



Časopis českých lékárníků

měsíčník stavovské lékárnické komory

9/2025 ročník **XCVII**

VYCHÁZÍ OD 1882





Valná a radostná hromada na Kuksu

Lékárníci přes prázdniny jistě nezapomněli na své České farmaceutické muzeum na Kuksu. To vzniklo i zásluhou Spolku pro vybudování ČFM, který existuje od roku 1992.

Posláním spolku je přispívat k vybudování, provozování a všestrannému využití ČFM jako společné stavovské instituce udržující památku a tradici farmaceutické profese v ČR a sdružovat její přátele. České farmaceutické muzeum je dávno vybudováno, vy tam všichni určitě pravidelně jezdíte s celými rodinami, ale spolek je spolek a vyžaduje i plnění zákonných povinností. Po volbách na konci loňského roku se v létě sešla Valná hromada. Zápisy z obou důležitých aktů najdete na stránkách hradecké farmaceutické fakulty. Všechno klaplo, nikdo se nepopral, já jako novopečený člen dozorčí rady jsem se podílel na přepočítání hotovostní pokladny, moc toho v ní nebylo, ale každopádně v ní bylo všechno, co v ní být mělo. Do koruny!

Samozřejmě, jako na každé pořádné valné hromadě, se i na té muzeální schvalovaly nejrůznější zprávy o činnosti, hospodaření atd. Kromě toho se diskutovalo o situaci ČFM na Kuksu, o soužití s hospitém a také o možnosti lepšího zpřístupnění unikátní sbírky doktora Otomara Věříše. Ředitelka ČFM Ladislava Valášková prezentovala situaci aktuálního umístění sbírky v kontextu možných přístupových tras a zabezpečení plynulého návštěvnického provozu. Ve stávající lokaci je nemožné zajistit zpřístupnění (pohyb návštěvníků, ostraha, nároky na brigádníky), proto byl návrh zpřístupnění sbírky ve stávajícím umístění

zamítnut jako neproveditelný. Otevřela se možnost přemístění sbírky blíž k současné expozici Historie lékáren. Touto variantou se bude doktorka Valášková ve spolupráci s kolegy z ČFM zabývat a odprezentuje členům SVČFM klady a zápory tohoto řešení. Věříšova sbírka je něco tak úžasného a cenného, že jen za ní se vyplatí na Kuks dojet.

Spolek pro vybudování ČFM má svého předsedu v osobě děkana Farmaceutické fakulty UK doc. PharmDr. Jaroslava Roha, Ph.D., a také nové předsednictvo: prof. PharmDr. Martin Doležal, Ph.D., PharmDr. Vít Hojný, prof. PharmDr. Alexandr Hrabálek, CSc., Mgr. Marek Macuš a doc. PharmDr. Veronika Opletalová, Ph.D.

Do dozorčí rady byli jmenováni tři členové: PharmDr. Jiří Drha, (zvolen předsedou) Ph.D., Mgr. Zdeněk Pokorný a PharmDr. Jiří Sova. Tajemníkem Spolku zůstává Mgr. Marek Macuš.

Všechny funkce jsou čestné, neplacené a radostně vykonávané. Příjmy z darů jsou používány na zkvalitňování expozice a fungování Českého farmaceutického muzea. Kdysi prý bylo tradicí, že se honoráře za články v našem časopise rovnou posílaly na spolkový účet. Tato tradice je sice již téměř zapomenuta, ale pokud byste chtěli přispět, můžete pro darování využít tento účet: 332590/0300, ČSOB.

A pokud jste to letos ještě nestihli, na Kuksu je krásně vždy a expozice Českého farmaceutického muzea je přístupná ještě po celý říjen.

zpo



„Té lípy se nevzdám!“ Přesně tímto Jiráskovým zvoláním z Lucerny (nebo Cimrmanovým/Vavrochovým ze Zásoků) lze charakterizovat debatu šéfredaktora a grafičky o fotografii lípy na straně osm. Nakonec tam je a možná i jako připomínka dvou pětisetletých lip, na které jsem v článku zapomněl. Rostou u kostela sv. Máří Magdalény v České Lípě, na kterou jsem taky nevzpomněl a pan šéfredaktor mi to snad jednou promíne. Na svou obranu uvádím, že jsem nezmínil ani pětisetletou lípu u Mrtole v mém domovském okrese. Diskuse nás ale přivedla k otázkám, čeho z oboru byly ty stromy svědkem a co z něho zbude za další polovinu milénia. Když je sázeli, lékárenství u nás se teprve formovalo jako řemeslo a teprve jako stoleté lípy byly v roce 1592 svědky první snahy o významnou centrální regulaci vzniku a provozu lékáren, cen léčiv a výchovy lékárníků Řádem apatékářským pro pražská města a celé království české. Za pět století možná budou naši nástupci „tisknout“ léky přímo v molekulárních píčkách podle individuálního genetického profilu každého pacienta a nostalgicky se usmívat nad tabletami a kapslemi, jako my se občas pousmějeme nad štantkami s nápisem *Flor. Tiliae*.



Odpovědi na jinou důležitou otázkou tohoto čísla, tedy profil budoucího ministra zdravotnictví, najdete v tradiční anketě. Já bych si přál, aby byl v regulaci lékárenství podobně odvážným a osvíceným jako Rudolf II. a ani v nejmenším nepřipomínal marionetu z lipového dřeva, kterou na špagátu vodí nevolení loutkáři v pozadí. Lípy nám připomínají, že i v éře personalizované medicíny a digitálních technologií zůstávají některé hodnoty neměnné. Péče, empatie a důvěra jsou kořeny našeho povolání, které žádná revoluce nezmění. Jen to musíme pohlídat a „nevzdat se té lípy“ jako symbolu svobody a tradice. Revoluce totiž nejenom boří. Také přináší změnu. Ve Velké francouzské to třeba byla gilotina a píše se o ní v souvislosti s Rx online v deníku právníka. Udržela se dlouhých 185 let a jmenuje se po lékaři Guillotinovi, který ji sice nevyalezl, ale v „pravý“ čas její používání navrhl francouzským revolucionářům jako humánní provedení trestu smrti, jehož byl odpůrcem.

Stanislav HAVLÍČEK

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

Na titulní stránce je použita ilustrace z Lustgärtlein, farmaceuticko-botanického rukopisu z 18. století, který můžete vidět v expozici Historie lékáren Českého farmaceutického muzea v Kuksu.

tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

ČČL č. 9 vychází 24. 9. 2025 v nákladu 9 170 výtisků.

předplatné a inzerce objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka č. 10/2025 – 1. října 2025

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

č. 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

Velká síla kroužkování	4
Ze života právníka v Komoře – díl sedmdesátý druhý, hořké pilulky	5
Zeptali jsme se	6
Srdce národa	8
Senát žádá vládu, aby se věnovala situaci v lékárenství	10
Příznivé efekty kolonizace	12
LXX. symposium z dějin farmacie	15
Osvědčení k výkonu lékárenské praxe	16
Interaktivní dispenzační semináře	17
Představujeme vzdělávací akce ČLnK	21
Byliny jako efektivní alternativa k terapii	23
Právní poradna	25
Magistraliter okénko: Tři roky s elektronickým receptářem individuálně připravovaných léčivých přípravků (IPLP)	27
Vědecké okénko	28
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Tanacetum vulgare L.	30
Molekula měsíce: Trofinetid	31
Světové dny zdraví	32
Významná jubilea	35

Velká síla kroužkování



Máme tu opět volby. Tentokrát do Poslanecké sněmovny a na předvolebních mítincích i v médiích se slibuje horem dolem, zároveň už s koncem volebního období v některých případech neplatí dohody a objevuje se spousta nejrůznějších staronových nápadů. Jsem velmi zvědavý, jak to dopadne a kdo se do sněmovny

dostane. Nejen ve smyslu jednotlivých politických subjektů, ale také konkrétních osobností. V minulosti jsme si ověřili, že síla kroužkování je skutečně velká.

Mgr. Aleš KREBS, Ph.D., prezident ČLnK

Bude nadmíru zajímavé sledovat, nakolik se historie zopakuje. Třeba v tom, jestli my sami dokážeme zvolit tak, abychom si opět nemuseli stěžovat, že ve sněmovně nemáme žádného lékárníka. Protože právě tohle máme ve svých rukách, minimálně pomocí preferenčních hlasů a vlastní ochotou vykročit jen na jeden víkend ze své komfortní zóny a místa bydliště. Nejtít k volbám nevede k ničemu jinému, než že svůj hlas fakticky odevzdáme tomu, komu ho ve skutečnosti ani trochu dát nechceme. Při volbách je vhodné si uvědomit, že nikdy s nikým nebude nikdo z nás stoprocentně souhlasit. Pokud bychom očekávali plný názorový průnik, pak bychom asi nemohli jít volit vůbec. Opravdu jsem na výsledek velmi zvědavý.

V poslední době se očekávatelně setkávám s dotazy na to, jak hodnotím ministerstvo zdravotnictví, kdo by jej měl v následujícím období vést, nebo co od něj očekávám. Kdybych se na uplynulé období díval s nadhledem nejen posledních několika let, pak mi z toho opakovaně vychází, že na začátku je oběma stranami deklarována snaha o korektní spolupráci, která se do určité míry i daří, aby před koncem období došlo k jejímu naprosto nepochopitelnému a zbytečnému popření. Pravděpodobně to souvisí se změnou preferencí politiků. U některých ministrů se dá také podotknout, že jejich funkční období bylo natolik krátké, že nebylo co hodnotit.

Nezřídka míváme tendenci nahlížet na věci černobíle, často pod vlivem nějaké z posledních intenzivních událostí. Výsledky dosažené v průběhu času je tak možné nějakým nešťastným zásahem do legislativy velmi jednoduše doslova zabít. Pro příklady bychom nemuseli chodit daleko, stačí sledovat průběh projednávání zákona o zdravotních službách a definice farmaceutické péče nebo návrat zásilkového výdeje Rx na scénu. V prvním případě se velmi přesně ukazuje, že poslanci a senátoři nedbají ani vlastních odborných výborů a hlasují aktivně proti jejich doporučení, někdy z důvodu politických „her“ až za hranou Ústavy. Druhé téma se dostalo zpět na scénu před koncem volebního období. Přestože se objevovalo v průběhu uplynulého období u politiků různých

stran, skutečně intenzivním se stalo až po zvyšujícím se tlaku a představení paragrafového znění ze strany Ministerstva zdravotnictví. Komora předložila velmi podrobně zpracovaný materiál, který byl představen relevantním subjektům, následně podroben podrobnější diskusi a na jejím základě upraven v širších detailech, bez dopadu na jeho zásadní kameny. Vše je podloženo a podpořeno daty a reálnou praxí, na níž lze velmi snadno ukázat složitost českého systému poskytování lékařské péče.

Jestli bych však měl něco obecně vytknout politikům, pak je to ne vždy dostatečně vysoká míra ochoty naslouchat odborníkům a brát v potaz jejich názory. Vysvětlování a přesvědčování se někdy stává doslova sisyfovskou prací, a to i v případech, kdy s ohledem na postavení daného člověka očekáváte na druhé straně určitou a dostatečnou míru porozumění danému tématu. Někdy pak dají věcem druhou šanci, respektive požádají o zhodnocení stávající úpravy jako v případě výpadekové novely zákona o léčivech.

Jen by bylo příště lepší vyslyšet naše argumenty „na první dobrou“. Zejména v případech, kdy říkáme, že nějaká část není koncipována úplně správně a bude v praxi činit obtíže. Jestli něco neříkám rád, pak je to okřídlená věta, že jsme říkali, že to tak dopadne.

Velmi podobně k tomu může dojít i v oblasti kompetencí jednotlivých zdravotnických profesí. Demografie přináší jasná data a predikce do následujících období. Přestože se dá očekávat zvyšující se míra elektronizace a využití AI ve zdravotnictví, je zřejmé, že pacientů čerpajících péči bude přibývat, a to nebude jednoduché vyřešit především s ohledem na plátce i počty zdravotníků. Jestli se dá očekávaný stav nějak jednodušeji ukázat, stačí se podívat na vývoj počtu novorozenců nebo dětí nastupujících do prvních tříd základních škol. Každé odkládání řešení vygeneruje pouze horší celospolečenské dopady.

Žádný politik zabývající se zdravotnictvím to bez ohledu na stranickou příslušnost nebude mít v nejbližších letech jednoduché. Nikomu z nich to ani trochu nezávidím. Bude však záležet především na nich, jestli se vydáme cestou jednoduchých hesel, nebo tou složitější na úrovni promyšlených koncepčních změn.

O našem oboru, kompetencích a možnostech diskutujeme přímo i na různých konferencích se všemi, kteří o to projeví zájem a jsou ochotni naslouchat a diskutovat. S politiky současnými i minulými, stejně tak s odborníky z jiných segmentů zdravotnictví. Jsem přesvědčen, že pouze rozumná spolupráce může udržet úroveň zdravotnictví a jeho dostatečnou dostupnost. Pro nás samotné i celý obor je důležité i to, abychom měli mezi politiky především takové, kteří našemu oboru rozumí a naslouchají nám. Přesně to bychom měli my sami 3. a 4. října ovlivnit.

Přeji nám všem dobrý výběr a šťastnou ruku.

Ze života právníka v Komoře

– díl sedmdesátý druhý, hořké pilulky



Přečetl jsem po sobě poslední tři díly. Možná bych měl psát o něco jednodušeji. Zkusím to. Prázdniny 2025, zn. jednoduše.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

Posledně jsem slíbil, že do sociálního fondu odvedu ekvivalent tří členských příspěvků. Když projde síť v zákoně o zdravotních službách. To už jsme věděli, že v Poslanecké sněmovně neprošla. Čekali jsme na Senát. Zařídili jsme senátní pozměňovací návrh. Platit nic nebudu. Senát zákon schválil v podobě, v jaké přišel ze Sněmovny. Ani není divu, protože kdyby jej vrátil se změnami, reálně hrozilo, že už jej Sněmovna znovu schválit nestihne. Bitcoin, obstrukce a tak podobně. Takže nic. Síť nebude. Zato nová definice farmaceutické péče ano. Tu jsme chtěli a doslova vybojovali. Už jsem o tom psal, ale musím zas, protože si nemůžu pomoci. Vybojovali, ale asi že jsme z lékáren a máme blízko k pilulkám, musíme vždycky počítat s tím, že pilulky jsou prostě hořké. Tahle je hořká dost. Pan ministr obelhal všechny a pod klamavou rouškou technické změny prosadil změnu věcnou, která z farmaceutické péče vyřadila to, co jsme dosud znali jako poradenství a konzultační služby.

Hořké pilulky se mi doslova připomínaly v jiné kauze, ve které si ČPZP trvá na svém a nechce hradit protikřečové kapsle s chininem, papaverinem a fenobarbitalem, v nichž žádná ze tří složek neplní funkci analgetika nebo antipyretika, ale pojišťovna píchá prstem do opatření obecné povahy od SÚKL, ve kterém se píše, že se nehradí IPLP s léčivými látkami s analgetickým nebo antipyretickým účinkem.

Pokračovala i kauza pregabalin s OZP. Ta nakonec oběma lékárnám, se kterými jsme se domáhali pokrácených úhrad, vše zaplatila. Proč je nejdřív pokrácení? Protože lékárny obvinila ze záměrných a zjištěných záměn přípravků obsahujících pregabalin, které lékař předepsal v lacinější verzi a lékárna je zaměnila za dražší. Proč? Pojišťovna tvrdí, že schválně, aby si lékárna vydělala. Lékárny tvrdí, že přípravků s pregabalinem jsou spousty, na trhu jsou dostupné nepředvídatelně, ceny a úhrady jsou nesmyslně a nepochopitelně rozdílné i o řád a ještě se často mění, lékaři nemají tušení o situaci na trhu, jak by také mohli, když je to vyšší dívčí i pro farmaceuty, a předepisují, co je napadne. Proto není možné mít na skladu vše a není možné mít na skladě to, co zrovna přinese pacient na receptu. OZP nám už loni tvrdila, že ke krácení úhrad přikračují jen u těch lékáren, u kterých důkladně prošetřují četnost záměn v kombinaci s dostupností přípravků na trhu. Po nynější zkušenosti mohu bez nebezpečí pomluvy prohlásit, že OZP obelhala nás i sebe, když nám toto říkala. Neprošetřují nic. Úhradu zkrátili lékárně, která zaměnila dvakrát. Dostupnost si pojišťovna vyhodnocuje podle

toho, jestli je u přípravku v databázi léků na SÚKL zelené políčko ve sloupci *Uvádění na trh*. To je buď přístup naprosto naivní nebo přístup naprosto cynický, směřující ke zlovolné snaze ušetřit na lékárnách, které se snaží zajistit léčbu pojištěncům OZP. Budu věřit v naivitu. Druhá lékárna zaměnila vícekrát, ale v poměru ku všem výdejům pregabalinů stále v nepodstatné míře. OZP zaplatila i této lékárně, ale vypověděla jí k 1. 1. 2026 smlouvu. To budeme řešit, ale předpokládám, že se tím otevrou zajímavé otázky týkající se nárokovosti provozovatele lékárny na smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo práva na úhradu signálního výkonu bez smlouvy.

Profesor Svačina je zoufalý z toho, že farmaceuti připrořádají jako blázni, a podařilo se mu své zoufalství přetavit v mediální válku mezi lékaři a farmaceuty. Hádám, že šťastní jsou z toho jen novináři, kteří téma dokázali vyštengrovat do vysokých čísel sledovanosti. Trošku z povzdálí bych řekl, že pan profesor přehnal rétoriku obviněním celého stavu, vyvolal pochopitelnou reakci farmaceutů plnou krásných příkladů, v čem všem by si měli lékaři zamést na svém vlastním předepisovacím dvorečku, vyměnil žárovky v reflektorech nasvěčujících debatu o tom, jestli doplňky stravy fungují čili nic, a současně se trefil do něčeho, co jistě nezaslouží páně profesora generální odsudek, ale dalo by se shrnout v otázku do vlastních řad: „Opravdu se tu v některých případech nepřiprořádá tak trochu proti vůli i zájmu pacienta?“ Nebo se o tom nechceme bavit? Nemusíme. A je to rozumné?

Na závěr, co jiného, Rx online. Už na tom pracujeme. Připravili jsme věcný návrh. Snažíme se vytvořit ucelený soubor pravidel, které v rámci zásilkového výdeje, při němž není osobní kontakt farmaceuta s pacientem, zachovají v maximální možné míře to, proč má společnost lékárenskou péči. Protože je třeba zajistit, aby se léčivé přípravky k pacientovi dostaly kontrolovanou a bezpečnou cestou. To obnáší jak povinnou, alespoň telefonickou konzultaci, ale i státem regulované prostředí, v němž bude fungovat účinný dohled nad tím, že se zásilkový výdej nezvrhává v model, který známe z prostředí elektronických poukazů na zdravotnické prostředky. Ministerstvo zdravotnictví během prázdnin předložilo k připomínkám svůj, již paragrafový návrh, Komora představila své podrobné věcné řešení. Zástupci Komory o něm intenzivně jedná se všemi zainteresovanými. SÚKL má k návrhu Komory pozitivní postoj. Vše je v běhu. Na paměti ale mějme jedno. I když by se podařilo zásilkový výdej spustit tak, jak navrhuje Komora, půjde o značný zásah do poměrů českého lékárenství, který opět o něco posílí hlavně velké hráče. Jenže doba pokročila tak daleko, že když Komora na prosazování své představy rezignuje a bude zásilkovému výdeji jen klást odpor, on stejně přijde. Rychle a v podobě, která nebude znamenat „jen“ značný zásah. Půjde o svist zařízení pojmenovaného podle lékaře Guillotina.

ZEPTALI JSME SE

Jak by podle vás měl vypadat nový ministr zdravotnictví? Popište vzhled, osobnost, vlastnosti potřebné pro vedení resortu... A co kdyby to byla žena? A co kdyby to nebyl lékař? Ministerstvo obrany taky nemá v čele vojáka...

PharmDr. Miroslav KOŠKA,
Lékárna Úrazové nemocnice v Brně



Lékaři v historii ministrů zdravotnictví převažují, proč by tedy nemohl zase nastat čas na změnu? Žen v historii bylo zoufale málo. Líbila by se mi žena. Nelékařka s detailními znalostmi našeho systému zdravotnictví. Důrazná, důsledná, respektovaná, neovlivnitelná všudypřítomnou lobby, orientovaná na pacienty a bezpečnost léčby,

se schopností odhalovat místa, kde se zbytečně ztrácí peníze nebo dochází k plýtvání, s odvahou dělat nepopulární opatření, například zvýšit spoluúčast pacientů, a samozřejmě především naslouchající farmaceutům a hledající všemožné cesty, jak konečně využít veškerý potenciál našeho vzdělání, například zavedení poradenství a konzultací hrazených pojišťovnami, hrazené screeningy a instruktáže aplikace vybraných lékových forem, očkování... V mezičase by pochopitelně zavedla stejné doplatky, platnost listinného receptu se dvěma položkami, platnost průvodky opatřené razítkem a podpisem lékaře při nefunkčnosti centrálního úložiště a nastavila by úhradu na množství účinné látky v tabletě, a nikoliv na účelově proměnlivou velikost balení léku. Ano, je potřeba si nedávat skromné cíle a být občas nohama na zemi a občas také s hlavou v oblacích.

PharmDr. Jana BARCHOVÁ, Lékárna Benu, Plzeň



Nový ministr zdravotnictví by měl být vysoký, charismatický, ideálně tmavovlasý, tmavooký a s milým úsměvem. Po těch 15 ministrech, které už pamatuji a z nichž málokterý v resortu něčeho významného docílil, by to byla alespoň vizuální změna k lepšímu ☺. Ideálně sportovec a průkopník zdravé životosprávy, aby šel národu

příkladem. Určitě by to měl být zdravotník. Domnívám se, že osoby, které se na tento post dostanou „zvenčí“, nemají šanci získat v široké problematice zdravotnictví přehled a potřebný nadhled. Takové musejí zcela spoléhat na rady týmů odborníků. Případně, bohužel, na rady jiných externích samozvaných autorit. Určitě nejsem pro zvolení blondýna navrátilivšího se z Finska. Není to můj typ.

Post ministra zdravotnictví je v naší zemi nelehký. Nechtěla bych si to zkusit. Starší (a v tuto chvíli nemocnější) část populace má hluboce zakořeněnou představu z předrevoluční historie země, kdy zdravotnictví bylo státní, péče byla „zdarma“ a posun v čase jako by na tento pohled neměl valný vliv. Zapomněli, že dávná péče sice byla plně hrazená, ale léčili jsme se v rámci ČSSR a zemí RVHP omezenými prostředky omezených kvalit. Kdo chtěl

něco lepšího, musel pro to za hranice směřovat. Tato léčba byla vnímána jako luxusní a lidé za ni neváhali zaplatit.

Když se po revolučním roce otevřela možnost léčit se světo- vě, nikdo si ekonomické dopady na resort neuměl představit. Na jedné straně dražší „světová“ péče a populace dožívající se vyššího věku (ne ale v plném zdraví) a na druhé straně omezené finanční kapacity zdravotního pojištění a mysl populace nastavená v módu, kdy je lepší zdravotní péče vnímána jako standard a měla by být ideálně plně hrazena státem.

Problém s financováním zdravotnictví je obtížně řešitelný, potýká se s ním celý svět. Lidé dožívající se vyššího věku zvyšují náklady na zdravotnictví ve všech zemích. Oproti nám ale v cizině mají výhodu – jejich společnost je zvyklá, že je zdravotní péče drahá. Pečují o své zdraví, je to úkol pacienta – být zdravý, ne úkol zdravotníka. Za našimi hranicemi i v pozdním věku lidé sportují, chodí, běhají, hýbou se. Ve větší míře. A v menší míře navštěvují lékaře. Není to tam zdarma.

Přála bych si, aby nový ministr zdravotnictví byl chytrý. Aby se díval na zdravotnictví z pohledu udržitelnosti. Chtěla bych, aby uměl svou vizi lidem podat tak, aby pochopili, že realitu nelze ignorovat. Že se musí přijmout a přizpůsobit tomu myšlení i chování. A přála bych si, aby byl na naší straně, na straně zdravotníků, tedy těch, o které je péče o zdraví lidu opřená!

PharmDr. Přemek CÍSAŘ, Lékárna Modřínová, Třebíč



První, co mi při této otázce vytanulo na mysl, byla okřídlená věta Sira Humphreya ze seriálu *Jistě, pane ministře*: „Její Veličenstvo oceňuje, když práce vlády pokračuje, i když u toho nejsou vůbec žádní politikové.“ Mám takové zdání, že na ministrově moc nezáleží, že si každého nějaký ten český stálý tajemník ministerstva ochočí.

Budiž. Pojdme se zasnít. Jaký by měl být nový ministr? Klidás. Aby byla pohoda, aby to nebylo jednou hot a podruhé čehý. Ale zase ne moc, abychom nezahnávali v našem malém rybníčku. Takový ten Haškův mírný pokrok v mezích zákona. Neměl by vymýšlet znovu kolo a „českou cestu“, ale převzít osvědčené návody odjinud a zahodit to zpuchřelé a nefunkční. Po letech protežování nemocnic a investic do jedinečných technologií a nejmodernějších léčebných metod pro půl promile pacientů se začít soustředit na primární péči a lepší komunikaci mezi zdravotníky a obecně sdílení informací. Máme sice elektronizaci, ale ostrůvkově oddělenou a pravá ruka neví, co dělá levá. Zažil jsem, že byla 3× odebrána anamnéza jedné pacientce za jednu noc v jedné nejmenované nemocnici. To se snad už nestává, ale takových hluchých míst, kdy zbytečně duplikujeme práci, se najde jistě dost.

Bylo by fajn, kdyby nový ministr nebyl doktor. Lékárník by nebyla špatná volba. I když největším nepřítelem lékárníka je lékárník. Bylo by fajn, kdyby to byl někdo se zkušeností ze zdravotnického managementu. Něco mezi vedoucím lékárníkem, šéfem nemocnice a manažerem Lidlu. Holka nebo kluk, tam je to snad jedno. Nekoukám ministroví do kalhot, ale podle ovoce poznáte, zda je dobrý nebo zlý.

Když to tak po sobě čtu, tak mi vychází, že bych to měl být já. Chcete mě?

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



Ministr zdravotnictví? Měla by to být reprezentativní osobnost, komunikativní, vzdělaná, inteligentní a empatická, zkrátka a dobře, prostě člověk na svém místě, s respektem, se zkušenostmi a širokým přehledem. Nemyslím si, že je potřeba volit mezi mužem a ženou. Jsou odvětví, ve kterých není zcela nutné mít v čele ministra z oboru.

V rámci zkušeností a zájmů lékárníků by to zdravotník či lékárník dle mého názoru být měl. Zároveň by měl mít přehled a další mezioborovou praxi. Ministr, který bude hájit zájmy a práva lékárenského stavu, který se bude podílet na vývoji lékárenství a jeho kompetencí v rámci společnosti. Vzhled asi úplně nehraje hlavní roli, důležité je, aby věděl, jak zdravotnictví funguje, aby dobře odváděl svou práci a aby jeho působení bylo transparentní, aby neprosazoval své soukromé zájmy a byl loajální. Vlastně mě napadá, že by mohl vypadat tak nějak jako náš prezident či viceprezident.

Mgr. Eva BARTOŇOVÁ, lékárna Dr.Max, Zlín, Rašínova



Začnu trochu trpce a to tak, že ať si zvolíme kohokoliv, budou lidé nadávat a budou nespokojení, jako je to se vším. Nicméně by nový ministr zdravotnictví určitě nemusel být muž ani lékař, ale zároveň by mohl. Nejdůležitější je, aby byl schopen splnit, co slíbí, a aby byly jeho sliby reálné. Nelíbí se mi kampaně typu „zrušíme všechny

doplatky na léky“, aniž by bylo možné to dostupnými prostředky udělat. Nový ministr nebo ministryně by měl/a umět reprezentovat, nebýt vulgární a umět zachovat chladnou hlavu i ve vyhrocených situacích.

PharmDr. Tereza KOREJSOVÁ, Nemocniční lékárna, Hradec Králové



Já si ideálního ministra zdravotnictví představuji takto:

- Vlastnosti:
- přeborník v multitaskingu
 - na minuty přesný time-management
 - dokonalý přehled o dění v oboru

Vzhled: • vždy dokonalý

Povahové rysy: • psychicky odolný a navíc

odolný proti vyhoření • komunikativní – trpělivě vysvětlovat problematiku srozumitelně a věcně • smysl pro humor

Z uvedeného výčtu mi vyplývá, že nejhodnějším kandidátem na ministra zdravotnictví je atraktivní žena věku 40–50 let, která by mohla při řízení ministerstva hravě uplatnit své bohaté zkušenosti s řízením domácnosti.

A co na to AI? Cituji úryvek odpovědi: ...Odborné předpoklady – ideálně lékař či farmaceut, ... Určitě máme jako farmaceuti co nabídnout. Náš obor je ve své podstatě každodenní multioborová spolupráce s jednotlivými segmenty zdravotnického systému – od nákupů léčiv, zdravotnických pomůcek i volně prodejného sortimentu, přes styk se zdravotními pojišťovnami, komunikaci s lékaři i s řídicími orgány státní správy.

Lucie MALOTINOVÁ, lékárna Dr.Max, Na Poříčí, Praha 1



Jak by měl vypadat nový ministr zdravotnictví? Podle mě není rozhodující, jak bude budoucí ministr/ ministryně vypadat nebo jaký titul má uvedený na vizitce, ale jaké má schopnosti a jak je dokáže uplatnit. Lékařské vzdělání je určitě výhodou, přinese respekt i znalost prostředí. Ale samo o sobě zázraky asi neudělá.

Nemyslím si, že ministr musí být nutně lékař. Může to být i právník, ekonom nebo třeba lékárník. Důležité je, aby měl manažerský talent, politickou podporu a uměl rozhodovat, i když se to nebude všem líbit. Ideální kombinace? Lékař s právnickým diplomem, politickým instinktem a pečující duší lékárníka, zkrátka politicko-lékařský obojživelník, který se dokáže pohybovat v obou světech.

Budoucí ministr musí mít odvahu nastavovat směr a zároveň otevřenou hlavu. Ministr se nemůže tvářit, že všechno ví sám. Měl by se obklopit odborníky, kteří mu ukážou, jak to ve zdravotnictví skutečně chodí. A jeho práce? Tyhle střípky poskládat, vyhodnotit a přetavit do jasného směru. A hlavně by neměl zapomínat, že kromě nemocnic a ordinací existují i lékárny, a že i lékárníci potřebují podporu a zastání při prosazování nových služeb a inovací, které mohou pacientům skutečně pomoci.

PharmDr. Petra ČECHOVÁ, nemocniční lékárna FN Motol



Přiznávám, zeptala jsem se umělé inteligence. Dostala jsem pochvalu za skvěle položenou otázku, dále seriózní popis vlastností ideálního politika, a nakonec odlehčenou verzi s pozvánkou do fiktivní seznamky s vytvořením ideálního profilu uchazeče o ministerský post. A jak takový Superman, či Wonder Woman vypadá? Má mozek na

správném místě, nervy z ocele, empatické srdce, systémovou vizi a schopný tým. Otrlejšími povahám doporučuji zeptat se v chatu s AI kamarádem na hospodskou verzi definice ideálního ministra, osobám se sklony k předvolební melancholii zase větu: „Jak pejsek s kočičkou pekli ministra zdravotnictví.“ Přeji nám, abychom z toho volebního pečení neměli povolební kocovinu.

Srdce národa

Když si naši předkové v bouřlivém roce 1848 vybírali národní strom, nesáhli po něm náhodou. Stáli tehdy proti velkoněmeckému tlaku, symbolizovanému tvrdým a bojovným dubem. A co proti němu postavili Češi? Mírnou, pohostinnou a láskyplnou lípu. Nebyla to volba slabosti, ale volba hodnot. Zvolili si strom s listy ve tvaru srdce, strom, pod kterým se odpradávná setkávaly komunity, konaly soudy a slavily svatby. Zvolili strom, do kterého, jak věřili, nikdy neuhodí blesk a který svou magickou silou chrání obydlí před zlem.

Lípa se stala tichou a ochránkyní v našich nejtěžších časech. Pověsti nevyprávějí o síle lipových kyjů ani o palcátech, kterými vojevůdci vedli vojska do bitvy. Vyprávějí o něčem mnohem důležitějším – o přežití a uchování duše národa. Jako v příběhu z Telecí u Poličky, kde v dutině „Zpívající lípy“ za temných časů protireformace 18. století starý nahluchlý Jiroušek opisoval zakázané knihy, aby se neztratila víra a jazyk. Lípa neútočila, ale chránila. Neporoučela, ale poskytovala útočiště. Je symbolem odolnosti, která nepramení z agrese, ale z hlubokých kořenů a pevného srdce.

Harmonické léčitelky

Lipový čaj s medem je v českých domácnostech synonymem pro boj s nachlazením, chřipkou a horečkou. Tajemství jeho síly spočívá ve schopnosti vyvolat pocení, což pomáhá tělu zbavit se



500 let stará lípa v České Lípě.



škodlivin a snížit teplotu. Lipový květ ale není jen potopudným lékem. Obsažené látky rozpouštějí hleny, tiší dráždivý kašel a ulevují při zánětech průdušek.

Méně známé, ale o to zajímavější jsou i jeho další účinky. Dokáže ulevit při žaludečních křečích a trávicích potížích a působí protizánětlivě. V lidové medicíně se doporučuje i jako prevence křečových žil a podpora krevního oběhu. Pomáhá při stresu, úzkosti a nespavosti, zklidňuje a navozuje pocit pohody. Dříve se lipové koupele doporučovaly pro utišení neklidných a plačících dětí. Lípa působí jako balzám na pocuchané nervy. A nemusíte ji pít, ani se v ní koupat.

Dokážete si vybavit lipovou vůni? Tu sladkou, omamnou esenci, která se od června vznáší nad českými a moravskými vesnicemi? Pro mnohé, včetně mě, je to uklidňující vůně domova. A když si sednete pod rozkvetlou lípu, postarají se o váš stres i včely. Výzkumy totiž naznačují, že léčivé účinky na lidský organismus má i jejich bzukot. Pracující včelky totiž bzučí frekvencí blízké jednočárkovanému C (261,63 Hz), která dokáže snížit hladinu stresového hormonu kortizolu, může pomáhat regeneraci tkání a při snižování zánětů a bolesti.

Protože má nektar z lipových květů často vysoký obsah vody, včelaři někdy říkají, že lípa včely „zdržuje“. Nejde o to, že by se včely lípě vyhýbaly. Lípa je pro včely nesmírně atraktivní a poskytuje obrovské množství nektaru. Je ale řidší a jeho zpracování je pro včely pracnější a časově náročnější. I tak je lípa pro výrobu medu jedním z nejvýznamnějších zdrojů nektaru a čas, který včely jeho sběru věnují, může být prospěšný jako hojivý ambientní koncert s relaxačním a regeneračním efektem.

Česká duše má lipové kořeny. Lípa nejenže stráží téměř každou vesnickou návěs a jako čestná stráž u pomníků padlých symbolizuje národní identitu, ale po staletí také tiše nabízí své dary pro zdraví těla i povznesení ducha. Její léčivá síla je v našich končinách legendární a její dřevo vdechlo život jedné z nejkrásnějších českých uměleckých tradic – loutkářství.

Když dřevo ožívá

Lipové dřevo je pro řezbáře darem z nebes. Je měkké, lehké, homogenní a skvěle se opracovává, přičemž netvoří třísky a umožňuje vytvořit i nejjemnější detaily. Právě tyto vlastnosti



Foltýnova lípa u Kolína.

z něj učinily ideální materiál pro české loutkáře, kteří z něj po generace vyřezávali své marionety. Tradice českého loutkářství, zapsaná na seznamu nemotného kulturního dědictví UNESCO, je proto neoddelitelně spjata s lipovým dřevem. Z lipových polínek se v ruce řezbářských mistrů rodili králové, princezny, čerti, vodníci a samozřejmě Kašpárek. Kočovní loutkáři s nimi putovali po českém a moravském venkově a v dobách národního útisku hráli česky psané hry. Šířili tak nejen pohádky, ale i český jazyk, národní povědomí a kulturu. Loutky z lipového dřeva se tak staly, podobně jako samotný strom, nositeli národní identity.



Nejslavnější dvojice, která vzešla z lipového dřeva a mistrovství českých umělců, je bezesporu Spejbl a Hurvínek. Tyto ikonické loutky, které bavily a baví už několikátou generaci dětí i dospělých, spatřily světlo světa v Plzni. První byl v roce 1920 popletený tatík Spejbl a o šest let později i jeho prostořeký synek Hurvínek, který v příštím roce oslaví rovnou stovku.

Dvojice S+H se stala fenoménem. Během nacistické okupace se loutky staly symbolem pasivního odporu a divadlo bylo uzavřeno. Naštěstí jen dočasně a lipové loutky Spejbla a Hurvínka i po sto letech baví, glosují svět a připomínají sílu českého humoru a umění, které má kořeny doslova v našem národním stromě.

Lípa je ale mnohem víc než jen zdroj čaje proti nachlazení a jednoho z nejchutnějších a nejžádanějších druhových medů. Je to živoucí kronika našeho národa, symbol hodnot, o které

se dnes, možná více než kdy jindy, znovu hraje. A v této hře symbolů teď, znovu, stojí proti lípě jiný strom.

Mrazivá krása z Východu

Na první pohled je nádherná. Její kůra svítí do dálky přízračnou bělostí, je symbolem čistoty a nových začátků. Kdo by mohl něco namítat proti kráse břízy, která symbolicky vládne rozlehlým pláním Ruska.

Jenže každý symbol má i svou odvrácenou stranu. Bělostná kůra může být jen fasádou, která láká na „nové začátky“, ale skrývá svět, kde místo společné domluvy vládne pevná ruka s trestající metlou. Zatímco pod naší lípou se tančilo a uzavíraly se sňatky, březovým proutím se šlehal dobytek i mladé ženy. Jistě, mělo to přinést plodnost, ale symbolika násilí a donucení, byť rituálního, je neoddiskutovatelná. Teplý stín lípy, kde se svobodně scházela obec, zase stojí v ostrém kontrastu k nekonečným, chladným březovým hájům, kde člověk snadno zabloudí a zmrzne.

Blíží se volby a znovu, podobně jako v roce 1848 (a taky v letech 1948, 1968 a 1989) stojíme na křižovatce. Dnes nehledáme alternativu proti germánské tvrdosti dubu a nejde ani o politické programy a procenta. V hlubší rovině jde o volbu mezi dvěma symboly dvou neslučitelných světů.

Zůstaneme věrni stromu, jehož síla je v hlubokých kořenech a schopnosti chránit? Věrní lípě, která představuje srdce Evropy, komunitu, ochranu a svobodu rozhodovat o sobě samých pod její košatou korunou? Pokud ne, druhou alternativou je vábení břízy svádějící povrchní čistotou i schopností obsazovat jakákoliv ladem ležící území a měnit útěšný lipový stín na svět, kde místo medu vládne šlehání metlou?

První říjnový víkend si na to vzpomeňte. Každý hlas je lístkem, který vhazujete buď do ruského březového háje nebo pod českou lípu, která je symbolem národa, který si i v nejtěžších dobách dokázal zachovat srdce. Nenechme si ho vzít.

Stanislav HAVLÍČEK

Senát žádá vládu, aby se věnovala situaci v lékárenství

Senát Parlamentu ČR na své 14. schůzi projednal tisk 309 s názvem *Petice pro zajištění rovné dostupnosti léčiv ve všech lékárnách v ČR bez zvýhodňování monopolních struktur lékárenských řetězců.*

Senát po delší diskuzi schválil počtem 58 hlasů (registrováno 71 senátorek a senátorů, kvórum 36, 58 pro, proti nebyl nikdo) **usnesení v následujícím znění.**

Senát

- I. bere na vědomí petici obsaženou v senátním tisku č. 309,*
- II. konstatuje, že petice obsažená v senátním tisku č. 309 je částečně důvodná,*
- III. bere na vědomí usnesení č. 11 výboru pro zdravotnictví,*
- IV. žádá vládu ČR, aby se na svém zasedání zabývala problematikou zajištění rovné dostupnosti léčiv ve všech lékárnách v ČR bez zvýhodňování monopolních struktur lékárenských řetězců a iniciovala možné další kroky,*
- V. žádá ministerstvo zdravotnictví, aby podniklo kroky k nápravě a odstranění nerovné dostupnosti léčiv v ČR a k odstranění zvýhodňování monopolních struktur lékárenských řetězců, například prostřednictvím zavedení reálné a vymahatelné povinnosti rovného zásobování léčiv mezi všemi lékárnami. Distributoři a výrobci by měli mít zákonnou povinnost zajistit dostupnost léčivých přípravků pro každou licencovanou lékárnou bez jakékoli diskriminace či zvýhodňování. Zákaz selektivní, byť skryté distribuce u léčiv s omezenou dostupností. V případě výpadku nebo nedostatku by měl být výdej podřízen transparentním a rovnoměrným kritériím. Povinnost zveřejňování smluvních vztahů mezi distributory a lékárnami. Zvýšení transparentnosti na trhu by pomohlo odhalit diskriminační praktiky. A zavedení kontrolního mechanismu například prostřednictvím SÚKL nebo ÚOHS, který by monitoroval a vyhodnocoval případné porušení zásad rovného přístupu.*

V diskuzi na plénu horní komory Parlamentu ČR také zaznělo:

PharmDr. Lucie NEDOPILOVÁ, lékárnice

Jako lékárníci jsme opravdu zástupci primární péče. To znamená, kam přijde matka, když je dítě nemocné? Přijde poprvé do lékárny, poradí se u nás. A pak teprve jde a zatěžuje zdravotní systém. Pak jde s dítětem do čekárny, kde chytne pět dalších věcí. Kdo radí seniorům? Je třeba si opravdu uvědomit, že dobře fungující lékárna s lékárníkem, který bere své povolání vážně, neoddiskutovatelně patří k zachování primární péče... Takže bych jenom chtěla upozornit na to, že reforma zdravotnictví nesmí být zatížena politikou, nesmí být zatížena pletichařením, neměla by být zatížena velkými oligarchy, monopoly a snahou vydělat peníze, protože léčiva, která jsou hrazena ze zdravotního pojištění, to znamená ze státních prostředků, nesmí podléhat konkurenci. My jako lékárníci přece neobchodujeme. My vydáváme léčiva. Lék není zboží. Lék není cukr, lék není rohlík. Ale lék je něco, co může zabít a i ničit. Proto lékárnické povolání by

nemělo vymizet a mělo by zůstat dále i svobodným povoláním, jak je tomu v okolních zemích Evropy – v Německu, Rakousku, Polsku, Slovensku. Všude.

Mgr. Aleš NEDOPIL, lékárník

Klíčový problém v České republice je proto, že se tady sešlo 5 klíčových faktorů, které nikde v Evropě nejsou. Nejsou ani nikde ve světě. Těch 5 faktorů se dá pojmenovat asi takto: rozdílné doplatky na léčiva na předpis – já se tady zdůrazňuji, že tady se bavíme pouze o té regulované části, já se tady nebavím o tom, co ty lékárníci dělají v té doplňkové činnosti, to znamená v prodeji té kosmetiky a toho, co není regulováno, ale bavme se jenom o tom, co je regulováno a co je státem dohlíženo a co musí být dohlíženo, takže rozdílné doplatky na předpis – tady nefungují jako regulace spotřeby pro pacienta a efektivní nástroj k hospodaření s léčivem. Tady působí jako přímý konkurenční nástroj likvidace konkurence v podobě přetransformování zpětných bonusů. Dneska jsou tady prostě velké kapitálové skupiny, které pomocí hromadných nákupů dokážou výhodně nakoupit, získávají zpětný bonus místo systému regulace. Ten přímo rozpouští do konečných cen. Volají: Paciente, paciente, přijď si do našich lékáren, protože u nás to máš zadarmo. Jako Eda Trávníček. Nebo za korunu.

Mgr. Jakub DVOŘÁČEK, náměstek ministra zdravotnictví

Co ale potřebuji zdůraznit, my jsme od začátku intenzivně spolupracovali s lékárnickou komorou. Lékárnická komora je integrální součástí veškerých legislativních příprav a procesů, které na ministerstvu zdravotnictví probíhají a probíhaly. Na tom se nic nemění, neměnilo a takto to funguje dlouhodobě. Proto i ten výsledný legislativní návrh, a prošli jsme dvěma novelami zákona o léčivech, které měly zajistit, a významným způsobem i zajistily zlepšení dostupnosti pro pacienta...

My se setkáváme s lékárnickou komorou každých 14 dní. Každých 14 dní se setkává na ministerstvu zdravotnictví pracovní skupina, kde jsou zastoupeni distributoři, lékárníci, ministerstvo zdravotnictví, Státní ústav pro kontrolu léčiv. Každých 14 dní řešíme výpadky nedostupnosti léčiv a fungování systému, i toho, jak ta novelizace proběhla a zda funguje správně. Opravdu ta komunikace s touto částí zdravotnického segmentu je jedna z nejintenzivnějších, které ministerstvo zdravotnictví má. A je to i díky té krizi, která tady v té dostupnosti vládla několik let.

MUDr. Tomáš BORÁŇ, ředitel SÚKL

SÚKL provedl 52 inspekci rovným dílem mezi distributory, lékárnami a držiteli rozhodnutí o registraci, kdy většina nálezů se týkala nedostatků v hlášení, z toho 10 nálezů se týkala problematiky dodávání u držitelů rozhodnutí o registraci, právě toho zajištění průměrných měsíčních nebo dvouměsíčních dodávek, a v případě dvou nálezů u distributorů se to týkalo právě nedodání do dvou dnů. Jedná se tedy o izolované nálezy z našeho pohledu, nikoliv o systémové pochybení. Tyto nálezy jsou nyní před finalizací. Není to tak, že by SÚKL nekonal. Ale samozřejmě

my při výkonu naší dozorové činnosti respektujeme jak zákon o léčivech, tak kontrolní řád a ostatní právní předpisy.

Mgr. Ing. Kamil NEJEZCHLEB, místopředseda ÚOHS

Zaznělo tady, je jaksi ne úplně dobré, když musí ten nemocný hned k lékaři, protože se tam může nakazit. Já si myslím, že je úplně ideální, když je ten nemocný a má nějakou diagnózu, tak si ten lék může objednat až domů, aby vlastně nemusel s tou horečkou nikam chodit. Proto úřad konstantně v té své zprávě i nadále podporuje hledání cesty, jak zavést možnost v podstatě online distribuce i léčiv na předpis.

Mgr. Stanislav VEROSTA, vedoucí oddělení léčiv ministerstva zdravotnictví

Pro standardní objednávání léčivých přípravků u distributorů lékárnou jsme udělali drobnou změnu, a to takovou, že jsme prosadili do zákona o léčivech ustanovení, které zakazuje distributorům zvýhodňovat konkrétní lékárny, a to právě například jako v různých majetkových propojeních a podobně. Zde upozorňuji, že toto je opravdu maximum, co my jsme mohli chtít v zákoně o léčivech, protože zkrátka hospodářská soutěž je upravena jinými právními předpisy, které nejsou v gesci ministerstva zdravotnictví, ale Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže.

Ing. Josef KLEMENT, senátor

Zastávám plně stanovisko našeho výboru pro vzdělání, vědu, kulturu, lidská práva a petice, aby každá licencovaná lékárna měla mít možnost zajistit léčiva bez selektivního přístupu distributorů či jiných řetězců. Myslím si, že toto by měl být zájem nás všech. Když jsem pozorně poslouchal rozpravu i z postu ministerstva zdravotnictví, tak si myslím, že zdravotnictví v České republice je na výborné úrovni. Když jsem cestoval po světě, tak jsem se setkal s jinými systémy, které nejsou tak vstřícné občanům, ale to neznamená, že není co zlepšovat. Pokud tady máme lékárny, jak již tady bylo řečeno paní Nedopilovou, s dlouhou tradicí a s fundovaným personálem, tak bychom měli jim vyjít vstříc i z postu ministerstva zdravotnictví, tak, aby léčiva byla dostupná i v menších obcích, pokud chtějí lékárníci svoji živnost provozovat.

MUDr. Bc. Tomáš FIALA, senátor

Petice volá po rovných podmínkách pro provozování lékáren. Ale tyto rovné podmínky dnes už platí. Zákon stanovuje jednotná pravidla pro všechny provozovatele bez rozdílu. Nelze ve skutečnosti žádat, aby stát začal zvýhodňovat určité lékárny. Je třeba si připomenout, že, jak jsme tady už slyšeli, provozování lékáren je podnikáním. Podle mého názoru není možné, aby stát zachraňoval každého podnikatele, kterému se nedaří. Ať už jde o lékárnu, obchod nebo restauraci... Z těchto důvodů se domnívám, že petice nepřináší reálná řešení aktuálních problémů a je jistou snahou přenést podnikatelská rizika na stát. Nelze vyložit, že i zavést opatření, která by pacientům v konečném důsledku uškodila.

RNDr. Jitka SEITLOVÁ, senátorka

Sama mám zkušenost, o které petenti hovoří. Jestliže jdu na malém městě pro nějaký lék, dají mi jednu krabičku, takže já musím za tři dny znovu. Když jsem v Praze a ten stejný lék chci nejen na Václavském náměstí v lékárně, ale v některé okrajové lékárně, dají mi, kolik chci krabiček. Ten rozdíl tam opravdu

je. Já nevím, jestli systém, že to je obvyklé, neobvyklé, jakým způsobem je realizován. Sama jsem se s tím setkala, překvapilo mě to a souhlasím s tím, co tady petenti sdělili, protože z vlastní praxe vím, že to tak bohužel funguje.

RNDr. Miloš VYSTRČIL, předseda Senátu

Nepochybuji o tom, že třeba obvodní lékař, stomatolog nebo dětský lékař má stejné podmínky z hlediska svého financování nebo hrazení jeho péče ve velkých i malých městech nebo vesnicích nebo městysech. Přesto na malých městech a městysech obvodní lékaři nejsou, dětské lékaři nejsou a stomatologové nejsou. Podmínky jsou vlastně jakoby stejné. Pokud dnes nám hrozí, že tam nebudou i lékárníci, tam, kde byli, tak si myslím, že to je problém a že to souvisí s veřejnou službou a s tím, jak pečujeme nejen o velká města, ale i o ta menší nebo o vesnice a městyse. A že bychom se tím měli zabývat.

Pokud přichází skupina lékárníků, podpořená občany, že mají se svým podnikáním a s tím, co dělají na menších městech a městysech problém, že cítí i v obecném přístupu problémy, tak si myslím, že bychom na to měli reagovat tak, že řekneme: Ano, tak se na to podívejme.

Mgr. Jana MRAČKOVÁ VILDUMETZOVÁ, senátorka

Chtěla bych se opravdu ztotožnit s tím, co tady řekl pan předseda Senátu. Vy moc dobře víte, že vůbec v menších městech a obcích můžeme být v některých případech rádi, že tam vůbec ty lékárny jsou. My dnes máme oblasti, kde se zruší lékárny, nejsou tam praktičtí lékaři a další. Mnohokrát jsou ti lidé opravdu závislí a jsou velmi rádi, pokud tam lékárnu mají.

PharmDr. Lucie NEDOPILOVÁ, lékárnice

Pokusím se nepodlehout emocím, protože v tuto chvíli se ve mně vaří ta lékárnice, která poskytuje tu veřejnou službu. Já opravdu nejsem podnikatelka. Kdybych chtěla být podnikatelka, tak si otevřu obchod s rohlíky, které mi nikdo nebude regulovat, a budu je moci prodávat, za kolik chci. Ale takhle, když provozuji lékárnu, soukromou lékárnu, mám regulované veškeré výstupy z těch částí svého, ani nechci říkat, podnikání, své služby, kterou poskytují, protože jsem daná nějakým řetězcem cenotvorby. Já si nemůžu rozhodnout, za kolik dané léčivo prodám. Já se ani nemůžu rozhodnout, za kolik ho nakoupím, protože jako malá lékárna nesdružuji 160, 200, 500 lékáren, abych mohla říci: Já od vás tato antibiotika vezmu, ale chci na to nějakou slevu.

Mgr. Pavel KÁRNÍK, senátor a zpravodaj tisku 309

Hlavní problém bych viděl v komunikaci, jak říká zástupce ministerstva zdravotnictví. Jejich partnerem je Česká lékárnická komora. Na tu by se asi ti lékárníci se svými problémy měli obracet zvláště, aby ta komunikace byla lepší. Ve finiši budou spokojeni všichni. Každý lékárník a taky i pan Kárník. Děkuji.

Celý průběh jednání můžete vidět a slyšet na tomto odkazu na senátních stránkách:



Příznivé efekty kolonizace

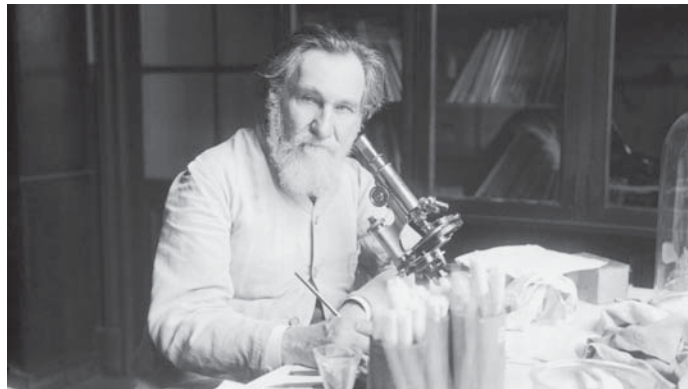
Urozený Peloponésan, dnes znám svým porumunštěným jménem Gavriile, se počátkem 17. století usadil v moldavském Milešti v župě Vaslui. Byl jedním z desetitisíců kolonizátorů (zejména řeckých), které osmanští Turkové vysílali do okrajových částí svého impéria. Jednak aby oslabili křesťanství v centru své říše, jednak aby zvýšili vzdělanost (a tím prosperitu) na okrajích svého vlivu, ale především, aby naředili lokální sentimenty lidmi, které považovali za loajálnější.

V nové zemi to Gavriile dotáhl na rytířský titul spátar (držitel meče), jenž jej opravňoval být ozbrojen v přítomnosti moldavského knížete. To mu přineslo dostatek prestiže (a peněz), aby svého syna Nikolaa, mohl vyslat na elitní pravoslavné školy do Istanbulu.

Nikolaos se takřka okamžitě po návratu ze studií do rodné země stal významným diplomatem a politikem intrikujícím na moldavském dvoře hned pod několika knížaty. Některé pomohl dosadit jiné sesadit. Nakonec ho vlastní pletichy uvrhly v nemilost Moldavanů i Osmanů a musel přijmout azyl jejich tehdejšího úhlavního nepřítele – ruského cara Alexeje I. I proto je znám pod různými jmény. On sám nejráději používal přízvisko Spátarul (syn/dědic spátara). Rumunští obrozenci mu v 19. století přiřkli jméno Milescu (z Milešti), jenž původně bylo spíše posměškem jeho nepřátel. V carském Rusku byl znám jako Nikolaj Gavrilovič Spafarij. Řečtí učenci ho znali jménem Nikolaos Spatharis.

Proslul ovšem zejména jako historik, učenec, spisovatel a překladatel. Jeho překlady do rumunštiny (zejména první kanonická verze Starého zákona, *Septuaginta*) byly milníkem na její cestě od „nářečí latiny“ po svébytnou řeč. Jeho, nejspíše z řečtiny přeložená, učebnice *Arithmologion* je první učebnicí matematiky v ruštině, proto se často symbolicky považuje za počátek tradice ruské matematiky a ruské vědy vůbec. V 17. století nebyl v Evropě větší odborník na Čínu, kde byl jistou dobu velvyslancem ruského cara. Jeho historické knihy jsou dodnes důležitým zdrojem poznatků o ranných Romanovcích, moldavských a valašských knížatech i Osmanské říši. Rusové mu také vděčí za významnou část kolonizace Sibiře, protože byl také prvním Evropanem, který objevil a popsal jezero Bajkal. Pro nás je ale důležité, že se po všech svých životních peripetích v rumunském i v ruském národě pevně usadil jako bojar (vyšší šlechtic), jenžto titul pak byli oprávněni používat i jeho potomci.

Formální bojarský titul, v době, kdy už znamenal výrazně méně, po něm zdědil i jeho praprapravnuk Ilja Iljič Mečnikov. Slovansky znějící příjmení – doslovný překlad Spátarul – mu zařídil jeho dědeček, jenž pro svou šlechtickou dráhu nadobro zvolil Ruské impérium. Narodil v roce 1845 nedaleko dnes nechvalně známého východoukrajinského Kupjansku. Dá se říci, že zatímco jeho předek stál u zrodu dnes slavné tradice ruské vědy, on spolu s generačními soupeřníky např. I. P. Pavlovem, D. I. Mendělejevem a dalšími, byl u jejího postupu mezi nezpochybnitelnou světovou elitou. Koneckonců byl historicky druhým Rusem (po I. P. Pavlovovi) oceněným Nobelovou cenou (1908).



Ilja Iljič Mečnikov

Mečnikov začínal jako zoolog-fyziolog a ještě před svými dvacátými narozeninami si vydobyl respekt, když na stáži v Německu objevil střídání pohlavních a nepohlavních generací některých druhů hlístic (1864) a vnitrobuněčné trávení u motolic (1865). Do Ruska (či spíše na dnešní Ukrajinu) se vracel (zejména na Novoruskou carskou, dnes Oděskou, univerzitu). Z politických důvodů ale musel východní impérium také často opouštět.

Netajil se svým moldavským (a bojarským) původem, byl synem významné (a bohaté) Židovky, projevoval sympatie rodícímu se ukrajinskému nacionalismu, byl nepokrytým a velmi veřejným ateistou. Když k tomu přidáte, že jeho starší bratr Lev, geograf, filozof a sociolog, odešel do švýcarského exilu, protože v Rusku získal (nikoli neprávem) pověst anarchistického buřiče a permanentního revolucionáře, není se co divit, že Iljovi carské úřady mírně řečeno nedůvěřovaly. Kdykoli se v impériu objevila politická krize (což tehdy bylo prakticky každý druhý rok), byl podezříván za jednoho z jejich strůjců. Proto si zřídil malou soukromou laboratoř v sicilské Messině (pod ochranou bratra, majícího dobré vztahy s italskými revolucionáři), kam se uchýlval vždy, když mu byla carská půda příliš horká. Právě v Messině učinil své dva nejvýznamnější objevy – oba při experimentování s larvami hvězdic. Nejdříve (a jako první) popsal roku 1882 fagocytózu, vzápětí na to při dalších experimentech spojil leukocyty s imunitou a objevil jejich první diferenciovanou formu – makrofágy.

Na druhou stranu se i z iniciativy carských úřadů také často vracel. V 80. letech 19. století byl jediným ruským vědcem, který mohl zopakovat Pasteurovy úspěchy s vakcínou proti vzteklině. Proto mu úřady pravidelně jeho „prohřešky“ odpouštěly a opakovaně ho zvaly zpět na oděskou univerzitu, aby tam na vývoji vakcín pracoval. Šlo mu to ztuha (i proto, že upřednostňoval jiné projekty), a tak se v roce 1888 vydal do Paříže přípravu vakcín konzultovat se samotným Pasteurem.

Louis Pasteur, ačkoli do té doby patřil k největším kritikům jeho práce, vědeckou hvězdou z východu obratem zaměstnal na svém (Pasteurově) institutu. Mečnikov, již poměrně unavený věcnými boji s carskými úřady a zažívající opakované krize i v osobním životě (měl za sebou dva pokusy o sebevraždu), to s povděkem přijal. V Paříži vydržel až do své smrti (1915) a kromě zisku Nobelovy ceny vytvořil pod křídly slavné pařížské instituce

několik dalších přelomových prací (např. o chemotaxi imunitního systému).

S dnešním tématem souvisí zejména jeho poslední velký objev. Než se k němu ale dostaneme, musíme probrat ještě jiný jeho velký projekt – gerontologii. Tento pojem, jako vědu zabývající se stárnutím a jeho zpomalováním, v roce 1903 navrhl. Už předchozí dekádu, nejspíš inspirován pozorováním známek vlastního přibývajících věku, se Mečnikov začal zabývat stárnutím na buněčné úrovni. Všiml si, že žádná tehdejší buněčná biologie nebyla s to vysvětlit očividný fakt, že všichni živočichové stárnou. Nemaje prostředky dnešní molekulární biologie, přistoupil k tématu fenomenologicky. Zabýval se případy, kdy bylo u lidí i zvířat stárnutí z nějakého důvodu pomalejší (či naopak rychlejší), a důsledně je analyzoval.

U lidí (a koní) si například všimnul, že výkaly jedinců dožívajících se vysokého věku obsahují větší množství kyseliny mléčné (kterou na Pasteurově institutu uměli dobře stanovovat). Správně odvodil, že kyselinu mléčnou ve střevě produkují bakterie střevní mikroflóry. Jak to ale souvisí se stárnutím, si dlouho nebyl jist.

Pomohl mu objev dalšího východoevropského exulanta ve frankofonním světě – sedmadvacitiletého Bulhara Stamena Grigorova, který v roce 1905 v Ženevě zkoumal jogurtové kultury ze své původní vlasti. V nich objevil druh laktobacilu, který nazval *Lactobacillus bulgaricus*. Když Mečnikov Grigorovovu práci četl, sepnula mu myšlenka prospěšných bakterií kolonizujících střevo. Jeho hypotéza byla, že tyto bakterie minimalizují produkci „hnilobných plynů“ ve střevě, které považoval za hlavní příčinu stárnutí. Inicioval klinicko-statistickou studii ohledně horalů z polonin pohoří Stara Planina, odkud pocházel Grigorovův vzorek. Studie šly pomalu, avšak v roce 1907 dospěly k výsledku, že Bulhaři, kteří holdují místnímu jogurtu, se v průměru dožívají výrazně vyššího věku oproti těm, kteří se mu naopak vyhýbají. Ano – dnes módní téma probiotik zapustilo své kořeny před sto dvaceti lety a začal ho jeden z největších fyziologů všech dob.

Mečnikov ani Grigorov zdaleka nebyli prvními, kdo pozoroval zdravotní benefit nějaké mikrobiální kultury. Kvašené, kysané či jinak mikrobiálně upravené, tedy obecně (a nepřesně) řečeno fermentované potraviny, byly vyráběny nejspíše od začátku doložitelné historie. Fermentační postupy ze začátku nejspíše sloužily jako dostupná a nenáročná forma konzervace potravinových přebytků. Není proto divu, že starověcí lékaři byli těmi prvními pozorovateli zdravotní prospěšnosti takových potravin. V mezopotámských, egyptských, čínských i řeckých písemnostech s lékařskou tematikou najdeme spoustu zmínek o tom, jak se všemožné potraviny od „kvašeného masa“ (předchůdce dnešních fermentovaných uzenin), přes kváskový chléb až po kysanou zeleninu či pivo doporučují na dyspepsie, průjmky, koliky a všemožné další potíže spojené zejména s narušeným trávením. V mnohém byla léčba fermentovanými potravinami první (byť mimoděčnou) variantou systematického použití probiotik. To zahrnuje kupříkladu velmi tradiční, byť zastarávající, radu lékaře léčit střevní onemocnění dietou „o suchém chlebu“. Poctivý kváskový chléb vždy obsahuje nějaké množství sporulovaných kvasinek *S. cerevisiae*, které v prostředí střeva mohou oživit a růst.

A starověkými lékaři to zdaleka neskončilo. Obliba tureckého národního nápoje ayran (osoleného jogurtu naředěného svařeným mlékem) začala stoupat v době Spätarulově, kdy sultánští úředníci nabyli dojmu, že jeho konzumace je určitou prevencí před epidemiemi průjmových onemocnění. Britský kapitán James Cook si zase všiml zvyku holandských a vlámských mořeplavců nalodňovat velkou část proviantu ve formě kysaného zelí. Zatímco Cook jejich napodobením slavně vyřešil problém častých epidemií kurdějů na britských lodích, motivace praktických Nizozemců byla jiná. Kurděje (i díky své oblíbené pochoutce) jako problém zaoceánských plaveb takřka neznali. Zato měli ověřeno, že je domácí levný zdroj potravy chránit před epidemiemi průjmových onemocnění i otrav ze zkaženého jídla. Odtud mimo jiné nejspíše pochází středoevropský zvyk podávat kysané zelí k masným výrobkům a rybám – dvěma druhům potravin, které byly v éře před lednicemi asi nejnáchylnější k nějaké závadnosti.

Když na základě zmíněných zkušeností a zejména pozorování Mečnikova a Grigorova vznikl v 50. letech 20. století termín „probiotikum“ ve významu víceméně shodném s tím dnešním (do té doby existoval jako antonymum slova „antibiotikum“), věda už pokročila na úroveň identifikace jednotlivých probiotických taxonů. To se však dnešním pohledem čím dál více zdá jako nesprávná cesta.

Zatímco definici probiotika, jako „živých mikroorganismů, které podávány v adekvátním množství přinášejí hostiteli zdravotní prospěch“ na stránkách WHO najdete, budete-li pátrat po tom, které taxony tato autorita za probiotické považuje, odejdete s pár nekonzistentními zmínkami a bez „oficiálního“ seznamu. Pokud už sledujete konkrétní organismy, je mnohem snadnější najít příklady těch, které byly jako probiotické zpochybněny. To je, ironicky, případ *L. bulgaricus*, dnes přesněji *L. debrueckii subsp. bulgaricus*, který stál na začátku příběhu probiotik. Jakkoli je jeho přítomnost ve tvorbě bulharského jogurtu klíčová, sám o sobě nejspíše probiotický není. Je schopen do střeva proniknout, to ano, avšak není schopen v něm růst.

I toto pozorování ovšem není bez kontroverzí. Existují i hypotézy (částečně ověřené *in vitro*), že zatímco fyziologické střevo bulharský laktobacil není s to kolonizovat, střevo postižené např. infekcí je pro něj prostředím příznivějším a svým růstem dokáže vytlačit přítomný patogen. Dle některých je naopak schopnost ze střeva „vymizet“ poté, co patologie pomine, jeho výhodou. Všimněme si ale, kolik „pokud“ a „kdyby“ teorie nejdéle známého suspektně probiotického organismu má. Je to vlastně názorná případová studie problémů, se kterými se jakýkoli seriózní pokus zkoumat probiotické vlivy jednotlivých taxonů potýká.

Pokud spočítáme všechny buňky stokilogramového lidského těla, dojdeme přibližně k počtu 5×10^{13} buněk. 90 % těchto buněk bude bezjaderných (buňky epidermis a červené krvinky svým počtem nad ostatními dominují), tedy jistým způsobem „nepoctivých“. Spočítáme-li počet bakterií v tlustém střevě, které tvoří 80 až 90 % celého lidského mikrobiomu, dojdeme zhruba ke stejnému číslu. Lze tedy říci, že buněk našich symbiotických bakterií je buď víceméně stejně jako těch lidských (počítáme-li ty bezjaderné mezi ně), nebo desetkrát tolik

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

(předchozí odhady, že jsou ony poměry 10:1 pro všechny buňky a 100:1 pro ty jaderné, stále perzistující v některých učebnicích, se dnes jeví jako přemrštěné). Toto pozorování nejenže vnáší jisté filozofické pochybnosti do toho, co je vlastně (lidský) jedinec, ale činí očividným, že naši jednobuněční kolonizátoři musí mít zásadní vliv na zdraví a funkčnost našich těl.

Problém je, že budeme-li mluvit pouze o zdravém mikrobiomu tlustého střeva, v tuto chvíli známe minimálně 10 tisíc unikátních druhů bakterií, archeí, virů a kvasinek, které ho tvoří. A to jich hrubým odhadem známe nanejvýš třetinu. Pro správně probíhající symbiózu s našimi hosty je ale role jednotlivých taxonů (druhů, poddruhů, variet, kmenů) do značné míry podružná. Mnohem důležitější se jeví vlastnosti společenstev mikrobů jako celku.

Například schopnost zpracovávat některé lidské metabolity nebo naopak produkovat nějaké vlastní prospěšné hostiteli či jiné složce mikrobiomu, aktivita konkrétních enzymů, interakce mikrobiomu s imunitou hostitele. Vztahy mezi jednotlivými populacemi a koloběh nutrientů a metabolitů a jeho interakce s prostředím včetně jeho spoluformování jsou očividně klíčem k pochopení jeho funkce. Stručněji řečeno, věda o lidském mikrobiomu je (nebo by měla být) ve skutečnosti více ekologií než klasickou mikrobiologií. A to se týká i probiotik. Přidání konkrétního kmene nebo směsi několika z nich do nepředstavitelně složité sítě vztahů ve střevě je jednak obtížně měřitelné, jednak závislé na spoustě neznámých (složení potravy, roční období, věk, hmotnost, hladiny hormonů...), ale především nelineární. Nikdy nepůjde popsat úhledným farmakologickým vztahem dávka – účinek.

Názorněji lze říci, že dva jedinci o stejném zdravotním stavu a stejné hmotnosti, kterým bude podáno stejné probiotikum ve stejný čas o stejném množství, mohou mít diametrálně odlišné reakce. Jednomu může pomáhat, druhému škodit. Takto vysoká individuální variance mimo jiné zatěžuje klasický design klinických studií probiotik zásadní systematickou chybou. I proto je jejich interpretace neobyčejně složitá a takřka vždy mnohoznačná.

Možná i z těchto důvodů jsou v mnoha ohledech (již od dob kapitána Cooka) mnohem pozorovatelnější pozitivní účinky tradičních probiotických (fermentovaných) potravin, nad standardizovanými probiotiky registrovanými jako léky či ohlášenými jako doplňky stravy. Takřka žádná fermentovaná potravina neobsahuje jeden konkrétní druh mikroba. Naopak většinou se jedná o složité společenství samo o sobě. V kulturách bulharského jogurtu se kromě *L. bulgaricus* vyskytuje na deset dalších druhů laktobacilů (prominentně *L. helveticus*, *L. lactis*, *L. acidophilus*) nebo třeba *Streptococcus thermophilus*. Tato diverzita dost možná paradoxně usnadňuje interakci potravinových kultur se střevním mikrobiomem. Do těla je přijata pestrá paleta mikrobů individuálně v relativně malém množství, což tělu a mikrobiomu dává větší šanci přijmout ty, které funkci prospívají a ubránit se těm, které by škodily. Alternativní hypotézou je pak prostý fakt, že tradiční fermentovanou potravinu (obzvláště nějakou lokální – v ČR např. ono kysané zelí) jedly v dané populaci desítky předchozích generací, tedy je střevní mikrobiom na její přijímání „připraven“ a počítá s ní (či poněkud nechutněji – existuje jakýsi zaběhlý koloběh mezi procesem fermentace a střevním mikrobiomem populace).

Na druhou stranu existují i dobré argumenty pro některá dnešní průmyslově vyráběná probiotika. Jedná se zpravidla o známé kmeny, jejichž příznivost, nebo alespoň neškodnost (v širokých mezích předřečeného) už byla ověřena. Navíc se jedná o přípravky standardizované. Jednou z nevýhod probiotických potravin je očividně jejich velká variabilita, a to jak horizontální (např. jogurt vytvořený z jiného jogurtu se může docela lišit svým mikrobiálním složením), tak časovou (ve stejné bečce kysaného zelí se bude v čase někdy i dramaticky měnit mikrobiální složení). Tuto nevýhodu by průmyslová probiotika mít neměla.

Téma tohoto článku inspirovala tvrzení předsedy České lékařské společnosti J. E. Purkyně, prof. Štěpána Svačiny, který uplynulé léto vyrazil do jakéhosi soukromého tažení proti doplňkům stravy, lékárnickým tendencím doplňky stravy pacientům nabízet a postupem času v rámci toho zejména proti nabízení probiotik k antibiotické léčbě. V mnoha ohledech lze názory pana profesora označit jako podnětné (např. jistě podnítily spoustu emocí). A z jistého úhlu pohledu se opírá i o některá nepopiratelná, ač nepřijemná, fakta. Počínaje tím, že doplňky stravy jsou kategorií velmi benevolentně regulovanou, tudíž v jejich případě není spoleh ani to, že dvě šarže stejné značky budou mít obdobné složení, a konče tím, že specificky mezi probiotiky existují opravdu velké kvalitativní rozdíly, a naopak neexistují spolehlivé a vymahatelné průmyslové standardy.

Jedním dechem je ale třeba dodat, že profesorův závěr, že žádná probiotická léčba nemá v prevenci s antibiotiky asociovaného průjmu (AAD) a dost možná obecně v medicíně místo, je příliš radikální a unáhlený. Zdravému dospělému s fyziologicky fungujícím střevním mikrobiomem jen lehce zasaženým antibiotickou léčbou mohou nevhodná probiotika při léčbě antibiotiky spíše prodloužit rekonvalescenci, to je pravda. Ovšem to je očividně typ pacienta, který bude antibiotika užívat s nejmenší pravděpodobností.

Podáváme-li (funkční) probiotika, snažíme se kolonizovat tlusté střevo pacienta. Tak jako kolonizace rumunských knížectví Řeky (nebo kterákoliv jiná v lidské historii) to s sebou nese některé příznivé a některé nepříznivé účinky. Příznivé v tomto případě typicky spočívají repopulaci sliznic poškozených patogenem či antibiotikem. Nepříznivé v tom, že do složité (byť narušené) sítě vztahů střevní flóry občas přineseme další agens, což je situace, která může vést k nepředvídatelným výsledkům od nepříjemných (flatulence, perzistující průjem) po závažné (metabolický rozvrat). Jako u každé indikace jde tedy o to vážit příznivé a nepříznivé účinky. U pacientů s nezralým střevním mikrobiomem (dětí), nebo u těch s nevrátně narušeným (věkovití, trpící chronickými střevními záněty, nebo imunokompromitovaní) je podávání komerčních probiotik jistě bezpečnější a přínosnější variantou.

U jinak zdravého člověka, např. preventivně medikovaného antibiotiky kvůli zubařskému zákroku (o tom, jak moc je to správná praxe, někdy jindy) je ale fakt, že by krabička probiotik vedle té s antibiotiky neměla být vydána. Pokud se obává AAD, lze mu doporučit nějakou probiotickou potravinu, například to kysané zelí. Na takto vysloveném doporučení nevydělají ani lékaři, ani farmaceuti, ale zelináři.

Daniel CVEJN

LXX. symposium z dějin farmacie

V odpoledních hodinách soboty 24. května 2025 se v prostorách Českého farmaceutického muzea na Hospitálu Kuks konalo jubilejní LXX. symposium z dějin farmacie. Akce byla pořádána ve spolupráci Českého farmaceutického muzea (ČFM) a Sekce dějin farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP.

Více než 30 účastníků přivítala v Sálu Václava Ruska vedoucí ČFM Mgr. Ladislava Valášková, Ph.D., která vzápětí zahájila odborný program. S prvním příspěvkem **Kam zmizely dějiny farmacie?** vystoupili PhDr. Sixtus Bolom-Kotari, Ph.D., a Mgr. Jindřich Kolda, Ph.D., vyučující dějiny farmacie na královéhradecké farmaceutické fakultě. Představili posluchačům značně kritický a neveselý pohled na obor dějin farmacie v Česku. Zdůraznili absenci moderní syntézy dějin oboru, uzavřenost oboru, jenž zřídka bere v potaz aktuální trendy v historiografii. Dějiny farmacie se podle nich samy chápou jako podřízené oboru farmacie. Zastaralá a nefunkční je podle nich také koncepce dějin farmacie předkládaná Sekcí dějin farmacie ČFS. Spoluautoři poté předložili posluchačům své pojetí, které začleňuje dějiny farmacie do dějin civilizace (zkoumání léčebné péče v jednotlivých kulturách). Historie farmacie by měla být moderní a nezávislou vědou, nikoliv ve služebném či pomocném postavení vůči farmacii. Také by měla pracovat s moderními historiografickými koncepty, jako jsou healthismus, medikalizace, farmaceutizace, biopolitika apod. Mají-li se výše popsané emancipační procesy v oboru stát skutečností, je nevyhnutelné, aby dějiny farmacie nebyly provozovány jako volnočasová aktivita, ale zabývali se jimi více profesionálně připravení historici. Příspěvek vzbudil značnou pozornost, která se soustředila hlavně na informaci, že budoucnost dějin farmacie coby povinného předmětu na hradecké fakultě je aktuálně nejistá.

Druhou přednášku prezentoval doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., který se spoluautorkou PharmDr. Tünde Ambrus, Ph.D., v jejich **Příspěvků k vývoji profese lékárenských laborantů, farmaceutických laborantů a farmaceutických asistentů v ČR** zevrubně zmapoval vývoj vzdělávání a profesních kompetencí středních farmaceutických pracovníků.

Druhý blok přednášek zahájil Mgr. Ladislav Svatoš, který odprezentoval téma **Feminizace české farmacie ve 20. století**, zpracované ve spolupráci s Mgr. Ladislavou Valáškovou, Ph.D., a Mgr. Martinou Borovičkovou. Tým pracovníků Českého farmaceutického muzea představil datovou analýzu procesu feminizace ve třech aspektech – na počtech promovaných žen, zastoupení žen na pracovištích v lékárnách a konečně počtech žen v pozici majitelky či vedoucí lékárny. Přesvědčivě doložili, že již před polovinou 20. století začaly ženy mezi promovanými v českých zemích převažovat, na pracovištích pak již v 50. letech a v manažerských funkcích se prosadily v 80. letech.

V následné diskuzi byly pak zmíněny i další aspekty feminizace, např. souvislost s institucionálním rámcem (státní lékárenství proces urychluje).

Dále PharmDr. Lucie Nedopilová ve vizuálně velmi zajímavém příspěvku **II. Mezinárodní farmaceutická výstava v roce 1896 v textu a obrazech** představila poměrně známou událost v kontextu dobové výstavní praxe s mnoha detaily o organizačních úskalích této akce.

Poslední přednášku **Výstava Skryté tváře lékárny v Polné, aneb co se do knihy nevešlo** přednesl PhDr. Jan Štěpánek, Ph.D., spoluautor publikace Pod ochranou Asklépia: z historie Lékárny U Černého orla v Polné (vyšlo 2023). Prezentoval koncepci výstavy připravované na letní sezónu 2025 v Městském muzeu Polná, která představuje významné osobnosti kolem polenské historické lékárny a tamní sbírky farmaceutik.

Po skončení odborného programu si zájemci prohlédli nové instalační prvky v expozici Historie Lékáren Českého farmaceutického muzea, inovativně zpracovávající témata výzkumu, dějin farmaceutického školství, dějin a současnosti Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové a významných osobností české farmacie.

Ladislav SVATOŠ



OSVĚDČENÍ K VÝKONU LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná od 11. 7. do 2. 9. 2025

Zrušená osvědčení

- 2830/2024 Mgr. Eva Kroupová, BENU Lékárna,
Pivovarská 332, Vimperk
- 156/2024 Mgr. Markéta Černá, Lékárna NOVEA,
Bedřicha Egermanna 881, Nový Bor
- 327/2025 Mgr. Veronika Mrkosová, Lékárna Zábřdovická,
Zábřdovická 827/10, Brno
- 239/2023 Mgr. Barbora Čechová, Lékárna Benu OC Albert
Teplice, Nákladní 3201, Teplice
- 177/2025 PharmDr. Dagmar Stehlíková, BENU Lékárna
OC Kozomín, Rudolfa Diesela 277/45, Kozomín
- 2644/2024 PharmDr. Tomáš Svačina, BENU Česká republika
s. r. o., K Pérovně 945/7, Praha 10
- 163/2023 PharmDr. Tomáš Kotala, Lékárna U Kamenného
zdraví, Čelakovského 6, Plzeň
- 300/2023 PharmDr. Tomáš Kotala, Alena Kovářová,
Majakovského 8, Plzeň
- 887/2023 PharmDr. Hana Skopová Brunerová, Pilulka
Lékárna, Čs. armády 1566/2, Česká Lípa
- 888/2023 PharmDr. Hana Skopová Brunerová, Pilulka Lékárny
a. s., Českomoravská 2408/1a, Praha 9
- 989/2023 PharmDr. Jakub Káňa, Lékárna U Jednorozce,
28. října 100, Ostrava
- 995/2023 Mgr. Jitka Fialová, BENU Lékárna, V Olšínách 41,
Praha 10
- 598/2023 Mgr. Jindřich Kujíček, Dr.Max LÉKÁRNA,
Sokolská 5300, Zlín
- 62/2025 Mgr. Lubica Sobčáková, BENU Vinohradská,
Vinohradská 1117/72, Brno
- 396/2023 Mgr. Hana Mazalovská, Mgr. Hana Mazalovská,
Weisova 642, Veselí nad Lužnicí
- 901/2022 Mgr. Hana Mazalovská, Lékárna U Mat. Bož. Pom.,
nám. T. G. Masaryka 115, Veselí nad Lužnicí
- 1041/2024 Mgr. Ludmila Havrlantová, Lékárna U Nádraží,
J. V. Sládka 699, Veselí nad Lužnicí
- 1042/2024 Mgr. Ludmila Havrlantová, Mgr. Hana Mazalovská,
Weisova 642, Veselí nad Lužnicí
- 2615/2024 PharmDr. Martina Hnilová, BENU Česká republika
s. r. o., K Pérovně 945/7, Praha 10
- 134/2024 Mgr. Jana Bocková, Lékárna U sv. Ducha,
Vlachova 2, Vlachovo Březí 384 22
- 135/2024 Mgr. Jana Bocková, Lékárna u sv. Ducha
Vlachovo Březí s. r. o., Vlachova 2, Vlachovo Březí
- 2091/2024 PharmDr. Rudolf Kaleta, Lékárna nemocnice,
El. Krásnohorské 321, Frýdek-Místek
- 2092/2024 PharmDr. Rudolf Kaleta, Nemocnice ve Frýdku-
-Místku, El. Krásnohorské 321, Frýdek-Místek

- 465/2024 Mgr. Radka Skudříková, Dr.Max LÉKÁRNA,
Husovo náměstí 165, Rakovník
- 937/2023 Mgr. Michaela Bilíková, Lékárna Agel,
Nádražní 1589/29, Bruntál
- 2806/2024 Mgr. Michaela Bilíková, Repharm a. s.,
Brandlova 1243/8, Ostrava
- 184/2024 PharmDr. Simona Mrajcová, BENU Lékárna,
Vinohradská 1784/134, Praha 3
- 2574/2024 Mgr. Maroš Čupák, BENU lékárna Soběslavská,
Soběslavská 31, Praha 3
- 227/2023 Mgr. Zita Vášová, Health and Beauty shops s. r. o.,
Týnská 633/12, Praha 1
- 148/2023 Mgr. Zita Vášová, Lékárna BB Centrum,
Želetavská 5, Praha 4
- 422/2024 PharmDr. Magda Čabanová, Lékárna Poliklinika III,
třída Edvarda Beneše 1549, Hradec Králové
- 423/2024 PharmDr. Magda Čabanová, MEDIAL PHARMA
spol. s r. o., tř. E. Beneše 1549, Hradec Králové

Vydaná osvědčení pro vedoucí lékárníky

- 540/2025 Mgr. Helena Burešová, Lékárna Lemon, Slovanská
třída 27, Plzeň, Health and Beauty shops s. r. o.
- 541/2025 Mgr. Markéta Černá, BENU Lékárna, Pivovarská
332, Vimperk, BENU Česká republika s. r. o.
- 543/2025 Mgr. Marie Dvořáková, Dr.Max LÉKÁRNA,
U Pošty 14, Brno, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 544/2025 Mgr. Jitka Fialová, Lékárna BB Centrum, Želetavská
5, Praha 4, Health and Beauty shops s. r. o.
- 545/2025 PharmDr. Magdalena Gálet, Lékárna Avenir
Olomouc, Holická 1173/49A, Olomouc,
Avenir, a. s.
- 546/2025 Mgr. Ludmila Havrlantová, Lékárna U Nádraží,
J. V. Sládka 699, Veselí nad Lužnicí,
VESPHEARM s. r. o.
- 547/2025 PharmDr. Hana Kantorová, Lékárna Tišice,
Ke Křížku 510, Tišice-Chrást, ELENOR s. r. o.
- 548/2025 PharmDr. Romana Klimešová, Lékárna Poliklinika
III, třída Edvarda Beneše 1549, Hradec Králové,
MEDIAL PHARMA spol. s r. o.
- 549/2025 Mgr. Eva Kroupová, Lékárna Benu OC Albert
Teplice, Nákladní 3201, Teplice,
BENU Česká republika s. r. o.
- 550/2025 Mgr. Martina Kugelová, Dr.Max LÉKÁRNA,
Vrchlického 1977, Kladno, ČESKÁ LÉKÁRNA
HOLDING, a. s.
- 551/2025 Mgr. Hana Mazalovská, Lékárna U Mat. Bož. Pom.,
nám. T. G. Masaryka 115, Veselí nad Lužnicí,
VESPHEARM s. r. o.

553/2025	Mgr. Martina Náhlovská, Lékárna Orchidej, Želetická 19, Litoměřice, Lékárna Orchidej s. r. o.	Vinohradská 1117/72, Brno, BENU Česká republika s. r. o.
554/2025	Mgr. Milena Obertová, BENU Lékárna, Dolecká 970, Jaroměř, BENU Česká republika s. r. o.	559/2025 Mgr. Věra Wesselská, BENU Lékárna, V Olšínách 41, Praha 10, BENU Česká republika s. r. o.
555/2025	PharmDr. Jana Philippová, Lékárna Annypharm Úvaly, Husova 307, Úvaly, Annypharm Úvaly s. r. o.	648/2025 Mgr. Lenka Bendželová, Lékárna Na Kolonádě, nám. T. G. Masaryka 796/III., Poděbrady, LÉKÁRNA V ALEJI s. r. o.
557/2025	Mgr. Radomíra Svačinová, Dr. Max LÉKÁRNA, Sokolská 5300, Zlín, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.	652/2025 Mgr. Lenka Janoušková, Lékárna Ave, Dr. Martíňka 1295/2B, Ostrava, Lékárna AVE s. r. o.
558/2025	Mgr. Petra Večeřová, BENU Vinohradská, (distribuční sklad PHOENIX LV s. r. o.),	

(článek)

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

Žádné léčivo není podáváno bez rizika. Dobrá znalost léčiv a s léčivy spojených problémů (tzv. lékových problémů) umožňuje farmaceutovi rozpoznat signál potenciálního rizika a dále s ním pracovat. Podstatou vzdělávacího projektu Interaktivní dispenzační semináře je kontinuálně trénovat tuto dovednost, tj. školit farmaceuty v managementu lékových problémů. Cílem projektu je přispět k vyšší kvalitě farmaceutické péče.

1. 10. 2025 Znojmo (kód semináře: 25077)

GaP – Galerie a Prostor; Kollárova 27, od 17.30 hodin

Lékové problémy při léčbě schizofrenie

Antipsychotika a problémy při jejich maximalizaci účinku a minimalizace rizik.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

8. 10. 2025 Praha (kód semináře: 25094)

Hotel ILF, Budějovická 743/15, Praha 4, od 17.30 hodin

Problematika protizáchvatových léčiv I: Interakce

IDS se zaměří na klíčové lékové interakce protizáchvatových léčiv s důrazem na farmakokinetické a farmakodynamické mechanismy. Probereme praktické situace z klinické praxe, včetně kombinací s běžně užívanými léčivy v primární péči.

Věnovat se budeme také riziku snížené účinnosti nebo zvýšené toxicity při polyfarmakoterapii. Jedná se o tematicky vytvořený cyklus zaměřený na použití a lékové problémy spojené s protizáchvatovými léčivy. Semináře na sebe přímo nenavazují.

Lektoři: PharmDr. Marek Lapka, Ph.D., MUDr. Martin Vogner

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

9. 10. 2025 Přerov (kód semináře: 25071)

– opakování třebečského semináře ze dne 3. 4. 2025

Hotel FIT, Dvořákova 21b, od 18.00 hodin

Úvod do klinické imunologie pro farmaceuty

Seminář bude zaměřen na základní imunologické mechanismy, vymezení specifické a nespecifické imunity, dále se budeme věnovat klasifikaci a léčbě imunodeficitních stavů. V praktické části semináře se zaměříme na bakteriální lyzáty, jejich léčebný efekt, správnou indikaci, načasování jejich nasazení a kombinační režimy. Dále rozebereme imunomodulans s virostatickým efektem isoprinosin, jeho léčebný efekt a schémata dávkování, ale i jeho limity.

Lektoři: PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,
MUDr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

14. 10. 2025 Plzeň (kód semináře: 25072)

Hotel U pramenů, Na Roudné 123/212, od 17.30 hodin

Vybrané lékové problémy antibiotik

Seminář bude zaměřen na uroinfekce, zejména v primární péči. Diskutována bude problematika rezistencí a pravidla racionální ATB terapie. Dále taky ATB nejčastěji používaná u komunitních uroinfekcí, jejich farmakologické charakteristiky, nežádoucí účinky a lékové interakce.

Lektoři: Mgr. Barbora Brezinová, Ph.D.,
MUDr. Anna Šrámková, Ph.D.

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

15. 10. 2025 Praha (kód semináře: 25031)

Hotel ILF, Budějovická 743/15, Praha 4, od 17.30 hodin

Farmakoterapie v psychiatrii – X opakování pražského semináře z 25. 9. 2025

Seminář je určen farmaceutům a zaměřuje se na lékové problémy v oblasti psychiatrické farmakoterapie, s důrazem na praktické situace spojené s polyfarmacií, interakcemi a terapeutickým selháním. Program bude doplněn o teoretický přesah do psychopatologie vybraných diagnostických jednotek.

Hlavní témata:

- Polyfarmacie u pacientů s mentálním postižením a poruchou autistického spektra – rizika, preskripční zvyklosti, doporučené přístupy;
- Farmakorezistentní OCD – strategie racionalizace a možnosti terapie;

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

- Kazuistika: lékové interakce analgetik a terapeutická rizika u pacienta s Münchhausenovým syndromem.

Cílem semináře je posílit roli farmaceuta v mezioborové spolupráci a při optimalizaci psychiatrické farmakoterapie v komplexních případech.

Lektoři: PharmDr. Ivana Tašková, MUDr. Věra Šantrůčková

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

15. 10. 2025 Hradec Králové (kód semináře: 25069)

Lékárna FN, seminární místnost, Sokolská 581, od 18.00 hodin

Farmakoterapie u geriatrické populace – specifika a rizika z pohledu farmaceuta a geriatra

Seminář se zaměřuje na klíčová specifika farmakoterapie u seniorů, klade důraz na nejčastější rizikové situace – polypragmazie, zhoršené renální a jaterní funkce, geriatrické syndromy (kognitivní poruchy, pády, dehydratace) a zvýšené riziko lékových interakcí i manifestace nežádoucích účinků léčiv. Dále bude diskutováno správné vyhodnocení dávkování u rizikových léčiv (např. metformin, antikoagulantia) a zásady individualizace léčby v závislosti na stavu pacienta.

Lektoři: PharmDr. Pavlína Pastyříková, PharmDr. Petra Šubrtová, MUDr. Ing. Zdeněk Bureš, Ph.D.

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

16. 10. 2025 Olomouc (kód semináře: 25018)

LF UP Olomouc, Ústav Farmakologie – seminární místnost, Hněvotínská 3, od 16.30 hodin

Farmakoterapie psychiatrických onemocnění v kazuistikách

V rámci semináře bude v úvodu zopakován stručný přehled základních psychiatrických onemocnění a jejich léčby se zaměřením na deprese, úzkostné poruchy a schizofrenie. Následně bude na příkladech jednotlivých kazuistik podrobněji rozebírána léčba a různé aspekty farmaceutické péče u těchto pacientů. Budou diskutovány i jednotlivé lékové problémy léčiv využívajících se v těchto indikacích, a to včetně jejich managementu z pohledu farmaceuta působícího v lékárně.

Lektoři: PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D., MUDr. Radim Kubínek

Poplatek: 600 Kč, počet bodů: 16

4. 11. 2025 Opava (kód semináře: 25092)

Hotel Iberia, Pekařská 11, od 18.00 hodin

Dětská psychiatrie v kazuistikách

Na tomto IDS budou posluchači seznámeni s farmakoterapií a přístupem k léčbě nejčastějších psychiatrických poruch u dětí. Farmakoterapie bude posuzována jednak pohledem klinického farmaceuta s ohledem na farmakokinetiku, nežádoucí účinky a lékové interakce psychofarmak a lékařem s touto specializací, který doplní různé přístupy k léčbě a zaměří se na kazuistiky současných dětských a adolescentních pacientů.

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová (Klinický farmaceut SN Opava), MUDr. Jan Uhlíř (vedoucí lékař dětské psychiatrie FN Ostrava)

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

11. 11. 2025 Nový Jičín (kód semináře: 25093)

Hotel Abácie, B. Martinů 1884/1, od 18.00 hodin

Dětská psychiatrie v kazuistikách – opakování opavského semináře ze 4. 11. 2025

Na tomto IDS budou posluchači seznámeni s farmakoterapií a přístupem k léčbě nejčastějších psychiatrických poruch u dětí. Farmakoterapie bude posuzována jednak pohledem klinického farmaceuta s ohledem na farmakokinetiku, nežádoucí účinky a lékové interakce psychofarmak a lékařem s touto specializací, který doplní různé přístupy k léčbě a zaměří se na kazuistiky současných dětských a adolescentních pacientů.

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová (Klinický farmaceut SN Opava), MUDr. Jan Uhlíř (vedoucí lékař dětské psychiatrie FN Ostrava)

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

12. 11. 2025 Praha (kód semináře: 25095)

Hotel ILF, Budějovická 743/15, Praha 4, od 17.30 hodin

Problematika protizáchvatových léčiv II: Léčba u geriatrického pacienta

IDS se soustředí na specifika léčby epilepsie ve stáří s důrazem na volbu vhodného protizáchvatového léčiva, přítomnost komorbidit a riziko nežádoucích účinků. Zaměříme se na praktické aspekty péče o starší pacienty v ambulantní i lůžkové praxi a přehled aktuálních doporučení. Jedná se o tematicky vytvořený cyklus zaměřený na použití a lékové problémy spojené s léčivými. Semináře na sebe přímo nenavazují.

Lektoři: PharmDr. Marek Lapka, Ph.D., MUDr. Martin Vogner

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

12. 11. 2025 Plzeň (kód semináře: 25028)

Hotel U pramenů, Na Roudné 123/212, od 17.30 hodin

Jaterní poškození a hepatotoxicita léčiv

Tématem semináře bude problematika jaterního poškození. Úvodem se budeme zabývat patofyziologií poškození jaterních funkcí a možné etiologie akutního i chronického jaterního selhání. Vysvětleny budou laboratorní markery poškození jater a klinické příznaky. Na příkladu kazuistik pacientů, probereme management farmakoterapie jaterní cirhózy. Součástí bude řešení častých komplikací jaterní cirhózy, jako jsou portální hypertenze, krvácení z jícnových varixů, ascites, spontánní bakteriální peritonitida či jaterní encefalopatie.

Lektoři: PharmDr. Jaroslava Červeňová, Mgr. Barbora Brezinová, Ph.D., MUDr. David Maule

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 12

Pokud váháte s přihlášením na Interaktivní dispenzační seminář, podívejte se **ZDARMA** na **Záznam webinaru – Jak probíhají interaktivní dispenzační semináře – praktické ukázky**, který naleznete pod číslem 22031.

Přihlašování na: www.lekarnici.cz/webinare.

Po úspěšném vyplnění testu získáte 3 body do CV.

SEMINÁŘE

Novinky v diabetologii

Nové přístupy v léčbě diabetes mellitus (DM)

- Shrnutí aktuálních možností terapie DM z pohledu farmaceuta
- Základní antidiabetika a jejich místo v terapii, NÚ a možnosti edukace pacienta včetně dispenzačních informací v průběhu léčby
- Využití novějších skupin antidiabetik a jejich postavení v moderní terapii (analogy inkretinů, glifloziny...) s přesahem do dalších onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, obezita...)
- Inzulínoterapie a specifika různých typů inzulínu a lékových aplikačních forem
- Potenciálně využitelné přístupy v léčbě DM ve fázi klinických zkoušení
- Nové poznatky v roli metabolismu jater a pankreatu při patogenezi DM
- Problematika selfmonitoringu pacientů s DM (kontinuální měření glykémie, systémy monitoringu)
- Ukázky základů manipulace s inzulínovými pery, základy edukace pacienta v terapii DM a inzulínoterapii

Číslo akce	Datum	Město	Místo konání
25019	10. 11. 2025	Ústí nad Labem	Clarion Congress Hotel, Špitálské náměstí 3517
25020	8. 12. 2025	Jihlava	Hotel Villa EDEN, 17. listopadu 8

Přednášející: MUDr. Marta Klementová,
PharmDr. Marek Lžičař

Čas: vždy od 17.30 do 20.30 hodin

Poplatek: 500 Kč, počet bodů: 8

Krajská setkání lékárníků OS 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 přijdete předat své zkušenosti s elektronizací zdravotnictví, celoživotním vzděláváním,

rolí 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 krajské setkání ve Zlíně.

Těšíme se 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

Číslo akce	Datum	Město	Místo konání
25051	1. 10. 2025	Zlín	Interhotel Zlín, náměstí Práce 2512

Aktuální legislativa pro farmaceuty

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

Číslo akce	Datum	Město	Místo konání
25081	8. 12. 2025	Brno	Hotel Continental, Kounicova 680/6
25082	9. 12. 2025	České Budějovice	Hotel Budweis, Mlýnská 6
25083	10. 12. 2025	Plzeň	Hotel Primavera, Nepomucká 1058/128
25084	16. 12. 2025	Praha	Hotel ILF, Budějovická 743/15

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

Čas: vždy od 18.00 do 21.00 hodin

Akce je ohodnocena 8 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.

Hlavním partnerem seminářů je společnost
AbbVie s. r. o.

abbvie

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

GARANTOVANÉ KURZY ČLnK

Léčivé rostliny

Garantovaný kurz s tematikou léčivých rostlin má za cíl rozšířit nabídku garantovaných vzdělávacích aktivit ČLnK pro farmaceuty se zájmem o rozšiřování svých odborných znalostí v oboru. Lékárník má ve skupině zdravotnických pracovníků ojedinělé vzdělání v oboru farmakognosie, které může uplatňovat v každodenní dispenzační praxi. Pacienti by tak na úrovni zdravotnického zařízení, lékárny, měli mít možnost získat relevantní informace o látkách přírodního původu odpovídající současnému stavu EBM informací a personalizované ke konkrétní osobě pacienta.

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

**Datum a čas: pátek, 28. 11. 2025, 9.00–18.00 hodin,
sobota, 29. 11. 2025, 9.00–15.00 hodin**

**Místo konání: Hotel ILF, Budějovická 743/15,
konferenční místnost č. 8**

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

Kód kurzu: 25047, poplatek: 3 000 Kč, počet bodů: 33

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



WEBINÁŘE

Onemocnění nosu

Webinář se věnuje onemocněním nosní dutiny a vedlejších nosních dutin se zaměřením na jejich klinické příznaky, vyšetřovací metody, diferenciální diagnostiku a možnosti léčby, včetně farmakoterapie. Součástí přednášky je i přehled anatomie a fyziologie nosu a vedlejších nosních dutin a přehled nejčastějších onemocnění v dané lokalitě.

Datum a čas: 21. 10. 2025, 20.00–21.30 hodin

Místo konání: online

Přednášející: MUDr. Pavel Střihavka,
primář Oddělení otorinolaryngologie
a chirurgie hlavy a krku
Nemocnice České Budějovice, a. s.

Poplatek: zdarma, počet bodů: 3 po splnění testu

Kód semináře: 25079

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



PŘEDSTAVUJEME VZDĚLÁVACÍ AKCE ČLnK

Garantovaný kurz Léčivé rostliny

V seznamu garantovaných kurzů České lékárnické komory je od roku 2022 zařazen i kurz s tematikou léčivých rostlin. Tradičně probíhá ve dvou termínech za rok s konáním v Praze a Brně. Základní myšlenkou pro vznik kurzu byla a stále je snaha poskytnout farmaceutům rozšířené informace o léčivých rostlinách, které mohou aktivně využívat ve své klinické praxi. Nárůst nově publikovaných informací a vstup nových exotických léčivých rostlin na náš trh kladou zvýšené nároky na aktualizaci poznatků a správnost informací ve zdravotnickém kontextu. Farmaceuti jsou v oblasti léčivých rostlin nejvíce vzdělanými zdravotníky a mohou své vědomosti propojovat s personalizovanými potřebami pacientů v každodenní dispenzační praxi. GK Léčivé rostliny jim v tom má být nápomocen jako vzdělávací platforma v této oblasti.

Struktura přednášek byla zvolena s důrazem na aktualizaci údajů o jednotlivých rostlinách tak, aby vznikly ucelené monografie zahrnující hlavní obsahové látky a jejich farmakologické účinky, využití rostlin založené na evidence based informacích s odkazem na klinické studie, vhodné dávkování, potenciální lékové interakce, kontraindikace či využití při těhotenství a kojení. Rostliny jsou zařazeny do jednotlivých farmakoterapeutických skupin a navazující kasuistiky mohou účastníci kurzu vypracovat s jednotlivými lektory.

Kurz je realizován pod záštitou Sekce přírodních léčiv ČFS ČLS JEP z. s., a rád bych při této příležitosti velmi poděkoval lektorům, kteří kurz nyní připravují. Jejich pohled na kurz si můžete přečíst na následujících řádcích. Poděkování patří i dalším lektorkám, které na kurzu v jeho počátcích přednášely, PharmDr. Janě Karlíčkové, doc. Lence Tůmové a Mgr. Karolíně Romáškové. Poděkování patří i Mgr. MUDr. Jaroslavu Maršíkovi za zpracování legislativních otázek.

Přeji kurzu řadu spokojených účastníků, kteří budou moci díky rozšířeným znalostem konzultovat problematiku léčivých rostlin s pacienty a dalšími zdravotníky a budou tak mít možnost v praxi šířit přidanou hodnotu konzultace s lékárníkem ve prospěch zdraví lidí ve svém okolí.

PharmDr. Jaroslav PEČ, Ph.D.

...pohledem PharmDr. Alice Sychrové, Ph.D.

K roli lektorky v garantovaném kurzu „Léčivé rostliny“ jsem se dostala během mateřské dovolené. Kurz se mi stal srdeční záležitostí díky skvělé zpětné vazbě účastníků, kteří oceňují prakticky využitelné a aktuální informace.

Mým hlavním tématem je využití rostlinných přípravků v terapii respiračních infekcí. Přednáším přehled drog vhodných při kašli (bronchodilatancia, spasmolytika, mucilaginóza, expektorancia), jejich účinky, kontraindikace i specifika použití v pediatrii. Věnuji se také rostlinným antiinfektivům a na příkladu *Pelargonium sidoides* vysvětluji, proč domácí tinktury



PharmDr. Alice Sychrová

nemohou nahradit standardizované extrakty. Velký ohlas má část věnovaná inhalacím esenciálních olejů – moderní, ale i rizikové metodě, která vyvolává živou diskusi. Zabývám se i imunomodulancí (zejména betaglukany), kde upozorňuji na kvalitativní kritéria, kombinace s vitamíny a dalšími látkami, a jejich použití například u onkologických pacientů. V závěru bořím některé přetrvávající mýty, zejména kolem třapatkovek.

Letos jsem nově přednášela o adaptogenech, které obecně zvyšují odolnost organismu vůči stresu a pomáhají obnovovat rovnováhu při chronickém zatížení. Posлуhači měli možnost seznámit se s méně známými rostlinnými drogami, u kterých jsem zdůraznila i jejich roli v terapii respiračních infekcí a metabolického syndromu. Dále jsem v rámci prevence civilizačních onemocnění představila rostliny s antidiabetickou aktivitou. Upozornila jsem na rizika jejich souběžného užívání s perorálními antidiabetiky a přednášku doplnila několika kasuistikami, které ilustrují reálné přínosy i možná úskalí této fytoterapie.

Přednášky neustále aktualizuji – sleduji novinky na trhu, trendy na sociálních sítích i doporučení odborných společností a promítám do nich nejen odborné znalosti, ale i zkušenosti z každodenního života s malými dětmi. Mým cílem je nabídnout lékárníkům srozumitelné a použitelné informace podložené důkazy, které jim usnadní práci v praxi.

...pohledem PharmDr. Jana Martina, Ph.D.

Když jsem v roce 2017 otevíral bylinkovou poradnu v Hradci Králové, musel jsem značně přehodnotit svůj přístup k farmakologii a fytoterapii. Ukázalo se, že ne všechny teoretické znalosti jsou uplatnitelné v praxi. Právě zkušenosti z bylinkové poradny se snažím účastníkům kurzu předat a tím je připravit na jejich budoucí hlavní roli – roli poradenskou.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Týká se to zejména dávkování jednotlivých rostlinných drog, kdy doporučená dávkování léčivých rostlin a bylinných přípravků (povětšinou dostupných jen jako doplňky stravy) je na samé dolní hranici účinnosti, často i hluboko pod ní, a nekorresponduje ani s tradičním dávkováním užívaným v minulosti, ani s moderními klinickými daty.

V rámci Garantovaného kurzu přednáším o použití přírodních látek na nemoci nervového a urogenitálního systému, což jsou vděčná a populární témata, při kterých lze účastníky nejen vzdělávat, ale i pobavit. Myslím, že právě to odlehčení výuky oceňují posluchači nejvíce, protože při dlouhém dvoudenním kurzu trpí zejména dvě části organismu: mozek (můj druhý nejoblíbenější orgán) a hýžďové svalstvo. Pokud jste ještě Garantovaný kurz nenavštívili, neváhejte, za ty drobné otlačení a ztuhlé svaly to rozhodně stojí!

...pohledem prof. PharmDr. Karla Šmejkal, Ph.D.

Studiu farmakognozie a její výuce se na Farmaceutické fakultě věnuji už více než 20 let. Prošel jsem tak všechny její úrovně od práce v laboratoři, přes vedení praktických cvičení až po přednášení. Na fakultě se snažíme studentům zprostředkovat různé pohledy a zákoutí vědy o léčivých rostlinách a přírodních látkách. Protože jsou léčivé rostliny často používány jako populární alternativa ke klasické farmakoterapii, považuji kontinuální vzdělávání v této oblasti za velmi důležité, a praktující lékárníci by měli mít dostatečné kompetence pro zprostředkování fytoterapeutických informací pacientům. Osobně považuji za velmi potěšující neutuchající zájem lékárníků o kurz, který, jak doufám, tyto znalosti prohlubuje.



V rámci Garantovaného kurzu se věnuji kapitolám týkajícím se bolesti a zánětu a také problémům spojeným s onemocněním kardiovaskulárního systému. Obě problematiky jsou aktuální, tak jak naše populace celkově stárne, kardiovaskulární systém slábne, přidávají se s věkem spojené chronické záněty a jako takové pacienti nás všechno postupně bolí. Léčivé rostliny z rukou lékárníka, proto správně aplikované a ve správných dávkách, mohou v těchto případech uvedené problémy mírnit a umožnit kvalitní život.



Byliny jako efektivní alternativa k terapii

Přiznávám bez mučení, že je můj vztah k Brnu stále zatížen folklorními stereotypy. Jsem rodák ze Sudet, který pár desítek let žil v samém srdci pragocentrismu několik metrů od Karlova mostu. Ani mnohá natáčení v brněnských, vysoce hightech campusech, ani příbuzenství s neznámějším brněnským rektorem nepomohlo. Brno pro mě asi už navěky zůstane Zlatá loď plná krásných děvčat, kterým sluší tanec, zpěv, pestrobarevné kroje a košíky právě nasbíraných BYLIN.

S takovými očekáváními jsem do Brna přijel na garantovaný kurs ČLnK Léčivé rostliny. Protože na předcházejících stránkách získáte podrobnou představu o programu a smyslu kursu, soustředím se na své dojmy a postřehy. Popovídal jsem si taky s několika zajímavými účastníky kurzu a jako vždy jsem se snažil nechodit nevšímavě kolem horké kaše.



PharmDr. Jan Martin

lékárně jsem ještě míchal čaje,“ vzpomínal profesor Šmejkal. „Ale to je asi už minulost. Jak je dnešní doba taková instantní, většina věcí se připravuje dopředu. Ale ve spoustě případů to není špatné, zvláště, když se používají přípravky, extrakty, které jsou standardizované a přesně definované. To přináší výhodu, že terapie je pak lépe nastavitelná a celý systém funguje dobře.“

Všechny prezentace na mě působily velmi kompaktně, vše do sebe zapadalo, nic tam nebylo náhodou. V bloku doktorky Alice Sychrové se kromě jiného řešily kazuistiky a také rady, jak poskytovat poradenství, například internetové, kde na pacienta nevidíte, neznáte ho. Jak se vyznat v nic neříkajících marketingových výrazech, například slova jako „silný“, která o konkrétním nabízeném přípravku neříkají nic přesného, jen mají působit na psychiku potenciálního zákazníka.

„Obecně se radit nedá, když mám pacienta, je pro mě vždy individuální, musím vzít v úvahu anamnézu, jaké bere léky, nedá se to absolutně zobecnit,“ svěřila se PharmDr. Alice Sychrová. *„V lékárně na to není moc čas, ale při domácím poradenství je víc možností o pacientovi přemýšlet, doptat se, dokonzultovat, přemýšlet o kombinacích. Já vidím budoucnost farmacie v konzultační činnosti. Na ostatní budou nebo už jsou roboti.“*

Nejen v této části kurzu se hodně diskutovalo. Například o tom, kudy vede hranice. Kdy doporučit jako léčbu léčivé rostliny a kdy je třeba už nějaký silnější lék s rychlejšími nebo razantnějšími účinky. *„Když budete používat česnek po 12 týdňů, poklesne glykémie cca o 11 %, to je ověřitelné číslo, je to hodnota, která je tělu dobře snesitelná. Takhle působí rostliny, nějakou racionální dávkou znormalizujete stav, pokud je to možné... Pokud budete mít člověka, který si ráno a večer píchá inzulín, tak bych do toho už nešla. Rostliny obecně působí pomaleji.“* Uvedla kromě jiného doktorka Sychrová.

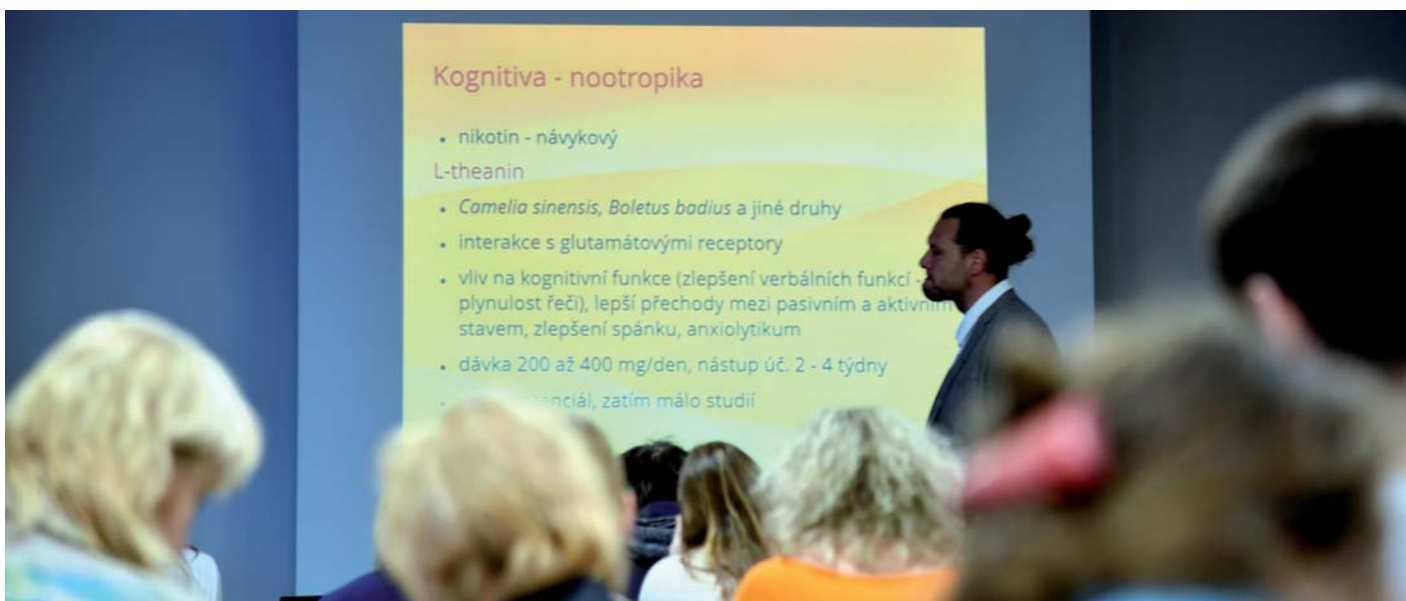
Auditorium ani nedutalo u prezentace PharmDr. Jana Martina na téma *Nervový systém*. Jistě to bylo výrazným přednesem, ale určitě také zvoleným tématem, protože rostlinná hypnotika, sedativa, psychostimulancia, antidepressiva, nootropika, včetně těch nelegálně nebo nesprávně používaných, v tom si každý

Pokračování na další straně



Stejně jako můj úvodní stereotyp o Brně, existují i mylné představy, že věnovat se bylinám znamená být jednou nohou mezi čarodějnicemi, propadnout magii a ezo světu. Zeptal jsem se profesora Karla Šmejkal, jestli tajemné světy kouzel nějak zasáhly do obsahu kurzu. *„Snažíme se „ezo“ odstranit, aby to, co se tady prezentuje, byly opravdu jen evidence base věci... Pokud se nepletu, nemáme v celém kurzu nic takového, co by bylo mimo evidence base medicínu, nemůžeme sice říct, že by všude a u všeho proběhly úplně perfektní klinické zkoušky, že by vše bylo ověřeno, ale snažíme se informace čerpat ze zdrojů, které takové jsou. Máme vybraná atraktivní témata, bolest, zánět, imunomodulace, patogeny, bakteriální terapie, nemoci z nachlazení... I samoléčba může dobře fungovat, když se dobře nastaví.“*

Komu to věk dovolil, rád vzpomínal na doby, kdy se v lékárnách připravovaly individuální čajové směsi z bylin, různé bylinné masti a tinktury. Když na to přišla řeč, všem se rozzářily oči, jako by vzpomínali na Vánoce v dětství. Zřejmě v tom bylo cosi tvůrčího, snad až kulinářského a kouzelného. *„V mé první*



Pokračování z předchozí strany

najde to své, co ho zajímá. Na většině kvalitních kurzů zazní informace, které by neměly opustit přednáškovou místnost, tak i zde se účastníci dozvěděli o tom, kde a k čemu se jaké rostliny zneužívají a co „právě letí“.

O přestávkách jsem si povídal s účastníky, například s lékárníci z řetězcové lékárny v Novém Městě na Moravě. Ta má pocit, že bylinky jsou dneska v lékárnách opomíjené. „V dnešní době si člověk radši vezme léky jako ozempic, místo toho, aby změnil životní styl...“ Když jsem se zeptal, co aktuálně z bylin v lékárně mají, popsala to slovy: „U nás jsou spíš předpřipravené mixy, hotové preparáty, nějaké čaje, nic víc. Je to škoda samozřejmě. Spousta věcí se řeší pomocí léků, ale bylinky by také pomohly. Odklon od bylin mě mrzí. Zrovna jsme si říkali s kolegyní, že pak si spíš někteří doma sušíme různé mateřídoušky apod., lékárna z toho vypadává, což mi přijde škoda.“

Jedním z neaktivnějších účastníků a diskutérů na kurzu byl PharmDr. Filip Bařinka, původem z Kroměříže, teď v lékárně v Jaroměři.

„Už na fakultě jsem byl nadšený z bylin, hrozně mě to bavilo. Říkal jsem si, že to je moc zajímavá část studia i historicky, vědět, z čeho farmacie pochází. Okolo sebe vnímám, že je pořád větší a větší zájem o fytoterapii, o léčivé rostliny. Jako lékárníci máme



PharmDr. Karel Šmejkal a PharmDr. Alice Sychrová

obrovskou výhodou, že to studujeme na vysoké odborné úrovni, proto bych byl hrozně nerad, kdyby se toho ostatní lékárníci vzdali, protože bylinky do lékárny patří.“



PharmDr. Karel Šmejkal

Ale pytle s bylinami z lékáren zmizely...

„Ano ano, to je pravda, dnes nám o tom vyprávějí jenom pamětníci... Ale asi není na škodu, že chodí ty centrálně připravované čaje atd. Jsem vždycky rád, když se objeví po nějaké době nový, opravdu registrovaný léčivý přípravek, má vymezené indikace, lékárník je člověk, který tomu opravdu nejvíc rozumí, protože se tím zabývá. Je to něco, čeho bychom mohli hrozně moc využít, rozhodně víc než dneska.“

Uměl byste pořád namíchat nějakou individuální směs?

„Určitě, já třeba vycházím ze starých preskripcí, co mám po dědečkovi a babičce, a podle nich si míchám čaje. Oni byli lékaři, ale měli právě tady ty preskripcce a z nich předepisovali čaje, směsi, co pak v lékárnách míchali. Občas vycházím z tohoto, nebo vycházím z toho, co znám a co jsem se naučil, takže si občas něco připravím pro sebe nebo rodinu.“

Jaká je vaše bylina?

„Moje bylina... Mám hrozně rád rozmarýn a dobromysl, mají hodně využití, rozmarýn i externě, je skvělý i pro kardio-vasculární zdraví. Co nesmí chybět, je heřmánek, to je základ

na vnitřní a vnější použití, řepík je taky výborný a docela přehlížen je sléz, to jsou moje nej byliny.“

Co říkáte, že se tady na semináři dneska připomínají spíš jiné, méně známé byliny, je to dobře?

„Je to hodně zajímavé, co jsem tak i během svého vlastního bádání zjistil a v čem se tady shodujeme, že mnohé jde mimo lékárny a já bych to do lékárny vrátil. Znáám spoustu lidí z lékárny, co třeba ten andrographis vůbec neznali, ale internet je ho plný. Je určitě dobře, že se tady učíme nové věci, o které je očividně obrovský zájem, ale my jsme to třeba během studia vůbec neprobírali...“

Jak tak sepisují své poznámky ke kurzu Léčivé rostliny s poměrně velkým časovým odstupem, prohlížím fotky a prezentace, musím zpětně říct, že bych ho hned rád navštívil znovu.

Česká lékárnická komora ho bude zase nabízet, tak si ho hlídáme, bez ohledu na body a povinné vzdělávání, se tam třeba potkáme. Kacířská myšlenka na závěr: Kdyby se takový kurs otevřel široké veřejnosti, včetně té nezdavotnické, mohl by vyprodávat stadiony.

Ale solidní shrnutí nechávám na závěr povolanejších. Profesor Karel Šmejkal charakterizuje smysl kurzu takto: „Chceme, aby kurz přiblížil fytoterapii a léčivé rostliny lékárníkům. Osvěta v této oblasti je velmi důležitá. Snažíme se kurz koncipovat tak, aby přinesl nejenom klinické informace a další znalosti léčivých rostlin. Doufáme, že přispěje k tomu, že se léčivé rostliny v různých podobách budou víc používat a budou efektivní alternativou ve standardní terapii.“

Zdeněk POKORNÝ

PRÁVNÍ PORADNA

Chtěla bych se vás zeptat, jakým způsobem má lékárník postupovat v případě, že má podezření z možného zneužívání léčivých přípravků lékařem ve smyslu jejich nadměrné preskripce pacientům? Existuje nějaký oficiální postup, kam se toto podezření může nahlásit? Může být lékárna případně i nějak postihovaná v případě, že podezření má, předepisované léky, u kterých má podezření pacientům nevydává, ale situaci nikde nenahlásí? Vyplývá z nějakého zákona či vyhlášky povinnost lékárny takové případy oznamovat?

To je poměrně častý dotaz. Obecně správná odpověď není. Musíte posuzovat každý jeden případ receptu, který se vám dostane do ruky, a můžete při tom samozřejmě brát do úvahy i informace, které už o lékaři a jeho preskripci máte. Na druhou stranu nejste povinna si vést nějakou evidenci o preskripci lékaře nebo o jeho výdejích jednotlivým pacientům. Platí, že při podezření na zneužití přípravku můžete výdej odepřít. Nahlásit to ale nikam nesmíte, protože máte povinnou mlčenlivost. Pánem preskripce je lékař a je jeho odpovědností, jak se při tom chová. Vy jste bohužel v roli tichého diváka, který se jen může odmítnout podílet na výdejích, které zjevně nejsou odůvodněny terapeuticky, ale vedou ke zneužívání. Pouze v případech naprostých excesů, při kterých už by šlo o taková množství, že by zjevně šlo nikoliv o zneužívání jednotlivými pacienty, ale o získávání přípravků s návykovými látkami za účelem dalšího obchodování, si dovedu představit, že by jednání lékaře nebylo považováno za poskytování zdravotních služeb a nevztahovala by se na něj povinná mlčenlivost. Pak by se s určitou mírou spornosti dala věc oznámit na policii.

Mohl byste mi prosím poradit, jak má lékárník postupovat při výdeji vícepoložkového ručně psaného lékařského předpisu vystaveného v jiném členském státě EU? Měl jsem za to, že lékárna pořídí tolik kopií receptu, kolik různých druhů léčivých přípravků na receptu je a vydá je jako X samostatných výdejů. Myšlenka vydat přeshraniční ručně psaný vícepoložkový recept jako několik jednotlivých výpisů pramení z toho, že výdejní

program, který v lékárně používáme, neumožňuje výdej více než jedné položky na klasický ručně psaný recept. Kolegyně mě konfrontovala s tím, že výdej přeshraničního receptu se vždy řídí pravidly státu, ve kterém je recept vydáván. To by v praxi znamenalo, že by papírové recepty vystavené v jiných státech EU, kde legislativa umožňuje napsat recept vícepoložkový, nebylo možné v ČR vůbec vydávat. Zahraniční lékař přece nemůže dopředu vědět, v jakém státě bude pacient lék vyzvedávat, aby svojí preskripci mohl dle toho upravit. Závěrem bych dodal, že jsem se jako první obrátil s tímto dotazem na SÚKL na linku eReceptu a tam mi bylo k mému zklamání sděleno, že zajišťují pouze eRecept, a že se mám se svým dotazem obrátit na ČLnK.

Ono je to s tou úctou k pravidlům členského státu původu receptu složitější, protože některá pravidla SÚKL ctí (např. počet položek odlišný od počtu v ČR) a jiná ne (typicky delší dobu platnosti v jiném členském státě než našich 14 dnů). Takže bych se příliš neobával toho, že by Vás SÚKL stíhal za to, že jste vydal na vícepoložkový listinný recept z jiného členského státu.

Pokud lékárník nemá všechny položky skladem, vystavení výpisu má smysl. I když i v tomto případě bych se nezdráhal postupovat bez výpisu, pokud bych byl s pacientem domluven, že si i zbylou část balení vyzvedne u mě a stihne to v době platnosti receptu. Šlo by o obdobnou situaci jako u rozloženého výdeje na opiátový recept, u něhož výpis ani vystavit nelze. Výpis bych vystavil, jen když by to bylo vhodné či rozumné, protože by pacient chtěl zbytek vyzvednout jinde nebo si nebyl jistý tím, že přijde opět do mé lékárny.

Čili pokud jde o vícepoložkový zahraniční recept a vydávám pacientovi vše, není žádný důvod k vystavování výpisů. Byt mi lékárenský informační systém (LIS) umožní evidovat výdeje po jednotlivých položkách. Ke všem těmto v LIS jednotlivě evidovaným výdejům se bude vztahovat jeden listinný vícepoložkový recept.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

MAGISTRALITER OKÉNKO

Tři roky s elektronickým receptářem individuálně připravovaných léčivých přípravků (IPLP)

iplprecept.cz

Od spuštění elektronického receptáře IPLP uplynuly 11. 6. 2025 přesně tři roky. Za vznik receptáře vděčíme hlavně **PharmDr. Sylvě Klovrzové, Ph.D.**, která dokázala oslovit a spojit ty správné lidi z nemocničních lékáren a soustředěných příprav, zapálené pro magistraliter přípravu. Receptář nejdříve obsahoval hlavně magistraliter přípravky, jimiž dokážeme nahradit nedostupné HVLP a časem se rozšířil o oficiální receptury z Českého lékopisu nebo Německého kodexu NRF a další nejběžnější receptury připravované v lékárnách. Nyní má IPLP receptář **249 receptur** a stále se pracuje na nových.

Co vše IPLP receptář nabízí?

Součástí každé receptury je přesné složení přípravku, vzhled přípravku, postup přípravy, doporučený obal, doba použitelnosti, teplota uchování, úhrada pojišťovny, indikační skupina, nový režim výdeje a u nebezpečných látek také doporučení vhodného pracovního prostoru a osobních ochranných pomůcek.

V receptáři lze vyhledávat pomocí obsažené účinné látky, názvu HVLP, dle lékové formy nebo indikační skupiny.

U všech receptur je možné si **zdarma stáhnout technologický předpis** pro přípravu v lékárně. Lékaři pak mají k dispozici rozpis receptu, který lze zkopírovat do lékařského softwaru.

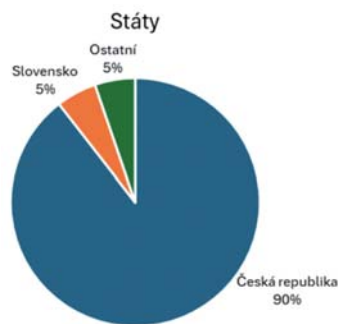
Tabulka na str. 27 ukazuje nejčastěji navštěvované receptury.

Co se ne/událo za poslední rok?

- Správa webu přešla pod **Českou lékárnickou komoru**.
- Doplnily se nové záložky: **O nás, Novinky a Nápověda**
- U receptur byly přidány informace **o režimu výdeje** (výdej na recept, volný prodej) a **bezpečnostní pokyny** pro přípravu z hlediska CRM rizik (karcinogenní, mutagenní nebo toxické pro reprodukci)

Ještě pár zajímavých grafů na závěr:

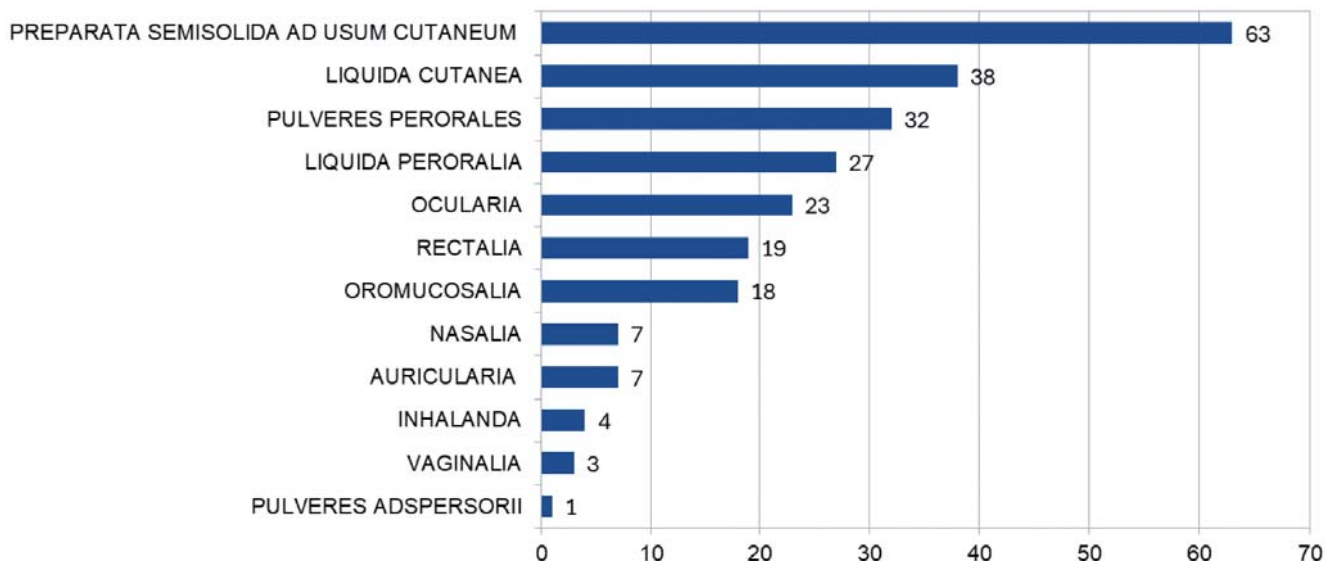
Demografické informace o uživatelích receptáře.



Město	Počet uživatelů
Praha	20982
Brno	5726
Ostrava	2363
Kladno	2037
Bratislava	1169
Hradec Králové	844
Olomouc	746
Pízeň	733
České Budějovice	545
Pardubice	379
Ústí nad Labem	389
Liberec	344
Zlín	312
Karlovy Vary	290
Opava	253

Z grafu je vidět, že se v poslední době zvýšil počet uživatelů z jiných států, hlavně ze Slovenska. Nejvíce návštěv je z velkých měst jako je Praha, Brno nebo Ostrava.

ZASTOUPENÍ JEDNOTLIVÝCH LÉKOVÝCH FOREM



Název receptury	Počet zhlédnutí
Krém s ciklopiroxolaminem 1% 20 g	4385
Kapky s neomycinem 10 g	4176
Čípky s dexamethasonem dětské 10 mg 10 sup	4162
Roztok s ciklopiroxolaminem 1% 20 g	3477
Mast s mupirocinem 2 % 15g	3238
Nosní kapky se septonexem, neomycinem, xylometazolinem a dexamethasonem 10 g	3135
Mast s neomycinem a bacitracinem 10 g	2724
Čípky s thiethylperazinem 6,5 mg 10 sup	2083
Emulgel s lidokainem 5% 100 g	1916
Čípky s domperidonem 30 mg 10 sup	1903
Roztok s lidokainem 2% a dexamethasonem 0,03% viskózní 50 g	1864
Suspenze s nystatinem glycerolová 50000 IU/g 20 g	1816
Emulze s klindamycinem 1% 50 g	1711
Krém s dexamethasonem 0,01 % v ambidermanu 100 g	1699
Gel s gentamicinem 0,1 % 100 g	1696
Šampon s ichthamolem 3% 100 g	1663
Čípky s bismutem, cinchokainem a karmelosou	1650
Suspenze s nystatinem pro novorozence 100 000 IU/g	1600

Snímek přehledu, kdy bylo nejvíce přihlášení v jeden den:



17.12.2022 – 330 uživatelů
320 nových uživatelů
240 přes mobil
Instagram
Čípky s ibuprofenem

4.6.2024 – 378 uživatelů
294 nových uživatelů
228 přes mobil
Facebook
Slovensko 213

V grafu jsou vidět dva píky, které lze vysvětlit sdílením odkazu na sociálních sítích, konkrétně Instagramu při výpadku ibuprofenu a druhý na Facebooku mezi slovenskými uživateli.

lékařům předepisování IPLP receptů. Uvítáme, když o jeho výhodách budete nadále informovat odborníky z řad farmaceutů i lékařů.

IPLP receptář usnadňuje práci při magistraliter přípravě, sjednocuje postupy dle správné lékárenské praxe a usnadňuje

**Mgr. Daniela HARAPÁTOVÁ,
Nemocniční lékárna FN Bulovka, Praha**

VĚDECKÉ OKÉNKO

Novinky ve světě vědy

1) Remimazolam-ketaminová analgosedace jako alternativa k běžné nebo celkové anestézii u pulzní ablace fibrilace síní: studie COOPERATIVE-PFA

Pulzní ablace fibrilace síní (PFA) se rychle stává preferovanou metodou katetrizační léčby u pacientů se symptomatickou fibrilací síní (AF), především díky své selektivitě vůči srdeční tkáni a nižšímu riziku komplikací ve srovnání s termickými metodami. Na druhou stranu silná bolestivost pulzní stimulace činí, zejména při unipolárním nastavení, zajištění adekvátní sedace a analgezie klíčovými faktory bezpečnosti a komfortu pacienta i personálu. Běžně používaná hluboká analgosedace (DAS) s bolusovým podáním propofolu a opioidů, nebo celková intravenózní anestézie (TIVA), mohou být zatíženy vysokým výskytem nežádoucích účinků, zejména hypoxémie a hypotenze.

Studie COOPERATIVE-PFA měla za cíl porovnat tři různé režimy analgosedace při PFA: (1) běžnou propofol-opioidní DAS (rameno P), (2) optimalizovanou DAS s kontinuálním podáním remimazolamu a bolusy ketaminu (rameno R), a (3) TIVA s propofol-opioidní kombinací a zajištěnými dýchacími cestami (rameno TIVA).

Primárním cílem bylo zhodnotit výskyt klinicky významných nežádoucích událostí (hypoxémie, hypotenze, hypertenze), které vyžadovaly zásah nebo přerušování výkonu.

Metodika

Jednalo se o prospektivní, randomizovanou, tříramennou, paralelní a jednocentrickou studii provedenou ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. Celkem bylo zařazeno 127 pacientů s indikací k PFA, kteří byli rovnoměrně randomizováni do tří ramen. Všichni pacienti byli hospitalizováni den před výkonem a podstoupili screening na syndrom spánkové apnoe, který byl hlavním vylučovacím kritériem.

Výkony byly provedeny systémem FARAPULSE, podle aktuálních doporučení, s použitím echokardiografického navádění a standardní katetrizační techniky. Během výkonu byly sledovány vitální funkce, hloubka sedace (pomocí BIS) a zaznamenány všechny intervence nutné k udržení stability pacienta.

Výsledky

Ve skupině P došlo k výskytu primárního endpointu u 85,7 % pacientů, zatímco v rameni R pouze u 27,9 % a v rameni TIVA u 66,7 % ($p < 0,001$). Výskyt hypoxémie byl extrémně vysoký v rameni P (85,7 %), ale výrazně nižší v rameni R (14,0 %) a TIVA (7,1 %). Hypotenze byla nejčastější v rameni TIVA (66,7 %) oproti R (18,6 %) a P (23,8 %). Hypertenzní epizody byly vzácné a bez rozdílu mezi skupinami.

Celková doba výkonu se mezi skupinami nelišila. Nejnižší BIS hodnoty byly zaznamenány v rameni TIVA, což odráží hlubší

úroveň sedace. Z pohledu operátorů bylo nejlepší hodnocení kvality sedace dosaženo u pacientů v rameni TIVA, zatímco z pohledu anesteziologů bylo nejspolehlivější dosáhnout adekvátní sedace v rameni P.

Závažné nežádoucí příhody byly vzácné (2 případy v rameni TIVA), ostatní komplikace (např. AV fistula, agitace po ketaminu) se vyskytly napříč skupinami, ale byly řešeny konzervativně.

Interpretace ze strany autorů

Remimazolam-ketaminová analgosedace představuje efektivnější a bezpečnější alternativu k běžně používané propofol-opioidní DAS i k celkové intravenózní anestézii při PFA. Umožňuje snížení výskytu hypoxémie a hypotenze a současně udržuje dobrou toleranci výkonu bez nutnosti invazivního zajištění dýchacích cest. Pro bezpečnost výkonu však i nadále zůstává nezbytná přítomnost kvalifikovaného anesteziologického týmu (1).

2) Dušnost u akutně nemocných dospělých pacientů na umělé plicní ventilaci: výzva pro intenzivní péči

Dušnost (dyspnoe) patří mezi nejvíce zatěžující subjektivní symptomy, které pacienti mohou zažít. V prostředí intenzivní péče, zejména u pacientů na invazivní mechanické ventilaci, je výskyt dušnosti podceňovaný a často přehlížený. Přitom dušnost může být stejně, ne-li více, tíživá než bolest, neboť je spojena s primitivními reakcemi a úzkostí ze smrti. Studie ukazují, že 30–50 % pacientů na mechanické ventilaci zažívá střední až vysokou míru dušnosti, často bez adekvátního rozpoznání a léčby.

Cílem konsenzuálního stanoviska ERS/ESICM bylo komplexně zhodnotit výskyt, význam, detekci a možnosti léčby dušnosti u akutně nemocných pacientů vyžadujících mechanickou ventilaci a upozornit na potřebu jejího systematického hodnocení podobně, jako je tomu u bolesti.

Metodika

Na vypracování stanoviska se podílela multidisciplinární pracovní skupina Evropské respirační společnosti (ERS) a Evropské společnosti intenzivní medicíny (ESICM), která definovala šest klíčových témat:

- definice a konceptuální rámec dušnosti,
- patofyziologie dušnosti,
- výskyt a závažnost dušnosti,
- zkušenosti pacientů s dušností,
- detekční nástroje pro komunikativní i nekomunikativní pacienty,
- dostupné a perspektivní strategie léčby.

Tým čerpal z odborné literatury a patientských výpovědí a výstupy prošly konsenzuálním schvalovacím procesem.

Výsledky

Pracovní skupina navrhla rozšířenou definici dušnosti jako „symptom vyjadřující znepokojivý nebo stresující zážitek

spojený s uvědoměním si dýchání“. Zdůrazňuje, že dušnost není jen fyziologický jev, ale komplexní smyslový a emoční zážitek s krátkodobými i dlouhodobými důsledky.

Výskyt a intenzita: Medián intenzity dušnosti se pohybuje od 36 mm do 62 mm na VAS škále 0–100 mm. Přibližně 45 % pacientů ji popisuje jako významnou a rušivou.

- **Podceňování:** Dušnost je často nedostatečně vyhodnocována, protože pacienti nemohou komunikovat (sedace, intubace) a zdravotníci ji podceňují.
- **Důsledky:** Krátkodobě způsobuje akutní úzkost, psychickou tíseň a pocit ohrožení života. Střednědobě ztěžuje odvykání od ventilátoru. Dlouhodobě vede k posttraumatickým stresovým poruchám.
- **Léčba:** Optimální ventilátorové nastavení může u 35 % pacientů výrazně zmírnit dušnost. Dále se doporučuje empatická komunikace, korekce metabolických podnětů (např. febrilie), použití opioidů nebo anxiolytik v odůvodněných případech a nefarmakologické intervence (relaxační hudba, ventilace obličejе čerstvým vzduchem).

Interpretace ze strany autorů

Dušnost je zásadním, avšak přehlíženým problémem pacientů na umělé plicní ventilaci. Měla by být vnímána a řešena stejně důsledně jako bolest. Autoři výzvy apelují na vytvoření diagnostických a terapeutických algoritmů a začlenění hodnocení dušnosti do rutinní péče (2).

3) Agonisté receptoru GLP-1 snižují riziko cirhózy a jejích komplikací u pacientů s MASLD: retrospektivní kohortová studie

Metabolicky asociované steatózní onemocnění jater (MASLD), dříve známé jako nealkoholická tuková choroba jater, se stává nejčastější příčinou cirhózy a hepatocelulárního karcinomu (HCC). Přesto chybí dostatek klinických důkazů podporujících chemoprevenci těchto komplikací. Agonisté receptoru pro glukagon-like peptid 1 (GLP-1 RA), léky běžně používané k léčbě diabetu a obezity, vykazují příznivé účinky na tělesnou hmotnost, glykemii i jaterní záněť, a tím by mohly zpomalit progresi MASLD.

Cílem studie bylo zjistit, zda použití GLP-1 RA snižuje riziko vzniku cirhózy a souvisejících komplikací (dekompenzace, HCC, transplantace jater a úmrtnost) u pacientů s MASLD a diabetem, ve srovnání s aktivní kontrolou, která užívala inhibitory dipeptidyl peptidázy 4 (DPP-4i).

Metodika

Šlo o retrospektivní kohortovou studii s aktivním komparátorem. Analyzováni byli pacienti z amerického systému Veterans Health Administration (VHA), kteří mezi lety 2006 a 2022 zahájili léčbu buď GLP-1 RA (exenatid, dulaglutid, liraglutid, semaglutid), nebo DPP-4i. Každý uživatel GLP-1 RA byl přiřazen ke srovnatelnému uživateli DPP-4i na základě skóre propensity. Sledováni byli pacienti s MASLD bez cirhózy a také pacienti s již existující



cirhózy. Hlavními výstupy byly výskyt nově diagnostikované cirhózy, její komplikace a celková úmrtnost.

Výsledky

Do studie bylo zařazeno celkem 16 058 pacientů (14 606 bez cirhózy, 1 452 s cirhózou v každé větvi: GLP-1 RA vs. DPP-4i).

U pacientů bez cirhózy bylo užívání GLP-1 RA spojeno se:

- 14% vznikem cirhózy (HR 0,86; 95 % CI: 0,75–0,98),
- 22% snížením rizika složeného výstupu (komplikace cirhózy) (HR 0,78),
- 11% snížením úmrtností (HR 0,89; 95 % CI: 0,81–0,98).

Trend se začal projevovat po 18–24 měsících léčby, přičemž účinek byl výraznější při delším užívání, zejména u semaglutidu.

U pacientů s již existující cirhózou nebyl zaznamenán žádný statisticky významný rozdíl v riziku dekompenzace, výskytu HCC ani úmrtnosti mezi skupinami GLP-1 RA a DPP-4i.

Interpretace ze strany autorů

Použití GLP-1 RA u pacientů s MASLD a diabetem bylo spojeno s významně nižším rizikem progresu do cirhózy a celkové úmrtnosti. Výsledky podporují časné zahájení GLP-1 RA terapie u této skupiny pacientů a zdůrazňují potřebu klinických studií pro potvrzení těchto zjištění (3).

PharmDr. Marek LAPKA, Ph.D.

Literatura

- 1) Sochorová V, Kunštátová V, Osmančík P, Duška F, Heřman D, Waldauf P, et al. COventional vs. Optimized PERiprocedural Analgo-sedation vs. Total IntraVENous Anesthesia for Pulsed-Field Ablation: a Three-Arm Randomized Controlled Trial (COOPERATIVE-PFA). *Circulation*. 2025;10.1161/CIRCULATIONAHA.125.074427.
- 2) Demoule A, Decavele M, Antonelli M, et al. Dyspnoea in acutely ill mechanically ventilated adult patients: an ERS/ESICM statement. *Intensive Care Med*. 2024;50(2):159–180. doi:10.1007/s00134-023-07246-x
- 3) Kanwal F, Kramer JR, Li L, et al. GLP-1 Receptor Agonists and Risk for Cirrhosis and Related Complications in Patients With Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease. *JAMA Intern Med*. 2024;184(11):1314–1323. doi:10.1001/jamainternmed.2024.4661.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

Tanacetum vulgare L. – vratič obecný (Asteraceae – hvězdnicovité)

Vytrvalá, až 150 cm vysoká, žlutě kvetoucí bylina. Vyznačuje se kafrovitou vůní. Původem snad ze Středomoří, rozšířila se do celé Evropy a části Asie, zavlečena byla i do Severní Ameriky. Je nenáročná na kvalitu půdy, ale vyžaduje sušší místa. Kvete od července do října.

Synonyma: *Chrysanthemum uliginosum*, *Chrysanthemum vulgare*.

Obecný název: **Common Tansy** (angl.), **Wurmkraut** (něm.).

Sbíraná část: herba.

Droga: **Tanacetum herba**.

Obsahové látky: v kvetoucí nati žlutě zbarvená silice s převahou směsi bicyklických monoterpenů α - a β -thujonu (až 70 %), bicyklické monoterpeny borneol, kafr, α - a β -pinen a monocyklické monoterpeny 1,8-cineol a thymol. Dále flavonoidní glykosidy apigeninu a luteolinu, fenolová kyselina chlorogenová, kávová a rozmarýnová, seskviterpeny α -humulen a karyofylenoxid, seskviterpenová hořčina tanacetin (lakton), třísloviny obou typů a v kořeni polysacharid inulin.

Účinky a použití: v tradiční medicíně se využívaly anthelmintické účinky kvetoucí nati (roupi, škrkavky). Antimikrobiálními efekty se dají vysvětlit úspěchy při léčbě vnitřních i zevních zánětů, především žaludečních vředů, hepatitidy, nehojících se ran, zánětů kloubů a horeček neznámého původu. Nálev byl podáván i při dně, nepravidelné menstruaci a benigní hyperplazii prostaty (BHP). Vzhledem k obsahu neurotoxického thujonu docházelo při vyšších dávkách k překrvení malé pánve (zneužívané abortivum), dále vnitřních orgánů, které se projevovalo křečemi, průjmy a zvracením. Bylo zjištěno rovněž poškození ledvin a jater. Byly popsány i smrtelné případy s poškozením CNS a útlumem dechového centra. Proto se od vnitřního podávání ustoupilo a zůstaly zevní aplikace při revmatismu, artróze, zánětech šlachových úponů, včetně patní ostruhy. Dobré jsou insekticidní účinky.

Odborné studie

Výzkum potvrdil **antioxidační účinky** nati související s flavonoidy a tříslovinami. Testy byly prováděny se standardním DPPH = 2,2-difenyl-1-pikrylhydrazyl stabilním volným radikálem.

V případě redukce obsahu thujonu lze uvažovat o novém léčebném využití nati. Při zkoumání účinků extraktů na CNS autoři zjistili, že **α -thujon** je modulátorem receptoru GABA typu A. V jiné studii se uvádí, že α -thujon je asi 2× účinnější než β -thujon. Potvrzené **protizánětlivé účinky** chloroformového extraktu autoři spojovali s flavonoidní frakcí. **Antimikrobiální aktivita** extraktů souvisí s širokým spektrem účinných látek. Například v silici byl proti druhům *Escherichia coli*

i *Staphylococcus aureus* vyhodnocen jako neúčinnější kafr. Efekt silice vůči houbě *Candida albicans* je ale nižší.

Antivirové účinky

extraktů hodnotili autoři u HSV-1 (Herpes simplex virus) a zjistili významnou inhibici replikace viru.

Testy cytotoxicity

byly prováděny in vitro s drogami pocházejícími z různých zemí. Silice měla mírnou cytotoxicitu proti zdravé buněčné linii WS1 (zdravé lidské kožní fibroblasty), ale izolovaný α -humulen a karyofylenoxid vykazovaly zřetelnou cytotoxicitu proti linii A-549 (lidský plicní adenokarcinom) a DLD-1 (lidský adenokarcinom tlustého střeva). V další studii měl methanolvý extrakt silnou cytotoxickou aktivitu proti rakovinným liniím HeLa (epiteliální adenokarcinom děložního čípku) i zdravým liniím Vero (ledvinové epiteliální buňky africké zelené opice). Jednoduchým prostředkem k **ochraně kultur** brambor a rajčat proti hmyzím škůdcům je střídavá výsadba vratiče do meziřad. Vratič významně omezuje růst řady rostlin. V testech byla zkoumána **alelopatická aktivita na klíčení semen a růst** řeřichy seté (*Lepidium sativum* L.) a lociky seté (*Lactuca sativa* L.). Došlo ke snížení klíčivosti až o 90 %.

Dávkování: lidová mast: 1 hrst čerstvé nati na 100 g roztavené bílé vazelíny.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem. Neužívat vnitřně, zevně pouze krátkodobě.

Interakce: nejsou známy.

Hlavní zdroje: AISLP; BioLib.cz; 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.



PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: O.W. Thomé 1885 (Wikipedia), vzorec: autor

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Balner, T., Bystroň, J.: Hypersenzitivní lékové reakce a desenzitizace v onkologii*Onkologie č. 3/2025*

Hypersenzitivní polékové reakce jsou nečekanou komplikací onkologické léčby, snižují kvalitu života a mohou pacienta ohrozit na životě. Někdy vedou k přerušení zavedené terapie či k záměně za podobně účinné léčivo. Pokud to nelze, je možné ve spolupráci onkologa a alergologa použít desenzitizaci.

Hypersenzitivní reakce jsou buď časné nebo pozdní. Závažnost reakcí se dle Browna klasifikuje na mírné (kůže a podkoží), středně těžké (postižení dýchacího, kardiovaskulárního systému či GIT) a těžké (hypoxie, hypotenze). Nejčastěji se reakce dostavuje po **derivátech platiny** (oxaliplatina, karboplatina a cisplatina) u nádorů gynekologických, GIT, pneumologických a urologických. Nejvyšší riziko hypersenzitivity je u oxaliplatiny, až 41 % po 8 aplikacích. Dále po podání **taxanů** (nádory vaječníků, prsu, plic a prostaty). U nich bývá častá přecitlivělost i na pomocné látky (Cremophore EL a Polisorbat 80). Přecitlivělost na **monoklonální protilátky** se obvykle dostavuje při prvních podáních, často ji způsobují protilátky proti protilátkám (u rituximabu a cetuximabu).

K lepší toleranci život zachraňující léčby se používá princip desenzitizace. Spočívá v podání účinného protinádorového léčiva od mikrodávek až po standardní léčebnou dávku. Počáteční dávka se pohybuje v koncentraci od 1:10 000–100 000 látky, která způsobila přecitlivělost. Podává se i specifická premedikace (montelukast, KAS) 30 minut před podáním infuze. Při desenzitizaci se životní funkce monitorují na počátku podávání a pak po 15 minutách. Pokud jsou v normě, postupně se podávají vyšší koncentrace až plné terapeutické dávky léčiva.

Belbl, M.: Doxycyklin – zbytečný strašák pediatrů?*Pediatric pro praxi č. 3/2025*

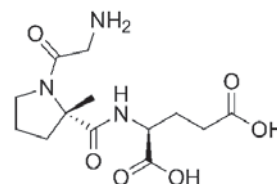
Doxycyklin (dále **dox**) je antibiotikum často spojované s nežádoucími účinky. Je proto v pediatrii užíván s opatrností. S přibývajícím výskytem mykoplazmových a chlamydiových pneumonií a u některých zoonóz (borrelióza, brucelóza, tularémie) se ukazuje jeho použití v těchto indikacích jako velmi efektivní, zvláště když stále stoupá výskyt rezistence na makrolidová antibiotika.

Riziko poškození kostí a zubů po **dox** je dle literatury oproti klasickému tetracyklinu minimální (ve finské studii, ve které byl **dox** podáván dětem v průměrném věku 4,7 roku po dobu 12 dní a žádné dítě nemělo nežádoucí účinek na kosti či zuby). Podobně se vyjadřují i americká doporučení AAP, která uvádějí, že podávání **dox** dětem do 8 let není problematické, pokud celková doba podání nepřesahuje 21 dní. V Evropě zatím podobné doporučení neexistuje a **dox** je dle SPmC kontraindikován u dětí do 8 let věku.

V ČR se doporučuje podávat **dox** ve dvou indikacích: mykoplazmová pneumonie a lymfská borrelióza (časná neuroborrelióza s akutním neurologickým postižením). První indikace při rezistenci na makrolidy je zásadní (až 70–90 % kmenů je rezistentních), bohužel u nás zatím není k dispozici žádné písemné doporučení odborných společností. K upřesnění poznatků bude třeba rozsáhlejších klinických studií potvrzujících nezbytnost podávání **dox** v uvedených indikacích.

MOLEKULA
MĚSÍCE

Trofinetid



IUPAC: (2S)-2-[[[(2S)-1-(2-aminoacetyl)-2-methylpyrrolidine-2-carbonyl]amino]pentanedioic acid

Sumární vzorec: C₁₂H₂₁N₃O₆

Molekulová hmotnost: 315,326 g/mol

Trofinetid (dále **Tro**) byl v březnu 2023 schválen americkým Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) jako první a jediný léčivý přípravek určený k léčbě Rettova syndromu u dospělých a dětí od 2 let. Rettův syndrom je vzácná genetická porucha, která ovlivňuje vývoj mozku a projevuje se řadou kognitivních, motorických a autonomních příznaků. Lidé s Rettovým syndromem zažívají progresivní ztrátu motorických dovedností a jazyka. Do šesti měsíců se dítě s Rettovým syndromem vyvíjí normálně. **Tre** je umělý analog přirozeně se vyskytujícího mozkového tripeptidu nazývaného glycin-prolin-glutamát (GPE), který může zlepšit nervové funkce a strukturu. Mezi jeho běžné nežádoucí účinky patří průjem (až 82 %), zvracení (až 29 %), poléková horečka (9 %), záchvaty (9 %), snížená chuť k jídlu (8 %) a nasofaryngitida (5 %). Mechanismus účinku **Tre** není přesně znám, ale prokazatelně snižuje zánět a odumírání neuronů a může zlepšit nervové funkce. Biotransformuje se cestou CYP3A4, z čehož vyplývají i jeho lékové interakce. Byl vyvinut v laboratořích firmy Neuren Pharmaceuticals z Camberwell v Austrálii. Přípravek Daybue® roztok 200 mg/ml 450 ml je v USA od 10. 3. 2023 licencován firmou Acadia Pharmaceuticals. Podává se 2× denně dávka dle hmotnosti pacienta, nad 50 kg je to dávka 12 mg (60 ml) nezávisle na příjmu potravy. Při snížené funkci ledvin se podává poloviční dávka 6 mg.

V září si připomínáme a v naší rubrice jsme přiblížili následující významné dny ve zdravotnictví, resp. mezinárodní nebo světové dny věnované problematice zdraví: Světový den duševního zdraví, Světový den artritidy/revmatismu, Světový den proti osteoporóze, Světový den psoriázy, Světový den hospicové a paliativní péče, Světový den výživy, Světový den trombózy, Světový týden idiopatické plicní fibrózy, Den pro zdravá prsa, Evropský den boje proti depresi, Mezinárodní den balbutiků, Mezinárodní týden prevence otravy olovem, Světový den proti cévní mozkové příhodě a Světový den kopřivky.

Světový den boje proti dětské obrně (World Polio Day, WPD)



Světový den boje proti dětské obrně (WPD) upozorňuje na celosvětové úsilí o vymýcení dětské obrny. Přispívá ke zvýšení povědomí o důležitosti očkování, které před dětskou obrnou chrání každé dítě. Je současně oslavou mnoho rodičů, odborníků a dobrovolníků, jejichž zásluhou je eradikace dětské obrny možná.

Dětská obrna je ochromující a život ohrožující nemoc. Jedná se o vysoce infekční onemocnění, které postihuje především malé děti, napadá nervový systém a může vést k ochrnutí páteře a dýchacích cest a v některých případech i ke smrti. Zmínky o nemoci byly nalezeny na staroegyptských vyobrazeních, kde jsou zachyceny děti chodící o holi a s vyschlými končetinami, které jsou pro tuto nemoc charakteristické. Ačkoli nemoc po tisíciletí postihovala děti po celém světě, první známý klinický popis dětské obrny pochází od britského lékaře Michaela Underwooda (1737–1820) z roku 1789. Nemoc označil jako „ochablost dolních končetin“. Německý lékař Jakob Heine (1800–1879) se roku 1840 proslavil svou studií o poliomyelitidě. Byla první lékařskou zprávou o této nemoci, která byla poprvé uznána jako klinická jednotka. Poliomyelitida je často označována jako Heineho-Medinova nemoc podle práce Heineho a švédského lékaře Karla Oskara Medina (1847–1927).

K vymýcení dětské obrny způsobené poliiovirem se v roce 1988 zavázalo Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly, WHA). Již v roce 1961 bylo Československo vyhlášeno první zemí na světě, kde byl virus zcela vymýcen. Evropský region WHO byl v roce 2002 prohlášen za oblast bez dětské obrny a od té doby si tento status každoročně udržuje. V dubnu 2012 prohlásilo WHA dokončení eradikace dětské obrny za mimořádnou programovou situaci pro celosvětové veřejné zdraví.

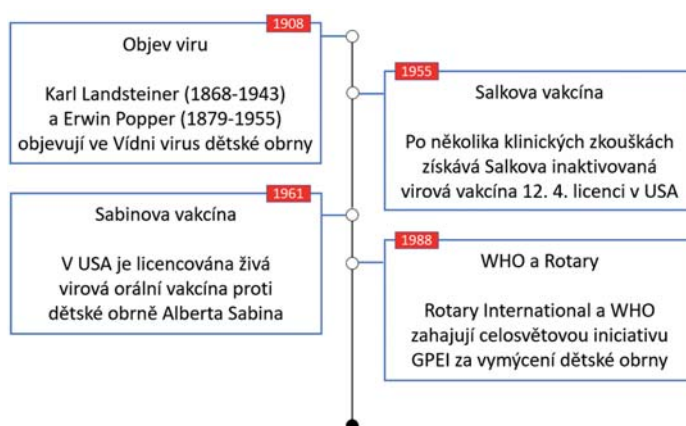
WPD s datem 24. října vyhlásila organizace Rotary International v roce 1985 na památku narození Jonase Edwarda Salka (1914–1995), který vedl první tým, který vyvinul vakcínu proti dětské obrně. Na tomto místě je vhodné poznamenat, že se Jonas Salk narodil 28. října. Další drobná zajímavost se váže k jeho jménu: Jonas Salk byl americký lékař židovského původu, jeden z nejvýznamnějších virologů 20. století, deník The New York Times jej v roce 1966 označil termínem „otec biofilosofie“.

V roce 1939, pouhý den po ukončení studia medicíny, se Salk oženil s Donnou Lindsayovou. Donnin otec Elmer Lindsay, bohatý manhattanský zubní lékař, považoval Salka za *společensky méněcenného*, o několik tříd níže než Donniny dřívější nápadníky. Nakonec se sňatkem souhlasil pod dvěma podmínkami: za prvé, Salk musí počkat, až bude moci být na svatebních oznámeních uveden jako oficiální doktor medicíny, a za druhé, musí si vylepšit své *poněkud přízemní postavení* tím, že si dá druhé jméno. Samotné jméno Edward je tradiční, klasické anglické jméno, které znamená „bohatý strážce“ nebo „prosperující ochránce“, s královskými a historickými konotacemi sahajícími až k anglosaským králům a světcům.

Rotary International je nejstarší mezinárodní klubovou organizací na světě. Vznikla v roce 1905 v americkém Chicagu a v současné době působí ve více než 200 zemích. V 35 000 klubech sdružuje 1,2 milionu členů (rotariánů) – žen i mužů. Cílem organizace je sdružovat podnikatele, vůdčí osobnosti a profesionály z různých oborů k poskytování humanitárních služeb, podporovat vysoké etické standardy ve všech povoláních a pomáhat budovat dobrou vůli a mír ve světě.

Časovou osu důležitých událostí uvádíme na obr. 1. Jonase Salkem vyvinutá **inaktivovaná** (s usmrceným virem) vakcína proti dětské obrně byla licencována ve stejný den, kdy byly oznámeny výsledky jejího hodnocení. Orální vakcína proti dětské obrně Alberta Bruce Sabina (1906–1993) byla živou **atenovanou** (oslabenou) vakcínou. Poprvé byla licencována a začala se komerčně používat v USA v roce 1961, konkrétně pro kmen poliioviru 1. typu. Jeho vakcíny proti poliiovirům typu 2 a 3 byly licencovány v roce 1962. Je zajímavé, že ještě před schválením v USA byla Sabinova vakcína od roku 1959 rozsáhle testována a používána v Sovětském svazu a v zemích východní Evropy, kde jí bylo proočkováno mnoho milionů dětí. Úspěch této masové očkovací kampaně přispěl k prokázání účinnosti vakcíny a vedl k jejímu licencování v USA.

Použití inaktivované vakcíny proti poliioviru a následné široké používání orální vakcíny proti poliioviru vedlo v roce 1988 k založení Globální iniciativy pro vymýcení dětské obrny (Global Polio Eradication Initiative, GPEI). Od té doby se díky GPEI podařilo celosvětově snížit výskyt dětské obrny o 99 %.



Vraťme se k Jonasi Salkovi a Albertu Sabinovi. Když byl úspěch vakcíny v dubnu 1955 poprvé zveřejněn, byl **Salk** okamžitě oslavován jako „zázračný muž“. Salk se rozhodl vakcínu nepatentovat a neusilovat o zisk, aby se maximalizovala její celosvětová distribuce. Po zbytek svého života označoval všeobecné očkování dětí proti nemocem za „morální závazek“. Říkal, že jeho touhou bylo pomáhat lidstvu obecně, a ne jednotlivým pacientům.

Co přecházelo 12. dubnu 1955 a prohlášení o tom, že je vakcína bezpečná? Po úspěšných testech na laboratorních zvířatech Salk 2. července 1952 za asistence personálu Domova D. T. Watsona pro zdravotně postižené děti aplikoval 43 dětem svou vakcínu. O několik týdnů později dětem ve Státní škole pro děti s mentálním postižením v Polku. Obě zařízení se nacházejí v Pensylvánii. V roce 1953 očkoval sebe, manželku Donnu a své tři vlastní děti. Nejstarší byl Peter, tomu bylo 9 let, Darrellovi bylo 6 let a Jonathanovi 3 roky. Tímto chtěl prokázat svou důvěru v bezpečnost vakcíny a zároveň ochránit své děti před touto nemocí. Dr. Peter Salk později vyprávěl příběh o tom, jak byl očkován vakcínou, kterou vynalezl jeho otec. „Injekce jsem prostě nesnášel. Můj otec přišel domů s vakcínou proti obrně, injekčními stříkačkami a jehlami, které sterilizoval na kuchyňském sporáku vařením ve vodě. Postavil nás děti do řady a pak nám vakcínu aplikoval. Jehla musela nějak minout nerv a já jsem to necítil. A tak se mi ten okamžik zafixoval do paměti.“

Sabin pracoval na vakcíně proti dětské obrně 35 let a blížil se k závěrečné fázi svého výzkumu, když Jonas Salk oznámil svůj průlomový objev. Sabin nicméně pokračoval ve své práci, protože si byl jistý, že Salkovu vakcínu může vylepšit. Také on se rozhodl svou orální vakcínu proti obrně nepatentovat. Tento altruistický přístup byl ústředním prvkem Sabinova odkazu.

S testováním začal v roce 1954 na sobě, první manželce Sylvii a svých dvou dětech, dcerách Deborah a Amy. První klinické testy byly provedeny v lednu 1955 na 30 dobrovolnících z řad vězňů (některé zdroje uvádějí počet 26) ve federální věznici v Chillicothe v Ohio. Vytvořily se u nich protilátky proti virovým kmenům, aniž by onemocněli. Dále se odhadem 63 milionů Rusů nechalo očkovat Sabinovou vakcínou dříve než několik stovek Američanů.

Pouhé tři měsíce poté (1955) Jonas Salk oznámil, že úspěšně otestoval svou vakcínu proti obrně na 440 000 žáků základních škol, a Veřejná zdravotní služba USA (United States Public Health Service, PHS) udělila licenci na výrobu Salkovy vakcíny šesti společnostem.

První rozsáhlé použití jeho orální vakcíny v USA se uskutečnilo 24. dubna 1960 – známé jako „Sabinova neděle“ (nebo „Sabin o nedělích“). Celkem ve třech po sobě jdoucích nedělích dostaly tisíce obyvatel Cincinnati Sabinovu vakcínu proti obrně. Nejdříve byla vakcína podávána ve lžičce sladkého třešňového sirupu, později na kostce cukru nebo v bonbónu. Důvodem byla hořká a slaná chuť vakcíny. Lidé stáli ve frontě před dětskou nemocnicí, ve školách a kostelech. Předtím Sabin vakcínu testoval, kromě své rodiny, na sousedech a milionech lidí v zámoří.

K výhodě perorální aplikace se váže příhoda. Walt Disney pracoval na filmu *Mary Poppins* na motivy stejnojmenné knihy



Pamely Lyndon Traversové (vlastním jménem Helen Lyndon Goffová) z roku 1934. Filmová práva se mu podařilo získat v roce 1961 po 20 letech snah, vytrvalých jednání a návštěv Traversové v Londýně. K tomu jej motivoval především slib, který dal svým dcerám, které její knihy milovaly. Traversová po zdráhání nakonec svolila k prodeji práv. V té době se potýkala s finančními potížemi a nabídku 100 000 dolarů a 5 % z hrubých výnosů filmu, včetně role konzultantky přijala. A ještě anekdotický příběh v této souvislosti. Bratři Robert Bernard Sherman a Richard Morton Sherman, textař a skladatel, psali písně pro film *Mary Poppins*. Jejich oblíbená píseň s názvem „Through the Eyes of Love“ (Očima lásky), zkráceně „The Eyes of Love“ (Oči lásky) se ale do filmu nikdy nedostala (její verze však byla vydána na albu „Walt Disney Records The Legacy Collection: Mary Poppins“). Důvodů odmítnutí bylo patrně více. Walt Disney chtěl, aby napsali něco, co by více odpovídalo filozofii *Mary Poppins*, něco chytlavějšího, svižnějšího. Bohužel se romantická balada nelíbila ani herečce Julii Andrewsové (rodným jménem Julie Elizabeth Wells, pseudonym Julie Edwardsová). Domnívala se, že píseň nemá dostatečný spád (a to ještě nebyla pro roli *Mary Poppins* angažována).

A nyní ten příběh. Robert Sherman přišel jednoho večera domů z práce, protože celý den pracoval a snažil se přijít s nápadem na novou píseň. Když vešel do dveří, jeho žena Joyce mu oznámila, že děti ten den dostaly vakcínu proti obrně. V některých příbězích se výslovně zmiňuje očkování v roce 1960, v jiných 1962. Vzhledem k narození Jeffreyho v roce 1957 je pravděpodobnějším rokem 1962. V domnění, že syn dostal injekci, se otec zeptal svého syna Jeffa, zda to bolí. Jeffrey odpověděl, že mu vakcínu dali na kostku cukru a že ji spolkl. Sám Jeffrey C. Sherman v komentáři pro CNN napsal, že byl „známý tím, že v ordinaci svého lékaře odmítal posilovací injekce a utíkal pryč“.

Tento jednoduchý detail roznítl Robertovu představivost a druhý den z něj se svým bratrem Richardem udělali jednu z nejoblíbenějších Disneyho melodií. Dokázal vzít něco tak obvyčejného a vidět v tom kouzlo. Když se ponořil hlouběji do

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

tématu sladkosti, vzpomněl si na fascinující příběhy o královně Alžbětě I. a cukru, které dále inspirovaly vznik rozmarné melodie. *Královna Alžběta I. byla známá jako milovnice cukru. Trpěla halitózou, kterou léčila „tudorovskou zubní pastou“ (čistý cukr, někdy s přísadami jako med a ocet nebo bylinnými složkami jako šalvěj a dřevěné uhlí), jež sloužila spíše k osvěžení dechu než k účinné zubní hygieně.* Prostřednictvím odkazů na historii, osobní příběh a fantazii vytvořili bratři Shermanové slavnou, nadčasovou, kultovní skladbu „A Spoonful of Sugar“ (Lžička cukru).

Tato skutečná zkušenost ukazuje, jak mohou každodenní okamžiky podnítit uměleckou kreativitu. Spíše, než překlad můžeme použít méně doslovnou a více přizpůsobenou podobu pro audiovizuální zpracování:

Když si dáš lžičku cukru

Hořké polyká se líp

Jó, polyká se líp

Polyká se líp

Když si dáš lžičku cukru

Hořké polyká se líp

A v tom je právě celý vtíp

Dne 17. srpna 1961, po více než šesti letech testování, udělila PHS společnosti Pfizer and Co. licenci na výrobu Sabinovy vakcíny typu 1 a zakoupila více než milion nouzových dávek pro případ epidemie, které byly uloženy v chladiřenském skladu v Centru pro přenosné nemoci v Atlantě. V březnu 1962 byla vládou schválena finální vakcína typu III.

K intenzivním epidemiologickým intervencím patří:

Kontrola

V případě mnoha přenosných a některých nepřenositelných nemocí se kontrolou rozumí snížení incidence a/nebo prevalence těchto nemocí. Na kontrolu lze nahlížet jako na proces s různými úrovněmi snížení četnosti, snížení do bodu, kdy se nemoc přestane stávat závažným problémem veřejného zdraví, nebo snížení do bodu velké vzácnosti a vymýcení. Jedná se o jednu z hlavních priorit veřejného zdraví. Znamená snížení výskytu, nemocnosti nebo úmrtnosti na místně přijatelnou úroveň jako výsledek záměrného úsilí; k udržení tohoto snížení je třeba pokračovat v intervenčních opatřeních. Příklad: průjmová onemocnění.

Nejvyššími úrovněmi kontroly jsou eliminace a eradikace.

Eliminace

Eliminace se používá k popisu dvou různých epidemiologických situací:

- eliminace infekce – jedná se o vymizení přenosu infekce z určité oblasti (malé nebo velké) v rámci země, regionu nebo kontinentu, která se nakonec infekce zbaví. Infekce se může znovu objevit, pokud je přítomna v jiných částech světa. Vyžadují se trvalá opatření k zabránění opětovnému přenosu. Příklad: spalničky, poliomyelitida.

- eliminace nemoci – to znamená, že se výskyt případů sníží na nulu, zatímco infekce se může stále vyskytovat. Tento termín se také používá pro označení snížení přenosu případů na předem stanovenou velmi nízkou úroveň, při níž již nemoc nepředstavuje problém pro veřejné zdraví. Příklad: novorozenecký tetanus, lepra, tuberkulóza.

Eradikace (vymýcení)

Thomas Aidan Cockburn (1912–1981) uvedl v roce 1961 na zasedání Americké asociace veřejného zdraví definici eradikace, která byla v kruzích veřejného zdraví široce přijata. Eradikaci definoval jako vymizení patogenu, který způsobuje dané infekční onemocnění. Dokud přežívá jediný příslušník tohoto druhu, k eradikaci nedošlo. Tato definice předpokládá opatření v celosvětovém měřítku. Pod názvem svého článku *Eradikace infekčních nemocí* uvádí: „Kontrola“ je nekonečná operace. Po „eradikaci“ není třeba vyvíjet žádné další úsilí.

WHO definuje eradikaci nemoci jako dosažení stavu, kdy se již nikde nevyskytují žádné další případy nemoci a nejsou nutná další kontrolní opatření. V případě infekčních nemocí to znamená, že přenos původce byl nenávratně zastaven jeho vyhubením a infekce zmizela ze všech zemí světa. Příklad: neštovice. Dne 8. května 1980 33. WHA oficiálně prohlásilo: „Svět a všechny jeho národy získaly svobodu od neštovic.“ Předpokládá se, že onemocnění existovalo nejméně 3 000 let. Poslední známý přirozený případ onemocnění se vyskytl v Somálsku v roce 1977. Zde nelze nezapomenout podíl a zásluhy prof. Karla Rašky (1909–1987). Vytvořil koncepci boje s pravými neštovicemi a stál za vymýcením této nemoci.

Pro úplnost dodejme, že ve veterinární praxi bylo také globálně eradikováno jedno onemocnění, a to mor skotu v roce 2011.

Extinkce (úplné vymizení)

Specifické infekční agens se již nevyskytuje v přírodě ani v laboratoři. Příklad: žádný, neboť i když WHO v roce 1980 prohlásila pravé neštovice za eradikované, je virus pravých neštovic uchovávan na dvou zabezpečených místech schválených WHO, a to v laboratořích Centra pro kontrolu a prevenci nemoci (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) v Atlantě v americkém státě Georgia a ruského Státního vědeckého centra virologie a biotechnologie VECTOR v Kolcovu v Novosibirské oblasti.

Situace v ČR

Od roku 1957 bylo zahájeno očkování nejdříve inaktivovanou a později atenuovanou vakcínou. Celoplošný očkovací program byl zahájen v první polovině roku 1960. Byl velmi úspěšný; již od druhé poloviny roku 1960 nebyl na našem území zaznamenán autochtonní (tj. domácí, neimportovaný) případ onemocnění přenosnou dětskou obrnou. Od roku 2006 se u nás používá výlučně inaktivovaná vakcína. Orální atenuovaná vakcína se v současnosti používá ve světě v menším rozsahu.

Literatura u autora.

Doc. RNDr. Jozef KOLÁŘ, CSc.

VÝZNAMNÁ JUBILEA

září

Česká lékárnická komora blahopřeje svým členům – zářijovým jubilatům.

Mgr. Marie Novotná
 Mgr. Pavol Konečný
 RNDr. Jaroslav Černík
 RNDr. Květoslava Froňková
 Aff. Tomáš Lébl
 Mgr. Lea Lesáková
 Mgr. Bohuslav Břichnáč, CSc.
 PharmDr. Jana Míková
 Mgr. Pavel Veselý
 PharmDr. Bohuslava Kunčická
 PharmDr. Jana Švarcová
 Mgr. Jaroslav Čechmánek
 Mgr. Věra Chocholoušová
 Mgr. Eva Langhammerová
 PharmDr. Ivana Szalayová
 PharmDr. Blanka Švarcová
 Mgr. Věra Turčinová
 Mgr. Marie Jurišová

PharmDr. Michaela Píchová
 PharmDr. Marcela Hlávková
 Mgr. Jitka Hojková
 PharmDr. Edita Vašková
 Mgr. Radka Steklá
 Mgr. Marie Jochimová
 Mgr. Marie Jiříčková
 Mgr. Marta Lysáková
 Mgr. Božena Boleloucká
 Mgr. Ludmila Havrlantová
 Mgr. Vanesa Nešporová
 Mgr. Martin Pindur
 Mgr. Iva Rapcová
 Mgr. Gabriela Viačková
 Mgr. Olga Mučicová
 Mgr. Stanislava Marečková
 PharmDr. Michael Vanžura
 Mgr. Urszula Drobek
 Mgr. Lukáš Ulrich
 Mgr. Kateřina Dostálková

PharmDr. RNDr. Jiří Štěpán, Ph.D.
 Mgr. Zita Vášová
 PharmDr. Petr Haltuf
 Mgr. Renáta Kuželová
 Mgr. Alena Strnadová
 Mgr. Renata Brücknerová
 Mgr. Jiří Voděrka
 Mgr. Lea Andělová
 Mgr. Dana Bednářová
 Mgr. Igor Tichý
 Mgr. Pavla Linhartová
 Mgr. Alena Podzemská
 Mgr. Jitka Majoršínová
 Mgr. Kateřina Vaňková
 Mgr. Robert Richter
 Mgr. Petra Polívková
 Mgr. Petra Čížková
 Mgr. Petra Holečková
 Mgr. Ing. Pavel Jurczyk

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
 vážená paní magistro, vážený pane magistře,
 oslovuji Vás s nabídkou pozice

vedoucího lékárníka

nově otevřené lékárny
 ve Strašicích okres Rokycany.

Vedoucí lékárník může být
 PharmDr. nebo Mgr.,
 to je fuk, ale musí mít buď

**1) ATESTAČNÍ ZKOUŠKU V OBORU VEŘEJNÉ
 (nově PRAKTICKÉ) LÉKÁRENSTVÍ**

nebo

2) DOPLŇUJÍCÍ ODBORNOU PRAXI
 (jednodušší varianta, takový vedoucí nesmí
 příkladem vést praxe studentů a další).

K této pozici nabízíme nájemní byt,
 který se nachází ve stejné budově jako lékárna.

Bližší informace na tel.: 608 983 175,
 e-mail: eva.wimmerova@veduta.cz

SRAZ ABSOLVENTŮ

FaF UK HK
rok promoce 1985-1986

Místo srazu:
Hradec Králové

hotel U Královny Elišky
na Malém náměstí

Datum: 18.10.2025

Čas: od 15 hod

kontakty:

wistarietz@gmail.com

nebo

hlinsko.kavanova@gmail.com

OSTRAVA

Clarion Congress Hotel
3. – 4. 10. 2025

BRNO

Quality Hotel Brno
10. – 11. 10. 2025

PRAHA

Hotel Artemis Prague
17. – 18. 10. 2025

HARMONIE HORMONŮ

endokrinní poruchy v běžné lékařské praxi

PÁTEČNÍ ODBORNÁ AKADEMIE

12:00 - 13:00 registrace

13:00 - 13:45 Farmacie a legislativní novinky 2025/2026 přehledně

13:45 - 14:30 Skryté poklady ve vyhláškách o předepisování a o správné lékařské praxi

*Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK
advokát, právní poradce České lékařnické komory (ČLnK)*



14:30 - 15:00 přestávka

15:00 - 15:45 Screening, diagnostika a klasifikace diabetu mellitu

15:45 - 16:30 Prediabetes a porucha glukózy tolerance v lékárně

*doc. MUDr. Michal DUBSKÝ, Ph.D. MBA FRSPH
IKEM, centrum diabetologie, Praha
doc. MUDr. Vladimíra FEJFAROVÁ, Ph.D.
IKEM, centrum podiatrie a angiologie, Praha*



16:30 - 17:00 přestávka

17:00 - 17:45 Psychologie změny v intervenci civilizačních onemocnění

17:45 - 18:30 Dopaminový detox – pro koho, kdy a jak

*MUDr. Mgr. Tatiana TOMAŠKOVIČOVÁ
Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha*



SOBOTNÍ ODBORNÁ AKADEMIE

8:00 - 9:00 registrace

9:00 - 9:45 Pohlavní hormony v životě ženy

9:45 - 10:30 Pohlavní hormony v životě muže

*PharmDr. Jan Miroslav HARTINGER, Ph.D.
odd. klin. farmakologie a farmacie, 1. LF UK a VFN, Praha*



10:30 - 11:00 přestávka

11:00 - 11:45 Kožní projevy hormonálních poruch v dětství

11:45 - 12:30 Kožní projevy hormonálních poruch v dospělosti

*doc. MUDr. Veronika SLONKOVÁ, Ph.D.
Kožní oddělení, Nemocnice Znojmo*



12:30 - 13:30 oběd

13:30 - 14:15 Kortikoidy – indikace akutní a chronické léčby

14:15 - 15:00 Kortikoidy – nežádoucí účinky a lékové interakce

*PharmDr. Jan Miroslav HARTINGER, Ph.D.
odd. klin. farmakologie a farmacie, 1. LF UK a VFN, Praha*



18:30 - 19:00 zakončení Akademie

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

