

Praktické lékárenství

2016

A

www.solen.cz | Prakt. lékáren. 2016; 12(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-147-3 | 2016

ABSTRAKTA

X. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ

**XII. SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČESKÉ
FARMACEUTICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP, z. s.**

6.–7. května 2016

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel: Česká farmaceutická společnost ČLS JEP, z. s.,
a společnost Solen, s. r. o.

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION



a PHOENIX company

Program – pátek 6. května

X. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ (Clarion Congress Hotel Olomouc)

- 9.00–9.10 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ** – PharmDr. Pavel Grodza
- 9.10–10.50 DERMATOLOGIE**
garantka doc. MUDr. Dagmar Ditrichová
- **Psoriáza** – Ditrichová D.
 - **Ekzémy** – Poláčková Z.
 - **Kožní rány** – Libigerová K.
 - **Novinky v dermatologické magistraliter přípravě léčiv** – Sklenář Z.
- 10.50–11.20 PŘESTÁVKA**
- 11.20–12.45 PEDIATRIE**
garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
- **Současnost očkování** – Jirsenská Z.
 - **Obezita u dětí** – Dostalová Kopečná L.
 - **Chyby při prevenci a léčbě onemocnění dýchacích cest** – Kopřiva F.
- 12.45–13.45 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.45–14.35 MEDICAMENTA NOVA**
garant doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.
- **Evolokumab pro léčbu familiární hypercholesterolemie** – Soška V.
 - **Bezinterferonové režimy léčby chronické hepatitidy C** – Krechler T.
- 14.35–15.05 Výzkum a vývoj nových léčiv** – Mgr. Jakub Dvořáček, MHA
- 15.05–15.35 PŘESTÁVKA**
- 15.35–16.50 KARDIOLOGIE**
garant doc. MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA
- **Farmakoterapie chronického srdečního selhání** – Málek F.
 - **Farmakoterapie akutního srdečního selhání** – Lazárová M.
 - **Novinky v léčbě hypertenze** – Václavík J.

XII. SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČFS (Pevnost poznání)

18.30–19.20 Slavnostní přednáška prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc., FRCPsych

6. 5. 2016 SPOLEČENSKÝ VEČER od 20:00

- prohlídka Pevnosti poznání
- hudební skupina DiJazzTiva
- raut

Kapacita omezena

Cena 300 Kč (nečlen ČFS) a 100 Kč (člen ČFS)

Místo konání:

Pevnost poznání
Areál Korunní pevnůstky
Třída 17. listopadu 7
779 00 Olomouc

www.pevnostpoznani.cz

Společenský večer není financován z prostředků farmaceutických společností, které jsou partnery akce.

Program – sobota 7. května

XII. SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČFS (Clarion Congress Hotel Olomouc)

8.45–9.45 PERSONALIZOVANÁ FARMAKOTERAPIE (ODBORNÝ BLOK)

garant prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

- Farmakoterapie srdečních onemocnění šitá na míru – daří se nám to? – Bultas J.

9.45–10.00 PŘESTÁVKA

10.00–12.15 JEDNÁNÍ SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČFS VYSTOUPENÍ ORGÁNŮ ČFS USNESENÍ SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČFS SDĚLENÍ SEKCI I.

- PhMr. Emil Šedivý a prof. PhDr. PhMr. Eduard Skarnitzl – významné osobnosti české farmacie (Sekce dějin farmacie) – Valášková L.
- Příspěvek klinicko-farmaceutické péče k personalizované medicíně (Sekce klinické farmacie) – Vlček J., Halačová M.

12.15–13.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.30–14.45 SDĚLENÍ SEKCI II.

- Nezávislý lékárník a současná realita aneb dá se ještě hovořit o svobodném povolání? (Sekce lékárenství) – Grodza L.
- Nemocniční lékárenství v ČR a srovnání se situací v EU (Sekce nemocničních lékárníků) – Lžičař M.
- Představení Sekce přírodních léčiv a její úloha v době „evidence based“ přírodních produktů (Sekce přírodních léčiv) – Peč J.
- Zpráva o činnosti Sekce technologie léků (Sekce technologie léků) – Franc A.

X. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ (Clarion Congress Hotel Olomouc)

14.45–15.45 POKROKY V MEDICÍNĚ A FARMACII

garant PharmDr. Pavel Grodza

- Novinky v léčbě plicní hypertenze – Hutyra M.
- Novinky v léčbě roztroušené sklerózy – Hradílek P.
- Novinky v léčbě plicních fibróz – Lošťáková V.

15.45 LOSOVÁNÍ ANKETY, ZÁVĚR

TIRÁŽ

X. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ XII. SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČESKÉ FARMACEUTICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP, z. s.

6.–7. května 2016 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

Česká farmaceutická společnost ČLS JEP, z. s., a společnost Solen, s. r. o.

Prezident akce

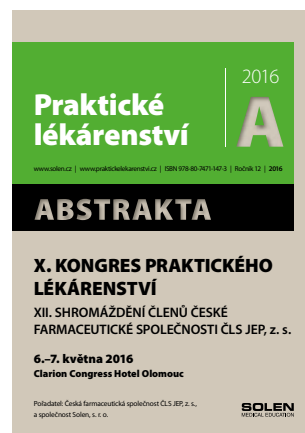
PharmDr. Pavel Grodza

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Kateřina Dostálová, 725 003 510, dostalova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Aneta Mikulíková

Ohodnocení

Účast na akci bude ohodnocena v rámci postgraduálního vzdělávání:
Pátek 6. 5. – 20 bodů pro farmaceuty, 4 kredity pro farmaceutické asistenty
Sobota 7. 5. – 10 bodů pro farmaceuty, 4 kredity pro farmaceutické asistenty



Supplementum A Praktického lékárenství

Citační zkratka:

Prakt. lékáren. 2016; 12(Suppl A).

ISSN 1803-5906

ISBN 978-80-7471-147-3

Automatický export účetních dat

Mediox » účetní program

Ušetřete čas i náklady pomocí softwarového modulu pro export a import účetních dat

Máme pro vás řešení!

Proč automaticky exportovat účetní data?

Od roku 2016 existuje nová povinnost – **Kontrolní hlášení k DPH**.

Zjednoduší práci a **sníží riziko chyb** při přepisování dat do účetního programu.

Významná **úspora času**.

Snížení pracnosti a úspora personálních nákladů, jak v případě zpracování účetnictví externí firmou anebo interně.

Jednoduchý **ekonomický přehled** o lékárně kdykoliv a kdekoliv, kde je internet.

*Lékařenský systém Mediox umožňuje **automatický přenos dat** pro většinu účetních programů používaných v lékárnách. Po dohodě připravíme export dat pro rozhraní jakéhokoliv dalšího účetního programu.*

Kontaktujte nás prosím za účelem **nezávazné a bezplatné prezentace** na Vaší lékárně. Telefonicky: **+420 296 808 300** nebo e-mailem: **p.fanta@apatykaservis.cz**

X. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ

Dermatologie

garantka doc. MUDr. Dagmar Ditrichová

pátek / 6. května 2016 / 9.10–10.50 hod.

Psoriáza

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění kůže se složitou multifaktoriální etiopatogenezí, genetickou predispozicí a rysy autoimunity. Postihuje asi 2–3 % evropské populace. Začíná obvykle u mladých dospělých a svým celoživotním průběhem významně zasahuje do psychosociální sféry s nepříznivým dopadem na kvalitu života.

Kromě typické ložiskové formy (psoriasis vulgaris) budou prezentovány ostatní klinické manifestace včetně jejich obrazové dokumentace. Závěrem bude uveden přehled terapeutických postupů. Onemocnění je nevyléčitelné, a proto cílem léčby je převedení manifestní formy lupénky do formy subklinické. Pilířem léčby zůstává léčba zevní. U mírných a středně těžkých forem představují externa léčbu hlavní a nezastupitelnou, u těžkých forem jsou léčbou adjuvantní. Kromě klasické systémové terapie bude stručně prezentována i moderní terapie biologická, která přímo ovlivňuje imunopatologické děje v kůži s cíleným působením na aktivované lymfocyty a na inhibici klíčových cytokinů.

Ekzémy

MUDr. Zora Poláčková

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Ekzém – dermatitida je neinfekční zánětlivé onemocnění kůže, jehož příčina může být exogenní nebo endogenní. Fyzikální vlivy, jako jsou různé druhy záření, chemikálie nebo mechanické a termické poškození, způsobují kontaktní iritační dermatitidu. Kontaktní alergická dermatitida (ekzém) vzniká jako imunologická odpověď na různé alergeny chemické povahy a objevuje se až po opakovaném kontaktu kůže s danou látkou. Nejčastějšími kontaktními alergeny jsou kovy, konzervační látky, pryskyřice, parfémy a rostliny. Mikrobiální ekzém vzniká druhotně v okolí chronických ran, bércových vředů nebo v místech chronického iritačního nebo alergického ekzému. Atopický ekzém je onemocnění s genetickou dispozicí, obvykle začíná v dětském věku, v letním období se zklidňuje, na podzim a na jaře zhoršuje, často přetrvává v různé formě do dospělosti. Seboroická dermatitida je kožní onemocnění vázané na oblasti kůže s výskytem velkých mazových žláz – obličej, kštice, trup. Léčba ekzému se odvíjí od klinického obrazu a etiologie. Na mokvajících plochách aplikujeme vysychavé obklady, kortikoidní a kombinovaná externa ve formě locí nebo krémů. U chronických forem používáme hydrofobní kortikosteroidní krémy a masti, dehet, ichtyol, emoliencia k reparaci bariérové funkce kůže, olejové koupele. Svědění tlumíme celkově podanými antihistaminiky. U kontaktní alergické dermatitidy je nutné zabránění kontaktu kůže s vyvolávajícím alergenem. U pacientů s atopickým ekzémem je vhodná i lázeňská a přímořská léčba.

Kožní rány

MUDr. Kateřina Libigerová

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Kožní rány představují ztrátu či porušení kožního krytu v důsledku fyzikálního, mechanického či termického poškození. Současně mohou vznikat na podkladě narušení anatomických a fyziologic-

kých funkcí tkáně. Rány dělíme na akutně vzniklé a chronické, které i přes adekvátní terapii nevykazují po dobu 6–9 týdnů tendenci k hojení. Mezi nejčastěji se vyskytující chronické rány řadíme bérkové vředy venózní etiologie, které jsou jedním z projevů chronické venózní insuficience, arteriální kožní vředy vznikající na podkladě ischemické choroby dolních končetin, dekubity, neuropatické kožní ulcerace jako jeden z důsledků DM a v neposlední řadě i kožní vředy v terénu lymfedému. Bércový vřed patří mezi onemocnění se vzestupnou tendencí, zaznamenanou zejména v posledních letech. Tento fakt nepochybně souvisí s prodlužujícím se věkem obyvatel a je příčinou problémů jak zdravotních a ekonomických, tak i sociálních a psychologických. Problematika bércového vředu se z těchto důvodů stává příčinou zvýšeného zájmu nejen dermatologů, ale i dalších specialistů – chirurgů, flebologů, angiologů, diabetologů. Významné místo v léčbě bércových vředů mají i praktičtí lékaři a sestry domácí péče.

Novinky v dermatologické magistraliter přípravě léčiv

PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA

Farmakologický ústav, 1. lékařská fakulta UK a VFN, Praha

Fragnerova lékárna U Černého orla, Praha

Význam zevní léčby v dermatologii je neoddiskutovatelný. Díky dostupnosti řady léčivých látek pro přípravu v lékárně se rozšířila možnost magistraliter přípravy, kdy lze formulovat nové receptury, a umožnit tak pacientům zhotovení přípravků, které například nejsou dostupné jako průmyslově vyráběné. Formulací vhodných receptur je zároveň možné zcela eliminovat používání některých HVLP do IPLP, a postupně vyřadit z terapie přípravky obsoletní, protože v dermatologické léčbě, a především mezi magistraliter zhotovenými léčivy, by měly zaujímat místo jen ty, které vyhovují zásadám účelné farmakoterapie.

Mezi nově dostupnými léčivy se etablojí nejen substance, které se v ČR nenacházejí mezi topickými registrovanými léčivy (např. propranolol, mikonazol, konopný olej, nifedipin), ale rovněž látky, které se jako registrovaná léčiva v ČR vyskytují ve velmi omezeném počtu přípravků či lékových forem (např. nystatin, permethrin, triamcinolon-acetonid, mometason furoát, sodná sůl heparinu, erythromycin, gentamicin-sulfát), případně se vyskytují v registrovaných přípravcích, ale aktuálně nedostupných (mupirocin, tokoferol-alfa acetát, dexpanthenol).

V příspěvku jsou představeny receptury, které se již v praxi osvědčily a které obsahující nově dostupné substance (receptury z Fragnerovy lékárny u Černého orla nesou v názvu označení FCO, např. Konopan FCO, Konovitan FCO aj.). Jedná se především o humánní topické přípravky ze skupiny emoliencií, epitelizancií, antipruriginóz, antitykotik, antibiotik, antiparazitik. Při formulaci receptur jsou respektovány fyzikálně-chemické vlastnosti obsažených léčiv, jejich stabilitní optima a kompatibility s dalšími léčivy a pomocnými látkami. Pracoviště Fragnerovy lékárny se zabývá také vytvářením receptur pro ORL, zubní lékařství, pediatrii a rovněž veterinární medicínu.

Pediatric

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

pátek / 6. května 2016 / 11.20–12.45 hod.

Současnost očkování

MUDr. Zlata Jirsenská

Klinika dětských infekčních nemocí PDM FN Brno, LF Masarykovy Univerzity

V posledních dvou desetiletích dochází k rozvoji oboru vakcinologie. Objevují se nové vakcíny, což vyžadují nejen globální, ale i regionální potřeby. Česká vakcinologická společnost vznikla v roce 2005 jako platforma pro výměnu odborných názorů napříč odbornostmi. Mezi hlavní úkoly patří tvorba doporučených postupů v oblasti očkování, iniciace změn očkovacích kalendářů pro

děti i dospělé, poradenská činnost, vzdělávací akce atd., a to v úzké spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a s Národní imunizační komisí.

V posledních letech se setkáváme s postupným klesajícím trendem proočkovanosti dětské populace v případě povinného očkování. Narůstají aktivity odpůrců očkování, stupňují se požadavky na individuální očkovací schémata. Osvědčená schémata jsou nahrazována alternativními, jen aby byly splněny počty dávek pravidelného očkovacího kalendáře bez ohledu na kvalitu a délku ochrany jedince. Na druhé straně musí být samozřejmostí, že ke skupině zdravotně stigmatizovaných jedinců je nutné přistupovat zcela individuálně s ohledem na jejich onemocnění. Existují samozřejmě i jedinci, kteří nemohou být očkovaní. Doposud jsme u pacientů s neúplným očkováním spoléhali mimo jiné na tzv. kolektivní imunitu. Ale v dnešní době existují i v ČR okresy, kde proočkovanost výrazněji poklesla, což samozřejmě může mít konkrétní dopady v epidemiologické situaci. Jak obrovské dopady to může mít, pokud naroste neproočkovaná, vnímavá populace a dojde k prolomení dobré kontroly infekčních onemocnění, nám ukazují rozsáhlé epidemie spalniček v Anglii, v Německu a v dalších zemích. A že i u nás může dojít k této situaci a jak jsme zranitelní, nám ukázala lokální epidemie spalniček v roce 2014. Na druhé straně na dokončení čeká řada úkolů. Novelizace vyhlášky 537/2006 Sb. o očkování, která měla být v platnosti již od 1. 1. 2016. Dále je nutné dořešit právní problematiku odpovědnosti za případné nežádoucí reakce po očkování v rámci pravidelného očkovacího kalendáře a s tím související i odškodnění pacienta, stanovení antigenního složení pro výběr očkovacích látek. Dostupnost kvalitních vakcín nepovinného, dobrovolného očkování se nezobrazila ve stoupajícím zájmu o očkování, ale naopak data pojišťoven nám ukazují pokles zájmu rodičů o tato očkování. Přičemž např. v loňském roce došlo opět k nárůstu závažných invazivních pneumokokových onemocnění, objevují se lokální epidemie hepatitidy A.

Možná v budoucnosti nastane v České republice situace, kdy bude možno zrušit povinné očkování. Ale tomuto kroku musí předcházet proces, který spočívá ve změně chápání ceny zdraví, ve větší zodpovědnosti za vlastní zdraví. Musíme napomoci veřejnosti orientovat se ve spleti různých informací a dezinformací, aby si lidé uvědomili, že očkování má smysl. Na druhé straně nesmí docházet ke komerčnímu ovlivňování veřejných a zdravotnických zájmů.

Obezita u dětí

MUDr. Lenka Dostalová Kopečná, Ph.D., MUDr. Jana Šťastná, Ph.D.

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Obezita je chronické onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným podílem tělesného tuku z aktuální tělesné hmotnosti se současným vzestupem tělesné hmotnosti nad kritickou hodnotu. Výsledky multicentrických epidemiologických studií dokumentují nárůst výskytu počtu osob trpících obezitou nebo nadváhou.

Prevalence a incidence nadváhy a obezity v celosvětovém měřítku od 2. poloviny 20. století do současnosti narůstá. Obezita je nejčastější metabolickou chorobou, která podle Světové zdravotnické organizace nabývá na přelomu tisíciletí charakteru celosvětové epidemie.

Zvláště alarmující je nárůst nadváhy a obezity v dětské populaci. To se týká podle posledních průzkumů rovněž dětské populace v ČR. Řadíme se na přední místo mezi státy Evropské unie.

Obezita jako metabolická porucha je ovlivněna faktory dědičnými, které se aktualizují a prolínají s faktory vycházejícími z prostředí. Tyto faktory a mnoho dalších se společně podílejí na jedinečném, zcela osobitém vztahu jedince k potravě a individuálním způsobu zacházení s ní.

Dalším následkem obezity je hypertenze, téměř u poloviny obézních. Významné jsou metabolické změny v lipidovém metabolismu – vyšší hodnoty triglyceridů, celkového cholesterolu, snížení HDL cholesterolu, které mohou vést k časným aterosklerotickým změnám. Změny postihují i glycidový metabolismus, dochází k rozvoji inzulinové rezistence a glukózové intolerance. U obézních jedinců bývá pozorována také vyšší fibrinolytická aktivita. Všechny tyto změny vytvářejí metabolický syndrom. Riziko metabolických komplikací se výrazně zvyšuje s délkou trvání jednotlivých rizikových faktorů. Je tedy přímá úměra mezi výskytem metabolických komplikací a délkou trvání obezity.

Medicamenta nova

garant doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.

pátek / 6. května 2016 / 13.45–14.35 hod.

Evolocumab pro léčbu familiární hypercholesterolemie

prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc., MUDr. Ondřej Kyselák

Oddělení klinické biochemie, FN u sv. Anny v Brně

Familiární hypercholesterolemie (FH) je geneticky podmíněné onemocnění, způsobené nejčastěji mutací v genu pro LDL-receptor, méně často mutací v genu pro apolipoprotein B, vzácně pak i mutací v genu pro PCSK9 či LDLRAP. Osoby s FH jsou celoživotně vystaveni velmi vysoké hladině LDL-cholesterolu, a jsou proto ve vysokém riziku vzniku kardiovaskulárních onemocnění v relativně mladém věku. K prevenci rozvoje předčasné aterosklerózy a vzniku kardiovaskulárních komplikací je proto nutná prakticky celoživotní terapie hypolipidemiky (změny životního stylu a dieta u pacientů s FH nikdy nestačí ke dostatečnému snížení hladiny LDL-cholesterolu). Základem léčby jsou vysoké dávky neúčinnějších statinů, často v kombinaci s ezetimibem. Ani takováto léčba nestačí u většiny pacientů s FH k dosažení cílových hodnot LDL-cholesterolu. Od letošního roku se bude otevírat možnost přidat léky ze skupiny tzv. biologické terapie – inhibitorů PCSK9 (proprotein konvertáza subtilisin-kexin typ9). Jedním ze dvou zástupců z této skupiny biologik, které jsou již schváleny ke klinickému použití Evropskou lékovou agenturou i americkou FDA, je evolocumab (Repatha®). Přidání evolocumabu ke stávající terapii snižuje dle výsledků klinických studií hladinu LDL-cholesterolu o dalších 50–60%. Lék je aplikován v podkožních injekcích v intervalu 2–4 týdny a léčba je velmi dobře tolerována. Primární indikací bude nepochybně léčba nemocných s FH, u kterých nelze ani maximálně tolerovanou dávkou statinů (event. v kombinaci s ezetimibem) dosáhnout cílové hodnoty LDL-cholesterolu. Další skupinou nemocných vhodných pro léčbu evolocumabem by měli být pacienti ve velmi vysokém riziku, kteří netolerují statiny nebo jejich vyšší dávky. Léčba by konečně měla být dostupná i pro nemocné v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění, kteří nedosahují ani maximálně tolerovanou dávkou statinů (event. v kombinaci s ezetimibem) cílové hodnoty LDL-cholesterolu. Nicméně konkrétní indikační omezení, cena a úhrada léku je zatím předmětem jednání příslušných orgánů ČR a v době přípravy tohoto textu nejsou tyto informace k dispozici.

Bezinterferonové režimy léčby chronické hepatitidy C

doc. MUDr. Tomáš Krechler, CSc.

4. interní klinika VFN a 1. UK Praha

Chronická hepatitida C (HCV) představuje velký medicínsko-ekonomický problém. Neléčená chronická HCV vede velmi často k závažným komplikacím s vysokou morbiditou a mortalitou (jaterní cirhóza, hepatocelulární karcinom).

Léčba chronické HCV prošla dlouhým vývojem, kdy prvním významným mezníkem bylo zařazení interferonu do terapie chronické HCV. Dlouhou dobu byla léčba interferonem v kombinaci s ribavirinem (orální nukleozidový analog) standardem terapie. Bohužel tato léčba nám umožnila zcela vyléčit jen asi 50% pacientů a byla zatížena velkým množstvím nežádoucích účinků.

Skutečným zlomem terapie chronické HCV bylo zavedení nových molekul s přímým protivirovým účinkem (DAA – directly acting antivirals) v r. 2011. Jedná se velkou skupinu molekul s komplexním protivirovým účinkem, přímo zasahujícím do replikačního cyklu viru HCV: inhibitory proteáz NS3/4A, nukleozidové inhibitory RNA polymerázy NS5B, nenukleozidové inhibitory NS5B a inhibitory NS5A.

V prvním období byly do léčby HCV zařazeny DAA ze skupiny inhibitorů proteáz NS3/4A (terlaprevir a boceprevir), využívané v kombinaci s interferonem a ribavirinem. Tato terapie zvýšila procento vyléčených na cca 70–80%, její nevýhodou však bylo poměrně velké množství nežádoucích účinků

a špatné tolerance. Nověji byly tyto léky nahrazeny jiným proteázovým inhibítorem (simeprevir), s minimalizací nežádoucích účinků.

Vývoj léčby s využitím DAA probíhá velmi dynamicky ve smyslu zařazováním nových režimů bez využití interferonu s minimalizací nežádoucích účinků a navýšením efektu léčby.

Do klinické praxe se dostávající nové „interferon-free“ léčebné režimy s využitím kombinovaných preparátů s komplexním protivirovým efektem. Mezi nově využívaná léčebná schémata patří: sofosbuvir + ledipasvir, paritaprevir/r + ombitasvir + dasabuvir, simprevir + sofosbuvir, daclatasvir + sofosbuvir.

Využitím těchto nových léčebných přístupů je možné úplné vyléčení u více než 95 % pacientů bez ohledu na pokročilost jaterního onemocnění a s minimálním množstvím nežádoucích účinků.

Tento pokrok v terapii chronické HCV představuje velkou výzvu pro zdravotní systém, a to jednak ve zintenzivnění diagnostiky HCV, jednak k rozšíření dostupnosti této léčby co nejširšímu okruhu pacientů.

Výzkum a vývoj nových léčiv

Mgr. Jakub Dvořáček, MHA

výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu
pátek / 6. května 2016 / 14.35–15.05 hod.

Přednáška zaměřená na vývoj a výzkum nových léků, program IMI a klinická hodnocení v ČR.

Podpora vědy a výzkumu

Innovative Medicines Initiative

Innovative Medicines Initiative neboli IMI vznikla v roce 2008 spoluprací Evropské komise a Evropské federace farmaceutických společností a asociací (EFPIA). Od roku 2014 do roku 2024, tedy i v současné době, běží Iniciativa IMI 2. V rámci programu IMI 2 je alokováno více než v programu předchozím, a to celkem 90 miliard korun, jedná se o 45 miliard korun v rámci výzkumného a inovativního programu Horizon 2020, které poskytne Evropská unie, a 39 miliard korun, které poskytne EFPIA.

IMI 2 si klade za cíl především vyvinout další generaci vakcín, léků a ošetření, jako například nová antibiotika. Konkrétně:

- 30% zlepšení úspěšnosti v klinických studiích prioritních léků identifikovaných Světovou zdravotnickou organizací.
- Klinické ověření konceptu v imunologických, respiračních, neurologických a neurodegenerativních chorobách za pouhých pět let.
- Nové a schválené diagnostické markery pro čtyři z těchto nemocí a nejméně dvě nová léčiva, která by mohla být novými antibiotiky nebo novou terapií pro Alzheimerovu chorobu.

V roce 2015 byly v programu IMI 2 vypsány 3 výzvy k podávání návrhů vědeckými týmy. Konkrétně se jednalo o Výzvy 4, 5 a 6. Výzva 4 se věnuje problematice Enabling Platform on Medicines Adaptive Pathways to Patients. Výzva 5 se týkala především získávání znalostí o výhodách a rizicích léčebných přípravků z hlediska perspektivy pacientů, biomarkerů pro diabetická onemocnění ledvin, zánětů a Alzheimerovy choroby, amyloidových biomarkerů kognitivních poruch a dalších. Konečně výzva 6 se věnovala problematice systému kvantifikace toxikologie pro zlepšení bezpečnosti nových léků, infekci respiračním syncytiálním virem a dále problematice Big Data for Better Outcomes programme.

Nově byla do budoucích témat výzev zařazena oblast týkající se tzv.:

- New Drugs for Bad Bugs, jakožto reakce na antimikrobiální rezistenci.
- Big Data for Better Outcomes – zpracování velkých objemů dat pro lepší výsledky a usnadnění používání datových zdrojů, aby bylo dosaženo výsledků zdravotní léčby, významné pro pacienty, klinické lékaře, regulátory, výzkumné pracovníky a zdravotní péče obecně.

Klinická hodnocení v České republice

Klinická hodnocení představují zásadní impuls pro vývoj nových léčiv a přináší s sebou také nemalé ekonomické výhody. Přes veškerá pozitiva však v České republice klesl počet realizovaných

klinických hodnocení od roku 2006 o 28%. Vyplývá to z průzkumu Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).

Kardiologie

garant doc. MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA

pátek / 6. května 2016 / 15.35–16.50 hod.

Farmakoterapie chronického srdečního selhání

doc. MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA

Komplexní kardiologické centrum Praha

Farmakoterapie srdečního selhání se systolickou dysfunkcí levé komory je založena na principech neurohumorální blokády sympatoadrenálního systému a systému renin-angiotenzin-aldosteron. Výzkum přinesl v posledních deseti letech některé nové léky, které zasahují do neurohumorální aktivity nebo snižují tepovou frekvenci nezávisle na blokádě beta-receptorů. Do novinek můžeme ale stále řadit ivabradin, který zpomaluje aktivitu sinusového uzlu, a tím snižuje tepovou frekvenci nezávisle na beta-blokádě. V roce 2010 byly publikovány výsledky studie SHIFT, která prokázala příznivý efekt ivabradinu na mortalitu a morbiditu pacientů se srdečním selháním a sníženou ejekční frakcí levé komory. Ivabradin je selektivní inhibitor If kanálu v sinusovém uzlu, zpomaluje srdeční frekvenci.

Novinky v oblasti blokády systému renin-angiotenzin-aldosteron jsou dvě. Za prvé použití blokátorů mineralokortikoidních receptorů u méně symptomatických pacientů s těžkou dysfunkcí levé komory a nový představitel této skupiny – finerenon. Za druhé nová léčivá skupina – inhibitor receptoru angiotenzinu a neprilysinu, jediným představitelem je sacubitril-valsartan, jehož účinnost byla prokázána ve studii PARADIGM-HF.

Léčebné strategie, které byly u pacientů se srdečním selháním a sníženou ejekční frakcí spojeny se snížením nemocnosti a se zlepšením prognózy, se ukázaly být u nemocných se srdečním selháním a zachovalou ejekční frakcí neúspěšné. Aktuální doporučení odborných společností se u pacientů se srdečním selháním a zachovalou ejekční frakcí zaměřují na léčbu komorbidit: účinná léčba arteriální hypertenze, odstranění ischemie myokardu a kontrola rytmu nebo tepové frekvence u nemocných s fibrilací síní.

Farmakoterapie akutního srdečního selhání

MUDr. Marie Lazárová

I. interní klinika – kardiologická, Fakultní nemocnice Olomouc

Akutní srdeční selhání je onemocnění s vysokou prevalencí, incidencí a významnou nemocniční mortalitou. Prevalence dosahuje až 2%, prognóza onemocnění je závažná, roční mortalita pacientů s akutním srdečním selháním je 30–40%. Akutní srdeční selhání definujeme rychlým začátkem nebo rychlou změnou symptomů vyžadujících urgentní léčbu. Patofyziologicky se jedná o akutně vzniklou neschopnost srdečního svalu zajistit adekvátní přísun živin a kyslíku periferním tkáním. Hovoříme o „acute heart failure syndromes“, kam řadíme dekompenzaci chronického srdečního selhání, plicní edém, srdeční selhání při těžké hypertenzi, kardiogenní šok, selhání pravé srdeční komory a srdeční selhání při akutních koronárních syndromech. Každá modalita má svoji specifickou terapii, můžeme ovlivňovat preload, afterload, kontraktilitu srdečního svalu. Samozřejmostí je snaha o ovlivnění vyvolávajícího faktoru, který k akutnímu srdečnímu selhání vedl (tachyarytmie, infarkt myokardu, infekční endokarditida s významným poškozením chlopně a další). Pomocí farmakoterapie jsme schopni rychle zlepšit hemodynamický stav, bohužel však pro žádný používaný lék nemáme k dispozici důkazy o dlouhodobějším příznivém efektu a o redukci mortality pacientů s akutním srdečním selháním. Jednotlivé skupiny léků a jejich použití v praxi budou součástí prezentace. Limitací studií s novými

farmaky u akutního srdečního selhání je velká heterogenita souboru pacientů a jejich komorbidit. Naopak efekt na redukcí mortality u pacientů s akutním srdečním selháním přináší nefarmakologická léčba, konkrétně mechanické podpory oběhu ať již krátkodobé – např. ECMO, či dlouhodobé – LVADs.

XII. SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČFS

Personalizovaná farmakoterapie (odborný blok)

garant prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

sobota / 7. května 2016 / 8.45–9.45 hod.

Farmakoterapie srdečních onemocnění šitá na míru – daří se nám to?

prof. MUDr. Jan Bultas, CSc.

Ústav farmakologie 3. LF UK Praha

Současné období medicíny je charakterizováno vyžadováním doložení efektu léčebného postupu velkými klinickými studiemi. Jsme tedy v období „evidence-based medicine“. Nicméně závěry o účinnosti a bezpečnosti léčby vyplývající z „mega-studií“ platí pro populaci, ale nemusí vždy platit pro jednotlivce.

Důvodů, proč tomu tak je, je více. Na prvním místě jsou to *interindividuální rozdíly ve farmakokinetice* léčiva, které vyplývají zejména z farmakogenetických odlišností v dostupnosti, transformaci a eliminaci léčiva. Příkladem jsou více než desetinásobné rozdíly v expozici při podávání lipofilních betablokátorů, zejména metoprololu, dané polymorfismem izoenzymu CYP2D6. Obdobně účinek warfarinu ovlivňuje celá plejáda faktorů – od absorpce a přestupu léčiva do hepatocytu, přes citlivost vitamin K-reduktázy, po eliminaci warfarinu oxidázou CYP2C9. Méně je již známo, že též u přímých perorálních antikoagulantů jsou doloženy obdobné rozdíly v plazmatických koncentracích, například u rivaroxabanu byly difference plazmatických koncentrací mezi krajními decily více než 16násobné. Z ostatních antitrombotik je farmakogenetickou výbavou ovlivněna zejména bioaktivace a dostupnost klopidogrelu. Podobně je ovlivněn i výskyt nežádoucích účinků provázející léčbu některými lipofilními statiny (konkrétně simvastatinem) při polymorfismu transportéru OATP1B1. Konečně u digoxinu je nesmírně důležitá výsledná plazmatická koncentrace – hodnota pod 0,5 nmol/ml vede k selhání účinku, hodnota nad 0,9 nmol/ml velmi zvyšuje výskyt maligních tachyarytmií. Koncentrace pak je významně ovlivněna aktivitou eliminačního transportéru P-gp.

Jak se s touto skutečností vypořádáváme? V případě betablokátorů jednoduše – o farmakodynamickém účinku nás spolehlivě informuje srdeční frekvence. U warfarinu rutinně stanovujeme antikoagulační aktivitu (INR) a dávku přizpůsobujeme. Obdobnému zjišťování účinku v době zavádění léčby se u xabanů a gatranů výrobci brání a teprve čas určí optimální přístup. V protidestičkové léčbě máme možnost volit prasugrel či tikagrelor, jejichž bioaktivace není komplikovaná či se na účinku nepodílí. Při léčbě statiny zatím zohledňujeme pouze lékové interakce a k léčbě preferujeme statiny, jejichž transport není ovlivněn influxními pumpami (tj. zejm. rosuvastatin či fluvastatin). Stanovení plazmatické koncentrace digoxinu v době iniciace léčby a posléze při současné iniciaci či ukončení aplikace inhibitorů P-gp je jediným akceptovatelným postupem. Rutinní zjišťování genotypu při léčbě problematickými léčivy se zatím v klinice příliš neujalo. Testování oxidázy CYP2C9 u warfarinu či P-gp, CES-1 a CYP2C19 u klopidogrelu má malý význam. Situace je natolik komplikovaná a do výsledného efektu zasahuje tolik faktorů, že stanovení genotypu, resp. fenotypu neposkytuje zásadní přínos v rozhodovacím procesu.

Vedle rozdílů ve farmakokinetice léčiv jsou významné též rozdíly ve *farmakodynamickém* efektu. Zde jsou dostupné například práce o výsledném ovlivnění mortality a morbidity při kombinaci různých polymorfizmů v ose renin-angiotenzin-aldosteron při léčbě inhibitory ACE. Asi u pětiny

populace s „nepříznivým genotypem“ léčba bohužel selhává. Ač tato skutečnost byla ověřena ve dvou „mega-studiích“, přenos do klinické praxe je přinejmenším rozpačitý.

Shrneme-li, pak část práce již byla vykonána, nicméně ještě podstatnější díl čeká před námi. Varovná slova J. E. Purkyně „... *ne sit medica gravior ipso morbo*“ se tak plně postupně naplňují.

Jednání shromáždění členů ČFS

Sdělení sekcí I.

sobota / 7. května 2016 / 10.00–12.20 hod.

PhMr. Emil Šedivý a prof. PhDr. PhMr. Eduard Skarnitzl – významné osobnosti české farmacie

Mgr. Ladislava Valášková, Ph.D.

České farmaceutické muzeum, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové,
Univerzita Karlova v Praze

Příspěvek představuje dva vynikající odborníky české farmacie, jejichž nepopiratelný přínos pro praktický i vědecký rozvoj oboru je důvodem, proč se Česká farmaceutická společnost rozhodla od roku 2016 udělovat jejich jménem zvláštní ocenění.

PhMr. Emil Šedivý (1872–1923) byl lékárník, který se vedle praktického vykonávání svojí profese zabýval také její historií. Jako první postavil české dějiny farmacie na vědecký základ, a jeho dílo je tak právem považováno za počátek našeho moderního farmaceutického dějepisectví. V roce 1919 se zasloužil o obnovení České lékárnické společnosti (předchůdkyně ČFS).

Prof. PhDr. PhMr. Eduard Skarnitzl (1894–1970) se původně věnoval vědecky farmakognozi a farmakoergasii. Dlouhodobě poté působil v Ústavu pro zkoumání léčiv (od r. 1931 jako ředitel), a stál tak u zrodu institucionální farmaceutické kontroly na našem území. Od roku 1952 byl předsedou Lékopisné komise, kde pod jeho vedením vyšlo 2. a 3. vydání Československého lékopisu. Zabýval se také historií oboru. Tento jeho zájem ho přivedl v roce 1944 do čela Muzejního odboru při Ústředním svazu lékárníků a později se stal prvním předsedou skupiny pro dějiny farmacie při Komisi pro dějiny přírodních, lékařských a technických věd ČSAV, respektive Československé společnosti pro dějiny věd a techniky.

Příspěvek klinicko-farmaceutické péče k personalizované medicíně

prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.¹, PharmDr. Milada Halačová, Ph.D.²

¹Předseda Sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP, z. s.

²Místopředseda Sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP, z. s.

Cílem klinicko-farmaceutické péče je individualizace farmakoterapie, pomocí které se daří u individuálního nemocného dosáhnout cílů farmakoterapie a snížit její rizika. Klinická farmacie je náročný obor vyžadující vysoké expertní znalosti, dovednosti a velkou míru zkušeností. Fungování oboru v rámci zdravotního systému je založeno na mezioborové spolupráci s lékaři a sestrami.

Klinicko-farmaceutická péče se díky požadavkům klinického terénu a systematické podpoře klinické farmacie v pregraduálním vzdělávání farmaceutů začala v posledním desetiletí významně vyvíjet. Vzrůstá počet motivovaných a vzdělaných odborníků, narůstají požadavky zdravotnického systému, rozvíjí se a modifikuje systém pregraduálního i postgraduálního vzdělávání v oboru. Sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP dlouhodobě a systematicky rozvíjí klinickou farmacii také jako vědeckou a profesní disciplínu. Podporuje a organizuje řadu tuzemských vědeckých a vzdělávacích projektů, vytváří prostor pro spolupráci také na poli mezinárodním a participuje na vývoji vzdělávacích pregraduálních programů na FaF UK v Hradci Králové. V rámci postgraduální výuky významným způsobem participuje na tréninkových aktivitách absolventů v rámci předatestační přípravy i kontinuálního vzdělávání úzkou spoluprací s Univerzitním vzdělávacím centrem klinické farmacie FaF UK v Hradci

Králové a Českou lékárnickou komorou (organizace interaktivních dispenzačních seminářů). Také se už přes 25 let snaží sekce implementovat pravidla individualizované farmakoterapie do aktivit odborné veřejnosti a do mezioborových diskuzí o farmakoterapii na Pracovních dnech a Symposiích klinické farmacie René Macha. Sekce v průběhu let vyvinula několik metodických algoritmů (SAZE a algoritmus Tří pilířů). Tyto algoritmy systematizují a standardizují postupy, kterými je možné dosáhnout optimalizace farmakoterapie u konkrétního pacienta (vše viz Konceptce oboru klinické farmacie; Česká a slovenská farmacie, přijato do tisku v roce 2016).

Individualizace a personalizace farmakoterapie vyžaduje především zkušenost s řešením případů, s fungující zpětnou vazbou, vhodnou monitorací různých parametrů a dokumentační činností. Zejména monitorace různých parametrů, její načasování a správná interpretace zajišťuje dostatek informací pro vhodnou léčbu a pomáhá získávat optimální zkušenosti z řešených případů. Mezi velmi exaktní monitorovací aktivity ve farmaceutické péči patří TDM (v literatuře označováno jako nástroj pro individualizaci dávkování), a dále predikce rizik vs. prospěšnost z informací v genomu (v literatuře označováno jako nástroj pro personalizovanou medicínu). Individualizace a personalizace farmakoterapie v širším smyslu jsou synonyma a obě vyžadují monitorování i na mnoha dalších úrovních, které musí zkušený klinický farmaceut zvládnout, případně se musí zajímat, zda byl tento monitoring proveden, a pracovat s těmito výsledky. Konečnému posouzení farmakoterapie předchází podrobné studium lékové a osobní anamnézy, lékové adherence, poměru risk/benefit dané medikace, chování a představ lékaře, ev. sestry, míry dosahování cílů léčby a akceptace rizik, přítomnosti rizikových faktorů chorob a projevů dopadů nežádoucích účinků léčiv a i přítomnosti rizikových faktorů nežádoucích účinků. Monitorování v tomto širokém pojetí patří k základnímu pravidlu skutečné personalizace medicíny, která teprve umožní získat představu, zda skutečně může být dosaženo cílů léčby při akceptovatelné minimální míře rizik u konkrétního pacienta. Je to velká výzva pro klinicko-farmaceutickou péči a na několika případech ji při přednášce budeme prezentovat.

Sdělení sekce II.

sobota / 7. května 2016 / 13.30–14.45 hod.

Nezávislý lékárník a současná realita aneb dá se ještě hovořit o svobodném povolání?

PharmDr. Pavel Grodza

Lékárna Panacea Příbor

Malé zamyšlení nad vývojem veřejného lékárenství od jeho privatizace v roce 1993 dodnes. Většina očekávání tehdejší generace se nenaplnila. Lékárník je stále uváděn jako příslušník svobodného povolání, ale platí to jen pro pár vyvolených. Perspektiva toho, že by nezávislých lékárníků přibývalo, je velmi nejistá, spíše lékárenství směřuje do absolutní závislosti jednotlivců na jejich chlebovárci. Pokud se ten chová počestně dle pravidel umění, může být pro zaměstnané kolegy tato práce i duchaplná a naplňující jejich představy po vstupu do praxe. Mnohdy se ten však pravidly příliš neřídí, pak se absolvent náročného studia farmacie řítí někam, kam jej škola nesměrovala a zpravidla trochu lituje toho, že si farmacii vybral jako svůj celoživotní obor působení. Fotodokumentace některých lékáren ukazuje, čím si některé lékárny přitahují pozornost veřejnosti. Z toho vyplývá i dnešní pohled občanů na lékárnou a naši profesi. Samoobslužné uspořádání některých provozoven bez diskretních zón neumožňuje intimní kontakt mezi lékárníkem a pacientem. Obdiv patří všem, kteří se věnují konzultační činnosti a bezplatně darují svým pacientům svůj drahocenný čas. Cesta ven a možná i k záchraně nezávislosti vede jedině přes odborné působení na pacienta, jeho lékový profil, jeho způsob života. Jistě to předpokládá i náležitě ocenění ze strany plátce zdravotní péče. Dosažení toho je, myslím, cílem blízké budoucnosti. V druhé části přednášky je krátká zpráva o činnosti Sekce lékárenství ČFS ČLS JEP od minulého sjezdu s nástinem plánů do budoucna.

Nemocniční lékárenství v ČR a srovnání se situací v EU

PharmDr. Marek Lžičar

Nemocniční lékárna FN u sv. Anny v Brně

Nemocniční lékárny jsou nedílnou součástí zdravotního systému v ČR, poskytují širokou škálu činností s cílem zabezpečit lékárenskou péči pro hospitalizované i ambulantní pacienty. V nemocničních lékárnách probíhá kromě výdejní činnosti pro ambulantní pacienty také např. příprava zvláště náročných lékových forem, příprava cytostatik a dalších parenterálních přípravků, je zajišťován informační a konzultační servis, podobně jako klinicko-farmaceutické služby. Ve sdělení budou prezentovány výsledky průzkumu, který porovnával podmínky pro implementaci Statementů nemocničního lékárenství v různých zemích EU. Díky nastavení standardů, vzniklých na základě širokého konsenzu evropských nemocničních lékárníků, odborných společností i patientských organizací, lze snáze prosazovat změny v důležitých procesech nemocniční lékárny. Součástí sdělení bude i srovnání výchozího stavu poskytovaných lékárenských služeb a možností splnění požadavků Statementů mezi nemocničními lékárnami v ČR.

Představení sekce přírodních léčiv a její úloha v době „evidence based“ přírodních produktů

PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D.

Lékárna U Radnice, Prostějov

Výbor Sekce přírodních léčiv aktuálně zasedá ve složení PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D. (předseda), PharmDr. Jan Martin, Ph.D. (vědecký sekretář), RNDr. Václav Bažata, PharmDr. Jana Karlíčková, Ph.D., a doc. RNDr. Jiřina Spilková, CSc. V úzké spolupráci všech členů výboru jsou dopracovávány texty pro doplnění webové prezentace sekce. V roce 2015 proběhl Pracovní den Sekce přírodních léčiv pod názvem Léčebné konopí – teorie, legislativa a praxe v ČR. Bylo předneseno 5 přednášek a vystoupili hosté PharmDr. Marcela Škrabalová a PharmDr. Stanislav Havlíček. Program pracovního dne a vybrané přednášky budou zveřejněny na webových stránkách sekce po přihlášení člena. Také v roce 2016 je Pracovní den zařazen v plánu akcí ČFS.

Produkty obsahující látky přírodního původu jsou významnou složkou v prevenci a léčbě řady zdravotních komplikací. V rámci globalizovaného trhu se laická i odborná veřejnost stále častěji setkává s výskytem léčivých rostlin a z nich připravených produktů z rozličných částí světa a tradičních systémů medicíny. I když má farmaceut, jako jediný ze zdravotnických povolání, odpovídající znalosti z oboru farmakognosie, je v dnešní době nezbytností kontinuální vzdělávání. Je totiž třeba brát v potaz, že řada výzkumů, jak v oblasti fytochemie, tak v oblasti farmakologického a klinického hodnocení, bylo intenzivně publikováno v poslední dekádě, a to nejen u rostlin exotických, ale i našich tradičních. Proto je pro lékárníka tak důležité aktualizovat své znalosti, aby mohl ve své každodenní lékárenské praxi zúročit své vzdělání a nebyl odkázán na přemíru firemních či neověřených internetových sdělení. Jako svou prioritu si proto výbor sekce klade zintenzivnění osvětové činnosti v oblasti přírodních produktů a jako jeden z hlavních úkolů si klade za cíl obnovení odborné konference Hradecké dny léčivých rostlin, která byla v dřívějších letech úspěšně pořádána. Pro členy sekce bude nově pravidelně připravován Newsletter s odbornými tématy a shrnující dění v sekci. Ten bude rozepisován na kontaktní emailové adresy (prosíme o jejich doplnění či aktualizaci v členské databázi) a bude rovněž přístupný po přihlášení na webových stránkách.

Důležitým pilířem pro celé dění v sekci je pro nás kontakt s odbornou lékárenskou veřejností. V případě podnětů či odborných dotazů z lékárenské praxe nás neváhejte kontaktovat na nově zřízené emailové adrese spl@cfs-cls.cz.

Zpráva o činnosti Sekce technologie léků

PharmDr. Aleš Franc, Ph.D., doc. PharmDr. Kateřina Kubová, Ph.D.

Ústav technologie léků, Farmaceutická fakulta VFU Brno

Sekce technologie léků sdružuje odborné pracovníky a zájemce z pracovišť zabývajících se návrhem, výzkumem, vývojem, přípravou, výrobou a hodnocením jakosti léčivých přípravků a léků. Sdružuje odborníky z univerzitních pracovišť, výzkumných center, farmaceutického průmyslu, ale také lékárníky z nemocničních i veřejných lékáren.

V rámci ČFS ČLS JEP je členem mezinárodní organizace European Industrial Pharmacists Group.

Cílem činnosti sekce je rozvíjet a uplatňovat nové poznatky z oblasti farmaceutické technologie a souvisejících oborů. V rámci České farmaceutické společnosti sekce organizuje odborné akce a podílí se na celoživotním vzdělávání v oboru své působnosti.

V uplynulém roce proběhly volby do vedení sekce výboru, kde byli zvoleni doc. PharmDr. Kateřina Kubová, Ph.D., jako předsedkyně, Mgr. Dagmar Dolinská jako místopředsedkyně a PharmDr. Aleš Franc, Ph.D., jako vědecký sekretář.

Ve stejné době též proběhla tvorba nových webových stránek s aktualizovanými údaji.

Jako každý rok proběhl dne 3. 9. 2015 pracovní den Sekce technologie léků s názvem Pokroky v lékových formách. Tentokrát však poprvé na půdě Větrnářské a farmaceutické univerzity v Brně, a to ve spolupráci s nově založeným Vzdělávacím institutem Farmaceutické fakulty VFU Brno. Akce finančně podpořila společnost Česká lékárna Holding, a.s. – provozovatel sítě lékáren Dr. Max. Akce byla spojena s posterovou prezentací výsledků dosažených v oblasti farmaceutické technologie na brněnské i hradecké Farmaceutické fakultě. Celkově se zde účastnilo 84 účastníků z různých oblastí farmacie – z akademické oblasti (Farmaceutická fakulta VFU Brno, Farmaceutická fakulta UK Hradec Králové, Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, Fakulta chemicko-technologická – Univerzita Pardubice, Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, Fakulta chemická – Vysoké učení technické v Brně v Brně), výzkumných ústavů (Akademie věd ČR, Výzkumný ústav veterinárního lékařství Brno), farmaceutických firem (Zentiva, k.s. Promed, Tekro, Walmark, Aveflor, Bioveta, Lunaria), i z nemocničních a veřejných lékáren.

X. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ

Pokroky v medicíně a farmacii

garant PharmDr. Pavel Grodza

sobota / 7. května 2016 / 14.45–15.45 hod.

Novinky v léčbě roztroušené sklerózy

MUDr. Pavel Hradílek, Ph.D.

Neurologická klinika FN Ostrava

Ještě před necelými 10 lety byly pro léčbu relaps-remitentní roztroušené sklerózy (RS) k dispozici pouze interferony beta a glatirameracetát. Tyto léky dnes známe poměrně dlouhou a dokážeme dobře pracovat i s jejich případnými nežádoucími účinky. V průběhu let však bylo zjištěno, že zdaleka ne u všech nemocných došlo při této terapii k žádoucímu poklesu aktivity RS. Kromě uvedených léčiv máme nyní pro první linii k dispozici také teriflunomid, což je první orální preparát pro základní léčbu relaps-remitentní RS nebo klinicky izolovaného syndromu. Pro nemocné, u nichž navzdory léčbě léky první linie nedošlo k žádoucímu poklesu aktivity nemoci, dnes máme k dispozici hned několik dalších léčiv, která mají většinou vyšší účinnost než základní léky, ale také mají některé nežádoucí účinky, které i když nejsou časté, mohou v případě jejich výskytu být potenciálně velmi závažné, což klade daleko větší nároky na znalost mechanismů působení těchto léků a celkové imunologické

situace nemocného. Prvním tzv. „eskalačním“ lékem, který se objevil na trhu, byla monoklonální protilátka natalizumab namířená proti alfa-4-integrinu endotheliálních buněk na hematoencefalické bariéře. Nejzávažnějším potenciálním nežádoucím účinkem je rozvoj progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML). Podle poslední bezpečnostní zprávy ve světě dosud onemocnělo PML v souvislosti s léčbou natalizumabem 638 pacientů. Dalším lékem (prvním orálním preparátem specifickým pro RS) byl fingolimod působící cestou sphingosin-1-fosfátových receptorů. PML po tomto preparátu byla také popsána, i když ojediněle, a spíše při léčbě musíme monitorovat nežádoucí projevy kardiální, oční a také herpetické infekce. V roce 2015 se na trhu objevil další orální preparát – dimethylfumarát, který je v současné době zařazen do tzv. 1,5. linie a je možné jej indikovat po 1 středně těžkém nebo těžkém relapsu na léčích první linie. Z nežádoucích účinků je třeba se zmínit alespoň o gastrointestinálním dyskomfortu a také bývá přítomen flush. PML byla rovněž popsána, ale podobně jako u fingolimodu pouze ojediněle. Taktéž v roce 2015 přišla do klinické praxe druhá monoklonální protilátka – alemtuzumab – namířená proti CD52 znakům na T a B lymfocytech, která je unikátní svým mechanismem účinku i aplikačním schématem. Management léčby tímto preparátem je poměrně složitý a zahrnuje mj. bdělost vůči vedlejším projevům indukujícím rozvoj jiných autoimunitních onemocnění, jako je idiopatická trombocytopenická purpura, onemocnění štítné žlázy nebo autoimunitní glomerulonefritida s přítomností protilátek proti strukturám bazální membrány glomerulů. Ve vývoji je celá řada dalších kandidátů pro terapii RS (např. monoklonální protilátky daclizumab, ocrelizumab nebo ofatumumab, dále laquinimod, cladribin, ibudilast, léky svým účinkem podobné fingolimodu, jako např. ponesimod, a další).

X. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ

XII. SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ ČESKÉ
FARMACEUTICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP, z. s.



6.–7. května
2016

Clarion
Congress
Hotel
Olomouc

Pořadatel: Česká farmaceutická společnost ČLS JEP, z. s., a společnost Solen, s. r. o.

PARTNEŘI



VYSTAVOVATELÉ

3M Česko, spol. s.r.o.

Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.

Apatyka servis s.r.o.

ASPEN Europe GmbH

Expharma s.r.o.

KAUMY s. r. o.

Mark Distri s.r.o.

Mary Kay PRAHA

Naos Czech Republik s.r.o.

SERVIER s.r.o.

SWISS PHARMA, spol. s.r.o.

TOP NATUR s.r.o.

Walramcom s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Praktické
lékárenství



maxDorf

Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast na finančním zajištění konference

Mezioborový kongres

Inovace v galenické přípravě léčiv



Pořadatel: **Fagron a.s.**
Spolupořadatel: **Mladí lékárníci o.s.**

Odborný garant:
PharmDr. Sylva Klovrzová



Přijměte pozvání na příjemné páteční odpoledne a sobotu ve společnosti galenické přípravy.

Mezioborový seminář

pro lékaře, lékárníky a farmaceutické asistenty

kdy? 3. 6. 2016 (13:00 - 18:30) hod **Galenická příprava v pediatrii**

4. 6. 2016 (9:30-16.30) hod **Galenická příprava v dermatologii**

kde? Hotel Olympik Tristar, U Sluncové 14, Praha

Registrujte se na jeden den nebo na oba dva dny na adrese fagronacademy@fagron.cz
Program Kongresu naleznete ve Vašich kongresových taškách nebo na stánku Fagron.

Přijďte si vyzkoušet na stánek Fagron inovace pro Vaši lékárnu



SyrSpend® SF

Základ pro přípravu suspenze

Espumil™

Základ pro přípravu pěny



BasiFarm® cremor

Hydrofilní masťový základ

PentraVan®

Transdermální masťový základ



Capsicards® System

Strojek a tobolky pro efektivní přípravu



ALLIANCE HEALTHCARE

INOVATIVNÍ LÍDR FARMACEUTICKÉ DISTRIBUCE A SLUŽEB

Zajišťujeme komplexní služby vysoké kvality v oblasti distribuce léčivých přípravků a zdravotnického sortimentu. Pro lékárny a zdravotnická zařízení jsme nejen profesionálním dodavatelem, ale i spolehlivým partnerem.

- vysoká kvalita služeb pro lékárny a další zdravotnická zařízení
- široký sortiment
- rychlá a bezchybná expedice objednávek
- závozy do 2 hodin od objednání několikrát denně
- 4 moderní distribuční centra v ČR
- služba call centra 6 dní v týdnu

Alliance Healthcare
Podle Trati 624/7, 108 00 Praha 10 - Malešice
Česká republika

Tel.: +420 800 310 101
E-mail: info@alliance-healthcare.cz
www.alliance-healthcare.cz

Alliance 
Healthcare

Member of Walgreens Boots Alliance