

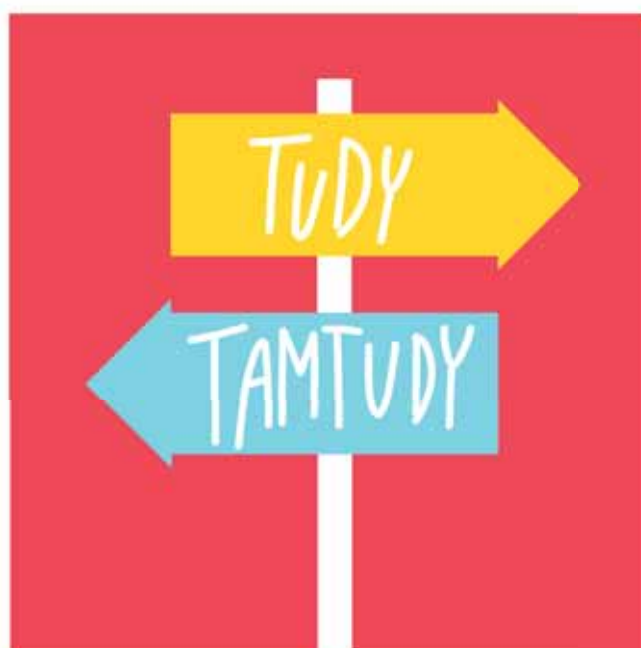


Časopis českých lékárníků

měsíčník stavovské lékárnické komory

10/2023 ročník **XCV**

VYCHÁZÍ OD 1882



Nakresli svého lékárníka – výherci

V kategorii 5 až 9 let se umístili:

1. Jakub Škorpík, Dlouhá Ves



2. Žofie Osičková, Velké Bílovice



3. Václav Kotlaba, Krsy



Záznam vyhlašování vítězů si můžete prohlédnout na stránkách ČLnK. Všem vítězům gratulujeme!

Výherci věkové kategorie 9 až 15 let jsou tito:

1. Leontýna Jagusztynová Vítková, Hradec nad Moravicí



2. Marie Lajdová, Vysoký Újezd u Berouna



3. Tereza Wittková, Hradec nad Moravicí



V dalším pokračování ze série „farma-bráchové“ píšou o adrenalinu. Jeho hladina vám možná stoupne už při samotném čtení, ani nemusíte být součástí adrenalinové jízdy o etice jeho marketingu. Dan Cvejn v příspěvku Strach a hnus zase vysvětluje souvislosti mezi nadbytkem adrenalinu a devadesát let starou teorií vnitřního psychedelika, endogenního superhalucinogenu. Závislostí na endogenním psychedeliku by bylo možné odůvodnit cyklické prožívání jedné adrenalinové jízdy za druhou. Třeba nedostatek penicilínu a adrenalinové očekávání, jestli v následujícím závozu objevíme jednu, tři nebo dokonce pět balení léku, jehož dostupnost ministr zdravotnictví v médiích slibuje a lékárníkům přitom nebezpečně zvedá adrenalin neobratným odkazováním „penicilin zoufale hledajících pacientů“ do lékáren největších řetězců. To se, minimálně u části kolegů a kolegyně „s rychlým startem“ a špatně kontrolovanou regulací uvolňování adrenalinu, stává spouštěčem hypertrofovaných reakcí v diskusích na sociálních sítích. Nikdo nehledá koncepční řešení, všichni jen v honbě za demony bijí na poplach při halucinování z nadbytku neenzymatické oxidace adrenalinu.



Do adrenalinového koktejlu přidejte „výpadkovou“ novelu zákona o léčivech. Kromě „komplexního pozměňujícího návrhu“, jímž ministerstvo provádí bypass standardního legislativního procesu, ji doplňuje dalších šestnáct(!) pozměňujících návrhů. V jednom z nich někdo s nezvládnutou reakcí na uvolňování adrenalinu halucinuje na téma prodeje léků v automatech. Možná by bylo na místě se začít bát, jaké kolektivní halucinace způsobí zvýšená dávka adrenalinu na volebním sjezdu Komory. Teorie endogenního halucinogenu byla tak dobrá, že se v její neprospěch našla jen jedna vada: ověřitelně není pravdivá. Naneštěstí její odmítnutí nestačilo, stala se odrazovým můstkem pro konspirátory, za jejichž halucinováním a schizofrenními projevy ale adrenalin nehledejte. Je třeba se smířit s tím, že na placatou zemi, chemtrails a ilumináty v pozadí všech institucí, včetně parlamentu a Komory, věří nezanedbatelná část populace, politiky a lékárníky nevyjímaje.

Standa HAVLÍČEK

šéfredaktor Mgr. Zdeněk Pokorný
redaktor PharmDr. Stanislav Havlíček

redakční rada

PharmDr. Tomáš Arndt, Mgr. Michaela Bažantová,
PharmDr. Přemysl Císař, Ph.D., Mgr. Daniel Cvejn, Ph.D.,
PharmDr. Pavel Grodza, doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,
PharmDr. Miroslav Koška, PharmDr. Kateřina Malá, Ph.D.,
MVDr. Mgr. Kateřina Návojevová Horáčková, PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Helena Slámová

vydavatel

Česká lékárnická komora, Rozárčina 1422, 140 02 Praha 4

sazba Kateřina Hoferková

ilustrace na obálce Kristýna Šlajchrtová, Carton Clan

tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

ČČL č. 10 vychází 23. 10. 2023 v nákladu 9 165 výtisků.

předplatné a inzerce objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka č. 11/2023 – 1. listopadu 2023

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

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



obsah

Evropská legislativa, která se (možná) promítne do práce v lékárnách	4
Ze života právníka v Komoře – díl padesátý první, zpravodajský	5
Nárůst SiV je víc než přiměřený	5
Zeptali jsme se	6
Dagmar Dubská a její pestrý rok na Rozárce	9
FMD – Centrum pro správu alertů – změna přihlašování	10
Čestná rada přitvrzuje	11
Polsko ukazuje, že to jde	11
Právní poradna	12
Adrenalinová jízda aneb Pero za všechny peníze	13
Osvědčení k výkonu lékárenské praxe	15
Interaktivní dispenzační semináře	18
Tak to vidím já: Má svědomí právo se proti něčemu vyhrázovat?	20
Svědomí farmaceuta v kontextu práva	21
Odešel RNDr. Petr R. Palouš	21
Strach a hnus	22
Farmaceuti a lékaři si v Brně rozuměli	24
Vědecké okénko: ...aneb čím žije vědecký svět?	28
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Allium fistulosum L.	30
Molekula měsíce: Abemaciclib	31
Světové dny zdraví	32
Účinnost katechinů při infekcích dýchacích cest	34
Významná jubilea	35

Evropská legislativa, která se (možná) promítne do práce v lékárnách



„Je to dlouhé. Je to složité. Je to nudné. To se nedá ani číst.“ Čtyři stručné věty o legislativě, navíc ještě bruselské. Řekl bych, že shrnují postoj drtivé většiny normálních lékárníků, kteří ale potřebují, aby někdo tuto četbu absolvoval, to nejpodstatnější přeložil do lékárnické řeči a pokud možno zařídil, aby se v lékárně

nic z toho neobjevilo.

**PharmDr. Martin KOPECKÝ, Ph.D.,
viceprezident ČLnK**

Jenže tak jednoduché to není. Příkladem je FMD. Obrovský projekt, který se jako *záchrana evropských lékáren a pacientů před záplavou padělaných léků* objevil před rokem 2010. Nyní i ti, kteří ho zpočátku prosazovali a bránili, mluví o „monster system for nothing“. Ačkoliv se nám lidem z praxe mohou zdát takovéto projekty zbytečnými už od začátku, v EU mohou mít mnoho zastánců, kteří tyto projekty také prosadí. Proto je nutné vznikající evropskou legislativu sledovat. Co můžeme tedy v následujících letech očekávat?

Evropský prostor pro zdravotní data – European health data space (EHDS). Záměrem nařízení je ustanovit jednotný prostor pro bezpečnou a důvěryhodnou výměnu elektronických zdravotních dat v EU, umožnit pacientům přístup k jejich zdravotním údajům a získat nad nimi kontrolu, nastavit právní rámec a zavést infrastrukturu pro výměnu různých druhů elektronických zdravotních údajů. Rozlišuje se primární využití dat pro zpracování osobních údajů pacientů pro účely poskytování zdravotních služeb, a sekundární využití dat ve smyslu využití údajů pro výzkum, inovace, tvorbu politik, regulace, personalizovanou péči. Tolik definice. V lékárnách bude nutné posílit kybernetickou bezpečnost, dále přibude povinnost připojení se k dalším (dosud neznámým) systémům pro sběr dat (na úrovni ČR, ale možná někdy i na úrovni EU). Obecně lze říct, že půjde o zvýšení nákladů v oblasti IT (hardware i software).

Reforma farmaceutické legislativy. Velké množství legislativy, která si klade za cíl zvýšit konkurenceschopnost a soběstačnost EU v rámci výzkumu, výroby nebo dodávek léčivých přípravků. Definované cíle nás mohly naplnit optimismem, že se něco zlepší, nicméně první návrhy ukazují, že tak jednoduché to nebude a bohužel přání se začínají ztrácet v definicích a nic neříkajících větách, které Ti starší z nás znají z 80. let minulého století. Příklad za všechny. Na jednu stranu chce EU přenést výrobu léků na území Evropy, aby v jiných odstavcích kladla překážky v podobě ekologických cílů, což v případě chemické

výroby léků není finančně udržitelné. Ačkoliv se legislativa primárně týká výrobců, najdeme v ní několik věcí, které se dotknou i praxe v lékárnách.

1. Při monitoringu (ne)dostupnosti léků se předpokládá hlášení státním úřadům o skladové dostupnosti u výrobců, distributorů i lékáren. V ČR jsme napřed a povinnost hlášení se objevuje v nyní projednávané novele zákona o léčivech.
2. Další nenápadnou, ale o to zásadnější změnou může být definice působnosti nařízení, z níž jsou dosud vyjmuty individuálně připravované léčivé přípravky, neboť nejsou vyráběny průmyslově. Reálně hrozí, že IPLP by ve veřejných lékárnách bylo možné připravovat POUZE na základě předepsaného receptu. Zatímco v nemocničních lékárnách by se IPLP mohla připravovat i bez receptu. V době výpadků léků se jedná o zjevný nesmysl. Proto PGEU lobbuje proti této změně. Pokud by i přes to změna definic nastala, chceme, aby si členské státy mohly určovat pravidla pro IPLP samy.
3. Elektronický příbalový leták (dále „EPL“). Diskutují se 2 přístupy k EPL. „Členské státy se mohou rozhodnout, že příbalová informace bude zpřístupněna v papírové nebo elektronické podobě, případně obojí. Pokud je příbalová informace zpřístupněna pouze elektronicky, mělo by být pacientovi na požádání a bezplatně zaručeno právo na tištěnou papírovou kopii.“ Nebo. „Členské státy zajistí, aby příbalová informace byla k dispozici v papírové podobě a elektronicky.“ Pro nás by byla vhodnější druhá varianta, která se v ČR již také používá. V případě, že bude na evropské úrovni prosazena první varianta, mohlo by to znamenat, že lékárny budou na vyžádání tisknout příbalové letáky.

Evropská legislativa je sice vzdálená, ale vzhledem k povinnosti členských států převzít její znění do vnitrostátní legislativy, je nutné ji sledovat a ovlivňovat její vznik už od počátku. Témat a materiálů, které se v rámci PGEU projednávají, je obrovské množství a výše uvedené odstavce jsou pouze malou ochutnávkou. Z PGEU získáváme i další materiály porovnávací lékárenské systémy v členských zemích – pravidla pro vznik lékáren, vzdělávání lékárníků, očkování a další služby poskytované lékárnami, ekonomické otázky spojené s veřejnými lékárnami a mnoho dalších.

Rád bych využil tohoto úvodníku k oslovení kolegyně nebo kolegů, kteří by měli zájem o zapojení se do práce v Komoře směrem k PGEU. Mohli bychom vytvořit skupinu, která by zpracovávala nové a doplňovala již vytvořené materiály, které využíváme v rámci různých jednání. Pokud máte zájem, ozvěte se.

Ze života právníka v Komoře

– díl padesátý první, zpravodajský



22. 9. 23, pátek – e-mail z MZd, vypořádání připomínek k zákonu o zdravotních službách. To si dělají... Po týdnech ubezpečování, že nesmyslné vyčleňování klinické farmacie coby samostatného druhu zdravotních služeb neprojde, čteme, že to je ta nejlogičtější věc na světě a co na tom nechápeme. No, nechápeme. Kromě MZd a té skupinky, která to prosazuje, si to nikdo jiný nemyslí. A taky po 15 letech zjistili, že chránit zákonem lékárenský znak je za prvé proti svobodnému podnikání a za druhé to vůbec nepatří do tohoto zákona. Do jakého jiného, nenapsali.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

26. 9. 23, úterý – jednání představenstva. Prezident vysvětluje, že na MZd ne každý poslouchá, co má, a tak si někdy píše, co chce. Takže budeme psát vyjádření k vypořádání a znovu vysvětlovat, jaký je rozdíl mezi oborem a druhem. Prý má být klinická farmacie druh, protože paliativní péče je také druh. Přemýšlím,

proč tohle ne zrovna zdařilé srovnání. Jestli nepůjde o společný jmenovatel v podobě terminálního stadia.

28. 9. 23, čtvrtek, státní svátek – dopisuji vyjádření k vypořádání připomínek, ještě projde kontrolou představenstva, svátek nesvátek. Jestli jste nepochopili, o čem ty řádky zatím byly, přečtěte si to vyjádření. Visí na webu a stojí to za to.

4. 9. 23, pondělí – snažím se splnit úkol z čtvrtka. Na jednání MZd o cenovém předpisu se ukázalo, že formulace ustanovení o zastropování obchodní přírážky ještě potřebuje dopilovat. Potýkám se se slovy tak, aby se část přírážky ve výši 1,50 Kč jmenovala distribuční poplatek, ten aby vždy připadal konečnému distributorovi a aby bylo možné jej ukrojit i z podílu lékárny, pokud by cena balení byla tak nízká, že by podíl distributora byl menší než 1,50 Kč. Nevím proč, ale pořád místo „distribuční“ píšu „dispenzační“ a musím to xkrát opravovat. Odesílám prezidentovi a ten už se stará o další. Hlavně o shodu s distributory, výrobcí a ministerstvem.

14. 9. 23, čtvrtek – přednáším příspěvek na konferenci zdravotnického práva pořádané VZP v Brně. Samé zajímavé přednášky,

Pokračování na straně 8

Nárůst SiV je víc než přiměřený

Čist komentáře některých institucí a zdravotních pojišťoven k návrhu úhradové vyhlášky je velmi zajímavé a poučné. Už proto, že do značné míry objasňují jejich způsob uvažování a jednání v dohodovacím řízení.

Lékařenský segment se dlouhodobě potýká s problémem financování, i s ohledem na absenci jasné definice a rozdělení nákladů na lékařskou péči a léky. Z toho pak vyplývá pro zdravotní pojišťovny trvale výhodné setrvávání na tezi, že o deklarovaná procenta jsou ochotny zvýšit tzv. signální výkon pouze tak, že základem pro výpočet bude opět zmíněný signální výkon ve stávající výši. Většina příjmu ze zdravotního pojištění je však v lékárnách stále realizována prostřednictvím regulované obchodní přírážky společné pro velkodistributora a poskytovatele péče. Z dat analytické komise lze snadno dojít k závěru, že právě tato část je dlouhodobě stagnující a hluboko pod nárůstem příjmů ostatních segmentů a vývojem výdajů zdravotních pojišťoven. Ignorování této skutečnosti zdravotními pojišťovnami v dohodovacím řízení pak zásadně limituje možnosti poskytovatelů v oblastech inovací, mezd, platů, ale i v obvyčejné udržitelnosti zejména menších praxí.

Pokud musím upozornit na nějaký aspekt dohodovacího řízení, pak je to absolutní nevyváženost pozice poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, které svým faktickým právem veta určují

výsledek bez ohledu na předložená fakta a data z analytické komise. Pokud tedy navíc Ministerstvo financí podtrhává, že návrh neakceptuje výsledky dohodovacího řízení ani dříve deklarovanou zásadu, že nedohoda nesmí znamenat příjmové zvýhodnění nedohodnutého segmentu, pak neříká nic jiného než to, že poskytovatelé péče mají být fakticky závislí pouze na vůli zdravotních pojišťoven bez možnosti odvolání či korekce (ne)dohod. To by ovšem odporovalo mnohem širším obecným principům.

Podíváme-li se tedy na návrh navýšení hodnoty signálního výkonu v kontextu dostupných dat a dlouhodobého vývoje, pak rozhodně nelze označit návrh jeho úhrady pro rok 2024 za nepřiměřený. Přestože Česká lékárnická komora není přímým účastníkem dohodovacího řízení, musím důrazně odmítnout komentář VZP, z něhož může vyplývat, že by snad neměla o principech, organizaci či úhradách lékařské péče se zástupci Ministerstva zdravotnictví jednat. Přestože jsou některá jednání s ministerstvem tvrdá a náročná, zůstávají korektní a jsou vedena na základě reálných dat a věcných argumentů. To je základem pro to, aby mohl být výsledek jednání hodnocen jako win-win. To se bohužel v dohodovacím řízení ne vždy dařilo a potvrzují to nezamýšlené i komentáře zdravotních pojišťoven k návrhu úhradové vyhlášky.

Aleš KREBS, prezident ČLnK

ZEPTALI JSME SE

Jak rozdělujete nedostatkové léky mezi pacienty? Jaké máte kritérium pro rozhodnutí, že někdo lék u vás dostane a jiný ne? A jak to pacientům vysvětlujete, zatajujete, že je máte nebo jim řeknete naplno, že nesplňují vaše kritéria, takže je nedáte jim, ale někomu podle vás potřebnějšímu?

PharmDr. Josef MAREK,
Lékárna U Svaté Theodoty, Letohrad



Pokud se už stane, že nějaký nedostatkový lék do lékárny od distributora přijde, v první řadě podělíme pacienty, kteří si u nás lék objednali a nechali si u nás recept. Většinou se snažíme domluvit s pacienty, že lék není a samozřejmě většinou nevíme, kdy bude a nemáme jistotu, jestli nějaké množství přijde. A pokud jsou s tím

smířeni, že budou čekat, tak v první řadě dostanou lék tito pacienti.

Žádné pořadníky neděláme, vznikaly by tím zbytečné zmatky. Pokud jsou nějaká balení navíc, vydáváme na recepty tak, jak pacienti přijdou. Když víme, že některý lék nebude delší dobu, snažíme se i podělit víc pacientů a nevydávat třeba všechna předepsaná balení, ale rozdělit tak pro víc pacientů na kratší dobu a doufáme, že dobu výpadku překonáme.

Myslím, že každý případ je potřeba řešit individuálně podle situace, domluvou s pacientem, případně s lékařem a najít odpovídající řešení. A jak jsem tady již nedávno odpovídal, jsem přesvědčený o tom, že naprostá většina lékárníků je bez výjimky schopna najít to správné řešení a umět si poradit, umět poradit pacientovi případně lékaři, pokud o to stojí.

PharmDr. Miroslav KOŠKA, Lékárna Dr. Max, Brno



V naší lékárně většinou žádné velké zásoby nedostatkových léků nemíváme. Jedná se obvykle o běžná množství pro běžný provoz. Častěji jsme tedy v situacích, kdy pacientům musíme říkat, že jejich léky bohužel nemáme vůbec a nelze je ani objednat. Z nedávné doby si momentálně vybavuji výdej Vigantolu, kterého jsme

menší zásobu měli. Pacientům jsme v žádném případě nelhali a nic jsme nezatajovali. Dospělým jsme se snažili vysvětlit, že vzhledem k formě léku upřednostňujeme výdej malým dětem a nabídli jsme jako dočasné řešení vitamin D jako doplněk stravy do doby, než se zase dodávky Vigantolu obnoví. Obdobně jsme v případě receptů na opakovaný výdej preferovali výdej jen jednoho balení a ne zásoby na mnoho měsíců. Jinak jsme však Vigantol vydávali tak, jak pacienti chodili nebo jak si zavolali s prosbou o rezervaci jednoho balení. Tedy způsobem „kdo první přijde...“. Pokud má nějaký lék výpadek a my ještě máme zásobu, kontaktuji někdy některé pacienty, aby si zařídili recept a lék si vyzvedli, dokud je. V takovém případě jej lze v omezené míře na krátkou dobu odložit. Jinak právě zmíněný postup „kdo dřív přijde...“ považuji za nejspravedlivější, ostatně u přípravků s betahistinem jsme to dělali zrovna tak.

PharmDr. Přemek CÍSAŘ, Lékárna Modřínová, Třebíč



Jsem pubescent devadesátek. Nezažil jsem nedostatku. V prváku na fakultě jsme měli předmět Historie farmacie, kde jsme se učili o kádích na pijavky, dispenzačních boxech, nedostatku za normalizace (v té Ruskově učebnici bylo napsáno, jak je všeho dost díky spolupráci RVHP). Pokud byl student citlivější, mohl se zamyslet, jak se asi cítil

lékárník za první světové války, kdy nebylo prakticky nic ze zboží koloniálního nebo za druhé světové války, kdy sice byl chinin na malárii, ale taky nebylo nic nebo v 70. a 80. letech, kdy zahraniční léky byly za valuty jen pro některé. Co muselo běžet hlavou Fragnerovi, když vyvinul penicilin, a řešil, jestli to Němcům říct nebo ne? Ano, ten penicilin, o nějž teď Válek žebrá na světových trzích. Měl ho Němcům poskytnout nebo zakopat do díry a počkat až dojde Krásná armáda, vždyť už byla na Dukle? I Němci byli lidi, ač se po válce psali s malým n. Ale pomoc armádě nepříteli? Zajímalo by mne, jak se k tomu lékárníci stavěli tehdy, ale, jak píšu, jsem dítě devadesátek, a tehdy mi to bylo jedno, protože bylo všeho dost.

Důležitý je pro mě vždycky pacient. Mám pravidelné pacienty z Penzionu pro seniory, mám svého cystického fibrotika, mám svoje pacienty, kteří chodí pravidelně. Takovým většinou zajišťuji léčbu i tak, že ostatním zamílím, že mám přípravek skladem. Většinou lék označím cedulkou se jménem pacienta, aby bylo jasné, že je tam pro něj. Cystická fibróza je už tak blbá diagnóza a myslím, že nemá cenu situaci zhoršovat tím, že není Kreon, protože jsem ho dal někomu, kdo má jen trávicí obtíže. Stejně tak ti senioři v Penzionu jsou zvyklí na „své pilulky“, aby neměli motolice a šumění v uších. Chápu, že tak třeba nemohu poskytnout léčbu mladému pracujícímu s tinnitem, ale věřím, že nemá cenu těm stařečkům ztrpčovat podzim života.

Jsem v malé lékárně sám a jsem rád, že se na takovou věc někdo zeptá, protože se nemám v práci s kým poradit, s kým o tom popřemýšlet. Je to díra na trhu – Morální poradenství ve zdravotnictví.

PharmDr. Veronika HORÁKOVÁ, Nemocniční lékárna Fakultní nemocnice, Motol



To je otázka, kterou by člověk čekal spíš před rokem 1989, kdy podpultovky byly kvůli všeobecnému nedostatku běžnou praxí. Je smutné, že tuto problematiku musíme řešit i nyní. Rozdělování léků pacientům a určování, kdo lék dostane a kdo ne, je problémem především etickým.

Naše lékárna má provoz 24/7, výhodnou polohu na metru a dobrou dostupnost i pro mimopražské

pacienty především v nočních hodinách a o víkendu, kdy není ani problém s parkováním, a tudíž se potýkáme s neustálými frontami pacientů. Pokud tedy dostaneme nějaké nedostatkové léky v omezeném počtu, jsou často pryč ještě, než se pořádně rozjede noční nebo víkendová služba, kdy je ale možnost volby lékárny u akutních stavů pro pacienty samozřejmě velmi omezená. Neustále nám drnčí telefony a na základě dotazů, zda jejich léky zrovna máme, rezervujeme pacientům s domluveným termínem vyzvednutí, pokud to situace dovoluje.

U nás je problém nejen s výdejem nedostatkových léků na předpis pacientovi, ale i na žádanku směrem k hospitalizovaným pacientům. I na žádanky musíme krátit počty, aby se dostaly léky, kterých máme nedostatek, k co největšímu počtu pacientů a kliniky edukovat k tomu, aby si netvořily zásoby a že i pro ně bude nejlepší, když bude pro jejich neočekávanou i běžnou potřebu zásoba léků v lékárně než v lednici na opačném konci motolského areálu.

U ambulantních pacientů je značným problémem nedostatek penicilinových antibiotik pro pacienty z dětské hematologie, u dětí z dětské neurologie jsme řešili problémy s nedostatkem antiepileptik. Podobných příkladů bych mohla vyjmenovat celou škálu. Komunikovali jsme s lékaři a rodiči, a i u těchto těžce nemocných pacientů jsme byli nuceni někdy krátit výdeje, aby se dostaly životně důležité léky co největšímu počtu pacientů.

Mgr. Helena SLÁMOVÁ, Lékárna Komín, Brno



Já tady ty otázky nijak systémově neřeším. Vždy k situaci přistupujeme individuálně. Obecně to děláme tak, jak bychom si představovali, aby to dělali i například naši distributoři. Jak kdo přijde, tak svůj lék, když ho máme, obdrží. Samozřejmě jsou situace, kdy máme stálého pacienta, kterého už dobře známe a pokud víme, že nedostat-

kový lék dlouhodobě užívá, tak mu třeba zavoláme. V takových případech také nevydáváme léčbu na celý rok, nebo pokud není léková forma pro malé děti, ale u dospělého nebo staršího dítěte je nahraditelná, tak to takto i komunikujeme. V drtivé většině případů se dá rozumně domluvit. Tohle není o výhradě svědomí řadového lékárníka. Ten tu situaci nezpůsobil, musí hrát s rozdanými kartami a málokdy má eso v rukávu.

Jsou tady ale jiné, zásadnější filozofické otázky ohledně svědomí. Například svědomí lékárníků, kteří se nechali unést na vlně znovunabyté svobody a bohatých let a buď chtěli víc nebo minimálně usnuli na vavřínech a náš stav neuchránili. Nevím, jak to bylo, ale dopustili, aby lékárny přešly do nelékárnických rukou. Dovolili vznik řetězců. Tenkrát jim to přišlo asi jako dobrý nápad. Nepečovali o naši nezávislost a svobodu a nemysleli na budoucnost dalších generací. Nepíšu to jako obžalobu do minulosti, obviňování ničemu nepomůže, neznáme kontext doby, třeba jenom kolegové neodhadli možné důsledky a mýlit se je lidské. Píšu to pro poučení se z chyb. I následující generace se budou ohlížet a ptát se, co jsme pro ně udělali nebo neudělali. Jestli jsme za sebe bojovali nebo jestli jsme se nechali uchlácholit falešným pocitem bezpečí prací pro někoho, kdo nikdy nestudoval pomahačskou profesi a jeho prioritou nikdy nebyla poctivá péče o pacienta a jeho prospěch.

Se svědomím by se také měli prát politici, kteří jsou neteční k realitě, nechť se namáhat se skutečnou důkladnou změnou, protože za chvíli jim skončí mandát a tím to pro ně hasne. Povyšují vlastní zájmy nad zájmy veřejnosti a co na tom, že mohou dát do pohybu věci, které navzdýcky změní charakter lékárenské péče, bohužel ne k lepšímu a ve prospěch pacienta.

V neposlední řadě mají mít problém se svědomím ti, co se, v zájmu navyšování svých zisků, neohlíží na následky svého konání, kteří zneužívají špatně nastaveného systému a byť přímo zákon neporušují, podílí se na rozvratu lékárenské péče.

A pak tu máme i ty, kteří zákon dokonce porušují. Ti svědomí nemají. Ale měli by ho mít Ti, co takové konání trestají. Ti by měli udělit takové tresty, aby měly pro ostatní odstrašující charakter. Ani ti však pocitem vlastního selhání netrpí.

Proto si myslím, že není na místě, abychom se sebemrskali kvůli jednomu odloženému penicilinovému sirupu. Když už se trýznit, tak za to, že nemáme dostatek síly, odvahy a sebevědomí postavit se proti těm, kteří nás ničí, případně za náš nezájem a nedostatek vůle vést náš spravedlivý boj. V zájmu příštích generací a v zájmu pacientů.

PharmDr. Jana HORÁKOVÁ, Lékárna Masarykovo nám., Valašské Klobouky



Každý se setkáváme s výpadky, má to své plusy i mínusy. Ale tentokrát bych si dovolila říct, že ne otázky, ale situace je to vážná a otázky ne zcela vhodně položené. Alespoň z morálního či etického hlediska. I když na současnou dobu a celkový nejen zdravotnický stav z pohledu ne/lékárníka dost trefné. Nosíme sovy do Athén?

K části diskuze, kterou jsem si na FB ML prošla, mě smích relativně rychle přešel, že to není vtip, ale realita, kdy je ČR schopná vymyslet opravdu neskutečné, co se „prodeje léků“ týká, a ještě tím podpoří názor, jak tím elegantně vyřeší nedostatkové věci. Místo toho, aby se řešilo jádro věci, přijde smršť nebo tornádo. Anebo se to taky dá nazvat tak, že některé vlastně ani nic kromě vlastního lobby nezajímá, ani zajímat nechce, otázky nastavené legislativy léků a funkčních procesů už vůbec ne. Proč bychom tedy léky nemohli prodávat jako chléb či zmrzlinu?!

Nevím, proč by pacienti neměli mít nárok na potřebné léky. To, že je budou shánět v zahraničí, ničemu neprospěje a takové jednání každý stát nakonec zkoriguje.

Možná na nic z položených otázek neodpovím. Jednáme korektně a narovinu, vysvětlujeme, komunikujeme. Pokud máme skladem, nevidíme důvod odmítat nebo schovávat na horší časy. V rámci dobré spolupráce s distributory nějaké zboží v rámci rezervace přijde. No a klienti byli spokojeni, že jsme v lékárně zajistili nebo měli potřebné. Upřímně, lidé nejsou hloupí, aby nevěděli, kde je zakopaný pes. Setkali jsme se ale také s tím, že stručně řečeno, pacienti neměli korektní informace o dostupnosti, i s tím, že byli nesmyslně posíláni jinam, sem a tam. Morální hodnoty, zásady člověka, společnosti?

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Mgr. Valéria ČERVINKOVÁ,
BENU Lékárna, K Pérovně, Praha



V našich lékárnách jsem se nikdy nesetkala s omezováním výdeje léků, o kterých víme, že jsou aktuálně ve výpadku. Prostě když se vydá, tak se vydá. Snažíme se být ke každému spravedliví. Taky máme možnost nahlížet do stavu zásob našich lékáren a dokážeme nasměrovat pacienta tam, kde daný lék ještě máme. Myslím, že nejsme

žádnou výjimkou a že si v případě potřeby umíme s kolegy z lékáren zavolat a pro jistotu lék pro pacienta zarezervovat. Když se zamyslím nad tím, kolik telefonátů a extra konzultací vedeme při hledání výpadkového léku pro pacienta, nebo domlouváme s lékařem náhradu, zase se z otázky o výpadcích dostaneme k našim neuznaným kompetencím a výkonům.

Nedávno jsme měli v časopise otázku na umělou inteligenci a jiné vymoženosti. Jedna ze skvělých vymožeností dnešní doby je možnost rezervace receptu přes webové stránky lékárny. Sama vidím, jak snadno se to naučily i starší ročníky a dokáží si tím ušetřit další cestu do lékárny. Já osobně využívám stránku o veřejném přehledu léků v ČR, a tak vím, kam poslat nespokojeného pacienta. Vysvětlovat důvod výpadku je těžké, někdy to

pacient pochopí a nemá už asi ani energii se nad tím rozčilovat, někdy nám dává „geniální“ rady, jak máme léky vyrobit, když jsme přece lékárníci. Jindy musíme poslouchat popis zoufalé situace a jen je nám víc líto, že nevíme, jak mu pomoci. Nám by určitě pomohlo, kdyby veřejné informace o výpadcích hrály více na stranu lékáren a ne naopak.

Mgr. Filip ŠKARDA, Lékárna ve Voticích



Troufám si říct, že mám velikou oporu a pomoc ve většině spádových lékařů, u kterých pravidelně komunikujeme, co je, co není a co je v omezeném množství. Trošičku sobecky pak část odpovědnosti za selekci převádíme na ně. Zároveň se u nedostatkových léčiv snažím přistupovat k výdeji racionálně, a zásobit co nejvíce pacientů

ve smyslu například přidělení dávky léčiva na měsíc. Pacientům vždy vše vysvětlím a povětšinou se setkám nejen s pochopením, ale i s uznáním. Nebudu zároveň zapírat, že nějaké elementární množství, například některých antibiotik, si snažíme podržet pro skutečně emergentní případy či pro nezbytnou potřebu zaměstnanců lékárny (přeci jen nemocný farmaceut a zavřená lékárna neprospěje nikomu). Zároveň jsem rád, že díky dobře zásobené laboratoři mohu často nabídnout nějakou IPLP alternativu, což kvitují nejen lékaři, ale i pacienti.

Pokračování ze strany 5

Ze života právníka v Komoře...

publikum převážně právníci, mé vystoupení vřazeno mezi dvojí účinkování náměstka ministra zdravotnictví pro legislativu. Přímo proti mně soudce Nejvyššího soudu. Vesměs se řeší legislativa, žhavé problémy zdravotnického práva, náhrada škody. Vedle toho se mé téma o novele zákona o léčivech aspirující na odstranění nedostatku léků v republice jeví jako nepodstatné. Ale ne, ukazuje se, že z nedostatku mají obavy všichni, takže se o legislativní pokus ministerstva v následné diskuzi živě zajímají. Jsem rád za pozvání a za možnost lékárenské osvěty.

15. 9. 23, pátek – jednání představenstva, spousta bodů. Vy, venkovští bonifikovaní, nzapomeňte si pohlídat termín letošních přihlášek, sledujte web Komory. Řeší se toho hodně, píšu zápis, ale jedno z nej témat je novela zákona o léčivech. Ta nedostatková. Už leží ve Sněmovně a proslychá se, že k ní bude spousta pozměňovacích návrhů. To už tak u zákona o léčivech bývá.

16. 9. 23, sobota – porada předsedů OSL. Sluncem prozářený den strávený v útrobách poněkud vyžilého hotelu. Jako nácvik pohybu v prostorách, ve kterých se bude za měsíc a půl odehrávat sjezd delegátů, dobré místo. Jinak na člověka trochu doléhá tíseň z vku-su devadesátých let. Opravdu byla tak skvělá, jak praví dnešní legendy? Jenže kde ty vhodné prostory brát, když si všichni, po covidu hladoví po prezenčních akcích, zarezervovali vše dopředu na dva roky. Podstatnější ale byla samotná porada. Líbí se mi ten název, porada. Samozřejmě se toto setkání dvakrát do roka stává příležitostí pro představenstvo k informování o všem důležitém. Letos navíc s čerstvými novinkami o navýšení úhrady signálního

výkonu a o zastropování distribuční části jinak společné obchodní přírůžky. Jde ale také o možnost znovu připomenout, jak se ve stavovském životě vypořádávat s tím, co většina vnímá jako bafuňářinu. My, kteří jsme v životě chtěli být všechno, jen ne bafuňáři, se nepřetržitě potýkáme s tím, jak komorový život zachovat co nejvíce neformální, ale současně v souladu s řády a jednotný napříč všemi okresy. Stále hledáme tenkou hranici mezi volností a potřebou zachovávat pravidla. A že ta zachovávána být musí, je jasné z mnoha důvodů. Občas se setkáme s nepochopením a na poradě je možné leccos vysvětlit a předejít jim. A tak s dvěma kolegy, kteří se této agendě věnují, ale kvůli blížícím se volbám je raději nejmenuji, hlavně doufáme, že je znát, že v občasném trvání na papírování není zlý úmysl.

27. 9. 23, úterý – další jednání představenstva. Ano, k zákonu o léčivech se dokonce mnoho pozměňovacích návrhu sloučí v jeden koaliční komplexní. Tušíme, co v nich bude, ale jistě nevíme. Jestli bude celý ten navržený systém bránit nedostatkům a zajistí rovnoměrné zásobování lékáren léky, které dostanou nálepku „ohrožené“, netušíme. Snad ano, když ty léky budou, určitě ne, když jich bude málo. Každopádně sledování skladových zásob napříč distribučním řetězcem včetně lékáren se pod hrozbou nedostatku podaří prosadit. Před pár lety něco neslýchaného.

29. 9. 23, pátek – prezident se stará dobře, protože verze cenového předpisu připravená pro jednání všech zúčastněných na ministerstvu příští týden, vypadá tak, jak se na ní všichni dohodli.

Dnes jsem to pojal trochu zpravodajsky. Asi by to tak mělo být vždy, budiž je mi ta trocha literatury odpuštěna. Dovolte mi však, drahé lékárnice a draží lékárníci, popřát vám do příštího období dobře zvolené a funkční vedení vaší Komory.

Dagmar Dubská a její **pestrý** rok na Rozárce

Paní magistro, už rok pracujete jako odborná konzultantka pro Českou lékárnickou komoru? Jak byste tento rok zhodnotila?

Pokud bych měla použít dvě slova, která by uplynulý pracovní rok v ČLnK charakterizovala, tak to byl velmi „PESTRÝ ROK“. Jsem člověk, který dopředu rád plánuje, ale byla to pro mě velká změna. Vlastně jsem už nepočítala, že bych se v profesní kariéře vydala jiným směrem než do lékárny a neuvěřitelnou shodou okolností a náhod se objevila pracovní nabídka na pozici odborné konzultantky, pro kterou jsem měla dobré profesní předpoklady a chuť to alespoň na jeden rok vyzkoušet. Seznámila jsem se s mnoha novými kolegy, členy představenstva ČLnK, kteří mi pomohli se v nové pozici zorientovat a stále mi při práci pomáhají, včetně právního poradce ČLnK doktora Maršíka. Stala jsem se i součástí pracovního kolektivu sekretariátu ČLnK.

Co bylo obsahem vaší práce?

Základem je poradenství v oblasti lékárenství, s dotazy se na mě obracují nejen kolegové farmaceuti, ale i zákazníci lékáren, pokud se setkají s nějakou nestandardní situací, se kterou potřebují poradit nebo ji vysvětlit. Dále to byla příprava dvou e-learningů ČLnK (Zaměstnanci v lékárně a Školení o zacházení s odpady ze zdravotní péče) a s ní související vzorová dokumentace, která je legislativně vyžadována (například pracovní náplně osob zacházejících s léčivými a dokumentace k zacházení s odpady ze zdravotní péče). V minulém roce jsem měla odborný dohled nad Lékárníckými kapkami jako recenzent odborných článků a odpovědí na dotazy online poradny Lékárníckých kapek. Aktuálně se nám podařilo zapojit do vedení recenzí novou kolegyni PharmDr. Kristínu Krupovou a myslím, že vznikl dobře fungující web s online poradnou, jehož potenciál budeme ještě rozvíjet a více zviditelňovat pro členy ČLnK. Snažím se pravidelně přispívat do časopisu, tak třeba i tam se může objevit nový článek o Lékárníckých kapkách.

Nebylo té práce moc, jak jste to zvládala?

Již při nástupu jsem byla varována, že práce je víc, než dokáže jeden odborný konzultant zvládnout. A to se mi potvrdilo. Myslím, že se hodně věcí a dílčích projektů podařilo uskutečnit, vyřešit a mám radost z každé pozitivní zpětné vazby od lékárníků. Představenstvo ČLnK zpracovalo s koncem mandátu dokument, který vyjmenovává projekty, které byly od roku 2019 zahájeny, rozpracovány, ukončeny, či jsou ve stádiu zrodu. Je to seznam s velkým potenciálem, ale občas k některým položkám seznamu chybí tahoun projektu, nebo by byla potřeba pracovní posila, která by s rozjezdem nebo dotažením konkrétního nápadu pomohla. Pokud se ptáte, zda jsem práci zvládala, tak ano, ale občas za cenu posunutí termínu, a jsem si jistá, že bych uvítala rozšíření pracovního týmu o dalšího odborného konzultanta.



Není tajemstvím, že Komora hledá někoho dalšího. Co by měl odborný konzultant znát? Jaké mít zkušenosti a zázemí? Odkud by mohl přijít?

Rozhodnutím představenstva ČLnK ze dne 29. 8. 2023 bylo odsouhlaseno snížení počtu volených členů představenstva v nadcházejících volbách na 17, minulé zvolené představenstvo mělo 20 členů. O možnosti rozšíření počtu odborných konzultantů, kteří by byly v pracovním vztahu k ČLnK, se jedná v souvislosti s určitou změnou modelu systému práce na projektech v rámci pracovních skupin. Členové představenstva jsou totiž často vedoucími lékáren, aktivními členy dalších uskupení lékárníků a farmaceutických organizací, z toho vyplývá, že občas chybí potřebná časová kapacita na dokončování projektů. Jako jedno z řešení se nabízí možnost rozšíření počtu odborníků, kteří budou v pracovním poměru s ČLnK a kterým se může zadat určitý úkol k vypracování. Kvalifikační požadavky jsou VŠ v magisterském studijním programu farmacie, praxe v oboru, souběžný úvazek v lékárně, znalost MS Office, flexibilita, manažerské předpoklady a velmi dobré komunikační a prezentační dovednosti. Myslím, že nový odborný konzultant by mohl přijít z řad zaměstnanců lékárny, který by měl chuť a ambice aktivně se podílet na činnosti České lékárnícké komory, kterého by dokázaly zaujmout určité projekty a práce mimo lékárnou. Farmaceut, který se aktivně zajímá o dění a směřování nejen lékárenské/farmaceutické péče, ale který má zájem se profesně rozvíjet, a třeba i pracovat na zlepšení svých prezentačních a manažerských schopností.

Jak byste si s dalším konzultantem rozdělili práci?

Byla bych ráda, kdyby se podařilo oslovit člena Komory, který je trochu odlišně odborně zaměřen než já, a který by si našel svůj prostor a cestu. Ráda bych zmínila několik zajímavých projektů, které jsou rozpracované a do kterých by se případný zájemce mohl hned zapojit. Jedná se především o sběr dat z lékáren k hodnocení lékových chyb odhalených při výdeji léčivých přípravků, jejich evidence včetně způsobu intervence (řešení) situace farmaceutem; dále aktivní spolupráce s pracovní skupinou pro celoživotní vzdělávání (příprava nových garantovaných kurzů a seminářů, sběr dat z konzultací prováděných absolventy

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

garantovaných kurzů, vyhledávání projektů ve fondech prevence zdravotních pojišťoven, oslovení sponzorů), aktualizace doporučených postupů ČLnK. Naším společným cílem by bylo zlepšení fungování ČLnK a vnímání její činnosti členskou základnou.

O jaké poradenství mají lékárníci – členové Komory největší zájem?

Minulý rok byl ve znamení výpadků léků a s tím souvisejících mimořádných dovozů a různých opatření, mimořádných cenových předpisů, hodně dotazů tedy přirozeně souviselo s tím, jak

konkrétně v lékárně postupovat. Pravidelně se objevují dotazy na povinnost proškolení po přerušení výkonu povolání farmaceuta, uznání odborné způsobilosti nebo manuál na otevření/uzavření lékárně. Otázky a odpovědi jsou v anonymizované formě zveřejňovány na webu České lékárnické komory. Určitě doporučuji k přečtení a sledování, protože jsou zajímavé a odpověď na ně často nebývá jednoduchá. Uvědomujeme si, že je značný posun prohlížení webu v mobilním zařízení, proto se pokoušíme přenést dotazy i do prostoru sociálních sítí, například do uzavřené facebookové skupiny pro členy.

S Mgr. Dagmar Dubskou si povídal Zdeněk POKORNÝ

FMD – Centrum pro správu alertů – změna přihlašování

V porovnání s jinými zeměmi proběhlo v České republice zavedení všech procesů spojených s „FMD legislativou“ rychle a efektivně. Počet alertů (chybných hlášení) je v ČR velice malý. Problémem tak není vysoká chybovost systému, ale chybějící praktická zkušenost většiny lékárníků s tím, co v případě výskytu alertu dělat. Povinnost daná legislativou je jasná: v případě výskytu alertu se balení léčivého přípravku nesmí vydat pacientovi a musí se umístit do karantény do té doby, než se příčina alertu vyšetří. Karanténou se rozumí fyzické uskladnění takového balení odděleně od ostatních zásob léčivých přípravků a také umístění elektronických informací o tomto balení a alertu do karantény v lékárenském informačním systému (dále „LIS“).

V praxi se ukazuje, že je větší část alertů vzniklých v lékárně způsobena chybou čtečky (při druhém přečtení kódu je vše v pořádku) nebo nějakou nestandardní operací uvnitř lékárně (chybně uzavřená faktura, převodka apod.). I v těchto případech se musí „alertové“ balení umístit do karantény. Ale pokud lékárník ví, že se stala chyba v lékárně nebo čtečka chybně přečetla kód, může tento alert vyřešit přímo v lékárně. Uzavřít alert jako tzv. chybu koncového uživatele, vyjmout balení z karantény a znovu jej ověřit a vydat pacientovi.

Pro řešení těchto alertů bylo zřízeno Centrum pro správu alertů (Alert management system, AMS). K němu se lze přihlásit buď přes webové rozhraní portal.czmvo.cz/ nebo přímo z lékárenského informačního systému a v něm alert uzavřít.

Od října 2023 se mění postup pro přihlašování do AMS. Pro zvýšení bezpečnosti bude nutné ověření ve dvou krocích. Poskytovatelé LIS již byli v předstihu osloveni, informováni a změnu zabezpečení do LIS přichystali. Součástí změny je přechod na protokol OAuth 2.0 pro uživatele, kteří využívají komunikaci s AMS přímo z LIS (pomocí API).

Pro přístup do webového rozhraní AMS NOOL bude také implementováno dvoufaktorové ověřování. Jako druhý

faktor bude využit primárně e-mail, volitelně Google Authenticator, výhledově také Microsoft Authenticator (eventuelně i jiný).

Jde o velmi důležitý krok, který respektuje současný trend posílení bezpečnosti IT systémů. Je také reakcí na závěry bezpečnostního IT auditu (10/2022).

Změna vyžaduje po provozovatelích lékáren provedení těchto kroků:**1. Registrace do AMS**

Doposud se do AMS registrovaly pouze organizace, které chtěly řešit alerty přes webový portál. Nyní je nutné, aby se do AMS zaregistrovali všichni uživatelé NSOL, tzn. i ti, kteří řeší alerty ve svých LIS. Pokud přístup do AMS nemáte, o přístupové údaje lze zažádat e-mailem na adrese: registrace@czmvo.cz.

2. Vygenerování API klíčů pro přístup z LIS (častější způsob práce s alerty a AMS)

Po přihlášení do webového rozhraní AMS je potřeba vygenerovat API klíč (token) a vložit jej přímo do LIS. Celý proces pro vygenerování API klíče je detailně popsán v Uživatelském návodu na str. 13, zde: 1url.cz/zuBO9.

3. Nastavení dvoufaktorového ověřování pro práci s alerty přes webové rozhraní

Jako druhý faktor bude využit primárně e-mail, volitelně Google Authenticator, výhledově také Microsoft Authenticator (eventuelně i jiný). Volba typu druhého (či dalšího) faktoru je nastavitelná uživatelem ve Správě uživatelů dané organizace. Postup viz. Uživatelský návod pro webové rozhraní pro koncové uživatele na str. 10., zde 1url.cz/zuBO9.

Většina lékáren využívá připojení k AMS přímo z LIS, proto použije kroky 1 a 2.

Od 26. října 2023 se bude možné přihlašovat k AMS pouze pomocí dvoufaktorového přihlašování.

Martin KOPECKÝ

Čestná rada přitvrzuje

Vážené kolegyně a kolegové, především držitelé osvědčení, Státní ústav pro kontrolu léčiv zveřejnil 25. 1. 2023 tiskovou zprávu s názvem „Z lékáren se ztratily léky za více než 66 milionů korun. SÚKL udělil pokuty a navrhuje zpřísnění zákona“.

Ještě týž den na tuto tiskovou zprávu reagovala ČLnK zveřejněním svého vyjádření. Zde mimo jiné uvedla, že „ČLnK sama opakovaně nabízela Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv pomoc při odhalování těchto praktik a současně žádala, aby SÚKL poskytoval ČLnK dostatečné podklady pro to, aby komora mohla vést disciplinární řízení s těmi svými členy, kteří se na nelegální činnosti podílejí“.

Ano, bohužel je mezi provozovateli lékáren, lékárníků i nelékárníků, určité procento těch, kteří se na nelegálních vývozech léků podílí, čímž porušují nejen platnou legislativu, ale v případě provozovatelů lékárníků i stavovské předpisy. Poškozuji tak dobré jméno lékáren, které provozují svou praxi poctivě. Odborní zástupci a vedoucí lékárníci mají často o těchto praktických tušení, velká většina z nich nad nimi však přivírá oči. Někdy uvádí, že oni si „jen“ hledí vedení lékárny a o aktivity majitele se nezajímají.

Disciplinární orgány ČLnK o nelegálních vývozech léků samozřejmě vědí a mnohým případům se důkladně věnují. Na základě podkladů od SÚKL a kontrolních zjištění vlastních inspektorů ČLnK disciplinární orgány shromáždily dostatečný důkazní materiál a v desítkách případů zahájily disciplinární řízení.

Vážení držitelé osvědčení, mějte, prosím, na paměti, že jen díky vašim osvědčením mohou majitelé lékáren lékárny provozovat. A právě díky osvědčením mohou také provozovat nekalé praktiky. Za nenaskladněné dodací listy, nevedení evidence a neúplné či nesprávné vedení evidence léčiv může provozovatel dostat

od SÚKL vysokou pokutu. Tu je však leckdy schopen zaplatit a ve svých praktikách pokračovat (je zde návrh na změnu zákona, která by měla vést ke zvýšení pokut až na desetinásobek). Držitelům osvědčení hrozí ze strany ČLnK za uvedené skutky mnohem větší riziko, a to vyloučení z ČLnK, v důsledku čehož přijdou o možnost vykonávat své povolání. Lékárník vykonávající zdravotnické povolání na území ČR musí být členem ČLnK.

Podle výročních zpráv ČLnK Čestná rada za posledních 10 let pro závažné porušení stavovských předpisů vyloučila nepodmíněně průměrně 1 člena ročně a podmíněně průměrně 1 člena na každé 2 roky.

Podle zprávy pro poradou předsedů konanou dne 16. 9. 2023 Čestná rada jenom za období od listopadu 2022 do září 2023, zatím ovšem nepravomocně, vyloučila z ČLnK 7 lékárníků nepodmíněně a 4 podmíněně. Nejčastějším důvodem pro vyloučení bylo umožnění nesprávného vedení skladové evidence léčivých přípravků v lékárně spočívající v nenaskladnění léčivých přípravků dodaných do lékárny na základě dodacích listů. Podmíněně vyloučení zůstávají členy ČLnK a pokud v uložené zkušební době nebudou odsouzeni za jiný disciplinární delikt, zůstanou členy i dál. Nepodmíněně vyloučení členové v lékárně jako lékárníci již pracovat nemohou.

V mezidobí obdržela Revizní komise ČLnK od inspektorů ČLnK výsledky dalších kontrol. V současnosti je prošetřuje a lze očekávat podání dalších návrhů na zahájení disciplinárních řízení se členy ČLnK.

Buďte tedy opatrní, abyste svým osvědčením neumožnili provozovateli konat něco, co nakonec donutí vás hledat si práci mimo lékárny.

Miroslav KOŠKA, člen čestné rady ČLnK

Polsko ukazuje, že to jde

Dlouhodobě považuji za správné prosazovat v lékárenském segmentu na všech jeho úrovních společný cíl. Ten by měl spočívat zejména v návratu k vlastnění lékárny výlučně lékárníkem, v regulaci vzniku nových lékáren, v omezení množství provozoven v jedné síti a pevné doplatky. Naprostý základ, na kterém by šlo pak mnohem snadněji stavět další nástavbové funkce směřující ke kvalitnějšímu poskytování lékárenské péče, což je růst kompetencí VŠECH lékárníků, změna v odměňování, hrazení výkonů apod. Věnuji se tomuto tématu několik let a slýchám často, jak moc jsem naivní, jak máme mít jen reálně splnitelné požadavky a že si nemáme malovat vzdušné zámky. Pro někoho vzdušný zámek, pro jiného reálný cíl.

Že jde o naprosto legitimní požadavky ukazují úspěchy našich polských kolegů v novodobé historii. V roce 2017 byly nově schváleny lékárny lékárníkům. Ano. Teď v roce 2017! Také tam měli/mají řetězce a korporáty, kvůli kterým to u nás údajně není

možné. Co udělaly řetězce? Začaly zákon všemožně obcházet. Co udělala polská politická scéna ve spolupráci s lékárníky? Zákon přitvrdila tak, aby nemohl být obcházen. V jedné síti může být jen limitovaný počet lékáren. Mají regulováno, kde může vzniknout nová lékárna. Mohou i očkovat. Prezident také nedávno podepsal novelu zákona o úhradách. Jedná se o velmi rozsáhlou reformu systému úhrad léků, financování lékáren, zvyšují se marže a zavádí se kompenzační mechanismy pro lékárny při snižování cen a úhrad léků.

Poláci systematicky zachraňují a rozvíjí lékárenský segment, krok za krokem. Takže ne, že ono to nejde. Ono to jde. Jenže bychom se nesměli spokojit s málem a s životem v těch našich bublinách řetězcových, v bublinách klinických farmaceutů nebo v bublině akademické sféry. Měli bychom chtít vždy maximum, základní

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

požadavky bychom měli mít všichni stejné a komunikovat je hlasitě všude a na všech jednáních, ať už budou jednat nemocniční, nezávislí lékárníci nebo zaměstnanci řetězců, mladí nebo staří, Komora, Grémium nebo FaF. Pokud sami nechápeme, jak jsou výše uvedené body důležité pro nás všechny i pro budoucí kolegy a předem budeme házet flintu do žita, těžko se někdy podaří nějaká změna.

Absolvováním studia farmaceutické fakulty nachází farmaceut uplatnění stále ještě v drtivé většině v lékárnách. Z výše uvedeného nastavení systému by ale zcela jistě mohla profitovat například také výrazně menší, teprve rozvíjející se, skupina klinických farmaceutů, kteří se bůhvíproč ke svým kolegům z veřejného lékárenství nechtějí znát. Možná, že nad záchranou veřejného segmentu už zlomili hůl a snaží se urvat, co se dá. Možná jen zapomněli, že s tím „obyčejným“, lékárníkem seděli ve stejné lavici.

A například brněnská fakulta, jakoby přehodila výhybku a tváří se, že se nic neděje. Upnula své síly k hypotetické výrobě,

rozvíjí program na kosmetiku a aktivně podporuje spolupráci s řetězci. Kromě posledně zmíněného na tom nevidím nic špatného, chápu potřebu rozvoje, finančního přínosu, zvýšení zájmu o studium i potřebu stabilizace a následné soběstačnosti fakulty. Bohužel to ale vypadá, že nezávislé lékárenství bylo zcela hozeno přes palubu a nikdo s ním už nepočítá. Zůstali jsme osamoceni.

Škoda, že zajištění dostupné primární zdravotní péče pacientům, často jedině, a rozšíření našich služeb, které bychom mohli nabídnout a pomoci tak s péčí o zdraví, se správnou léčbou a s prevencí, se dostává na okraj zájmu a nikdo už nevnímá, dokonce ani mnozí z nás, jak moc je to důležité a jak je důležité věnovat veřejnému lékárenství náležitou pozornost. A jak je nutné lékárny podržet, obzvláště ty mimo velká města.

Kéž by mi někdo dokázal vysvětlit, kdy a kde přesně jsme sešli z cesty, proč máme nejhorší lékárenský systém široko daleko a proč se tady nedaří, co je jinde běžné.

PharmDr. Helena SLÁMOVÁ

PRÁVNÍ PORADNA

Mám na vás dotaz ohledně výdeje Erdomedu. Praktický lékař jej předepsal na elektronický recept, nezadal však do systému klasicky úhradu nemocného, pouze napsal do kolonky pro dávkování DS: 1-0-1 cps Hradí pac. Tím pádem, já bych při výdeji musela sama tento přípravek označit a předělat v systému na "nehrazeno", což jsem neudělala. Pojišťovna při zpětné kontrole odmítá neoprávněně naúčtovaný prostředek uhradit. Ve vyhlášce o předepisování je napsáno, že v požadavku se v el. receptu uvádí způsob úhrady léčivého přípravku, a to uvedením slov „hradí nemocný“. Jen se chci tedy ujistit, je to opravdu tak, že já při výdeji musím lustrvat celý recept, a hledat, jestli tam někde není dopsaný tento pokyn a pak jsem i povinna ručně v systému způsob výdeje měnit? Nelze si to vyloužit ještě jinak? Může to být napsané takto kdekoliv? Většinou si toho vydávající všimne a zareaguje, ale opravdu jsou situace, kdy nevíme, kde nám hlava stojí, a toto se vypustí. Když je to zadané od lékaře správně do systému, hezky nám to tam svítí červeně a samotný přípravek už se načte sám na nehrazeno, tohle je zase krok zpět a práce navíc.

To je velmi zajímavá otázka, na kterou lze najít vhodnou argumentaci ve prospěch obou řešení. Je bezpochyby, že lékař je povinen příznak o úhradě pacientem uvést do příslušného pole eReceptu a pokud jej tam neuvede, pak platí, že má být lék uhrazen pojišťovnou. Vedle toho tu ale máme tzv. obecnou prevenční povinnost, tedy povinnost předcházet škodám. Ta však není bezbřehá. Každý je povinen ji plnit jen při zachování běžné opatrnosti. Správně se ptáte, jestli jste při výdeji, již tak náročném na pozornost, povinna „prohledávat“ všechna pole formuláře eReceptu, jestli lékař náhodou nevyplnil něco někam, kam to nepatří. Podle mého názoru ne, protože by to již přesahovalo míru běžné opatrnosti. Jako hraniční kritérium pro posouzení toho, co běžně můžete z eReceptu vyčíst a co už je spíše skryto,

nebo tomu běžně pozornost nevěnujete, bych uvažoval právě to, jestli jste při výdeji na příslušnou informaci mohla bez většího problému narazit nebo nikoliv. Zde šlo o vepsání poznámky o „hradí pacient“ k údajům o dávkování. Na ten se nepochybně musíte podívat vždy, takže vám i ta nesprávně umístěná poznámka nemohla ujít. Sám zastávám názor, že by pojišťovna měla i v tomto případě lék uhradit. Prostě proto, že podmínky pro předepisování jsou jasně dané. Musím ale z opatrnosti předvídat možné argumenty zdravotní pojišťovny. A ty by se mohly odvíjet tak, jak jsem rozvedl v předchozích větách. Takže je třeba počítat i s možností, že v případě soudního sporu by soud mohl dospět k závěru, že jste měla tuto poznámku lékaře, byť nesprávně umístěnou, postřehnout a situaci řešit jinak. Buď výběrem celé ceny od pacienta, nebo, nejlépe, pokusem kontaktovat lékaře, aby eRecept opravil. A pokud jej neseženete, pak místo výdeje přípravku poučením pacienta, že má sám vést lékaře k opravě eReceptu. Celé to může být ještě složitější, protože kdybyste např. přípravek vydala pacientovi na jeho účet a on se pak domáhal vrácení ceny ve výši úhrady, také by nebylo jisté, jestli by neuspěl s tvrzením, že lék měl být vydán na úhradu pojišťovnou, protože v odpovídajícím poli lékař úhradu pacientem nevyznačil. Omlouvám se za komplikovanou odpověď. Jednodušší by mohla být až tehdy, kdy by už bylo známo z předchozích případů, jak je vyhodnotil soud. K těm bohužel(dík) nedochází. Co tedy vlastně máte udělat? Bez ohledu na celou mnou popsanou relativizaci vašeho nároku určitě nepřiznání úhrady reklamujte a trvejte na tom, že podmínky pro preskripci jsou jasně dány, lékař je nedodržel, vy jste vůči pacientovi proto žádnou jinou možnost než lék vydat s úhradou z veřejného zdravotního pojištění, neměla, a pojišťovna je proto povinna úhradu poskytnout. Bez ohledu na to, co lékař vyplnil do nesprávných polí eReceptu.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK, advokát, právní poradce ČLnK

Adrenalinová jízda

aneb Pero za všechny peníze

Extrémními nazýváme ty sporty, jejichž provozování je spojeno s vyšším rizikem a vyšším, respektive častějším vyplavováním serotoninu a dopaminu. Pro domnělé zvýšení hladiny adrenalinu v krvi se jim trochu nesprávně říká sporty adrenalinové. Adrenalin (nebo epinefrin) je základním mediátorem stresové reakce „útok nebo útek“, připravuje tělo na výkon, zvyšuje dodávky kyslíku a glukózy do mozku i svalů a potlačuje v organismu některé méně naléhavé procesy. Adrenalin, katecholaminový hormon z dřeně nadledvin je to, oč při zachování života běží. Alfa-mimetickými vlastnostmi snižuje periferní vasodilataci a redukuje otok tkání. Beta-mimetickými dilataje dýchací cesty a zvyšuje myokardiální kontraktilitu. Adrenalin je proto zásadním lékem pro léčbu anafylaxe, kterou jen v USA trpí každý šestý z 32 milionů lidí s nějakou formou závažné alergie. Naléhavou lékařskou péčí kvůli alergickým reakcím v USA ročně potřebuje 200 000 lidí a počet lékařských procedur k léčbě anafylaxe se mezi lety 2007 a 2016 zvýšil o 380 %.

Marketing život zachraňujícího adrenalinového autoinjektoru EpiPen je taky adrenalinová jízda. Práva na autoinjektor EpiPen koupila v roce 2007 farmaceutická společnost Mylan. Výrobní náklady se pohybovaly kolem jednoho amerického dolaru za dvojitě balení a tržní cena stejného balení dosahovala 104 dolarů. V průběhu následujících pěti let společnost Mylan utratila bezmála 8 milionů dolarů při lobbování za přijetí zákona, který by z adrenalinového autoinjektoru udělal povinnou součást lékárníček ve školách.

V roce 2012 spustila společnost Mylan program EpiPen4Schools, který poskytl školám zdarma více než 700 000 bezplatných injektorů. David Maris, analytik společnosti Wells Fargo, označil tuto aktivitu za trojského koně. Dárek „abychom pomohli lidem“ ve skutečnosti znamenal „prodejme víc EpiPenů“. Jiní aktivitu rovnou přirovnali k dealerství drog, první dávka je vždycky zdarma. Podle mnoha lékařů tím společnost vytvořila určitý druh sociálního marketingového tlaku. Na rodiče alergických dětí určitě zapůsobilo, že se společnost Mylan angažovala i ve školení personálu pro používání EpiPenů. Muselo je uklidnit, že v použití EpiPenů proškoleni i školní sestry.

Letos, 13. listopadu uplyne deset let, kdy prezident Barack Obama podepsal federální zákon HR 2094, o přístupu k nouzovému epinefrinu ve školách. Přestože přímé i nepřímé legislativní snahy společnosti Mylan nemusely být nutně přínosem pro tuto konkrétní společnost a zákon je „o přístupu k nouzovému epinefrinu“, konkrétní produkt měl tak velkou tržní převahu, že se zákonu zjednodušeně říkalo „Lex EpiPen“.¹

Sám Barack Obama při podpisu zákona odhalil i osobní zájem, alergii své dcery na arašidy. Podle vyjádření Bílého domu, bylo cílem zákona „poskytnout milionům rodin větší klid a povzbudit

vedení škol, aby byly vypracovány plány na akutní pomoc při těžkých astmatických záchvatech a alergických reakcích“. Na podporu zavedení EpiPenů do školních lékárníček sloužila část zákona, která zavedla důležitou změnu nejenom v grantovém programu na léčbu astmatu u dětí (Children's Asthma Treatment Grants Program) ale i v dalších federálních programech pro léčbu astmatu. Nově totiž získalo federální ministerstvo zdravotnictví pravomoc upřednostnit při udělování grantů státy, které ve školách udržují nouzovou zásobu epinefrinu a pokud zajistí, aby byl personál vyškolený pro podávání adrenalinu k dispozici během všech vyučovacích hodin. Kromě proškolení v rozpoznávání symptomů závažných alergických reakcí, včetně anafylaxe; zákon vyžaduje znalost standardů a postupů pro skladování a podávání epinefrinového autoinjektoru. Školení je nutné opakovat minimálně každé dva roky a asi nikoho nepřekvapí, že i tuto aktivitu zastřešila společnost Mylan.

Federální zákon „EpiPen“ z roku 2013 je mistrovské dílo a vzorový příklad úspěšného lobbingu a důrazu na dlouhodobou strategii maximalizace zisku. Byl to ale jenom začátek. Ve stejném roce vzrostla cena EpiPenů na americkém trhu na 265 dolarů, společnost Mylan měla organizace pro lobování zaregistrované v 38 státech a na ovlivnění legislativy na úrovni jednotlivých států vynaložila 4 miliony dolarů jen v roce 2013.

O rok později společnost uzavřela dohodu s Disneylandem (Walt Disney Parks and Resorts) s cílem zvýšit povědomí o anafylaxi. Kromě vybavení parků EpiPenem šlo o vytvoření edukační webové stránky pro děti a vývoj pohádkových knih pro rodiny žijící s těžkými alergiemi. Knihy byly distribuovány v roce 2015. K tomu připočtete mediální reakci na každé jednotlivé úmrtí, ke kterému na území USA v důsledku anafylaxe došlo, a dostanete další mimořádný úspěch lobování na úrovni legislativy jednotlivých států. Medializovaná úmrtí, zejména mezi dětmi ve školním věku, pomohla podnítit legislativní opatření a zvýšit poptávku po adrenalinu. Ve Virginii byl zákon schválen v roce 2012 poté, co Amarria Johnsonová zemřela ve škole v Chesterfield County po reakci na arašidy. V Texasu pomohla zákon prosadit medializace smrti teenagera po kousnutí ohnivým mravencem. V Kalifornii otevřel cestu povinnému epinefrinu do škol smutný příběh třináctileté Natalie Giorgi, která v roce 2013 zemřela v Sacramentu na anafylaktický záchvat vyvolaný arašidy. Obdobnému zákonu státu Illinois se zkráceně říká zákon Annie LeGere. I jí bylo teprve 13 let, když v srpnu 2015 zemřela v důsledku těžké alergické reakce.

Do roku 2016 byly přijaty zákony, které povinnou výbavu školám nařizovaly v 11 amerických státech. V dalších 38 státech změny legislativy umožnily vyškolenému školnímu personálu podávat léčbu studentům, i když předpis není na jejich jméno.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

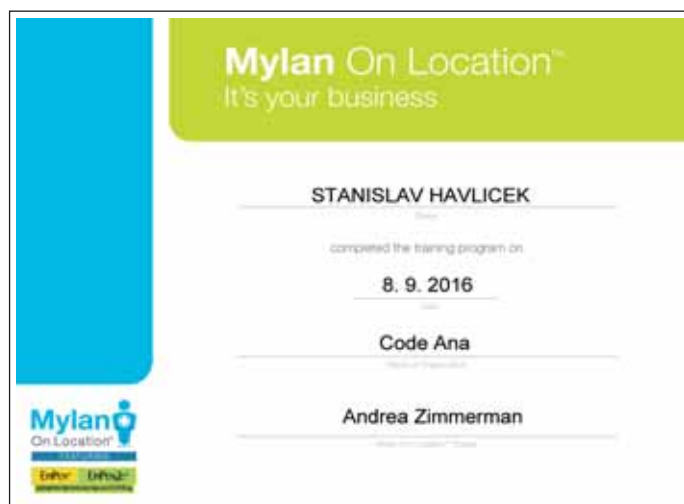
Podle IMS Health přesahoval celkový trh s epinefrinem v roce 2007, kdy společnost Mylan získala práva na EpiPen, 200 milionů dolarů ročně, přičemž 90 % šlo na vrub EpiPen. Další podobný produkt, Twinject, měl tržby 10 milionů dolarů, kvůli neohrabanějšímu mechanismu byl pro pacienty méně přitažlivý. Vzorec velkých dvouletých nárůstů cen pro EpiPen začal v roce 2009, kdy s novou verzí autoinjektoru vzrostla katalogová cena léku o 20 %. Konkurenti v průběhu let vypadli. Twinject v roce 2012 a o tři roky později Auvi-Q, který byl stažen kvůli riziku aplikace nepředvídatelné dávky. Další z konkurentů, Adrenaclick, měl podle IMS Health v té době jen nevýznamný podíl na trhu. Připravovaný generický injektor společnosti Teva odmítla FDA kvůli nespecifikovaným „závažným nedostatkům“².

Neúspěch konkurence, patentová ochrana technologie vylepšeného injekčního zařízení, a především federální a státní zákony vyžadující léky na alergie ve školách vedly k monopolizaci, která velmi usnadnila rychlý růst ceny. Ta mezitím vyšplhala na 600 dolarů a společnosti od té doby přináší zisky převyšující miliardu dolarů ročně.

Ne všem se to líbilo. Sarah Jessica Parker, mediální tvář osvětové kampaně společnosti Mylan na podporu povědomí o anafylaxi „Anafylaxis for reel“, zrušila v roce 2016 spolupráci s Mylanem a jako důvod svého rozhodnutí uvedla právě neetický nárůst ceny EpiPen. Zdražení o 450 % vyvolalo značné pobouření té části veřejnosti, jejíž pojistné plány najednou přestaly stačit pro plnou úhradu. V souvislosti s aférou Daraprim a Valeant (viz minulá čísla časopisu) se společnost Mylan dostala i do hledáčku politiků a prezidentských předvolebních debat. Na uklidnění intenzivní kritiky ze strany politiků, lékařů a pacientů kvůli prudce rostoucí katalogové ceně léku nabídla společnost Mylan věrnostní program se spořicí kartou, která umožňovala „slevu“ až polovinu nákladů.³

Rozhodnutí nabídnout pacientům slevový kupon (nejdříve na 100, později na 300 dolarů) bylo kritizováno politiky i pojišťovnami, které krok označily za povrchní gesto, které stále zatěžuje zdravotní plány významné části pacientů plnou cenou. Senátor Richard Blumenthal označil slevový program za průhlednou PR kampaň, která jen maskuje přemrštěné a bezcitné zvýšení cen. Zároveň vyzval soudní výbor Senátu a Federální obchodní komisi, aby postup společnosti Mylan prošetřily.

Heather Bresch, tehdejší generální ředitelka společnosti Mylan, kritiku nabídky slevového kuponu odmítla komentovat. Reagovala jen prohlášením, že společnost vždy očekávala, že náklady na život zachraňující lék ponese pojišťovny. Společnost následně zesílila lobbistické úsilí pro převedení EpiPen na oficiální seznam preventivní péče, kterou musí plátcí pacientům poskytovat zdarma. Podporovala patientské i lékařské organizace, aby opatření prosazovaly. American College of Allergy, Asthma and Immunology dokonce nabídla, že zaplatí za sérii prací podporujících přidání epinefrinového autoinjektoru na seznam preventivních léků. Výkonný ředitel Dr. Bobby Quentin Lanier nabídku kvůli zjevnému střetu zájmů odmítl. Moc to nevedlo, společnost Mylan ke stejnému účelu zřídila koalici Allergy and Asthma Network, jejíž webové stránky jsou plné příběhů rodin,



jejichž děti nemusely zemřít, i příběhy pacientů, kterým EpiPen život zachránil.

Vedle boje za veřejné financování EpiPen se společnost Mylan angažovala i v lobování za legislativu, která by prospěla prodeji EpiPen v komerční sféře. Šlo o návrh zákona Federálního úřadu pro letectví, nově by vyžadoval autoinjektory s epinefrinem ve všech komerčních letadlech amerických leteckých společností. To by podle studie v Journal of Allergy and Clinical Immunology z června 2019 ročně stálo zhruba 2 miliony dolarů.

V roce 2016 si letecké společnosti u Federálního úřadu pro letectví obhájily čtyřletou výjimku, která byla (také kvůli nedostatku EpiPen v letech 2017⁴ a 2018) na další čtyři roky prodloužena v roce 2020. Ve stejné době vznikla sloučením společností Mylan a Upjohn nová společnost Viatris. Název má symbolizovat cestu (VIA) vedoucí ke třem (TRIS) cílům: rozšiřování přístupu k lékům, inovacím ke splnění potřeb pacientů a být důvěryhodným partnerem pro zdravotníky všude na světě.

Bez ohledu na to ale adrenalinová jízda pokračuje. Až začne příští rok platit nový americký zákon pro letectví, uvidíme, jestli jsou v lobování pro/proti adrenalinu silnější farmaceutické nebo letecké společnosti.

Stanislav HAVLÍČEK

- Podobné ztotožnění zákona s farmaceutickým průmyslem známe i z českého prostředí. Při projednávání zákona o převedení pseudoefedrinu na recept se v roce 2009 tehdejší premiér Topolánek mimo rozpravu, ale v dosahu mikrofonu, zeptal svých kolegů, zda se hlasuje pro nebo proti Zentivě. Nakonec sice hlasovali proti, ale protože i tento zákon byl adrenalinová jízda, vydržela vůle parlamentu za pseudoefedrin na recept „proti Zentivě“ jenom cestu do Senátu.
- EpiPen registrovala FDA už v roce 1987 a při uvedení na trh byla jeho cena 57 dolarů. Adrenalinový autoinjektor (za startovací cenu 300 dolarů za dvojbalení) uvedla Teva na americký trh až v srpnu 2019. Důvodem zpoždění ale byla i zákulisní dohoda s MYLANem, který „na oplátku“ odložil uvedení generického armodafinilu MYLAN (Nuvigil®) proti narkolepsii.
- I to známe z domácího prostředí.
- Z důvodu hrozícího nedostatku zakázalo Ministerstvo zdravotnictví ČR vývoz přípravků EpiPen v dubnu 2017.

OSVĚDČENÍ K VÝKONU LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná od 1. 9. do 1. 10. 2023

Zrušená osvědčení

724/2021	PharmDr. Miloš Matějů, Gemini Pankrác, Na Pankráci 1724/129, Praha 4	344/2017	PharmDr. Stanislava Moudrá, Lékárna U černého orla, Masarykovo nám. 17, Nový Jičín
674/2015	Mgr. Doubravka Němcová, Lékárna Magistr Tom + zdravá výživa, Růžové náměstí 2128/5, Boskovice	474/2023	PharmDr. Taťána Petráková, Lékárna 2.0, Martinkova 253/7, Brno, Černá Pole
571/2021	Mgr. Doubravka Němcová, Magistr TOM s. r. o., Fryčajova 77/18, Brno	493/2023	PharmDr. Taťána Petráková, Lékárna 2.0 s. r. o., Martinkova 253/7, Brno
250/2023	Mgr. Doubravka Němcová, Lékárna Atlas s. r. o., Optátova 1a, Brno-Jundrov	788/2022	PharmDr. Daniela Vítková, BENU Lékárna Kaufland Hloubětín, Kolbenova 1141/35, Praha 9
764/2022	PharmDr. Matyáš Palan, BENU Lékárna, Prologis Park Prague-Chrástany, hala DC 2, ul. Sev., Chrástany	851/2022	PharmDr. Jana Peléšková, Lékárna U Anděla Strážce, H. Synkové 945, Brumov-Bylnice
819/2022	PharmDr. Marek Farkašovský, Lékárna Dr.Max, Studentská 1709/131, Plzeň	852/2022	PharmDr. Jana Peléšková, Cordis Apotheke s. r. o., H. Synkové 945, Brumov-Bylnice
759/2014	Mgr. Vasyl Tysjačny, Lékárna Hradisková, Hradisková 84, Jablonné nad Orlicí	280/2006	PharmDr. Pavel Navrátil, Lékárna U Lucie, J. Stancla 152, Uherské Hradiště
760/2014	Mgr. Vasyl Tysjačny, LÉKÁRNA HRADISKOVÁ s. r. o., Hradisková 84, Jablonné nad Orlicí	181/2023	PharmDr. František Lopaur, Dr.Max LÉKÁRNA, Jiráskova 1331, Kyjov
314/2016	Mgr. Marta Mazel Tonarová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING a. s., Nové sady 996/25, Brno	311/2022	PharmDr. Dmitrij Borkovský, Lékárna BENU, Vysočanská 382/20, Praha 9
359/1995	PharmDr. Hana Bazjuková, Lékárna Jizerka, Jablonecká 423, Praha 9	523/2021	Mgr. Ivana Zbořilová, Lékárna Olšanská, Olšanská 7, Praha 3
526/2016	Mgr. Jana Přikrylová, Lékárna, Komenského 733, Bílovice nad Svitavou	524/2021	Mgr. Ivana Zbořilová, Multienergo a. s., Vinohradská 176, Praha 3
905/2021	Mgr. Hana Pospíšilová, Chytrá lékárna, Palackého třída 2522/137, Brno	207/2023	Mgr. Veronika Kašílková, Lékárna Nemocnice v Semilech, 3. května 421, Semily
885/2022	Mgr. Hana Hrušková, Chytrá lékárna, Kobližná 71/2, Brno	616/2021	Mgr. Olga Mikšíková, Lékárna AVE, Počernická 699/62c, Praha 10
188/1994	Mgr. Dagmar Cézarová, Lékárna Pod branou, Nádražní 833, Pelhřimov	463/2014	PharmDr. Lina Al Yahya, Lékárna FLORA, Hornomlýnská 1231/7, Praha 4
43/2021	PharmDr. Miroslava Mercová, BENU Lékárna, OC Kaufland, Střelnická 2270/46, Praha 8	464/2014	PharmDr. Lina Al Yahya, FLORA PHARM s. r. o., Hornomlýnská 1231/7, Praha 4
116/2016	Mgr. Martin Všetečka, Lékárna Selská, Selská 102/104, Brno	712/2014	Mgr. Dagmar Foltová, Lékárna U sv. Jana, Blanická 1068/187, Ostrava-Stará Bělá
117/2016	Mgr. Martin Všetečka, Redant med s. r. o., Měřičkova 1327/75, Brno	382/2014	PhMr. Rudolf Krouza, Lékárna U Panny Marie Pomocné, Mírové nám. 16, Jesenice u Rakovníka
600/2022	PharmDr. Marta Novotná, Dr.Max LÉKÁRNA, Víta Nejedlého 1063, Hradec Králové	383/2014	PhMr. Rudolf Krouza, HM 76 s. r. o., Havlíčkova 932/14, Plzeň
164/2021	Mgr. Ludmila Holecová, Lékárna Na poliklinice Spořilov, Božkovská 2967/4, Praha 4	558/2023	Mgr. Michal Gryc, Lékárna Centrální, náměstí Míru 17, Mladá Boleslav
203/2023	PharmDr. Magdalena Riegerová, Lékárna U Bílého Iva Jarov, Koněvova 223, Praha 3	559/2023	Mgr. Michal Gryc, Centrální s. r. o., Želivská 420/22, Praha 9
606/2022	Mgr. Helena Rygllová, Dr.Max LÉKÁRNA, Jeronýmova 750, Hradec Králové	479/2017	Mgr. Kateřina Kaukalová, Lékárna Azalea, Tovární 1057, Chodov
718/2021	Mgr. Ing. Tatiana Princová, Lékárna Neopharm Štefánikova, Štefánikova 338/41, Praha 5	220/2010	Mgr. Dagmar Nieslaniková, Lékárna Amara, Černá 830, Třinec
729/2020	PharmDr. Ivana Sokolová, Lékárna U černého orla, Masarykovo nám. 17, Nový Jičín	783/2022	Mgr. Jiří Sedláček, Dr.Max lékárna, Vrchlického 1038/11, Děčín
		380/2021	PharmDr. Jana Rusnoková, Lékárna Na kopci, Na Záguří 6a/705, Havířov

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

496/2021 PharmDr. Jana Rusnoková, K. L. M. Havířov spol. s r. o., Mánesova 535/29, Český Těšín

660/2020 PharmDr. Lenka Rachačová, Dr.Max LÉKÁRNA, Štefánikova 1157/9, Kopřivnice

Vydaná osvědčení pro vedoucí lékárníky

519/2023 Mgr. Markéta Kameníková, Lékárna LEMON OC Koloseum, tř. Gen. Janouška 2854/2, Přerov, Health and Beauty shops s. r. o.

565/2023 Mgr. Monika Potočná, Dr.Max Lékárna, Tovární 1342/12, Praha 7, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

566/2023 Mgr. Filip Adámek, Lékárna Dr. Max, Chilská 1, Praha 4, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

575/2023 PharmDr. Eva Balonová, BENU lékárna, Alešova 591, Bohumín, BENU Česká republika s. r. o.

577/2023 PharmDr. Eva Bertová, BENU Lékárna OC Stará Boleslav, Boleslavská, Stará Boleslav-Brandýs/Labem, APOVISION s. r. o.

579/2023 Mgr. Beata Coulibaly, Lékárna Na Poliklinice, B. Němcové 442, Hostinné, Lékárna Rosa s. r. o.

581/2023 PharmDr. Markéta Důžková, Dr.Max LÉKÁRNA, Jiráskova 2181, Litvínov, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

582/2023 PharmDr. Marcel Dzoba, BENU Lékárna, Štefánikova 6, Praha 5, BENU Česká republika s. r. o.

583/2023 PharmDr. Vanesa Gajdošová, BENU Lékárna, Seydlerova 2451, Praha 5, BENU Česká republika s. r. o.

586/2023 Mgr. Nikola Gogolínová, Gemini Pankrác, Na Pankráci 1724/129, Praha 4, Nemocniční lékárny s. r. o.

587/2023 Mgr. Eva Hladílková, Dr.Max Lékárna, 8. května 515/19, Olomouc, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

589/2023 Mgr. Hana Hrušková, Chytrá lékárna, Palackého třída 2522/137, Brno, Chytrá lékárna a. s.

590/2023 PharmDr. Veronika Hubová, Dr.Max LÉKÁRNA, nám. Míru 350, Kroměříž, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

592/2023 Mgr. Jaroslava Hurychová, Lékárna U nemocnice, J. E. Purkyně 1138, Litomyšl, Lékárny se srdcem na dlani s. r. o.

593/2023 Mgr. Lukáš Jílek, Dr.Max LÉKÁRNA, Čestmírova 363/1, Praha 4, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

594/2023 PharmDr. Olga Kačenkova, Dr.Max LÉKÁRNA, Obvodová 3313/13 b, Kroměříž, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

595/2023 Mgr. Markéta Kadlíčková, Dr.Max LÉKÁRNA, Stolařská 1758, Veselí nad Moravou, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

596/2023 Mgr. Katarína Koulová, Lékárna Čumpelíkova, Čumpelíkova 2, Praha 8, SANOVIA a. s.

597/2023 Mgr. Marika Kučerová, BENU Lékárna, Prologis Park Prague-Chrástčany, hala DC 2, ul. Sev., Chrástčany, BENU Česká republika s. r. o.

598/2023 Mgr. Jindřich Kujíček, Dr.Max LÉKÁRNA, Sokolská 5300, Zlín, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

599/2023 Mgr. Dana Langmajerová, Lékárna IPC Janského, Janského 2254/45, Praha 5, PhaMed a. s.

600/2023 PharmDr. Daniela Lenardová, Dr.Max LÉKÁRNA, Studentská 1709/131, Plzeň, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

601/2023 Mgr. Ludmila Levkocová, Lékárna Azalea, Tovární 1057, Chodov, PHARMA J a J, s. r. o.

602/2023 Mgr. Milada Mrázková, Lékárna LEMON, ul. Míru 397, Javorník, Health and Beauty shops s. r. o.

604/2023 Mgr. Břetislav Ovesný, Lékárna 605-13, Družba 1189, Brumov-Bylnice, Hradištská lékárenská s. r. o.

605/2023 Mgr. Inka Pavlasová, Dr.Max LÉKÁRNA, Masarykovo náměstí 3090/15, Ostrava 1, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

606/2023 PharmDr. Iveta Pelíšková, Lékárna Pacov, Žižkova 1051, Pacov, Kolář Jan Mgr.

608/2023 PharmDr. Taťána Petráková, Lékárna 2.0, Martinkova 253/7, Brno, Černá Pole, Lékařům servisní s. r. o.

610/2023 Mgr. Martina Pikulová, Dr.Max LÉKÁRNA, Oslavanská 1548, Ivančice, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

611/2023 PharmDr. Helena Pipotová, Lékárna – Mgr. Jana Bártová s. r. o., Pod školkou 511, Jílové u Prahy, Lékárna – Mgr. Jana Bártová s. r. o.

612/2023 Mgr. Hana Pospíšilová, Chytrá lékárna, Kobližná 71/2, Brno, Chytrá lékárna a. s.

614/2023 PharmDr. Miloš Potužák, Lékárna 207-09, Tyršova 896, Bakov nad Jizerou, RNDr. Jana Potužáková

615/2023 Mgr. Lenka Procházková, Dr.Max LÉKÁRNA, Leštinská 2429/1, Zábřeh na Moravě, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

616/2023 PharmDr. Lenka Richterová, Lékárna U zlatého draka, Unhošťská 2533, Kladno, VK PHARMA Kladno

617/2023 Mgr. Lýdie Rumanová, Lékárna U Anděla Strážce, H. Synkové 945, Brumov-Bylnice, Cordis Apotheke s. r. o.

618/2023 PharmDr. Daniela Rybková, Lékárna Sadská, Palackého náměstí 4, Sadská, Nemocniční lékárny s. r. o.

619/2023 Mgr. Renata Samiecová, BENU Lékárna OC Kaufland, 9. května 1197, Bohumín, BENU Česká republika s. r. o.

620/2023 PharmDr. Kateřina Slavíčková, Lékárna AVE, Strojírenská 3581, Havlíčkův Brod, AVE Healthcare s. r. o.

- 621/2023 Mgr. Kristýna Stará, Dr.Max LÉKÁRNA, Milady Horákové 11, Chrudim, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 622/2023 Mgr. Dagmar Stloukalová, Lékárna Magistr Tom + zdravá výživa, Růžové náměstí 2128/5, Boskovice, Magistr TOM s. r. o.
- 624/2023 PharmDr. Iva Sýkorová, Lékárna Pod Synagogou, Sokolovská 193, Milevsko, Bernot Ondřej – Humanika
- 626/2023 PharmDr. Monika Syrová, Lékárna KHN a. s., Zakladatelská 975/22, Karviná, Karvinská hornická nemocnice a. s.
- 627/2023 PharmDr. Veronika Škrlová, Lékárna Dolní Kralovice, Dolní Kralovice 8, Dolní Kralovice, VLAŠIMSKÁ lékárna a. s.
- 628/2023 PharmDr., Ing. et Ing. Pavel Škvor, MBA, Lékárna Nemocnice v Semilech, 3. května 421, Semily, MMN, a. s.
- 629/2023 Mgr. Marcela Štěpánová, Lékárna Hradisková, Hradisková 84, Jablonné nad Orlicí, LÉKÁRNA HRADISKOVÁ s. r. o.
- 630/2023 Mgr. Jana Valeriánová, Lékárna Slunce, Okružní 5290, Zlín, SANOVIA a. s.
- 631/2023 Mgr. Laura Vaníčková, Dr.Max LÉKÁRNA, Oualova 1844, Slaný, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 633/2023 PharmDr. Daniela Vítková, BENU Lékárna OC Kaufland, Střelnická 2270/46, Praha 8, BENU Česká republika s. r. o.
- 635/2023 Mgr. Alžběta Nezbedová, Lékárna PORT7, Pod Drahou 7, Praha 7, Lékárna PORT7 s. r. o.
- 637/2023 PharmDr. Kateřina Šuttová Hráčová, Dr.Max Lékárna, Vodičkova 792/40, Praha 1, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 645/2023 Mgr. Miroslava Antálková, Lékárna Pod Cvilínem, Opavská 48, Krnov, SANOVIA a. s.
- 649/2023 Mgr. Martin Všetečka, Lékárna Selská, Selská 102/104, Brno, Magistr Martin s. r. o.
- 654/2023 Mgr. Jana Přikrylová, Lékárna Bílovice, Komenského 733, Bílovice nad Svitavou, Vital Med s. r. o.
- 660/2023 Mgr. Petra Horčíková, BENU lékárna OC Kaufland, Švestkový sad, Moravská Třebová, BENU Česká republika s. r. o.
- 666/2023 PharmDr. Hana Mrňová, Lékárna Hrotovice, Zákostelní 611, Hrotovice, LEKOM s. r. o.
- 686/2023 Mgr. Petra Kořínková, Dr.Max LÉKÁRNA, U Pivovarské zahrady 793/5, Ústí nad Labem, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING a. s.
- 703/2023 PharmDr. Marie Pešlová, Lékárna Olšanská, Olšanská 7, Praha 3, Multienergo a. s.
- 713/2023 Mgr. Eva Álló, Lékárna Na kopci, Na Záguří 6a/705, Havířov, K.L.M. Havířov spol. s r. o.
- 716/2023 Mgr. Zuzana Čechová, Lékárna U černého orla, Masarykovo nám. 17, Nový Jičín, Lékárna U Černého orla Nový Jičín s. r. o.
- 718/2023 Mgr. Jana Drozdová, Lékárna Centrum, Benešovo nám. 424/9, Teplice, BENU Česká republika s. r. o.
- 719/2023 Mgr. Tereza Gabalcová, Dr.Max LÉKÁRNA, Víta Nejedlého 1063, Hradec Králové, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 720/2023 Mgr. Lukáš Höchtberger, MAGISTRA Lékárna Opatov, Bohúňova 1550/19, Praha 4, MAGISTRA a. s.
- 721/2023 PharmDr. Petra Mašlejová, Dr.Max LÉKÁRNA, Jabloňová 2137/13, Praha 10, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 722/2023 Mgr. Olga Mikšíková, Lékárna AVE, Počernická 699/62c, Praha 10, Lékárna AVE s. r. o.
- 723/2023 Mgr. Eva Nováková, Dr.Max LÉKÁRNA, Jiráskova 1331, Kyjov, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 724/2023 PharmDr. Marta Novotná, Dr.Max LÉKÁRNA, Jeronýmova 750, Hradec Králové, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 725/2023 PharmDr. Dita Rohrbacherová, Lékárna U Jižního, Skrétova 47, Plzeň, TREVIN Pharm s. r. o.
- 726/2023 PharmDr. Monika Řezníková, MBA, Lékárna MODRÝ PAVILON s. r. o., Chittusih 9, Slezská Ostrava, MODRÝ PAVILON, s. r. o.
- 727/2023 PharmDr. Petra Vítovcová, Lékárna Bořislavka Dr.Max, Evropská 866/71, Praha 6, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 728/2023 Mgr. Stanislava Žižková, Lékárna Lobeček, Dr. E. Beneše 827, Kralupy nad Vltavou, Lékárna Lobeček s. r. o.
- 732/2023 Mgr. Helena Rusková, Lékárna U černého orla, Minská 104, Brno, Pharm Lab s. r. o.
- 734/2023 PharmDr. Michaela Faktorová, BENU Lékárna, Kaufland Třeboň, Jiráskova 1315, Třeboň, BENU Česká republika s. r. o.
- 735/2023 Mgr. Katarína Frídlová, Dr.Max LÉKÁRNA, Janáčkova 4266/13, Prostějov, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 736/2023 PharmDr. Elena Nováková, Lékárna U Kostelíčka, Štrossova 231, Pardubice, Chytrmed s. r. o.
- 737/2023 Mgr. Tomáš Plucha, BENU Lékárna, Dlouhá třída 860/1A, Havířov, BENU Česká republika s. r. o.
- 738/2023 PharmDr. Magdalena Riegerová, Lékárna Neopharm Štefánikova, Štefánikova 338/41, Praha 5, Pražská lékárnická s. r. o.
- 739/2023 PharmDr. Marie Sváčková, Dr.Max LÉKÁRNA, Tovární 194, Český Krumlov, Domoradice, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 740/2023 Mgr. Kristýna Šetková, Dr.Max Lékárna, Červené Vršky 2448, Benešov, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 741/2023 PharmDr. Iveta, Tichá, Nová lékárna, nám. Míru 63, Svitavy, Tomanová lékárny s. r. o.
- 742/2023 Mgr. Dagmar Nieslaníková, Lékárna Amara, Černá 830, Třinec, SANOVIA a. s.

(člnek)

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

ZA PODPORY SPOLEČNOSTI LEROS, s. r. o.

Přihlašování na: www.lekarnici.cz.

Platba v hotovosti na místě není možná.

Účastnický poplatek uhradte podle pokynů při přihlášení bankovním převodem na účet č.: 35-7905240297/0100, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději do 10 dnů před konáním semináře. Semináře se mohou zúčastnit pouze předem přihlášení zájemci s řádně uhrazeným účastnickým poplatkem. Přihlášení účastníci bez zaplaceného poplatku budou z organizačních důvodů odhlášeni 10 dnů před konáním semináře a jejich místa budou uvolněna pro ostatní zájemce.



Pokud váháte s přihlášením na Interaktivní dispenzační seminář, podívejte se **ZDARMA** na **Záznam webináře – Jak probíhají interaktivní dispenzační semináře – praktické ukázky**, který naleznete pod číslem 22031. Přihlašování na: www.lekarnici.cz. Po úspěšném vyplnění testu získáte 3 body do CV.

LISTOPAD

4. 11. 2023 Liberec (kód semináře: 23127)

Obchodní akademie, Šamánkova 500/8, od 8.30 hodin

Téma: Farmakoterapie v ordinaci praktického lékaře

U ambulantně léčených pacientů má adherence k předepsané farmakoterapii zásadní vliv na průběh a kontrolu nemoci. Zvlášť důležitá je podpora adherence u pacientů s chorobami, které nezpůsobují bezprostřední obtíže, jako jsou hypertenze, diabetes mellitus nebo chronická renální insuficience. Během semináře budou s praktickou lékařkou diskutovány možnosti podpory adherence i nové možnosti léčby výše uvedených chorob.

Lektoři: MUDr. Zuzana Kofferová, PharmDr. Aleš Mareček

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 14

7. 11. 2023 Ústí nad Labem (kód semináře: 23109)

Pivovarská Šenkovna, Velká hradební 235, od 17.30 hodin

Téma: Antibiotická terapie v kazuistikách (opakování teplického semináře z 16. 9. 2023)

V úvodu budou probrány teoretické aspekty racionální antibiotické terapie, v druhé části pak budou diskutovány kazuistiky. Cílem je pochopení principu výběru antibiotika a volby jeho dávkování, dále budou diskutovány možné nežádoucí účinky a další rizika jednotlivých skupin ATB.

Lektoři: Mgr. Renata Kuželová, MUDr. Petr Tamler

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

7. 11. 2023 Brno (kód semináře: 23108)

místo konání bude upřesněno, od 16.30 hodin

Téma: Spasmolytika a myorelaxancia v lékárenské praxi (opakování třebského semináře z 19. 4. 2023)

Zaměříme se na možnosti a limity využití spasmolytik a myorelaxancií v symptomatické léčbě bolestivých stavů.

Lektoři: MUDr. Jana Nováková, Ph.D. (LF, MU Brno),

PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D. (FaF MU Brno)

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

14. 11. 2023 Opava (kód semináře: 23118)

salonek hotelu Iberia, Pekařská 11, od 18.00 hodin

Téma: Hormonální farmakoterapie v gynekologii

Léčba poruch menstruačního cyklu, premenstruální syndromy, nové pohledy na antikoncepční přípravky, klimakterické potíže.

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová,

prim. MUDr. Marek Fabián (SN Opava) nebo

MUDr. Hana Palasová (FN Ostrava Poruba)

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

15. 11. 2023 Kladno (kód semináře: 23110)

Oblastní nemocnice Kladno, Vančurova 1548, posluchárna C1, od 17.30 hodin

Téma: Diabetologie I

Lektoři: Mgr. Zuzana Vašířová, MUDr. Dagmar Pašková

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

15. 11. 2023 Praha (kód semináře: 23113)

Sídlo ČLnK, Rozárcina 1422/9, Praha 4, od 17.30 hodin

Téma: Farmakoterapie v psychiatrii – VII

Lékové problémy psychofarmak.

Lektoři: PharmDr. Ivana Tašková,

MUDr. Věra Šantrůčková

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

22. 11. 2023 České Budějovice (kód semináře: 23111)

Riegrova 51, od 17.30 hodin

Téma: Psychofarmaka v běžné klinické praxi

Lektoři: PharmDr. Kristina Pechandová Ph.D.,

MUDr. Josef Linhart

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

25. 11. 2023 Olomouc (kód semináře: 23104)

LF UP Olomouc, Ústav Farmakologie – seminární místnost, Hněvotínská 3, od 9.30 hodin

Téma: Racionální farmakoterapie bakteriálních onemocnění a možnosti farmaceutické péče u terapie antibiotiky (opakování olomouckého semináře z 26. 10. 2023)

Na příkladech jednotlivých pacientů bude diskutována racionální farmakoterapie bakteriálních onemocnění se zaměřením na komunitní infekce. Bude též zmíněna role farmaceuta v maximalizaci účinku a minimalizaci rizik antibiotické léčby. Budou diskutovány nežádoucí účinky a lékové interakce antibiotické léčby a jejich management z pohledu lékárníka.

Lektoři: PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D.,

prim. MUDr. Yvona Směšná, Ph.D.

(nebo prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.)

Poplatek: 600 Kč, počet bodů: 16

28. 11. 2023 Nový Jičín (kód semináře: 23119)

Hotel Abácie, B. Martinů 1884/1, salonek Botanika, od 18.00 hod.

Téma: Hormonální farmakoterapie v gynekologii (opakování opavského semináře ze 14. 11. 2023)

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová,

Prim. MUDr. Marek Fabián (SN Opava) nebo

MUDr. Hana Palasová (FN Ostrava Poruba)

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

29. 11. 2023 Tábor (kód semináře: 23112)

Centrum univerzita Tábor, Vančurova 2904, posluchárna B 203,
od 17.30 hodin

Téma: Psychofarmaka v běžné klinické praxi (opakování českobudějovického semináře z 22. 11. 2023)

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

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

GARANTOVANÝ KURZ ČLnK**Léčivé rostliny**

Cílem garantovaného kurzu s tematikou léčivých rostlin je rozšíření nabídky garantovaných vzdělávacích aktivit ČLnK pro lékárníky se zájmem o rozšiřování svých odborných znalostí v oboru. Lékárník má ve skupině zdravotnických pracovníků ojedinělé vzdělání v oboru farmakognosie, kterou může uplatňovat v každodenní dispenzační praxi. Pacienti by měli mít možnost získat v lékárně relevantní informace o látkách přírodního původu odpovídající současnému stavu EBM personalizované ke konkrétní osobě pacienta.

Odborná náplň kurzu: Kurz obsahuje ucelené kapitoly dle farmakoterapeutických skupin. V každé skupině je definován seznam léčivých rostlin, které budou účastníkům představeny ve formě monografií s přehledem účinných látek, terapeutického využití, možných kontraindikací, nežádoucích účinků či speciálních upozornění včetně lékových interakcí, nebo využití v průběhu těhotenství a kojení. Po monografických přehledech jsou jednotlivé rostliny zasazeny do kontextu vhodné kombinace při farmakoterapii nebo při samoléčbě s navazujícím představením praktických kasuistik. Účastník kurzu získá ucelené přehledové monografie jednotlivých léčivých rostlin a možnosti navazující fytotherapie v prostředí lékárny.

**Čas a místo konání: pátek, 1. 2. 2023, 9.00–18.00 hodin
sobota, 2. 12. 2023, 9.00–15.00 hodin
Hotel ILF, Budějovická 15/743, Praha 4**

Přednášející: PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D.,
PharmDr. Jan Martin, Ph.D.,
PharmDr. Alice Sychrová, Ph.D.,
prof. PharmDr. Karel Šmejkal, Ph.D.

Přihlašování pro lékárníky: www.lekarnici.cz → sekce Vzdělávání → Akce pořádané ČLnK.

Poplatek pro lékárníky: 3 000 Kč

Po přihlášení na kurz zašlete platbu na účet číslo 35-7905240297/0100, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře (23042).

Akce je ohodnocena 33 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Generálním partnerem kurzu je společnost Schwabe Czech s. r. o.



Za Českou lékárnickou komoru vedoucí oddělení vzdělávání: Martina Settelmayerová, tel.: +420 737 532 819, e-mail: vedoucivzdelavani@lekarnici.cz

Klinické zkušenosti s léčebným konopím

Seminář je věnován problematice léčebného konopí a jeho aktuálnímu využití ve zdravotnických zařízeních. Druhé pokračování cyklu seminářů se zaměřuje především na novinky implementované v posledních letech a navazuje **na Doporučený postup konopí pro léčebné použití České lékárnické komory**. V přednáškách jsou zahrnuty legislativní novinky, nové možnosti využití standardizovaných extraktů, aktualizace klinických studií souvisejících s léčebným konopím a hlavními obsahovými látkami THC a CBD, nebo možnosti využití léčebného konopí v dermatologii.

Změny legislativy v minulém roce otevřely nové možnosti využití léčebného konopí, zejména zpřístupněním extraktů z léčebného konopí. Nové zkušenosti s těmito extrakty je třeba aplikovat do lékařské i lékárnické praxe.

Přijměte pozvání na seminář, který se uskuteční 6. 11. 2023 v hotelu ILF, Budějovická 15, Praha 4, od 17.30 do 20.30 hod.

Přednášející: PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D. a MUDr. Radovan Hříb
Poplatek: lékárníci: 400 Kč, farmaceutičtí asistenti: 700 Kč

Přihlašování pro lékárníky na: www.lekarnici.cz sekce Vzdělávání → Akce pořádané ČLnK, kód semináře 23027.

Akce je pořádána Českou lékárnickou komorou ve spolupráci s firmou Canopy Growth Czech s. r. o., a je ohodnocena 8 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

**Aktuální lékárnická legislativa**

Tématem seminářů Aktuální lékárnická legislativa budou jako obvykle legislativní změny týkající se lékařské péče aktuální k datu konání. Vedle nových právních předpisů budou představeny nejzajímavější problémy z právní poradny České lékárnické komory a rovněž bude příležitost k odpovědím na otázky položené během semináře.

Číslo akce	Termín	Město
23092	14. 11. 2023	Pardubice – Dům techniky
23093	21. 11. 2023	Karlovy Vary – Hotel Dvorana
23094	5. 12. 2023	České Budějovice – Riegrova 51
23095	12. 12. 2023	Zlín – Interhotel Zlín
23096	13. 12. 2023	Olomouc – BEA Centrum

Přednášející: Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík (právní poradce ČLnK)

Čas: vždy od 18.00 do 20.30 hodin

Přihlašování pro lékárníky na: www.lekarnici.cz → sekce Vzdělávání → Akce pořádané ČLnK.

Poplatek: 500 Kč

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

Akce je ohodnocena 6 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

TAK TO VIDÍM JÁ

Má svědomí právo se proti něčemu vyhrazovat?

Objeví-li se polemika ohledně výhrady svědomí, napadá mě spousta otázek, které bych ráda položila odpůrcům.

A ráda bych si poslechla také jejich odpovědi.

Třeba proč se použití výhrady svědomí jeví tolika lidem jako neprofesionální? Nebo proč to obvykle vypadá, že výhradu svědomí uplatňují jen lidé s nějakým náboženským přesvědčením nebo (amorfním a potenciálně podivným) světonázorem? To v lepším případě. Jindy se zdá, že je přisuzována jen pánbíčkářům a tmářům z římskokatolické církve. Copak je svědomí jen pro věřící lidi? Svědomí přece aspoň někdy hryzalo každého člověka. Nebo odpůrci výhrady svědomí nemají svědomí? A co to vůbec je svědomí? Na tyto otázky zde hledám odpověď i já. Ano, jsem zastánkyní výhrady svědomí, a právě proto chci hledat odpovědi především na nekonfesním poli.

Jsou i otázky, které jdou blíž ke konkrétním problémům: Je početí dítěte a těhotenství nemoc? Užití (postkoitální) antikoncepce se vejde do zákona o lécivech jen proto, že kromě prevence a léčení se léciva používají i k ovlivnění fyziologických funkcí. Do těchto odpovědí se nyní nechci pouštět.

Pojem svědomí

Definovat svědomí se pokouší různé vědní obory, například:

- filosofie (mlčenlivé volání – Heidegger; praktický rozum a hlas vnitřního soudu – Kant)
- sociologie (vnitřní mravní regulativ člověka, způsobilost jedince provádět sebekontrolu, samostatně formulovat mravní povinnosti (především vlastní) a provádět sebehodnocení vlastních činů – sociologická encyklopedie)
- psychologie (mravní vědomí, schopnost sebereflexe a schopnost rozeznat dobré od zlého a následně podle toho jednat – wikipedie, diplomová práce Výhrada svědomí ve zdravotnictví)
- teologie (katolická – vnitřní hlas, odkrývající člověku zákon, který si člověk sám neukládá, který ale musí poslouchat; jeho hlas člověka vybízí, aby miloval a konal dobro a vyhýbal se zlu – katechismus)

Definici svědomí nenacházíme v právních předpisech. V Listině základních práv a svobod je zaručena svoboda svědomí. Pojem svědomí zde definován není. Svědomí patří k vnitřní výbavě osoby. Formuje se na základě mravních zásad, jež se přenáší do nitra jedince skrze jeho myšlení. Svoboda svědomí se může uplatnit projevením našeho myšlení – v této situaci nás chrání svoboda projevu. Nebo odkryjeme-li výčitky svědomí spojené s náboženstvím – a měla by nás ochránit

svoboda náboženského vyznání (diplomová práce Výhrada svědomí ve zdravotnictví).

Dále jsem o svědomí na wikipedii našla tyto informace: Svědomí navazuje na schopnost sebereflexe člověka a je atributem lidské osoby. Svědomí je kontrolní instance, která zajišťuje integritu osoby a soulad jejího jednání v životě. Své svědomí nemá člověk v ruce a nemůže s ním disponovat. Svědomitý člověk cítí, že jej svědomí často vede k tomu, aby odsoudil své minulé jednání nebo ho nabádá, aby něco neudělal, i když se mu chce. Svědomitý člověk vnímá, co je dobré nebo zlé nejen z pohledu vlastního zájmu.

Výhrada svědomí

Výhrada svědomí je koncept umožňující řešit **závažné** konflikty svědomí. Jde o možnost odmítnout udělat něco, k čemu by byl nějak právně zavázán, pokud je to v rozporu s jeho svědomím (svoboda projevu) nebo s morálním učením náboženství, které vyznává (svoboda náboženská), a to, aniž by za to byl postihnut. V systémech mnoha států se uplatňuje hlavně v oblasti vojenské služby a medicínské praxe (wikipedie; diplomová práce Výhrada svědomí ve zdravotnictví).

Chápu, že výhrady lékárníka vůči hormonální či postkoitální antikoncepci nemusí někomu připadat jako závažný problém. A to je právě ono. Svědomí je vnitřní hlas, proto není právně definován.

Uplatnění výhrady svědomí u výdeje hormonální antikoncepce nevnímám jako neprofesionální. To, co o ní ze své profese vím, mi stačí, abych ji nepovažovala za nejlepší způsob plánování rodičovství. Kolik endokrinních disruptorů se díky ní dostane do životního prostředí, kolika ženám ublíží na zdraví. Pokud navíc vnímáte čerstvě počaté dítě jako člověka, kterému jde o život... Navíc existují jiné, šetrnější, i když třeba namáhavější, způsoby plánování rodičovství. Při uplatnění výhrady svědomí tedy nejde o můj zájem, ale o to, že mi svědomí nedá, abych takový „sajrajt“, pardon toto lécivo, vydávala bez uzardění a bez výčitek svědomí.

Na závěr ocituji aforismus Stanislawo Jerzyho Lece:

„Měl čisté svědomí. Nikdy ho nepoužíval.“ (poeta.cz)

Tento text není vědeckým ani vyčerpávajícím pojednáním. Důležitým zdrojem informací mi byla hlavně diplomová práce Andrei Nedůchalové Výhrada svědomí ve zdravotnictví (právnícká fakulta UP Olomouc, 2018), zajímavý byl rovněž text Adama Doležala Výhrada svědomí – ano či ne? (zdravotnickepravo.info).

Děkuji též svému manželovi J. Dudovi za podporu a otevřenou diskusi nad tímto tématem.

Mgr. et Mgr. Vladka DUDOVÁ

Svědomy farmaceuta v kontextu práva

Chtěla bych zareagovat na článek kolegy Daniela Cvejna z 9/2023 „Filipika proti výhradě svědomí zdravotníků (a lékárníků především)“. Hned na úvod chci ocenit, že své názory dokáže perfektně zdůvodnit.

Tuto problematiku jsem před 10 lety zpracovávala ve své rigorózní práci „Možnosti a limity výhrady svědomí farmaceuta v kontextu právního řádu České republiky“. Ani mi nešlo o rigorózní titul. To byla jen pomyslná třešnička na dortu. Spíše jsem se chtěla nad tímto tématem, důležitým pro mě i pro nemálo mých známých kolegů, zamyslet. Bohužel tento spis nenaleznete na internetu. Jen jakýsi krátký výtah z něj na prolekare.cz/casopisy/ceskaaslovenskafarmacie. Ale v elektronické podobě ho mám, tudíž ho případným zájemcům velmi ráda pošlu (mikeila.k@volny.cz).

Ráda bych podotkla, že dle dotazníku, rozesílaného jako součást dotyčné práce do stovek lékáren v různých částech naší vlasti a předloženého studentům 5. ročníku VFU, vyšlo najevo, že výhrada svědomí farmaceuta se netýká jen hormonální, potažmo postkoitální antikoncepce, ale i léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu, které za účelem zneužití k přípravě pervitinu dle zkušeností kupují více muži než ženy. Na mém prvním pracovišti docházelo ke slovním útokům, a jednou i fyzickému, když jsme několikrát ze skupiny narkomanů již dotyčný přípravek odmítli vydat a lékárny v nejbližším okolí je právě z důvodu

výhrady svědomí nevydávaly vůbec. Zde jsme se dostali do konfliktu nejen s těmito „pacienty“, ale i s nadřízenými nefarmaceuty, pro které prodej těchto přípravků znamenal samozřejmě zisk. Mezi další přípravky, které kolegové uvedli, patří homeopatie (budiž, pro ty si skutečně chodí více ženy), vakcíny, vyrobené pomocí buněk z potracených lidských plodů, doplňky stravy ze žraločích chrupavek či injekční stříkačky a jehly narkomanům (Ačkoli zde jsou naopak někteří kolegové rádi, že si je dotyční alespoň mění.) Výhrada svědomí farmaceutů se však netýká jen výdeje přípravků, ale také některých nekalých praktik, ke kterým je nutí majitelé – nelékárníci. Za všechny baťůžkaření či nelegální reexport. Takže i zde jde o opačnou linii.

Závěrem ještě pro zajímavost: Výhrada svědomí se týká mnoha dalších profesí, např.:

- vojáků, kteří odmítají ve válce zabít
- advokátů, kteří mají zastupovat stranu, jež je v nepravu
- prodavačů, kteří mají prodávat např. tabákové výrobky či časopisy s pornografickým obsahem
- studentů umění, kteří mají malovat akty
- pacientů, kteří nesouhlasí s povinným očkováním nebo pacientů z řad Svědků Jehovových, kteří odmítají transfuzi krve
- rodičů, jejichž děti mají navštěvovat ve školách sexuální výchovu, s jejíž formou nesouhlasí.

PharmDr. Michaela HOBZOVÁ

Odešel RNDr. Petr R. Palouš



S tím, jak stárneme, stoupá pravděpodobnost toho, že budeme konfrontováni se ztrátou svých známých, přátel, či blízkých. Jako děkan Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové jsem tento okamžik zažil mnohokrát, protože jsem v podstatě vyprovodil na poslední cestu většinu svých učitelů. I když to byli, řekněme „cizí“ lidé, nikdy to nebylo snadné, protože když si člověka vážíte, loučení s ním není jednoduché. Je to bolestné. Velmi bolestné.

Zpráva o odchodu Petra Palouše, která mě zcela nečekaně zastihla, mnou skutečně otřásla. A to nejen proto, že ještě dva dny před tím jsme s Petrem strávili krásné a příjemné odpoledne na naší chalupě a skutečně nic nenapovídalo, že bych měl být postaven před drsnou skutečnost, za dva dny se takto loučit.

Petr byl významným západočeským lékárníkem, po revoluci vrcholným pracovníkem ministerstva zdravotnictví a poté členem Dozorčí rady firmy Léčiva, a.s. a co nesmím opomenout, zajišťoval ze strany Léčiv finanční podporu pracovištím naší fakulty. Osobně jsem ho poznal teprve jako děkana fakulty, kdy se velmi angažoval ve Spolku pro vybudování Českého farmaceutického muzea. A to jednak jako organizační pracovník, ale také jako manažer, který byl pro muzeální aktivity schopen obstarat

nemalé sponzorské dary. V rámci tohoto Spolku založil Klub přátel Českého farmaceutického muzea, později přejmenovaného na Klub přátelského setkávání, jehož cílem bylo poznávat lékárny, farmacie a její systém v zemích Evropy a získané zkušenosti, pozitivní či negativní, přenášet k nám. O cestách tohoto Klubu pravidelně informoval čtenáře našeho časopisu, takže kdo jej neznal osobně, mohl jej poznat z jeho článků.

Takových cest s ním lékárníci vykonali 20. Organizace byla vždy naprosto perfektní a mohu říci, že my, kteří jsme s ním cestovali, jsme se na tyto zájezdy vždy zcela nepokrytě těšili. Naposled letos na začátku prázdnin, kdy jsme navštívili španělské Katalánsko. Jeho „cestovní zpráva“ v našem časopise zároveň obsahovala i přehled všech akcí, které za 20 let existence Klubu pořádal. Myslím, že nikdo z nás z ní nevyčetl vlastně to, že se s cestováním a s námi loučí. Osobně si myslím, že ani on ne, protože jsme již měli naplánovanou cestu o příštích prázdninách. 11. září 2023 však všechno změnilo...

Zkrátka, Petře, děkujeme za vše. Za organizaci cest, za rozšiřování obzoru našeho poznání, a to nejen ve farmacii, ale hlavně za Tvé přátelství, za Tvou mimořádnou schopnost spojovat lidi podobného smýšlení.

To, že nám budeš chybět není v tomto případě rozhodně obvyklou frází obsaženou v článcích tohoto druhu, ale prostým a skutečným vyjádřením pocitu Tvých přátel, protože po Tobě zůstává prázdnno, na které si budeme velmi těžko zvykat.

Prof. PharmDr. Alexandr HRABÁLEK, CSc.

Strach a hnus

Zní to jako scénář k lacinému a nepřilíživému originálnímu hollywoodskému filmu. Považte. Píší se 50. léta 20. století a stárnoucí, kdysi slavný spisovatel prožívá souběh osobní a tvůrčí krize. Žije sice na dohled od filmových studií ve slunné jižní Kalifornii a je doživotně velmi dobře zajištěn, ale tím pozitiva končí. Je Brit a do USA se přestěhoval už před válkou, přesto mu Spojené státy odmítají udělit občanství. Poslední román mu vyšel před nějakými šesti, sedmi lety v roce 1946 a byl to propadák. Do toho mu manželka onemocněla rakovinou a prognóza je nepříznivá. Navíc čím dál více sílí podezřívavé hlasy, které zdůrazňují, jak často anglofonní nacistická propaganda zneužívala jeho dílo, a nepřímo ho obviňují, když ne ze sympatií k nacismu, tak aspoň z antisemitských myšlenek. Také proto nemůže prorazit jako hollywoodský scénárista.

Náš hrdina se rozhodne svoje krize řešit jediným způsobem, který umí, psaním. Opráší námět na knihu, který před válkou zamítl jako příliš kontroverzní, reportáž z duše člověka pod vlivem psychedelik. Nejdřív s nimi experimentuje sám, ale nevede se mu. Brzy mu dojde, že pro vytvoření smysluplného díla potřebuje asistenci šikovního lékaře. A přeje mu štěstí. Náhodou se dozví, že jeho dávný známý z britských nejvyšších společenských kruhů je dnes slavným psychiatrem působícím v USA, dokonce relativně nedaleko v Novém Mexiku. A co víc, je specialistou právě na psychedelika. Spisovatel mu píše dopisy, navštěvuje ho na lékařských kongresech. Diskutují spolu, občas se i hádají. Nakonec spisovatel psychiatra přesvědčí, aby u experimentu asistoval.

V neděli 3. května 1953 v 11:00 podá psychiatr spisovateli v jeho domě v Západním Hollywoodu 0,4 g chemicky čistého meskalinu a po příštích dvanáct hodin ho sleduje. Pouští mu vážnou hudbu. Čte mu poezii. Vydá se s ním na krátkou procházku po hollywoodských vršcích. Později experiment zpracuje jako kazuistiku, která se zařadí mezi nejčtenější kazuistiky svého oboru vůbec. Možná i proto, že spisovatel napíše onu původně zamýšlenou reportáž, která se takřka v okamžiku jejího vydání stane skandální, zakazovanou, ale nádavkem také kultovní knihou. Ostatně právě z této knihy pochází dodnes používaný anglický termín „trip“ ve významu stavu po požití halucinogenu či omamné a psychotropní látky. Kniha se stane výchozím bodem pro nastupující beatnickou generaci spisovatelů, zásadně ovlivní následující generaci hippies a podle titulu knihy bude pojmenována jedna z kultovních hudebních skupin definujících kulturu hippies. Spisovatel znovu vystoupá na literární piedestal, na kterém zůstane až do své smrti v roce 1969.

Zde by film nejspíš končil. Smrtí hlavního hrdiny a závěrečnými titulky s dovětkem „natočeno podle skutečné události“. Náš příběh ale teprve začíná. Pokud jste to zatím nepoznali, ve skutečném světě byl spisovatelem Aldous Huxley, kniha se jmenuje Brány vnímání (anglicky *The Doors of Perception*) a kultovní kapela si pro vlastní pojmenování vypůjčila jeho část. Ano, šlo o slavné *The Doors*. Pro pokračování příběhu je ale důležitý

zejména ten psychiatr. Jmenoval se Humphry Osmond a kromě výše popsané epizody se tento velíkán v historii psychiatrie proslavil adrenochromovou hypotézou schizofrenie.

Osmond se totiž ke studiu účinků meskalinu na lidskou psyché dostal oklikou přes studium psychóz. Od první syntézy LSD Albertem Hoffmannem v roce 1938 si psychiatři začali všimnout, že některé příznaky vlivu psychedelik nápadně připomínají příznaky psychóz, zejména schizofrenie. A to byl jen krůček k hledání „endopsychedelika“, hypotetické biogenní molekuly, způsobující dlouhodobé psychotické stavy. Hypotézu endopsychedelik převzal kanadský psychiatr a Osmondův letitý spolupracovník Abram Hoffer, který poukázal na nápadnou podobnost struktury (nor)adrenalinu a tehdy známého halucinogenu meskalinu. Na jejich obranu dlužno podotknout, že adrenalin a noradrenalin (který byl tou dobou považován spíše za metabolit adrenalinu) byly v té době jediné známé a fyziologicky prozkoumané biogenní monoaminy (serotonin byl z krevního séra izolován až v roce 1948, dopamin byl v lidském mozku nalezen až roku 1957, tři roky po vydání knihy *Brány vnímání* a rok po publikování adrenochromové hypotézy. Právě Hoffer a Osmond považovali adrenalin a noradrenalin za žhavé kandidáty na endopsychedelika a systematicky studovali jejich hladiny (v krvi a likvoru) u pacientů s psychózou. Ukázalo se ale, že ani psychotická epizoda ani pozitivní diagnóza psychózy nejsou statisticky významnými faktory ovlivňujícími jakoukoli koncentraci adrenalinu.

Zkoumali dál a našli dobrého kandidáta na endopsychedelikum: adrenochrom (a s ním i alternativní oxidační produkt adrenolutin). Produkt neenzymatické oxidace adrenalinu byl měřen ve zvýšených hladinách u pacientů prožívajících psychózu, nebo u pacientů krátce po psychotické epizodě. Adrenochromová hypotéza schizofrenie byla na světě. Z dnešního pohledu se jeví očividné, že korelace mezi psychotickou epizodou a přítomností adrenochromu je spíše opačná. Psychotická epizoda, zvláště pak paranoidního charakteru, nepochybně a často vede ke strachu či hněvu, tedy emocionálním reakcím spojeným se zvýšeným vyplavováním adrenalinu. Při jeho vysoké hladině přestanou monoaminoxidázy, primární metabolizátory adrenalinu, stíhat jeho zpracování a přebytečný adrenalin v přítomnosti železitých iontů v krvi neenzymaticky oxiduje na adrenochrom (a adrenolutin). Zahrnutí luxusem současných znalostí o chemii a metabolismu monoaminů se snadno dávají knižecí rady kolegům, kteří pracovali s úplně jinou znalostní bází.

A jak to souvisí s Aldousem Huxleym? Nikdo pořádně neví. Humphry Osmond v 60. letech několikrát připustil, že s ním o adrenochromové hypotéze mluvil. Ostatně poprvé s Hofferem tuto hypotézu publikovali v roce 1956, dva roky po vydání knihy *Brány vnímání*. Nádavkem ovšem dodával, že ji spisovatel nejspíš špatně pochopil. Pravdou zůstává, že se v *Branách vnímání* nachází odstaveček popisující neúčinnější psychedelickou drogu všech dob „řádově účinnější než meskalin“ – adrenochrom. Přes všechna později učiněná mírnící vyjádření vypustila tato zdánlivě nepatrná část knihy džina z lahve. V uměleckém prostředí se začalo o adrenochromu „drbat“ jako o úžasném halucinogenu. Kdekdo se toho chytil. A samozřejmě netrvalo dlouho a začaly kolovat „zaručené“ příběhy lidí, kteří měli tu výsadu adrenochrom užít. Co bylo zajímavější, žádná vláda žádné země

se neměla k tomu adrenochrom (na rozdíl od jiných, méně nebezpečně vnímaných látek) zakazovat. Pověst „tajné“ drogy určené jen pro vybrané elity byla na světě. A rostla.

Už roku 1962 si Anthony Burgess, další britský spisovatel, „vypůjčil“ adrenochrom (v jeho slangovém podání drenochrom, v některých překladech hňácp) jako klíčovou složku mléka říznu-tého drogami –moloka, kterým se jeho postavy posilňovaly, když vyrážely na násilnické výpravy v novele Mechanický pomeranč. A pak, v roce 1971 vydal Hunter S. Thompson knihu Strach a hnus v Las Vegas, kde je adrenochrom popisován jako vrcholná droga opulentního několikadenního drogového večírku dvou hlavních postav. Shodou okolností uvedl ve stejném roce Stanley Kubrick do kin zfilmovaný Mechanický pomeranč. Dlužno podotknout, že knihy „Brány vnímání“ i „Strach a hnus v Las Vegas“ nesou silně autobiografické prvky, což pověsti adrenochromu vždy jen přidávalo. Realita adrenochromu je ale poněkud proza-ičtější, než se vyčte z beletristických příběhů.

Ano, adrenochrom je mírně neurotoxická látka. Místo halucinací a psychóz však způsobuje spíše nespecifické (často periferní) neurologické příznaky – závrať, nauzeu, generalizované svědění, tinnitus, třes a někdy i neklid či nespavost. Všechny srovnatelné s příznaky „adrenalinového dojezdu“, což je stav po intenzivním stimulačním zážitku, častém u extrémních sportovců nebo uživatelů stimulantů. Výjimečně může být u extrémních dávek adrenochromu zaznamenána panická ataka či hyperkineze. Navíc se, kromě stavů těsně po psychotické epizodě (což je dosud kontroverzní, protože se Hofferovy a Osmondovy výsledky nepodařilo reprodukovat), jeho hladiny v krvi schizofreniků a zdravých osob statisticky neliší. Adrenochromová hypotéza byla prostě už od začátku až příliš dobrá, než aby byla pravdivá. Podle adrenochromové teorie by totiž šlo minimálně paranoidní schizofrenii léčit velkými dávkami antioxidantů, zejména kyseliny askorbové, nebo megadávkami kofaktorů deaminačních enzymů, tedy riboflavinu a pyridoxinu. Kéž by, ale nejde.

Neznamená to ovšem, že adrenochrom nehraje v centrálním nervovém systému žádnou roli. V současné době je intenzivně zkoumána jeho role v syntéze neuromelaninu. Zejména toho nacházejícího se v Substantia nigra a částečně v Locus caeruleus. Jedná se pravděpodobně o detoxikační mechanismus, který by mohl soutěžit se syntézou neuromelaninu z aminokyseliny. Konkrétní důkazy prozatím chybí, ale teoretizuje se, že fenomén hraje nějakou roli ve vývoji posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Dává to smysl, PTSD vzniká po zážitku spojeném se silnou sekrecí adrenalinu, tedy po hojně přítomnosti adrenochromu v organismu. Místo neurotoxicity, kterou si organismus umí fyziologicky kompenzovat detoxikací, je poměrně závažnou obavou kardiotoxita adrenochromu. Je proto užitečné doporučit pacientům léčeným iMAO spíše méně adrenalinových zážitků.

Stejně jako ostatní „městské legendy“ i ta o adrenochromu časem utichla. Nikdy však zcela nezmizela a za současnou popularitu adrenochromu vděčíme zejména dalšímu kulturnímu titánovi, Terrymu Gilliamovi, který v roce 1998 uvedl filmovou podobu díla Strach a hnus v Las Vegas. Filmaři si faktograficky sice nescytně, ale velmi filmotvorně domysleli zápletku, že



nejlepším (či snad jediným?) zdrojem adrenochromu je lidská epifyza. Pokud jde z lahve vypustit již jednou vypuštěného džina, byl to právě Terry Gilliam, kdo to udělal. Vlna konspiračních teorií, která od té doby zaplavila internet, má tendenci spíše slílit. Jednu z jejích vysokých amplitud šlo zaznamenat před americkými prezidentskými volbami v roce 2016, kdy vrcholila tzv. pizzagate. Jednalo se o konspirační teorii vzniklou na základě uniklých emailů (některých pravděpodobně autentických) z centrály americké Demokratické strany, které naznačovaly, že se její členové minimálně jednou tajně setkali ve washingtonské pizzerii Comet Ping Pong. Konspirátoři z „tónu“ a „kódu“ uniklých emailů usoudili, že důvodem setkání byla organizace transportů dětí, pravděpodobně za účelem jejich sexuálního zneužívání. Dlužno podotknout, že přes několikere vyšetřování oficiálních složek i investigativních novinářů se nejspíš nikdy nestalo víc, než že si dva operativci Demokratů chtěli něco říct na místě, kde „stěny nemají uši“. Už tehdy ovšem kdosi v hloubkách darknetových diskusních fór spojil tuto teorii právě s legendou o adrenochromu, přičemž právě ony děti měly být zdrojem „těžby“ adrenochromu.

S nástupem konspirační mytologie Qannon pak adrenochrom (získávaný snad z krve, snad z epifyz unášených dětí) začal hrát ještě výraznější roli. V dnešních mutacích příběhu nejen jako legendární superhalucinogen, ale také jako zdroj věčného mládí, elixír života a látka, která „uměle“ zvýší inteligenci. Přitom se jedná o látku, která je bez jakékoliv regulace obchodována takřka všemi dodavateli chemikálií. Pravda, není nijak laciná, zaplatíte od 500 euro za gram racemátu až po 2 500 euro za gram opticky čistého izomeru. Vedle toho ji ale lze relativně snadno vyrobit. Stačí otevřít adrenalinové pero a strčit do něj kus rezavé jehly. Až roztok fialoví, máte adrenochrom.

Příběh adrenochromu, jakkoli spíše zajímavost a vděčný terč vtípků, by pro nás měl být zejména poučný. Je unikátní tím, že jde vystopovat do svého prvopočátku, do seriózního výzkumu zabývajícího se na svou dobu validní teorií, která jen měla smůlu, že nebyla pravda. Díky tomu, že je černá na bílém zaznamenána ve dvou z nejtěsnějších knih druhé poloviny 20. století, lze kostičku po kostičce pozorovat dominový efekt vzniku legendy (dnes bychom řekli hoaxy). Dnes je ve stavu, kdy existuje nezanedbatelná populace lidí (jen v USA prý adrenochromovým konspiračním věří nejméně sto tisíc lidí), která věří něčemu, co je tak snadno demonstrovatelná nepravda, že si ji může ověřit doslova každý.

A samozřejmě lze přidat i poučení na závěr: Případnému pacientovi, který se ve vaší lékárně bude ptát po adrenochromu, můžete doporučit návštěvu nějakého hodně lekářského hororu. Adrenochromu tak dostane do krve více, než by mu kdokoliv dokázal podat uměle.

Daniel CVEJN

Farmaceuti a lékaři si v Brně rozuměli

Na půdě brněnského hotelu International se 8. a 9. září 2023 konal první kongres Farmacie pro praxi. Zajímavým rysem kongresu bylo společné setkání s praktickými lékaři a mezioborové prolnutí s kongresem Medicína pro praxi v celé sobotní části programu.

Měli jsme příležitost se zúčastnit jako aktivní účastníci i jako posluchači. V pátek probíhaly oba kongresy odděleně ve dvou sálech a společně se diskutovalo zejména v kuloárech. V sobotu se farmaceuti i lékaři sešli společně, v sále jednom. Přednášející rovněž vzešli z obou profesí. V jednotlivých blocích se prostrídali a některá vystoupení probíhala i společně v tandemu lékař – farmaceut.

Jednotlivé bloky přinesly zajímavé informace a novinky v oblastech antibiotické léčby, terapie respiračních onemocnění, oftalmologie, paliativní péče a prevence a léčby kardiovaskulárních onemocnění. Na poli mezioborové spolupráce zazněla témata týkající se lékových problémů a jejich řešení, různorodého pohledu na onemocnění pacienta a jeho léčbu očima lékaře a farmaceuta a kontinuity péče o pacienta, o kterého po propuštění z nemocnice pečuje jak praktický lékař, tak farmaceut. Zazněla i problematika magistraliter přípravy, možnosti řešení výpadků léčivých přípravků, využití nových lékových forem a příklady situací, kdy se praktický lékař může na lékárníka obrátit s žádostí o radu. Ve společné diskuzi a interaktivních sděleních měly obě profese možnost vyjádřit své názory, výtky, nejasnosti a sdělit si rozdílné pohledy na každodenní péči o pacienty. Diskutovala se adherence pacientů ke zvolené léčbě, problematika výpadků, záměn a náhrad léčivých přípravků, možnosti přenosu informací mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky a další velmi zajímavé a zejména aktuální otázky.

Ze zajímavých postřehů stran respiračních onemocnění a antibiotické terapie (MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.) lze zmínit např. využití klasifikace AWARe při řešení antibiotické terapie včetně výpadků. Problematika antibiotické rezistence a neracionálního



použití antibiotik je velice aktuální a všem známá, nicméně řešení nejsou jednoduchá, a hlavně ani používaná. Uvedená klasifikace Světové zdravotnické organizace dělí antibiotika do tří skupin a to „access“, „watch“ a „reserve“. V běžné ambulantní praxi by měla být používána jako léčiva první volby právě antibiotika skupiny access (penicilin, flukloxacilin, amoxicilin, klindamycin, doxycyklin, kotrimoxazol, cefalosporiny 1. generace, nitrofurantoin, metronidazol).

V souvislosti s léčbou respiračních onemocnění a používáním antibiotik byla zdůrazněna i problematika masivního preventivního podávání probiotik „na všechno“, která se dostala mimo hranice evidence-based medicíny (EBM) a stala se komerční aktivitou, zejména v České republice (MUDr. Lukáš Kohout). Probiotika totiž nemají např. na klostridiové kolitidy efekt.

Dále jsme byli seznámeni s obvyklými podezřelými respiračních infekcí. Bylo poukázáno na nevhodnost stanovení C-reaktivního proteinu (CRP) pro diferenciaci bakteriální a virové infekce. Většina respiračních infekcí (zejména pokud mezi projevy patří rýma, kašel a zvýšená teplota) bývá navíc virového původu. I pokud je původcem bakterie, ve většině případů se jedná o infekce samoúzdavné a antibiotika nejsou pro jejich léčbu nezbytná. Dalším vodítkem pro rozlišení mezi bakteriální a virovou infekcí může být míra lokalizace infekce. Bakteriální infekce bývají spíše lokalizované, virové většinou postihují více etáží najednou.

Autoři antibiotického bloku nezapomněli ani na připomenutí strategie léčby běžných respiračních i močových onemocnění (MUDr. Marek Štefan, MBA). Mezi novější poznatky EBM patří i zkracování antibiotické terapie na 3–5 dnů.

Celý velmi povedený blok byl zakončen bohatou diskuzí, např. na téma odložené preskripce, v rámci, které by lékař předepsal pacientovi antibiotika a poučil ho o jejich vyzvednutí pouze v případě nezlepšení pacientova zdravotního stavu nebo role fosfomycinu u močových infekcí, či vhodné prevence jejich recidiv.

Otázka paliativní péče, přístupů, využívané farmakoterapie i psychoterapie a komunikace byla sice náročným, nicméně velmi přínosným tématem. S narůstajícím věkem populace a neustálým rozvojem lékařských postupů se s touto problematikou setkáváme stále častěji. Posluchači měli možnost proniknout do náplně paliativní péče a jejich činností i prostřednictvím kazuistik a pochopit, že v paliativní péči se často jedná o symptomatickou péči, kauzální terapii komorbidit, koordinaci péče o pacienta a její pravidelnou aktualizaci a že léčiva se využívají často off-label a vědomě se kombinují i interagující léčiva (MUDr. Regina Slámová, MHA).

Mezi zajímavá použití psychofarmak (PharmDr. Jindřiška Voláková) lze zmínit indikaci pro ovlivnění chuti k jídlu, léčbu škytavky či nadměrného slinění. Antidepresiva jsou v paliativní terapii využívána jako koanalgetika při řešení bolesti u pacientů, v zahraničí je takto úspěšně využíván i ketamin. Benzodiazepiny jsou, stejně jako u zbylé populace, zatíženy rizikem závislosti,



nicméně doba dožití uvedených pacientů je často významným faktorem, který uvedené riziko staví do jiné roviny. V paliativní péči se rovněž častěji využívá transdermální či subkutánní cesta podání. Při paliativní péči je důraz kladen na zachování důstojnosti člověka. Další důležitou částí paliativní péče je komunikace s pacienty a jejich rodinami. Velice přínosné bylo odhalení mýtů týkajících se pohledu na člověka v závěru života (PhDr. Marie Marečková, Ph.D.), které v naší společnosti přetrvávají a od kterých je třeba se oprostit. Jedním z těchto mýtů je domněnka, že pacient nepotřebuje podrobné informace o své situaci. V diskusi zazněla velice zajímavá problematika zbytkových léčivých přípravků po paliativních pacientech, které často doma svévolně užívá rodina.

V oftalmologickém bloku jsme měli příležitost prozkoumat běžné problémy, se kterými se oftalmologové setkávají, jako je např. zarudlé oko, a seznámit se s novinkami a pokroky v oblasti oftalmologie (MUDr. Ing. Marie Vajter). Představeny byly obvyklé důvody návštěvy oftalmologa, jako záněty, syndrom suchého oka, poškození zraku, bolest oka, alergie, záněty okrajů oka, zhoršené vidění, a doporučení stran jejich terapie. Mezi novinky v oftalmologii patřila např. biologická léčba a nové nastupující lékové formy v léčbě glaukomu. To zahrnovalo implantáty a silikonové kroužky, které mohou omezit frekvenci aplikace očních kapek a dramaticky zvýšit adheenci k léčbě pacientů (MUDr. Eva Škrlová). Jelikož je v oftalmologii až 80 % onemocnění geneticky podmíněných, zazněla i tematika rozvíjejícího se výzkumu genové terapie. Posun nicméně zaznamenal i „starý“ notoricky známý atropin, který vykazuje v klinických studiích dobrý efekt v léčbě rozvoje myopie u dětí při aplikaci 0,01 až 0,02 % atropinových kapek v kombinaci s režimovými opatřeními. Tento postup zpomaluje progresi myopie.

V bloku kardiovaskulární problematiky byl zdůrazněn posun v léčbě klinického syndromu srdečního selhání (nejedná se o jednu patologickou jednotku). Tato diagnóza je zatížena

vysokou morbiditou i mortalitou a významným snížením kvality života s progresí a negativní prognózou srovnatelnou s malignitami. Mezi hlavní symptomy srdečního selhání patří zejména únava a nevykonnost, dále pak dušnost či otoky periferie. Čtyřmi pilíři léčby se aktuálně staly inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEi) nebo blokátory receptorů pro angiotenzin II (ARB) nebo inhibitory angiotenzinového receptoru a nepri-lýsinu (ARNi) a betablokátorů a antagonisté mineralokortikoidních receptorů (MRA) a SGLT2 inhibitory (glifloziny). Od dříve používaných postupů se strategie terapie liší zejména rychlou titrací dávek, kdy jsou nasazována 2–3, někdy i 4 léčiva. Kromě zmíněné čtveřice jsou dále používána diuretika (furosemid, hydrochlorothiazid, acetazolamid), ivabradin, vericiguat, digoxin, hydralazin/isosorbid dinitrát. Novým trendem léčby srdečního selhání je podávání nízkých dávek diuretik, což je možné hlavně díky diuretickému efektu gliflozinů. Moderní terapie bohužel často naráží na preskripční omezení, zejména u gliflozinů. (MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.) Velice výchovné bylo pro každého z nás i poučení o primární prevenci kardiovaskulárních onemocnění s důrazem na individualizaci terapie. (MUDr. Jan Novák, Ph.D.) V závěru zazněla problematika polymorbidního pacienta a jeho léčby se zaměřením na rizikové skupiny léčiv, možnostmi aktivního vedení deprescribingu a účasti jednotlivých specializací lékařů. (MUDr. Zdeněk Lys).

V průběhu společné sobotní části pro farmaceuty a lékaře usela k předsednickému pultíku pestrá společnost profesí: lékař, klinický farmaceut a lékárník. Témata se týkala lékových problémů, možností jejich řešení, problematických molekul, metodiky revize farmakoterapie a jejích stupňů. (doc. PharmDr. Josef Malý, Ph.D.) Revize farmakoterapie zajišťuje individuální zhodnocení, od jednoduché k pokročilé, přičemž středně pokročilá revize probíhá při individuální konzultaci v lékárně a pokročilou provádí klinický farmaceut, který má kromě lékových anamnézy

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

k dispozici i výsledky laboratorních vyšetření. Jednotlivé stupně se tedy liší tím, s jakými objektivními informacemi farmaceut pracuje. Mezi přítomnými bylo na začátku sobotního bloku 65 % farmaceutů a 35 % lékařů. V rámci hlasování se otevřela otázka společné spolupráce mezi lékaři a farmaceuty. Většina přítomných se shodla, že farmaceuti a lékaři spolupracují zejména při výdejní činnosti, a polovina označila frekvenci komunikace jako velmi častou. 92 % zúčastněných pak komunikuje zejména telefonicky. Většina přítomných lékařů považovala farmaceuta za experta pro výdej a přípravu léčivých přípravků, zatím v menší míře spolupracují při řešení lékových problémů.

V příspěvku o těsné spolupráci praktického lékaře a farmaceuta zazněly palčivé problémy z pohledu praktického lékaře (MUDr. Zuzana Kofferová), např. nedostatek informací o preskripci dalších léčivých přípravků pacienta, svévolná úprava dávkování nebo časování, volně prodejné léčivé přípravky (OTC) přidávané do farmakoterapie či problém komunikace v rámci trojúhelníku lékař–pacient–lékárník. Jako další problém paní doktorka označila situace, kdy pacient sám hodnotí, co mu pomohlo a nepomohlo, zejména pokud si snaží léčiva opatřit sám, např. u analgetik, anxiolytik, hypnotik, antibiotik, bronchodilancií, kortikosteroidů či inhibitorů fosfodiesterázy. Podle paní doktorky může být dalším problémem záměna léčiv v lékárně, především pokud má generikum jinou velikost tablety či tvar (typicky u Tritace vs. Ramipril) nebo pokud vede k neúmyslnému duplicitnímu užívání téhož léčiva. Dále byla diskutována problematika OTC, které pacienti nevnímají jako léčiva, což může vést ke kombinacím ibuprofenů, paracetamolů a dalších analgetik. Naopak multivitaminové přípravky pacienti považují za lék na nesmrtnost. Dalším svízelem může být nedostatečné předávání zpráv, což může vést až k situacím, kdy praktický lékař neví, že jeho pacient chodí ke specialistovi, či problém kompetence praktického lékaře vs. specialisty v kontextu preskripce.

Mezi problémy z pohledu farmaceuta (PharmDr. Aleš Mareček) patřily výpadky léčiv. Byly demonstrovány na příkladu z praxe, kdy pacient sháněl v sedmi lékárnách penicilin V a až z osmé lékárny zavolal farmaceut lékaři a poprosil ho o recept na amoxicilin. Pan doktor nás dále seznámil s webovou stránkou: www.dostupnost-leku.cz, která je zatím aktualizovaná pouze ručně, nicméně slouží k ověření dostupnosti léčivých přípravků v zapojených lékárnách. Zdůrazněna byla důležitost komunikace, která



by, zejména při nedostupnosti léčiv, mohla zamezit odesílání pacienta od jedné lékárny ke druhé. Mezi další problémy z pohledu farmaceuta bylo zařazeno nadužívání léčiv (např. nesteroidní antiflogistika u populace nad 65 let), chybně vystavené recepty (zdravotní sestrou), zneužívání léčiv a jejich přeprodej. V diskusi byla otevřena témata preskripce, lékového záznamu a předávání informací z individuálních konzultací. 70 % přítomných by si v budoucnu dokázalo představit preskripci léčiv zdravotní sestrou za určitých okolností a přesně definovaných podmínek. 50 % hlasujících využívá lékový záznam často, 30 % pak občas. 36 % přítomných praktických lékařů by preferovalo poslat zprávu z individuální konzultace e-mailem, 27 % prostřednictvím pacienta, 18 % pak datovou schránkou.

Dále byly probrány a na kazuistikách demonstrovány lékové problémy psychofarmak pohledem klinického farmaceuta. (PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D.) Jednalo se o výběr vhodného antidepresiva, vhodné použití antipsychotik v závislosti na dalších onemocněních a terapii pacienta, i problematiku drcení tablet s různými formami uvolňování léčivé látky.

V další části bloku bylo otevřeno téma kontinuity farmakoterapie u pacienta propuštěného z lůžkového oddělení nemocnice a problematiku propouštěcích zpráv. (Mgr. Veronika Voděrková) Zmíněny byly nejčastější intervence: duplicity, zbytná léčiva, nežádoucí účinky, změněná funkce ledvin, lékové interakce či nemožnost polykání. Zajímavým příkladem bylo připomenutí, že existují situace, kdy preferujeme ze skupiny inhibitorů protonové pumpy pantoprazol a zase jiné, kdy je preferovanou látkou omeprazol. Postup úpravy terapie je tedy navrhován pokaždé různým způsobem v rámci individualizace péče o pacienta. Zazněla diskuze nad problematikou porozumění provedeným změnám ve farmakoterapii ze strany pacientů, rovněž jak dobře jsou změny pacientovi vysvětleny a také názory farmaceutů a lékařů nad celkovým stavem informovanosti pacienta a jeho následným zacházením s léčivými přípravky z domácích zásob a nově předepsanými. V další části sdělení obsahovalo řadu zajímavých informací o možném drcení léčiv do sondy s odkazem na příslušné zdroje informací.

Společný blok zakončila problematika magistraliter přípravků (PharmDr. Jana Šolínová, Mgr. Martin Galáč) zaměřená na praktické problémy a sporná místa, se kterými se jak lékař, tak lékárník mohou potýkat. Autoři zdůraznili neoddiskutovatelný fakt, že stejně jako ostatní léčivé přípravky i magistraliter přípravky jsou určeny k použití pacientem, a tudíž by celý proces měl tuto roli dobře plnit od předepisování přes přípravu, adjustaci a označení až k dispenciaci pacientovi. Magistraliter přípravky nepodléhají registraci, nemají příbalový leták a je třeba myslet na to, že řada látek je silně účinná, vykazuje interakce a má rovněž kontraindikace či návykový potenciál např. fenobarbital, ergotamin, propranolol a další. Bylo poukázáno na nejednoznačnosti v legislativní úpravě stran úhrady např. antihemoroidalií a magistraliter na léčbu fisur či magistraliter s obsahem ergotaminu bez analgetik nebo v kombinaci s analgetiky, která pak změní možnost úhrady zdravotní pojišťovnou. V části zaměřené na aktuální výpadky a možnosti jejich řešení byl představen receptář ČLnK <https://iplprecept.cz/>. Dále zazněly zajímavé příklady využití novějších lékových forem jako pěny, mukoadhezivní pasty



a náhrady slin. V legislativním okénku jsme si zopakovali, co do laboratoře nepatří a jaká další opatření musíme respektovat. Na příkladech kazuistik byla ukázána spolupráce lékaře a lékárníka při tvorbě vhodné formulace přípravku pro terapii pacienta a také nová využití starších látek jako atropin, propranolol apod. Důležitou část sdělení tvořilo upozornění na záluždnosti, se kterými se příprava magistraliter potýká. Mezi ty patří způsob označování, výběr vhodných obalů, uchovávání, řešení inkompatibilit, používání doplňkových odměrných pomůcek, kontrola dávek, riziko alergií, interakcí či nežádoucích účinků a také lékárenské počty u látek, kde je účinnost stanovena v účinných jednotkách na miligram a je třeba počítat u každé šarže správnou návážku.

V komerčních sděleních jsme vyslechli pohádku o kyanokobalaminu a jeho roli v diabetické neuropatii (Mgr. Ondřej Šimandl). U přednášky zaměřené na urogenitální infekce (MUDr. Jiří Emmer) jsme se dozvěděli, že je prakticky nemožné odlišit příčinu vaginálního dyskomfortu (vaginóza vs. mykóza) a dále jsme se zaměřili na uretrální syndrom, jehož nejčastější příčinou jsou anaerobní bakterie a který bývá často nesprávně zaměňován za zánět močových cest, zejména při recidivě. V prezentaci soustředěné na probiotika (Hana Vagnerová) byl představen kmen *Streptococcus salivarius* K12 ovlivňující mikrobiom ústní dutiny a také kmen *Lactobacillus paracasei* ovlivňující kožní mikrobiom, což může být prospěšné u atopické dermatitidy. Dále bylo poukázáno na benefit (prodloužené setrvání v místě působení) anti-septicky působícího octenidinu dihydrochloridu. (MUDr. Martin Gregora). Sdělení stran chronického žilního onemocnění bylo zaměřeno na režimová opatření a roli mikronizované purifikované flavonoidní frakce (PharmDr. Nikola Karasová, Ph.D.). V rámci imunomodulace se na podkladě EBM doporučují bakteriální lyzáty či pleurany (beta glukany), které cílí na slizniční imunitní systém a vykazují protialergické a protinfekční působení. (MUDr. Jakub Pecl, MBA) V dalším sdělení zaznělo téma týkající se terapie migrény a možnosti využití rimegepantu, selektivního antagonisty receptoru lidského peptidu souvisejícího s genem kalcitoninu, při akutní léčbě migrény (MUDr. Petra Migařová). K respiračním infekcím se opět přiblížila prezentace týkající se recidivující virových infekcí kolem nás (MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.) a k tématu kardiovaskulárních onemocnění rady kolegyně (PharmDr. Kateřina Vašutová) jak udržet srdce a cévy v kondici a mít cholesterol pod kontrolou.

Blok přednášek o paliativní péči dostal snad všechny ukázkou z dokumentu *Jednotka intenzivního života*. Silný příběh názorně ukázal, co práce paliatra obnáší, a jaké problémy v ČR paliativu provází. Po krátkém promítání bylo chvíli naprosté ticho. PharmDr. Jindřiška Voláková zmínila využití psychofarmak v terapii jiných než psychiatrických symptomů, například využití antiemetického efektu u haloperidolu nebo olanzapinu. Mirtazapin zase využívají ke zvýšení chuti k jídlu.

PhDr. Marie Marečková zdůraznila schopnost komunikace jako základní dovednosti zdravotníků. Paliatr i farmaceut by měl umět položit správnou otázku a trpělivě počkat na odpověď.

Kongres byl naprosto úžasný, zajímavá témata, přednášející srozumitelní, nápadití a často vtipní. A sobota skvělá v tom, jak se do diskuze zapojili doktoři i farmaceuti. A víte, co mě potěšilo nejvíce? Když se hlasovalo a lékaři měli zvolit, za co nás považují. Jestli za někoho, kdo je obtěžuje neustálým telefonováním nebo za někoho, s kým mají stejný cíl. A vyhrála varianta, že jsme kolegové.

Mgr. Veronika MRKOSOVÁ, účastnice kongresu



V závěru poděkoval prezident kongresu doc. PharmDr. Josef Malý, Ph.D., všem přítomným za účast a vyzdvihl důležitost obou oborů a přínosy spolupráce.

Účastníci se, i podle názorů z kuloárů, shodli, že s náplní kongresu byli spokojeni. Velmi nás zaujala mezioborová část s bohatou společnou diskuzí. Mottem naší další mezioborové spolupráce je společný zájem o zdraví a kvalitu života našich pacientů i přes rozdílné úhly pohledu na jejich onemocnění a terapii.

PharmDr. Jana ŠOLÍNOVÁ
Mgr. Kateřina ZYKOVÁ

Foto: archiv Solen

VĚDECKÉ OKÉNKO

...aneb čím žije vědecký svět?

1) Antikoagulační terapie prodlužuje přežití pacientů s cirhózou a trombózou portální žíly**Úvod a cíl práce**

Dřívější práce a metaanalýzy prokazují obecně bezpečnost a také účinnost antikoagulační terapie při rekanalizaci trombózy portální žíly u pacientů s cirhózou, avšak vliv na zlepšení přežití těchto pacientů není dosud znám. Cílem metaanalýzy bylo posoudit vliv antikoagulační terapie na celkovou mortalitu pacientů s cirhózou a trombózou portální žíly.

Práce celkem zahrnuje data 500 pacientů z 5 klinických studií, kde jich 205 (41 %) bylo léčeno antikoagulanciem a 295 bylo bez léčby (kontrolní skupina). Primární výsledek, tj. účinek antikoagulace na mortalitu ze všech příčin, byl hodnocen jednoduchou metaanalýzou založenou na modelu kompetičních rizik s transplantací jater.

Výsledky

Antikoagulační léčba snížila celkovou mortalitu (adjustované *hazard ratio* 0,59; 95% CI 0,49–0,70), nezávisle na rozsahu trombózy a rekanalizace. Účinek antikoagulace na celkovou mortalitu byl v souladu s poklesem jaterní mortality.

Dále míra rekanalizace vyšla vyšší u pacientů léčených antikoagulační terapií (adjustované *odds ratio* 3,45; 95% CI 2,22–5,36).

Na druhou stranu krvácení nesouvisející s portální hypertenzí bylo významně častější ve skupině léčené antikoagulační léčbou (1).

2) Vyšší míra přežití bez nutnosti transplantace jater u pacientů s kyselinou obeticholovou při primární biliární cholangitidě**Úvod a cíl práce**

Primární biliární cholangitida (PBC) je vzácné autoimunitní onemocnění postihující játra chronickým zničujícím zánětem žlučových. Tento proces vede k cholestáze, zánětu a fibróze jater. Absence léčby může u těchto pacientů dojít k poslední fázi cirhózy vyžadující transplantaci postiženého orgánu.

První linií léčby u PBC je ursodeoxycholová kyselina (UDCA), cholová kyselina upravující hodnoty alkalické fosfatázy (ALP) a bilirubinu, která zvyšuje pravděpodobnost přežití pacientů bez nutnosti přistoupení k transplantaci. Až 40 % pacientů s UDCA má však celou řadu nežádoucích účinků a vyžaduje druhou linii léčby.

Jedinou dosud schválenou druhou linií léčby představuje obeticholová kyselina (OCA) i při recentně slibných výsledcích léčiv jako jsou například fibráty.

Tato randomizovaná, dvojitě zaslepená, mezinárodní studie PBC OCA International Study of Efficacy (POISE) si kladla za cíl zhodnotit dlouhodobý efekt OCA na primomaniestaci transplantace jater nebo úmrtí u pacientů s PBC ve srovnání s placebem a open label extension fází.

Metodika

Do studie bylo zahrnuto celkem 1 300 pacientů s intolerancí nebo neadekvátní odpovědí na stávající léčbu (hladina ALP > 1,67) během terapie UDCA. Sledovány byly 3 kohorty pacientů, přičemž jedna kohorta byla studijní, a další dvě byly kontrolní a byly vytvořeny z registrů Global PCB regist a UK-PBC regist.

Pacienti byli náhodně rozděleni do 3 skupin užívajících OCA 10 mg, 5 mg s titrací na 10 mg, nebo placebo.

Studie usilovala o snížení ALP <1,67 a zároveň snížení o 15 % oproti horní hranici normy. Primární cíl POISE bylo sledování prvního výskytu úmrtí nebo transplantace jater. Sekundárním cílem bylo sledování primomaniestace dekompenzace jaterní cirhózy.

Výsledky

Během 6letého sledování bylo zaznamenáno primární úmrtí nebo transplantace u 5 z 209 pacientů v POISE kohortě (2,4 %), 135 z 1 381 pacientů v Global PBC (10 %) a 281 z 2 135 pacientů v UK-PBC skupině (13,2 %).

Poměr primárního cíle studie byl 0,29 (95% CI 0,03–1,22) u pacientů s jaterní cirhózou a 0,31 (95% CI 0,09–1,04) u pacientů bez cirhózy. U jaterní dekompenzace byl poměr rizik 0,42 (95% CI 0,21–0,85).

Studie u pacientů s primární biliární cholangitidou prokázala, že léčba obeticholovou kyselinou vykazuje signifikantně vyšší míru přežití bez nutnosti transplantace jater proti pacientům v kontrolních skupinách (2).

3) Prenatální expozice antiepileptik a výskyt psychiatrických poruch v dětství a dospívání**Úvod a cíl práce**

Prenatální expozice antiepileptik (ASM z anglického antiseizure medication) byla spojena s nepříznivým časným vývojem nervového systému, nicméně bližší souvislosti se širším rozsahem psychiatrických parametrů nebyly nikdy studovány. Studie si dala za cíl prozkoumat souvislost mezi prenatální expozicí ASM s dopadem na spektrum psychiatrických poruch v dětství a dospívání u dětí matek s epilepsií.

Metodika

Tato prospektivní populační registrační studie hodnotila celkem 4 546 605 narozených dětí v Dánsku, Finsku, Islandu, Norsku a Švédsku v letech od 1996 do 2017. Celkem 54 953 bylo vyřazeno z důvodů chromozomálních poruch nebo nejistých porodních charakteristik a bylo identifikováno 38 661 dětí matek s epilepsií. Analýza dat proběhla mezi lety 2021 a 2023.

Výsledky

U 38 661 dětí matek s epilepsií (16 458 [42,6 %] vystavených antiepileptiku; průměrný [SD] věk na konci studie, 7,5 [4,6] let), prenatální expozice valproátem byla spojena se zvýšeným rizikem psychiatrických poruch (aHR, 1,80 [95% CI, 1,60–2,03], kumulativním rizikem po 18 letech u dětí vystavených ASM 42,1 % [95% CI, 38,2–45,8 %], a kumulativním rizikem v 18 letech u neexponovaných dětí 31,3 % [95% CI, 28,9–33,6 %]), přičemž z většiny bylo riziko způsobeno poruchami v rámci neurovývojového spektra.

Prenatální expozice lamotriginem, karbamazepinem a oxkarbazepinem nebyla spojena se zvýšeným rizikem psychiatrických poruch, zatímco u prenatální expozice topiramátem byla nalezena souvislost s poruchou pozornosti/hyperaktivitou (aHR, 2,38; 95% CI, 1,40–4,06) a expozice levetiracetamem s úzkostí (aHR, 2,17; 95% CI, 1,26–3,72) a poruchou pozornosti/hyperaktivitou (aHR, 1,78; 95% CI, 1,03–3,07).

Zjištění ze studie tak posilují důkazy o rizicích užívání valproátu během těhotenství a vyvolávají obavy z rizik specifických psychiatrických poruch spojených s topiramátem a levetiracetamem. Studie naopak poskytla uklidňující důkazy, že lamotrigin, karbamazepin a oxkarbazepin nejsou spojeny

s dlouhodobými poruchami chování nebo vývoje, nicméně nemožou vyloučit rizika u vyšších dávek (3).

PharmDr. Marek LAPKA, Ph.D.

Literatura

- 1) Guerrero A, Campo LD, Piscaglia F, Scheiner B, Han G, Violi F, Ferreira CN, Téllez L, Reiberger T, Basili S, Zamora J, Albillos A; Baveno Cooperation: an EASL consortium. Anticoagulation improves survival in patients with cirrhosis and portal vein thrombosis: The IMPORTANT competing-risk meta-analysis. *J Hepatol.* 2023 Jul;79(1):69-78. doi: 10.1016/j.jhep.2023.02.023. Epub 2023 Feb 28. PMID: 36858157.
- 2) Murillo Perez, C. F., Fisher, H., GLOBAL PBC Study Group and the members of the UK-PBC Consortium, Hiu, S., Kareithi, D., Adekunle, F., Mayne, T., Malecha, E., Ness, E., van der Meer, A. J., Lammers, W. J., Trivedi, P. J., Battezzati, P. M., Nevens, F., Kowdley, K. V., Bruns, T., Cazzagon, N., Floreani, A., Mason, A. L., ... Hansen, B. E. Greater Transplant-Free Survival in Patients Receiving Obeticholic Acid for Primary Biliary Cholangitis in a Clinical Trial Setting Compared to Real-World External Controls. *Gastroenterology* 2022, 163(6), 1630-1642.e3. Advance online publication. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.08.054>
- 3) Dreier JW, Bjørk MH, Alvestad S, Gissler M, Igland J, Leinonen MK, Sun Y, Zoega H, Cohen JM, Furu K, Tomson T, Christensen J. Prenatal Exposure to Antiseizure Medication and Incidence of Childhood- and Adolescence-Onset Psychiatric Disorders. *JAMA Neurol.* 2023 Jun 1;80(6): 568-577. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.0674. PMID: 37067807; PMCID: PMC10111234.

Prodej lékárny je významnou událostí v životě

Využijte našich více než 15letých zkušeností!

UVAŽUJETE O PRODEJI LÉKÁRNY?

Nespoléhejte na nabídku od jediného zájemce!

Na základě naší znalosti trhu vybereme optimální zájemce a zajistíme Vám několik nabídek prostřednictvím výběrového řízení.

Dosahujeme vyšších prodejních cen za lékárnu oproti Vašemu přímému jednání s investorem.

Proces prodeje lékárny pro Vás zpracujeme „na klíč“ od přípravy až po realizaci, rychle, efektivně, s minimální zátěží pro Vás.

Obhájíme Vaše zájmy, vypomůžeme s libovolnou situací.

Rádi **poskytneme reference** na naši práci kdekoli v ČR.

NEJSTE JEŠTĚ ROZHODNUTÍ?

Lékárnu Vám zdarma a nezávazně oceníme a doporučíme další postup. One Art spol. s r. o. je nezávislou firmou, která se více než 15 let zabývá prodeji lékáren a jiných zdravotnických zařízení.

Náš cíl je Vaše spokojenost.

One Art spol. s r. o.,
Na Perštýně 342/1, Praha 1, tel.: 222 313 128,
e-mail: prolekarny@e-kredit.cz

one art

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

Allium fistulosum L.

– cibule zimní

(Amaryllidaceae – amarylkovité)

Vytrvalá, mrazuvzdorná bylina, rostoucí jednotlivě i ve svazcích. Pochází ze střední Asie, kde byla pravděpodobně vyšlechtěna z příbuzného druhu *Allium altaicum*. Tento druh cibule lze v kuchyni využívat celoročně, přesto je v ČR pěstován spíše sporadicky. Velmi oblíben je v Japonsku a Číně.

Synonyma: *Allium bouddae*, *Cepa fistulosa*.

Obecný název: ošlejš, sečka (čes.), Welsh onion (angl.).

Sbíraná část: bulbus, folium.

Droga: *Allii fistulosae* bulbus.

Obsahové látky: v celé rostlině flavonoidní aglykony i jejich glykosidy, především kvercetin, rutin, kvercitrin, kempferol, myricetin, luteolin a převažující apigenin, včetně jeho glykosidů isovitexinu a schaftosidu, steroly kampesterol, β -sitosterol a stigmasterol, fenolová kyselina chlorogenová, ferulová a p-kumarová, ze sirných derivátů neglykosidní sulfoxid aliin a jeho dimer alicin. V olejové frakci estery mastných kyselin s převahou kyseliny linolové (53 %), dále olejové (17 %), palmitové (10 %) a stearové (9 %).

Účinky a použití: v tradiční medicíně je cibule sečka aplikována při nemocech z nachlazení, astmatu, pro zjemnění chuti vařena v mléce, dále při zažívacích potížích k úpravě mikroflóry i jako karminativum a anthelmintikum. Ve formě obkladů se přikládá na zhmožděniny a k rozvolňování ztvzivatělé tkáně.

Odborné studie. Antioxidační účinky extraktů souvisí s polyfenoly, včetně flavonoidů, v siličné frakci vykazují tento efekt sirné sloučeniny, především alicin. Na výsledku se podílí i nenasycené mastné kyseliny, které tvoří ve formě esterů olejovou frakci. Zajímavé je zjištění, že dusíkatá hnojiva zvyšují obsah

polyfenolů, včetně flavonoidů a antiproliferativní aktivitu extraktů u buněčných linií HeLa (epiteliální adenokarcinom děložního čípku), Hep G2 (lidský karcinom jater) a MCF-7 (lidský adenokarcinom prsu). V případě buněčných linií kolorektálního karcinomu HCT-116 a DLD-1 omezuje izolovaný flavonoid apigenin proliferaci nádorových buněk. Při testech vykazovaly extrakty významnou

indukci apoptózy. Byla zjištěna antifungální aktivita extraktu i izolovaného alicinu proti 7 druhům hub degradujících kožní a vlasový keratin. V další studii byly potvrzeny protihoubové účinky alicinu u vybraných zástupců rodu *Candida*, *Cryptococcus*, *Epidermophyton*, *Microsporum* a *Trichophyton*. Antibakteriální efekty souvisejí rovněž s obsahem alicinu, který inhibuje aktivitu testovacích druhů *Bacillus subtilis* a *Escherichia coli*. Účinné jsou také další bisulfidy a trisulfidy. Byly prokázány hypoglykemické, protidestičkové i fibrinolytické účinky extraktů a potvrzeno jejich bronchodilatační působení při astmatu.

Dávkování: při nachlazení: 5x 1 lžičci nálevu z jemně pokrájené cibule přelité 200 ml vroucí vody.

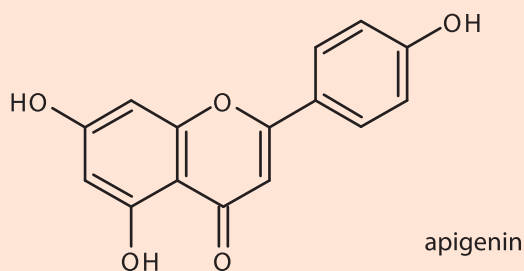
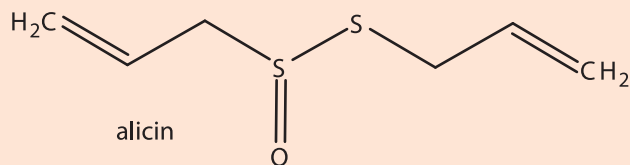
Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací nepodávat vyšší dávky během těhotenství a laktace, ani malým dětem.

Interakce: zvýšení účinku antidiabetik a antikoagulancií.

Hlavní zdroje: AISLP; botanika.wendys.cz, 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; The Plant List Missouri Botanical Garden; Toxnet.

PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wikipedia, vzorce: autor



CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Stefanis, A. J.: Nové možnosti léčby alopecia areata*Farmakoterapie č. 4/2023*

Alopecia areata (dále **aa**) je autoimunitní onemocnění, které způsobuje nezjizvené vypadávání vlasů. Rozsah postižení je od malé skvrnky po úplnou ztrátu vlasů na hlavě a těle. Dosud se k léčbě používala imunosupresiva (kortikoidy, cyklosporin, methotrexát) či topické imunomodulátory (difencypron, dithranol, dibutylester kyseliny skvarové). Všechny tyto metody měly řadu nežádoucích účinků a neměly konzistentní pozitivní výsledky.

U nových léčebných postupů se uplatňuje podávání inhibitorů Janusových kináz, které se kromě **aa** používají v mnoha indikacích – u myelodysplastických a zánětlivých onemocnění, polycytemia vera, esenciální trombocytopenie, revmatoidní artritida, Crohnova choroba a atopický ekzém. Z jednotlivých malých molekul to jsou: tofacitinib (inhibitor JAK1/3), ruxolitinib (inhibitor JAK1/2), baricitinib (inhibitor JAK1/2/3) byl u nás schválen pro léčbu **aa** jako první, ritlecitinib (selektivní ireverzibilní inhibitor JAK3), brepocitinib (inhibitor JAK1), deuruxolitinib (teprve se testuje u **aa**). Inhibitory Janusových kináz jsou kontraindikovány v těhotenství i při kojení. Bohužel se po vysazení léčby dostavuje relaps onemocnění – u 90 % za 3 až 6 měsíců po ukončení terapie. Zkouší se i další léčebné modalit, např. podávání monoklonálních protilátek, které se primárně používají k léčbě psoriázy – secukinumab, dupilumab a dále např. apremilast nebo aplikace plazmy obohacené trombocyty přímo do postiženého místa.

Trýblová, M.: Novinky v léčbě myasthenia gravis*Neurologie pro praxi č. 4/2023*

Myasthenia gravis (dále MG) je vzácné, protilátkami zprostředkované autoimunitní onemocnění s nadměrnou aktivací CD4+ T-lymfocytů, zvýšenou tvorbou cytokinů a následnou proliferací a diferenciací B lymfocytů v plazmatické buňky. Díky tomu jsou produkovány patologické autoprotlátky, které blokují nervosvalový přenos. U většiny pacientů jsou to protilátky proti acetylcholinovému receptoru z podskupiny imunoglobulinů IgG1 a IgG3.

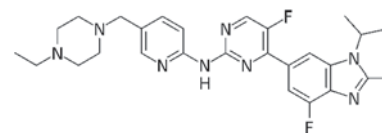
Z novinek v léčbě MG se uplatňují **inhibitory C5 složky komplementu**, které snižují míru zánětu a brání destrukci NS ploténky. Uplatňují se intravenózní monoklonální protilátky ekulizumab a revalizumab a dále subkutánní syntetický peptid zilukoplan. Hrozí zvýšené riziko nákazy meningokokem a je nutné pacienta nejpozději 14 dní před začátkem léčby očkovat. Dále se používá kombinace cemdisiranu a pozelimabu, která ruší ribonukleovou kyselinu, čímž dochází k regulaci transkripce a nitrobuněčné exprese genu se ztrátou jeho funkce.

Další skupinou léčiv jsou **blokátory neonatálních Fc receptorů** – snižují koncentraci IgG včetně protilátek a chrání imunoglobuliny proti degradaci. Patří sem efgartigimod, rozanolixizumab, nipocalimab a batoclimab (III. fáze klinického zkoušení). **Léčbu cílenou na B lymfocyty** (anti CD20) představuje rituximab a nepřímí i tocilizumab a satralizumab.

Léčba cílená na T lymfocyty je další novou výzvou v terapii MG (např. geneticky upravené T lymfocyty pacienta podobně jako u hematologických malignit, tzv. CAR-T terapie). Objevují se i studie s kladribinem, tofacitinibem, blinatomumabem a secukinumabem.

MOLEKULA
MĚSÍCE

Abemaciclib



IUPAC: *N*-[5-[(4-Ethyl-1-piperazinyl)methyl]-2-pyridinyl]-5-fluoro-4-[4-fluoro-2-methyl-1-(1-methylethyl)-1*H*-benzimidazol-6-yl]-2-pyrimidinamine

Sumární vzorec: C₂₇H₃₂F₂N₈

Molekulová hmotnost: 506,606g/mol

Abemaciclib (dále **Abe**) je nové léčivo k terapii karcinomu prsu. **Abe** blokuje činnost enzymů zvaných cyklin-dependentní kinázy (CDK) 4 a 6, které hrají klíčovou roli v regulaci růstu a dělení buněk. U některých nádorových onemocnění včetně HR pozitivního karcinomu prsu je aktivita CDK4 a CDK6 zvýšená, což napomáhá nádorovým buňkám v nekontrolovatelném dělení. Zablokováním CDK4 a CDK6 **Abe** zpomaluje růst buněk HR pozitivního karcinomu prsu. Používá se v kombinaci s endokrinní terapií k adjuvantní léčbě dospělých pacientů s časnými stádii karcinomu prsu pozitivního na hormonální receptory (HR) a negativního na receptor typu 2 pro lidský epidermální růstový faktor (HER2), s postižením uzlin a vysokým rizikem recurence. V tomto případě se používá po dobu dvou let. Je rovněž indikován k léčbě žen s lokálně pokročilým nebo metastazujícím karcinomem prsu pozitivním na hormonální receptory (HR) a negativním na receptor typu 2 pro lidský epidermální růstový faktor (HER2) v kombinaci s inhibitorem aromatázy, tamoxifenem nebo fulvestrantem jako počáteční endokrinní terapie, nebo u žen, které již dříve dostávaly endokrinní terapii. **Abe** se podává ústy ve formě tablet v dávce 2x denně 150 mg tak dlouho, dokud je léčba přínosná a nežádoucí účinky se stanou nesnesitelnými. **Abe** se metabolizuje cestou cytochromu P450 CYP3A4, nesmí se podávat s grapefruitovou šťávou. Nejčastějšími nežádoucími účinky **Abe** (mohou postihnout více než 1 osobu z 10) jsou průjem, infekce, neutropenie (nízké hladiny neutrofilů), leukopenie (nízký počet bílých krvinek), anémie, únava, nauzea, zvracení, vypadávání vlasů a snížená chuť k jídlu. Je tedy třeba průběžně kontrolovat kompletní krevní obraz. Registrovaným přípravkem **Abe** je Verzenio® 150 mg tbl. od firmy Eli Lilly. Dle SÚKLu je přípravek terapeuticky zaměnitelný s přípravkem Kisquali® (ribociclib).

Na měsíc listopad nepřipadá žádný ze světových dní zdraví vyhlášených WHO. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím to jsou Světový den pneumonie, Světový den nevidomých, Světový den diabetu, Světový den předčasně narozených dětí, Světový den boje proti chronické obstrukční plicní nemoci. Z dalších světových dní uvedme Světový den karcinomu pankreatu, Světový den STOP dekubitům aj. Z jiných jmenujme například Mezinárodní den mužů a Měsíc mužského zdraví, tzv. Movember, Dny/týdny informovanosti o antibioticích, Mezinárodní den výživy, Světový den pupečnickové krve, Mezinárodní týden povědomí o vícečetných porodech a další.

Světový den veganství (World Vegan Day, WVD)



V 19. století řada skupin ve Velké Británii aktivně propagovala a dodržovala bezmasou stravu. Hlavními skupinami, které se podílely na vzniku Vegetariánské společnosti (Vegetarian Society of the United Kingdom, VS), byli členové Biblické křesťanské církve (Bible Christian Church, BCC). BCC byla založena v roce 1809 po odtržení od Církve Nového Jeruzaléma či Nové církve (tzv. swedenborgiánů, Church of the New Jerusalem). Jedním z charakteristických rysů biblických křesťanů byla víra v bezmasou stravu neboli ovo-laktovegetariánství jako formy střídmosti. Samotná VS, charitativní organizace, byla založena 30. září 1847 za účelem propagace vegetariánství. Myšlenka žít výhradně na rostlinné stravě zde již byla velmi dlouho, nově se objevilo v roce 1944 slovo „vegan“. V průběhu 19. století se vedly nekončící debaty mezi těmi, kteří k rostlinné stravě přidávali také vejce a mléčné výrobky, a těmi, kteří je odmítali. Od roku 1847 se slovo „vegetarián“ používalo u obou variant, ať už s různými přívlasky nebo bez nich. Debaty o používání vajec a mléčných výrobků shrnula doktorka Leah Lenemanová ve svém článku „Bez živočišných potravin: cesta k veganství v Británii, 1909–1944“. V únoru 1944 vyšel dvoustránkový článek 25leté Evy Watsonové (později Cookové) na téma „Eliminace mléčných výrobků: jak lze překonat obtíže“. V dalších dvou číslech ji následoval její 33letý bratr Donald Watson, který napsal působivě zpracovaný devítistránkový dvoudílný článek „Měli by vegetariáni jíst mléčné výrobky?“

Ve stejném roce se dva členové VS – Donald Watson a Elsie Beatrice Shrigleyová (Sally) – dostali do křížku s členy klubu (Attic club). Kromě toho, že ze svého denního příjmu vyřadili maso, vyhýbali se také výrobkům živočišného původu nebo testovaným na zvířatech. Společnost však jejich životní styl neuznávala jako jedinečný, což dvojici společně s dalšími přáteli (Dorothy Morganovou, pozdější manželkou Watsona, G. A. Hendersonem a jeho ženou Fay K. Hendersonovou) vedlo k založení Veganské společnosti (The Vegan Society, TVS). Stalo se tak v listopadu 1944, kdy zakládající členové (Donald Watson a jeho žena Dorothy Morganová) vymysleli slovo „vegan“. Slovo „vegan“, jak ho popsal Donald Watson, je „začátkem a koncem slova vegetarián“ (slovo je založeno na prvních třech a posledních dvou písmenech). Během diskuse členů byl termín „vegan“

nahrazen termínem „nemléčný vegetarián“. Jak se někdy stává, existuje více verzí vzniku slova „vegan“. Pomineme-li popisné formy „skupina nemléčných výrobků“ (Non-Dairy Produce Group) nebo pouhé „vegetariáni bez mléčných výrobků“ (Non-Dairy Vegetarians), navrhovali Hendersonovi v souvislosti s hledáním názvu časopisu slovo „Allvega“ a jako název časopisu „Allvegan“ („Vega“ byl v té době název londýnské vegetariánské restaurace, což mohlo být určitou inspirací). Později uvedli, že preferovali kratší verzi. Vytvoření slova „vegan“ se přisuzuje Donaldu Watsonovi, někteří připisují spoluautorství Elsie Shrigleyové, častěji potom jeho manželce Dorothy Morganové. Jiné vysvětlení původu slova „vegan“ nabídla v roce 2005 na pohřbu Donalda Watsona jeho dcera Janet. Zmínila den, kdy se Dorothy a Donald zúčastnili taneční akce. Během této příležitosti začali diskutovat o založení nové společnosti a Dorothy přišla se slovem vegan jako možným názvem na základě toho, že jeho písmena jsou začátkem a koncem slova vegetarián. Neexistuje způsob, jak ověřit, co Janet vyprávěli její rodiče o době před jejím narozením. Takové věci se mohou při převyprávění snadno trochu změnit. Pokud se tanec odehrál nedlouho před vydáním prvních Veganských novin 24. listopadu 1944, mohlo by to odpovídat zkrácené verzi navržené Hendersonovými, kterou použila Dorothy. Svatbu měli Dorothy a Donald v roce 1946.

První Světový den veganství vznikl u příležitosti 50. výročí založení společnosti dne 1. listopadu 1994 jako výsledek snah tehdejší prezidentky a předsedkyně TVS Louisy Wallisové. Ohledně data vzniku TVS v roce 1944 panuje řada nejasností v souvislosti se Svátkem Všech svatých a navazujícím vzpomínkovým dnem Památka zesnulých. Zdá se pravděpodobné, že se zakládající schůzka konala 5. nebo 12. listopadu.

TVS každoročně vyhláší určité téma WVD, někdy se zpožděním. Příklady z posledních let přibližuje (tab.).

Později byl WVD rozšířen na Světový týden veganství (World Vegan Week) a na Světový měsíc veganství (World Vegan Month).

Rok	Téma / kampaň
2019	Jejich budoucnost je v našich rukou.
2020	Výběr potravin šetrných ke klimatu a bez krutosti pro udržitelnou budoucnost.
2021	Mluvit pravdu k moci vyžaduje spojence, jako jste vy.
2022	Budoucnost je normální.

Některá fakta o Světovém dni veganství

- nejstarší veganská kuchařská kniha byla vytištěna v roce 1874, její název zněl: Domácí kuchařka, aneb Zdravá a chutná jídla bez dochucovadel (The Hygeian Home Cook-book). Jejím autorem byl Russell Thatcher Trall.
- veganství šetří tuny vody – odhaduje se, že na každou vyprodukovanou libru (přibližně 0,45 kg) hovězího masa je potřeba asi 2 500 galonů (1 galon je cca 3,78 l) vody,

- asi 5 % světové populace se hlásí k vegetariánství, polovina z nich jsou vegani,
- pondělky bez masa – v souladu s bezmasou politikou se Los Angeles (USA) od roku 2012 každé pondělí obejde bez masa.

Několik poznámek k pojmům:

- vegetariánství

Lidé, kteří nekonzumují maso, vejce atd., jsou vegetariáni. Popudem, proč tak činí, mohou být například etické pohnutky, zdravotní důvody, nábožensko-kulturní příčiny aj.

Vegetariáni slaví každoročně svůj vlastní den – Světový den vegetariánství (World Vegetarian Day) – 1. října. Albert Einstein (prý) jednou řekl: „Nic neprospěje lidskému zdraví a nezvyší šance na přežití života na Zemi tolik jako přechod na vegetariánskou stravu.“ V dopise Hansi Muehsamovi (Hans Günther Mühsam, 1876–1957, byl lékař a sionista), datovaném 30. března 1954 Einstein o vegetariánské stravě uvedl: „Žiji tedy bez tuků, bez masa, bez ryb, ale cítím se tak docela dobře. Stále se mi zdá, že se člověk nenarodil jako masožravec“. Tedy asi rok před Einsteinovým úmrtím, což naznačuje, že se na konci svého života stal vegetariánem.

V rámci vegetariánů existuje více podskupin.

- veganství

Lidé, kteří jsou vegetariáni a zároveň nekonzumují mléčné výrobky, se nazývají vegani. TVS definuje veganství jako „filozofii a způsob života, který se snaží vyloučit – pokud je to možné a proveditelné – všechny formy exploatace a krutosti vůči zvířatům za účelem získávání potravy, oblečení nebo k jakémukoli jinému účelu; a v důsledku toho podporuje vývoj a používání alternativ bez zvířat ve prospěch zvířat, lidí a životního prostředí. Z hlediska stravování označuje praxi, kdy se upouští od všech produktů, které jsou zcela nebo částečně získávány ze zvířat“.

Veganství je praxe zdržení se používání živočišných produktů, obvykle ve stravě, ale existuje i související filozofie, která odmítá status zvířat jako zboží. Každý člověk, který se řídí veganskou stravou nebo filozofií, se nazývá veganem. Existují různé typy veganství.

- dietní veganství

Dietní vegani nekonzumují maso, vejce, mléčné výrobky, med a žádné další látky živočišného původu.

- etické veganství

Osoby, které nejenže konzumují jenom rostlinnou stravu, ale rozšiřují tuto filozofii i do dalších oblastí svého života, se označují jako etičtí vegani.

- ekologické či environmentální veganství

Osoby, které se vyhýbají živočišným produktům na základě předpokladu, že průmyslový chov zvířat poškozuje životní prostředí a je neudržitelný.

Vyznavači veganství poukazují na jeho výhody, které jsou prospěšné nejen pro člověka, ale i pro zvířata a životní prostředí.

1. výhody pro člověka: přechodem na veganství a přísným dodržováním zásad zdravé výživy lze získat všechny živiny,

kteří tělo potřebuje. Veganství nabízí příležitost naučit se více o výživě a také o vaření. Významné výhody jsou ve zdravotní oblasti, kdy se uvádí se, že veganská strava:

- má pozitivní vliv na snížení rizika srdečních onemocnění,
- může snížit bolesti způsobené artritidou,
- snižuje glykemii, snižuje riziko diabetu 2. typu, rakoviny, artritidy a plicních onemocnění a udržuje správnou funkci ledvin,
- může také pomoci snížit nadváhu.

Můžeme se však setkat také se skutečností, že ve stravě ortodoxních veganů není dostatek látek, potřebných pro jejich organismus a z toho vyplývajícími negativními dopady na zdraví.

Problémem může být také farmakoterapie, pokud se jedná o složení léčivých přípravků. Podle starších údajů (2014) téměř 75 % nejčastěji předepisovaných léčivých přípravků ve Spojeném království obsahovalo produkty živočišného původu. Další střet filozofického přesvědčení a reality mohou vyvolat vakcíny. Navíc je seznam těchto léčivých přípravků velmi rozsáhlý, a ne vždy existují vhodné náhrady. „Velkou trojku“ produktů živočišného původu používaných při výrobě léčiv tvořily stearan hořčičnatý, želatina a laktóza. Situace se však zlepšuje. U některých náboženství se uplatňují principy a myšlenky, které lze ve stručnosti vyjádřit konstatováním, že „nutnosti jsou nadřazeny zákazům“, nebo analogickým přístupem.

2. výhody pro zvířata: veganství nabízí způsob, jak zabránit exploataci zvířat, a je jedním z klíčových faktorů, které lidi podněcují k veganskému způsobu života. Veganství zastavuje týrání zvířat tím, že zajišťuje, aby na farmách a jatkách trpělo a umíralo méně zvířat.
3. výhody životního prostředí: ekologičtější způsob života, vyhýbáním se živočišným produktům lze snížit uhlíkovou stopu.

Situace v ČR

Česká veganská asociace

Česká veganská asociace vznikla 12. 2. 2008 jako občanské sdružení, od roku 2015 jako zapsaný spolek.

Česká veganská společnost (ČVS)/ProVeg Česko

ČVS je nezisková organizace, která si klade za cíl zlepšit v České republice podmínky pro lidi, kteří z různých důvodů chtějí snížit svoji spotřebu živočišných produktů nebo je úplně vyloučit.

V roce 2021 oznámila, že se spojuje s organizací ProVeg International a hodlá dále rozvíjet aktivity pro změnu potravinového systému pod novým jménem ProVeg Česko. ProVeg International je organizace zvyšující povědomí o potravinách, která pracuje na transformaci globálního potravinového systému nahrazením živočišných produktů rostlinnými a kultivovanými alternativami do roku 2040.

Česká vegetariánská společnost

Jedná se o neziskovou organizaci, která sdružuje vegetariány a vegany a lidi propagující tyto styly života.

Literatura u autora.

Doc. RNDr. Jozef KOLÁŘ, CSc.

Účinnost katechinů při infekcích dýchacích cest

Katechiny (flavan-3-oly) jsou polyfenolické látky vyšších rostlin vyznačující se širokým spektrem biologických a farmakologických vlastností. Jejich hlavním zdrojem je zelený čaj. V čajových lístcích jsou nejhojněji zastoupeny epigallokatechin-gallát (EGCG), epigallokatechin (EGC), epikatechin-gallát (ECG) a epikatechin (EC). Množství katechinů v čaji je závislé na teplotě a době louhování čajových lístků.

V několika experimentálních studiích byly popsány účinky katechinů proti viru chřipky. EGCG v in vitro studiích minimalizoval infekčnost viru chřipky A i B v buňkách psích ledvin Madin-Darby. Kromě toho EGCG a ECG inhibovaly aktivitu virové RNA a tím potlačily šíření viru. Preklinické testy ukazují, že katechiny neinterferují s funkcemi hemaglutininu a neuraminidázy, které jsou přítomny na povrchu virových částic, ale spíše inhibují interakci viru s buněčnou membránou při napadení buňky. Při pokusech s kuřaty bylo prokázáno, že složky zeleného čaje přidané do potravy a vody potlačily replikaci viru chřipky. Bylo také popsáno, že EGCG vykazuje širokospektrální antivirovou účinnost proti různým čeledím virů, jako jsou *Flaviviridae*, *Retroviridae*, *Hepadnaviridae*, *Herpesviridae*, *Adenoviridae*, *Orthomyxoviridae* a *Picornaviridae*. Několik studií uvádí, že polyfenoly posilují imunitní funkce. U myši krměných cereáliemi bohatými na polyfenoly bylo pozorováno zvýšení aktivity NK buněk a hladin cytokinů.

Klinické studie zabývající se účinností zeleného čaje v prevenci infekcí dýchacích cest byly zatím provedeny pouze na japonské populaci. V epidemiologické studii s 2050 japonskými školáky autoři zjistili nepřímou souvislost mezi konzumací 1 až 5 šálků zeleného čaje denně a výskytem chřipkové infekce. V případové kontrolní studii s kohortou 3 327 zaměstnanců čtyř japonských společností bylo pomocí dotazníků zjištěno, že konzumace zeleného čaje byla významně spojena se sníženou pravděpodobností rozvoje chřipky. V randomizované, dvojitě

zaslepené, placebem kontrolované klinické studii se 108 dospělými, bylo ve skupině užívající po dobu 3 měsíců 2krát denně kapsle obsahující L-theanin a EGCG (které se rovnaly 10 šálkům zeleného čaje denně) o 32,1 % méně osob s příznaky, o 22,9 % méně celkových onemocnění trvajících alespoň 2 dny, a o 35,6 % méně dní se symptomy. Podobným způsobem provedli randomizovanou kontrolovanou studii také další autoři. 197 pracovníků ve zdravotnictví nechali po dobu 3 měsíců užívat buď kapsle zeleného čaje obsahující 378 mg katechinů a 210 mg theaninu nebo placebo. Výskyt klinicky diagnostikované chřipkové infekce byl sice nižší ve skupině s katechinem (4,1 %) ve srovnání se skupinou s placebem (13,1 %), ale tento rozdíl nebyl významný. Účastníci další klinické studie k vyhodnocení klinické účinnosti konzumace nápoje obsahujícího katechiny pro prevenci akutních infekcí horních cest dýchacích (URTI) byli také zdravotníci. Během této studie bylo 270 zdravotníků náhodně rozděleno do skupin s vysokým obsahem katechinu (tři denní dávky 57 mg katechinů a 100 mg xanthanové gumy), nízkokatechinové (jedna denní dávka 57 mg katechinů a 100 mg xanthanové gumy) nebo placebové (0 mg katechinů a 100 mg xanthanové gumy). Účastníci studie pili nápoj s katechiny po 12 zimních týdnů. Primárním cílovým parametrem byl výskyt URTI. Incidence URTI byla 26,7 % ve skupině s placebem, 28,2 % ve skupině s nízkým obsahem katechinů a 13,1 % ve skupině s vysokým obsahem katechinů. V Japonsku proběhla také randomizovaná, dvojitě zaslepená klinická studie se zdravými dospělými, sledovala vliv katechinů obsažených v balených nápojích na trvání a závažnost URTI v zimním období. Skupina konzumující katechiny (490 mg katechinu) vykazovala kratší dobu trvání rýmy, ucpaného nosu a bolesti hlavy ve srovnání se skupinou s placebem (0 mg katechinu). Denní konzumace katechinů zkrátila trvání a závažnost URTI u zdravých mužů a žen.

V literatuře lze dohledat také klinické studie hodnotící účinek kloktání zeleného čaje či čajového extraktu na prevenci vzniku infekcí dýchacích cest. Například v prospektivní studii se 124 staršími obyvateli domu s pečovatelskou službou v období od ledna do března 76 osob kloktalo čajovým katechinovým extraktem a 48 osob kloktalo roztokem bez čajových katechinů. Všichni obyvatelé domu s pečovatelskou službou byli před zimou očkováni vakcínou proti chřipce. Ve skupině kloktající katechiny byl nižší výskyt chřipky (1,3 %, 1 obyvatel) než v kontrolní skupině (10 %, 5 obyvatel). Během studie nebyly pozorovány žádné nežádoucí účinky, jako je podráždění dýchacích cest, obstrukce nebo alergický bronchiální spasmus. Účinek kloktání zeleným čajem byl testován také mezi středoškoláky. Do studie bylo zapojeno 757 studentů ze šesti škol. Jedna skupina kloktala 3krát denně běžně dostupný balený zelený čaj a druhá skupina kloktala 3krát denně vodou z vodovodu. Ukázalo se, že kloktání zeleného čaje nebylo pro prevenci chřipky účinnější než kloktání vody. Stejný výsledek měla také klinická studie s 651 vysokoškoláky, kteří buď 3krát denně kloktali zeleným čajem nebo vodou. Výskyt chřipky byl podobný v obou skupinách. Nebyly pozorovány žádné nežádoucí účinky.

Ačkoli experimentální studie prokázaly antivirovou aktivitu při konzumaci zeleného čaje, důkazy o jeho klinické účinnosti zatím nejsou přesvědčivé. Katechiny z nálevu zeleného čaje a podobných nápojů jsou obecně bezpečné, opatrnost je na místě v případě doplňků stravy. Odborníci z Evropského úřadu pro bezpečnost potravin (EFSA) došli v roce 2018 k závěru, že na základě výsledků studií prováděných na dobrovolnících pod lékařským dohledem, mohou být denní dávky EGCG od 800 mg výše spojeny s počátečními příznaky poškození jater.

Mgr. Věra KLIMEŠOVÁ

Laboratoře aplikovaného výzkumu a vývoje společnosti Fytopharma

Zdroj: www.fytoinstitute.eu

Los Krupos
ZDRAVÉ ŠKOLNÍ SVAČINY
výhodný balíček SCHOOL koupíte na
www.loskrupos.cz
DOPRAVA ZDARMA

Lékárnické POHÁDKY
žádejte zdarma na
www.lekarnickepohadky.cz

VÝZNAMNÁ JUBILEA

říjen

Česká lékárnická komora blahopřeje svým členům – říjnovým jubilatům.

Mgr. Viktorie Grossová

PharmDr. Marie Džuponová

PharmDr. Vladimír Gondek

Mgr. Petr Byrtus

PharmDr. Jitka Říšová

PharmDr. Hana Stejskalová

PharmDr. Tatiana Holubová, MHA

PharmDr. Libuše Procházková

PharmDr. Irena Sekulová

PhMr. Zdenka Bašová

PharmDr. Jana Kobiláková

PharmDr. Zdena Stejskalová

Aff. Jiřina Votavová

Mgr. Michaela Zemanová

PharmDr. Lena Stránská

PharmDr. Lenka Zemanová

PharmDr. Zdenka Jahodová

Mgr. Jaroslava Doleželová

PharmDr. Lech Branny

PharmDr. Čestmír Běhávka

Mgr. Jana Šabršulová

Mgr. Ivan Chytra

PharmDr. Radka Nováková

Mgr. Barbora Grymová

PharmDr. Radmila Šmardová

Mgr. Eva Machová

Mgr. Alena Nemčáková

PharmDr. Jana Peléšková

Milan Kolesár

Mgr. Jana Friedová

Mgr. Jitka Menčíková

PharmDr. Robert Bartas, Ph.D., MBA

Mgr. Alexandra Bílá

Mgr. Zdeňka Anna Hartmannová

Mgr. Alice Vodrážková

Mgr. Lidie Hoňková

Mgr. Věra Kovářová

Mgr. Eva Tomášková

Mgr. Munkhzul Damdinragchaa

PharmDr. Lenka Poláčková

Mgr. Lenka Červená

Mgr. Romana Beránková

PharmDr. Tomáš Hrček

PharmDr. Kateřina Formánková

Mgr. Eva Hamalová

Mgr. René Matlášek

Mgr. Lucie Viktorová

Mgr. Renáta Hlásná

Mgr. Lenka Samková

Mgr. Vítězslav Baran

Mgr. Leona Straňáková

Mgr. Martina Gernertová

Mgr. Tereza Machová

Mgr. Roman Goldschmidt

Mgr. Blanka Cápálová

Mgr. Jolana Pavlíková

PharmDr. Josef Roušal

PharmDr. Petr Domanský

MAGISTRA HLEDÁ PRÁCI

v lékárně

na zkrácený úvazek
(se zkrácenou délkou směny).

Vysočina (Tř, VM).

Mgr. Vrbková, tel.: 777 932 401

Soukromá lékárna Mandragora v Benátkách nad Jizerou hledá do svého kolektivu

magistru/a na částečný nebo plný úvazek

Nabízíme práci v příjemném prostředí, dobré platové podmínky, 5 týdnů dovolené, zaměstnanecké benefity... Podporujeme individuální vzdělávání a osobnostní růst.

Otevírací doba po–pá 8–17 hod., so 8–11 hod.

Více informací rádi poskytneme při osobním setkání.

Kontakt: Markéta Poluhová, Pražská 614, Benátky nad Jizerou,
tel.: 604 239 628, e-mail: lekarna@poluha.cz

Váš recept připravíme do druhého dne

Galenika Příbram

Snadné zadání mobilem na www.IVLP.cz
Doručení certifikovanou dopravou do druhého dne

Špičková kvalita, nízké ceny pro pacienta a nejvyšší podíl z Taxy Labórum na trhu!

PHARM GEST
www.galenikapribram.cz
318 620 264, 318 633 006

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

děkujeme Vám všem, se kterými jsme měli možnost setkat se v průběhu podzimních konferencí.

Další cyklus konferencí na téma **ZDRAVÁ A SEBEJISTÁ - urogenitální potíže a možnosti jejich řešení** připravujeme na únor 2024 a velmi rádi Vás na nich opět uvítáme.

V mezidobí se s Vámi rádi setkáme na našich webových stránkách. Najdete zde řadu studijních materiálů, postupně budeme přidávat i aktuální informace o připravovaných konferencích.

Připomínáme, že všechny naše odborné vzdělávací aktivity jsou certifikované pro Vaše celoživotní vzdělávání Českou lékárnickou komorou i Českou komorou farmaceutických asistentů.

**ZDRAVÉ UŠI**

vybrané nemoci uší a možnosti jejich řešení

Studijní materiál je Vám k dispozici na našich webových stránkách do **31. 3. 2024.****BŘIŠNÍ LABYRINT**

vybrané nemoci GIT a možnosti jejich řešení

Studijní materiál je Vám k dispozici na našich webových stránkách do **30. 6. 2024.****ZDRAVÁ ÚSTA**

vybrané nemoci ústní dutiny a možnosti jejich řešení

Studijní materiál Vám je k dispozici na našich webových stránkách do **30. 11. 2024.****ZDRAVÁ A SEBEJISTÁ**

urogenitální potíže a možnosti jejich řešení

Cyklus konferencí proběhne v Praze, Brně a Ostravě v průběhu února 2024.

