



# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory

ročník LXXXIX, vydání 6/2017



Nemalá část z nás si někdy mohla při současné situaci povzdechnout – kde jsem mohl být, kdybych byl býval nešel studovat farmacii... Osobně bych s největší pravděpodobností skončil u výpočetní techniky, o kterou jsem se zajímal už od gymnaziálních let. Dva obory tak vzdálené a současně velmi blízké, protože možnosti výpočetních technologií se stále bouřlivě rozvíjejí a s lékárenstvím, resp. farmacií jsou dnes neodmyslitelně spojeny. Výdej léčiv, jejich výzkum, předávání dat pojišťovně, různé databáze a mnoho dalších uživatelských „zlepšení“. Vše je spojeno s počítači, internetem. A právě v tom začíná být zakopaný pověstný pes. Plíživě se na těchto původně užitečných technologiích stáváme zcela závislí.



Nedávno postihl naši lékárnu náhodný krátkodobý výpadek internetového připojení. Při frontě pacientů. Naštěstí nebylo třeba řešit žádné životně důležité léky, „jen“ nešlo načíst e-recepty, odevzdat EET nebo zaplatit platební kartou. I tato zdánlivá banalita ukazuje naprosto jasně na fakt, že jsme překročili určitý mezník, kdy se z pomocníka stává nemilosrdný, omezující vládce. První a druhá dávka zdarma, od třetí se platí. Tvrdě. Nepřipomíná Vám to něco? Začínám mít neodvratitelný pocit, že začínáme být zralí na detox.

Dealeři nám však neustále podstrkávají další a další dávky, elektronizaci bez off-line řešení, registry o všech a na všechno, někde už se dokonce chystají na úplné zrušení hotovosti. To vše s sebou zcela logicky přináší nejen možnosti manipulace, napadnutelnosti, ale také potlačování svobody. Važme proto na svých vahách velmi pečlivě, jaké výdobytky moderních technologií jsme ochotni nechat vstoupit do svého života – jako lékárníci i jako občané. Jinak nás totiž budou moci kdykoli vypnout.

**Aleš KREBS**

**šéfredaktorka** Mgr. Jaroslava Hořanská

**redakční rada**

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

**vydavatel**

Česká lékárnická komora  
Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4

**sazba** Kateřina Hoferková

**titulní strana** MARF s. r. o.

**tisk a distribuce**

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

**předplatné a inzerce** objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka č. 7-8/2017 – 12. července 2017**

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330  
Podávání novinových zásilek povoleno  
Oblastní správou pošt v Ostravě  
čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

**autorům**

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



## obsah

<b>Do voleb zbývá jen třetina roku</b>	<b>4</b>
<b>Zeptali jsme se</b>	<b>5</b>
<b>Sedmé nemocniční jaro v Jihlavě</b>	<b>7</b>
<b>Ověřování pravosti léčiv při výdeji</b>	<b>8</b>
<b>Mezinárodní spolupráce při rozvoji klinické farmacie</b>	<b>10</b>
<b>Jak dál se signálním výkonem?</b>	<b>11</b>
<b>Přestávka v práci na jídlo a oddech vs. přiměřená doba na oddech a jídlo</b>	<b>12</b>
<b>Řešení závislosti na dekongestantech</b>	<b>13</b>
<b>Osvědčení k výkonu soukromé lékárenské praxe</b>	<b>14</b>
<b>Interaktivní dispenzační semináře</b>	<b>15</b>
<b>Nový tým to může dotáhnout dál</b>	<b>16</b>
<b>Už víš, jak to v našem oboru chodí</b>	<b>17</b>
<b>Mladí lékárníci by měli být radikálnější</b>	<b>18</b>
<b>Molekula měsíce: Kyselina bempedoová (ETC1002)</b>	<b>19</b>
<b>Nově registrované látky: palbociklib</b>	<b>20</b>
<b>Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Cydonia oblonga Mill.</b>	<b>21</b>
<b>Respirační onemocnění u koček</b>	<b>22</b>
<b>Zprávy z Bruselu: Trocha nadsázky neuškodí</b>	<b>23</b>
<b>Co o nás prozradí KML v Opavě</b>	<b>24</b>
<b>Tak to vidím já: Ideály versus realita pohledem (snad) budoucího lékárníka</b>	<b>26</b>
<b>Světové dny zdraví</b>	<b>27</b>
<b>Lékárenská starostlivost' na Taiwane</b>	<b>28</b>
<b>Vzpomínka na Historické lékárenské středisko</b>	<b>30</b>
<b>Lékárníci na lodi a na kolech</b>	<b>32</b>
<b>Významná jubilea</b>	<b>33</b>
<b>Vydáno před 82 lety</b>	<b>34</b>

# Do voleb zbývá jen třetina roku

Do parlamentních voleb zbývá zhruba třetina roku a Sněmovna proto finišuje s desítkami zbylých legislativních novelek a novel. Nic podstatného nám lékárníkům ale již „nehrozí“. Nedokončené předlohy se skartují a noví zákonodárci zasednou k čistému stolu. Jimi předloženou skladbu a náplň zákonů odhadnout nelze. Bude záležet na politické orientaci a prioritách vítězné koalice.

## PharmDr. Lubomír Chudoba

Průzkumy volebních preferencí se nyní mění v řádech týdnů, obdobně jako pořadí poslanců na kandidátkách. A pro zvýraznění svého koaličního potenciálu udělají navíc mnozí mnohé, takže se ve svém výsledku koaliční dohoda stejně může rozcházet s anoncovanými předvolebními cíli jednotlivých stran. Ať ale bude u kormidla tým Petra nebo Pavla, přál bych si, aby šlo o jedince vzdělané, důvěryhodné a dostatečně energické, kteří budou kromě jiného podporovat svobodný výkon řádně ohodnoceného povolání a férové podmínky v podnikání.

Vedle spolupráce při přípravě nových zákonů bude nutné vypořádat se s nedodělkami. Od 1. ledna příštího roku má být například spuštěna povinná elektronická preskripce. Zavedení slibovaného lékového záznamu pacienta bylo opět odsunuto, nyní na období let 2018 až 2020. Obdobně Ministerstvo zdravotnictví nestihlo připravit novelu pro vystavení eRp na omamné a psychotropní

látky a nebude ani spuštěn slibovaný Národní registr zdravotnických pracovníků, který nám měl zjednodušit identifikaci v systému e-Preskripce. Není také jisté, zda se podaří do konce roku vyřešit takovou jednotlivost, jakou je komorový požadavek na automatizovanou validaci zdravotní pojišťovny v systému eRp. Nebo jednoznačné stanovení podmínek, za kterých bude moci lékař nadále předepisovat recept v listinné podobě.

Další nedodělek způsobila nekonečná přetahovaná o principiální změnu v odměňování lékárenské péče. Své první výkony sice konečně finalizují kliničtí farmaceuti (farmakoterapeutický plán pacienta na lůžku) a nemocniční lékárníci (příprava cytostatik). Výkon za dispenciaci se ale ocitl ve slepé uličce. Novou politickou reprezentaci proto oslovíme s návrhem na zavedení dispenzační taxy, pro niž se nám podařilo získat předběžnou podporu u Svazu zdravotních pojišťoven. Spolu s GML a POLP se zároveň aktuálně snažíme, aby ve vyhlášece o úhradách došlo k navýšení a úpravě signálního kódu výkonu do jeho depresivní podoby.

Vážným nedodělkem je absence návrhů prováděcích vyhlášek k novele zákona o léčivech, přestože jsme opakovaně ministerstvem zdravotnictví ujišťováni o jejich brzkém zařazení do meziresortního připomínkového řízení. Zatím jsme jen byli svědky někdy až nemístného tlaku SÚKL na lékárenské SW firmy ohledně přípravy na sběr dat z lékáren.

Pro stávající i budoucí parlamentní politické strany dokončujeme nový, ucelený materiál popisující lékárenství a jeho klíčové priority. Uvítal jsem, že první osvěžující záblesk, v tomto případě záměr zavedení stejných doplateků na předepsané léky ve všech lékárnách, se objevil v programu významné parlamentní politické strany.

Výstupům ze spolupráce na přípravě nových náplní specializačního vzdělávání a aktivitám souvisejícím s očekávaným personálním a finančním zatížením lékáren vzhledem k povinné implementaci tzv. protipadělkové směrnice se budu věnovat v některém z příštích čísel Časopisu českých lékárníků. Každé z těchto témat si zaslouží podrobné okomentování.

Přeji příjemně strávené období letních dovolených a děkuji vám všem za spolupráci na zdárném rozvoji našeho oboru. Přes značné ekonomické problémy si nemůžeme ani v této době dovolit přešlapovat na místě.

**Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) varuje před nákupy přípravků, které jsou na internetu uváděny jako léčivé, ale nemají ověřenou účinnost, složení a není znám jejich výrobce. Na webu SÚKL zveřejní stránky, které takové přípravky nabízejí. Jde například o preparáty slibující rychle vyléčit cukrovku či detoxikovat organismus, řekl novinářům ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta.**

Podle něj se podobné praktiky podobají chování takzvaných šmejdů, tedy nepoctivých prodejců využívajících předváděcí akce. „Cena je zpravidla přemrštěná a po prozkoumání složení lze v řadě případů konstatovat, že se jedná o doplněk stravy či kosmetiku,

[www.lekarnici.cz](http://www.lekarnici.cz)

**AKTUÁLNĚ**

tedy o výrobek bez jakýchkoli léčebných účinků,“ uvedl Blahuta.

Podle Jaroslavy Doležalové z oddělení dozoru nad reklamou SÚKL jsou typickými znaky takových webů časově omezená nabídka, akce na balení zdarma při nákupu většího počtu přípravků či výrazná sleva z ceny. Stránky někdy odkazují na neověřitelná jména odborníků či zkušenosti pacientů. Chybí také informace o výrobci či složení. „V nejlepším případě takový vý-

robek neobsahuje nic. Mohou v něm ale být i škodlivé látky,“ dodala.

Ústav dostal v poslední době desítky upozornění na podobné weby. Ve správním řízení se mu ale většinou nedaří dohledat výrobce či distributora přípravku, který by mu poskytl informace o složení a atestech. Majitel webové adresy je obvykle z mimoevropských zemí. „Často jsme na podobné nabídky krátkí, protože zahraniční subjekt s námi nekomunikuje, řekl Blahuta. Jako příklad uvedl náplasti DiaRemedium, která slibuje rychlou léčbu cukrovky. „Je nebezpečí, že se zanedbá závažná choroba a nevíte, co vlastně konzumujete,“ upozornila Doležalová.

(Zdroj: ČTK, 29. 5. 2017)

## ***Myslíte si, že je Česká republika schopna vývoje směrem „lékárny lékárníkům“? Potřebuje naše lékárenství samostatný zákon?***

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



Nezávislost a odbornost výkonu lékárenské péče závisí primárně na lékárnících, nicméně majitelé lékáren ji doveďou značně ovlivnit. Maďarsko obchodnické manýry řetězců odmítlo, lékárník tam dnes musí mít vlastnický podíl ve výši nejméně 51 % lékárny. Také v Polsku byla nedávno schválena legislativa s obdobnými úpravami ve prospěch lékárníků u nových lékáren, kde bude navíc regulován jejich vznik. A diskuse na téma podpory vlastnictví lékáren lékárníky vede i současné slovenské ministerstvo zdravotnictví. Nakolik se bude po podzimních volbách česká politická garnitura inspirovat postavením lékárenství a úrovní lékárenské péče v zemích typu Dánsko, Francie, Německo, Rakousko, Španělsko, Portugalsko, nelze nyní odhadnout. Česká lékárnická komora bude ale jistě stále prosazovat výkon povolání lékárníka v jeho svobodné a nezávislé podobě.

Myšlenka samostatného lékárenského zákona jsme se věnovali před lety. Otázkou je, co vše by měl obsahovat a zda je vůbec možné a účelné vše podstatné související s lékárenstvím promítnout do jedné jediné legislativní normy. Témata specializačního vzdělávání považují osobně za rozumnější řešit ve společné normě s lékaři.

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



Domnívám se, že tento zpětný krok je prakticky nemožný. Buď by se tento proces musel odehrát cestou znárodnění a zpětným odprodejem lékáren lékárníkům, nebo zbankrotováním firem vlastnicích řetězce. Obě tyto varianty jsou zhruba stejně pravděpodobné, asi k nim tedy nedojde. Velké řetězce jsou podniky dobře prosperující, lékárníci si zvykli, občané systémy slev nastolené právě řetězci milují, tak o co jde? A pokud by řetězce své lékárny začaly prodávat, pak by to byly lékárny asi nepříliš úspěšné. Víím sice o několika případech, kdy řetězec lékárnu prodal lékárníkovi a lékárna funguje dobře, ale to je spíše výjimka potvrzující pravidlo. Prodej lékáren běží spíše opačným směrem.

Samostatný zákon by naše lékárenství asi potřebovalo, avšak při současné úrovni české parlamentní demokracie je to to poslední, co bych lékárníkům a farmacii přál. Lobbing spojený s tímto zákonem, tedy uplácení našich zastupitelů, by v takovém případě zcela jistě přesáhl doposud známou míru a takový zákon by rozhodně farmacii ani lékárníkům nepomohl. Buďme rádi, že takový zákon (snad) nevzniká. A náš časopis by si s tímto tématem neměl vůbec zahrávat, nebo to někoho skutečně napadne.

**Mgr. Leona ŠTĚPKOVÁ, Lékárna Medea, Hostomice**



Zákonů máme víc než dost. Spíš bych ubírala než přidávala. A zákony se toho stejně moc nevyřeší. My se na spoustě věcí nedokážeme shodnout ani mezi sebou, přestože je nás tak málo a přestože máme v podstatě společné zájmy. Takže nám žádný zákon nepomůže.

A co se týká té druhé otázky, jsem totální skeptik. Mohlo by se to stát jediné tak, že by někdo lékárny zestátnil, a pak by bylo jasné, že šéfovat je budou jen lékárníci. Nebo kdyby se všechny lékárny musely „změnit“ na neziskové organizace nebo by systém odměňování a úhrad léčiv byl nastaven tak, že by se na tom nijak nedalo vydělat. To by pak asi nechtěl dělat nikdo jiný než lékárníci. Ale toho se, doufám, nedočkáme.

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



K první otázce – pokud to dokázaly jiné země v regionu, kromě Polska i Maďarsko, pak nevidím důvod, proč by to nemohlo jít u nás. Jde pochopitelně o dlouhý a náročný proces s nejistým koncem, ale právě pozitivní příklady z jiných zemí by nás měly vést k tomu, abychom se o to pokusili.

Jestli by k tomu byl třeba samostatný zákon, neumím posoudit, i když se to samozřejmě nabízí. Na druhou stranu je zdravotnictví stále více multidisciplinární; samostatný zákon, který by reguloval jen lékárenství i po odborné stránce, mi proto připadá spíše nereálný.

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



Ano, jako obor potřebujeme samostatný zákon, jako tomu je např. v Maďarsku a v Polsku a také v dalších zemích. Nejsem si jist, zda je v naší zemi nálada na prosazení podobného scénáře jako v Maďarsku a Polsku. Pokud bude volným zástupcům v Parlamentu potažmo ve vládě ČR zcela lhostejno, zda naše peníze v řádu miliard korun odchází z naší země pryč, pak neočekávám žádnou změnu. Víím, jak obrovské úsilí jsme museli vynaložit jen v tom, abychom mohli jako čeští majitelé lékáren vůbec sehnat léky pro naše pacienty. Zahraniční distribuce dělala všechno pro zachování současného stavu – tedy dodávat léky jen pro své řetězce a do nemocnic. Pokud si nově zvolení poslanci uvědomí souvislosti s vyváděním dividend do zahraničí a nebudou tolerovat současný stav, pak dojde ke změně.

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

**PharmDr. Antonín SVOBODA,  
Mladí lékárníci**



Je jasné, že lékařskou péči nemůže vykonávat nelékař. Je jasné, že lékárenskou péči nemůže vykonávat nelékař. Přesto se institucionalizací zdravotnictví vyvinula zařízení, ve kterých zdravotníci řídí management, zpravidla však ne zcela mimo zdravotní odbornost, nýbrž doplněný jinými odbornostmi pro komplexní fungování větších

celků. Otázku bychom si proto mohli položit jinak: proč by měl lékárnou, jakožto malé zdravotnické zařízení, provozovat vlastně někdo jiný než lékárník? Proč by měl provozovat lékárnou někdo, kdo není v lékárenském oboru vzdělán? Jaké to může mít výhody?

Podle mého názoru žádné. Všechno, co je skutečně důležité pro poskytování lékárenské péče, si zvládne lékárník zorganizovat nejlépe. Ty řekněme vizuální a kosmetické změny si může dobře objednat u externích firem. Ony „přínosy“ manažerů-nelékárníků můžeme sledovat spíše v podobě zmnožených reklam, letáků, TV spotů nebo v tvorbě pozitivních listů, kde lékárník balancuje mezi nezávislým výkonem profese a ohodnocením od svého zaměstnavatele. Ne, provozování lékáren nelékárníky nemá na straně lékárenské péče žádné opodstatnění.

Vyhovuje investičním společnostem, které vycítily možnost vyjednat kupní silou v systému, který stát částečně reguluje a částečně nechává napospas tržním mechanismům. Vyhovuje možná některým společnostem, které chtějí hlavně prodávat (a to cokoli), přičemž jim v bezbřehém vnučování různých preparátů nic netušícím pacientům může lékárník stát v cestě. Některé firmy to ostatně zkusí přes „exkluzivní kanály“ mimo lékárny, zpravidla via internet a zpravidla to končí zklamáním pro pacienta. Důvěra v lékárníka byla vždy bernou mincí naší profese a neměli bychom se jí ani v moderní době vzdávat závislým postavením. Přestože jsou už karty nějak rozdány, vždy je šance na zákonnou změnu v provozování lékáren. I v České republice.

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



V nedávné minulosti ani v současnosti neregistruji žádnou seriózní debatu na téma „lékárny lékárníkům“, takže neočekávám, že by se v této záležitosti mohlo dít cokoli s praktickým dopadem. Pokud jde o samostatný zákon, tak si myslím, že to není dobrý nápad. A ani nechápu jeho smysl.

Různé oblasti lékárenství jsou upraveny různými zákony, např. základní principy poskytování

lékárenské péče jsou upraveny zákonem o zdravotních službách, zacházení s léčivými přípravky zákonem o léčivech a také zákonem o návykových látkách, úhrada vydaných léčiv zákonem o veřejném zdravotním pojištění apod. Jednalo by se tedy o velmi komplikovanou změnu a troufnu si předpovědět, že výsledek by byl zcela jistě horší než výchozí stav. Spíše bych tedy položil otázku, jaká změna legislativních pravidel je požadována a podle toho bych hledal vhodné řešení. Naopak, podle mého názoru by mělo být cílem představitelů lékárníků ukotvení lékárenství jako zdravotnické služby, a proto by mělo být regulováno společnými principy jako ostatní zdravotnické služby.

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



Platí a doufám, že bude platit nadále, že v každé lékárně musí být lékárník. Je otázka, nakolik může legislativa jeho postavení v lékárně posílit, nebo naopak oslabit, a nakolik je české zdravotnictví na případnou změnu připraveno. Myslím si, že úloha lékárníka by vzhledem k rychlému nárůstu odborných informací a složitosti komplexní péče

o pacienta měla spíše posilovat tak, aby byl a zůstal rovnocenným partnerem lékařům. Lékárník je právě ten rozdíl mezi lékárnou jako poskytovatelem zdravotní péče a obchodem s léčivem.

Lékárenství dle mého názoru samostatný zákon nepotřebuje, pokud se jeho zakotvení v legislativě potkává s lékaři a stomatology. Domnívám se, že tím je jasně vymezeno naše odborné postavení a zaměření, které nikdo nemůže zpochybňovat. Je potřeba se zaměřit a zlepšit v připomínkových řízeních detaily, kterými se lékárenství řídí, zejména v oblasti celoživotního vzdělávání a odborných požadavků na lékárníky.

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



V České republice se ustanovila rovnováha mezi lékárenskými řetězci a malými lékárnami vlastněnými soukromníky. Je to v pořádku, tyto modely se doplňují a oba mohou nabídnout zákazníkům specifické výhody. Významnější vychýlení zpět k síti tvořené drobnými lékárnami se zřejmě nedá očekávat.

Samostatný zákon není nezbytný. Pokud v některých odlehlejších regionech lékárně chybí, může se to řešit na obecní či krajské úrovni. Docela dobře fungují různé úlevy nebo pobídky obcí, které chtějí přilákat praktického lékaře nebo zubaře. Podobně by se to dalo řešit i s lékárnami.

# Sedmé nemocniční jaro v Jihlavě

Ve dnech 1. a 2. června se v Jihlavě konal již sedmý ročník Jarní konference nemocničních lékárníků. V prvním přednáškovém a diskusním bloku se ke slovu dostali: Mgr. Jakub Dvořáček – výkonný ředitel AIFP, Mgr. Martin Mátl – výkonný ředitel ČAFF, PharmDr. Michal Krejsta, MBA – generální ředitel / předseda představenstva, OMEGA Pharma a. s. Czech Republic / Slovakia Operations, člen představenstva ČAFF, tajemník AVEL ČR, Mgr. Jan Šípek – prokurista společnosti Apatyka servis s. r. o., a PharmDr. Martin Šimíček – NL FNUSA Brno.

## Stanislav Havlíček

Každý ze svého pohledu přispěl k tématu implementace protipadělkové směrnice. Účastníci konference se tak měli možnost seznámit s pohledem výrobce, distributora i s poznatky, lépe řečeno obavami, které v souvislosti s budovaným systémem ověřování pravosti léčivých přípravků napadají nemocničního lékárníka při posuzování jejich dopadu na ovlivnění pracovních procesů v provozu nemocniční lékárny. Neméně důležité byly také postřehy zástupce tvůrců lékárenských informačních systémů (celá agenda možná výrazným způsobem sníží počet poskytovatelů těchto software) a časová osa přípravných prací zavádění systému a také datum ostrého startu 9. 2. 2019.

Druhý blok byl věnován povinnému elektronickému předepisování léčivých přípravků. Do jeho spuštění zbývalo v době konání konference rovných 7 měsíců. K otázkám „Co přinese nové rozhraní e-receptu?“, „Jaké jsou praktické zkušenosti se zavedením elektronického předepisování v prostředí ne-



O zkušenosti z nemocniční lékárny v Jižním Súdánu se s účastníky konference podělil i autor tohoto článku.



V prvním přednáškovém a diskusním bloku vystoupil rovněž výkonný ředitel ČAFF Mgr. Martin Mátl.

mocnice?“ a „Co na to říká pacient, lékárník a lékař?“ se vyjádřili pozvaní hosté: Ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv **Ing. Renata Golasíková** (vedoucí oddělení ERP) a **PharmDr. Kamil Rössler** (koordinátor CAU a REG), **Mgr. Michal Hojný** (ÚL IKEM) a **Mgr. Jan Šípek** (Apatyka servis s. r. o.).

Právní okénko Jarní konference tradičně naplnil **Mgr. Libor Štajer** (KMVS advokátní kancelář s. r. o.). Hovořil o dopadech novely **Zákona o léčivech** ve způsobu nákupu léčivých přípravků do nemocnic. Ve stručném shrnutí zopakoval historické souvislosti novelizace a její hlavní cíle. Novela zákona měla implementovat nařízení EU č. 536/2014 o klinických studiích a vyřešit nedostupnost léčivých přípravků v důsledku jejich reexportu. V novele byla upravena i správná výrobní praxe pro účinné látky (podle nařízení EU 1252/2014).

Podle novelizovaného zákona dostává SÚKL a Ministerstvo zdravotnictví novou roli v systému regulace a ochrany českého trhu a mění se práva a povinnosti distributorů na základě definice

(respektive výkladu definice) jejich tržního podílu. Novela zákona má v důsledku Přílepkových pozměňovacích návrhů přesah do i do zákona o veřejném zdravotním pojištění, kde například mění podmínky regulace maximálních cen generik (snížení o 40 % na-

místo současných 32 %) a biosimilars (o 30 % místo současných 15 %). Velký dopad na provozovatele lékáren má zejména související změna zákona o regulaci reklamy. Šířitel reklamy (tedy například provozovatel lékárny) je nově spoluzodpovědný za její obsah (například letáků umístěných v lékárně) a sankce, která mu tento správní delikt hrozí, dosahuje až půl milionu korun.

Magistr Štajer také relativizoval „úspěšnost“ řešení nedostupnosti léčivých přípravků. Jakkoliv nehodnotil kvalitu ustanovení zákona o povinném dodání léčivých přípravků do lékáren nejpozději do 2 pracovních dnů a další legislativní úpravy zákona omezující reexport léčivých přípravků, upozornil na to, že reálný dopad do českého prostředí zásobování léčiv můžeme zaznamenat až od října 2018. Vlivem odložené účinnosti těchto ustanovení zákona nehrozí za jejich porušení žádné sankce minimálně do října roku 2018.

Stejně jako byl úvodní blok prvního dne pokračováním diskuse o protipadělkové směrnici z roku 2016, úvod do

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

druhého dne zprostředkovaly **JUDr. Kateřina Davidová** (KMVS advokátní kancelář s.r.o) a **PharmDr. Tatiana Holubová, MHA**, (NL FN Brno) při shrnutí finální aplikace zákona o registru smluv do praxe. Praktické provádění povinností vyplývajících ze zákona není autor článku s to pochopit ani po opakovaném vysvětlení, a proto případně zájemce odkazuje na jakýkoliv workshop k této problematice. Je možné konstatovat, že do 1. 7. 2017, od kterého bude možné nedodržování povinností uložených zákonem sankcionovat, moc času nezbyvá. S trochou nadsázky lze také problematiku shrnout tvrzením, že pokud spadá nákup léčivého přípravku do kompetence zákona o registru smluv, je z úředního pohledu takový léčivý přípravek klinicky účinný až od okamžiku zveřejnění smlouvy.

Na samý závěr konference informovali **PharmDr. Petr Horák** (NL FN Motol) o novinkách z EAHP. Zprávou o implementaci Statements (stanovisek) EAHP do nemocničních lékáren navázala **PharmDr. Jindřiška Voláková**, ambasadorka Sekce nemocničních lékárníků ČFS ČLS JEP pro tuto problematiku. Blok ukončil **PharmDr. Marek Lžičař** (NL FNUSA Brno) interaktivním workshopem na toto téma.

Každý z jednotlivých bloků konference by svým obsahem a přesahem do každodenní činnosti lékárníků vystačil na samostatný příspěvek. Zamyšlení nad některými z nich přineseme v příštích číslech časopisu.



*Veronika Krajčová a Milan Vegerbauer (oba NL FN Motol) v rozhovoru s Ing. Golasíkovou ze SUKL.*



## Ověřování pravosti léčiv při výdeji

Padělané léky představují vážné ohrožení zdraví svých uživatelů. Jejich výroba a prodej jsou samozřejmě kriminální činy. V únoru 2017 se dostaly do finišu přípravy na start Národní organizace pro ověřování pravosti léčiv (NOOL), která má v boji proti padělkům pomoci. Od února 2019 ponese všechny léky vydávané na předpis dvourozměrný kód, prostřednictvím kterého se bude ověřovat jejich pravost při výdeji.

Padělky léčiv jsou v Evropské unii nezanedbatelným problémem. Lidé je většinou nepoznají, jak ukázal průzkum Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Paradoxní je přitom zjištění, že 95 procent lidí se sice vyjádřilo, že užívání padělků léčiv může být velmi rizikové, zároveň by si však asi

desetina dotázaných byla ochotna koupit lék mimo kamennou lékárnou, nejčastěji na internetu. Průzkumy se uskutečnily na vzorku více než 500 respondentů v letech 2013 a 2016.

Oficiální výrobci léků dodržují velmi přísné standardy, kterými se však samozřejmě neřídí padělatelé. Falešné

Letos startuje pilotní část elektronického systému proti padělkům léků. Od roku 2019 budou lékárny ověřovat všechny léky na předpis.

léky proto mohou své uživatele ohrozit nejen tím, že nebudou účinkovat. Mohou obsahovat přímo škodlivé látky. Rozbor v zachycených padělcích již odhalil například jed na krysy, pesticidy či barvivo užívané pro značení vozovek.

**Členové představenstva NOOL:****AEDL:** PharmDr. MUDr. Jan Šimon**AIFP:** Mgr. Jakub Dvořáček,  
MUDr. Martin Minarovič,  
MUDr. Miloš Živanský,  
MUDr. Michaela Hrdličková**AVEL:** RNDr. Tomáš Votruba**ČAFF:** Mgr. Martin Mátl,  
PharmDr. Michal Krejsta,  
RNDr. Martin Klimek,  
Mgr. Vítězslav Burda**ČLnK:** PharmDr. Lubomír Chudoba

„Evropská unie v zájmu potírání padělků přijala legislativu, které členské státy zavazuje zavést elektronický systém, který bude ověřovat pravost léčiv při výdeji. Ukládá, aby systém provozovala nezisková organizace zřízená farmaceutickými společnostmi, distributory a lékárníky. Za hraniční termín, od kterého musí systém fungovat, byl stanoven 9. únor 2019,“ informoval Jakub Dvořáček, výkonný ředitel AIFP

Implementace systému bude náročná. Už s dvouletým předstihem, kon-

krétně 13. února 2017, proto zakládající členové – AIFP, Česká asociace farmaceutických firem (ČAFF), Asociace evropských distributorů léčiv (AEDL), Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) a lékárníci reprezentovaní Českou lékárnickou komorou – podepsali stanovy Národní organizace pro ověřování pravosti léčiv. Předsedou představenstva se stává výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček a místopředsedou výkonný ředitel ČAFF Martin Mátl. Dohled nad zřizováním organizace mají Ministerstvo zdravotnictví a SÚKL.

**Letos se spustí pilotní provoz**

Ještě v letošním roce bude s lékárnami, jež se dobrovolně přihlásí, spuštěn pilotní provoz, který ověří fungování informačního systému, čteček i technické a logistické parametry. Nové kódy se tedy prozatím objeví jen na menším množství léků a čtečky jen v některých lékárnách, s nimiž se nová organizace na zkušebním provozu dohodne. Tyto lékárny si sice budou muset pořídit čtečky dříve, ale zato budou v předstihu dobře připravené.

Podle Jakuba Dvořáčka je realita taková, že v důsledku přijaté evropské legislativy si čtečky budou muset pořídit všechny lékárny. Bez zapojení do systému ověřování pravosti léčiv po stanoveném datu nebude možné vydání žádného léku na předpis. Díky unikátnímu kódu každého balení a evidenci v národním úložišti nebude možné vydat pacientovi lék bez prověření.

**Přípravy pokračují**

Prozatím byl založen neformální poradní orgán organizace – expertní skupina složená ze zaměstnanců výrobců léčiv, distributorů a lékárníků, kteří mají na starosti jednotlivé oblasti (IT, distribuce, legislativa). Budou pomáhat se zpracováním materiálů přicházejících z Bruselu a hledat způsob, jak požadavkům dostát, aby byl zajištěn hladký průběh. Náklady na rozjezd systému poskytl farmaceutické společnosti.

Členství v organizaci není omezeno na asociace, formou přidruženého členství se budou moci zapojit i jednotliví distributoři léků, farmaceutické společnosti či lékárny a lékárenské řetězce. Pro ně bude členství zdarma. **(dop)**

## Zemřel prof. RNDr. Karel Waisser, DrSc.

Dne 7. června 2017 nás zastihla smutná zpráva. Po krátké nemoci zemřel dlouholetý učitel Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové, prof. RNDr. Karel Waisser, DrSc.

Prof. Waisser působil na fakultě prakticky od jejích samotných počátků, tedy od roku 1970. Za tu dobu se podílel na vzdělávání několika tisíc farmaceutů působících nejen v celém bývalém Československu, ale také v řadě evropských zemí. Byl učitelem fakulty, jejím proděkanem a také vedoucím jedné z jejích kateder. Především ale byl jedním z tvůrců a propagátorů v té době nového přístupu k hledání nových léčiv, kvantitativními vztahy mezi strukturou potenciálního léčiva a jeho účinkem, v případě jeho výzkumu antituberkulotickým..

Zvykli jsme si, a nejenom my, uvažovat v intencích – QSAR = Waisser. Nejen díky tomu se stal uznávanou evropskou vědeckou osobností a jez-

dil přednášet prakticky do všech zemí Evropy. Ať již jako přednášející na konferencích, či jako zvaný odborník na vysoké školy či vědecké ústavy.

Prof. Waisser byl vynikající vědec, učitel a především přítel a kamarád. I když neměl lehký a bezstarostný život, nikdy nepokazil žádnou legraci a nám, jeho mladším kolegům, zůstane navždy v myšlenkách jako autor a interpret vlastních písní, které v jeho podání za doprovodu kytary zněly celou naší katedrou. Zcela jistě si i jeho bývalí studenti vzpomenou na jeho Baladu o varném kamínku, čili Betulin blues, popř. jeho slavnou Píseň o Meerwein-Pondorfově přesmyku.

Přestože prof. Waisser docházel na naše pracoviště v posledních letech již sporadicky, bude nám velmi chybět. Jeho specifický humor, vzpomínky na dřevní doby fakulty i diskuse „o všem“ budeme postrádat a vzpomínat na ně.



Karle, měli jsme Tě rádi a nikdy na Tebe nezapomeneme. A věnujete-li i vy, jeho žáci, čtenáři našeho časopisu, prof. Karlovi Waisserovi tichou vzpomínku, jistě ho to tam někde na hoře potěší.

**Kolektiv pracovníků  
Katedry anorganické  
a organické chemie, FaF UK**



# Mezinárodní spolupráce při rozvoji klinické farmacie

V sobotu 22. dubna 2017 se konala na Farmaceutické fakultě ve Vratislavi celopolská konference pod názvem Farmaceuta na oddziale szpitalnym – korzysci i wyzwania (Farmaceut na nemocničním oddělení – přínosy a výzvy), jejímž cílem bylo podpořit rozvoj klinické farmacie v Polsku a s pomocí zahraničních vyzvaných přednášejících diskutovat zkušenosti se vzděláváním a mezinárodním rozvojem oboru klinická farmacie.

PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

Konference se zúčastnily delegace akademických pracovníků z dalších univerzit Polska, především z Poznaně, Krakova, Katovic, Varšavy a jiných měst, zástupci Polské farmaceutické společnosti a více než 400 polských klinických a dalších farmaceutů a akademiků. Konference si získala zájem celopolských médií a krátké rozhovory a relace z této odborné události byly vysílány na různých stanicích polské televize.



Mgr farm. Janez Toni

Konferenci o klinické farmacii zahájili prof. Anna Wiela-Hojeńska z Univerzity ve Vratislavi, prof. dr hab. Edmund Grzeszkowiak, národní konzultant v klinické farmacii, a prof. dr hab. Bogusław Okopień, národní konzultant v klinické farmakologii. Z vyzvaných řečníků byli ke sdělení zkušeností přizváni přednášející zejména ze zemí střední a východní Evropy, a to ze Slovinska Mgr farm. Janez Toni z Univerzitní kliniky



PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

plicních onemocnění a alergií v nemocnici v Golniku (ve své přednášce shrnul dlouhodobé poznatky s praktikováním klinické farmacie), z České republiky PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D., vedoucí UCKF (Univerzitní vzdělávací centrum klinické farmacie) se sdělením o modelech klinické farmacie v USA

a Evropě a zkušenostech s těmito modely při rozvoji klinické farmacie, a dále z Německa Mgr farm. Klaus Meier, prezident Evropské společnosti pro onkologickou farmacii (ESOP), který podtrhl význam rozvoje farmaceutických specializací včetně klinické farmacie, ale i potřebu prvních (základních) znalostí z KF např. pro onkologické farmaceuty k obecné podpoře racionálního užití léků. Následovala polská sdělení s překladem do angličtiny, věnovaná ekonomickému přínosu klinické farmacie od prof. dr hab. Elżbiety Nowakowské, sdělení o úskalích interdisciplinární spolupráce lékařů a klinických farmaceutů od Mgr farm. Magdaleny Cerbin-Koczorowske a o spolupráci lékařů a klinických farmaceutů v péči o geriatrické pacienty od prof. dr hab. Katarzyny Wieczorowske-Tobis, přednostky Paliativní kliniky v Poznani. V odpolední části se všichni představitelé zúčastnili dvouhodinové panelové diskuse se zástupci regionálních nemocnic, univerzit a odborných společností o významu klinické farmacie, podstatné úloze klinických farmaceutů, významu kvalitního vzdělávání a praktikování v oboru a dalším směřování rozvoje klinické farmacie v Polsku.

Z příspěvku prezentovaném za Českou republiku ocenili organizátoři také závěrečné informace o novém nastave-



ní pregraduálního vzdělávání na FaF UK, tedy o zahájení pregraduální specializační větve KF. Tento vzdělávací model umožňuje (spolu s další praxí a navazující postgraduální specializací) růst skutečných odborníků v klinické farmácii podle zahraničních zkušeností. Složitých intervencí v individualizaci lékových režimů jsou kliničtí farmaceuti samostatně a odpovědně schopni až po dostatečné délce klinické praxe, vyžadující kvalitní vzdělávání a odborný růst. Současné nastavení vzdělávacího modelu v klinické farmácii na FaF UK zhodnotili polští kolegové jako důležité jak pro rozvoj specializace v KF, tak pro výcvik v základech klinické farmacie (KF I.) pro všechny farmaceuty, z nichž většina se po skončení pregraduálního vzdělávání bude věnovat poskytování kvalifikované

lékárenské/farmaceutické péče. Kolegové uvítali také snahu podpořit rozvoj oboru klinická farmacie ve střední a východní Evropě výzkumou spoluprací akademických pracovišť v projektu EU COST Action IS1402 (01/2015–12/2018) a budoucí spoluprací v projektu EUROAGEISM (2017–2022)

V panelové diskusi byly i modely prosazující praktikování klinických farmaceutů v ambulantní sféře, hospicových zařízeních, v agenturách domácí péče, zařízeních sociální péče atd. U seniorů a dalších rizikových skupin pacientů je úloha klinických farmaceutů v individualizaci lékových režimů významná a musí být podpořena kvalitním, specificky zaměřeným vzděláváním. V tomto vzdělávání se angažuje a dále bude angažovat i UCKF.



## Jak dál se signálním výkonem?



**Dohodovací řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2018 bylo zahájeno 2. února.**

PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.

Lékárenský segment reprezentují tři organizace, které disponují těmito počty plných mocí: Grémium majitelů lékáren, z. s. – 944, Poskytovatelé lékárenské péče, z. s. – 80, Asociace provozovatelů lékárenských sítí – 36. Koordinátorem samostatného segmentu Lékárenská péče je GML.

V loňském roce se nám podařilo prosadit do Úhradové vyhlášky navýšení signálního výkonu o 1 Kč. Od ledna 2017 mohou lékárny fakturovat 13 Kč za každý vydaný recept.

Letos 5. dubna se uskutečnilo první kolo tzv. přípravné fáze dohodovacího řízení, druhé kolo pak 25. května. Za lékárenský segment jsme předložili dva návrhy, zdravotní pojišťovny předložily pouze jeden. Náš první návrh spočíval v principiální změně příjmu lékáren ze signálního výkonu – degresivní SiV. Jde o navýšení hodnoty SiV pro prvních 500 vydaných receptů v měsíci na hodnotu 30 Kč, u dalších receptů by měl hodnotu 13 Kč jako dosud. Druhý návrh požadoval plošné navýšení na 25 Kč za SiV bez referenčního období. Zdravotní po-

jišťovny předložily návrh na snížení hodnoty SiV na 10 Kč bez referenčního období. S našimi návrhy vyjádřily neshodu zdravotní pojišťovny, my jsme neshodli s návrhem zdravotních pojišťoven. V právě ukončené přípravné fázi nedošlo k dohodě mezi námi, zástupci segmentu lékáren a zdravotními pojišťovnami na výši úhrady signálního kódu 09552 za výdej LP na recept. Závěrečná fáze dohodovacího řízení (formální ukončení) byla naplánována na 20. 6.

Je zřejmé, že pro rok 2018 zůstane signální výkon jediným „výkonem“ pro veřejné lékárny. Dokonce se zdá být jasné, že ani v dalších letech nemůžeme očekávat zavedení plnohodnotného výkonu za dispenzací LP na recept a cesta výkonové odměny lékárenské péče je uzavřená. Pracovní skupina k Seznamu zdravotních výkonů MZd dne 27. 4. 2017 podruhé neschválila návrh výkonu Dispenzační činnost farmaceuta při výdeji na lékařský předpis v lékárně předložený Českou lékárnickou komorou, Grémiem majitelů léká-

ren, POLP a Českou farmaceutickou společností. Představitelé lékárenské obce v průběhu jednání obhajovali odbornou činnost lékárníka, nicméně členové Pracovní skupiny se vyjádřili, že není věcně správné zařazovat tento výkon do seznamu zdravotních výkonů. Jinými slovy, že náš specifický lékárenský výkon nelze roubovat do pravidel, tabulek a vzorců pro lékařské výkony.

Jak tedy dál? Problematiku změny odměňování lékáren by bylo vhodnější řešit cestou dispenzační taxy, nikoliv cestou seznamu výkonů. To by ovšem znamenalo změnu zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde by musela být dispenzační taxa legislativně definována. Návrhy na tuto změnu jsou připravené, zbývá tedy jediné, a to schválení zavedení dispenzační taxy Poslaneckou sněmovnou a Senátem.

Nyní však máme pouze signální kód 09552. Proto nás v letních měsících čeká hodně práce a vyjednávání na Ministerstvu zdravotnictví o podobě signálního výkonu 09552 pro rok 2018. Naším cílem je vyjednat vyšší příjem lékáren ze signálního výkonu. Prioritní variantou je degresivní SiV prezentovaný na poradě předsedů OSL. Vzhledem ke stále klesajícím cenám léčiv se stává příjem lékáren ze signálního výkonu stále důležitějším. Ovlivňuje nejen ekonomickou situaci lékáren, ale rovněž vyšší mzdy každého lékárníka.

# Přestávka v práci na jídlo a oddech vs. přiměřená doba na oddech a jídlo

Přestávka v práci a přiměřená doba na oddech a jídlo je zdánlivě totéž, ale není to totéž. V lékárnách bývá tento úsek pracovního dne často zdrojem porušení zákoníku práce. Aniž by to zaměstnavatel nebo zaměstnanec věděli. Zaměstnanci čerpající „jen“ přiměřenou dobu na oddech a jídlo tak bývají často kráceni na mzdě.



Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

Nejdříve se podívejme, co říká zákoník práce o **přestávce v práci**:

- zaměstnavatel je povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po 6 hodinách nepřetržité práce přestávku v práci na jídlo a oddech,
- mladistvému zaměstnanci musí být přestávka poskytnuta nejdéle po 4,5 hodinách nepřetržité práce,
- přestávka musí trvat nejméně 30 minut,
- byla-li přestávka v práci na jídlo a oddech rozdělena, musí alespoň jedna její část činit nejméně 15 minut,
- přestávky v práci na jídlo a oddech se neposkytují na začátku a konci pracovní doby,
- poskytnuté přestávky v práci na jídlo a oddech se nezapočítávají do pracovní doby.

A co zákoník práce říká o **přiměřené době na oddech a jídlo**:

- jde-li o práce, které nemohou být přerušeny, musí být zaměstnanci i bez přerušování provozu nebo práce zajištěna přiměřená doba na oddech a jídlo,
- tato doba se započítává do pracovní doby,
- mladistvému zaměstnanci musí vždy být poskytnuta přestávka na jídlo a oddech.

Dodejme k tomu, že práce v lékárně jako zdravotnickém zařízení může být považována za práci, která nemůže být přerušena, takže lékárna je pracovištěm, na kterém někteří zaměstnanci nemohou čerpat přestávku, ale jen přiměřenou dobu na oddech a jídlo. Nelze ale říci, že do tohoto režimu nutně spadá každá lékárna nebo každý zaměstnanec. Provozovatelé lékáren, které mají otevírací dobu

kratší než 6 hodin, nebo lékáren, které mají v otevírací době alespoň půlhodinovou přestávku, k poskytnutí přiměřené doby na oddech a jídlo svým zaměstnancům přistoupit nemohou. U nich nelze hovořit o nepřerušitelném provozu. Vždy proto budou muset zaměstnancům poskytnout přestávku v práci.

Většina lékáren má ale otevírací dobu delší a nepřerušovanou, a proto nebude možné, aby její někteří zaměstnanci čerpali přestávku v práci. Kterí? Ti, jichž je k zabezpečení provozu lékárny nezbytně třeba. Takovými osobami jsou výlučně vedoucí lékárník a lékárník, který vedoucího lékárníka zastupuje v době jeho nepřítomnosti. Jeden z nich musí být podle § 79 odst. 6 zákona o léčivech v lékárně po dobu jejího provozu vždy přítomen. U těchto lékárníků je vyloučeno, aby čerpali přestávku v práci, protože po dobu této přestávky zaměstnanec nepracuje, nepobírá mzdu, a tudíž nemůže naplňovat ani povinnost provozovatele lékárny zajistit přítomnost vedoucího nebo zastupujícího lékárníka v lékárně. Dokonce ani tehdy, když se zaměstnanec rozhodne, že svou přestávku v práci stráví v prostorách lékárny, nelze s ním počítat, protože v tu chvíli nepracuje, neplní úkoly zaměstnavatele, nezapočítává se mu čas do pracovní doby a má svobodu kdykoliv své rozhodnutí změnit a lékárnu opustit. Vedoucí lékárník a jeho zástupce jsou tedy typicky těmi zaměstnanci, kteří za provozu lékárny, který nelze přerušit, nemohou čerpat přestávku v práci a zaměstnavatel jim může a musí zajistit toliko přiměřenou dobu na oddech a jídlo. Během ní se lékárník může najíst, na chvíli si odpočinout, ale současně musí být stále připraven k práci a nesmí lékárnu opustit. Zaměstnavatel

mu za to musí tuto dobu zahrnout do pracovní doby a zaplatit mu za ni mzdu.

Pro úplnost je třeba dodat, že toto vše se týká provozu těch lékáren, který je zajišťován jedním lékárníkem ve směně. Jakmile je v lékárně ve směně lékárníků více, nic nebrání tomu, aby se v přestávce v práci vystřídal a důvod k zajištění jen přiměřené doby na oddech a jídlo tu vůbec není. Jen je třeba, aby každý lékárník, který zůstane v lékárně sám, byl vedoucím lékárníkem písemně zmocněn zastoupením a zmocnění bylo založeno v dokumentaci lékárny pro případnou kontrolu ze strany SÚKL. Lze si samozřejmě představit i natolik silné provozy, jejichž nepřetržitost v kombinaci i s větším počtem lékárníků neumožní čerpat přestávky v práci, protože by takové čerpání provoz lékárny ohrozilo. V takto odůvodněných případech může zaměstnavatel přikročit také jen k zajištění přiměřené doby na jídlo a oddech.

Ačkoliv se výše uvedené zdá být poměrně jasné a srozumitelné, v praxi se lze často setkat s jakýmsi hybridem, výhodným pro zaměstnavatele a nevýhodným pro zaměstnance. Jeho podoby jsou různé. Lékárník je celou směnu v lékárně sám, podle pracovní smlouvy nebo pracovního řádu má čerpat přestávku v práci, zaměstnavatel mu také z pracovní doby za směnu odečte 30 minut, za které nevyplatí mzdu, a přesto byla lékárna po celou směnu otevřená a lékárník přestávku neměl. Fakticky čerpal jen přiměřenou dobu na jídlo a oddech. Často ani to ne. Kdyby měl čerpat řádnou přestávku, musel by lékárnu zavřít, ale k tomu nedochází. Jindy je v lékárně sice více lékárníků, ale žádný z nich nemá možnost kvůli náročnosti provozu vyčerpat plnohodnotnou přestávku, ačkoliv ji opět podle pracovní smlouvy nebo pracovního řádu mít má. Každý z nich si opět jen odskočí na provizorní svačinu. Z doby strávené v práci se mu ale odečte 30 minut přestávky. Nejčastěji k těmto situacím dochází ve velkých lékárnách se silným provozem, nebo naopak v malých lékárnách s jedním lékárníkem ve směně, v lékárnách se sedmidenním pracovním týdnem a více než osmihodinovou

otevírací dobou, a zejména pak o víkendovém provozu.

Každému lékárníkovi lze doporučit, aby si ověřil, jak je na tom s přestávkami v práci ve své lékárně on sám. Pokud zjistí, že ve skutečnosti nečerpá přestávky v práci, ačkoliv je mu v každé směně přestávka vykazována, a tedy i odečítána z pracovní doby a nezahrnována do mzdy, pak by na to měl zaměstnavatele upozornit a žádat o okamžitou nápravu. Krom toho se může domáhat doplacení

mzdy za všechny zaměstnavatelem odečtené přestávky v práci v minulosti. Lze žádat doplacení i za více než tři roky zpětně, ale pokud by došlo až na soudní řízení, lze žalobou bezpečně uplatnit nárok právě za tři roky. Při uplatnění staršího nároku hrozí neúspěch v důsledku uplatnění námítky promlčení zaměstnavatelem. Nejde o zanedbatelné částky, při neposkytování přestávek v každé směně se bude dlužná mzda za tři roky pohybovat v řádech desítek tisíc Kč.

## Řešení závislosti na dekongestantech

S častým používáním nosních dekongestantů se u pacientů v lékárně setkáváme poměrně běžně. Pohled lékaře na problematiku „závislosti“ na nosních kapkách a sprejích nám poskytl prof. MUDr. Jan Plizák, Ph.D., přednosta Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole.

### ■ Při jaké frekvenci aplikací už můžeme hovořit o závislosti?



Nemyslím si, že je frekvence používání anemizacních nosních kapek ukazatelem závislosti. Za závislého považujeme i člověka, který si opakovaně dlouhodobě aplikuje

nosní kapky 1x denně, pokud bez nich není schopen usnout. Čili při dlouhodobém používání frekvence 1x denně a více.

### ■ Jak lze tento problém s pacientem řešit?

Zprv je nutné pacientovi vysvětlit, že jeho subjektivní obtíže často nesouvisí s objektivním nálezem na nosní sliznici, kdy vidáme nosní průduchy oboustranně volné, přestože pacient mívá pocit ucpaného nosu. Dále je pak třeba postupná změna z dekongescenčních nosních kapek za hypertonický nosní sprej, eventuálně za nosní kortikoid.

### ■ Je vždy nutné pacienta poslat k ORL lékaři?

Ano, při nosní obstrukci je rinoendoskopické vyšetření nezbytné.

### ■ Jak případná léčba závislosti probíhá?

Po ORL vyšetření a vyloučení anato-

mických odchylek, jako jsou například vybočení nosního septa, nosní polypy, bulozní skořepky či vrozené stenózy, jde primárně o snahu zaměnit dekongescenční nosní kapky za hypertronický nosní sprej. Při nelepších se stavu je to pak záměna za nosní kortikoid. Při nálezu hypertrofie dolních nosních skořep, vybočení nosního septa, polypozních změn a jiných odchylek je indikována chirurgická léčba. V případě pacientů závislých na nosních kapkách se nejčastěji uchylujeme k provedení mukotomie dolních skořep.

### ■ Jak je podle vás nejúčinnější prevence těchto obtíží?

Základem je před začátkem užívání informovat pacienta o nutnosti ukončení aplikace po 5 až 7 dnech.

### ■ Co doporučujete svým pacientům při chronické rýmě a ucpaném nosu?

Při chronické rýmě je indikována aplikace nosních kortikoidů a hypertonických nosních sprejů.

### ■ Jaké jsou nejčastější příčiny chronické rýmy a ucpaného nosu?

U dětí se může jednat o zvětšené nosní mandle, při jednostranné nosní neprůchodnosti myslíme na cizí těleso. U dospělých patří mezi nejčastější příčiny neléčená alergie, případně nosní polypy a u jednostranné nosní neprůchodnosti je nutné myslet i na nádorové onemocnění.

## PŘEČETLI JSME

### Indukovaná preskripce – na odstřel?

Problémů, které trápí slovenské lékárníky, je mnoho. Společnými silami se nám jeden z nejzávažnějších – nedostatek léků – podařilo vyřešit. Byl to problém, který trápil všechny, od pacientů přes lékárníky, a nakonec po dlouhých vysvětlováních Slovenské lékárnické komory (SLeK) i úředníky. Z lékárnické obce se však ozývaly i hlasy, že se to nepodaří, že to nebude fungovat a že to nebude pro nás dobré. Skutečnost je však úplně jiná. Myslím, že neexistuje lékárna, která by dnes nedovedla zabezpečit (v minulosti vinou reexportu) nedostupný lék.

Indukovaná preskripce je něco, co mnohým lékárnám (podobně jako reexport) dovoluje existovat, a mohlo by se zdát, že snaha zdravotních pojišťoven (nejnověji Všeobecné zdravotní pojišťovny) zavést e-recept jde proti lékárnám. Ano, jde proti těm lékárnám, které vůbec neměly vzniknout, nemají morální právo fungovat a měly podobně jako „reexportní“ už dávno zaniknout. Jde proti lékárnám a jejich majitelům, kteří parazitují na systému veřejného pojištění, obírají stát, pacienty a i nás lékárníky o finance, které mohly lékárny už dávno inkasovat, například jako výkony za poskytování lékárenské péče.

Přestože žádná z pojišťoven – ať už v minulosti Důvěra nebo teď VŠZP – tento nástroj nekomunikuje jako prostředek k odhalení „černé preskripce“, myslím, že to je jeden z hlavních důvodů, který je vedl k tomu, aby ho vyvinuly. Stejně tak to byl impuls k tomu, aby se vedení VŠZP rozhodlo rozběhnout takový samostatný projekt přibližně půl roku před spuštěním e-Health.

Prezident SLeK absolvoval setkání s ředitelem VŠZP, který přislíbil úzkou součinnost a podrobnou komunikaci směrem ke Slovenské lékárnické komoře jako partnerovi při zavádění tohoto nástroje k eliminaci indukované preskripce.

**PharmDr. Norbert Chano**  
Lekárik, č. 5/2017, str. 3

# OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v květnu 2017

## Zrušená osvědčení

- 95/1993 Mgr. Josef Švarc, Lékárna TILIA, nám. ČSA 15, Kamenice nad Lipou
- 278/1993 Mgr. Anna Kališová, Lékárna U Radnice, Sokolská třída 34, Ostrava 1
- 427/1993 Mgr. Alena Krejčířová, Lékárna Na náměstí, nám. T. G. Masaryka 10, Lipník nad Bečvou
- 135/1996 RNDr. Larisa Stará, Lékárna Pod Zvičinou, Janderova 2127, Hořice v Podkrkonoší
- 125/1998 Mgr. Irena Raková, Lékárna U III. polikliniky, Čechovská 55, Příbram
- 225/2000 PharmDr. Alena Myjavcová, Lékárna u Havlíčka, Tyršova 579, Chotěboř
- 272/2001 PharmDr. Hana Považská, Klášterní lékárna, Sušilova 1, Opava
- 286/2005 PharmDr. Dagmar Čapková, Lékárna PRONATAL PHARMA Praha, Na Dlouhé mezi 4/12, Praha 4
- 376/2007 PharmDr. Jiřina Roučková, Lékárna Scarabeus, Hlavní 2459/108, OD Centrum, Praha 4
- 273/2009 Mgr. Pavlína Cíchová, Lékárna Helios, Znojemska 1383, Třebíč
- 796/2013 PharmDr. Jan Horáček, Lékárna Na Maninách, Dělnická 54, Praha 7
- 1548/2013 Mgr. Daniel Krulich, Dr. Max LÉKÁRNA, U Kostela 4754/37, Jablonec nad Nisou
- 222/2014 RNDr. Larisa Stará, Lékárna Pod Zvičinou, Janderova 2127, Hořice v Podkrkonoší
- 507/2014 Mgr. Eva Doušová, Lékárna Tesco, Chebská 870/23, Mariánské Lázně
- 508/2014 Mgr. Eva Doušová, IPC Marketing global, s. r. o., Slovanská 1238/69, Plzeň
- 627/2014 Mgr. Kateřina Döllingerová, Písnická lékárna, Libušská 319/126, Praha 4
- 194/2015 Mgr. Eva Veselá, Lékárna Bazalka, s. r. o., Hladnovská 1944/16, Slezská Ostrava
- 213/2015 Mgr. Zuzana Pilařová, Červený rak, s. r. o., Na Zemance 1802, Praha 4
- 214/2015 Mgr. Zuzana Pilařová, Lékárna Červený Rak, Sokolovská 394/17, Praha 8
- 3/2016 PharmDr. Edita Černochová, Lékárna Faustův dům, Karlovo nám.40, Praha 2
- 81/2016 PharmDr. Soňa Dvořáková, Lékárna Typos, Běhounská 15, Brno
- 161/2016 Mgr. Lukáš Vágner, Dr. Max LÉKÁRNA, Bezručova 3630, Mělník
- 184/2016 PharmDr. Kateřina Kovačová, Lékárna Na Valech, Velké Valy 237, Nymburk

- 456/2016 Mgr. Marta Kratochvílová, Lékárna ANTHEMIS, Ruská 433/6, Františkovy Lázně
- 459/2016 Mgr. Milan Kolesár, Lékárna Na Zdraví, Mráčkova 3419/3, Praha 4 - Modřany
- 525/2016 Mgr. Martina Vužňáková, Adamova lékárna, Václavské nám. 775/8, Praha 1
- 574/2016 Mgr. Jana Prokešová, Dr. Max LÉKÁRNA, Brněnská 360, Třebíč
- 719/2016 Mgr. Jan Přemyslovský, Lékárna AVE s. r. o., Masarykovo nám. 33, Uničov
- 143/2017 Mgr. Pavel Veselý, Happy Pharm, s. r. o., Piletická 178/61, Hradec Králové
- 231/2017 PharmDr. Lenka Doležalová, Lékárna Špilberk, Holandská 873/6, Brno
- 283/2017 Mgr. Jana Vobicková, Lékárna U Červeného orla, Havelská 14, Praha 1
- 284/2017 Mgr. Jana Vobicková, COLUSOR, s. r. o., Tuřanka 1222/115, Brno

## Vydaná osvědčení

### VEDOUCÍ LÉKÁRNÍK

- 286/2017 Mgr. Pavlína Cíchová, Lékárna Helios, Znojemska 1383, Třebíč, poskytovatel: HELIOS PHARMA, s. r. o.
- 288/2017 Mgr. Irena Foltýnová, Lékárna U Jakuba, Velkomoravská 378/1, Hodonín, poskytovatel: Lékárna U Jakuba, s. r. o.
- 290/2017 Mgr. Adéla Hamáčková, Lékárna Vršovců, Vršovců 1826, Chomutov, poskytovatel: Arlego s. r. o.
- 291/2017 Mgr. Ludmila Havelková, Dr. Max LÉKÁRNA, Brněnská 360, Třebíč, poskytovatel: ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 292/2017 Mgr. Jana Husaříková, Lékárna U raka, Mikulovská 151, Valtice, poskytovatel: Xita, s. r. o.
- 294/2017 PharmDr. Eva Krahulcová, Lékárna U Černého orla, 5. května 424, Svoboda nad Úpou, poskytovatel: IKN služby, s. r. o.
- 296/2017 Mgr. Jaroslava Miksová, Lékárna Libouchec, Libouchec 82, Libouchec, poskytovatel: Lékárna Londýnská spol s r. o.
- 298/2017 PharmDr. Stanislava Mrhálková, Lékárna U Komenského, Komenského nám. 372, Kroměříž, poskytovatel: Lunacor s. r. o.
- 300/2017 Mgr. Jana Nosálová, Nová lékárna, Komenského 11, Polička, poskytovatel: Tomanová lékárny s. r. o.

- |          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| 302/2017 | Mgr. Martin Považský,<br>Klášterní lékárna, Sušilova 1, Opava,<br>poskytovatel: FRANCISCANEUM s. r. o.                         | 277/2017 | Mgr. Hana Koulová, Lékárna Prosek Point,<br>Prosecká 855/68, Praha 9,<br>poskytovatel: PharmaCom CZ, s. r. o.                            |
| 304/2017 | Mgr. Marie Schwarzová,<br>Lékárna Na náměstí,<br>nám. T. G. Masaryka 10, Lipník nad Bečvou,<br>poskytovatel: EBIX spol. s r.o. | 279/2017 | PharmDr. Lenka Pospíchalová,<br>BENU Lékárna, Hornoměřcholupecká,<br>OC Kaufland, Praha 10,<br>poskytovatel: BENU Česká republika, a. s. |
| 305/2017 | Mgr. Eva Venzhöferová, Dr. Max LÉKÁRNA,<br>Malé náměstí 105, Rokycany, poskytovatel:<br>ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.           | 280/2017 | Mgr. Vladislava Řeháčková,<br>Lékárna U zlatého slunce,<br>Bulharská 6154, Ostrava-Poruba,<br>poskytovatel: ANICALInvest, s. r. o.       |
| 307/2017 | Mgr. Ivana Vološinová, Lékárna U Soudu,<br>Duchcovská 304/10, Teplice,<br>poskytovatel: Domáci lékárna s. r. o.                | 282/2017 | Mgr. Michaela Snídalová,<br>Lékárna Karlov, Karlov 1, Prostějov,<br>poskytovatel: Lékárna Karlov s. r. o.                                |
| 309/2017 | PharmDr. Soňa Dvořáková, Lékárna Typos,<br>Štefánikova 836/1, Brno,<br>poskytovatel: MeaVita, s. r. o.                         | 283/2017 | Mgr. Jana Vobicková,<br>Lékárna U Červeného orla,<br>Havelská 14, Praha 1,<br>poskytovatel: COLUSOR s. r. o.                             |
| 274/2017 | Mgr. Anna Kališová, Lékárna U Radnice,<br>Sokolská tř. 34, Ostrava,<br>poskytovatel: Anna Kališová, s. r. o.                   | 285/2017 | Mgr. Michaela Zemanová, Pilulka Lékárna,<br>Vinohradská 1713/196, Praha 3,<br>poskytovatel: Pilulka Lékárny a. s.                        |
| 276/2017 | Mgr. Lenka Koudelková, Lékárna Nemocnice<br>v Semilech, 3. května 421, Semily,<br>poskytovatel: MNM, a. s.                     |          |  |

## 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 nejpozději **10 dnů** před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnnutnějším případě a za zvýšený poplatek).

Poplatek za účast na IDS: 300 Kč, hotově 350 Kč. Počet bodů: 12.

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

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

### ZÁŘÍ

#### Út 5. 9. Praha 8 (kód akce: 17030)

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

#### Antibiotika v kazuistikách III.

– opakování z 2. 2.2017 a 1. 3.2017

**Anotace:** Třetí série seminářů na téma Antibiotika v kazuistikách bude věnována terapii infekcí *Clostridium difficile*

(CDI), vztahu probiotik a CDI a vybraným nežádoucím účinkům antibiotik.

**Lektoři:** PharmDr. Jitka Rychlíčková,  
MUDr. Hana Suchánková

#### St 13. 9. Praha 8 (kód akce: 17031)

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

#### Léčiva u chronické renální insuficience

**Lektoři:** PharmDr. Jana Gregorová,  
MUDr. Lenka Křivková

#### So 16. 9. Teplice (kód akce: 17063)

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

#### Kazuistiky z interních oborů – terapie bolesti s důrazem na nesteroidní antiflogistika

**Anotace:** Využití nesteroidních antiflogistik v neurologii, rozdíly mezi NSAIDs.

**Lektoři:** Mgr. Kateřina Langmaierová,  
Mgr. Renáta Kuželová,  
MUDr. Petr Tamlar

#### Čt 21. 9. Hodonín (kód akce: 17032)

Nemocnice Hodonín, jídelna, začátek v 18.00 hodin

#### Krvácivé stavy

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

# Nový tým to může dotáhnout dál

Šest let od založení Mladých lékárníků stál v jejich čele PharmDr. Antonín Svoboda. Odvedl obrovský kus práce a patří mu poděkování, že „mladým“ dal šanci se hned po fakultě rozvíjet a zapojit do „vysoké“ politiky, být v centru dění a podílet se na formování budoucnosti profese.

## Aleš Novosád, Stanislav Havlíček

Jako odstupující předseda a otec zakladatel Mladých lékárníků otevřel PharmDr. Antonín Svoboda úvodním slovem sněm, na jehož konci očekával volby a první symbolické předání žezla v historii sdružení. Kromě toho nastínil základní okruhy a témata, kterým by se měl sjezd před volbou věnovat.

V dopoledním bloku se v rychlém sledu vystřídali čtyři přednášející. Prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba se věnoval hlavně elektronizaci zdravotnictví a protipadělkové směrnici a k tématu elektronizace, zejména problematice elektronického předepisování, pokračovali i zástupci Státního ústavu pro kontrolu léčiv PharmDr. Kamil Rössler a Ing. Renata Golasíková. Následná živá diskuze se věnovala konkrétním případům, které v současnosti v lékárnách fungují a s elektronizací by měly být jinak.

K novele zákona č. 95, který začne platit 1. července 2017, vystoupila vedoucí Katedry lékárenství IPVZ, PharmDr. Marcela Heislerová, Ph.D.

Dopolední blok ukončila panelová diskuze s jednotlivými přednášejícími a jako hosté přijaly pozvání do panelu také PharmDr. Alena Tomášková z odboru farmacie Ministerstva zdravotnictví a PharmDr. Jarmila Skopová za Posky-

tovatele lékárenské péče. Znovu zaznívaly lékárenské evergreeny, jednotné doplatky, nedostupnost léčivých přípravků nebo reexporty.

V odpoledním bloku představil Mgr. Jiří Kotlář Českou farmaceutickou společnost, PharmDr. Stanislav Havlíček se podělil o osobní zkušenosti z mise Lékařů bez hranic v Jižním Súdánu a PharmDr. Aleš Novosád hovořil o výsledcích projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny a České lékárnické komory Lékárník – odborný poradce.

Ve volbách po skončení odborného programu byli do nového předsednictva Mladých lékárníků zvoleni: Aleš Novosád – předseda, Filip Škarda – místopředseda, Eva Procházková, Petr Sedlák, Lukáš Malý.

I nové předsednictvo přijalo za své nadčasové Vize Mladých lékárníků, schválené na ustavujícím sněmu v roce 2011:

- Mladí lékárníci chtějí spojit všechny lékárníky nespokojené se současným stavem českého lékárenství s cílem navrátit prestiž našemu oboru.

Nevíme, jestli se Mladým lékárníkům daří stmelovat a zasévat do mladých hlav absolventů kromě starostí o co nejlepší výplatu také obavu a starost

o budoucnost oboru. A spolu s tím také ochotu se na tvorbě budoucnosti alespoň částečně podílet. Probudit trochu rezistence k tomu, aby se nenechali spolknout systémem. Víme ale, že i malá drobná aktivita několika jednotlivců pomůže, aby většina zesílila nespokojené volání proti přehlížení malé a opomíjené, ale velmi potřebné profese.

- Mladí lékárníci chtějí podpořit odbornost lékárníků (atestační a celoživotní vzdělávání), kvalitu péče poskytované farmaceuty a společenskou odpovědnost oboru.

V minulém předsednictvu se dařilo tuto vizi naplňovat, ale novelou zákona č. 95 to nekončí. Mladí lékárníci se prosadili i do akreditačních komisí a také úzce nastavená spolupráce s Katedrou lékárenství IPVZ je závazkem do budoucna.

- Mladí lékárníci chtějí pomáhat absolventům farmaceutických fakult k orientaci v oboru.

Tady se dá udělat mnohem více. Často se čerstvě promovány lékárník dostane za táru a je vyděšený, co všechno se na něho valí. Na sdružení Mladých lékárníků pak nezbyvá čas a je to to poslední, co jej v té chvíli zajímá. To by snad mohla změnit nová krev v předsednictvu Mladých lékárníků, nové nápady a mladší energie.

Složil se zajímavý tým. Mladý, ambiciózní, který to může dotáhnout daleko. Všichni z předsednictva se znají roky. Vědí, co od sebe čekat, snad se tedy první pozitivní výsledky dostaví brzy.

Takže všem hodně štěstí.



# Už víš, jak to v našem oboru chodí

PharmDr. Antonín SVOBODA



Ahoj  
mladý lékárníku,

dosáhl jsi 35 let, gratulujeme! Byť jsi stále mladý, jsi už dost zkušený a my ti musíme dát sbohem. Nenecháš se opít rohlíkem a víš, jak to v našem oboru chodí. Tak nějak by mohlo vypadat loučení se členy narozenými v roce 1982, kteří letos dovrší onoho limitního věku, jímž končí členství ve spolku Mladí lékárníci. Jako voda uplynulo období od chvíle, kdy jsem před sedmi lety inicioval vznik občanského sdružení. Chtěli jsme spojit mladé lékárníky, změnit podmínky fungování lékárenské péče a posilovat princip vysoce odborné a nezávislé profese. Ukázat, že mladým lékárníkům není vývoj oboru lhostejný.

Začalo to spojením ohnisek vyjadřující nespokojenost se stavem v lékárenství, poukázáním na problémy, které ztěžovaly naši odbornou činnost. Tím započala cesta, která byla pro mě plná nových zkušeností, poznáním mnoha lidí. Jsem vděčný za to, s jakými osobnostmi jsem se měl možnost setkat a spolupracovat s nimi. Byli jsme přijati velmi vlídně a s velkou podporou. První krůčky podnítl neúnavný a ideálů nezbavitelný lékárenský guru Pavel Grodza, který nám s Jirkou Kotlářem, sotva jsme se začali dávat dohromady, poskytli prostor na Lékařnických dnech ve Frýdku-Místku pořádaných Českou farmaceutickou společností. Tam jsme naši iniciativu poprvé veřejně představili. O měsíc později jsem hájil lékárníky v televizním pořadu (Máte slovo) Michaely Jílkové, kam mě dostal další skvělý lékárník a člověk Standa Havlíček, tehdy ve funkci prezidenta naší komory. Vnímám to, jako by to bylo včera. Spolupráce Mladých lékárníků a vedení ČLnK, ostatně i provozovatelských sdružení, byla a je vynikající a mohl bych zmiňovat řadu osobností, které nám byly a jsou velkou oporou, za což jsem jim vděčný.

Je nutno říct, že z ideálů, jak se bude všechno rázně měnit k lepšímu, jsem poznal realitu obtížnosti prosazení jakékoli změny. Pochopil jsem, jak obtížné je vůbec udržet stávající stav před dalšími hrozbami. Někdo si myslí, že stačí zakřičet a bouchnout do stolu. Nesouhlasím. Tím se zviditelníte a akorát si zavřete dveře. Neznamená to, že není potřeba být slyšet a s konzistentním názorem neustále tepat do těch, kdo rozhodují, avšak s potřebnou dávkou diplomacie. Pro prosazení změn je nutná systematická práce. Když se ohlédnou zpět, uvědomuji si, že lékárenství dnes není v lepší kondici. Přesto věřím, že podhoubí dobrých změn bylo zaseto.

Pozitivní je rozvoj naší odbornosti a zlepšování služeb pro pacienty. Jedině přes společné zájmy s pacienty jsme schopni prosazovat velké změny. Přesvědčujeme politiky, že náš zájem na odborném a nezávislém povolání je pro občany tou prospěšnou vizí. Potřebujeme, aby nenaslouchali těm, kteří z oboru vytváří prostou logistiku, v jejíž struktuře se chtějí přisát na veřejné zdroje primárně určené pro zdravotní péči. Se spolkem Mladí lékárníci usilujeme, aby odbornost lékárníků nezapadala, aby role a kompetence lékárníků byly posilovány. Hledáme, jak ohodnotit odborný výkon, abychom vrátili ziskovost lékárenské činnosti. Náзор, abychom se hojili nějakými doplňkovými aktivitami, odmítáme. Potřebujeme prosadit jiný druh odměny než ten zahrnutý v ceně vydávaných léčiv a bohužel kopírující pokles ceny běžně expedovaných léčiv.

Prosazujeme ty návrhy a změny, které ukotví lékárně jako zdravotnické zařízení a lékárníka jako nezávislého odborníka. Sdružujeme mladé lékárníky všech lékáren. Často se totiž od sebe zbytečně oddělujeme – na veřejné, řetězcové, nemocniční, klinické, zaměstnance a provozovatele, což nás oslabuje. Provozovatelů-lékárníků je stále méně a mladí lékárníci nemají dnes perspektivu otevřít si vlastní lékárně. To je velká škoda. Představitelé státu by si měli uvědomit význam vzdělané profese, expertů podporujících compliance pacientů, hlídajících farmako-

terapii, rizika a signály selhání léčby, lékových interakcí nebo projevu nežádoucích účinků. Zdravotníků, které mají pacienti vždy blízko a téměř stále k dispozici pro poskytnutí pomoci v podobě rady nebo léku. Informací a reklam je přebytek, objevují se různé „šmejdy“ s klamavými údaji. Jsme obklopeni moderními technologiemi, ale principy fungování lidské společnosti se nemění. Důvěra, která vždy byla symbolem a bernou mincí lékárenské profese, je nenahraditelná. Namísto záplavy dat, reklam internetových prodejců a různých letáků potřebuje pacient skutečně potřebnou radu od nezávislého odborníka – lékárníka.

Závěrem chci poděkovat za spolupráci všem členům. Naše činnost ve spolku byla a nejspíš vždy bude dobrovolná v rámci volného času. Cením si, že jste ho věnovali našim cílům. Velice si vaši podpory vážím! Jmenovitě bych rád poděkoval Pepovi Vaníčkovi za vytrvalou práci od počátku sdružení, za jeho starost o web, členskou evidenci i organizační činnost při pořádání akcí. Děkuji také Alešovi Novosádovi, který nás intenzivně doplnil v posledních měsících a nyní se po zvolení ujme role předsedy. Přeji mu, ať pro lékárníky pracuje s nadšením a úsilím sobě vlastním, a ať se mu v roli předsedy spolku Mladí lékárníci daří naplňovat cíle, které si předsevzal.





# Mladí lékárníci by měli být radikálnější

ROZHOVOR S PharmDr. ALEŠEM NOVOSÁDEM, NOVÝM PŘEDSEDOU MLADÝCH LÉKÁRNÍKŮ

■ **Dovolte mi, abych vám v první řadě pogratuloval k vašemu zvolení. Ve své dosavadní práci pro lékárníky jste se věnoval z velké části odborným projektům. Budete v této své práci pokračovat i nadále?**



Odborné projekty mám na starosti jako zaměstnanec České lékárnické komory a jako člen jejího představenstva. Určitě se jim budu věnovat i nadále. Jednání se zdravotními pojišťovnami vypadají po letech slibně, a proto teď nesmíme v této práci polevit. Ovšem propojení odborných projektů se sdružením Mladých lékárníků alespoň v nadcházejícím roce nevidím reálně. Mladí lékárníci vykazují aktivitu převážně na sociálních sítích. Takové to posezení u piva se již příliš nenosí, i na samotném sněmu byla účast poněkud menší, než jsme očekávali. Bohužel se z různých důvodů nemohla dostavit ani většina odstupujícího předsednictva, natož řadová členové. Na druhou stranu jsme mezi námi přivítali nové kolegy, a i když se jednalo spíše o jednotlivce, jsou zárukou pokračování našeho sdružení. Na širším zapojení dalších kolegů a jejich motivaci přesto musíme zapracovat ve větší míře.

■ **Jakým tématům budete věnovat největší pozornost právě s ohledem na mladé kolegy?**

Myslím si, že z hlediska zájmu mladých kolegů patří mezi hlavní témata vzdělávání a specializace. Novela zákona 95 k tomu ještě trochu přispěla. Na sociálních sítích vidíte, že kolegy mnohdy trápí také úplně jiné, dalo by se říci běžné, starosti. Z určitého pohledu to může vypadat jako banality, ale právě tyto drobné střípky by nám mohly posloužit jako návod, jak k mladým lékárníkům po fakultě přistupovat. V tom obrovském objemu informací fakulta nedokáže sdělit vše, často chybí převod znalostí do praxe samotné a složitý právní systém pak nahrává tomu, že mladí kolegové tápou v základních věcech. Tady si myslím, že kolegům dokážeme pomoci nejvíce.

■ **Všichni lékárníci jsou členy ČLnK, nabízí se tedy otázka, zda a jakým způsobem byste chtěl spolupracovat se svou stavovskou organizací?**

O blízké spolupráci svědčí, že se našeho sněmu zúčastnilo sedm členů představenstva ČLnK. Jako členovi komory, současně jejího představenstva a dokonce i zaměstnanci mi přijde spolupráce snadná a dobře proveditelná. Nevím, jestli vše zmíněné bude výhodou, nebo překážkou.

To ukáže až čas. Ale myslím si, že by měli být Mladí lékárníci po vzoru

Mladých lékařů radikálnější při formulaci svých očekávání a požadavků vůči politickým představitelům i veřejnosti. Cíle Komory a Mladých lékárníků jsou stejné, ale Mladí lékárníci si mohou dovolit více než stavovská organizace. Spolupráce na vzdělávacích aktivitách, stránce odbornosti apod. jsou aktivity, které víceméně fungují, ale nesmí se na ně zapomínat.

■ **Lékárníci jistě zaznamenali také přímou aktivitu ML směrem k ministerstvu zdravotnictví. Co je vaším cílem a co byste chtěli projednat s ministrem?**

Bohužel schůzka, která byla naplánována se současným ministrem na 19. června, byla z důvodů jeho vytíženosti a také kvůli současné politické situaci zrušena. Ve funkci je krátkou dobu, ale důvod pro zrušení schůzky příliš nechápu. Politická situace je ve zdravotnictví a zejména v oblasti lékárenství bohužel konstantou. Toto přehlížení vidíme ze strany politiků vůči lékárníkům stále častěji. Na schůzku máme připravenou nejednu oblast, ve které už „jedou“ lékárny na rezervy. V případě, že se schůzka uskuteční, budu o jejím výsledku rád referovat v některém z příštích čísel Časopisu českých lékárníků.

**Přeji vám hodně úspěchů a pevné nervy.**

**Aleš KREBS**

## Nadějnější léčba IPF

Společnost Boehringer Ingelheim nedávno oznámila výsledky nových analýz z klinických hodnocení s přípravkem OFEV® (nintedanib) v léčbě idiopatické plicní fibrózy (IPF) na konferenci American Thoracic Society (ATS) v roce 2017.

Podle spojené analýzy dat ze dvojice klinických hodnocení fáze III INPULSIS® byla pravděpodobnost zlepšení nebo stabilizace plicní funkce měřené pomocí usilovné vitální kapacity (FVC) v týdnu 52 dvojnásobná ve skupině s přípravkem OFEV® (36,8 %) než ve skupině s placebem (18,0 %). Podskupinová analýza otevřené studie INPULSIS®-ON prokázala podobnou roční míru poklesu FVC během 96 týdnů u pacientů léčených uvedeným přípravkem bez ohledu na dávku, kterou užívali v závislosti na snášenlivosti (150 mg dvakrát denně, 100 mg dvakrát denně nebo obě dávky).

Samostatná analýza prezentovaná na konferenci zkoumala data z registru pacientů IPF-PRO z 18 pneumologických pracovišť za účelem stanovení klinické charakteristiky pacientů s IPF s pokročilým postižením plicních funkcí. Většina klinických studií zahrnovala pacienty s IPF s mírným až středně závažným postižením plicních funkcí, cílem bylo získat informace o tom, jak se liší pacienti s pokročilejším onemocněním. Pacienti s výchozí pokročilou IPF měli větší fyzickou poruchu než pacienti s mírným až středně závažným onemocněním včetně kratší vzdálenosti ušlé za šest minut (97,5 m oproti 121 m). U nemocných s pokročilejší IPF se zároveň častěji vyskytovala hypoxémie (špatné okysličení krve) jak klidová (36,6 % vs. 7,4 %), tak námahová (62,4 % vs. 20,2 %), vyžadující větší objem dodatečného kyslíku, plicní arteriální hypertenze či plicní nebo vysoký krevní tlak v plicích (14,0 % vs. 6,4 %). Pacienti s pokročilou poruchou plicní funkce měli dále významně horší skóre kvality života související se zdravím.

## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

**Liška, M.: Nejčastější lékové alergie dětí**

*Pediatric pro praxi č. 2/2017*

Mezi nejčastější imunopatogenetické mechanismy přecitlivělosti na léky patří reakce zprostředkované specifickými IgE protilátkami nebo specifickými T-lymfocyty (lékové alergie). Některé reakce však nemají imunologický podklad (nealergické DHR-Drug Hypersensitivity Reaction). DHR patří mezi typ B NÚL, což jsou dle WHO na dávce nezávislé, nepředvídatelné, škodlivé a nezamýšlené odpovědi organismu na běžnou dávku léčiva. DHR mohou postihovat až 7 % populace. Klinicky se projevují jednak tzv. časné reakce (za 1 až 6 hodin po podání) a dále pozdní DHR zprostředkované většinou antigen specifickými T-lymfocyty. Nejčastějšími původci DHR jsou antibiotika, hlavně betalaktamy. Způsobují



kopřivku, akutní exantémy až anafylaxi. Zkřížená reakce na peniciliny a cefalosporiny je možná, ale ne nutná. Diagnostikovat se dá pomocí kožních testů. Po ostatních ATB jsou DHR vzácnější (např. kontaktní dermatitida po neomycinu, fotosenzitivita po tetracyklinech). Z chemoterapeutik bývají DHR po cotrimoxazolu a chinolonech. Druhé místo v četnosti představují léčiva používaná při celkové anestezii (periferní myorelaxancia, tiopental, propofol, BZD, koloidní náhražky plazmy). Dále jsou to DHR na nesteroidní antiflogistika (kožní reakce na ibuprofen je častější u atopiků), na cytostatika (od kožních reakcí po anafylaxi), na kontrastní látky, vakcíny a lokální anestetika (častěji u dospělých).

kopřivku, akutní exantémy až anafylaxi. Zkřížená reakce na peniciliny a cefalosporiny je možná, ale ne nutná. Diagnostikovat se dá pomocí kožních testů. Po ostatních ATB jsou DHR vzácnější (např. kontaktní dermatitida po neomycinu, fotosenzitivita po tetracyklinech). Z chemoterapeutik bývají DHR po cotrimoxazolu a chinolonech. Druhé místo v četnosti představují léčiva používaná při celkové anestezii (periferní myorelaxancia, tiopental, propofol, BZD, koloidní náhražky plazmy). Dále jsou to DHR na nesteroidní antiflogistika (kožní reakce na ibuprofen je častější u atopiků), na cytostatika (od kožních reakcí po anafylaxi), na kontrastní látky, vakcíny a lokální anestetika (častěji u dospělých).

**Musil, D.: Cilostazol v léčbě ischemické choroby dolních končetin**

*Klinická farmakologie a farmacie č. 1/2017*

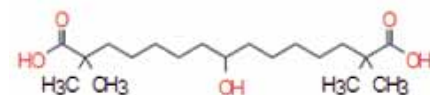
Cilostazol je vazodilatans s protideštičkovými a antimetabolickými účinky. Je inhibitorem fosfodiesterázy III a zpomaluje biodegradaci cyklických nukleotidů (cAMP a cGMP). Stabilizuje tím membránu krevních destiček a má primární i sekundární antiagregační efekt. Ischemie dolních končetin (ICHDK) se klinicky projevuje bolestmi nohou, křečemi a svalovou únavou asi u 10 až 35 % osob s aterosklerózou tepen, ostatní jsou bez příznaků. Před zastavením při chůzi si pacient snaží ulevit a tím pokulhává (intermitentní klaudikace). Cilostazol je v této indikaci dle doporučení lékem první volby. Druhou možností je naftidrofuryl. Primárními cíli léčby u pacientů s kritickou ICHDK jsou: úleva od bolesti, oddálení amputace končetiny, prevence kardiovaskulárních onemocnění. Základem nefarmakologické léčby je endovaskulární či chirurgická revaskularizace. Farmakologicky se léčí symptomy – bolest paracetamolem či NSAID. Cilostazol významně prodlužuje klaudikační interval. Zatím nejsou data ani o snížení mortality při léčbě cilostazolem ani o ovlivnění výskytu kardiovaskulárních či cerebrovaskulárních příhod. Z nežádoucích účinků cilostazolu se nejčastěji objevují bolesti hlavy, palpitace, průjem, perimaleolární otoky, závratě.

Stránku připravil

PharmDr. Pavel GRODZA, panacea@iol.cz

# MOLEKULA MĚSÍCE

## Kyselina bempedoová (ETC1002)

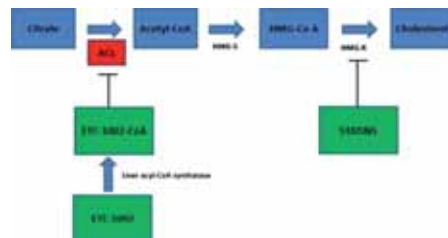


**IUPAC:** 8-Hydroxy-2,2,14,14-tetramethylpentadecanedioic acid

**Sumární vzorec:** C<sub>19</sub>H<sub>36</sub>O<sub>5</sub>

**Molekulová hmotnost:** 344,486

Kyselina bempedoová (dále KB) představuje novou terapeutickou možnost v léčbě vysokého LDL cholesterolu. Inhibuje enzym ATP citrát lyázu (ACL – cytosolový enzym produkovaný bílou tukovou tkání a játry). Je důležitým enzymem v biosyntéze mastných kyselin a cholesterolu u živočichů (viz obr.). U člověka byla její role prokázána jen v biosyntéze cholesterolu. Aktivně působí proti ACL až její derivát s acetylkoenzymem A.



KB byla objevena v laboratořích firmy Esperion v Ann Arbor v Michiganu nedaleko Detroitu. První a druhá fáze klinického zkoušení KB zahrnovaly 18 studií. Výsledky II. fáze byly velmi povzbudivé – redukce LDL cholesterolu v monoterapii o 30 % a v kombinaci s ezetimibem o 50 %. KB by měla sloužit pacientům netolerujícím statiny. V lednu 2017 byly zahájeny klinické studie III. fáze s perspektivou dokončení v roce 2019. V té době by mohla být KB schválena v Evropě. FDA je kritičtější a chce důkladnější prověření přínosu v léčbě kardiovaskulárních chorob a počítá s přijetím až v roce 2022. Zvláště po objevu inhibitorů PCSK9.

*Zdroje: internet*

## NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Podle odhadů v aktuální Modré knize (23. vydání) bude v roce 2017 v ČR 90 603 nemocných žen s karcinomem prsu, přičemž v metastatickém stadiu IV bude léčeno 3 369 pacientek. Nově léčených pacientek protinádorovou terapií by mělo být 8 002, přičemž ve stadiu IV – paliativní léčbou – by mělo být léčeno zhruba 1 600 pacientek. Přibližně 60 až 70 % všech karcinomů prsu obsahuje



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

# palbociklib

hormonální receptory (HR+ = estrogenové ER+ a/nebo progesteronové PR+ receptory), avšak jen polovina z nich reaguje na hormonální léčbu. Horší prognózu onemocnění mají pacientky s expresí HER2 receptorů (receptor 2 pro lidský epidermální růstový faktor; udává se 15–30 %) a bez exprese receptorů („triple-negative“, do 15 %). Celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu se v populaci českých žen pohybuje okolo 6–7 %.

Farmakoterapie karcinomu prsu (BC) probíhá v závislosti na stadiu nemoci ve 3 základních režimech. U operabilních (časných) nádorů se může podat buď po operaci jako prevence vzniku nádorů z mikrometastáz – adjuvantní režim, nebo se aplikuje před operací ke zmenšení objemu operovaného nádoru – neoadjuvantní režim. U pokročilého stadia BC s metastázami se podává terapie paliativně s cílem zachovat kvalitu života. U hormonálně dependentních karcinomů je preferována méně toxická hormonální léčba (v pořadí): SERM (selektivní modulatory estrogenových receptorů – tamoxifen), inhibitory aromatáz (anastrozol, letrozol, exemestan), downregulátor ER (fulvestrant). U premenopauzálních žen se zvažuje ovariální ablace. Základem chemoterapie všech typů BC jsou kombinace těchto látek: cyklofosfamid, antracykliny (doxorubicin, epirubicin), fluorouracyl, methotrexát, taxany (docetaxel, paklitaxel), vinorelbin, platinové deriváty, kapecitabin. U HER2 pozitivních karcinomů prsu se prosazuje léčba „cílená“ na funkci HER2 – trastuzumab, lapatinib, pertuzumab. Jelikož se jedná o solidní nádor s požadavky na prokrvení, uplatnění (především u triple-negativní formy) nachází bevacizumab. Pozice everolimu (inhibice signální cesty mTOR) stejně jako palbociklibu by měla být především u hormonálně pozitivních, ale HER2 negativních forem. Nové možnosti chemoterapie přináší eribulin. Karcinom prsu je heterogenní onemocnění. V současné době již existuje relativně široká paleta léčiv umožňující individualizovanou léčbu pacienta, nicméně metastatické onemocnění je zpravidla inkurabilní a jeho medián přežití bývá 2–3 roky.

### Farmakologické aspekty

Cyklin-dependentní kinázy 4 a 6 (CDK4/6) hrají roli v regulaci buněčného cyklu. Vytváří komplex s cyklinem D. Vzniklé aktivní

komplexy CDK4/6-cyklin D, fosforylují tumor-supresorový protein pRb (retinoblastom), který následně aktivuje dosud inhibovaný transkripční faktor E2F. E2F putuje do jádra a vazbou na příslušný promotor umožňuje expresi cyklinu E, který následně s CDK2, umožňuje přechod z G1 fáze do S fáze buněčného dělení. Palbociklib je vysoce selektivní, reverzibilní inhibitor CDK4/6. Prostřednictvím inhibice CDK4/6 snižuje palbociklib buněčnou proliferaci zablokováním buněčného cyklu ve fázi G1.

Biologická dostupnost perorálního palbociklibu je 46 %, z důvodu nižší variability vstřebávání se doporučuje podání s jídlem. Ustálený stav byl dosažen do 8 dnů po opakovaném podávání jednou denně. Vazba na krevní bílkoviny je 85 %. Metabolizován je oxidací CYP 3A a sulfonací SULT2A1. Průměrný poločas eliminace byl 28,8 hodin, vylučování probíhá převážně stolicí (75 % dávky).

### Klinické aspekty

Účinnost palbociklibu (PAL) byla zkoumána v první a druhé linii lokálně pokročilého nebo metastatického HR+ a zároveň HER2 negativního karcinomu prsu jako add-on (v kombinaci) s typicky používanými hormonálními léčivy těchto linií. Pacientky dostaly chemoterapii nebo tamoxifen v rámci léčby předchozích stadií. Ve studii PALOMA 2 bylo studováno 666 postmenopauzálních žen zařazených do skupin v poměru 2:1 léčených v první linii kombinací PAL s letrozolem nebo letrozolem samotným. Primárním sledovaným parametrem byla doba přežití bez progresce onemocnění (PFS). Medián PFS byl 24,8 měsíců ve skupině kombinace a 14,5 měsíců ve skupině letrozolu samotného (HR: 0,58; 95% CI: 0,46–0,72). Studie PALOMA 3 se posunula do druhé linie a sledovala 521 pacientek (mohly být i premenopauzální) zařazených v poměru 2:1 do skupin kombinace PAL s fulvestrantem a s fulvestrantem samotným. Primární sledovaný parametr PFS byl 9,5 měsíce ve skupině PAL s fulvestrantem a 4,6 měsíce ve skupině fulvestrantu samotného (HR: 0,46; 95% CI: 0,36–0,59). PAL byl v obou studiích podáván p.o. v cyklech v dávce 125 mg denně po dobu 3 týdnů s následným týdenním vynecháním, letrozol byl podáván 2,5 mg p.o. denně (kontinuálně), fulvestrant byl nejdříve podán 500 mg i.m. den 1. a 15. v prvním cyklu a následně 500 mg i.m. vždy 1. den dalších 28denních cyklů.

Palbociklib ve své podstatě působení zastavuje buňky ve fázi G1 buněčného cyklu, což vede k myšlence nežádoucích účinků na rychle se dělící tkáň. Je pravdou, že PAL navozuje typické nežádoucí účinky inhibice mitózy: neutropénii (grade 3+4: >60 % vs. <2 % pouze hormonální terapie), leukopénii (grade 3+4: 25 % vs. 2 %), plešatění (všechny grades: 32 % vs. 15 %) a průjem (27,5 % vs. 20,8 %), nicméně buňky jsou pouze „uspány“ ve stavu G1, a proto je neutropenie reverzibilní (vs. chemoterapie, kdy buňky podléhají buněčné smrti – apoptóze).

Léčivý přípravek obsahující palbociklib se jmenuje Ibrance a do ČR jej dodává společnost Pfizer. Dávkování v SPC odpovídá dávkování v klinických studiích (viz výše). V současné době probíhá řízení o stanovení ceny a úhrady, společnost žádá o úhradu v první i druhé linii HR+ HER2- lokálně pokročilého a metastatického karcinomu prsu jako add-on k inhibitoru aromatázy (první linie) nebo fulvestrantu (druhá linie). Společnost žádá o úhradu zhruba 100 tisíc Kč/cyklu, v případě „dražší varianty“ v první linii (delší PFS) vychází ve firemní analýze léčba 1 pacienta zaokrouhleně na 2,8 milionu Kč při přírůstku QALY 0,5, z čehož rezultuje ICER zhruba 5,5 mil. Kč/QALY vs. letrozol (ICER v druhé linii vychází 3,5 mil Kč/QALY vs. fulvestrant).

# Cydonia oblonga Mill. kdouloň obecná (Rosaceae – růžovité)

Keř nebo strom dosahující až 8 metrů výšky, původem z Iránu a Turecka, pěstovaný v Indii, Jižní a Severní Africe, na Středním východě, v Evropě i Americe. Plodem jsou malvice žluté barvy (kdoule), podobné jablkům. Kdoule, za syrova velmi tvrdé a nevhodné pro přímou konzumaci, jsou zpracovávány na džemy, marmelády a ve Středozeří na pálenku rakiji.

**Synonyma:** *Pyrus cydonia* L., *Sorbus cydonia* Crantz.

**Obecný název:** *Cognassier* (franc.), *Golden apple* (angl.), *Quittenbaum* (něm.).

**Sbíraná část:** folium, fructus.

**Droga:** *Cydoniae folium*, *C. fructus*, *C. semen*.

**Obsahové látky:** v plodu sacharidy. Z monosacharidů převažuje fruktosa, dále alkoholický cukr sorbitol, polysacharidy pektiny, protopektiny a galaktoarabany. Organické kyseliny jablečná a vinná, ve zralém plodu nízký obsah kondenzovaných tříslovin. Estery nasycených mastných kyselin C<sub>6</sub>–C<sub>10</sub>, estery nenasycených mastných kyselin C<sub>10</sub>–C<sub>14</sub>. Pro silici plodu je charakteristický obsah sesquiterpenalkoholu α-farnesenu a terpenlaktónů marmelolaktónů. Z fenolických kyselin je v listu, dužnině a slupce plodu obsažena především kyselina neochlorogenová (kyselina 5-O-kafeoylchinová) a příbuzné látky. Dále flavonoidy, hlavně glykosidy kempferolu a kvercetinu. V semeni sliz, flavonoidní C-glykosidy apigeninu, luteolinu, chrysoeriolu, kyanogenní glykosid amygdalin a steroly. V semeni i listu kondenzované tříslovinu.

**Účinky a použití:** v tradiční medicíně je sliz ze semen aplikován při poruchách GIT, tj. při nadýmání, zácpě a průjmu, dále při onemocněních dýchacích cest (kašel, rýma), oparech, popáleninách a zánětech kůže. Odvar z listu je používán jako diuretikum, při neuróze, nespavosti, křečích v GIT, diabetu, horečce a kardiovaskulárních onemocněních, včetně hypertenze a hemoroidů, dále jako stimulant a tonikum. Odvar z kůry větví jako adstringens k ošetření kožních vředů. Sirup z nezralých plodů jako adstringens při průjmech, odvar ze zralých plodů jako diuretikum, při poruchách GIT, zánětech dýchacích cest a kardiovaskulárních onemocněních. **Ve studiích** bylo zjištěno, že známé účinky kdouloňových drog souvisejí především s obsahem flavonoidů, kaffeoylchino-

vých kyselin (k. neochlorogenová aj.) a slizu. Extrakt z listu vykazoval silné antioxidační účinky (zhášení volných radikálů) využitelné k prevenci a léčbě kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny (antiproliferativní aktivita). Vodný extrakt z plodů způsobil u krys s experimentálním diabetem vyvolaným streptozotocinem zlepšení některých parametrů, tj. snížení glykemie o 33 %, hladiny sérových triglyceridů, snížení LDL a navýšení hladiny HDL cholesterolu, významné snížení jaterních markerů ALT, AST, ALP a markerů



## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

dysfunkce ledvin (sérové hladiny močoviny a kreatininu). U krys byly po podání vodného extraktu z plodů zjištěny kardioprotektivní účinky při experimentálním poškození srdce doxorubicinem. Došlo ke zlepšení mitochondriální funkce, omezení peroxidace lipidů a zvýšení hladiny glutathionu. Antioxidanty jsou dávány do souvislosti s protizánětlivými a antialergickými účinky extraktů i ochranou membrány erytrocytů před hemolýzou. U myši byly potvrzeny antitrombotické účinky. Po podávání extraktu z listu krysám s renální hypertenzí došlo ke snížení krevního tlaku srovnatelným s účinkem kaptoprilu, extrakt navíc snižoval krevní viskozitu. Je předpokládáno synergistické působení pektinu. Odvar z listu chránil králičí varlata a spermatogenezi před poškozením vyvolaným hypercholesterolemií. V závislosti na koncentraci inhibovaly extrakty z listů buněčný růst u rakoviny tlustého stěva. Rovněž extrakty ze slupky blokovaly proliferaci buněk lidského adenokarcinomu tlustého stěva LS174. Šťáva i extrakty inhibovaly růst mikroorganismů: *Escherichia coli*, *Helicobacter pylori*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* aj. V ČR jsou k dispozici potravní doplňky z plodů kdouloňe.

**Dávkování:** 3x 1 lžičku usušeného listu do 200 ml vody ve formě odvaru.

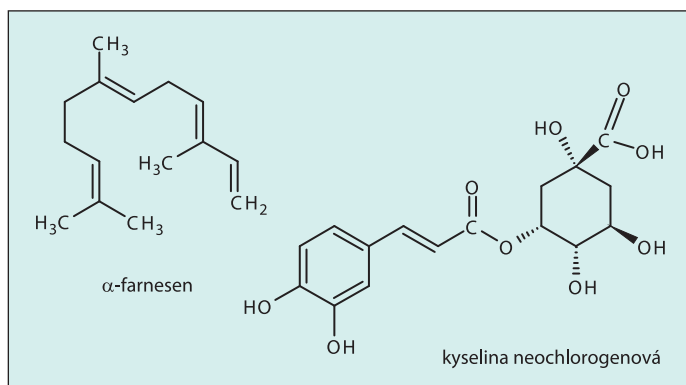
**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** pro nedostatek informací neužívat semeno během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem (kyanovodík uvolněný z amygdalinu).

**Interakce:** extrakty nepodávat současně s léčivými (flavonoidy, kyselina neochlorogenová, pektin).

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

PharmDr. Miloš Potužák

Obrázek: Franz Eugen Köhler (Wikipedia), vzorce: autor



# Respirační onemocnění u koček

Onemocnění dýchacích cest patří k častým problémům, se kterými se u koček setkáváme. Zejména koťata a mladé kočky bývají prezentovány s infekčním onemocněním horních, případně i dolních cest dýchacích. Některé kočky (zejména středního a staršího věku) bývají postiženy chronickým onemocněním dolních cest dýchacích, nejčastěji astmatem.

MVDr. Mgr. Kateřina Horáčková

Virová onemocnění horních cest dýchacích jsou u mláďat a koček žijících ve větších skupinách (venkovní populace, útulky, chovatelské stanice s nízkou úrovní zoohygieny) poměrně běžná. Felinní herpesvirus 1 a kaliciivirus jsou nejčastějšími původci těchto onemocnění, někdy označovaných jako „komplex kočičí rýmy“. Samotná virová infekce nemívá vždy dramatický průběh (až na některé výjimky), téměř pokaždé bývá ale doprovázena sekundární bakteriální infekcí. Kočky jsou potom předváděny s horečkou a hnisavým výtokem z dutiny ústní a nosu. Kalicivirové infekce bývají navíc doprovázeny ulcerativními lézemi v dutině ústní. V případě těžšího průběhu se může rozvinout až virová pneumonie. Vysoce virulentní kmeny kaliciviru způsobují těžké systémové infekce končící často úhynem pacienta.

## Terapie antibiotiky

Původci sekundárních bakteriálních infekcí horních cest dýchacích jsou nejčastěji bakterie *Mycoplasma* spp., *Bordetella bronchiseptica*, *Chlamydia felis*, méně často pak *Pasteurella* spp., případně přerůstající mikroflóra. V dnešní době používáme k diagnostice kvan-



DSC – inhalační terapie u astmatické kočky.

titativní PCR, protože mykoplazmata se velmi špatně kultivují, a navíc jsou, stejně jako *Bordetella*, běžnou součástí mikroflóry horních cest dýchacích. Zhodnocení jejich přítomnosti ve vztahu k infekci je tak možné pouze kvantitativně.

Léčba spočívá vždy v antibiotické terapii, přičemž první volbou jsou antibiotika pokrývající spektrum uvedených patogenů. Proto dnes u koček volíme na prvním místě doxycyklin (lze použít již od 8. týdne věku bez prokázaného vlivu na zubní sklovinu), azitromycin nebo fluorované chinolony (pradofloxacin). Vzhledem k významnému výskytu mykoplazmových infekcí je nutná alespoň třítydenní léčba s kontrolou účinnosti terapie pomocí kvantitativní PCR diagnostiky. Z antivirotik lze použít systémově pouze famcyclovir, který ovšem není v ČR dostupný a pro dovoz si musí veterinární lékař zajistit povolení ÚSKVBL. Acyklovir není u koček bezpečným systémovým léčivem vzhledem k výskytu závažných neurologických nežádoucích účinků a hepatotoxicity. Lokálně lze použít gancyclovir, ideálně cidofovir, který ovšem není v ČR také běžně dostupný a jeho cena je výrazně limitující. Uvedená antivirotika navíc účinkují pouze u herpesvirových infekcí, terapie kalicivirových infekcí je pouze symptomatická.

Na trhu můžeme najít celou řadu různých doplňků určených kočkám s onemocněním dýchacích cest. Zde je nutné říci, že žádný doplněk neprošel klinickými studiemi prokazujícími jeho účinnost. Jedinou výjimkou je L-lysin, u něhož byla in vitro prokázána účinnost proti felinnímu herpesviru, in vivo však studie neprokázaly signifikantní zlepšení stavu kočičích pacientů při jeho aplikaci. Naopak bylo prokázáno snížení hladin argininu u koček, kterým byl lysin podáván. Vzhledem k tomu, že je pro ně arginin esenciální aminokyselinou, není vhodné lysin pro dlouhodobější aplikaci kočkám doporučit.

Starší kočky často přicházejí s nádor-



Kotě s prokázanou herpesvirovou a sekundární mykoplazmovou infekcí horních cest dýchacích.

rovým onemocněním horních cest dýchacích, nežádoucí výtok z nosu, většinou unilaterální, v pozdějších stádiích i s příměsí krve. Léčba a prognóza závisí na důkladné diagnostice včetně určení stupně malignity a provedeném stagingu pacienta.

## Kočičí astma

Mezi nejčastěji se vyskytující onemocněním dolních cest dýchacích patří komplex onemocnění označovaný jako Feline bronchial disease (FBD), kam patří astma a chronická bronchitida (v klinické praxi je poměrně složité odlišit od sebe obě onemocnění), pneumonie a u starších koček opět nádorová onemocnění (primární plicní karcinom, bronchiální karcinom nebo metastázy z jiných primárních nádorů).

Kočičí astma je etiopatogeneticky podobné astmatu humánnímu, nicméně určité odlišnosti pozorovat můžeme. U koček hraje významnou roli v zánětlivém procesu a následné bronchokonstrikci serotonin, nikoli histamin, a leukotrieny nejsou hlavními prozánětlivými mediátory. Proto se u nich na rozdíl od člověka nepoužívají antihistaminika ani antileukotrieny, jejich terapeutický účinek je velmi nízký, což bylo i prokázáno v řadě studií. Mykoplazmové infekce

dolních cest dýchacích hrají významnou roli v rozvoji kočičího astmatu a chronické bronchitidy, proto by mělo být vždy provedeno i vyšetření prokazující přítomnost či nepřítomnost mykoplazmat a v případě pozitivního nálezu přeléčení antibiotiky. V dolních cestách dýchacích na rozdíl od horních nejsou u zdravé kočky mykoplazmata přítomna vůbec.

První volbou v terapii FBD jsou dnes glukokortikoidy – prednisolon pro systémovou aplikaci, flutikason pro inhalační terapii. Zejména u těžších forem se zahajuje terapií systémovou, po nastoupení účinku se pak perorální dávka prednisolonu snižuje a současně se nasadí inhalační kortikosteroidy. Ideální dlouhodobá terapie spočívá v inhalační aplikaci flutikasonu. Bronchodilatancia lze využít jak v akutním případě (salbutamol, maximálně 6x denně, krátkodobě ke zvládnutí dušnosti), tak při dlouhodobé terapii (ideálně v kombinaci formoterol – flutikason), ne všechny kočky ale bronchodilatans vyžadují. Pokud ano, je vždy vhodnější bronchodilatans s delší dobou účinku, dlouhodobá aplikace salbutamolu se ukázala jako kontraproduktivní.

Inhalační terapie se realizuje pomocí inhalátorů s maskou. Na trhu jsou inhalátory vyvinuté přímo pro kočky (př. AeroKat, KittySpacer), v případě jejich nedostupnosti je možné využít humánní pediatrické inhalační pomůcky (např. Optichamber s nástavcem pro novorozence a kojence či starší děti podle velikosti kočky). Většina koček si na inhalační terapii poměrně dobře zvykne, pokud je majitel správně instruován. Na webu autorky (<http://www.vetukocicky.cz/aktuality.php>) je odkaz na instruktážní video pro jejich majitele.

### Riziko přenosu infekce

Infekční pneumonie způsobují u koček stejné patogeny, které byly popsány výše, z viróz navíc i chřipkové viry (popsány byly případy infekce virem typu H1N1 i H5N1). Aspirační pneumonie vznikají následkem časté regurgitace nebo zvracení a jako komplikace celkové anestezie a podávání některých tekutých léčiv. Terapie spočívá v případě bakteriálních a aspiračních pneumonií opět v použití antibiotik, u aspirační pneumonie se většinou používá kombinace antibiotik. Délka terapie je minimálně 6 týdnů. Virové pneumonie se léčí sym-

ptomatically, v případě herpesvirové pneumonie opět pomocí famcykloviru.

Role lékárníka v problematice onemocnění dýchacích cest u koček je nejen znát možnosti terapie, ale také edukovat jejich majitele. Neléčené virózy zejména horních cest dýchacích a následné sekundární bakteriální infekce často přechází do chronicity, kdy je již terapie poměrně obtížná a pro majitele nákladná. Riziko přenosu mykoplazmo-

vé infekce z kočky na člověka již bylo prokázáno. Kočka s akutní infekcí horních cest dýchacích vyžaduje vždy terapii antibiotiky, i když „jen kýčá a nemá horečku“. Proto je nezbytné majitelům, kteří přijdou pro podpůrné prostředky, důkladně vysvětlit problematiku a odeslat je s kočkou k veterinárnímu lékaři. Veterinárním lékařům potom lékárník může pomoci s výběrem vhodné inhalační terapie pro kočky s FBD.

## ZPRÁVY Z BRUSELU

# Trocha nadsázky neuškodí



Jednání o dalších a dalších směrnících v orgánech Evropské unie stále pokračují a zdá se, že další a další povinnosti pro lékárny a lékárníky budou přibývat. Legislativa není však jediná záležitost, kterou se PGEU zabývá. V rámci monitoringu evropských zpráv týkajících se léků a lékárenství se objevuje mnoho zajímavých informací. Farmaceutický sektor se neustále vyvíjí. Několik zpráv s komentářem je toho důkazem.

**Na vstup do lékárenského segmentu se připravuje Amazon.** Internetový prodejce Amazon se vážně dívá na rozšíření své přítomnosti v maloobchodě se zdravotní péčí a rád by do budoucna vstoupil na trh s léky na předpis v USA. Místo létajícího lékárníka nám za deset let budou z Dobrovíže létat drony s léky až domů.

**Společnost Celesio dokončila akvizici Belmedis,** belgické distribuční firmy Welcoop ve Francii. Společnost Celesio, která je řízena společností McKesson, získá také podíl ve společnosti Cophana a většinový podíl v nákupní skupině společnosti Sofiadis. Prostřednictvím této dohody se do Celesia připojí více než 450 zaměstnanců společnosti Belmedis a Cophana, uvedla německá firma. Inu pořád se něco děje. Na distribuci léků nám budu stačit dva globální distributoři, to už bude zbytečné mít 7 zdravotních pojišťoven a 2 800 lékáren.

**Ministři zdravotnictví** Malty, Portugalska, Kypru, Řecka, Španělska a Itálie uzavřeli dohodu o spolupráci s cílem zlepšit přístup k lékům a dalším zdravotnickým technologiím. Jedná se o nejnovější blok zemí spolupracujících na vyjednávání o cenách drahých léků,

podobně jako seskupení BENELUXA (zahrnuje Belgii, Nizozemsko, Lucembursko a Rakousko) a ROBU (zahrnuje Rumunsko a Bulharsko). *U nás vítězí cesta české samostatnosti. Zlevníme levné léky, abychom mohli mít drahé léky ještě dražšími.*

**Ve Francii byly stanoveny referenční země pro stanovení cen za léky** – Německo, Itálie, Španělsko a Spojené království. Cílem je snížit prodejní cenu léků. *Francouzi se nemusí bát, s cenami v České republice jejich léky porovnávat nebudou.*

**V Irsku se brzy budou moci zdarma a bez receptu** ženy (mající zdravotní pojištění) dostat k emergentní antikoncepci. *U nás je volně prodejná také, ale cena šla obráceným směrem.*

**V Polsku došlo ke změně regulace lékárenské sítě** ve smyslu lékárny lékárníkům a k posílení odborné stránky lékárenské péče. *U nás se to peče spíše pro lékárny bez lékárníků. Ale slovan-ská duše je široká a třeba se i v té její české podobě jednou najde dostatek místa pro spokojeného lékárníka*

Komentáře samozřejmě berte s nadsázkou, snad trochu odlehčení v této době přijde vhod.

**PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.**

# Co o nás prozradí KML v Opavě

**V Opavě se konala 19. a 20. května 19. Konference mladých lékárníků, tentokrát určená všem, bez omezení věku. Šanci přednášet však dostala řada mladých kolegů. Odborný program sestavila PharmDr. Marie Zajícová a zvolila téma přesahové, opět nutící posluchače přemýšlet v souvislostech – Co na nás prozradí kůže.**

Většina přednášek se soustředila na styčné plochy mezi interními systémovými chorobami a dermatologií, tedy jejich projevy na kůži. Posluchači se dozvěděli, jak může být s dermatologií propojena onkologie, endokrinologie, artritida i jiná autoimunitní onemocnění. Velmi zajímavý byl historický výlet za známým eponymy, které tak často užíváme a nic o jejich původcích nevíme – kdo byli pan Luža, Holt, Mikulicz-Radecki, Lugol, Višněvskij a další zajímaví lékaři, kteří dali jména mnoha různým recepturám, které používáme do dnešních dnů. Odborné přednášky byly doplněny zajímavým vyprávěním, co lze vidět na kůži v Africe. Nechyběly ani klasické přednášky z dermatologie, např. Infekční onemocnění kůže nebo Léčba atopických dermatitid.

Zajímavé přednášky doplnil nejenom krásný polední koncert smyčcového kvarteta, ale i večerní zábava s irskými tanci. Včetně několika kolegů z Polska navštívilo konferenci sedm desítek účastníků. Konferenci podpořilo několik firem a každý účastník byl obdarován kvalitními dermatologickými produkty. Opavská konference není jen zdrojem odborných a prakticky využitelných informací, ale i místem setkávání lékárníků z celé republiky, místem pracovní i přátelské diskuse a v neposlední řadě i kulturním zážitkem pro všechny. Vždy probíhá ve velmi přátelské atmosféře, v májovém čase plném květů a nádherných parků.

**Marie ZAJÍCOVÁ**

Když jsem poprvé četl knihu Ericha Segala *Doktoři* (první české vydání 1992), smál jsem se medikům v knize, kteří sami sobě postupně diagnostikovali chorobu, o které se zrovna učili. O půl roku později jsem na tom byl při studiu *Patologické fyziologie* úplně stejně, a pak ještě při studiu mnohokrát.

Teď, po čtvrt století, jsem zažil stejný pocit na **Konferenci mladých lékárníků (KML)**. Byl v tom trochu rozdíl, při přednáškách jsem totiž nehledal příznaky onemocnění jenom u sebe, ale také po paměti u svých blízkých a některých pacientů.

U příspěvku doktorky Veroniky Krajčové (FN Motol) jsem se neubráníl, abych si nenápadně nezkontroloval nehty na rukou, jestli jsou správně klepnuté s bledými půlměsíčky nehtového lůžka, jestli na nich nemám bílé skvrny nebo krvavé „třísky“ a jestli se mi jejich konce netřepí. Napadlo mě, a na konferenci ještě mnohokrát, že sledovat na nehtech a kůži probíhající patologické změny může být věda i umění, srovnatelné s tajemnou diagnostikou dvaceti sedmi různých pulsů dávných lékařů čínských císařů (Biang Que, 5 st. BC).

Kůže a její změny jsou obrazem duševního stavu, psychická nerovnováha, stres, úzkost a další strachy se na kůži dříve nebo později zobrazí. O vlivu psychosomatiky na kůži tom nás v několika kazuistikách přesvědčila doktorka Eva



*PharmDr. Stanislav Havlíček*

Jašková ze Slezské nemocnice v Opavě.

Když dermatitida nereaguje na kortikoidy, může to být signál, mnohdy velmi časný, probíhající nádorových změn. Různé typy kožních paraneoplasií přitom odpovídají různým nádorům. Typické příklady kožních nálezů u nejčastějších z nich přiblížila doktorka Jana Nováková z kožního oddělení FN Ostrava.

Stejně tak mohou kožní projevy velmi časně signalizovat i probíhající systé-



mová onemocnění, od chorob jater a ledvin, přes střevních záněty až k nemocem hematologickým. Magistra Olga Svobodová z ústavní lékárny FN Ostrava to shrnula jednoduše: „I když jsou některé dermatomy specifické pro některou z chorob a jejich výskyt je součástí diferenciální diagnostiky, na systémovou poruchu musíme často myslet i u častěji se vyskytujících nespecifických kožních příznaků mnoha onemocnění jako svědění, kopřivka a ekzém.“

A jestliže je kůže obrazem nádorových a systémových onemocnění, stejně tak zrcadlí i poruchy endokrinní. Kůže je, s bezmála dvěma metry čtverečními, největším orgánem a zároveň malířským plátnem všech žláz s vnitřní sekrecí. Doktorka Ivana Lubojacká z endokrinní ambulance v Opavě nabídla stručný přehled endokrinních onemocnění s popisem jejich možné manifestace.

Kožní projevy autoimunitních onemocnění v příspěvcích magistra Karla Hlocha (FaF UK HK) na téma psoriatická artritida a magistry Kataríny Révészové (nemocniční lékárna SZZ Krnov) k atopické dermatitidě, společně příspěvkem doktorky Moniky Hudymačové o významu kožního mikrobiomu u infekčních (virové, bakteriální a mykotické) chorob jenom dokreslily komplexnost problematiky.

V celkovém obrazu samozřejmě nesmělo chybět ani preventivní působení ochranných opatření, jednak u osob s nižší kožní adaptabilitou a vyšším rizikem vzniku aktinické keratózy (doktorka Silvie Rafčíková z kožní kliniky Vzhled v Orlové) a také u imunokompromitovaných pacientů (doktor Stanislav Gregor z ústavní lékárny IKEM).

O jménech osobností, které nás dnes provázejí nejenom v názvech kožních přípravků, hovořil magistr Lukáš Lázníčka (FN Královské Vinohrady) a na jiném místě o tom píše organizátorka všech devatenácti ročníků konference, doktorka Marie Zajícová.

Můj vlastní příspěvek byl už jenom snahou ukázat, že kůže není jenom bílá a zčervenání a zarudnutí, jako průvodní jevy většiny kožních onemocnění, nemusí být pod výrazným pigmentem vůbec patrné. O to horší bývají pokročilá stadia onemocnění, zejména v prostředí, kde není lékařská pomoc snadno dostupná a kde je v kombinaci s pod-



MUDr. Ivana Lubojacká

výživou a avitaminózou problematické zajištění i minimální hygieny.

Konference mladých lékárníků už dlouhých devatenáct let nabízí zejména mladým lékárníkům (ale nejen jim) křest ohněm prvního veřejného vystoupení. Posluchači jsou pokaždé tolerantní a o odvážné prezentující nebyla díky osobnosti Marie Zajícové nikdy nouze. Za deset let (kam až moje prezenční účast na KML sahá) vyrostla, právě díky KML, široká plejáda kvalitních přednášejících. (Kdybyste nevěděli, koho pozvat na odborný program neuděláte chybu s žádným z letošních přednášejících.)

Od počátků KML srovnatelně vyrostlo i auditorium. Pořád je vlídné, ale je sebevědomější, zaznívá více dotazů a zájem o problematiku je zřejmý a zřetelný. Shodli jsme se, že i kdyby byla rostoucí kvalita přednášejících (myšleno těch nových, nastupujících) a zvyšující se suverenita posluchačů jediným výsledkem tradice KML, můžeme být spokojeni.

Věřím, že ani velká vzdálenost, ani konkurence květnových (a vůbec jarních) vzdělávacích akcí nebude na překážku, abychom se za rok zase potkali v Opavě u výroční dvacáté konference. Možná, že by si po zvolení nového předsednictva (jinde v tomto čísle) mohli vzít její pořádání na starosti sami Mladí lékárníci. Marii Zajícovou by mohli jmenovat čestnou členkou.

Stanislav HAVLÍČEK

## CO ŘEKLA prof. Eva Králíková:

Možnost ústupu závažných plicních chorob jako jsou rakovina plic, chronická obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózy nebo astma, čekají v nejbližších letech čeští plicní lékaři. Důvodem je zákon, který od 31. 5. 2017 zakazuje kouření v restauracích a dalších krytých veřejných prostorách. Na stejný den připadá i Světový den bez tabáku.

Pouze přímé náklady na CHOPN představují 6 % celkových výdajů na zdravotní péči v Evropské unii – 38,6 miliardy eur ročně. Plicní nemoci jenom v tuzemsku připraví ročně o život více než 10 000 lidí, léčba stojí miliony korun, za nejčastější rizikový faktor vzniku respiračních chorob označují lékaři kouření, a to jak aktivní, tak pasivní. Na výroční konferenci konané 30. 5. v Praze a nazvané Plicní nemoci a kouření – 10 let boje za zdraví plíce, kterou uspořádala Česká aliance proti chronickým respiračním onemocněním (ČARO), diskutovali pneumologové a lékaři dalších odborností.

„Velkým kladem jsou ale nekuřácké vnitřní veřejné prostory. Čekáme proto, že se i u nás zvýší příjem pohostinského průmyslu a že stejně jako v jiných zemích bude také většina kouřící čtvrtiny obyvatel nekuřácké prostředí podporovat. O několik procent klesne prodej cigaret, někteří přestanou kouřit, protože zákaz pro ně bude poslední kapka. Jiní kouření omezí – musí s cigaretou ven – a hlavně méně mladých začne. Proto byl o zákon takový boj. Kuřáci omezí kouření i doma. Všimnou si, jak příjemné je prostředí bez zápachu. Nekuřácké prostředí je benefitem jak pro stát, tak pro pohostinství, pro zdravotnictví – klesne například počet akutních srdečních infarktů, o samotných kuřácích nemluvě. Naši pacienti se na zákon moc těší – zakoupená hospoda byla pro ně typickým místem, které je lákalo opět sáhnout po cigaretě,“ uvádí prof. MUDr. Eva Králíková, které vede Centrum pro závislé na tabáku 1. LF UK a VFN.



TAK TO VIDÍM JÁ:

# Ideály versus realita pohledem (snad) budoucího lékárníka

V následujících několika odstavcích bych rád seznámil nositele lékárnické profese a čtenáře časopisu s pohledem studenta farmacie na náš obor. Nemá to být ani tak osobní náhled, jako spíše, na straně jedné, zmapování vizí do budoucna, naše možnosti a cíle, naše přání a etické hodnoty, a na straně druhé naše beznaděje a utopické touhy, naše zklamání a zahleděnost do dob minulých. Změny tu jsou a záleží jen na nás, jestli budeme u toho, nebo zůstaneme stát opodál a vykřikovat, že jsme odborníci a přirozená úcta společnosti je naprostou samozřejmostí.

Dostali jsme se do zlomového bodu. Lékárenská péče spočívá ve specifickém byznysu, ve kterém byla jistě celou svou historií, ale nikdy ne v tak neregulovaném a nesmyslném prostředí. Je farmaceut povolání? Jaký je reálný přínos lékárníka v dnešní socioekonomické situaci?

V tomto ohledu a z mé pozice si kladu otázku, zda současně nastavené plány vzdělávání farmaceutů na fakultách odpovídají potřebám trhu práce. Co vlastně bude dělat ten lékárník/farmaceut? Kde je jeho místo? Často slyším s jistou dávkou despektu od svých spolužáků a spolužaček, že všichni skončíme v lékárnách. Kdo v ní ale začne? Nesnižujeme se sami před sebou? Jaké jsou naše možnosti? Lékárna? Klinická farmacie? Průmysl?

Při snaze nechat se zaměstnat mimo lékárnou se ocitneme tváří v tvář realitě, nepřipraveni na vysoce konkurenční prostředí. Generace Y chce všechno, a to nejlépe ihned. Vnímáme to tak, že když děláme něco navíc, je to elitní záležitost. Měla by to ovšem být samozřejmost, nejen v kontextu farmacie, ale celé společnosti.

Klinickou farmacii vidí všichni jako (jedinou) budoucnost našeho povolání. Myslíte si, že víme o léčivech o tolik více než lékaři? Dle mého názoru je klinická farmacie cikánský magnet ze Sto roků samoty (Gabriel José García Márquez). Mluví se o ní už velmi dlouho, ale kolik máme klinických farmaceutů? A kolik máme organizací, které mají klinickou farmacii v gesci? Po intervenci EU by mělo být v nemocnicích více lidí vzdělaných v tomto směru. Kdo má ovšem tohoto odborníka platit? Je to zaměstnanec tzv. nemocniční lékárny nebo spadá pod jednotlivá oddělení? Myslím, že nesmíme chápat profesi lékárníka izolovaně jako chemika ani jako klinika, a to z povahy neschopnosti vytvořit dostatečně silné lobby pro zajištění dostatečného množství finančních prostředků.

V klasickém lékárenství přestanou fungovat malé lékárny podle nejnovějších odhadů do pěti let. Pokud ovšem nebudou mít nějakou ekonomickou páku, jak svoji situaci zvrátit. Jako například tu, že bude majitelem budovy

samotný lékárník nebo bude nájem v gesci obecního úřadu daného sídla s cílem zajistit dostupnost lékárny pro své občany. Všechno ostatní zůstane pod tíhou šlechty nemocničních lékáren, nákupních sdružení nebo řetězcových lékáren. Je ovšem řetězcová lékárna něco negativního? Není snad sofistikovaný systém vzdělávání v těchto společnostech nastaven tak, že je lékárník kontinuálně vzděláván a je z něj „vyráběn“ odborník schopný poskytovat validní informace při současném náležitém finančním ohodnocení? Nebo je to vysokoškolsky vzdělaný zaměstnanec pracující nohama (od táry k šuplíku a zpět) a podrobený mnoha školením, jak správně provádět GS podle pozitivních listů?

Svět jako takový je podroben ekonomii, ekologii, etice a estetice. Je naším cílem vychovávat pacienty, kteří mají v lékárně šetřit své peníze? Jsou zdravotní pojišťovny skutečnými pojišťovnami, nebo spíše „plátcí zdravotní péče“? Jak se vyrovnáme se základním konfliktem lékárníka? Totiž poskytovat péči o zdraví a chtít za to peníze? Nutno podotknout, že navíc v prostoru, který na to není stále zvyklý, v postsocialistickém státu s dosud nevyvořaným mindrákem velkých změn devadesátých let minulého století.

Nejrelevantnějším postojem lékárníka/farmaceuta je podle mého názoru objektivizace informací a osvěta společnosti. Vychovávat pacienty, kteří budou informovaní, ale nebudou žít v domněnách, že toho ví o léčivech a své nemoci z internetu více než lékárník. Naučit pacienty pracovat s informacemi v dnešním informačně přehlceném světě. Ocitli jsme se ve společnosti nezdělanosti, v post-pravidlovém světě politiky post-truth.

Budoucnost farmacie je bezesporu v klinické farmacii. Otázkou je, kolika držitelům diplomu z farmaceutické fakulty se podaří být takovým odborníkem. Budoucnost je jistě i v klasickém lékárenství, poskytování relevantních informací a vydělávání peněz. Budoucnost je bezpochyby i v průmyslu. Otázkou je, jestli tyto firmy chtějí takto vzdělané odborníky, respektive jestli pro ně existuje pracovní pozice.

Nechci rozhodně působit jako agnostik nebo nihilista, jenom jsem chtěl pod tíhou emocí a strachu dospívání věnovat pozornost trendům moderního světa, a nejenom vyhrazovat se vůči něčemu. Snažit se položit dobře formulované otázky pro reflexi každého z nás.

**Martin PAVLÍK,**  
Farmaceutická fakulta VFU Brno

**Z**e světových dní zdraví, které vyhláší WHO, si v měsíci červnu připomínáme Světový den dárců krve. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím to jsou Mezinárodní den nevinných dětských obětí agrese, Světový den životního prostředí, Světový den uprchlíků, Mezinárodní den proti zneužívání drog a nezákonnému obchodování s nimi a Den srpkovité anémie.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

# SVĚTOVÉ DNY ZDRAVÍ

## červen

### Světový den poruch příjmu potravy (World Eating Disorder Action Day, WEDAD)

Představovaný světový den, který se váže ke 2. červnu, patří k nejmladším, letos si jej připomínáme podruhé. Jeho cílem je společné šíření vědecky podložených informací o poruchách příjmu potravy (PPP). Myšlenka společného jednání se letos promítla i do loga (We Do Act Together). Posláním WEDAD je zlepšit porozumění poruchám příjmu potravy – jedná se o závažné, avšak léčitelné onemocnění. Vizí je spojit aktivisty, odborníky, rodiče/pečovatele a ty, jichž se osobně poruchy příjmu potravy týkají k podpoře celosvětových znalostí o tomto onemocnění a potřebě komplexní léčby.

PPP patří mezi závažná psychiatrická onemocnění. Prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek je 0,5 až 1,0 %. Toto onemocnění se nejčastěji vyskytuje ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách. Mentální bulimie se nejčastěji vyskytuje u studentek středních a vysokých škol, zhruba 4 až 15 %. O něco menší je potom výskyt u mladých dospělých, asi 1 až 3 %. U mužů je popisováno asi 10 % případů. Zřetelný je i nárůst incidence.

V roce 2015 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami F50.0–F50.9 (poruchy příjmu potravy) 3 561 pacientů, z toho 418 (11,7 %) mužů a 3 143 (88,3 %) žen a v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospi-

talizováno celkem 428 případů, z toho 35 (8,2 %) mužů a 393 (91,8 %) žen.

Mezi PPP jsou zahrnovány mentální anorexie (odmítání jídla), mentální bulimie (záchvaty přejídání a zvracení) a záchvatovitě přejídání. Jsou charakterizovány patologickým jídelním chováním a vnímáním vlastního těla. Zejména mezi mladými lidmi, především dívkami, vzniká v důsledku působení hromadných sdělovacích prostředků (nekontrolovaně šíří nezdravý ideál krásy – propagace extrémně štíhlého ideálu krásy, množství komerčních sdělení nabízí různá dietní opatření) pocit nespokojenosti s vlastním tělem a tato konfrontace může vyústit do celé řady psychologických a fyzických problémů a sociálních důsledků a může mít za následek i smrt.

Odborníci se shodují na tom, že onemocnění má multifaktoriální etiopatogenezi. Za rizikové faktory se považují: genetické, vývojové, stresové, environmentální.

Léčba vyžaduje interdisciplinární spolupráci zdravotnických pracovníků, rodiny, školy a dalších složek sociálního prostředí.

Lékáři mohou přispět k rozpoznání PPP například při dispenzaci některých skupin léčiv. Ke snížení hmotnosti se zneužívají anorektika, diuretika, antikonvulziva, antidepresiva, laxativa, emetika, antidiabetika aj. Úlohou lékárníků není léčit onemocnění, mohou však povzbuzovat pacienty k vyhledání lékařské pomoci, vytvářet bezpečné a příjemné prostředí pro komunikaci s pacientem a pro poskytování vhodných informací. Předpokladem je zájem pacienta. Doporučuje se věcná, neodsuzující forma komunikace a pozitivní přístup, vážit si ochoty pacienta se lékárníkovi se svými problémy svěřit. Všeobecně by se lékárník neměl kriticky vyjadřovat k tělesné hmotnosti pacienta, jeho vzhledu nebo zdraví. V případě, že pacient popírá PPP, měl by lékárník akceptovat jeho názor a zaměřit se na poskytnutí informací v duchu správné dispenzační péče.

K usnadnění vyhledávání pomoci postiženým a poskytnutí pomoci odborníkům a rodinným příslušníkům a současně boje proti mýtům může přispět devět pravd o PPP. Naši odborníci přidali pravdu desátou.

1. Mnoho lidí s poruchou příjmu potravy vypadá zdravě navzdory velmi vážnému onemocnění.

2. Rodinám nelze dávat za vinu vznik onemocnění, mohou být při jeho léčbě nejlepšími spojenci pacientů i poskytovatelů zdravotní péče.

3. Diagnóza poruchy příjmu potravy je zdravotní krizí, která narušuje osobní i rodinný život.

4. Poruchy příjmu potravy nejsou výsledkem volby, ale představují vážnou biologicky ovlivněnou nemoc.

5. Poruchy příjmu potravy postihují lidi obou pohlaví, všech věkových skupin, ras, tělesných tvarů a hmotností, sexuální orientací a socioekonomických postavení.

6. Poruchy příjmu potravy zvyšují riziko jak sebevražd, tak zdravotních komplikací.

7. Geny a životní prostředí hrají důležitou úlohu v rozvoji poruch příjmu potravy.

8. Geny samotné předem neurčují, u koho se porucha příjmu potravy projeví.

9. Úplné uzdravení je v případě poruchy příjmu potravy možné. Velmi důležité je její včasné rozpoznání a léčba.

10. Nespokojenost s vlastním tělem souvisí často s nespokojeností se sebou, nízkým sebevědomím i porušeným vnímáním vlastního těla spojeným s prožívaným stresem a rizikem pro vznik poruchy příjmu potravy.

Práva pacientů a poskytovatelů zdravotní péče

1. Právo na komunikaci/partnerství se zdravotnickými pracovníky.

2. Právo na komplexní posouzení a plánování terapie.

3. Právo na dostupnou, vysoce kvalitní, plně hrazenou a specializovanou péči.

4. Právo na důstojnou, plně informovanou, věku odpovídající a bezpečnou úroveň péče.

5. Práva pečovatelů být informováni, ohodnocováni a respektováni jako nositelé zdravotního výkonu.

6. Právo pečovatelů na dostupnou, odpovídající podporu a vzdělávací zdroje.

Poruchy příjmu potravy patří k psychosomatickým poruchám charakterizovaným psychogenně navozeným maladaptivním chováním v oblasti stravování. WEDAD má napomoci změnit způsob, jakým jsou vnímány, přesunout je z okraje zájmu společnosti a odstranit překážky a bourat mýty kolem nich.

*Literatura u autora*

# Lekárenská starostlivosť na Taiwane

Počas leta som sa zúčastnil zahraničnej praxe v meste Tainan na Taiwane. Zdravotníctvo je tu inšpirované hlavne Japonskom a USA. Väčšinu odborných informácií v lekární čerpajú práve z týchto krajín (učebnice, USP atď.). Všetci farmaceuti sú vysokoškolsky vzdelaní, nemajú tu ekvivalent farmaceutického laboranta tak ako u nás.

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

Čo sa týka lekární, majú dva druhy – nemocničné a verejné. Nemocničná lekáreň funguje tak, že vydáva lieky pre pacientov, ktorí práve boli u lekára v nemocnici, zásobuje liekmi jednotlivé oddelenia nemocnice a má tiež centrum klinickej farmácie, ktoré sa stará najmä o hospitalizovaných pacientov. Verejné lekáreň vydávajú Rx lieky najčastejšie len na „refill“, čo je 2krát a 3krát použitý opakovací recept (maximum je 3 a prvýkrát si ho pacient vyzdvihne v nemocničnej lekární). Drvivú väčšinu príjmu verejnej lekárne teda tvoria najmä OTC, doplnky stravy a kozmetika, prípadne prípravky tradičnej čínskej medicíny. Najväčšie siete lekární sú Watsons a Cosmed, ani jedna z nich nemá Rx. Najväčšia sieť lekární, ktorá má aj Rx liečivá, je Great Tree Pharmacy a patrí pod ňu spolu 52 lekární. Ja som pracoval v nemocničnej lekární v nemocnici National Cheng Kung University Hospital, najväčšej lekární v meste, v ktorej pracuje dohromady v rôznych oddeleniach 95 farmaceutov. V tomto článku vám priblížim, ako to vyzeralo na jednotlivých oddeleniach, popíšem najväčšie rozdiely a tiež to, čo ma najviac zaujalo.

Začnem so všeobecným popisom nemocnice. Nachádza sa tu „in-patient“ oddelenie, čo je klasická nemocnica s hospitalizovanými pacientmi, tak ako ju poznáme my, a okrem toho aj oddelenie „out-patient“, ktoré zas pripomína polikliniku s ambulanciami, tak ako ju poznáme my. Nemocničná lekáreň je rozdelená podobne a tiež obsahuje svo-

je „in-patient“ a „out-patient“ oddelenie. Okrem nemocníc sa v Taiwane nachádzajú aj kliniky s ambulanciami. Recepty, ktoré tieto zariadenia generujú, môžu končiť vo verejnej lekární, kliniky môžu mať svojich farmaceutov, ktorý vydávajú lieky pacientom, a v prípade odľahlých kliník, pri ktorých sa nenachádza žiadna lekáreň (údajne v okolí 1,8 km), môžu lekári vydávať lieky aj sami. Ale vráťme sa späť do nemocnice.

Na oddelení „out-patient“ som strávil svoj prvý týždeň praxe. Na prvý pohľad pôsobí ako bežná verejná lekáreň v Českej republike alebo na Slovensku.



Je to vlastne bežný papier formátu A4, na ktorom sú informácie ako často liek užívať a z druhej strany je prilepená fólia, kde sa vložia lieky.

Rozdielom však je, že za prvý polrok roku 2016 prijali 470 000 receptov, čo je v priemere niečo viac ako 2 600 receptov denne vrátane víkendov. Lekáreň je podľa toho aj usporiadaná, aby dokázala obslužiť toľko pacientov. Nachádza sa tam bežiaci pás, po ktorom chodia košíky s jednotlivými receptami. Farmaceut si vezme košík a jednotlivé lieky, vloží do sáčkov k receptu (viď obrázok č. 1 a č. 2). V závislosti od liekovej formy predpisuje lekár buď počet kusov (dve tuby masti, jedny očné kvapky) alebo konkrétny počet (platí pre tablety,



Takto vyzeral typický košík. Modrý bol s bežnými liekmi, žltý bol špeciálny – obsahoval recepty na opiáty, parenteráliá, a tak podobne.

kapsule a pod.) napríklad 7 tableť, 84 tableť a tak podobne. Pri tomto si človek dobre zopakuje matematiku, lebo koľko 14 tableťových blistrov vydáte, ak má pacient predpísaných 112 tableť? Ďalším rozdielom je, že recept majú vždy len jeden bez ohľadu na to, koľko liečivých prípravkov lekár predpíše. Okrem aktuálne predpísaných LP sa na recepte nachádzajú aj ďalšie údaje, ako napríklad pacientove diagnózy, jeho hmotnosť a tiež ostatné lieky ktoré pacient užíva (viď obrázok č. 3). Z pacientovej strany to vyzerá tak, že odovzdá recept, dostane poradové číslo a do 5 až 10 minút si vyzdvihne svoje lieky.



Typický recept.

Oddelenie „in-patient“ sa stará hlavne o hospitalizovaných pacientov a zásobuje ich liekmi. Okrem toho sa pracovníci tohto oddelenia zameriavajú aj na klinickú farmáciu a navštevujú spolu s lekármi a sestrami pacientov počas vizity. Podľa môjho názoru nepracuje toto oddelenie veľmi efektívne, veď posúďte sami. Ráno farmaceut naplní vozík idúci na jedno oddelenie na základe včerašných predpisov (podobné sáčky ako na out-patient, ale formátu A6 – ide do nich len dávka liekov na jeden deň). Okolo 13.00 doplní a zmení, čo lekár predpísal počas dňa. Potom si po vozík príde asistent z daného oddelenia. Keď tento vozík donesie naspäť, sú v ňom nevyužitú lieky. Tie sú od pacientov, ktorých medzitým pustili z nemocnice domov, prípadne prišli výsledky mikrobiálnej kultivácie a sú tam napríklad antibiotiká, ktoré boli vysadené kvôli nedostatočnej citlivosti. Farmaceut tieto lieky dá naspäť do poličky na miesto a nasledujúci deň sa použijú zas. Okrem každodenného rituálu s vozíkom sa farmaceuti tohto oddelenia zameriavajú na klinickú farmáciu na jednotlivých oddeleniach v nemocnici. Napríklad na jednotke intenzívnej starostlivosti, kde užívajú pacienti veľa rôznych liečivých látok súčasne, sa klinický farmaceut stará o to, aby nedochádzalo ku kontraindikáciám a závažným interakciám, a taktiež sleduje, či dávkovanie odpovedá pacientovým renálnym funkciám.

Okrem tohto som sa v nemocničnej lekární stretol aj s týmito: pohotovostná lekáreň otvorená nonstop, oddelenie, kde pripravujú roztoky pre parenterálnu výživu, oddelenie onko-farmácie, kde pripravujú parenterálne cytostatiká, a oddelenie rádiofarmácie.

Okrem mňa boli v lekární na praxi aj taiwanskí študenti, ktorí majú 4mesačnú prax po 3. ročníku (celková dĺžka štúdia sú 4 roky). Vyžadovali toho od nich na praxi pomerne dosť. Okrem zoznámenia sa s prostredím lekárne a dennou náplňou práce farmaceuta, musel každý z nich počas praxe vypracovať prezentáciu na nejakú tému a odprezentovať ju na rannom stretnutí pred všetkými zamestnancami lekárne. Taktiež si v skupinkách pripravili prezentáciu pre pacientov čakajúcich na „out-patient“ oddelení. V čase mojej praxe mali prezentáciu o vysokom krvnom tlaku. Na konci praxe taktiež museli vypracovať správu o praxi a odprezentovať



*Počas prezentácie, všimnite si, že všetci farmaceuti sú oblečení v civile, v práci si na seba dávajú laboratórne plášte.*

vať ju na rannom stretnutí. Toto čakalo aj mňa a tak som posledný týždeň mojej praxe prezentoval (viď obrázok č. 4).

Čo som zatiaľ nespomenul, ale považujem to za celkom podstatné, je fakt, že pacienti majú všetky predpísané lieky na recepte hradené zo zdravotného poistenia. Za návštevu nemocnice platia fixný poplatok 200 NTD (čo je približne 150 Kč) a všetko ostatné majú v cene. V praxi sa im preto viac oplatí ísť k lekárovi, nech im predpíše paracetamol, než si ho ísť kúpiť ako OTC. Z toho plynie jeden problém, ktorému musia v súčasnosti čeliť, a tým je „hospital shopping“. Pacienti totiž túžia byť okamžite zdraví, preto chodia od jedného lekára k druhému, v snahe, že im práve tento lekár pomôže. K hospital shoppingu

mi povedali aj trochu štatistiky: Rekord z roku 2010 je jeden pacient, ktorý za rok navštívil lekára až 1 078krát. To sú tak tri návštevy denne vrátane víkendov a sviatkov. Okrem tohto rekordéra navštívilo až 33 000 ľudí lekára aspoň 100krát v roku 2010.

Nie len život farmaceuta, ale aj život ako taký je v Taiwane iný než u nás. Pre mňa to bola neskutočne obohacujúca skúsenosť. V nemocničnej lekární v National Cheng Kung University Hospital som bol ich prvým zahraničným študentom, takže to bola nová skúsenosť aj pre nich (obr. č. 5). Ak ste ochotní cestovať, vystúpiť zo svojej komfortnej zóny a získať zážitok, ktorý vám zmení život, určite navštívte Taiwan.

**Štefan MORAVČÍK**



*Posledný deň praxe, poďakovanie a prijatie certifikátu.*

Zájem o dějiny vlastního oboru je obvykle provázen snahami o zachování a ochranu starých předmětů, které se v daném oboru používaly, ale již neslouží jeho potřebám. Nemusí být vždy spojeny s nějakým produktem nebo osobností ani vynikat z estetického zřetele. Sběratelství je mnohdy spojeno se založením a povahou sběratele a závisí i na dalších podmínkách.

## Vzpomínka na Historické lékárenské středisko

RNDr. Pavel Drábek

V naší farmacii vznikly významné sbírky farmaceutických památek v druhé polovině 19. století a byly představeny na dvou výstavách v letech 1891 a 1896.

Protože bylo třeba tyto sbírky někde trvale umístit a pečovat o ně, věnovala je pražská Farmaceutická společnost Národnímu muzeu.

Ve 20. století u nás opět vzrostl zájem o dějiny farmacie a začaly zase vznikat sbírky farmaceutických památek. K zakladatelům tohoto snažení patřili profesor farmakognosie na UK PhDr. Eduard Skarnitzl (1894–1970) a úředník ministerstva zdravotnictví RNDr. PhMr. Jaroslav Hladík (1903–1975), pozdější první vedoucí Ústavu dějin lékárnictví. Je třeba ještě připomenout, že v roce 1944 vznikl při Ústředním svazu lékárníků

muzejní odbor, jehož posláním byla péče o záchranu lékárnických muzeálí a vybudování Lékárnického muzea. Jeho vedením byl pověřen profesor Skarnitzl.

Jejich úsilím vznikla sbírka, instalovaná po 2. světové válce v prostorách Purkyňova ústavu, neboť v tu dobu stále ještě nebyla instituce, která by se o tyto sbírky starala. Doposud u nás chyběla samostatná farmaceutická fakulta a pražské studium farmacie se připravovalo na stěhování do Brna. Uvedená sbírka v Purkyňově ústavu bývala nazývána muzeem, měla šest místností a vzbudila ohlas i v zahraničí.

Značnou pohromu pro další vytváření sbírek přinesl poválečný vývoj. Jednak byla pražská sbírka v roce 1948 uzavřena a přestěhována do sklepa právnické fakulty a potom po částech do Brna. Dále došlo ke znárodnění lékáren a pře-

K nedožitým  
95. narozeninám kolegy  
RNDr. PhMr. Zdeňka Hanzlíčka

kotné reorganizací jejich sítě. Nově jmenovaní odpovědní správci znárodněných lékáren měli jiné úkoly než pečovat o těžko definované památky. Léčárny se často stěhovaly a na původním místě zůstaly, odklizené na půdy, do sklepů a kůlen části nepoužívaného vybavení. Mnohdy bylo možné je tam najít ještě po letech. Množství knih a hmoždířů pak skončilo ve sběrných národních podniku Sběrné suroviny, o archiváliích ani nemluvě. Za deset let po znárodnění bylo zrušeno nebo přestěhováno asi 70 lékáren. Později přibývaly další.

Sám autor tohoto článku viděl v roce 1957, jakou spoušť zanechali pokrývači na půdě lékárny v Horním Slavkově. Původně tam bylo uskladněno několik desítek, již tehdy vzácných, starých porcelánových stojatek z místní továrny. Pro znalce dodávám, že byly zespuďu signovány modrým písmenem S pod polevou. Zbyla po nich jen hromada stěpů, ze které se nedalo odhadnout jejich původní množství. Pro připravované muzeum se podařilo vybrat pouze několik mírně poškozených exemplářů.

Od roku 1953 se v Závodním klubu ROH Lékárenské služby hlavního města Prahy scházel kroužek zájemců o historii farmacie zaměřený zejména památky věcné a literární. Přes naléhavou potřebu tyto památky chránit, soustředil a zabezpečil pro další využití, chyběly prostory po zrušeném muzeu v Purkyňově ústavu. Jako jeho náhrada posloužila zrušená lékárna v Nerudově ulici, nazvaná původně „U zlatého lva“, později podle majitele „Dittrichova lékárna“. Její empirické vybavení ze začátku 19. století jí sice po roce 1950 neuchránilo před znárodněním, ale umožnilo památkovou ochranu. Ta byla vyhlášena v květnu 1952 a lékárenský provoz zde byl ukončen. Po vyklizení léčiv byly prostory lékárny propůjčeny k uskladnění vznikající historické sbírky a k přípravě muzejní expozice. Tam vznikla základna přesahující původní



Přípravný výbor Skupiny pro dějiny farmacie (od. r. 1965 Sekce). Zleva: Zdeňk Hanzlíček, Radoslav Fundárek, prof. Eduard Skarnitzl, Václav Rusek, Pavel Drábek, doc. Jaroslav Hladík, Fridrich Perényi. Před lékárnou na Pohořelci 1961 (Praha Hradčany).

Historický kroužek. Analogicky s tehdejší Rozvojovým lékárenským střediskem byla v roce 1957 nazvána **Historické lékárenské středisko**. To obsahovalo kromě původní oficíny ještě další místnosti: kancelář, knihovnu, laboratoř (v ní vystaveny přístroje a pomůcky), přípravnu (v té pořádány výstavy) a dvě sklepní místnosti. Na budování střediska a přípravě muzea se podílelo více než deset farmaceutů, převážně pražských. Hodně nám pomáhalo vedení Závodního klubu ROH (PhMr. M. Bárta a PhMr. J. Šarvaš). Veškeré práce byly vykonávány brigádně a vedení zajišťoval RNDr. PhMr. Zdeněk Hanzlíček (1922–2013).

O poslání střediska informoval odborný tisk, jenž vyzval české farmaceuty ke sběru a záchraně historických lékárenských předmětů. Ohlas na článek byl malý, úspěšnější bylo osobní jednání. Postupně byla navázána spolupráce s brněnskou farmaceutickou fakultou (docent RNDr. PhMr. Václav Rusek, 1928–2016) a Svazem československých muzeí, který nám dal základní informace a potřebnou odbornou literaturu. Další poučení a pomoc nám ochotně poskytovali pracovníci Národního muzea, Národního technického muzea, Uměleckoprůmyslového muzea a Památníku národního písemnictví.

Se svolením ředitele Krajské správy lékáren v Karlových Varech Dr. PhMr. B. Samka jsme navštívili dvanáct lékáren tohoto kraje. Při něm bylo nalezeno mnoho zajímavostí, které posléze obohataly sbírky Historického střediska, např. malované zásuvky na drogy, stroj na výrobu pilulek, staré lékopisy a receptáře, vzorky obsolentních drog, cestovní lékárníčka, stará závaží a podobně. Po zhodnocení této akce jsme navrhli lékárenskému odboru Ministerstva zdravotnictví, aby byla zorganizována analogická celostátní akce, ale náš návrh nebyl přijat. Stejně tak zapadl další návrh, aby středisko mohlo vydávat občasný zpravodaj, který by informoval lékárenský terén o dění v oboru.

Od jednotlivců a ze zrušených lékáren jsme získávali nejrůznější farmaceutické památky. Za tři roky jsme měli pět tisíc zainventovaných předmětů. Byly to nejenom stojatky všeho druhu a různé laboratorní pomůcky, ale také stará léčiva, knihy a časopisy, obaly, letáky a další listinný materiál. Velké předměty (nábytek, stroje, kotle atp.)

však bylo možné přijímat jen omezeně, protože od počátku hrozil nedostatek místa. To vše bylo nutno roztrždit, evidovat, konzervovat a případně připravit k vystavení. Evidence se prováděla jednak v inventárním soupisu a zvláště v knize přírůstků. První veřejné vystavení části sbírky bylo v září 1958 na Farmaceutickém kongresu v Karlových Varech, jinak byla sbírka přístupná jen na vyžádání.

Po dvouletém snažení bylo rozhodnuto přejmenovat dosavadní středisko na **Pražské farmaceutické muzeum** a urychlit práce na jeho dobudování. Dne 1. října 1959 bylo muzeum oficiálně otevřeno, při účasti zástupců

Ministerstva zdravotnictví, jeho tehdejší Hlavní správy lékáren, Československé farmaceutické společnosti, Závodního klubu ROH, vedení Pražské Mediky a dalších organizací. Dosavadní středisko tak splnilo účel, pro který bylo založeno a pod novým názvem muzea rozšířilo svoji činnost. Pořádalo výstavy, bylo pravidelně zpřístupněno veřejnosti a rozšířilo styky s podobnými evropskými organizacemi. Jeho další vývoj nebyl jednoduchý a trvalo řadu let, než dosáhlo dnešní podoby. Původní Hanzlíčkova idea tak došla naplnění a česká farmacie má svůj památník, který dokládá její složitý vývoj.

*Literatura u autora*



*Dittrichova lékárna oficína – Farmaceutické muzeum Praha – Malá Strana, Nerudova 32. Otevřeno v září 1956.*



# Lékárníci na lodi a na kolech – relax po ostrovech Dalmácie



Že by opravdu nová tradice lékárníků cyklozájezdů?

Po loňském cykloputování Slovinskem jsme se letos nechali zlákat nabídkou cykloturistiky mezi ostrovy v Chorvatsku. Možná kvůli vyšší ceně zájezdu a možná kvůli hrozbě jízdy v terénu a po šotolině nás z České republiky do Chorvatska vyrazilo méně než loni, celkem 12 lékárníků cyklistů a jejich příznivců. Hned po nalodění v menším přístavu střední Dalmácie, Primoštenu, nás zamrazilo, zda vůbec přežijeme takové houpání lodi celý týden. Ale protože Aloha byla velmi hezká loď a kromě malých kajut se sociálním zařízením měla také bar a restauraci pro 32 osob, měli jsme si na houpání kde zvykat. Navíc bylo moře další dny mnohem klidnější. Posádku lodi tvořila pětice sympatických mladých mužů, kteří kromě lodi výborně ovládali také umění kuchařské.

Už v sobotu odpoledne vyrazili někteří z nás na první cyklotrasu z Primoštenu do Rogoznice, vyzkoušeli nejen výživné stoupání, ale i těžký šotolinový terén. Večer jsme, po procházce příjemným historickým centrem městečka, poseděli u vína v chorvatské konobě a těšili se na další program. V neděli už vytáhli kola všichni. Nejdříve nás na cestě podél pobřeží uchvátily krásné výhledy na moře a pak i vnitrozemí cestou do městečka Skradin. Trochu jsme zmokli, ale byl to jediný déšť z celého pobytu. Následující dny už sluníčko pěkně hřálo a každý den nás lákalo ke koupání jednou v blankytně modrém, jindy v smaragdově zeleném, a vždycky trochu chladném Jadranu.

Lodí jsme navštívili a na kole projeli národní parky Krka a Telaščica, ostrovy Murter, Pašman, Ugljan, Dugi otok a po večerech jsme obdivovali kouzelná pří-

stavní městečka Vodice, Zadar, Trogir a Split. Ochutnávali jsme místní ryby a mořské plody i tradiční chorvatská jídla.

Poznali jsme nová místa, nové přátele, skvělého delegáta Jirku, naučili jsme se vyměnit píchlou duši (když jsme samy holky zůstaly uprostřed ostrova) i poradit si s rozpadlým řetězem (to už bylo s pomocí slovenských kolegů z lodi, které jsme míjeli na trase). Poslední večer jsme roztančili palubu, a když nám byla malá, vyrazili jsme do nočního Splitu tančit dál, mimo jiné i doprostřed Diokleciánova paláce.

Nejen prací a starostmi živi jsou lékárníci, zábavy bylo ve dne v noci dost. Před návratem jsme se shodli jednoduše – příští rok jedeme znovu! Třeba jsme vás navnadili a přidáte se k nám!

Ivana SOKOLOVÁ

## VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen 2017

## 80 let

RNDr. Miroslava Kuncová  
(OSL Nový Jičín)PhMr. Jindřich Slimáček  
(OSL Ostrava)

## 70 let

PharmDr. Pavla Praisová  
(OSL Teplice)

## 65 let

PharmDr. Karel Branč  
(OSL Česká Lípa)Mgr. Alena Černá  
(Šumperk - Jeseník)Mgr. Eva Dobrovolná  
(OSL Třebíč)Mgr. Milena Metelová  
(OSL Žďár nad Sázavou)Mgr. Marie Münsterová  
(OSL Ústí nad Labem)RNDr. Alexandra Polová  
(OSL Jablonec nad Nisou)Mgr. Zdeněk Přikryl  
(OSL Znojmo)PharmDr. Miloš Řehák  
(OSL Břeclav)Mgr. Jaroslav Servus  
(OSL Prostějov)PharmDr. Jana Šimková  
(OSL Praha 6)

## 60 let

PharmDr. Miloslav Bačák  
(OSL Česká Lípa)PharmDr. Jitka Borkovcová  
(OSL Tábor)PharmDr. Alena Neubauerová  
(OSL Ústí nad Orlicí)PharmDr. Dana Ryšavíková  
(OSL Ostrava)Mgr. Miroslava Staňková  
(Šumperk - Jeseník)Mgr. Jarmila Škrabalová  
(OSL Olomouc)

Mgr. Věra Tomšíková (OSL Vsetín)

PharmDr. Jarmila Tuhá  
(OSL Znojmo)

## 55 let

PharmDr. Alena Bulíčková  
(OSL Benešov)PharmDr. Jaroslav Čaha  
(OSL Kutná Hora)PharmDr. Milena Cikánová  
(OSL Domažlice - Tachov)PharmDr. Hana Hrabálková  
(OSL Hradec Králové)Mgr. Marcela Janušková  
(OSL Uherské Hradiště)PharmDr. Zuzana Jelínková  
(OSL Mladá Boleslav)PharmDr. Ivana Koubalíková  
(OSL Český Krumlov)PharmDr. Jan Krška  
(OSL České Budějovice)

Mgr. Eduard Najt (OSL Olomouc)

PharmDr. Darina Středová  
(OSL Náchod)PharmDr. Magdalena Vančáková  
(OSL Praha 1)

Mgr. Josef Veselý (OSL Náchod)

Mgr. Marie Zagatová  
(OSL Brno)

## 50 let

PharmDr. Radka Aitchisonová  
(OSL Prachatice)Mgr. Eva Eugelová  
(OSL Praha 8)Mgr. Šárka Hlavatá  
(OSL Brno)

Mgr. Pavel Kešner (OSL Pelhřimov)

PharmDr. Hana Krýdová  
(OSL Nový Jičín)Mgr. Halina Křižanová  
(OSL Karviná)PharmDr. Eva Kurucz Rulová  
(OSL Ústí nad Orlicí)

Mgr. Petra Netočná (OSL Ostrava)

Mgr. Zdenka Ondřejová  
(OSL Uherské Hradiště)PharmDr. Alena Pospíšilová  
(OSL Jindřichův Hradec)Mgr. Martin Procházka  
(OSL Praha-západ)Mgr. Marie Smejkalová  
(OSL Jihlava)PharmDr. Renata Venhodová  
(OSL Třebíč)PharmDr. Jindřiška Zárubová  
(OSL Pardubice)*Upřímně blahopřejeme!***(člnek)**

## Pozvánka na XXXIII. Lékařnické dny

Ve dnech 6. až 8. října 2017 se konají již XXXIII. Lékařnické dny.

**Místo:** Městské divadlo Znojmo, Loucký klášter (společenský večer s ochutnávkou vína)**Téma:** Farmakoterapie ve stáří, magistraliter příprava, současné lékárenství, historiePřihlášky na webu: [www.cfs-cls.cz](http://www.cfs-cls.cz), informace na: [www.lekarnickedny.estranky.cz](http://www.lekarnickedny.estranky.cz)

Za pořadatele se na vaši účast těší a srdečně zvou: Antonín Svoboda, Ivana Sokolová, Jiří Kotlář a Pavel Grodza



## Nápor lékárníků proti § 156

Pod tímto titulem referovala „Sociální reforma“ v čísle 5., ze dne 5. března t. r., o poradě svolané ministerstvem soc. péče na den 28. února, na které mělo dojít k dohodě o provádění § 156, č. 2. p. z.

V tomto referátě cituje se, že jsem jako zástupce farmaceutického průmyslu opakoval svůj již dříve přednesený návrh, podle něhož by bylo lze ponechat vydávání speciálních léků i nadále lékárnám při zachování 35% zisku.

Mám za svou povinnost opravit tento referát v tom smyslu, že nemluvil jsem o 35% zisku, anýbrž o 35% lékárnické přírážky, což jest ovšem veliký rozdíl. Připomněl jsem hned zpočátku, přednášeje svůj návrh pro dohodu mezi nemocenskými pojišťovnami a lékárníky, že je absolutně nutno, má-li k této dohodě dojít, aby všichni kontrahenti šli k jednání s tím dobrým úmyslem, že jsou ochotni přinést této dohodě také určité oběti. V tom smyslu byl také koncipován můj návrh.

Ježto by shora zmíněný nepřesný referát mohl vyvolat dojem, že oběť měla být jen jednostranná, rozhodl jsem se k této připomínce.

Dr. Adolf Maixner.

## Všem kolegům!

Jak známo vydal Svaz velkodrogistů v ČSR jednotný ceník lékárnického zboží. V ceníku onom, pokud se týče léčivých specialit, uvedeny jsou nákupní ceny u celé řady specialit vyšší, než jaké stanovili pro lékárníky výrobci. Následek toho je, že dochází na náš Svaz mnoho stížností od lékárníků, kteří jsou tím zkracováni na svém, úředně jim přiznaném zisku, neboť pro výpočet cen prodejních bere se za základ nákupní cena stanovená výrobcem, tudíž namnoze nižší, než uvádí ceník Svazu velkodrogistů.

Poněvadž proti této bezohlednosti vůči lékárníkům nemá Svaz čs. lékárnictva možnosti nějak účinně zakročiti, dává kolegům následující radu: **Léčivé speciality objednávej jedenkaždý u velkodrogisty výhradně s podmínkou, že je bude účtovatí nákupními cenami, které pro lékárníky ustanovil výrobce. Nepřistoupí-li dodavatel na tuto podmínku, objednej potřebné speciality přímo u výrobce.**

Jisté potíže, které se tímto doporučeným postupem z počátku vyskytnou, budou brzy vyváženy výhodami jak pro lékárníky, tak i pro výrobce.

Z představenstva Svazu čs. lékárnictva: Ph. Mr. K. Rosenberg

## Vyhláška o zřízení nové veřejné lékárny v Jičíně.

– Č. 20.685/7 z r. 1934 odd. 26. Ph. Mr. Zdeněk Brachtl, adjunkt lékárny „Život“ v Praze II., Hybernská ul. 7.,



zažádal u zemského úřadu v Praze za povolení ku provozování lékárny, kterou hodlá zřídit v Jičíně se stanovitěm v Husově třídě v domech čp. 39, 127, 1, 60, 59, 66, 58, 218, 72, 73, 101, 121, 99, 103, 104, 48, 110, 192, 77, 65 a 152 po straně jedné a v domech čp. 2, 74, 53, 52, 45, 393, 54, 64 po straně druhé.

Majitelé veřejných lékáren, kteří mají za to, že by zřízením nové lékárny byla existenční schopnost jejich lékáren ohrožena, mohou své případné námitky proti jejímu zřízení podati ústně nebo písemně u okres. úřadu v Jičíně během 4 neděl ode dne uveřejnění této vyhlášky v Úředním listu Republiky Československé, tj. do 7. IV. 1935. K pozdějším námitkám nebude hleděno.

Zemský úřad v Praze,  
dne 27. února 1935

## Vyhláška o zřízení nové veřejné lékárny v Mělníku.

– Č. 2359/1 z r. 1935 odd. 26. Ph. Mr. František Zadražil, civ. smluv. lékárník voj. Zdravotního skladu 3 v Lipt. Sv. Mikuláši, zažádal u zem. úřadu v Praze za povolení ku provozování lékárny, kterou hodlá zřídit v Mělníku se stanovitěm ve Třídě Legionářů, a sice od Náměstí Svobody od č. 27 až k č. 14 (obec. dům) a pak dále ve

Třídě Legionářů počínaje č. 27 a konče č. 29, 30 po jedné straně a ve stejném úseku Třídě Legionářů po straně druhé, č. 32, 33, inkusive všechny rohové domy ulic ústících do Třídě Legionářů a rohové domy přilehlých náměstí.

Majitelé veřejných lékáren, kteří mají za to, že by zřízením nové lékárny byla existenční schopnost jejich lékáren ohrožena, mohou své případné námitky proti jejímu zřízení podati ústně nebo písemně u okres. úřadu v Mělníku během 4 neděl ode dne uveřejnění této vyhlášky v Úředním listu Republiky Československé, tj. do 8. IV. 1935. K pozdějším námitkám nebude hleděno.

Zemský úřad v Praze,  
dne 28. února 1935

## Zemský úřad v Praze

sděluje, že výměrem okresního úřadu v Plzni schválen byl Ph. Mr. Jos. Kortschik odpovědným správcem veř. lékárny Vilímovy v Plzni (maj. Ph. Mr. J. Špaček) a to na dobu 1 roku.

sděluje, že současně zamítá žádost Ph. Mr. V. Willingera za koncesi ke zřízení a provozování nové veř. lékárny v Úšovicích.

sděluje, že výměrem okresního úřadu v Náchodě schválen byl Ph. Mr. St. Klinger odpovědným správcem veř. lékárny v České Skalici.

sděluje, že současně zamítá žádost Ph. Mr. A. Waltera za koncesi ke zřízení a provozování nové lékárny v Praze XII., Šafaříkova ul.

Dne 19. t. m. zemřel po dlouhém utrpení pan R. P. Ph. Mr. Heřman Macháček, lékárník, subpřevor Konventu Milosrdných bratří v Kuksu, v požeňnaném stáří 78 let, z nichž 50 let strávil v řeholi. Pohřeb konal se ve čtvrtek dne 21. března o 11. hodině dopol. na místním hřbitově v Kuksu.

Vyslovujeme hlubokou soustrast!

**Nájem lékárny v Praze nebo poblíž Prahy, převezme ihned energic. mladý magistr. Potřebný kapitál pohotově. Značka „Zvýším obrat“**

*Věstník Svazu československého lékárnictva, ročník XXVIII./XVI., číslo 12, dne 22. března 1935*