhu 70. zasedání WHA, které se uskutečnilo ve dnech 22. až 31. května 2017 v Ženevě. Hlasování se zúčastnilo 186 členských zemí WHO (ze 194 členů má 185 hlasovací právo). Nový generální ředitel Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus byl po téměř pětihodinovém hlasování zvolen 23. května. Stal se prvním Afričanem (a prvním nelékařem), který dosáhl této významné funkce v téměř 70leté historii existence WHO. Kromě pěti slibů ve své závěrečné řeči uvedl: „Věnoval jsem svůj život zlepšování zdraví. Omezování nerovností. Pomoci všem lidem vést produktivnější život.“

Na 70. zasedání WHA se řešily i další otázky, z odborných se diskutovalo (a byly přijaty rezoluce) problematika diagnostiky, prevence a léčby nádorových onemocnění, integrace, prevence a péče o neslyšící a nevidomé, globální akční plán týkající se demence, diskutovalo se Koalice pro epidemickou připravenost a inovace, problematika nepřenosných onemocnění a jiné. Z odborných otázek například zvýšení členských poplatků, namísto navrhovaných 10 % byl schválen jejich nárůst o 3 %.

Literatura u autora

Generální ředitel WHO	Země	Narozen / zemřel	Funkční období	Počet období
Brock Chisholm	Kanada	1896–1971	1948–1953	1
Marcolino Gomes Candau	Brazílie	1911–1983	1953–1973	4
Halfdan Theodor Mahler	Dánsko	1923–2016	1973–1988	3
Hiroshi Nakajima	Japonsko	1928–2013	1988–1998	2
Gro Harlem Brundtlandová	Norsko	1939	1998–2003	1
Lee Jong-wook	Jižní Korea	1945–2006	2003–2006	
Anders Nordström*	Švédsko	1960	2006–2007	
Margaret Chan	Čína	1947	2007–2017	2
Tedros Adhanom Ghebreyesus	Etiopie	1965	2017	

Počátky vývoje a výroby léčiv v Lachemě Brno

Počátky vývoje a výroby léčiv ve státním podniku Lachema v Brně sahají do roku 1972, kdy se na Výzkumný ústav čistých chemikálií s. p. Lachema (VÚČCH) obrátili zemědělci s požadavkem zajistit dodávky stimulatorů růstu hospodářských zvířat, které se v zahraničí používají od roku 1967. Tento požadavek výzkumný ústav přijal a ve vývoji uvedených sloučenin se spojil s Výzkumným ústavem pro biofaktory a veterinární léčiva v Praze-Horních Počernicích.



Lachema Brno, provoz Brno-Řečkovice.

Foto: archiv autora

Jednalo se o vypracování technologie výroby stimulatoru růstu Nitrovinu, derivátu 5-nitrofuranu, používaného ve výkrmu brojlerů. Později byly do aplikovaného výzkumu zařazeny další dva stimulatory, Karbadox a Olachindox, deriváty chinoxalin-1,4-dioxidu, určené ke zvýšení výroby vepřového a hovězího dobytka. Tato léčiva se uplatňovala ve výkrmu hospodářských zvířat pro svou antibakteriální účinnost; krmné směsi pro brojlerů obsahovaly 12 ppm Nitrovinu, v krmných směsích pro prasata bylo 75 mg Olachindoxu na jeden kilogram.

Protože od roku 1954 byly výzkum a výroba léčiv převedeny z podniků

Ministerstva průmyslu pod Ministerstvo zdravotnictví, byl výzkumný úkol nazván Neantibiotické stimulatory užitečnosti hospodářských zvířat, aby se zabránilo komplikacím při jejich výrobě.

Jednalo se o velké objemy výrob, Nitrovinu se od roku 1974 ve s. p. Lachema vyrábělo 30 tun čisté substance ročně. Od roku 1982 byla roční produkce Olachindox trituruátu 1 500 tun. Vyráběl se ve Východočeských chemických závodech Synthesia v Pardubicích, kam byla pro velký objem jeho výroba z VÚČCH předána.

Vzhledem k plošnému používání stimulatorů růstu byla věnována zvýšená pozornost jejich toxikologii. Při tom se

v testech mutagenity podle Amese, prováděných v Biofyzikálním ústavu ČSAV v Brně, zjistilo, že mají různě odstupňovanou mutagenní aktivitu. Proto bylo nutné brát v úvahu fenomén mutagenita-karcinogeneze.

S cílem nalézt vhodnější sloučeniny byl proto výzkumný program ve VÚČCH rozšířen o syntézy dalších derivátů chinoxalin-1,4-dioxidu, dále o deriváty kyseliny kávové a bis6-fluor-4-chinolon-3-karboxylové. Hlavní pozornost se věnovala zjišťování vztahů mezi chemickou strukturou těchto potenciálních léčiv a počtem reverzí, které vyvolávaly. Z výzkumu mutagenity vyplynulo, že nitrovin se vyznačuje vysokým počtem reverzí. U derivátů chinoxalin-1,4-dioxidu se jednotlivé chemické struktury projevovaly různými počty reverzí.

Rozsáhlejší výzkum prokázal, že stimulator olachindox má u pokusných zvířat výrazný preventivní a léčebný účinek u nemocí z ozáření a předčí dosud používaná antibiotika. Tím bylo ukázáno na nový směr v prevenci a léčbě této nemoci.

Stimulatory růstu zvýšily živočišnou výrobu a zajistily dostatek kuřecího a vepřového masa na trhu. U olachindoxu bylo významné, že snížil mortalitu selat po odstavu z dvaceti na necelé jedno procento.

RNDr. PhMr. Libor NOVÁČEK, CSc.

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP
Spolek moravskoslezských
farmaceutů pořádají

CLVII. přednáškový večer

Uskuteční se
8. listopadu 2017 v 18.30 hodin
v Domě techniky
Ostrava-Mariánské Hory

Přednáší:
PharmDr. Stanislav Havlíček,
Lékaři bez hranic:
Lékárník v Africe – přednáška,
beseda

4 body v KV, 1 kredit pro FA

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.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

SVĚTOVÉ DNY ZDRAVÍ

říjen



Světový den trombozy (World Thrombosis Day, WTD)

Patří k „novějším“ světovým dnům zdraví, poprvé si jej odborná a laická veřejnost připomněla 13. října 2014 (toho dne se narodil významný německý lékař Rudolf Ludwig Karl Virchow, 1821–1902). Jako první přesně popsal a pojmenoval řadu nemocí, vysvětlil mechanismus vzniku plicní tromboembolie. Dokumentoval, že krevní sraženiny mohou vzniknout z venózních trombů.

Posláním WTD je zvyšovat globální povědomí o riziku trombozy včetně jejich příčin, rizikových faktorů, příznaků, dále o prevenci založené na důkazech a léčbě. A konečně snížit počet úmrtí a disabilit způsobených tímto stavem. A tím přispět ke globálnímu cíli Světového zdravotnického shromáždění, kterým je snížit předčasná úmrtí nepřenosných nemocí do roku 2025 o 25 %, i k naplnění akčního plánu WHO na roky 2013–2020.

Poslání WTD dále konkretizuje formulování pěti cílů.

Oficiální název WTD v anglickém jazyce – World Thrombosis Day a datum (13 OCTOBER) je ochrannou známkou, příslušné logo WTD tvoří „nekonečná smyčka“ v barvách červené a modré („O“ jsou téměř dokonalé kruhy napo-

dobující bílé „sraženiny“). Název i logo vlastní **Mezinárodní společnost pro trombozu a hemostázu** (International Society on Thrombosis and Haemostasis, Inc., ISTH). ISTH je celosvětová nezisková organizace se 4 tisíci členů z 96 zemí. Pod tímto označením působí od roku 1969, předtím jako mezinárodní výbor (ICTH) od roku 1954. Ke kampani WTD se připojuje více než 850 organizací ve více než 80 zemích světa (počty jsou orientační, stále se zvyšují).

Poznámka: Mimo oficiální interpretaci loga – barvy červená (okysličená, arteriální, tepenná krev) a modrá (odkysličená, venózní, žilní krev) evokují řečiště, kde může tromboza vznikat jako arteriální tromboza – mozková mrtvice, apoplexie, iktus, koronární tromboza –

akutní koronární syndrom (infarkt myokardu, angina pectoris), nebo jako žilní tromboza – hluboká žilní tromboza (DVT), plicní embolie (PE), venózní tromboembolie (VTE), což lze vyjádřit vztahem:

DVT + PE = VTE

První případ DVT byl popsán v roce 1271 v rukopisu, jehož autorem je Guillaume de Saint-Pathuse, nazvaném *La vie et les miracles de Saint Louis*. Dlouhé roky nebyla etiologie trombozy známa. V roce 1676 chirurg Richard Wiseman vyslovil předpoklad, že se na rozvoji DVT podílí hyperkoagulační stav. V roce 1800 profesor John Hull navrhl jako možnou příčinu trombozy zánět. Další krok k pochopení patofyziologie venózní trombozy učinili v druhé polovině 19. století autoři nové koncepce profesor Karel Rokytanský (1852) a Rudolf Virchow (1860). Na základě pozorování pitevních nálezů poporodních tromboz nezávisle na sobě představili trojici hlavních rizikových faktorů trombozy (poškození cévní stěny, zpomalení toku krve – stáze a hyperkoagulace). Za posledních 30 let bylo odhaleno množství protrombotických faktorů, které zvyšují dispozici pro rozvoj trombozy. Mnohé z nich jsou geneticky podmíněné s typickým vznikem idiopatických tromboz v mladém věku s familiárním výskytem, jiné jsou výsledkem aktivace hemostázy v přítomnosti známého protrombotického onemocnění.

Rizikové faktory vzniku VTE

VTE je život ohrožující stav, jemuž však lze předejít. Postihuje milióny lidí na celém světě: jedna ze čtyř osob ve světě umírá z důvodů souvisejících s krevními sraženinami (trombózou); každoročně je na celém světě zaznamenáno přibližně 10 miliónů případů VTE; hospitalizace je hlavním rizikovým faktorem úmrtí a vzniku disability souvisejících s VTE, jimž lze předejít; až 60 % všech případů VTE se objevuje v průběhu hospitalizace či po ní; jenom 25 % dospělých osob ví o tom, že hospitalizace je rizikovým faktorem pro vznik VTE.

Důležitá je znalost faktorů, které mohou zvyšovat riziko vzniku VTE a otevřeně a proaktivně o nich hovořit se zdravotnickými pracovníky. Tato rizika se člení na: **značná, silná** – k nim patří dlouhodobá hospitalizace, podrobení se chirurgickým zákrokům (zvl. kyčle, kolen a chirurgickým zákrokům v souvislosti s nádorovým onemocněním), dlouhodobá nehybnost (např. klid na lůžku, dlouhé cestování); **mírná, střední** – zde se řadí věk (nad 60 let), krevní sraženiny v osobní nebo rodinné anamnéze, nádorová onemocnění, chemoterapie, užívání léčivých přípravků na bázi estrogenů (např. perorální kontraceptiva nebo hormonální substituční terapie); **další faktory** – mezi nimi jsou uváděny obezita, těhotenství, období krátce po porodu, kouření, konzumace alkoholu.

Některá další fakta:

Z globálního průzkumu (Global Work Life Movement Survey) vyplynulo:

- delší než 90minutové sezení zvyšuje riziko DVT, ať již v letadle, při dojíždění do práce vlakem nebo dokonce při sezení za pracovním stolem,
- povědomí o DVT je v různých zemích světa různé, je však znepokojivé, že 49 % lidí není o DVT informováno,
- čtyři lidé z deseti nevědí o fatálním riziku DVT a PE,
- V EU umírá na následky hluboké žilní trombozy a plicní embolie každý rok více lidí než na AIDS, karcinom prsu, karcinom prostaty a následky dopravních nehod dohromady, přesto jenom 13 % lidí považuje trombozu za více život ohrožující než ostatní stavy.
- 44 % lidí si vůbec neuvědomuje, že pravidelné cvičení jim může pomoci snížit riziko vzniku krevních sraženin.

Literatura u autora

FILMOVÉ OKÉNKO

Kocour Bob – léčba kočkou

Film není jen adaptace životního příběhu, je to zobrazení práce adiktologů a trochu i jeho spolupráce s lékárníkem a sociálním odborem. A s trochou nadsázky je i o felinoterapii. Sice trochu jinak než se praktikuje, ale ano, Kocour Bob je léčba kočkou.



„Jakmile jednou nepřijdete, nesmíme vám metadon vydat. Tohle je výstraha. Tady to podepište.“

Tak tohle je jediný výstup lékárníka a jediná replika, kterou ve stominutovém snímku o úspěchu substituční metadono-

nové terapie řekne. Bezejmenného lékárníka hraje Akbar Kurtha, který si úsečný projev přezíravého zdravotníka v roli doktora Rana Mistry nacvičil již v letech 2000 až 2003 ve více než 159 epizodách britského televizního seriálu Doktoři.

Větší prostor ve filmu dostává půvabná adiktoložka Val (Joanne Froggatt), která celou problematiku substituční léčby hned v úvodu filmu shrne do krátkého souvětí: „Čas od času se najde jeden, který vypadá, že to zvládne.“

Aby se to ale povedlo, nestačí jenom vlídná terapeutka a lékárník ochotný „porušit“ striktní pravidla omezení výdeje léčivého přípravku vydávaného s omezením. Je k tomu potřeba spíš dvou než jedné smrti, hodně lásky, obrovská vůle a kočka, respektive kocour. Jmenuje se Bob a „Kocour Bob“ je filmovou podobou skutečného životního příběhu bývalého narkomana závislého na heroinu Jamese Bowena, toulavého kocoura, a síle videa streamovaného na Youtube.

Jamese Bowena si ve filmu zahrál Luke Treadway, který nazpíval i všechny písně ve filmu použité.

Kocour Bob (A Street Cat Named Bob). Rodinná komedie a sociální drama, Velká Británie 2016, 103 minuty. Režie: Roger Spottiswoode, předloha: James Bowen. ČSFD: 77 %

V České republice má za sebou substituční léčba 20 let zkušeností. V roce 1997 s ní začala klinika U Apolináře. Dnes substituční opiatovou terapii užívá (v ČR) zhruba 2 300 pacientů, což je méně než třetina z více než 12 000 evidovaných uživatelů heroinu a dalších opiatů. V metadonovém programu je necelá 1/3 léčených, zhruba 70 % užívá léčivé přípravky s buprenorfinem.

Na rozdíl od života s drogou mohou uživatelé substitučních preparátů pracovat, starat se o rodiny, řídit auto... Při vyvážené dávce se neobjevují žádné abstinenční příznaky (ale ani žádné benefity drogy). Léčba je dlouhodobá, trvá několik let. Zpočátku jsou návštěvní intervaly časté, později se prodlužují. Kromě terapie závislosti se substituční programy podílejí také na snižování kriminality a snižování rizik šíření dalších nemocí, zejména hepatitidy a infekce HIV.

Metadonová substituce, o které je film, má pro osoby v substitučním programu v České republice (i v Británii) nespornou výhodu ve financování ze strany státu, díky čemuž se lépe monitoruje také dodržování programu při kontrole medikace. Metadon účinkuje stejně jako morfin a heroin, ale na rozdíl od nich má delší dobu účinku. Zatímco drogu získanou na černém trhu musí závislé osoby užít dvakrát až čtyřikrát denně, metadon stačí užívat ve dvoudenním intervalu.

Buprenorfinovou substituční léčbu si většina pacientů v substitučním programu musí plně hradit a kontrola správného užívání, respektive její absence, zvyšuje riziko zneužívání včetně průniku na černý trh.

Finanční podpora substituční léčby poskytnutá v roce 2015 Ministerstvem zdravotnictví přesáhla 19 milionů korun.

Na českého Jamese Bowena sice zatím čekáme, ale toulavých kocourů je u nás spousta.

(SHA)



VÝZNAMNÁ JUBILEA

říjen 2017

70 let

RNDr. Bohumila Bláhová
(OSL Teplice)

PharmDr. Helga Kovačková
(OSL Sokolov)

Mgr. Ilona Mravcová (OSL Brno)

PharmDr. Helena Poláčková
(OSL Kroměříž)

PharmDr. Miroslav Pospíšil
(OSL Náchod)

PharmDr. Stanislava Šprenclová
(OSL Zlín)

65 let

RNDr. Ludmila Divišová
(OSL Ostrava)

Mgr. Jarmila Chudá
(OSL Praha-východ)

Mgr. Helena Kulínová
(OSL Šumperk - Jeseník)

Mgr. Eva Musilová
(OSL Chrudim)

PharmDr. Eva Pavlásková
(OSL Rakovník)

Mgr. Pavla Pečeňová
(OSL Zlín)

Mgr. Taťjana Peřinová
(OSL Praha 8)

Mgr. Alena Podškubková
(OSL Zlín)

Mgr. Jarmila Sellnerová
(OSL Strakonice)

RNDr. Svatava Snopová
(OSL Praha 2)

Mgr. Jitka Veselá
(OSL Jihlava)

PharmDr. Jaroslav Voráč
(OSL Klatovy)

Mgr. Hana Záhlavová
(OSL Teplice)

60 let

PharmDr. Sofia Abouraya
(OSL Chomutov + Most)

PharmDr. Renata Čípková
(OSL Žďár nad Sázavou)

Mgr. Ivana Eliášová
(OSL Cheb)

PharmDr. Jitka Hrubá
(OSL Pelhřimov)

Mgr. Marie Janovská
(OSL Třebíč)

Mgr. Jana Ležáková
(OSL Kroměříž)

PharmDr. Drahomír Tomas
(OSL Šumperk + Jeseník)

Mgr. Helena Waloszová
(OSL Karviná)

55 let

PharmDr. Jarmila Čeňková
(OSL Náchod)

Mgr. Jaroslav Chloupek
(OSL Domažlice + Tachov)

PharmDr. Miloš Koukol
(OSL Jičín)

PharmDr. Marcela Martinkovičová
(OSL Zlín)

PharmDr. Eduard Masarčík
(OSL Mladá Boleslav)

PharmDr. Ivana Matoušková
(OSL Praha 1)

PharmDr. Jana Nádvořníková
(OSL Kutná Hora)

PharmDr. Renata Novotná
(OSL Praha 2)

Mgr. Renata Petrová
(OSL Brno)

PharmDr. Zdeněk Procházka
(OSL Praha 5)

Mgr. Martina Ptáčková
(OSL Píseň)

Mgr. Jana Rohlenová
(OSL Pardubice)

PharmDr. Věra Smetanová
(OSL Hradec Králové)

Mgr. Helena Zvaríková
(OSL Ostrava)

50 let

Mgr. Iva Čejková
(OSL Praha 5)

PharmDr. Kamila Danačíková
(OSL Karviná)

Mgr. Lenka Foltýnová
(OSL Jihlava)

PharmDr. Monika Groborzová, MBA
(OSL Karviná)

PharmDr. Lenka Hladíková
(OSL Hradec Králové)

PharmDr. Ludmila Chvostová
(OSL Strakonice)

PharmDr. Ivana Kodlová
(OSL Litoměřice)

Mgr. Iveta Koleničová
(OSL Liberec)

Mgr. Marie Kopečková
(OSL Olomouc)

PharmDr. Lenka Kunzová
(OSL Jindřichův Hradec)

Mgr. Lenka Kuzdasová
(OSL Tábor)

Mgr. Dagmar Marešová
(OSL Praha 9)

PharmDr. Renata Martynková
(OSL Frýdek-Místek)

PharmDr. Jana Nováková
(OSL Trutnov)

Mgr. Věra Novotná
(OSL Znojmo)

PharmDr. Jitka Pešlová
(OSL Třebíč)

Mgr. Juta Šoustalová
(OSL Praha 4)

Mgr. Marta Štursová
(OSL Žďár nad Sázavou)

Srdečně blahopřejeme!

(člínk)

Spojme se k boji proti fušerství!

Již řadu let pozorujeme u nás neblahé zjevy pokud se týče způsobu sou-těže a propagace při podeji farmaceutických specialit. Pozorujeme s údivem, co všechno jest možné a ptali jsme se v duchu, proč se nenajde někdo, kdo by rázně zakročil. Barnumský a nesianosní ton reklamy některých „podnikatelů“ vzbuzuje v odborných kruzích pohoršení, v kruzích průmyslových zmatek, nejistotu a touhu po spravedlivém potrestání těch, kteří svým počínáním hanobí dobré jméno lékárnictví a farmaceutické výroby.

A tu v hodině více než dvanácté čteme v Časopise lékařů českých č. 5 ročníku 1933 na stránce 159 tuto zprávu:

„Boj proti fušerství při doporučování některých specialit. Profesor farmakologie na zdejší německé universitě Dr. E. Starkenstein napsal výborný a přehledný článek o dnešním smutném stavu při léčení specialitami v Beitrage zur aerztl. Fortbildung XI., Nr. 1: Ve specialitách jest největší závadou, že se uvádějí na trh stále tytéž základní látky s nepodstatnými změnami, ale s novými jmény a neprůhlednými chemickými formulami, takže lékaři nevědí, co svým nemocným dávají a často střídajíce léky, dávají ve skutečnosti pořád týž lék. Platí to zvláště o luminalu, pyramidonu, antipyrinu. Místo kofeinu je např. nový lék označen jako 1-3-7-trimethyl-2-6-dioxypurintrioxy-carballyl, místo diuretik se napíše acetylhydroxybenzoat, místo papaverin tetrametoxibenzylochinolin... Dalo by se tak dnes kolujících 30.000 specialit zúžit asi na tři sta účinných látek. Státní zdravotní rada považuje za nutné zavést povinnost deklarace nezastřené každé nové speciality t. j. deklarace s obvyklým názvem přípravku. Jiné speciality nemají v sobě nic než směs nejobyčejnějších látek a často ještě v dávkách neúčinných. Lékaři nepátrají po složení léku a ordinují prostě jména podle indikace obchodních prospektů. Klasický případ jarmarečního nabízení léků, které lékaři nekriticky předepisují, je nejnovější ostuda s togalem. Lékárník Brauner na Příkopě si přinesl ze své vlasti do Prahy smysl pro obchodní podnikání: ve

všech denních listech českých i německých nabízí togal proti všem nemocem od chřipky takřka až k plešatosti. Jeho tabletky togalu obsahuje 0.193 g kyseliny acetylosalicylové, 0.004 g chininu, 0.0018 g lithia, 0.0098 g tanninu, 0.056 g salicylové kyseliny, 0.05 magnesia a hliníku. Je patrné, že tu jedině může působit kys. acetylosalicylová, aspirin, a ta je v nedostatečné dávce.

**VDÁNO
PŘED
84 LETY**

V prospektu slibuje, že togal mírní „bolest všeho druhu“, ač je známo, že to nedokáže aspirin ani atofanová skupina, nýbrž jen morfium. Slibuje účinek při dně, ač je tam lithia nedostatečná dávka, slibuje účinek při tyfu atd. Kdežto aspirinu stojí 10 g 2.80 až 4.10 Kč, stojí v togalu 10 g kys. acetylosalicylové 44 Kč. Lékárník Brauner uvádí v prospektech i lékařské autority plným jménem, které si togal chválí. Starkenstein dopsal dvor. radovi Singerovi do Vídně a ten odpověděl, že vůbec togal nezná, zásilku na zkoušku vrátil, prof. Fleckseder, kterého Brauner také uvádí, píše, že togalu ani jednou neutil se zřením k podvodnické reklamě, která se s ním tropí, prof. Bürgi, který pracoval o potencování léků v kombinacích a také o kombinaci aspirinu s chininem, nikdy nikde se nevyjádřil o togalu. Brauner uveřejňuje dobrozdání „asistenta německé university“ příznivé togalu a německá fakulta zjistila, že je to chemik ve službách Braunerových, který byl před lety nějaký čas vědeckou pomocnou silou na chemickém ústavu. Starkenstein vyzývá lékařstvo, aby se nedávalo vésti laickými radami v živých prospektech, aby se zvedlo proti tomu, že úřady proti samému znění zákona nepronásledují laické anonce léků s indikacemi v denních listech, aby žádalo nařízení o nezastřené deklaraci složení specialit v obvyklých výra-

zech. Tak, jak tomu dnes je, hrajeme smutnou roli agentů (bezděčných) chytrých obchodníků, jim plníme kapsy, nemocným vyháníme místo nemoci z těla peníze z kapes.“

Tato zpráva – jak z jejích prvních řádků poznáváme – jest stručným referátem o práci prof. Starkensteina. Starkensteinova kroku bylo již vskutku velmi zapotřebí, neboť prapodivné metody propagační rozmáhají se i u nás dle některých neblahých vzorů cizích zvláště amerických (viz Hulkovy Podivnosti americké medicíny a jiné) stále víc a více a laická propaganda stává se vlastně běžným zjevem a pomůckou ke zvýšení obratu zvláště u těch firem výrobních, které nezískaly dostatek sympatií lékařstva a lékárnictva a musí si pomoci tím, že „jdou mezi lidi“. V takovém případě hraje ovšem roli vlastně už jen vkus a umění poznati, kde končí popularisování a kde začíná svádění k samoléčení.

Dnes již se na propagaci farm. specialit dají udělat „brožury pro lid“ s působivými obrázky a detailním popisem vývoje choroby a způsobu léčení, k denním listům dají se přikládati přílohy s fotografie pokusných zvířat (a slečen – jde-li náhodou o hormonální krém) před a po použití, dá se zkrátka dělati mnoho a také se dělá. Tyto metody neměli jsme se od ciziny učit, za hranicemi mohli bychom postřehnouti věci mnohem sympatičtější. I zde je zapotřebí spolupráce. I zde musíme státí muž vedle muže a hájiti zájmy stavu tím spíše, jedná-li se někdy o příslušníky stavu. Prof. Starkenstein vyzval lékařstvo. Kdo vyzve lékárnictvo? Kdo je upozorní, že se nejedná vždy jen o speciality, nýbrž o vše, co může lékárník potřebovati, např. chemikálie, drogy, galenica? Kdo semkne řady farmaceutů k boji proti úpadku odborné odpovědnosti a morálky, v boji pro rozkvět našeho veřejného zdravotnictví? Máme-li přečkati současnou neutěšenou epochu hospodářského i mravního úpadku hmotně i mravně, jest nám zapotřebí vážné iniciativní práce a ne neplodného napodobení cizích vzorů Ať již dobrých či špatných. Zlého se zbavíme, konáme-li dobré a podporujeme-li prospěšné.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,
1932, č. 3, str. 130-132