

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

5. – 6. října 2012
Hotel Olympik ARTEMIS
U Sluncové 14, 186 76 Praha 8

POŘADATEL

Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP

PREZIDENTKA KONGRESU

Mgr. Jana Gregorová
předsedkyně ČOSKF ČLS JEP
E-mail: jana.gregorova@bulovka.cz

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

Mgr. Jana Gregorová, prezidentka kongresu
PharmDr. Irena Netíková, Ph.D., vědecký sekretář
PharmDr. Šárka Kozáková, MBA
Mgr. Martina Maříková
RNDr. Jiří Netočný
Mgr. Jitka Bačová
PharmDr. Martin Šíma

SEKRETARIÁT KONGRESU

AMCA, spol. s r.o.
Academic and Medical Conference Agency
Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2
Tel.: 221 979 351, 724 140 729
amca@amca.cz, www.amca.cz



SPOLEČENSKÝ VEČER

5. 10. 2012, 18.30
Hotel Olympik ARTEMIS
Večeře formou rautu.

REGISTRAČNÍ HODINY

Pátek 5. 10. 11.00 – 18.00
Sobota 6. 10. 8.00 – 13.15

OHODNOCENÍ

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 **České lékařské komory** (ev. č. akce 30166, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 12 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 20 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 10 kreditů.

Česká lékárnická komora souhlasí s přiznáním kreditních bodů na základě ustanovení § 2, odst. 1, písm. a) a b) zákona ČNR č. 220/1991 Sb. (registrační číslo: 12522).

Pasivní účast: 16 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 20 kreditů za 45 minutové sdělení. U kratších prezentací je bodové ohodnocení adekvátně sníženo.

PARTNEŘI KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER

ASTRAZENECA CZECH REPUBLIC, S.R.O.

HLAVNÍ PARTNER

MEDONET PHARMA S.R.O.

PARTNER

B. BRAUN MEDICAL S.R.O.

OSTATNÍ ZÚČASTNĚNÉ FIRMY

ROCHE s.r.o.

AMGEN s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

KLINICKÁ FARMAKOLOGIE A FARMACIE

PHARMA NEWS

REDBRAND

REMEDIA

PÁTEK 5. 10. 2012

13.00 – 14.00

ZAHÁJENÍ KONGRESU

Moderátor: PharmDr. Irena Netíková, Ph.D. (Praha)

ČESTNÍ HOSTÉ

- doc. MUDr. Ondřej Slanař, Ph.D.
Česká společnost pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii ČLS JEP
- MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
- prof. PharmDr. Ing. Milan Lázníček, CSc.
Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové
- prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc.
Česká onkologická společnost ČLS JEP
- MUDr. Luboš Kotík, CSc.
Česká internistická společnost ČLS JEP
- MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Úskalí použití doporučených postupů ve farmakoterapii

MUDr. Luboš Kotík, CSc.

Thomayerova nemocnice, Praha

Možnosti spolupráce praktického lékaře a klinického farmaceuta

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

14.15 – 16.00

I. ODBORNÝ BLOK – PALIATIVNÍ MEDICÍNA I

Moderátoři: PharmDr. Martin Šíma (Praha),

Mgr. Martina Maříková (Hradec Králové)

14.15 – 14.35

1. Význam hodnocení farmakoterapie v paliativní medicíně (Je farmakoterapie potřeba?)

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rejhrad

14.35 – 15.00

2. Výživa, kdy žít a kdy ne

MUDr. Petra Holečková, MBA

Nemocnice Na Bulovce, Praha

15.00 – 15.20

3. Opioidy navozená hyperalgezie

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

15.20 – 15.40	4. Je některý opioid účinnější u neuropatické bolesti? EBM <i>PharmDr. Irena Netíková, Ph.D.</i> <i>Nemocnice Na Bulovce, Praha</i>
15.40 – 16.00	Diskuze
16.00 – 16.30	Přestávka
16.30 – 18.05	II. ODBORNÝ BLOK – PALIATIVNÍ MEDICÍNA II <i>Moderátoři: RNDr. Jiří Netočný (Ostrava), Mgr. Roman Goněc (Brno)</i>
16.30 – 16.50	5. Antidepresiva v paliativní medicíně, jaké je místo ketaminu v paliativní medicíně? <i>Mgr. Jana Gregorová</i> <i>Nemocnice Na Bulovce, Praha</i>
16.50 – 17.10	6. Limity subkutánního podání <i>Mgr. Jitka Bačová¹, PharmDr. Miroslav Turjap²</i> <i>¹Nemocnice Na Bulovce, Praha</i> <i>²FN Ostrava</i>
17.10 – 17.30	7. Paliativní léčba u pacientů s demencí <i>Mgr. Pavla Lerchová</i> <i>Gerontologické centrum v Praze 8</i>
17.30 – 17.50	8. Deliria <i>Mgr. Irena Kopicová</i> <i>Ústřední vojenská nemocnice-Vojenská fakultní nemocnice Praha</i>
17.50 – 18.05	Diskuze
18.30	SPOLEČENSKÝ VEČER

SOBOTA 6. 10. 2012

8.00 – 9.00	9. Pracovní snídane společnosti MEDONET Pharma s.r.o. Bisfosfonáty v dlouhodobé léčbě kostní nádorové choroby <i>Přednášející: PharmDr. Irena Netíková, Ph.D.¹, MUDr. Tomáš Svoboda, Ph.D.², MUDr. Tereza Hošková³</i> <i>¹Nemocnice Na Bulovce, Praha</i> <i>²KOC, FN Plzeň</i> <i>³Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie, FN Ostrava</i>
-------------	--

9.15 – 10.15

III. ODBORNÝ BLOK – PALIATIVNÍ ONKOLOGICKÁ LÉČBA

Moderátoři: Mgr. Jana Gregorová, PharmDr. Irena Netíková, Ph.D. (Praha)

9.15 – 9.45

10. Metronomická chemoterapie v onkologii

prof. MUDr. Ľudovít Milan Jurga, DrSc.

Onkologická klinika, Fakultna nemocnica v Trnave

9.45 – 10.05

11. Farmakoeconomické srovnání parenterální a perorální léčby fluoropyrimidiny

MUDr. Anna Nohejlová Medková¹, doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D.¹,
doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.²

¹Onkologická klinika 1. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha

²Institut biostatistiky a analýz, Masarykova Univerzita, Brno

10.05 – 10.15

Diskuze

10.15 – 10.45

Minisymposium společnosti Amgen s.r.o.

12. Používání erythropoetinů u pacientů v paliativní léčbě

MUDr. Tomáš Svoboda, Ph.D.

KOC, FN Plzeň

10.45 – 11.15

Přestávka

11.15 – 13.15

IV. ODBORNÝ BLOK – ČINNOSTI KLINICKÉHO FARMACEUTA

Moderátoři: PharmDr. Petr Mrázek (Vsetín), Mgr. Jana Gregorová (Praha)

11.15 – 11.30

13. Optimalizace antiepileptické terapie u pacientky s hypoalbuminemií

Mgr. Martin Vodička

Gerontologické centrum, Krajská nemocnice T. Bati a.s., Zlín

11.30 – 11.45

14. Klinický farmaceut a hodnocení rizika pádů

Mgr. Irena Kopicová, Mgr. Lucie Khýnová

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice
Praha

11.45 – 12.00

15. Optimalizace individuální farmakoterapie – hodnocení

Mgr. Jana Gregorová

Nemocnice Na Bulovce, Praha

12.00 – 12.15

16. Činnost klinického farmaceuta v hospici

PharmDr. Šárka Kozáková, MBA

Masarykův onkologický ústav, Brno

- 12.15 – 12.35 **17. Klinická farmacie v ambulantní praxi**
Mgr. Kateřina Langmaierová
Lékárna U Anděla, Teplice
- 12.35 – 12.55 **18. Pracoviště klinické farmacie ve zdravotnických zařízeních napříč ČR**
Mgr. Martina Maříková¹, Mgr. Zuzana Vašířová², PharmDr. Miroslav Turjap³ aj.
¹FN Hradec Králové
²Oblastní nemocnice Kladno
³FN Ostrava
- 12.55 – 13.15 Diskuze
- 13.15** **ZAKONČENÍ KONGRESU**
Mgr. Jana Gregorová¹, RNDr. Jiří Netočný²
¹Nemocnice Na Bulovce, Praha
²Všeobecná zdravotní pojišťovna, Ostrava
- 13.30 – 15.30 **SETKÁNÍ PRACOVNÍ SKUPINY PRO PROBLEMATIKU ODDĚLENÍ KLINICKÉ FARMACIE**
Metodika práce oddělení klinické farmacie

1. VÝZNAM HODNOCENÍ FARMAKOTERAPIE V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ (JE FARMAKOTERAPIE POTŘEBA?)

L. Kabelka

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

Paliativní medicína má za cíl zmírnit důsledky nevléčitelných onemocnění a dosáhnout co nejlepší možné kvality života nemocných i jejich blízkých. Taková medicína musí být velmi aktivní i v oblasti farmakoterapie. Nicméně nejde zde o „nejmodernější či nejdražší“ preparáty. Spíše jde o účelnost - „proč daný lék užiji? Mám důkaz o jeho účinnosti?“ Ale to je vlastně až druhý krok - ten první zní: „Paciete, co jsou tvé priority v závěru života? Co vše cítíš potřebu dosáhnout?“ a pro nás pak otázka: „Jsou k tomu třeba či užitečné léky? Nebo je třeba naopak podpory lidské, sociální, psychologické, spirituální apod. - a léky jsou jen malým doplňkem?“ Někdy je to tak, někdy naopak hraje hlavní roli. Symptomová léčba je základ a farmakoterapie tedy zásadní. Netřeba znát jen farmakokinetiku a dynamiku, také nežádoucí účinky, případné interakce, vhodné formy podání. To vše se mění někdy i během jednoho dne několikrát a často není prostor vědět o vývoji nemoci více pomocí vyšetření laboratorních či zobrazovacích. Často je základní a nezbytná hlavně klinická zkušenost a odvaha se postavit mnoha emocím, s nevléčitelnou nemocí spojených. I proto potřebuje ordinující paliativní lékař svůj multidisciplinární tým - pro diagnostiku i léčbu zároveň, pro kvalitní a moudré rozhodování ve prospěch pacienta. Je velmi dobře, že kliničtí farmaceuti chtějí a mohou pomoci v tomto procesu. Jejich místo je důležité a podpora zásadní.

3. OPIOIDY NAVOZENÁ HYPERALGEZIE

O. Sláma

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Opioidy navozená hyperalgezie (OIH-opioid induced hyperalgesia) je definována jako zvýšená vnímavost k bolestivým podnětům způsobená užíváním opioidů. Pacient, který užívá opioidy ke zmírnění bolesti se paradoxně stává senzitivnější k některým bolestivým podnětům. Může se jednat o zvýšenou vnímavost k základní bolesti nebo dochází k rozvoji bolesti, která je od základní bolesti odlišná. OIH se liší od fenoménu tolerance. OIH vysvětluje některé případy ztráty analgetické účinnosti opioidů u pacientů v paliativní péči. Nejsou známá přesná data o prevalenci a závažnosti OIH. Řada publikovaných souborů a prospektivních pozorování však potvrzují výskyt a klinickou závažnost tohoto fenoménu. Molekulární mechanismus rozvoje OIH není znám a je předmětem odborné kontroverze. Panuje obecná shoda, že OIH se rozvíjí v důsledku neuroplastických změn v periferním a centrálním nervovém systému, které vedou k aktivaci a senzitivizaci pronocicepčních drah. Na OIH by měl klinik pomyslet tam, kde v průběhu léčby dochází k poklesu až vymizení analgetického účinku opioidů bez současných známek progresu základní nemoci a dále tam, kde dochází k rozvoji jinak nevysvětlitelné bolesti, difúzní alodynii a zhoršování intenzity bolesti při navyšování dávky opioidů. Léčba OIH spočívá v radikálním snížení dávky opioidů a podání podání léků ovlivňujících NMDA receptory. Součástí sdělení bude prezentace dvou klinických kazuistik.

4. JE NĚKTERÝ OPIOID ÚČINNĚJŠÍ U NEUROPATICKÉ BOLESTI? EBM

I. Netíková

Oddělení klinické farmacie, Nemocniční lékárna, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Opioidy v současné době jednoznačně patří do farmakoterapie neuropatické bolesti, byt jsou nasazovány dle doporučení EFNS jako léčiva 2. nebo 3. linie. Neexistují EBM důkazy o tom, že by opioidy byly na neuropatickou bolest méně účinné než na bolest nociceptivní nebo že by byly méně účinné než ostatní medikace, zároveň ale není průkazné, že by byly účinnější, než další používané skupiny léčiv. Analgetická účinnost opioidů je např. srovnatelná se skupinou tricyklických antidepresiv. Účinnější se prokázalo užití vyšších dávek a podávání delší dobu (studie trvající 70 a více dní). Nejčastěji se v léčbě neuropatické bolesti používá morfin, oxykodon, metadon a fentanyl. Účinek oxykodonu je v této indikaci nejvíce doložen. Ve srovnání s morfinem byla popsána u viscerálních bolestivých stavů vyšší afinita oxykodonu k periferním opioidním receptorům, především typu kappa. V kontrastu s metaanalýzou Eisenberga z roku 2005 byl v současné době u opioidů potvrzen účinek spíše na periferní typ neuropatické bolesti, než na typ centrální. Přínos opioidů v léčbě neuropatické bolesti jednoznačně převažuje nad riziky nežádoucích účinků, jimiž mohou být především nevolnost, zvracení, sedace, zácpa a hyperalgezie.

Slíva J., Opioidy v léčbě neuropatické bolesti, *Farmakoterapie*, 2012, 8 (2): 209-212

Eisenberg E et al., Efficacy and safety of opioid agonists in the treatment of neuropathic pain of nonmalignant origin. *JAMA*, 2005, 293: 3043-52

Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1113–1188

Vrba I., Nové přístupy v léčbě chronických neuropatických bolestí, *Remedia*, 2011, 3, www.remedia.cz

6. LIMITY SUBKUTÁNNÍHO PODÁNÍ

J. Bačová¹, M. Turjap²

¹*Nemocnice Na Bulovce, Praha*

²*FN Ostrava*

Subkutánní podání je efektivní metoda aplikace léčiv, která nachází uplatnění ve zvýšené míře zejména v paliativní péči. Používá se s výhodou tam, kde z různých důvodů není možná či vhodná aplikace perorální, intravenózní či jiná. Představuje jednoduchou, bezpečnou, účinnou a levnou cestu parenterálního podání léčiv, včetně tekutin a elektrolytů.

Subkutánně lze aplikovat léčiva bolusově, v krátké infuzi, nebo kontinuálně.

Jsou známy dvoj- či trojkombinace léčiv, která jsou navzájem kompatibilní a lze je podávat subkutánně současně z jedné stříkačky.

U většiny léčiv podávaných subkutánně se jedná o off-label cestu aplikace, z čehož vyplývá, že kromě výhod plynoucích z této cesty podání je nutno znát také její limity, tak aby byla aplikace léčiva bezpečná a předešlo se nežádoucím projevům.

Pro subkutánní podání mohou být limitující některé fyzikálně-chemické vlastnosti léčiv. Léčiva příliš kyselá či zásaditá mohou působit lokální reakci, roztoky hyper- nebo

hypotonické či obsahující některé pomocné látky mohou dále zvýšit riziko lokální iritace. Vzhledem k tomu, že absorpce látek z podkoží je zajištěna především díky lymfatickému systému, může být problematické subkutánní podání u pacientů s generalizovaným edémem. U extrémně kachektických pacientů je subkutánní aplikace kontraindikována pro nedostatečné množství podkožní tkáně. Za nevhodné místo pro subkutánní podání je považována kůže s postradiačními změnami, popáleninami, nad tumorózním ložiskem nebo v blízkosti jizvy. Kontraindikací je také těžká trombocytopenie nebo těžké poruchy koagulace.

7. PALIATIVNÍ LÉČBA U PACIENTŮ S DEMENCÍ

P. Lerchová

Gerontologické centrum v Praze 8

Paliativní přístup provází léčbu pacientů s demencí již od stanovení diagnózy. Při farmakoterapii nemocných narážíme na několik otázek: dokdy máme používat kognitiva? Jak rozhodnout o analgetické terapii? Umíme vyšetřit bolest? V jakých případech se neobejdeme bez antipsychotik a jaká zvolit? Vzhledem k tomu, že velká většina těchto pacientů je ve vysokém věku a mají další komorbidity, je obtížné vzhledem k nedostatku studií postupovat vždy podle EBM.

Inhibitory acetylcholinesterázy (CI) jsou u nás hrazeny u Alzheimerovy demence (AD) při MMSE 25-13 (náplastí při MMSE 20-13), s pravidelným vyhodnocováním efektu po 3 měsících terapie. Rivastigmin je navíc schválen pro použití při demenci u Parkinsonovy choroby. Memantin je hrazen při MMSE 19-6, při hodnotách 18 a 19 pouze při intoleranci CI. V případě, že se do indikačních kritérií pacient nevejde, může ale stále z kognitiv profitovat, např. u vaskulární demence nebo při „nevyhovující“ hodnotě MMSE. Někdy se účinnost ověřuje terapeutickým testem u konkrétního pacienta. Často je u pacientů přítomna tzv. smíšená demence, zejména vaskulární demence společně s AD, kde je použití kognitiv plně opodstatněno.

Kognitiva mají někdy kromě příznivého efektu na kognitivní funkce vliv i na snížení četnosti nebo závažnosti BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia). Ve všech případech je nutné sledovat efekt u konkrétního pacienta, u pacientů v pokročilých fázích demence zbytečně kognitiva nově nenasazovat a u pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, není s nimi možné komunikovat a nejsou schopni vykonávat aktivity základní sebeobsluhy, je možné kognitiva postupně vysadit.

Pokud byla z nějakého důvodu u pacienta léčba CI přerušena na déle než 2-3 dny, je nutné je znovu titrovat.

O konkrétní účinné látky často rozhodují potenciální nežádoucí účinky. U pacientů s převodními poruchami nebo těžkou CHOPN tak nejsou vzhledem ke zvýšení cholinergní stimulace vhodné CI. Z hlediska interakcí na cytochromu P450 je bezpečnějším CI rivastigmin, ale v perorální formě má často horší GIT snášenlivost než donepezil. Memantin je eliminován renálně, a tak u pacientů s renální insuficiencí je max. dávka memantinu 10 mg/den. Při podezření na nemoc s Lewyho tělísky jsou vhodnější CI, protože po memantinu se někdy vyskytuje zhoršení symptomů. Všechna kognitiva snižují křečový práh.

V léčbě bolesti u demence je třeba respektovat, že při MMSE kolem 18-20 již není

sebehodnocení pacientem spolehlivé a je vhodné používat jiné metody (např. PAINAD). V léčbě bolesti, zejména při použití opioidů, je nutné postupovat podle principu „start low, go slow“. V některých případech vhodně zvolené analgetikum může působit také jako „antipsychotikum“. Tento přístup se doporučuje u mírných projevů BPSD, nekontrolovatelných nefarmakologicky. V některých studiích pravidelné podávání analgetických dávek paracetamolu snížilo agitaci a agresivitu pacientů se střední a těžkou demencí.

Pokud neklid, agitovanost, případně i agresivita přetrvává, lze vyzkoušet tiaprid nebo další účinnější antipsychotika. Z hlediska nežádoucích účinků a účinnosti je vhodný quetiapin. Zejména u pacientů s nemocí s Lewyho tělísky je vhodné se klasickým antipsychotikům úplně vyhnout a atypická používat v minimální účinné dávce, protože tito pacienti mají zvýšenou citlivost vůči antidopaminergním i anticholinergním vlastnostem neuroleptik a častěji se u nich objevuje sedace, zmatenost, pády a příznaky neuroleptického maligního syndromu. „Neškodné“ halucinace není u těchto pacientů třeba léčit vůbec.

Pokud pacient kognitiva dobře toleruje a reaguje na léčbu, je možné je podávat co nejdéle, protože kromě kognice upravují i symptomy BPSD. Pouze u nesamostatných pacientů, kteří již nekomunikují s okolím, ztrácejí kognitiva svůj význam. Nesmíme podceňovat terapii bolesti u pacientů s demencí, ale další medikaci je vhodné omezit na nezbytné minimum.

Zdroje:

HUTCHISON, Lisa C., a Rebecca B. SLEEPER. Fundamentals of Geriatric Pharmacotherapy. An Evidence-Based Approach. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists, 2010. ISBN 978-1-58528-228-9.

HADJISTAVROPOULOS, Thomas, Theresa D. FITZGERALD, a Gregory P. MARCHILDON. Practice Guidelines for Assessing Pain in Older Persons with Dementia Residing in Long-Term Care Facilities. Physiotherapy Canada, 2010, vol. 62, no. 2, s. 104-113. doi:10.3138/physio.62.2.104

SÚKL. Databáze léků [online]. Indikační omezení úhrady přípravků Aricept tbl., Exelon cps., Exelon empl. a Ebixa tbl. [dostupné online 6.9.2012]

HERRMANN, Nathan, a Serge GAUTHIER. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. CMAJ, December 2008, 179 (12), s. 1279-1287. doi:10.1503/cmaj.070804

ALVES, Luísa, Ana Sofia A. CORREIA, Rita MIGUEL, Paulo ALEGRIA a Paulo BUGALHO. Alzheimer's disease: a clinical practice-oriented review. The Frontiers of Neurology, April 2012, vol. 3, s. 1-20. doi:10.3389/fneur.2012.00063

8. DELIRIA

I. Kopicová

Ústřední vojenská nemocnice — Vojenská fakultní nemocnice Praha

Delirium je kvalitativní porucha vědomí a kognitivních funkcí. Vzniká náhle nebo v krátkém časovém úseku, má kolísavý průběh a přechodný stav. V paliativní péči se projevy deliria popisují až u 85% nemocných. Velký výskyt je však zaznamenán i u hospitalizovaných seniorů napříč téměř všemi typy klinických pracovišť. Literatura uvádí, že každý čtvrtý senior ve zdravotnickém zařízení trpí tímto stavem, a data z JIP jsou ještě nepříznivější – až

70% seniorů, u kterých se vyskytnou deliria.

Cílem sdělení je shrnout základní data o typech delirií, o rizikových faktorech pro vznik delirií a prezentovat možné terapeutické (nefarmakologické i farmakologické) přístupy v léčbě delirií.

Bude též představena myšlenka farmakologické prevence delirií u pacientů s určitými rizikovými faktory. Původ deliria může být psychický, somatogenní či farmakogenní. Sčítáním závažných rizikových faktorů, predispozic u pacienta se zvyšuje pravděpodobnost vzniku deliria u nemocného. Skutečnost, že delirium je vždy sekundární záležitostí, by mohla být právě klíčem k prevenci. V ÚVN Praha ve spolupráci s Oddělením všeobecných interních lůžek Interní kliniky (prim. Ilija Kotík) jsme na podzim rozběhli studii „*Prevence delirií u seniorů v ÚVN*“, která by měla ukázat, zda farmakologická prevence delirií má u seniorů s danými rizikovými faktory opodstatnění a přínos v jejich péči.

10. METRONOMICKÁ CHEMOTERAPIA V ONKOLÓGII

Ľ. M. Jurga

Onkologická klinika, Fakultna nemocnica v Trnave

Existují predklinické a klinické důkazy podporující metronomickou chemoterapii (MCT) jako účinný prostředek vůči určitým druhům ZN. Je však možno považovat MCT za novou léčebnou strategii v klinické onkologii? MCT se ponouká v éře cílené léčby. Mezi nově objevené mechanismy účinku vysvětluje léčebné efekty MCT patří inhibice nádorové angiogenézy, indukce nádorové dormance a tzv. 4-D efekt. Mnohé práce s používáním MCT v fázi I/II s použitím tradičních cytostatik u širokého spektra solidních nádorů (karcinom prsníka, nemalobunčové karcinomy plic, maligní lymfomy, karcinom prostaty, karcinom ovaria, maligní melanom) dávají povzbudivé výsledky. Za účelem hlubšího poznání mechanismů účinku MCT je zapotřebí spolupráce experimentálních a klinických onkologů. Ukazuje se, že cílem nemusí být i tak nemožné zničení všech nádorových buněk.

MCT jako prodloužená léčba může mít uplatnění v rámci udržovací léčby při minimální toxicitě a dobré kvalitě života pacientů. Pozitivum v neposledním řadě v porovnání s MTD chemoterapií výrazně nižší náklady na cytostatika a podpurní léčbu.

Je nepravděpodobné, že jeden MCT režim by byl univerzálně účinný. Rovnako zůstává úloha nález optimální kombinace režimů u jednotlivých druhů ZN. Budoucí predklinické a klinické studie musí definovat nejúčinnější agens a jejich dávkování u jednotlivých druhů ZN, určit počet cytostatik v jednom MCT režimu a ev. kombinaci. Důležité je určit timing podávání léků, trvání léčby a termín její ukončení (naraz? postupně?). Nevyhnutné je vypracovat strategii kombinace MCT s radioterapií a určit místo cílené léčby v kombinaci s MCT. S cílem stratifikace a monitorování MCT je třeba definovat spolehlivé markery kinetiky a viability cirkulujících endotelií a progenitorových endoteliálních buněk. Přibývají důkazy, že nádorové endotelie jsou signifikantně odlišné od normálních endotelií.

11. FARMAKOEKONOMICKÉ SROVNÁNÍ PARENTERÁLNÍ A PERORÁLNÍ LÉČBY FLUOROPYRIMIDINY

A. Nohejlová Medková¹, T. Büchler¹, L. Dušek²

¹Onkologická klinika 1. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha

²Institut biostatistiky a analýz, Masarykova Univerzita, Brno

Úvod

Cílem naší práce bylo srovnání zdravotnických nákladů na terapii režimy XELOX a FOLFOX4 u nemocných s kolorektálním karcinomem. Posuzovali jsme náklady vykazované zdravotní pojišťovně nemocnicí, v níž onkologická léčba probíhala. Jedná se o pilotní projekt s využitím nové databáze vyvinuté Institutem biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity.

Pacienti a metody

Předpokládané náklady na oba režimy jsme nejdříve odhadli na základě zdravotnických výkonů a cen léků/materiálu. Pomocí databáze výkonů vykazovaných zdravotním pojišťovnám jsme poté provedli párové srovnání 26 pacientů léčených režimem FOLFOX4 nebo XELOX pro kolorektální karcinom. Hodnotili jsme období prvních 3 měsíců terapie (t.j. 6 cyklů FOLFOX4 nebo 4 cyklů XELOX). Statistická významnost rozdílů byla hodnocena párovým Wilcoxonovým testem.

Výsledky

Vypočtená celková cena tříměsíční léčby byla pro režim FOLFOX4 148288 Kč (z toho 101064 Kč cena léků) a pro režim XELOX 123756 Kč (z toho 114920 Kč cena léků). Skutečné náklady léčby FOLFOX4 byly 160158 Kč ve srovnání s 151176 Kč pro režim XELOX ($p=0,221$). U režimu XELOX byly signifikantně vyšší náklady na léky (131705 Kč versus 114531 Kč, $p=0,023$) při významně nižších ostatních nákladech.

Závěr

Režimy FOLFOX4 a XELOX lze považovat za ekvivalentní, co se týče nákladů vykazovaných zdravotní pojišťovně nemocnicí, v níž onkologická terapie probíhá.

12. POUŽÍVÁNÍ ERYTROPOETINŮ U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ LÉČBĚ

T. Svoboda

KOC, FN Plzeň

Léčba nádorových onemocnění je velice složitá a její výsledky ovlivňuje velké množství faktorů souvisejících jak se základním onemocněním, tak se stavem pacienta (celkovým, komorbiditami, vnitřního prostředí apod.), stejně jako složením a způsobem podání různých léčebných modalit. Tyto faktory se vzájemně prolínají, běžně tak nemusí být jasné, jakým svým důsledkem budou činit hlavní potíže.

Jednou z nejvýznamnějších skutečností typickou pro takovéto situace je přítomnost anemie. Z hlediska nádoru může být způsobena krvácením z místa primárního tumoru nebo metastáz, ale i poruchou koagulace při jakémkoliv postižení jater. V souvislosti s léčbou je často následkem ozáření velkých objemů, ale především systémového efektu chemoterapie vedoucího ke dřeňovému útlumu zahrnujícím i trombocytopenii. Z pohledu pacienta se navíc přidává častá polymorbidita s nutností bohaté medikace, nebo podávání profylaktické i léčebné terapie antikoagulační, jelikož tumor i jeho léčba jsou běžně

provázeny vysokým rizikem tromboembolických komplikací.

Tvorba cév nádorem je nedokonalá, přesto velice důležitá, neboť bez ní vlivem hypoxie způsobené třeba jeho růstem přestupují nádorové buňky do klidové, na jakoukoliv léčbu prakticky nereagující fáze. Pouze dobře cévně a kyslíkem zásobené tkáň reagují léčebnou odpovědí na naše terapeutické snažení. Vzhledem k velmi časté přítomnosti anemie je prvním krokem k dosažení adekvátní regrese nádoru normalizace hodnot červené krevní řady. Lze jí dosáhnout doplněním transfuzemi, spojeným s rizikem aloimunizace či alergické reakce, hypervolemie s rizikem srdečního selhání nebo reakcí hemolytickou. Další možností je aplikace erythropoézu stimulujících proteinů (ESP) působících jako růstový faktor červené krevní řady. Kriteria pro zahájení podávání těchto léčiv, cílové hladiny Hb a základních podmínek (při léčbě chemoterapií) se postupně vyvíjela a jsou v pravidelných intervalech v mnoha doporučeních (ASCO, ESMO, NCCN atd.) aktualizována.

Anemie bývá spojena s řadou dalších potíží pacienta zhoršujícím jeho kvalitu života a efekt protinádorové léčby – únavou, dušností, slabostí, poškozením kognitivních funkcí, tachykardií, sexuální dysfunkcí, závratěmi apod. Ze všech těchto pohledů je třeba ji tedy odpovídajícím způsobem řešit. Aplikace ESP je v dnešní době bezpečná, přes problematické výsledky některých studií v minulosti současné výsledky nepotvrzují negativní ovlivnění délky přežití, naopak dokládají jednoznačné zlepšení kvality života v nejčastější paliativní indikaci zajišťuje splnění toho nejzákladnějšího předpokladu, pro který je těmto nemocným onkologická léčba podávána. Jinou otázkou však zůstává postavení ESP generik a biosimilars. Je na místě připomenout, že pro možná rizika spojená s jejich podáváním toto nebylo vůbec povoleno u pacientů s renálním selháváním léčených transplantací (běžná diagnóza jinak tradičně léčená ESP), navíc některá z takto produkováných léčiv musela být kvůli zvlčení buněčné kultury stažena z trhu.

13. OPTIMALIZACE ANTIEPILEPTICKÉ TERAPIE U PACIENTKY S HYPOALBUMINÉMIÍ

M. Vodička

Gerontologické centrum, Krajská nemocnice T. Bati a.s., Zlín

Pacientka s demencí po opakovaných CMP, pro epileptický syndrom v terapii lamotriginu a valproát SR tablety, antiparkinsonikum v léčbě třesu, výživa nasogastrickou sondou (NGS). Pro neklid a zmatenost nasazeno neuroleptikum.

Hypotéza: Antiepileptiky indukovaný třes vedl k nasazení antiparkinsonika, které mohlo vést k neklidu a nasazení neuroleptika, s rizikem CMP, třesu a snížení křečového prahu. Farmakologické vlastnosti těchto léčiv mohou vést k cirkulačnímu navýšování terapie s nežádoucím dopadem na pacientku.

Klíčem k hodnocení terapie je kyselina valproová, inhibitor glukuronidace lamotriginu, s významnou vazbou na plazmatické bílkoviny a s nízkým extrakčním koeficientem v játrech. Vysoká plasmatická koncentrace tedy může odrážet vysokou expozici organismu k oběma antiepileptikům. Měřena hladina valproátu v séru byla téměř poloviční oproti historii a pod terapeutickým rozmezím - tedy bez předpokladu výskytu toxicit. Změny a nízké hladiny koncentrace valproátu v séru při současném projevu toxicit jsou vysvětleny změnami v albuminémii pacientky. Po přepočtu na volnou frakci dle literatury se normalizovaná hladina valproátu v séru pohybuje dlouhodobě v toxických hladinách a je stabilní. Značí stabilní vnitřní jaterní clearance. Na základě farmakokinetického modelování byla

vypočítána optimální dávka.

14. KLINICKÝ FARMACEUT A HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

I. Kopicová, L. Khýnová

Ústřední vojenská nemocnice — Vojenská fakultní nemocnice Praha

ÚVOD

Neočekávané pády pacientů jsou častou komplikací během hospitalizace ve zdravotnických zařízeních. Farmaceuti jak z Oddělení klinické farmacie, tak z Odboru farmacie v ÚVN Praha jsou zapojeni do celonemocničního multidisciplinárního programu „*Program prevence pádů pacienta*“, kde mají své nezastupitelné místo v hodnocení medikace pacienta s ohledem na riziko pádu. Tato snaha o zajištění kvalitní a především bezpečné zdravotní péče každému pacientovi je v souladu s Resortními bezpečnostními cíly MZ (RBC 4 - Prevence pádů pacientů).

CÍL

Cílem sdělení je prezentovat zapojení Oddělení klinické farmacie do Týmu pádů v ÚVN Praha.

METODIKA

Představení organizace, dokumentace a prvních výsledků začlenění Oddělení klinické farmacie do Týmu pádů v ÚVN Praha. Medikace je hodnocena u pacientů s předvídatelnými fyziologickými pády, tj. u těch pacientů, kteří jsou dle bodů na stupnici rizik pádu dle Morse pro pád riziková. (Tj. mají např. pád v anamnéze, poruchu nebo slabost chůze, používají pomůcky k chůzi, mají i.v. vstup, poruchu duševních funkcí, apod..)

VÝSLEDKY

Naše první výsledky odhalily 17% lékových problémů v hodnocených medikacích. Hlavními problémy s potenciálními riziky pádu byla nevhodná volba benzodiazepinů s ohledem na indikace, farmakokinetické parametry léčiv a věk pacientů. V podobném duchu jsme ve spolupráci s KARIM provedli preventivní opatření na úrovni celé nemocnice ve změně (pre)premedikace před CA, kdy byl zolpidem nahrazen oxazepamem. Důvodem byly časté halucinace u seniorů po Z-hypnotiku, které někdy vedly právě i k nežádoucím nočním pádům. Pro jednoduchost byl oxazepam zvolen jako léčivo pro všechny dospělé věkové kategorie.

Diskutovanou záležitostí byla a je terapie delirií, která vyústila ve studii „*Prevence delirií u seniorů v ÚVN*“, jejíž výsledky by měly být známy na začátku příštího roku. Cílem studie je zjistit, zda farmakologická prevence delirií má u seniorů s danými rizikovými faktory opodstatnění a přínos v jejich péči.

ZÁVĚR

Pády pacientů ve zdravotnických zařízeních mohou být provázeny řadou nežádoucích událostí, které mohou pacienta poškodit a prodloužit jeho hospitalizaci, a zvýšit tak náklady na jeho péči. Naše první poznatky a výsledky ukazují, že zapojení klinického farmaceuta do tohoto procesu může být velmi užitečné a pro něj i velmi zajímavé. Tato naše netradiční klinicko-farmaceutická péče je stále ve vývoji. S poznáváním procesu se snažíme svoji činnost a naše zapojení do Týmu pádů stále revidovat, optimalizovat a snad i posunovat dál.

17. KLINICKÁ FARMACIE V AMBULANTNÍ PRAXI

K. Langmaierová

Lékárna U Anděla, Teplice

O potřebě začlenit klinického farmaceuta na oddělení nemocnic v rámci akreditačních procesů v podstatě spory nejsou. Řešíme organizační stránku věci a postavení klinického farmaceuta v rámci organizačních struktur nemocničních zařízení.

Současný trend v léčebné péči směřuje k tvorbě multidisciplinárních terapeutických týmů, klinický farmaceut by měl být jeho samozřejmou součástí, a to i v oblasti primární péče. Na tu je přesouvána řada činností dříve spojených s péčí vázanou na nemocniční zařízení. Zdravotní péči poskytovanou v první linii je potřeba koordinovat vzhledem k demografickým trendům (zvyšujícímu se podílu starší populace), rostoucím finančním nárokům a omezeným zdrojům financování ze strany plátců. Na lékaře ambulantní složky je kladeno stále více administrativních požadavků, v důsledku ne zcela ideální komunikace mezi jednotlivými poskytovateli a přístupů některých pacientů („turistů“) může docházet k chybám, např. duplicitám, multiplacitám v preskripci. Klinický farmaceut může být i v primární složce garantem bezpečnosti a účelnosti farmakoterapie. Činnosti klinického farmaceuta v nemocnici a v ambulantní sféře by na sebe měly navazovat.

Klinický farmaceut „v první linii“ může být spojovacím článkem, který umožní kontinuální kontrolu nad medikací pacienta. To v konečném důsledku přinese nejen zdravotní benefit pro nemocné, ale i lepší kontrolu nad finančními náklady na farmakoterapii pro zdravotnické zařízení.

Literatura:

Pickette S, Muncey L, Wham D. Implementation of a standard pharmacy clinical practice model in a multihospital system. *American Journal Of Health-System Pharmacy* [serial online]. May 2010;67(9):751-756. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed September 3, 2012.

18. PRACOVIŠTĚ KLINICKÉ FARMACIE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH NAPŘÍČ ČR

KLINICKÁ FARMACIE VE FN HRADEC KRÁLOVÉ

M. Maříková

Nemocniční lékárna, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové bylo k 1. 10. 2012 jako součást Nemocniční lékárny nově zřízeno Oddělení klinické farmacie. Jsme tedy na úplném začátku, naší snahou a cílem je být součástí týmu zdravotníků a podílet se na racionalizaci a optimalizaci farmakoterapie, prozatím pro pacienty na vybraných odděleních. Budeme provádět analýzu vstupní lékové anamnézy pacientů přijatých k hospitalizaci, zaměříme se na potenciální interakce, nežádoucí účinky zvolené terapie a event. úpravu dávkovacích schémat s ohledem na konkrétního pacienta a jeho zdravotní stav. Nedílnou součástí našich intervencí budou farmakoterapeutická doporučení pro pacienty propouštěné.

KLINICKÁ FARMACIE V OBLASTNÍ NEMOCNICI Kladno

Z. Vašířová

Oblastní nemocnice Kladno

V nemocnici na Kladně byla začátkem září znovu obnovena pozice klinického farmaceuta. Ráda bych se podílela na zvyšování bezpečnosti a kvality péče o pacienta. V začátcích budu dohlížet nad vstupní kontrolou medikace hospitalizovaného pacienta, později také nad výstupní kontrolou při propouštění pacienta. Druhým blokem mé práce bude TDM – terapeutické monitorování antibiotik – konkrétně gentamycinu a vankomycinu ve spolupráci s OKB naší nemocnice.

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.
