

---

6/2014

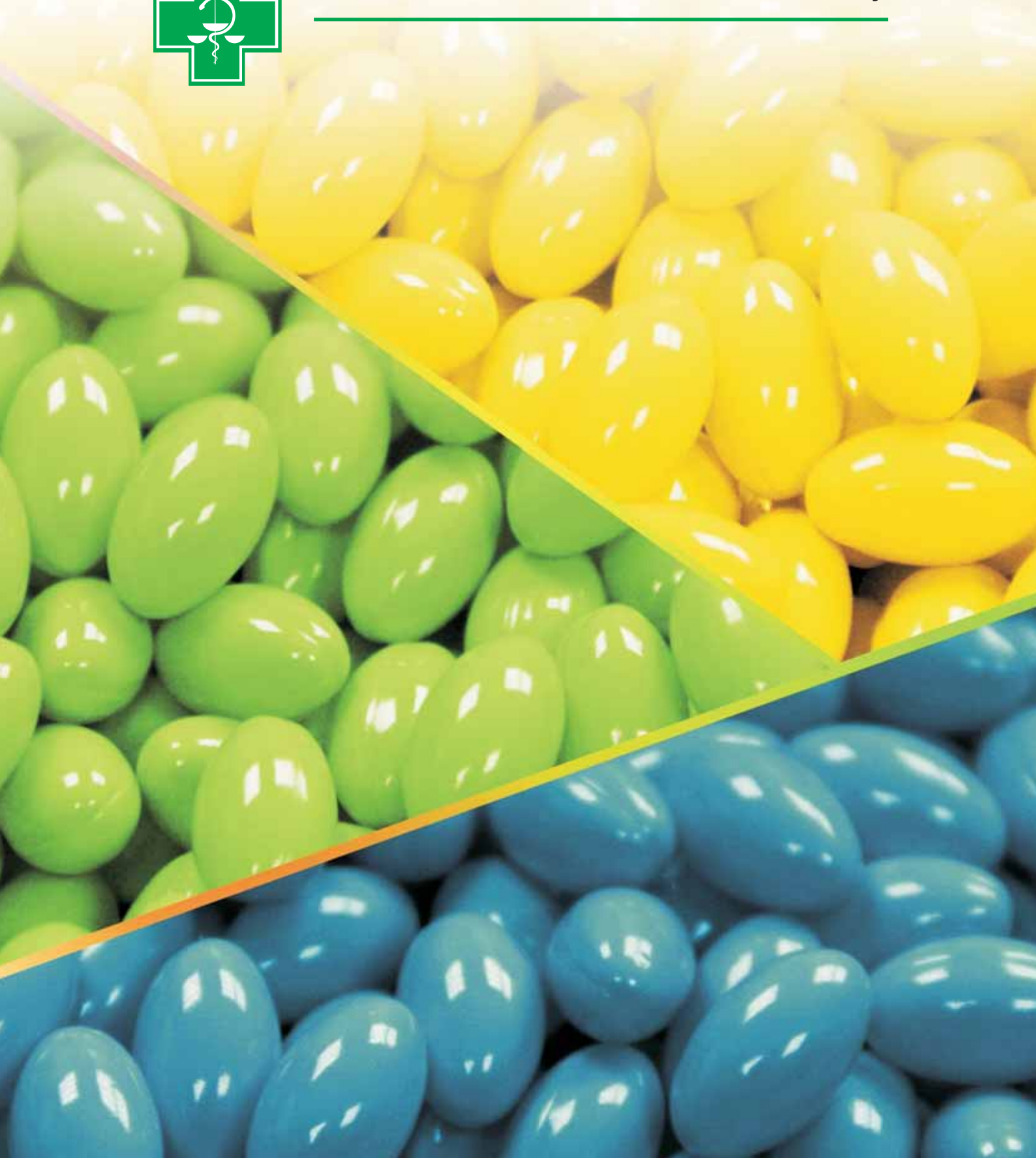
ročník LXXXVI

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory

---



Výživová a zdravotní tvrzení představují už na první pohled složitou a rozsáhlou problematiku, velmi zjednodušeně řečeno – týkají se potravin, doplňků stravy a reklamy na ně.

Na případnou otázku, zda provozovatel lékárny vůbec může posoudit a zaručit, že je zboží bez vad, odpověděl začátkem loňského roku právní poradce ČLnK Mgr. MUDr. Jaroslav



Maršík: provozovatel lékárny není reálně schopen zajistit správné označení potravin zdravotními tvrzeními, přesto mu ale podle zákona hrozí postih, stejně jako každému jinému subjektu, který je součástí distribučního řetězce potravin.

Provozovatelé lékáren si uvědomují, že jako prodejci doplňků stravy jsou zodpovědní za to, že zboží, které nabízejí, splňuje veškeré požadavky vyplývající z právních předpisů ČR a EU. Obávají se ale, že pokud by zodpovědný orgán (SZPI) kontroloval a pokutoval lékárnu, protože zboží není bez vad, byl by, jak už se tak v našich končinách často stává, nelogicky postihován konečný článek řetězce. Jenže o to, aby se na trh dostalo jen zboží bez vad, by se měly postarat dozorové orgány.

ČLnK doporučuje svým členům uzavřít dohodu provozovatele lékárny s dodavatelem (vzor dohody na [www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)), aby černý Petr nezůstal v jejich rukách. Nicméně není jisté, že ji dodavatel podepíše.

Od výrobců jsou teď některými distributory požadovány záruky, že jejich výrobky jsou označeny správnými zdravotními tvrzeními (ze zdravotního tvrzení je zřejmá souvislost mezi určitou potravinou nebo její složkou a zdravím člověka). Ovšem ani prohlášení, že náklady spojené s pokutou za porušení povinnosti při nakládání s potravinami budou kompenzovány prostřednictvím jejich výrobce, nezaručí, že tomu tak skutečně bude. Proto je nutné být dobře obezřetní s problematikou doplňků stravy a dalších potravin prodávaných v lékárnách. Už z klasické literatury víme, že člověk, který se zcela spolehl na sliby ostatních a nevykonal jiné přípravy, je ztracen.

**Jaroslava HOŘANSKÁ**

**šéfredaktorka** Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

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

**vydavatel**

Lékařnická akademie, s. r. o.  
Rozárčina 1422, 140 02 Praha 4

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

**sazba** Kateřina Hoferková

**titulní strana** Ing. Jaroslava Kundratová

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. 7-8/2014 – 14. července 2014**

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

<b>Budeme nositeli výkonů?</b>	
<b>Rozsah a odměňování přesčasů</b>	<b>4</b>
<b>Zeptali jsme se</b>	<b>5</b>
<b>Zákon o prekursorech drog</b>	<b>6</b>
<b>Interaktivní dispenzační semináře</b>	<b>8</b>
<b>Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe</b>	<b>9</b>
<b>XXX. Lékařnické dny</b>	<b>11</b>
<b>WHO, Ženeva: 67. Světové zdravotnické shromáždění</b>	<b>12</b>
<b>Návody pro dispenzací: Zinek</b>	<b>13</b>
<b>Kongres v Olomouci aneb Aplikovaná věda a praxe</b>	<b>14</b>
<b>Zaměřeno na magistraliter</b>	<b>15</b>
<b>Tak to vidím já: Nabídneme individuální přístup?</b>	<b>16</b>
<b>Molekula měsíce: Eravacyklin</b>	<b>17</b>
<b>Nově registrované látky: boceprevir</b>	<b>18</b>
<b>Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Allium ursinum</b>	<b>19</b>
<b>KML tradičně na jedničku</b>	<b>20</b>
<b>Průběh konference očima účastníka</b>	<b>24</b>
<b>Když přišla červenová vedra...</b>	<b>26</b>
<b>Světové dny WHO – červenec, srpen</b>	<b>27</b>
<b>Na stáži v lékárně Farmácia Sá</b>	<b>28</b>
<b>Vzdělávací projekt Benu Academia</b>	<b>29</b>
<b>Turnaj je za námi, at' žije ten příští!</b>	
<b>V ČR přibývá nádorů kůže</b>	<b>30</b>
<b>Významná jubilea</b>	
<b>O významu „vitaminu slunce“</b>	<b>31</b>
<b>Historia magistra vitae</b>	<b>32</b>

# Budeme nositeli výkonů?

VŠECHNO, CO OSLABÍ NAŠI ABSOLUTNÍ ZÁVISLOST NA MARŽI, MÁ SMYSL

Je nesnadné psát o věci, o níž mnohý slyšel, ale nikdo ji neviděl. Do této kategorie spadá v naší branži otázka zdravotních výkonů hrazených ze zdravotního pojištění, které provádí farmaceut (neboli, jak říká legislativa, kde je farmaceut „nositel výkonu“). Nepokládám se za experta v této oblasti, i když jsem se dříve k pár jednáním o této problematice dostal. Přesto mi dovozte malé zamyšlení: Bylo to někdy v roce 2006, kdy jsem začal pro Českou lékárnickou komoru zpracovávat materiály o speciálních farmaceutických službách ve Velké Británii a jejich hrazení.



PharmDr. Kamil Hrubý, Ph.D.

Kromě toho, že nás zajímalo, jak se věci dělají jinde, mělo to samozřejmě i souvislost s úvahami o změně zdrojů příjmů lékáren a vymanění se ze sto procentní závislosti na přirážce.

Od té doby se platba za výkon farmaceuta jako přílivová vlna pravidelně navrácí, tu jen zběžně nahozena, tu podrobně propracována, na nejrůznějších místech zdravotnického ekosystému, nevyjímaje usnesení našich sjezdů. Asi nejbližše jsme podle mého názoru dosud byli hrazenému výkonu farmaceuta při hledání způsobu úhrady přípravy cytostatik v lékárnách. Dovolím si ocitovat z Metodického pokynu ředitele VZP č. 10/2008:

*V rámci řešení úhrady přípravy sterilních léčivých přípravků s obsahem cytostatik (dále jen příprava cytostatik) byl Českou farmaceutickou společností*

*ČLS JEP (dále ČFS) zpracován návrh čtyř výkonů lékárny pro přípravu cytostatik, který VZP připomínkovala a podílela se na úpravách kalkulací jednotlivých výkonů. Registrační listy výkonů však nebyly připraveny v takovém čase, aby mohly být zařazeny do Seznamu výkonů novelizovaného vyhláškou MZ ČR č. 331/2007 Sb., která nabyla účinnosti dne 1. 1. 2008. Vedení VZP ČR rozhodlo o dočasném mimořádném způsobu úhrady přípravy cytostatik lékárnám garantovaným ČFS formou příplatků za ředění cytostatik v lékárně, a to na základě vyúčtování nových kódů z číselníku IVLP, které byly zařazeny k 1. 1. 2008... Dodatek (myšlen dodatek smlouvy mezi ZP a lékárnou) se uzavírá na dobu do 31. 12. 2009 (ČFS je zavázána zajistit zařazení výkonů pro přípravu cytostatik do nejbližšího aktua-*

*lizovaného seznamu výkonů, který vydá MZ ČR, jeho vydáním před 31. 12. 2009 pozbude Dodatek platnosti a přejde se na nový způsob účtování přípravy cytostatik).*

Jak už to tak v životě bývá, provizorní řešení často vydrží nejdéle a úhrada přípravy cytostatik je toho klasickým příkladem. Dlouhodobým, zásadním problémem je ale to, že o zavedení hrazených výkonů farmaceutů ve skutečnosti kromě nás samotných nikdo z dalších „hráčů“ opravdu nestojí. Žijeme ve společenské atmosféře, kdy se jen těžko prosazuje přístup „více muziky za více peněz“ a pohled zdravotních pojišťoven je dlouhodobě opačný, „více muziky za méně peněz“. Také nejrůznější profesní organizace lékařů nekoukají zrovna s nadšením na to, že by z koláče výkonových úhrad ukousli právě lékárníci.

Přes už řečené jsem přesvědčen, že hrazené výkony farmaceutů jsou pro naši profesionální budoucnost jedněmi z mála světélek v temném tunelu – ať už se bavíme o výkonech přípravy speciálních léčiv, o výkonech klinických farmaceutů, o výkonech spojených s výdejem léčiva na recept. Všechno, co oslabí naši sto procentní „maržovou“ závislost, má smysl. Asi ani nemá cenu dodávat, že cestičku si trpělivě musíme prošlapávat sami, na žádného šerpu při tomto treku zdravotnickým Himálajem nelze spoléhat.

## Q & A: Rozsah a odměňování přesčasů

**OTÁZKA: Pracuji v lékárně a mám hodně přesčasů. Na co mám právo?**

**ODPOVĚĎ** rozdělím na dvě části.

■ **Rozsah přesčasů:** Zaměstnavatel může přesčasy nařídít jen z vážných provozních důvodů. Maximálně na 8 hod. týdně a 150 hod. v kalendářním roce. Nad tento rozsah mohou být přesčasy zaměstnavatelem požadovány jen po dohodě se zaměstnancem. Pak nesmí rozsah přesčasů přesáhnout v průměru 8 hod. týdně v období 26 po sobě jdoucích týdnů (nebo v období až 52 týdnů, připouští-li to kolektivní smlouva).

Do tohoto období se nezapočítávají přesčasy, za které bylo zaměstnanci poskytnuto náhradní volno. Zvláštní režim platí pro práce v nepřetržitém provozu v nemocnicích, ostatních lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotnických zařízeních záchranné služby.

■ **Odměňování přesčasů:** Zaměstnanci přísluší za práci přesčas vždy mzda. K té mu dále přísluší příplatek ve výši nejméně 25 % nebo místo tohoto příplatku náhradní volno v rozsahu práce přesčas. Náhradní volno je nutné poskytnout ve lhůtě 3 měsíců nebo v jinak dohodnu-

té době, jinak zaměstnanci přísluší již zmíněný příplatek. Pokud byla sjednána mzda již s přihlédnutím k případné práci přesčas, pak příplatek ani náhradní volno nepřisluší. Takto lze mzdu sjednat jen společně s rozsahem práce přesčas, k níž se při sjednání mzdy přihlíží, a to nejvýše v rozsahu 150 hod. za kalendářní rok. U vedoucích zaměstnanců lze takto rozsah přesčasů sjednat až na v průměru 8 hod. týdně v období 26 po sobě jdoucích týdnů (nebo v období až 52 týdnů, připouští-li to kolektivní smlouva). **Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK**

**Některé lékárny odmítají pacienty s recepty na IPLP s tím, že nemají zařízenou laboratoř.**

**Vnímáte to jako snížení kvality lékárenské péče?**

**Pokud by za to měly být lékárny postihovány, jakým způsobem?**

*(Tentokrát se ptá Mgr. MVC. Kateřina Horáčková)*

**PharmDr. Lubomír CHUDOBA,**  
prezident České lékárnické komory



Výmluvy o nezařizené laboratoři jsou neopodstatněné a k prošetření orgány ČLnK, příp. SÚKL. Část lékáren ale magistraliter přípravu asi skutečně záměrně omezuje a zdůvodňuje méně hloupými argumenty. Pokud by komora chtěla postihovat „neplnohodnotnou lékárenskou péči“, pak musíme být schopni konkrétní lékárně prokázat její vědomé selhání – navíc povinnost výdeje IPLP není nikde legislativně zakotvena. Dosud jsme upřednostňovali jednání s exekutivou o zvýšení taxy laborum, s výrobcí o přiměřené velikosti balení jednotlivých surovin, snažíme se podporovat vzdělávací akce referující o nových surovinách a recepturách..., tedy motivovat ty ambicióznější. Téma vymahatelné povinnosti přípravy IPLP lékárnou by mohlo být otevřeno v souvislosti s opakovaně diskutovanou sítí lékáren (přes vysokou vstupní investici a provozní náklady IPLP přípravy). Na druhou stranu by třeba budoucí dramatický pokles předepisování IPLP mohl vést k diskuzi, zda nepreferovat například systém specializovaných lékáren se zachováním povinnosti každé lékárny zajistit IPLP svým pacientům.

**Prof. RNDr. Luděk JAHODÁŘ, CSc., předseda**  
České farmaceutické společnosti ČLS JEP



Přípravek vyrobený v lékárně na základě receptu od lékaře je již anachronismus, pokud se však přesto vyskytne, neměl by být odmítnut. Je to důkaz, že lékárník ctí svou profesi, a také projev důvěry lékaře v něj. Nemůže-li tuto službu sám zajistit, pomůže mu kolega z vedlejší lékárny. Pacient by ale určitě neměl běhat od jedné lékárny ke druhé a hledat tu „skutečnou“.

**MVDr. Pavel BRAUNER, Ph.D.,**  
výkonný ředitel Asociace distributorů léčiv



Pokud k těmto situacím dochází, je to poněkud zarážející v době, kdy se lékárníci snaží prosadit nabídkou dalších zdravotnických služeb a aditivního poradenství ve snaze do budoucna zajistit honorovaný úkon lékárníka. Takto popírají vlastní lékárenskou práci, resp. praxi. Je docela možné pochopit, že pro některé IPLP bude tu a tam a čas od času chybět nějaká substance, ale tvrzení, že není zařízená laboratoř, mi připadá jako nepravdivé, protože bez funkční labo-

ratoře by v lékárně jen stěží měli povolení SÚKL k jejímu provozování. Toho si asi budou velmi brzy vědomi i samotní pacienti a prestiž lékárny opět poklesne. Možná to bude onen postih za takovéto chování, avšak je třeba si uvědomit, že taková situace se dotkne celého lékárnického stavu. Vždy jsem se stranil stavět do role arbitra, který určuje co je a co není správné, ale daný problém vnímám jako snížení kvality lékárenské péče i přesto, že si dokáží představit mnohé důvody vedoucí k takovému chování.

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



Samozřejmě. Tyto lékárny zbavují farmaceutickou odbornost, neaplikují „ars pharmaceutica“ v praxi. Myslím, že málokterá lékárna přizná, že nemá laboratoř, častější výmluva zní: „Nemáme suroviny.“ V Hradci Králové zcela běžné. Je to zvláštní, asi český problém. Lékárnou bez základní laboratoře SÚKL nedovolí otevřít, provozovat ji už ale lze. Sankce? Lékárnou bez laboratoře zavřít a udělit citelnou pokutu! Vždyť IPLP jsou součástí práce lékáren, některé lékařské odbornosti se bez nich doposud neobejdou. Ty poctivé lékárny jim, a především pacientům, vycházejí vstříc. A protože jsme v ČR, ty nepoctivé se poctivým smějí a prochází jim to.

**PharmDr. Antonín SVOBODA,**  
předseda, Mladí lékárníci o.s.



Odmítnutí pacienta s receptem na IPLP je opravdu problém, protože představuje negativní postoj nejen k přípravě IPLP samotné, ale ukazuje na opravdový nezáměr o pacienta a jeho zdravotní potřeby. Je zcela pochopitelné, že ne každá lékárna může disponovat potřebným zázemím, aby mohla být schopna připravit dnes již široké portfolio magistraliter receptur. Může však odkázat pacienta na lékárnu, která se v dané lokalitě přípravou kvalifikovaně zabývá (dnes jsou dokonce webové portály, kde lze vyhledat lékárnu podle dané suroviny), nebo zajistit přípravu IPLP prostřednictvím lékáren se soustředěnou přípravou léčiv. Nemůžeme tedy chtít, aby všechny lékárny disponovaly všemi surovinami. Magistraliter příprava však nabízí velice kreativní a seriózní prostředek, jak svoji lékárnu odlišit od ostatních a vyhovět tak individuálním požadavkům pacientů.

*Pokračování na další straně*

### Mgr. Tomáš CIKRT, nezávislý konzultant a publicista



Individuální příprava je výsostně lékárenskou činností, pokud ji v některých případech lékárny nechťejí provádět, připravují se o část své vlastní identity. Neznám přesně důvody, zřejmě se jim vybaví laboratoř tzv. ekonomicky nevyplácí, ale z pohledu z vnějšku to jako snížení kvality lékárenské péče vnímám. Hříšníky bych nestíhal. Trestat by je měli pacienti nohama, mají-li ovšem dnes už kam či ke komu utéci.

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



Nevnímám to jako snížení kvality lékárenské péče, protože u lékáren, které takto postupují, se nedá předpokládat, že by přípravu dělaly kvalitně.

Spíše se tedy dá mluvit o snížení dostupnosti. Bude to asi znít jako kacířská myšlenka, ale nevím, zda i tato otázka neukazuje, jestli se nezačít bavit o tom,

jaké budou v budoucnosti (i vzhledem k požadavkům EDQM apod.) platit podmínky a nároky na jistění kvality při přípravě léčiv v lékárnách, a jak k tomu máme přistoupit.

Cest je víc, ale myslím, že bychom měli diskutovat nejen o síti lékáren obecně, ale také o síti lékáren, které jsou schopny a motivovány kvalitně zajistit přípravu. Přistoupení k věci restriktivním způsobem (postihy) nic smysluplného nepřinese.

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



Ano, vnímám to velmi negativně, nejen ve vztahu k našemu oboru, ale především ve vztahu k pacientům. Považuji to za výrazné snížení kvality poskytované lékárenské péče a takovéto postupy se podílejí na celkovém negativním obrazu našeho oboru.

Největším trestem pro majitele lékárny je skutečnost, že jednou odmítnutý pacient se velmi těžko a složitě vrací, a u žádného pacienta předem nikdy nevíte, jakou službu či lék bude potřebovat příště.

# Zákon o prekursorsorech drog

## PODROBNÝ KOMENTÁŘ ČESKÉ LÉKÁRNICKÉ KOMORY K NOVÉ PRÁVNÍ ÚPRAVĚ

### 1. Právní úprava

Od **1. 1. 2014** je účinný nový **zákon o prekursorsorech drog** (č. **272/2014** Sb., viz web ČLnK).

K zákonu byly vydány tyto vyhlášky:

- **vyhláška č. 54/2014** Sb., o **vzorech formulářů a průkazu inspektora a limitních množstvích látek podle zákona o prekursorsorech drog**, účinná od **15. 4. 2014** (viz web ČLnK) a
- **vyhláška č. 71/2014** Sb., o **obsahu, formě a náležitostech vedení záznamů o činnosti s uvedenou látkou kategorie 1**, účinná od **1. 5. 2014** (viz web ČLnK).

Všechny tyto předpisy reagují na přímo použitelné předpisy Evropské unie:

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. **273/2004** ze dne 11. února 2004 o **prekursorsorech drog**.
- Nařízení Rady (ES) č. **111/2005** ze dne 22. prosince 2004, kterým se stanoví **pravidla pro sledování obchodu s prekursorsory drog mezi Společenstvím a třetími zeměmi**.
- Nařízení Komise (ES) č. **1277/2005** ze dne 27. července 2005, kterým se stanoví **prováděcí pravidla** k nařízení

Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 273/2004 o prekursorsorech drog a k nařízení Rady (ES) č. 111/2005, kterým se stanoví pravidla pro sledování obchodu s prekursorsory drog mezi Společenstvím a třetími zeměmi.

Nařízení jsou dostupná v českém jazyce zde: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=cs> (viz odkaz na webu ČLnK).

Do 31. 12. 2013 byla právní úprava prekursorů drog obsažena v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Zákonem o návykových látkách se stále řídí činnosti s léčivými přípravky, které obsahují prekursor kategorie 1. **Zákon o prekursorsorech drog se proto v lékárnách týká jen činností se samotnými prekursorsory, nikoli s léčivými přípravky s obsahem prekursorů!**

### 2. Kategorie 1, 2 a 3, výchozí a pomocné látky

K orientaci v předpisech a v povinnostech z nich plynoucích je nezbytné rozlišovat **látky 1, 2 a 3 kategorie**. K tomu viz příloha č. I nařízení EP a Rady č. 273/2004 (viz web ČLnK). Kromě těchto látek zákon mezi prekur-

zory zařazuje také tzv. **výchozí a pomocné látky**. Některá ustanovení zákona o prekursorsorech drog týkající se výchozích a pomocných látek nabydou účinnosti 1. 7. 2014. Vláda stanovila seznam výchozích a pomocných látek nařízením č. 458/2013 Sb. účinným od 1. 1. 2014 a zařadila do něj 3 látky: 1,4-butandiol, červený fosfor a gama-butyrolakton.

### 3. Zvláštní licence pro prekursorsory kategorie 1

K činností s prekursorsory kategorie 1 poskytovatelé lékárenské péče (dále jen „**lékárny**“) potřebují zvláštní licenci. Zvláštní povolení vydaná lékárnám ještě podle zákona o návykových látkách se bez dalšího považují za zvláštní licence. Lékařny tedy nemusí žádat o novou zvláštní licenci.

Zvláštní licence se vydává na základě žádosti (formulář dle vyhlášky) na dobu neurčitou. Na žádost i na dobu určitou. Správní poplatek za vydání zvláštní licence činí 500 Kč.

V případě změn v údajích nebo odpovědné osoby lékárna požádá (formulář dle vyhlášky) o novou zvláštní licenci

nebo o změnu zvláštní licence (§ 3 ZoPD). V obou případech Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „MZd“) vydá novou zvláštní licenci.

Neplatnou licenci je lékárna povinna vrátit ministerstvu.

Zvláštní licence je nepřenosná a nepřechází na právní nástupce.

#### 4. Zvláštní registrace pro prekursorů kategorie 2

K činností s prekursorů kategorie 2 lékárny potřebují zvláštní registraci. Lékárný, které byly registrované ministerstvem podle zákona o návykových látkách a hodlají pokračovat v činnosti s prekursorů kategorie 2, oznámí tuto skutečnost ministerstvu do 30. 6. 2014 (formulář oznámení dle vyhlášky), jinak ministerstvo registraci zruší.

Zvláštní registrace je prováděna na dobu neurčitou, na žádost na dobu určitou. Žádost o zvláštní registraci (formulář dle vyhlášky) je zpoplatněna částkou 2 000 Kč. Ministerstvo o zvláštní registraci vydá osvědčení.

Lékárna je povinna oznamovat (formulář dle vyhlášky) změny údajů v registračních údajích ministerstvu. Je také povinna do každého 31. 3. informovat ministerstvo, zda v činnostech s prekursorů kategorie 2 pokračuje (formulář dle vyhlášky).

Neplatné osvědčení je lékárna povinna vrátit ministerstvu.

Zvláštní registrace je nepřenosná a nepřechází na právní nástupce.

#### 5. Odpovědná osoba a kontaktní osoba

V lékárně musí být jmenována odpovědná osoba pro činnosti s prekursorů kategorie 1 a 2 a kontaktní osoba pro zacházení s prekursorů kategorie 3. Zákon o prekursorůch v § 13 a § 14 upravuje postup při dočasné nebo trvalé neschopnosti odpovědné či kontaktní osoby. Povinnosti odpovědné a kontaktní osoby jsou uvedeny v § 15 zákona o prekursorůch (zejména kontrola a popisování).

#### 6. Skladování a zneškodňování prekursorů

Prekursorů kategorie 1 mají být skladovány při splnění těchto podmínek:

a) skladovat uvedenou látku kategorie 1

1. v samostatné uzamčené místnosti, jejíž stěny, strop, podlaha, okna a dveře jsou neprůhledné a z materiálu znesnadňujícího pronik-

nutí ke skladované uvedené látce kategorie 1,

2. v nepřenosné, uzamčené schráně z oceli, nebo

3. ve zvláštním, k tomu účelu zhotoveném uzamčeném zařízení neoddělitelně ukotveném do stěny, stropu nebo podlahy z pevných materiálů, zejména cihel nebo betonových panelů,

b) přiměřeně zabezpečit ochranu uvedené látky kategorie 1 a zařízení k její výrobě před ztrátou, odcizením nebo zneužitím, a to zejména nepřetržitou fyzickou ostrahou nebo vhodnými technickými prostředky, zejména oplocením a elektronickým zabezpečovacím zařízením, a

c) zabezpečit výdej klíčů od místnosti, schránky nebo zařízení, kde je skladována uvedená látka kategorie 1, pouze určeným osobám a jejich uložení odděleně od klíčů od ostatních prostorů objektu.

Při skladování prekursorů kategorie 2 musí být přiměřeně zabezpečena jejich ochrana před ztrátou, odcizením nebo zneužitím.

Zneškodňování prekursorů kategorie 1 upravuje § 26 zákona o prekursorůch. Při zneškodnění se postupuje obdobně jako při zneškodňování nebezpečného odpadu.

#### 7. Oznamovací povinnost

Lékárny jsou povinný poskytovat ministerstvu zdravotnictví vždy do 15. 2. souhrnné údaje o činnosti s prekursorů kategorie 1 a 2 na formulářích dle příloh č. 13 a 14 vyhlášky, a to i když nedošlo k žádnému pohybu. Lze dovodit, že tuto povinnost mají jen držitelé zvláštních licencí a osoby se zvláštní registrací.

#### 8. Dokumentace

Zákon v §§ 30 až 33 stanoví podrobnosti o vedení dokumentace o činnostech s prekursorů. Rozlišuje mezi prekursorů kategorie 1 a prekursorů kategorie 2 a 3. U kategorie 1 stanoví kromě jiných dokladů také povinnost vést evidenční knihu. Vyhláška č. 71/2014 Sb. pak stanoví podrobnosti o náležitostech evidenční knihy. V současné době existují rozporná stanoviska k povinnosti lékáren vést evidenční knihu. Podle stanoviska SÚKL lékárny tuto povinnost mají. SÚKL tento názor již uplatňuje i při kontrolách v lékárnách. Pro vedení evidenční knihy nelze využít knihy použí-

vané pro evidenci návykových látek. Lékárný v praxi postupují tak, že do zakoupených školních sešitů linkují příslušné kolonky. ČLnK zastává názor, že v lékárnách se evidenční knihy prekursorů vést nemusí. Vychází přitom z přímé použitelnosti nařízení č. 273/2004, které výslovně stanoví, že povinnost se nevztahuje na držitele zvláštních povolení (licencí) a subjekty podléhající zvláštní registraci, jimiž jsou i lékárny. ČLnK zaslala dne 26. 5. 2014 žádost na SÚKL a na MZd o vyjádření ke svému stanovisku. I přes stanovisko ČLnK mohou lékárny očekávat, že SÚKL bude nevedení knihy sankcionovat. Proto se lékárny, které nechtějí nést riziko uložení sankce a případného následného podávání opravného prostředku proti rozhodnutí SÚKL, vedení evidenční knihy nevyhnou. Proto ČLnK připravila vzor evidenční knihy (viz web ČLnK). Při jeho použití je třeba dbát §§ 3 až 7 vyhlášky č. 71/2004 Sb.

V lékárně by měly být uchovávány takové doklady, jimiž bude lékárna schopna doložit dodávky prekursorů, jejich zneškodnění, plnění povinnosti poskytovat souhrnné údaje, pořízení, prodej a vyřazení technologického zařízení k výrobě uvedené látky kategorie 1 nebo léčivého přípravku ji obsahujícího, zejména tabletovačky, dražovacího kotle nebo granulačního kotle, a doklady, z nichž čerpá údaje do oznámení o souhrnných údajích o činnostech s prekursorů.

#### 9. Výjimka pro podlimitní množství prekursorů kategorie 2

Povinnosti zvláštní registrace, jmenování odpovědné osoby či vedení dokumentace nevznikají při činnostech s prekursorů kategorie 2, pokud daná množství nepřekročí během jednoho roku množství uvedená v příloze II nařízení č. 273/2004:

Acetanhydrid 100 l

Manganistan draselný 100 kg

Kyselina anthranilová a její soli 1 kg

Kyselina fenyloctová a její soli 1 kg

Piperidin a jeho soli 0,5 kg.

#### 10. Kontrola, delikty a sankce

Kontrolu dodržování povinností při zacházení s prekursorů vykonávají inspektoři, jimiž jsou pověřeni zaměstnanci MZd, SÚKL, PČR a Celní správy ČR. Inspektoři se prokazují průkazem, jehož vzor je stanoven ve vyhlášce. Za

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

správní delikty se ukládají pokuty až do 5 000 000 Kč, může být odejmuta licence nebo zrušena registrace, propadnuta nebo zabrána věc. Kontrolou lékáren je pověřen SÚKL.

**11. Hodnocení právní úpravy**

Dle důvodové zprávy k zákonu byla do 31. 12. 2013 legislativní úprava problematiky prekursorů drog nesourodá a nepřehledná. Cílem nového zákona proto bylo vyčlenění problematiky prekursorů drog v samostatné právní úpravě a dosažení výraznějšího přehledu, a také upřesnění a prohloubení některých institutů, což by z předchozí situace bylo komplikované, nepřehledné a nejednoznačné. Bohužel se zákonodárci novým zákonem nepodařilo zamýšleného záměru dosáhnout. Pokud mělo být smyslem nového zákona předložit normu, která přehledně a úplně umožní jeho uživatelům v ČR orientaci v povinnostech při zacházení s prekur-

sory, pak se musí uživatel naopak smířit s tím, že řada ustanovení zákona je nejednoznačná, rozdílná od ustanovení přímo použitelných evropských nařízení a vyvolávající pochybnosti o jejich správné aplikaci. Příkladem budiž výše uvedený spor o vedení evidenční knihy v lékárně, pochybnosti vůbec o vedení dokumentace u držitelů zvláštních licencí a subjektů podléhajících zvláštní registraci ve vztahu k vyjmutí z této povinnosti poslední větou článku 5 bodu 1 nařízení, absence zákonného ustanovení obdobného článku 6 nařízení, podle něhož se na operace s prekursory kategorie 2 vztahují některé povinnosti jen po překročení množstevních limitů; samozřejmě lze argumentovat, že je zbytečné takové ustanovení uvádět do zákona, pokud je uvedeno přímo v nařízení; tento argument je již ale v praxi zpochybněn stanoviskem SÚKL, že v lékárně má být vedena evidenční kniha, neboť SÚKL se ustanovením uvedeným jen v nařízení, a nikoliv i v záko-

ně, neřídí; kromě toho zákon obsahuje celou řadu ustanovení, která by v něm nemusela být, protože jsou uvedena v nařízení; na otázku, proč některá ano a jiná ne, neexistuje uspokojivá odpověď; uživatel tak tápe, absence lhůty, v níž mají být podány souhrnné údaje o činnosti s prekursory, takže je nutné ji vyhledat v článku 19 nařízení č. 1277/2005, matoucí výjimka ze jmenování odpovědné osoby u držitelů zvláštních licencí a subjektů podléhajících zvláštní registraci podle § 11 odst. 1 zákona, která běžného čtenáře zákona musí dovést k závěru, že v lékárně být odpovědná osoba nemusí, přičemž jen četbou dalších ustanovení a nařízení, lze poznat (po zmatení prvním odstavcem značně obtížně), že i v lékárně odpovědná osoba být musí.

**Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK,**  
právní poradce  
České lékárnické komory  
**Mgr. Hana ŠNAJDROVÁ,**  
členka představenstva ČLnK

## INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE (za podpory společnosti Teva)

**Přihlašování pouze na [www.lekarnici.cz](http://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 nejpозději **5 dnů** před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek).**

**ZÁŘÍ****Čt 4. 9. Znojmo (kód semináře: 14034)**

Hotel Prestige, začátek v 18.00 hodin  
Lékové problémy u nemocných s afektivními poruchami I.  
Lektoři: prof. Dr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Ivan Tůma, CSc.  
Odborný garant: PharmDr. Antonín Svoboda  
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč  
Počet bodů: 12

**Út 9. 9. Brno (kód semináře: 14025)**

Kounicova 67a, začátek v 16.15 hodin  
Spavost, nespavost  
Lektoři: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.,  
doc. MUDr. Petr Vondráček, Ph.D.  
Odborný garant: PharmDr. Bc. Ivana Minarčíková, Ph.D.  
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč  
Počet bodů: 12

**St 10. 9. Hradec Králové (kód semináře: 14049)**

seminární místnost Nemocniční lékárny FN HK,  
začátek v 18.00 hodin  
Hypertenze v kazuistikách  
Lektoři: Mgr. Martina Maříková,  
PharmDr. Pavlína Pastyříková,  
doc. MUDr. Jiří Ceral, Ph.D.  
Odborný garant: Mgr. Martina Maříková  
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč  
Počet bodů: 12

**So 13. 9. Teplice (kód semináře: 14036)**

kavárna Vojenské lázeňské léčebny,  
začátek v 10.00 hodin  
Rizika farmakoterapie v kazuistikách V.  
Lektoři: Mgr. Renáta Kuželová,  
Mgr. Kateřina Langmaierová,  
MUDr. Petr Tamlar  
Odborný garant: Mgr. Kateřina Langmaierová  
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč  
Počet bodů: 12

**Út 23. 9. Praha (kód semináře: 14038)**

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady,  
začátek v 18.00 hodin  
Léčba tuberkulózy, interakce antituberkulotik a antibiotik  
Lektoři: Mgr. Lukáš Láznička,  
MUDr. Táňa Lázničková  
Odborný garant: Mgr. Lukáš Láznička  
Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč  
Počet bodů: 12

# OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v květnu 2014

## Zrušená osvědčení

242/1993	Mgr. Miroslava Horáková, Lékárna Škoda, Škoda Auto, a.s., Mladá Boleslav	177/2013	Mgr. Jana Chárová, MANITERA s.r.o.
249/1993	RNDr. Jaroslava Chocholoušová, Lékárna U Černého orla, Husovo nám. 26, Vamberk	276/2013	Mgr. Jaroslava Smetanová, Chytrmed s.r.o.
464/1994	RNDr. Ivana Číhalová, Lékárna, Kounicova 57a, Brno	314/2013	PharmDr. Barbara Jungová, SALFA Lékárna, Wilsonova 1678, Praha 2
291/1996	PharmDr. Ludmila Janečková, Lékárna Karlov, Karlov 1, Prostějov	315/2013	PharmDr. Barbara Jungová, SALFA a.s.
110/2004	Mgr. Robert Rusín, Lékárna Slávie, Masarykovo nám. 35, Kyjov	649/2013	Mgr. Marcela Vaverková, Lékárna Chabařovice, Husovo nám. 11, Chabařovice
278/2004	Mgr. Eva Sorbiová, Lékárna Eso, Čajkovského 67/14, Olomouc	650/2013	Mgr. Marcela Vaverková, Arlego s.r.o.
204/2005	Mgr. Petra Dostálová, Lékárna Mařatice, Na Rybníku 972, Uherské Hradiště	882/2013	Mgr. Rudolf Krouza, Lékárna U Panny Marie Pomocné, Mírové nám. 16, Jesenice
421/2005	PharmDr. Jan Machura, Lékárna Centrum, Víta Nejedlého 1063, Hradec Králové	1155/2013	Mgr. Petr Mašek, Lékárna SEVER, Okružní 2717, Česká Lípa
120/2006	RNDr. Karel Rada, Lékárna, 9. května 9, Zbýšov u Brna	1156/2013	Mgr. Petr Mašek, Pharmia a.s.
123/2006	Mgr. Blanka Cápálová, Lékárna Rubeška, Paříkova 910/9, Praha 9	1249/2013	Mgr. Jana Vyroubalová, Lékárna Šantovka, Polská 1, Olomouc
340/2006	Mgr. Lubomír Mach, Lékárna Benu, U Dálnice 777, Modřice	1250/2013	Mgr. Jana Vyroubalová, Rent-Pharm a.s.
111/2008	Mgr. Lenka Stejskalová, Lékárna Na Náměstí, Havlíčkovo nám. 54, Havlíčkův Brod	1327/2013	Mgr. Alois Komorous, Lékárna St. Maria, Zámecký Vrch 423/18, Karlovy Vary
166/2009	PharmDr. Mojmír Šustáček, Lékárna U Rubínu, Makovského nám. 2, Brno	1328/2013	Mgr. Alois Komorous, Bohemian Symfony s.r.o.
188/2009	PharmDr. Jitka Pudilová, Lékárna U Kartouzské, Kartouzská 6, Praha 5	1355/2013	Mgr. Jitka Krupíková, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
246/2009	Mgr. Hana Psotová, Lékárna Pharmapol, Široká 1, Ivančice	1520/2013	Mgr. Jindřich Makovička, Dr. Max LÉKÁRNA, Masarykova 330, Telč
332/2010	PharmDr. Marie Pešlová, Lékárna Na Pujmanové, Pujmanové 1219/8, Praha 4	1521/2013	Mgr. Jindřich Makovička, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
87/2011	PharmDr. František Koupil, Lékárna Pharm-K, Hlavní 98, Hanušovice	1619/2013	Mgr. Hana Kučerová, Dr. Max LÉKÁRNA, B. Němcové 1489, České Budějovice
118/2011	PharmDr. Eva Paličková, Lékárna U sv. Havla, Svatohavelská 105, Rychnov nad Kněžnou	1620/2013	Mgr. Hana Kučerová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
397/2011	Mgr. Taťána Hrušovská, Lékárna Medicamentum, Gregorova 1390/35, Nový Jičín	1720/2013	PharmDr. Martina Šrámková, Dr. Max LÉKÁRNA, U Nákladového nádraží 848, Valašské Meziříčí
482/2011	Mgr. Jaroslava Smetanová, Lékárna U Kostelíčka, Štrossova 231, Pardubice	1721/2013	PharmDr. Martina Šrámková, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
202/2012	PharmDr. Jana Stará, Lékárna Aurum, Tyršovo nám. 96, Lohotky	1935/2013	Mgr. Mária Fabulová, Lékárna Zárubova, Zárubova 498, Praha 4
340/2012	PharmDr. Lenka Štýsová, Lékárna U Bílého slona, Domažlická 888, Klatovy	8/2014	Mgr. Dana Hanzalová, Dr. Max LÉKÁRNA, Na Sádkách 1444, České Budějovice
26/2013	PharmDr. Jana Opravilová, BENU Lékárna, Valová 2357/8, Zábřeh	96/2014	Mgr. Jarmila Čejková, Lékárna Chlumova, Chlumova 21, Praha 3
142/2013	Mgr. Simona Galádová, Lékárna PharmDr. Bohumil Hanák, Masarykovo nám. 1325, Vizovice	213/2014	Mgr. Šárka Pelikánová, Dr. Max LÉKÁRNA, tř. 9. května 2886, Tábor
176/2013	Mgr. Jana Chárová, Lékárna Manitera, Chebská 31/2, Františkovy Lázně	214/2014	Mgr. Šárka Pelikánová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
		281/2014	Mgr. Zuzana Kohoutová, Lékárna Na Ohradě, Želivského 22, Praha 3
		282/2014	Mgr. Zuzana Kohoutová, Lékárna Na Ohradě, s.r.o.
		283/2014	Mgr. Lenka Jelínková, Lékárna Na Sekyrci, Evropská 55, Praha 6
		284/2014	PharmDr. Jana Chrásková, Lékárna Studentský dům, Bílá 2571/6, Praha 6

*Pokračování na další straně*



*Pokračování z předchozí strany*

### Vydaná osvědčení

#### VEDOUCÍ LÉKÁRNÍK

- |          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| 314/2014 | PharmDr. Marie Brandejsová,<br>Dr. Max LÉKÁRNA, Tyršova 866, Náchod,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s.           | 343/2014 | Mgr. Jana Šťastná, Lékárna U Špitálníchů,<br>Mírové nám. 15, Horažďovice,<br>poskytovatel: Devětsil JST, s.r.o.                |
| 316/2014 | Mgr. Jana Šebelová, Lékárna U Muzea,<br>Masarykova 9, Liberec,<br>poskytovatel: SANOVIA a.s.                                   | 344/2014 | PharmDr. Iva Božková, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Bratří Čapků 1103, Údlice,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s.           |
| 318/2014 | PharmDr. Jan Průša, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Všebořická 396/51, Ústí nad Labem,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s.     | 345/2014 | Mgr. Michaela Haasová, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Masarykova 330, Telč, poskytovatel:<br>ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.                  |
| 320/2014 | PharmDr. Marek Sekula, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Národní 3314, Varnsdorf, poskytovatel:<br>ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.               | 347/2014 | Mgr. Miroslava Rajnová, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Tř. 9. května 2886, Tábor,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s.         |
| 322/2014 | Mgr. Andrea Kačenová, Lékárna U naděje,<br>Žežická 227, Příbram,<br>poskytovatel: Lékárna U Naděje, s.r.o.                     | 349/2014 | Mgr. Robert Rusín, Lékárna Slavie,<br>Svatoborská 22/7, Klatovy,<br>poskytovatel: Mgr. Robert Rusín                            |
| 324/2014 | Mgr. Filip Šťastný, Lékárna Devětsil Klatovy,<br>K Letišti 385, Klatovy,<br>poskytovatel: Devětsil JST, s.r.o.                 | 351/2014 | Mgr. Marcela Vaverková, Střekovská lékárna,<br>Železničářská 1091/12, Ústí nad Labem,<br>poskytovatel: Arlego, s.r.o.          |
| 325/2014 | Mgr. Ivana Stejskalová, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Na Sádkách 1444, České Budějovice,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s. | 353/2014 | Mgr. Lubomír Mach, Lékárna Cymex,<br>Nám. Svobody 1613, Pohořelice,<br>poskytovatel: Cymex, s.r.o.                             |
| 327/2014 | Mgr. Lenka Tichá, Lékárna Tesco,<br>Bílková 270, Poděbrady,<br>poskytovatel: Lékárna Poděbrady s.r.o.                          | 354/2014 | PharmDr. Jan Machura, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Víta Nejedlého 1063, Hradec Králové,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s. |
| 329/2014 | Mgr. Dana Hanzalová, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>B. Němcové 1489, České Budějovice,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s.    | 356/2014 | Mgr. Hana Psotová, Lékárna Levandule,<br>9. května 89, Zbýšov,<br>poskytovatel: Lékárna Levandule s.r.o.                       |
| 330/2014 | PharmDr. Pavlína Dostálová,<br>Lékárna Cymex, Nám. Svobody 1613,<br>Pohořelice, poskytovatel: Cymex, s.r.o.                    | 358/2014 | Mgr. Petr Mašek, Lékárna Magistra,<br>K. Čapka 294, Krupka,<br>poskytovatel: MAGISTRA a.s.                                     |
| 332/2014 | Mgr. Hana Koupilová, Lékárna Pharm-K,<br>Hlavní 98, Hanušovice,<br>poskytovatel: PHARM-K s.r.o.                                | 359/2014 | Mgr. Ondřej Dedík, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Leštinská 2336, Zábřeh na Moravě,<br>poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s.       |
| 334/2014 | Mgr. Petra Dostálová, Lékárna Mařatice,<br>Na Rybníku 972, Uherské Hradiště,<br>poskytovatel: Lékárna Mařatice s.r.o.          | 361/2014 | PharmDr. Helena Fáková, Ph.D., BENU<br>Lékárna, Štefánikova 6, Praha 5,<br>poskytovatel: Lékárna U Andělu, s.r.o.              |
| 336/2014 | PharmDr. Jana Kunhartová,<br>Dr. Max LÉKÁRNA, Kapitána Jaroše 110/1,<br>Klatovy, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA<br>HOLDING, a.s.  | 363/2014 | PharmDr. Sylva Klovrzová, Lékárna<br>GALENKA, Radimova 2322/40, Praha 6,<br>poskytovatel: MS-LÉKÁRNA s.r.o.                    |
| 338/2014 | PharmDr. Alena Vajová, Nová Lékárna,<br>1. máje 180, Moravské Budějovice,<br>poskytovatel: Nová lékárna MB s.r.o.              | 365/2014 | Mgr. Jana Stárková, Převoznická lékárna,<br>Převoznická 738/6, Praha 4,<br>poskytovatel: REMEDIUM-HŠ, spol. s r.o.             |
| 340/2014 | Mgr. Jitka Letochová, Lékárna Loučka,<br>Za potokem 279, Nový Jičín,<br>poskytovatel: SANETERRA s.r.o.                         | 367/2014 | Mgr. Marie Krejčová, Lékárna Bělohorská,<br>Bělohorská 1686/118, Praha 6,<br>poskytovatel: HM6 s.r.o.                          |
| 342/2014 | PharmDr. Jana Nováková, Lékárna<br>Na Náměstí, Havlíčkovo nám. 54, Havlíčkův<br>Brod, poskytovatel: PharmDr. Jaromír Weber     | 369/2014 | Mgr. Zuzana Bílková, Pharmacentrum<br>Budějovická, A. Staška 80, Praha 4,<br>poskytovatel: Medicon Pharm s.r.o.                |
|          |  | 370/2014 | Mgr. Naděžda Bečvářová, SALFA lékárna,<br>nám. Republiky 8, Praha 1,<br>poskytovatel: Salfa a.s.                               |
|          |  | 372/2014 | PharmDr. Ladislava Arndtová, Lékárna<br>Lékařský dům, Janovského 48, Praha 7,<br>poskytovatel: Lékařský dům Praha 7 a.s.       |

- 374/2014 PharmDr. Jitka Pudilová, Lékárna Salfa, Wilsonova 1678, Praha 2, poskytovatel: Salfa a.s.
- 376/2014 Mgr. Růžena Malinová, Lékárna Neopharm Karlín, Sokolovská 5/49, Praha 8, poskytovatel: Neopharm lékárna s.r.o.
- 378/2014 Mgr. Zuzana Pilařová, Lékárna Rubeška, Paříkova 910/9, Praha 9, poskytovatel: LEJIKO, s.r.o.
- 380/2014 RNDr. Jiří Skořepa, Lékárna 6ka, Fajtlova 1, Praha 6, poskytovatel: Sanabilis, s.r.o.
- 382/2014 Mgr. Rudolf Krouza, Lékárna U Panny Marie Pomocné, Mírové nám. 16, Jesenice, poskytovatel: HM 76 s.r.o.
- 384/2014 PharmDr. Zdenka Přihodová, Lékárna U Rybníčku, Halasova 783, Velké Přílepy, poskytovatel: Tomáš Vosyka
- 386/2014 Mgr. Ludmila Spáčilová, Lékárna Visla, Zhořelecká 514, Praha 8, poskytovatel: COLUBER s.r.o.
- 388/2014 PharmDr. Ivana Neuvirtová, BENU Lékárna, Rubensova 2238, Praha 10, poskytovatel: BENU Česká republika a.s.
- 389/2014 PharmDr. Jana Stará, Lékárna St. Maria, Zámecký Vrch 423/18, Karlovy Vary, poskytovatel: Bohemian Symphony s.r.o.
- 333/2014 Mgr. Hana Koupilová, PHARM-K s.r.o.
- 335/2014 Mgr. Petra Dostálová, Lékárna Mařatice s.r.o.
- 337/2014 Mgr. Helena Slámová, D&K Medico, s.r.o.
- 339/2014 PharmDr. Alena Vajová, Nová lékárna MB s.r.o.
- 346/2014 Mgr. Michaela Haasová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 348/2014 Mgr. Miroslava Rajnová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 352/2014 Mgr. Marcela Vaverková, Arlego, s.r.o.
- 355/2014 PharmDr. Jan Machura, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 357/2014 Mgr. Hana Psotová, Lékárna Levandule s.r.o.
- 360/2014 Mgr. Ondřej Dedík, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 362/2014 PharmDr. Helena Fáková, Ph.D., Lékárna U Andělu, s.r.o.
- 364/2014 PharmDr. Sylva Klovřová, MS-LÉKÁRNA s.r.o.
- 366/2014 Mgr. Jana Stárková, REMEDIUM-HŠ, spol. s r.o.
- 368/2014 Mgr. Marie Krejčová, HM6 s.r.o.
- 371/2014 Mgr. Naděžda Bečvářová, Salfa a.s.
- 373/2017 PharmDr. Ladislava Arndtová, Lékařský dům Praha 7 a.s.
- 375/2014 PharmDr. Jitka Pudilová, Salfa a.s.
- 377/2014 Mgr. Růžena Malinová, Neopharm lékárna s.r.o.
- 379/2014 Mgr. Zuzana Pilařová, LEJIKO, s.r.o.
- 381/2014 RNDr. Jiří Skořepa, Sanabilis, s.r.o.
- 383/2014 Mgr. Rudolf Krouza, HM 76 s.r.o.
- 385/2014 PharmDr. Zdenka Přihodová, Tomáš Vosyka
- 387/2014 Mgr. Ludmila Spáčilová, COLUBER s.r.o.
- 390/2014 PharmDr. Jana Stará, Bohemian Symphony s.r.o.
- ODBORNÝ ZÁSTUPCE**
- 315/2014 PharmDr. Marie Brandejsová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 317/2014 Mgr. Jana Šebelová, SANOVIA a.s.,
- 319/2014 PharmDr. Jan Průša, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 321/2014 PharmDr. Marek Sekula, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 323/2014 Mgr. Andrea Kačenová, Lékárna U Naděje, s.r.o.
- 326/2014 Mgr. Ivana Stejskalová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s.
- 328/2014 Mgr. Lenka Tichá, Lékárna Poděbrady s.r.o.
- SOUKROMÁ LÉKÁRENSKÁ PRAXE**
- 331/2014 Mgr. Eva Šotáková
- 341/2014 PharmDr. Jaromír Weber
- 350/2014 Mgr. Robert Rusín

(člnek)

## XXX. Lékárnické dny

Za Sekci lékárenství České farmaceutické společnosti ČLS JEP vás srdečně zveme na jubilejní XXX. Lékárnické dny, které se uskuteční ve dnech 3.–5. října 2014 v Priessnitzových lázních Jeseník (na snímku).

### Tematické bloky třicátých Lékárnických dnů:

- Historie ● Léčba chorob pohybového ústrojí ● Gerontopsychiatrie ● Magistraliter příprava ● Současné lékárenství

Podrobnosti, přihlášky, program sledujte na stránkách: [www.cfs-cls.cz](http://www.cfs-cls.cz) a [www.lekarnickedny.estranky.cz](http://www.lekarnickedny.estranky.cz)

Na podzimní setkání v Jeseníku se těší

**Pavel Grodza, Jiří Kotlář,  
Ivana Sokolová a Drahoš Tomas**





Ve dnech 19.–24. května proběhlo ve švýcarské Ženevě 67. Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly) Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) za účasti více než 3 300 delegátů z členských států a akreditovaných organizací.

Mezi delegáty vyslanými IPSF (International Pharmaceutical Students' Federation) byli také dva zástupci České republiky, studenti FaF UK David Čechlovský a Jakub Weber.

Během šesti dnů se intenzivně diskutovalo o budoucnosti zdravotnictví a hlavních prioritách sektoru do dalších let. K hlavním projednávaným tématům letošního shromáždění, bezprostředně se týkajícím farmaceutické profese, patřily zejména padělky léčiv a strategie v boji s nimi, otázky přístupu k lékům a problémy spojené s růstem antimikrobiologické rezistence.

### Kampaň Fight the Fakes

Padělky léčiv jsou stále ožehavý problém dotýkající se nejen rozvojových zemí. Vyžaduje společný postup celého sektoru od výrobce účinných látek (API), přes výrobce finálních produktů, distribuci a maloobchodní síť až po regulační autority. V současnosti je stále obtížné zajistit kvalitní API; mnohé výrobní společnosti, zejména z Asie, prodávají své produkty přes řadu prostředníků, a tím znesnadňují nebo téměř znemožňují vypátrat původního výrobce (či falzifikátora).

Na problematiku padělků léčiv upozorňuje kampaň **Fight the Fakes** (<http://fightthefakes.org/>) zdůrazňující, že padělky léčiv nejsou primárně problémem farmaceutických společností z důvodu krácení jejich zisků, ale představují především celospolečenský problém podkopáváním důvěry pacientů ve zdravotnický systém jako celek.

### Na téma přístupu k lékům

Téma přístupu k lékům je pro WHO jedním ze základních pilířů rozvojových cílů tisíciletí. Připomínají se úspěchy dosažené v oblasti tzv. opomíjených tropických chorob (Neglected Tropical Diseases), pro kterou se s v roce 2012 soukromý sektor spolu se státními i soukromými nadacemi a podporou WHO zavázal Londýnskou deklarací (<http://unitingtocombatntds.org/>) vymýtit do roku 2020 deset z tropických chorob; zároveň je však zdůrazněna nutnost podobné mezisektorové spolupráce i v dalších oblastech terapie (HIV/AIDS, TBC ad.).

### Antimikrobiologická rezistence

Rezistence roste a nová antibiotika až na výjimky nejsou. To je sice všeobecně známo, ale kde hledat řešení?

# WHO, Ženeva: 67. Světové zdravotnické shromáždění

O AKTUÁLNÍCH PROBLÉMECH JEDNALO PŘES 3 300 DELEGÁTŮ

Antimikrobiologická rezistence je proto velké téma posledních měsíců, zvláště po zveřejnění reportu WHO z letošního května ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf)).

Nemalým problémem zůstává, že v současnosti nejsou investice do vývoje nových antibiotik a jejich návratnost tak výhodná, jako např. investování do oblastí onkologických léčiv nebo antidepresiv. K tomu chybí politická vůle ze strany státního sektoru k motivaci farmaceutických firem do rozvoje segmentu antibiotických přípravků. Pokud se ovšem tato vůle nenajde, pak je docela dobře možné, že si i v několika málo příštích letech „vypěstujeme“ kmeny mikroorganismů zcela rezistentních vůči současné ATB terapii a nebude nástroj, jak takovou pandemii zastavit.

### Problémům je třeba předcházet

„Zdraví v minulém století spočívalo především na technologii a objevy v boji proti infekčním nemocem. Tomu je konec – s civilizačními chorobami jako současným největším světovým zabijákem, toto století musí být érou, kdy prevence bude minimálně stejně důležitá jako léčba samotná.“ (Z úvodního vystoupení generální ředitelky WHO dr.

Margaret Chan; <http://www.who.int/mediacentre/events/2014/speeches/en/>). Téma prevence a předcházení zdravotním problémům zaznělo ve všech diskuzích, zvláště ve vztahu k tzv. civilizačním nemocem (diabetes, srdeční onemocnění, rakovina ad.).

Byla také spuštěna společná kampaň Mezinárodního červeného kříže a červeného půlměsíce a Mezinárodní federace výrobců inovativních léčiv **4 Healthy Habits** zaměřená právě na prevenci civilizačních chorob a na zdravý životní styl ([http://www.ifpma.org/fileadmin/content/News/2014/News\\_Release\\_IFRC\\_IFPMA\\_FINAL.pdf](http://www.ifpma.org/fileadmin/content/News/2014/News_Release_IFRC_IFPMA_FINAL.pdf)).

### Nejvýhodnější investice

Jako speciální host vystoupila Melinda Gates z Nadace Bila a Melindy Gatoso-

vých. Zdůraznila mj. úspěchy v oblasti snižování dětské úmrtnosti (od roku 1990 o 47 %) a nutnost v tomto trendu pokračovat např. i jednoduchými intervencemi jako maximalizací kontaktu matky s dítětem a kojení. Nadace ve spolupráci s časopisem Lancet vyčíslila, že investice do zdraví matek a dětí je tou nejvýhodnější; každý investovaný dolar se vrátí nejméně trojnásobně v ekonomickém výkonu obyvatelstva (<https://www.youtube.com/watch?v=0yVFLPbxUXM>).

Závěrem další postřeh z úvodní řeči generální ředitelky WHO: „Pokud ekonomický růst nebude doprovázen příslušným růstem domácího rozpočtu na zdravotnictví, uvidíme v blízké budoucnosti rostoucí počet bohatých zemí, ale plných chudých lidí.“ Chceme-li to změnit, začněme sami u sebe, u naší vlády a naší reprezentace. Má to smysl.

Děkuji České asociaci farmaceutických firem za podporu, která mi umožnila účast na tomto výjimečném zasedání. Všechny podklady z něj jsou přístupné na webu ([http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha67.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html)).

**Jakub WEBER**  
IPSF Chairperson  
of External Relations

## Zinek

Zinek patří mezi stopové prvky, je součástí celé řady enzymů, a je tedy nezbytný pro správné fungování metabolismu. Příznaky jeho nedostatku jsou spíše nespecifické, zahrnují převážně průjem (zvláště u dětí), poruchy kůže a jejího hojení, snížení imunity atd. Na farmaceutickém trhu je dostupný jednak v injekčních kompozitních přípravcích určených k doplnění těchto elementů v době dlouhodobé parenterální výživy, a v běžné lékárně také v řadě volně prodejných přípravků a doplňků stravy. Nelze opomenout také lokální lékové formy určené nejen k topické aplikaci na kůži, ale rovněž do nosu či do očí.

Ve směsích parenterálií bývá společně s řadou jiných stopových prvků, např. chrom, měď, mangan, selen atd. Případná toxicita zinku je uváděna pouze při předávkování a může se projevit na úrovni renální kumulace a poškozením ledvin. Jelikož přísun zinku může způsobit snížené využití mědi, je nezbytné, aby se tyto prvky suplementovaly současně. Doporučená dávka zinku pro parent. podání se uvádí 2,5–4 mg, u dětí 100 mcg/kg.

Ve formě systémového perorálního podání je doporučována denní dávka pro dospělé muže 11 mg/den a ženy 9 mg/den. Formou OTC je pacientům k dispozici řada přípravků s obsahem zinku, ve formě různých solí, nejčastěji síranu, glukonátu, chloridu, octanu, oxidu atd., které mohou sloužit k suplementaci zinku v případě deficitu, k léčbě snížené imunity nebo lokálně k hojení ran. V rozvojových zemích může být deficit způsoben také složením stravy (zeleňová strava bohatá na fytyáty, otruby – snižuje vstřebávání Zn). Suplementace se provádí především v dětské populaci pro snížení průjmů. U některých seniorů s vyšší dávkou thiazidových diuretik se také mohou projevit vyšší ztráty zinku močí a jeho deficit. U starších pacientů s dekubity je vhodné suplementovat zinek pro lepší hojení ran. K suplementaci často přistupují také sportovci, atleti – uvádí se zlepšení sportovního výkonu a síly (s nedostatečně prokázaným efektem).

Dostupný je obvykle spolu s vitamíny a ostatními minerály v kompozitních přípravcích – registrované jsou např. Duovit, Pharmaton Geriavit, Revalid. Perorální formy monokomponentního zinku obsahují obvykle 49 mg ZnSO<sub>4</sub>, což je 20 mg elementárního zinku. Při podávání v těchto dávkách je třeba myslet na možné některé lékové interakce, např. s tetracyklíny a chinolonovými antibiotiky – zablokování jejich vstřebání pak může způsobit nedostatečné antiinfekční působení. V případě nezbytnosti konkomitantního podávání je třeba dodržet odstup v podávání 2 hod. před nebo 4 hod. po užití. Nejzávažnější je interakce s penicilaminem (narušení absorpce), ten se však v léčbě revmatismu používá velmi omezeně. Naopak látky chelatačního charakteru, mohou vstřebávání zinku výrazně omezit. Rovněž potrava výrazně bohatá na vápník a fosfor může snížit dostupnost zinku v organismu.

Mezi jeho poměrně zvláštní a ne příliš běžné nežádoucí účinky patří ovlivnění vnímání chuti a vůně, a to především při používání nosních kapek obohacených o zinek – může to mít i dlouhodobější charakter.

Lokální využití je poměrně rozsáhlé, v dermatologii se používá především oxid zinku. Jeho aplikace doplňuje protektivní funkci podrážděné nebo poškozené kůže, má změkčující efekt a masti hojí dobře např. opruzenou pokožku, akné, herpetická onemocnění nebo popáleniny. Využívá se obvykle koncentrace okolo 10 % v krémech, 20 % v mastech či pastách – velmi často bývají tyto přípravky obohaceny o další složky, např. aloe, vitamin E, sójový olej, glycerin, kyselinu boritou, lanolin, rybí olej atd. Dodnes se používají také některé pudry s obsahem ZnO pro svůj mírně adstringentní a antiseptický účinek, ale již velmi omezeně, protože se zjistilo, že při vlnutí daného místa pod plochou pudru často přerůstají kvasinkové infekce a hojení se zbytečně prodlužuje. V případě léčby akné se používá koncentrace acetátu zinku okolo 1–2 % spolu s erytromycinem 4%. Velmi často se přidává také do opalovacích krémů s UV protekcí a do jiných zklidňujících kosmetických přípravků. Zinek ve formě citrátu se přidává do ústních past a vod.

Pokud bychom přistoupili k hodnocení účinnosti podle databáze *Natural Medicines Comprehensive Database* (jako v minulém ČČL v článku koenzym Q10), daly by se zmínit tyto indikace:

### Účinný:

- Projevy deficiencie zinku v organismu – závažné průjmy, neschopnost GIT trávit potravu, při těžké jaterní cirhóze, alkoholismu, dlouhodobá parenterální nebo enterální výživa – suplementace doplňuje zinek v organismu, ovšem podávání není doporučováno rutinně všem těmto pacientům

### Pravděpodobně účinný:

- Léčba průjmů při malnutrici dětí v rozvojových zemích
- Při Willisonově chorobě

### Možný účinek:

- Při nachlazení – zkracuje dobu léčby, ale pravděpodobně nemá preventivní účinek
- Lokálně – akné, spolu s erytromycinem
- Prevence osteoporózy u postmenopauzálních žen – spolu s jinými stopovými prvky
- Doplněk léčby při makulárně degenerativních onemocněních očí
- ADHD (spíše v zemích středního východu než v evropské populaci)
- Herpes simplex i genitális; popáleniny – v lokální formě
- Při anorexii – úprava váhy

### Pravděpodobně neúčinný:

- Prevence Ca prostaty; psoriáza, ekzémy; artritida; prevence katarakty, tinnitu, chřipky

### Nedostatek důkazu o účinku:

- Alzheimerova choroba; vrásky po slunění; sexuální problémy u mužů; Crohnova choroba; běžná nachlazení – nosní spreje; diabetes, astma atd.

### Správné užívání zinku v perorálních formách:

- Aby se zabránilo možnému GIT dyskomfortu, doporučuje se užívání s jídlem
- Nezapíjet kávou, snižuje se absorpce zinku na polovinu
- Informovat o LI s některými ATB



Na snímku z VIII. kongresu Praktického lékařství zleva Martin Vodička, Jana Šolínová, Josef Malý a Jana Ficnerová.

Foto: SOLEN

ný společenský program s irskými tanci (někteří se i pár krokových variací naučili) a vystoupením profi tanečního páru z Olomouce. Až po chvíli nám došlo, že tanečnicí byla S. Elblová, která celý kongres koordinovala.

V sobotním programu byly další tři přednáškové bloky. Psychiatrie za vedení olomoucké doc. L. Stárkové přinesla čtyři výborné přednášky. ADHD od vedoucí bloku, hradecký R. Köhler s bezvadným přehledem léčby schizofrenie pro farmaceuty, deprese u seniorů v podání R. Kubínka (Olomouc) a zneužívání psychofarmak od doc. K. Látalové z Olomouce, kterou již dobře známe z Lékárnických dnů v Kroměříži. Bloku alergie, astma předsedala I. Krčmová z FN v Hradci Králové (přednášela i na LD v Kadani). Uvedla B. Kalabusovou, přerovskou terénní alergoložku s pro farmaceuty velmi poutavou přednáškou o léčbě alergických onemocnění v graviditě a laktaci. Doc. O. Rybníček z Brna shrnul výstižně možnosti odhalení a správného vedení léčby u dětského alergika. Koordinátorka bloku pak sama přednesla sdělení o podobné problematice, ale u seniorské populace.

J. Malý z Katedry sociální a klinické farmacie hradecké fakulty letos poprvé uvedl blok kazuistik z praxe farmaceuta, a musím říci, že byl oživením kongresu. P. Matoulková ze stejné katedry přednesla případ pacienta s problémem interakce PPI a hormonu štítné žlázy, J. Šolínová ze Cvikova následně podala pohled na lékový problém pacienta přes táru veřejné lékárny a dva kolegové J. Ficnerová a M. Vodička pak pohled nemocničního lékárníka na klinicko-farmaceutický servis a pacienty z ambulance či od lůžka.

Závěrem velmi děkuji všem, kteří kongres navštívili a svými odpověďmi v anketních letáčích nás povzbudili do další práce. Myslím, že řada akcí rovněž v názvu nese přídomek kongres. Zdá se mi však, že ne všechny svou úroveň tento termín naplňují. Myslím, že ten olomoucký kritéria skutečného kongresu splňuje. Vám, kteří si to chcete ověřit v praxi, již dnes posílám srdečné pozvání na rok 2015.

**Pavel GRODZA**

## Kongres v Olomouci aneb Aplikovaná věda a praxe

Již posmé mi bylo ctí být prezidentem kongresu Praktického lékařství v Regionálním centru v Olomouci. Musím letos pochválit organizátory ze společnosti Solen za celkový dojem a program. Náš programový výbor jim byl ku pomoci a vytvořil, myslím, dobrý tým. Sjelo se na 250 lékárníků z celé ČR, trochu méně než je zvykem, a spolu s ostatními organizátory odborných setkání farmaceutů máme stále nezodpovězenou otázku: Proč klesá zájem o účast na odborných akcích?

Označili jsme tuto „chorobu“ za multifaktoriální a budeme přemýšlet, jak některé negativní faktory do budoucna eliminovat. Po mém úvodním slově začal v pátek 23. 5. ráno blok kožního lékařství, a to excelentní úvodní přednáškou doc. J. Rulcové o moderní léčbě akné. Olomoučtí dermatologové M. Tichý a M. Bienová pak přednesli témata biologická léčba lupénky a rozacea. Závěr bloku patřil ostravskému R. Litvíkovi a léčbě některých kožních novotvarů imiquimodem.

Tradiční blok Medicamenta nova pod vedením olomouckého farmakologa doc. K. Urbánka představil našeho špičkového odborníka na plicní arteriální hypertenzi doc. P. Jansu z VFN, který nás seznámil se dvěma novými léčivými riociguatem a macitentanem. Nové perorální antidiabetikum kanagliflozin zařadil do strategie léčby DM 2. typu prof. M. Kvapil a náš přední infektolog prof. P. Husa z Brna podal krásný přehled nových léčebných možností u hepatitidy C. Odpolední bloky zahájila S. Klovřová z lékárny FN Motol, která před-

sedala pediatrické části, přednáškou o využití magistraliter přípravy u dětských lékových forem, L. Lázníčka z lékárny FNKV k tomu přidal pohled na IPLP s mnoha recepturami. Další dvě sdělení patřila cystické fibróze jak z pohledu lékaře (M. Zápalka z FN Olomouc), tak z pohledu farmaceuta (E. Tajovská z lékárny FN Motol). Blok Pokroky ve farmacii, který jsem zařadil do programu kongresu již pátým rokem, představil další tři nadějně vědce a učitele farmaceutických fakult: J. Roha z Hradce Králové, úspěšného člena týmu prof. A. Hrabálka, jemuž se podařilo nalézt nové, velmi perspektivní struktury anti-tuberkulotik. Doc. I. Boušová pak představila nové pohledy na biologickou aktivitu glykovaných bílkovin. Touto prací se nedávno habilitovala na hradecké fakultě. Nová lékopisná léková forma mukoadhezivní buklální filmy byla předmětem zajímavé přednášky H. Landové z Ústavu technologie léčiv brněnské fakulty. Páteční večer prožili někteří účastníci v hotelu Flóra, kde bylo perferktní občerstvení a následoval přjem-

# Zaměřeno na magistraliter

## VÍKENDOVÝ SEMINÁŘ NA VYSOČINĚ, KTERÝ SI ZASLOUŽÍ POKRAČOVÁNÍ

Byl to báječný víkend (31. 5.–1. 6.), který jsem s dalšími bezmála čtyřiceti lékárníky strávila v malinké vesničce Kouty – v půli cesty mezi Prahou a Brnem. Občanské sdružení Mladí lékárníci ve spolupráci se společností Fagron zde zorganizovaly výborný seminář zaměřený na magistraliter přípravu. V Koutech se sešli přední odborníci tohoto oboru. Průvodcem nástrahami galeniky nám byl po celou dobu PharmDr. Jan Hašek a sobotní program obohatili svými příspěvky PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., a jeho zkušená kolegyně Mgr. MVC. Kateřina Horáčková.

Posledního máje se po ránu v konferenčním sále hotelu Luna sešli lékárníci z celé republiky, z veřejných i nemocničních lékáren. V úvodu nás Dr. Hašek seznámil s poznatky ohledně komplexní léčby orofaryngeálních kandidóz. Podrobně zmínil možnosti přípravy orálního roztoku s chlorhexidinem, nystatinové suspenze a gelu s mikonazolem. Zajímavá byla i zmínka o správném užití genciánové violeti v této indikaci.

Dozvěděli jsme se i mnoho tipů na nové receptury z Fragnerovy lékárny U Černého orla v podání Dr. Sklenáře. Kromě přehledu relativně nově dostupných surovin (namátkou uvádím: klioquinol jako možná náhrada kloroxinu; omeprazol; sildenafil pro léčbu plicní hypertenze u dětí; momentálně v HVLP nedostupný digoxin a další) byl ve sdělení kladen velký důraz na dodržování *lege artis* postupů. Uvědomili jsme si, že lékaři často chtějí v předpisech smíchat různá HVLP, která ovšem v SPC nemají schváleno použití pro IPLP, a pak může docházet ke vzniku inkompatibilit. Navíc je pro lékárníka a hlavně pro pacienta často (i finančně) výhodnější, pokud mu např. masť připravíme do vhodného masťového základu přímo ze surovin, bez užití HVLP. Třeba oblíbenou kombinaci, se kterou se jistě také setkáváte: *Canesten + Flucinar + Ambiderman*. Můžeme ji nahradit kombinací *klotrimazol + fluocinolon acetonid + ambiderman*. A jistě ve své paměti vypátráte spoustu dalších podobných případů.

V odpoledním bloku pod taktovkou Mgr. Horáčkové jsme se zabývali možnostmi kooperace a komunikace s lékaři při vytváření nových receptur. Spolupráce s veterináři je pro mnohé z nás jistě netradiční, takže bylo zajímavé zabrousit i na toto téma. Ještě s větší chutí jsme se seznámili s recepturami,

které byly vytvořeny ve spolupráci s pediatry a zubními lékaři.

V neděli došlo i na praktický workshop – dostali jsme rajbšály, tloučky a seznam receptur, na kterých jsme si vyzkoušeli, jak by to vypadat nemělo, a pochopitelně i ty správně provedené postupy. Našemu snažení předcházela přednáška o správné přípravě, možných inkompatibilitách a technologických chybách. Zkusili jsme si mimo jiné zaměnit ZnO za TiO<sub>2</sub> při přípravě tekutého zásypu s taninem 5% a tekutého zásypu s kliocholem 5%. Tato záměna umožnila snadnější přípravu i vyšší stabilitu celého systému s následnou lepší účinností přípravků.

Velké oblibě se při nácviu příprav těšil lehký amfifilní krémový základ *Basiscreme DAC*, který by měl být

v brzké době dostupný jako nové vehikulum použitelné pro zapracování celé řady látek, se kterými např. *Ambiderman* kompatibilní není.

Ve sdělení PharmDr. Jany Mašlárové ze společnosti Fagron jsme se seznámili s novinkami, které zanedlouho dorazí na náš trh – lízátkový základ, dále suspenzní vehikulum *SyrSpend*, které by mohlo představovat řešení např. pro přípravu dětských forem pro aplikaci omeprazolu. Zajímavý byl krémový základ *Pentrvan (o/v)*, který by měl umožňovat dobrou transdermální penetraci léčiv v něm rozpuštěných. *Pentrvan* jsme si vyzkoušeli i během workshopu, práce s ním byla snadná a krém se po nanesení zcela vstřebal a nezanechal mastný film na pokožce (osobně jsem vyzkoušela kolegou umíchaný 2% tetrakainový krém).

Závěrečná přednáška Podpora IPLP v lékárnách z pohledu profesní komunikace v podání PharmDr. Libora Číhala ze společnosti PACE 2015 doplnila seminář o konkrétní návody, jak směřovat seriózní komunikaci na lékaře a probu-

*Pokračování na další straně*



*Dávkování pomocí kelímku Topi-Click je snadné. Zvládne je prý v pohodě každá blondýna, ale pozor – na našem semináři ovšem byly jen samé šikovné magistry.*

**Pokračování z předchozí strany**

dit jejich zájem o nové možnosti spolupráce na poli IPLP. A také je seznámit s novinkami, které by mohli uplatnit v preskripci. Na základě této spolupráce se pak lékárna stane „exkluzivním“ poskytovatelem této služby (příprava IPLP) a může získat nové pacienty. Za zmínku jistě stojí i upozornění, že by lékárna neměla opomíjet ani komunika-

ci směrem k pacientovi, tzn. dát mu jasně najevo, že galenická příprava je v lékárně poskytována, a pokud je to možné, tak jakýmkoliv způsobem propagovat (možnost využití moderních nástrojů – web, fcb, sms, ale i klasických letáčků/plakátů přímo v lékárně).

Za bezchybnou organizaci patří díky předsedovi Mladých lékárníků, o.s., PharmDr. Antonínu Svobodovi a firmě

Fagron a.s., za kterou s námi dvoudenní seminář absolvovali a podpořili generální manažer Ing. Boris Marek a manažerka pro marketing a inovace PharmDr. Jana Mašárová.

Organizátoři nám slíbili pokračování semináře. Až vám přijde pozvánka, určitě se přihlaste, stojí to za to.

**Mgr. Eva PROCHÁZKOVÁ**

**Foto: Fagron**

## TAK TO VIDÍM JÁ: Nabídneme individuální přístup?



Svůj příspěvek píšu pro inspiraci, provokaci, zčeření stojatých vod, k nastartování diskuze, spolupráce, podpoře stavovské sounáležitosti, kreativity, a v neposlední řadě též jako pozdrav vám všem.

V květnovém čísle našeho časopisu vyjádřila kolegyně Lucie Pagáčová údiv nad faktem, že se nedaří zlepšit veřejný obraz českého lékárenství přes to, že se o tom mluví minimálně posledních pět let.

Na budování PR prostě od revoluce nebyl čas ani vůle. Podnikání se dařilo a ekonomika rostla, šlo to v zásadě samo a trvalo to 20 let. Našemu oboru se dařilo, nebylo třeba významnějších inovací. Neprali jsme se dost efektivně ani za legislativní intervence, které by nás a náš obor chránily. Nad českým lékárenstvím se začínalo smrákat. Prosperující odvětví pozvolna infiltrovali agresivní hráči, kteří hrají až příliš tvrdě. Do toho přišla krize, která dolehla, doléhá a ještě dlouho na všechny doléhat bude. Vesele nám tu bobtnají a kypí tvrdé konkurenční praktiky, úhrady strmě klesají, pacienti v nás dávno ztratili důvěru. A politická situace ve zdravotnictví? Tu komentovat nebudu. Začíná to vyžadovat něco, co nejsme zvyklí používat – kreativitu, inovativnost, ochotu zariskovat. A tak v němém úžasu nemůžeme uvěřit tomu, že se to skutečně děje. Stále dokola už mnoho let píšeme do tohoto časopisu plačtivé články a nakonec se poplácáme po zádech, že jsme přece ti nepostradatelní lékárníci. V čem přesně ta naše nepostradatelnost spočívá? A proč ji „nepoužíváme“? Všimli jste si, že se o nás mluví jako o „podavačích léků“? Ne, to není překlep, právě takto nás někteří vidí. Pojďme s tím už konečně něco udělat!

1. Chceme vrátit lékárně ztracený punc zdravotnického zařízení? Věnujme se tedy více individuálnímu poradenství a edukaci pacientů. Vyhradme si pro pacienty konzultační hodiny. Mějme v lékárně k dispozici tištěné informace o nemocích, bylinách, alternativní medicíně, lékových formách a jejich správné aplikaci, zdravém životním stylu, s kontakty na různá zdravotnická a sociální zařízení atd. Ať má pacient pocit, že když pro radu, tak jedině do lékárny.

2. Radíme a poučujeme, je to ale k něčemu? Proč nedáváme pacientům dispenzační minima a rady v tištěné formě, nebo aspoň písemně? Víme přece, že si to nepamatuji, tudíž logicky nemohou mít dobrý pocit z toho, že je lékárník poučil.

3. A co to trochu ozvláštnit? Požádejme výživového poradce, fyzioterapeuta, homeopata, kosmetičku, dětskou zdravotní sestru nebo jiného specialistu, ať přijde do lékárny odpovídat pacientům na dotazy. Udělejme ve spádové oblasti letákovou akci, že máme v lékárně odborného hosta. Dejme 5% slevu na výrobky vztahující se k tématu akce.

4. Ukažme pacientům, jak vypadá naše práce. Co například uspořádat „Noc lékáren“, den otevřených dveří?

5. Předvedme, kdo jsme, co umíme, čím jsme jedineční. Proč vlastně nepoužíváme pracně nabyté znalosti o léčivých rostlinách a přestali jsme míchat čaje a vyrábět bylinné preparáty? Nezdá se, že by o to veřejnost ztratila zájem, když se zde daří takto specializovaným obchodům. A co naše technologické know how? Co třeba míchat volně prodejné masti a kosmetiku na přání, když už máme laboratoř. (Ideálně přímo před zraky pacienta, což tedy ve většině lékáren bohužel není možné.)

6. A co opomíjené téma výživa v nemoci, v těhotenství, u dětí a starých lidí? Rozšířme sortiment o zdravou výživu a speciální potraviny, informujme a edukujme pacienty i na tomto poli. Můžeme přece nabídnout hlubší znalosti než prodavači v obchodech se zdravou výživou.

Ano, hovořím zde o činnostech, které jsou primárně nerentabilní. Mám zkušenost s prací pro soukromníka i pro řetězec a troufám si říci, že touto cestou řetězce nejspíš nepůjdou. Je to tedy možnost zejména pro soukromé neřetězcové lékárny vymanit se z mainstreamu a nabízet něco speciálního. Nabízet skutečně individuální přístup.

Jde o zlepšení veřejného mínění o lékárnících a lékárenské péči u nás. O potvrzení té naší nepostradatelnosti ve zdravotní péči o pacienta. Jde o to, abychom se zařadili, ukotvili, vymezili a nebyli ten *venažraný třídní nepřítel – podavač, který vybírá poplatky za nic, ale ten náš pan lékárník, který nám tak pomáhá*. Někteří z vás možná už dávno touto cestou jdou, běžné to ale rozhodně není.

Mé nápady jsou možná naivní. Jsou jen „nástřelem“, námětem k diskusi. Věřím v to, že je lepší nějaký nápad než žádný. Záměrně jsem nastínila zcela konkrétní náměty ke zlepšení a zatraktivnění práce lékáren a doufám, že každý kritický hlas bude stejně konkrétní a přijde s něčím lepším. Věřím, že každého z vás napadne mnoho lepších myšlenek.

Přeji vám všem krásné léto.

**PharmDr. Markéta MUSILOVÁ**

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Donáth, V., Laurincová, S.: Nová perspektivna liečba sclerosis multiplex**  
*Neurologie pro praxi č. 2/2014*

V poslední době se objevila řada nových perorálních léčiv v terapii RS. Strategie léčby se ubírá dvěma směry. Jsou jimi jednak **imunomodulace**, jejímž cílem je prevence poškození CNS, jednak snaha o restituci poškozené CNS **podporou remyelinizace**. Z nových farmak je zde **teriflunomid** – aktivní metabolit leflunomidu, který inhibuje syntézu pirimidinu, brzdí tím proliferaci T-lymfocytů a zároveň demyelinizaci. Dále pak **laquinimod**, jenž účinně zabraňuje progresi autoimunitní encefalitidy, má protizánětlivý a neuroprotektivní účinek. Další látkou je **dimethyl fumarát** schválený EMA v únoru 2014. Mechanismus jeho působení není přesně znám, snad redukuje expresi genů zodpovědných za zánět. **Firategrast** je antagonistou VLA4 (very late antigen), inhibuje migraci leukocytů přes hematoencefalickou bariéru, čímž účinkuje podobně jako natalizumab. **Siponimod** je selektivním modulátorem receptoru S1P1/5. Mechanismus účinku je podobný jako u fingolimodu, redukce počtu relapsů byla v klinickém zkoušení 48–66%.

Objevily se rovněž nové monoklonální protilátky daclizumab, rituximab, ocrelizumab a ofatumumab. Až na rituximab jsou všechny humanizované. Dalšími potenciálními cíli a novinkami jsou cytokiny (IL-23, IL-17, IL-1) a látka mastinib, která je inhibitorem tyrozinkinázy. Ve výzkumu je i DNA vakcinace, jejímž principem je aplikace genů kódujících cílové proteiny; I. a II. fáze klinických zkoušek prokázaly pozitivní výsledky na potlačení onemocnění.

**Maršáková, A., Arenbergerová, M.: Minoxidil v léčbě alopecii**  
*Česko-slovenská dermatologie, č. 1/2014*

Minoxidil je bílá krystalická látka s molekulovou hmotností 209,25. Jedná se o periferní vazodilatátor, původně používaný systémově v léčbě hypertenze. Vedlejším účinkem léčby je nevirilizující hypertrichóza. Již od roku 1988 hraje významnou roli v léčbě mužské androgenetické alopecie. U žen byl v roce 1991 schválen 2% roztok minoxidilu pro léčbu hormonálně podmíněné alopecie, roku 1997 byl pro muže schválen i 5% roztok. Androgenetická alopecie (AGA) je u mužů nejčastějším typem vypadávání vlasů. Postihuje 30 % mužů ve věku 30 let a 50 % mužů ve věku 50 let. Vyskytuje se nejvíce u bílé rasy, u níž se problém týká až 80 % populace. Klíčovým enzymem AGA je 5- $\alpha$ -reduktáza v mazových žlázách a vlasovém folikulu kštice. Tento enzym konvertuje testosteron na aktivní dihydrotestosteron, který se váže na androgenní receptory buněk vlasového folikulu. Přesný mechanismus působení minoxidilu je stále nejasný. Metabolizuje se na sulfát. Tento děj je mnohem výraznější ve vlasovém folikulu než jinde. Lokální podávání minoxidilu po dobu 6 měsíců vedlo ke zvětšení tloušťky vlasů a jejich absolutní hustoty. U mužů aplikujících 5% roztok byl nástup mnohem rychlejší než při aplikaci 2% roztoku.

## Haluzík, M. a kol.: Praktická léčba diabetu

Mladá fronta, Praha 2013, 2. vydání, 365 stran

Kolektiv autorů z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze navazuje svou publikací na několik vydání Praktické diabetologie profesora Bartoše. V devatenácti kapitolách podává podrobný přehled celé problematiky diabetologie. První čtyři kapitoly

### ANOTACE

zahrnují diagnostiku, laboratorní sledování, edukaci pacientů, dietní opatření a pohybovou aktivitu u diabetu 2. typu. Pátá kapitola je věnována farmakoterapii DM 2. typu – PAD (sulfonylmočoviny, glinidy, metformin, glitazony, inhibitory  $\alpha$ -glukosidázy, GLP-1 agonisté, glifloziny, inzulin). Další dvě kapitoly jsou zmínkou o metabolické a bariatrické chirurgii u DM. Osmá kapitola se zabývá terapií pacientů s DM 1. typu od farmakoterapie až po techniku aplikace, aplikační pomůcky, selfmonitoring glykémie, edukaci. Kapitoly 9 a 10 popisují léčbu pomocí inzulinové pumpy a selfmonitoring nejen glykémie, ale i dalších parametrů. Jedenáctá a dvanáctá kapitola jsou věnovány DM v těhotenství a před ním. Kapitoly 13 až 18 se zabývají řešením komplikací diabetu, event. jeho léčbou za přítomnosti dalších nemocí (dyslipidemie, ICHS, hypertenze, nefropatie, oční komplikace, diabetická noha). Závěrečná kapitola je velmi užitečná pro čtenáře před operací – popisuje přípravu na plánovanou i akutní operaci u pacienta s diabetem.

**A**merická firma Tetrphase Pharmaceuticals se zaměřuje na vývoj nových antibakteriálních léčiv účinných u multi-drug rezistentních gramnegativních, ale i grampozitivních, atypických a anaerobních bakteriálních infekcí. Eravacyklin se nachází na počátku III. fáze klinického zkoušení v porovnání s ertapenemem či levofloxacinem. Studie se nazývají IGNITE-1 (i.v. podání u intraabdo-

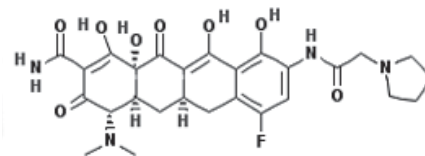
## MOLEKULA MĚSÍCE

### Eravacyklin

**IUPAC:** (4S,4aS,5aR,12aS)-4-(Dimethylamino)-7-fluoro-3,10,12,12a-tetrahydroxy-1,11-dioxo-9-[(1-pyrrolidinylacetyl)amino]-1,4,4a,5,5a,6,11,12a-octa-hydro-2-tetracenecarboxamide

**Sumární vzorec:** C<sub>27</sub>H<sub>31</sub>N<sub>4</sub>O<sub>8</sub>

**Molekulová hmotnost:** 558,555



minální infekce) a IGNITE-2 (p.o. podání u močové infekce). Jde o širokospektré tetracyklinové (fluorocyklinové) antibiotikum, které lze podávat intravenózně i ústy. Hlavními indikacemi Eravacyklinu v klinických zkouškách jsou těžké komplikované intraabdominální a urinální infekce. V průběhu příštího roku se očekává ukončení klinických zkoušek a následné schválení FDA v urychleném režimu. První fáze klinického zkoušení probíhá i u těžkých pneumonií. Dávkuje se 1x denně 1–1,5 mg/kg tělesné hmotnosti.

**Zdroje: Internet:**

<http://en.wikipedia.org/wiki/Eravacycline>  
<http://tphase.com/pipeline/overview>  
<http://aac.asm.org/content/early/2013/12/10/AAC.01614-13.abstract>  
<http://www.zacks.com/stock/news/127541/Tetrphases-Eravacycline-Holds-Promise>

Stránku připravil  
PharmDr. Pavel GRODZA  
panacea@iol.cz



Virus hepatitidy C (HCV), identifikovaný v roce 1989, byl zařazen do čeledi Flaviviridae jako jediný zástupce rodu Hepacivirus. Infikuje především játra, kde je příčinou chronické hepatitidy C. HCV obsahuje jeden řetězec RNA pozitivní polarity, který kóduje polyprotein o zhruba 3 000 aminokyselinách. Tento prekurzor je s pomocí viru vlastních proteáz, ale i s pomocí enzymatické výbavy hostitelské buňky postupně štěpen na 10 proteinů, z toho jsou 3 strukturální a 7 nestrukturálních (NS) s převážně enzymatickou aktivitou.



Celosvětová prevalence infekce HCV se pohybuje v běžné populaci kolem 3 %. V roce 2001 bylo pomocí sérologického přehledu zjištěno, že prevalence protilátek anti-HCV (marker onemocnění) v běžné populaci ČR je 0,2 %. Studie o přirozeném průběhu infekce ukazují, že zhruba 2/3 osob infikovaných HCV nejsou schopny přirozeným způsobem virus eliminovat a infekce u nich přejde do chronického stadia. Virus způsobuje zánět s pomalou fibrotizací tkáně jater (v průběhu let). U 5 až 20 % osob s chronickou HCV infekcí dojde během 25 let k rozvoji jaterní cirhózy. Osoby s jaterní cirhózou při chronické HCV infekci mají

## NOVĚ REGISTRované LÁTKY

# boceprevir

riziko rozvoje nevratného selhání jater (30 % během 10 let) a riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu (zhruba 10 % za 5 let). Rizikové jsou osoby starší, s ko-infekcemi hepatitidy B či HIV, obézní se steatózou jater, s vyvinutou jaterní fibrózou, alkoholici. Infekce HCV je přenosná krví, pohlavním stykem, nesterilními injekcemi apod. (blíže standard na [www.ces-hep.cz](http://www.ces-hep.cz)).

Virus hepatitidy C existuje v řadě mutací, proto byl rozdělen do šesti skupin – genotypů, které jsou značeny čísly 1–6. Existují i odchylky v rámci jednoho genotypu (takzvané podtypy), které jsou značeny písmeny malé abecedy. V reprezentativním souboru 188 dárců krve z ČR byl zjištěn genotyp 1b v 66 %, 1a v 13,3 % (genotyp 1 = 80 %), 3 v 19,7 % a genotypy 2a a 2b oba v 0,5 %. Genotyp je důležitým parametrem při odhadování účinnosti léčby.

Cílem léčby chronické hepatitidy C je zabránit komplikacím infekce, což je podmíněno eradikací viru. Parametr vysoce koreluje s vymizením viru z těla je setrvalá virologická odpověď (SVR). Při SVR je dosaženo negativní sérové hladiny řetězce RNA viru (HCV RNA) ve 24. týdnu po skončení protivirotické terapie. Přítomnost HCV RNA je vyšetřována molekulárně diagnostickými metodami, z nichž největší rozšíření našla metoda amplifikace nukleové kyseliny v reálném čase – real time PCR. Standardním postupem léčby HCV infekce je (stále) užívání kombinace pegylovaného interferonu alfa (PEG INF) s ribavirinem (RBV), nicméně situace se rychle mění. Genotyp 1 je kombinací obtížněji léčitelný, délka léčby trvá 48 týdnů, SVR bývá dosaženo v 50 % případů, délka léčby genotypu 2 a 3 je 24 týdnů a SVR bývá dosaženo v 80 % případů. Převratnou léčbou HCV jsou/budou zástupci cílené antivirové terapie (DAA = direct-acting antiviral agents). V ČR jsou aktuálně na trhu první dva zástupci – inhibitory NS3/4A proteázy 1. generace boceprevir a telaprevir.

### Farmakologické aspekty

Boceprevir je inhibitor HCV NS3/4A serinové proteázy, váže se kovalentně, ale reverzibilně svojí ketoamidovou funkční skupinou na aktivní místo NS3 (Ser139). Tím inhibuje replikaci viru v hos-

titelské buňce, jelikož HCV NS3/4A proteáza je nezbytná k proteolytickému štěpení polyproteinového prekurzoru na funkční proteiny NS4A, NS4B, NS5A a NS5B.

Boceprevir je směsí dvou stereoizomerů, které v ustáleném stavu v těle mají poměr 2:1 ve prospěch aktivního stereoizomeru. Absorpce látky je rychlá, maximální hladiny léčiva v těle bylo dosaženo za 2 hodiny od podání. Biologická dostupnost nebyla určena. Boceprevir se má podávat s jídlem, jež zvyšuje expozici o 60 % vs. podání nalačno. Průměrný distribuční objem je 772 l, vazba na bílkoviny plazmy je 75%. Metabolismus probíhá převážně prostřednictvím dráhy zprostředkované aldo-ketoreduktázou za vzniku redukováných neaktivních ketonů. Částečně je také oxidován cytochromem P450 3A4/5. Plazmatický poločas je krátký (3,4 hod), vylučování probíhá převážně játry (79 %). Látka je silným inhibitorem P450 3A4/5.

### Klinické aspekty

Boceprevir (BP) byl zkoumán v trojkombinační léčbě s PEG IFN a RBV u pacientů s genotypem 1 chronické infekční hepatitidy C. Monoterapie BP vedla k rychlé rezistenci viru. Ve studii Respond-2 byli sledováni pacienti dříve léčení PEG IFN + RBV, ve studii Sprint-2 dříve neléčení pacienti. Ve studii Respond-2 byly studovány léčebné 3 skupiny. Větev 1: dvojkombinace PEG IFN + RBV 4 + 44 týdnů; větev 2: 4 týdny dvojkombinace + 32 týdnů trojkombinace s BP; větev 3: 4 týdny dvojkombinace + 44 týdnů trojkombinace. Ve větvi 2 byla léčba vedena podle odpovědi (RGT), pokud v 8. týdnu byla detekována HCV RNA, od 36. týdne bylo pokračováno v dvojkombinaci (PEG IFN + RBV) do 48. týdne. Účinnost trojkombinace s BP byla vyšší, pokud pacienti před zahájením léčby zrelabovali (větev 1: 29 % osob dosáhlo SVR, větev 2: 69 % SVR, větev 3: 75 % SVR) než pokud se jednalo o částečnou odpověď (pokles HCV RNA o > 2 log, ale stále detekce HCV RNA v 12. týdnu) – SVR odpovědi dosáhlo 7 %, 40 % resp. 52 % pacientů. Ve studii Sprint-2 došlo k významnému zvýšení procenta pacientů se SVR ve větvích trojkombinace vs. standardní dvojkombinace (68 % vs. 40 %). Vzhledem k nákladnosti terapie jsou definována tzv. stopping rules, tzn. pravidla, kdy ukončit terapii z důvodu neúčinnosti. Léčba je ukončena: 1) ve 12. týdnu terapie, pokud má pacient hladinu HCV RNA vyšší nebo rovnou 100 IU/ml; 2) ve 24. týdnu terapie, pokud má pacient detekovatelnou hladinu HCV RNA.

Z nežádoucích účinků je nutné jmenovat především nárůst anémie (dvojkombinace 20 %, trojkombinace přibližně 45 % pacientů ve studii Respond-2), neutropenie (grade 3+4: 13 vs. 25 %), suché pokožky (8 % vs. 21%), svědění (5 % vs. 17 %), ztráty chuti – dysgeusie (11 % vs. 43 %). Z hlediska adherence není dávkový režim komfortní. Interakční potenciál je vysoký díky silné inhibici CYP 3A4/5. BP je kontraindikován u pacientů užívajících perorálně podávaný midazolam a triazolam, bepridil, pimozid, lumefantrin, halofantrin, inhibitory tyrosinkinázy, simvastatin, lovastatin, kvetiapin a námelové alkaloidy.

Léčivý přípravek obsahující boceprevir se jmenuje Victrelis a vyrábí jej společnost MSD. Podává se 3x denně p.o. 4 tobolky (po 200 mg), tzn. 2,4 g/den, vždy společně s jídlem. Balení na 28 dní léčby (4 týdny) je hrazeno po schválení revizním lékařem u dříve léčených pacientů („2. linie“) ve výši zhruba 87 tisíc Kč, o úhradě v oblasti neléčené populace („1. linie“) se vede správním řízením.

*Konflikt zájmů: Autor je zaměstnancem společnosti Sanofi, nicméně obsah článků je osobní aktivitou autora vycházejícího z dostupných evidencí: SPC, EPAR a reviews zaštitěná odbornou společností a nereprezentuje názor této ani jiné farmaceutické společnosti.*

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

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

## *Allium ursinum* L. česnek medvědí Alliaceae

Vytrvalá bylina, rozšířená s výjimkou Maďarska po celé Evropě, v Asii zasahuje její areál až na Kamčatku. Roste především v lužních lesích teplejších oblastí. Kvetoucí nať dorůstá do výšky 50 cm. Listy se sbírají v průběhu dubna, v květnu nadzemní část odumírá, na podzim je možný sběr hlíz. Přesto, že listy česneku medvědího se vyznačují charakteristickou česnekovou vůní, byly popsány záměny za listy ocunu nebo konvalinky s toxickými následky.

**Synonyma:** *Allium latifolium* Gilib., *Allium nemorale* Salisb.

**Obecný název:** *Bärenlauch* (něm.), *Bear's garlic* (angl.), *Ail des bois* (franc.).

**Sbíraná část:** bulbus, herba.

**Droga:** *Allii ursini bulbus*, *Allii ursini herba*.

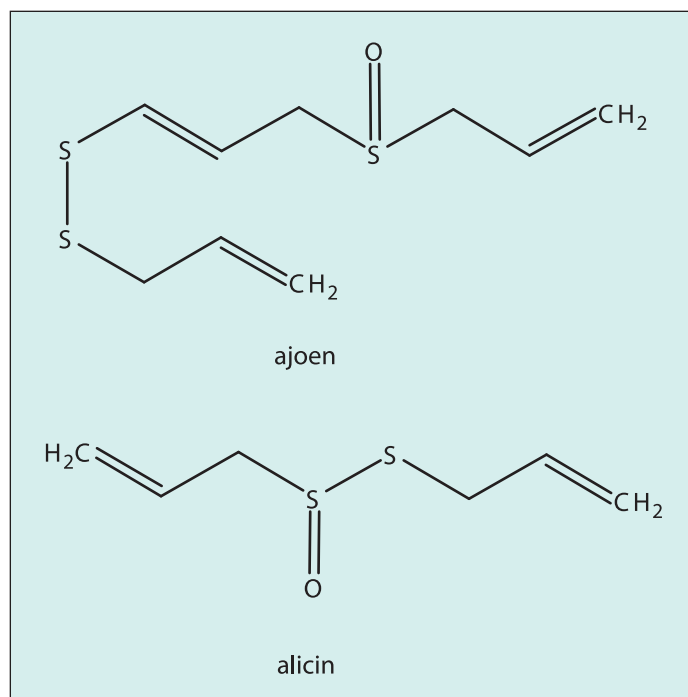
**Obsahové látky:** V čerstvém listu je nejvyšší celkový obsah sulfoxidů (0,4 %) těsně před kvetením (duben), při odumírání nadzemní části nebo sušením výrazně klesá. Z nestálých prekurzorů, tj. hlavně **aliinu** (S-allyl-L-(+)cysteinsulfoxid) a **isoaliinu**, vzniká po poranění pletiv štěpením enzymem **aliináza** **alicin** (diallylthiosulfinat), **isoalicin** a příbuzný allylmethylthiosulfinat. Změna struktury pokračuje několika směry, často v závislosti na způsobu extrakce; např. při destilaci se tvoří diallyldisulfid, macerací v oleji **ajoen** a jeho deriváty a vinyldithiiny. Z flavonoidů převažují 2 % derivátů



kempferolu, dále byly identifikovány volné aminokyseliny L-arginin, kyselina L-asparagová, kyselina L-glutamová, L-asparagin, L-glutamin, L-glycin, L-threonin a L-alanin, vitamin C a organicky vázaný jód.

**Účinky a použití:** V tradiční medicíně má vnitřní i zevní využití především list. Zevně ve formě mírně dráždivých obkladů na revmatizmem a artrózou postižené klouby, vnitřně při průjmu jako antiseptikum zažívacího traktu, dále cholagogum, tonikum, anthelmintikum, antisklerotikum, hypotenzivum a expektorans. V kuchyni se uplatní jako významná přísada do jarních salátů, omáček a polévek.

Vzhledem k nestabilitě drogy během sušení je doporučována konzumace čerstvých listů, nebo jsou vyráběny lyofilizáty. Výhodou je obsah chlorofylu, který oproti přípravkům z hlíz česneku setého (*Allium sativum*) během trávení výrazně omezuje vznik páchnoucích látek. Česnek medvědí obsahuje také více ajoenových derivátů,  $\gamma$ -glutamylpeptidů a adenosinu než česnek setý. Při laboratorních testech došlo po aplikaci česneku medvědího k většímu poklesu krevního tlaku a hladiny celkového cholesterolu spolu se zvýšením hladiny HDL cholesterolu než v případě česneku setého. Izolovaný E-glutamylallylcysteinsulfoxid účinně inhiboval angiotensin-



*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

konvertující enzym, čímž lze snad vysvětlit hypotenzivní účinky drogy. Flavonoidy inhibují agregaci krevních destiček. Rovněž u ajoenu byla prokázána protideštičková aktivita. Antioxidační působení související s obsahem karotenoidů, chlorofylů, sulfidických látek a flavonoidů se projevuje zhášením kyslíkových radikálů. Výrazné jsou i antibakteriální a antifungální účinky. Izolovaný ajoen inhiboval růst G+ bakterií (*Bacillus cereus*, *Bacillus subtilis*, *Mycobacterium smegmatis*, *Streptomyces griseus*) již v koncentraci 5 mcg/ml, pro *Staphylococcus aureus* a *Lactobacillus plantarum* 20 mcg/ml a G-bakterie (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Xanthomonas maltophilia*) od 100 do 160 mcg/ml a kvasinky *Saccharomyces cerevisiae* 30 mcg/ml. K dispozici jsou různé galenické formy.

**Dávkování:** Není uvedeno.

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** Možnost žaludeční nevolnosti a průjmu po požití většího množství listů. Pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem.

**Interakce:** Zvýšení účinku warfarinu.

**Hlavní zdroje:** AISLP, Chemical Book, 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 Wikipedia, vzorce autor

# KML tradičně na jedničku

## KONFERENCE MLADÝCH LÉKÁRNÍKŮ SE USKUTEČNILA JIŽ POŠESTNÁCTÉ

V pátek 16. a v sobotu 17. května se v Opavě uskutečnila v pořadí šestnáctá Konference mladých lékárníků. V rámci motto Farmakoterapie jako most mezi lékaři a lékárníky byla tematicky zaměřena na oblasti urologie a gynekologie. Stejně jako vloni zaplnili účastníci konference sál kulturního domu Na Rybníčku. Záštitu nad akcí převzali ředitel Slezské nemocnice v Opavě MUDr. Ladislav Václavec, MBA, a opavský primátor prof. PhDr. Zdeněk Jirásek, CSc.

Po úvodním slově prezidentky konference PharmDr. Marie Zajícové následoval odborný program. Páteční odpoledne pak dále probíhalo ve znamení následující čtveřice prezentací.

■ PharmDr. Jindřiška VOLÁKOVÁ (Olomouc) si připravila přednášku na téma **Sexuálně přenosné choroby**. Pro tato onemocnění se používají zkratky STD (z angl. Sexually Transmitted Diseases) nebo STI (ST Infections).

Mezi „klasické“ STD patří 5 bakteriálních nemocí – syfilis (*lues*, příjice; původce *spirocheta Treponema pallidum*), gonorrhoea (kapavka; původce gramnegativní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*), *ulcus molle* (měkký vřed, chankroid; původce *Haemophilus Ducreyi*), lymphogranuloma venereum (venerický lymfogranulom, tzv. 4. pohlavní nemoc; původce *Chlamydia trachomatis* sk. A)

a granuloma inguinale (granuloma venereum, donovanosis, inguinální granulom, tzv. 5. pohlavní nemoc; původce *Calymmatobacterium granulomatis*). Kromě nich existuje řada jiných STD, a sice chlamydiové urogenitální infekce, dále infekce mykoplazmatické, virové, protozoární, mykotické, parazitární; z dalších pak bakteriální vaginóza a infekce způsobené koky, enterobakteriemi, korynebakteriemi a jinými původci.

Podle loňských odhadů WHO se celosvětově každý den nakazí sexuálně přenosnou infekcí více než milion lidí a nových případů onemocnění kapavkou, syfilidou, trichomoniázou a chlamydiovou infekcí je ročně více než 500 milionů.

V ČR podléhají povinnému hlášení syfilis vrozená (A50), časná (A51), pozdní (A52), jiná a nespecifikovaná (A53), dále kapavka (A54), venerický lymfogranulom (A55) a měkký vřed (A57).

Při léčbě kapavky se uplatňují různá antibiotika podle kultivačně stanovené citlivosti, nutno sledovat problém rezistence.

Syfilis se léčí peniciliny (při alergii erytromycinem, doxycyklinem, azitromycinem, ceftriaxonem). Screening na syfilis v ČR probíhá u těhotných, novorozenců, při hospitalizaci a u dárců krve, tkání, orgánů.

Urogenitální chlamydiové infekce (sérotypy D – K) představují celosvětově





PharmDr. Jindřiška Voláková

nejrozšířenější bakteriální STD, zároveň jsou nejčastější příčinou ženské i mužské neplodnosti a v 60–80 % se jedná o asymptomatické případy s dlouhodobou perzistencí; jde tudíž o významný medicínský, epidemiologický a ekonomický problém. K léčbě se používají tetracykliny, makrolidy, případně fluorochinolony. Vždy je nutné léčit zároveň sexuální partnery a následně, 3 týdny a 3–4 měsíce po terapii, provést kontrolu diagnostickými testy.

■ **Mgr. Renata NAJSROVÁ (Opava)** vystoupila s prezentací **Antivirotika a antimykotika v gynekologických indikacích**. Promořenost populace onemocněním způsobovaným herpetickým virem herpes genitalis (HSV-2) je 10–30%, zásadním problémem je snadná přenositelnost a přetrvávání viru v organizmu s možností reaktivace. V terapii se uplatňují antivirotika (aciklovir, valaciclovir), imunomodulátory, případně vakcíny. Při léčbě antivirotiky je nutno dbát na to, že specifické skupiny populace vyžadují úpravu dávek – směrem k vyšším dávkám imunokompromitovaní pacienti, transplantovaní, hematologičtí pacienti a pacienti s AIDS, naopak pacienti s vážným renálním poškozením vyžadují dávky nižší. Kontraindikací představuje současná vakcinace tzv. zoster vakcínou (Zostavax).

Condylomata acuminata, benigní pseudotumorózní léze na zevním genitálu v místech vlhké zapáčky, jsou způsobovány papilomavirem HPV. Přenášejí se sexuálním kontaktem. Neexistuje kauzální léčba, terapeutické metody

spočívají pouze v lokální destrukci lézí (chirurgický zákrok, laser, kryoterapie ad.); riziko recurence je 20–40%. Všechny terapeutické metody jsou spojeny s nežádoucími reakcemi v místě aplikace. K méně destruktivním látkám používaným při léčbě patří retinoidy, imiquimod, difenylcypron a sinekatichiny.

Vulvovaginální kandidózy, způsobované kvasinkami *Candida albicans* (v menší míře také druhy *C. glabrata* a *C. tropicalis*), představují infekční onemocnění, jehož epizodu minimálně jednou v životě prodělá na 75 % žen. Při krátkodobé léčbě se uplatňují topické azolové preparáty (klotrimazol, ekonazol) účinné u 80–90 % pacientek,



Mgr. Renata Najsrová

dále topické nystatinové přípravky, perorální flukonazol (zde je nutná opatrnost u pacientů s jaterními chorobami nebo při nasazení jiných hepatotoxických léků). V případě recurence nastupuje dlouhodobější, někdy i chronická léčba, např. flukonazol 150 mg jednou týdně společně s cetirizinem ke zvládnutí alergie a svědění.

■ **Mgr. Žaneta TOMČALOVÁ (Praha)** představila **Současné přístupy v léčbě endometriózy**. Pro toto onemocnění je typická přítomnost endometria a jemu podobné tkáně mimo dutinu děložní, kde vyvolává chronickou zánětlivou odpověď. Klinickými projevy jsou bolest a sterilita (dále chronická únava a bolesti zad, avšak až třetina nemocných neudává žádné příznaky), symptomy mohou přetrvávat či recidivovat

i přes adekvátní léčbu. Možnost trvalého vyléčení v současné době neexistuje. Výskyt v populaci je odhadován u 6–10 % fertálních žen. Endometriózou trpí 25–40 % sterálních žen a 30–50 % žen s touto nemocí je sterálních.

Cílem individuální léčby, při níž mají podle doporučení Evropské společnosti pro reprodukční medicínu a embryologii (ESHRE) prioritu fertilitu šetřící postupy, je zmírnění bolesti a zlepšení kvality života. Dvěma základními způsoby jsou léčba medikamenty a léčba chirurgická, které se často kombinují.

Medikamentózní léčba endometriózy jako estrogen-dependentního onemocnění je založena na potlačení estrogení stimulace a na atrofizaci ektopického endometria. Uplatňují se kombinovaná hormonální antikoncepce, gestageny a terapie analogy gonadotropiny uvolňujícího hormonu (GnRH). Pro léčbu nesteroidními protizánětlivými přípravky (ibuprofen, nimesulid ad.) chybí data, jejich nasazení probíhá empiricky, ESHRE je však doporučuje k úlevě od bolesti. Doplnky stravy nebo alternativní postupy k léčbě endometriózy ESHRE naopak nedoporučuje pro nejasný poměr přínosu a rizika.

Nejčastější volbou léčby zůstává chirurgický zákrok, obvykle laparoskopický, zahrnující excizi nebo ablacii endometriózách lézí, odstranění cyst a rozdělení srůstů. I po úspěšné operaci je však častá recurence (v intervalu 5 let až 50%).



Mgr. Žaneta Tomčalová

Pokračování na další straně

*Pokračování z předchozí strany*

■ **MUDr. Tomáš EDELSBERGER (Krnov)** nazval svou přednášku **Diabetes a těhotenství**. Optimální kompenzace onemocnění diabetem v graviditě má zásadní význam jak u pregestačního (diagnostikovaného již před početím), tak u gestačního (vzniklého v průběhu těhotenství) DM.

Pregestační diabetes se podílí na zvýšené perinatální morbiditě a mortalitě dětí. Při plánování těhotenství je cílem dosažení glykemie nalačno 3,5–5,0 mmol/l a po jídle 5,0–7,8 mmol/l; optimální HbA1c tři měsíce před otěhotněním je 45 mmol/mol, při více než 65 mmol/mol se gravidita nedoporučuje. Během léčby je třeba pamatovat na riziko diabetické retinopatie, nutný je screening tyreopatie, která bývá přítomna až u 40 % případů. Dále je třeba zahájit substituci kyseliny listové, vysadit statiny, ACE inhibitory, sartany a přistoupit k úpravě inzulinoterapie.



*MUDr. Tomáš Edelsberger*

Gestační diabetes (GDM), tzv. těhotenská cukrovka, se vyskytuje u 5–17 % těhotných a obvykle odeznívá po porodu. Neléčený GDM je však spojen s řadou akutních rizik pro matku i plod (preeklampsie, předčasný porod, porod císařským řezem, makrosomie plodu, hyperbilirubinémie, hypoglykemie novorozence, dystokie ramének) i s dlouhodobými riziky pro potomky (obezita, metabolický syndrom, DM, snížený intelekt). Screening gestačního diabetu indikovaný u všech těhotných zajišťuje gynekolog a v případě potvrzení GDM navazuje spolupráci s diabetologem.

K dosažení výborné kompenzace GDM stačí u přibližně 75 % žen změna životního stylu, tzn. dieta zacílená na optimální přírůstek hmotnosti (při normálním BMI 11,5–16 kg, při nadváze 7–11,5 kg, při obezitě 7–9 kg) a přiměřený pohyb (např. nejméně 30 minut chůze denně). Důležitý je každodenní selfmonitoring glykemie s cílem dosáhnout hodnot do 5,1 mmol/l nalačno a do 7,8 mmol/l hodinu po jídle.

Pro farmakoterapii GDM se používá inzulin nebo metformin. Inzulin vykazuje vyšší účinnost a flexibilitu, mezi nevýhody patří větší přírůstek hmotnosti a riziko hypoglykemie; metformin tyto nevýhody nemá, avšak jeho účinnost je nižší.

Po porodu a vysazení inzulinu či metforminu je zapotřebí věnovat pozornost racionální stravě upravené s ohledem na kojení. Každá pacientka s anamnézou GDM je z důvodu značného (30–60 %) rizika manifestace DM v dalším průběhu života (ponejvíce prvních 5 let po porodu) dispenzarizována praktickým lékařem nebo diabetologem. Prediktory pro manifestaci trvalého diabetu II. typu jsou GDM s vyšší lačnou glykemií, s potřebou inzulinoterapie, dále vyšší BMI během gravidity i před ní a pozitivní rodinná anamnéza pro diabetes mellitus.



■ **MUDr. Martin HUDYMAČ (Opava)** zahájil sobotní blok sedmi prezentací vystoupením na téma **Principy porodnické analgezie**. Neregulovaná porodní bolest a porodní stres mohou negativně ovlivnit krevní oběh a dýchání rodičky, sekundárně také činnost dělohy a acidobazickou rovnováhu plodu. K regulaci slouží porodnická analgezie, která má být dostatečně účinná, ale zároveň nesmí ovlivnit zdraví matky i dítěte, ani by neměla ovlivňovat aktivitu dělohy. Metody porodnické analgezie se dělí na nefarmakologické a farmakologické.

K nefarmakologickým patří metody psychologické (předporodní příprava, hypnóza) a fyzikální (hydroanalgezie, relaxační masáže, akupunktura a akupresura, transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS, audioanalgezie, alternativní polohy), farmakologické metody zahrnují porodnickou analgezií systémovou a regionální.

Systémová analgezie využívá centrálně účinné látky modifikující vnímání

bolesti. Podávají se buď injekční (pethidin, tramadol, nalbuphin, pentazocin, remifentanil), nebo inhalační (oxid dusný, tzv. rajsý plyn) formou. Výhody spočívají v jednoduchém podání a v cenové dostupnosti, nevýhodami jsou prostup placentou, utlumení dechu matky i dítěte a možné poruchy neurofyzilogické adaptace novorozence. Uvedeným problémům se lze vyhnout nasazením regionální analgezie založené na



*MUDr. Martin Hudymač*

podávání lokálně působících látek, rovněž cenově dostupných; metoda je však spojena s technicky náročnou aplikací.

Epidurální analgezie je založena na přechodném přerušení nervových vzruchů podáním kombinace anestetika a analgetika do epidurálního prostoru v oblasti bederní páteře. Z lokálních anestetik se používají bupivakain, levobupivakain, ropivakain, z opioidů sufentanyl a fentanyl. Kombinace umožňující snížení dávky anestetika na minimum přináší profit v podobě dosažení stabilního krevního tlaku, možnosti pohybu rodičky během porodu, menšího počtu porodnických operací; analgezie je v tomto případě kvalitnější než při podání samotného anestetika. Vysoké nároky na správnou techniku aplikace epidurální analgezie však vyžadují od operačního týmu příslušné teoretické znalosti a praktické dovednosti, používání správných pomůcek a nekompromisní dodržování zásad bezpečného postupu.

Základní indikací pro epidurální analgezií je přání rodičky. Indikacemi ze strany matky jsou kardiovaskulární, plicní a oční choroby, epilepsie, hepatopatie, preeklampsie, úzkostná a vyčer-

paná rodička; indikacemi ze strany plodu předčasný porod, poloha koncem pánevním, vícečetné těhotenství. Z jiných indikací pak indukovaný porod, rizikový porod, porod mrtvého plodu. Absolutní kontraindikací je porucha krevní srážlivosti, z obecných kontraindikací jsou to infekce v místě pro vpich (platí i pro tetování v lumbální oblasti), alergie na lokální anestetikum, neadekvátní vybavení a/nebo zkušenost týmu, případně odmítnutí pacientkou.

■ **PharmDr. Veronika KRAJČOVÁ (Praha)** představila téma **Klinické využití inhibitorů aromatázy**. Inhibitory aromatázy, klíčového enzymu z hlediska konečné aromatizace hormonu androstendionu (resp. testosteronu) na estrogen (resp. estradiol), nacházejí významné uplatnění v terapii pacientek v období postmenopauzy s nádory prsu a pacientů s hyperplazií prostaty.

Rakovina prsu a rakovina prostaty vznikají ve tkáních citlivých na působení estrogenů. Tyto steroidní látky zde mj. potencují proliferaci a diferenciaci nádorových buněk. Produkce estrogenů v nádorové tkáni je 20–30krát vyšší oproti plazmě a jejich metabolity vykazují další mutagenní vlastnosti. Léčba se zaměřuje na potlačení negativních účinků estrogenů; jednou z možností je snížení nebo zablokování jejich produkce pomocí inhibitorů aromatázy.



PharmDr. Veronika Krajčová

Inhibitory aromatázy III. generace jsou indikovány pro první linii léčby metastatického hormonálně dependentního karcinomu prsu, pro adjuvantní léčbu u PR+/ER+ zhoubných nádorů pr-



Mgr. Eliška Dvořáčková

su v zájmu zamezení pozdních recidiv a pro adjuvanci před lokální operací nádoru. Díky vyšší selektivitě a účinnosti se většinou nasazují jako léčiva první volby. Ireverzibilní steroidní přípravek exemestan se používá v dávkování 25 mg 1x denně, reverzibilními nesteroidními preparáty jsou azolové deriváty anastrozol (1 mg 1x denně) a letrozol (2,5 mg 1x denně). Vykazují maximální supresi produkce estradiolu (exemestan 7 dní, anastrozol a letrozol 2–4 dny) a jsou bez doplátku.

Při užívání inhibitorů aromatázy je nutná prevence a případně léčba nežádoucích účinků, k nimž patří návaly, vaginální suchost, ztráta libida, únava, bolesti kloubů a osteoporóza. Prevence a léčba spočívají v dostatečné pohybové aktivitě, monitorování kostní hustoty, substituci vitamínu D a vápníku, podávání SSRI a gabapentinu při návalech, a dále v aplikaci vaginálních gelů a malých dávek vaginálních estrogenů.

■ **Mgr. Eliška DVOŘÁČKOVÁ (Praha)** vystoupila s prezentací **Farmaceutická péče o nemocné po transplantaci ledviny**. Základní podmínkou dlouhodobé funkce transplantovaného štěpu je trvalá imunosupresivní léčba, jejímž úkolem je zabránit rejekci transplantátu při současném zachování obranyschopnosti organismu příjemce vůči infekcím. Imunosupresivní léčba se uskutečňuje ve dvou režimech – zaváděcím (indukčním) a méně intenzivním udržovacím.

Udržovací imunosuprese je nejčastěji založena na kombinaci léčiv tvořené kortikoidem (prednison, metylprednison), inhibitorem kalcineurinu (takrol-

mus, cyklosporin A), antiproliferačním imunosupresivem (mykofenolát mofetil, mykofenolát sodný, azathioprin) a mTOR inhibitorem (sirolimus, everolimus). Kombinace kalcineurinu se sirolimem, případně everolimem, přináší vysoký imunosupresivní potenciál.

Vzhledem k oslabené obranyschopnosti organismu musí pacient důsledně dodržovat řadu režimových opatření, ke kterým patří zejména minimalizace rizika infekcí jakéhokoli původu, racionální dieta s dostatečným přísunem tekutin a obezřetnost při pohybových aktivitách. Před každou změnou obvyklého životního rytmu (např. při plánování dovolené) je nutno dobře zvážit, zda při pobytu v novém prostředí bude pacient schopen tato opatření dodržovat. Imunosupresivní léčba také značně omezuje možnosti samoléčení lehkých zdravotních obtíží.

Mimořádný význam pro správný a bezpečný průběh imunosupresivní léčby má edukace pacientů. Uskutečňuje se ze strany zdravotnických profesionálů (lékař, edukační sestra, farmaceut, farmaceutický asistent), k dispozici jsou i příručky pro pacienty po transplantaci ledviny a webový portál ([www.transplantace.eu](http://www.transplantace.eu)).

■ **Mgr. Karel HRNČIARIK (Pardubice)** přispěl do programu konference přednáškou **Rizika farmakoterapie při renálním selhávání**. Chronickým onemocněním ledvin (CKD) se rozumí poškození funkce a struktury ledvin trvající nejméně tři měsíce. Dochází k postupnému zániku nefronů, snižuje se glomerulární filtrace, narůstá objem kreatininu v séru. Klinický obraz je zpočátku nespecifický. Racionální farmakoterapie má za cíl zabránění progresi CKD a následné dialýze.

Vznik onemocnění ovlivňují četné rizikové faktory, např. vyšší věk, pohlaví (více u mužů), genetické predispozice, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipidemie, nízká porodní hmotnost; v souvislosti s životním stylem pak obezita, kouření, alkohol, kofein, drogy.

Klinický obraz I–III zahrnuje 5 stadií rozvoje CKD. První dvě jsou nespecifická (spavost, bolest zad), 3. stadium je provázeno nykturií, anemií, narušením kalciofosfátového metabolismu, sexuálními poruchami. Pro 4. stadium jsou typické únava, snížení výkonnosti, pru-

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

ritus, hyperkalemie, metabolická acidóza, poruchy vodního hospodářství organismu (dehydratace, žízeň), otoky.



Mgr. Karel Hrnčiarik

V 5. stadiu se dostávají bolesti v bedrech, objevuje se krev v moči. Při plně rozvinutém klinickém obrazu CKD nastupují potíže s močením, neobvyklý přírůstek hmotnosti, hrozí akutní renální selhání.

Režimová opatření jsou založena na dostatečné pohybové aktivitě napomáhající ke snížení krevního tlaku, cholesterolu a glykemie, dále na redukci hmotnosti při nadváze, omezení kouření a konzumace alkoholu, na adekvátním příjmu tekutin a řádné léčbě všech infekcí.

Při farmakoterapii funkčních a metabolických odchylek (léčba arteriální hypertenze, proteinurie, dyslipidemie, diabetu; úpravy příjmu bílkovin a energie, tekutin a sodíku, draslíku, acidobazické rovnováhy, poruchy kalciofosfátového metabolismu, krevního obrazu), je nezbytné sledovat a v maximální míře eliminovat rizika spojená s případnou nefrotoxicitou používaných farmak.

Výběr a stanovení optimálního dávkování léčiv při terapii CKD se odvíjí od eliminační schopnosti ledvin, vlastnosti léčiva a pacientovy zkušenosti s ním. Po aplikaci úvodní (saturační) dávky následuje udržovací dávka podle stavu ledvin. Důležitou součástí celkového režimu léčby CKD je monitorování lékových hladin.

■ **PharmDr. Jana ĎURICOVÁ, Ph.D., (Ostrava)** prezentovala téma **Úprava dávkování antibiotik pomocí terapeutického monitorování léčiv s ohle-**

**dem na renální funkci.** Terapeutické monitorování léčiv (TDM) znamená monitoring léčby na základě měření plazmatické koncentrace léku.

V současné farmakoterapii se prosazuje trend individualizace léčby, jejíž součástí je nastavení optimální dávky antibiotik pro konkrétního pacienta. V případě aminoglykosidových ATB amikacinu a gentamicinu i glykopeptidového ATB vankomycinu se jedná



PharmDr. Jana Ďuricová, Ph.D.

## Průběh konference očima účastníka

Šlo o tradiční každoroční setkání odborníků z řad farmaceutů a lékařů z Česka a Slovenska. Hlavní náplní bylo vzájemně si předat nejnovější poznatky a trendy v oblasti farmakoterapie, letos se zaměřením na urologickou a gynekologickou problematiku.

Páteční odpolední odborný program byl věnován převážně problematice gynekologické, sobotní program různým farmakokinetickým a farmakodynamickým aspektům farmakoterapie a sobotní odpoledne bylo naplněno urologickými tématy.

Organizátoři nezapomněli ani na kulturní součást konference. V rámci pátečního společenského večera bylo velmi nevšedním zážitkem divadelní představení jednoho herce s názvem Ohňový večer, komedie v podání Petra Vaňka. A sobotní přestávka na oběd byla částečně vyplněna nádherným koncertem pro příčnou flétnu a klavír. V podání Markéty Hrdové (flétna) a Alexandra Starého (klavír), sólistů Janáčkovy filharmonie v Ostravě, jsme si poslechli Tellemanovu fantazii pro flétnu a Borneho fantazii pro klavír na motivy Bizetovy Carmen.



Velký dík patří nepochybně celému organizačnímu výboru a především prezidentce konference PharmDr. Marii Zajícové, která se jako významná česká klinická farmaceutka neustále snaží propojovat lékařské a farmaceutické obory tak, aby to bylo ku prospěchu oběma těmto zdravotnickým povoláním. Základním společným jmenovatelem je a vždy bude farmakoterapie, a tím i multidisciplinární pohled na pacienta.

Přiznám se, že na této akci jsem byl letos úplně poprvé, nicméně za sebe mohu konferenci hodnotit jako velmi kvalitní akci, všechny přednášky byly přínosné. Osobně jsem si odnesl pozitivní dojem, že i při srovnání se zkušenými staršími přednášejícími z řad lékařů, se mladí přednášející farmaceuti, kteří měli celkem 75procentní podíl na všech prezentacích, rozhodně neztratili a na své přednášky mohli být rovněž hrdí. Vzájemná zpětná vazba mezi lékaři a farmaceuty v průběhu diskuze u jednotlivých přednášek byla zcela nepochybně tím nejcennějším, co nám všem konference přinesla. Již teď se těším na její další ročníky a vřele všem doporučuji.

**PharmDr. Dalibor ČERNÝ, Ph.D., klinický farmaceut, Oddělení klinické farmacie Nemocnice Na Homolce, Praha**

o přípravky s úzkým terapeutickým indexem, jejichž účinnost je provázena rizikem závažné nefrotoxicity a ototoxicity.

Spektrum účinku amikacinu a gentamicinu zahrnuje převážně G- bakterie. Z hlediska farmakokinetických vlastností jde o hydrofilní ATB s vazbou na plazmatické proteiny pod 10 %. Vylučována jsou primárně ledvinami v nezměněné formě (přes 90 % dávky během 24 hod.).

Vankomycin (G+ bakterie – Staphylococcus, MRSA, Enterococcus, Clostridium difficile) je farmakokineticky rovněž hydrofilní ATB, vazba na plazmatické proteiny je 10–50%, vylučován je primárně ledvinami v nezměněné formě (80–90 % dávky během 24 hod.).

Faktory ovlivňující dávkování uvedených ATB jsou věk pacienta, lokalizace infekce a citlivost patogenu, distribuční objem a stav renálních funkcí. Posláním terapeutického monitorování léčiv, v tomto případě aminoglykosidových ATB, je zajištění jejich maximálního účinku při nejnižším dosažitelném riziku toxicity. Konkrétní postupy úpravy farmakoterapie na základě odhadu glomerulární filtrace, hodnocení snížené renální funkce v průběhu léčby, použití eliminační metody a případně i řešení zvýšené renální funkce demonstrovala dr. Ďuricová na příslušných kazuistikách.

■ **MUDr. Roman STANĚK (Opava)** přednášel na téma **Hyperaktivní močový měchýř; novinky v terapii**. Pro syndrom (nikoliv nemoc) hyperaktivního



MUDr. Roman Staněk

močového měchýře je typický soubor příznaků. Zahrnuje nucení na mikci, urgenci (naléhavé, nepřekonatelné nutkání, tzv. imperativní močení), močení časté (frekventurii) a noční (nykturii). Může, avšak nemusí být provázen urgentní inkontinencí. Prevalence se týká 17 % populace. Svými dopady do osobní, sociální i pracovní sféry tento syndrom často snižuje kvalitu života – u přibližně třetiny postižených se projevuje urgentní inkontinence, ovlivnění kvality života u každého druhého a ovlivnění sexuality u každého čtvrtého pacienta.

Z hlediska diagnostiky platí pro stanovení syndromu hyperaktivního močového měchýře následující definice: více než 8 mikcí za den, nejméně jedna noční mikce a nejméně jedna urgence (klíčový symptom). Užitečnou pomůckou je vedení mikčního kalendáře, do kterého si pacient v tabelované formě zapisuje čas i objem příjmu tekutin na jedné a jejich výdej močením na druhé straně; zaznamenává také případné urgentní inkontinence.

Při léčbě se kromě farmakoterapie uplatňují fyzikální terapie, elektrostimulace, botulotoxin a chirurgická terapie. Ve farmakoterapii, jejímž úkolem je redukce kompletní škály symptomů hyperaktivního močového měchýře při současné minimalizaci nežádoucích účinků, došlo v posledních pěti letech k masivnímu rozvoji nových skupin léčiv (blokátory M3 receptorů, blokátory adrenergních  $\beta_3$ -mimetických receptorů). Pro přípravky ze skupiny anticholinergik platí četné kontraindikace – glaukom se zavřeným úhlem, tachykardie, ulcerózní kolitida, toxický megakolon, myastenia gravis, achalázie, obstrukce GIT, retence moči, těhotenství a laktace. Některé z těchto přípravků vykazují větší specifitu, přesto je však s velkou nadějí očekáván klinický efekt léčiv nové skupiny  $\beta_3$ -mimetických receptorů.

■ **PharmDr. Martina FRŇKOVÁ (Brno)** svou prezentaci zaměřila na **Příčiny močové inkontinence a její zvládní**. Má se za to, že až 70 % osob trpících inkontinencí se neodhodlá navštívit se svým problémem lékaře; těmto pacientům však mohou kvalifikovanou radou často pomoci lékárníci.

Inkontinence, nekontrolovaný únik moči, je chronické onemocnění vyskytující se u žen, mužů i dětí. Prevalence narůstá s věkem; častější výskyt u žen



PharmDr. Martina Frňková

je determinován odlišnou anatomii urogenitálního traktu a/nebo změnami po těhotenství a porodu. Rizikovými faktory jsou obezita, kouření, kofein, kořeněná jídla, z léků sedativa, hypnotika, diuretika,  $\alpha$ - i  $\beta$ -adrenergní agonisté, ACE inhibitory.

Při řešení potíží spojených s inkontinencí se doporučuje úprava životního stylu zaměřená na posílení svalstva pánevního dna (cvičení, vaginální konusy), na řízení mikce s postupným prodlužováním intervalů mezi močením a na dietní opatření (omezit či úplně vynechat kouření, alkohol, příjem kofeinu).

Ve farmakoterapii inkontinence se používají anticholinergika (zde pozor na nežádoucí účinky a kontraindikace), tricyklická antidepresiva, estrogény (zlepšují kvalitu života postmenopauzálních pacientek) a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (zvyšují tonus svěrače). Jako doplňky stravy jsou vhodné fytoestrogény (jetel červený, sója, len) a výtažky z dýně.

Z absorpčních pomůcek se používají absorpční vložky při lehké, vložné pleny při střední a plenkové kalhotky při těžké inkontinenci. Pacienta je zapotřebí upozornit na nutnost pravidelné výměny a na používání speciálních přípravků k regeneraci pokožky a k denní hygieně (čisticí pěna, mycí emulze, olej ve spreji, ochranný krém, čisticí ubrousky). Nárok na předpis vzniká u patologické inkontinence potvrzené odborným lékařem.

Pokračování na další straně



*Pokračování z předchozí strany*

■ **Mgr. Kateřina ČERNÍNOVÁ (Lesní Albrechtice)** uzavřela odborný program konference přednáškou **Alternativní přístupy v léčbě uroinfekcí; nefarmakologická terapie**. Infekce urogenitálního traktu jsou v naší populaci rozšířené natolik, že zaujímají druhé místo



*Mgr. Kateřina Černínová*

hned za infekcemi dýchacích cest. Farmaceuti v lékárnách se s pacienty trpícími těmito potížemi setkávají velmi často a v lehčích případech jim mohou pomoci doporučením fytofarmak.

Infekce močových cest jsou způsobovány bakteriální, případně kvasinkovou infekcí (kandidózy, STD), prochlazením a nadměrným stresem. Rizikovými faktory jsou anatomicky krátká močová trubice u žen, věk, kontaminace dolní třetiny uretry bakteriemi, nevhodný pitný režim, zácpa, oddalování mikce, hormonální změny v těhotenství či menopauze, oslabení imunitního systému, některá onemocnění (DM, urolitiáza, neurologické poruchy, hyperplazie prostaty) a chronická terapie (HRT, diuretika, antidepresiva ad.).

Z fytofarmak a alternativních postupů přicházejí v úvahu např. brusinka velkoplodá, D-mannosa, urologické čaje, úprava pitného režimu (s vynecháním kávy, černého čaje, čokoládových a kakaových nápojů, alkoholu), lichořeřišnice větší, řeřicha setá; dále některé postupy známé z lidového léčitelství (česnekový čaj, med se skořicí, propolis, teplo od nohou), reflexní masáže, aromaterapie.

Infekce močových cest vykazují časté recidivy. Jejich prevence zahrnuje řadu opatření počínaje pitným režimem s rovnoměrně rozloženým příjmem vhodných tekutin. Důležité jsou správné mikční návyky (domočování, nezadržování moči) a včasné řešení zácpy, stejně jako vhodná opatření v hygieně dětí i dospělých (včetně oblasti sexuálního života).

**Text a snímky: Vladimír VRBOVSKÝ**

## Když přišla červnová vedra...

*Jistě pamatujete, že když se v kalendáři objevil první červnový týden, dorazila do velké části Evropy vedra přímo tropická a nevynechala ani naši kotlinu. Jak se rádo říká na úrodných pláních Moravy, slunko tehdy tlótklo jako sedlák cepem, o něco jižněji pak zoncna rumplovala, no a ve stověžaté matičce... tam to taky nebylo k vydržení. Do redakce nám přišel pozdrav z rozpálených pražských Vinohrad, konkrétně z Lékárny U Robina, kde Mgr. Čestmíra Bischofa napadlo, že se málokomu podaří opalovat se v pracovní době. Vzal tedy košíček s nejfrekventovanějšími léčivy a vyrazil do ulic, aby nalákal pacienty k návštěvě lékárny. Ale protože je zodpovědným lékárníkem, v ulicích se zdržel necelých deset minut, než si opět sám zavelel, tentokrát k ústupu. Léčiva tedy nebyla sluncem jinak vážně ohrožena.*



**S**větová zdravotnická organizace – World Health Organization (WHO) vyhláší v červenci Světový den boje proti hepatitidě. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím si v červenci připomínáme Světový den alergie, Světový den populace a Světový den bezpečnosti pacientů. Na srpen nepřipadá žádný z dní vyhlášených WHO; z jiných mezinárodních dní a kampaní souvisejících se zdravím to jsou SVĚTOVÝ TÝDEN KOJENÍ, Mezinárodní den původních obyvatel, Mezinárodní den mládeže a Světový humanitární den.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

# Světové dny WHO

## červenec – srpen

**Světový týden kojení (World Breastfeeding Week, WBW)** vyhlásila Světová aliance na podporu kojení (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA) v roce 1992 a stanovila jej na první srpnový týden (1.–7. 8.). Aliance WABA je mezinárodní síť jednotlivců a organizací, které se zabývají ochranou, podporou a propagací kojení na celém světě. Světový týden kojení je připomínkou podepsání Deklarace o ochraně, prosazování a podpoře kojení (Innocenti Declaration) 32 vládami a deseti agenturami OSN na Světovém summitu o dětech (Florence, 1990). Některé země (Brazílie, Kanada, ale i několik evropských) si týden kojení připomínají v průběhu 40. týdne kalendářního roku, tedy v říjnu, jako připomínku skutečnosti, že právě 40. týdnem končí těhotenství.

Jedním z členů WABA je i mezinárodní síť nevládních organizací a občanských skupin usilujících o ochranu zdraví dětské populace (International Baby Food Action Network, IBFAN), která se snaží zlepšovat zdraví a kvalitu života dětí, jejich matek a celých rodin ochranou kojení jako přirozeného způsobu výživy malých dětí.

Právo na kojení je součástí mezinárodní konvence – Úmluvy o právech dítěte (Convention on the Rights of the

Child, čl. 24). Byla přijata VS OSN v roce 1989, součástí našeho právního řádu se stala 16. 2. 1991 a je obsahem programu Zdraví 21 (Cíl 3, Zdravý start do života). Právo na kojení patří také mezi jednu z osmi priorit Rozvojových cílů tisíciletí (Millennium Development Goals), neboť prvním krokem vedoucím ke snížení podvýživy u dětí je zabezpečit optimální délku vylučného kojení od prvních dnů života.

### Deset kroků k úspěšnému kojení

Jedná se o **společné prohlášení organizací WHO a UNICEF** (1989), podle něhož by každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům mělo:

- Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu.
- Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.
- Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.
- Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu.
- Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí.
- S výjimkou lékařsky indikovaných případů nepodávat novorozencům žádnou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka.
- Praktikovat rooming-in, umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně.
- Podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu).
- Nedávat kojenným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.
- Povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice.

### V České republice

Z organizací působících u nás připomínáme alespoň dvě:

■ **Český výbor pro UNICEF (Dětský fond OSN)**. Nevládní organizace reprezentující a podporující zájmy UNICEF v ČR vznikla v roce 1991. Mezi nejdůležitější aktivity patří podpora kojení v podobě pořádání vzdělávacích a školicích kurzů pro odbornou veřejnost. Vydává a distribuuje informační, naučné a propagační materiály pro zdravotníky i laiky.

Od roku 1992 podporuje společný globální program UNICEF a WHO Podpora, ochrana a prosazování kojení, jehož součástí je iniciativa Nemocnice přátelské k dětem (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) – tedy takové, jež při péči o matku a dítě dodržují uvede-  
ných 10 kroků k úspěšnému kojení. První BFH nemocnice v ČR vznikla v roce 1992 v Praze.

■ **Laktační liga (LL)**. Nevládní, nezisková organizace zabývající se podporou a ochranou kojení v ČR a důslednou propagací zásad správné výživy kojenců vznikla v roce 1998. Příklady zaměření a konkrétních aktivit LL:

- konzultační a poradenská činnost pro kojící ženy a zdravotníky,
- školení laktačních poradců z řad zdravotníků a matek,
- provoz Laktačního centra s Národní linkou kojení,
- školicí akce zaměřené na výživu a péči o novorozence a kojence,
- vydávání letáků, brožur a jiných zdravotně výchovných příruček,
- propagace Světového týdne kojení,
- podpora BFHI v ČR ve spolupráci s UNICEF,
- dodržování mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka ve spolupráci s ANIMA (Pražská skupina IBFAN),
- vydávání časopisu MaMiTa (časopis pro rodiče a zdravotníky),
- provozování webových stránek [www.kojeni.cz](http://www.kojeni.cz) a [www.mamita.cz](http://www.mamita.cz),
- vedení dokumentačního centra.

### Tip pro lékárny

Ve světě ročně zcela zbytečně umírají děti v důsledku průjmů, respiračních i jiných infekcí jen proto, že nebyly dostatečně kojeny, nebo byly odkázány na náhradní výživu. Proto je nutné podporovat „civilizaci kojení“.

Právě v lékárnách máme prostor pro realizování naší odbornosti v podobě poskytování praktických rad, tipů a pomůcek k udržení kojení, které představuje pro dítě nejlepší start do života.

*Literatura u autora*

# Na stáži v lékárně Farmácia Sá

Jako studentka pátého ročníku FaF VFU Brno jsem na konci minulého roku absolvovala stáž v lékárně Farmácia Sá v portugalském Portu. Pod vedením Any Isabel Janeiro jsem získala některé zkušenosti při dispensaci a přípravě léků, stejně jako v oblasti zásobování lékárny, skladování a kontroly léčiv.

Mária Ružíková

Mimo jiné mi bylo také umožněno čerpání poznatků z různých zdravotnických databází, odborné literatury a tisku.

## Elektronická preskripce

Elektronická preskripce, která v Portugalsku nabyla účinnost k 1. srpnu 2011, využívá systém informačních a komunikačních technologií certifikovaný Centrální správou systému zdravotnictví (Administração Central do Sistema de Saúde).

Elektronický předpis se vztahuje na všechny léky včetně účinných látek, na léky s obsahem omamných nebo psychotropních látek i na zdravotní pomůcky; lze jej však použít také na nehrané léčivé přípravky. Na každém receptu mohou být předepsány až čtyři různé druhy léčivých přípravků, avšak nejvýše dvě balení z každého druhu a celkový počet balení nesmí překročit čtyři.

Platnost elektronického receptu je 30 dní od data vystavení, a to bez ohledu na obsažený léčivý přípravek. Výjimku tvoří opakovací recepty, které platí po dobu šesti měsíců.

Systém elektronické preskripce není spojen s centrálou, je vázaný na lékárnu a její aktivitu vést klientské karty, na nichž může lékárník snadno sledovat lékové záznamy jednotlivých pacientů. Tento postup velmi pomáhá hlavně při práci s generiky, protože pacient obvykle neví, jaký lék užívá.

Ve snaze o zavedení elektronické preskripce bez používání papírových receptů spustila portugalská vláda pilotní projekt, který se setkal s velkým zájmem lékáren; zahájen byl v dubnu 2013 a během necelého měsíce bylo vydáno 110 tisíc takových receptů. Realizace projektu je spojena s řadou očekávání od zlepšení bezpečnosti vy-

dávání léků a efektivnějšího boje proti podvodům v této oblasti přes lepší informovanost lékárníků o užívání léků pacienty až po rychlejší fakturaci.

## Služby lékárenské péče

Každá lékárná je vybavena zvláštní místností pro poradenskou a konzultační činnost. Lékárníci poskytují základní konzultace o farmakoterapii plus poradenství v oblastech samoléčení, prevence a správné životosprávy. Tyto služby ne-

betiků nabízela měření glykemie včetně souvisejícího výživového poradenství.

## Systém zdravotního pojištění

Systém zdravotního pojištění je v Portugalsku tvořen třemi souběžnými články, a to národním zdravotním systémem SNS (Serviço Nacional de Saúde), zvláštním systémem zdravotního pojištění pro určité profese ADSE (Direção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública)



jsou finančně hrazeny státem. Edukace farmaceutů probíhá v rámci školení pořádaných Ordem dos Farmaceuticos (portugalský ekvivalent ČLnK, viz dále).

Kromě toho ve většině lékáren běží preventivní a screeningové programy orientované na měření krevního tlaku, glykemie, celkového cholesterolu, HDL, LDL, triglyceridů, hladiny kyseliny močové. Také tyto aktivity nejsou dotovány ze státních ani jiných zdrojů a jejich úhrada je plně na pacientech. Při některých příležitostech však lékárníci poskytují screeningové služby zdarma; Farmácia Sá, kde jsem byla na stáži, takto na Den dia-

a soukromým zdravotním pojištěním SPS (Os Seguros Privados de Saúde).

Národní zdravotní systém SNS poskytuje univerzální pokrytí. Zaručuje zdravotní péči příspěvatelům vedeným v kterémkoli režimu sociálního zabezpečení (to v Portugalsku sestává ze všeobecného příspěvkového režimu a režimu nepříspěvkového; všeobecný příspěvkový režim zahrnuje podporu zaměstnaných a samostatně výdělečně činných osob a jejich rodinných příslušníků, nepříspěvkový poskytuje sociální ochranu v situacích nekrytých všeobecným režimem). Zvláštní systém pojištění ADSE se vztahuje na čtvrtinu populace, dobrovolného systému SPS prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven využívá desetina Portugalců.

Ministerstvo zdravotnictví zařazuje léčiva do čtyř skupin, ve kterých stát pokrývá jejich úhradu v daném procentuálním objemu (podrobněji v tabulce). Procento úhrady státem však není neměnné, protože do různých skupin jsou zařazeni také pacienti, a to podle věku, druhu onemocnění, profese (viz výše zmíněný systém zdravotního pojištění ADSE) i řady dalších podmínek.

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

### Kategorizace léčivých přípravků v Portugalsku

Kategorie	Běžná úhrada	Příklady lékových skupin v kategorii
A	90 %	hormony a léčiva k terapii endokrinních onemocnění; léčiva protinádorová a imunomodulační
B	69 %	protiinfekční léčiva; léčiva ovlivňující KVS
C	37 %	léčiva ovlivňující GIT; antialergika
D	15 %	nové léky spadající do této kategorie

U důchodců, jejichž celkový roční příjem nepřesáhne 14násobek minimální mzdy, se podíl státu v kategorii A zvyšuje o 5 a v kategoriích B, C, D o 15 %.

#### Vlastnictví lékáren

Dříve směl v Portugalsku být majitelem lékárny pouze kvalifikovaný farmaceut, avšak od roku 2007 jím může být každá fyzická nebo právnická osoba,

kteřá splňuje zákonné požadavky. Lékárnou musí vést kvalifikovaná osoba (farmaceut). Počet lékáren v držení jednoho vlastníka nesmí překročit čtyři.

Lokalizace lékáren podléhá přísné regulaci a ke zřízení nové je zapotřebí povolení ministerstva zdravotnictví. Musí při tom být dodrženy podmínky demografické (minimálně 3 500 obyvatel) i geografické (vzdálenost mezi lé-

kárnami nejméně 350 metrů, vzdálenost lékárny od zdravotnického střediska nejméně 100 metrů).

#### Profesní organizace

Každý absolvent farmacie se pro způsobilost v oboru musí stát členem Rady lékárníků – Ordem dos Farmaceuticos. Vstupem do tohoto sdružení se zavazuje vykonávat svou profesi odborně a v souladu s etickým kodexem, ke spolupráci na iniciativách sdružení a k udržování odborné způsobilosti kontinuálním vzděláváním. Pro farmaceutické asistenty platí povinnost členství v příslušné asociaci.

Ordem dos Farmaceuticos sídlí v Lisabonu a pod jeho záštitou fungují regionální sdružení v Lisabonu, Portu a Coimbre i dvě regionální kanceláře na ostrovech Madeira a Açores.

Foto: archiv autorky

## Vzdělávací projekt Benu Academia

Přibližně před rokem jsme v naší lékárně, která patří do řetězce Benu, začali pořádat semináře pro veřejnost. Jsme lékárnou na poliklinice; její prostory byly vybudovány v sedmdesátých letech minulého století, v době, kdy se v mnohem větší míře připravovaly IPLP. Tato příprava se časem snižovala a prostory tak zůstávaly nevyužity. Úvahy o jejich využití a zároveň o nové službě pro naše zákazníky nás přivedly k nápadu pořádat vzdělávací cyklus seminářů na různá zdravotnická témata z oblasti prevence a léčby.

Cílem bylo ukázat veřejnosti, že lékárnou není jen prodejna léků, ale že je důležitou součástí celého zdravotnického systému. Doplnkové služby mohou prohloubit vztah mezi pacientem a lékárnou a tím se pozitivně odrazit na celkovém obrazu lékárny u veřejnosti. Pozvání do zázemí lékárny také umožní zákazníkovi bližší seznámení s lékárenským provozem a posílení důvěry v personál.

#### Od nápadu k projektu

Prvním krokem bylo ověření u SÚKL, zda je v prostorách lékárny možné uskutečňovat semináře pro veřejnost; ten potvrdil, že zde můžeme zřídit oddělení pro poskytování lékových informací a v jeho rámci tyto akce pořádat. Po vybudování seminární místnosti jsme tak mohli začít s volbou tématu pro první seminář. Sledovali jsme, s jakými zdravotními problémy se u našich pacientů setkáváme nejčastěji a nakonec jsme jako první zvolili téma Bolest zad a její léčba.

Přednášející jsme se rozhodli vybírat z řad lékařů, abychom u veřejnosti zdůraznili význam propojení mezi ordinací lékaře a lékárnou a zároveň garantovali kvalitu a odbornost seminářů. Pro tuto první přednášku jsme získali lékaře z Centra bolesti ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Dalším krokem bylo seznámit s projektem naše zákazníky. Jako nejúčinnější se ukázalo osobní pozvání lékárníkem nebo farmaceutickou asistentkou během expedice v lékárně s předáním vytištěných pozvánek. První seminář proběhl 13. 6. 2013, byl velmi úspěšný a mnoho účastníků nám poděkovalo za bezplatnou možnost dozvědět se o tom, jak lépe zvládat svoje zdravotní problémy.

Náš projekt jsme nazvali **Benu Academia** a postupně jsme v lékárenské síti Benu začali budovat další seminární místnosti. V současnosti se Benu Academia nachází v prostorách lékáren v Hradci Králové, Jičíně, Otrokovicích, Plzni, v Praze (zde na čtyřech místech),

Příbrami; další plánujeme v Brně, Mariánských Lázních a v Chebu.

První Benu Academia začala fungovat v lékárně v Plzni, kde pracuji jako odborný zástupce a kde jsme do dnešního dne zorganizovali dvanáct přednášek. Projekt je pozitivně přijímán i lékaři, protože mimo jiné plní funkci zdravotnické osvěty. Velmi aktuální bylo například téma Prevence rakoviny tlustého střeva.

#### Výhradně zdravotnická osvěta

Za sebe i za personál naší lékárny mohu po téměř roce fungování Benu Academie s radostí říci, že se tyto semináře staly běžnou součástí naší práce. Umožňují lepší kontakt s našimi zákazníky a pacienty, kterým zároveň můžeme dalším způsobem pomáhat s jejich zdravotními problémy. Jako pozitivní vidím také to, že Benu Academia je projekt, který je veden v jednotlivých lékárnách vždy vedoucím lékárníkem, a že témata jsou vybírána s ohledem na klientelu dané lékárny.

Každá přednáška probíhá pouze jako zdravotnická osvěta, proto si velmi cením přístupu vedení Benu, které projekt podporuje, ale nezasahuje do jeho realizace žádnými komerčními aktivitami. Benu Academia je tak zcela v rukou odborného personálu lékáren.

Mgr. Renata CHOUROVÁ



## Turnaj je za námi, ať žije ten příští!

V sobotu 17. května se opět sjelo 24 nadšenců pro volejbal do Hradce Králové. Počasí našemu zavedenému sportovnímu podniku poprvé za čtyři léta nepřálo, ale to organizátorku Gábinu Frühbauerovou nemohlo zaskočit. Tělocvična bývalého vojenského inter-

nátu vedle fakulty byla připravena stejně jako všichni účastníci.

Volejbalová klání byla lítá, všechny zápasy velmi vyrovnané. Hrál se na dva sety každý s každým. Nakonec těsně zvítězilo mládí, tým „Ukaž mi své kozičky“. Druzí (nebo spíše druhé) byly

„Bábovky“, třetí „Zbytci“ a čtvrtý „Výběr z hroznů“. Z názvů týmů je sice cítit humorný podtext turnaje, ale mohu dovědět, že všichni brali zápasy úplně vážně. Myslím, že volejbal neutrpěl, utkání měla slušnou úroveň. Jen je škoda, že více kolegů, kteří si chodí někam „zapinkat“, nenajde chuť a odvahu si s námi zahrát. Naše opakující se sestava vytvořila kvalitní partu a všichni se už těší, až se zase potkáme buď na volejbalu, nebo na jiné lékárnické akci. Dokonce se našli i sponzoři, Fagron a Phoenix, kteří náš turnaj podpořili a patří jim za to velký dík. Občerstvení sestávající z koláčů, zabijačky, těstoviny a řízečků bylo díky jejich přispění velmi kvalitní a všem chutnalo (možná právě to by propříště mohlo pomoci nalákat další účastníky).

Další velký dík patří obětavé organizátorce Gábině a pak i všem, kteří do turnaje přispěli svou aktivní účastí včetně fotografa Jirky Kotláře (ze kterého jsme tradičně fotky museli nějakou chvíli dobývat).

Na závěr malá perlička – v našem družstvu jsme měli dva slovenské studenty prvního ročníku farmacie Rišu a Lucku. Jejich krásná otázka: „Vy ste ozajstní lekárnici?“ mě doslova dostala; asi v životě ještě neviděli nic tak exotického. Turnaj je za námi, ať žije ten příští! Za rok se všichni budeme těšit na tentokrát už „polojubilejní“ pátý ročník nelítostných bojů pod vysokou sítí.

**Pavel GRODZA**

## V ČR přibývá nádorů kůže

Rakovina kůže je onemocnění, které postihuje nejprve kůži a v některých případech může zakládat dceřiná ložiska (metastázy) v jiných orgánech. Některé z těchto nádorů mohou působit destruktivně pouze v místě svého vzniku a poškozovat tak nejen kůži, ale i okolní sliznice, svalovinu, kosti a chrupavky, jiné ohrožují na životě metastazováním.

Mluvíme-li o rakovině kůže, máme na mysli nádory vznikající z povrchové kožní vrstvy – pokožky. Jedná se o bazaliom, spinaliom a o nejnebezpečnější formu kožní rakoviny, maligní melanom. Melanom je zhoubný nádor vznikající nekontrolovatelným růstem pigmentových buněk, který se vyskytuje převážně na kůži. Přestože se jedná o jeden z méně běžných typů rakoviny kůže, je příčinou největšího počtu úmrtí. WHO uvádí, že v souvislosti s melanomem zemře ročně okolo 48 tisíc lidí, což představuje 75 % všech úmrtí spojených s rakovinou kůže.

V České republice jím v současnosti onemocní přibližně 2 400 osob za rok a toto číslo každoročně stoupá. Zhruba pětina tohoto počtu na něj zemře. Průměrný věk pacienta s melanomem je 54 let. Těchto nádorů nejvíce přibývá ve skupině mužů nad 50 let, kteří podle statistik podceňují riziko kožní rakoviny, a u žen ve věku 10–29 let, které často podléhají trendu snědé, atraktivní kůže. Odborníci odhadují, že 45–50 % lidí, kteří se dožijí 65 let, budou mít alespoň jeden typ rakoviny kůže. V České republice je situace v souvislosti s melanomem alarmující hlavně z důvodů neustálého nárůstu výskytu onemocnění. V přepočtu na 100 tisíc obyvatel byl v roce 1970 hlášen výskyt tří nových onemocnění v populaci, v roce 2002 to bylo již patnáct nových případů, v současnosti pak výskyt překročil dvacet diagnostikovaných ročně. Počet onemocnění melanomem v České republice tak za posledních 40 let stoupl více než sedmkrát. **(dop)**

## VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen 2014

### 70 let

Mgr. Janka Lebánková  
(OSL Uherské Hradiště)  
PharmDr. Olga Linhartová  
(OSL Praha 8)

### 65 let

RNDr. Jaroslav Scheidel (OSL Jičín)  
Mgr. Eva Šafránková (OSL Liberec)  
Mgr. Alena Mráčková  
(OSL Uherské Hradiště)  
PharmDr. Antonína Látalová  
(OSL Olomouc)  
RNDr. Zdeňka Foltinská  
(OSL Praha 1)

### 60 let

Mgr. Mária Tejnecká (OSL Děčín)  
PharmDr. Oldřiška Benešová  
(OSL Náchod)  
Mgr. Stanislava Kovářová  
(OSL Rychnov nad Kněžnou)  
Mgr. Stanislava Gregorová  
(OSL Svitavy)  
Mgr. Hana Velanová (OSL Prostějov)

RNDr. Miroslava Chodurová  
(OSL Ostrava)

PharmDr. Tamara Šuhajová  
(OSL Karviná)

Mgr. Jitka Křeháčková (OSL Cheb)

### 55 let

Mgr. Vojtěch Stankovič  
(OSL Teplice)

PharmDr. Peter Fratrič  
(OSL Jablonec nad Nisou)

PharmDr. Marie Frýzová  
(OSL Svitavy)

Mgr. Jitka Zimová (OSL Trutnov)

Mgr. Zuzana Jakalová  
(OSL Brno + Brno-venkov)

PharmDr. Věra Marková  
(OSL Brno + Brno-venkov)

PharmDr. Lenka Korotvičková  
(OSL Třebíč)

PharmDr. Zdeňka Pospíšilíková  
(OSL Nový Jičín)

PharmDr. Dušan Křiva (OSL Zlín)

Mgr. Pavla Mocková (OSL Ostrava)

Mgr. Zdeňka Marešová  
(OSL Karlovy Vary)

PharmDr. Beata Kopečková  
(OSL Bruntál)

### 50 let

Mgr. Věra Urešová (OSL Příbram)

Mgr. Martina Zemanová (OSL Plzeň)

Mgr. Eva Střesková (OSL Sokolov)

PharmDr. Jana Lubojacká  
(OSL Liberec)

Mgr. Lenka Malá (OSL Liberec)

PharmDr. Sylva Vrátná  
(OSL Rychnov nad Kněžnou)

Mgr. Renata Doležalová  
(OSL Trutnov)

PharmDr. Miroslav Doležal  
(OSL Jihlava)

PharmDr. Hana Janečková  
(OSL Karviná)

Mgr. Marika Dvorská (OSL Karviná)

PharmDr. Lenka Poleková  
(OSL Praha 10)

PharmDr. Irena Černínová  
(OSL Rychnov nad Kněžnou)

PharmDr. Petr Vávra  
(OSL Praha-západ)

PharmDr. Jana Koutná  
(OSL Chrudim)

PharmDr. Lucie Cibulková  
(OSL Kladno)

PharmDr. Ludmila Polová  
(OSL Praha 1)

*Upřímně blahopřejeme!* **(člnk)**

## PODĚKOVÁNÍ



Vážené kolegyně, vážení kolegové, děkujeme členům Okresního sdružení lékárníků Plzeň-město a rovněž členům jiných okresních sdružení za velice početnou účast i za projevy soustrastí na pohřbu našeho syna PharmDr. Pavla Frana dne 16. června 2014.

Děkujeme také PharmDr. Stanislavu Havlíčkovi za jeho procítěný nekrolog v minulém čísle časopisu.

PhMr. Marie FRANOVÁ  
a RNDr. Imrich FRANO, rodiče

## O významu „vitaminu slunce“

Ve Varšavě v těchto dnech vrcholí příprava vědecké konference na téma Vitamin D – elixír zdraví. Cílem konference pořádané 11. 7. 2014 Evropskou společností podpory zdraví a Polskou endokrinologickou společností je zvýšit povědomí veřejnosti o přínosu pravidelného zařazení vitamínu D do stravování celé rodiny.

Vitamin D bývá tradičně chápán jako nutriční složka nezbytná pro správný vývoj skeletu v období růstu a pro udržení zdravých kostí v dospělém věku. Má však mnohem širší význam. Metabolizací v organismu vzniká kalcitriol, vlastní aktivní forma vitamínu D. Kalcitriol má významný imunomodulační efekt.

Pozvaní odborníci budou hovořit o využití „vitaminu slunce“, který pomáhá snižovat incidenci zhoubných nádorů i výskyt některých kardiovaskulárních

rizikových faktorů, dále osteoporózy. Je prokázáno, že zvyšuje celkovou odolnost organismu. Snižuje výskyt depresí a pozitivně působí na krevní oběh.

V poslední době se hovoří i o tom, že přípravky obsahující vitamin D pomáhají snižovat krevní tlak a zlepšují náladu pacientek s cukrovkou, u kterých se zároveň objevují příznaky deprese, jak vyplývá z nedávných výzkumů Americké diabetologické společnosti. Zhruba jeden z deseti obyvatel USA trpí cukrovkou. Očekává se, že v roce 2050 bude mít cukrovku už každý čtvrtý Američan.

Nejnovější analýza Cochrane Library (nezávislé webové stránky přinášející vědecké recenze k významným medicínským tématům) dokládá příznivý zdravotní účinek vitamínu D na starší osoby, a to zejména na snížení úmrtnosti žen pobývajících v domovech pro seniory. **(PAP)**

### Zvláštní výjev přírodní

(Zasláno m. Ph. Em. Senftem)

Přinesl jsem si z vycházky krásný exemplář Hlavatky jablečné *Peltigera malacea* Ach. a teprv doma jsem zpozoroval, že týž plný je mravenců. Abych lišejník těchto nemilých mi hostů zbavil, polil jsem celý éterem. V malé chvílce, když éter prchati počal, nabýval lišejník šedé barvy, a zvláště pokraje pokryly se pěknými hlatěmi jíni, které jsem měl původně za nějakou vyloučenou sůl. Lišejník celý byl zmrzlý a pokryt sněhem jako v zimě. Podobné pokusy s různými druhy Dutohlavek (*Cladonia Hoffm.*) byly ještě mnohem krásnější. Způsobem tím udělal jsem si z teplého letního odpoledne malinkou zimní krajinku.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,  
červen 1894, č. 17, str. 230

### Dr. Spudäus-ův životní balsám

Dne 7. dubna t. r. podal lékárník Evald Bittner v Rychnově v Sasku žádost o povolení u vysokého c. k. ministeria vnitra, aby mohl i do Čech dovážeti přípravek vyráběný paní Idou, provdanou Wahnig-ovou v Žitavě, a pod jménem »Dr. Spudäus Lebensbalsam« prodávány. Jelikož ale obchod se složenými léčivými a dovoz takových z cizozemská zákonem upraven jest nařízenými a předpisy, zejména oněmi min. vnitra a obchodu ze dne 17. září 1893, ř. z. 1., č. 152, nebylo vys. c. k. ministerium vnitra s to, nehledě k okolnosti, že nespolehlivost původu, nedostatečnost předpisu výroby, obchodování ve formě tajného léčiva pod záštitou patrně předstíraného lékařského jména právě není příznivou k povolení prodeje tohoto přípravku, shora zmíněné žádosti vyhověti a dávat vědomost o tom žadatelům prostřednictvím vys. c. a k. ministeria zahraničních záležitostí.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,  
červen 1894, č. 18, str. 243

### Žádost o podporu našemu veteránu

Služební doba 63 roků u farmaceuta jest zajisté velmi vzácná. Kraján náš pan F. Machalický v Slovinském Hradci může se takovouto dlouhou, opětně pochválenou a naprosto neposkvrněnou lékárnickou působností honositi.

Žel, že není mu přáno, vysoké své stáří (80 r.) v dostatku klidně strávit. Vylíčili jsme roku 1892, jaká nehoda sklála dobrodince a živitele p. Machalického, lékárníka Kordíka. Tehdy na vyzvání, v odborných listech učiněné, složeny pro našeho veterána četné příspěvky, které sotva stačily až na nynější dobu, ač pan M. mezi tím vážně onemocněl. Nyní však hledí politováníhodný stařec opětně bídě vstříc, neposkytnou-li mu dobrotiví kolegové ze svých přebytků malé podpory. Administrace tohoto listu přijme ochotně příspěvky a zašle je p. M.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,  
červen 1894, č. 18, str. 243

## HISTORIA MAGISTRA VITAE

### Personální koncesse v Německu

Personální koncesse v Německu zabývá se nyní měrou neustálou lékárnictvo a zatlačuje všechny ostatní otázky stavu do pozadí. Když letos ministr vyučování v pruské sněmovně prohlásil, že ve směru tom podána byla již předloha kancléři, vzhopili se lékárníci němečtí k vydatnému odporu proti předloze této o personální koncesse. Byl vydán oběžník a rozeslán po lékárnictvu se žádostí o podpisy, aby se ukázalo, že většina lékárníků zamítá personální koncesse. A skutečně také prohlásila se velmi silná majorita a sice: 7559 všech – lékárníků-majitelů, asistentů, studujících i jiných.

Ohledně návrhu zákona má býti vydáno prozatím nařízení královskou kabinetní kanceláří, jímž koncesse lékárnická v Prusku bude tak zřízena, že ti lékárníci, kterým budoucně nová lékárna udělena bude, nemají žádného práva určovati si nástupce a že při odstoupení majitele případně vždy koncesse státu. Vdovám a sirotkům ponechávají se však výhody dosavadní.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,  
červen 1894, č. 18, str. 244



### Rakouská farmakopoea, vydání sedmé

Z latinského přeložil Karel Lábler, lékárník v Chrudimi. Nakladatelé Bursík a Kohout, knihkupci c. k. české university v Praze. Právě vyšel první sešit nadepsaného překladu, jenž obsahuje prvých 89 předpisů našeho zákonníku, jehožto potřeba ku správnému výkladu latinského textu se všeobecně pociťovala. Byli jsme nuceni vypomahati si překladem německým, což při zákonníku, kdež přesně dle latinského originálu nutno se řídit, vždy velikou závadou bylo. Této potřebě hleděl o naše lékárnictví veze-sloužilý spisovatel seč byl vyhověti, což jen ve prospěch knihy, neboť volný překlad byl by účelů na závadu.

S jakými obtížemi se tu překladatel setkali musel, lze pochopiti, když pomyslíme, že skoro žádné odborné knihy v jazyku českém nemáme, což zvláště při části farmakognostické uvážiti nutno, i musely zajisté potřebné významy s mravenčí píli vyhledávány býti z knih starých a jak vidno, poskytli tu Pressl a Sloboda své nadvší pochybnost ryzí významy.

Překladatel získal si velikou zásluhu svým dílem, poněvadž se nám, českým lékárníkům, vytykala ne bez příčiny liknavost v zájmech našeho jazyka mateřského, an daleko menší počet lékárníků vlašských překlad nadepsaný již má, který nejen ku cvičení tyro-nů, ale i pro praktické lékárníky i lékaře je nezbytným, ježto latinský text se v rozličných jazycích ne vždy stejně vykládá.

Nakladatelé dali dílu úpravu velice vkusnou a je jenom žádoucné, by sli-bu svému dostali, že dílo celé vydáno bude ve lhůtách čtrnáctidenních. Předplatné na celé dílo obnáší pouze 3 zl.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,  
červen 1894, č. 18, str. 245

**Nový »Brus jazyka českého«**

Vydání třetí, úplně změněné a rozmnožené, na 432 stranách za zl. 2.50 nakladatelem Ottem vypravené, liší se od obou předchozích velmi podstatně.

Před tvarosloví přidána část pravopisná, ač právě u ní bylo komisí dílo sestavivší překonávat nemalé obtíže pro posavadní neustálenost českého pravopisu. Za to velmi příkrácena nauka o sklánění vlastních jmen cizích, a přihlíženo jen k jazykům nejbližším a k věcem nejdůležitějším, ve slovníku

pak tato slova vřaděna mezi ostatní. Hojněji ve slovníku všímáno si slov cizích, která lze nahrazovati domácími, zvláště takových, ke kterým druží se úsloví nečeská. Netýká se to arci názvů vědeckých a slov cizích, u nás posud nenahraditelných.

Upravujíc nové vydání, hleděla komise dílo sestavivší všude přiblížiti se mluvnici české, která nyní téměř všeobecně se užívá, totiž mluvnici Gebaurově, z čehož vznikly dosti hojně odchylky od vydání dřívějších. K mluvě

lidové vůbec zření obracováno pilněji; vzdělávajíc toto vydání, komise držela se jaksí prostřed mezi stanoviskem přísně konservativním a novotářským. Trvala na stanovisku Jungmannově a Palackého, pokud se týče rozvíjení jazyka, a měla za hlavní pramen jazyk doby Veleslavínské; při tom však zároveň přístupna byla novotám mírným, jichž potřeba ukazuje se prodlením času novodobým potřebám literárním.

ČASOPIS ČESKÉHO LÉKÁRNICTVA,  
červen 1894, č. 17, str. 231