



ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory

ročník LXXXIX, vydání 4/2017



Ráda bych Vám, vážený pane magistře, lékárníku z Prahy, pečlivý, pozorný a věrný čtenáři ČČL, jak jste se sám popsal, vyhověla, když mě žádáte o veselejší editorial. Souhlasím, že alespoň na jaře bychom měli myslet pozitivněji, ačkoliv s Vaším tvrzením, že delší dny nás naplňují radostí, jistě budou polemizovat četní odpůrci letního času, protože se jim prostě nechce vstávat o hodinu dříve.



Že nám v časopise chybí obdoba „veselých příběhů z natáčení“? Máte pravdu, ale neznám mnoho lékárníků, kteří by svěřili redakci radostné chvíle ze svého pracovního dne. Když už napíšou, pak o boji s větrnými mlýny, že není naplněno právo rovného přístupu nemocných k zdravotní péči (různé doplátky na léky vadí lékárníkům, ale pacientům kupodivu nijak zvlášť, jinak by nedlouho před volbami hlasitě protestovali). Taky o nekalé konkurenci, nestejných podmínkách pro různé lékárny, o tom, že prodělali všichni, kdo odmítli batůžkařit, jak ti, kteří doufali, že budou pracovat, dokud vydrží stát za tářou, se nemůžou dočkat důchodového věku nebo se snaží zavčas lékárně prodat, aby neskončili na mizině. A to i kolegové, kteří se chvíli radovali, že mají vyšší obrát, ale nohama na zem je okamžitě postavily nižší ceny léků.

Pro většinu lékárníků – majitelů lékáren, a s nimi i jejich zaměstnance, dobré časy skončily příliš brzo. Rány osudu z uplynulých let raději nebudu připomínat, ale neodpustím si povzdech, že firmy nezdravě dlouho snižují ceny na úroveň úhrady. K aktuálním pohlavkům patří například tzv. protipadělková směrnice, EET – přestože většina pacientů účtenku v lékárně odmítne.

Sám vidíte, pane doktore, že najít v lékárenství něco veselého není vůbec jednoduché. Přesto v tomto čísle doporučuji přečíst si rubriku TAK TO VIDÍM JÁ (Za tారు chtěl i barista). K popukání to určitě není, ale možná se taky trpce, ale přece jen pousmějete.

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, MVDr. Mgr. Kateřina Horáčková,
PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D., doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,
PharmDr. Miloš Potužák, PharmDr. Pavel Škvor, MBA

vydavatel

Česká lékárnická komora
Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4

sazba Kateřina Hoferková

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. 5/2017 – 2. května 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

Devatenáctý Den lékáren se blíží	4
Zeptali jsme se	5
Slovo z představenstva	6
Inspirace, trendy a vize v lékárenství	7
Naše negativně specifika by mali být celoeurópskou témou	9
15. Sächsischer Apothekertag	10
Osvědčení k výkonu soukromé lékárenské praxe	11
Interaktivní dispenzační semináře	13
Zpráva z Komise pro Metodiku	15
Tak to vidím já: Za tారు chtěl i barista	16
Molekula měsíce: Brigatinib	17
Nově registrované látky: daklizumab	18
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Sanicula europaea L.	19
Lymfedém – novinky v léčbě	20
Chceme zvrátit neutěšený stav	23
Jsou kočky opravdu tak nebezpečné?	24
Strategie cíleného marketingu pod vlajkou boje proti padělkům	25
Doporučené postupy pro vybrané činnosti lékáren	26
Světové dny zdraví	27
Systém elektronické preskripce ve Slovinsku	28
Malá reminiscence: Lékárenství 1945–1990	30
Významná jubilea	33
Jarní pohádka o pústu	34

Devatenáctý Den lékáren se blíží

Ve čtvrtek 15. června 2017 se uskuteční tradiční akce České lékárnické komory, Den lékáren, pro tento ročník bude tématem alergie. Všichni víme, že je to přehnaná, nepřiměřená reakce imunitního systému na látky, se kterými se běžně setkáváme v našem prostředí. Je způsobena nesprávnou aktivací protilátek ze skupiny imunoglobulinů vlivem daného alergenu.



Mgr. Michaela Bažantová



Spektrum projevů alergických reakcí je velmi široké, od obyčejné rýmy až po anafylaktický šok. Alergie trápí řadu lidí po celý rok,

nejvíce však v letních měsících, především následkem vysokého výskytu pylových alergenů. I to bylo důvodem ke zvolení právě tohoto tématu. Každý lékárník se navíc s alergiky pravidelně setkává a pomáhá a radí svým pacientům nejen ohledně předepsaných léčiv, ale také při jejich samoléčení.

Harmonogram příprav pro letošní Den lékáren je následující:

Tematické články na Lékárnických kapečkách

Na našem patientském webu budou ve speciální sekci pro pacienty www.lekarnickekapky.cz/denlekaren postupně zveřejňované články do pátku 9. června a budou propagovány také na sociální síti. Články, na kterých již jejich autoři

pracují, jsou například: Alergeny, Alergenový kalendář, Alergická astma, Alergie na léky, Kontaktní alergie, Epinefrin při prudké alergické reakci, Diagnostika alergie, Hypoalergenní dětská výživa a další.

Webinář na téma Anafylaktický šok

Webinář pro všechny zájemce se připravuje na pondělí 5. června od 20 hodin a je určen lékárníkům i farmaceutickým asistentům, kteří mají o téma alergie zájem. Přednášejícím bude MUDr. Jiří Pokorný, kterého již někteří z nás znají z webinářů kardiopulmonární resuscitace a praktických seminářů první pomoci. Záznam webináře ke Dni lékáren bude zpřístupněn od 9. června, aby se ti, kteří ho nemohou absolvovat tzv. v přímém přenosu, mohli proskočit ještě před Dnem lékáren. Webinář nebude zpoplatněn.

Materiály pro přihlášené lékárníky

Lékařny, které se chtějí zapojit do Dne lékáren, tak mohou učinit v autorizované části webu komory, a to přes kartu člena kteréhokoli svého lékárníka.

Lékařny přihlášené do 14. května dostanou materiály v tištěné podobě (plakáty a letáčky), praktický alergenový kalendář pro potřeby lékárníků při výdeji a papírové kapesníky pro pacienty – s logem Lékárnických kapek – prostřednictvím zvoleného distributora. Pro lékařny, které se přihlásí po tomto termínu, budou plakát a letáčky pro pacienty dostupné na webu komory v grafické podobě ke stažení. Nejsme jim však z časových důvodů již schopni zajistit jejich dodávku v tištěné podobě před Dnem lékáren. Pro všechny lékařny bude na webu také k dispozici prezentace do LCD displejů.

Den lékáren se objeví tradičně v Rádiu Impuls, kde bude hlavním tématem po celý vysílací den. O téma alergií se na stejné stanici bude zajímat i Zuřivý reportér – jistě svým osobitým a vtipným způsobem. Informaci o konání Dne lékáren budeme předávat všem hlavním médiím včetně televize, rozhlasu, tištěných i elektronických médií.

Děkujeme vám všem, kteří se na přípravě devatenáctého Dne lékáren aktivně podíleli. A děkujeme i vám, kteří se ke Dni lékáren přihlásíte – dáváte tak najevo nejen nám, ale především pacientům, že my lékárníci jsme zdravotníci a dokážeme pomáhat při řešení mnoha zdravotních potíží. Stejný vzkaz tímto také společně posíláme politikům, pojišťovnám i novinářům. Věřím, že se Dne lékáren opět zúčastníme ve velkém počtu, tak jako tomu bylo u všech akcí v loňském roce.

K 1. 4. 2017 nabyla účinnosti některá ustanovení novely zákona o léčivech č. 66/2017 Sb.

Protireexportní ustanovení

Zřizují se nové pravomoci pro MZd, zejména vydávání opatření obecné povahy, kterým se léčivý přípravek zařazuje na seznam přípravků „ohrožených“ nedostatkem na trhu v ČR nebo kterým se vývoz takového přípravku přímo zakazuje. Zřizují se také pravomoci pro SÚKL, který ministerstvu předává údaje pro vydání opatření obecné povahy. § 11 písm. g), h), q), § 13 odst. 3 písm. q), r) (účinnost od 1. 12. 2017)

www.lekarnici.cz

AKTUÁLNĚ

Popisuje se podrobný postup, který může vyvrcholit tím, že MZd opatřením obecné povahy zakáže vývoz léčivého přípravku, pokud jsou splněny tyto podmínky:

- a) jde o léčivý přípravek, který je uveden na seznamu „ohrožených“ přípravků,
- l. tedy přípravek není nahraditelný ji-

- ným léčivým přípravkem odpovídajících léčebných vlastností,
- II. aktuální zásoba přípravku v ČR nepokrývá aktuální potřeby pacientů,
- III. nedostatek ohrožuje dostupnost a účinnost léčby pacientů,
- IV. s přímým dopadem na ochranu zdraví obyvatelstva,
- V. a významným ovlivněním poskytování zdravotních služeb,
- b) vývozem by mohl dojít k tomu, že objem přípravku na trhu v ČR nepokrývá dostatečně aktuální potřeby pacientů v ČR.

(5. 4. 2017)

ZEPTALI JSME SE

V současnosti je v rámci novely zákona řešen způsob vzdělávání středního zdravotnického personálu. Považujete dosavadní systém jeho vzdělávání s ohledem na potřeby lékárenství za vyhovující, nebo preferujete změnu? Pokud ano, pak jakou?

PharmDr. Lubomír CHUDOBA,
prezident České lékárnické komory



Primárně se o podmínky a rozvoj svého vzdělávání musí zajímat sami příslušníci oboru. Komunikaci s asociací farmaceutických asistentek (FA) však většinou iniciuje komora a věnujeme se proto i projednávání novely zákona č. 96. Je nutné připomenout, že v souvislosti se vstupem naší země do EU jsme úplně nesouhlasili s modifikací studia FA na VOŠ, byť kolegové z nemocničních lékáren zmiňovali i výhody, zejména personální a platové zatřídění FA v nemocnicích. Ani počet, ani kvalita absolventů tohoto typu vzdělávání se v průběhu let ale o mnoho nezlepšila. Proto jsem zpočátku dával k úvaze, zda nevyužít změn diskutovaných pro zdravotní sestry a neiniciovat transformaci vzdělávání FA opět na plnohodnotné, specializované, středoškolské studium, které by bylo doplněno nástavbovými specializacemi. Pro složitost změn ve výuce jsme nakonec tuto myšlenku opustili a soustředili se na zachování současných zákonných podmínek. Odmítli jsme „poslanecké“ návrhy na zkrácení výuky na 4+1 a na uznání 6 semestrů FaF (s případnou šestiměsíční praxí v lékárně) pro kvalifikaci FA z důvodu struktury výuky na FaF. Na půdě zdravotního výboru Sněmovny jsme byli úspěšní. Doufám, že obdobně proběhne i závěrečné hlasování a projednání novely v Senátu.

PharmDr. Antonín SVOBODA, Mladí lékárníci



Současný stav je s určitými výhodami i nevýhodami dostačující. Za klíčové považuji nabídku a zajištění kontinuálního vzdělávání, které má pozitivní vliv na kvalitu pracovníků v průběhu jejich celého pracovního působení. Za nesmyslné považuji snahu dělat ze středního zdravotnického personálu vysokoškolsky vzdělané pracovníky. Tyto snahy ani nemusí být předmětem zkvalitnění středního personálu, jako naopak více či méně skryté snahy některých subjektů o nahrazení současných vysoce kvalifikovaných lékárníků absolventy bakalářského studia s logicky nižšími mzdovými náklady. Měli bychom si uvědomit, že potřebnost lékárníků v lékárnách nemusí být (a není!) dlouhodobým zájmem některých finančních investorů ve zdravotnictví. Proti takovým hrozbám snížení kvality lékárenské péče je nutné se ostře ohradit. Co se týče kvality současné přípravy farmaceutických asistentů, chybí mi vyšší podíl prezenčních absolventů studia, stejně jako oborově zaměřená výuka na středních zdravotních školách. Pravděpodobně je i nedostatečná poptávka možných uchazečů hned po dosažení SŠ vzdělání o studium na této VOŠ, což je možná dané

absencí středoškolské výuky farmaceutických disciplín. Výhodou současného stavu je jedna úroveň farmaceutických asistentů. Je potřeba si říct, že při různých úrovních vzdělání by byly otázkou odlišné kompetence absolventů, ať už směrem dolů nebo nahoru. Současné kompetence farmaceutických asistentek považuji za plně vyhovující. V jejich případě vnímám potřebu rozvoje kontinuálního vzdělávání v oblasti magistraliter přípravy, poradenství a výdeje léčivých přípravků určených k samoléčbě, a potřebu psychologických a komunikačních dovedností.

Mgr. Leona ŠTĚPKOVÁ, Lékárna Medea, Hostomice



Mně osobně připadalo zbytečné měnit čtyřleté středoškolské studium na současný systém. Děvčata studují o tři roky déle a přitom pak v praxi dělají stejnou práci se stejnými kompetencemi za stejné peníze. A osobně nevidím žádný zásadní rozdíl ve vzdělanosti farmaceutických asistentek vystudovaných dříve a nyní. Chápu ale, že návrat ke čtyřletému studiu není jednoduchý, protože kolegyně, které musely chodit do školy sedm let, to budou vnímat jako velkou nespravedlnost.

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



Pojem střední zdravotnický personál je poměrně širokou kategorií pracovníků. Dovolím si však vyjádřit se pouze k farmaceutickým asistentům. Je pozitivní, že farmaceutičtí asistenti mají svůj systém vzdělávání, který umožňuje prohlubovat jejich znalosti a zkušenosti. Nejsem si vědoma závažných nedostatků, které by vyžadovaly výraznější změny jejich vzdělávacího systému. Zajímavé by však bylo zhodnotit kvalitu vzdělávacích aktivit a jejich využitelnost v praxi. Doporučila bych rozšířit motivaci farmaceutických asistentů k dalšímu vzdělávání.

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



Současný systém vzdělávání středního zdravotnického personálu považuji za dostatečný a vyhovující.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

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



Systém vzdělávání středních pracovníků pro lékárny byl vždy velmi kvalitní. Především do roku 1989, tedy do doby, než naše školství postihla „nutnost“ provádět reformy za každou cenu a to co bylo, bylo třeba pokud možno „přeorat“.

Nutno říci, že současný systém VOŠ není špatný, jak však vím, potýká se často s kvalitou studentů. Je nutné si uvědomit, že na VOŠ jdou často ti, kteří se nedostali na žádnou (!) vysokou školu, tedy maturanti, kteří příliš ne-

oplývají znalostmi, snahou a vůbec touhou po vzdělání. Podle sdělení svých kolegů, kteří na tomto typu škol učí, vím, že se to naštěstí zatím příliš netýká vzdělávání v našem oboru. Ale vzhledem k anarchii, která v oblasti vzdělávání v našem státě bují, musíme být velmi ostražití. Viz poslední snahy některých členů PS Parlamentu ČR vizionářsky pomoci farmacii a některým lékárnám a umožnit vykonávat práci lékárenských asistentek i tehdy, pokud nedokončí VŠ vzdělání. Jako by poslanecský mandát obdělil jeho nositele jakousi jasnozřivostí a jasnějším pohledem do budoucna než ostatní.

Zkrátka, změny jsou zcela jistě nutné, ve všem, ale vždy bychom měli brát v úvahu, kdo a proč takové změny navrhuje. A především v současné době musíme být ostražití a připravení. Takže, abych odpověděl na otázku – změny ve farmaceutickém školství v současné době určitě ne. Nejsem totiž přesvědčen o čistotě myšlenek reformátorů.

SLOVO Z PŘEDSTAVENSTVA

Členové o svých aktivitách

Chceme přinést zprávy všech členů představenstva (pokud se mají zájem o své zkušenosti rozdělit), abychom také letos mohli společně sledovat, s jakou dynamikou se jednotlivé aktivity rozvíjejí a jaké mají výsledky.

PharmDr. David OVČAŘÍ

**Vedoucím pracovní skupiny
snadno a rychle**



Během jedné z lednových pozdních nocí mi v poště přišla zpráva kolegyně Mgr. Hojného (jak je jeho dobrým zvykem), oba se na e-mailu často vyskytujeme po půlnoci:

Zkus si nechat projít hlavou – Ty jako osoba odpovědná za vedení PS pro CV.

Že prý je čas „zapráhnout čerstvějšího koně“.

Jako nováček v představenstvu jsem nejprve zdvořile vyjádřil své lehké pochybnosti o správnosti jeho volby. Jenže ono s Michalem Hojným to není jednoduché – když si něco usmyslí, stává se zdravě neodbytným, zakousne se do svého nápadu pevným stiskem pitbulla, a je těžké se vyvléknout. Když k tomu

ještě přidá pár pochvalných a povzbudivých vět, nelze odolat. A tak mi nezbylo, než se toho úkolu po zralé úvaze s pokorou ujmout. Jsem ale nesmírně rád, že vzhledem ke svým obrovským zkušenostem a také z důvodu zachování kontinuity činnosti pracovní skupiny Mgr. Hojný nadále zůstává jejím členem. Zastupováním vedoucího PS jsme pověřili kolegu PharmDr. Aleše Novosádu, zejména na některých osobních jednáních na komoře, kterých se z důvodu mimopražského bydliště nebudu moci zúčastnit.

Touto cestou děkuji jménem celé pracovní skupiny Mgr. Michalu Hojnému za dlouholeté úspěšné vedení Pracovní skupiny pro celoživotní vzdělávání. Budu se snažit alespoň přiblížit jeho kvalitám.

Rád bych také vyzval členy komory, aby se neostýchali podělit se s naší pracovní skupinou nebo oddělením vzdělávání o své nápady a tipy, jak celoživotní vzdělávání ČLnK vylepšit a inovovat či o jaké nové vzdělávací akce je obohatit.

CO ŘEKLA

MUDr. K. Kopečková:

V celé EU je za vzácnou chorobu považována ta, kterou trpí nanejvýš jeden člověk ze dvou tisíc. Některé dříve velmi vzácné choroby ale tuto hranici začínají atakovat, protože se daří vyléčit mnoho pacientů, kteří by dříve zemřeli. Jiní alespoň přežívají déle. Vzácných nemocí neustále přibývá, podle Evropské lékové agentury (EMA) dokonce tempem pět za týden, jelikož stále přesnější a detailnější diagnostika i znalosti genetiky odhalují vnitřní různorodost některých nemocí, dříve viděných jako jeden celek. V současnosti není proti zhruba 95 % vzácných nemocí známá léčba, někdy lék existuje, ale není dostupný pro všechny pacienty.

„Z mého pohledu přetrvává největší překážka, a tou je zdlouhavý proces vstupu léků do systému. Řízení o stanovení úhrady mezi regulátory a pojišťovnami je u orfanů velice dlouhé. Táhne se obvykle dva roky od povolení léku na evropské úrovni. V západoevropských zemích je tato doba mnohem kratší. Pacienti se vzácnými nádory, tzn. mimo jiné všechny nádory u dětí, si nemohou dovolit čekat,“ říká MUDr. Kateřina Kopečková z Onkologické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

V BRATISLAVĚ SE KONALA KONFERENCE V4 PHARMFORUM

Inspirace, trendy a vize v lékárenství

V Bratislavě se ve dnech 23. až 24. března 2017 uskutečnilo setkání představitelů lékárnických komor Slovenska, Maďarska, Polska a České republiky. Českou lékárnickou komoru reprezentovalo pět členů představenstva v čele s prezidentem PharmDr. Lubomírem Chudobou. V rámci tohoto setkání se na půdě Farmaceutické fakulty Univerzity Komenského konala konference V4 pharmFORUM nazvaná Inspirace, trendy a vize v lékárenství.

PharmDr. Martin Kopecký, Ph.D.

Na úvod konference přivítal účastníky prezident Slovenské lékárnické komory **PharmDr. Ondrej Sukeľ**.

Poté vystoupil **PharmDr. Lubomír Chudoba**, který ve své prezentaci na žádost pořadatelů seznámil přítomné s organizační strukturou ČLnK a legislativním vymezením kompetencí komory. Dále hovořil o systému celoživotního vzdělávání v České republice, seminářích a přednáškách, které pořádá ČLnK. Představil rovněž aktuální změny v české legislativě, snahu komory o principiální změnu odměňování lékárenské péče a popsal hlavní problémy, se kterými se potýkají lékárníci v ČR.

Dalším přednášejícím byl viceprezident Polské lékárnické komory **mgr farm. Michal Byliniak**. Nejprve zdůraznil specifické problémy lékárníků v zemích V4 (a obecně centrální a východní Evropy), lišící se od problémů, kterými se zabývají lékárníci ve „starých“ zemích EU. Ve své přednášce představil Polskou lékárnickou komoru. Tvoří ji dvacet regionálních komor, jejichž prezidenti jsou společně s 25 dalšími volenými zástupci členy centrální rady komory, sídlící ve Varšavě. V Polsku pracuje 33 439 lékárníků, z nich kolem 25 tisíc ve veřejných lékárnách a 3 tisíce v nemocničních lékárnách. Celkem je v Polsku 13 518 veřejných lékáren, 284 internetových lékáren, 560 nemocničních lékáren a 1 365 tzv. farmaceutických koutků (v nich nepracuje lékárník a léky na recept vydává farmaceutický asistent). Vlastníkem lékární může být

kdokoliv. Ve všech lékárnách (na jednu připadají v průměru 3 000 obyvatel) jsou stejné ceny Rx léků. V Polsku funguje 545 distributorů léčiv.

Od roku 2012 dochází k posilování řetězců, ačkoliv zde platí pravidlo jednoho procenta. To znamená, že v každém vojvodství může jeden subjekt vlastnit maximálně 1 % z celkového počtu lékáren. V absolutních číslech to znamená maximálně 130 lékáren v celém Polsku. Přesto mnohé subjekty obcházejí zákon a jsou zde řetězce čítající až 600 lékáren. Každoročně přibývá zhruba 200 lékáren, převážně řetězcových na úkor individuálně vlastněných. V roce 2015 zaniklo v Polsku 402 nezávislých lékáren a vzniklo 582 řetězcových lékáren. Vzhledem k neexistenci geografických či demografických pravidel pro vznik přibývají v bezprostředním sousedství původních nové lékární.



PharmDr. Ondrej Sukeľ mj. uvedl, že kvůli nárůstu počtu lékáren na Slovensku je jich kolem 30 procent nerentabilních.

Ve druhé polovině své přednášky Michal Byliniak seznámil auditorium s aktuálními změnami v legislativě, které jsou nyní se zákonodárci diskutovány. Polská komora usiluje o změnu v tom smyslu, aby například novou lékárnou mohl provozovat pouze lékárník. Vlastnictví by mělo být omezeno na čtyři lékárníky na jednoho lékárníka a nastavena geografická (500 m) a demografická (3 000 obyv.) kritéria pro vznik nových lékáren. V případě slučování společností by měla nově vzniklá žádat o nové povolení apod. Podobně jako v České republice dochází v Polsku k lobbingu majitelů řetězců a dokonce i velvyslanectví některých zemí proti těmto změnám – provozovatelem největšího řetězce je izraelská firma. Přesto polští představitelé Ministerstva

Pokračování na další straně



Českou lékárnickou komoru reprezentovalo pět členů představenstva – na fotografii zprava: PharmDr. Lubomír Chudoba, Mgr. Michaela Bažantová, PharmDr. Antonín Svoboda, PharmDr. Jindřich Šmid a PharmDr. Martin Kopecký, Ph.D.

Pokračování z předchozí strany

zdravotnictví zřejmě pochopili, že bezbřehý liberalismus v lékárenství nevede ke zlepšení lékárenské péče.



Podle mag farm. Michała Byliniaka polští představitelé Ministerstva zdravotnictví pochopili, že bezbřehý liberalismus v lékárenství ke zlepšení lékárenské péče nevede.

Vedoucí kompetenčního výboru Maďarské lékárnické komory, **Dr. Balasz Hankó, PhD.**, přítomné seznámil s postupem změn deliberalizace lékárenského prostředí v Maďarsku. Základní myšlenkou jeho prezentace byla nutnost změny vnímání lékárny jako logistického prvku v zásobování obyvatelstva léky na lékárnu, která je pevnou a nezastupitelnou součástí systému péče o zdraví obyvatelstva. Na příkladu Maďarska ukázal, jak konkurence a liberální prostředí v lékárenství v letech 2006 až 2010 vedly nikoliv ke zkvalitnění lékárenské péče, ale naopak ke zhoršení situace. V tomto období mohl lékárnu otevřít kdokoli a kdekoli a zmizela také osobní zodpovědnost lékárníka za chod lékárny, neboť jeden provozovatel mohl mít jednu zodpovědnou osobu pro celý řetězec. Po čtyřech letech fungování „neviditelné ruky trhu“ vznikl nadbytečný počet lékáren ve městech, zanikaly lékárny ve venkovských oblastech, došlo k poklesu ekonomického výkonu a rentability lékáren, což se také projevilo ve snížené kvalitě poskytování lékárenských služeb – např. k úbytku magistraliter přípravy v lékárnách.

Od roku 2010 proto začali pracovat na změnách, které byly završeny letos 1. ledna. Podařilo se jim, jako první zemi

v EU, přesvědčit politickou reprezentaci, že je třeba změn nikoliv kvůli zájmu lékáren, ale aby stát zajistil lékárenskou péči pro obyvatelstvo. Došlo k regulaci živelného vzniku lékáren a návratu osobní zodpovědnosti lékárníka za chod každé lékárny (odborný, ale také ekonomický). Pro vznik lékáren byla zavedena geografická a demografická pravidla. Postupně musel lékárník vlastnit 25% podíl (od roku 2014) a nejméně 51% podíl ve společnosti provozující lékárnu (od 1. 1. 2017). Tuto podmínku splnily postupně všechny lékárny v Maďarsku – kromě jedné velké lékárny v centru Budapešti, která byla následně pro nesplnění podmínek uzavřena.

Pro převod majetkových podílů na lékárníky byly vytvořeny i ekonomické podmínky, např. možnost čerpání výhodných úvěrů, pravidlo pro nabídku odprodeje konkrétní lékárny nejprve zaměstnancům apod. Na novou lékárnu jsou vyhlašovány tendry, jejichž vítězem by se měl stát ten, kdo nabídne lepší servis a služby. V Maďarsku jsou např. stanovena pravidla pro počet lékárníků a farmaceutických asistentů v lékárně v závislosti na počtu receptů expedovaných v lékárně.



„V Maďarsku má expedující lékárník možnost nahlédnout se souhlasem pacienta do jeho lékové historie,“ řekl Dr. Balasz Hankó, PhD.

Na závěr své přednášky Balasz Hankó poukázal též na rozvoj lékárenských služeb, které nyní poskytují lékárny. Expedující lékárník má možnost nahlédnout se souhlasem pacienta do jeho lékové historie až jeden rok do minulosti. V současné době tvoří 25 % příjmu lékáren odměna za poskytované služby a 75 % odměny pochází z marže.

PharmDr. Ondrej Sukeľ pak seznámil účastníky s historickým vývojem legislativy týkající se lékáren od 50. let po současnost. V současné době na Slovensku může lékárnu vlastnit kdokoli stejně jako v ČR. Nekontrolovaný nárůst počtu lékáren vedl k tomu, že kolem 30 % lékáren je nerentabilních a ekonomicky jsou ve ztrátě. To byl také jeden z důvodů, proč se slovenské lékárny věnovaly reexportní činnosti. Zmínil se o projektu Nedostupné léky, kde díky hlášení lékáren pomocí webové aplikace bylo možné zmapovat, které léky chybí ve slovenských lékárnách. Od 1. 1. 2017 platí zákaz reexportů pro lékárny, který se pravděpodobně projeví v průběhu tohoto a příštího roku také na počtu lékáren na Slovensku. Prvním důsledkem nové právní úpravy reexportů je nižší počet hlášení lékáren o výpadech léků.

Slovenská lékárnická komora se snaží představit farmaceuta jako zdravotníka. Jako profesi, která pomáhá lidem. Pořádá osvětové kampaně zaměřené na veřejnost – Kto má klíče od skrinky s jedmi; Dieťa nie je malý dospelý; Lieky počas dojčenia; Interakcie liekov.

V závěrečné prezentaci se **doc. Tomáš Tesař**, hlavní odborník Ministerstva zdravotnictví SR pro odbor lékárenství, zaměřil na hodnocení nových léčiv a technologií zaváděných do medicíny v rámci EU i jednotlivých zemí. Zdůraznil, že na Slovensku probíhá transparentní proces pro stanovení úhrady léků a doplatky na léky jsou ve všech lékárnách stejné, což platí i v Polsku a Maďarsku.



Konference V4 pharmFORUM Inspi-rance, trendy a vize v lékárenství byla velmi přínosná. Ukázala na příkladech okolních zemí, že české zdravotnictví kvůli liberálnímu přístupu k lékárenské péči zatím nedokáže využít potenciál a vzdělání farmaceutů a preferovat osobní zodpovědnost a nezávislost lékárníka jako majitele lékárny. Základní myšlenkou konference se ukázala nutnost neustále přesvědčovat představitele státní správy o tom, že lékárna není pouze součástí logistického řetězce v zásobování obyvatelstva léčivy, ale že zaměstnanci lékáren mají nezastupitelnou roli v systému péče o zdraví obyvatelstva. Lékárna je nejnázde dostupné zdravotnické zařízení. Lékárna je zde pro pacienty.

PharmDr. ONDREJ SUKEĽ NEJEN O TRENDECH V LÉKÁRENSTVÍ

Naše negativne špecifiká by mali byť celoeurópskou témou



V rámci nedávneho setkání představitelů lékárnických komor zemí V4, které se uskutečnilo v Bratislavě, položila redakce ve spolupráci s redakční radou ČČL účastníkům několik otázek. Jako první odpověděl prezident Slovenské lékárnické komory PharmDr. Ondrej Sukeľ.

■ **Je v jednotlivých lékárnách stejná spoluúčasť (doplatek) na konkrétní lék? Pokud se liší, jsou rozdíly stejné jako v České republice velké?**

V procese kategorizácie sa určuje výška úhrady zdravotnej poisťovne a výška doplatku pacienta. Lekáreň je oprávnená doplatok znížiť maximálne do výšky 50 % v prípade, ak si zaúčtuje nižšiu maržu. V prípade, ak je cena lieku nižšia z dôvodu zníženia ceny výrobcu či distribútora, pomerne sa zníži aj úhrada poisťovne aj doplatok.

Teda – doplatky pacienta nie sú predmetom konkurenčného boja a ich znižovanie je v hypotetickej rovine, nie pravidlo.

■ **Které náležitosti u vás obsahuje recept a jak dlouhou má platnost?**

Povinné údaje lekárskeho predpisu sú nasledovné:

- meno, priezvisko, adresu bydliska a rodné číslo pacienta; kód zdravotnej poisťovne, v ktorej je pacient poistený
- názov liečiva (účinnnej látky), veľkosť dávky, liekovú formu a počet dávok v prípade, že je účinná látka uvedená v prílohe zákona. Ide o väčšinu liekov.

Ostatné lieky sa predpisujú firemným názvom.

- počet balení, dávkovanie
- kód lekára, kód poskytovateľa
- dátum predpisu
- diagnóza (diagnózy)

■ **Můžete sdělit, jaké máte u vás zkušenosti s prodejem konkrétního léku Adipex?**

Adipex nie je v SR registrovaný.

■ **Jak vidíte problém reexportů a s tím spojený nedostatek některých léků pro vaše pacienty?**

Problém dosahoval kritickú úroveň a aj vďaka iniciatíve SLeK došlo k novelizácii zákona. Zákon splnil svoj účel a v súčasnosti nemáme problémy s dostupnosťou liekov.

■ **Jak vnímáte současné postavení a také budoucnost nezávislých lékárníků? Mají šanci na přežití, nebo bude za čas patřit pouze těm nemocničním a řetězcovým?**

Súčasnú postavenie je v dôsledku legislatívy z roku 2004 veľmi zlé a spôsobili dokonca takmer úplnú likvidáciu

nemocničného lekárstva. Skúsenosti z Maďarska však sú dôvodom pre optimizmus.

■ **Může být i v dnešní době odosobněné a přetechizované medicíny lékárník váženu profesí? Co pro to může sám udělat?**

Rok 2016 Slovenská lekárnická komora definovala motto Lekárnik ako pomáhajúca profesia. Musíme ako jednotlivci aj ako stavovská organizácia cieľavedome pracovať na zvyšovaní odborných kompetencií lekárníkov a prezentácii pozitívnych aktivít smerom k verejnosti.

■ **Jsou členové lékárnické komory u vás dostatečně aktivní? Co očekávají od představitelů komory a v čem by sami měli být aktivnější?**

Líši sa to v závislosti od regiónov. Sú regióny, ktoré pravidelne organizujú vzdelávacie podujatia, stretávajú sa, komunikujú a dokážu aktívne komunikovať svoje aktivity smerom k vedeniu komory. Sú však aj pasívne regióny,

Pokračování na další straně



Snímek z nemocniční lékárny ve Středoslovenském ústavu srdečních a cévních chorob v Banské Bystrici (nemocniční lékárna má oddělení s výdejem léků veřejnosti) nám poskytla redakce časopisu LEKÁRNICKÉ LISTY.

Pokračování z předchozí strany

ktoré majú problém usporiadať voľby. Prezídium komory pravidelne oslovuje farmaceutov formou dotazníkov za účelom dôkladného poznania záujmov a postojov členov.

Niektoré očakávania sa stali základom konkrétnych projektov (semináre IPL, projekt venovaný interakciám liekov, projekt Mladá komora), niektoré sú nereálne (zamedzenie otvárania nových lekární, odoberanie licencií apod.).

■ **Jaké vzťahy máte s predstaviteľmi štátní správy a volenými politickými predstaviteľmi ve vaší zemi? Jsou odůvodněné připomínky profesní komory brány na zřetel při tvorbě relevantní legislativy?**

Na rozdiel od minulých rokov je súčasná komunikácia s ministerstvom či poslancami zdravotníckeho výboru výborná a konštruktívna. Napríklad novela zákona o liekoch riešiaci reexport je výsledkom takejto komunikácie a spoločnej aktivity. O širokom konsenze sved-

čí aj to, že bola prijatá hlasmi 126 poslancov (zo 150).

■ **Je ve Slovenské republice v případě slevy, poskytnuté na léčiva hrazená ze zdravotního pojištění, snížen pouze doplatek pro pacienta, nebo je lékárna současně povinna proporcionálně snížit i částku požadovanou v rámci úhrady od pojišťovny?**

Zľavy sa u nás neuplatňujú, napriek tomu, že legislatíva umožňuje v prípade zníženia marže lekárne odpustiť 50 % doplatku. V prípade, ak cenu zníži distribútor či výrobca, je potrebné pomerne znížiť aj úhradu poisťovne, čím sa znížovanie doplatkov stáva neatraktívnym a nevyhodným.

■ **Jaké jsou v současnosti převládající trendy v lékárenství u vás? (ne/limitované sítě, řetězce...)**

Komercia. Siete bez akýchkoľvek limitov, výrazne nízke kompetencie lekárníkov, častokrát odborný zástupca je iba formálna funkcia, pričom sa v poslednej dobe prejavuje „aktivita“ dôchodcov, na ktorých licencie sú otvárané lekárne.

■ **V čem jsou si lékárenství v zemích V4 blízká? Jak se můžeme přiblížit vyspělé Evropě?**

Tradícia, historické korene. Mali by sme spoločne a aktívne komunikovať smerom k PGEU naše špecifiká (zvlášť negatívne) a urobiť z nich celoeurópsku tému.

■ **Jak vnímali a vnímají profesní lékárníka pacienti ve vaší vlasti před 25 lety a jak dnes?**

Som presvedčený, že vnímanie farmaceuta sa zlepšuje. Jednak sú pacienti vzdelanejší a zároveň lekárnici majú širšie možnosti (viac OTC liekov, doplnkový sortiment, doplnky výživy...) ako pomôcť pacientovi.

■ **Které základní kroky podle vašeho názoru čeká PGEU v horizontu tří let?**

Implementácia FMD smernice, zavedenie testu proporcionality do regulácie povolání, elektronické služby v zdravotníctve, cezhraničná zdravotná starostlivosť.

Děkujeme za rozhovor.

15. Sächsischer Apothekertag

První dubnovou sobotu jsme se s kolegou PharmDr. Jindřichem Šmídem na pozvání Friedemanna Schmidta, prezidenta Saské lékárnické komory a zároveň prezidenta zastřešující celoněmecké profesní asociace ABDA, zúčastnili výročního shromáždění našich kolegů ze Saska. Místem setkání bylo netradičně drážďanské letiště.

V části vstupního terminálu, kde se jinak pořádají výstavy, bylo instalováno pódium a prostor konference vkusně ohraničen. Výběr a důstojný vzhled místa pochválila i Barbara Kapsch, saská státní ministryně pro věci sociální a ochranu spotřebitelů, která navázala na hostitele prezidenta Schmidta ve své slavnostní uvítací řeči. Přítomnost nejvyšších představitelů státní administrativy je v Německu samozřejmostí. Ve svých vystoupeních projevují hluboké vedomosti o projednávaných tématech a nikdy nezapomenou oceniť náročnosť našej profese a od srdca všetkým lekárníkom podakovať. Bez nich by si funkčný systém nemeckej zdravotní péče nedovedla predstaviť ani Barbara Kapsch. Poradenství a odborné služby lekáren považuje za dôležité nejen z dôvodů stoupajících nároků ze strany stárnoucí

populace. V této souvislosti považuje za nutné diskutovat o rozvoji dalšího vzdělávání a uplatnění lekárníků.

Dopolední diskusní blok zahájil svou prezentací Fritz Jaeckel, saský státní ministr pro Spolkové a Evropské záležitosti. Mimo jiné se tvrdě oprel do nadnárodních farmaceutických gigantů, jejichž „vyjednávaní“ ohľadně cen léčiv označil místy až za vydírání. Odsoudil také obchodnické manýry výrobců v kauzách typu „off label“ používání léku Avastin v indikaci věkem podmíněně makulární degenerace. Za nezbytné dále považuje, aby pravidla nemeckého systému cen a úhrad léků platila i pro subjekty, které se snaží nemeckým pacientům dodávat léky ze zahraničí. Přednost ale nadále musí mít osobní přístup a kvalitní poradenství lekárníků. Zásilkové lékárný typu DocMorris je nahradit nemo-

hou. A Evropská unie v tomto podle něj nemůže Německu nic nařizovat, tzn. ani zakázat pevné ceny Rx léků.

S navazující přednáškou vystoupil profesor Klaus Rennert, prezident Spolkového správního soudu. Podtrhnul nutnost zachovat formu svobodného výkonu povolání a osobní zodpovědnost lekárníků. Ti si také, na rozdíl od stále více se specializujících lékařů, musí zachovat všeobecný přehled a spoluodpovídat za bezpečnou farmakoterapii. Léky nejsou zbožím běžného charakteru. Naopak se cení jejich střídmé a účelné užívání a pacienti by si je neměli objednávat přes internet. Každá liberalizace má vedlejší nežádoucí účinky, pro řadu témat nemůžeme akceptovat „evropské brýle“. Nesouhlasí s bezbřehým přesouváním kompetencí a odpovědností na bruselské instituce. Občané budou nadále za zodpovědné považovat politické představitele své vlastní země. Německo musí podle jeho vyjádření výrazně přispět ke zlepšení „evropských procedur“, což ale nepůjde hned.

Následné panelové diskuse se spolu s nimi zúčastnili další tři diskutující – Ilka Wölfle, ředitelka Úřadu evropského zastoupení německého sociálního pojištění, Jens Gobrecht, vedoucí Evropské kanceláře ABDA v Bruselu, a Maximin Liebl, prezident Italské lékárnické komory pro region Jižního Tyrolska. Mottem diskuse bylo téma dalšího směřování Evropy v oblasti zdravotní politiky, která se zdá být „na rozcestí“. Téma, které zatím v českých politických kruzích moc nerezonuje. Hlavní rozpor byl diskutujícími spatřován mezi obecně deklarovanou nezávislostí a odpovědností každé členské země Evropské unie za uspořádání, podmínky a pravidla národního zdravotnického systému a na druhé straně za různá legislativní omezení nebo „liberalizační tendence“, které se snaží Evropská komise nebo Evropský soudní dvůr vnucovat jednotlivým členským zemím. Současná negativní zkušenost německých kolegů je spojena se zásilkovým obchodem s léčivými přípravky na předpis prostřednictvím zahraničních subjektů. Německá



administrativa sice aktuální návrh spolkového ministra zdravotnictví nakonec nepodpořila, němečtí kolegové ale ne-rezignovali. Další podporu jim představitelé státu přislíbili přímo na jejich sobotním jednání.

Jsem rád, že představitelé nejsilnější

evropské ekonomiky se intenzivně věnují tématu nadřazenosti národních systémů zdravotnictví. Považuji to za klíčové i pro budoucí organizaci, kompetence a odměňování lékárenské péče v rámci členských zemí EU.

PharmDr. Lubomír Chudoba

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v březnu 2017

Zrušená osvědčení

259/1993 Mgr. Marie Matyášová, lékárna, sídl. 1. máje 457, Rokytnice v Orlických horách
 334/1993 PharmDr. Věra Šigutová, Lékárna Remedia, Nádražní 398, Frýdlant nad Ostravicí
 82/1994 Mgr. Radmila Jeníčková, Lékárna Bítýška, Na Městečku 525, Veverská Bítýška
 196/1996 Mgr. Olga Salášková, Lékárna Luže, nám. plk. Koukala 33, Luže
 226/2001 PharmDr. Božena Vaňková, TILIA APOTHEKA, Větrná 1467, Uherské Hradiště
 99/2002 Mgr. Lenka Musilová, TARA, s. r. o., Jiráskova 663, Heřmanův Městec
 61/2007 RNDr. Eva Koutníková, Lékárna U Lidušky, Nad Malým mýtem 1747/2b, Praha 4 - Braník
 114/2007 Mgr. Jitka Pejcharová, Lékárna Starochodovská, Starochodovská 684, Praha 4
 210/2007 Mgr. Jan Petričko, Lékárna Na Pankráci, Na Pankráci 40/999, Praha 4
 391/2007 PharmDr. Milena Benešová, Lékárna U kaštanu, Bělohorská 132, Praha 6
 21/2009 Mgr. Jiřina Růžičková, Lékárna sv. Josefa, Jablunkovská 1916, Český Těšín
 59/2009 Mgr. Jitka Bečvářová, Lékárna, Hradecká 600, Stod
 324/2009 PharmDr. Věra Obrová, Lékárna U Lípy, Březenecká 4804, Chomutov
 193/2010 Mgr. Hana Hlavsová, Lékárna U Gery, Alej svobody 55, Plzeň

286/2010 PharmDr. Dana Chládková, Nová lékárna, Komenského 11, Polička
 341/2010 PharmDr. Ladislav Hanák, LÉKÁRNA ECONOMY, tř. T. Bati 398, Zlín
 124/2011 PharmDr. Michaela Faktorová, Lékárna u Zeleného hada, Hradební 156, Nové Hradky
 461/2011 Mgr. Stanislava Retyková, Lékárna Magnolie, Husova 1205, Přeštice
 34/2012 PharmDr. Eva Rusková, Lékárna MEDICA, 8. pěšího pluku 85, Frýdek-Místek
 35/2012 Mgr. Martin Šícha, BENU Lékárna, Černovická 5430, Chomutov
 73/2013 Mgr. Radovan Kramář, Lékárna Obzor, Fillova 260/1, Brno-Lesná
 74/2013 Mgr. Radovan Kramář, Pharmacorp CZ, s. r. o., Fillova 260/1, Brno
 132/2013 PharmDr. Lada Machová, Lékárna U nádraží, Sady 28. října 5, Břeclav
 277/2013 PharmDr. Šárka Babisztořová, Lékárna U Herkula, Fintajslava 52, Břeclav
 549/2013 Mgr. Stanislava Retyková, Lékárny PhMr. L. Mráze, s. r. o., Husova 1205, Přeštice
 679/2013 PharmDr. Věra Obrová, TILIAPHARM, s. r. o., Březenecká 4804, Chomutov
 1033/2013 PharmDr. Edita Molnářová, BENU Lékárna, Olomoucká 4619/120, Prostějov
 1210/2013 PharmDr. Pavel Nakládal, Lékárna U sv. Anny, Rohle 55, Rohle

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

1234/2013 PharmDr. Lucie Šantavá, Ph.D., Lékárna AVE s. r. o., tř. Kosmonautů 1082/29, Olomouc

1317/2013 PharmDr. Monika Pešlová, Lékárna Živa, Mírová 119, Ždírec nad Doubravou

1402/2013 Mgr. Alena Predmerská, Dr. Max LÉKÁRNA, Kubánské nám. 5, Praha 10

1403/2013 Mgr. Alena Predmerská, Česká lékárna holding, a. s., Nové sady 996/25, Brno

150/2014 Mgr. Vladislava Bednaříková, Lékárna U raka, Mikulovská 151, Valtice

151/2014 Mgr. Vladislava Bednaříková, XITA, s. r. o., Krymská 238/18, Praha 10

13/2015 PharmDr. Dana Nidetzská, Lékárna Neopharm Štefánikova, Štefánikova 338/41, Praha 5

146/2015 Mgr. Oldřich Bocek, Lékárna Pod Helfenburkem, náměstí Míru 15, Bavorov

518/2015 Mgr. Hana Belanská, Lékárna Letmo, Nádražní 2a, Brno

519/2015 Mgr. Hana Belanská, Rent-Pharm, a. s., Žabovřeská 68/4, Brno

754/2015 PharmDr. Marie Brandejsová, Lékárna U Svaté Terezie, Tyršova 866, Náchod

832/2015 Mgr. Ludmila Spáčilová, Lékárna Canadian Medical Care, V Parku 2308/8, Praha 4

1/2016 PharmDr. Lenka Bártková, Lékárna BENU Olympia, U Dálnice 777, Modřice

2/2016 PharmDr. Lenka Bártková, Althea Pharm, s. r. o., Strojnická 374, Český Těšín

14/2016 PharmDr. Eva Matušková, Lékárna Vinohrady, Velkopavlovická 25, Brno

15/2016 PharmDr. Eva Matušková, Althea Pharm, s. r. o., Strojnická 374, Český Těšín

22/2016 Mgr. Pavel Veselý, Dr. Kulich Pharma, s. r. o., Piletická 178/61, Hradec Králové

146/2016 Mgr. Jitka Kovářiková, Arlego, s. r. o., Lázeňská 191, Konstantinovy Lázně

162/2016 Mgr. Eva Venzhöferová, Dr. Max LÉKÁRNA, Volgogradská 2972, Tábor

182/2016 PharmDr. Michal Kolorz, Dr. Max LÉKÁRNA, Kubíčkova 1080/6, Brno

258/2016 Mgr. Hana Žárská, Lékárna Atrium, Černokostelecká 2555/22A, Říčany

278/2016 Mgr. Lenka MIMOCHODKOVÁ, Lékárna Spektrum, Obchodní 113, Čestlice

279/2016 Mgr. Lenka MIMOCHODKOVÁ, G-FAM, s. r. o., Želetavská 1447/5, Praha 4

374/2016 Mgr. Iva Čejková, Pilulka Lékárna, Vinohradská 1713/196, Praha 3

375/2016 Mgr. Iva Čejková, Pilulka Lékárny, a. s., Rosická 653, Praha 9

468/2016 Mgr. Oldřiška Nakládalová, Lékárna U sv. Anny, Rohle 55, Rohle

517/2016 PhMr. Jana MOURALOVÁ, Lékárna Na zdraví, Dukelských hrdinů 691/33, Praha 7

622/2016 PharmDr. Jana Peržinová, TETA Lékárna, Nádražní 1759, České Budějovice

623/2016 PharmDr. Jana Peržinová, Teta drogerie a lékárny ČR, s. r. o., Poděbradská 1162, Šestajovice

633/2016 Mgr. Marie Svobodová, Lékárna VISLA, Zhořelecká 514/2, Praha 8

647/2016 Mgr. Jitka Bílá, Dr. Max LÉKÁRNA, Zápská 2600, Brandýs nad Labem

701/2016 PharmDr. Monika Hájková, Lékárna Nová poliklinika, Elišky Přemyslovny 1325, Praha 5

702/2016 PharmDr. Monika Hájková, MERAK pharm, s. r. o., Elišky Přemyslovny 1325, Praha 5

765/2016 PharmDr. Petra Kyselová, Lékárna U lávky, Ke Koulce 7, Praha 5

766/2016 PharmDr. Petra Kyselová, ANIMA Medical, a. s., Nerudova 209/10, Praha 1

815/2016 PharmDr. Markéta Rolencová, Lékárna U nádraží, Masarykova 37, Brno

30/2017 Mgr. Jindřiška Bielníková, Dr. Max LÉKÁRNA, Nádražní 286/20, Praha 5

33/2017 PharmDr. Jana Kobiláková, Lékárna U sv. Antonína, Strossmayerovo nám. 6, Praha 7

48/2017 RNDr. Jitka Schützová, Lékárna Poliklinika Barrandov, Krškova 807/21, Praha 5

49/2017 RNDr. Jitka Schützová, G – FAM, s. r. o., Želetavská 1447/5, Praha 4

62/2017 Mgr. Martina Beranová, G - FAM, s. r. o., Želetavská 1447/5, Praha 4

104/2017 PharmDr. Petr Kucharčík, Lékárna Velešín, Budějovická 148, Velešín

Vydaná osvědčení

VEDOUcí LÉKÁRNÍK

106/2017 Mgr. Pavlína Bahenská, Lékárna Benu, Hlavní 120, Opava, poskytovatel: La Perfezione s. r. o.

107/2017 Mgr. Marie Bartošová, Lékárna Alma, Tepelská 867/3a, Mariánské Lázně, poskytovatel: Lékárna Alma ML s. r. o.

108/2017 PharmDr. Ludmila CACHNÍNOVÁ, Lékárna Centrum, Štefánikova 1159, Kopřivnice, poskytovatel: SANETERRA s. r. o.

109/2017 Mgr. Dušan Dostál, Dr. Max LÉKÁRNA, Okružní 3368/7, Ústí nad Labem, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

110/2017 PharmDr. Vladimír Finsterle, Lékárna, Pardubická 528, Chrudim, poskytovatel: PEARS HEALTH CYBER, s. r. o.

112/2017 Mgr. Hana Hadravová, Pilulka Lékárna, Žižkova 282, Český Brod, poskytovatel: Pilulka Lékárny, a. s.

114/2017 PharmDr. Alena Haunerová, BENU Lékárna U Divadla, Wilsonova 596, Slaný, poskytovatel: Dalufru, s. r. o.

116/2017 Mgr. Eva Hladílková, Dr. Max LÉKÁRNA, Pavlovická 49/18, Olomouc-Bělidla, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

117/2017 Mgr. Eva Hüblová, Lékárna Arnika, Masarykova 1293, Česká Třebová, poskytovatel: LÉKARNA ARNIKA ČT s. r. o.

119/2017 PharmDr. Eliška Jandlová, Lékárna na náměstí, B. Němcové 282, Slavkov u Brna, poskytovatel: Lékárna Slavkov s. r. o.

120/2017 Mgr. Lukáš Koblasa, Lékárna U Svaté Terezie, Tyršova 866, Náchod, poskytovatel: Apatykárna s. r. o.

121/2017 Mgr. Martina Kostecká, Nemocniční lékárna Čs. armády 1076, Ústí nad Orlicí, poskytovatel: Nemocnice Pardubického kraje a. s.

123/2017 Mgr. Beata Kukuczka, Lékárna sv. Josefa, Jablunkovská 1916, Český Těšín, poskytovatel: Lékárna sv. Josefa, s. r. o.

124/2017 Mgr. Karel Lacheta, Lékárna Mšeno, Na Skaličkách 31, Mšeno, poskytovatel: TREVIN Pharm s. r. o.

126/2017 Mgr. Jan Petričko, Lékárna Na Pankráci, Na Pankráci 40, Praha 4 - Pankrác, poskytovatel: Gallipot s. r. o.

128/2017	Mgr. Soňa Picková, BENU Lékárna, Svatovítské nám. 880, Pelhřimov, poskytovatel: BENU Česká republika a. s.	Ostrava-Poruba, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.	
129/2017	PharmDr. Jiří Plášek, Krátká 4088/2, Hodonín, poskytovatel: Teta drogerie a lékárny, ČR, s. r. o.	151/2017	Mgr. Monika Davidová, Lékárna U Zámečku, Dolní 3034/101, Ostrava-Zábřeh, poskytovatel: BIG mall, s. r. o.
131/2017	RNDr. Jaroslav Scheidel, Lékárna Na Poliklinice, Legií 765, Nová Paka, poskytovatel: Lékárna U Zlaté číše, s. r. o.	153/2017	Mgr. Alena Dvořáková, Holešovická lékárna, Tovární 1342/12, Praha 7, poskytovatel: Damiana s. r. o.
132/2017	Mgr. Michaela Stavinohová, Lékárna LUNAKROM MORAVIA s. r. o., Moravská 797, Chropyně, poskytovatel: LUNAKROM MORAVIA s. r. o.	154/2017	Mgr. Daniela Havlíková, Lékárna Magnolia, 28. října 2658/155, Ostrava-Mariánské Hory, poskytovatel: Primula Pharma s. r. o.
144/2017	PharmDr. Vladislava Stehlíková, Lékárna Na středisku, Záhumenní 1477, Kopřivnice, poskytovatel: SANETERRA s. r. o.	155/2017	Mgr. Miroslava Jirka, Dr. Max LÉKÁRNA, Národní 35, Praha 1, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
133/2017	PharmDr. Ladislav Szentiványi, Lékárna PRIVAMED, Kotíkovská 19, Plzeň, poskytovatel: PRIVAMED a. s.	157/2017	PharmDr. Tomáš Jiřík, Lékárna Na Osmém, A. Bejdové 1810/10, Ostrava-Poruba, poskytovatel: Althea Pharm s. r. o.
135/2017	Mgr. Dagmar Štrambachová, Lékárna AVE s. r. o., Krátká 2, Šumperk, poskytovatel: Lékárna AVE s. r. o.	159/2017	Mgr. Nela Kendziorová, Dr. Max LÉKÁRNA, Gmelova 2032/2, Ostrava, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
136/2017	PharmDr. Eva Švandrlíková, Lékárna U anděla strážce, U Nemocnice 128, Domažlice, poskytovatel: Lékárna U zlatého jelena s. r. o.	160/2017	PharmDr. Hedvika Kozáková, Lékárna Neopharm Komunardů, Komunardů 40, Praha 7, poskytovatel: Pražská lékárnická s. r. o.
138/2017	PharmDr. Božena Vaňková, TILIA APOTHEKA, Větrná 1467, Uherské Hradiště, poskytovatel: TILIA APOTHEKA s. r. o.	161/2017	Mgr. Anna Leškevičová, Lékárna MEDIFIN, Počernická 699/62e, Praha 10, poskytovatel: Medifin a. s.
177/2017	Mgr. Dagmar Veselá, TETA Lékárna, Východní 1352, Staré Město, poskytovatel: Teta drogerie a lékárny ČR s. r. o.	163/2017	PharmDr. Jaroslava Matoušková, Lékárna Vicaria, Žatecká 41/4, Praha 1, poskytovatel: R-MARK, s. r. o.
139/2017	Mgr. Kateřina Votápková, Lékárna U Pošty, Dobšova 85, Kamenice nad Lipou, poskytovatel: MANZA Pharm, s. r. o.	166/2017	PharmDr. Lea Messany Rochlitz, Lékárna 6ka, Fajtlova 1, Praha 6, poskytovatel: Sanabilis, s. r. o.
141/2017	Mgr. Martina Wybraniecová, Lékárna Magnolia, Hlučínská 183/126, Ludgeřovice, poskytovatel: Magnolia Pharm s. r. o.	168/2017	Mgr. Vítězslav Mizera, Lékárna Galenika, Radimova 2322/40, Praha 6, poskytovatel: Fagron Lékárna Holding s. r. o.
142/2017	Mgr. Hana Žárská, Lékárna Atrium, Černokostelecká 2555/22A, Říčany, poskytovatel: Happy Pharm, s. r. o.	170/2017	Mgr. Radek Pokorný, Dobřichovická lékárna, Palackého 541, Dobřichovice, poskytovatel: HAVRA NZ, s. r. o.
145/2017	PharmDr. Josef Bakeš, Ph.D., Ústavní lékárna Masarykovy nemocnice PRIVAMED, s. r. o., Dukelských hrdinů 200, Rakovník, poskytovatel: Masarykova Nemocnice PRIVAMED, s. r. o.	172/2017	RNDr. Jiří Skořepa, Lékárna Jaromírova, Jaromírova 484/37, Praha 2, poskytovatel: PHARMAMEDIA s. r. o.
147/2017	Mgr. Michaela Bilíková, BENU Lékárna, K. Čapka 84/6, Bruntál, poskytovatel: DVF Trade, s. r. o.	174/2017	Mgr. Zuzana Valentová, Dr. Max lékárna, Krkonošská 668, Tanvald, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
149/2017	PharmDr. Veronika Braunová, Dr. Max LÉKÁRNA, nám. Václava Vacka 6043/23,	175/2017	PharmDr. Olga Winklerová, Lékárna BENU, Chlumova 206/21, Praha 3, poskytovatel: SUCCESLAND, s. r. o. (člnk)

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE (za podpory společnosti Teva)

Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky. Účastnický poplatek uhradíte 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 nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek).

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.

KVĚTEN

St 3. 5. Pardubice (kód akce: 17023)

Krajská nemocnice Pardubice, začátek v 18.00 hodin
GIT III

Anotace: DRP u onemocnění jater a žlučových cest (biliární dyspepsie) poruchy slinivky břišní (poruchy trávení) a idiopatické střevní záněty (vleklý průjem).

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,
MUDr. Tomáš Vaňásek, Ph.D.

St 10. 5. Tábor (kód akce: 17060)

Ekonomická fakulta JČU, začátek od 17.30 hodin

Lékové problémy v kazuistikách z interních oborů

Lektoři: PharmDr. Kristina Pechandová, Ph.D.,
MUDr. Josef Linhart

So 13. 5. Plzeň (kód akce: 17083)

FN Plzeň Bory, Edvarda Beneše 13, seminární místnost pavilonu 4, začátek v 10 hodin

Kazuistiky z urologie – současné přístupy a možnosti léčby

Anotace: Onemocnění urogenitálního traktu, močové infekce, současné přístupy k léčbě.

Lektoři: Mgr. Ladislav Ruman,
PharmDr. Petr Červený, Ph.D.,
MUDr. Ivan Trávníček

Po 15. 5. Praha (kód akce: 17024)

Pavilon B. Braun Dialog, Budínova 2464/2b, začátek v 17.30 hodin

Léčiva ovlivňující glykémii

Anotace: Seminář bude zaměřen na metabolické nežádoucí účinky léčiv (konkrétně ovlivnění glykémie), a to zejména u léčiv jiných skupin než klasická antidiabetika a inzulinů.

Lektoři: PharmDr. Jitka Rychlíčková,
MUDr. Hana Suchánková

St 17. 5. České Budějovice (kód akce: 17061)

METROPOL, spol. s r. o., začátek v 17.30 hodin

Lékové problémy v kazuistikách z interních oborů

Lektoři: PharmDr. Kristina Pechandová, Ph.D.,
MUDr. Josef Linhart

Čt 18. 5. Hodonín (kód akce: 17025)

Nemocnice Hodonín, jídelna, začátek v 18.00 hodin

Lékové problémy při léčbě arteriální hypertenze II

Anotace: Léky pro arteriální hypertenzi mohou vyvolat mnoho NÚ a bude diskuze, jak je minimalizovat.

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

So 20. 5. Teplice (kód akce: 17062)

Vojenská lázeňská léčebna, kavárna, Svatopluka Čecha, začátek v 10.00 hodin

Kazuistiky z interních oborů – antiagregace, antiagregace

Anotace: Použití antiagregancií/antikoagulancií, lékové interakce s důrazem na antibiotika.

Lektoři: Mgr. Kateřina Langmaierová,
Mgr. Renáta Kuželová, MUDr. Petr Tamler

Út 23. 5. Brno (kód akce: 17090)

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

Poruchy spánku

Anotace: Výskyt poruch spánku souvisí s aktuálními stresovými událostmi a sociálním zázemím každého člověka.

Poruchy spánku jsou součástí dalších komorbidit. Kvalitu spánku můžeme ovlivnit režimovým opatřením i farmakologicky. V semináři se zaměříme na možné NÚ léčiv, které negativně ovlivňují spánek i vhodně volenou terapii insomnie.

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

St 24. 5. Praha (kód akce: 17026)

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

Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění v kazuistikách XIII: NOAC II

(opakování z 29. 3. a 6. 4. 2017)

Anotace: V úvodu semináře budou krátce připomenuty základní farmakologické vlastnosti NOAC. Následovat budou kazuistiky zaměřené na převod z NOAC na warfarin, lékové interakce NOAC. (Přihlásit se mohou i kolegové, kteří se neúčastnili semináře NOAC I.)

Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová,
MUDr. Jaroslav Brotánek

St 24. 5. Hradec Králové (kód akce: 17076)

Lékárna FNHK, začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky na téma geriatrie II

Lektoři: PharmDr. Pavlína Pastyříková,
PharmDr. Petra Šubrtová,
PharmDr. Martina Maříková

So 27. 5. Hradec Králové (kód akce: 17082)

FaF UK, seminární místnost, Zahrada léčivých rostlin, začátek v 9.00 hodin

Aspekty léčby glukokortikoidy u revmatických onemocnění

Anotace: Racionální používání glukokortikoidů vč. managementu rizik u různých typů revmatických onemocnění a skupin pacientů.

Lektoři: PharmDr. Josef Malý, Ph.D.,
PharmDr. Petr Červený, Ph.D.,
MUDr. Tomáš Soukup, Ph.D.

ČERVEN

So 3. 6. Liberec (kód akce: 17027)

Obchod. akademie, Šamánkova 500/8, začátek v 9.00 hod.

Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění v kazuistikách X: Statiny (opakování pražského semináře)

Anotace: V průběhu semináře budou diskutovány zejména následující otázky: indikace k nasazení statinů, výběr optimální molekuly pro konkrétního pacienta, nežádoucí účinky a lékové interakce, indikace k vysazení statinů.

Lektoři: PharmDr. Alena Linhartová,
MUDr. Jaroslav Brotánek

St 7. 6. Praha (kód akce: 17028)

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

Antiagregace

Lektoři: PharmDr. Jana Gregorová,
MUDr. Lenka Křivková

St 7. 6. Hradec Králové (kód akce: 17077)

Lékárna FN HK, začátek v 18.00 hodin

Kazuistiky na téma diabetologie

Lektoři: PharmDr. Pavlína Pastyříková,
PharmDr. Petra Šubrtová,
PharmDr. Martina Maříková

Čt 8. 6. Pardubice (kód akce: 17029)

Krajská nemocnice Pardubice, začátek v 18.00 hodin

Revmatologie II

Anotace: DRP u revmatických onemocnění se zaměřením na DMARDs a biologickou léčbu.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,
MUDr. Tomáš Soukup, Ph.D.

Čt 15. 6. Třebíč (kód akce: 17092)

Hotel ATOM, začátek v 18.00 hodin

Chronická obstrukční plicní nemoc a její současná léčba

Anotace: Obstrukce dýchacích cest se u CHOPN v průběhu let většinou postupně zhoršuje. Moderní léčiva jsou schopny progres nemoci zpomalit.

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

Út 20. 6. Brno (kód akce: 17091)

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

Chronická obstrukční plicní nemoc a její současná léčba

Anotace: Obstrukce dýchacích cest se u CHOPN v průběhu let většinou postupně zhoršuje. Moderní léčiva jsou schopna progres nemoci zpomalit.

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

GARANTOVANÉ KURZY ČLnK**Odvykání kouření v lékárnách II**

Nástavbový garantovaný kurz ČLnK – Odvykání kouření v lékárnách II – je otevřený pro všechny absolventy základního garantovaného kurzu ČLnK – Odvykání kouření v lékárnách.

Datum a čas konání: 2.–3. 6. 2017, 9.00–17.00 hod.

Místo konání: Sídlo ČLnK, Rozárčina 1422/9, Praha 4

Pořadatel: Oddělení vzdělávání ČLnK – LA

Přednášející: PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D.,
Mgr. Barbora Lukešová,
prim. MUDr. Petr Popov

Odborný garant: PharmDr. Aleš Novosád

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

Poplatek: 2 000 Kč

Po přihlášení platbu zašlete na účet 35-7905240297/0100 – variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (17106).

Akce je ohodnocena 30 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Partnerem kurzu je společnost Pfizer, spol. s r. o.

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 jejich blízkými osobami. Dále bude vědět, jak komunikovat s lidmi s kognitivní poruchou, bude 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.

Datum a čas konání: 9.–10. 6. 2017

(pátek 8.30–17.00 hod., sobota 9.00–15.30 hod.)

Místo konání: Sídlo ČLnK, Rozárčina 1422/9, Praha 4

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. David Ovčáří

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

Poplatek: 2 000 Kč

Po přihlášení platbu zašlete na účet 35-7905240297/0100, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (17110).

Akce je ohodnocena 35 body do celoživotního vzdělávání lékárníků.

Partnerem kurzu je společnost Lundbeck Česká republika, s. r. o.

Základy poskytování odborných konzultací pacientům v lékárně včetně řešení lékových problémů

Kdy: 16. 6. 2017 9.00–19.00 hod.

17. 6. 2017 9.00–17.00 hod.

Kde: ČLnK, Rozárčina 1422/9, Praha 4

Pořadatel: Oddělení vzdělávání ČLnK – LA

Přednášející: PharmDr. Jana Šolínová,
PharmDr. Aleš Mareček,
PharmDr. Josef Malý, Ph.D.
Mgr. Martin Doseděl, Ph.D.

Odborný garant: Mgr. Michal Hojný

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

Poplatek: 2 000 Kč

Po přihlášení platbu zašlete na účet 35-7905240297/0100 – variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (17107).

Akce je ohodnocena 40 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Zpráva z Komise pro Metodiku

Dne 29. 3. 2017 se uskutečnilo další jednání Komise pro Metodiku pro pořizování a předávání dokladů zdravotním pojišťovně. Metodika byla upravena v souladu s platnou legislativou. Zákon č. 123/2000 Sb. byl nahrazen zákonem č. 268/2014 Sb. (o zdravotnických prostředcích), vyhláška č. 100/2012, o předepisování zdravotnických prostředků, byla zrušena. Na základě této změny došlo také ke změně terminologie u výdeje na poukaz. §48 zákona 268/2014 Sb. uvádí – *Poukaz s předepsaným zdravotnickým prostředkem lze uplatnit do 90 dnů ode dne jeho vystavení, nestanoví-li předepisující lékař s ohledem na zdravotní stav pacienta nebo charakter zdravotnického prostředku jinak.* Místo data vydání zdravotnického prostředku se nově na poukazu uvádí datum uplatnění poukazu. Tedy den, kdy pacient přinesl poukaz do lékárny. Došlo také k drobné úpravě definice poukazu v Metodice. Poukaz je tiskopis, který se používá k vyúčtování pouze jednoho druhu zdravotnického prostředku a **je výdejcem vykázan až po vydání zdravotnického prostředku pojištěnci.** Podle informací z pojišťoven docházelo někdy k vykazování poukazu dřív, než si pacient zdravotnický prostředek vyzvednul. Změna nastala také u tvorby výpisu z poukazu, kdy se nově na výpisu uvádí datum uplatnění poukazu i datum výdeje.

Dalším požadavkem, který vzešel ze strany zdravotních pojišťoven, byla nová povinnost pro lékárny předávat původní papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uváděny v dávce na příslušné pobočce zdravotní pojišťovny spolu s protokolem o přijetí elektronického podání nejpozději do 3 pracovních dnů od data přijetí elektronického podání. Vzhledem k této šibeniční lhůtě jsem za lékárenský segment uplatnil nesouhlas a právo veta. Tato **změna nebyla schválena.** Lékárny tedy mohou předávat papírové doklady (recepty, poukazy) na pobočky jako dosud. Lhůta pro předání těchto dokladů není stanovena, je však v zájmu každé lékárny předávat vykázané recepty a poukazy **bez zbytečného odkladu.** (Stejně sousloví se objevilo v návrhu novelizace zákona o léčivech v tzv. senátní verzi – verze, kterou představitel

ČLnK i GML odmítali – povinnost distributora dodat lék do lékárny „bez zbytečného odkladu“. I na tomto příkladu s předáváním dokladů na pojišťovny je vidět, jak je termín „bez zbytečného odkladu“ nic neříkající, nepřesný, nezavazující. Proti, nakonec schválené, sněmovní verzi novely zákona o léčivech, v níž je jasně psáno, že distributor má povinnost dodat léky do lékárny do 2 pracovních dnů.)

Posledním projednávaným bodem bylo vykazování léku na dnu Adenuric, tbl. (kód SÚKL 0500260). Tento lék má historicky schválenou úhradu ze zdravotního pojištění jako tzv. VILP (vysoce inovativní léčivý prostředek) a lze jej předepsat na recept. Jedná se o jediný a poslední VILP schvalovaný ještě před novelizací zákona 48/1997 Sb., které upravily definici VILP. Nyní již „nový“ VILP nelze předepsat na recept, ale předepisují a vykazují se pouze jako tzv. centrové léky. Problém v praxi je v tom, že Metodika vyžaduje po lékárně uvádět diagnózu při vykazování „základní“ úhrady VILP Adenuric jako povinný údaj. Ale vyhláška 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, nedává povinnost lékaři uvést diagnózu na receptu při předepisování. V praxi tak dochází k tomu, že lékárník při výdeji LP Adenuric má zadávat údaj (diagnózu), který nezná. Při nevyplnění pole diagnóza je recept zdravotní pojišťovnou validován jako chybný a je vrácen lékárně. Za lékárenský segment jsem navrhl drobnou úpravu metodiky tak, aby uvádění diagnózy nebylo povinným údajem. S touto změnou nesouhlasil a právo veta uplatnil zástupce Svazu zdravotních pojišťoven, neboť úhrada VILP je ze zákona spojena vždy s diagnózou, a proto pojišťovny tento údaj potřebují pro sledování nákladů na tento lék. Jak z toho ven? Pokud není na receptu diagnóza uvedena, vyberte si sami nějakou z 5 diagnóz dny a tu vyplňte. S povinnou e-preskripcí by měl tento problém zmizet, protože systém e-preskripce by neměl povolit předepsání léku bez všech povinných údajů.

Další jednání Komise pro Metodiku je plánováno na 11. 10. 2017.

PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.

TAK TO VIDÍM JÁ: Za táru chtěl i barista

Ráda bych se s vámi, kolegové a kolegyně, podělila o zážitek z posledních dnů, protože si myslím, že to bude zajímat i čtenáře našeho časopisu. Od roku 1994 provozuji lékárnu v Ostravě-Porubě. Občas jsem zaměstnanec hledala pomocí inzerátů, na lékárnické profesi známých portálech. Již delší čas se mi nedařilo tímto způsobem lékárníka najít, tak jsem podala inzerát do inzertního časopisu Avízo a portál Volná místa. A začaly se dít věci!

Zájem o naši prestižní profesi projevil nebyvale hodně uchazečů. Ozývali se e-mailem i telefonicky, přičemž nejčastější byl dotaz, zda požadují praxi v oboru a výuční list(!). Zájem pracovat v lékárně projevil uchazeči, kteří se zatím živilo jako: administrativní pracovník, laborant v prů-

myslu, servírky, barista, kosmetická poradkyně, aranžérka, dělník ve výrobě, grafička, prodavač v Tesku, prodavač elektronického zboží, pokladník v Kauflandu, pokojská, seřizovač, elektrikář, operátorka call centra, obchodní zástupce, prodavač v drogerii.

Vážím si lidí těchto profesí, ale divím se všem, že předem nevěděli, o čem naše profese je. Velmi mě mrzí, jak naše prestižní povolání vnímá široká veřejnost. Stojí to alespoň za zamyšlení.

Dovětek: Ani po několika měsících hledání jsem kolegu-lékárníka do své lékárny nenašla.

Mgr. Ludmila MRUZKOVÁ
Lékárna U Ludmily, Ostrava-Poruba

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Račická, E.: Novinky v inzulinoterapii

Interní medicína pro praxi č. 2/2017

Inzulín je základem léčby diabetu nejen I., ale také II. typu. Článek je zaměřen na léčbu diabetu II. typu. Na opožděné nasazení inzulínu má často vliv pacient i lékař. Termín klinická inerce značí dobu, která uplyne mezi již potřebným nasazením inzulínu a jeho skutečným podáním.

Velká studie ORIGIN jasně prokázala prospěšnost inzulínu glargin pro diabetiky II. typu, byl podáván i u prediabetu a došlo k významnému oddálení vzniku DM. Významný je jeho neutrální vliv na kardiovaskulární morbiditu, vynikající metabolický efekt a vznik nádorů. Významným pokrokem je zavedení nových dlouhodobých bazálních inzulínů.

Jedním z nich je **inzulín glargin** o vyšší koncentraci 300 UI/ml. Podává se v menším objemu a prodloužené působení vede k nižšímu výskytu nočních hypoglykemií.

Inzulín degludek má prodloužený efekt díky tvorbě multihexamerů spojených acylovanými ligandy. Novinkou jsou i biosimilární inzulíny jako je rekombinantní inzulín glargin. Degludek je u nás dostupný jen v kombinaci s liraglutidem.

Inzulíny se mohou kombinovat s ostatními skupinami antidiabetik – PAD, gliptiny, glifloziny, GLP-1RA. Někdy se využívají i trojkombinace: inzulín + metformin + glitazon nebo místo něj gliptin, gliflozin či GLP-1RA. U intenzifikovaného režimu je dobré využít vlastností krátkodobých analog nejlépe 10–15 minut před jídlem. Inzulín lispro je nyní k dispozici rovněž ve vyšší koncentraci 200 UI/ml, což snižuje bolestivost při aplikaci.

Mičaniková, H.: Přehled polékových exantémů

Medicína pro praxi č. 1/2017



Incidence kožních nežádoucích účinků léků se odhaduje na 7 %, u hospitalizovaných pacientů 10 až 20 %. Hlášení NÚL je nedostatečné, procento je zřejmě ještě vyšší.

K rizikovým faktorům vzniku počítáme: ženské pohlaví, vyšší věk, nemocniční prostředí, polypragmazií, imunosupresi, genetické odchylky v metabolismu léčiv. Polékové reakce se dělí na **1. pravé lékové alergie** (imunopatologické reakce); **2. hypersenzitivní** (pseud alergické) reakce, (neimunologické mechanismy); **3. ostatní** – farmakologické vlastnosti léčiva, chronická toxicita, kumulace léčiva, teratogenita, kancerogenita, exacerbace latentní dermatózy atd. Reakce se projevují jako urtikárie, angioedém vzniklý uvolněním histaminu, makulózní a makulopapulózní exantém, erythrodermie, multiformní erytém, toxická epidermální nekrolýza, purpura, alergická vaskulitida, Erythema nodosum, fixní lékový exantém, fotoexantém.

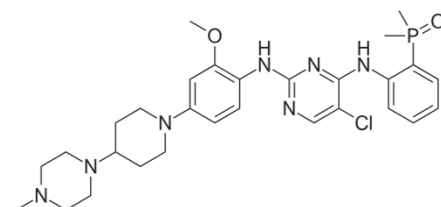
Přehledná tabulka uvádí informace k jednotlivým reakcím a dále k léčivům, která je mohou způsobovat. Např. **angioedém**: peniciliny, sulfonamidy, ASA, NSAIDs, ACE inhibitory, **fixní lékový exantém**: tetracykliny, klaritromycin, cotrimoxazol, ASA, karbamazepin, flukonazol, dále **fotoexantémy**: amiodaron, metotrexát, furosemid, cyklofosamid, fenytoin, sulfonamidy, NSAIDs, fibráty, statiny, **purpury**: heparin, warfarin, HCHT, valproát, antimalarika, fenobarbital. Léčba spočívá v eliminaci podávaného léčiva, systémově se podávají antihistaminika a kortikoidy. Lokálně se použijí kortikoidy II. třídy a antipruriginóza. Pacienti by měli dodržovat fotoprotekci, dietu a hygienický režim a nosit oblečení chránící kůži.

Přehledná tabulka uvádí informace k jednotlivým reakcím a dále k léčivům, která je mohou způsobovat. Např. **angioedém**: peniciliny, sulfonamidy, ASA, NSAIDs, ACE inhibitory, **fixní lékový exantém**: tetracykliny, klaritromycin, cotrimoxazol, ASA, karbamazepin, flukonazol, dále **fotoexantémy**: amiodaron, metotrexát, furosemid, cyklofosamid, fenytoin, sulfonamidy, NSAIDs, fibráty, statiny, **purpury**: heparin, warfarin, HCHT, valproát, antimalarika, fenobarbital. Léčba spočívá v eliminaci podávaného léčiva, systémově se podávají antihistaminika a kortikoidy. Lokálně se použijí kortikoidy II. třídy a antipruriginóza. Pacienti by měli dodržovat fotoprotekci, dietu a hygienický režim a nosit oblečení chránící kůži.

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

MOLEKULA MĚSÍCE

Brigatinib (AP26113)



IUPAC: 5-Chloro-2-N-{4-[4-(dimethylamino)piperidin-1-yl]-2-methoxyphenyl}-4-N-[2-(dimethylphosphoryl)phenyl]pyrimidine-2,4-diamine

Molekulová hmotnost: 528,22g/mol

Sumární vzorec: C₂₉H₃₉CIN₇O₂P

Brigatinib (**B**) je nové malomolekulární cytostatikum. Je potentním duálním inhibitorem anaplastické lymfomové kinázy (ALK) a receptoru pro epidermální růstový faktor (EGFR). Objeven byl v laboratořích firmy Ariad Pharmaceuticals ve státě Massachusetts.

Je potenciálním léčivem pro léčbu nemalobuněčného plicního karcinomu s pozitivitou ALK a neuroblastomu. V první indikaci byl v roce 2016 FDA schválen jako orphan drug, další schválení proběhne 29. dubna 2017, marketingová žádost byla podána i na EMA. Probíhá 3. fáze klinického zkoušení (studie ALTA 1L) ve srovnání s crizotinibem. Je to studie multicentrická (150 center v USA, Evropě a Asii), randomizovaná, mezinárodní. 270 indikovaných pacientů bylo rozděleno do dvou skupin, přičemž polovina dostávala 90 mg brigatinibu denně po dobu 7 dní, pak byla dávka zvýšena na 180 mg denně, a polovina crizotinib v dávce 2x denně 250 mg.

Z nežádoucích účinků v závislosti na dávce (90 či 180 mg) se nejčastěji objevily nevolnost (38 a 19 %), průjem (40 a 33 %), kašel (36 a 18 %), bolest hlavy (28 a 29 %).

Zdroje: internet

NOVĚ REGISTRované LÁTKY

Roztroušená skleróza je zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému s autoimunitními rysy v patogenezi. V důsledku 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, sfinkterů, v pozdějších stadiích i poruchami polykání



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

daklizumab

a artikulace. K nespecifickým příznakům patří únava, deprese a kognitivní poruchy. Prevalence onemocnění v ČR je odhadována na 170/100 000 obyvatel, incidence na 11,7/100 000 obyvatel. V registru REMUS se první příznaky objevují nejčastěji ve 30 letech věku, nicméně 1 % pacientů tvoří děti. Častěji onemocní ženy (70 %). U 85 % pacientů s RS probíhá onemocnění prvních 10 let formou atak a remisí (RR-MS; s různou mírou úpravy neurologického nálezu), nicméně přechází do stadia chronické progresy s trvalým nárůstem invalidity. U 10–15 % pacientů narůstá invalidita od počátku nemoci, jde o formu primárně progresivní. U 3 % pacientů probíhá RS maligně s časnou invalidizací i mezi atakami. Léčebná intervence spočívá jednak v podání kortikosteroidů v akutní atace, jednak v zavedení imunomodulační léčby (interferon beta, glatiramer acetát, teriflunomid, peginterferon) co nejdříve po stanovení diagnózy, v případě nedostatečného efektu v časně eskalaci léčby (natalizumab, fingolimod, alemtuzumab, dimethyl-fumarát). Symptomatická léčba je podávána v kterémkoli stadiu nemoci.

Historie daklizumabu je klasickým příkladem toho, že je někdy lepší se rozhlednout po stávajících léčivých látkách a jejich mechanismech účinku než vymýšlení zcela nové inovace. Původně chtěli výzkumníci protilátku proti CD4 antigenu T lymfocytů, nicméně podařilo se jim díky použití virem infikovaných (což nevěděli) T leukemických buněk omylem připravit protilátku proti CD25 podjednotce receptoru IL-2. Postupem času zjistili, že receptor pro IL-2 je na buňkách, které „způsobují problémy“ – při rejekci transplantovaných orgánů, u roztroušené sklerózy, leukémie či lymfomu. Z finančních důvodů tvůrci protilátky oslovili společnost Roche, která s daklizumabem provedla sérii klinických studií v indikaci prevence rejekce ledvin po transplantaci s úspěšným schválením EMA pro tuto indikaci v roce 1999. V roce 2004 probíhal klinický program na respirační onemocnění (astma), nicméně nebyl dotažen k registraci. V roce 2009 společnost Roche stáhla daklizumab (Zenapax) z trhu, neboť o něj nebyl zájem. Práva na využití daklizumabu u roztroušené sklerózy koupila jiná společnost – viz dále.

Farmakologické aspekty

Daklizumab je humanizovaná monoklonální protilátka IgG1, která se váže na CD25 (IL-2R α) podjednotku receptoru pro IL-2 a zabraňuje tak vazbě IL-2 na CD25. Daklizumab moduluje signalizaci IL-2 tím, že blokuje signály CD25dependentního receptoru IL-2 s vysokou afinitou, ale ponechává prostor pro signalizaci prostřednictvím IL-2 receptoru se střední afinitou, který neobsahuje alfa podjednotku. Předpokládaných mechanismů účinku je více, předpokládá se 1. redukce aktivace T-lymfocytů blokadou alfa jednotky receptoru pro IL-2, který je produkován dendritickými buňkami, 2. zvýšení počtu imunoregulačních NK CD56bright buněk (zabíjejících aktivované T-lymfocyty), 3. snížení aktivity buněk podporujících vznik lymfoidní tkáně.

Po subkutánním podávání daklizumabu se medián času dosažení maximální koncentrace v séru pohyboval v rozmezí 5 až 7 dnů. Absolutní biologická dostupnost daklizumabu 150 mg podaného subkutánně byla přibližně 90 %. Distribuční objem v ustáleném stavu byl 6,34 litrů. Předpokládán je katabolismus na peptidy a aminokyseliny stejným způsobem jako endogenní IgG. Terminální eliminační poločas je přibližně 21 dnů.

Klinické aspekty

Hlavní klinické studie s daklizumabem se jmenují SELECT (daklizumab 150 mg s.c. 1x za 4 týdny vs. placebo) a DECIDE (daklizumab 150 mg s.c. 1x za 4 týdny vs. IFN beta-1a i.m. 30 mcg 1x za týden), zahrnovaly 397 resp. 1841 pacientů. Primárním sledovaným parametrem charakterizujícím „zánětlivou složku“ roztroušené sklerózy byla roční míra relapsů. Ve studii SELECT snížil daklizumab roční míru relapsů o 54 % (21 % vs. 45,8 % placebová větev – HR: 0,46; 95% CI: 0,32–0,67), ve studii DECIDE snížil daklizumab stejný parametr o 45 % (IFN beta-1a 0,396 vs. daklizumab 0,216 – HR: 0,55; 95 % CI: 0,47–0,65). Procento pacientů s potvrzenou progresí postižení za 24 týdnů bylo ve studii SELECT 11 % ve skupině placebo vs. 2,6 % ve skupině daklizumabu, ve studii DECIDE byl stejný parametr 12 % ve skupině IFN beta-2a a 9 % ve skupině daklizumabu. Srovnání dostupných terapií roztroušené sklerózy lze nalézt v „Evidence reportu – Multiple Sclerosis“ na <https://icer-review.org>, nejučinnějšími látkami z hlediska snížení relapsů jsou alemtuzumab, natalizumab a ocrelizumab. Do skupiny „second most effective“ jsou zařazeny dimethyl fumarát, fingolimod a daklizumab. Z pohledu zpomalení progresy disability patří daklizumab mezi nejučinnější látky.

Ačkoliv byl celkový počet nežádoucích účinků ve studii SELECT relativně vysoký (>70 % obě větve), počet závažných nežádoucích příhod už tak vysoký nebyl (6–7 %, počítáno bez relapsů). Největší obavy jsou z kožních a infekčních nežádoucích příhod, nicméně závažných (převážně respiračních) infekcí nebylo více než 4 % a progresivní multifokální leukoencefalopatie nebyla pozorována vůbec. Závažných kožních reakcí bylo méně než 2 %. Interakční potenciál je malý. Kontraindikací je pouze přecitlivělost.

Léčivý přípravek obsahující daklizumab se jmenuje Zinbryta 150 MG a vyrábí jej společnost Biogen. Doporučená dávka daklizumabu je 150 mg podaných subkutánní injekcí jednou měsíčně. Roční náklady na terapii jsou předpokládány ve výši 400 000 Kč, společnost v modelu uvádí nákladovou dominanci vs. fingolimod a nákladovou efektivitu (ICER <900 000 Kč/QALY) vs. dimethyl fumarát. Tyto komparátory byly zvoleny z důvodu žádosti o stejné indikační omezení – centrová péče; druhá linie u relaps-remitentní formy, pokud došlo při léčbě první linií k rozvoji alespoň jednoho středně těžkého nebo těžkého relapsu nebo první linie u pacientů s rychle progredující závažnou roztroušenou sklerózou.

Sanicula europaea L. – žindava evropská (Apiaceae – miříkovité)

Vytrvalá bylina, dorůstající do 60 cm výšky. Areál rozšíření zahrnuje Evropu, část Asie až po západní Sibiř a severní Afriku. U nás se vyskytuje poměrně vzácně na stinných místech v listnatých lesích.

Synonyma: *Caucalis capitata* Salisb., *Sanicula officinalis* Gouan.

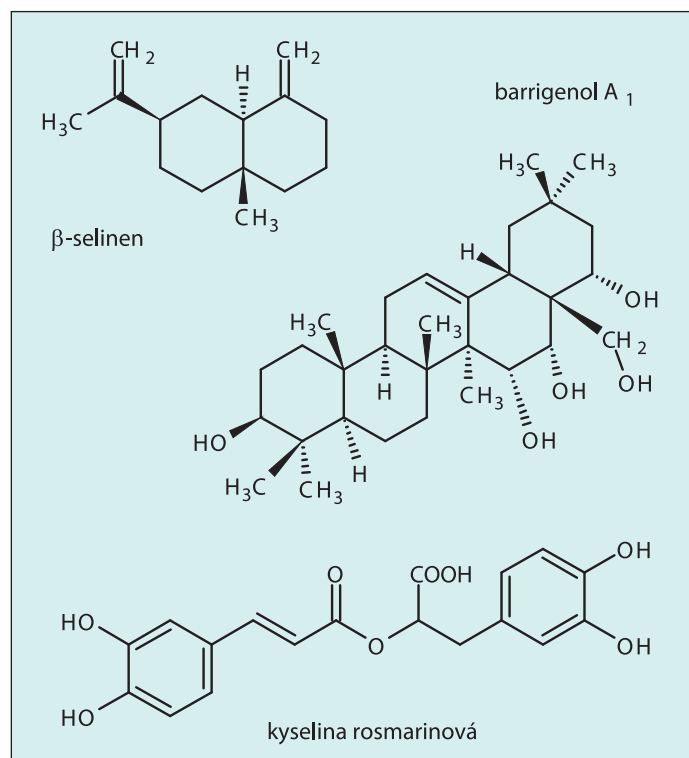
Obecný název: **Wood sanicle** (angl.), **Bruchkraut** (něm.), **Sanicle** (franc.).

Sbíraná část: **folium, herba, radix.**

Droga: **Saniculae folium, S. herba, S. radix.**

Obsahové látky: triterpenoidní estersaponiny sanikulosidy A-D a N, s aglykonem barrigenolem A1 a barrigenolem R1, flavonoidní glykosidy astragalín, isokvercitrín a rutin, třísloviny a sílice s převahou seskviterpenoidů (β -selinen). Dále fenolická kyselina chlorogenová, kávová a rosmarinová (v květu 3 %). Z alifatických kyselin byla zjištěna kyselina askorbová, vinná, citronová a oxalová, dále purinový derivát allantoin.

Účinky a použití: v minulosti měla žindava široké uplatnění. Nať využívali lékaři jako běžné hemostyptikum. V tradiční medicíně byl kořen aplikován proti hadímu uštknutí, při plicních otocích i krvácení do močového systému, poruchách trávení a podpoře hojení zlomenin. Dále jako diuretikum, antiseptikum a protizánětlivý prostředek. V současnosti slouží nať i kořen k ošetření obtížně se hojících ran, k přípravě kloktadel a expektorančních čajových směsí.



Odborné studie byly zaměřeny na účinky saponinů, tříslovin a fenolických kyselin. Díky jejich obsahu vykazují žindavové drogy účinky adstringentní (třísloviny) a expektoranční (saponiny), kdy jsou podrážděním žaludeční sliznice saponiny aktivovány parasymptické sensorické dráhy a dochází k zvýšenému vylučování hlenu v průduškách. Antimikrobiální účinky drogy proti *Candida albicans*, *Trichophyton mentagrophytes*, *T. tonsurans* a *Microsporum gypseum* jsou dávány do



NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

souvislosti se saponinovými komplexy. Saponiny rovněž blokují rozvoj edémů experimentálně vyvolaných na krysích tlapkách. Efekt je srovnatelný s escinátem sodným. Drogy vykazují také silné antioxidační účinky.

Významné bylo zjištění protivirových účinků extraktů z listů žindavy. Jednalo se o inhibici lidského viru parainfluenzy typu 2 (HPIV-2), viru chřipky typu A, ale nikoliv typu B a viru HIV-1. Účinky jsou vysvětlovány přítomností kyseliny rosmarinové v extraktech.

Homeopatické zpracování je využíváno při krvácivých stavech v GIT, např. při dvanáctníkových a žaludečních vředech, krvácení do střeva, včetně hemoroidů.

K dispozici je naťová droga a masťové přípravky určené k léčbě hemoroidů, atopických ekzémů a vředových kožních onemocnění, kdy se obvykle kombinuje žindava, měsíček a tymián.

Dávkování: denní dávka 4–6 g usušené nati, rozdělená do 3 částí, podat ve formě nálevu.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem. Vyšší dávky drogy mohou vyvolat nevolnost a zvracení (saponiny).

Interakce: nejsou známy.

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: Otto Wilhelm Thomé 1885 (Wikipedia),
vzorce: autor

Lymfedém – novinky v léčbě

Lymfedém je onemocnění lymfatického systému, je podmíněn nedostatečnou transportní kapacitou mízního (lymfatického) oběhu s následným městnáním tkáňového moku a makromolekulárních látek v mezibuněčné tkáni a podkoží. Etiologií lymfedému může být vývojová porucha lymfangiodysplazie (primární lymfedém) nebo druhotné postižení mízního systému, a to např. opakovanými záněty, onkochirurgickými zákroky, radioterapií, traumaty apod. (sekundární lymfedém). V postižené tkáni následně dochází k chronickému zánětu a fibrózní přestavbě tkáně ve vazivo.

MUDr. Sylva Zajícová, Centrum pro léčbu otoků

Etiologie

Etiologicky rozlišujeme primární (idiopatický) lymfedém a sekundární lymfedém. **Lymfedém primární** může být způsoben vrozenou anomálií mízního systému – dysplazií mízních cév (aplazie, hypoplazie nebo hyperplazie) popř. uzlin, méně často se vyskytuje po fibróze inguinálních uzlin. Vyskytuje se náhodně, nebo je hereditárně podmíněný (Nonne–Milroy syndrom, Meige syndrom). Vrozený lymfedém se označuje jako lymphoedema congenitale. Při vzniku v pozdějším vývojovém období hovoříme o lymphoedema praecox, v případě projevu po dosažení 35 let věku jde o lymphoedema tardum. První příznaky je možno pozorovat již po narození, ale častěji se setkáváme s projevy v pozdějším dospělém věku. Většinou se jedná o latentní stadium, kdy spouštěcí podnět způsobí reverzibilní otok a dále následuje rozvoj trvalého edému, který může dojít až do stadia elefantíazy.

Sekundární lymfedém je otok objevující se následkem známé příčiny, která vedla k získanému postižení mízního systému. Nejčtenější jsou pacienti s iatrogenním lymfedémem (pooperačním a po radioléčbě), dále jde o otoky púrazové a pozánětlivé, méně časté maligní (v důsledku útlaku primárním tumorem nebo metastázou), občasné i arteficiální.

Faktorů zapříčiňujících vznik lymfedému je celé spektrum: operace, ozáření, obezita, opakované erysipely, sedavý způsob života, traumata, imobilizace končetiny aj.

Diagnostika

Nejčastěji je postižena oblast horních či dolních končetin, obličej a genitál,

méně často oblast krku, břicha, hýždí, hrudníku či zad. Symptomy lymfedému zahrnují: otok, pocit napětí a tíhy postižené končetiny, tlaku pod kůží, bolestivost. Na horních končetinách si pacientky všimnou, že prstýnky a hodinky, které běžně nosily, jsou najednou příliš úzké. U primárního lymfedému otoky začínají v distálních partiích končetiny a šíří se proximálně.

Při vyšetření si všímáme Stemmerova znamení, tzn. neschopnost utvořit kožní řasu na prstech v důsledku fibrotizace podkoží.

V případě pozitivního Stemmerova znamení se primární lymfedém při dysplazii mízních cév rozvíjí od periferie do středu. Naopak sekundární lymfedém a primární lymfedém v důsledku fibrózy inguinálních uzlin začíná vždy pod překážkou v oblasti mízního systému a šíří se od ní do periferie. U tohoto typu otoku nemusí být Stemmerovo znamení pozitivní.

V prvotní fázi je otok bledý, chladný a měkký vlivem hromadění proteinu v intersticiu, jež se postupně přeměňují na fibrinová vlákna, tím dochází ke zvýšení počtu kolagenních vláken, což následně způsobí sklerózu a fibrózu podkoží a celkovou tuhost otoku. V následných fázích dochází ke tvorbě lymfocyst, k zesílení papilárních linií až ke vzniku verukózních změn (verrucosis lymphostatica).

V rámci diagnostiky je na místě pečlivost při anamnéze a důsledné vyšetření aspekci a palpaci. Klinické vyšetření je vhodné doplnit výstupy z cévního, popř. kardiologického, a z lymfoscintigrafie pro maximální zjištění správné diagnózy, která je nezbytná pro stanovení vhodné léčby pro případné vyloučení



jiných příčin otoku (žilní nedostatečnost, kardiální, nefrotický, hypoproteinemický otok, lipedém, cyklické otoky). Problematické může být rozlišení lymfedému a flebedému, tedy otoku končetin při žilní nedostatečnosti. Tyto dva patologické faktory se mohou, zvláště v pozdních stadiích, vzájemně kombinovat. V diferenciální diagnostice má rozhodující význam lymfoscintigrafie, která jednoznačně vyloučí, nebo prokáže poruchu mízního oběhu na vzniklém otoku.

Z hlediska klinického nejčastěji dělíme lymfedém do čtyř stadií:

0. stadium – latentní lymfedém (lymfatická drenáž je narušená a snižená, ale při nepřevažujícím břemenu mízního oběhu a normální kapilární filtraci dostatečná, takže nedochází ke klinické manifestaci otoku).

I. stadium – reverzibilní, intermitentní lymfedém (lymfatická drenáž je v rovnovážném stavu s kapilární filtrací a „břemem“ mízního oběhu. Při snížené lymfatické transportní kapacitě mízního oběhu dochází ke vzniku přechodného, viditelného a hmatatelného otoku, který obvykle mizí při elevaci končetiny).

II. stadium – spontánně ireverzibilní (chronický) lymfedém, trvalý otok při

nedostatečnosti resorpční a transportní funkce lymfatického systému provázený postupnou fibrózní přestavbou tkáně a chronickým zánětem.

III. stadium – elefantiáza, dochází k lymfostatické elefantiáze s výrazným rozšířením kůže a podkožní tkáně a patologickými fibroindurativními kožními změnami, dále dochází k zánětlivým komplikacím jako indurace kůže, papilomy kůže, vazivová a jizevnatá tkáň. Tlak prstu nezanechává důlek.

Lymfedém samotný je ve většině případů doprovázen častými komplikacemi, na dolních končetinách k nim patří interdigitální mykóza, při které dochází k deskvamaci, maceraci a místy k drobným ragádám kůže. Tyto ragády mohou být vstupní branou infekce a vést k rozvoji erysipelu. Erysipel se klinicky manifestuje v prodromální fázi svalovou únavou, horečkou, zimnicí a třesavkou, občas nevolností. Do několika hodin až dnů se končetina stává bolestivou a dochází k rozvoji erytému. Ve většině případů vede infekce v důsledku lymfangitidy k dalšímu snížení transportní kapacity mízního řečiště a následně k zhoršení a progresi lymfedému.

U pacientek s postmastektonickým lymfedémem můžeme pozorovat i další komplikace, jako např. syndrom „zmrzlého ramene“ s omezením hybnosti v ramenním kloubu a neurologické – ortopedické léze v oblasti plexus brachialis, které mohou vést, v důsledku fibrotických změn a útlaku vasa nervorum, k degeneraci nervů. Mezi klinické projevy patří snížení kožní citlivosti, parestázie, někdy velmi nepříjemná bolest. Během let se může rozvinout až paralýza horní končetiny.

Léčba

Léčba lymfedému se opírá o komplexní dekongestivní fyzikální terapii, do které zahrnujeme manuální a přístrojovou lymfatickou drenáž, kompresivní terapii otoku vícevrstevnou bandáží, elastickými návleky, speciální pohybová a dechová cvičení, péči o kůži a úpravu životního režimu. Doplňující léčebná opatření zahrnují samoléčbu, medikamentózní léčbu, psychoterapii, chirurgickou léčbu a jiné.

Komplexní fyzikální léčba probíhá obvykle ve dvou fázích, z nichž ta první zahrnuje snahu o maximální redukci otoku, a ta druhá, udržovací fáze, je zaměřena na udržování příznivého

stavu končetiny. Prognóza lymfedému je při včasné diagnostice, včasné zahájení účinné léčby a aktivní spolupráci pacienta příznivá.

Léčba lymfedému je postavena na těchto základních bodech:

1. Manuální lymfodrenáž lymfatických cév.
2. Přístrojová tlaková segmentální lymfodrenáž, při které dochází k cyklické presoterapii končetiny přístrojem.
3. Přikládání kompresivní bandáže krátkotažnými obinadly, kompresivními punčochami a jinými pomůckami.
4. Hygiena a prostředky pro péči o kůži jako prevence vzniku mykotických onemocnění, vzniku ragád a s tím spojeného rizika infekčních komplikací, jako např. erysipelu.
5. Cvičení a polohování končetin.
6. Lymfotaping.

Léčba komplexní fyzikální terapií lymfedému probíhá v souladu s celosvětovým trendem ve dvou fázích. V první fázi – fáze radikální redukce otoku – provádíme 1 až 2x denně manuální mízní drenáž po dobu alespoň 40 minut, po níž následuje intermitentní přístrojová presoterapie po dobu 40 až 60 minut a následná zevní komprese vícevrstevnou bandáží. Současně pacient alespoň 2x denně cvičí se zevní kompresí. Tato fáze léčby trvá 4 až 6 týdnů.

Po redukci objemu a stabilizaci klinického stavu končetiny následuje druhá fáze léčby – fáze udržovací. Ta je u nemocných s primárním lymfedémem celoživotní, u nemocných se sekundárním

lymfedémem závisí délka léčby na stupni poškození lymfatického systému a může se pohybovat od několika měsíců až k celoživotnímu ošetřování.

Manuální lymfodrenáž je technika několika speciálních hmatů, které postupně zvyšují tkáňový tlak, posouvají tekutinu ve směru požadovaného odtoku a poté opět dochází k naplnění lymfatických cév. Provádí se pomalu, jemně, protože lymfatické cévky mají průměr menší než 1 mm a nemělo by docházet k hyperémii. Přístrojová lymfodrenáž probíhá většinou v návaznosti na manuální lymfodrenáž. Může se využít i samostatně po manuálním uvolnění spádových lymfatických uzlin.

Kompresivního tlaku, kromě lymfodrenáže, můžeme dosáhnout také:

- kompresivní bandáží krátkotažnými obinadly
- kompresivními elastickými punčochami
- speciálními kompresivními hotovými obvazy
- lymfotapingem

Základní, nedílnou součástí efektivní dekongestivní terapie je vícevrstevná kompresivní bandáž krátkotažnými obinadly, individuálně přizpůsobená danému stavu otoku, nosí se dlouhodobě. Tato obinadla mají nízký klidový, ale vysoký pracovní tlak. Pacienti by se sami měli naučit založit správně bandáž, a tím spolupracovat na celé léčbě. Na místa, kde by mohlo dojít ke strangulačním rýhám nebo kde potřebujeme zvýšit tlak, používáme kompresivní

Pokračování na další straně



Manuální lymfodrenáž lymfatických cév.

Pokračování z předchozí strany

pomůcky, tzv. kompresy. Po fázi redukce otoku je dále nutné důsledné denní nošení vhodného kompresivního návleku resp. punčochy či punčochových kalhot, pravidelné denní cvičení s kompresí, péče o kůži a dodržování vhodného životního režimu („kodex“ lymfedematiků).

Kompresivní návleky a punčochy pro léčbu lymfedému mají nízkou pružnost, nízký klidový, ale vysoký pracovní tlak. Rozdělujeme je podle typu pletení:

- kruhově pletené – jemnější, kosmeticky přijatelnější, pro I.–III. kompresní třídu
- plošně pletené – pro extrémní deformity, pro vyšší kompresní třídy, jsou silnější, mají šev

Speciální kompresivní obvazy a pomůcky: bandáž Mobiderm, kompresivní návleky Mobiderm ke stabilizaci redukce otoky v období udržovací fáze, nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, CircAid – alternativa bandážování během redukční fáze otoku, jedná se o neelastický materiál s vysokým pracovním tlakem, těsně přiléhavý systém s nastavitelnými pásky s garantovanou vzestupně ubývající kompresí, není hrazeno ze zdravotního pojištění

Lymfotaping: speciální náplasti aplikované na místech, kde není možno dosáhnout komprese jinými metodami, používáme většinou na pooperační jizvy, otok v oblasti hrudníku a zad, ale můžeme využít i jako součást kompresivní bandáže.

V udržovací fázi léčby je nutná pravidelná kontrola klinického stavu končetiny (alespoň jednou za 4 až 6 měsíců). Účelem kontrolních vyšetření je monitorovat klinický stav končetiny, zhodnotit efektivitu léčby a spolupráci nemocného, předejít komplikacím a zajistit prevenci včasné léčby kožních komplikací. V případě komplikovaného klinického průběhu dochází pacient v udržovací fázi léčby na další ošetření manuální a přístrojovou lymfodrenáží. Ke komplexní kombinované fyzikální terapii lymfedému je vhodné zařadit i další léčebné možnosti jako je farmakoterapie – v celkové medikamentózní léčbě lymfedému se osvědčují proteázy. U již rozvinutého lymfedému se jako adjuvantní medikamentózní terapie uplatňují některá lymfokinética a venotonika – např. diosmin, který rychle zlepšuje tonus žilních a lymfatických cév, upravuje strukturální a funkční mikrolymfatické parametry s dopadem na zvýšení lymfatické drenáže intersticia. Chirurgická léčba je indikována zřídka, pouze

ve výjimečných případech. V soudobé praxi se provádějí především rekonstrukční výkony, např. mikrochirurgická transplantace autologních lymfatických cév či drobných venul a derivující výkony, např. zakládání přímých lymfovenózních spojek (shuntů).

Zásady léčby lymfedému

Včasná a správná diagnostika; léčba pod dohledem lymfologa; vhodný a racionální komplexní terapeutický postup; prevence infekce; režimová opatření, cvičení; navázání spolupráce lékaře a lymfoterapeuta s pacientem a jeho rodinnými příslušníky; u onkologických nemocných úzká spolupráce s onkologem.

Závěr

Lymfedém je závažné progredující onemocnění, které zatěžuje pacienty celý život. Včasná diagnostika a zahájení léčby vysoce zvyšují naději na úspěch léčby. Rozvojem otoku již byly vyčerpány veškeré kompenzační mechanismy, které má organismus k dispozici. Postižení je tedy v určitém smyslu nevléčitelné. Neznamena to ale, že je neléčitelné.

Literatura u autorů

www.zdravakuze.com
dr.zajicova@zdravakuze.com

V ČR porodily stovky pacientek s lupusem

Zákeřná, obtížně diagnostikovatelná a vzácná – taková je choroba s laickým názvem lupus. Přesto, že se projevuje velmi výrazně a postihuje závažným způsobem imunitní systém, je pro laika velmi obtížné dle příznaků stanovit, že se jedná právě o Systémový lupus erythematoses (SLE). Z údajů Revmatologického ústavu v Praze vyplývá, že 9 z 10 pacientů jsou ženy, většinou ve věku 15 až 44 let.

Podle odborníků za tím kromě jiných faktorů, které mají ženy společné s muži, mohou být i hormonální vlivy. Díky lékům, které přišly na trh v posledních letech, zejména pak moderní biologické léčbě, se však prognóza pacientů zlepšuje. Ženy s lupusem dnes dokonce mohou mít relativně bezpečný průběh těhotenství, pokud dodržují instrukce lékařů. Ti přitom graviditu při této diagnóze před 30 lety nedoporučovali, jelikož většina případů byla velmi riziková. Pokud se pacientce i přes svou nemoc podařilo otěhotnět, těhotenství pro ni bylo velmi náročné s mnoha komplikacemi a často končilo samovolným

potratem. V současné době je gravidita pro nemocnou ženu méně nebezpečná a šance, že donosí zdravé dítě je vyšší. „V posledních letech došlo k vývoji nových terapeutických prostředků, včetně biologické léčby, které zlepšily prognózu nemocných a umožnily individualizovat léčbu.

Nicméně ne všechny terapeutické prostředky jsou vhodné v těhotenství a léčbu je nutné konzultovat s ošetřujícím revmatologem,“ upozorňuje MUDr. Hana Ciferská, Ph.D., z Revmatologického ústavu v Praze. Každá pacientka však musí i tak počítat s rizikem, které jí těhotenství může přinést. Nejdůležitěj-

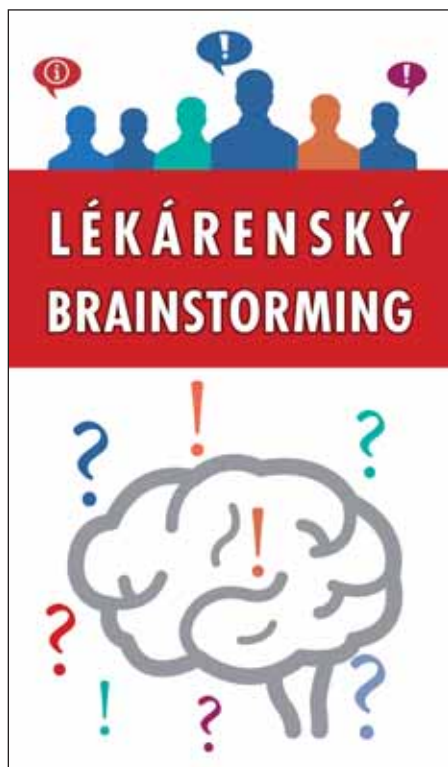
ším předpokladem pro to, aby vše proběhlo bez vážných komplikací, je dobře si vše naplánovat a prodiskutovat postup s lékařem.

Všeobecně platí, že v čím lepším stavu se po co nejdelší dobu před otěhotněním žena nachází, tím větší je pravděpodobnost, že těhotenství bude probíhat bez závažných potíží. Uvádí se, že minimální doba, po kterou se musí lupus udržet v klidovém stadiu, aby bylo bezpečné otěhotnět, je 6 měsíců. SLE, na rozdíl od minulosti, není ve většině případů překážkou těhotenství a donošení dítěte. Je ale nezbytně nutné dodržení několika podmínek, mezi které patří klidové období nemoci či jeho velmi nízká aktivita spojená s důsledným plánováním rodičovství. Péče o pacientku a dítě musí být týmovou spoluprací revmatologa, gynekologa, neonatologa a dalších specialistů.

(amic)

Chceme zvrátit neutěšený stav

První nezávislý workshop praktikujících lékárníků ve Vodňanech poukázal na špatnou situaci veřejných lékáren, kterou je potřeba, co nejdříve a systémově řešit. Představil novou aktivitu mladých lékárníků pod názvem Mediální spolek myslících lékárníků.



Ve dnech 17. až 19. března se konal **1. nezávislý workshop, lékárnický brainstorming**, který hledal řešení na stávající neutěšenou situaci malých či středních veřejných kamenných lékáren, které jsou stále více podhodnocovány a v rámci špatného systému nemají šanci na přežití. Stát by měl svým

pacientům zajistit rovný přístup ke zdravotní péči za shodných podmínek, a to jak topologických, logistických tak i ekonomických na celém území České republiky. Nemocný člověk nemá hledat nejlevnější lékárnou a medikaci, ale nejbližší možnou lékárnou, kde mu pomůže erudovaný lékárník a poskytne kvalitní službu. V malých městech rapidně klesá počet lékáren, a to kvůli nízké přídavné hodnotě lékáren (resp. jejich odměně za poskytnutí zdravotnické péče), která je vázána jako marže na stále klesající cenu preskribovaných léčiv. Stávající řešení je nesystémové a z finančního hlediska dlouhodobě neudržitelné a je potřeba rychlá legislativní změna. Diskuzi o zavedení takzvané dispenzační taxy, která bude vázána na výdej položky na lékařském receptu a na zavedení pevných doplatků na regulovaná léčiva, stávající vláda neustále odmítá.

Vzhledem k tomu, že je situace v lékárnictví kritická, rozhodli se mladí lékárníci zvýšit a posílit aktivity České lékárnické komory svoji PR a marketingovou činností. Zakládají Mediální spolek myslících lékárníků, jehož smyslem je věcně, mediálně upozornit na stávající vážný stav veřejného lékárenství v České republice. Mladí lékárníci v jednotlivých regionech budou vyvíjet rov-



něž větší tlak na státní správu, samosprávu a zákonodárce, kteří musejí na základě ucelené koncepce sjednat nápravu. Lékárníci se inspirovali mimo jiné i situací v zemích Evropské unie, které dokázaly situaci adekvátně řešit ve prospěch pacienta a samotných lékáren. Odborný mediální zástupce z řad mladých lékárníků a zástupci v jednotlivých regionech budou pravidelně poskytovat mediální sdělení veřejnosti a pokusí se zvrátit současný stav.

Závěrem, na přání organizátorů, zveřejňujeme pozvánku na další, tj. **2. nezávislý lékárnický brainstorming**, který se uskuteční ve dnech 19. až 20. května 2017 v Jihlavě.

Více informací na: www.msml.cz

Jsou kočky opravdu tak nebezpečné?



Čas od času se v různých médiích setkáváme s informacemi o kočkách a jimi přenášených nemocech. Nežádá se riziko nákazy přímo od kočky zveličováno nebo jsou uváděny neúplné informace, které mohou u laické veřejnosti vést někdy až k panice. Jako veterinář se pak často setkávám s požadavky na utracení zdravých koček, protože majitelka otěhotněla nebo má doma malé dítě, a kočku si podle informací, které získala, nechat nemůže. Bohužel mylné nebo nedostatečné informace laici často získávají i od odborníků, zdravotnických pracovníků.

MVDr. Mgr. Kateřina Horáčková

Nejčastěji diskutovaným problémem bývá toxoplazmóza. Kočkovité šelmy jsou definitivními hostiteli prvoka *Toxoplasma gondii*. Kočka se nakazí nejčastěji pozřením infikovaného hlodavce nebo zkrmováním syrového masa, které nebylo dříve přemrazeno. Nakazit se může v kterémkoli věku, kočka s možností pohybu venku, a tím i lovů, se s větší pravděpodobností nakazí již ve věku mladém. Je-li kočka jinak zdravá, jsou příznaky infekce minimální a ani pečlivý majitel si jich nevšimne. Za nákazu jsou zodpovědné v tomto případě tkáňové cysty obsahující toxoplazmu ve formě tzv. bradyzoitů. Po zkrmení se ve střevě bradyzoiti uvolní, mění se na pohlavní stadia a z nich vznikají oocysty, které jsou vylučovány trusem. Tento cyklus probíhá jen u kočkovitých šelem a trvá maximálně 3 týdny. Pouze po tuto dobu tedy kočičí trus obsahuje nezralé oocysty. Ty musí po vyloučení z kočičího trávicího traktu v prostředí dozrát, aby se staly infekčními, což trvá 1–2 dny. Teprve po této době jsou oocysty



infekční a mohou se jimi nakazit další jedinci, ať už kočky (v případě pozření potravy kontaminované oocystami například prostřednictvím hlíny), nebo další savci, nejčastěji právě hlodavci nebo hospodářská zvířata, kterým jsou podávána krmiva kontaminovaná hlínou. Z tohoto pohledu je nejrizikovější maso králíci, ale bezpečné z tohoto pohledu není ani maso přežvýkavců.

Po pozření zralých oocyst dochází ve střevě k uvolnění sporozoitů, kteří vstupují do buněk, množí se a v akutní fázi infekce se mění na tzv. tachyzoity. Tachyzoiti se v organismu rychle šíří, nejvyšší afinitu vykazují vůči nervové tkáni (mozek, mícha, sítnice) a u gravidních vůči placentě, přes kterou přestupují do vyvíjejícího se plodu. V rámci primoinfekce se nicméně vytvoří tachyzoitů tolik, že infikují i jiné tkáně než výše uvedené. V cílové tkáni se tachyzoiti mění na bradyzoity, zapouzdří se do tzv. tkáňových cyst a v tomto stavu perzistují v organismu prakticky až do konce jeho života. Toto platí i pro kočky, u nichž po primoinfekci také vznikají tachyzoiti a vstupují do kočičího organismu.

Kočka tedy po ukončení infekční fáze přestává vylučovat oocysty a přes prodělanou infekci je již „bezpečná“ pro okolí. Problém ale může nastat ve chvíli, kdy u takové kočky dojde k imunosupresi, ať už vlivem onemocnění (typicky infekce virem felinní imunodeficiency), nebo imunosupresivní terapie (u koček



s atopickou dermatitidou léčených cyklosporinem nebo kombinací cyklosporin a prednisolon). U kočky již dříve infikované dochází k reaktivaci infekce a opětovnému vylučování oocyst, tentokrát ale za přítomnosti klinických příznaků typických pro toxoplazmózu. Kočka, která se v této situaci nakazí, rozvíjí také příznaky klinické toxoplazmózy, infekce má těžký průběh, často letální.

Co z výše uvedeného tedy plyne pro majitele kočky? Kočka, která je zdravá, není při dodržování základních hygienických návyků pro člověka nebezpečná. Pravidelný každodenní úklid kočičí toalety (útlacitným těhotným lze doporučit rukavice nebo přenechání úklidu jinému členu domácnosti) snižuje riziko kontaminace domácnosti oocystami na minimum v případě, že je kočka ve fázi aktivního vylučování oocyst. Aktivní vylučování oocyst lze prokázat laboratorním vyšetřením trusu, vyšetření protilátek má smysl pro detekci aktivní infekce a jen v laboratořích, které jsou schopny prokázat přítomnost IgM (ne každá laboratoř toto vyšetření provádí správně). Zejména těhotné ženy, které mají z toxoplazmózy strach, je nutné počít o mnohem větším riziku infekce, které představuje špatně omytá zelenina, syrové či nedostatečně tepelně upravené maso. Nákaza touto cestou je mnohem pravděpodobnější než nákaza přímým kontaktem s trusem kočky, který navíc nemůže být čerstvý, aby byl infekční. Kočka, která má být léčena imunosu-

presivní terapií, musí nejprve podstoupit vyšetření protilátek, a pokud je pozitivní a není možná jiná terapie, je současně s imunopresivní léčbou nasazena i léčba toxoplazmózy, negativní kočky musí být zamezen přístup ven a zkrmování syrového masa. Ani taková kočka ale nepředstavuje riziko pro poučeného majitele.

V poslední době se množí případy koček s mykoplazmovými infekcemi dýchacích cest. V několika případech jsme zaznamenali i dlouhodobé respirační potíže majitelů. Mykoplazmové infekce jsou stále ještě často u zvířat podceňovány a při vyšetření se ne vždy berou v úvahu. Faktem je, že drtivá

většina koček procházejících ať už pracovištěm mým, nebo pracovišti kolegů specializujících se na kočičí medicínu, které trpí chronickým onemocněním dýchacích cest, jsou pozitivní na mykoplazmata. Zejména majitelé, kteří chodí do lékáren poptávat přípravky na podporu imunity apod. pro své kočky, které mají dlouhodobé respirační problémy, by měli být personálem lékárny upozorněni na tuto možnost a kočka by měla podstoupit příslušná vyšetření (provádí se PCR, protože kultivace je velmi obtížná). Mykoplazmové infekce u koček lze poměrně snadno léčit ať již pradofloxacinem, doxycyklinem, nebo azitromycinem v třítydenním schématu, a rizi-

ko přenosu infekce na majitele tak logicky klesá.

Co říci závěrem? Snad jen tolik, že právě zdravotníci jsou ti, kdo mají provádět osvětu. V případě zoonóz je proto nutné znát nejen tu „část“ humánní, ale i veterinární, abychom mohli majitelům zvířat podat přesné nezkršené a úplně informace. Jako veterinář mohu utratit pouze kočku, jejíž další přežívání je spojené s bolestí a utrpením a není možné tento stav nadále léčit, což zdravá kočka pochopitelně není. A hysterie kolem toxoplazmózy mně i mým kolegům ubírá čas, který bychom raději věnovali těm skutečně nemocným zvířatům, a ne neustálému vysvětlování a vyvracení mýtů.

Strategie cíleného marketingu pod vlajkou boje proti padělkům



Na přelomu let 2014 a 2015 to v okrese Ituri v Demokratické republice Kongo vypadalo na epidemii meningitidy. Více než tisíc lidí vyhledalo ošetření v různých zdravotnických zařízeních. Společným průvodním znakem potíží všech pacientů byla strnulá šíje a nedobrovolné svalové kontrakce. Na samém začátku si všichni mysleli, že jde o epidemii meningitidy. Podle klinického stavu pacientů to tak vypadalo, podle postupného šíření napříč oblastí to tak vypadalo.

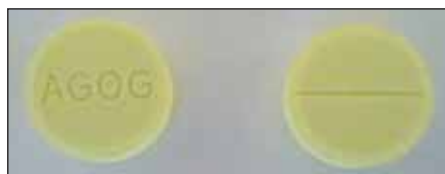
PharmDr. Stanislav HAVLÍČEK

Dokonce na místo vyrazil operační tým, aby naplánoval očkovací kampaň. Jenže něco bylo divně. V porovnání s jinými epidemiemi meningitidy neumíralo tolik pacientů. Taky se někteří uzdravovali mnohem rychleji, než se předpokládalo.

A tak se operační tým na nějakou dobu změnil na tým detektivní...

Když jsem to v červenci loňského roku slyšel vyprávět od přímého účastníka toho vyšetřování, nemohl jsem uvěřit. Abyste přišli na to, co se děje, nestačí být jenom dobrým doktorem, musíte vystoupit z evropského myšlení. Musíte pochybovat a nedůvěřovat. Musíte se přestat spoléhat na nepřetržitý dohled regulačních státních autorit. A hlavně si musíte uvědomit, že vedle světa sešněrovaného kontrolami zprava i zleva,

shora i zdola, existuje i jiný svět. Svět nabídky a poptávky mimo oficiální kontrolované distribuční kanály. Někdy se oba tyto světy prolínají.



Když nepomohly standardní vyšetřovací postupy, nastoupila toxikologie. Když přinesla výsledky, čekalo na lékařský tým detektivů ještě velmi pracné a pomalé hledání zdroje jedu a způsobu otravy.

Společným identifikačním znakem pro všechny pacienty bylo užívání diazepam. Pro děti jako prevence febrilních křečí, pro dospělé z různých důvodů, proti spavé nemoci, bolestem hlavy a dokonce i jako doplněk při léčbě malárie. Diazepam se v okrese Ituri kdysi

v minulosti osvědčil, takže měl přes hranice s Ugandou vybudovaný nejen legální, ale i docela dobře zásobený černý trh.

Jenže diazepam působí přesně naopak – svaly spíše uvolňuje, nedochází ke křečím, spasmům ani svalovým záškubům, nemohlo jít o diazepam. A nešlo.

Výzkumníci sesbírali po domácích pacientů vzorky různých druhů léků, prakticky všechny, které se jim podařilo najít. Vydalo to na tři desítky různých tablet, zakoupených v lékárně, na trhu nebo získaných přímo ve vládních nemocnicích. Až na jedinou výjimku obsahovaly přesně to, co obsahovat měly, žádnou toxickou příměs ani jinou než deklarovanou léčivou látku.

Tou jedinou výjimkou byly žluté tablety s půlicí rýhou označené nápisem AGOG.

Agog Pharma Ltd. je farmaceutická firma z Indie. Má relativně široké portfolio přípravků, ale diazepam na seznamu vyráběných léčivých přípravků nemá.

Analýza moči vzorku devíti pacientů s dystonií ukázala koncentraci haloperidolu od 1 do 49 µg/l a haloperidol byl analyzován také ve všech získaných vzorcích tablet s označením diazepam. Tablety průměrně obsahovaly 13 mg

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

haloperidolu, a jediná taková tableta pro dětské pacienty představovala i více než dvacetinásobek doporučené denní dávky. Tablety neobsahovaly žádný diazepam a ani jinou toxickou látku.

Tahle podrobná čísla najdete v článku kolektivu autorů v čele s Nicolasem Peyraudem, který pracuje pro Lékaře bez hranic. Článek vyšel 17. února letošního roku v časopise **The Lancet Global Health** pod názvem **An epidemic of dystonic reactions in central Afrika**. Souhrnnou informaci najdete také na českých stránkách Lékařů bez hranic.

Co už tam ale nenajdete, je svědectví přímého účastníka. Svědectví o tom, že jedna z distribučních firem měla velký přebytek indického haloperidolu a žádný odbyť. Na druhou stranu ale ve velkém a nejen na legálním trhu obchodovala s diazepamem, kterého se jí tehdy zrovna nedostávalo.

Technologii tabletování znáte, vlastně na to stačí jenom malý poloautomatický lis. A vlastně to ani nebylo nutné. Prošlapaná cesta šedé ekonomiky, živená a tolerovaná v přímé úměře ke korupčním pobídkám. Jakkoliv Světová zdravotnická organizace (WHO) volá po zodpovědnosti a vyšetření, jakkoliv se ustanovují vyšetřovací komise, než se na to za 3 roky přijde, budou akteři dávno za horami.

Firma AGOG je v celém případě nevinně. Jak se dočtete v informaci zveřejněné už v polovině roku 2015 americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA), vedení firmy AGOG expertům WHO při vyšetřování potvrdilo, že vyrábí a prodává haloperidol v blistrech a nevyrábí ani neprodává diazepam.

Haloperidol v blistrech firmy AGOG neznámému distributorovi pomalu procházel na skladě. Stejný distributor ale měl velký odbyť diazepam od firmy Centaur Pharmaceuticals také z Indie. Protože dodavatelů obalového materiálu je spousta, stačilo jen nakoupit podobné lékovky, nakopírovat příbalový leták a etiketu a diazepam AGOG byl na světě. Naplnění lékovek byla buď ruční práce, nebo poloautomatické plnění. Takový strojek na hromadné vyblistrování dokáže vyrobit i vařiči pervitinu v Čechách.

Jsme zvyklí z evropského prostředí na záruky a bezpečnost. A když už se nějaký ten skandál objeví, bijeme na poplach pro nebezpečnost internetu a nelegálních obchodů uskutečněných v jeho prostředí. Zapomínáme přitom, že jednoduchá lidská hamižnost dokáže prolomit a nabourat i legální distribuční řetězec.

To nejdůležitější na celém případě by ale nemělo zapadnout. Při analýze tablet AGOG bylo jen šest z devíti tablet získáno od pacientů. Další byla koupe-

na v licencované lékárně a dvě byly získány ve státem provozovaných zdravotnických zařízeních. Právě ten selhávající lidský faktor a zlá vůle nebo zločinný úmysl byl příčinou i několika průniků padělků v západní Evropě za posledních pár let.

A i když tyhle zloduchy nakonec chytanou, pro některé pacienty už může být pozdě.

Na tomto místě by klidně mohl pokračovat chvalo zpěv na připravovanou protipadělkovou směrnici. Jak se zvýší bezpečnost pacientů a kontrola oběhu léčivých přípravků.

Jenže úplně stejně lehko můžu pokračovat v přesně opačném gardu. Protipadělková směrnice bude ve skutečnosti jen draze deklarovat bezpečnost legálního systému a ten nelegální ochránit nijak nedokáže. Prostým faktem, že se ho nijak netýká.

Navíc nedokáže před zlými úmysly a lidským selháním ochránit ani tu legální distribuci. Ano, časem možná odhalí narušení systému, ne však preventivně, ale až zpětně a příliš pozdě pro mnoho pacientů.

Vlastně si všichni evropští lékárníci kupují drahý monitorovací systém, se kterým si výrobci a distributoři budou pod vlajkou boje proti padělkům hrát strategické hry cíleného marketingu.

Fotografie: WHO

Doporučené postupy pro vybrané činnosti lékáren

Projekt Doporučené postupy pro vybrané činnosti lékáren probíhá už třetím rokem. Dosud bylo publikováno osm standardů pokrývajících poměrně širokou oblast farmacie, a to od přípravy léčiv přes onkologickou farmacii po klinickou farmacii.

Využití proto najdou jak u kolegů ve veřejných lékárnách v lékárnách nemocničních, stejně jako u lůžek pacientů. Za kvalitu DP ručí široký autoritativní a oponentský tým. Všechny doporučené postupy podstoupily veřejnou oponenturu (připomínkování probíhalo v rámci diskuze na webových stránkách České lékárnické komory a Sekce nemocničních lékárníků), alespoň jednu oponenturu odbornou, a tam kde to bylo relevantní, i oponenturu

SÚKL. Každý doporučený postup bude pravidelně aktualizován.

Již vytvořené doporučené postupy jsou k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékárnické komory v sekci vzdělávání a na stránkách Sekce nemocničních lékárníků www.nemlek.cz.

Zpracována byla následující témata:

- Aplikace cytotoxických léčiv
- Hygienická pravidla při přípravě nesterilních léčivých přípravků
- Hygienická pravidla pro přípravu sterilních léčivých přípravků s protimikrobní přísadou a léčivých přípravků s vyšším hygienickým standardem
- Léčiva prodlužující QT interval
- Příprava cytotoxických léčiv
- Bezpečnost práce při přípravě injekčních cytostatik

- Klinická hodnocení léčiv v lékárně
- Podávání léčiv u pacientů s nasogastrickou sondou

Během jara by měly být připraveny tyto doporučené postupy:

- Příprava lékových forem s obsahem nebezpečných léčiv
- Kontrola zacházení s léčivými přípravky na oddělení
- Úprava, podávání, stabilita a uchování injekčních a infuzních léčivých přípravků.

Příprava a vydání doporučených postupů, které se zabývají čistými postupy pro přípravu léčiv, se vydáním pokynu LEK-17 oddálilo.

Své návrhy na zpracování dalších témat můžete zasílat na e-mail: doprocenenepostupy@gmail.com.

Mgr. Drahomíra STARÁ

V dubnu si ze světových dnů vyhlášených WHO připomínáme Světový den zdraví, Světový a evropský imunizační týden, Světový den boje proti malárii. Z jiných mezinárodních dnů souvisejících se zdravím Světový den informovanosti (povědomí) o autismu, Světový den Parkinsonovy choroby, Světový den hemofilie, Evropský den práv pacientů a Světový den pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Z dalších významných dní je to například Světový den boje proti meningitidě.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

SVĚTOVÉ DNY ZDRAVÍ

duben

Evropský imunizační týden (European Immunization Week, EIW)

Evropský imunizační týden je letos v týdnu od 24. do 30. dubna. Bude zaměřen na potřebu očkovat v každém období lidského života a na přínosy očkování, které z toho plynou.

Navazuje na první EIW z roku 2005, tedy na iniciativu zaměřenou na zvýšení povědomí o očkování, na zlepšení komunikace v této oblasti a na prosazování očkování v evropském regionu a nejen v něm. Podobně jako u většiny dalších mezinárodních a světových dnů zdraví bývá také u EIW každoročně zvoleno aktuální ústřední téma.

Smyslem EIW je připomenout zásadní význam očkování pro lidské zdraví jako nejefektivnějšího způsobu prevence vzniku a šíření infekčních nemocí. Očkování se považuje za jeden z nejvýznamnějších objevů v historii medicíny. Plní přitom dvě základní funkce, jejichž prostřednictvím chrání jedince i společnost:

- individuální (chrání očkováního jedince),
- kolektivní (pravidelné a plošné očkování brání pomnožení a oběhu původce infekce mezi lidmi).

Důležitá je v této souvislosti propojenost národních, evropských a globálních aktivit v podobě Celosvětového očkovacího akčního plánu (Global Vaccine Action Plan, GVAP) na roky 2011 až 2020, který byl odsouhlasen na 65. zasedání Světového zdravotnického shromáždění v roce 2012, a to 194 členskými zeměmi WHO. GVAP představuje základní rámec, z něhož potom vychází Evropský očkovací akční plán (European Vaccine Action Plan, EVAP) na roky 2015–2020. Z jeho cílů vybíráme: všechny země přisuzují imunizaci prioritou; jednotlivci chápou význam imunizačních služeb, vakcín a potřebu očkovat; přínosy očkování jsou lidem objektivně zprostředkovávány; silné imunizační systémy tvoří integrální součást

dobře fungujícího zdravotnického systému; imunizační programy jsou udržitelně dostupné z hlediska očekávaného financování a zásob vysoce kvalitních vakcín.

Národní Akční plán k provokacinační strategii je součástí Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí na období 2015–2020 s názvem Zdraví 2020. Jeho cílem je při průměrných ročních nákladech ve výši 12 miliard Kč návrat zpět a udržení minimálně 90% proočkovanosti s následným cílem návratu na hodnoty 95 %.

Očkovací schémata a kalendáře se v průběhu času mění. Od roku 2010 bylo například zrušeno pravidelné očkování proti TBC, vyjma rizikové děti. V letech 2010 a 2012 byla zavedena dvě doporučená plošná očkování hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění – proti pneumokokům a rakovině děložního čípku u dívek. V předcházejících letech bylo pravidelných přibližně 18 aplikací dětem do 15 let, v roce 2015 osm. Pravidelně se očkuje proti devíti nemocem, z nich šest je v hexavakcině (viz tabulku), celoživotně se přeočkovává proti tetanu. Další tři, spalničky, zarděnky a příušnice, jsou v trojvakcině.

Mění se také podmínky úhrady, například od 1. září 2015 byla zavedena plná úhrada očkování proti pneumokokům u osob starších 65 let.

Pravidelné očkování – děti

Do 24 hodin

Virová hepatitida typu B (Základní očkování novorozenců HBsAg pozitivních matek. V očkování těchto dětí se dále pokračuje od 6. týdne po narození dítěte podle SmPC hexavalentní očkovací látky.)

1. měsíc

TBC (Indikaci k očkování posoudí lékař.) Pneumokokové nákazy (Podle zdravotních indikací.)

Od 9. týdne

Hexavakcína (Proti záškrtu, tetanu, dávičkému kašli s acelulární složkou, přenosné dětské obrně, virové hepatitidě typu B, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae b.*) – 1. dávka. (U dítěte, které bylo očkováno proti TBC, se první dávka hexavakcíny podává až po 15. týdnu a po zahojení jizvy po BCG inokulaci.)

3–4. měsíc

Hexavakcína – 2. dávka

4.–5. měsíc

Hexavakcína – 3. dávka

11.–15. měsíc

Hexavakcína – 4. dávka (Podá se nejpozději před dovršením 18. měsíce věku dítěte.) U dětí očkových proti TBC se základní očkování hexavalentní očkovací látkou provede od započatého 13. týdne po narození dítěte, vždy však po zhojení postvakcinační reakce po očkování proti TBC.

15.–18. měsíc

Spalničky, zarděnky, příušnice – 1. dávka

21.–28. měsíc

Spalničky, zarděnky, příušnice – 2. dávka (Přeočkování v minimálním odstupu 6–10 měsíců, horní věková hranice není omezena. Na základě výsledků národních serologických přehledů a současné epidemiologické situace se očekává posunutí aplikace do věku 7–8 let.)

5–6 let

Záškrt, tetanus, dávičkový kašel – přeočkování.

10–11 let

Záškrt, tetanus, dávičkový kašel – přeočkování. (Další přeočkování proti tetanu po 15 letech.) Přenosná dětská obrna – přeočkování.

12 let

Žloutenka typu B (u dětí, které nebyly očkovány v kojeneckém věku; podávají se 3 dávky).

13 let

Přenosná dětská obrna (u dětí, které nedostaly 5. dávku mezi 10. a 11. rokem).

14 let

Tetanus.

15 let

Tetanus (u dětí, které nedostaly 5. dávku, přeočkování po 10–15 letech).

Literatura u autora

System elektronické preskripce ve Slovinsku

Elektronická preskripce. Často skloňovaná slova v posledních letech snad ve všech státech Evropy a dalších částech světa, jelikož doba si žádá mít v elektronické podobě úplně vše. Slovinsko v tomto ohledu není výjimkou. System elektronického předepisování receptů byl zde spuštěn na podzim roku 2015. Náklady na jeho zavedení byly hrazeny státem.

Zpočátku se tento nový system samozřejmě neobešel bez drobných komplikací s jeho výpadky. Výdej léčiv však to nijak neomezilo, jelikož právě po dobu prvních dvou, třech měsíců po spuštění byl pacientovi napsán jak klasický papírový recept, tak recept elektronický. To znamená, že v případě jakéhokoli problému se systemem předložil pacient recept papírový, léky mu byly ihned vydány, a později, až byl system znovu v provozu, lékárníci zpětně zaznamenali výdej léků i v programu pro eRecept.

Hlavní cíle zavedení eReceptu

- zvýšení bezpečnosti pacientů a snížení počtu chyb v důsledku nesprávného výdeje léků, lepší čitelnost receptů, snížení počtu administrativních chyb,
- zefektivnění postupu předepisování léků pro pacienty v případě, kdy může být předpis vydán i v nepřítomnosti pacienta,
- poskytnutí přehledu lékových interakcí a kontraindikací při preskripci i expedici,
- zajištění předepisování a užívání léků s přihlédnutím na dříve předepsané a vydané léčivé přípravky,
- snížení administrativních nákladů,
- zvýšení efektivity kontroly ze strany zdravotních pojišťoven, které tak mají přehledné informace o předepsání léku i jeho výdeji,



- zajištění potřebných informací pro celou řadu analýz, průzkumů nebo statistik.

**Projekt České lékárnické komory pro rok 2015
PODPORA STUDENTŮ FARMACEUTICKÝCH FAKULT
NA ZAHRANIČNÍCH STÁŽÍCH V LÉKÁRNÁCH**

Předepisování a výdej na eRecept v praxi

Lékař vloží pacientovu čipovou kartu pojišťovny do čtečky, ve které je zároveň vložena profesionální karta lékaře. Poté lékař ve svém počítači vydá předpis, který podepíše certifikovaným elektronickým podpisem a odešle do centrálního registru elektronických receptů (EER). Pacient při příchodu do lékárny předloží lékárníkovi pouze svoji kartu pojišťovny, kterou lékárník vloží do čtečky zároveň se svojí vlastní profesionální kartou a zobrazí si tak elektronický recept uložený na výše zmíněném EER. Následně pomocí EAN kódu načte léky, připiše počet balení, podobně jako lékař celý recept podepíše elektronickým podpisem a nakonec se zobrazí veškeré lékové interakce seřazené podle závažnosti.

Elektronický recept má stejnou platnost jako předchozí forma receptů, tj. 30 dní. Případně existují recepty pro chronické pacienty, kteří užívají dlouhodobě stejné léky. Takový recept funguje na podobném principu jako v ČR recept opakovací. Ve Slovinsku je však vydán na rok a pacient si vždycky může vy-



zvednout pouze léky na tři měsíce. Po uplynutí roční lhůty už nelze léky vydat a lékař musí vystavit nový eRecept.

Výhody eReceptu jednoznačně převažují:

Snížení chybovosti při výdeji léků, a to díky tomu, že léky jsou před jejich expedicí pacientovi načteny svým kódem do počítače, který v případě nevědomé záměny ihned nahlásí chybu. Zamezení zneužívání a falšování receptů. Zjednodušení pro pacienty v tom smyslu, že jim odpadá starost o papírový recept, k tomu, aby dostali své léky v lékárně, jim plně dostačuje kartička pojištěnce, kterou má každý neustále při sobě. Při dlouhodobé, udržovací terapii není potřeba docházet každé tři měsíce k lékaři pouze pro recept, předpis může být totiž vydán i v nepřítomnosti pacienta. Možnost zpětné kontroly lékaře, zda si pacient opravdu své léky vyzvednul či zda byla lékárníkem provedena záměna léčivého přípravku, současně i lékárník je schopen si zobrazit pacientovu lékovou historii (lze přesně dohledat kdy, kde a jaké léky byly expedovány).

Nevýhodou je, že ani v tomto novém systému nemá lékárník možnost zobrazit si pacientovu diagnózu, že výdej na eRecept je pomalejší než tomu bývalo dřív u receptu papírového a v neposlední řadě není výjimkou, že lékař zapomene odeslat předpis do centrálního úložiště, lékárníkovi se tudíž v elektronickém systému žádný nezobrazí a je nutno kontaktovat lékaře.

Pro pacienty je tento nový system preskripce naprosto bezpečný. Karta pojišťovny sice není zabezpečena ani PIN kódem, ani jiným zařízením, ale lékařské předpisy jsou zasílány prostřednictvím zabezpečeného systému do úložiště elektronických receptů (EER), do něhož mají přístup (po získání elektronického certifikátu) pouze

lékaři, lékárníci, zdravotní pojišťovny, příp. některé státní instituce. Ani lékaři, ani lékárníci však nemají automaticky přístup ke každému pacientovi. Aby si mohli zobrazit jeho údaje, potřebují vložit pacientovu kartu pojišťovny do čtečky nebo mít dřívější souhlas pacienta, který pak umožní přístup k údajům pacienta i bez vložení karty do čtečky. Souhlasu pacienta k přístupu do EER se využívá například v domovech důchodců, kde zdravotní sestry vyzvednou v lékárně hromadně léky pro všechny seniory, aby každý z nich nemusel osobně jít až do lékárny, obzvláště pokud má například problémy s pohybovým aparátem.



V současné době lze lékařský předpis vystavit pouze elektronicky, respektive papírově jsou vystavovány pouze pokazy na zdravotnické pomůcky a recepty na opiáty, protože po expedici musí být vloženy do opiatové knihy.

Jelikož je zatím systém eReceptů ve Slovinsku ještě vcelku nový, všichni si na něj zvykají. Postupem času se bude pravděpodobně ještě měnit, rozvíjet a zlepšovat. Měly by být též zpracovávány statistiky, zobrazující zda opravdu poklesla chybovost při expedici léčiv, případně také jaké léky a v jakém množství jsou nejčastěji užívány, což je důležitá informace zejména pro zdravotní pojišťovny. Osobně jsem ale už teď zaznamenala většinou spokojenost všech s tímto novým systémem. Lékárníci si eRecept chválí hlavně kvůli minimalizaci počtu chyb při výdeji, na druhou stranu také uznávají, že tento nový systém je pomalejší než výdej na klasické, papírové recepty.

Dagmar LOUVAROVÁ

XIX. KONFERENCE MLADÝCH LÉKÁRNÍKŮ

Co na nás prozradí kůže?

XIX. konference mladých lékárníků je zaměřena na farmakoterapii v dermatologii. Koná se ve dnech 19. až 20. května v Kulturním domě Na Rybníčku 43 v Opavě. Registrace v pátek od 15 do 16 hodin, v sobotu od 8.30 do 9 hodin. Odborným garantem programu je PharmDr. Marie Zajícová.

PŘIHLÁŠENÍ NA KONFERENCI:

Poplatek pro lékárníky: 600 Kč (platba v hotovosti na místě 700 Kč).

Po přihlášení platbu zašlete na účet č. 35-7905240297/0100, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (17999).

Akce je ohodnocena 20 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

PÁTEK

- PharmDr. Marie Zajícová: **Zahájení kongresu – Historie KF na dermatologickém oddělení SN Opava**
- MUDr. Eva Jašková: **Psychosomatický pohled na léčbu kožních onemocnění**
- MUDr. Jana Nováková: **Kožní problémy u diabetiků**
- MUDr. Jana Zímová: **Otoky dolních končetin – ne vše je lymfedém (sdělení podpořené firmou Servier)**
- PharmDr. Stanislav Havlíček: **Co vše lze vidět na kůži v Africe**

SOBOTA

- Mgr. Lukáš Láznicka: **Které osobnosti se skrývají pod názvy dermatologik? – malý výlet do historie**
- PharmDr. Veronika Krajčová: **Abnormality nehtů, příčiny a léčba**
- MUDr. Silvie Raččíková, MBA: **Aktinické keratózy (sdělení podpořené firmou Galderma)**
- PharmDr. Stanislav Gregor: **Kožní problémy u imunokompromitovaných pacientů**
- Mgr. Olga Svobodová: **Autoimunitní systémová onemocnění a jejich projevy na kůži**
- MUDr. Ivana Lubojacká: **Kožní projevy endokrinních poruch**
- PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D.: **Methotrexat v léčbě psoriatické artritidy, výzkum jeho farmakogenomiky**
- Mgr. Katarína Réveszová: **Současné trendy v léčbě atopické dermatitidy u dětí**
- MUDr. Monika Hudymačová: **Infekční onemocnění kůže**

Partneři konference: Galderma, AstraZeneca, Fagron, Novartis, Phoenix, Sanofi, Servier, Baxter, Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Tcheque

20 let od promoce – 25 let od imatrikulace

Sraz bývalých studentů farmacie v Hradci Králové z let 1992–1997 se koná v sobotu **23. září 2017 v 10 hodin** na fakultě.

Další info e-mail: spulak@faf.cuni.cz, lorencp@centrum.cz

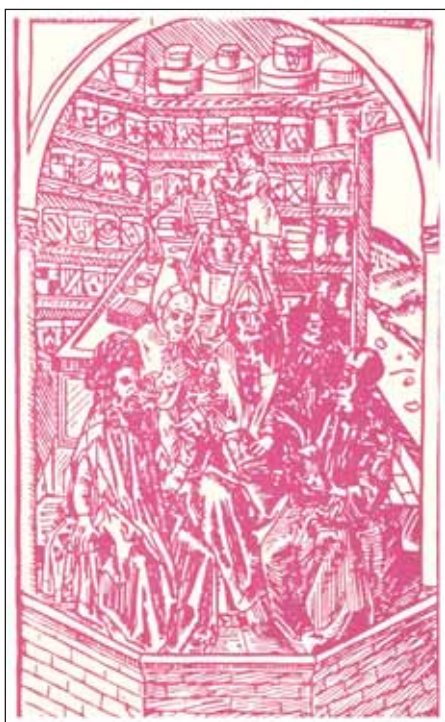


O prospěšnosti, nezbytnosti a trvalé potřebě lékáren jako zdravotnických zařízení málokdo pochybuje, i když je dnes slyšet hlasy o možném jiném zajištění nemocného potřebným lékem. S tím samozřejmě souvisí řada dalších otázek – o reálné potřebě lékárníků, farmaceutických asistentů, vysokých i středních škol i dalšího vzdělávání nezbytného pro kvalitní výkon lékařské péče.

Malá reminiscence: Lékárenství 1945–1990

RNDr. Vladimír Jeřábek

„Anatomie“ soudobých lékařských problémů, zpracovaná už před několika lety prof. VI. Smečkou, obavy o existenci lékáren publikované kolegy Horáčkem, Blahutou, Havlíčkem, Habrmanem, prof. Hrabálkem vyjadřují starost o vývoj a další existenci lékárenství u nás vůbec. Práce doc. Ruska, prof. Solicha, kolegů Jirouta, Portycha, Urbance zachycují důležité skutečnosti uvedeného období. Ne poprvé zní otázka *Quo vadis farmacie* v naší společnosti. Názor, že lék není zbožím, byl respektován do konce 90. let. O to zajímavější bude stanovisko Evropského parlamentu, který tuto otázku zařadil k projednání v letošním roce.



Respektující myšlení a názory filozofů, že obsah všeho myšlení i skutků, duševního i hmotného, záměrů i konání jednotlivců i celé společnosti musí mít vždy též určitou formu, potvrzuje historie obecně. Také historie obsahu a formy lékárnického povolání. Odpovědi na otázky dopadu dále uváděných skutečností a úroveň péče o zdraví nemocného i postavení lékárenství ve zdravotnickém systému té doby si může učinit každý sám.

Právní postavení lékáren bylo až do roku 1949 pojímáno v ČSR podle dvou zákonů. V Čechách a na Moravě příslušely lékárny obchodním komorám, na Slovensku a Podkarpatské Rusi byly veřejným zdravotnickým zařízením dozorovaným státem. Do r. 1950 vykonávaly lékárny svoji práci samostatně v souladu s udělenou koncesí. Ta byla buď reální (majitelem mohl být kdokoliv, vést lékárnou mohl jen lékárník), nebo osobní (ta se při změně pokaždé znovu udělovala), vždy samostatně. Významné postavení příslušelo lékárnickým grémiím od r. 1907 sdružujícím majitele lékáren i kondicinující lékárníky. Zákon č. 271/49, o výrobě a distribuci léčiv, dal vzniknout celostátnímu národnímu podniku Medika. Do něj byly včleněny lékárny: 379 z Ústřední zdravotní pojišťovny, 41 ústavních lékáren a 678 soukromých odkoupených od majitelů (socializace), distributoři léčiv. Později byly doplněny o Krajské kontrolní laboratoře a nově zřízené Krajské galenické laboratoře.

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo seznam léčiv potřebných k zajištění zdravotnických zařízení a obyvatelstva a také jejich pevné jednotné ceny (měnily se celostátně). Po dvou letech byl podnik decentralizován, řízení krajských

závodů převzala Hlavní správa lékáren MZd. V r. 1957 přešly Krajské správy do kompetence Krajských národních výborů, o rok později byly začleněny do KÚNZ. V roce 1960 došlo k zásadní reorganizaci tohoto systému, a to na základě výsledků tzv. gottwaldovské zkoušky (nyní Zlín). Vznikly Lékařské služby v Ústavech národního zdraví vedené okresním resp. krajským lékárníkem. Hospodářsky neziskové, příspěvkové organizace ÚNZ (později rozpočtové) s vlastním rozpočtem. V roce 1962 vznikl n. p. Zdravotnické zásobování (později státní) s celostátní působností a krajskými závody.

Sedm typů lékáren

V r. 1938 v celé ČSR činil počet lékáren 1 430; v Čechách a zemi Moravskoslezské 1 027, v r. 1950 zde existovalo 1 042 lékáren a pracovalo v nich 2 728 lékárníků. V r. 1975 v 937 lékárnách pracovalo 2 948 lékárníků a 2 220 lékařských laborantek. V roce 1989 to bylo 912 lékáren, z toho 80 ústavních. V r. 2015 pracovalo ve 2 582 lékárnách 8 712 lékárníků.

Zdravotnické pojetí lékárenství potvrdil zákon č. 20/1966, o péči o zdraví lidu, v němž byly lékárny pojaty jako zdravotnická zařízení. Zákonem vyhlášené poskytování všeobecně dostupné, kvalitní a bezplatné zdravotní péče se konkrétně v lékárenství projevilo v plnění tří předpokladů: dostupnost lékáren pro nemocné i zdravé občany; návaznost lékáren na lékařská zařízení; koncentrace soustředěním speciálních léků a činností do určených lékáren k tomu vybavených a laboratoří (např. příprava infuzních roztoků, zkoumadel, galenik).

Podle návaznosti na druh a velikost zdravotnického zařízení byly lékárny členěny do tří typů:

- I. pro obvodní služby a počet obyvatel 10 000 až 30 000
- II. pro obvodní, odborné specializované služby, samostatnou polikliniku nebo i s lůžkovou částí I. typu
- III. pro veškerou specializovanou a ústavní péči.

Podrobněji podle rozsahu základních i specializovaných služeb do 7 typů. Při výstavbě nových zdravotnických zařízení byla vždy zřizována lékárna příslušného typu. V typizační směrnici „Lékárny“ jsou zpracovány požadavky na stavební, hygienické, dispoziční řešení stavby i interiéru.

Koncepce lékárenství MZd ČSR č. 4/79 směřovala práci lékárníků k prohloubení péče o pacienta, zvýšení úrovně odborné konzultační a informační činnosti směrem k lékařům i nemocným, soustředěním přípravy magistraliter předepisovaných léků do specializovaných lékáren nebo laboratoří. Informace o správném užívání volně prodejných léků dle seznamu MZd ČR bylo úkolem lékárenských laborantek.

Nejdůležitějším projevem lékárníkovy odbornosti bylo a je, souběžně s jeho přípravou, jednání s pacientem. Přetrvává kontakt přes táru přes jednoznačně pozitivní výsledky studií a praktické ověření u nás i v zahraničí o možných formách individuálního, nerušeného jednání lékárníka s pacientem.

Nové pojetí vzdělávání

Vzdělávání lékárníků a lékárenských laborantů bylo pojato nově. Inaugurace první samostatné farmaceutické fakulty v českých zemích se konala na Masarykově univerzitě v Brně 28. 11. 1962. O osm let později byla sloučena s bratislavskou farmaceutickou fakultou UK, v roce 1969 byla zřízena nová farmaceutická fakulta UK se sídlem v Hradci Králové, druhá pak v r. 1991 jako součást VFU v Brně. Úkolem farmaceutické katedry Ústavu pro doškolení lékařů v Praze (později Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů), zřízené 1. 1. 1956, byla péče o stálé zvyšování odbornosti farmaceutů. Základními obory byly lékárenství, farmaceutická technologie, farmaceutická analytika a klinická farmacie. Užší obory požadovaly specializaci nástavbovou.

Systém trvalého vzdělávání doplňovaly odborné semináře ústavní, okresní, krajské a celostátní Československé farmaceutické společnosti. V r. 1965 se konal v Praze XXV. kongres farmaceutických věd z pověření FIP – Mezinárodní farmaceutické federace.

Pojetí, obsah a uspořádání Lékopisů dokladuje do značné míry vyspělost, odbornou úroveň farmacie. Ne každá země dokáže vypracovat lékopis vlastní. První Československý lékopis byl, na popud MZd ČSR, vypracován v letech 1919–1938, ale vydán byl až po válce, v r. 1947 jako Pharmacopoea bohemoslovenica. Do této doby platila v českých zemích Pharm. Austriaca a za války Lékopis německý DAB VI. V r. 1952 vydán Doplněk k ČsL 1, v r.



1954 nový ČsL 2 a v r. 1959 Doplněk první; v r. 1970 ČsL 3 a Doplněk v r. 1976. V roce 1987 vydán ČsL 4 s novými ustanoveními kvalitativních kritérií, měrných jednotek, zkušebních metod, zásad správné výrobní praxe a dalších odpovídajících světové úrovni. Poděkování zasluží všichni odborníci, kteří se na díle podíleli, zvláště prof. Škramovský a kol. Urbanec.

Koncepce lékárenství i nová ustanovení ČsL vyžadovaly další rozvoj odborné činnosti směrem k pacientům i lékařům a změnu ve způsobu přípravy léků. Přispět k tomu mělo také zaměření práce krajských a okresních odborníků v lékárenství (v souladu se specializací) a léčivých rostlinách. Jejich činnost nebyla dostatečně rozvinuta. Zejména oblast galenické farmacie zasluhovala rychlé racionální řešení. Za úspěšnou je možné považovat práci kvalitařů lékáren i Laboratoře pro kontrolu léčiv. „Přínosná byla práce lékárníků v komisích pro účelnou farmakoterapii i pro oblast klinické farmacie. Snahou bylo její rozvinutí na všech úrovních léčebné péče. Zejména pro mladou generaci byla užitečná činnost lékárníků v oblasti pěstování a sběru léčivých rostlin. Významnou a úspěšnou prací *sui generis* byla veterinární farmacie s potřebnou specializací.

Rozvojové lékárnické středisko (RLS) vzniklo po delimitaci Ústřední technické a kontrolní laboratoře, když se nepodařilo prosadit zřízení výzkumného lékárenského ústavu v r. 1955. Smyslem

jeho činnosti bylo vypracování stěžejních, odborných úkolů pro MZd ČSR a odborné poradenství lékárnám.

Např. při projektování, modernizaci, přestavbě a výstavbě lékáren, jejich dispozičním řešení a zařízení, technologické poradenství při přípravě léků. Dilem RLS bylo rovněž vypracování Praescriptiones pharmaceuticae, inkompatibility magistraliter receptury, zkoušení a posudky při zavádění nové přístrojové techniky a další. Významné je vypracování typizační směrnice MZd „Lékárny“. Reálná pomoc lékárnám byla velmi významná a prospěšná. Je politováníhodné, že činnost střediska byla v r. 1992 ukončena.

Vlastní farmaceutický průmysl

Způsoby a formy dodávání léčiv do lékáren se měnily a mění. Poválečné rozdělení Evropy, politické i hospodářské, na dva odlišné systémy, se v ČSR promítlo do organizace lékárenství i do farmaceutické výroby a distribuce i dovozu léčiv. Zajistit dostatek kvalitních moderních léčiv bylo u nás po r. 1950 realizováno možnou produkcí vlastního farmaceutického průmyslu (SPOFA, Slovafarma, Galena), dovozem ze zemí RVHP (Rada vzájemné hospodářské pomoci) a dovozem ze zemí jiné devizové oblasti. MZd stanovilo seznam léků včetně náhrad v každé indikační skupině, které musely být zajištěny vlastní výrobou nebo dovozem.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

léků ze socialistických zemí nebyl omezen, dovoz z devizové oblasti pak v rámci kvóty přidělené Krajským komisím pro účelnou farmakoterapii. Respektována byla potřeba zajištění tzv. nosných zdravotnických programů.

Léčiva se objednávala prostřednictvím tzv. objednacích knih obsahujících seznam všech léčiv, rozdělených do skupin podle aplikačních forem. Vydávány byly jednou za rok a sloužily k objednávkám ve skladech léčiv ve výši normy zásob. Norma zásob odpovídala předpokládané potřebě lékárny

na 3 měsíce (léčivé látky na půl roku). Při poklesu zásoby na 50 % objednávala lékárna celou normu, což mělo překlenout výpadky dodávek způsobené výrobou či dovozem. Léky byly dodávány jednou za 14 dnů, ústavní lékárny mohly přiojednávat trvale. Léčivé látky musela lékárna při přijetí kontrolovat dle lékopisu na totožnost, pokud neměly atest, musela provést celou analýzu podle lékopisu. Výhody a nevýhody uvedeného systému posoudí každý sám: např. nároky na skladové plochy, udržování velkých zásob, manipulace s velkými objemy, vedení expirací. Pro nemocného pak zpravidla jediná ná-

vštěva lékárny i při čekání na zhotovení léku.

Ve stručném přehledu některých skutečností období let 1945–1990, jimiž naše povolání prošlo, jsem chtěl připomenout ty, které byly (mimo jiné) pro lékařství také důležité a významné. I proto, že některé už nenávratně zanikly, některé úkony byly nahrazeny moderními způsoby, další jsou nenahraditelné.

(Reprofoto z publikace *LÉKÁRNY A SOUČASNOST* vydané v r. 1966 u příležitosti V. celostátního farmaceutického sjezdu.)

Imunoterapie proti melanomu

Imunoterapie přináší pokrok v léčbě desítek pacientů s metastatickým melanomem, tedy pokročilou rakovinou kůže. Těm dokáže až trojnásobně prodloužit délku života. Třetině pacientů dává naději na dlouhodobé vyléčení. Pomocí imunoterapie lze odbrzdit a znovu nastartovat imunitu pacienta tak, že dokáže proti zhoubnému bujení bojovat.

Zhoubný melanom představuje jednu z nejagresivnějších onkologických diagnóz. Pokud se nádor nezachytí včas, je velmi obtížně léčitelný. Ročně je v Česku diagnostikováno 2 400 nových případů melanomu a přes 450 lidí na něj každý rok umírá. Přibližně 400 pacientů má metastatický melanom, nádor v pokročilém stadiu, který už není možné operovat. Imunoterapie může pomoci až polovině z nich.

Jak upozorňuje MUDr. Ivana Krajsová, primářka Dermatovenerologické kliniky VFN a 1. LF UK, léčba není vhodná pro každého: „V současné době jsou imunoterapií léčeni pacienti s metastatickým melanomem, u kterých se prokáže negativní BRAF mutace a kteří splňují další podmínky indikace. Také zatím nedokážeme s jistotou předpovědět, jak tělo pacienta na léčbu zareaguje.“

Ještě před několika lety přežíval s diagnózou pokročilého melanomu déle než rok jen jeden za čtyř pacientů. Díky nové léčbě je jich za poslední tři roky dvakrát více. „Průměrná doba přežití s touto diagnózou se dříve pohybovala mezi šesti a devíti měsíci a žádná terapie nedokázala tento čas prodloužit. Nová léčba téměř ztrojnásobila dobu přežití na 25 až 30 měsíců. Co je důležité – až 35 % pacientů

má dokonce naději na dlouhodobé přežití. Navíc mají pacienti díky nové léčbě velmi dobrou kvalitu života, která jim umožňuje dělat běžné činnosti,“ dodává primářka Krajsová.

Imunoterapie se stále více prosazuje také v léčbě dalších typů nádorů. Výsledky zahraničních studií potvrzují velmi dobré výsledky imuno-onkologické léčby. Časem by bylo možné ji nasazovat pacientům nejen s maligním melanomem, ale i s rakovinou plic, prostaty a ledvin. Pro tyto diagnózy jsou zatím léky v klinických studiích.

Nádorové buňky často najdou způsob, jak se vydávat za normální buňky. Imunitní systém proto vždy nerozpozná, že jsou nebezpečné, navíc časem mnohou začít mutovat a niknout tak imunitní odpovědi.

Imunoterapie aktivuje imunitní systém, který pak dokáže rozpoznat nádorové buňky a ničit je. Imunoterapie tedy cílí na imunitní systém těla, nikoli na samotný nádor. Aktivuje imunitní systém tak, aby selektivně rozpoznával a napadal rakovinné buňky. Zajišťuje také dlouhodobou paměť imunitního systému, takže se může průběžně adaptovat na rakovinu a být zdrojem dlouhodobé odpovědi.

(mhw)

Hradecký den léčivých rostlin

Sekce přírodních léčiv, Česká farmaceutická společnost ČLS JEP, z. s., pořádá dne 20. 5. 2017 konferenci Hradecký den léčivých rostlin s podtitulem Využití léčivých rostlin pro ovlivnění CNS. Akce se uskuteční v Botanické zahradě léčivých rostlin Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové. Registrace účastníků od 9 hod., začátek odborného programu od 10 hod. Z přednášejících přijali pozvání zástupci farmaceutických fakult z Hradce Králové i z Brna.

Doprovodným programem bude jarní exkurze po Botanické zahradě s odborným výkladem.

Podrobnější informace o konferenci, především aktualizovaný program a registrační formulář, jsou dostupné na stránkách www.cfs-clis.cz v části Sekce přírodních léčiv. Registrační poplatek pro členy ČFS činí 300 Kč, pro nečleny 400 Kč.

Konference je zařazena do kontinuálního vzdělávání ČLnK a bodově ohodnocena. Počet míst je omezen, proto s registrací neotálejte.

Těšíme se na jarní bylinkové setkání!

**Za Sekci přírodních léčiv
PharmDr. Jaroslav PEČ, Ph.D.
spl@cfs-clis.cz**

VÝZNAMNÁ JUBILEA

duben 2017

75 let

Mgr. Marta Vyroubalová
(OSL Břeclav)

70 let

PharmDr. Libuše Bartošová
(OSL Zlín)

Mgr. Vlasta Rafajová
(OSL Zlín)

65 let

Mgr. Eva Adamová
(OSL Litoměřice)

PharmDr. Darila Hajmerlová
(OSL Teplice)

Mgr. Jitka Jaklová
(OSL Hradec Králové)

PharmDr. Dagmar Malénková
(OSL Kroměříž)

RNDr. Miroslava Maršíková
(OSL Příbram)

Mgr. Oldřiška Nakládalová
(OSL Šumperk - Jeseník)

Mgr. Jiřina Pilná
(OSL Ostrava)

Mgr. Hana Pochopová
(OSL Trutnov)

Mgr. Pavla Vargová
(OSL Uherské Hradiště)

RNDr. Dagmar Vítová
(OSL Nový Jičín)

60 let

PharmDr. Dana Cachová
(OSL Jindřichův Hradec)

PharmDr. Eva Ducháčková
(OSL Mělník)

PharmDr. Zdeněk Fabiánek
(OSL Brno)

PharmDr. Michal Jánošík
(OSL Louny)

Mgr. Marie Jíchová
(OSL Klatovy)

PharmDr. Dáša Košanová
(OSL Tábor)

PharmDr. Blanka Kubičková
(OSL Praha 9)

PharmDr. Josef Markl
(OSL Kroměříž)

Mgr. Zora Matoušková
(OSL Zlín)

PharmDr. Jiří Presl
(OSL Domažlice + Tachov)

PharmDr. Blanka Součková
(OSL Praha-západ)

PharmDr. František Stáně
(OSL Litoměřice)

PharmDr. Jiřina Vanžurová
(OSL Brno)

Mgr. Miroslava Žižková
(OSL Ústí nad Orlicí)

55 let

PharmDr. Václav Bareš
(OSL Brno)

Mgr. Lubora Bednaříková
(OSL Blansko)

PharmDr. Miroslava Čadková
(OSL Píseň)

PharmDr. Jarmila Fendrychová
(OSL Žďár nad Sázavou)

PharmDr. Hana Havlová
(OSL Hradec Králové)

PharmDr. Jana Kabešová
(OSL Chrudim)

PharmDr. Jitka Korpasová
(OSL Semily)

PharmDr. Zuzana Kotasová
(OSL Jihlava)

Mgr. Zdeněk Králíček
(OSL Brno)

PharmDr. Jana Kubičková
(OSL Šumperk - Jeseník)

Mgr. Zdeňka Němcová
(OSL Píseň)

Mgr. Šárka Paličková
(OSL Ostrava)

Mgr. Anna Ponížilová
(OSL Zlín)

PharmDr. Jiří Stejskal
(OSL Šumperk-Jeseník)

PharmDr. Alena Tomášková
(OSL Praha 10)

50 let

Mgr. Dr. Ivana Benešová
(OSL Kladno)

Mgr. Jana Buršíková
(OSL Praha 7)

Mgr. Blanka Časová
(OSL Jihlava)

Mgr. Marcela Dršková
(OSL Česká Lípa)

PharmDr. Michaela Faktorová
(OSL České Budějovice)

Mgr. Mirjana Gregl
(OSL Praha 5)

PharmDr. Roman Horný
(OSL Kroměříž)

Mgr. Jana Kajzarová
(OSL Frýdek-Místek)

Mgr. Lenka Kleinová
(OSL Písek)

PharmDr. Jan Král
(OSL Náchod)

PharmDr. Martina Matýsová
(OSL Šumperk - Jeseník)

PharmDr. Martin Nalepa
(OSL Ostrava)

PharmDr. Eva Neshybová
(OSL Třebíč)

Mgr. Alena Neužilová
(OSL Plzeň)

PharmDr. Lenka Šafářová
(OSL Svitavy)

PharmDr. Filip Tichý
(OSL Píseň-jih)

PharmDr. Marcela Tomanová
(OSL Uherské Hradiště)

Mgr. Marcela Vallová
(OSL Frýdek-Místek)

Mgr. Lenka Veselá
(OSL Brno)

Upřímně blahopřejeme!

(člnek)



Bylo, nebylo. V dobách, kdy nikdo netušil, co je to Evidence based medicine, kdy nebyli poradci na to, co jíst, jak se oblékat a s kým se stýkat, žil běžný člověk podle hospodářského roku. Hospodář spjatý s přírodou žil podle přírodních zákonů. Na jaře mu vzešlo obilí a zahrádka se zazelenala. V té době se hospodář živil čerstvou zeleninou a mladými tvory. Podle toho, jak postupně dozrávalo na zahrádce a v sadu, pomalu se na jídelníček dostávalo ovoce. Jahody, třešně, raná jablka, všechno plody nevhodné k dlouhodobému skladování. Když už bylo něčeho moc, zavařilo se to na kompot, z horších kousků se rozvařila marmeláda. Po žních pak začala dozrávat jablka k uskladnění následovaná dýněmi. Ke skladování potravin se používal cukr, sůl, sušení, uzení nebo uložení v chladu.

Po svatomartinské huse (ty bylo potřeba vybit, aby se nemusely v zimě vykrmovat) začalo období klidu a šetrného jídla. Přeci jen začínala zima a jaro bylo daleko. Nastalo adventní zklidnění jako příprava na Vánoce, bohaté na jídlo. Byla to oslava narození Páně nebo taky oslava, že se zima obrací a po kratších dnech přichází jejich prodlužování.

Masopustní veselí, zabíjela se velká zvířata, byla zima a maso se nekazilo. Pak přišlo období půstu. Ten začínal pro katolíky Popelční středou a končil na Velikonoce, které jsou oslavou jara a jarního pučení. Začalo se nanovo.

Člověk tak žil stovky let, spjat s půdou, přírodou a jejími cykly. A dneska? Jíme steaky v létě, hubnoucí dietou se drtíme v lednu, před Vánoci lítáme po nákupních centrech. Chceme jahody v lednu, štrúdl v květnu a burčák uprostřed léta. I to vede k celé řadě civilizačních chorob.

Oba ty půsty, jak já je chápu, a katolíci to můžou rozporovat, měly dvě stejné charakteristiky. Šlo o zklidnění duše i těla v době relativního pracovního klidu a hlavně o přípravu na následnou namáhavou práci. Zároveň to byla doba po velkých sklíznicích jídla (advent po sklízni, popelec po zabíjačkách) a šlo o jisté oddálení konzumace skladovaného, aby vydrželo co nejdéle.

Rozhodl jsem se tedy, že se zkusím změnit po vzoru svých předků – půst před Velikonocemi. Popelční středa byla letos dost pozdě, až 1. března. Už v únoru jsem začal přemýšlet, čím se postím. Rozhodl jsem pro maso, čokoládu a alkohol. A tady máte výsledek pokusu na vlastním těle a tělech příslušníků mé rodiny.

Jarní pohádka o půstu

Tak první týden začal hladce. Koupil jsem v práci špaldové kroupy a udělal zapečené špaldové kernotto. Je to plné zeleniny a den ode dne lepší a lepší. Krásně to zasytí. Konec byl horší. Ona ta cizrna se musí umět. Na druhou stranu palačinky jsou super postní, tedy bezmasé jídlo.

Druhý týden méně experimentů, ale už přichází chuť na čokoládu. Třetí týden byl dojídaním druhého. Ta zeleninová jídla vydrží mnohem déle než ta masová. Problém nastal s oslavou narozenin, během půstu se totiž těžko slaví. Ale i tady je lety ověřený postup. Anglická královna slaví narozeniny taky v červnu, protože v dubnu býval Londýn mlžný a ty parádemarše královských granátníků by přes mlhu nikdo neviděl.

V polovině půstu jsme měli naplánovanou přestávku v podobě svatby. To prostě nejde nezapít štěstí další ženy a manželství dalšího muže bez masa a alkoholu. Navzdory tomu jsem po paštičce, polévce s knedlíčky a svičkové stál večer nad rautem a vůbec mne ten salám nezlákal. Myslel jsem, že budu mít masožravou, a mezitím jsem hodoval na sýru a zelenině.

Uzávěrka tohoto čísla časopisu je začátkem dubna. Proto vám nemůžu popsat, jak jsem dopadl. Chystám na Velikonoce kuře s nádivkou z kopřiv. Taky už se těším na první jarní pivo a uzenku.

Zatím jsem po měsíci zhubl o tři kila. Vyzkoušel jsem, jak vařit lehce a zdravě a chutně, našel spousty nových receptů, které v naší rodinné kuchyni rozhodně nezapadnou. A také jsem zjistil, že to neznamená moc práce. Jediný orgán, který namáháte, je mozek.

Není bez zajímavosti, že celá tahle anabáze se stala ojedinělým opáčkem z farmakognozie. Ono té zelenině a kuskusu a bulguru musíte trochu pomoci v chuti. A tu na vás začnou vypadávat dávno zasutá jména léčivých bylin. Fenykl, kmín, pepř, badyán, skořice, koriandr, bobkový list, šalvěj, majoránka, tymián, rozmarýn, máta, zázvor a celá řada dalších, na které si už ani nevzpomenou. Zjistíte, že staré kuchařské knihy jsou tímto kořením přímo napěchované. Vzpomenete si, že naše babičky vařily často a rády na cibulce a s česnekem. To všechno se vám nakonec slije do jedinečného poznání. K čemu jsou všechna ta hnusná dekokta? Proč kapslovat a extrahovat-sušit-kapslovat nějaké kytičky? Stačí tu přihodit snítku, tam stroužek, rozdrtit sušený plod v hmoždíři. Nejen, že se chutněji najíte, ale zároveň nenásilně uděláte něco pro vlastní zdraví.

Lékárník ve mně řve: „A kde je dávkování, kdo zaručí obsahové složky?“ Nikdo. Není to Evidence based medicine. Nedá se kvantifikovat. Je to jen prostý lidský přístup k podávání léčivých bylin, který snad povede k delšímu životu. A pokud ne, tak se tím krátkým životem alespoň chutně projíte.

Přemek CÍSAŘ

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP
Spolek moravskoslezských
farmaceutů pořádají

CLIV. přednáškový večer

Uskuteční se
10. května 2017 v 18.30 hodin
v Domě techniky
Ostrava-Mariánské Hory

Přednáší:

MUDr. Pavel Tománek,
internista a diabetolog, Kopřivnice:
Přehled terapie diabetes mellitus

4 body v KV, 1 kredit pro FA

Léčivá mýdla

Myšlenka, používatí mýdla jako léčivého prostředku proti kožním nemocem, tak asi jako masti, byla poprvé vyslovena Hebrou asi kolem let 50tých minulého století a jest tedy dítkem novodobého lékařství. Na léčivou moc těchto mýdel bylo však lékařství upozorněno teprve uveřejněním práce profesora Unny, známého dermatologa, v roce 1885, který se s úspěchem zasadil o upotřebení léčivých mýdel. Na myšlenku, studovati léčivá mýdla, byl Unna přiveden několika pacienty, kteří z vlastního popudu používali léčivých mýdel, jež již byla v obchodě, a u nichž tato mýdla, ježto jich bylo používáno bez předcházejícího vyšetření choroby, tedy neodborně, se minula s kladným účinkem, to znamená, místo zlepšení, kožní choroba se naopak zhoršovala. Během několika desítek let se výroba léčivých mýdel tak zdokonalila, že dnes máme k dispozici již velké množství těchto mýdel. Rozznáváme několik druhů léčivých mýdel, a sice dehtová, fenolová, tedy karbolová, mýdla salicylová, formaldehydová, kyslíková, sírová, rtuťová a mýdelnaté přípravky etherických olejů. Jest nutno rozlišovati dvě skupiny těchto mýdel, a to jednak mýdla povahy terapeutické, tedy výslovně léčivá mýdla, jednak pak mýdla s účinky desinfekčními.

Kdy se kterého mýdla z obou uvedených druhů má použítí, závisí samozřejmě od povahy dotyčné kožní choroby. Také při pěstění vlasů, zvláště při vlasových nemocích připadá léčivým mýdlům důležitá úloha. Pokud se týče účinku, desinfikují jednak pokožku, jednak, a to jest důležité, zastupují úlohu léčivé masti. Dalekosáhlá působnost jest oněch mýdel, která způsobují přímo obnovu kůže, čehož se dosáhne přísadou silně působících alkalií. Nejvíce používána jsou mýdla dehtová a sírová, z nichž pak mají primát mýdla dehtová. Dehtové mýdlo tak zevšeobecnělo, že má skoro národní ráz, což však má i nepříjemné následky, neboť z neznalosti se ho užívá častěji tam, kde působí přímo škodlivě. Dehtová mýdla jsou obzvláště vhodná pro léčení vypadávání vlasů, zvláště pak při sebarrhoi pokožky, která je nejčastěji příčinou vypadávání

vlasů. Další velmi cenná vlastnost dehtového mýdla jest ta, že mírní, ba dokonce odstraňuje nepříjemné svědění pokožky hlavy.

Léčivá moc sírového mýdla, které je mezi lékařskými mýdly hned na druhém místě, je již dávno známá a také patřičně oceněna. Sírového mýdla užívá se úspěšně proti uhrům, červonosti kůže, lišěji a vypadávání vlasů. – U sírových mýdel jest nutno dávatí přednost mýdlům tuhým, neboť u tekutých se zpravidla síra usazuje u dna a tak se stává, že při therapeutickém

**VDÁNO
PŘED
84 LETY**

použití přichází síra na zmar. Často se setkáváme s kombinací dehtového a sírového mýdla a jest dokázáno, že toto kombinované mýdlo se při některých kožních nemocích dobře osvědčilo. K sírovým mýdlům se počítají také ichthyolová mýdla, při čemž nepříjemně páchnout ichthyol představuje olej, získaný z bituminosní břidlice. Ichthyolová mýdla jsou užívána k utišení bolesti. Dále působí zejména účinně při svrabu. Další látky, které se spojují se sirnými mýdly, jsou terapeuticky účinný thiol a thigenol.

Mýdla rtuťová lze považovati z větší části za mýdla desinfekční. Je pochopitelné, že jakmile Robert Koch dokázal značný antiseptický účinek sublimátu ve vodném roztoku, chopili se tohoto ihned výrobci mýdel a dnes již máme k dispozici značný počet těchto sublimátových mýdel. Ačkoliv se sublimátových mýdel používá již po několik desetiletí, neodpovídají v nejčastějších případech požadavkům, jež jsou na ně kladeny. Obtíže při výrobě plně uspokojujícího mýdla sublimátového jsou rázu chemicko technologického, jelikož zkušenostmi se ukázalo, že rtuťové soli značně ztrácejí na desinfekční síle tím, že se v jádru mýdla tvoří následkem dvojí reakce chlorid draselný a okysličená rtuť.

Při výrobě antiseptických rtuťových mýdel přichází v úvahu pouze organické sloučení rtuťové, při čemž jest kov bezprostředně vázán na uhlík. Nehledě k těmto vadám, upotřebují se sublimátová a rtuťová mýdla hojnou měrou a to jako desinfekční mýdla, zejména pak k umývání rukou před operacemi, podobně i při činnosti porodních asistentek. Hojnou měrou jsou pak tato mýdla užívána i k čištění lékařských nástrojů.

Neméně obsáhlá skupina desinfekčních mýdel, jsou mýdla phenolová, v nichž desinfekčním prostředkem je kyselina karbolová. Jelikož tato skupina má veliký počet desinfekčních přísad k mýdlům, jmenujeme jich zde toliko několik a sice kreolin, lysol, thymol, naphtol, atd. Zcela zvláštní postavení mezi všemi mýdly zaujímá mýdlo salicylové. Má rovněž antiseptické účinky, stěžejní pak jeho vlastností je schopnost rozpouštětí kůži. Kyselina salicylová, jakožto podstatná součást tohoto mýdla, změkčuje i nejtvrďší kůži bez jakéhokoliv podráždění, takže se tato potom dá velmi snadno odstraniti.

Ne menší důležitost mají mýdla formaldehydová, jejichž vývoj počíná tak kolem roku 1900. Jsou to rovněž mýdla antiseptická a slouží proto k desinfekci. Těmito formaldehydovými mýdly se kůže jaksí vydělává a dosáhne se tím značného omezení potivosti. Dnes nachází se v obchodě pod různými označeními již veliké množství formaldehydových mýdel. Zástupcem této skupiny byl odedávna lysoform, což jest směs formaldehydu a draselnatého mýdla.

Na konec budiž uvedena ještě tak zvaná mýdla kyslíková, která podle povahy zařazujeme rovněž mezi mýdla desinfekční. K této skupině náleží i tak zvané mýdlo ozónové. Superoxyd vodíku byl původně základem při výrobě mýdel kyslíkových, ale ježto se s ním velmi těžce pracuje, byl později nahrazen natriumperboratem. Parfumování léčivých mýdel nemá nic společného s jejich účinky léčivými a desinfekčními, děje se tak spíše proto, aby se užívání těchto mýdel, jež většinou mají nepříjemný zápach, stalo příjemnějším.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,
1933, č. 18, str. 296-298