



# Časopis českých lékárníků

měsíčník stavovské lékárnické komory

**6/2024** ročník **XCVI**

VYCHÁZÍ OD 1882





# Opava, květen 2024

Zasedání představenstva ČLnK a XXV. Konference Mladých Lékárníků



V redakci časopisu asi odbory nezaložíme. Jsme jen dva zaměstnanci, minimum jsou tři. Protože je otázka existence lékárenských odborů stále na stole, zvedli jsme ji a položili před respondenty rubriky Zeptali jsme se. Můžete nám na ní odpovědět i vy ostatní.



Přes mnohé snahy se postavení českých lékárníků příliš nezlepšuje. A to ani českých farmaceutů. Přejmenování všeho lékárnického na farmaceutické se řešilo na výjezdním zasedání představenstva ČLnK v Opavě. Hlasovalo se i o návrhu na změnu názvu časopisu. Všechno má jistý čas a každé předsevzetí pod nebem svou chvíli, praví biblický Kohelet. Čas přejmenování časopisu, podle mě i většiny členů představenstva, ještě nenastal. Vnímám jsem několik úsměvných poznámek, jestli bych v případě přejmenování v časopise zůstal. Potěšilo mě, že mě mnozí vidíte jako velkou konzervu, protože já se za to nestydím. Nejen plyn, ale i brzda jsou nezbytné k přežití cesty. Ale můj konzervatismus má daleko k fanatismu čili se mě tak jednoduše nezbavíte, změna názvu časopisu by určitě nebyla důvodem, abych přestal mít rád tuto práci a vaši milou lékárnickou společnost. Zvláště ne teď, když už jsem se i já vydrápal na ikonickou Lysou horu.

Někdy jsem jako indiánský náčelník, rozmlouvám s předky a snažím si představit, co by na některé dnešní věci řekli. Když si vybavím (z dopisů, vzpomínek, fotek) své předky lékárníky a zeptám se jich na případnou změnu názvu časopisu, který i oni od 19. století otvírali na svých tárách, zní mi v odpověď: „Hlavně klid, náš milý Zdeňku. Pokud by to mělo nějaký smysl ve prospěch našeho stavu, proč ne. Pokud by to stav spíš sjednotilo, nebraň se tomu. Pokud by to ale mělo být jen nějaké samoučelné vyhovění poptávce určitých momentálních tlaků, byla by škoda zahodit tak dávnou tradici.“

Živa, Vesmír, a právě Časopis českých lékárníků jsou poslední živoucí linky táhnoucí se skrz už třetí století. Všechno má jistý čas a zdá se mi, že spíš nastává čas zakládání lékárnických odborů než čas přejmenování časopisů.

**Zdeněk POKORNÝ**

**šéfredaktor** Mgr. Zdeněk Pokorný  
**redaktor** PharmDr. Stanislav Havlíček

#### redakční rada

PharmDr. Tomáš Arndt, 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. Veronika Orendášová,  
PharmDr. Miloš Potužák

#### vydavatel

Česká lékárnická komora, Rozárčina 1422, 140 02 Praha 4

**sazba** Kateřina Hoferková

**ilustrace na obálce** Anička Hlavsová

#### tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

ČČL č. 6 vychází 24. 6. 2024 v nákladu 8 993 výtisků.

**předplatné a inzerce** objednávky v redakci časopisu

**redakční uzávěrka č. 7-8/2024** – 11. července 2024

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

Pekelný začátek června	4
Ze života právníka v Komoře – díl padesátý devátý, hard právníčina	5
Zeptali jsme se	6
Moudrý vládne silou ducha, hlupák silou dekretů	9
V Opavě nám chutilo	10
Léky na předpis od výrobce až domů	12
Ještě k distribučnímu kanálu	13
Zločiny bez trestu	14
Tak to vidím já	17
Osvědčení k výkonu lékárenské praxe	18
Právní poradna	19
Interaktivní dispenzační semináře	20
Za docentem Jiřím Portychem	21
Lékařník, redaktor a spisovatel pod Zlatým sluncem	22
Putování po ostrově čajů	24
Beskydský slet uzdravuje	26
Jahody jako funkční potravina	28
Vědecké okénko: Novinky ve světě vědy	30
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Phaseolus vulgaris L.	32
Molekula měsíce: Ceftobiprol medokaril	33
Světové dny zdraví	34
Významná jubilea	35

# Pekelný začátek června



Tři novinky si pro nás nachystaly zdravotní pojišťovny s jedním držitelem registrace a ministerstvo se zákonodárci a SÚKL. Nutno podotknout, že je nevymyslela Komora – ani prezident, ani viceprezident, ani členové představenstva. Informovali jsme vás o nich a v době vzniku jsme se snažili jejich tvůrce ovlivnit tak, aby byly

tyto novinky v praxi použitelné a aspoň trochu smysluplné. O co šlo?

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

První novinka: případ Pradaxa. 10. května vyšla najevo informace, že by na základě smluv uzavřených mezi držitelem registrace a VZP i Svazem zdravotních pojišťoven ČR mělo od 1. června dojít k výraznému snížení ceny dvou variant léčivého přípravku Pradaxa s tím, že nové nákupní ceny budou v distribuci nastaveny od 24. května. Na doprodej zbývalo jen několik dnů. Na základě intervence Komory se nejprve podařilo dohodnout posunutí data zahájení prodeje za nové nákupní ceny v distribuci na 20. května a následně výše uvedené smluvní strany uzavřely dohodu, který posunul účinnost dohody na 1. července. Díky tomu mají lékárny možnost doprodávat starší zásoby o měsíc déle. Druhá novinka: případ Ventolin. Od 1. června je nastaveno omezení předepisování léčivého přípravku Ventolin Inhaler N pouze na 1 balení na 1 recept. Taková omezení může v případě nutnosti vydávat formou opatření obecné povahy Ministerstvo zdravotnictví podle § 112c odst. 1 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech. Jedná se o opatření, jehož účelem je omezit spotřebu léčivých přípravků, které jsou např. ohroženy nedostupností nebo by jejich zvýšená preskripce mohla vést k nedostupnosti. Můžeme si vzpomenout na lék Ozempic, který se začal předepisovat ve velkém kvůli jeho efektu na snižování hmotnosti a reálně hrozilo, že počet balení v ČR nebude dostatečný pro léčbu pacientů s diabetem. Tehdy nemělo ministerstvo potřebný legislativní nástroj pro omezení předepisování a výdeje, od 1. června jej již má. Důležité je zmínit, že nástroj nesouvisí s příznakem omezená dostupnost, kterým SÚKL označuje léčivé přípravky. Třetí novinka: léčivé přípravky s omezenou dostupností (LPOD). 1. června začala platit i další pravidla související s novelou zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, která byla jako tzv. „nedostatková“ novela schválena na konci roku 2023. Přinesla několik pravidel, která mají vliv na práci v lékárnách a většina z nich souvisí s tím, že SÚKL začal označovat léčivé přípravky příznakem omezená dostupnost.

Co vzbuzuje největší vášně a nejvíce dotazů, je ukryto v § 82 odst. 3 písm. h) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech: „Možnost objednat LPOD tak, aby množství takového přípravku v dané lékárně nepřevýšilo množství odpovídající obvyklému počtu balení vydaných za 1 kalendářní týden v posledních 12 kalendářních měsících, a použít jej výhradně k výdeji pacientům nebo

poskytovatelům zdravotních služeb.“ To je doplněno o situace, kdy lékárna poslední rok LPOD nevydávala: „Nevydal-li provozovatel lékárny za posledních 12 kalendářních měsíců žádné balení takto označeného léčivého přípravku, může objednat pouze množství uvedené na platném lékařském předpisu předloženém v dané lékárně.“ Odchytky od těchto pravidel platí pro nemocniční lékárny.

Hlavním účelem ustanovení je zabránit účelovému skupování LPOD lékárnami ve velkých množstvích. Myšlenka vznikla na ministerstvu zdravotnictví, částečně i na základě zkušeností, které mnozí lékárníci popisovali na sociálních sítích nebo v médiích např. v době výpadekové krize s antibiotiky. Šlo o opakované stížnosti, že dodávky do lékáren nejsou distributory rozdělovány spravedlivě. Ze záznamů chodí léčivé přípravky nahodile, někdy v nedostatečném množství, jindy se naopak objednávky zdvojí. A zatímco jedna lékárna léčivé přípravky dostala, protože si všimli včas, že léčivý přípravek přišel na distribuci nebo měli u konkrétního distributora „protekcí“. A v sousední lékárně neustále kroutil hlavou a nezbylo jim než říkat: „Nemáme“.

V prvních verzích návrhu zákona byly objednávky lékáren regulovány na základě průměrných množství vydaných balení. Po mnohahodinových jednáních se zástupcům Komory podařilo odpovědným úředníkům ministerstva zdravotnictví vysvětlit, že s průměry se v lékárně nedá pracovat a výdej léčivých přípravků by to nejen zkomplikovalo, ale v podstatě by výdej zkolaboval. Proto byl zaveden termín „obvyklý počet balení“, se kterým již lze v lékárně fungovat. Ano, jedná se o omezující pravidlo. Ano, minimálně zpočátku bude proces objednávání a běžný systém práce v lékárně narušen. Ano, zvykli jsme si dělat záznamy na kdeco a ono to někdy nebude možné. Ano, výpadky tato novela nevyřeší. Ani nemůže. Aspoň u LPOD by ovšem mohla vést k tomu, že se omezené zásoby v ČR dostanou do více lékáren.

Důležité je uvědomit si, že „obvyklý počet balení“ se netýká jednotlivé objednávky, ale skladové zásoby v lékárně. Má-li lékárna v okamžiku, kdy je označen léčivý přípravek LPOD příznakem, větší skladové zásoby tohoto léčivého přípravku, než odpovídá „obvyklému počtu balení“, měla by měla přestat léčivý přípravek objednávat a vydávat postupně ze svých zásob. Nemusí nic vracet. Opět objednávat může, teprve když zásoby léčivého přípravku klesnou pod „obvyklý počet balení“.

V článku na webu uvádíme několik příkladů objednávání léčivých přípravků s příznakem LPOD, které lze považovat za přípustné s ohledem na výklad pojmu „obvyklý počet balení“. Není nutné se dopředu seabemrkat nebo bát pokut, pokud překročím průměrný počet o 1 či 2 balení. Chodí-li mi do lékárny např. 1x či 2x za měsíc pacienti pro 3 balení určitého léčivého přípravku, mohu mít tato 3 balení v lékárně nachystaná, neboť jde o množství odpovídající „obvyklému počtu balení“, ale nebudu si dělat zásoby o 10 nebo 15 kusech.

Obvykle bývá legislativně hektický přelom roku, nyní se tak stalo v červnu. Věřím, že nyní již všichni hledíme dopředu k prázdninám. Starosti všedních dní nechte o prázdninách aspoň na 2 týdny stranou a užijte si dovolenou s rodinou a přáteli.

# Ze života právníka v Komoře

## – díl padesátý devátý, hard právníčina



Když vám píše právník, snadno se stane, že se nedozvíte nic o jeho životě v Komoře. Protože se nechá jako věchýtek smýkat tím, co upoutá jeho právní mysl. Pak mu nedá, aby se nezmínil.

### Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

Ano, byli jsme v Opavě na výjezdním zasedání představenstva a na milé Konferenci mladých lékárníků. Ano, připravovali jsme rozsáhlé změny stavovských předpisů, protože podle mnohých nazrál čas na posun k hrdému označení příslušníka stavu coby farmaceuta. Ano, čelili jsme dalším obviněním kvůli chráněnému distribučnímu kanálu, za který je bohužel vydáván nevydařený poslanecký návrh pana Kuchaře. Ano, řešili jsme náhle se objevivší dohodnuté snížení ceny jednoho nejmenovaného přípravku na P (na předposlední pozici má x, uprostřed d, šesté od konce je r a k tomu je tam třikrát a). O tom si přečtete na webu a pochopíte, proč jsme tomu věnovali tak velkou pozornost a jak moc to, co my chápeme snadno, obtížně chápou ti, kteří se dohadují bez nás, což je v souladu se zákonem, ale chtějí, aby ztrátu nesly lékárny, což už v souladu se zákonem není. A to IČO na veterinárním receptu? Mami!

Když už zmiňujeme soulad se zákonem, vraťme se k tomu, co upoutalo právníkovu, a jistě nejen mou, mysl. Podstatných je tu několik pojmů: lex Pawlas, distributor, výrobce, odmítnutá dodávka, obvodní soud a rozsudek.

Lex Pawlas byl do konce roku 2023 částí zákona o léčivech, která stručně řečeno obnášela dvě zajímavé povinnosti – povinnost výrobce dodat distributorovi a povinnost distributora dodat lékárně. Pokud šlo o přípravky, které se distributor zavázal nevyvážet z ČR. SÚKL neplnění těchto povinností nikdy nepostihl a opíral se o všeobecně rozšířené odůvodnění, že jde o špatně napsanou, a proto nevymahatelnou normu. Pasivita SÚKL přiměla distributora k podání občanskoprávní žaloby na výrobce, který odmítl dodat 24 balení, přičemž i to nízké číslo má ve sporu svou důležitost. Obvodní soud (což je totéž jako soud okresní, jen Pražáci to prostě musí mít jinak) rozhodl ve prospěch distributora. Jde o nesmírně zajímavé rozhodnutí. Natolik, že si do tohoto článku odložím několik poznámek, jejichž trefnost se (ne)potvrdí teprve časem. Výrobce prohrál a určitě podá odvolání. Tyhle věci nikdy nekončí u soudu prvního stupně. Obě strany mají své vynikající právníky, kteří ve svých argumentacích zcela jistě vyčerpávají všechny myslitelné argumenty. Nemusím se tedy bát, že bych se svou troškou někomu napomáhal nebo naopak škodil. Neobjevuji Ameriku. Vědomě na sebe беру riziko,

že až jednou kauza pravomocně skončí, poté co ji překoušou mnohé chytré soudcovské mozky, ukáže se, že jsem se tehdy, v květnu 24, ve všem mýlil. To ale nevádí, je vzrušující si trochu zavěštit a počkat, jak to dopadne. Co je tedy na zmíněném rozsudku tak zajímavého?

Třeba už jen samotná žaloba. Když jdete k soudu, musíte mu přesně říct, jak chcete, aby rozhodl. A soud vám může buď vyhovět, nebo žalobu zamítnout. Nemůže ale přiznat něco jiného. Kromě toho, velice stručně řečeno, musíte žalovat tak, aby se to dalo vymáhat, a taky vám soud většinou nebude chtít vyhovět, když budete chtít, aby jen potvrdil, že něco nějak je, místo toho, aby někomu rovnou něco uložil nebo zakázal. Takže třeba žalobu na to, aby soud potvrdil, že sousedův chlívek smrdí, zamítnete, protože místo toho máte požadovat, aby soused s tím zápachem něco konkrétního udělal. Vlastně jde o to, aby byl žalobce donucován domáhat se u soudu rovnou toho, co má nějaký reálný smysl. Aby se předešlo podání další žaloby. Protože potvrzení existence sousedova zápachu k jeho odstranění nepřispěje, kdežto konkrétní opatření ano.

Poměrováno touto optikou je zajímavé, že distributor se nedomáhal dodání odmítnutých 24 balení, ale „jen“ uzavření smlouvy s výrobcem, která teprve výrobce zaváže k dodávce. Říká se tomu nahrazení projevu vůle. Obecně, když výrobce smlouvu uzavřít nechce, a přitom by měl, soud rozsudkem nahradí projev jeho vůle a rozsudek nahrazuje podpis výrobce na smlouvě. Ten je potom smlouvou vázán, jako kdyby jí podepsal sám. Otázka zní, proč distributor žaloval nikoliv na plnění povinnosti dodat plynoucí přímo ze zákona, ale na uzavření smlouvy, na jejímž základě se má dodávka teprve uskutečnit. Protože nejčastěji k soudu chodíme s nároky z nesplněných smluv. Čili, i když tu bude uzavřená smlouva, stejně bude muset následovat další soud, pokud výrobce smluvní povinnost nesplní. Ne, že bych jej z toho podezíral. Obě strany jsou solidní, jen spolu nesouhlasí. Jde tu o objektivní princip. Proč soud vyhlásuje rozsudek o něčem, co je potenciálně jen předstupněm pro další soudní řízení, když tomu lze předejít tím, že se rovnou rozhodne o povinnosti dodávky? Nepochybuji, že právníci distributora dobře vědí, proč to udělali takto, a pan soudce dobře ví, proč mu to nevádílo. Jen bych asi, být na druhé straně, toto zdůraznil.

Už jsem zmínil, že lex Pawlas byl účinný do konce roku 2023. Žaloba byla podána v době účinnosti. Soud ale rozhodoval v roce 2024. O povinnosti, kterou výrobci ukládá nyní. Při platné zásadě, podle níž se rozhoduje podle stavu ke dni rozhodnutí. Aniž by byla platnost lex Pawlas po jeho zrušení jakkoliv prodloužena nějakými přechodnými ustanoveními. Takže pokud by rozsudek nabyl právní moci v nynější podobě, bude výrobce plnit povinnost podle neexistujícího ustanovení. Pan soudce

*Pokračování na straně 17*

## ZEPTALI JSME SE

**Ve Francii a Německu stávkují lékárníci, u nás se za požadavky lékařů razantně a úspěšně staví Lékařský odborový klub. Nenazrál čas, aby i v českých lékárnách začaly vznikat odborové organizace, případně jedna celostátní pro všechny farmaceuty? Kdo z vás se toho ujme?**

**PharmDr. Jana BAROCHOVÁ, lékárná Benu, Plzeň**



Než odpovím na dnešní otázku, zvednu nejdřív rukavici hozenou v minulém čísle Dr. Markem od Sv. Theodoty. Souhlasím s ním, že studená voda umí zázraky a posílám fotku ze silvestrovského otužování.

Český lékárnický odborový klub, zní to dobře! Myslím ale, že se nenajde mezi lékárníky názorová shoda potřebná k jeho

založení a úspěšnému dlouhodobému fungování. Různí zaměstnavatelé, s těmi menšími je lépe se domluvit osobně a na diskuzi s těmi většími chybí často buď odvaha nebo vůle. Myslím, že nám (oproti lékárníkům ze zahraničí) chybí dostatečné sebevědomí, devastované přístupem státu k našemu stavu. Nenasycenost pracovního trhu na poli lékárenství zatím skýtá výhodu, že není-li možné najít štěstí u jednoho zaměstnavatele, dá se zkusit domluvit lepší podmínky s jiným. Ovšem není to tak ve všech městech, a navíc spektrum možných zaměstnavatelů se během let zmenšuje. Částečně funkci odborového klubu svými aktivitami nahrazuje Česká lékárnická komora. Není to ale její prvotní úkol, proto jsou její nástroje a možnosti omezené. Díky Bohu, že zvládla uhájit alespoň něco.

**PharmDr. Josef MAREK,  
Lékařna U Svaté Theodoty, Letohrad**



Osobně chápu celou situaci asi takhle: odborová organizace se staví za zaměstnance ve vztahu k zaměstnavateli. Aby na pracovišti vznikly odbory, je potřeba minimálně tři členů, kteří sepiší stanovky a podají na Ministerstvo vnitra k registraci. To jsem samozřejmě nevěděl, ale poradila mi to Al.

Otázku chápu více jako problém celého lékařského stavu, jedná se spíše o vyjednávání celého stavu s dalšími rozhodujícími organizacemi – státem, potažmo ministerstvy, pojišťovny. Takovou organizací pro nás je převážně Komora. A ta si myslím tuto úlohu na sebe poměrně úspěšně bere.

Určitě je dobře vidět stále dopředu, hledat všechny možnosti a cesty, bojovat za zlepšení podmínek v lékárenství. Postupně pozitivní kroky se daří, některé se nedaří, a je potřeba za ně stále bojovat.

Osobně si nedokážu představit, že by vznikly nějaké univerzální farmaceutické odbory. Zaměstnavatelů lékárníků je spousta – větší firmy, řetězce, ale i hodně fyzických osob nebo malých s. r. o., kde majitelem bývá jeden lékárník (či nelékárník).

Osobně zaměstnávám osm lidí, kteří by teoreticky odbory vytvořit mohli, ale nějak si nedovedu představit, že k tomu dojde, natož, jak bych na to reagoval. Myslím, že ve velké části menších lékáren odbory potřeba nejsou. Zaměstnavatel lékárník je totiž se svými kolegy na jedné lodi.

**PharmDr. Miroslav KOŠKA,  
Lékařna Úrazové nemocnice v Brně**



Při opakovaném čtení otázky mě nenapadly žádné odpovědi, jen další a další otázky. Vypůjčím si a upravím často používané obrázky ze sociálních sítí: Jsme lékárníci? Ano! Chceme změny? Ano! A co vlastně přesně chceme nebo alespoň většina chce? ... (ticho).

Francouzští lékárníci protestovali proti přetrvávajícímu nedostatku léků, uzavírání lékáren, nedostatečnému odměňování a riziku deregulace prodeje přes internet. Ti němečtí kvůli nedostatečnému financování, růstu nákladů, přibývajícím byrokracií, nedostatku léků a absenci politických koncepcí. Převedením na české podmínky si dokážu představit protest za vyšší využití našich schopností ve zdravotnickém systému a zvýšení informovanosti o tom, co vše umíme a můžeme dělat, za nedostatečné odměňování za naši práci, za zavedení demografických a geografických regulací pro otevření nových lékáren a za pevné doplatky. Nedostatek léků stávkou či protesty asi vyřešit nejde, ledaže by se upravily ceny léků podle našich západních sousedů, ale to je politická záležitost. Nicméně, umíme se, nebo aspoň většina, na výše uvedených oblastech aspoň rámcově shodnout? Vždyť za lepší postavení lékárníků ve společnosti a jejich lepší ocenění bojuje ČLnK. Dále tu máme GML, POLP, Mladé lékárníky, Vaše lékárníky CZ, APLekS, odborné společnosti pod ČFS ČLS JEP a další. Každá organizace se věnuje tématům, kterým má nejbližší, a zaujímá k nim svůj postoj. Výsledkem často nekoordinovaného jednání různých zástupců různých skupin lékárníků byl několikrát však pouze nezáměr politické scény pro nečitelnost a nejednotu našeho vystupování. Odborové organizace se zaměřují spíše na otázky výše platu a poskytování benefitů v rámci pracovněprávních vztahů. Dovedu si představit nespokojenost lékárníků například s víkendovými směňami, kdy jsou v lékárně sami bez kolegy a nemají se jak prostrídat a často ani prostor se bez přerušení najít. Zde bych uplatnění odborů viděl a chápal. Zdá se však, že to tak velký problém není, jinak by při počtu lékárníků sloužících víkendové směny odborové organizace dávno vznikly. Nedovedu si ale představit, že by vznikla nějaká odborová organizace, ve které by došlo k většinové shodě a prosazení nějakého požadavku. Resp. nemyslím si,

že je potřeba zakládat další organizaci, už teď jich máme až až. Osobně, ač už věkem jen z pozice sympatizanta, souzním s činností Mladých lékárníků. To oni mají před sebou celý profesní život a mají určitě co říct k tomu, v jakých podmínkách chtějí pracovat. A jejich spojení s vedením ČLnK pak přinese k nápadům i zkušenosti profesně starších. Však se již nyní zásadní věci řeší právě ve skupině mL. Zbývá jen otázka zmíněná v úvodu a kterou pravidelně opakuji – co vlastně chceme? Umíme si to ujasnit sami mez sebou? A umíme to potom prezentovat veřejnosti? Jaký má být lékárník za 5 let? Jak má být ohodnocen? Jaké má mít kompetence? Četl jsem různé názory a představy. Jen jsme zase u té nejednoty, kdy si různé skupiny budoucího lékárníka představují dost odlišně. A s tím nejde ani stávkovat, ani protestovat, ani něco prosazovat. Nehledejme další organizaci, hledejme jednotu a společné postoje.

### Mgr. Helena SLÁMOVÁ, Lékárna Komín, Brno



V Německu a Francii stávkují lékárníci proto, že mají potenciál něčeho dosáhnout. Majitelé lékáren mohou být pouze lékárníci, takže jsou to oni, kteří nejlépe znají problémy, které je třeba řešit a v případě, že je vládní garnitura nebere vážně, zvýrazní naléhavost potřeby řešení stávkou. Je jich nesrovnatelně více než nás a zavřením svých

lékáren mohou významně zvednout varovný prst. A o případné stávce nebo zavření provozoven rozhodují jen oni sami, jsou svobodní.

V našich končinách tohle není tak snadno možné. Do stávk by se zapojil zlomek lékáren, neboť zaměstnanci sami o sobě zavřou lékárny jen stěží. Mohli by, ale pochybuju o tom, že by to udělali. Zájmy nezávislých lékárníků jsou totiž diametrálně odlišné od zájmů provozovatelů nelékárníků a korporátů a zájmy zaměstnanců jsou ještě úplně jinde, takže jejich motivace k tak velkému kroku je nízká. Proto tohle u nás pravděpodobně fungovat nebude.

Založení odborů by mohla být dobrá volba a kdybych byla nucena pracovat v korporátu, pravděpodobně bych je založila já, protože bych se nesmířila s devastací našeho oboru. Bohužel odbory u nás získaly takovou hořkou pachutí, a i já je mám spojené spíše s požíváním a tlakem na zvýšení mezd. Ne, že by to nebylo důležité, ale ráda bych si představovala, že takové lékárnické odbory budou více tlačit spíše na důstojné pracovní podmínky, budou rázně odmítat určité praktiky, které jsou pro lékárníka ponižující a budou dávat jasně najevo manažerům určité mantinely. A také trochu brzdit politiky, kteří nám práci místo rozvoje ničí a zaplevelují takovým způsobem, že už to za chvíli nebude žitelné.

Obávám se ale, že tahle představa práce odborů je zase jen spíše moje zbožné přání. A pokud by neměly odbory plnit přesně tuhle funkci, tak vlastně nevím, jestli je nutné je zakládat, zda by nedělaly lékárníkům jen další medvědí službu.

Tímto bych se s vámi chtěla v Zeptali jsme se rozloučit, není toho již mnoho, co bych s vámi na tomto místě nesdílela. Děkuji vám za vlnu krásných reakcí, které mě vždy velmi potěšily.

Děkuji vám také za důvěru, s jakou jste se na mne obraceli se svými osudy a těžkostmi v souvislosti s výkonem vašeho povolání. Velmi si toho vážím.

Samozřejmě zcela nezmizím a pokud vás moje články nějakým způsobem oslovovaly, zcela určitě dál dění v lékárenství sleduji a pokud budu mít pocit, že je třeba ho oglosovat, zase se tady v časopise, byť na jiném místě, potkáme. Tak čtěte!

### PharmDr. Přemek CÍSAŘ, Lékárna Modřínová, Třebíč



Zatímco ve Francii a Německu jsou lékárníci nedílnou součástí poskytování zdravotních služeb, u nás jsme stále za vydřiduchy, i když lékáren v majetku lékárníků je stále méně a méně. Neustále jsme nuceni se zabývat drobnostmi (tu eVýdej, tam FMD, ATD, NOOL, DTP, CHDK) a nezbývá sil ukázat, kde je v našem povolání přidaná zdravotnická

hodnota. Tisíckrát nic umožnilo osla.

Že stávkují Francouzi mě nechává chladným. K jejich národu to patří asi jako cibulačka nebo croissant. Když už vzplanou i Němci, z toho mrazí v zádech. Evidentně jejich mocní pochopili, že je snazší brát od slabých a malých než od silných a velkých. Často se tato strategie vyplatí, ale někdy je těch malých a slabých víc, a pak silou uragánu padají trůny, králové ztrácí hlavy a dříve silní a velcí šlechtici berou do zaječích. Taky jeden z francouzských zvyků jako ta polívka a pečivo.

O založení odborové organizace jsem už několikrát z legrace přemýšlel, ale je potřeba minimálně tří členů, což je pro mnoho lékáren větší než malé množství. V naší lékárně na Vysočině jsme dva. Jeden z Prahy, druhý z Brna. To by nedal dohromady ani Metternich. Větší zaměstnavatelé drží situaci zřejmě pevně v rukou. Nevím, jestli je to dobře nebo špatně. Vždy jde o rovnováhu. Jak říkával náš učitel z fakulty Vláda Kubiček: „To je život, to je termodynamika.“ A ta nás učí, že když vychýlíme soustavu z rovnováhy, může z toho být i výbuch. Jednou v nějakém lékárníkovi bouchnou saze a zvolá: „Budiž odbory! A budou odbory.“

### PharmDr. Veronika HORÁKOVÁ, Nemocniční lékárna Fakultní nemocnice, Motol



Myslím, že ten čas nastal. Je potřeba hájit naše zájmy jako zaměstnanců. Centrálně. Odborovou organizaci potřebujeme jako sůl.

Pro pobavení, v programovém prohlášení Lékařského odborového klubu z 4. 4. 1995 se píše: „*Lékařská práce v našem státě je stále hluboce podhodnocována, což je jednoznačně patrné jak z tarifních tabulek,*

*tak z kalkulace hodinové mzdy lékaře obsažené v seznamu výkonů. Mzda lékaře je podle tabulek od 27 do 55 Kč za hodinu. Lékaři až dosud trpělivě čekali a spoléhali na to, že si někdo všimne jejich nedůstojného postavení a situaci vyřeší...*

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

*Naším základním cílem je dosáhnout takového postavení lékařů, které je běžné ve všech západních státech.“*

Třicet let stará pravda, ve které vidíme paralelu s lékárenskou problematikou i v dnešní době. Je nutné si přiznat, že lékaři jsou v tomto ohledu daleko před námi. A to jim dodává sílu. Byť LOK samozřejmě není vždy vnímán jen pozitivně, nic to nemění na faktu, že farmaceutická odborová organizace chybí, nejsme pak adekvátně přítomni ani na jednáních ohledně odměňování zdravotnických pracovníků ani při jiných obdobných příležitostech. Jsme v rámci zdravotnických profesí početně menší skupina, a proto je tendence na nás „zapomínat“, nebo dělat na náš účet politická gesta či oběti, jako bylo oddělení farmaceutů z lékařských tabulek při první akci „Děkujeme, odcházíme“.

Určitě bychom se měli nechat inspirovat a neotálet s vytvořením odborového klubu pro lékárníky a mít tak nástroj, jak jednotně vyvinout tlak a získat sílu při prosazování našich zájmů ve společnosti.

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



Když už ve Francii a Německu lékárníci stávkují, asi to nebude úplně od věci a asi to není od věci obecně i u nás. Ukázkou může být zmíněný Lékařský odborový klub stavící se za požadavky lékařů a problémů vyplývajících z praxe, klub, jenž také koexistuje vedle ČLK, jejich profesní komory. Odborový svaz lékárníků by rozhodně své

opodstatnění měl, zcela jistě by vypomohl ČLnK. Je hodně témat vyplývajících z legislativy, z chování institucí a společnosti vůbec. Namátkově to jsou třeba aktuálně problémy revize úhrad, změny cen, problémy s krácením nebo odmítnutím proplacení receptu či poukazu ze strany pojišťovny z důvodu, který nebyl zaviněný vydávající lékárnou, změny číselníků a cenotvorba, problémy elektronizace, digitalizace či online, jednání s ministerstvy a úřady, jsou jen malým výčtem nastíněné problematiky. A na ČLnK je těch požadavků také dost. Kdo se toho ujme? No, mladí by měli, samo se neudělá nic, my uděláme, co udělat můžeme, ale budoucnost, budoucnost je jejich.

### Mgr. Eva BARTOŇOVÁ, lékárna Dr.Max, Vizovice



Dlouho jsem nad touto otázkou přemýšlela a hledala na ni odpověď. Sama slyším to, jak odbory fungují u partnera ve firmě a už několikrát mě napadlo, proč tohle nemáme u nás lékárníků. Při procházení usnesení ze sněmu Lékařského odborového klubu byly hned prvním bodem diskutovány podmínky přesčasové práce, tedy dlouho a obsáhle

diskutované téma mezi lékaři. Hned mne napadlo, jak jsem ráda, že lékárníky zrovna například tento problém obchází. Nicméně je to téma, které bylo velmi zmiňováno v médiích a věděl o něm snad každý.

Za naše práva aktivně bojuje Komora, na kterou se můžeme obracet a spolehnout se, že tomu tak bude i nadále. V médiích se ale tak často o lékárnících nedočteme, například řešení zásilkového výdeje také není dostatečně viditelné, ačkoliv by to bylo potřeba.

Možná i tohle je důkazem, že mezi námi lékárníky chybí odborová organizace, která se bude stavět za naše práva, odměňování, podmínky práce atd.

### PharmDr. Tereza KOREJSOVÁ, Nemocniční lékárna, Hradec Králové



Příkladem lékařů, kterým se právě díky odborovým organizacím v loňském roce podařilo dosáhnout značných výsledků, by se mohl inspirovat i lékařský stav. Oblastí k řešení se v našem oboru najde nepřehledné množství. Ze známého přísloví, kdy víme, že „peníze vládnou světem“ by navýšení platů (zejména ve státní sféře)

bylo ideálním zahřívacím tématem. Jen si nejsem zcela jistá, zda jsme i v této problematice jednotní. Z mého pohledu státního zaměstnance s demotivující platovou tabulkou je situace jiná než u kolegy z řetězcové lékárny. Naše pohledy spojuje zakotvení povědomí veřejnosti o vnímání naší profese jako nedílné součásti zdravotnického systému. V současné době je zřejmé, že nemůžeme být odměňováni z dispenzačního poplatku (který se pravda, zásluhou činnosti představenstva ČLnK, stále zvyšuje) a obchodní přírůžky.

Nad otázkou položenou redakcí časopisu se zamýšlím na pohotovostní službě (je právě pondělí čas 1:42), kdy vydávám lék AGEN 5MG TBL.30, prodejní cena 16,80 Kč a zisk lékárny 2,55 Kč. Ještě že další klient ve frontě potřeboval přípravek proti svědění při bodnutí hmyzem, kde už je to se ziskem lékárny mnohem veselejší – konkrétně 23,68 Kč.

Abych ale úplně neodbočila od otázky na téma založení lékárnických odborů; naše lékárna se snaží mít zastoupení v co největším množství odborných organizací, abychom měli přehled o aktuálním dění v oboru z různých úhlů pohledu – jednou z organizací jsou i nemocniční odbory. Není pochyb, že bychom jako vedení lékárny plně podpořili vznik organizace s celostátním dosahem. Iniciativa ovšem musí vzejít od řadových lékárníků, zejména mladších kolegů, kteří jsou ve zmiňované platové tabulce o pár řádků i sloupců přede mnou.

Z dalšího známého přísloví také víme, že „v jednotě je síla“ a bylo by mnohem systematičtější podpořit vznik **Celostátní Odborové Organizace Lékárníků**, což by mohlo být pro mladší kolegy dostatečně **COOL**.



# Moudrý vládne silou ducha, hlupák silou dekretů

Na mé první lékárenské praxi u paní doktorky Vítové se všichni distributoři mohli přetrhnout, aby dodávali do lékáren. Ceny léčivých přípravků tehdy určovala komise Ministerstva financí ČR a vydávala číselník jednou za kvartál. Pak přišel Julínek a zavedl (na základě rozhodnutí Ústavního soudu z roku 2007) systém stanovení cen a úhrad pomocí správního řízení. Myšlenka sama o sobě nebyla zlá. Přesně odpovídala na otázku: „Proč bychom měli mít dražší léky než Poláci, Slovinci, Rumuni a další státy, které jsou brány do takzvaného cenového koše.“

Zjednodušeně si stát stanovil skupinu zemí, do kterých se dívá na ceny léčiv, a upraví svoji domácí cenu podle průměru z těchto zemí. Avšak ve chvíli, kdy podobný systém používají i ostatní země cenového koše, se dostáváme do spirály snižování ceny a musíme nutně narazit na dno. Zvláště, když nás je jen deset milionů, o něco víc než čtvrtina Poláků nebo polovina Rumunů. Už se nám to kolikrát i stalo. Vzpomeňme na Oспен sus 750, kterému stát stanovil maximální cenu původce cca 27 Kč a taky nebyl k dostání. Vzpomeňme na Vigantol, který se k nám narychlo dovezl z Rumunska s českým příbalovým letákem přidělaným gumičkou. Byly to takové první vlaštovky a už tehdy někteří lékárníci volali: „Zastavte to. Změňte systém.“

Jenže to byl tu a tam nějaký lék a většinou se to dotklo jen malé skupiny pacientů. Státu se, pomocí mimořádných dodávek a různých výjimek z výjimek, zatím podařilo z každého průšvihů vybrusit. To ovšem neznamená, že problém zmizel. To znamená, že sice umíme slušně improvizovat, ale problém zůstává a postupně na pomyslné cenové dno naráží léky pro širší a širší skupiny pacientů. Minulý rok to byl nobelovsko-fragnerovský penicilin, léčivo, které je etalonem antibiotik a které jsme svého času dokázali připravit. To se minimálně mediálně dotklo celé populace. Nemít základní antibiotikum se už nedá vymýšlet. Za draho jsme nakonec dovezli neregistrovaný léčivý přípravek a ministerstvo už s tím konečně muselo začít něco dělat.

Jenže je něco a něco. Mysleli to dobře, dopadlo to jako vždycky. Legislativa se rozrostla o termíny *Hlášení skladových zásob a Léčivé přípravky s omezenou dostupností*. Hlásíme skladové zásoby a hlášení končí v nějaké černé díře na SÚKL. Každý lékárník by jistě uvítal, kdyby mohl nahlédnout ke šťastnějšímu kolegovi a viděl, kdo má, aby věděl, kam má pacienta poslat? Jsme zdravotníci a prvořadý je zájem pacienta. Nu což, zřídili jsme a spravujeme si vlastní okresní tabulku dostupnosti. Zajímavé je, že lékaři sice nesmí směřovat pacienta, ale v tomto případě mohou, protože oni dostupnost vidí. To přeci nedává smysl, aby šly zákony takhle proti sobě. Další výjimka z výjimek.

Jediné pozitivní je na hlášení, že se jím lékárník nemusí zabývat. Vše potřebné obstará software. Software SÚKL volá a lékárenský software odpoví. Výsledek se brzy dostavil. Víme vše, totiž že nemáme nic.

Léčivé přípravky s omezenou dostupností jsou jiná káva. Ministerstvu, respektive SÚKL, trvá měsíc i dva, než si všimne, že

léčivý přípravek dochází, ačkoli má veškerá data. A pak najednou během prvního týdne měsíce června vydá osm *Opatření obecné povahy* (OOP).

Ozve-li se v lékárně: „Vyšel nový Arafat<sup>1</sup>“, následuje založení hlavy do rukou a hluboké ponoření do čtení. Jak vidím všechno v obrazech a citátech z knih, napadlo mě: „Každý čtvrtek novou knihu, každý den nové OOP.“

Než ale přišlo první OOP, stáhla se nám aktualizace software a k ní návod: „Pro výpočet hodnoty obvyklé zásoby bohužel neexistuje žádný doporučený postup a není také známo, jakým způsobem bude tuto zásobu posuzovat SÚKL. Výpočet je koncipován s cílem navrhnout co nejvyšší hodnotu, která bude jako obvyklá odůvodnitelná. V současné době se výpočet snaží zohlednit sezónnost v předchozím období. Vybere se nejlepší týden v období před 12 měsíci a v nedávném období, případně průměr týdnů s výdejem za celý rok, pokud by byl lepší variantou. Jedná se o doporučenou obvyklou hodnotu zásob na týden pro vybraný léčivý přípravek v daném období. Konečné rozhodnutí o objednaném množství však bude vždy na lékárníkovi a jeho úvaze, jestli je objednané množství rozumné, a zda jej bude umět obhájit.“ (Novinky v programu FARMIS2 verze 1.7.2.5)

Seděl jsem nad tím, četl a viděl jsem v jasných barvách scénu z třetího dílu hexalogie o Básnících: „Když se zblázníme, koupíme si pastelky. A nikdo nic nepozná.“ Geniálně přeneseme problém na lékárníka, který místo, aby se věnoval pacientům, bude s logaritmičtým pravítkem v ruce počítat, kolik balení k objednání mu vrchnost blahosklonně schválí. Nedej Bože, aby objednal o krabičku navíc. Následná kontrola totiž bude dávno po krizi a v klidu. To přeci dává smysl. Od toho tady ty lékárníky máme.

Takhle my si tu teď žijeme. Levné léky nemáme, protože jsou až moc levné, než aby nám je sem někdo dovezl a drahé nemáme, protože jsou levné oproti okolním zemím a vyvezeme je (necháme vyvézt) sami. A tak spousta pacientů obchází lékárny a hledá a hledá, kde by svoje léky našla. Přitom by stačila malá drobnost, změna myšlení, změna legislativy. Ale to by se musel někdo na ministerstvu zamyslet. Kdyby byl na ministerstvu jeden jediný úředník, který někdy jen na okamžik číchl k praxi nebo se zašel poradit na nedaleký Karlák, kde je pět lékáren v krásném vzorku dvakrát DrMax, jedna nemocniční a dvě další, nemohl by z ministerstva vypadnout takový paskvil.

Kdyby to byla narychlo spíchnutá improvizace, člověk by to chápal. Ale tohle má být **Řešení!** Jenže TOHLE neřeší příčinu, jen přináší další sprosté podezřelé, kteří si objednají o kus navíc. Snad by bylo lepší místo drobných flastrů, kterými lepíme problémy, vymyslet systém, jak těmto praktikám předcházet.

Vím, že kritizovat je snadné a proto nabízím i vlastní nápady:

- Upravit systém stanovení cen a úhrad, aby se stanovovaly na léčivou látku, lékovou formu a diagnózu.

*Pokračování na straně 17*

# V Opavě nám chutilo

Po pěti letech se, prakticky ve stejných květnových dnech, sešlo představenstvo Komory v Opavě. Facebook mě upozornil, že byt ve stejném hotelu, bydlel jsem tehdy v jiném pokoji a ten můj původní tentokrát obývala nová asistentka představenstva ČLnK Katka Babocká. Všechno se ví. I digitální stopy mají své stopaře. I Wifi po pěti letech rychle naskočila, hesla se tu evidentně často nemění. Nelze v časopise nezmínit, že právě tady se před pěti lety konalo dojemné rozloučení se šéfredaktorkou Jarkou Hořanskou, dostala plachtu s nátliskem časopisu z tiskárny a s podpisy členů představenstva.

Všem členům Komory doporučuji občas navštívit webové stránky a začíst se do zápisu z konkrétního jednání představenstva. Nejde o nějaké klábosení u kávičky, řeší se často velmi zásadní a stejně často i osobní záležitosti, například u schvalování osvědčení nebo různých sociálně motivovaných úlev od povinností člena ČLnK. Velkou část celodenních zasedání zabírá diskuze o aktuální legislativě a o tom, jak má, může, musí Komora reagovat na nejrůznější poslanceké nápady, iniciativy, co s distributory, výrobci, pojišťovny, SÚKL, ministerstvem atd. Právě v Opavě byli členové představenstva například informováni o postupu ministerstva zdravotnictví v případě připomínkování Zákona o zdravotních službách. Můžeme citovat přímo zápis.

*„JMA informoval, že MZd neakceptovalo žádnou připomínku ČLnK. 10. 5. 2024 ČLnK odeslala MZd odpověď, v níž vyjádřila nespokojenost s krátkou lhůtou 5 pracovních dnů k vyjádření k materiálu o rozsahu několika set stran textu, nespokojenost s způsobem vypořádání připomínek ČLnK a zdůraznila stěžejní připomínky, na jejichž přijetí trvá i s ohledem na pozitivní vyjádření ministra zdravotnictví: definice farmaceutické péče, kritéria pro tvorbu sítě lékáren a povinné označení lékáren lékárenským znakem.“* Zkratky jako JMA (doktor Jaroslav Maršík, právní zástupce Komory a na jednání představenstva i zapisovatel) snad už všichni členové ČLnK dešifrují.



Občas dojde v programu zasedání představenstva i na změny stavovských předpisů, tak jako právě tady v Opavě. V souvislosti s vyjasněním povinného členství v Komoře všech farmaceutů vykonávajících zdravotnické povolání připravil doktor Maršík na základě zadání představenstva prvotní návrhy změn řádů. Měly by řešit problematické znění letitého zákona o komorách, ve kterém jsou zmiňováni jen lékárníci, lékárenská praxe nebo lékárný. V Opavě tedy představenstvo schválilo změnu termínu „lékárenská péče“ na „farmaceutická péče“ ve všech komorových předpisech. Pro mě překvapivě se v této souvislosti hlasovalo i o návrhu na změnu názvu Časopisu českých lékárníků. Změna názvu neprošla. Více o tom píšu v editoriale. Svět by se samozřejmě nezbořil, jen časopis pod tímto názvem (nejdříve jako Časopis českého lékárnictva) vychází už třetí století, je to obrovská tradice, se kterou bychom měli zacházet opatrněji, s větší úctou a případnou změnu (například v souvislosti s přejmenováním samotné Komory) provést poněkud slavnostněji než mezi snídaní a obědem v Opavě. Samozřejmě chápu důvody zastánců změny, ale nemyslím, že pro ni už nastal ideální čas. Jak tak jezdím mezi vás a debatuji, nemám pocit, že by se většina z vás styděla za pojmenování „lékárník“, že by vám tento status vadil. Naopak vnímám, že stále nejvíc z vás má na svém farmaceutickém povolání nejradši osobní kontakt s pacientem za tálou, možnost mu pomoci vyřešit jeho problém, a to v prostoru **lékárný**. Jsou samozřejmě výjimky, pravděpodobně všichni známe inzeráty nabízející jako benefit, že farmaceut nepřijde do styku s pacientem. V tuto chvíli jsem proto rád, že se název časopisu neplánuje měnit, ale klidně o tom diskutujme, čas v tomto případě nehraje roli.

V Opavě se schvalovala i řada dalších věcí, mimo jiné se schválila i přestavba sídla na Rozárce dle projektové dokumentace. Definitivní odsouhlasení této investice ale musí provést podzimní sjezd. Zápis z jednání představenstva podle statistik návštěvnosti čte jen velmi málo z vás. Je to škoda, některé veřejně sdělované soudy na adresu vedení Komory by pak mohly být poněkud kompetentnější.



Důvodem, proč představenstvo ČLnK podniklo toto výjezdní zasedání, byla i podpora konference Mladých lékárníků, která probíhala ve stejných dnech. V podstatě se dá říci, že jednání představenstva plynule přešlo do programu XXV. Konference Mladých lékárníků. Představenstvo přišla pozdravit PharmDr. Marie Zajícová, členka několika představenstev, neustále aktivní farmaceutická činovnice a snad neprozradím žádné tajemství, když napíšu, že i důkladná čtenářka našeho časopisu.

Program konference Mladých lékárníků moderovaly magistry Olga Nedopílková a Jana Martinásková a nechyběla v něm příjemná překvapení. Když jste si například přečetli, že Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík vystoupí s aktuální legislativou, neznamenovalo to, že nebudete svědky výjimečné oneman show.

Po prezentaci doktora Milana Rydrycha o využití AI ve farmacii zaujal člen představenstva a lékárník z Votic Mgr. Filip Škarda, který se zabýval léčebným konopím a jak s ním pracovat v běžné lékárně. Sympatická byla jeho nabídka pomoci pro ty, kteří by ve své lékárně s konopím rádi začali, ale neví přesně jak. Ve Voticích mají vyzkoušeno, nebojte se na ně obrátit.

THC a HHC chodí poslední dobou ruku v ruce, takže přednáška PharmDr. Martiny Swierkosz z FN Ostrava o problematice HHC byla přijata pozorně. Kromě dalšího zmínila legislativní stav, kdy je HHC zařazeno na seznam návykových látek do 1. ledna 2025, přičemž pak by měla platit novela zákona o návykových látkách. Látky nesmí mít podobu hraček nebo cukrovinek, nesmí se nabízet v automatech, do speciálních obchodů nesmí děti. Látky mohou mít potenciálně pozitivní účinky jako zmírnění bolesti, stresu a zlepšení spánku.

PharmDr. Nikola Karasová zakončila páteční podvečer Chronickým žilním onemocněním a MPFF pohledem farmaceuta. Kulturní vystoupení tvořila v programu konference určitý kontrast k vážným a odborným tématům. Jako únik do jiné

reality zapůsobilo večerní divadelní představení jednoho herce Pavola Seriše s názvem „Chutilo vám, páni?“ Chutilo mělo dvěma imaginárními prezidenty, Václavu Klausovi a Ivanu Gašparovičovi, které obsluhovalo snad až příliš mnoho imaginárních číšníků. Za všechny tyto role, a plným právem, získal Pavol Seriš v roce 2012 Cenu Stana Radiča.



Sobota dopoledne byla věnována paliativní péči. Doktorka Anna Králová z oddělení klinické farmacie FNKV v Praze blok zahájila slovy: „Řeknu vám, jak děláme čípky pro umírající děti.“ Pak se velmi podrobně zaměřila na specifika farmakoterapie v paliativní péči. Ta musí být především aktivní, umírající člověk nesmí být ponechán svému osudu bez pomoci v řešení specifických problémů, včetně „agresivního“ tlumení symptomů v terminálních stádiích. Doktorka Králová zmínila i výhody subkutánního podání léčiv, výše dávek léčiv i způsob jejich aplikace se musí řídit výhradně potřebou pacienta, bez ohledu na doporučené postupy.

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

Celý blok vyvolal velký zájem i dotazy. Všichni přednášející se shodovali, že se paliativní péče velmi často odehrává v off-label světě, kde není možné dodržovat předepsaná množství nebo postupy. Například butylscopolamin s maximální denní dávkou 100 mg se při maligní střešní obstrukci zvyšuje až na 140 mg denně.

Diskutovalo se i během přednášky PharmDr. Lukáše Lázničky z Nemocniční lékárny FNKV s tématem Magistraliter příprava ve službách paliativní péče. Lukáš Láznička, mimochodem bývalý člen představenstva ČLnK, zmínil výhody IPLP v paliativní péči jako: nikdy není off-label, je možné připravit přesně individuální dávky i jinak nedostupné lékové formy jako čípky nebo mukoadhenzivní pasta. O přípravě čípků pojednal doktor Láznička podrobněji. Zastavil se i u řešení xerostomie cestou umělých slin nebo pilokarminových orálních kuliček, antimykotických suspenzí a afekcí v ústní dutině.

V sobotním bloku vystoupila ještě například klinická farmaceutka PharmDr. Karolína Musilová z Nemocniční lékárny FN v Brně s tématem Problematika DOAC (nejen v geriatрии). Na málokteré konferenci je druhý den odborného programu sledován s takovou pozorností jako tomu bylo v Opavě.

Přestávka byla určena na občerstvení tělesné, duchovní i estetické. Vystoupily studentky opavské konzervatoře, z nichž zejména trio housle, kontrabas, klavír oslnilo ctěné farmaceutické obecenstvo. Protože jsem přeslechl jméno tohoto mladičkého tělesa, šel jsem se po vystoupení zeptat do šatny, kde jsem se stal svědkem historického okamžiku. „Tak holky, jak se teda budete jmenovat?“, obrátil se pedagog a průvodce programem na slečny. „Dumka trio?“ Virtuosky odkývaly a na světě se tak objevilo nové hudební těleso radost pohledět i poslechnout.

Závěrečný blok konference Mladých lékárníků už neměl společné téma, ale i tak, málokdo uprchl předčasně, jak bývá



zvykem. Klinická farmaceutka Mgr. Jana Havelková představila několik kazuistik na téma Hyponatremie a SIADH (Syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). Doktorka Marcela Heislerová z katedry lékárenství IPVZ připomněla základní důvody a atributy specializačního vzdělávání farmaceutů. Přišla i s dobrou radou: přihlásit se do vzdělávání co nejdříve, klidně ještě před nástupem povinné praxe. K závěrečné zkoušce se můžete ale přihlásit teprve po absolvování všech povinností, včetně praxe.

V závěru opavské konference ještě proběhly dvě prezentace mladých farmaceutek Mgr. Daniely Teska o Biologické léčbě v neurologii a Mgr. Lucie Hromčíkové Brunclíkové o farmaceutické péči ve stomatologii.

Přestože si ve dnech konání konference Opava připomínala 800 let od svého založení, účastníci farmaceutické sešlosti byli většinou velmi mladí, jak se na správnou konferenci Mladých lékárníků sluší a patří. Doufám, že příště k nim přibudete i vy.

**Zdeněk POKORNÝ**

## Léky na předpis od výrobce až domů

Zatímco v české kotlině a na moravských polích hýbe lékárníkům žlučí už bůhví kolikátý návrh na umožnění zásilkového výdeje léčivých přípravků na lékařský předpis, ve Spojených státech se začala psát ještě mnohem dravější kapitola téže knihy. Možná mám příliš konzervativní pohled na terapii a farmakoterapii. Měl jsem za to, že lékař určí diagnózu a z dostupného portfolia terapeutických možností vybere tu nejhodnější pro pacienta, a pokud je to nezbytné, vybere (a předepíše) z léčivých přípravků ten, který je pro konkrétního pacienta nejhodnější. Nové trendy převrací tento konzervativní model naruby, respektive jej přibližují cílenému dealování na principech drogových trhů.

Do konce roku 2023 to byli především poskytovatelé programů na snižování hmotnosti (Noom a WeightWatchers), kteří v USA nabízeli služby telemedicíny, aby lidem pomohli získat přístup k receptům na tirzepatid (Zepbound od Eli Lilly) nebo

na semaglutid (Wegovy od Novo Nordisk). Výrobci léků se zatím drželi na své straně hřiště, vyvíjeli a vyráběli léky, aniž by se snažili zprostředkovat předepisování a zajišťovali doručování produktů do domovů pacientů. Na začátku roku 2024 se to změnilo, když webovou stránku, která má pacientům „usnadnit“ přístup k lékům, spustila přímo farmaceutická firma Eli Lilly. Služba LillyDirect kombinuje telemedicínu a lékárenské služby, aby prostřednictvím webové stránky poskytovala přístup k portfoliu Eli Lilly v oblasti léčby diabetes, migrény a obezity, včetně horké novinky Zepbound.

Stránky obsahují sekce, které pomáhají lidem získat přístup ke zdravotní péči a předepisování, ať už na dálku nebo osobně. Také obsahuje podrobnosti, jak zasílat jinde předepsané recepty společnosti LillyDirect Pharmacy Solutions, aby mohly být léky vyráběné v Eli Lilly doručeny až domů.

Generální ředitel společnosti Eli Lilly David Ricks ke spuštění LillyDirect uvedl, že „jde o reakci na složitý systém zdravotní péče v USA, který zvyšuje zátěž pacientů při zvládnání chronického onemocnění. Cílem LillyDirect je ulevit pacientům, zjednodušit jim obstarávání léků a pomáhat zlepšit terapeutické výsledky. LillyDirect nabízí více možností přístupu ke zdravotní péči, včetně pohodlného doručení léků, které jim byly předepsány, zdarma až domů.“

Stránka LillyDirect spolupracuje s lékárnami a poskytovateli služeb telemedicíny. Uživatelé, kteří chtějí získat telehealth pro diabetes, migrénu nebo obezitu, jsou přesměrováni na 9amHealth, Cove a Form. Online lékárny Amazon Pharmacy a Truepill již prostřednictvím LillyDirect nabízejí zásilkovou službu a výrobce léčiv plánuje přidat další poskytovatele.

Spuštění LillyDirect znamená posun ve strategii výrobců. Další firmou, která po vzoru Eli Lilly plánuje zavést službu přímé distribuce zákazníkům (direct to customer, DTC), je Pfizer. Chce tak obejít distribuci a některé ze svých produktů prodávat přímo pro spotřebitele. Jde o přípravky na léčbu covid-19 (Paxlovid) a nosní sprej proti migréně (ZAVZPRET, zavegepant). Pfizer očekává, že webové stránky budou spuštěny do konce tohoto roku. Propojí pacienty s konzultanty, aby předepisovali léky, s dodavatelem, který vydá a odešle léčivé

přípravky na základě receptů vygenerovaných v tomto online systému.

System DTC je součástí širší snahy výrobců snížit náklady spojené s prostředníky (velkoobchodníky), zjednodušit distribuci produktů (léčivých přípravků), zejména těch, po kterých je vysoká poptávka (například léčba obezity). Jinými slovy lze říct, že u přípravků, u nichž existuje společenská poptávka a jejich užívání je „moderní“, „trendy“ a navíc podpořené (influencované) celebritami na sociálních sítích, se výrobci nechtějí dělit o zisky s distribucí a lékárnami. Distribuci tedy vynechávají úplně a lékárny, pokud neprovozují vlastní, prioritizují podle nejnižší možné marže, kterou jsou ochotné akceptovat.

Víc, než jen trochu to připomíná scénář dystopických cyberpunkových filmů konce devadesátých let minulého století. Byly o světě budoucnosti, o světě, ve kterém farmaceutický průmysl ovládá nejen výrobu, ale i přímou distribuci, předepisování a dávkování svých produktů konečným spotřebitelům. Je asi zbytečné doplňovat, že všem, kteří takové přebujelé distribuci brání, například vyptáváním se na vedlejší účinky nebo zbytečnou zátěž a ochranou zdraví pacienta, se v budoucím systému moc dobře nedaří a lidem, kteří se odmítají v systému registrovat, nezbývá mnoho jiných možností, jak získat svoje léky.

**Stanislav HAVLÍČEK**

## Ještě k distribučnímu kanálu

Co je to ten chráněný distribuční systém (ChDS), o kterém se teď pořád mluví a který zasazuje klín i mezi Komoru a provozovatele lékáren?

Do konce loňského roku byl tento systém v zákoně o léčivech uveden. Stručně řečeno jde o to, že léky jsou dodávány do lékáren v režimu tzv. veřejné služby, kdy je výrobce povinen lék dodat distributorovi v množství, které si objedná lékárna, distributor je povinen toto množství do lékárny dodat a lékárna má povinnost tyto léky vydat pacientovi. Že vám to přijde samozřejmé? Že na to by neměl být potřeba ani zákon?

No a vidíte, nejen, že to není samozřejmé, ale ono to není samozřejmé, ani když to v tom zákoně je napsané. Zjevné porušování zákona stát nevymáhal ani netrestal, což nejde moc pochopit, když víme, jakým způsobem probíhají kontroly v našich lékárnách a co všechno se sankcionuje. Stát dokonce nereagoval ani na podněty a situaci nijak neřešil, lékárny nechal na pospas libovůli silnějších. Stát svou nečinnost omlouval tím, že zákon tak, jak byl napsán, byl nevymahatelný,

Přišla novela zákona o léčivech od 1. 1. 2024 a jeden by čekal, že dojde k zpřísnění a upřesnění zákona tak, aby jeho dodržování stát mohl tedy snadněji vymáhat. No a co se nestalo. ChDS nebyl opraven, byl ze zákona zcela vypuštěn. Vysvětlení státu a bohužel i Komory: stejně nebyl dodržován a vymáhat nešel, tak to tam bylo zbytečné.

Já se musím důrazně proti tomuto ohradit. Za prvé, přesto, že nejsem právník, zákon měl být vymáhán podle mě každopádně

a kdyby byla vůle, určitě by to stát dokázal. Nebyla ale ani snaha. Za druhé, je nepřijatelné se k situaci postavit tak, že když to nefungovalo před tím, tak to zrušíme a ani se nepokusíme to opravit a radši tam nedáme nic a budeme mít klid. Stát, a to i za účasti Komory radí, že teď to bude jiné, že je vůle to řešit a ať podáváme podněty.

Ani v tomto bodě nemůžu souhlasit. Povinnosti výrobce a distributora byly ze zákona zcela odstraněny, není si teď už na co stěžovat. Legalizoval se stav, kdy mi budou léky dodávány jen podle toho, jak se to hodí výrobcům a distributorům, nikoliv podle potřeb pacienta. Zákonodárce a Komora dovolili, že budeme pořád tahat za kratší konec. Podle mého názoru neměla Komora dovolit vypadnutí takto důležitého ustanovení ze zákona, a když už se tak stalo, měla se postavit na stranu provozovatelů řady lékáren a žádat jeho navrácení zpět do zákona. Došlo tak k ignoraci podpisů zástupců stovek lékáren, kteří se v petici jasně vyjádřili, co jim v praxi výrazně komplikuje poskytování zdravotní péče a že požadují nápravu.

Lékárníci potřebují mít jednoznačnou oporu v zákoně, nelze se spoléhat na sliby a vágní znění v novém zákoně, že totiž distributor při objednání humánních léčivých přípravků nesmí jakkoliv zvýhodnit konkrétního provozovatele. Údajně se na tomto znění shodli 3 právníci a že to bude supervymahatelné. Mám minimálně pochybnosti. Distributor tu moji objednávku určitě nezvýhodní, tomu i věřím, on mi ty léky prostě jen nedodá.

**Helena SLÁMOVÁ**

# Zločiny bez trestu

Hrdinou vyprávění je padouch takřka komiksových či bondovských rozměrů. Jmenuje se Heinrich Mückter a narodil se do chudých vesnických poměrů západověstfálského Körrenzigu téměř přesně před 110 lety, 14. června 1914.

O jeho dětství a dospívání se prakticky nic neví, ale jeho původ z chudších poměrů lze vyvodit z mnoha indicií. Třeba z toho, že gymnázium v Jülichu absolvoval na prahu dvacítky ve školním roce 1933/34. Takto pozdní věk středoškolského absolutoria byl tehdy typický pro studenty, kteří namísto vzdělávání trávili větší část své adolescence prací (typicky na poli). Po maturitě využil stipendium Národní německé akademické nadace určené nadaným dětem nižšího sociálního původu, aby studoval medicínu na univerzitě v Bonnu. Ke stipendiu mu pravděpodobně pomohlo, že jako devatenáctiletý vstoupil do Sturmabteilung (SA), německé paramilitární organizace strany NSDAP, do které následně, už jako student medicíny, vstoupil v roce 1937. Krátce po získání doktorátu (1939) narukoval k wehrmachtu, kde jej čekal bleskový kariérní postup. Už v průběhu roku 1940 si vysloužil titul Oberarzt (vrchní lékař) s formální hodností nadporučíka. Do konce války stihl povýšit na kapitána se zařazením Stabarzt (štábní lékař). Nebyla to neobvyklá záležitost. Nacistické Německo mělo od vyhnání či vyvraždění lékařů židovského původu relativní nedostatek lékařů a vlivem perzekucí lékařů nesmířených s nacistickou ideologií měl spolehlivý lékař – nacista, byť čerstvý absolvent, rychlý kariérní postup v armádě zaručen. V případě Heinricha Mücktera k tomu vedla ještě jedna okolnost. Už jako medik se odborně specializoval na léčbu skvrnitého tyfu, což byla na začátku 2. světové války velmi užitečná kvalifikace. Ne nadarmo se tyfu říká „věžeňská“, „kasárenská“ či „táborová“ horečka.

Mückter byl už na konci roku 1940 převelen do dobytého Krakova, kde jeho někdejší školitel Hermann Eyer při Vrchním velitelství armády budoval Ústav pro studium tyfu a virů a Mücktera jmenoval svým zástupcem. Jedním z primárních úkolů Ústavu byl vývoj a zejména produkce tyfové vakcíny.

Původní Weiglova vakcína se vyráběla „chovem“ vší šatních. Sterilní juvenilní jedinci vší byli v určitém instaru<sup>1</sup> nakaženi (mikroinjekcí) skvrnitým tyfem, a tyto nakažené jedinci byli do plné dospělosti krmeni krví ideálně z živých lidských hostitelů. Nakonec byly takto vyvinuté vší posbírány, zabity a byla z nich vypreparována určitá část střeva, která jednak obsahovala směs rickettsií způsobujících „táborovou horečku“ a jednak protilátek a enzymů zajišťujících, že se patogen nepřemnoží ve střevě mezihostitele. Hmota posbíraných střev vší byla následně homogenizována a stabilizována směsí ethanolu, vody pro injekce a malého množství formalínu na pastu, která po naředění fungovala jako vakcína.

Vynálezce vakcíny Rudolf Weigl, ředitel pobočky Ústavu pro studium tyfu a virů ve Lvově, živil nakažené vší na dobrovolnících z řad Židů, polské inteligence (většinou lékařů a vědců), polského odboje či sovětských zajatců. Tito dobrovolníci dostávali před začátkem procesu vakcínu (první vakcínu vyvinul Weigl ještě



Zleva Heinrich Mückter a Otto Ambross.

před válkou ze vší, které „krmil“ vlastní krví a krví své manželky) a vší byly uchovávány v nádobách opatřených plátněm septem, přes které mohly sát. Před jistou smrtí tak Weigl zachránil nejméně 2 000 lidí určených nacisty k likvidaci. Byl schopen nacisty přesvědčit, že „výkrm vší“ je jistým druhem mučení. Byla to svým způsobem pravda, i vakcinovaní „krmiči“ většinou skvrnitý tyfus dostali, ale nezemřeli na něj. Vývoj vakcíny byl označen jako „životně důležitý pro Říši“ a na lidi, kteří se Weiglovi programu upsali, nedosáhlo ani Gestapo. Navíc měli tyto dobrovolníci pro zvýšení kvality připravované vakcíny zvýšené přiděly potravin a hygienických přípravků a nárok na hotovou vakcínu.

Heinrich Mückter z Krakova při paralelní velkovýrobě vakcíny postupoval poněkud „nacističtějším“ způsobem. Pod své velení shromáždil „odvšivovací čtyry“ koncentračních táborů Buchenwald, Osvětim a Grodno, několika táborů pro totálně nasazené, několika zajateckých táborů pro polskou inteligenci a sovětské vojáky. Nakaženými vešmi pak vždy zamořil celou vybranou ubikaci, do které na základě jeho požadavků velitel tábora soustředil „mladé muže ve zdravotním stavu přibližně podobném německým vojákům“. Samozřejmě se neobtěžoval své „krmiče“ vakcinovat či jim vůbec oznámit, čeho se nedobrovolně účastní. „Odvšivovací čtyry“ pak posbíraly materiál pro vakcínu z těžce nemocných a umírajících, které pak zanechaly vlastnímu osudu. Mückterovu produkci vakcíny nepřežilo nejméně tisíc dobrovolných „krmičů“. Jeho dalším „lékařským“ experimentům, například, když (neúspěšně) hledal vakcínu na jinou vší přenášející nemoc tzv. „zákopovou horečku“<sup>2</sup>, podleho dalších několik stovek až tisícovek lidí, zejména Židů.

Zůstává velmi kontroverzním tématem, kolik toho o Mückterových praktikách věděl Weigl. Po válce byl totiž prohlášen za hrdinu, protože kromě přímo zachráněných toleroval pašování „své“ vakcíny do krakovského i varšavského ghetta, kde vakcinace před smrtí na skvrnitý tyfus zachránila další tisíce Židů. Dnes je přerovský rodák Rudolf Weigl vnímán jako „polský“ ekvivalent „českého“ Oskara Schindlera a my si u kladných hrdinů neradi připouštíme jejich temnou stránku. Z objektivního hlediska se zdá nemožné, že by se celá Mückterova operace děla bez Weiglova souhlasu nebo alespoň vědomí. Ale těžko ho za to soudit, podobně jako zmíněný Schindler musel Weigl dobré skutky ve své době vykoupit krvavými kompromisy. Weiglovo dobrodiní naštěstí nezůstalo bezprostředně po konci války nepovšimnuto. Nejen, že se vyhnul perzekuci za práci v nacisty řízené organizaci, ale stal se i jedním z archetypálních hrdinských příběhů války.

To samé ale nakonec platilo pro Mückterova zvěrstva. Obnovený polský stát sice válečného zajatce Mücktera zažaloval za několik případů genocidy a týrání polských zaměstnanců, vlastnímu soudu se ovšem hlavní padouch tohoto příběhu dokázal vyhnout. Za dosud nevyjasněných okolností byl schopen uniknout ze zajetí a navíc si na útěk dokázal přibalit několik kmenů *Penicillium spp.* schopných produkovat penicilin. Jak, kdy a kde přesně k nim přišel, dodnes není známo, ale legálně to zcela jistě nebylo.

Několik týdnů po polském obvinění se na konci ledna 1946 objevil ve svém rodném kraji, konkrétně v porýnském Stolbergu. Zaklepal na dveře rodinného sídla nedaleko komplexu Wirtzových továren v blízkosti bývalého měděného dolu Grüenthal. Majitele sídla i továren, bratry Alfreda a Hermanna Wirtze, znal jako spolučleny okresní buňky NSDAP v Jülichu. Bratři, toho času stojící v čele koncernu Mäurer&Wirtz, byli právě na jedné z křižovek svého byznysu. Během války vydělali jmění na dodávkách mýdla pro Wehrmacht a SS, jenžto výtěžek s porážkou nacismu padl. Proto jim návštěva někdejšího přítele přišla vhod. Nešlo přitom ani tak o přátelství jako o několik Petriho misek s penicilinovými kmeny, které přinesl s sebou.

Tak byla založena farmaceutická společnost Grüenthal Chemie GmbH, ve které se Mückter stal hlavou výzkumu. Vyhnul se tak případné perzekuci za své nacistické zločiny. V rámci Norimberských procesů totiž existovala výjimka pro exnacisty s „nízkým proviněním“, kteří „byli klíčovými osobami v poválečné obnově“. Typicky šlo o vědce, lékaře, byznysmeny a jiné odborníky, kteří po válce přešli do soukromého sektoru. Američané milují soukromý sektor a výjimka se týkala i Mücktera a bratrů Wirtzů. I přes de iure platný zákaz, který německým společnostem znemožňoval obchodovat s penicilinem, byl už v roce 1947 Grüenthal schopen uvést na trh penicilinové pastilky (později i tablety, sirupy a infuze), které se, dostupné bez předpisu, staly v nově zformovaném Západním Německu komerčním hitem.

A to nebylo vše. Grüenthal se s nově nabytým statusem „klíčové společnosti“ rozhodl (nejspíš z iniciativy samotného Mücktera) do výzkumného oddělení koncentrovat bývalý „mozkový trust“ Třetí říše. Poté, co si odseděl zhruba polovinu původně osmiletého trestu od Norimberského tribunálu, se v roce 1952 do týmů Grüenthalu zapojil vynálezce sarinu a somanu Otto Ambros a stal se šéfem farmakologického oddělení. Bývalý šéflékař koncentračního tábora Sachsenhausen, Heinz Baumkötter, byl v roce 1956 vylicitován ze sovětského žaláře, aby v Grüenthalu pracoval na patologickém oddělení, jehož vedení se roku 1960 ujal Martin Staemmler, jeden z někdejších architektů nacistického eugenického programu.

Heinrich Mückter v čele výzkumu Grüenthalu údajně pracoval na alternativách západních antimikrobiálních léků. Naději vkládal do ftaloylovaných aminokyselin. V roce 1952 se jeden z jeho podřízených, Wilhelm Kunz, pokoušel připravit ftaloylovanou kyselinu glutamovou. To se dodnes dělá tak, že se draselná sůl kyseliny glutamové nechává reagovat s ftalanhydridem. Po reakci je třeba odstranit přebytečné ftaláty povařením reakční směsi s alkoholem (typicky izopropylalkoholem) a produkt je extrahován do vody s patřičnou bází. Onoho dne si Wilhelm Kunz vybral jako bázi močovinu, přičemž místo očekávaného žlutého oleje ftaloylglutamátu vznikl bílý prášek. Ukázalo se,

že jde  $\alpha$ -(*N*-ftalimidoyl)glutarimid – thalidomid, látku ze skupiny piperidin-2,6-dionů.

Takto alespoň zní oficiální příběh Grüenthalu. Pravda to ale být nemusí. Podezření se týká výše jmenovaného Otto Ambrose, který byl v nechvalně známé IG Farben pověřen vývojem zbraní na bázi nervových plynů. Samotné plyny nebyly problém, většinu z nich Třetí říše vyvinula už před válkou či na jejím počátku – cyklosarin (1936), sarin (1938), tabun (1942). Problém spočíval v něčem jiném. K úspěšnému použití takových zbraní je nutné dostatečně chránit vlastní vojáky. Na přelomu třicátých a čtyřicátých let byly jako preventivně použitelná antidota organofosfátů známy pouze barbituráty (zejména fenobarbital), fyzostigmin či atropin. To nejsou látky, které by u jakéhokoli vojenského velení evokovaly bojeschopnost chemických jednotek. Proto se Ambros po většinu války věnoval výzkumu, který měl za úkol najít (zejména pro barbituráty) alternativy, které by při preventivním podání zmírnily příznaky otravy organofosfáty, ale zároveň přespříliš neovlivňovaly chování a úsudek vojáků. V tomto výzkumném programu byly za nejnadějnější kandidáty považovány piperidin-2,6-diony.

Za dosud nevyjasněných okolností unikla na sklonku války část „protisarinového“ výzkumu IG Farben do Švýcarska a tamní koncern Ciba byl některé z nich schopen uplatnit jako analgetika či sedativní hypnotika, nejslavněji asi glutethimid (1954). V laboratořích Ciba byl údajně krátce předtím, než ho představily laboratoře Grüenthal, připraven i thalidomid. Je samozřejmě možné, že byl thalidomid vedlejším produktem nesouvisejícího výzkumu. Stejně tak je pravděpodobné, že to byl naopak Ambrosův vklad, kterým si vysloužil dřívější propuštění z vězení (oficiálně „za dobré chování“). Faktem zůstává, že minimálně sedativní a hypnotický potenciál thalidomidu byl odhalen nebývale rychle již v průběhu roku 1953. Také je pravda, že v prvních publikacích a patentech v souvislosti s thalidomidem figuroval Ambros a jeho role byla upozaděna v průběhu roku 1954, kdy byl oficiálním „vynálezcem“ prohlášen jeho podřízený Herbert Keller. Dnes, víc než sedmdesát let poté, už stěží někdo odhalí, co přesně se ve výzkumném oddělení Grüenthalu při vývoji thalidomidu dělo.

Nelze se ubránit ezoterickému dojmu, že všechny machinace a etická pochybení ve výzkumu thalidomidu nějak předznamenaly jeho smůlu v klinické praxi. Jenže to by nebyl výstižný popis událostí. V roce 1956 byly publikovány toxikologické studie na zvířatech. Vyplývá z nich, že v případě myší a králíků nebylo možné stanovit parametr LD<sub>50</sub>. Až do obrovských dávek v řádu g/kg nezemřelo dost testovaných jedinců, aby jej bylo možno stanovit. To vedlo Grüenthal k nemístnému optimismu a začal velmi předběžně ohlašovat, že má látku „se všemi výhodami barbiturátů“, kterou „se nedá předávkovat“. Následovala produkce léku Grippex (lék obsahující 15 mg thalidomidu, časem v kombinaci s paracetamolem), který byl volně dostupný (tehdy postačovaly testy toxicity na zvířatech) a měl potlačovat chřipkové příznaky.

Ještě v průběhu roku 1956 zažádal Grüenthal o registraci Conterganu, léku ve formě tablet a čípků obsahujících 25 mg

*Pokračování na další straně*

*Pokračování z předchozí strany*

a ve variantě forte až 100 mg thalidomidu. Deklarovaná účinnost Conterganu měla zahrnovat bolest hlavy, nespavost, nervozitu (např. strach ze zkoušek), nesoustředěnost, roztěkanost, ale i menstruační bolesti a nevolnost způsobenou kinetózami. Ještě před registrací rozdával Grünenthal Contergan lékařům a lékárníkům po celém světě jako „zkušební vzorky“. Agresivní marketing se vyplatil. Několik lékařů především v latinské Americe začalo Contergan podávat „off-label“ epileptickým pacientům jako prevenci záchvatů. Jakkoli Contergan antikonvulzivní efekt neměl, mezi pacienty, kteří měli největší zájem o prevenci záchvatů, byly i těhotné ženy, které naopak lékařům hlásily velmi účinné potlačení těhotenských nevolností. Jedna z „vlajkových“ indikací léku byla na světě.

První zaznamenané „conterganové dítě“ se narodilo necelý rok před tím, než byl Contergan v říjnu 1957 oficiálně uveden na trh. Dcera zaměstnance Grünenthalu, který vzal jeden ze „zkušebních vzorků“ v průběhu roku 1956 domů své těhotné ženě, aby jí ulevil od nespavosti a nevolnosti, se na Štědrý den roku 1956 narodila bez uší. Heinrich Mückter o tomto případě věděl a aktivně se rozhodl ho zatajit, aby „incident“ neohrozil registraci léku, která byla v té době finalizována. Nejpozději v polovině roku 1957, když se množily zprávy o malformacích plodů po užití oněch „zkušebních vzorků“, mu muselo být jasné, že se nejedná o náhodu. Přesto Mückter až do roku 1961, kdy byl Contergan oficiálně stažen z trhu, jakékoli „spekulace“ o teratogenitě Conterganu popíral. Mnozíci se případy malformací plodů sváděl na vysokou frekvenci jaderných testů, které tehdy, na vrcholu první fáze Studené války, byly každodenní realitou. Navíc aktivně vystupoval proti požadavku FDA provést testy teratogenity na těhotných myších a potkanech, kterými komisařka FDA Kelseyová podmiňovala registraci amerického generika Conterganu. Jako už tolikrát v životě upřednostnil vlastní prospěch před veškerými morálními či etickými imperativy.

Dlouhou dobu mu to vycházelo. Měl za zády nejen marketingové mašiny Grünenthalu, ale také anglických společností Distillers (dnes součást Eli Lilly) a americké Smith, Kline & French (GSK) nebo Merell (Sanofi), které vyráběly licencovaná generika Conterganu. Lidé, kteří proti Conterganu vystoupili jako první, ať už to byla americká komisařka FDA Frances Kelseyová, nebo německý genetik Widukind Lenz, čelili výhružkám, vydírání a dalším formám nátlaku. Například Kelseyová byla po silném lobbingu firmy Merell několikrát „grilována“ Kongresem za liknavost při schvalování Kevadonu (který měl být americkou obdobou Conterganu). Práce Widukinda Lenze, víceméně dokazující spojení mezi „teratogenickými epizodami“ a užíváním Conterganu v prvním trimestru těhotenství, zase byla několika odbornými časopisy zamítnuta. Je přitom ironií, že zrovna firma Grünenthal odborné časopisy varovala před „pavědou ex-nacistického lékaře“ (Lenz byl jedním z vůdců Hitlerjugend a za 2. světové války byl lékařem u Luftwaffe). Na konci roku 1961 spadla klec a konečným zamítnutím Kevadonu v USA začala registraci Conterganu a jeho licencovaných generik rušit jedna země po druhé. Mezi tím Grünenthal v tichosti změnil formulaci Grippexu, který se po odstranění thalidomidu stal jen tabletou s obsahem 500 mg paracetamolu.



A náš padouch? V roce 1968 se v kauze thalidomidu dostal před německý soud. Soudy se táhly a v roce 1970 skončily mimosoudním vyrovnáním, které platil Grünenthal. Heinrich Mückter, který za penicilinové přípravky, Contergan i za pozdější použití thalidomidu bral procenta ze zisku, zemřel krátce před svými 73. narozeninami v roce 1987 jako svobodný a velmi bohatý muž.

Ani další „hříšníci“ kauzy nedopadli nejhůř. Rodina Wirtzů už v páté generaci vede koncern Dalli-Werke, původně parfumářskou divizi Mäurer&Wirtz, dnes miliardový koncern vlastníci Iví podíl v současném Grünenthal GmbH, firmě se ziskem okolo 2 miliard eur a jedním z největších světových producentů thalidomidu nebo tramadolu.

Historie Conterganu se často vypráví jako příběh lehkomyšlnosti a nedostatečného testování. Jako příběh ignorance varovných signálů. Jako něco, čemu lze do budoucna předcházet organizovanější farmakovigilancí a intenzivnějším preklinickým a klinickým testováním. Ale ono to tak není. Vedení Grünenthalu, a zejména „otec“ Conterganu Mückter, věděli, že je něco v nepořádku takřka od samého začátku. Upřednostnili zisk a vlastní prospěch i před nejminimalističtějšími etickými požadavky. Navíc, když byli s problémy konfrontováni, veškerou svou moc a prostředky vrhli do obhajoby neobhajitelného. A to je nadmíru důležitý aspekt celého skandálu.

Dnes možná máme mnohem lepší systém schvalování léčiv, který je na papíře schopen podobným excesům závčas zabránit. Ale může to být i iluze. Každý systém je totiž tak dobrý, jak čestní jsou lidé, kteří jej systémem činí. V případě Stabarzta Mücktera bylo už ve chvíli, kdy byl pověřen vývojem léčiv v nově založené farmaceutické firmě, jasné, že nejde o člověka, na jehož morální vlastnosti je spoleh. To sehrálo v celém skandálu klíčovou roli.

Pokud budou lidé podobných morálních „kvalit“ na klíčových postech ve výzkumu léčiv, v managementu farmaceutických firem nebo u regulačních schvalovacích autorit a povede se jim umlčet nebo potlačit veřejný a politický dozor, může se „nový Contergan“ opakovat velmi snadno. Dost možná se už opakoval, skandál s OxyContinem a Purdue Pharma má obdobné rozměry i co do počtu zmařených a zničených životů.

Jestli může být příběh Heinricha Mücktera v něčem přínosný, pak právě v tomto poučení. Můžeme vylepšovat systém, každé jeho vylepšení ale musí jít ruku v ruce s tím, že jej povedou a budou řídit lidé, na které je spoleh.

**Daniel CVEJN**

<sup>1</sup> Jednotlivé vývojové stádium s odlišnou kutikulou.

<sup>2</sup> Dnes relativně vzácné horečnaté onemocnění způsobené bakterií Bartonella quintana.



## TAK TO VIDÍM JÁ

Hezký den všem. I já se touto cestou přidávám s trochou do mlýna lékárenských problémů a bojů za naše práva a dovo-  
lím si využít tuto platformu, aby se informace dostala k většině.

Řada z nás totiž netuší, že bychom také měli mít právo, jako  
ostatní zdravotničtí pracovníci, na odškodnění po covidu-19 a to  
v rámci chorob z povolání.

Dalo by se očekávat, že my, kteří jsme byli v 1. linii, budeme také  
zahrnuti a odškodněni v případě, že se následky covidu, kterým  
jsme byli nakaženi v rámci našeho povolání, rozhodneme řešit  
na oddělení chorob z povolání.

Místo toho jsme opět s posměchem odmítnuti, že lékárníci  
na to nárok nemají.

Hygiena naší práci sice posoudila jako práci, kde k úzkému kon-  
taktu s biologickými činiteli dochází, ministerstvo je však jiného  
názoru:

*„...ministerstvo nepovažuje práci farmaceutů či farmaceutických  
asistentů v lékárnách spočívající ve výdeji léčivých aj. přípravků,  
nakládání s nimi, poradenství apod. za práce spojené s rizikem  
nákazy ve smyslu definice rizika nákazy...“*

Myslela jsem, že pokud byli odškodněni v rámci zdravotnického  
povolání i lidé, kteří do tak úzkého kontaktu s pacienty jako  
my v lékárně nepřichází, nebo i policisté a učitelé aj., že u nás  
by to mělo být samozřejmostí, když jsme prvním dostupným  
zdravotnickým zařízením, na které se nemocní lidé obracují.  
Ať už jsme v covidovém období vydávali jen testy, ochranné  
zdravotnické pomůcky a doplňky stravy nebo rovnou léky  
přímo nakaženým pacientům, kteří nezdědka přišli bez jakýchkoli  
ochranných pomůcek – např. Lagevrio, Paxlovid aj.

Přístup, jakým s námi jednájí, mne velice mrzí.

My lékárníci budeme i nadále čelit dalším nebezpečným  
chorobám, které se k nám postupně vracejí, a tudíž riziko  
nákazy biologickým činitelem je obrovské.

Proto se ptám. „Platí dvojitý metr při uznávání chorob z povolání?  
Řeší někdo z vás podobný problém? Myslíte si, že bychom si to  
měli nechat líbit?“

Děkuji za zamyšlení a vaše názory.

**Eva ŠVEHLOVÁ**

*Pokračování ze strany 5*

### Ze života právníka v Komoře...

se snažil svůj postup odůvodnit, ale jeho názor bude jistě čelit  
odvolacímu soudu.

Jinak ale z rozsudku plynou závěry, které se nemohou nelíbit.  
Soudce například nedal na námitky výrobce, že ustanovení záko-  
na jsou neurčitá, nesrozumitelná, nevymahatelná... Jednoduše  
konstatoval, že soudní moc je od toho, aby hledala vůli zákonodárce  
a tehdy, když se jí podaří vyjít nepříliš zdařilou literou.  
Pokud by to nedělala, odmítala by výkon spravedlnosti, což se  
nesmí stát. Takže nedostatky textu zákona pan soudce vyplnil  
svým výkladem, který zdaleka nemusí spočívat jen v prostém  
slovním výkladu textu paragrafů. Obranu výrobce, že distribu-  
torovi nemůže dodat, protože mu v tom brání jeho distribuční  
model, soud zcela správně smetl ze stolu.

V soudní síni si byli všichni vědomi toho, že nejde o 24 balení,  
ale o princip. A tady se trochu bojím o výsledek. Protože jde-li  
o princip, má být lhotežné, zda jde o 24 nebo tisíce balení.  
A ono to přitom jedno nebylo. Pan soudce totiž v odůvodně-  
ní připustil, že žalobě vyhověl mimo jiné i proto, že 24 balení  
nenaplní žádná z rizik, na která upozorňoval výrobce. Víme,  
že jde hlavně o obavu z nezákonného reexportu nebo snahu  
o rovnoměrnou distribuci, tedy dlouhodobé oříšky k řešení nás  
všech. Bylo znát, že s řádově vyšší objednávkou už by rozhodová-  
ní o žalobě tak jednoznačné nebylo. A to je bohužel špatně.  
Protože lex Pawlas zrovna na toto použitelné řešení neměl.

Krásné léto.

*Pokračování ze strany 9*

### Moudrý vládne silou ducha, hlupák...

- Zvýšit cenu léčivých přípravků nejlépe zahrnutím Německa  
do cenového koše.
- Snažit se registrovat víc přípravků se stejnou účinnou látkou.  
Být v tom aktivní a hledat ve světě.
- Zajistit surovinu pro přípravu a zrušit hloupý zákaz připravovat  
léčivé přípravky, které mají adekvátní HVLP. Lékárníci si surovi-  
nu mohou „osahat“ a při výpadku budou vědět, jak na ni.
- Přestat vymýšlet výjimky výjimek a vyrazit se podívat „do ulic“,  
jak ta praxe skutečně probíhá.
- Zapojit do všeho plátce, ten totiž zatím moudře mlčí. Dobře  
si uvědomuje, že poplatníci nadávají na ministra, že nezařídí,  
když to všechno řídí, na doktory, že nevědí, že ten lék není,  
na lékárníky, že nemají, že to beztak poslali někam na Ukraji-  
nu. Jen na pojišťovny, kterým platí každý měsíc nemalou část  
mzdy, a které by jim tu péči měly zajistit, se nikdo neobrací.

To by byl ten pravý strategický záměr, který by řešil jádro problé-  
mu. Anebo můžeme vládnout pomocí dekretů. Už tu takový pří-  
pad byl za vlády katolického krále Jakuba II.: „*Přitom obcházel par-  
lament, jak se jen dalo, a vládl pomocí dekretů.*“ A také vládl jen  
3 roky, než ho jeho protestantský zeť a synovec vyhnal z Anglie.  
Zavedením řešení pomocí OOP jsme (nebo brzy budeme) k smí-  
chu. A co hůř, můžeme dopadnout jako současná Palestina.

**Přemek CÍSAŘ**

<sup>1</sup> OOP (nebo PLO) je také zkratkou Organizace pro osvobození Palestiny.  
OOP byla založena v roce 1964 a v letech 1969–2004 jí předsedal Jásir Arafat.  
Od roku 1974 je OOP pokládána za „jedinou legitimní reprezentaci  
palestinského lidu“. (poznámka redakce)

## OSVĚDČENÍ K VÝKONU LÉKÁRENSKÉ PRAXE

**zrušená a vydaná od 1. 5. do 31. 5. 2024**

### Zrušená osvědčení

- 121/2024 PharmDr. Magdalena Riegerová, Lékárna JOHANKA, Čsl. armády 18, Hostivice
- 948/2023 Mgr. Darina Katzer, Lékárna Úvaly s. r. o., Machovická 1678, Praha 9
- 468/2024 Mgr. Darina Katzer, Lékárna poliklinika Úvaly, Pražská 1144, Úvaly
- 469/2024 Mgr. Darina Katzer, Jiří Mareš s. r. o., Machovická 1678, Praha 9
- 347/2021 Mgr. Jitka Plecháčová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING a. s., Nové sady 996/25, Brno
- 832/2022 Mgr. Vladěna Saska Mrákotová, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING a. s., Nové sady 996/25, Brno
- 188/2022 Mgr. Petr Stolárik, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING a. s., Nové sady 996/25, Brno
- 1157/2013 PharmDr. Ladislav Lučan, BENU Lékárna, Borská 3215, Česká Lípa
- 571/2023 RNDr. Luisa Krajčiová, Lékárna U Spasitele, Vyšehradská 24, Praha 2
- 572/2024 RNDr. Luisa Krajčiová, RNDr. Krajčiová Luisa, Na hrádku 1411/1. Praha 2
- 44/2023 Myroslava Turina, Dr.Max Lékárna, Hněvotínská 984/56, OC Kaufland, Olomouc
- 537/2021 Mgr. Lucie Jendryščíková, Lékárna U pošty, Poštovní 14, Ostrava
- 538/2021 Mgr. Lucie Jendryščíková, HELICALON a. s., Bachmačská 2474/1, Ostrava
- 290/2022 Mgr. Tomáš Frýda, BENU Lékárna Rokycany – OC Kaufland, Josefa Růžičky 1226, Rokycany
- 768/2022 Mgr. Martina Macfeldová, Pilulka Lékárna Hněvotín, Na Statkách 654/9, Olomouc
- 769/2022 Mgr. Martina Macfeldová, Pilulka Lékárny a. s., Českomoravská 2408/1a, Praha 9
- 1035/2023 PharmDr. Zuzana Koníčková, BENU Lékárna Tachov, Václavská 1560, Tachov
- 398/2023 Mgr. Romana Velebová, BENU Lékárna, Olbrachtova 2006/9, Praha 4
- 760/2022 Mgr. Renata Chourová, Lékárna Benu Blovice, 5. května 664, Blovice
- 691/2024 PharmDr. Jana Valentová, Na Poliklinice, Dr. E. Beneše 960, Jaroměř
- 692/2024 PharmDr. Jana Valentová, FARMEA spol. s r. o., Mužíkova ul. 337, Hradec Králové

- 522/2024 Mgr. Blanka Viková, Lékárna Poděbradská, Poděbradská 1011/46a, Praha 9
- 827/2024 Mgr. Miroslav Gros, Lékárna Nemocnice, Nebahovská 1015, Prachatice
- 828/2024 Mgr. Miroslav Gros, Nemocnice Prachatice, a. s., Nebahovská 1015, Prachatice
- 175/2022 PharmDr. Daniel Herbolt, BENU Česká republika s. r. o., K Pérovně 945/7, Praha 10
- 383/2023 PharmDr. Hedvika Kozáková, Ekolékárna Nuselská, Nuselská 1754/53, Praha 4
- 384/2023 PharmDr. Hedvika Kozáková, LÉKÁRNY BALTIC 2024 s. r. o., Nové sady 996/25, Brno
- 369/2022 Mgr. Martina Beranová, Lékárna LEMON, Obchodní 329, Čestlice
- 376/2022 Mgr. Martina Beranová, Health and Beauty shops s. r. o., Týnská 633/12, Praha 1
- 107/2022 Mgr. Michaela Koubová, Lékárna Fáblovka, Poděbradská 385, Pardubice
- 80/2024 Mgr. Renáta Kvapilová, BENU Lékárna, 28. října 282, Přelouč
- 125/2023 PharmDr. Tereza Kantorová, BENU Lékárna Ládví, Burešova 1664, Praha 8
- 404/2023 Mgr. Jan Grodza, Dr.Max LÉKÁRNA, Štefánikova 1157/9, Kopřivnice
- 476/2022 PharmDr. Jana Kederová, Lékárna 510, U solných mlýnů 2, Olomouc
- 529/2022 PharmDr. Jana Kederová, Lekia Blend s. r. o., U solných mlýnů 622/2, Olomouc
- 810/2023 PharmDr. Milena Čermáková, Lékárna LEMON, Jeronýmova 3208, Tábor
- 177/2014 PharmDr. Dagmar Narwová, Lékárna U sv. Havla, Svatohavelská 105, Rychnov nad Kněžnou
- 62/2013 RNDr. Ludmila Dvorská, Lékárna Konice, Masarykovo nám.40, Konice
- 83/2016 Mgr. Ivana Figalová, Lékárna Polanka, 1. května 863/82, Ostrava
- 193/2023 Mgr. Soňa Szewczykova, Lékárna Life, Budějovická 614/45, Praha 4
- 236/2023 Mgr. Soňa Szewczykova, Pharma for Life s. r. o., Na Máchovně 1610, Beroun

### Vydaná osvědčení pro vedoucí lékárníky

- 950/2024 PharmDr. Ladislav Lučan, Benu Lékárna OC Géčko Liberec, Sousedská 599, Liberec, BENU Česká republika s. r. o.

- 986/2024 PharmDr. Hana Bradová, Lékárna v Ternu, Bratří Štefanů 994, Hradec Králové, Lékárna GALENUS s. r. o.
- 1141/2024 PharmDr. Zuzana Koničková, Kostelecká lékárna, Nám. Smiřických 42, Kostelec/Černými lesy, Olikla s. r. o.
- 1144/2024 PharmDr. Anna Horáčková, Zelená lékárna – JML, s. r. o., Jiráskova 1052/2, Rumburk, Zelená lékárna JLM, s. r. o.
- 1145/2024 PharmDr. Lenka Klementová, Lékárna Dr.Max, Zaoralova 3149/10, Brno, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 1256/2024 PharmDr. Ludvík Bazjuk, Lékárna Nemocnice v Semilech, 3. května 421, Semily, MMN, a. s.
- 1257/2024 Mgr. David Čech, Lékárna Vodičkova, Vodičkova 38, Praha 1, Pharm Go 100 s. r. o.
- 1258/2024 PharmDr. Milena Čermáková, Lékárna LEMON, Obchodní 329, Čestlice, Health and Beauty shops s. r. o.
- 1259/2024 Mgr. Veronika Čevelová, Dr.Max LÉKÁRNA, Štefánikova 1157/9, Koprivnice, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 1260/2024 PharmDr. Petra Eiglerová, Dr.Max LÉKÁRNA, Na Kocandě 2201/35, Litoměřice, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 1261/2024 PharmDr. Anna Frabšová, BENU Lékárna Ládví, Burešova 1664, Praha 8, BENU Česká republika s. r. o.
- 1262/2024 Mgr. Soňa Hladíková, Lékárna Přibyslav, Bechyňovo nám. 2, Přibyslav, Theriak s. r. o.
- 1263/2024 Mgr. Renata Chourová, Lékárna Benu Tachov, Václavská 1560, Tachov, Alergo MUDr. Kloc s. r. o.
- 1264/2024 PharmDr. Zuzana Lebeda, BENU Lékárna, 28. října 282, Přelouč, BENU Česká republika s. r. o.
- 1265/2024 PharmDr. MSc. Eva Mokrý, BENU Lékárna Jugoslávská, Jugoslávská 9, Brno, Lékárna Jugoslávská, s. r. o.
- 1267/2024 Mgr. Dagmar Pavelková, Dr.Max LÉKÁRNA, Preslova 2658, Dvůr Králové nad Labem, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 1268/2024 Mgr. Martina Rosecká, Ekolékárna Nuselská, Nuselská 1754, Praha 4, LÉKÁRNY BALTIC 2024 s. r. o.
- 1269/2024 PharmDr. Pavlína Tumová, Lékárna Fáblovka, Poděbradská 385, Pardubice, Trnová, Šporkova lékárna s. r. o.
- 1270/2024 Mgr. Kateřina Vaňková, Smiřická lékárna, Palackého 48, Smiřice, ESOF, spol. s r. o.
- 1271/2024 Mgr. et Ing. Jana Vostrá, BENU Lékárna Rokycany – OC Kaufland, Josefa Růžičky 1226, Rokycany, BENU Česká republika s. r. o.
- 1376/2024 Mgr. Tereza Fibich, Dr.Max LÉKÁRNA, Spálená 51, Praha 1, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 1378/2024 PharmDr. Zuzana Zimová, Ph.D., Lékárna Dr.Max, Vítězné náměstí 1145, Praha 6, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.

(člnek)

## PRÁVNÍ PORADNA

### Dochází k přerušení výkonu povolání při pracovním úvazku 0,25 stanovené týdenní pracovní doby?

Vzhledem k tomu, že zákon č. 95/2004 Sb. ve svém § 12 odst. 2 říká:

*„Za přerušení výkonu povolání farmaceuta se považuje pro účely tohoto zákona i výkon povolání farmaceuta v rozsahu nižším, než je jedna pětina stanovené týdenní pracovní doby“*, pak se jakýkoliv výkon povolání v rozsahu 0,2 úvazku a více nepovažuje za přerušení výkonu povolání. Pokud tedy úvazek činí 0,25 stanovené pracovní doby, k přerušení nedochází.

### Je legislativně možné převést mezi lékárnami přípravky?

Tzv. veterinární novelou byl před několika lety změněn § 82 odst. 4 zákona o léčivech, který upravuje výjimečné převody léčivých přípravků mezi lékárnami. Do účinnosti novely se vztahoval na všechny přípravky, humánní i veterinární. Od novely už se vztahuje jen na humánní přípravky. Takže je nutné se zabývat tím, jak to je po novele s těmi veterinárními.

Nařízení o veterinárních přípravcích říká v článku 99 odst. 4 toto:

*„Členské státy mohou rozhodnout, že se na dodávky malých množství veterinárních léčivých přípravků ze strany jednoho maloobchodníka druhému maloobchodníkovi ve stejném členském státě nevztahuje požadavek mít povolení k velkoobchodní distribuci.“*

Čili mezi lékárnami by bylo možné veterinární přípravky převádět, kdyby Česká republika rozhodla, že to lze. To by udělala v zákoně o léčivech. A to se nestalo. Takže je třeba vycházet z toho, že převod veterinárních přípravků mezi lékárnami možný není, ani ve výjimečných případech, jako tomu je u humánních přípravků.

*(Autor odpovědi přivítá podložené oponentní stanovisko, protože závěr plynoucí z odpovědi sám považuje za nevyhovující praxi.)*

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

## SETKÁNÍ

### Krajská setkání lékárníků OSL se členy představenstva ČLnK

Vážené kolegyně, vážení kolegové, po volebním sjezdu delegátů jsme avizovali větší otevřenost vedení Komory vůči všem členům. Jednou z aktivit pro lepší informovanost kolegů z regionů je cyklus krajských setkání lékárníků s vedením Komory. Součástí těchto setkání je nejen přehled aktuálních témat řešených Komorou v oblasti legislativy, provozu lékáren, rozvoje odborných aktivit apod., ale především diskuzní blok k aktuálně řešeným tématům v lékárenství a ke komunikaci se státní správou. Tento cyklus jsme se rozhodli uspořádat na základě požadavků lékárníků a také z přesvědčení, že pro další rozvoj lékárenství, vzájemné komunikace a předávání zkušeností mezi členskou základnou a vedením Komory je nutný osobní kontakt.

Budeme velmi rádi, když nám přijmete předat své zkušenosti s elektronizací zdravotnictví, celoživotním vzděláváním, roli lékárníka ve zdravotním systému nebo diskutovat o tom, jakým směrem by se podle vás měla Komora a lékárenství v nejbližších letech vydat.

Přijměte proto, prosím, pozvání na tato krajská setkání, která se uskuteční ve městech Plzeň, České Budějovice, Ostrava a Praha. Budeme se těšit na setkání s vámi.

**Mgr. Aleš KREBS, Ph.D.**  
prezident České lékárnické komory

Poplatek: ZDARMA, počet bodů: 6

#### PROGRAM

- 18.00–19.30 Přehled aktuálních témat v oblasti legislativy, provozu lékáren, rozvoje odborných aktivit apod.  
19.30–21.00 Diskuze aktuálně řešených témat v lékárenství a ke komunikaci se státní správou.

Místo konání	Datum	Číslo semináře
Ostrava, BW Hotel Vista, Kpt. Vajdy 3046/2	9. 9. 2024	24032
Praha, Hotel Ilf, Budějovická 15, Praha 4	9. 10. 2024	24033

## GARANTOVANÉ KURZY ČLnK

### Poradenství a péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou

Absolvováním tohoto kurzu bude lékárník na základě znalostí problematiky poruch paměti ve stáří a syndromu demence schopen vést konzultaci s pacienty, případně jeho blízkými osobami. Dále bude vědět, jak komunikovat s lidmi s kognitivní poruchou, bude znát základní diagnostické metody (např. využití dotazníku AD8, test POBAV, ALBA aj.), farmakologické

a nefarmakologické postupy, blíže se seznámí se systémem péče o lidi s demencí a se zdroji pomoci pro pacienty a jejich blízké, které jsou v ČR dostupné.

Datum a čas: **6. 9. 2024 v čase 8.00–17.45 hodin,**  
**7. 9. 2024 v čase 9.00–13.45 hodin**

Místo konání: **IKEM, kongresový sál,**  
**Vídeňská 1958/9, Praha 4**

Přednášející: PharmDr. Aleš Novosád,  
prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.,  
MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.,  
MUDr. PharmDr. Vilma Vranová, Ph.D.,  
MUDr. Astrid Matějková,  
PharmDr. Josef Suchopár,  
Mgr. Valéria Červinková,  
Mgr. Ondřej Šimandl

Kód semináře: 24059

Poplatek: 3 000 Kč, počet bodů: 31

Partnerem garantovaného kurzu je společnost Schwabe Czech s. r. o.



### Základy poskytování odborných konzultací v lékárně včetně řešení lékových problémů

Cílem kurzu je připravit farmaceuta na poskytování odborných konzultací v lékárně. Pozornost bude mimo jiné věnována nezbytnému prostorovému, materiálnímu a personálnímu vybavení, způsobu dokumentace této činnosti nebo komunikaci s pacientem. Další část bude zaměřena na informační zdroje vhodné a dostupné pro konzultační činnost a základy medicíny založené na důkazech. Kurz si dále klade za cíl předat účastníkům znalosti a dovednosti, které jsou nezbytné pro vedení konzultace nebo management konkrétních lékových problémů s ohledem na specifika konzultační činnosti. Kurz bude veden interaktivním způsobem, účastníci budou moci diskutovat úkoly v menších skupinách. Teoretický výklad bude vždy doprovázen vhodnou obrazovou dokumentací a různě strukturovanými kazuistikami z praxe.

Datum a čas: **20. 9. 2024 v čase 9.00–18.45 hodin,**  
**21. 9. 2024, v čase 9.00–17.00 hodin**

Místo konání: **Hotel ILF, Budějovická 743/15, Praha 4**

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

Kód semináře: 24072

Poplatek: 3 000 Kč, počet bodů: 37

## SEMINÁŘ

### Moderní a efektivní příprava v lékárnách

Připravujeme pro vás podzimní cyklus seminářů Moderní a efektivní příprava v lékárnách s novými tématy.

Přednášky budou zaměřeny na novinky v magistraliter přípravě, IPLP receptář, přípravu nesterilních léčivých přípravků s obsahem nebezpečných léčiv a praktické zkušenosti s IPLP přípravou.

Budeme se těšit na shledání 25. 9. v Olomouci, 16. 10. v Brně, 30. 10. v Plzni, 20. 11. v Hradci králové a 11. 12. v Praze.

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

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.

Platba v hotovosti na místě není možná.

Seminářů se mohou zúčastnit pouze předem přihlášení zájemci s řádně uhrazeným účastnickým poplatkem.

**Lékárna v Týně nad Vltavou přijme  
lékárníka, vedoucího,  
zkušeného nebo absolventa**

Majitel lékárníků, práce ve stabilní skupině rodinných lékáren.

Garantujeme navýšení mzdy, nadstandardní platové podmínky, podíl na zisku.

Auto k dispozici, ev. příspěvek na bydlení, náborový příspěvek, další bonusy.

Příležitost získání praktických zkušeností se všemi činnostmi v lékárně včetně vedení, perspektiva rychlého kariérního postupu.

Profesní svoboda, individuální úprava pracovních podmínek, možnost zkráceného úvazku, prostor pro seberealizaci dle uvážení.

Neváhejte nás kontaktovat pro bližší informace.

**Tel.: 608 025 756 po 18.00 hod.**

# Za docentem Jiřím Portychem

## (2. 4. 1935 – 4. 5. 2024)

4. května nás zastihla smutná zpráva – ve věku 89 let nás navždy opustil bývalý dlouholetý vedoucí Katedry lékárenství IPVZ, ředitel SÚKL a kolega z Nemocniční lékárny Fakultní nemocnice v Motole, pan doc. RNDr. Jiří Portyach, CSc.



Doc. Portyach svou profesní cestu započal v Nemocniční lékárně Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Po zřízení Katedry farmacie na tehdejší Ústavu doškolování lékařů (ÚDL, předchůdce dnešního Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví) zde zahájil svou pedagogickou kariéru v oblasti postgraduálního vzdělávání farmaceutů

v roli odborného asistenta, po sametové revoluci se stal na IPVZ vedoucím Katedry lékárenství (1990–2007), a na výuce se zde podílel ještě několik dalších let. Profesní vášní a hlavní specializací byla pro pana docenta kontrola léčiv a aktivity spojené s lékopisem. Během svého působení na postu ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv (1991–1993) zde modernizoval lékopisné oddělení. Od roku 1991 byl předsedou Lékopisné komise Ministerstva zdravotnictví. Jako předseda národní delegace ČR u Evropské lékopisné komise Rady Evropy ve Štrasburku se zasloužil o pozorovatelský statut ČR při Evropské lékopisné komisi, modernizaci a harmonizaci Českého

lékopisu s texty Evropského lékopisu (v podobě Českého lékopisu 1997) a později o přistoupení České republiky k Úmluvě o vypracování Evropského lékopisu a plnoprávnému členství ČR v Evropské lékopisné komisi. Poté řídil práce na několika následujících vydáních Českého lékopisu.

Jiří Portyach získal titul doktora přírodních věd na Farmaceutické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě, v roce 1976 mu byla udělena hodnost kandidáta věd a v roce 1988 se habilitoval v oboru farmaceutická chemie. Byl autorem monografií v oboru kontroly léčiv, odborných článků např. z oblasti chromatografie, pulsní polarografie, chelatometrie, či organizace specializačního vzdělávání.

Doc. Portyach věnoval celý profesní život pedagogické práci; krom působení na IPVZ se věnoval také výuce celých generací farmaceutických laborantek a laborantů na SZŠ a později farmaceutických asistentek a asistentů na VOŠ. Více než dvě dekády pracoval na částečný úvazek také na Oddělení kontroly léčiv a přípravy laboratorních diagnostik Nemocniční lékárny FN Motol, kde zavedl řadu moderních metod do vstupní, mezioperační a výstupní kontroly zde připravovaných léčiv a vedl zde odbornou stáž. Řada kolegů si ho jistě bude pamatovat jako význačnou osobnost spojenou s Českým lékopisem, učitele a zkoušejícího. My, kdo jsme měli tu čest a štěstí se s panem docentem poznat blíže, si ho navíc budeme pamatovat jako velmi vstřícného a sečtělého profesionála s hlubokými znalostmi nejen z oblasti farmacie, ale především jako velmi milého a laskavého člověka.

Čest jeho památce!

**PharmDr. Petr HORÁK  
s přispěním paní Ilony Vrchotové a PharmDr. Marcely Pancové**

# Lékárník, redaktor a spisovatel pod Zlatým sluncem

František Herites (1851–1929) se narodil ve Vodňanech v rodině lékárníka. Když po letech lékárně U zlatého slunce přebíral, byl celý rodinný majetek zatížen obrovskými, téměř neřešitelnými dluhy. Svůj nepříliš příjemný vstup do lékárnického světa později František Herites zpracoval v autobiografickém románu Tajemství strýce Josefa. Před zděděnými dluhy a s nimi souvisejícími problémy Herites celý život utíkal ke psaní. Stal se součástí literární skupiny Lumírovců, velmi brzy se proslavil svými fejetony, črtami a dalšími kratšími prózami. Velmi vzhlížel k Janu Nerudovi, který byl jeho autorským vzorem. Kromě Tajemství strýce Josefa se mnoha vydání dočkaly i Maloměstské humoresky, Z mého Herbáře, Arabesky a kresby, Vodňanské vzpomínky, Psáno pod čáru a další.

Kromě literární a publicistické tvorby byl František Herites osobností neposednou a veřejně činnou. Stal se vodňanským starostou, ačkoliv tato funkce nebyla tehdy honorovaná. Do vodňanské historie se zapsal jako ten, který konečně přivedl do města železnici. A taky Mikuláše Alše, svého přítele, kterého

přemluvil k originální výzdobě tamního kostela. Jako novinář odjel Herites v roce 1893 na Světovou výstavu do Chicaga a v Americe zůstal s rodinou celý rok. Během svého pobytu se skamarádil s Antonínem Dvořákem, který mu na newyorském molu vrazil do ruky svazek rukopisů (Herites se vracel do Evropy dříve než Dvořák) s prosbou, zda by je jeho německému nakladateli neposlal až z Evropy, protože prý nedůvěřuje americké poště. Tak vodňanský lékárník František Herites ve své lodní kajutě převezl přes oceán originál jedné z nejslavnějších skladeb všech dob, symfonie Z Nového světa.

Aby alespoň částečně vyběděl z nekonečných dluhů, prodal vodňanskou lékárně a odstěhoval se do Prahy. Tam pokračoval v psaní do mnoha velkých novin a časopisů, později zakotvil v Časopisu českého lékařnictva jako odpovědný redaktor a „vydavatel Jménem Farmaceutické společnosti“. (Stal se nadprůměrně honorovaným autorem, za jeden fejeton do Národních listů dostával Herites i 15 zlatých, tedy víc jak dvojnásobek ročního předplatného Časopisu českého lékařnictva.)



Heritesova knihovna ve Vodňanech

V té době ovšem už dávno patřil k první generaci autorů i zakladatelů Časopisu českého lékárnictva (více v textu začínajícím na straně 9). Jeho úspěšné knihy jsou v něm průběžně recenzovány a některé zdroje uvádějí, že je i autorem úvodního svolání z prvního čísla roku 1882. „V řadrech uvědomělých a obětavých vlastenců dávno odchovávaná myšlenka vydávání Časopisu českého lékárnictva vystupuje dnes uskutečněna...“

František Herites vedl ČČL v letech 1896–1899 za pomoci magistra Bohumila Krafta.

„V první řadě Časopis českého lékárnictva musí být obrazem snažení českých příslušníků stavu a soustřediti v sloupcích svých práce všech, kdož odborně pracují mezi českými lékárníky. List reprezentující navenek českou farmacii, nesmí býti českým pouze jazykem, ale dokázati musí samostatnou českou práci, ukázati má, že jako jiné sourodé stavy v Čechách také české lékárnictví smí a může hlásiti se k vlastnímu životu a jako takové, jako české lékárnictví, hájiti platné místo své na světovém zápasišti.“ Napsal v úvodním slově v roce 1896.

František Herites se stal také tajemníkem Českého hlavního grémia lékárníků a později byl jmenován i řádným členem České akademie věd a umění. Prasynovcem Františka Heritese byl i moravský básník Jan Skácel.

Vodňanskou Heritesovu lékárnou koupil v roce 1896 můj pradědeček magistr Otakar Štorch a prazvláštní shodou náhod o několik desítek let později i jeho budoucí zeť a můj dědeček PhMr. Jaroslav Pokorný, který tehdy ještě svobodný, čerstvě dostudovaný lékárník vůbec netušil, že v Kolíně, kam se mezitím Štorchovi přestěhovali, žije nějaká Anička, kterou si jednou vezme za ženu...

Ještě na konci 19. století zažil pradědeček Štorch ve Vodňanech slavné literární trio přátel Zeyer, Herites, Mokřý, a zanechal o nich v rodinném archivu zajímavou mnohastránkovou vzpomínku, kterou jsem teprve nedávno objevil. „Nejčastěji sedávali na schodech před lékárnou. Je to naše již promlčené právo, říkával mi s úsměvem Julius Zeyer.“ Píše v ní Otakar Štorch. A troufá si i na zajímavou recenzi Heritesova díla, z níž malou část zde tímto premiérově zveřejňuji.

„Nejvíce těchto prací věnováno jest malému městu a kraji vodňanskému z let sedmdesátých a osmdesátých. Všimá si jeho přirozené prostoty, svěžesti, kontrastující tolik s velkoměstskou škrobeností, na druhé straně však také kreslí bosácké předsudky, malý obzor, nedůvěřivost, trochu kastovníctví. To vše nalézá v Heritesovi bystrého pozorovatele, vážného nebo humoristického soudce a duchaplného umělce. Rodí-li se z prvních motivů vábné idylky, zrcadlí lásku spisovatelovu k okolí, v němž prožil svůj celý život, a s ním poutají jej i dávné tradice rodinné (Tajemství strýce Josefa, Ze starých časů) nutkají druhé k vážným úvahám, jež ústí tu v jeho jímavý humor nebo v neodolatelnou komiku, tu v břitkou satiru a ironii...“

Není pochyb o tom, že jméno Františka Heritese může bez studu provázet v podobě udělované ceny i medaile další generace českých lékárníků a inspirovat je k práci pro veřejnost a publikační činnosti.

**Zdeněk POKORNÝ**

## Po dvou letech opět vyhlášíme Heritesovu cenu ČČL

Při příležitosti 140 let od prvního vydání Časopisu českého lékárnictva jsme chtěli trvaleji upozornit na unikátní historickou existenci tohoto média a ocenit lékárníky, kteří se vedle své běžné práce věnují i publikační činnosti. V roce 2022 ocenění získal PharmDr. Pavel Grodza.

Dnes se vás, naši milí čtenáři, opět ptáme, koho byste po dvou letech na tuto cenu navrhli. Oceněným by měl být autor, lékárník, který publikuje nebo publikoval v Časopise českých lékárníků, případně je ještě navíc autorsky činný v jiných médiích. Všeobecně uznávaná osobnost mezi lékárníky s přesahem do širšího povědomí veřejnosti. Výjimečně je možné udělit tuto cenu i nelékárníkovi, případně in memoriam.

Kandidáty na cenu mohou navrhnout Čtenáři Časopisu českých lékárníků, tedy všichni lékárníci. A vybírat oceněného bude rada složená ze všech žijících prezidentů ČLnK, ze všech žijících šéfredaktorů ČČL a předsedy České farmaceutické společnosti ČLS JEP (Časopis naprostou většinu doby jeho existence vydávala Česká farmaceutická společnost). V tuto chvíli jde celkem o 7 hlasů. V případě nerozhodného výsledku hlasování rozhoduje aktuální šéfredaktor ČČL. Tuto radu během příštích let rozšíří i jednotliví držitelé Heritesovy ceny.

Heritesova cena bude udělována bienálně, tedy jednou za dva roky. Nezbyvá než vás, čtenáře, vyzvat k zaslání tipů na druhého oceněného. Jméno autora, který by si tuto cenu za publicistickou práci zasloužil, nám můžete posílat jakýmkoliv způsobem, mailem, smskou, poštou, říct při osobním setkání. Všechny návrhy shromáždíme a předáme výše uvedené radě, která během příštích měsíců oceněného vybere.

**Redakce**

**Lékařna ve Strakonících přijme**

**lékárníka, vedoucího, zkušeného nebo absolventa**

Majitel lékárník, práce ve stabilní skupině rodinných lékáren.

Garantujeme navýšení mzdy, nadstandardní platové podmínky, podíl na zisku.

Auto k dispozici, ev. příspěvek na bydlení, náborový příspěvek, další bonusy.

Příležitost k získání praktických zkušeností se všemi činnostmi v lékárně včetně vedení, perspektiva rychlého kariérního postupu.

Profesní svoboda, individuální úprava pracovních podmínek, možnost zkráceného úvazku, prostor pro seberealizaci dle uvážení.

Neváhejte nás kontaktovat pro bližší informace.

**Tel.: 608 025 756 po 18.00 hod.**

# Putování po ostrově čajů

Měla jsem přání podívat se na Srí Lanku. Splnilo se mi, díky zaměstnavateli, který mi převedl zbytek ložské dovolené a další okolnosti se k tomu jen příznivě poskládaly. Hledala se žena v březnovém termínu na pokoj pro dvě, tak jsme se díky sociálním sítím do odletu s Věrou trochu poznaly.

Obávala jsem se dlouhého letu, který ale proběhl bezvadně, se skvělým servisem a s mezipřistáním v Doha. Na letišti v Colombu nás vyzvedl řidič Ushan a ve Ville Sun Mali v Aluthgama jsme se přivítali s ostatními, bylo nás celkem osm. Organizátoři nám směnili srílanské rupie, přepočít 1 000 rupií – 70 korun.



Nazítří jsme zahájili cestování do vnitrozemí ostrova, s naším průvodcem Sudu, který ovládal češtinu. První den výstup na Lví skálu (Sigiriya). Kdo zvládl výstup až nahoru, vyšlapal 1 202 schodů. Odpoledne jsme naskočili na buvolí povoz, přesedli do tuk-tuků, člunem po jezeře nás pak dovezli do cíle – tradiční vesnice, ve které nám dvě místní ženy připravily oběd o několika chodech, s ukázkou zpracování a využití plodu kokosu. Vše bylo výtečné, zelené fazolky, zeleninový salát, kokosové rolky, chipsy, curry rýže, na pálivé chutě jsme byli opatrní. Těšila jsem se, že během této cesty odlehčím jídelníček a poznám jiné kombinace chutí. Byla jsem

spokojená, ochutnala jsem nové druhy ovoce jako salsu, karambolu, červený banán, jackfruit (chlebovník). Večeře – těstovinový salát se zeleninou, rybí kari, kari z červené čočky, cizrnové pikantní placky, avokádový salát byly výtečné, ochutnali jsme i maniok (tapiok), jako přílohu.

Po přejezdu do města Dambulla jsme vyšli 500 schodů do skalního chrámu, ve kterém je k vidění největší ležící Buddha. Navečer jsme se ubytovali, a ještě před večeří jsem se osvěžila v hotelovém venkovním bazénu. Moc nám chutnaly místní džusy z manga, papáji nebo ananasu ke snídani.

Další den nás čekalo překvapení v ájurvédské zahradě, přednáška v češtině o nejstarším lékařském systému zásad zdravého způsobu života, spolu s konkrétními produkty. Následně na nás zdejší studenti demonstrovali částečnou masáž vsedě. Při nákupu jsme pak utratili podstatnou část kapesného za tradiční bylinný balzám, red oil na masáž bolestivých míst, olej pro péči o žíly, tablety ve formě pelet při vyšší tlaku krve, skořicový olej k aplikaci zevně při tinnitu atd. Dokonalý marketing!



Vedle lékáren je v této oblasti tradiční ájurvéda, doslova „věda o životě“. Klade velký důraz na ochranu zdraví, nabízí i přirozené způsoby léčení nemocí. Kromě fyziologických pochodů těla v průběhu různých období života, v různých částech dne i noci a v různých ročních obdobích prožívá rozličné změny. Některé menší změny dokáže tělo překonat svou obrannou silou, jestliže jsou změny výrazné nebo náhlé, může nemoc postihnout i jinak zdravého člověka. K posílení této obranné síly těla se používají různé léčebné procedury, nápoje, diety, cvičení, přírodní medikamenty.

Protože se zajímám o léčivé rostliny, měla jsem radost z návštěvy centra ájurvédy Luckgrove, kde jsem koupila produkty například High blood pressure pelety. Ingredience: *Sida cordifolia* (Vlákeň srdcolistá, Malvaceae), *Woodfordia fruticosa* (Woodfordie křovitá, Lythraceae), *Lilium polyphyllum* (Lilie mnoholistá, Liliaceae), *Cedrus deodara* (Cedr himálajský, Pinaceae), *Thymus vulgaris* (Tymián obecný, Lamiaceae), dávkování dvě tablety ráno a večer. Běžně se zde využívá Samahan sáčky, instantní čajová směs při nachlazení k posílení imunity, který známe i z naší distribuce.

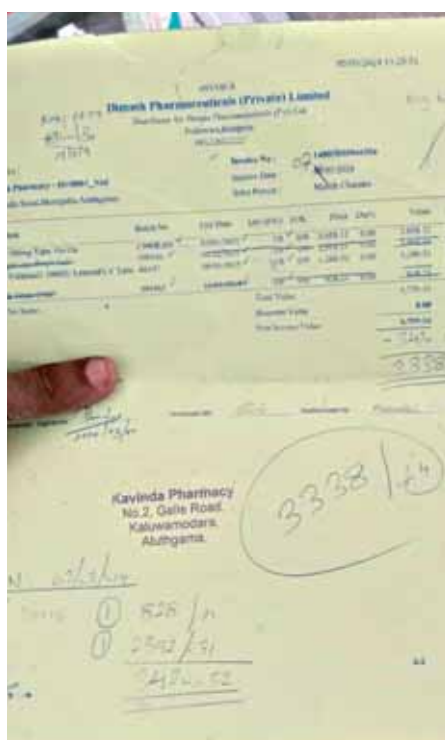




Přesunuli jsme se do města Kandy, kde jsme měli rezervovaná místa na představení tradičních tanců. Muži i ženy v krásně barevných krojích tančili za doprovodu zvuků bubínků a trumpet, dále žongléři a polykači ohně, až se tajil dech. Po tomto zážitku jsme procházeli mnoha komnatami Buddhova zubu, nejsvětějšího chrámu na Srí Lance. Jsou zde uloženy 2 000 let staré knihy, které sepsali mniši o životě císaře a jeho 500 konkubín. K dalším zážitkům se zařadila návštěva čajových plantáží a továrny Bluefield s ochutnávkou několika druhů zeleného a černého čaje. Nakoupili jsme každý několik krabiček. Viděli jsme namáhavou ruční práci v horském terénu, zároveň samé usměvavé tváře. V itineráři byla zakomponována cesta vlakem, další turistická atrakce. Nástup v původně zamýšlené stanici jsme nestihli, pro nás naštěstí. Přejeli jsme minivanem dále po trati na krásné historické nádraží z koloniální doby a po třech zastávkách z přeplněného vagonu vystoupili v městečku Ella. Další den



brzy ráno, technicky ještě za tmy, jsme vyrazili na východ slunce na Little Adam's Peak. Čekali jsme na první moment rozbřesku, když první paprsky potichu, jen za doprovodu ptačího zpěvu oslunily protikopec a údolí. Při zpáteční cestě dolů jsme došli na Demodora Bridge, sto let starý kamenný most s devíti oblouky a tunelem ve skále. Dočkali jsme se i projíždějícího vlaku. Po snídani jsme se sbalili a cestou do dalšího hotelu v pauze vyfotili vodopády Rawana. Odložili jsme kufry na pokoj hotelu, osvěžili se v bazénu a poté jsem se dvěma džípy vydali na safari do národního parku Udawalawa. Viděli jsme slony, krokodýly,



pávy, papoušky. Pro makaky i pro nás jsme měli ovocnou svačinku. Poslední den poznávání jsme zavítali na pláž Mirissa, kde jsme se setkali s Indickým oceánem. Po cestě jsme viděli rybáře lovit na kůlech, v Galle jsme navštívili pevnost a maják. Na chvíli nám poskytly stín větve mangrovníků. Zde se k nám přidal domorodec a když zjistil, odkud jsme, zazpíval českou hymnu. Učí se přes Duolingo.

Smutná byla zastávka v Muzeu tsunami, které vypovídá o ztrátě téměř 50 tisíc lidských životů v této oblasti. Ještě jsme si prohlédli důl na těžbu modrého měsíčního kamene, jediné naleziště na světě. Po návratu nás čekala výborná večeře a týden relaxu. Ochutnávali jsme



další speciality, okurkový salát s mangem, krevety, pražené sardinky. Zažili jsme river safari, mohli jsme si pohladit maličkého krokodýla. K oceánu jsme sice došli pěšky, ale kvůli velkým vlnám nás na koupání dovezli tuk-tukem dál ke korálovému útesu, do laguny. Ještě nám zpestřili pobyt výletem kolem rýžových polí a kaučukovníků do Polwatta Parku k vyschlému vodopádu a jezírku, kde nám oždivovaly rybky chodidla.

Velmi příjemným zážitkem byl oběd v místní rodině, opět několik chodů, výborně připravená červená čočka a místní specialita – čerstvě nakrájený ananas se solí a pepřem. Naši průvodci nás další den dovedli na trh nakoupit si koření – curry, chilli, skořici... V rámci menu jsme ochutnali další ovoce – salsu, chutnalo nám kokosové kari, přeložené placky s vajíčkem. Na změnu stravy jsem se těšila. Vodu jsme pili balenou. Po cestě pěšky k oceánu podél silnice byla na okraji města lékárna spolu s drogerií. Zašli jsme nakouknout, zrovna ve chvíli přejímky zboží. Nebyli jsme svědky nehody ani úrazu, přestože jízda vlevo je zážitek. Setkávání s místními lidmi bylo příjemné, základní komunikace v angličtině. Dlouho ve mně zůstane přívětivost, skromnost a pokora zdejších lidíček.

**Mgr. Lenka MALÁ**

# Beskydský slet uzdravuje

V minulém čísle jsme přiblížili 24. Beskydský slet alespoň fotografiemi, dnes přidáme i pár řádek. Jedna z nejtradičnějších lékárnických akcí tentokrát zafungovala i léčivou silou.

Ne, nezbláznil jsem se. Nebo jen trochu. Tématem letošního ročníku byla Farmakoterapie v diabetologii. Součástí programu je každoročně také výstup na Lysou horu, kterou jsem tentokrát konečně zdolal i já. Nepatřím k těm, kteří by si to troufli komentovat slovy „Lysá hora se vybíhá“, nicméně jsem to dal dokonce i dolů a pak ještě 5 hodin řídil autem do rodné České Lípy. Druhý den ráno mě čekaly dávno domluvené běžné odběry u praktika. Třetí den trochu šok pro všechny, výsledky naprosto ideální, zejména hraniční glykémie uvržena do hlubin normálnosti. Beskydský slet prospívá zdraví, to je nepochybné.

Za jednotlivými přednáškami odborného programu se často skrývá osobní příběh. Hned první prezentace docentky MUDr. Aleny Šmahelové, vedoucí subkatedry diabetologie Katedry interních oborů LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové s prostým názvem *Komplikace diabetu dříve a nyní* byla splátkou restu z Lékárnických dnů v Třebíči, kam paní docentka kvůli covidu nakonec nemohla přijet.

*„Já to rád moderuju i z toho důvodu,“* svěčuje se Pavel Grodza, *„že na začátku řeknu vždycky malý příběh, jak jsme k sobě přišli, proč daný člověk v Beskydech vystupuje. To si myslím, že je docela hezké. Například z prvních dvou sdělení vyplynulo, že diabetoložky mají nás farmaceuty docela rády, že s farmaceuty spolupracují bez problémů i v nemocnicích.“*

Docentka Šmahelová objala široké téma diabetu (DM) velmi důkladně. Jako jedna ze špičkových odbornic na toto téma představila konkrétně nejen komplikace, jejich historii a proměny v současnosti, ale i dnešní možnosti léčby. Ta se vyvíjí závratným tempem, i vzhledem ke snaze řešit pandemii obezity ve vyspělém světě a vznikem nových léčiv. To ale všichni znáte, svět dnes jede na vlně často zneužívaných moderních antidiabetik. Docentka Šmahelová srovnávala především vlastnosti GLP-1RA a SGLT-2 i s tím, že u mnoha případů DM2 lze oba přípravky užívat současně. Představení vývoje metod hodnocení kompenzace DM ukázalo, jak obrovský rozvoj v této oblasti nastal. Já si jako lajk kladu otázku, proč za této situace, kdy je léčba i každodenní

sledování hodnot na historicky nejvyšší úrovni, tak dramaticky přibývá DM2 po celém světě, že bez uzardění mluvíme o epidemii. Čím dokonalejší léčba, tím více nemocných? Ale odpovědi tuším a jsou z trochu jiného než farmaceutického ranku. Selfmonitoring glykemií v podobě například Medtronic 670G Hybrid „Close loop“ systém dosáhl pro pacienty takové míry „pohodlí“, že mohou podnikat i značné sportovní výkony, jak o chvíli později představil další přednášející a také respondent naší ankety Zepťali jsme se.

S druhou přednáškou vystoupila na Beskydském sletu MUDr. Jitka Homolová z Diabetologické ambulance Městské nemocnice Ostrava-Fifejdy. S podporou firmy NovoNordisk šlo o představení jejího úspěšného semaglutidu v tabletách. Nový lék byl popsán velmi podrobně, včetně účinků, instrukcí k podávání a úhradových podmínek. Bezesporu jde o revoluční lék i formu podání, po celém světě pomáhá účinně snižovat hmotnost a zásadně ovlivňovat léčbu diabetu. Je pochopitelné, že tak populární lék má všechny předpoklady pro zneužívání, respektive užívání bez konzultace s lékařem.

S další odbornou přednáškou přišel profesor Martin Doležal, emeritní děkan farmaceutické fakulty, pracující na Katedře farmaceutické chemie a farmaceutické analýzy FaF UK. Martin Doležal je také předsedou České farmaceutické společnosti ČLS JEP. Přednáška se jmenovala *Antidiabeticky aktivní peptidy a jejich klinické použití*. Ještě jsem rozuměl části Historické milníky o prvním popsání inkretinového efektu zhruba v době mého narození, pak už jsem se, přiznávám, trochu ztrácel, neboť jsou mé znalosti chemie poměrně odumřelé. Profesor Doležal se podrobně zabýval zejména účinky amykreтину, navíc ve vztahu k již zmiňovanému semaglutidu. Amykretin kombinuje funkčnost dvou různých léků do jediné molekuly, která se zaměřuje na dva hormony podílející se na regulaci hladu a hladiny cukru v krvi. GLP-1 a amylin. Studie na toto téma bude ale zveřejněna až v letech 2025–2026. V přednášce byl uváděn i aktuální úspěch firmy NovoNordisk, růst cen akcií a to, že tržní hodnota NovoNordisku díky lékům na hubnutí překonala i hodnotu Tesly. Rovněž zaznělo, že NovoNordisk má už připravenou další, účinnější látku, kterou ale nepředává do výroby z důvodu aktuálně přetížených kapacit i neuspokojované poptávky po semaglutidu. Ekonomická úvaha ve stylu „dokud nám můžete ruce utřhat po semaglutidu, nebudeme si přidělovat starosti s novějším objevem“.

Jak jsem mnohému v přednášce profesora Doležala nerozuměl, tak jsme si, myslím, rozuměli v závěrečné etapě nedělního výstupu na Lysou horu, sladili jsme tempo a dobyli vrchol společně a v dobrém rozmaru.

Po svačkové přestávce, při které bylo možné se pokochat i výhledem na beskydské scenérie, pokračoval odborný program a téma Diabetes mellitus. MUDr. Radka Nágelová z Diabetologického centra FN Ostrava přiblížila *Novinky v léčbě DM*. Představila nové technologie propojení glukometru a inzulinové pumpy s aplikací v mobilu, chytrá inzulinová pera a další „zázraky“, o kterých se předcházejícím generacím diabetiků ani





nesnilo. Mgr. Veronika Piepenhagen se pak v prezentaci věnovala *Diabetu mellitus 3. typu* především vlivu DM na poruchy kognitivních funkcí, rozvoj demence, Alzheimerovy choroby atd. Seznámila účastníky i s pilotním projektem vyšetření pacientů veřejné lékárny v oblasti testování paměti, zhodnocení deprese a soběstačnosti atd. ve vztahu k rizikům rozvoje DM nebo kardiovaskulárních onemocnění.

Osobním pohledem diabetika a zároveň lékárníka uzavřel odborný program doktor Josef Marek, lékárník od Svaté Theodoty z Letohradu a respondent naší anketní rubriky. Uvedl tři základní pilíře cukrovky: strava, pohyb, stres, s tím, že na každém z nich demonstroval své osobní životní situace a zkušenosti. U stravy asi každého zaujaly pozitivní účinky jablečného octa, u pohybu pak nejlepší „sport“ chůze. Josef Marek ví, o čem mluví, sám prochodil polovinu světa a jeho účast v náročných trecích je známa. Stres DM ovlivňuje, a to i stres pozitivní, je třeba s ním umět pracovat. Doktor Marek popsal i svoje zkušenosti s kontinuálním monitoringem glykémie (CGM). Taky zmínil důležitost otužování. Jeho momentku v kádi s ledovou vodou jste mohli vidět v minulém čísle časopisu. Hlavní poselství přednášky bylo, že i s diabetem se dá žít a podnikat mnohá dobrodružství. Při správné kompenzaci lze ujet na kole 3 200 km z Letohradu do Santiaga de Compostella, vystoupat v Peru do výšky 5 000 m n. m. nebo absolvovat čtyřdenní půst jen o vodě. A mohu snad prozradit, že když většina z nás ráno teprve přijížděla do areálu Sepetná a ubytovávala se, Josef Marek se už vracel z rychlého cvičného výstupu na Lysou horu.

Na Beskydském sletu pravidelně promlouvá i prezident ČLnK Mgr. Aleš Krebs a seznamuje účastníky s novinkami z činnosti představenstva, aktuální legislativou atd.

Večer sice nebyl za doprovodu cimbálky jako vloni, ale několik kytar v rukou lékárníků taky vytvořilo příjemně dojmavou atmosféru.

V neděli ráno jsem se s náskokem vypravil na Lysou horu, brzy mě ale ostatní dohnali, pak někteří předešli, ale všichni jsme se nahoře potěšili krásným rozhledem, občerstvením a sluníčkem. Tentokrát žádná mlha, déšť, ani sněhářky, snad i proto na vrcholku vznikla společná fotografie s historicky rekordním počtem lékárníků. O Beskydském sletu a jeho léčebných účincích jsem psal už na začátku a není o nich pochyb. Těším se na příště.



Slova nestora, duchovního otce (Pavel Grodza proti tomuto oslovení protestuje.) a organizátora na závěr: „*Před rokem ses mě ptal, co se Sletem bude dál, až tu nebudu, ale já jsem nikdy nejel na Slet tak nalehko jako letos. Jsem šťastný, že to holky v našem okresním sdružení chytlo a chtějí pokračovat dál. Podílím se už jen na odborném programu, ale jednou mě nahradí i v tom, musím jim předat zázemí svých kontaktů. Věřím, že to zvládnou a Beskydský slet nezanikne. Byl bych moc šťastný, kdyby to pokračovalo dál...*“

**Zdeněk POKORNÝ**

# Jahody jako funkční potravina

Na základě současných výzkumů jsou jahody (*Fragaria*, *Rosaceae*) považovány za potravinu, která nabízí řadu zdravotních přínosů nad rámec základní výživy. V odborné literatuře přibývají důkazy o jejich antioxidačních, protizánětlivých, antihyperlipidemických, antihypertenzních a antiproliferativních účincích. Objevují se studie snažící se objasnit otázku, zda pravidelná konzumace jahod může být spojena se zlepšením kardiovaskulárního zdraví.

Jahody jsou nízkokalorické (32 kcal/100 g), mají nízký glykemický index, obsahují značné množství vody (přes 80 %) a zároveň poskytují mnoho bioaktivních látek. Jsou významným zdrojem vitamínů B, C, E, draslíku, kyseliny listové, karotenoidů a specifických flavonoidů, jako je pelargonidin, kvercetin a katechin. Dále obsahují značné množství kyseliny ellagové, tříslovin a fytoosterolů. Poměrně nedávno byly jahody zařazeny mezi 100 nejbohatších zdrojů polyfenolů ve stravě a dále si zajistily umístění na seznamu 89 potravin a nápojů, které obsahují více než 1 mg celkových polyfenolů na porci. Jejich hlavními bioaktivními látkami jsou především antokyany (kyanidin-3-glukosid, pelargonidin-3-glukosid, 3-rutinosid a 3-malonylglukosid), které vytváří červené zbarvení slupky. K antioxidačním účinkům výrazně přispívá také kyselina ellagová a ellagitaniny. Kyselina ellagová je cenná pro lidské zdraví, protože je antimutagenní a má antikarcinogenní účinky proti rakovině vyvolané chemickými látkami. Při analýze běžně dostupného ovoce a zeleniny ve Spojeném království zjistili vědci testem ekvivalentní antioxidační kapacity troloxu (TEAC) nejvyšší antioxidační kapacitu mezi všemi druhy ovoce a zeleniny právě u jahod. Obsah polyfenolů v jahodách je závislý na odrůdě, místu sklizně a na způsobu jejich zpracování. Významně vyšší obsah polyfenolů byl prokázán ve zmrazených jahodách produkovaných konvenčními nebo udržitelnými zemědělskými postupy oproti lyofilizovaným nebo vzduchem sušeným jahodám pěstovaným za podobných podmínek.

Čtrnáctileté sledování příjmu flavonoidů ve stravě u celkem 156 957 osob během kohortové studie odhalilo významné kardiovaskulární zdravotní přínosy jahodových a borůvkových antokyanů. Vyšší příjem anthokyanů z jahod a borůvek (16–22 mg/den) byl spojen s významným 8% snížením rizika hypertenze ve srovnání s osobami s nižší spotřebou (5–7 mg/den). V další kohortové studii s ženami po menopauze (n = 34 489) bylo prokázáno významné snížení úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění (KVO) ve spojení s konzumací jahod v 16letém období sledování. Výsledky studie ukázaly, že průměrný příjem antokyanů 0,2 mg/den byl spojen s významně sníženým rizikem úmrtnosti na KVO u těchto žen po menopauze. Při pozorování

amerických zdravotnic (n = 38 176) byl příjem jahod také spojován s nižšími hladinami C-reaktivního proteinu. V několika intervenčních studiích bylo prokázáno schopnost jahod snižovat oxidační stres.

V několika klinických studiích byly zkoumány zdravotní přínosy konzumace jahod u zdravých subjektů nebo subjektů s nadváhou, u pacientů s mírným až středním zvýšením sérového cholesterolu a u subjektů s metabolickým syndromem. Bylo popsáno, že konzumace jahod zvyšuje antioxidační kapacitu plazmy, snižuje oxidovaný LDL a peroxidaci lipidů, snižuje celkový sérový a LDL-cholesterol, zvyšuje HDL-cholesterol a snižuje postprandiální glykémii a lipémii. Pozorované příznivé ovlivnění hladin cholesterolu lze pravděpodobně připsat synergickým účinkům vlákniny, fytoosterolů a polyfenolů. V klinické studii byla také prokázána schopnost jahod snižovat TNF- $\alpha$  a produkty peroxidace lipidů u obézních dospělých s osteoartrózou kolena. V šestitýdenní klinické studii se zdravými dobrovolníky prokázala pozitivní vliv jahodového prášku na osídlení střev bakteriálními kmeny, které jsou spojeny s nízkou hmotností a dlouhověkostí. Byl pozorován zvýšený výskyt bakterií z čeledi *Christensenellaceae*, *Verrucomicrobiaceae*, *Mogibacteraceae*, *Bacteroidaceae*, *Bifidobacteriaceae*, *Lachnospiraceae* a *Ruminococcaceae* a menší výskyt bakterií z čeledi *Alcaligenaceae/Sutterella*.

Výzkum na zvířecích modelech a modelech buněčných kultur poskytuje důkazy o účincích jahod na zmírnění obezity, hyperglykémie, hyperlipidémie, hypertenze a oxidačního stresu, což jsou dobře známé rizikové faktory pro kardiovaskulární onemocnění. Fytochemikálie v jahodách, jako jsou antokyany, kyselina ellagová, katechin, kvercetin a kempferol, vykazovaly v několika experimentálních modelech antioxidační, antidiabetické, antihypertenzní nebo antitrombotické účinky, což může vysvětlit pozorované kardioprotektivní účinky jahod v epidemiologických a klinických studiích.

Čerstvé a mražené jahody jsou významnými dietními zdroji polyfenolů a vitamínů, s prokázanými účinky na lidské zdraví. Zdravotní přínos jahod je potvrzen epidemiologickými a klinickými pozorováními. Jahod by se ale měli vyvarovat osoby s rizikem ledvinových kamenů oxalátu vápenatého, protože jahody způsobují významné zvýšení vylučování oxalátu močí. Další nebezpečí spočívá v jejich alergenním potenciálu. V současnosti bylo v jahodách identifikováno sedm alergenních proteinů, včetně různých izoform.

**Mgr. Věra KLIMEŠOVÁ**

Laboratoře aplikovaného výzkumu a vývoje společnosti Fytopharma

Zdroj: [www.fytoinstitute.eu](http://www.fytoinstitute.eu)



## Černobílá inzerce

personální inzerce	70 Kč/1 cm <sup>2</sup>
celá strana	38 000 Kč
1/2 strany	20 000 Kč
1/3 strany	15 000 Kč
1/4 strany	12 000 Kč
1/8 strany	7 000 Kč

## Barevná inzerce

celá strana	
uvnitř časopisu	57 000 Kč
dvoustrana	90 000 Kč
2., 3. str. obálky	57 000 Kč
4. str. obálky	62 000 Kč
1/2 strany	29 000 Kč
1/3 strany	20 000 Kč
1/4 strany	17 000 Kč

Ceny jsou uvedeny bez DPH.

## Slevy

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

Agenturní provize řeší redakce individuálně.

## Speciální nabídka

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

## Příplatek za umístění

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

## Další služby

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

# ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

## ceník a podmínky inzerce v roce 2024

### Technické podmínky

#### 1. Rastrové obrázky (fotografie):

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

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

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

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

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

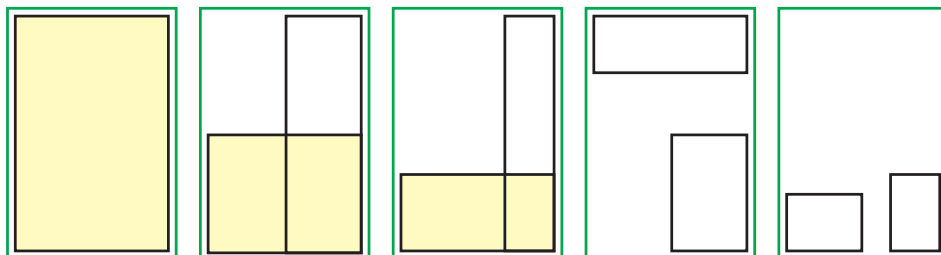
#### 4. Hotové celostránkové inzeráty, do kterých nebudeme zasahovat:

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

#### 5. Kontakt:

Kontaktní osobou pro případ problémů s vytvářením dat je Kateřina Hoferková, e-mail: [katavev@centrum.cz](mailto:katavev@centrum.cz)

INZERÁT OZNAČTE: název\_ rozměr (např.: mast\_93x136)



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

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

Objednávky inzerce posílejte do redakce e-mailem na adresu:

[casopis@lekarnici.cz](mailto:casopis@lekarnici.cz)

nebo písemně:

Časopis českých lékárníků, Rozárcina 1422/9, 140 02 Praha 4

## Uzávěrky a distribuce ČČL v roce 2024

(uzávěrka inzerce / distribuce čísla)

letní dvojčíslo 7–8:	11. 7. / 5. 8.
č. 9:	2. 9. / 24. 9.
č. 10:	1. 10. / 22. 10.
č. 11:	1. 11. / 25. 11.
č. 12:	25. 11. / 17. 12.

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

## VĚDECKÉ OKÉNKO

## Novinky ve světě vědy

## 1) Záměrná kompenzovaná vazoplegie jako nový přístup ke kontrole krevního tlaku během operace feochromocytomu

Fechochromocytomy jsou vzácné katecholaminy secernující nádory nadledvin u 0,1–0,6 % pacientů s diagnostikovanou hypertenzí, to odpovídá roční incidenci 2–6 osob na milion obyvatel. Základem léčby je chirurgická resekce (pokud je to možné) a laparoskopický přístup se pro většinu pacientů stal standardem péče. Operace u pacientů s feochromocytomem je spojena s nepředvídatelnou hemodynamickou nestabilitou vyvolávající komplikace související s hypertenzí. Předoperační příprava pacienta, bdělé intraoperační monitorování a zásah zkušeným personálem jsou proto prvořadé. Současná praxe hemodynamické kontroly se zaměřuje hlavně na široce přijímanou předoperační přípravu pomocí alfablokátorů (tj. v souladu s Roizenovými kritérii) a intraoperační použití různých tříd vazodilatátorů. V každodenní praxi však ani pečlivá a důkladná předoperační příprava zcela nevyklučuje návaly extrémní hypertenze nebo hemodynamické nestability.

Autoři ze skupiny chirurgů a anesteziologů, kteří vycházeli ze standardní péče, vyvinuli inovativní přístup využívající protokol nazvaný „záměrná kompenzovaná vazoplegie“ (DCV z anglického *deliberate compensated vasoplegia*). DCV protokol dosud nebyl hodnocen ani publikován. Jeho jádrem je zajistit kontinuální intraoperační neadrenergní vazodilataci, účinně předcházet kontrakci hladkého svalstva endoteliálních cév a následnému zvýšení arteriálního krevního tlaku při nadbytku katecholaminů. Spolu s touto „paralýzou“ cév pacientů omezuje hypotenzi podáváním alfaagonisty a udržuje perfuzní tlaky v požadovaných mezích. Zmíněný protokol je na jednom pracovišti implementován v posledních 2 letech a vedl k výraznému snížení výskytu hypertenzních komplikací během resekce feochromocytomu.

Cílem studie bylo porovnat chirurgické výsledky operace feochromocytomu podle DCV protokolu s historickou standardní intraoperační péčí stejného týmu.

## Výsledky

Do analýzy bylo zahrnuto celkem 41 resekcí feochromocytomu, z nichž 21 bylo provedeno v protokolu DCV a 20 bez tohoto protokolu (standard léčby). Analýza neprokázala žádný významný rozdíl v předoperačních parametrech včetně velikosti nádoru, hladin katecholaminů a předoperačního protokolu alfa-blokády.

Použití DCV protokolu vedlo k významnému poklesu incidence těžké hypertenze z  $1,95 \pm 3,6$  na  $0,03 \pm 0,13$  příhod/h,  $p = 0,008$ . Aplikace DCV protokolu nebyla spojena s žádnými dalšími nežádoucími účinky.

Retrospektivní analýza naznačuje, že DCV protokol významně snižuje výskyt závažných hypertenzních epizod během resekce feochromocytomu. Jedná se o první studii, která popisuje

vysoce účinný protokol pro kontrolu hypertenze u pacientů při resekci feochromocytomu (1).

## 2) Režimy přerušovaného hladovění u steatotického onemocnění jater způsobeného metabolickou dysfunkcí

Steatotické jaterní onemocnění spojené s metabolickou dysfunkcí (MASLD) je metabolická porucha charakterizovaná nadměrnou akumulací tuku v játrech. MASLD se vyskytuje celosvětově s odhadovanou prevalencí 30 % mezi běžnou populací a s vyšší prevalencí u mužů ve srovnání s ženami (40 oproti 26 %). Dále se prevalence liší podle geografické oblasti a diagnostické metody. V metaanalýze 92 studií zahrnujících ultrazvukový screening byla nejvyšší prevalence MASLD v Jižní Americe (44 %), zatímco nejnižší prevalence byla v západní Evropě (25 %).

Zdá se, že výskyt MASLD se v průběhu času zvyšuje. V metaanalýze 63 studií zahrnujících více než jeden milion jedinců se incidence MASLD zvýšila z přibližně 20 případů na 1 000 osoboroků (v roce 2000) na 70 případů na 1 000 osoboroků (do roku 2015).

Pacienti s MASLD mají alespoň 1 metabolický rizikový faktor, mezi které řadíme:

- Obezita, definovaná jako BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (nebo BMI  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> u asijské populace)
- Hypertenze
- Dyslipidémie
- Diabetes mellitus 2. typu

Některé studie naznačovaly, že byla MASLD spojena s aterosklerotickým srdečním onemocněním, arytmiemi a srdečním selháním. Mezi další onemocnění, která jsou spojena s MASLD nezávisle na přítomnosti obezity, patří syndrom polycystických ovarií, obstrukční spánková apnoe, chronické onemocnění ledvin a cholecystektomie.

Přerušované hladovění (IF, z anglického *intermittent fasting*) se dříve ukázalo jako potenciální terapeutická strategie se schopností navodit úbytek hmotnosti, zlepšit citlivost na inzulín a snížit jaterní steatózu.

Cílem metaanalýzy a systematického přehledu bylo porovnat účinnost různých režimů IF v léčbě MASLD použitím dat z randomizovaných kontrolovaných studií.

## Výsledky

Metaanalýza zahrnula data z celkem osmi randomizovaných kontrolovaných studií s celkovým počtem 635 pacientů. Dieta 5:2 významně zlepšila ztuhlost jater (rozdíl, -0,32; 95% CI, -0,55 až -0,09;  $P < 0,01$ ). Přerušované hladovění významně zlepšilo jaterní steatózu (skóre kontrolovaného parametru) (rozdíl, -39,83; 95% CI, -64,78 až -14,87;  $P < 0,01$ ).

Nebyly pozorovány žádné významné změny u asparataminotransferázy, gama-glutamyltranspeptidázy, cholesterolu v lipoproteinech s nízkou hustotou, celkového cholesterolu, hladin triglyceridů, bazálního metabolického indexu, krevního tlaku, homeostatického modelového hodnocení inzulinové rezistence, krevního cukru nalačno, svalové hmoty nebo obvodu pasu ve všech režimech IF.

Půst každý druhý den ukázal pozitivní výsledky v antropometrických měřeních, včetně významného zlepšení svalové hmoty, obvodu pasu, tukové hmoty a snížení hmotnosti ( $P < 0,05$ ). IF režimy vykazovaly pozitivní účinky na klinické výsledky u pacientů s MASLD; nicméně tyto účinky nebyly konzistentní. Proto je třeba zvážit režim IF, který bude tzv. „šitý pacientovi na míru“ (2).

### 3) Účinnost a bezpečnost strukturované deeskalace $\beta$ -laktamů s účinkem proti *Pseudomonas aeruginosa* u krevních infekcí způsobených *Enterobacterales* (studie SIMPLIFY)

Nevhodná antimikrobiální léčba pacientů s invazivními infekcemi je spojena se zvýšenou mortalitou; proto se u těžkých infekcí doporučuje empirická léčba širokospektrými antibiotiky (ATB) k zajištění odpovídajícího залéčení. Tyto léky však vytvářejí významný selekční tlak, který přispívá k šíření multirezistentních bakterií. To je obzvláště důležité v případech  $\beta$ -laktamů s účinkem proti *Pseudomonas aeruginosa*, které kromě selekčního tlaku mohou indukovat rezistenci u *P. aeruginosa*, a jejich použití je spojeno se zvýšeným rizikem infekcí způsobených bakteriemi rodu *Clostridium difficile* a *Enterobacterales* rezistentními na karbapenam.

Deeskalace na úzkospektrální ATB je v čase známé příčinou infekce obhajována jako klíčové opatření ke snížení expozice širokospektrým ATB. Důležitou překážkou deeskalace bývá nedostatek adekvátních důkazů o její účinnosti a bezpečnosti. Jeden literární přehled dokonce nenašel dostatečné důkazy pro doporučení deeskalace u dospělých se sepsí a nedávný systematický přehled studií našel nízkou úroveň důkazů pro doporučení deeskalace u krátkodobé terapie.

$\beta$ -laktamy s účinkem proti *P. aeruginosa* jsou často doporučovány jako empirická léčiva u pacientů s těžkými infekcemi nebo nozokomiálními infekcemi; pokud se prokáže, že je infekce způsobena *Enterobacterales*. Obvykle se objeví otázka, zda je třeba provést deeskalaci na jiné ATB s *in vitro* aktivitou proti infikujícímu mikroorganismu.

Autoři práce se zaměřili na zjištění, zda deeskalace na ATB bez účinku proti *P. aeruginosa* u pacientů s bakteriemi způsobenou *Enterobacterales* pomocí předem definovaného protokolu nebude horší než pokračování s empirickým lékem.

#### Výsledky

Mezi 5. říjnem 2016 a 23. lednem 2020 bylo celkem vyšetřeno 2 030 pacientů, z nichž 171 bylo náhodně přiděleno do deeskalací skupiny a 173 do kontrolní skupiny. Celkem 148 (90 %)

pacientů ve skupině s deeskalací a 148 (89 %) v kontrolní skupině vykázalo klinické vyléčení (rozdíl rizika 1,6% bodů, 95% CI -5,0 až 8,2).

Počet hlášených nežádoucích účinků byl 219 ve skupině s deeskalací a 175 v kontrolní skupině, z toho 53 (24 %) ve skupině s deeskalací a 56 (32 %) v kontrolní skupině bylo považováno za závažné. Sedm (5 %) ze 164 pacientů ve skupině s deeskalací a devět (6 %) ze 167 pacientů v kontrolní skupině zemřelo během 60denního sledování. Nebyla zaznamenána žádná úmrtí související s léčbou.

Deeskalace z  $\beta$ -laktamu s účinkem proti *P. aeruginosa* u bakterií *Enterobacterales* podle definovaného protokolu nebyla horší než empirická ATB léčba.

Randomizovaná studie SIMPLIFY u pacientů s bakteriemi způsobenou *Enterobacterales* zjistila, že ATB deeskalace není v klinické účinnosti horší než pokračování v empirické léčbě a mezi skupinami nebyl žádný rozdíl v počtu závažných nežádoucích účinků (3).

**PharmDr. Marek LAPKA, Ph.D.**

#### Literatura

- 1) Mazeh H, Weiss D, Peter M, Grozinsky-Glasberg S, Oleinikov K, Szalat A, Ronen A, Koganov E. Deliberate Compensated Vasoplegia-A Novel Pharmaceutical Approach for Controlling Blood Pressure During Surgery for Pheochromocytoma. *World J Surg.* 2023 Apr;47(4):985-994. doi: 10.1007/s00268-023-06894-w. Epub 2023 Jan 23. PMID: 36688933.
- 2) Abuelazm MT, Mohamed I, Naeem A, Khlidj Y, Tanashat M, Katamesh BE, Abusuilik H, Altobaishat O, Abdelnabi M, Abdelazeem B. Intermittent fasting regimens for metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2024 Apr 1;36(4):371-381. doi: 10.1097/MEG.0000000000002715. Epub 2024 Feb 23. PMID: 38407890.
- 3) López-Cortés LE, Delgado-Valverde M, Moreno-Mellado E, Goikoetxea Aguirre J, Guio Carrión L, Blanco Vidal MJ, López Soria LM, Pérez-Rodríguez MT, Martínez Lamas L, Arnaiz de Las Revillas F, Armiañanzas C, Ruiz de Alegría-Puig C, Jiménez Aguilar P, Del Carmen Martínez-Rubio M, Sáez-Bejar C, de Las Cuevas C, Martín-Aspas A, Galán F, Yuste JR, Leiva-León J, Bou G, Capón González P, Boix-Palop L, Xercavins-Valls M, Goenaga-Sánchez MÁ, Anza DV, Castón JJ, Rufián MR, Merino E, Rodríguez JC, Loeches B, Cuervo G, Guerra Laso JM, Plata A, Pérez Cortés S, López Mato P, Sierra Monzón JL, Rosso-Fernández C, Bravo-Ferrer JM, Retamar-Gentil P, Rodríguez-Baño J; SIMPLIFY study group. Efficacy and safety of a structured de-escalation from antipseudomonal  $\beta$ -lactams in bloodstream infections due to *Enterobacterales* (SIMPLIFY): an open-label, multicentre, randomised trial. *Lancet Infect Dis.* 2024 Apr;24(4):375-385. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00686-2. Epub 2024 Jan 9. PMID: 38215770.

## NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

### Phaseolus vulgaris L. – fazol obecný, (Fabaceae – bobovité)

Jednoletá bylina, původní v tropických oblastech Ameriky. Vytváří buď stonky keříčkové nebo ovíjivé, až 3 metry dlouhé liany. Plodem je lusk. Dnes je fazol pěstován v řadě kultivarů po celém světě. Využívá se vyzrálý lusk bez semen i semena, která dnes patří mezi významná nutraceutika.

**Synonyma:** *Phaseolus multiflorus*, *Phaseolus esculentus*

**Obecný název:** **Common Bean** (angl.), **Fasol** (špaň.), **Haricot** (franc.)

**Sbíraná část:** **fructus**

**Droga:** **Phaseoli fructus sine semine**, **Phaseoli semen**

**Obsahové látky:** v plodu deriváty fenolové kyseliny hydroxybenzoové a hydroxyskořicové, flavonoidní glykosidy odvozené od apigeninu, kemferolu a kvercetinu, isoflavonoidní glykosidy odvozené od daidzeinu a genisteinu, anthocyaninové glykosidy delphinidinu a petunidinu, třísloviny obou typů. Dále triterpenový sojasaponin, sterol  $\beta$ -sitosterol,  $\beta$ -karoten a vitaminy skupiny B, včetně niacinu B<sub>3</sub>. Z minerálů draslík, vápník a železo. V semenech bílkoviny s obsahem esenciálních aminokyselin, tj. lyzinu, tryptofanu a aminokyselin s rozvětvenými řetězci, tedy leucinu, isoleucinu a valinu (BCAA), neesenciálního argininu, asparaginu, tyrozinu a guanidinového derivátu argininu. V nezralých plodech toxalbumin fazin a glukokininy neznámé struktury.

**Účinky a použití:** v tradiční medicíně je zralý plod bez semen aplikován jako antidiabetikum, diuretikum a zralá semena jsou významným zdrojem bílkovin.

**Odborné studie.** Obecně jsou variety s tmavými semeny považovány za účinnější. **Antioxidační** aktivita a **zhášení volných radikálů** souvisí s obsahem polyfenolů (flavonoidy, isoflavonoidy, anthocyaniny, třísloviny a fenolové kyseliny) v plodech, včetně semen. Bylo zjištěno, že enzymatický hydrolyzát bílkovin ze semen snižuje hladinu glukózy u zdravých dospělých i **prediabetiků**. V testech na potkanech, u nichž byl **diabetes** vyvolán streptozotocinem, snižoval vodný extrakt z plodů bez semen významně glykemii. Pravděpodobně šlo o zvýšení aktivity transporteru glukózy (GLUT-4) v buňkách kosterních svalů. V jiné studii s vodným extraktem z plodů bez semen bylo zjištěno snížení aktivity  $\alpha$ -amylázy. Snížení aktivity slinivkové  $\alpha$ -amylázy a střevní  $\alpha$ -glukosidázy, které je klíčové pro omezení nabídky volné glukózy a pokles postprandiální glykemie, je vázáno na polyfenoly v potravě. Obecně je dnes příjem rozpustné vlákniny a polyfenolů považován ze vhodné dietní opatření při diabetu a **obezitě**. Aktivitu  $\alpha$ -amylázy inhibují i proteiny ze semen na principu interakce protein – protein. Testy s vodnými extrakty ze zralých lusků prokázaly snížení glykemie i glykosylovaného

hemoglobinu, a naopak zvýšení celkového hemoglobinu a plazmatického inzulínu. Samostatnou problematikou je existence **glukokininu** s údajně bílkovinnou strukturou v lusku, který byl původně nazýván rostlinným insulinem. V současnosti je mu přikládána schopnost zvyšovat sekreci inzulínu ve slinivce a jeho uvolňování, ale dosud se nepodařilo mu jednoznačně přiřadit chemickou strukturu. Mnohé autority se přiklánějí k tomu, že

výsledný účinek vzniká aktivitou komplexu více typů sloučenin. V nezralých plodech je obsažen **toxalbumin fazin**, který může působit zažívací potíže, u dětí až krvácivé koliky. Proto je nutno semena aspoň 2 hodiny vařit. U potkanů a myší byla sledována aktivita vodného extraktu z plodů bez semen na **hladinu cholesterolu** v krvi. Bylo zjištěno významné zvýšení syntézy žlučových kyselin, tím snížení hladiny cholesterolu i omezení jaterní lipogeneze. **Protinádorové** účinky byly potvrzeny u myší v případě prevence rakoviny tlustého střeva a prsu, nejčastěji v souvislosti s obsahem tříslovin. Proliferace in vitro použitých standardních buněčných linií byla nejčastěji inhibována flavonoidy a fenolovými kyselinami, zejména MCF-7 (lidský adenokarcinom prsu), TK-10 (lidský renální karcinom) a melanom (UACC-62). Současně byly hodnoceny **kardioprotektivní**, **neuroprotektivní** a **protizánětlivé** účinky v souvislosti s obsahem polyfenolů. Díky obsahu aminokyseliny lyzinu a komplexu BCAA v bílkovinách jsou semena řazena mezi významná nutraceutika.

**Dávkování:** 2 až 6x denně odvar z vyzrálých plodů bez semen: 1 čajová lžička do 200 ml vody.

**Nežádoucí účinky a kontraindikace:** pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem. Možnost alergických reakcí. Neužívat nezralé plody.

**Interakce:** perorální antidiabetika.

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; World Flora Online; Toxnet.



PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Louis van Houtte 1867 (Wikipedia), vzorce: autor



## CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

### Mináriková, P.: Biologická a inovativní léčba idiopatických střevních zánětů

Vnitřní lékařství č. 3/2024

Idiopatické střevní záněty (IBD), mezi něž řadíme Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu, jsou imunitně zprostředkovaná chronická zánětlivá onemocnění GIT. Postihují zejména populace ekonomicky vyspělých zemí. Kauzální léčba IBD není zatím známa. Základem je medikamentózní terapie, která prošla za posledních 25 let dramatickým vývojem. Koncem 20. století byla do léčby zařazena první biologická léčiva. Ta prodělala překotný vývoj a současná doba se označuje jako éra biologik. Cílem současné léčby IBD již není jen zvládnutí akutních atak a dosažení klidové fáze ale tzv. hluboká remise s absencí morfologických známek nemoci. Biologická léčba představuje nejefektivnější léčebnou modalitu IBD, nevede však k trvalému vyléčení u většiny pacientů. Cílovým působením biologik je molekula, která má klíčové postavení v patogenezi IBD – TNF-alfa. Patří sem **inhibitory TNF-alfa**: chimérická monoklonální protilátka (MAB) **infiximab** a humanizované MAB **adalimumab** a **golimumab**. Dále **inhibitory adhezivních molekul** (antiintegriny) humanizované MAB **vedolizumab** a **etrolizumab**, které v GIT působí selektivněji než předchozí skupina. Další skupinou jsou **protilátky proti interleukinům**, které se používají od roku 2016. Patří sem humanizovaná MAB **ustekinumab**, dříve používaný u psoriázy, a nové přípravky – humanizované MAB **inhibitory interleukinu 23: risankizumab, mirikizumab, guselkumab a tildrakizumab**. Inovativní léčbu IBD dále představují **inhibitory Janus-kináz – tofacitinib, filgotinib, upadacitinib**. Dále jsou to **blokátory receptoru S1P** (sfingozin-1-fosfát) **ozanimod**, který se používá i u jiných autoimunitních onemocnění (roztroušená skleróza). Klinicky se zkouší další zástupci této skupiny – **etrasimod a amiselimod**. V současnosti se stále více využívají kombinace malých molekul s monoklonálními protilátkami s přísnou individualizací léčby pro konkrétního pacienta. Zavedením biosimilárních přípravků byla léčba ekonomicky zpřístupněna mnohem většímu počtu pacientů.

### Liberko, M., Soumarová, R.: Hepatocelulární karcinom – systémová léčba v roce 2024

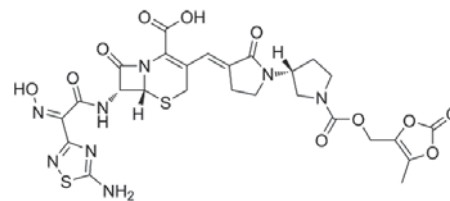
Onkologie č. 2/2024

Od zavedení sorafenibu se po letech stagnace značně rozšiřují léčebné možnosti u hepatocelulárního karcinomu (HCC). HCC je šestou nejčastější malignitou a třetí ve vztahu k úmrtí na malignitu celosvětově, nejvyšší incidence je v Africe a Asii, kde kopíruje intenzitu výskytu hepatitidy B a C. V Evropě výskyt HCC spíše souvisí s nárůstem obezity a jaterní steatózy. Dalším rizikovým faktorem je expozice aflatoxinu. První linii léčby představoval od roku 2007 sorafenib, jehož benefit prokázala studie SHARP, která označila sorafenib jako lék první volby u HCC. Od roku 2018 se používá multikinázový inhibitor **levatinib**. Později byla aplikována v léčbě HCC imunoterapie podobně jako u jiných malignit. Uplatňuje se kombinace **atezolizumab** (inhibitor ligandu programované smrti, anti PD-L1) + **bevacizumab** (blokátor vaskulárního endoteliálního růstového faktoru, anti VEGF). Další možností je kombinace **durvalumab** (inhibitor ligandu programované smrti, anti PD-L1) + **tremelimumab** (inhibitor anti CTLA-4, Cytotoxický T-lymphocytový antigen 4). V monoterapii se účinek imunoterapie neuplatňuje. Do druhé linie léčby HCC se zařazují multikinázové inhibitory **regorafenib a kabozatinib**, dále pak **ramucirumab** (anti VEGFR-2, brání angiogenezi). Moderní léčba jednoznačně vede k prodloužení života a musí být přísně individuální, šitá na míru konkrétního pacienta.

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

## MOLEKULA MĚSÍCE

### Ceftobiprol medokaril



**IUPAC:** 6R,7R)-7-[[[(2Z)-2-(5-amino-1,2,4-thiadiazol-3-ylidene)-2-nitroso-1-oxoethyl]amino]-8-oxo-3-[(E)-[2-oxo-1-[(3R)-3-pyrrolidinyl]-3-pyrrolidinylidene]methyl]-5-thia-1-azabicyclo[4.2.0]oct-2-ene-2-carboxylic acid

**Sumární vzorec:** C<sub>20</sub>H<sub>22</sub>N<sub>8</sub>O<sub>6</sub>S<sub>2</sub>

**Molekulová hmotnost:** 534,57 g/mol

Ceftobiprol medokaril (**Cem**) je širokospektré cefalosporinové antibiotikum páté generace. Je to proléčivo. Účinkuje proti gram pozitivním bakteriím jako methicillin rezistentní stafylokoky (MRSA) a penicilin rezistentní *Streptococcus pneumoniae*, dále proti gram negativním bakteriím *Pseudomonas aeruginosa*. Infuze s dávkou 500 mg **Cem** se podává každých osm hodin v infuzi aplikované po dobu dvou hodin. Indikací jsou komunitní a nozokomiální pneumonie kromě tzv. ventilátorové pneumonie a infekce krevního řečiště (bakterémie), které zahrnují pravostrannou infekční endokarditidu. Mechanismem účinku **Cem** je vazba na specifické proteiny, čímž se inhibuje syntéza buněčné stěny bakterií. FDA schválila přípravek Zevtera® 3. dubna 2024. Pro nedostatek důkazů účinnosti při komplikovaných infekcích kůže a měkkých tkání jej v roce 2010 neschválila EMA. V klinických studiích byl **Cem** noninferiorní oproti kombinacím ceftriaxon + linezolid a ceftazidim + linezolid. **Cem** byl objeven v laboratořích švýcarské firmy Basilea Pharmaceutica založené společností Hoffmann La Roche v roce 2000.



Zdroje: internet

V měsíci červenci Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) vyhláší Světový den boje proti hepatitidě. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím si připomínáme například Světový den populace, Světový den bezpečnosti pacientů a Mezinárodní den péče o sebe a Světový den informovanosti o benzodiazepinech.

Na měsíc srpen nepřipadá žádný z dní vyhlášených WHO. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím to jsou Světový týden kojení, Světový humanitární den, Mezinárodní den zvyšování povědomí o předávkování, Světový den zoonóz, Světový den komárů (boje proti komárům) a Světový den rakoviny plic.

### Světový den Sjögrenova syndromu (World Sjögren's Day, WSD)

Vznik Světového dne Sjögrenova syndromu byl



iniciován Sjögrenovou

nadací s cílem zvýšit povědomí o Sjögrenově syndromu (SjS). WSD si připomínáme každoročně 23. července, v den narození Dr. Henrika Samuela Konrada Sjögrena (1899–1986), švédského oftalmologa, který syndrom objevil. V roce 1929 se poprvé setkal se 49letou pacientkou, která si stěžovala na sucho v očích, sucho v ústech (xerostomie) a na bolest několika kloubů (polyartritida). Sjögren si uvědomil, že by kombinace těchto příznaků mohla představovat samostatné onemocnění. K označení diagnózy u těchto pacientů začal používat zastřešující termín syndrom suchých očí – keratoconjunctivitis sicca. Do roku 1933 popsal 19 pacientek s uvedenou symptomatologií a své poznatky shrnul v disertační práci napsané německy (1933) „Zur Kenntnis der keratoconjunctivitis sicca“ (O znalostech keratoconjunctivitis sicca). Opíraly se o pečlivě provedená klinická i mikroskopická vyšetření. Práce byla přijata s velkým nadšením, ale byla také kritizována oponenty a byla ohodnocena průměrnou známkou 1,5 na stupnici 1–3, což ho diskvalifikovalo od získání pedagogického titulu docent, který byl nutný k tomu, aby mohl následovat svůj sen o akademické kariéře. Pokračoval však

ve své klinické činnosti. O celosvětové rozšíření zjištěných poznatků se zasloužil anglický překlad (1943) australského oftalmologa Johna Bruce Hamiltona pod názvem „A New Conception of Keratoconjunctivitis Sicca“ (Nové pojetí keratoconjunctivitis sicca). Henriku Sjögrenovi přinesl mezinárodní reputaci. Jako ocenění jeho práce a renomé mu byl v roce 1957 udělen na univerzitě v Göteborgu titul „docent“ a v roce 1961 mu švédská vláda udělila titul „profesor“.

Henrik Sjögren se narodil Conradu a Emelii Johanssonovým. Příjmení Johansson je ve Švédsku velmi časté a z praktických důvodů si rodina v roce 1923 legálně změnila jméno na méně obvyklé dívčí jméno matky Sjögren. Ve švédštině znamená *sjö* jezero a *gren* větev stromu.

Drobné perličky z osobního života:

od šesti let se Henrik učil hrát na klavír. Během studií se zamiloval do spolužačky Marie Hellgrenové, zasnoubili se v roce 1921. V roce 1922 pro ni napsal sonátu: „La Favorita“, *pour Mlle Maria Hellgren par Enrico* („Oblíbená“ pro slečnu Marii Hellgrenovou od Henrika). S Henrikem se vzali v roce 1928 v římskokatolickém kostele La Madeleine (sv. Marie Magdaléna) v Paříži, přestože oba byli protestanti. Henrik na oslavu jejich svatby složil valčík věnovaný Marii.

Zpět k SjS. Již dříve (1871) Hadden a Hutchinson popsal první případ suchých očí a suchých úst. Henri Gougerot v roce 1925 poprvé popsal tři případy klasické triády a šel ještě dál a uvedl systémové postižení syndromu, protože mohlo být postiženo více žláz. Houwer (1927) a Wissmann (1932) si všimli společného výskytu keratoconjunctivitis sicca a aritidy. Odtud pramení vznik různých eponym. Někteří autoři později nazvali tento stav Gougerotův nebo Gougerotův-Sjögrenův syndrom, přičemž existují i další.

Autorství prvního publikovaného použití eponyma Sjögrenův syndrom, pochází patrně od maďarského oftalmologa Stephana von Grószze z roku 1936.

Aby to nebylo s těmi jmény tak jednoduché. Příjmení Sjögren je mimo Švédsko

a Finsko vzácné. Dva lékaři s tímto příjmením se proslavili tím, že popsali čtyři syndromy a jednu nemoc. Henrik Sjögren kromě výše uvedeného dále popsal (1950) u osmi dětí pigmentaci sítnice ovlivňující zrakovou ostrost, dnes známou jako Sjögrenova retikulární dystrofie.

Druhým švédským lékařem byl Karl Gustaf Torsten Sjögren (1896–1974). Oba žili ve stejném období, nebyli však příbuzní, s výjimkou jejich významného přínosu pro medicínu. Naposledy jmenovaný přispěl k pochopení Spielmeyer-Sjögrenovy choroby, Marinesco-Sjögrenova a Sjögren-Larssonova syndromu, které souvisejí s genetickými poruchami a neurologickými příznaky.

Významnou součástí a prostředkem zvyšování povědomí laické i odborné veřejnosti v mnoha oblastech našeho života jsou světové či mezinárodní dny, týdny, měsíce, roky i desetiletí. Také v případě WSD došlo k rozšíření informační a vzdělávací kampaně v USA a vyhlášení **Měsíce informovanosti, resp. povědomí o Sjögrenově syndromu**. Stalo se tak v roce 1998, kdy jej newyorská kongresmanka Louise Slaughterová přečetla v záznamu Kongresu. Na rozdíl od WSD se „přesunul“ na měsíc duben.

Sjögrenův syndrom je chronické autoimunitní onemocnění, ke kterému dochází, když imunitní systém napadá a poškozuje žlázy, které vytvářejí vlhkost v očích, ústech a dalších částech těla.

### Některá fakta

- SjS je závažný, systémový a rozšířený syndrom,
- jde o druhé nejčastější revmatické autoimunitní onemocnění v USA. Postihuje až čtyři miliony Američanů a je třikrát častější než známější příbuzná onemocnění, jako jsou lupus a roztroušená skleróza.
- SjS postihuje téměř každého sedmdesátého člověka,
- 90 % pacientů se SjS tvoří ženy. Většina pacientů je diagnostikována po čtyřicítce, nicméně nemoc byla rozpoznána téměř u všech rasových a etnických skupin a všech věkových skupin, včetně dětí.

- pacienti nejčastěji pociťují sucho v ústech, sucho v očích, únavu anebo bolest kloubů. Pacienti mohou také pociťovat příznaky, jako je zrnění nebo pálení očí, potíže s mluvením, žvýkáním nebo polykáním, bolest nebo praskliny na jazyku, sucho nebo pálení v krku, suché, olupující se rty, suchost pochvy a kůže, zvýšenou kazivost zubů a zažívací problémy.
- vedle příznaků rozsáhlé suchosti patří mezi další závažné komplikace hluboká únavu, chronická bolest, postižení velkých orgánů, neuropatie a lymfomy.
- SJS se může vyskytovat samostatně nebo s jiným autoimunitním onemocněním, jako je lupus, revmatoidní artritida nebo sklerodermie, a 50 % všech pacientů se SJS má jiné autoimunitní onemocnění.
- u osob se SJS je vyšší riziko vzniku lymfomu (44krát vyšší než u zdravých osob).
- SJS je stále poměrně neznámý a často není diagnostikován nebo je diagnostikován nesprávně. SJS je často

mylně považován za vzácné onemocnění. Průměrná doba od vzniku příznaků do stanovení diagnózy je 2,8 roku.

- stanovení diagnózy může být obtížné, protože příznaky se mohou u jednotlivých osob lišit a mohou napodobovat jiná onemocnění. Pacienti navíc nemusí všechny své příznaky sdělit zdravotnickému pracovníkovi (např. stomatologovi o suchých očích apod.) a příznaky nejsou vždy přítomny ve stejnou dobu, takže jsou léčeny spíše individuálně než systémově.

- v současné době není známa žádná kauzální léčba SJS.

Z léčiv se k symptomatické léčbě, mírnění příznaků SJS v různých zemích doporučují ta, která:

- potlačují imunitní systém, jako je methotrexát, azathioprin, mykofenolát, cyklofosamid, kortikosteroidy,
- při snižování bolesti kloubů může být prospěšné antimalarikum hydroxychlorochin,

- u suchých očí: hyprolosa, cyklosporin, hypromelosa, karmelosa, dále kombinace hypromelosa a glycerin a PEG-400; polyvinylalkohol a povidon, bílá vazelína a tekutý parafin),

- u suchých úst: pilokarpin, cevimelin, umělé sliny, voda (sorbitol, karmelosa), nosní solné výplachy,

- péče o prostředí (zvlhčovače atd.)

### Pacientské organizace Revma Liga Česká republika, z. s. (RLČR)

Pacienti se SJS nemají vlastní samostatnou pacientskou organizaci, mají možnost se obrátit na RLČR.

Hlavním cílem spolku RLČR je zlepšování životních podmínek osob trpících revmatickým onemocněním, včetně zajištění dostupnosti efektivní léčby a zvyšování povědomí o revmatických nemocech.

*Literatura u autora.*

**Doc. RNDr. Jozef KOLÁŘ, CSc.**

## VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen

### Česká lékárnická komora blahopřeje svým členům – červnovým jubilantům.

RNDr. Jaroslav Scheidel

Mgr. Věra Špergllová

Mgr. Alena Mráčková

Mgr. Stanislava Gregorová

Mgr. Hana Velanová

Mgr. Vojtěch Stankovič

PharmDr. Peter Fratrič

PharmDr. Marie Frýzová

Mgr. Jitka Zimová

Mgr. Zuzana Jakalová

PharmDr. Věra Marková

PharmDr. Lenka Korotvičková

PharmDr. Zdeňka Pospíšilíková

PharmDr. Dušan Křiva

Mgr. Pavla Mocková

PharmDr. Beata Kopečková

Mgr. Věra Urešová

PharmDr. Martina Zemanová

Mgr. Eva Střesková

PharmDr. Jana Lubojacká

Mgr. Lenka Malá

PharmDr. Sylva Vrátná

Mgr. Renata Doležalová

PharmDr. Miroslav Doležal

PharmDr. Hana Janečková

Mgr. Marika Dvorská

PharmDr. Lenka Poleková

PharmDr. Irena Černínová

PharmDr. Petr Vávra

PharmDr. Jana Koutná

PharmDr. Lucie Cibulková

PharmDr. Ludmila Polová

Mgr. Iva Průdková

Mgr. Adriana Feldová

PharmDr. Sylva Pišová

Ing. Mgr. Hana Bodáková

Mgr. Eva Kovářová

Mgr. Hana Kotková

Mgr. Hana Bočková

Mgr. Martina Náhlovská

Mgr. Eva Kapustová

Mgr. Dagmar Šilingerová

Mgr. Jana Vrublová

Mgr. Lenka Slatinová

Mgr. Petr Šlechta

Mgr. Alena Pekařová

Mgr. Pavlína Samková

Mgr. Marek Lžičař

Mgr. Marta Handlová

Mgr. Jana Bernhardová

Mgr. Silvie Vondrášková

Mgr. Markéta Mandová

Mgr. Irena Storová

Mgr. Yvona Saldačková

Mgr. Edita Lázníčková

Mgr. Adéla Vaňková

Mgr. Lenka Bohuňková

PharmDr. Olga Karpetová

Mgr. David Krška

Mgr. Delia Englišová

## OSTRAVA

Clarion Congress Hotel  
4. – 5. 10. 2024

## BRNO

Quality Hotel Brno  
11. - 12. 10. 2024

## PRAHA

Hotel Artemis Prague  
18. - 19. 10. 2024

# KDYŽ CHURAVÍ DUŠE

možnosti intervence psychických potíží

## PÁTEČNÍ ODBORNÁ AKADEMIE

12:00 - 13:00 registrace

**13:00 - 13:45** **Stres – příčiny, průběh a farmakologické možnosti ovlivnění**

**13:45 - 14:30** **Lékové skupiny používané v léčbě psychických potíží**



14:30 - 15:00 přestávka

**15:00 - 15:45** **Vyčerpání a syndrom vyhoření – rizika, příznaky a komplikace**

**15:45 - 16:30** **Jak vrátit životu rovnováhu – možnosti intervence**



16:30 - 17:00 přestávka

**17:00 - 17:45** **Poruchy spánku a bdělosti – rizika, příznaky a komplikace**

**17:45 - 18:30** **Možnosti léčby spánkových poruch**



18:30 - 19:00 zakončení Akademie

## SOBOTNÍ ODBORNÁ AKADEMIE

8:00 - 9:00 registrace

**09:00 - 09:45** **Úzkosti – nejčastější rizika, projevy a klasifikace**

**09:45 - 10:30** **Farmakologické a nefarmakologické možnosti léčby úzkostí**



10:30 - 11:00 přestávka

**11:00 - 11:45** **Deprese – příčiny, typy a zdravotní komplikace**

**11:45 - 12:30** **Strategie zahajování a vedení farmakoterapie deprese**



12:30 - 13:30 oběd

**13:30 - 14:15** **Nežádoucí účinky psychofarmak**

**14:15 - 15:00** **Nejčastější lékové interakce psychofarmak**



15:00 - 15:30 zakončení Akademie

### Hodnocení v rámci programů celoživotního vzdělávání:

Vzdělávací akce bude zařazena do celoživotního vzdělávání lékárníků a bude registrována u České lékárnické komory.

Vzdělávací akce bude zařazena do celoživotního vzdělávání farmaceutických asistentů a bude registrována u České komory farmaceutických asistentů.

