

5. Bioterapeutiká v liečbe infekčných a alergických ochorení  
A. Liščáková (Farmaceutická fakulta UK, Bratislava)
6. Dokážu rastliny s obsahom antioxidantov pôsobiacich flavonoidov ochrániť endotel pred škodlivým účinkom antracyklínov?  
M. Snopková, H. Černecká, P. Křenek, J. Kyselovič, P. Mučaji, J. Klimas  
(Farmaceutická fakulta UK, Bratislava)

36. lekárnické dni a 4. liptovsko-oravské lekárnické dni splnili očakávanie organizátorov a širokej farmaceutickej verejnosti. Odborne a organizačne boli pripravené na vysokej úrovni. O čom svedčí i to, že účastníci odchádzali spokojní, obohatení novými poznatkami a ich účasť po všetky tri dni bola 220–230 prítomných v jed-

notlivých blokoch. Ďakujem všetkým za účasť, prednášateľom za prednášky, farmaceutickým firmám za výstavy.

Dovoľujem si poďakovať v mene organizačného výboru: predovšetkým PharmDr. A. Chytilovej, Mgr. Ondraskej, RNDr. R. Smieškovi, vedeckej sekretárke PharmDr. L. Černuškovéj, CSc., PharmDr. J. Minichovej MBA, PharmDr. P. Stankovi, Mgr. V. Mokrišovej a všetkým, ktorí akokoľvek prispeli k organizácii tejto spoločnej konferencie.

Dovidenia o rok Vysoké Tatry – Košice – Banská Bystrica.

*doc. RNDr. M. Fulmeková, CSc.*

## NOVÉ KNIHY

Pavelková A. **Revmatoidná artritída a biologická liečba, Edice Farmakoterapie pro praxi, svazek 40.** Maxdorf Jessenius, Praha 2009, 125 s.

Revmatoidná artritída (RA) dostala své jméno právě před 150 lety, kdy ji poprvé popsal Alfred Garrod, slavný londýnský lékař. Odlišil jako první RA od dny. Hovořil o tzv. „revmatické dně“. V historii léčby RA jsou zaznamenány tři malé revoluce. Ještě před koncem 19. století to byl objev salicylátů, o půl století později Američan P. Hench použil k léčbě RA hormony nadledvin. Posledních 15–20 let pozorujeme nástup biologické léčby. Oproti kortikoidům jde o revoluci pomalejší, ale mnohem cílenější proti patogenetickým mechanismům RA na úrovni cytokinů. Průkopníkem biologické léčby byl slovenský emigrant, mikrobiolog Ján Vilček, autor patentu na infliximab. Další díl oblíbené edice má tradiční členění. První část tvoří repetitorium – klasifikace, epidemiologie, klinický obraz, hodnocení aktivity RA. Přehled konvenční farmakoterapie představovaný NSAID, kortikoidy a chorobu modifikující léky (DMARD) tvoří druhou část. Třetí až pátá část se věnuje bio-

logické léčbě RA. Mechanismů účinku je několik – anti-TNF- $\alpha$  léčba – etanercept, infliximab, adalimumab, deplece B-lymfocytů – rituximab, inhibice kostimulace – abatacept, inhibice IL-6 – tocilizumab, inhibice IL-1 – anakinra. Objevují se i nové strategie biologické léčby a nová léčiva – např. golimumab, certolizumab pegol, baminercept, atacicept, belimumab, denosumab, orcelizumab, ofatumumab. Objevují se některé „malé molekuly“ (enzymové inhibitory MAP-kináz). Další část je věnována léčbě RA v těhotenství a laktaci, další pak perioperační péči o pacienta s RA. Nejčastější chyby a omyly jsou ve stanovení diagnózy a v terapii (pozdní nasazení bazální léčby, relativně vysoké dávky kortikoidů s nízkou dávkou matotrexátu – má být naopak, kombinace více druhů NSAID, podcenění jejich gastrotoxicity). Poslední části se zabývají rolí praktického lékaře v péči o pacienta s RA a správnou edukací. Vyvrcholením publikace je kurikulum pacientky, která dva roky po prodělané infekci trpěla RA, pak jí byla aplikována biologická léčba. Zaznamenala malý zázrak, zapojila se znovu do normálního života.

*P. Grodza*

Karetová D., Bultas J.: **Farmakoterapie tromboembolických stavů, Edice Farmakoterapie pro praxi.** Maxdorf Jessenius, Praha 2009, 136 s.

38. svazek populární edice přináší z pera manželů Debory Karetové a Jana Bultase stručný přehled léčby trombofilních stavů pomocí léčiv ovlivňujících koagulaci a hemostázu. Aktivované hemostatické mechanismy vedou někdy k nežádoucí tvorbě trombů, které mohou nemocného ohrožovat na životě. Používají se jak léčiva ovlivňující primární hemostázu (proti-destičkové léky), tak léčiva ovlivňující sekundární hemostázu (blokátory jednotlivých koagulačních faktorů). První část, repetitorium, uvádí definici, incidenci, rizikové faktory vzniku, klinický obraz, prognózu tromboembolické nemoci a organizaci péče o nemocného s ní. Druhá část je věnována diagnostice flebotrombózy a plicní embolie. Další kapitola je věnována léčbě flebotrombózy. Používají se parenterální anti-

koagulancia – nefrakcionovaný, frakcionovaný heparin, pentasacharidy (fondaparinux), deriváty a analoga hirudinů (lepirudin, bivalirudin). Dále perorální antikoagulancia – antivitaminy K (warfarin), přímé inhibitory trombinu (gatran) a faktoru Xa (xibany). Další možností je léčba trombolytická léčba moderními fibrinolytiky (altepláza, retepláza, tenektepláza, lanoteláza, stafylokináza). Z nefarmakologických metod léčby se používají chirurgické metody (trombektomie), zavedení kaválních filtrů (prevence plicní embolie), kompresivní léčba. Další část je věnována tromboprolaxi u pacientů ve specifických situacích (při chirurgických výkonech v ortopedii, gynekologii, kardiologii, neurochirurgii, při popáleninách). Pátá část se věnuje antitrombotické léčbě fibrilace či flutteru síní, šestá u chlopenních náhrad. Sedmá část shrnuje možné chyby a omyly jak v diagnostice, tak v léčbě. Závěr tvoří odpovědi na nejčastější otázky kladené lékařem, pacientem a doporučení pro nemocné.

*P. Grodza*