



ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

měsíčník stavovské lékárnické komory

ročník XC, vydání 12/2018

Listopadový Kongres nemocničních lékárníků začal speciální historickou prezentací jako poděkování doktorce Heleně Rotterové mimo jiné za dlouhodobé úsilí při rozvíjení nemocničního lékárenství. Potleskem „ve stoje“ jí své uznání vyjádřili všichni přítomní v aule Univerzity Hradec Králové.



Podle občasných lékárnických postesků, že to kdysi měli jejich předchůdci jednodušší, měli velkou vážnost, žili a pracovali bez výraznějších problémů, vidím, že někteří z vás v tomto časopise nechtou rubriku VYDÁNO PŘED X LETY.



Tak nevím. Před 85 lety (právě z roku 1933 jsme letos zveřejňovali příspěvky z Praktického lékárníka) se mj. psalo, že pro lepší budoucnost lékárnictví je nejdůležitějším předpokladem smír ve stavu, že na jedné straně je vidět neústupnost a krátkozraké přezírání, na druhé straně používání zbraní, které sice zraní odpůrce, ale zraní také celý stav. „Vidíme však, že každá strana z obou skupin hlásí svůj boj pro udržení stavu za jediné správný a tak docházíme ku paradoxu, že obě stavovské skupiny bojující za udržení stavu zabíjejí lékárnictví.“ V třicátých letech minulého století, v časech hospodářské krize, se podle dobového tisku změnilo lékárnictví od základu, a psalo se, že nepříznivý vývoj ještě není u konce. Dnes snad sice hospodářská krize nehrozí, ale jen slepý a hluchý by neviděl morální úpadek ve všech vrstvách společnosti. Žijeme v turbulentní době, a stejně jako kdysi se i dnes ve stavovských poměrech odrážejí společenské poměry. Poslední, co bychom v lékárenství potřebovali, je skepse a poráženecká nálada. Samozřejmě, že obraz lékárenství se také v posledních letech změnil od základu a jsou to nevrátelné změny, které mnohým z vás vzaly ideály i chuť do práce. Nelze než závidět mladým kolegům, že se rozhodli nenechat se otrávit. Drží je naděje, že kdo se ocitne na pomyslném dně, dostává zároveň příležitost se od něj odrazit. Věřím, že si své místo ve zdravotnickém systému obhájí a vypořádají se s hromadou všech nových povinností, jak se od lékárníků už tradičně očekává. Třeba právě příští rok bude výjimečný. Přeji Vám, aby to pro Vás byl rok nadějný osobně i pracovně. Zasloužíte si to.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka Mgr. Jaroslava Hořanská

redaktor PharmDr. Stanislav Havlíček

redakční rada

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

vydavatel

Česká lékárnická komora, Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4

sazba Kateřina Hoferková

tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

ČČL č. 12 vychází 17. 12. 2018 v nákladu 9 230 výtisků.

předplatné a inzerce objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka č. 1/2019 – 2. ledna 2019

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 krátiť či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



Přívozská 6, 702 00 Ostrava

tel.: 596 115 372

e-mail: casopis@lekarnici.cz

obsah

| | |
|---|----|
| Zbývá přetavit proklamace v činy | 4 |
| Zeptali jsme se | 5 |
| Kongres nemocničních lékárníků po dvaadvacáté | 6 |
| 1. Kongres nemocničních lékárníků | 7 |
| Svou odbornost jsme dávno ztratili | 8 |
| Konzultační činnost mimo lékárnou | 9 |
| Jubilejní rok Veterinární a farmaceutické univerzity Brno | 10 |
| Osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe | 12 |
| Interaktivní dispenzační semináře | 14 |
| Zastavme přesun výroby léků mimo Evropu | 15 |
| Ministerstvo se nespokojeným lékárníkům diví? | 16 |
| Molekula měsíce: Bemcentinib | 17 |
| Nově registrované látky: Nusinersen | 18 |
| Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Acorus calamus L | 19 |
| Prof. RNDr. Luděk Jahodář, CSc., sedmdesátiletý | 20 |
| Z inspirativní studentské výměny | 21 |
| Říkat to lidem jejich řečí | 22 |
| Světové dny zdraví | 23 |
| Diabetes, jak jej (možná) neznáte | 24 |
| Věřte, že není dávka jako dávka | 25 |
| Stát dlouhodobě rezignuje na kvalitu lékařské péče | 27 |
| Trnité cesty vývoje léčiv (IV.) | 28 |
| Hluboké ovlivnění celkovou anestezí není jen scénář hororových filmů | 29 |
| Nové léky i telemedicína | 30 |
| Deník holky z lékárny | 31 |
| Významná jubilea | 31 |
| Lutein a makulární degenerace | 32 |
| Vydáno před 85 lety | 33 |

Zbývá přetavit proklamace v činy



Průběh „osmičkového“ roku z pohledu činnosti České lékárnické komory budeme vyhodnocovat s určitým odstupem až po jeho ukončení. Několik vět k listopadovému sjezdu, k jeho veřejnému i zákulisnímu komentování, si ale dovoluji již nyní.

PharmDr. Lubomír CHUDOBA

Jako představenstvo se vás snažíme poctivě a včas informovat o všem podstatném. Nejčastěji prostřednictvím webových stránek, tj. nevhodnějším nosičem z pohledu aktuálnosti, dostupnosti i zveřejnění větší porce podkladů. Uznávám, že zápisy z našich zasedání jsou publikovány v dosti strohém formátu. Důvodem je ale zadání, mít je nejen odsouhlasené představenstvem v samotném závěru každého zasedání, ale i jejich zveřejnění do druhého dne. Jiné komory nebo státní instituce zveřejňují zápisy po dvou až čtyřech týdnech. S touto časovou dotací pak mohou být určitě mnohem podrobnější, i když již zčásti méně aktuální. Jsem přesvědčen o tom, že spolu s přílohami k jednotlivým zápisům a se spoustou průběžně zveřejňovaných podkladů je každému členovi poskytnut poměrně vyčerpávající přehled našich aktivit. Samozřejmě nemáme, a nemůžeme mít, kapacitu na detailní reprodukci průběhu a výsledku bezpočtu diskusí, které mezi sebou vedeme, ať již distančně, nebo osobně. A ani já, ve funkci s plným úvazkem, nestíhám sepisovat podrobné zprávy o všech jednáních s politiky, státní správou, zdravotními pojišťovkami apod. Zároveň si uvědomuji, že souběžné a hlavně opakované řešení desítek témat může mít i nevýhody. Může dojít k tomu, že u některých se (chybně) domníváme, že podstatné okolnosti vám jsou všeobecně známé. Především v případech, kterým jsme se věnovali již v předchozích letech. Jindy naopak není naším cílem, a to vědomě, seznamovat „protistranu“ v on-line režimu s našimi kroky. Zejména, když o výsledku spolurozhoduje více subjektů. Jsem si vědom, že v obdobných situacích nás ve vašich očích může poškodit „nezištné šíření zaručených“ zpráv. Proto, pokud nebude jakýkoli náš postup, stanovisko nebo rozhodnutí srozumitelné, chtějte po nás prosím vysvětlení obratem.

Tradičním sjezdovým koloritem bývají méně či více přesvědčivá vystoupení některých delegátů, kteří měli, případně stále mají, možnost přiložit ruku ke společnému dílu z titulů svých funkcí. Ať již v komoře, nebo jinde. Nesdílím jejich poukazování na nedostatky druhých, zvláště za situace, kdy sám řečník nemá dostatek sebereflexe a odvahy si přiznat, že jemu samotnému se za dlouhé roky nepodařilo prosadit nic významnějšího. Některé „konstruktivní“ apely však nelze přecházet mlčením a důraznější výměna názorů pak může nejen u nově zúčastněných delegátů vyvolat smíšené pocity. I přesto však musí být dána všem zúčastněným příležitost vystoupit a na vyzrálost profesní

samosprávy je pak možné nahlížet optikou většinově přijatých usnesení.

Ministr zdravotnictví se nám letos den před sjezdem z účasti omluvil, nedostavila se ani pozvaná ředitelka SÚKL. Navíc žádný za sebe nenabídl náhradu. Považuji to za chybu. U ministra o to více, že od vrcholného politika je očekáván vyvážený přístup k jednotlivým skupinám zdravotníků, uvědomění si jedinečného postavení profesní komory zřízené ze zákona a také být odolný vůči kritice, i když není vedena v duchu mušketýrských tradic. Vážím si alespoň skutečnosti, že za námi ministr přijel jednat do sídla komory hned na první posjezdové zasedání představenstva. I když diskusi s delegáty sjezdu to nahradit nemohlo. Ani jemu, ani nám. Každopádně jednání s ním bylo velmi rozumné s příslibem podstatného rozšíření vzájemné spolupráce. Takže již jen zbývá přetavit proklamace a sliby v konkrétní činy, tedy v postupné plnění našich priorit. Představenstvo ČLnK je na to připraveno, ambice dokončit sjezdem uložené úkoly jsou hlavní prioritou.

V centru pozornosti příštího roku bude očekávané podzimní volba nejvyšších orgánů komory. Těší mě vzrůstající aktivita dosud nefunkčních OSL a doufám, že nepůjde jen o chvilkové vzplanutí. S nově fungujícími sdruženími je zároveň spojen předpoklad významnějšího počtu delegátů „nezatížených“ sjezdovými diskusemi, což může být výhodou. Stejně jako v jiných oborech, budou jistě i u nás do komorových funkcí preferováni jedinci připravení, osobnostně vyzrálí a schopní týmové spolupráce v prostředí různorodých názorů.

Přeji Vám, abyste nejen nadcházející vánoční svátky prožili šťastně a spokojeně v kruhu svých nejbližších a přátel. Přeji všem pevné zdraví, dostatek elánu a životního optimismu pro uspokojení z náročného, ale ve všech vyspělých zemích vysoce kladně vnímané lékárenské profese.



*Krásné vánoční svátky
a optimistický rok 2019
Vám přeje redakce ČČL*

ZEPTALI JSME SE

Co byste v příštím roce přáli sami sobě (i své rodině) a co českému lékárenství?

PharmDr. Lubomír CHUDOBA,
prezident České lékárnické komory



Nejen sobě a nejbližším přeji pevně zdraví, přátelské prostředí a životní optimismus. Českému lékárenství pak dynamičtější rozvoj odborných aktivit, spravedlivé finanční ohodnocení a radost ze smysluplné práce v podobě spokojených pacientů.

Mgr. Leona ŠTĚPKOVÁ, Lékárna Medea, Hostomice



Sobě a rodině samozřejmě zdraví, lásku, peníze a štěstí, to je jasné. Tak bych si moc přála jiného prezidenta republiky. A lékárenství přeju hlavně to, ať už se konečně všichni mezi sebou přestaneme dohadovat a začneme tahat společně jako lékárníci za jeden provaz. Protože jestli ne, tak nám všechny ty katastrofy patří, a můžeme si za ně sami.

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



V osobní rovině bych si přál zdraví a možná trošku štěstí, to ostatní si člověk už tak nějak musí zařídít sám. Českému lékárenství bych přál, aby si dokázalo důstojně obhájit a udržet svoji pozici ve zdravotnickém systému tak, aby lékárníci mohli využít svůj odborný potenciál ve prospěch pacientů. Aby se lékárníci shodli na prioritách, které budou schopni efektivně prosazovat. Všem bych chtěl popřát hodně zdraví a úspěchů jak v osobním, tak pracovním životě.

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



Osobní přání bývávají dost často stejná. Tak stejná, že po čase vypadají jako přání ryze formální. Každý z nás si jistě uvědomil, co znamená přání „hodně zdraví“ až v okamžiku, kdy je začínáme ztrácet. Potom každý pochopí, že popřát komukoliv hodně zdraví je asi to skutečně nejzásadnější přání, od kterého se odvíjí vše další – spokojenost, štěstí atd. Proto jistě nepřekvapí, že své rodině a také sobě přeji skutečně „jen“ to pevně zdraví. Myslím, že to stačí. Ostatní pak záleží jen a jen na nás. Totéž přeji i českému lékárenství. To přání je ovšem poněkud modifikované. Přeji mu, aby se mu jeho zdraví vrátilo, neboť všichni víme, jak na tom v současné době je. Moje generace měla to štěstí, že zažila 80. léta, kdy se

lékárenství skutečně rozvíjelo jako výsostně zdravotnický obor. Ale potom jsme zažili také ten relativně strmý pád, kdy o toto postavení postupně přicházelo, i když se, naštěstí, řada lékárníků snaží tuto tendenci co nejvíce zdržovat.

A vzhledem k tomu, že toto je moje poslední odpověď na redakční otázku, tak bych popřál také hodně zdraví všem lékárníkům ve všech typech lékáren, přeju jim, aby spory, které mezi nimi jsou, vyhasly, a aby se dočkali toho, že nebudou existenčně závislí pouze na výši marže, ale především na svých znalostech a na schopnosti předat je pacientům v lékárnách.

Mé přání a velký dík patří také redakci Časopisu českých lékárníků, který mně umožnil po řadu let sdělovat mé názory na vývoj farmacie v Čechách, a kterému se daří informovat nás o všem, co se na poli farmacie děje. Děkuji, a redakci (ale vlastně nám všem) přeju, aby byla v budoucnu zahlcována pozitivními zprávami o české farmacii.

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



Vážené a milé kolegyně, vážení a milí kolegové, přeji nám všem do nového roku pevně zdraví, mnoho štěstí, velkou míru tolerance a vzájemného pochopení. Děkuji za dosavadní spolupráci a těším se na další. Doufám, že společnými silami dokážeme dále upevňovat a rozvíjet náš obor tak, aby při poskytování odborné lékárenské péče byl spokojený nejen pacient, ale i lékárník.

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



Své rodině přeji v příštím roce hodně zdraví, protože to budeme potřebovat, no a českému lékárenství v roce 2019 přeji, aby se podařilo zajistit v dohodovacím řízení peníze, které půjdou jen do lékáren také v roce 2020.

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



Lékárnám bych přál, aby se co nejlépe vypořádaly s velkým náporům nových povinností a administrativy. Upozorňuji na nárůst vcelku oprávněně. Ale taková už je doba. Vlastně bych si přál něco podobného i pro sebe, své blízké a spolupracovníky: aby bylo o něco méně nezbytných formalit a více

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

času na to jít k podstatě. Ať už k podstatě otázek, které hýbou zdravotnictvím, nebo k podstatě mezilidských vztahů.

PharmDr. Petr HORÁK, vedoucí lékárník NL FN Motol



Všem bych přál hodně zdraví, štěstí a úspěchů. Svě rodině bych navíc přál hodně trpělivosti se sebou samým. Tím odpovídám i na to, co bych přál sám sobě – aby ji se mnou měli.

Našemu stavu bych přál to, co každý rok – aby se soustředil na důležitá témata, aby dokázal, že důraz na odbornost není jen

klišé, ale reálný cíl, který umíme naplnit, dokumentovat a ukázat pacientům, ostatním zdravotníkům a politikům. Aby mezi námi bylo méně vykuků, kteří halí vlastní byznys plány do vznešených slov o prospěchu celého stavu, a přitom jednají na jeho úkor. Abychom dokázali nacházet úspěšné cesty komunikace. Abychom se dokázali na svůj obor podívat z většího nadhledu a nacházeli nové dlouhodobé perspektivy. Abychom nebyli zava-

lování nesmyslnými administrativními agendami, které kradou náš čas pro pacienty a rozvoj oboru. A abychom se spolu dokázali domluvit i jindy než o adventu. Jde o přání jistě neskromná, ale o to větší radost přinášející, kdyby se splnila!

PharmDr. Aleš NOVOSÁD, předseda, Mladí lékárníci



Otázka vypadá velice zapeklitě, vážení kolegové, ale je vlastně docela jednoduchá. Osobně bych přál hlavně pevné zdraví všem, nejenom lékárníkům, ale především našim pacientům. Svě velké rodině bych přál, abych měl na všechny její členy dostatek času a dokázal opět skloubit všechny pracovní aktivity s volným časem, kterého by

v následujícím roce mohlo být i více.

A českému lékárenství? Tomu bych přál méně schizofrenie.

To, co zažívám kolem zvláštních volebních shromáždění, je otřesné, neprofesionální a nebojím se říci i nelidské. Jen to ukazuje, jak jednotlivci dokážou bořit práci ostatních, pálit a ničit vše vybudované. Určitě bych si přál, aby se lékárníci nebáli vyjádřit vlastní názor a nenechali sebou účelově vláčet.

Kongres nemocničních lékárníků po dvaadvacáté



V Hradci Králové se 9. až 11. listopadu konal už 22. Kongres nemocničních lékárníků. Nabídl 49 přednášek v 10 přednáškových blocích pro 588 účastníků.

Před sobotním oficiálním zahájením byl páteční večer paralelně věnován dvěma tématům: specializační přípravě a směrnici FMD. Na „protipadělkový“ workshop o pilotním testování se přihlásilo 80 účastníků, ale do posluchárny se jich nakonec dostavilo téměř 130. V průběhu workshopu se mimo jiné podařilo otestovat i interaktivní hlasování pomocí aplikace pro mobilní telefony.

Během sobotního zahájení kongresu zazněla speciální historická prezentace jako poděkování doktorce Heleně Rotterové mimo jiné za dlouhodobé úsilí při rozvíjení nemocničního lékárenství. Potleskem „ve stoje“ vyjádřili svoje poděkování všichni přítomní v aule Univerzity Hradec Králové.

Hlavním zahraničním přednášejícím kongresu byl Steffen Amann z nemocniční lékárny Městské nemocnice v Mnichově. Vystoupil se dvěma příspěvky, první v bloku Antibiotická terapie věnoval problematice rezistence a druhý přehledu nemocničního lékárenství v Německu v bloku přednášek Nemocniční lékárenství v EU. Mezi oběma přednáškami si našel čas na poskytnutí rozhovoru, který otiskneme v příštím čísle ČČL.

Popolední program byl věnován přednáškám programu Synergy, jednak s tematikou úpravy parenterálních přípravků, zejména

antibiotik, u lůžka pacienta (Michal Janů, lékárna VFN Praha, Ilona Antoníčková, Neonatologické centrum FN Olomouc). O strategiích pro zvýšení bezpečnosti pacienta v průběhu dlouhodobé parenterální výživy hovořil Panos Papandreou (IASO pediatric Hospital in Athens). V paralelně probíhajícím bloku volných sdělení farmaceutických asistentů bylo škoda minout například příspěvek Lenky Cákoci (NL ÚVN Praha) *Korekce získaných deformit nohou*.

Závěr sobotního odborného programu rozdělil účastníky podle preferencí mezi přípravu IPLP se zaměřením na přípravu specifických lékových forem a Klinickou farmacii se zaměřením na racionální použití antibiotik a terapii vybraných infekčních chorob.

Nedělní dopolední program patřil přednáškám s tematikou onkologické farmacie. Pozornost odborníků se stále více přesouvá od běžných chemocytostatik k preparátům, jejichž účinnost je založena na ovlivnění různých úrovní imunitních dějů v těle pacienta. Ačkoliv se jedná o relativně bezpečné přípravky, je třeba počítat také s výskytem nežádoucích účinků, například autoimunitních reakcí (Roman Goněc, Masarykův onkologický ústav Brno). Osudným se pro pacienta může stát špatné dávkování, kvůli kterému dojde k mnohonásobnému překročení denní dávky. Takový omyl, který stál pacientku život, prezentoval ve svém příspěvku Jan Dvořák z nemocniční lékárny Nemocnice České Budějovice.

Blok onkologické farmacie uzavřel Stanislav Synek z nemocniční lékárny FN u sv. Anny v Brně. Na počtech nově vyvíjených účinných látek ukázal trend onkologické farmacie, který spatřuje v biologické léčbě a použití specifických imunopreparátů.

Nejvíce diskutovaným tématem kongresu bylo blížící se uvedení směrnice FMD. Proto se nelze divit, že i poslední den kongresu zaplnili účastníci aulu univerzity a vyslechli od Martina Šimíčka z nemocniční lékárny FN u sv. Anny v Brně další dávku informací o úskalích tzv. protipadělkové směrnice. Jana Davidová ve své prezentaci nabídla zajímavý pohled na důsledky výpadku léčiv, které zabraňují adekvátně léčit určitá onemocnění, ale také zvyšují finanční náklady pacientů, lékáren a dalších zdravotnických zařízení.

Do mozaiky témat letošního kongresu přispěla Lucie Junová (Katedra toxikologie a vojenské farmacie, Univerzita obrany) s přednáškou o možnostech léčby otrav organofosfáty v civilním i vojenském prostředí. Nedělní přednáškový blok uzavřela zástupkyně studentů hradecké farmaceutické fakulty svojí prezentací o účasti studentů na zahraničních stážích v nemocničních lékárnách.

23. Kongres nemocničních lékárníků je naplánován do Brna na 15.–17. 11. 2019. Hlavním tématem bude Farmakoterapie plicních onemocnění.

Stanislav HAVLÍČEK, Marek LŽIČAŘ

1. Kongres nemocničních lékárníků

Na začátku 90. let se zdálo, že v nemocničních lékárnách snad ani nikdo nezůstane. Kolegové se s nadšením vrhali do vlídné náruče privatizace, odcházeli k farmaceutickým firmám, a v nemocnici zůstávala jen hrstka statečných. Vypadalo to, že s odchodem atestovaných kolegů se pozvolna vytratí i jejich odbornost, zanikne nemocniční lékárenská činnost bez náhrady a že tento proces je ireverzibilní. Naštěstí se tak nestalo a pár desítek kolegů nedopustilo zánik nemocničního lékárenství v Čechách, na Moravě ani ve Slezsku.

Navzdory tomu, že nás bylo tak žalostně málo, rozhodli jsme se zorganizovat kongres nemocničních lékárníků. V roce 1996 byl totiž 1. kongres EAHP v Amsterdamu. Když oni, tak my taky! To byla neodolatelná inspirace. První kongres EAHP se odehrával převážně v Grand Hotelu Krasnapolsky, který mě, trávící předškolní věk u babičky u lesa, ohromil svojí nádherou. A protože mám ze školních let hluboko zabudované verše *Čest práci každé, která dobro plodí, nechť mává kladivem neb řídí pluh...* (Svato-pluk Čech, Písneň otroka – to pro mladší kolegy), ohromilo mě i přirozeně noblesní chování některých západních kolegů vůči pomocnému hotelovému personálu. Avšak potěšilo mě, že i mně nabízeli na ulici za bílého dne heroin, což hodnotím dodnes jako rovnou příležitost pro turistku z postkomunistického bloku. Kongres nás prostě uchvátil.

Hned na sklonku léta se sešel organizační výbor Lenka Práznovcová (FaF UK), Jiří Kotlář (NL FNHK), Helena Rotterová (NL Krajská nemocnice Liberec) v hospodě U Pražského Groše v Hradci Králové. Musím zmínit, že toto nebyla jediná historicky významná událost v tomto domě. V roce 1991 se tehdejší majitelé rozhodli dům rekonstruovat a v základech domu byl nalezen vzácný poklad – hrnec s 1 610 stříbrnými groši ze 14. století. Odborníci jejich cenu vyčíslili na půl milionu korun, což bylo v r. 1991 mnohem více než dnes.

Dům jsem nechala vyfotit (*foto: Miroslav Klouda*). Především proto, abych usnadnila budoucím kolegům vyhledání domu v Tomkově ulici, až nám tam budou ke stému výročnímu kongresu umísťovat pamětní desku.

Příprava kongresu byla časově dost náročná, a tak byl zvolen podzimní termín, víkend nejbližší Mezinárodnímu dni studentů.

Ubytování a společenský program se odehrával na okraji Hradce v penzionu U Zezuláků. Penzion se ani vzdáleně neblížil Grand Hotelu Krasnapolsky, rovněž další služby byly na trochu nižší úrovni. Kolegyně z Ostravy ještě dlouho s nevolí vzpomínala, jak Zezulákovi už brzy ráno ještě za tmy smažili cibulku.

Přednášky se odehrávaly v posluchárně FaF UK. Jirka Kotlář měl vždy vznešené cíle, a tudíž hned několik funkcí. Byl prezidentem kongresu a jako předseda jednočlenné vědecké komise převážně sám sestavil program. V poledne nám dovezli guláš od Zezuláků v termosech, prokazatelně i s tou cibulkou. Já se opakovaně chlubím tím, že jsem o přestávkách vařila a podávala kafe. Rozpočet kongresu byl velmi skromný, účastníků bylo jen několik desítek, ale nálada byla ohromná.

Je jisté, že to byl jednoznačný sukces. Důkazem toho byly a jsou další kongresy, střídavě v Hradci Králové a v Brně, i trvalý zájem téměř šesti set účastníků.

Za Pracovní skupinu seniorů SNL Helena ROTTEROVÁ



Svou odbornost jsme dávno ztratili

Píši tento článek v návaznosti na rozsáhlou debatu ohledně distančního výdeje léčiv a tlaků na výdej nefarmaceuty, či dokonce skrze e-shopy. Dovolím si jít proti většinovému, konzervativnímu, názoru nás lékárníků, že výdej léčiv by měl vždy zůstat v lékárně a vydávajícím by měl být vždy jen a pouze farmaceut, protože výdej léčiv je tou nezákladnější podstatou naší profese.

Začnu položením otázky, co je vlastně ta naše odbornost, kterou se tak oháníme? Co to znamená? Když to vezmu teoreticky, odbornost bude sada dovedností získaná studiem a praxí. Odborník je zkrátka člověkem bez patřičné znalosti a praxe nezastupitelný. Která část naší práce je tedy skutečně odborná, nezastupitelná? Je to čtení škrabopisů? Dokonalá znalost abecedy při lovení krabiček? Schopnost napsat „1x1“ na tisíc různých způsobů? Můžeme si dokonce položit otázku: Jsou dnes lékárníci skutečně profesionály?

Po škole jsme plní vědomostí a vzápětí je házíme do koše. Drtivá většina výdeje je smrsknutá na dávkování, před jídlem nebo po jídle, a ani to prosím spousta našich kolegů z různých důvodů nedělá. Informace papouškujeme od obchodních zástupců a googlu. Základem naší odbornosti je dispenzační minimum, a rád bych zdůraznil právě to slovo „minimum“. Opravdu je správné, že naše odbornost stojí na informaci, která je pro svou potřebu osekána ze všech stran hluboce pod míru únosnosti?

Rád bych zmínil i naši zodpovědnost. Naše práce je pořád odborná, protože neseme velkou zodpovědnost, že? Teoreticky určitě ano. Prakticky? Tady bych rád polemizoval. Za vedlejší účinky je odpovědný výrobce. Stejně tak je to výrobce, s kým jsou řešeny výrobní vady – nezapečetěná víčka, prokapávající lékovky apod. Za léčbu jako takovou je odpovědný lékař. Pokud neuděláme vyloženě chybu při výdeji, jsme z obliga. Ale jsou naše chyby, které se nepochybně dějí, páchaný z důvodu nedostatečné odbornosti? Nebo jde spíše o přehmat a následnou provozní slepotu?

Co se tímto snažím říct? Že průměrný lékárník svoji odbornost už dávno ztratil. Vyměnil ji za pohodlnější život a společnost na to reaguje právě těmi požadavky na uvolnění výdeje. Má pro nás vůbec smysl držet se zuby nehty konceptu, kdy veškeré léky jdou vždy z rukou farmaceuta? Nebylo by lepší vzdát se tohoto privilegia a přeorientovat svůj čas tam, kde můžeme být mnohem více nápomocní? Myšlenka tohoto příspěvku je ta, že současná přidaná hodnota výdeje léčiv z rukou farmaceuta není dostatečná, aby vyvážila omezení z toho plynoucí. Naopak tím podle mého názoru dochází ke značným ztrátám na potenciálu, který jako kvalifikovaní odborníci máme.

Než bude zahájeno kamenování, ještě bych rád zmínil, že ani výdej z rukou farmaceuta tu nebyl vždy a ani tu nebude věčně. Personální krize se prohlubuje, elektronizace nabývá na síle a pohodlnost je hybatelem současného pokroku. Otázka u distančního výdeje není, jestli přijde, ale kdy přijde. Nositelem změn jsou zákonodárné orgány, jejich zadavatelem

je volič – občan – pacient. Pacient si žádá pohodlnost, a tu taky dostane, protože se vytrácí důvod, proč ji neposkytnout. Kontrola je přenášena z člověka na stroj, dispenzační minima jsou zoufale neefektivní způsob poučení pacienta. Za sebe říkám, že nemá smysl se bránit nevyhnutelnému. Naopak je potřeba v současné těžké době najít nové příležitosti našeho uplatnění. Můžeme bránit distančnímu výdeji léků, e-shopům, rohlíkům a všem dalším. Velice dobře se pak ale může stát, že najednou pacient zjistí, že to funguje i bez nás. Zařadili bychom se tak po boku lampářů, počtářů či telegrafistů.

Na začátku jsem se ptal, co je ta naše odbornost. Teď se ptám jinak: Co chceme, aby byla naše odbornost? Sám to mám nastavené poměrně jednoduše. Zvyšování efektivity léčby pacientů skrze edukování a konzultování. Víte, co mi v tom dnes brání? Že tato práce není jinak ohodnocena, že oficiálně neexistuje, protože ji nemám jak vykázat. Dokonce ji často musím dělat na úkor jiných pacientů. Také jsem ve střetu zájmů – poradit podle evidence based medicine nebo podle toho, co přinese vyšší zisk? Zdržuje mě přehrabování v šuplících, psaní na krabičky, počítání peněz, předávání účtenek. Proč by to za mě nemohl dělat někdo jiný? Laborant nebo třeba robot, balíč balíků v depu e-shopu, kdokoli. Pokud bude dostatečná kontrola proti přehmatům, proč ne? Osobně v tomto vidím poslední plamínek naděje, pokud máme nadále existovat a nebýt pro smích.

Závěrem přidám takové mé zamyšlení, jak by to jednou třeba mohlo fungovat. Na jedné straně by mohly být „skutečné lékárny“, podle dnešních definic by se jednalo spíše o ambulance farmaceutů. Základním kamenem by zde byl farmaceut, který konzultuje s pacientem jeho léčbu, úzce spolupracuje s předepisujícími lékaři a jeho výstupem je co nejvyšší zefektivnění léčby. Vydává léky, které má pacient předepsané prvně, je u nich potřebná hlubší intervence, nebo si zkrátka lékař přeje výdej v tomto typu zařízení. Tato lékárna však stojí kompletně mimo systém marží a z výdeje léků jako takového nijak neprofituje. Jsou to tak trochu poradenská centra ohledně léků a zdraví, placená z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a tedy přísně regulovaná. Na druhé straně tu máme výdejny. Ty více připomínají lékárny tak, jak jsou dnes. Najdeme tu volný prodej, kosmetiku a další. Zde dochází k výdeji chronicky užívaných léků, vydává je laborant, možná dokonce i jen vyškolený člověk. Nejde totiž o poskytování péče, ale o prachspřstý prodej – zisk plyne z marže. V této výdejní je k dispozici farmaceut, který dohlíží na provoz a řeší případné problémy. Vydává také například antibiotika, která jsou ponechána striktně k výdeji farmaceutem. Léky je možné objednat i přes e-shop a nechat si doručit certifikovanou přepravní službou. Balení a předání zajišťuje pouze opět proškolený personál, nikoli specialista, ten však musí být v balícím depu přítomen. Tolik k mému konceptu. Je to takový hrubý nástin, kam by se mi líbilo obor směřovat. Uvědomuji si, že je to naivní představa, ale ve svém věku si naivitu snad ještě mohu dovolit.

Ano, tento článek se cíleně snaží rozvířit emoce a vzbudit pobouření. Je to právě pobouřený člověk, který vystupuje ze své komfortní zóny a jedná. Je činný a přemýšlí. Věřím, že problematika budoucnosti našeho oboru je věc hodná nejen zamyšlení, ale i akce. Být pobouřený je tedy první předpoklad pro řešení této problematiky. Druhým předpokladem je být nezaujatý, dívat se na problém z odstupů a řešit jej objektivně, ku prospě-

chu všech – farmaceutů, pacientů, pojišťoven i majitelů lékáren. Lpění na svých vlastních zájmech při naprostém ignorování zájmů okolí nás nikdy nikam neposune. Pokud chceme být úspěšní v prosazování změn, musíme se méně bát o svoji peněženku a více se zajímat o pacienta takového, jaký je.

Michal ŠEBESTA

Konzultační činnost mimo lékárnou

Naším dlouhodobým cílem je pobídnout zdravotní pojišťovny k respektování konzultační činnosti na úrovni lékáren. Jednání probíhají každoročně, intenzivně, se všemi zdravotními pojišťovnami, ale stále není jednoduché dojít k vytčenému cíli. Přesto neustále nepřestávám doufat, že v příštích letech se bude jednat o zcela standardní záležitost, kdy konzultační činnost lékárníka bude patřičně ohodnocena, ať už formou výkonu nebo jiným způsobem.

S oborovou zdravotní pojišťovnou jsme ale nejdál. Stejně jako v loňském roce, jsme i letos zavítali do centrály velké firmy, která konala pro své zaměstnance Dny zdraví. V rámci tohoto dne probíhají osvětové akce na různá témata. Jako lékárníci jsme přispěli odborným poradenstvím o Alzheimerově nemoci. V průběhu těchto dvou dnů jsme uskutečnili čtyřikrát hodinovou přednášku, o kterou projevil jednotliví zaměstnanci firem velký zájem. Podle přesně stanoveného časového rozvrhu následovalo individuální testování a konzultační činnost na téma Alzheimerovy nemoci. Zájem byl enormní, ale i přesto, že nás nebylo mnoho, zvládli jsme to a dokázali vyhovět potřebám každého, kdo měl o jakoukoli konzultaci zájem. Věřím, že jsme se opět osvědčili, je vidět, že tato problematika je čím dál tím aktuálnější.

Během konzultací se probíraly potřeby pacientů, kteří mají zkušenost s tímto onemocněním, a především testování paměti. Používali jsme testy POBAV a ALBA. Ty nám poskytl doc. Bartoš z Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech, který je také jedním z přednášejících našeho garantovaného kurzu.



Celkem jsme uskutečnili téměř 100 konzultací, a musím říct, že řada klientů byla velmi překvapena, že konzultace tohoto typu se odehrávají také na úrovni lékáren.

Závěrem chci poděkovat za perfektně odvedenou práci kolegyním PharmDr. Lucii Levorové a Mgr. Barboře Daňkové (obě z Benu lékáren), které vedly odborné konzultace oba dva dny od brzkých ranních do pozdních odpoledních hodin. Určitě je to stálo mnoho sil, ale všichni konzultující byli nadmíru spokojeni.

Aleš NOVOSÁD

Pasivitou stav profese nevyřešíme

Delegátkou sjezdu ČLnK jsem byla svým OSL zvolena poprvé. Přišlo mi naprosto samozřejmé, že naše okresní sdružení funguje, že se dvakrát za rok díky naší šikovné předsedkyni scházíme v počtu usnášeníschopném. Na sjezdu jsem zjistila, že to samozřejmě vůbec není.

První den rokování sjezdu byl zajímavý, utekl jako voda. Uvědomila jsem si, jak je důležité mít mezi sebou kolegy, kteří umí formulovat jednoznačná vyjádření, a jak je důležitá konstruktivní diskuze. Škoda, že některé nakonec sklouznou do roviny osobní. Lékárníků, kteří chtějí pro náš stav něco

udělat, není mnoho, a když nechtějí najít společnou řeč, pak se těžko věří, že jim všem jde právě a pouze o naši profesi.

Chtěla bych vyzvat všechny své kolegy, kteří žijí v místech, kde není jejich OSL aktivní, aby se zapojili do dění komory, sešli se a slyšeli o životě jiných lékárníků.

Sjezd mi otevřel oči a vím, že neutěšený stav, který provází naši profesi, se nevyřeší naší pasivitou a nezájmem o nás samé.

Dana ZAŽÍMALOVÁ

Jubilejní rok Veterinární a farmaceutické univerzity Brno

V letošním „osmičkovém“ jubilejním roce vedle Československé republiky, Československého lékopisu či Pražského jara se významného výročí dočkala i Alma Mater celé řady členů naší farmaceutické obce, Veterinární a farmaceutická univerzita Brno. Předchůdkyně dnešní univerzity, Vysoká škola zvěrolékařská v Brně, totiž byla zřízena pouze několik týdnů po vyhlášení první Československé republiky, 12. prosince 1918 jako první nová vysoká škola nového státu.

Pro umístění školy byl vybrán i dnes využívaný areál v Králově Poli, konkrétně soubor několika budov, dříve sloužících jako jezdecké kasárny (jižní část kampusu) a jako zemská vychovatelna (severní část kampusu). Výuka budoucích zvěrolékařů byla po nezbytných přípravných pracích na vysoké škole zahájena 17. listopadu 1919. Dnes již stoletá vzdělávací instituce překonala v průběhu uplynulých desetiletí různé organizační změny, slibné i smutné etapy vývoje.

Současná organizační struktura univerzity, zahrnující tři fakulty, byla vytvořena po roce 1989. V roce 1990 se na základě již dříve tradovaných a vyučovaných oborů zřídila Fakulta veterinárního lékařství a Fakulta veterinární hygieny a ekologie. O rok později vznikla Farmaceutická fakulta, jejíž činnost byla v Brně obnovena po nuceném zrušení Farmaceutické fakulty Masarykovy univerzity, která existovala v letech 1952 až 1960. Dnešní název školy se stal jejím oficiálním označením s účinností od 1. ledna 1995. Farmaceutická fakulta VFU Brno od svého založení doposud vychovala více než 2 600 absolventů v magisterských a doktorských studijních programech v českém i anglickém jazyce.

V průběhu celého letošního jubilejního roku zorganizovala univerzita i její fakulty řadu vědeckých, vzdělávacích, vzpomínkových a společenských akcí. V rámci Festivalu RE:PUBLIKA, konaného na brněnském výstavišti, se 2. června 2018 sešli absolventi, učitelé a přátelé univerzity na srazu absolventů. Hlavní jubilejní program se odehrál v týdnu od 15. do 19. října 2018 v areálu univerzity. Týden oslav byl zahájen tiskovou konferencí, dále pokračoval slavnostním zasedáním Vědecké rady VFU Brno a slavnostním shromážděním akademické obce univerzity v aule, kde byly rektorem prof. MVDr. Aloisem Nečasem, Ph.D., MBA, předány výroční medaile symbolicky 100 osobám – akademickým funkcionářům, zástupcům učitelského sboru, spolupracujících akademických institucí, vědeckých a profesních organizací. Den uzavřela ochutnávka univerzitního vína v jízdárně školy s cimbálovou muzikou. Druhý den týdne patřil především studentům – na zapálení slavnostní vatry, ukázky pražení kávy, kynologického či mysliveckého klubu navazoval koncert Beatles revival v tělocvičně univerzity. V rámci iniciativy Jihomoravského kraje „100 lip“ k 100. výročí republiky byla v kampusu univerzity vysazena též jubilejní lípa srdčitá. Odborníci na hygienu potravin se sešli na konferenci Lenfeldovy a Höcklovy dny a členové akademické obce se zúčastnili divadelního představení v brněnském Městském divadle. Absolventům školy z roku 1968 byly v aule předány tzv. zlaté diplomy a celý týden uzavřela tradiční slavnostní imatrikulace studentů prvního roku studia, nově zapsaných na jednotlivých fakultách.

Farmaceutická fakulta (FaF) se podílela na oslavách jubilea univerzity několika akcemi v průběhu roku. Dne 26. dubna se



Dny farmaceutické péče – návštěva a přednáška ministra zdravotnictví ČR, Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha, MHA.

Foto: J. Šaloun

konala XXIII. studentská vědecká konference a Cena děkanky pro akademický rok 2017/2018, kterou FaF uspořádala ve spolupráci s Uníí studentů farmacie s podporou společností PHOENIX Lékárenský velkoobchod, s. r. o., a BENU Česká republika, a. s. Odborný program konference probíhal ve dvou paralelních sekcích, v nichž studenti prezentovali 23 příspěvků. Odborné komise z prezentovaných prací vybraly šest nejlepších v každé sekci a byla též udělena Cena České farmaceutické společnosti ČLS JEP. Dále hodnotící komise vybraly osm studentských prací, jejichž autoři reprezentovali naši fakultu na 15. ročníku Nadnárodní studentské vědecké konference, organizované v Praze 10. května farmaceutickou společností Zentiva.

Dne 31. května se konal na půdě FaF Mezioborový seminář mladých farmakologů a toxikologů – Květinův den 2018, jehož osmý ročník akce uspořádal Ústav humánní farmakologie a toxikologie FaF ve spolupráci s Toxikologickou sekcí České společnosti pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii a Odborem veterinárních věd České akademie zemědělských věd. Na semináři odeznělo 16 příspěvků, jejichž autory byli pracovníci více než dvaceti pracovišť z České i Slovenské republiky. Byly prezentovány výsledky experimentálních farmakologických a toxikologických studií řešených na molekulární, buněčné i orgánové úrovni, včetně in vivo pokusů na laboratorních zvířatech. Součástí semináře byly i přednášky zaměřené na klinické hodnocení léčiv a aktuální aspekty hodnocení veterinárních léčivých přípravků.

Konference Brněnský den léčivých rostlin 2018 (2. června) byla věnována problematice využití léčivých rostlin k ovlivnění zánětu. Setkání organizovaly Sekce přírodních léčiv ČFS ČLS JEP a Ústav přírodních léčiv FaF. Doprovodným programem konference byla exkurze do Centra léčivých rostlin Lékařské fakulty Masarykovy univerzity na Kraví hoře.

Série úspěšných farmaceutických konferencí pokračovala v září. Pracovní den s názvem Pokroky ve farmaceutické technologii pořádala 12. září Sekce technologie léků ČFS ČLS JEP ve spolupráci Ústavem technologie léků FaF. Akce byla jako každoročně zaměřena na představení současných trendů v oblasti farmaceutické technologie a byla ohodnocena v rámci systému kontinuálního vzdělávání farmaceutů. V programu bylo prezentováno osm příspěvků. Konferenci navštívilo rekordních 110 účastníků z akademické sféry, výzkumných institucí, farmaceutického průmyslu, nemocničních i veřejných lékáren.

Ve dnech 12. až 14. září se konala 47. konference Syntéza a analýza léčiv Brno 2018 s mezinárodní účastí. Její organizace se ujal Ústav chemických léčiv FaF. Své vědecké příspěvky ve formě posterů či ústních prezentací představili kromě českých a slovenských kolegů i účastníci z Polska, Slovinska, Maďarska, Itálie a Ukrajiny. V rámci konference proběhly i přednášky pro zájemce z řad účastníků konference, lékárníků a doktorandů na téma Diabetes – současné trendy a historické konsekvence, ohodnocené v rámci celoživotního vzdělávání farmaceutů.

VIII. ročník symposia s názvem Dny farmaceutické péče se konal 21. a 22. září pod gescí Ústavu aplikované farmacie. Na akci bylo prezentováno 15 příspěvků a na 170 účastníků akce z řad studentů, akademických pracovníků i praktikujících lékárníků mělo



Slavnostní shromáždění akademické obce u příležitosti 100. výročí založení VFU Brno: rektor prof. MVDr. Alois Nečas, Ph.D., MBA, předává pamětní medaili prezidentovi ČLnK, PharmDr. Lubomíru Chudobovi. Foto: K. Jursa

možnost seznámit se s možnostmi prevence a léčby demence pomocí analýzy genomu, problematikou fytoengineeringu, moderními trendy v oblasti klinické farmacie a očkování, dále s problematikou elektronizace zdravotnictví a novými technologiemi při sledování terapie pacientů. Čestnými hosty akce byli Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, ministr zdravotnictví ČR a Mgr. Irena Storová, MHA, ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Uprostřed jubilejního týdne 17. října se konalo slavnostní zasedání Vědecké rady FaF, které kromě standardního pracovního programu zahrnovalo i veřejnou část s odbornými přednáškami. Prezentovány byly čtyři příspěvky akademických pracovníků fakulty (PharmDr. Tünde Ambrus, Ph.D., doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., MVDr. Renata Blechová, Ph.D., a prof. PharmDr. Petr Babuľa, Ph.D.), které byly věnovány historii a současnosti farmaceutického vzdělávání a vědecké a tvůrčí činnosti na FaF VFU Brno.

Den otevřených dveří jsme 20. října zorganizovali pro studenty, absolventy a přátele FaF. Program zahrnoval odbornou i společenskou část. Po zahájení a přivítání účastníků děkankou doc. PharmDr. Ing. Radkou Opatřilovou, Ph.D., MBA, prezentovali akademičtí pracovníci (PharmDr. Tünde Ambrus, Ph.D., doc. PharmDr. Ruta Masteiková, CSc., doc. PharmDr. Karel Šmejkal, Ph.D. a PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.), studenti (PharmDr. Tereza Padrtová, Andrea Brožovičová a Milan Röhrich) a absolventka (Mgr. Petra Havránková) naší fakulty ve dvou blocích sedm přednášek z různých farmaceutických oborů a ze života studentů magisterských a doktorských studijních programů. Účastníci měli možnost navštívit všechny prostory fakulty: pracoviště umístěná v Pavilonu farmacie I a II, budovu Ústavu technologie léků i Fakultní lékárnou, seznámit se s jejich aktuální činností, stavebním vývojem a současným využitím prostorů pro vzdělávací a tvůrčí činnost.

Také touto cestou bychom rádi poděkovali všem kolegům z fakulty a z praxe za jejich projevený zájem o dění na Alma Mater, za aktivní účast na akcích, a tím i podporu naší činnosti. Těšíme se na další setkání s Vámi!

PharmDr. Tünde AMBRUS, Ph.D.
Farmaceutická fakulta VFU Brno

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná od 1. do 21. listopadu 2018

Zrušená osvědčení

| | | | |
|-----------|---|-----------|--|
| 416/2013 | Mgr. Ivana Kohoutková, BENU Česká republika a. s., K Pérovně 945/7, Praha | 1153/2013 | Mgr. Iva Volfová, TIBO s. r. o., Jiráskova 663, Heřmanův Městec |
| 1 86/2015 | PharmDr. Antonín Faulkner, Pharmacentrum Zelený pruh, Roškotova 1225/1, Praha | 46/1996 | Mgr. Zdenek Jambor, Lékárna AURA, Wolkerova 535, Zlaté Hory |
| 37/1998 | PharmDr. Lenka Kuncová, Lékárna Tilia, Pražská 75, Brandýs nad Labem | 167/2018 | PharmDr. Martin Suchan, Lékárna Pharmacia, U Lékárny 598, Praha |
| 250/2016 | RNDr. Richard Rychlík, LÉKÁRNA V TERNU, Suchomelská 2251, České Budějovice | 168/2018 | PharmDr. Martin Suchan, Magistraliterpharma Vičanová s. r. o., Pod Skalkou 2158/49, Nový Jičín |
| 661/2017 | PharmDr. Hana Korčáková, Ph.D., Lékárna U Ronda, Nové sady 608/42, Brno- Město | 312/2015 | Mgr. Petr Štola, Lékárna Pilulka.com, náměstí Benedikta Rejta 2298, Louny |
| 44/2018 | PharmDr. Lada Budíková, Lékárna Mamed Břeclav, Sady 28. října 266, Břeclav | 812/2014 | Mgr. Petr Štola, Lékárna Pilulka.com, náměstí Benedikta Rejta 2298, Louny |
| 361/2018 | Mgr. Michaela Vacková, Lékárna Pod Vyšehradem, Vratislavova 33/2, Praha | 686/2017 | Mgr. Lukáš Sýkora, BENU Lékárna, Olbrachtova 2006/9, Praha |
| 362/2018 | Mgr. Michaela Vacková, Arlego s. r. o., Lázeňská 191, Konstantinovy Lázně | 854/2013 | Mgr. Jaroslava Neradová, Lékárna U zlatého orla, Masarykovo nám. 4, Benešov u Prahy |
| 324/1995 | Mgr. Helena Kulinová, Lékárna ZDRAVÍ, Okružní 10, Mohelnice | 724/2017 | PharmDr. Zuzana Michalíková, Lékárna Na Slavoji, Jičínská 1140, Mladá Boleslav |
| 62/2018 | Mgr. Tomáš Švarc, Lékárna U Zámku, nám. Míru 22, Jaroměřice nad Rokytnou | 725/2018 | PharmDr. Zuzana Michalíková, Venea, s. r. o., Jizerní 164, Bradlec |
| 28/2016 | Mgr. Urszula Drobek, Lékárna Medplus, Hlavní třída 398/59, Havířov | 9/2015 | Mgr. Jana Pilecká, Lékárna – Mgr. Jana Bártova s. r. o., Pod školkou 511, Jílové u Prahy |
| 29/2016 | Mgr. Urszula Drobek, Medplus s. r. o., Lidická 886/43, Havířov-Šumbark | 187/2016 | Mgr. Svatava Kučerová, Lékárna Green Pharmacy s. r. o., Palackého nám. 22, Rosice u Brna |
| 95/2018 | Mgr. Jindřich Kujíček, Dr. Max Lékárna, Dragounská 6/2529, Cheb | 330/2017 | Mgr. Daniel Krulich, Dr. Max Lékárna, OC Central, Komenského 5320/18, Jablonec nad Nisou |
| 556/2018 | PharmDr. Renata Valehrachová, BENU Lékárna, náměstí Míru 19, Frenštát pod Radhoštěm | 151/2018 | Mgr. Tereza Rymešová, Lékárna AVE s. r. o., Masarykovo nám. 33, Uničov |
| 329/2017 | PharmDr. Gabriela Kroupová, Lékárna AVE s. r. o., náměstí 14. října 1307/2, Praha | 562/2015 | Mgr. Jarmila Křiváková, Lékárna Babice, Babice 112 |
| 309/2014 | Mgr. Hana Pospíšilová, Chytrá lékárna, Oblá 75a, Brno | 563/2015 | Mgr. Jarmila Křiváková, PharmDr. Jana Klasovitá, Košíky 219, Košíky |
| 445/2018 | Mgr. Martina Jarmarová, BENU Lékárna Kamenice, Kamenice 811/32, Brno-Bohunice | 864/2013 | Mgr. Petra Demlová, Lékárna AGEL, Kostelní 96/23, Ostrava |
| 721/2018 | Mgr. Anna Leškevičová, Lékárna EUC, Počernická 699/62e, Praha | 865/2013 | Mgr. Petra Demlová, Repharm a. s., Brandlova 1243/8, Ostrava |
| 722/2018 | Mgr. Anna Leškevičová, EUC Klinika Praha a. s., Plaňanská 573/1, Praha | 624/2013 | Mgr. Doubravka Tabasová, Lékárna u Tůfarky Čejkovice, U Tůfarky 113, Čejkovice |
| 107/2018 | Mgr. Milan Pilch, MB lékárna, Školní 296, Větrní | | |
| 108/2018 | Mgr. Milan Pilch, MB praktický lékař, s. r. o., Guldnerova 2336/22, Plzeň | | |
| 30/2006 | Mgr. Iva Volfová, Lékárna U Tržnice, nám. 28. října 1610, Hradec Králové | | |

Vydaná osvědčení

VEDOUcí LÉKÁRNÍK

| | |
|----------|---|
| 553/2018 | Mgr. Radomil Kolařík, Dr. Max Lékárna, Okružní 4262/10, Prostějov, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s. |
| 554/2018 | Mgr. Monika Kovářová, Dr. Max Lékárna, Konečná 25, Prostějov, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s. |

- 555/2018 PharmDr. Martina Vajčnerová, Dr. Max Lékárna, Jiráskova 1331, Kyjov, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 556/2018 PharmDr. Renata Valehrachová, BENU Lékárna, náměstí Míru 19, Frenštát pod Radhoštěm, MoraviaPharm s. r. o.
- 557/2018 PharmDr. Zora Zoubková, Lékárna U Sv. Anny, Brněnská 2937/21, Znojmo, Lékárna U Svatého Ducha spol. s r. o.
- 535/2018 Mgr. Jaroslava Adolfová, Pilulka Lékárna, Nádražní 1129, Turnov, Pilulka Lékárny a. s.
- 537/2018 PharmDr. Anna Babková, Lékárna Sv. Anna, Luční 2776/7A, Praha, AHD s. r. o.
- 539/2018 PharmDr. Iveta Bretterová, Lékárna Proti Sv. Anně, Pekařská 58, Brno, Mgr. Ilona Mravcová, s. r. o.
- 541/2018 Mgr. Zuzana Giercová, Lékárna Olympia, Otakara Jeremiáše 1973, Ostrava, Gyrodon s. r. o.
- 542/2018 Mgr. Radovan Mareda, BENU Lékárna, Evropská 859/115a, Praha, BENU Česká republika a. s.
- 543/2018 Mgr. Kamil Marták, Dr. Max Lékárna, Walterovo náměstí 329, Praha, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 544/2018 PharmDr. Tereza Motlová, Lékárna Olšanka, Táborská 16/24, Praha, Ledovys s. r. o.
- 545/2018 Mgr. Lucie Puchnerová, Dr. Max Lékárna, 17. listopadu 641/22, Ostrava- Poruba, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 546/2018 PharmDr. Jana Rousová, Lékárna Josefská, Josefská 427/14, Brno, Nunn s. r. o.
- 549/2018 Mgr. Miroslava Šťábová, Lékárna Čumpelíkova, Čumpelíkova 2, Praha, AM Pharmacy s. r. o.
- 550/2018 Mgr. Ivona Tezzele, Dr. Max Lékárna, Mendlovo náměstí 24/14, Brno, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 551/2018 Mgr. Sylvie Vondráková, Dr. Max Lékárna, Grmelova 2032/2, Ostrava, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 552/2018 Mgr. Karolína Vrla, Dr. Max Lékárna, 28. října 65/3348, Ostrava- Moravská Ostrava, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 558/2018 Mgr. Urszula Drobek, Lékárna AlmPlus, Hlavní třída 398/59, Havířov-Město, PANACEA PLUS s. r. o.
- 560/2018 Mgr. Jaromíra Fořtová, Lékárna V Husovce, Husova 1262, Přeštice, Lékárna Přeštice s. r. o.
- 561/2018 Mgr. Václav Ježek, Dr. Max Lékárna, Krátká 904, Mladá Boleslav, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 563/2018 Mgr. Marie Jiříčková, Lékárna U Svatého Ducha, nám. Svobody 1553/2, Znojmo, Lékárna U Svatého Ducha spol. s r. o.
- 564/2018 PharmDr. Lenka Kuncová, Pilulka Lékárna, Pražská 75/21, Brandýs nad Labem, Pilulka Lékárny a. s.
- 566/2018 PharmDr. Renata Ludvíková, Lékárna U Dráhy, Podle trati 624/7, Praha, Alliance Healthcare s. r. o.
- 568/2018 PharmDr. Marcela Mičková, Dr. Max Lékárna, Konečná 4, Hodonín, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 569/2018 PharmDr. Zuzana Michalíková, Lékárna Na Slavoji, Jičínská 1140, Mladá Boleslav, K- Pharma s. r. o.
- 572/2018 Mgr. Oldřiška Nakládalová, Dr. Max Lékárna, Průmyslová, Šternberk, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 573/2018 PharmDr. Lenka Nosková, Dr. Max Lékárna, U Fortny 49/10, Opava, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 574/2018 Mgr. Veronika Řičařová Luňáková, BENU Lékárna, Štemberkova 1640, Rychnov nad Kněžnou, BENU Česká republika a. s.
- 575/2018 PharmDr. Josef Stejskal, Lékárna Beroun v Lékařském Domě, Plzeňská 1880, Beroun, Luppino s. r. o.
- 577/2018 Mgr. Monika Svatošová, Lékárna U zlatého orla, Masarykovo nám. 4, Benešov u Prahy, Lékořice a. s.
- 578/2018 Mgr. Jana Šmejkalová, Lékárna Meduňka, Máchova 499, Bělá pod Bezdězem, AM Pharmacy s. r. o.
- 579/2018 Mgr. Miloslava Vladařová, Lékárna Na náměstí, Masarykovo náměstí 142, Přeštice, Lékárna Přeštice s. r. o.
- 581/2018 Mgr. Helena Vyhnaníková, FAJN LÉKÁRNA, Nerudova 1093, Kralupy nad Vltavou, HELA- CZ spol. s r. o.
- 583/2018 Mgr. Jaromíra Novotná, Lékárna U Ronda, Nové sady 608/42, Brno-Město, Bohemia Medica s. r. o.
- 590/2018 RNDr. Richard Rychlík, Lékárna v Ternu s. r. o., Suchomelská 2251, České Budějovice, Lékárna v Ternu s. r. o.
- 585/2018 PharmDr. Filip Smetana, BENU Lékárna, Národní 339/11, Praha, BENU Česká republika a. s.
- 586/2018 Mgr. Iva Spitzová, Chytrá lékárna, Oblá 75 a, Brno, Pharmawell a. s.
- 587/2018 Mgr. Jana Suchánková, Lékárna Stroupežnická, Stroupežnického 522/18, Praha, HELA- CZ spol. s r. o.
- 589/2018 Mgr. Lukáš Sýkora, BENU Lékárna, OC Luka, Mukařovského 2590/2, Praha BENU Česká republika a. s.

Spolupráce ČLnK se společností Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o.

Česká lékárnická komora ve spolupráci se společností Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., v letošním roce uspořádala druhý ročník kampaně „Nebojte se zachránit život“, která se věnuje proškolení lékárníků v poskytování první pomoci. Po celé České republice se uskutečnilo 60 seminářů, které byly rozděleny na základní a pokračující kurzy.

V roce 2018 společnost podpořila také další vzdělávací akce, mezi které již tradičně patří veškeré interaktivní dispenzační semináře a podzimní termín garantovaného kurzu „Základy poskytování odborných konzultací pacientům v lékárně včetně řešení lékových problémů“.

Velice děkujeme za dosavadní spolupráci a těšíme se na společnou realizaci dalších projektů.

Česká lékárnická komora

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE za podpory společnosti Teva

Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky. Účastnický poplatek ve výši **350 Kč** uhradte podle pokynů při přihlášce: bankovním převodem na účet číslo: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději 10 dnů před konáním semináře. Platba v hotovosti na místě není možná. Semináře se mohou zúčastnit pouze předem přihlášení zájemci s řádně uhrazeným účastnickým poplatkem. Přihlášení účastníci bez zaplaceného poplatku budou z organizačních důvodů 10 dnů před konáním semináře odhlášeni a jejich místa budou uvolněna pro ostatní zájemce.

12 bodů

LEDEN**19. 1. Teplice (kód semináře: 19003)**

Kavárna FOKUS Kafe, Školní 26, od 10.00 hodin

Téma: Psychiatrický pacient II.

Anotace: Polypragmázie u psychiatrického pacienta

Lektoři: Mgr. Kateřina Langmaierová,
MUDr. Jitka Dvořáková

24. 1. Břeclav (kód semináře: 19004)

Poliklinika Břeclav, Bří Mrštíků 38, od 18.00 hodin

Téma: Antikoagulancia

Anotace: Antikoagulační léčba a novinky

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

ÚNOR**18. 2. Praha (kód semináře: 19005)**

Pavilon B. Braun Dialog, Budínova 2464/2b, od 16.30 hodin

Téma: Minerálové dysbalance v kazuistikách II

Anotace: Ústřední linií semináře bude pacient se závažným stupněm renální insuficience. Seminář se bude zabývat mj. výživou u těchto pacientů, sekundární hyperparatyreózou a možnostmi jejího ovlivnění, postavením vazačů fosfátů, kalcimimetik, či rozdíly mezi jednotlivými formami vitamínu D. Součástí budou kazuistiky z běžné dispenzační praxe – pacient s CHRI stupně 4 v lékárně.

Lektoři: PharmDr. Jitka Rychlíčková, Ph.D.,
MUDr. Hana Suchánková, Ph.D.

21. 2. Hodonín (kód semináře: 19006)

Nemocnice TGM, Purkyňova 2731/11, od 18.00 hodin

Téma: Erektální dysfunkce

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

21. 2. Beroun (kód semináře: 19007)

Rehabilitační nemocnice Beroun, Prof. Veselého 493, od 17.30 hodin

Téma: Diabetes mellitus – injekční léčba

Anotace: Seminář bude zaměřen na léčiva, mechanismy účinku, dávkování, lékové interakce, nežádoucí účinky a správnou dispenzaci.

Lektoři: PharmDr. Zdeněk Novák, Mgr. Tomáš Veverka,
Mgr. Michaela Žebrakovská, MUDr. Pavel Kasík

27. 2. Praha (kód semináře: 19008)

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

Téma: Kazuistiky s neurologickou problematikou XIII. –

Parkinsonova choroba (opakování ze 14. 11. 2018 v Praze)

Anotace: Seminář bude zaměřen na kazuistiky pacientů s Parkinsonovou chorobou, probereme volbu antiparkinsonik, dávkování a řešení komplikací

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

28. 2. Znojmo (kód semináře: 19009)

Hotel Bermuda, Mariánské nám. 10, od 18.00 hodin

Téma: Antikoagulancia (opakování semináře z Břeclavi 24. 1. 2019)

Anotace: Antikoagulační léčba a novinky

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

28. 2. Příbram (kód semináře: 19010)

Oblastní nemocnice Příbram, Gen. R. Tesaříka 80, přednáškový sál, pavilon C, 4. p., od 17.30 hodin

Téma: Diabetes mellitus – injekční léčba (opakování semináře z Berouna 21. 2. 2019)

Anotace: Seminář bude zaměřen na léčiva, mechanismy účinku, dávkování, lékové interakce, nežádoucí účinky a správnou dispenzaci.

Lektoři: PharmDr. Zdeněk Novák, Mgr. Tomáš Veverka,
Mgr. Michaela Žebrakovská, MUDr. Pavel Kasík

Zastavme přesun výroby léků mimo Evropu

Členové Rady pro konkurenceschopnost vyjádřili na svém jednání 29. listopadu většinou podporu pro zavedení výrobní výjimky z dodatkového ochranného osvědčení, tzv. SPC (Supplementary Protection Certificate). Bohužel několik zemí hájí své vlastní zájmy a blokuje konstruktivní úsilí zbytku Rady vytvořit z Evropy globální centrum výroby léčiv.

Tento dialog v Radě je nezbytným krokem pro další jednání s Evropským parlamentem, kde jsme svědky podobného úsilí na zavedení komplexní výjimky ze zavedení SPC.

Nejdůležitější cíle zavedení výrobní výjimky z SPC:

Zastavit nucené přemístování výroby léčivých přípravků:

Současný režim SPC nutí generické a biosimilární výrobce léčiv k přesunu výroby mimo Evropu. To vede k utlumení výzkumu a vývoje, zvyšuje to naši závislost na zahraničních výrobcích a zvyšuje také náklady na léky pro pacienty a zdravotní systémy. Vzhledem k tomu, že generický průmysl pokrývá více než 62 % spotřeby léčivých přípravků v EU z hlediska počtu balení, je požadovaná změna žádoucí.

Zachovat tržní exkluzivitu výrobců inovativních léčiv po celou dobu účinnosti SPC:

Inovativní průmysl má díky SPC nárok na dodatečný monopol až 5 let. Zavedení výrobní výjimky z SPC tuto prodlouženou exkluzivitu neohrožuje.

Posílit výrobu generických a biosimilárních přípravků

v Evropě: Generické a biosimilární léky zvyšují přístup pacientů k lékům – v průměru o 100 %. Jsou nezbytnou složkou primární péče. Přítomnost komplexní a špičkové výroby počínaje účinnou látkou až po konečné balení léků – je zásadní pro udržení veřejného zdraví, a také bezpečnost dodávání léčiv na trh.

Opakovaně zdůrazňujeme důvody, které nás vedou k požadavku zrušení SPC v Evropě:

Umožnit, aby byla výrobní výjimka aplikovatelná co nejdříve, a tak se zastavilo přemísťování výroby z EU.

Umožnit vytváření zásob za účelem dodání léčiv okamžitě po skončení patentové ochrany a SPC v Evropě.

Odstranit zbytečné překážky, které nutí výrobce zveřejňovat citlivé informace, a narušují tak hospodářskou soutěž.

Žádná farmaceutická společnost by neměla být nucena zveřejňovat důvěrné obchodní informace konkurenci pouze proto, že se rozhodne vyrábět v Evropě.

„Česká republika se řadí mezi země, které blokují přijetí komplexní výrobní výjimky z SPC, na rozdíl od zemí Visegrádské čtyřky (V4), které to naopak podporují,“ říká Martin Mátl, výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem (ČAFF).

Generální ředitel evropské asociace Medicines for Europe Adrian van den Hoven uvedl: „Rada a Parlament se mohou rozhodnout podpořit výrobu generických a biosimilárních léčivých přípravků v Evropě, a nepodporovat tak přesun výroby jinam. Věříme, že převáží evropský zájem.“ **(dop.)**

OSL NOVÝ JIČÍN SRDEČNĚ ZVE NA

ASTRO KOMEDII

PROJEKT N.A.D.Ě.Ž.D.A.

DIVADELNÍ HRA TOMÁŠE KOVANDY

DIVADELNÍ SOUBOR K.V.A.S.

KDY: 17.1.2019

KAM: KD PŘÍBOR

ČAS: 19:00



TAK TO VIDÍM JÁ

Ministerstvo se nespokojeným lékárníkům diví?

Už čtvrtý rok se nedobrovolně intenzivně a nechtěně musím zabývat situací kolem českého veřejného lékárenství a jsem zděšen, kam to ten obor od poloviny 90. let, kdy s nadšením lékárníci začali provozovat své soukromé lékárenské praxe, dopracoval.

Zčásti to způsobila nedůvtipnost jich samotných, zpočátku zaslepených tím náhlým bohatstvím, které začalo protékat měsíčně jejich bankovními účty. Leckteří měli problém to mentálně ustát a nedávat okatě najevo celému svému okolí, jaký je lékárna zlatý důl, odkud se peníze jen sypou.

Samozřejmě to tak úplně nebylo, ale znám pár lékárníků, kterým to zatemnilo mozek, neviděli do budoucnosti a mysleli si, že ten stav bude trvat navěky. Ale podstatné asi je, že lékárníci se na rozdíl od lékařů dostatečně nezapojili do ovlivňování různých politických rozhodnutí, z nichž mnohá měla devastující vliv na stav českého lékárenství. O lékárnících rozhodovali jiní, z velké části právě i lékaři v parlamentu a v senátu. Někteří se odmítali smířit s tím, že nemohou sami vydělávat na vydávání léků pacientům, když je to tak úžasný byznys. Oni tomu přece musejí rozumět, když je předepisují, jak chtěl

svého času MUDr. David Rath ve funkci ministra zdravotnictví tuto možnost pro doktory prosadit, takže snížil lékárníkům marži a ještě prohlašoval, že na lékárnu stačí 24 čtverečních metrů.

Spousta nedomyšleností a chyb v komunikaci s veřejností a politiky se už asi napravit nedá, ale přeci jenom něco by se mělo znovu vypíchnout a stále zdůrazňovat! A sice to, že malou veřejnou lékárnu paradoxně vůbec neuživí ta veřejná služba – distribuce, kontrola a výdej léčiv s patřičnou dispenzační činností, kvůli které vlastně existuje, a zajišťují ji lékárníci s vysokoškolským farmaceutickým vzděláním, dalším specializačním vzděláním a povinností celoživotního cyklického doškolování.

Takže kvůli tomu vlastně musejí dělat i hokynáře a prodávat kosmetiku, drogerii, cukrátku a další hlouposti, aby trochu vylepšili cash-flow své lékárny a utáhli celou její režii.

Před lety, kdy se David Rath se svou závistivou politickou tlupou rozhodl české lékárníky zničit, jsem naivně psal různým poslancům a senátorům. Většinou jsem se, kromě mlčení, dočkal udivených odpovědí, na co si lékárníci stěžují, když si v lékárně mohou vydělat taky prodejem dalšího sortimentu.

Proto se při sledování současných politických tanečků kolem problému českého lékárenství obávám, že ten stav, kdy politici vůbec nechápu, že lékárna není hokynářství, ale zdravotnické zařízení, dál přetrvává. Možná by potřebovali vysvětlení pomocí absurdního obrazu, kdy poskytování zdravotní péče pacientům by lékaře neuzivilo, a proto by jim museli vnucovat i další ptákoviny, třeba všelijaké úžasně zážitkové masáže, relaxační pobyty, zázračné přípravky na podporu zdraví či erekce, zvýšení libida apod.

K těmto úvahám mě vyprovokovalo nedávné setkání se známým, vyučeným soustružníkem a seřizovačem na CNC obráběcích strojích. Ten měl v podroušeném stavu potřebu svěřit se mi s těžkostmi života soustružníků a informovat o své hodinové mzdě. Protože mám přehled o platech lékárníků v jedné malé lékárně, hravě jsem si přepočítal, že český průměrný lékárník má prakticky stejný, nebo jen nepatrně vyšší hodinový plat než soustružník v prosperující strojírenské firmě!

Snažím se celý život říkat, co si myslím, i když se mi to leckdy nepěkně vymstí, ale tohle je můj postřeh laika, který se už pár let musí starat/pomáhat s finančním řízením jedné malé venkovské lékárny, tedy i čist pečlivě komorový časopis alespoň v textech, na které jako laik bez farmaceutického vzdělání mám. Nevím, jestli ty velké lékárny výdej léčiv užíví, s tím zkušenost nemám, ale vidím do čísel té malé lékárny. A navíc každý rok musím vyplnit statistiku pro ÚZIS, takže tam ta čísla/poklesy ještě lépe vyniknou. A tak jsem překvapen, že se ministerstvo stále diví, proč jsou lékárníci nespokojení. A ty poklesy nejsou v řádech desítek tisíc či sta tisíc. S poslanci a senátory je třeba jednat stále, chce to samozřejmě obrnit se trpělivostí, diplomatickou obezřetností a nadhledem. Bohužel víme, že je to běh na dlouhou trať.

Miloš VOREL



CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Holečková, P., Gregorová, J.: Antiemetická léčba u onkologicky nemocných

Onkologie č. 5/2018

Nauzea a zvracení jsou nejčastější nežádoucí účinky protinádorové chemoterapie, doprovází však i řadu onkologických onemocnění, ale také analgetickou léčbu. Oba symptomy snižují kvalitu života, zhoršují nutriční i fyzický stav pacienta. Vznikají z mnoha příčin. U většiny typů zvracení můžeme použít celou škálu antiemetik a jejich kombinací. Typy zvracení se rozlišují rovněž podle vzniku ve vztahu k podávané chemoterapii.

Emetogenní potenciál cytostatik je velmi rozdílný. Nejvyšší je u antracyklinů, cisplatinu, cyklofosfamidu v dávce nad 1 500 mg/m², dakarbazinu, střední u karboplatiny, azacitidinu, oxaliplatinu atd.

Mínimální potenciál vykazují: kladribin, fludarabin, vinblastin, nivolumab, gefitinib, pomalidomid atd. Profylaktické podání antiemetik by mělo 30–60 minut předcházet podání chemoterapie.

Z antiemetik se podávají tato léčiva: **antagonisté serotoninu** na receptoru 5HT₃-setrony (ondansetron, granisetron, palonosetron), dále jsou to **antagonisté neurokininových receptorů NK1** – aprepitant, fosaprepitant a netupitant, dále kortikoidy (dexametazon), **antagonisté dopaminu** – metoklopramid, thietylperazin, chlorprotixen, haloperidol, olanzapin, **benzodiazepiny** – alprazolam, klonazepam.

Antiemetická profylaxe se používá i u radioterapie.

Marusič, P.: Postavení nových antiepileptik v klinické praxi a jejich zaměnitelnost

Neurologie pro praxi č. 5/2018

V článku je formou otázek a odpovědí vyřčeno stanovisko České ligy proti epilepsii na použití nových antiepileptik. Šlo o požadavek SÚKL na zhodnocení a porovnání nových antiepileptik. Na klinické použití toho kterého léčiva má významný vliv **mechanismus účinku**.

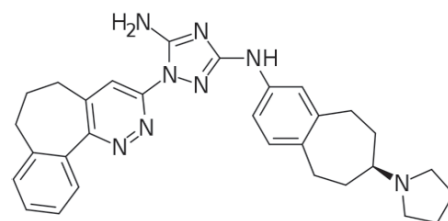
SÚKL považuje přípravky s obsahem **eslikarbazepinu, lakosamidu, perampanelu a brivaracetamu** za vzájemně zaměnitelné. Také podle odborné společnosti jde o léčiva indikovaná jako přídatná v léčbě fokálních záchvatů, ale vzájemně zaměnitelná nejsou právě s ohledem na odlišný mechanismus působení (eslikarbazepin a lakosamid jsou blokátory sodíkových kanálů, perampanel je antagonist na AMPA receptoru a brivaracetam ovlivňuje synaptický vezikulární protein SV2A).

Léčiva výše uvedená je možné v některých případech i kombinovat, a to klidně všechna vzájemně i s jinými antiepileptiky vždy s jiným mechanismem účinku.

Poslední otázka je na použití **zonisamidu**. Ten má své místo v léčbě tzv. add-on u fokálních záchvatů. Využívá se jeho multimodálního mechanismu účinku na sodíkové i vápníkové kanály, ovlivnění GABA-receptorů, inhibice karboanhydrázy. S inhibitory karboanhydrázy se nesmí kombinovat (acetazolamid, topiramát, sultiam) pro zvýšené riziko nefrolitiázy.

MOLEKULA MĚSÍCE

Bemcentinib (BGB324 či R428)



IUPAC: 1-(6,7-Dihydro-5H-benzo[2,3]cyclohepta[2,4-d]pyridazin-3-yl)-3-N-[(7S)-7-pyrrolidin-1-yl-6,7,8,9-tetrahydro-5H-benzo[7]annulen-3-yl]-1,2,4-triazole-3,5-diamine

Sumární vzorec: C₃₀H₃₄N₈

Molekulová hmotnost: 506,66 g/mol

Bemcentinib (dále **Be**) je nový malomolekulární perorální inhibitor AXL kinázy. Gen AXL kóduje tyrozinkinázový receptor UFO. AXL je potenciálním místem působení některých antineoplastik. Receptor převádí signály z extracelulární matrix do cytoplasmy. V roce 1988 byl označen jako onkogen.

Be je prvním selektivním inhibitorem, který se klinicky zkouší ve fázi II v indikacích nemalobuněčný plicní karcinom (kombinace s docetaxelem), akutní myeloidní leukémie (samotný či v kombinaci s cytarabinem či decitabinem), tzv. triple negative breast cancer, TNBC (s pembrolizumabem) a melanom (s dabrafenibem a trametinibem).

Be vyvinuly v norském Bergenu laboratoře firem BerGenBio. **Be** je vhodný do kombinace, zesiluje účinek chemoterapie, cílené terapie a také imuno-onkologických léčiv. Firma vyvíjí i monoklonální protilátku proti AXL (BGB149) a rovněž konjugát monoklonální protilátky s léčivem (BGB601).

NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Nusinersen

Spinální svalové atrofie (SMA) jsou skupinou dědičných degenerativních chorob postihujících alfa motoneurony předních rohů míšních, zodpovědných za přenos signálů z mozku do motorických svalů končetin a trupu. Proximální autosomálně recesivní forma tvoří až 95 % případů je způsobena mutacemi v genu SMN1 (gen regulující přežití motorického neuronu) umístěného na chromozomu 5. V tomto lokusu leží také homologní pseudogen(y) SMN2, jež se od genu SMN1 liší v 5–11 nukleotidech. Bylo zjištěno, že asi 1 člověk ze 40 lidí je přenašečem SMA. Aby došlo k rozvoji SMA, musí jedinec zdědit od obou rodičů defektní gen. SMA je vzácné onemocnění, aktuálně je na stránkách registru ready.registry.cz zapsáno 170 pacientů. Nástup a závažnost projevů SMA koreluje s počtem kopií pseudogenu SMN2. Pokud je v buňkách přítomna pouze jedna kopie genu SMN2, novorozenec umírá v řádu týdnů. Pokud jsou kopie SMN2 genu dvě, příznaky atrofie se začnou projevovat zhruba od 6. měsíce (nejčastější fenotyp I, až 60 % případů), pokud jsou kopie obvykle tři, tak jsou první příznaky od 6 měsíců do zhruba dvou let (fenotyp II, 29 %). Fenotypy III a IV jsou méně časté. S nástupem příznaků souvisí prognóza (doba do umělé ventilace či do úmrtí, časnější příznaky znamenají horší prognózu) a dosažené motorické funkce (pouze ležící – fenotyp I, sedící – fenotyp II, dočasně chodící fenotyp III). Z důvodu závažnosti prognózy tohoto genetického onemocnění (není prenatalní screening) a výskytu v raném věku se jedná o kategorii onemocnění s extrémní medicínskou potřebou léčby, na které do roku 2017 existovala pouze terapie paliativní. Změnu by mohla přinést nová kategorie léčiv, tzv. antisense oligonukleotidy.

Farmakologické aspekty

Centrální dogma molekulární biologie popisuje přenos genetické informace zakódované v genech DNA přepisem (transkripcí) do mRNA, která slouží jako posel cestující z jádra k ribozomům, pomocí nichž se provádí následný překlad (translace) do bílkovinných struktur. S postupem času se začalo přicházet na to, že role RNA je komplikovanější. RNA je transkribována ve formě pre-mRNA (pre-messenger ribonucleic acid), na které probíhá tzv. splicing (sestřihání). Během tohoto procesu se vystříhnou některé úseky (introny), zbylé řetězce (exony) se spojí a provedou se další posttranskripční úpravy. Výsledkem je finální mRNA kódující sekvenci proteinu. Mutace chromozomu 5 způsobuje vznik nefunkčního genu SMN1, zachována je částečná funkce genu SMN2, nicméně k problémům dochází v posttranskripční modifikaci pre-mRNA, kdy kvůli nepatrně změně několika nukleotidů ze sekvence celkem 9 exonů v 9 případech z 10 vypadne exon 7, což způsobí vznik „krátkého“ dysfunkčního proteinu. Za toto vypadnutí exonu je zodpovědné místo ISS-N1 na intronu 7 pre-mRNA.

Nusinersen je antisense oligonukleotid (ASO) složený z 18 jedinečně seřazených methoxylovaných nukleotidových jednotek, který zvyšuje podíl zařazení exonu 7 v transkriptech

mediátorové RNA (messenger ribonucleic acid, mRNA) pro SMN2 (survival motor neuron 2) vazbou na intronic splice silencing site (ISS-N1) nacházející se v intronu 7 pre-mRNA (sousedící s exonem 7) pro SMN2. ASO touto vazbou odstraňuje sestřihovací faktory, které za normálních okolností potlačují sestřih. Odstranění těchto faktorů vede k uchování exonu 7 v mRNA pro SMN2 a tudíž, když se mRNA pro SMN2 vytvoří, může být přeložena do funkčního SMN2 proteinu v plné délce.

Nusinersen je podáván intratekálně, což umožňuje jeho úplnou distribuci do tkání CNS. V CNS je pomalu metabolizován hydrolýzou zprostředkovanou exonukleázou, proto jeho průměrný eliminační poločas z likvoru se odhaduje na 135–177 dní. Předpokládá se, že primární způsob eliminace nusinersenu a jeho metabolitů je exkrece močí.

Klinické aspekty

Terapeutická hodnota nusinersenu byla hodnocena ve dvou randomizovaných, dvojitě zaslepených klinických studiích fáze III, kontrolovaných předstíranou léčbou, zahrnujících 121 resp. 126 SMA pacientů v poměru 2:1. Symptomatické kojence ve věku ≤ 7 měsíců fenotypu I SMA zahrnula studie Ender (CSB3), o něco starší kojence s nástupem příznaků >6 měsíců (převážně fenotyp II) zahrnula studie Cherish (CS4). Primárním cílem v případě studie Ender bylo procento dosažení motorického cíle na škále HINE-2, v případě studie Cherish změna skóre na škále HFMSE. V studii Ender nikdo z placebové větve nedosáhl definovaného cíle, z léčebné skupiny to bylo 50 %. Názornější představu o účinnosti dá spíše snížení rizika úmrtí o 63 % a permanentní ventilace o 34 %. Tyto klinické parametry ve studii Cherish nebyly z důvodu krátkého času sledování a „lepší“ prognózy sledovány. Hrubou představu o účinnosti nusinersenu přináší modelování, kde v žádosti o cenu/úhradu vychází inkrementální celoživotní přínos léčby nusinersenem (vs. placebo) u fenotypu I SMA 1,11 QALY a u fenotypu II SMA 5,21 QALY vs. paliativní léčba (+ placebo).

Nežádoucí příhody nusinersenu jsou spojené převážně s nutností intratekálního podávání a zahrnují bolesti hlavy, zvracení, bolest zad a dočasně zvýšenou teplotu. Závažných nežádoucích příhod bylo pozorováno srovnatelně v obou větvích, ale s rozdílem mezi studii (Ender: 76 % vs. 95 %, Cherish 5 % vs. 7 %). Léčivý přípravek obsahující nusinersen určený k intratekálnímu podání se jmenuje Spinraza a do ČR jej dodává společnost Biogen. Doporučená dávka je 12 mg (5 ml) při jednom podání. Léčba nusinersenem má být zahájena co nejdříve po stanovení diagnózy čtyřmi nasycovacími dávkami ve dnech 0, 14, 28 a 63. Udržovací dávka má být potom podávána jednou za 4 měsíce (6 dávek 1. rok, 3 dávky další roky). Požadovaná úhrada jedné dávky je navrhována 2,48 mil. Kč.

PharmDr. Zdeněk KUČERA, Sekce klinické farmacie ČLS JEP

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

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

Acorus calamus L. – puškvorec obecný, (Acoraceae – puškvorcovité)

Vytrvalá, mokřadní bylina, až 150 cm vysoká. Původní v jižní Číně, dnes rozšířena v celé Asii, Evropě i Severní Americe. U nás se množí pouze vegetativně. V současnosti je podle počtu chromozomů rozlišován diploidní americký *Acorus calamus L. var. americanus*, triploidní evropský *A. calamus L. var. vulgaris* a tetraploidní indický *A. calamus L. var. angustatus*. V léčebné praxi se vzhledem k nižšímu obsahu toxického β -asaronu využívají převážně diploidní a triploidní variety.

Synonyma: *Acorus odoratus*.

Obecný název: **Acore** (franc.), **Kalmus** (něm.), **Sweet Grass** (angl.).

Sbíraná část: **rhizoma**

Droga: **Calami rhizoma**

Obsahové látky: v oddenku kolísavý obsah silice (1,7–9,3%), v níž převažuje toxický fenylpropanoid β -asaron (syn. *cis*-*isoo*-asaron), dále α - a γ -asaron. V oddencích evropských triploidních rostlin jde o obsah 0,1–2,1% β -asaronu, v amerických diploidních puškvorcích byly nalezeny pouze stopy, ale v indických 4,4 až 8,3%. Dále jsou v silici seskviterpenické ketony akorenon, akoron a akoragermakron, seskviterpenické alkoholy kalamendiol a α -kadinol, různé monoterpeny. V oddenku byly identifikovány mastné kyseliny arachová, linolová, myristová, palmitová a stearová, cholin, sacharidy glukóza a fruktóza.

Účinky a použití: v tradiční medicíně je oddenek aplikován při žaludečních nevolnostech, nadýmání, jako digestivum, mírné spasmolytikum, antiastmatikum, diuretikum, sedativum a anti-depresivum, zevně je používán nálev k obkladům kloubů při revmatismu, ošetřování ran a ekzémů. Vzhledem k riziku vzniku halucinací, se nedoporučují vyšší dávky drogy.

Odborné studie byly zaměřeny na ověření tradičních indikací, ale i na průkaz kancerogenity β -asaronu. Vodný extrakt redukuje žírné buňky u myši a inhibuje sekreci interleukinu IL-4, která je typickým projevem alergické reakce. Lihovodný puškvorcový extrakt působí preventivně proti experimentálnímu konstrič-

nímu poškození sedacího nervu u potkanů a vykazuje antioxidační, protizánětlivé a neuroprotektivní účinky, podobné pregabalínu. Rovněž blokuje vznik experimentálně vyvolané epilepsie u potkanů. Na zvířecích modelech byl potvrzen účinek extraktu při ischemické srdeční chorobě. Studie opakovaně potvrdily kancerogenitu, cytotoxicitu a mutagenitu β -asaronu. Při testech na antimikrobiální účinnost, působila nejsilněji silice proti druhu *Micrococcus luteus*, následoval *Aspergillus fumigatus*, *A. niger* a *Micrococcus flavus*, přičemž silice měla vyšší aktivitu, než izolovaný β -asaron. V dalších testech byla prokázána inhibice různých G⁺ i G⁻ bakterií, působením fenylpropanových derivátů puškvorce. Silice vydestilovaná z nati vykazovala aktivitu proti larvám komárů druhů: *Culex quinquefasciatus*, *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, *Anopheles tessellatus* a *Anopheles subpictus*, významným přenašečům tropických infekcí, izolovaný β -asaron inaktivoval druh *Ascaridia galli* (škrkavka slepičí). Ethylacetátový extrakt z oddenku byl podáván diabetickým myším a zvyšoval citlivost buněk vůči inzulínu i uvolňování inzulínu. Mírně spasmolytické účinky nemají ale pravděpodobnou souvislost s asarony. Obsah β -asaronu je ovšem limitujícím faktorem pro budoucí využití drogy.

Dávkování: nálev z 2 lžic drogy v 200 ml vody, rozdělit do 2 dávek.

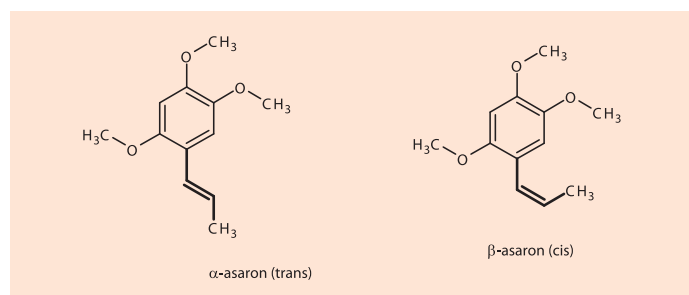
Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství (předpokládaná teratogenita) a laktace, nepodávat malým dětem. Prokázána kancerogenita vyšších dávek drogy (β -asaron).

Interakce: droga stimuluje žaludeční sekreci, možná interakce s antacidy a inhibitory protonové pumpy, zesílení vedlejších účinků inhibitorů MAO.

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

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: W. O. Müller (Wikipedia), vzorce: autor



Prof. RNDr. Luděk Jahodář, CSc., sedmdesátiletý

Koncem tohoto roku oslaví profesor Luděk Jahodář, významná osobnost českého farmaceutického školství, krásné životní jubileum. Při této příležitosti chceme připomenout jeho bohatý profesní život. Narodil se 17. prosince 1948 v Budyni nad Ohří. V Praze vystudoval obor lékárenský laborant na Střední zdravotnické škole. Již od střední školy jej velmi zajímala farmakognozie, proto na sedm let přesídlil do Bratislavy na Univerzitu Komenského, aby mohl vystudovat farmacii (1967 až 1972) na tehdy jediné farmaceutické fakultě v Československu. Zde také složil i doktorát z přírodních věd (RNDr.).

V Bratislavě potkal svoji životní partnerku, spolužačku ze studií, kterou následoval zpátky do východních Čech. V Hradci Králové se začala budovat Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy, na jejíž půdě realizoval svoje téměř padesátileté působení vysokoškolského učitele, postupně od vědeckého asistenta, přes docenta (1988, Bratislava), až po profesora farmakognozie, titul získal na Univerzitě Karlově v Praze v roce 1995. Jako vedoucí Katedry farmaceutické botaniky a ekologie působil profesor Jahodář v letech 1997 až 2014. Jeho vysokoškolská kariéra vyvrcholila pozicí děkana Farmaceutické fakulty UK, kterou zastával 1994 až 1997, v tomto období se zásadním způsobem zasadil o vybudování výukové budovy se skleníky na Zahradě léčivých rostlin. Významnou část svého života věnoval činnosti v odborné společnosti, řadu let vedl Sekci přírodních léčiv, dlouhou dobu působil ve výboru a funkci předsedy výboru České farmaceutické společnosti ČLS JEP zastával v období 2003 až 2014. Dlouhá léta byl rovněž členem Lékopisné komise, či předsedou Poradního sboru pro léčivé rostliny MZ ČR. Více než 35 let se zabýval léčivými rostlinami a jejich metabolity, u nichž studoval jejich chemickou strukturu a biologické účinky. Zaměřil se na několik desítek rostlinných druhů, nicméně největší pozornost věnoval taxonu z čeledi vřesovcovitých –



medvědice léčivá, tématu se věnoval téměř 20 let. Přednášel farmaceutickou botaniku, fytotoxikologii, forenzní botaniku a vybrané kapitoly z fytoterapie.

Je hlavním autorem řady oceňovaných publikací, např. Léčivé rostliny v současné medicíně (2010), Farmakobotanika – semenné rostliny (2006), Přírodní toxiny a jedy (2004), Makroskopický a mikroskopický atlas drog (1999), Rostliny způsobující alergie a otravy (1989). V roli školitele doktorského studia vychoval řadu odborníků v oborech Farmakognozie a Toxikologie přírodních látek. Doposud publikoval více než 100 vědeckých prací, přednesl téměř dvě stovky přednášek, třetinu z nich na kongresech v zahraničí, je autorem několika patentů a celé řady populárně naučných pojednání.

Během svého bohatého profesního života byl oceněn řadou vyznamenání, např. Skarnitzlovou medailí ČFS ČLS J. E. Purkyně, v letošním roce mu byl udělen čestný titul emeritního profesora UK.

Jménem výboru České farmaceutické společnosti, jménem vedení hradecké fakulty, kolektivu Katedry farmaceutické botaniky a Katedry farmakognozie přejeme prof. RNDr. Luděku Jahodářovi, CSc., do dalších let hodně štěstí a pevné zdraví, životní pohodu, dostatek času na záliby a hodně neutuchajícího elánu do dalších let.

**PharmDr. Jana KARLÍČKOVÁ, Ph.D.,
Katedra farmaceutické botaniky**

**doc. RNDr. Jiřina SPILKOVÁ, CSc.,
Katedra farmakognozie**

**prof. PharmDr. Martin DOLEŽAL, Ph.D.,
předseda ČFS,
proděkan Farmaceutické fakulty v Hradci Králové**



Z inspirativní studentské výměny

Twinnet je zahraniční Team mobility project, jehož cílem je posílit mezinárodní spolupráci mezi jednotlivými členy EPSA (European Pharmaceutical Students' Association). Jde o vzájemnou výměnu skupiny deseti až patnácti studentů ze dvou nebo více partnerských států, kteří stráví několik dní v hostující zemi, kde mají možnost najít nové přátele, poznat rozdílnou kulturu a systém vzdělávání. V naší modifikaci se jednalo o Threenet, tedy spojení tří zemí – České republiky, Francie a Portugalska.

První ze tří částí proběhla v Portugalsku, konkrétně ve městě Porto, kde nás naši přátelé hostili na začátku dubna. Během pěti dní strávených v tomto malebném městě jsme měli možnost seznámit se s tamní farmaceutickou fakultou, se systémem výuky, navštívit institut vzdělávání, a v neposlední řadě se zúčastnit několika soft-skillových tréninků.

To samé jsme měli možnost zažít a poznat během druhé části výměnného projektu koncem září v městě Clermont-Ferrand ve Francii.

Během třetí části projektu (Česká republika, 10. až 14. října 2018) jsme zahraniční hosty uvítali v Hradci Králové. Odtud jsme s nimi po dvou dnech zamířili do Prahy, kde jsme společně strávili další tři dny, nabitě edukačními i volnočasovými aktivitami.

V rámci celého výměnného programu měli studenti možnost navštívit farmaceutické fakulty v hostujících zemích, podívat se do muzeí farmacie nebo se zúčastnit velmi zajímavých exkurzí do farmaceutických firem či ústavů, zabývajících se například distribucí léčiv, výzkumem rakoviny nebo radioterapií. Součástí edukačního programu byly také EPSA trainingsy na téma Critical thinking a Emotional intelligence. Samozřejmě nechyběly ani prohlídky měst a významných památek, výlety do okolní přírody a v neposlední řadě ochutnávání tradičních jídel.

Myslím, že mohu za všechny říct, že všechny tři části Threenetu jsme si velmi užili. Doufám, že se příští ročník vyvede minimálně tak dobře jako ten letošní.

Josef KUNRT,
prezident Spolku českých studentů farmacie



Říkat to lidem jejich řečí

Na Twitteru jsem zachytil diskusi nelékárníků eshopářů, že v té lékárně jim ve skutečnosti beztak nic neřeknou, tak proč by nemohli své léky dostávat stejně jako jídlo, halenky, boty a elektroniku, vlastně všechno via řidič PPL nebo České pošty. Oprostíte-li se od emocí a budete přijímat a naslouchat argumentaci těchto lidí, zjistíte, že mají často pravdu. Z pohledu pacienta to opravdu někdy vypadá jako 2x denně a nashledanou.

Pokusím se zde ukázat na pár příkladech, že to, co chybí, je vlastně jen vysvětlení naší práce.

Po dokončení školy jsem byl plný toho, čemu my lékárníci říkáme dispenzační minimum. Je třeba je předat pacientovi. S postupem času jsem pomalu přišel na to, že lege artis existuje. Že lékárenství je trochu i umění.

Hypotetický případ právě z toho Twitteru. Jdu, chci nosit kapky, a zase jdu. To je pohled pacienta.

A teď ten pohled lékárníka. Přejde, zeptám se ho, jestli jsou ty kapky pro něj. Chlápek ledabyle a nervózně odpoví, že jo (tuhle část si třeba ani nezapamatuje, když píše na TW). A já mám v tu chvíli odpracováno, protože už ode dveří jsem

viděl, že je to hromotluk z posilovny (tak devadesátakilový svalovec), chlap v podstatě zdravý. Než to pípnu, ptá se: „Kolik?“ Tak na něj mezi dveře ještě houknou, že by neměl užívat déle než týden, což už neslyší.

Druhá kazuistika je starší pán okolo sedmdesátky se stejnou prosbou. Ne, není důvod mu říkat, že by to neměl dávat těhotným. Je to chronik, chodí pravidelně, což buď vím, nebo mi to prozradí jeho slevová kartička. Bere si svůj Nososprej už několik let, u toho má tu svou terapii metabolického syndromu a evidentně mu nic neschází.

Další varianta je neurotik. Mám mu říkat o všech nežádoucích účincích? Asi jo, pokud chci vidět sílu placebo. Můžu mu vyjmenovat všechny nežádoucí účinky

až po ty, co vyskytují u jednoho z deseti milionů, a pak už jenom sledovat, jak je všechny postupně a systematicky zaznamenává a hlásí. Ti nejtříšlejší si je můžou odškrtnout na nástěnce, a pak to na nějaké konferenci prezentovat jako báječnou kazuistiku.

Poslední varianta je matka s dítětem. Tu většinou znáte, a tak po informaci, že je to pro Vašíka, už zase máte odpracováno, protože víte, že Vašík je malej raubíř, který simuluje od útlého mládí. Maminka, samoživitelka, mu to samosebou žere i s navijákem, stejně jako široké ženské přibuzenstvo. Víte, kolik mu je let, odhadem i kolik váží. A že nejvíc by mu pomohla přísná chlupská ruka. I tak jeho mamince dáte kapky do nosu, vyberete ty nejvíc pocitově nepříjemné, aby si to zmetek simulantská užil, jste-li povahy dobrotivé jako byl doktor Grünstein ze Švejska.

Pokusil jsem se tu na několika kazuistikách nastínit, že většina lékárnické práce vlastně ani není vidět. Že někdy je třeba část dispenzačního minima zamlčet, někdy s ním neotravovat, někdy se už ani nevejdete do té komunikace, kdy nemáte otravovat, protože jede autobus, i když za pět minut jede další.

To je věc, kterou málo komunikujeme mezi lidmi. Lékař taky nevyšetřuje tím, že změří krevní tlak a odečte sedimentaci. Dobrý lékař se na člověka podívá. Stejně tak lékárník. Mám prostě odpracováno, ještě než pacient dojde k táře.

A to je to lege artis. Vidět a reagovat na tvář, chování, váhu, drobné tiky pacienta. To nezastoupí žádný poslíček PPL, ale taky to těm lidem musíme říct. A říct jim to jejich řečí.

Přemysl CÍSAŘ



Pohlaví: Muž

Věk: 31 let

Léčí se: reuma

Co bere?: Opodeldok

Léčí se: superarbitrován pro blbost

Co bere?: Klystýr, chinin

Další: odolný vůči alkoholu, miluje psy

Sociální vyloučení seniorů

Z šetření aktivizačního oddělení Domova pro seniory v Sokolnicích mezi 645 žáky základních a středních škol mj. vyplývá, že třetina malých školáků se s rodiči o babičce a dědovi nebaví, 50 % stře-doškoláků seniorům vytýká, že pracují, 44 % z nich věří, že bydlení seniorů řeší domovy důchodců, naopak jen 10 %, že rodina. Zato 48 % ví, že důchody se

vyplácejí z daní. Senioři jsou ohroženi sociálním vyloučením více než mladší lidé.

S diskriminujícím chováním se setkal každý desátý senior. Nejčastěji řeší problémy v MHD, v čekárnách u lékaře, jsou zaznamenány i stížnosti na slovní napadání ze strany mládeže. Bariéra mezi seniory a mladými lidmi roste v podobě vzájemného nedorozumění, které má někdy až agresivní projevy.

Na negativní postoj až dvou třetin Čechů na seniory poukázal též průzkum statistického úřadu Evropské unie Eurobarometr, který srovnal vnímání české populace ve věku 55+. Odpovědi porovnal s průměrem členských států EU a Německa. Zatímco v ČR 54 % dotazovaných vnímá populaci 55+ zcela negativně, v EU je to pouze 28 % a v Německu dokonce jen 19 %.

(dop.)

V prosinci si připomínáme ze světových dnů sponzorovaných WHO Světový den boje proti AIDS a Mezinárodní den lidských práv. Ze světových dnů podporovaných WHO Mezinárodní den osob se zdravotním postižením. Se zdravím souvisejí i další dny, například Světový den alergie, Mezinárodní den lidské solidarity, Mezinárodní den dobrovolníků, Mezinárodní den migrantů.

Mezinárodní den všeobecného zdravotního pokrytí (International Universal Health Coverage Day (UHC day, IUHCD))

Dne 6. prosince 2012 přijalo Valné shromáždění (VS) OSN rezoluci A/67/L.36 a 12. prosince následně rezoluci A/RES/67/81, obě pod názvem Globální zdraví a zahraniční politika. Vycházely z většího množství jednání různých konferencí, jejich dokumentů a deklamací, které se zabývaly například prevencí a kontrolou nepřenosných nemocí, řešením problematiky infekce HIV/AIDS, tematikou sociálních determinant zdraví, dlouhodobou udržitelností financování zdravotnictví, univerzálním pokrytím a sociálně-zdravotním pojištěním a dalšími otázkami.

Část týkající se sociální ochrany a všeobecného zdravotního pokrytí, zodpovědnosti vlád za zabezpečení univerzálního přístupu všech lidí k cenově dostupným a kvalitním zdravotnickým službám se tak stala výchozí myšlenkou pro vyhlášení IUHCD (Rezoluce VS OSN – A/RES/72/138). Ten si každoročně (jako oficiální den od roku 2017) připomínáme 12. prosince. V ČR je toho o IUHCD známo, eufemisticky řečeno, ne příliš.

O významu univerzálního zdravotního pokrytí (UZP), jeho aktuálnosti a potřebě svědčí i skutečnost, že se tato myšlenka stala letos nosným tématem Světového dne zdraví – „Všeobecné zdravotní pokrytí: pro všechny, všude“. Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, generální ředitel WHO, při této příležitosti uvedl: „Nikdo by neměl volit mezi smrtí a finančními problémy. Nikdo by si neměl vybírat mezi koupí léčiv a nákupem jídla.“

V roce 2017 se námět univerzálního zdravotního pokrytí stal tématem Světového dne hospicové a paliativní péče, který si připomínáme každoročně v říjnu.

V roce 2016 ideu univerzálního zdravotního pokrytí použilo také Evropské fórum pacientů k charakterizování své iniciativy – Nenechejme nikoho stranou: udržitelné univerzální zdravotní pokrytí zaměřené na všechny pacienty do roku 2030 (UZP pro všechny, Dostupnost zdravotní péče).

UZP je součástí nových Cíle udržitelného rozvoje na roky 2015–2030.

Univerzální zdravotní pokrytí je založeno na rozsáhlých opatřeních v oblasti veřejného zdraví, na ochraně zdraví, řešení problematiky determinant zdraví prostřednictvím politik napříč odvětvími, včetně podpory zdravotní gramotnosti obyvatelstva. Znamená, že všichni lidé mají přístup k národně sestaveným souborům potřebných podpůrných, preventivních, léčebných a rehabilitačních základních zdravotních služeb a nezbytných, bezpečných, cenově dostupných, účinných a kvalitních léčiv bez jakékoli diskriminace. Současně to znamená, že poskytování těchto služeb nevystavuje jejich uživatele finančním potížím, zvláště chudé, sociálně potřebné, zranitelné a marginalizované skupiny obyvatelstva. Z témat, která v koncentrované podobě vystihují konkrétní zaměření, prioritu IUHCD v daném roce, uvedme poslední dvě:

Nárok na naše právo: univerzální zdravotní pokrytí. Zdraví pro všechny: nárok na naše právo. (2017)

Spojme se s univerzálním zdravotním pokrytím: nyní je čas na kolektivní akci (2018)

Některá fakta: ● přinejmenším polovina světové populace stále nemá úplné pokrytí základních zdravotnických služeb, ● přibližně 100 milionů lidí je stále vystavováno extrémní chudobě, protože musí platit za zdravotní péči, denně přežívají za pouhých 1,90 dolarů nebo i méně, ● více než 800 milionů lidí (téměř 12 % světové populace) vynakládá nejméně 10 % svých domácích rozpočtů na zdravotní péči (pro sebe, nemocné dítě nebo jiného člena

rodiny). Tyto výdaje bývají označovány jako „katastrofické výdaje“.

Příčina „katastrofických výdajů“ na zdravotní péči je globální. V bohatších zemích v Evropě, Latinské Americe a částech Asie, které dosáhly vysokou úroveň přístupu ke zdravotnickým službám, rostoucí počet lidí vynakládá nejméně 10 % svých domácích rozpočtů na mimořádné zdravotní výdaje.

Z alarmujících údajů 4. vydání přehledu hlavních ukazatelů zdraví a zdravotnických systémů v 28 zemích EU, 5 kandidátských zemích EU a 3 zemích Evropského sdružení volného obchodu („Health at a Glance: Europe 2016“) vyplývá, že náklady na zdravotní péči značné části pacientů nejsou řádně pokryty.

Zdraví je lidské právo, nikoli privilegium. Univerzální znamená pro všechny, bez jakékoli diskriminace. Každý pacient by měl mít spravedlivý přístup k vysoce kvalitní zdravotní a sociální péči zaměřené na člověka. Přístup ke zdravotním službám by nikdy neměl záviset na rase, pohlaví, věku, schopnostech, zaměstnání, bohatství nebo na statusu pobytu či státním občanství. Smysl univerzálnosti také znamená snahu o odstranění rozdílů a překážek spojených s přístupem a standardy péče a nerovností v oblasti zdraví v jednotlivých zemích. Zdravotní péče by měla být přístupná včas všem pacientům, kteří je potřebují. Univerzální zdravotní pokrytí nenechává nikoho stranou. Bohužel to není realita pro všechny.

Zdraví je předpokladem a výsledkem a indikátorem všech tří dimenzí – ekonomické, sociální a environmentální – udržitelného rozvoje. Navzdory dosaženému pokroku výzvy v oblasti celosvětového zdraví včetně hlavních nerovností a zranitelných míst v rámci zemí, regionů a mezi populace, stále přetrvávají a vyžadují trvalou pozornost. Světová zdravotnická organizace definuje všeobecné zdravotní pokrytí jako „zajištění přístupu k odpovídající zdravotní péči pro všechny za dostupnou cenu“.

Doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.

Literatura u autora

Diabetes, jak jej (možná) neznáte

Diabetes mellitus (DM) je jedním z nejčastějších metabolických onemocnění u člověka, řada lékárníků – nejen absolventů garantovaného kurzu pomáhá pacientům se správnou terapií a věnuje se screeningu. DM nicméně není onemocnění omezené pouze na člověka, setkáváme se s ním u celé řady dalších druhů savců. Příčiny, projevy a terapie se nicméně u jednotlivých druhů liší. V tomto článku se budu věnovat výhradně kočkám, protože správná edukace majitelů je důležitou součástí úspěšné terapie.

U koček rozlišujeme tři typy DM. DM 1. typu je stejně jako u člověka způsoben imunitně zprostředkovanou destrukcí beta-buněk produkujících inzulín. U koček je tento typ diabetu extrémně vzácný, v literatuře lze nalézt řádově jednotky popsaných případů.

DM 2. typu je u koček druhou nejčastější endokrinopatií (první je hypertyreóza). Rozvoj tohoto typu diabetu je poměrně komplexní, kombinuje se zde zvýšená rezistence tkání vůči produkovanému inzulínu (například z důvodu obezity, chronického zánětu kdekoli v organismu, nejčastěji v dutině ústní) a postupná destrukce beta-buněk. K destrukci beta-buněk dochází z několika příčin. Tou hlavní je tzv. toxicita glukózy, kdy perzistentní hyperglykémie navozuje paradoxně snížení citlivosti beta-buněk vůči signálům, které za normální situace vedou ke zvýšení produkce inzulínu, buňky se „vyčerpají“ a aktivuje se u nich cesta vedoucí k apoptóze. Tento mechanismus můžeme pozorovat pouze u koček a je dán odlišným metabolismem glukózy v porovnání s člověkem (u zdravé kočky nedochází k postprandiální hyperglykémii, protože kočky mají nízkou schopnost trávení sacharidů z potravy, a naopak u nich probíhá prakticky neustále glukoneogeneze, kde hlavním substrátem jsou glukogenní aminokyseliny, takže beta-buňky nejsou za fyziologických okolností vystavovány vysokým koncentracím glukózy). Druhou příčinou je produkce proteinu amylinu, který u koček snadno podléhá změnám konformace na amyloid, který se ukládá v Langerhansových ostrůvcích

a postupně tak nahrazuje funkční tkáň. Amylin je produkován beta-buňkami současně s inzulínem a platí, že čím více inzulínu je produkováno, tím více amylinu se současně uvolní. Kočky poměrně často trpí pankreatitidou, ať už některou z forem akutních, tak chronických, a chronické procesy vedou k postupnému nahrazování funkční tkáně pankreatu tkání vazivovou, což se často nevyhne ani Langerhansovým ostrůvkům.

DM 3. typu je tzv. sekundární diabetes, kde primární příčinou je jiná endokrinopatie, nejčastěji hypertyreóza, hyperadrenokorticismus nebo akromegalie, řadí se sem i iatrogenní DM, který se rozvine po aplikaci diabetogenních léčiv, nejčastěji kortikosteroidů nebo progestagenů. Kočky na rozdíl od psů nerozvíjejí většinou iatrogenní Cushingův syndrom po dlouhodobém podávání glukokortikoidů, ale právě DM. Stejně tak kočky, kterým je dlouhodobě podávána hormonální antikoncepce, jsou diabetem ohroženy.

U koček trpících DM si majitel nejčastěji všimne zvýšeného příjmu tekutin a nadměrného močení. Kočky mohou být obézní, ale mohou i rychle ztrácet hmotnost, mívají neupravenou srst, chuť k jídlu bývá zvýšená, ale mohou trpět i nechutenstvím. U koček nepozorujeme neuropatie spojené s DM jako u člověka. Samotné měření glykémie pro diagnostiku DM nestačí, kočky reagují rychlým rozvojem hyperglykémie i na stres, takže zdravá hyperglykemická kočka není v ordinaci vzácností. U koček se jako dlouhodobý indikátor hyperglykémie používá fruktosamin, teprve na základě zvýšení hladiny sérového fruktosaminu, hyperglykémie a glykosurie lze stanovit diagnózu DM. Ledvinový práh pro glukózu je u koček 17 mmol/l, fyziologická glykémie 3,5–7,8 mmol/l, při stresové hyperglykémii lze naměřit i hodnoty kolem 20 mmol/l.

Terapie DM je založena na aplikaci inzulínu, úpravy hmotnosti u obézních koček, případně i dietních opatřeních, a léčbě a předcházení stavům, které zvyšují rezistenci tkání vůči inzulínu (nejčastěji jde o záněty v dutině ústní, chronické enteritidy, pankreatitidu).

U koček se dnes na prvním místě používají dlouhodobé inzulíny nebo inzulínová analoga, v ČR je první volbou glargin. Protože u koček je biologický poločas i dlouhodobých inzulínů kratší než u člověka nebo psa, aplikují se 2x denně. U glarginu na rozdíl od střednědobých inzulínů typu lente nedochází k takovým výkyvům glykémie (v porovnání např. s Caninsulinem, který je první volbou u psů) mezi jednotlivými dávkami, takže jej u koček používáme raději právě z toho důvodu, že nedochází tak rychle k úbytku beta-buněk z důvodů popsaných výše. Dávka inzulínu se nastavuje postupně tak, aby se glykémie držela v průběhu celého dne pod 17 mmol/l a neklesala pod 5 mmol/l. Perorální antidiabetika se u koček používají spíše okrajově, a to hlavně z důvodu pomalejšího nástupu účinku a jen dočasného efektu, protože stimulace produkce inzulínu beta-buňkami vyžaduje alespoň nějaké funkční beta-buňky, navíc zde vstupuje do hry výše zmiňovaný amylin a jeho transformace na amyloid. Akarbóza



vzhledem k již tak nízké aktivitě trávení sacharidů u koček nemá příliš velký význam. Úprava diety je nutná zejména u obézních koček. Existují klinické diety určené přímo pro diabetiky, některé jsou s vyšším obsahem vlákniny, jiné jsou koncipované jako diety s vysokým obsahem dobře stravitelného proteinu a nízkým podílem sacharidové složky. Tento druhý typ diety je dnes preferován, protože lépe splňuje nutriční požadavky koček jakožto striktních masožravců, a navíc je vhodný i pro kočky s konkurentním onemocněním střev nebo pankreatu.

Pravidelný a správně prováděný monitoring glykémie je u kočičího diabetika základem správného nastavení terapie. Z důvodu stresové hyperglykémie u koček je nutný domácí monitoring prováděný majitelem, protože hodnoty glykémie získané během hospitalizace nebo při kontrole v ordinaci jsou standardně vyšší. V této oblasti se mohou realizovat i lékárníci, protože pro glukometry posíláme majitele do lékáren a správná opakovaná edukace majitele při prodeji glukometru nebo i při výdeji inzulínu na recept zvyšuje šance na správnou terapii.

Co se vlastní aplikace inzulínu týče, u koček se aplikuje subkutánně v oblasti boků nebo hřbetu. Délka jehly (ať už k inzulínové stříkačce, nebo k peru) musí být alespoň 8 mm, ideálně 12 mm, u kratších jehel dochází k větším výkyvům glykémie. Majitel musí být poučen, jak rozpoznat hypoglykémii (náhlý nástup apatie, dezorientace, křeče až kóma) a mít po ruce perorální roztok glukózy pro první pomoc.

Vlastní monitoring se provádí u stabilizovaného diabetika alespoň 2x měsíčně, u diabetika, který je ve fázi dekompenzace, převodu z jednoho typu inzulínu na jiný nebo jde o nově diagnostikovaného diabetika, je potřeba měřit glykémie alespoň 3x týdně. Majitele instruujeme, jak má vést deníček diabetika, kam si denně zapisuje čas podání inzulínu, množství zkonsumovaného krmiva a vypité vody, aktivitu kočky během dne (tj. zda je spíš apatická, více spí nebo se chová normálně), kočku by měl alespoň 2x týdně zvážit. V den, kdy má majitel měřit glykémii, změří první hodnotu ráno těsně před aplikací inzulínu a potom měří každé 4 hodiny alespoň do doby večerní aplikace inzulínu, ideálně ještě po aplikaci před spaním. Měření se provádí pomocí glukometru z kapilární krve získané z okraje ušního boltce. Odběr se provede tak, že se boltce krátce nahřeje pomocí



teplého kapesníku nebo kousku gázy, majitel si pak boltce tím kapesníkem nebo kouskem gázy podloží a napíchne kapiláru lancetou (doporučuji nastavit lancetu na stupeň 2–3), odebere krev na proužek a měří. Desinfekce vpichu se provádí až po měření. Pro monitoring lze použít klasické humánní glukometry. Existují i glukometry kalibrované pro veterinární použití, jejich výhodou je menší potřeba krve oproti glukometrům humánním, nevýhodou je jejich výrazně vyšší cena. U koček se nejvíce osvědčil glukometr Alpha-Trak, u kterého stačí i velmi malé množství krve a naměřené hodnoty se nejvíce blíží hodnotám laboratorním, v ČR bohužel není běžně k dostání. Já používám u svých pacientů většinou glukometry GlucoLab, které nejsou drahé a měří poměrně přesně v porovnání s laboratoří. Z údajů naměřených majitelem si pak veterinární lékař sestaví glykemickou křivku a hodnotí spolu s ostatními údaji z deníčku diabetika úspěšnost či neúspěšnost terapie a může tak reagovat na postupnou dekompenzaci dříve, než se projeví klinicky.

Diabetický kočičí pacient dokáže být v řadě případů náročný na management jak pro veterinárního lékaře, tak pro majitele. V případě neúspěšné terapie je na prvním místě konzultace týkající se správné manipulace s inzulínem, správná aplikace a správně prováděný monitoring.

MVDr. Mgr. Kateřina HORÁČKOVÁ

Věřte, že není dávka jako dávka

Pro každého z nás je výdej léčivých přípravků pacientům našim denním chlebem. Pro řadu z nás se tento výdej nesmrskává jen na prosté „jednu denně, bez doplatku, nashledanou“. Řada z nás se snaží o kontrolu preskripce, edukuje pacienty nebo jejich příbuzné, jak správně užívat léky, které nekombinovat a kdy a proč mohou některé konkrétní léky uškodit. Až potud je vše v pořádku.

V lékárnách vydáváme léčivé přípravky nejen pro lidské pacienty, ale i pro ty zvířecí. A tady se bohužel zejména v poslední době setkávám s řadou poměrně závažných pochybení ze strany lékárníků. Ta pochybení spočívají nejčastěji v samovolné úpravě dávek předepsaných léčiv bez konzultace s předepisujícím vete-

rinárním lékařem, ve zpochybňování předepsané léčby, zejména její délky, před majitelem zvířete, nebo ve zpochybňování zvoleného léčiva, opět před majitelem. Protože jsem problematiku rozdílů ve farmakokinetice, dávkování i metabolismu léčiv sama několikrát přednášela v rámci seminářů pořádaných Českou lékárnickou komorou, je mi občas záhadou, kde se tato „lidová tvořivost“ mezi lékárníky bere. Je pravda, že na farmaceutických fakultách se veterinární farmakologie vždy vyučovala spíše okrajově a rozsah bohužel již dávno neodpovídá rozvoji veterinární medicíny zejména v oborech malých zvířat (tj. zejména medicíny psů, koček, drobných savců), tím spíš bych ale očekávala, že se

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany



lékárník buď dovzdělá sám, nebo se raději nebude do problematiky pouštět, a pokud bude mít pochybnosti o správnosti preskripce, ověřit si ji nejdříve u předepisujícího lékaře. Nejistý majitel zvířete totiž v lepším případě sám kontaktuje ošetřujícího veterinárního lékaře, což ovšem tomu lékaři bere čas na práci, v horším případě léčbu raději nezačíná a v tom nejhorším případě navíc ještě podá na ošetřujícího veterináře stížnost pro domněle špatnou léčbu jeho zvířete. To potom přiděluje práci hlavně revizní komisi Komory veterinárních lékařů, která musí každou stížnost projednat, vyžádat si dokumentaci a následně ji uzavřít.

V poslední době jsem jednak jako konzultantka – specialista na medicínu koček, jednak i jako ošetřující lékařka, řešila několik nepříjemných situací. Po dohodě s kolegy z pracovní skupiny pro vzdělávání ČLnK jich zde několik uvádím v anonymizované podobě.

Případ první – majitel morbidně obézní kočky s počínajícím selháním ledvin dostal recept na telmisartan v dávce 5 mg pro toto 1x denně a gabapentin v dávce 30 mg pro toto v dávce 2x denně. V lékárně, kam s receptem zašel, mu bylo sděleno, že dávky jsou pro kočku příliš vysoké. Šlo o mého klienta, který mi pak následně volal s dotazem, zda jsem opravdu napsala recepty správně. Z lékárny mi nevolal nikdo. Klienta jsem uklidnila, že jsem recepty opravdu předepsala správně a že se o svou kočku (viz foto) nemusí obávat. Pro ty, kdo neví – gabapentin se u koček používá mimo jiné jako analgetikum v dávce 3–5 mg/kg až 3x denně, telmisartan v dávce 0,5–1 mg/kg 1x denně, tato konkrétní kočka vážila 10 kg.

Případ druhý – majitel kočky s pneumonií způsobenou infekcí *Toxoplasma gondii* dostal recept na Sumamed sirup s dávkováním 35 mg azitromycinu 1x denně po dobu 1 měsíce. V lékárně mu opět bez jakéhokoli kontaktu s předepisujícím veterinárním lékařem bylo sděleno, že toto dávkování je nesmysl, že se azitromycin předepisuje maximálně na dobu 6 dnů. Pro ty, kdo neví – při terapii toxoplazmových pneumonií u koček se azitromycin skutečně podává 1x denně minimálně 4 týdny, protože neprostupuje do plic a zejména pak do sekretu tak, aby byla udržena dostatečná tkáňová koncentrace antibiotika po celou dobu léčby.

Případ třetí – majitel kočky diabetičky dostal recept na Lantus s dávkováním 4 jednotky po 12 hodinách. Opět bez konzultace s předepisujícím veterinárním lékařem bylo majiteli sděleno, že se pan doktor asi upsal, a že bude Lantus píchat jen 1x denně. Zdravotní stav kočky se tak i nadále zhoršoval a majitel se dostal do konfrontace s ošetřujícím veterinárním lékařem kvůli údajně špatně zvolené terapii. Pro ty, kdo neví – glargin má u koček podstatně kratší poločas než u člověka, a je skutečně nezbytné jej aplikovat 2x denně pro nastavení normoglykémie.

Případ čtvrtý – majitel psa, kterému veterinární lékařka předepsala Tramal retard 100 mg tablety, dostal v lékárně informaci, že tramadol psovi zničí játra, a že veterinární lékařka vůbec není oprávněná k preskripci tramadolu. Pro ty, co neví – tramadol se běžně používá i ve veterinární medicíně, u psů má výrazně kratší poločas než u člověka (a kočky mají poločas naopak delší), a veterinární lékaři jej pochopitelně předepisovat mohou. Pokud měla kolegyně–lékárnice podezření na falzum, měla nejprve kontaktovat předepisující veterinární lékařku a ověřit si, že Tramal skutečně předepsala.



Toto jsou jen příklady situací, které se objevují a nevrhají příliš dobré světlo na lékárníky a možnou spolupráci s veterináři. Vzhledem k tomu, že se chystá novelizace lékové legislativy, máme šanci (jako lékárníci) udržet si výdej a zejména individuální přípravu veterinárních léčivých přípravků v lékárnách, tomu ale také musí odpovídat naše znalosti a schopnosti. Jako členka představenstva a předsedkyně vzdělávací komise Komory veterinárních lékařů se budu i nadále účastnit jednání se zástupci Ústavu pro státní kontrolu veterinárních biopreparátů a léčiv (ÚSKVBL), budeme se věnovat i rozšíření možností individuální přípravy pro veterinární účely. Jako lékárník bych pochopitelně byla ráda, kdyby se tohoto chopili čeští lékárníci, a ne zahraniční společnosti, které provozují soustředěné přípravy ve Velké Británii, jako veterinář chci ale zajistit maximální bezpečnost, účinnost a pochopitelně i kvalitu léčiv podávaných našim zvířecím pacientům. Je tedy především na lékárnících a na ČLnK, jak se k této problematice do budoucna postaví a zda zde bude ochota s veterinárními lékaři spolupracovat.

MVDr. Mgr. Kateřina HORÁČKOVÁ
MANZCVS (Feline Medicine)

PŘEČETLI JSME

Stát dlouhodobě rezignuje na kvalitu lékárenské péče

Financování nemocnic je nekonečný příběh s údajným světlem na konci tunelu zvaným DRG. Ambulantní poskytovatelé dovedou občas vyvinout efektivní tlak v podobě bulvárních titulků o neošetření pacientů, který vede k „uspokojivému zvýšení“ zdrojů obvykle nepřesahujícím standardní inflaci.

O financování lékárenské péče však nikdy řeč není. Neboť standardní žvanění o vysoké spotřebě či potřebě snížit náklady na léky není debatou o financování péče, ale politickou agendou budící u veřejnosti dojem, že se tímto tématem někdo reálně zaobírá. Ve skutečnosti se jí nikdy nikdo odborně nezaobírá, nezaobírá a je vysoce pravděpodobné, že v dohledném čase se ani zaobírat nebude. Jakékoliv pokusy na reálných datech demonstrovat kolabující systém financování zabezpečení léků a zdravotnických pomůcek končí konstatováním: „Lékáren je mnoho, žijí, nekrachují a dávají slevy.“

Fakt je, že pokud by měly lékárny žít jen z veřejných zdrojů, s velkou pravděpodobností by zhruba dvě třetiny z nich neexistovaly. To, že dnes je obrazem lékárny nablýskaný upgrade uklizené drogerie, je většinou spotřebitelsky vnímáno pozitivně. Většinový spotřebitel vlivem masivní reklamy do tohoto formátu lékáren možná přinese peníze, zapomínáme však na podstatný fakt – cílovou skupinou systému zdravotnické péče není většinový spotřebitel, ale nemocný a starý člověk. Ten je předmětem pojmu zdravotnická péče, pro něho máme napsané desítky stran zdravotnických zákonů. Zbytek je bohupustý maloobchod.

Jak vlastně funguje financování veřejných lékáren a kde má v tomto příběhu místo stát? Zjednodušeně, stát dlouhodobě rezignuje na kvalitu lékárenské péče. Nefinancuje žádnou odbornou farmaceutickou činnost. Nemá vytvořené motivační, jen sankční mechanismy. Spoléhá se na to, že z prodeje kosmetiky, doplňků stravy a ostatního zbytečného balastu budou poskytovatelé lékárenské péče financovat i zákonnou povinnost zabezpečit základní sortiment lékárny – léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Pokud tedy někoho brzo napadne žvanit o vysokých ziscích lékáren, bude vhodné ho opravit, že jde ve výrazné míře o zisk maloobchodu, který shodou okolností zaměstnává vysokoškolsky vzdělaného zdravotnického pracovníka, farmaceuta, a tak má kompetenci v sortimentu mít i léky. Nic víc, nic méně. Toto je dnešní většinové lékárenství, a pokud se včas nevzpamatujeme, neblahé výsledky této deformace se nejlépe podepíší na dnešní generaci „reformátorů“, kteří tomu celému tleskají. Za pár let oni budou ti staří a nemocní.

Stát reguluje příjem poskytovatelů lékárenské péče na více úrovních. V první řadě stanovuje maximální cenu dodavatele léku, která nesmí překročit průměr tří nejnižších cen zemí

Evropské unie. Dále reguluje obchodní rozpětí velkodistributorů a lékáren na jedenácti hladinách tzv. degressivní marže. Tato forma financování má jakous takous logiku v případě distribuce, avšak v případě poskytovatelů lékárenské péče je jednak neudržitelná a zároveň přímo odporuje obsahovému významu slova péče.

Jestli má být náplní naší práce starat se, tak odměna má reflektovat péči, ne výrobní cenu materiálu a použitých nástrojů. Mzdy učitelů se neodvíjejí od ceny tabule či křídly a chirurga neplatíme podle ceny skalpelu. Výše hrubé marže lékárny je u levných léků do 20 eur na úrovni asi 15 až 20 procent z konečné ceny léku a u dražších než 100 eur se pohybuje od 4 do 7 procent. Jinak řečeno, lék, který stojí více než 50 eur, má vyšší DPH, než je odměna poskytovatele lékárenské péče.

Neustálé snižování cen dospělo k tomu, že drtivá většina receptových léků odměňuje lékárníka na úrovni centů. Když jsem v roce 2001 začínal jako mladý lékárník, jisté běžné antihypertenzivum stálo 360 slovenských korun. Dnes stojí 95 centů.

Podle výsledků analýzy, kterou pro Slovenskou lékárnickou komoru zpracovala společnost QuintilesIMS, se od roku 2009 nezměnil celkový objem marže veřejných lékáren. Ta je tedy deset let přibližně na stejné úrovni 100 milionů eur ročně. Celkový trh přitom roste 3,5procentním tempem ročně. Jestliže povolání farmaceuta v lékárně na Slovensku vykonává asi 5,5 tis. farmaceutů, lze konstatovat, že regulovaná marže pokrývá akorát tak cenu práce farmaceutů. Ostatní personál, provozní náklady a celý ten „špatný“ zisk podnikatelských subjektů vystavených snad nejtržnějšímu a nejkonečnějšímu prostředí ve zdravotnictví musí být financován z jiných příjmů.

Ty „jiné“ příjmy z doplňkového sortimentu lékárny možná nejsou problémem v Bratislavě či v Košicích, avšak regulátor si musí uvědomit, že lékárny potřebují staří a nemocní všude. I v malých městečkách a vesnicích, i v Gemeru a Zemplíně a i tam, kde je vysoká nezaměstnanost a větší množství starší populace. V tamních lékárnách můžete mít i tuny značkové kosmetiky či barevných multivitaminů, ale tam je nikdo nepotřebuje, jelikož hierarchie potřeb je diametrálně odlišná. Lékárny jsme navíc zatížili nezaplacenou pohotovostní službou. Na rozdíl od ambulancí a nemocnic nejen nedostali ani cent na implementaci e-zdraví – i když jde o jediné stoprocentně připojené poskytovatele – naopak přišli o sedmnácti-centové poplatky za zpracování receptu.

PharmDr. Ondrej SUKEĽ, prezident SLnK

(TREND TOP v zdravotnictví a vo farmácii, 40/2018)

Trnité cesty vývoje léčiv (IV.)

Vývoj v medicíně jde rychle kupředu, vážíme si však dostatečně pokroku? Samozřejmě, pacient čekající na operaci v narkóze má obavy a prožívá stresující období. Potkáváme pacienty, kteří si stěžují na špatné snášení anestezie a pooperační bolest. Proč se nepodívat na moderní medicínu pozitivněji a s důvěrou v dovednosti lékaře a soudobé možnosti? Představme si, jak museli trpět lidé v dobách, kdy se celková anestezie prováděla opiem, alkoholem nebo vůbec ničím.

Historie inhalační anestezie

Není tomu tak dávno, kdy se šikovnost chirurga cenila podle rychlosti provedení operativního zákroku, amputace či vyříznutí abscesu. Ve 40. letech 19. století působil v Anglii nejvyhlášenější chirurg Robert Liston, který dokázal amputovat nohu v rekordním čase dvě a půl minuty (jednou k tomu prý v té rychlosti dokonce přibral i varlata pacienta).

V roce 1772 byl Josephem Priestleym syntetizován N_2O , oxid dusný neboli rajský plyn. Jeho využití však z počátku bylo společenské, anestetických účinků si o více než 70 let později povšiml zubní lékař Horace Wells, který následně podstatně zvýšil svoji klientelu právě díky nabídce bezbolestného trhání zubů. Bohužel pouze dočasně, protože vlastnosti N_2O se neukázaly být nejvhodnější pro narkózu ve stomatologické praxi.

Éter byl objeven v roce 1535, popsán a pojmenován v roce 1730, pro svůj štiplavý zápach však zůstal dlouho nepovšimnut. Blíže se éteru začal věnovat stomatochirurg William Thomas Morton,

ktej jako první 16. října 1846 v americkém Bostonu s úspěchem veřejně demonstroval anestetický účinek éteru při odstraňování hemangiomu z dolní čelisti pacienta Gilberta Abbotta. Tím odstartoval novou éru v anesteziologii. V nebývalém krátkém čase se novinka rozšířila i do Evropy a už 21. prosince 1846 provedl první operaci pod éterovou narkózou výše zmiňovaný Robert Liston. První éterová narkóza v Čechách následovala hned 7. února 1847 a provedl ji chirurg František Optitz v pražské nemocnici Milosrdných bratří.

Euforii nad objevem éteru narušily v lékařských kruzích soudní spory a přehledně prvenství v objevu a použití éteru a s tím i spojené nároky na finanční výnosy a profesní ocenění. Doktor Morton se dostal do soudních sporů o uznání patentu. Na druhé straně soudního sporu o prvenství operace stál Crawford William Long, který pod éterovou anestezií odstranil malý nádor na krku už v březnu 1842. V akademické sféře zápasil Morton o prioritu s profesorem chemie Charlesem Thomasem Jacksonem, který

poprvé pozoroval anestetické účinky lokálně nakapaného éteru v dutině ústní a inspiroval tak Mortona k dalšímu zkoumání éteru. A v neposlední řadě byl Morton napadán Americkou lékařskou společností za nečestné přivlastňování si patentu na éter, který by, podle názoru společnosti, měl být použit neomezeně „v zájmu vědy a lidskosti“.

Ať už se k Williamu Mortonovi vědecká společnost za jeho života zachovala neuznala, díky veřejné demonstraci účinků éteru bude vždy „ten, díky němuž vymizely z chirurgie muka a bolest“, jak stojí v epitafu na jeho náhrobku.

Štiplavý zápach éteru, dráždění ke kašli a zvracení, rizika udušení při vyšších dávkách, to všechno vedlo k hledání další alternativy pro celkovou anestezii pacientů. Chvilkovou naději přineslo zavedení chloroformu jako anestetika do klinické praxe. Vyhlášený edinburský profesor porodnictví sir James Young Simpson si v listopadu 1847 s dvěma asistenty přinesl k obědu místo portského láhev chloroformu a při čichové degustaci „bouquetu“ upadli všichni tři do bezvědomí. Profesor Simpson následně publikoval využití účinků chloroformu a výhodnější vlastnosti oproti éteru. Do širokého použití v anestezii jej přivedl doktor John Snow – první profesionální anesteziolog.

V roce 1853 podal chloroformovou anestezii královně Viktorii u porodu prince Leopolda, později ještě u porodu princezny Beatrice. Viktorie zvítězila nad bolestí i přes protesty puritánské církve – Victory's victory over pain. Pro jeho lékařské umění jej královna Viktorie povýšila do šlechtického stavu. Lékař Sir John Snow později napsal pojednání „O chloroformu a dalších anestetických“.

Po určité období v Evropě chloroform vytlačil z použití éter, ale po zjištění vážného nežádoucího účinku, při kterém dochází k zástavě srdce nezávisle na dávce, bylo od jeho používání po druhé světové válce definitivně ustoupeno.

V roce 1956 se do terapie dostal halogenovaný uhlovodík halotan, který i přes nežádoucí účinky na játra nahradil éter.



„To jsme si dali k obědu pěkně silné portské!“

Zdroj: Wikipedie

Studie ve skupině halogenovaných éterů vedly k objevu narkotické aktivity jejich nejrůznějších derivátů – metoxyfluran a fluroxen.

Od roku 1980 byl jako celkové moderní anestetikum používán enfluran, který byl následně nahrazen isofluranem. V současné době má z inhalačních anestetik

prvenství sevofluran. Vlastnostmi se blíží ideálnímu anestetiku.

I přes jejich významnou roli v medicíně zůstává mechanismus účinků inhalačních anestetik přímo neprokázán, existuje několik různých hypotéz, které na své potvrzení či vyvrácení teprve čekají.

Kvíz závěrem:

S jakými slovy se obrátil na obecenstvo operující chirurg John Collins Warren po první veřejné operaci pod éterovou narkózou vedenou Thomase Mortonem?

*a) „Šťastná hodina. Vítězství nad bolestí!“
b) „Pánové, jak vidíte, žádný humbuk“*

Mgr. Jana MARTINÁSKOVÁ

Hluboké ovlivnění celkovou anestezií není jen scénář hororových filmů

Od první demonstrace inhalační anestezie dietyléterem uplynulo v říjnu 172 let. Od té doby bylo, ve srovnání s tisíciletou historií medicíny, dosaženo zejména v operační medicíně obrovského pokroku. Přitom „vynález“ inhalační anestezie vznikl použitím látek, které do té doby sloužily jako zdroj zábavy. Už v první polovině 19. století byly pořádány éterové párty a nikoho tehdy nenapadlo, že by éter nebo oxid dusný mohly být využity k účelům anestezie.

Zavádění inhalačních anestetik do praxe přineslo i hořké konce. První průkopník využívání rajského plynu ve zdravotnictví Horace Wells (1815–1848) spáchal sebevraždu podřezáním žil a inhalací éteru poté, co selhaly všechny jeho pokusy o zavedení oxidu dusného do anestezie.

Éter, respektive popis jeho účinků a závislosti lékařů na něm, se dostal i do beletrie. Například do Irvingových Pravidel moštárny z roku 1985: *Wilbur Larch, kterému už bylo přes sedmdesát a v čekání, až se uvidí, byl velmistrem celého státu Maine, už zase zíral do hvězdami posetého stropu lékárny. Jedním z potěšení, která inhalujícímu narkomanovi přináší éter, je možnost vznést se a shlížet na sebe z ptáčích perspektiv. Wilbur Larch se tak mohl z té nadoblačné výše usmívat sám nad sebou.*

Pravidla moštárny se dočkala i filmového zpracování a v roce 1999 je natočil Lasse Hallström. Film získal dva Oscary z celkem sedmi nominací a Oscara za nejlepší mužský herecký výkon ve vedlejší roli získal Michael Caine právě za roli doktora Wilbura Larcha.

Chloroform se v detektivním žánru filmového průmyslu stal nástrojem padouchů a každý si jistě vybaví mnoho

scén s politým kapesníkem přitisknutým na tvář oběti. Je ověřeno, že tak krátké působení, jaké nabízejí filmové realizace scénářů, anestezii nevyvolává, ale i tak platí, že celková anestetika jsou nejsilnější a nejrychleji účinnými farmaky v celé klinické medicíně. Změny fyziologických parametrů nastupují rychle a u mozku je rychlost ovlivnění zvláště výrazná.

Ovlivnění mozku celkovou anestezií, narkózou, jak se dříve říkalo, vede k tak hlubokému potlačení reflexních funkcí, že daleko přesahuje kritéria pro diagnózu klinické smrti. Návrat z klinické smrti se stal námětem pro psychologické i hororové filmy především z hlediska změny osobnosti (například Hráči se smrtí 1990, případně remake 2017). Ukazuje se ale, že podobný vliv na identitu a osobnost a kognitivní funkce člověka ovlivněním mozku by mohl mít i návrat z déletrvajících celkové anestezie.



Větší část zdravotnického personálu důvěřuje celkovým anestetikům jako léčivům se silnými, ale plně reversibilními účinky. Domníváme se, že s vyloučením z těla se organismus vrací do stejného stavu jako před anestezií. Vývoj laboratorní diagnostiky a nových zobrazovacích metod už ale dávají dostatek dat pro vážné úvahy na přehodnocení takových domněnek. Ukazuje se, že kromě velmi silných krátkodobých účinků, které revolučně změnily chirurgii před 170 lety, dochází i k jemným, ale přesto měřitelným, dlouhodobým účinkům, které se nám líbit nemusejí. V katastrofickém přehánění zatím zůstávají ve scénářích filmové produkce, ale současná věda už některé dlouhodobé vlivy celkových anestetik experimentálně potvrdila.

Zatím nemáme odpověď na to, zda organismus zotavující se z celkové anestezie je identický s organismem, který do anestezie vstoupil. Už ale bylo potvrzeno, že celková anestetika indukují genovou expresi mozku a změna přetrvává i dlouho potom, kdy byly anestetické látky vyloučeny z těla. Dvojdímenzionální polyakrylamid gelová elektroforéza a hmotnostní spektrometrie umožnily analyzovat účinek anestezie na proteiny savců. V hippocampu starých potkanů přetrvávala exprese četných genů ještě za 48 hodin po podání inhalačních anestetik.

Lidský genom obsahuje zhruba 40 000 genů, což znamená víc než milion proteinů, které se z těchto genů syntetizují. Při analýze homogenizovaných mozků laboratorních potkanů bezprostředně

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

po anestezii desfluranem, po 24 hodinách a následně po 72 hodinách, byly zjištěny změny oproti kontrolní skupině neanestezovaných. Výsledky ukazují, že u některých proteinů klesla hladina až na 60 % kontrolních hodnot a hladina jiných proteinů se naopak zvýšila až na 179 % kontrolní hodnoty. Změny přetrvávaly násobně déle než po dobu metabolismu desfluranu.

Výsledky experimentů na molekulární úrovni ukazují, že celková anestezie není tak reverzibilní, jak je uvedeno v její základní definici. Laboratorní studie in vitro a in vivo ukázaly, že fyzikálně-chemická povaha inhalačních anestetik může podporovat změny v sekundární struktuře bílkovin a tvorbu oligomerů. Halothan a isofluran v suspenzi proteinů výrazně zrychlují oligomerizaci proteinů a ani odstranění účinné látky po hodino-

vém účinku v suspenzi proteinů nevede k reverzibilitě procesu.

Nekontrolovatelná oligomerizace peptidů a proteinů lidského mozku je podle současné teorie předpokládaným mechanismem vzniku Alzheimerovy choroby a dalších neurodegenerativních chorob. Oligomerizace vede k neurotoxickým účinkům a změnám sekundární struktury mnoha bílkovin. Jsou vytvářeny charakteristické fibrily, které tvoří základ plaků vyskytujících se při Alzheimerově chorobě.

Oligomery jsou značně toxické a ovlivňují i tvorbu buněčných forem učení a paměti. Proto se klinické studie snaží prokázat přímé spojení mezi účinkem anestetik a zhoršením kognitivních funkcí. Ukázalo se, že u starých potkanů dochází k déletrvajícím změnám učení a paměti než u mladých dospělých zvířat. Účinky zůstávají měřitelné až 8 týdnů od anestezie isofluranem a zapamatování nových

informací je na účinek farmak citlivější než vybavení dříve získaných informací. Celková anestezie tedy ovlivňuje učení a paměťové funkce.

Ještě větší změny pozorujeme u nezralého mozku. Pokusy na zvířatech (hlodavci i primáti) prokázaly možnou neurotoxicitu celkových anestetik. Jejich vlivem dochází k apoptóze neuronů v určitých oblastech vyvíjejícího se mozku a při kombinaci anestetik je tento účinek často ještě výraznější.

Data získaná od člověka dosud neexistují, proto dosud nedošlo ke změně klinických protokolů celkové anestezie. O významnějším ovlivnění dětí a seniorů celkovou anestezii ovšem není pochyb.

(V textu byly využity informace z článku L. Hess: Anesteziologie na začátku 21. století, Remedica 06/2007)

Stanislav HAVLÍČEK

Nové léky i telemedicína

Chronické střevní záněty, označované zkratkou IBD (Inflammatory Bowel Diseases) postihují ve vyspělých zemích čím dál více lidí. Donedávna se na ně pohlíželo jako na vzácná onemocnění, ale to přestává platit.

„Lékaři původně mohli nabídnout nemocným jen režimová opatření, diety, případně krevní přenosy, ovšem s nepřilíživými výsledky. Před příchodem prvních léků umíralo přes 30 procent pacientů s chronickými střevními záněty. Sice umírají stále, ale už v méně než jednom procentu případů,“ informuje prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., předseda České gastroenterologické společnosti ČLS JEP a přednosta Klinického a výzkumného centra pro střevní záněty Iscare.

Možnosti léčby se podle jeho slov postupně rozšiřovaly. Od 40. let a příchodu sulfasalazinu, přes objev účinku kortikoidů a nástup léků s imunosupresivním a imunomodulačním efektem až po moderní biologické léky, které pacienty dokážou ve většině případů držet po dlouhý čas bez obtíží. S postupným zlepšováním léčby se snižuje dopad IBD na život pacientů.

V medicíně se do budoucna díky novým technologiím otevírají zcela nové možnosti. Slibná je takzvaná telemedicína. Také na pracovišti profesora Lukáše s ní experimentují: „Probíhá u nás projekt, v jehož rámci si pacienti se střevními záněty sami v intervalech 3–4 měsíců zjišťují množství bílkovin, zejména kalprotektinu ve stolici. Tato látka funguje jako marker zánětlivých onemocnění. Data pak pomocí mobilní aplikace odesílá lékaři.

Peníze jsou bohužel limitujícím faktorem. Moderní biologickou léčbou se u nás nyní léčí jen asi 15 procent nemocných s IBD, zatímco třeba ve Francii nebo Německu je to skoro čtvrtina. „Rozpočty bohužel musí řešit skoro všechny země, snad kromě těch nejbohatších. S udivenou reakcí na naše přednášky o nákladech léčby jsem se setkal v Japonsku. Nevěděli, proč se tím zabýváme, tamní vláda zaplatí pacientům téměř cokoli,“ vzpomíná prof. Lukáš a dodává, že dostupnost léčby v ČR se velmi zvýšila díky biosimilars.

Farmaceutické společnosti s vlastním vývojem ale mezitím přicházejí zase s další generací léků. **(dop.)**

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEP
Spolek moravskoslezských
farmaceutů pořádají

CLXIX. přednáškový večer

**Uskuteční se 9. ledna 2018
v 18.30 hodin v Domě techniky
Ostrava-Mariánské Hory**

Přednáší
**PharmDr. PAVEL Škvor, MBA,
IPVZ Praha:**

Provoz lékárny a s ní související
legislativa v kostce

4 body v CV

Deník holky z lékárny

Zjistila jsem, že už je to rok, co píši pro ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ, někdo z vás mě zná díky facebookové HOLCE Z LÉKÁRNY, někdo díky instagramové (ach, co bych si počala bez těch sociálních sítí) a někdo právě díky časopisu, který držíte v ruce!

Řekla jsem si, že když už ta spolupráce trvá tak dlouho, bylo by dobré se konečně představit. Co znamená ono „M.“ na konci mých sloupků? Proč jsem se rozhodla Deník založit a co pro mě „ta holka“ znamená?

Hezky popořadě: M. – jako MARTINA – jméno mé, Martina Svobodová, 26 let, autorka sloupků, farmaceutická asistentka, interní školitelka a matka dvou kocourů.

To jste nečekali, co?

Proč jsem se rozhodla psát Deník?

Jako všechno, co píšete, tak i tohle má příběh. Pracovala jsem v Brně, bydlela s kamarádem a hledala smysl svého života. Jednoho dne ale přišel do lékárny mladý kluk a říká mi:

Dobrý večer, prosím vás, vedete tady kondomy?

Já: Ano, máme tu nějaké obyčejné.
Kluk: Super, dejte mi dva balíčky, prosím.

Koupí si kondomy a odejde.

Za půl hodiny se vrátí, v ruce pizzu a láhev vína, a ptá se:

Prosím vás, máte tady papírové kapsníčky?

Já: Ano, máme.

Kluk: Tak aspoň karton!

Tenkrát jsem se tomu smála jak puberťačka. Normálně mě kondomy, viagry, bakteriální vaginózy, vaginózní bakterie apod. nechávají v klidu, pokud se mě to netýká úplně moc napřímo, ale teď jsem měla Vánoce!

(Vidíte, nesmím zapomenout na konci popřát hezké Vánoce.)

Přišla jsem domů, vyprávím to spolubydlícímu a říkám: „Ty hele, já snad napíšu knížku!“. A on mi vnukl nápad s facebookem. Nic to nestojí, a až zjistím, že je to trapas, smažu to, nikdo

se nic nedozví a život poběží dál.

Druhý den měl Deník padesát sledujících lidí, za dalších pár dní stovku, pět stovek, tisíc a teď jsem slavila nádherných pět tisíc! Juchůůů!

A co to pro mě znamená? Našla jsem smysl života! Ne, to by bylo moc jednoduché, ale je to super koníček, který sice stojí hodně času, ale všechen ten čas za to stojí. Teď už jen tajně doufám, že fakt vyjde i ta knížka!

Na závěr: Děkuji Ondrovi za to, že mě k tomu dotlačil, děkuji vám všem, kteří o mě stojíte a Deník (v jakékoli formě) sledujete, píšete mi, podporujete mě a víte, že jsem nejlepší, že nemá cenu číst nic jiného, protože nic lepšího stejně neseženete.

Slibuji vám, že tento sebestředný článek, na kterém si honím ego, je poslední, co jsem kdy napsala, a přeji vám krásné Vánoce, bohatého Ježíška, KLID V LÉKÁRNÁCH, odpočiňte si, a ať se vám splní všechna vánoční přání!

M.

VÝZNAMNÁ JUBILEA

prosinec 2018

Česká lékárnická komora blahopřeje svým členům – prosincovým jubilantům.

Mgr. Hana Vacková

RNDr. Růžena Tomanová

RNDr. Jana Gottwaldová

RNDr. Eva Kolářková

Mgr. Miloslava Votavová

Mgr. Marie Poncová

RNDr. Jaroslava Roučková

Mgr. Lenka Zahradníková

Mgr. Vladimíra Hazdrová

Mgr. Alena Murdychová

Mgr. Vilma Frolová

Mgr. Jitka Pejcharová

Mgr. Dagmar Bukačová

PharmDr. Miloslava Horáčková

Mgr. Hana Žabková

Mgr. Eva Marešová

Mgr. Dana Žáková

Mgr. Ludmila Procházková

PharmDr. Jitka Miletová

PharmDr. Dana Houštecká

Mgr. Eva Šírová

PharmDr. Eva Tománková

Mgr. Miroslava Šachtová

PharmDr. Helena Hricová

PharmDr. Jiří Švarc

PharmDr. Jiří Stránský

Mgr. Helena Piptová

PharmDr. Renata Česká

PharmDr. Ludka Hergethová

PharmDr. Jana Stará

PharmDr. Tomáš Šilar

PharmDr. Milena Bímová

PharmDr. Eva Kohnová

Mgr. Irena Lavičková

Mgr. Jana Nováková

PharmDr. Martin Heger

PharmDr. Lina Al Yahya

Mgr. Alena Ropková

Mgr. Eva Smolná

Mgr. Diana Cieslarová

Mgr. Eva Lančová

Mgr. Martina Rejzková

Mgr. Oldřiška Horáková

Lutein a makulární degenerace

Žlutý rostlinný pigment lutein, systematickým názvem (3R,3'R,6'R)- β , ϵ -karoten-3,3'-diol nebo také 3,3'-dihydroxy- α -karoten, je karotenoid, resp. xanthofyl s bicyklickou strukturou. Jeho prekurzorem je α -karoten resp. α -kryptoxanthin. Člověk není schopen lutein syntetizovat, a proto ho musí přijímat z přírodních zdrojů (ovoce, zelenina, vaječný žloutek) nebo v doplňcích stravy.

Lutein společně se svým izomerem zeaxanthinem tvoří makulární pigment (MP) v tzv. žluté skvrně sítnice (macula lutea), jehož úlohou je filtrovat modré světlo, a tím předcházet fotoindukovanému oxidačnímu stresu. Modré světlo je totiž nejenergetičtější světlo, které se dostává na sítnici, protože ultrafialové záření je absorbováno předním segmentem oka. Proto je také MP označován jako „přírodní sluneční brýle“. Další vlastností MP je snížení chromatické aberace a antioxidační vlastnosti spočívající v neutralizaci singletového kyslíku a volných radikálů. Lidé s degenerací žluté skvrny mají často celotělový nedostatek karotenoidu v oku. Vzhledem k roli žluté skvrny v „jemném“ i „centrálním“ vidění může její degenerace vést k vážnému zhoršení zraku a slepotě. V ekonomicky vyspělých zemích je věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) nejčastější příčinou těžkého, nevratného postižení zraku s rozvojem praktické slepoty. Typicky jsou onemocněním postiženi pacienti starší 50 let. Základními projevy onemocnění jsou deformace vnímaného obrazu (metamorfopsie), výpad centrální části zorného pole, pokles centrální zrakové ostrosti hůře vnímaný do blízka a charakteristický nálezy na očním pozadí. Existuje několik klinických studií, ve kterých se autoři zabývali vztahem mezi příjmem luteinu a hustotou MP. V jedné z nich 8 účastníků užívalo denně po dobu 12 týdnů 10 mg luteinu. Po 4 týdnech průměrná koncentrace luteinu v séru vzrostla z 0,18 na 0,90 $\mu\text{mol/l}$

a zůstala stejná po celou dobu příjmu a 4 týdny po ukončení klesla na 0,28 $\mu\text{mol/l}$. Pro měření hustoty MP byly použity dvě metody. Hustota MP ukázala střední lineární čtyřtýdenní nárůst o 5,3 % a 4,1 %. Jiní autoři se zabývali dědičností makulární odpovědi na doplňkový příjem luteinu a zeaxanthinu v klinické studii s 322 zdravými ženami – dvojčaty ve věku 16–50 let. Denní suplementace 18 mg luteinu a 2,4 mg zeaxanthinu po dobu 6 měsíců přinesla vzrůst optické hustoty MP o 5,7 % a 3,7 %. Vliv dědičnosti byl pouze mírný, genetické faktory vysvětlovaly asi 27 % variací v odpovědích hustoty MP na suplementaci. Japonští autoři testovali na zdravých dobrovolnících suplementaci volného luteinu v dávce 10 mg denně a 20 mg esterů luteinu (odpovídajících 10 mg volného luteinu) denně po dobu 3 měsíců. Hladina luteinu v séru i optická denzita MP se výrazně zvýšily v obou případech suplementace. Multicentrická, randomizovaná, dvojitě zaslepená klinická studie s 4203 účastníky ve věku 50–85 let s VPMD prokázala, že denní dávka 10 mg luteinu a 2 mg zeaxanthinu po dobu 5 let způsobila významné snížení progresu VPMD. Pozitivní účinek luteinu na VPMD je spojen také s jeho protizánětlivými vlastnostmi. Byl prokázán inverzní vztah mezi sérovou koncentrací luteinu a markery zánětu jako je CRP, rozpustný ICAM-1 a komplement faktor D.

Dostupné důkazy naznačují, že bezpečným, dosažitelným a žádoucím cílem je koncentrace luteinu v séru 0,6–1,05 $\mu\text{mol/l}$, která je spojena s příznivým dopadem na vizuální funkci a případný vývoj dalších chronických onemocnění. V European Journal of Nutrition byl v roce 2017 uveden článek, který potvrzuje, že lutein na základě přezkoumání literatury splňuje všechny podmínky pro stanovení doporučených příjmů. Je klinicky prokázáno, že čím větší dávka, tím větší účinek. Avšak specifická doporučení pro denní příjem luteinu v různých populacích zatím

nebyla stanovena. Lutein je používán jako potravinářské barvivo (E161b). Komise JECFA (Společný výbor expertů FAO/WHO pro potravinářská aditiva) určila, že denní přijatelný příjem luteinu je až 2 mg/kg tělesné hmotnosti člověka. V preklinické orální subakutní toxikologické studii byla dávka luteinu pro myši bez nežádoucích účinků 1 000 mg/kg tělesné hmotnosti za den. V jiné studii při podávání luteinu, který byl získán z aksamitníku vzpríměného, v dávce 400 mg/kilogram tělesné hmotnosti za den potkanům po dobu 90 dní, nebyly v porovnání s kontrolní skupinou pozorovány toxikologické změny při klinickém pozorování, očním vyšetření ani v biochemických, hematologických a histopatologických vyšetřeních. Autoři studie zabývající se posouzením rizik příjmu luteinu došli k závěru, že důkaz bezpečnosti na základě proběhlých klinických studií je silný až do dávky 20 mg/den.

S vysokým příjmem luteinu je spojena kazuistika 60leté filipínské ženy, která měla bilaterální intraretinální kulaté, žluté, lesklé usazeniny ve vnitřních vrstvách foveální oblasti. Žena 8 let užívala denně 20 mg luteinu a 4 g rybího oleje a měla neobvykle vysoký příjem luteinu v potravě. Bylo u ní zjištěno 3,5krát větší množství MP, 2,7krát větší množství karotenoidů v kůži a 2,9krát vyšší sérová hladina luteinu, než bývá obvyklé. Následně žena přestala užívat lutein, ale nezměnila své stravovací návyky. Po 7 měsících se krystaly v pravém oku rozpustily, v levém byly stále patrné, karotenoidy v kůži, lutein v séru a MP podstatně klesly. Nálezy v očích mohly představovat krystalickou makulopatii jako důsledek dlouhodobého nadměrně vysokého denního příjmu luteinu. Ale zároveň krystaly připomínaly kantaxantinovou retinopatii a západoafrickou krystalickou makulopatii.

Mgr. Věra KLIMEŠOVÁ
Laboratoře aplikovaného výzkumu
a vývoje společnosti Fytopharma

Zdroj: www.fytoinstitute.eu



Los Krupos

Jsem Křupanka Šiška a svým Křupánkům dávám kejksy s hrachovým proteinem pro silné svaly a pevné kosti. Ověřte si na <https://www.loskrupos.cz/zapisnik-detail/kejksy-obsahuji-skvely-hrachovy-protein.html>

www.krupani.cz
www.loskrupos.cz

VDÁNO PŘED 85 LETY

O lékárnách a lékárnících

Bojíte se lékárny? Já jo. Jen si na ni vzpomenu, táhne mi po zádech zima a kdyby na mne někdo vyskočil o půlnoci z křoví a vykřikl: Já jsem lékárník, nezeptám se, je-li z lékárny *U samaritána* nebo *U zlatého jednorožce*, ale bez řečí mu dám, co mám a padna, budu se mu klaněti. Ale hned zase říkám, že kdybych byl ještě jednou v životě tázán, čím chci být, naklonil bych se k otcovu uchu a řeknu očarovane: Lékárníkem, smím-li prosit, ale venkovským.

Nevím, znají-li tento smíšený pocit bázně a úcty také Pražané, ale my, jejichž kolébka se houpala na vlnách maloměst, neseme jej v srdci od dětských let. Na starého pana Weisbergra, k němuž jsem chodil strýci pro športky, se již nepamatuji, o mnohých domech, kolem nichž jsem denně procházel, bych nedovedl říci nic určitého, ale lékárnou chovám neustále na povrchu paměti a kdykoliv se mne zeptáte, jak vypadala, popíšu Vám ji od shora dolů a nezapomenu dodat, že jsem si ji položil vedle pohádky o černokněžníku, jehož břicho bylo obepjato živým hadem.

Byla to opravdu zvláštní a tajemná věc. Řekne se: dům jako dům, obchod jako obchod, ale proč pak jsem v krámě, do něhož jsem vběhl pro deset deka hrozinek, nechal čepici na hlavě, a proč jsem horlivě smekl, sotva má ruka spočinula na klíce lékárny? Obchod je obchod, člověk jako člověk, ale stalo se Vám, že by se na Vás někdy pan lékárník usmál a zeptal se žertovně: Tak co pak chceš, chlapečku? Všude jinde pozdravili zákazníky, sotva je shlédli ve dveřích, křičeli přátelsky. Á, má služba, to jsou k nám hosti, copak si račte přát?, ale do lékárny jsi přišel, hluboké ticho Tě obestřelo, nikdo Ti nešel hlesem ani pohledem vstříc a teprve, když jsi nesměle zakašlal, plaše zašoupal nohama, rozhrnula se v pozadí černá záclona a odtud vyhlédla tvář bledá a přísná, která jako když chce říci: Vy se mne, lidi, natrápíte! Ano, tak to bylo. Viděl jsem vesničany, vstupující s pokornými úklony a jakoby bázlívě

šeptající: Odpustte, ponížene prosíme, že jsme si Vás dovolili obtěžovat. A byli to titíž lidé, kteří si za chvíli vyjeli na obchodníka koloniálním zbožím, který se pohyboval po krámě s hbitostí ještěrky. Tak honem, prosím vás, koně mám venku a bude už brzy poledne. Ale lékárníkovi podávali recept třesoucí se rukou, nevytýkali mu, že jim na jejich zdvořilý pozdrav neodpověděl nebo jen odsekl: Cta, a když jim konečně řekl: Za hodinu!, odšourali se k řadě černých vyleštěných židlí a seděli. Až dozněl vzadu za záclonou tajuplný šelest a až se dočkali svých medicín.

Ten lékárnický krám je také nezapomenutelný. Byl uspořádán s rafinovanou pečlivostí, kterou člověk nikde jinde neviděl. Působil na nás zejména tím, že byl pokryt záhadnými nápisy, které se podobaly čarodějnickým zaklínadlům, jimž nerozumíte. Kupec měl šuplíky popsány a pomazány účetními záznamy, přes nápis *Klouzek* nebo *Paprika* běžela paní Sedláč. 2 zl. 5 kr., a kromě toho tam byly gramatické chyby, na které i děti přišly a nemohly si vážit krámu, v něm jsou láhve od kyselých okurek, o němž majitel podal tuto trapnou zprávu na neúhledné cedulce: Zde se prodávají levné okurčaki. Takový malér se v lékárně nestal, neboť tam se mluvilo buď latinsky, nebo jen velmi vybranou mateřštinou, jak to v celém městě nikdo nedovedl. I pan učitel Matějka říkal: Kopto, nevracejte se pořád, ale u pana lékárníka bylo všecko jen na o, a to ho činilo ještě vznešenějším.

Pan lékárník byl v celém městě jen jeden. I to bylo zvláštní. Pro kvasnice se šlo jednou tam, po druhé tam, boty nám dělal jednou pan Šarhan, po druhé pan Melichar, krejčů bylo jedenáct, pekařů šest, lékaři tři a advokáti dva, ale pan lékárník pořád a odnepaměti jen jeden. A náměstí bylo jediné místo, kde mohl bez ponížení přebývat a které zdůrazňovalo vznešenou jedinečnost. Střed města, zlatý terč všech pohledů, něco jako tržiště, na němž všichni závisíme. Neznám městečko Nasavrky, nebyl jsem ani jedenkrát v Mrákotíně, ale pevně věřím, že mají-li tam lékárnou,

mají ji právě na náměstí. A také tam je pan lékárník osobou ze všech nejsvobodnější, nemá nepřátele, protože nikdo neví, kdy ho bude potřebovat a nepřiběhne-li jednou v noci pod jeho okno a nebude-li prosit, aby se zdvihl s postele co nejrychleji a prodal mu zboží, které se nedostane široko daleko. I tam se pan lékárník objevuje mezi lidmi pořádku, nemá, co by si s nimi povídal, neboť přivykl, aby lidé chodili za ním do tajuplné svatyně a nikoliv on za nimi. Řemesla se scházejí mezi sebou, rokují, besedují a umlouvají své ceny, ale on jest sám, bez konkurence, přísný diktátor, kterému každý zaplatí bez odmluvy, kolik požaduje a ještě zdvořile poděkuje, jako by se mu dostalo velké milosti. Žid jde koupit k židovi, protestant k protestantu, ale pan lékárník může být třeba lidovcem a ani nezarytější volnomyšlenkář se mu v jisté chvíli nemůže vyhnout. Musíš tam, člověče, chtěj nechtěj, věř, že smekneš, i když ani před Božími mukami nesmekáš, neboť pan lékárník tě má v hrsti a zachce-li se mu, může říci ledovým hlasem: Tu věc nemáme. Kam půjdeš, ptám se tě, v té slotě? Do Budyně je to půldruhé hodiny a lékař v tvém domě netrpělivě čeká na tento lék, ach, pan lékárník jest v celém městě jen jeden a ty nikdy nemůžeš říci: Neprodáš ty, prodá jiný, beztoho jsou jiní levnější.

A to je tedy to, co Pražák nepoznal, protože v Praze je lékárná za každým rohem a každá musí o klienty stát. A to je to, nač jsem si včera vzpomněl, když se usměvavý pan magistr v černém pláští vlídně a skoro až rozkochaně zeptá: Pán už ráčí být obsloužen? Byl švitorný jako obchodník koloniálním zbožím, ptal se, jak se těším na slet a bude-li letos krásné léto, aby se povedl – jo, pánové, to nebyl žádný lékárník, to my na venkově máme jiné a chováme se u nich jako v kostele, kde sídlí přísný, nemluvný Bůh, od něhož bychom zklamaně odešli, kdybychom poznali, že je to člověk jako my a že se jeho řeč od naší řeči nijak neliší.

(Čin, „Hry s lidmi a věcmi“.)

PRAKTICKÝ LÉKÁRNÍK, 1933, prosinec, str. 284–285

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

ceník a podmínky inzerce v roce 2019

Černobílá inzerce

| | |
|--------------------|-------------------------|
| personální inzerce | 64 Kč/1 cm ² |
| celá strana | 34 000 Kč |
| 1/2 strany | 18 000 Kč |
| 1/3 strany | 13 000 Kč |
| 1/4 strany | 10 000 Kč |
| 1/8 strany | 6 000 Kč |

Barevná inzerce

| | |
|--------------------|-----------|
| celá strana | |
| uvnitř časopisu | 52 000 Kč |
| dvoustrana | 80 000 Kč |
| 2., 3. str. obálky | 52 000 Kč |
| 4. str. obálky | 56 000 Kč |
| 1/2 strany | 27 000 Kč |
| 1/3 strany | 18 000 Kč |
| 1/4 strany | 15 000 Kč |

Ceny jsou uvedeny bez DPH

Slevy

- Pro celoroční objednávku barevné inzerce poskytujeme slevy individuálně.
- Při opakování inzerátu bez jakékoli změny obsahu nebo grafické podoby poskytujeme od druhého zveřejnění slevu ve výši 10 % z původní ceny.
- V případě závazné objednávky inzerce na šest měsíců v jednom roce poskytujeme slevu 15 %.
- Za platbu předem hotově, složenkou nebo převodem z účtu do uzávěrky příslušného čísla poskytujeme slevu ve výši 5 %.

Agenturní provize řeší redakce individuálně.

Speciální nabídka

Inzerentovi, který do stejného čísla objedná barevnou inzerci (min. 1/4 strany), poskytujeme zdarma stejný rozsah (např. na podrobnější informace o produktu prezentovaném v barevném inzerátu, klinickou studii apod.; není však možné prezentovat další přípravek).

Příplatek za umístění

Za umístění inzerátu podle požadavku klienta (sudá, lichá strana; horní, dolní polovina strany; vnitřní, vnější část strany) účtujeme příplatek ve výši 15 % z ceny inzerátu.

Další služby

Vkládání letáku do časopisu po 3 Kč/ks při hmotnosti do 5 g. Přesáhne-li hmotnost letáku 5 g (A4, 80g papír ofsetový), max. do 45 g (3 x A4, 250g křída nebo nabídkový katalog do 16 stran, A4, 60g papír), účtujeme navíc 3 Kč/ks, do 40 stran 8 Kč/ks.

Technické podmínky

1. Rastrové obrázky (fotografie):

Přijímáme veškeré obvyklé formáty, zejména TIFF, EPS, JPG (nejvyšší poměr kvalita/komprese) výhradně v režimu CMYK nebo stupních šedi v případě černobílých obrázků. Pokud obrázky budou dodány v režimu RGB, nemůžeme zaručit optimální barevné podání výsledného tisku. Minimální doporučené rozlišení je 300 dpi při dané velikosti obrázku.

2. Vektorové objekty (písma, loga, kresby):

Preferujeme vektorové formáty EPS, AI, barevný režim výhradně CMYK. Pokud jsou obsaženy texty, je nutné provést převod do křivek. Černé texty, linky, rámečky a podobné objekty musí být složeny z čisté černé (C=0, M=0, Y=0, K=100), ne soutiskem.

3. Kompletní inzeráty, které mají být zakomponovány do stránek (např. 1/2 strany):

Tyto inzeráty dodávejte ve formátu PDF v režimu CMYK a ve křivkách. U objektů zasahujících k okraji stránky přidejte minimálně 3 mm na každé straně.

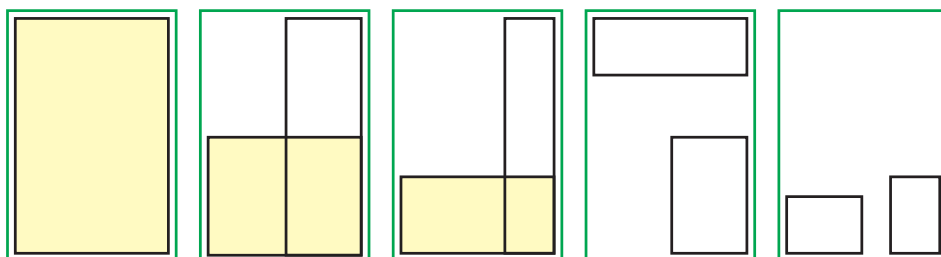
4. Hotové celostránkové inzeráty, do kterých nebudeme zasahovat:

Inzeráty je nutno dodávat v PDF, v křivkách, optimalizované pro komerční tisk, formát A4 s ořezovými značkami, spadávky (přesahy, přeplnění) u objektů zasahujících k okraji stránky přidejte minimálně 3 mm.

5. Kontakt:

Kontaktní osobou pro případ problémů s vytvářením dat je K. Hoferková, e-mail: katavev@centrum.cz

INZERÁT OZNAČTE: název_ rozměr_ barevnost (např.: mast_93x136_cb)



| | | | | |
|------------|-----------|----------|----------|----------|
| 1/1 | 1/2 | 1/3 | 1/4 | 1/8 |
| 210 x 297* | 93 x 276 | 60 x 276 | 93 x 136 | 93 x 66 |
| 190 x 276 | 190 x 136 | 190 x 89 | 190 x 66 | 60 x 108 |

* Tento rozměr platí pro tisk na plnou stranu. Při zhotovení je nutno přidat po 3 mm nahoru a dolů na spadávání; na liché straně přidat 3 mm vpravo, na sudé 3 mm vlevo.

Objednávky inzerce posílejte do redakce e-mailem na adresu:

casopis@lekarnici.cz

nebo písemně:

Časopis českých lékárníků, Přívozká 6, 702 00 Ostrava

Uzávěrky a distribuce ČČL v roce 2019

(uzávěrka inzerce / distribuce čísla)

| | | | | | |
|-------|----------------|-----------------|----------------|--------|-------------------|
| č. 1: | 2. 1. / 24. 1. | č. 5: | 2. 5. / 24. 5. | č. 9: | 2. 9. / 25. 9. |
| č. 2: | 1. 2. / 25. 2. | č. 6: | 3. 6. / 25. 6. | č. 10: | 1. 10. / 23. 10. |
| č. 3: | 1. 3. / 22. 3. | letní dvojčíslo | | č. 11: | 1. 11. / 25. 11. |
| č. 4: | 1. 4. / 24. 4. | 7–8: | 11. 7. / 6. 8. | č. 12: | 22. 11. / 18. 12. |

Storno objednávky do posledního pracovního dne před uzávěrkou 70 % z ceny, storno po uzávěrce 100 % ceny.