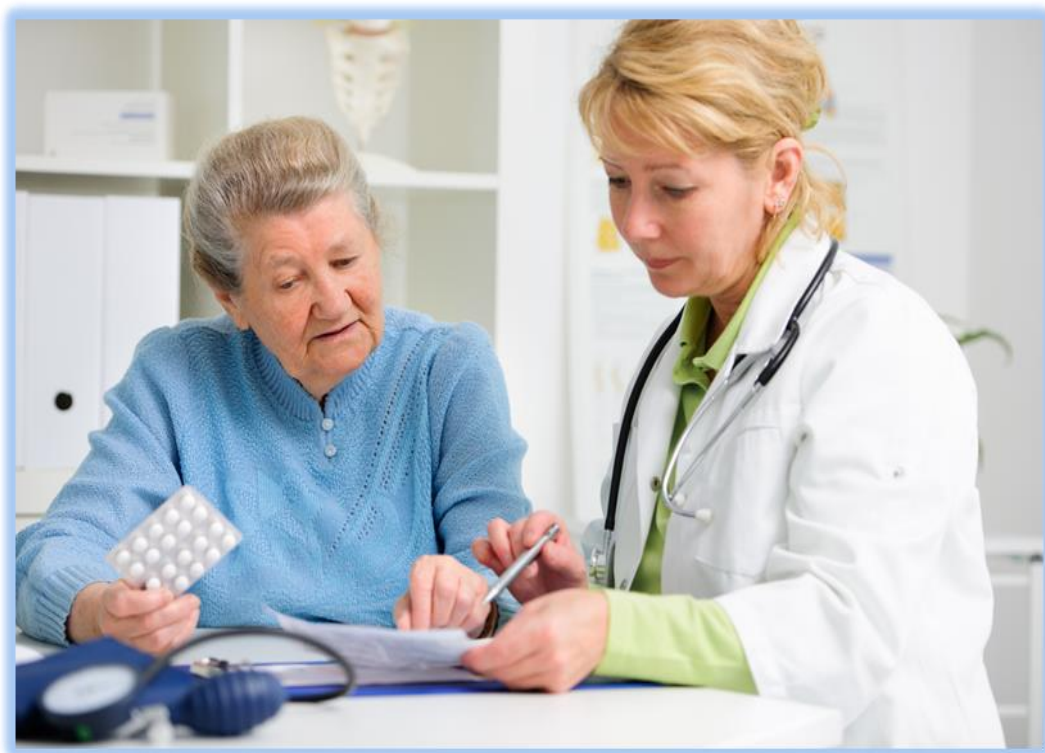


Slovenská spoločnosť klinickej farmakológie, o. z. SLS
Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie LF SZU
Ústav farmakológie a klinickej farmakológie LF UK
Ústav zdravotníckej etiky FOaZOŠ SZU

26. KONFERENCIA KLINICKEJ FARMAKOLÓGIE s medzinárodnou účasťou

Klinická farmakológia a racionálna farmakoterapia 2016



13. októbra 2016

Kongresové centrum MZ SR, Limbová 2, Bratislava – Kramáre

ABSTRAKTY PREDNÁŠOK A POSTEROV

WWW.KLINICKAFARMAKOLOGIA.SK

KLINICKÁ FARMAKOLÓGIA A KVALITA FARMAKOTERAPIE V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

K. Soboňová¹, K. Jurečková², J. Glasa³ – ¹OKF FNsP Nové Zámky, ²OKF UN Bratislava, ¹Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie LF SZU Bratislava

Klinická farmakológia je interdisciplinárny medicínsky odbor, ktorý vedecky dokladovaným spôsobom vytvára, využíva a vykonáva klinicko-farmakologickú expertízu s hlavným cieľom zabezpečiť realizáciu racionálnej (bezpečnej, účinnej a ekonomicky prospešnej) farmakoterapie.

Prínos klinickej farmakológie v liečebno-zdravotníckom procese

- zvyšuje predpoklad kvalitnej a bezpečnej liečby v príslušnom zdravotníckom zariadení,
- prenáša nové poznatky racionálnej a bezpečnej farmakoterapie do širokej nemocničnej a ambulantne praxe,
- svojím dohľadom zabezpečuje istotu pre pacienta, istotu pre lekára a istotu pre zdravotnícke zariadenie,
- napomáha ekonomizácii zdravotníctva.

Možnosti využitia klinickej farmakológie v systéme zdravotnej starostlivosti

- tvorba aktualizácia nemocničných liekových formulárov v závislosti od typu lôžkového zariadenia,
- klinicko-farmakologické konzultácie,
- vypracovanie posudku zdravotným poisťovníam pri obzvlášť nákladnej liečbe,
- spolupodieľanie sa na tvorbe a aktualizácii štandardných diagnostických a terapeutických postupov,
- posúdenia NÚL vrátane teratogenity a metodická pomoc pri zisťovaní a hlásení NÚL, monitoring novo registrovaných liekov,
- stanovenie koncentrácie liečiv k v krvi a individualizácia liečby s interpretáciou hladín liečiv v organizme,
- liečba v gravidite, posudzovanie rizika liečiv v gravidite a laktácii, posudzovanie liečby geriatrických pacientov,
- komplexná analýza preskripcie u lekára alebo preskripcie oddelenia za určité časové obdobie.

Racionálna farmakoterapia alebo kvalita farmakoterapie v systéme zdravotnej starostlivosti je liečebný postup, pri ktorom sa podáva pacientovi na určenú diagnózu liek s optimálnymi terapeutickými vlastnosťami v optimálnej dávke a správnu cestou podania s cieľom dosiahnuť buď stav plného zdravia, zlepšenia zdravotného stavu alebo nezhoršovania zdravotného stavu s prihliadnutím na interakcie a NÚL ako i ekonomické možnosti. Jej cieľom je zabezpečiť pre obyvateľstvo primeranú zdravotnú starostlivosť, zlepšiť zdravotný stav populácie a zvýšiť kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti pri efektívnom využívaní pridelených prostriedkov.

Aplikácia uvedených kritérií je obsiahnutá aj v úvodnej definícii odboru: **klinická farmakológia** a pri zavádzaní účinných kontrolných mechanizmov do racionálnej farmakoterapie v liečebno-preventívnej starostlivosti bude potrebná moderne vybudovaná sieť pracovísk klinickej farmakológie.

HODNOTENIE LIEKOV Z POHĽADU FARMAKOEKONOMIKY A PACIENTA

J. Holomáň, D. Tomek, J. Glasa, Ľ. Slobodová, E. Čikelová – *Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie LF SZU, Bratislava*

Kľúčovou súčasťou hodnotenia a zaradovania liekov v kategorizačnom procese je špecifická disciplína ekonomiky zdravotníctva – **farmakoekonomika**. Vo svojom hodnotiacom procese využíva rôzne poznatky z klinickej medicíny, epidemiológie, farmakológie, štatistiky a ekonomiky. Cieľom hodnotenia by mal byť benefit pacienta s ohľadom na zabezpečenie alokácie limitovaných finančných zdrojov v zdravotníctve.

Pacienti by sa pri oceňovaní a posudzovaní hodnoty liekov mali považovať za dôležitú zainteresovanú skupinu. Mali by mať možnosť aktívnej účasti od úvodného dialógu až po rozhodnutia o oceňovaní a úhradách.

Na úrovni EÚ prostredníctvom konzultácií vedených vládami za účasti všetkých zainteresovaných strán vrátane pacientov sa plánuje vytvorenie „**spravodlivého prístupu**“ k **inovatívnym liekom**, s cieľom dosiahnuť maximalizáciu spoločenského prínosu a dostupnosti, aby sa tak zabránilo neprijateľnému vplyvu na rozpočty na zdravotnú starostlivosť. Významnú úlohu v tomto procese zohráva Európske patientske fórum (EPF – angl. *European Patients Forum*). Od r. 2013 sa v rámci Slovenskej akadémie vzdelávania pacientov na SZU organizujú pravidelné kurzy pre pacientov v tejto problematike.

Na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave je výučba farmakoekonomiky akreditovaná od r. 2005. Odvtedy sa na kurzoch certifikačnej prípravy zúčastnilo 25 záujemcov, z toho 25 absolvovalo certifikačnú skúšku.

MANAŽMENT LIEČBY HLBOKÝCH INFEKCIÍ KLBOVÝCH ENDOPROTÉZ

K. Jurečková – *Oddelenie klinickej farmakológie, UNB Nemocnica Ružinov, Bratislava*

Hlboké infekcie kĺbových endoprotéz sú vážnym problémom vyžadujúcim si spoluprácu viacerých odborníkov. Jedine dobre načasovaná súčinnosť všetkých zúčastnených môže zlepšiť vyhliadky pacienta a skrátiť dĺžku liečby. Dlhodobá antibiotická liečba je len súčasťou komplexnej liečby ortopedického pacienta. Jej úspešnosť vo všeobecnosti závisí nielen od rozsahu infekcie, ale často krát aj od správneho načasovania s chirurgickou liečbou. Cieľom práce bolo predstaviť problematiku antibiotickej liečby hlbokých infekcií ortopedických pacientov a vo výberovej skupine 57 pacientov s infekciou endoprotézy bedrového a kolenného kĺbu previesť štatistické hodnotenie dát. Model systematického monitorovania pacientov počas liečby a po jej ukončení umožnil retrospektívny zber údajov. Dĺžka antibiotickej liečby, trvanie remisie a úspešnosť liečby boli výberové parametre, ktoré sa hodnotili vo vzťahu k prítomnosti infikovaného implantátu a röntgenologických kostných zmien. Podľa týchto dvoch kritérií boli pacienti výberovej skupiny roztriedení do 3 hlavných tried a 6 podtried. Základnými štatistickými metódami sa porovnávali stredové hodnoty (mediány) uvedených nominálnych parametrov na konci antibiotickej liečby a do 6 mesiacov od jej ukončenia. Ordinálne parametre sa hodnotili pomocou relatívnych čísiel a v kontingenčných tabuľkách sa potvrdil vzťah nepriamej závislosti medzi udržateľnosťou remisie a vývojovým stupňom infekcie okolo implantátu. Tomu zodpovedala aj úspešnosť antibiotickej liečby vyjadrená v percentách nadobudnutej remisie a jej trvaní. Jednoduchá štatistika pomohla objektivizovať klinické

skúsenosti: identifikovala najrizikovejšiu skupinu pacientov s uvoľnenou endoprotézou a potvrdila, že najväčšia úspešnosť liečby je v skupine pacientov, ktorí podstúpia vybratie infikovanej endoprotézy ešte v skorej fáze (neuvoľnenej protézy s minimálnymi kostnými zmenami).

Kľúčové slová: dlhodobá antibiotická liečba, ortopedickí pacienti, úplná remisia, model monitorovania liečby.

TDM VANKOMYCÍNU A SÚČASNÁ PRAX

M. Horáková – *Oddelenie klinickej farmakológie UNB Ružinov, Bratislava*

Úvod: Severoamerické smernice z roku 2009 odporúčajú v liečbe gram pozitívnych, hlavne MRSA infekcií vyššie dávkovanie vankomycínu (VAN) a intenzívnejšie monitorovanie hladín VAN na dosiahnutie optimálneho farmakodynamického cieľa $AUC_{0-24h}/MIC \geq 400$ pri čo najnižšej toxicite, s cieľovou reziduálnou hladinou (c1) 15-20 mg/l ($\mu\text{g/ml}$).

Cieľ práce: Retrospektívne sledovanie reziduálnych sérových hladín (c1) VAN pri vyššom dávkovaní VAN (podľa odporúčaní), zisťovanie potencionalnej nefrotoxicity pri liečbe s VAN a sledovanie ďalších rizikových faktorov nefrotoxicity u našich pacientov.

Dizajn štúdie: Retrospektívny zber údajov zo zdravotnej dokumentácie pacientov, ktorí boli liečení VAN na pracovisku KAIM-UNB Ružinov za obdobie od januára -do novembra 2011.

Pacienti: Zber údajov sme realizovali v súbore 36 pacientov. Z nich bolo vybraných 21 pacientov (13 mužov a 8 žien), ktorí mali počas liečby ordinované vyššie dávky VAN $>2\text{g/deň}$ alebo dosahovali vyššie c1 VAN $>15 \mu\text{g/ml}$ aj pri jeho nižšom dávkovaní.

Výsledky: 6 pacienti mali pri dávke VAN $>2\text{g/deň}$ priemerné c1VAN $<15 \mu\text{g/ml}$ (od 7,3 do 14,3 $\mu\text{g/ml}$), 15 pacienti dosiahli vyššie priemerné c1VAN $>14 \mu\text{g/ml}$ (od 14,6 do 40,0) pri dávke VAN $>2\text{g/deň}$, alebo pri bežnej dávke $\leq 2\text{g/deň}$. Len u 2och pacientov sme zaznamenali nefrotoxicitu (v súlade s definíciou nefrotoxicity podľa odporúčaní), a to pri dosiahnutí maximálnej c1 VAN 23,8 a 58,8 $\mu\text{g/ml}$.

Záver: Potenciálna nefrotoxicita VAN je v prvom rade ovplyvnená samotným liečivom, najmä pri jeho vyššom dávkovaní (3-4g/deň), vyššej c1($>20 \mu\text{g/ml}$) a dĺžke liečby (>14 dní). Ďalšími rizikovými faktormi nefrotoxicity sú: a) predchádzajúce obličkové ochorenie al. iné závažné ochorenie, ktoré spôsobuje kardiovaskulárnu al. metabolickú nestabilitu s hypoxiou al. ischémiou tkanív b) vek (u starších pacientov klesá GF), c) iné súčasne užívané lieky (vazopresory, antibiotiká, nesteroidné antireumatiká, diuretiká, ACE inhibítory a ďalšie). Príčiny a rizikové faktory zaznamenananej nefrotoxicity u nami sledovaných pacientov sú v súlade s podobnými sledovaniami referovanými v dostupnej literatúre. Liečbu VAN je potrebné primerane individualizovať, obzvlášť u pacienta kriticky chorého (na JIS). Intenzívnejší režim dávkovania VAN je relatívne bezpečný, za predpokladu starostlivého monitorovania c1 hladín liečiva, renálnych funkcií a včasnej identifikácii a riešení ostatných rizikových faktorov nefrotoxicity.

Literatúra

1. Rybak M, Lomaestro B, Rotschafer JC et al. Vankomycin Therapeutic Guidelines: A summary of Consensus Recommendation from the Infectious Diseases Society of America, the American Society of Health- System Pharmacists, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists, Clinical Infectious Diseases 2009;49:325-7
2. Bartlett J. Vankomycin dosing: Guidance for clinicians, Medscape.

3. Kullar R, Leonard S et al. Validation of the effectiveness of a Vancomycin Nomogram in achieving target trough concentrations of 15-20 mg/L suggested by Vancomycin Consensus Guidelines. *Pharmacotherapy* 2011;31(5):441-448.
4. Lomaestro B. Vancomycin dosing and monitoring 2 years after the guidelines. *Expert Rev. Anti Infect. Ther.* 2011 ;9(6), 657-667
5. Liu C, Bayer A et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. *Clin. Infect. Dis.* 2011; 52:1-38

NEŽIADUCE ÚČINKY LIEKOV NA UROPOETICKÝ SYSTÉM

Oleárová Anna^{1, 2}, Jurečková Katarína² – ¹*Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie, Bratislava;* ²*Oddelenie klinickej farmakológie, Univerzitná nemocnica Bratislava, Nemocnica Ružinov, Bratislava*

Nežiaduce účinky liekov na uropoetický systém predstavujú závažný klinický problém mnohých liekov. Klinická manifestácia liekmi indukovaného poškodenia uropoetického systému je v podstate rovnaká ako pri ochoreniach inej ako liekovej patogenézy. Poškodenia sa manifestujú ako akútne a chronické renálne zlyhanie, akútny nefritický syndróm, renálna kolika, hematúria, selektívne tubulárne defekty, obštrukčná nefropatia, kryštalúria, urolitiáza, inkontinencia a iné.

Lieky môžu spôsobovať závažné renálne syndrómy (prerenálnu azotémiu, abnormality pri hospodárení s elektrolytmi a tekutinami, akútnu tubulárnu nekrózu, akútnu či chronickú intersticiálnu nefritídu). K liekom, u ktorých boli pozorované a popísané nežiaduce účinky na uropoetický systém patria veľmi často používané analgetiká, antidepresíva, antihistaminiká, antimikrobiálne látky, antiretrovirotiká, benzodiazepíny, inhibítory kalcineurínu, ACE inhibítory, AT1 blokátory, klopidogrel, statíny, antineoplastiká, kontrastné látky, diuretiká, inhibítory protónovej pumpy a drogy. Presné mechanizmy poškodenia u mnohých liečiv nie sú známe, u niektorých sa predpokladá imunologická patogenéza.

Prednáška je zameraná na niektoré vybrané aspekty liekmi indukovaného poškodenia uropoetického systému. Podáva prehľad liečiv so zaznamenaným rizikom toxicity na uropoetický systém a možnosti farmakologicko - farmaceutickej starostlivosti, ako nefro- a uro-toxickým poškodeniam predchádzať.

LIEKOVÉ POŠKODENIE PEČENE

H. Glasová, J. Glasa – *Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie, Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava*

Liekové poškodenie pečene (LPP) patrí medzi najčastejšie nežiaduce účinky liečiv. Navyše, výskyt má stúpajúci ráz, aj v dôsledku nárastu samoliečiteľstva, používania výživových doplnkov a tzv. „alternatívnej/ľudovej medicíny“, drog, fytoterapeutík, „wellness“, „body building“ a prípravkov na chudnutie. Predstavuje závažný medicínsky, ekonomický i etický problém. Významnú úlohu zohráva aj v problematike vývoja a klinického skúšania nových liekov. Ohrozuje zvlášť polymorbídnych pacientov (polyfarmakoterapia, polypragmázia), pediatrických a geriatrických pacientov. Etiopatogenéza, klinický a laboratórny obraz sú rôznorodé. Nové poznatky o mechanizme vzniku LPP na molekulárnej úrovni, zvlášť farmakogenetické súvislosti, otvárajú nové možnosti profylaktických opatrení v rámci tzv. personalizovanej medicíny. Predvídateľný typ LPP vzniká v závislosti od dávky daného

lieku. Najčastejšie však LPP vzniká nepredvídateľne – ide o idiosynkratické LPP. Priebeh môže byť akútny, subakútny, chronický. Najčastejšie sa zistí hepatocelulárne, cholestatické alebo zmiešané poškodenie pečene, môže však napodobniť klinický obraz ochorenia/poškodenia pečene akejkoľvek etiológie. Diagnostika sa opiera o dôslednú liekovú anamnézu a zaznamenanie časovej súvislosti s užitím inkriminovaného lieku a informácie liekoch/liečivách (SPC, databázy). Pri podozrení na intoxikáciu, resp. metabolický polymorfizmus sa stanovuje plazmatická hladina liečiva/metabolitov, genotypizácia a konzultuje liekové informačného/toxikologického centra. V liečbe LPP sa uplatňuje najmä zastavenie podávania inkriminovaného lieku a všeobecné podporné opatrenia. Podľa typu vyvolávajúceho liečiva alebo metabolitov sú výnimočne k dispozícii antidotá a eliminačná liečba. Medikamentózna liečba závisí od typu daného LPP. V manažmente LPP významnú úlohu zohráva význam expertného posúdenia (klinický farmakológ, toxikológ, hepatológ).

POSTERY

1.

RIZIKÁ FARMAKOTERAPIE PSYCHIATRICKÝCH OCHORENÍ POČAS TEHOTENSTVA

(praktické skúsenosti)

Z. Javorová¹, A. Poizlová², A. Oleárová² – ¹Interná klinika FN Trnava, ²Oddelenie klinickej farmakológie UN Bratislava - Ružinov

Úvod: Psychiatrické ochorenia počas tehotenstva predstavujú terapeutickú výzvu pre ošetrojúceho lekára. Výber optimálneho terapeutického postupu a v prípade indikácie farmakoterapie výber vhodného psychofarmaka, musí byť veľmi dôsledný a postavený na aktuálnych poznatkoch medicíny založenej na dôkazoch. Vo významnej miere ho podporujú aj výsledky praktických skúseností s použitím jednotlivých psychofarmák, ktorých získavanie je dôležitou súčasťou práce Ambulancií klinickej farmakológie.

Cieľ: Analýza súboru pacientok, ktorým bola v Ambulancii klinickej farmakológie Univerzitnej nemocnice v Bratislave Ružinove v období od 1.1.2008 do 31.12.2014 poskytnutá konzultácia ohľadom liečby počas tehotenstva. Z celkového počtu konzultácií sme pozornosť koncentrovali na konzultácie ohľadom liečby psychiatrických ochorení s cieľom analyzovať a hodnotiť riziko vplyvu expozície jednotlivým psychofarmakám počas tehotenstva na deti narodené týmto matkám.

Metodika práce: Zber údajov sa uskutočnil v dvoch fázach. Vstupné údaje boli získané pri poskytnutí konzultácie a predstavovali informáciu o odosielajúcom lekárovi, dôvode žiadosti o konzultáciu, veku pacientky, aktuálnom týždni tehotenstva, diagnóze, na ktorú pacientka lieky užívala a informácia o užívaných liekoch, ich dávke a dĺžke liečby. Druhá časť údajov bola získaná retrospektívne telefonicky po predpokladanom dátume pôrodu a predstavovala informáciu o narodení dieťaťa, jeho zdravotnom stave pri narodení, termíne pôrodu, hmotnosti a výške dieťaťa, zdravotných komplikáciách sprevádzajúcich tehotenstvo, pôrod a obdobie po pôrode. Získané údaje boli spracované metódami deskriptívnej štatistiky a graficky.

Výsledky a diskusia: Za obdobie rokov 2008 až 2014 bolo v Ambulancii klinickej farmakológie Univerzitnej nemocnice Ružinov poskytnutých celkovo 575 konzultácií, z

toho 14% (n = 82) konzultácií sa týkalo psychofarmák. Z celkového počtu 1533 konzultovaných liekov išlo v 144 prípadoch o lieky s obsahom psychofarmaka, čo predstavovalo 9%. Najčastejšie konzultovaným liečivom bol escitalopram (15x), nasledovaný alprazolamom (13x), paroxetínom (11x), sertralínom (11x), citalopramom (7x) a klonazepamom (7x). Ostatné liečivá boli zastúpené menším počtom. Pri analýze vplyvu *in utero* v 44 % vplyv expozície nepoznáme, v 31 % sa narodilo zdravé dieťa v termíne, v 4 % zdravé dieťa mimo očakávaný termín, v 2 % zo všetkých prípadov sa narodilo choré dieťa a 5 % tehotenstiev bolo ukončených úmrtím dieťaťa. Vyhodnocovanie patologických nálezov bolo zaťažené viacerými chybami, predovšetkým absenciou adekvátnych informácií, ktoré znemožnili jednoznačne analyzovať a určiť kauzálnu súvislosť s expozíciou psychofarmakám. Kauzálnu súvislosť možno pripustiť v prípade expozície paroxetínu na začiatku tehotenstva a prítomnosťou defektu predsieňového septa a v druhom prípade, keď po expozícii klozapínu a kyseliny valproovej došlo k abortu. Oba prípady predstavujú takmer 6 % zo všetkých známych výsledkov exponovaných tehotenstiev, čo naznačuje mierne zvýšenie bazálneho teratogénneho rizika. Ako bezpečné sa analýzou nášho súboru prezentovali alprazolam, citalopram, escitalopram, olanzapín, kvetiapín a sertralín. Nami získané výsledky sú koherentné s výsledkami publikovaných pozorovaní.

Záver: Rovnako ako ostatné publikované výsledky, ani analýza nášho súboru nepriniesla jednoznačné závery o bezpečnosti psychofarmák počas tehotenstva, pretože v suspektných prípadoch nie je možné presne určiť kauzálnu súvislosť. Môžeme však skonštatovať, že riziko teratogénneho pôsobenia psychofarmák existuje, je pravdepodobne nízke a nemalo by byť dôvodom na to, aby v indikovaných prípadoch nebola liečba „bezpečnými“ psychofarmakami počas tehotenstva podávaná.

Literatúra

1. BRIGGS GG, FREEMAN RK, YAFFE SJ (2014): *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Wolters Kluwer 2014.
2. SCHAEFER CH, PETERS P, MILLER R (2015): *Drugs During Pregnancy and Lactation*. Elsevier 2015.

2.

EXISTUJE SÚVISLOSŤ MEDZI KARDIOVASKULÁRNYM RIZIKOM

A ADHERENCIU K FARMAKOTERAPII U PACIENTOV S DIABETOM?

Oleárová A.^{1, 2}, Cibík R.¹ – ¹Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie, Bratislava; ²Oddelenie klinickej farmakológie, Univerzitná nemocnica Bratislava, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Úvod: Nízka adherencia k farmakoterapii môže mať významné dôsledky tak pre zdravie pacienta, ako aj na výdavky spoločnosti na zdravotnú starostlivosť. U pacientov s diabetom bolo zistené vyššie riziko rozvoja neskorších (aj) kardiovaskulárnych komplikácií. Adherencia diabetikov k farmakologickým aj nefarmakologickým odporúčaniam je pre dosiahnutie dobrých klinických výsledkov a pre zníženie kardiovaskulárneho rizika (KVR), nevyhnutná.

Cieľom tejto štúdie bolo vyhodnotiť adherenciu k farmakoterapii a KVR vo vybranom súbore pacientov s diabetom, a nájsť medzi nimi súvislosť.

Metodika štúdie bola založená na dotazníkovom prieskume. Pre zisťovanie adherencie bolo použité modifikované 8-otázkové Moriského skóre a pre zisťovanie KVR rizika tabuľky SCORE (2012). Adherencia a KVR boli vyhodnotené v celom súbore (n = 107; 51

mužov, 56 žien vo veku 22-86 rokov), ako aj v subpopuláciách podľa veku, pohlavia, (ne-/ex-) fajčenia, stupňa dosiahnutého vzdelania, bývania v meste/ na vidieku, počtu užívaných liekov, telesnej aktivity, dodržiavania diabetickej diéty a hladiny celkového cholesterolu. Štúdia bola realizovaná v troch diabetologických ambulanciách na Slovensku a bola schválená Etickou komisiou Univerzity nemocnice Bratislava – Ružinov. Všetci participujúci pacienti podpísali s účasťou na štúdiu informovaný súhlas. Stupeň adherencie bol hodnotený nasledovne: 8 bodov = plná adherencia; 6 - 7 bodov – parciálna adherencia a 0 – 5 bodov = non-adherencia. Kardiovaskulárne riziko (pravdepodobnosť úmrtia na kardiovaskulárne ochorenie v nasledujúcich 10 rokoch) bolo vyhodnotené podľa tabuliek SCORE s použitím údajov z dotazníka a záznamov v zdravotnej dokumentácii – pohlavie, vek, fajčenie, celkový cholesterol a krvný tlak.

Výsledky ukázali, že priemerná adherencia v celej skupine bola parciálna (6.84 ± 0.28). Priemerná hodnota kardiovaskulárneho rizika v hodnotenom súbore bola 3,7%. Najvyššiu priemernú adherenciu sme zaznamenali u mužov ≤ 65 rokov (7,03), so základným vzdelaním (7,0), u ex-fajčiarov (7,1), u pacientov s pravidelnou fyzickou aktivitou – najmenej 3x týždenne – (7,29), u pacientov nedodržiavajúcich diabetickej diéty (7,05), u pacientov užívajúcich 2 druhy liekov (7,11) a u pacientov s uspokojivou hladinou cholesterolu (4.5-5.0 mmol/ l) (6,97). Najnižšie kardiovaskulárne riziko sme zaznamenali u žien ≤ 65 rokov (1,8%), u nefajčiarov (3,2%), u pacientov so základným vzdelaním (3,0%), s nepravidelnou telesnou aktivitou (2,9%), u pacientov dodržiavajúcich diabetickej diéty (3,14%), pacientov užívajúcich 4 lieky denne (2,9%) a u pacientov s uspokojivou hladinou celkového cholesterolu (4,5-5,0 mmol/ l) – 2,97%. Naopak, najvyššie KVR sme pozorovali u mužov >65 rokov (7,3%), fajčiarov (5,9%), so stredoškolským vzdelaním (3,8%), bez pravidelnej telesnej aktivity (4,7%), u pacientov čiastočne dodržiavajúcich diabetickej diéty (4,7%), užívajúcich viac ako 6 liekov denne (4,1%), a prekvapujúco, u pacientov s uspokojivými hladinami celkového cholesterolu (≤ 4.5 mmol/ l) – 4,76%.

Záver: Štúdia ukázala, že v sledovanom súbore pacientov bola adherencia k medikácii znížená a kardiovaskulárne riziko zvýšené. KVR a adherencia k farmakoterapii v sledovanom súbore medzi sebou navzájom nekorelovali. Adherencia, kardiovaskulárne riziko a ich vzájomná súvislosť sa v sledovanom súbore sa ukázali u každého pacienta veľmi individuálne.

Poster bol prezentovaný na medzinárodnom podujatí - 45th European Society of Clinical Pharmacy Symposium, 5.-7.10.2016 v Osle.

3.

ADHERENCIA K FARMAKOTERAPII U PACIENTOV S HYPERTENZIOU

– HODNOTENIE V PROSTREDÍ VEREJNEJ LEKÁRNE

Oleárová A.^{1, 2}, Bôtošová B.¹ – ¹Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie, Bratislava; ²Oddelenie klinickej farmakológie, Univerzitná nemocnica Bratislava, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Úvod: Adherencia k farmakoterapii je dôležitou súčasťou aktívneho, ako aj pasívneho prístupu pacienta k liečbe ochorenia. Predstavuje stupeň dodržiavania liečebného režimu, ktorý pacienti odporúčajú lekári, farmaceuti a ďalší zdravotnícki pracovníci.

Štúdia sa zameriava na adherenciu pacientov, ktorí sa liečia na hypertenziu. Hypertonickí pacienti tvoria podstatnú časť pacientov, ktorí denne navštívia lekára, odchádzajú od

neho s lekárske predpisom najmenej na jedno antihypertenzívum a idú si predpísané lieky vybrať do lekárne. Títo pacienti reprezentujú skupinu pacientov s typickým asymptomatickým ochorením. To sa často spája s tým, že svoje lieky neužívajú tak, ako majú predpísané. Výsledky ich non-adherencie môžu viesť k neskorším kardiovaskulárnym komplikáciám.

Cieľom štúdie bolo vyhodnotiť stupeň adherencie u hypertenzívnych pacientov a súvislosť s klinickými výsledkami – hodnotami krvného tlaku vo vybranom súbore pacientov.

Metodika štúdie bola založená na jednorazovom anonymnom dotazníkovom prieskume na zisťovanie stupňa adherencie pacientov k predpísanej farmakoterapii v kombinácii s meraním krvného tlaku v prostredí verejnej lekárne na Slovensku. Na zisťovanie adherencie bol použitý modifikovaný 4-otázkový dotazník – Moriskeho skóre. Moriskeho skóre je validovaný nástroj, ktorý je vhodný pre jednoduché a rýchle zistenie stupňa adherencie k predpísanej farmakoterapii. Pozostáva zo 4 otázok, na ktoré pacient odpovedá áno/ nie. Na základe počtu kladných a záporných odpovedí sa môže identifikovať (non)-adherencia pacienta. Stupeň adherencie k predpísanej farmakoterapii bol vyhodnotený nasledovne: 3 – 4 body = plná adherencia; 2 body = parciálna adherencia a 0 – 1 bod = non-adherencia. Každý účastník štúdie musel užívať najmenej jedno antihypertenzívum v indikácii hypertenzie, nechal si vo verejnej lekárni zmerať krvný tlak a vyplnil anonymný dotazník. Štúdia prebiehala v jednej verejnej lekárni v Považskej Bystrici v priebehu augusta – decembra 2015. Tlak krvi bol výsledkom priemeru dvoch meraní po 10 minútach.

Výsledky: Do štúdie bolo zaradených 150 pacientov (55,33% žien a 44,67% mužov). Výsledky ukázali, že takmer 46% účastníkov bolo non-adherentných k predpísanej farmakoterapii (z nich 57,98% bolo mužov a 42,02% žien). Skupina parciálne adherentných pacientov tvorila 35,33% účastníkov (z toho 66,04% boli ženy). Iba 18,67% účastníkov bolo podľa modifikovaného Moriskeho skóre plne adherentných, z toho 67,86% žien. Plne adherentní pacienti dosahovali hodnoty krvného tlaku priemerne 117.393/ 76.464 mmHg; parciálne adherentní hypertenzívni dosahovali hodnoty krvného tlaku v priemere 124.162/ 80.623 mmHg; a v skupine non-adherentných pacientov boli namerané priemerné hodnoty krvného tlaku 154.116/ 95.319 mmHg.

Záver: Výsledky ukázali alarmujúcu situáciu a potvrdili údaje publikované v literatúre. Non-adherentní pacienti nedosahujú dobré klinické výsledky v cieľových hodnotách krvného tlaku. To často vedie k pridávaniu ďalšej medicíny, zvyšovaniu rizika interakcií a nežiaducich účinkov, vzniku komplikácií neliečeného ochorenia a k zvyšovaniu nákladov na (farmako)terapiu.

Poster bol prezentovaný na medzinárodnom podujatí - 45th European Society of Clinical Pharmacy Annual Symposium, 5.-7.10.2016 v Osle.

4.

NEŽIADUCE ÚČINKY STATÍNŮV – SPONTÁNNÉ HLÁSENIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Kákošová Vlasta¹, Kamenská Ružena² – ¹*Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava*, ²*Štátny ústav pre kontrolu liečiv Bratislava*

Statíny, inhibítory 3-hydroxy-3-methylglutaryl koenzym A (HMG-CoA) reduktázy, patria do skupiny liekov často predpisovaných na zníženie rizika vzniku kardiovaskulárných príhod prostredníctvom redukcie LDL cholesterolu. Benefit liečby statínmi môže niekedy skomplikovať výskyt myopatických a iných nežiaducich účinkov (NÚ). Na zvýšení rizika

myotoxicity sa môže podieľať viacero faktorov: vyšší vek pacienta, sprievodné ochorenia (napr. diabetes mellitus, hypertenzia, hypotyreóza, ochorenia obličiek a pečene a metabolické svalové ochorenia), súbežné užívanie liekov s potenciálne závažnými liekovými interakciami, konzumácia alkoholu, genetický polymorfizmus CYP 450 izoenzýmov a ďalšie.

Frekvencia výskytu myopatických NÚ sa vo všeobecnosti udáva ako nízka. Klinický obraz statínmi indukovanej myopatie môže byť variabilný, od asymptomatickej elevácie CK v sére, cez subakútnu myopatiu, až po rabdomyolýzu. Spotreba statínov má vo svete aj u nás stúpajúci trend a tento typ NÚ nemusí byť vždy identifikovaný alebo nahlásený národným liekovým agentúram. V období rokov 2009 – 2014 bolo na ŠÚKL hlásených aj niekoľko závažných myotoxických prípadov statínmi indukovanej rabdomyolýzy. Jednalo sa o 13 pacientov, 6 žien a 7 mužov, s priemerným vekom 65 rokov. Najmladšia bola 34 ročná žena a najstarší muž vo veku 89 rokov. Najviac hlásení bolo po atorvastatíne - 8 prípadov. Tri hlásenia boli po konkominantnej terapii: atorvastatín + fenofibrát, atorvastatín + amlodipín, simvastatín + ezetimibe. Pri rosuvastatíne a simvastatíne bolo po jednom hlásení. Hlásenia pochádzali od lekárov z nemocníc, pacienti boli prijatí na hospitalizáciu pre NÚ. Tri prípady hlásení boli kvalifikované ako život ohrozujúce. V jednom prípade (hlásenie s atorvastatínom) došlo k úmrtiu pacienta. U dvoch pacientov s atorvastatínom došlo k zotaveniu - vyliečeniu.

V roku 2015 boli na ŠÚKL hlásené po atorvastatíne: 1x bolesť žalúdka, 1x alopecia, svrbenie kože, 1x myalgie, 1x rabdomyolýza, akútne zlyhanie obličiek a pečene, akútne zlyhanie srdca, 1x bolesť kostí, svalov, nauzea, nadmerné potenie, epistaxa, zhoršenie zraku. Po rosuvastatíne bola hlásená svalová slabosť, myalgie. Po simvastatíne bolo hlásenie NÚ od pacienta, udávaná bola bolesť v nad a podbruší. Ostatné hlásenia zaslali piati lekári a jeden farmaceut.

Pri relatívne vysokej spotrebe statínov je výskyt ich NÚ malý, nie však zanedbateľný. Popri vylúčení pacientov so zvýšeným rizikom ich výskytu a starostlivom monitoringu liečby je významnou úlohou lekára a tiež farmaceuta upozorňovať pacientov na možný výskyt NÚ, potrebu spolupráce s lekárom, aby sa zabránilo vzniku závažných komplikácií.

V posledných rokoch boli v súvislosti s užívaním statínov publikované články o výskyte imunitne sprostredkovanej nekrotizujúcej myopatie. Odlíšenie tejto diagnózy od ostatných myopatií, spôsobených statínmi, je dôležité hlavne z dôvodu liečby pacientov. Riešením väčšiny prejavov statínovej myotoxicity je vysadenie medikácie. U imunitne sprostredkovanej nekrotizujúcej myopatie sa stav po vysadení statínov nelepši a spravidla sa ešte ďalej zhoršuje, nutná je imunosupresívna liečba.

5.

LIEČBA NEALKOHOLOVEJ TUKOVEJ CHOROBY PEČENE - UPDATE 2016

H. Glasová, J. Glasa, J. Holomáň – *Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie, Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava*

Nealkoholová tuková choroba pečene (NAFLD) je chronické multifaktoriálne ochorenie charakteristické akumuláciou tuku v pečeni bez preukázateľného nadmerného pitia alkoholu asociované s inzulínovou rezistenciou. U časti pacientov môže prejsť do nealkoholovej steatohepatitídy (NASH) s rizikom rozvoja fibrózy až cirhózy pečene ako aj hepatocelulárneho karcinómu. Je súčasťou tzv. metabolického syndrómu spolu s diabetes mellitus, dyslipidémiou, hypertenziou, obezitou. Prístup k manažmentu pacienta s NAFLD/NASH je komplexný, založený na multidisciplinárnej spolupráci špecialistov

(hepatológ, diabetológ, kardiológ, obezitológ, dietológ, atď). Nefarmakologické terapeutické postupy sa sústreďujú na úpravu životosprávy pacientov - diéty, pohybovej aktivity s cieľom postupne znižovať telesnú hmotnosť. Štandardizovaná farmakologická liečba NAFLD/NASH dosiaľ nie je k dispozícii, pre tieto indikácie v súčasnosti registrované žiadne liečivo. Experimentálne sa používajú hepatiká – silymarín, kyselina ursodeoxycholová, vitamín E. Prínosom je adekvátna liečba pridružených rizikových faktorov metabolického syndrómu a hepatoprotektívny režim. V súčasnosti prebieha intenzívne klinické skúšanie viacerých zlúčenín, napríklad kyselina obeticholová; remoglyflozín – inhibítor nátrium-dependentného ko-transportéra glukózy T2; simtuzumab - humanizovaná monoklonálna protilátka proti enzýmu podobnému lyzyoxidáze 2; LUM002 - orálny inhibítor apikálneho nátrium-dependentného transportéru žlčových kyselín; emricasan - orálne aktívny inhibítor kaspázovej proteázy; aramchol - arachidylamidocholanoická kyselina - konjugát mastnej a žlčovej kyseliny; GFT505 - duálny agonista PPAR- $\alpha\delta$ receptora (angl. peroxisome proliferator-activated receptor $\alpha\delta$); GR-MD-02 - inhibítor galektínu 3; atď. Spoločným úsilím Európskej asociácie pre štúdium pečeňových ochorení (EASL), Európskej asociácie pre štúdium diabetu (EASD), Európskej asociácie pre štúdium obezity (EASO) bolo vydanie klinických odporúčaní pre manažment NAFLD (1). Na slovenskej verzii sa v súčasnosti intenzívne pracuje.

1. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. J Hepatol, 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2015.11.004>

6.

ŠTATISTICKÉ ZHODNOTENIE NÁKLADOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA LIEČBU DIAGNÓZ TOXICKÁ CHOROBA PEČENE K71

J. Medvedová, M. Laincová, J. Krajčí – *Zdravotná poisťovňa DÔVERA a. s.,
Odbor liekovej politiky, Bratislava*

Choroby pečene predstavujú v Európskej únii šiestu najčastejšiu príčinu úmrtí. K hlavným príčinám ochorení pečene patrí alkohol, vírusy, nezdravé stravovacie návyky. Liekové poškodenia pečene tvoria samostatnú veľkú skupinu, ktorá úzko súvisí s polymorbiditou a polypragmáciou, tak častou v našom prostredí.

Pre analýzu nákladov zdravotnej starostlivosti na liečbu chorôb pečene spôsobených liekmi sme vychádzali z MKCH, platnej pre sledované časové obdobia. Toxické choroby pečene, ktoré sú zapríčinené liekmi, sú vymedzené diagnózami K71.1 ktorá zahŕňa idiosynkratickú - nepredvídateľnú chorobu pečene aj toxickú - predvídateľnú chorobu pečene a K71.9 toxická choroba pečene, bližšie neurčená.

Etiopatogenéza liekového poškodenia pečene je známa len v malom počte prípadov (napr. známa hepatotoxicita lieku pri nadmernom dávkovaní, nevhodná kombinácia užívaných liečiv, dlhodobá liečba a pod.).

Uhradená zdravotná starostlivosť bola sledovaná v období od 1.1.2015 do 30.6.2016 v polročných intervaloch. Odsledované boli celkové náklady viazané na úhradu za diagnózy K71.1 a K71.9. Následne boli náklady rozdelené do segmentov poskytnutej zdravotnej starostlivosti na lieky, zdravotnícky materiál vrátane ŠZM, hospitalizácie, SVaLZ a ostatné.

7.

KLINICKÁ FARMAKOLÓGIA V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

J. Glasa, K. Soboňová, H. Glasová, J. Holomáň – *Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie LF SZU, Bratislava; Oddelenie klinickej farmakológie FNŠP Nové Zámky*

V súlade s platnou koncepciou je klinická farmakológia (KF) „medicínskym odborom, ktorý vedecky dokladovaným spôsobom vytvára, využíva a vykonáva klinicko-farmakologickú expertízu s hlavným cieľom zabezpečiť realizáciu racionálnej (bezpečnej, účinnej a ekonomicky prospešnej) farmakoterapie. Jej neoddeliteľnou súčasťou je účasť na tvorbe a integrácii vzťahov liekovej politiky.“¹

Napriek existujúcim odborným kapacitám a priaznivému legislatívnemu prostrediu možno s poľutovaním konštatovať paradoxnú situáciu, keď KF na Slovensku v poslednom desaťročí zápasí so závažnými existenčnými problémami. Dôvodom je najmä nedostatočný záujem regulačných orgánov, manažmentov zdravotníckych zariadení, či zdravotných poisťovní o riadnu implementáciu KF v systéme zdravotnej starostlivosti; osobitne na úseku zabezpečenia jej kvality, efektívnosti a bezpečnosti, ochrany zdravia a zaistenia spokojnosti i príslušných práv a záujmov pacienta – jedným slovom: chýbajúca štátna objednávka.

Dlhodobu nedoriešenú je primerané financovanie pre prax veľmi potrebného, unikátneho portfólia zdravotných výkonov KF zo strany zdravotných poisťovní. KF v súčasnosti nie je súčasťou minimálnej siete zdravotníckych zariadení, nemá samostatne zazmluvnené ani jedno ambulantné pracovisko. Pritom ambulancie KF či oddelenia KF, ktoré si zriadili a udržiavajú viaceré väčšie nemocnice na Slovensku – a ktoré poskytujú širokú škálu špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore KF pre svoje spádové oblasti – sú pri súčasnom nastavení systému financovania „ekonomicky neviditeľné“. A to napriek tomu, že sú preukázateľne významne ekonomicky prínosné. KF ako klinický odbor nemá od roku 2007 na Slovensku ani jedno klinické pracovisko, ktoré by mohlo primerane zabezpečiť vzdelávanie lekárov – špecialistov v KF (klinických farmakológov), ako aj ďalšie funkcie národného centra excelencie (edukačného, vedecko-výskumného a expertného). Tento závažný nedostatok sa supluje obetavou nadpracovaním zúčastnených v improvizovaných podmienkach. Bez zabezpečenia kvalitnej prípravy nových špecialistov však hrozí, že čoskoro nebude možné túto vitálnu expertízu zabezpečiť ani na úrovni zdravotníckeho systému (lôžková a ambulantná starostlivosť), ani pre potreby jej ďalších kľúčových používateľov (zdravotné poisťovne, vedecko-výskumné ustanovizne, farmaceutický priemysel a i.).

Situácia si naliehavo vyžaduje systémové a racionálne riešenia, ktoré však môžu priniesť, ako sa spomenulo, konkrétne benefity pre celý systém slovenského zdravotníctva.

Čo je potrebné urobiť?

Keďže KF je svojou interdisciplinárnou povahou a zameraním na využitie „medicíny založenej na dôkazoch“ (angl. *Evidence-Based Medicine; EBM*) veľmi dynamickým a na prax orientovaným medicínskym odborom, v súčasnej situácii sa ako racionálna nevyhnutnosť javí nástojčivá požiadavka na adekvátne využitie existujúcich a rozvoj nových expertíznych kapacít KF pri zabezpečení kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Osobitne, ako sa zdôraznilo, ide o úlohy KF na úseku expertného zabezpečenia a systémového riadenia racionálnej farmakoterapie. Pritom KF, ako odbor, ktorý nie je primárne orgánovo resp. konkrétne produktovo orientovaný, poskytuje

výnimočnú pôdu nezávislej, akademicky a prakticky relevantnej vedecko-odbornej expertízy, nevyhnutnej pre objektívne posúdenie a riešenie spomínaných otázok.

Ako nevyhnutné sa javí využitie unikátneho 'know how' KF v procesoch zameraných na zaistenie správnej preskripcie a na praktické vytváranie farmako-biochemických a metodicko-organizačných podmienok pre adekvátnu účinnosť, bezpečnosť a ekonomickú prospešnosť celého reťazca využitia liekov. Až po účinné zapojenie správne informovaného a motivovaného pacienta, vrátane potrebnej optimalizácie (personalizácie, individualizácie) farmakoterapie. Taktiež v procesoch racionálnej tvorby, expertízy, implementácie, vyhodnocovania a inovácie farmakoterapeutických štandardov, nevyhnutných v rámci tvorby a realizácie štátnej liekovej politiky na príslušných úrovniach riadenia.

Medzi naliehavé úlohy súčasnosti preto patria: (1) dobudovanie primeranej (najskôr minimálnej – a perspektívne aj optimálnej) siete pracovísk KF na Slovensku; (2) znova vybudovanie aspoň jedného špičkového metodologického pracoviska odboru KF so štatútom kliniky a národného centra; (3) integrovanie expertíznej činnosti odboru KF do procesov tvorby, riadenia a realizácie štátnej liekovej politiky; (4) rozvíjanie metodologickej, vedecko-výskumnej a klinickej bázy odboru KF v nadväznosti na adekvátne pregraduálne, špecializačné, kontinuálne či doktorandské štúdium, s cieľom zabezpečenia odbornej prípravy potrebných špecialistov – klinických farmakológov; napokon, azda to najdôležitejšie: (5) zabezpečenie praktického uplatňovania „know how“ a služieb (zdravotných výkonov) odboru KF v systéme zdravotnej starostlivosti, vrátane (6) doriešenia systému financovania a formulovania adresnej štátnej objednávky.

¹Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore klinická farmakológia, Vestník MZ SR 2006, osobitné vydanie, 31. 8. 2006, s. 22 – 25.

8.

ÚLOHY ODBORU KLINICKÁ FARMAKOLÓGIA V IMPLEMENTÁCII NARIADENIA EÚ O KLINICKOM SKÚŠANÍ LIEČIV V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

J. Glasa, H. Glasová – *Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie, Ústav zdravotníckej etiky SZU, Bratislava*

Odbor klinická farmakológia má vzhľadom na svoje unikátne vedecké a odborné portfólio v oblasti klinického skúšania produktov a liekov nezastupiteľné miesto pri úspešnom zvládnutí pripravovanej implementácie nového *nariadenia EÚ č. 536/2014* o klinických skúšaní liekov pre humánne použitie. Okrem dôslednej optimalizácie, resp. vytvorenia inštitucionálnych a organizačno-technických predpokladov, potrebné bude dobudovať, primerane motivovať a aktivizovať vedecko-odborné zázemie pre zvládnutie úloh súvisiacich s vedecko-odborným (farmakologickým/klinicko-farmakologickým) posúdením a hodnotením etickej akceptability navrhovaných klinických skúšaní. Súčasťou prípravy bude aj doriešenie manažmentu etického posúdenia protokolov (osobitne časti II.) jednak v celoštátnom a jednak v medzinárodnom (európskom) kontexte. Na splnenie tejto úlohy sa aktuálne počíta so zriadením jednej celoštátnej etickej komisie, ktorej sekretariát by mal byť situovaný na ŠÚKL (prípadne na MZ SR). Detailné rozpracovanie a zabezpečenie príslušných procesov, vrátane ich financovania, materiálneho a personálneho pokrytia sú v súčasnosti predmetom intenzívnych odborných diskusií a rokovaní jednotlivých stránok, ktoré sa v spolupráci zúčastňujú na zvládnutí týchto náročných úloh.

9.

VZŤAH MEDZI ADHERENCIOU K FARMAKOTERAPII A KVALITOU ŽIVOTA U PACIENTOV S DIABETOM

Oleárová A.^{1,2}, Hozáková E.¹ – ¹Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie, Bratislava; ²Oddelenie klinickej farmakológie, Univerzitná nemocnica Bratislava, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Úvod. Publikované údaje ukazujú, že kvalita života (QoL) u pacientov s diabetom môže ovplyvniť adhérenciu k predpísanej farmakoterapii, dosiahnutie uspokojivých klinických výsledkov, zníženie morbidity a mortality a spomalenie progresie ochorenia. Platí to aj opačne – adhérenca k predpísanej farmakoterapii môže signifikantne prispievať k zvýšeniu kvality života pacientov.

Cieľom tejto štúdie bolo vyhodnotiť adhérenciu k predpísanej farmakoterapii vo vybranom súbore pacientov s diabetom, vyhodnotiť ich QoL a nájsť medzi nimi koreláciu.

Metodika bola založená na dotazníkovom prieskume pomocou modifikovaného 8-otázkového Moriského skóre pre zisťovanie adhérencie a pomocou dotazníka EQ-5D-5L pre zisťovanie QoL, vrátane vizuálnej analógovej škály (VAS). Adhérenca a QoL boli sledované v skupine 107 pacientov ako celku, a v subskupinách rozdelených podľa veku, pohlavia, dosiahnutého vzdelania, mesačného príjmu, počtu užívaných liekov a typu antidiabetickej liečby. Štúdia bola realizovaná v troch diabetologických ambulanciách na Slovensku a bola schválená Etickou komisiou Univerzitnej nemocnice Bratislava - Ružinov. Stupeň adhérencie bol vyhodnotený nasledovne: 8 bodov = plná adhérenca; 6 – 7 bodov = parciálna adhérenca a 0 – 5 bodov = non-adhérenca. QoL bola vyhodnotená pomocou 5-stupňovej škály v 5 dimenziách nasledovne: najnižšia QoL v každej dimenzii = 1 bod, najvyššia QoL = 5 bodov. Najvyššie hodnotenie pomocou VAS bolo označené „100“, najnižšie „0“ a účastníci mali na VAS 0-100 označiť svoj zdravotný stav v daný deň, keď vyplňali dotazník.

Výsledky v sledovanom súbore ukázali v priemere parciálnu adhérenciu ku užívaniu predpísanej medicíny (6,84±0,28). Priemerná hodnota QoL v súbore bola 21,21 a VAS 69,29. Najvyššiu adhérenciu k medicíne dosiahli muži (7,04±1,29), pacienti <40 rokov (7,0±1,05), pacienti so základným vzdelaním (7,07±1,04), s mesačným príjmom nad 600 € (7,38±0,99) a pacienti, ktorí užívali 2 druhy liekov (7,11±1,6). Najvyššiu QoL a VAS (QoL; VAS) sme zaznamenali u mužov (22,0; 74,24), pacientov <40 rokov (23,22; 77,22), vysokoškolsky vzdelaných pacientov (23,11; 75,55), a u pacientov s mesačným príjmom nad 600 € (22,75; 75,63). Najvyššiu kvalitu života sme zaznamenali u pacientov užívajúcich 3 druhy liekov (23,92), najvyššie VAS hodnotenie u pacientov užívajúcich jeden druh lieku (83,33). Najvyššiu adhérenciu sme zaznamenali u pacientov liečených kombinovanou antidiabeticou farmakoterapiou – pomocou perorálnych antidiabetík (PAD) a inzulínu (7,06), najnižšiu u pacientov na inzulínovej liečbe (6,95). Najvyššiu QoL vykazovali pacienti liečení PAD (22,04), najnižšiu QoL pacienti na inzulínovej terapii (19,97). Najvyššie VAS skóre sme zaznamenali u pacientov užívajúcich PAD (72,45), najnižšie u pacientov na kombinovanej PAD + inzulínovej liečbe (62,06).

Záver: Štúdia ukázala znížený stupeň adhérencie, ako aj zníženú kvalitu života sledovaného súboru diabetických pacientov. QoL a adhérenca vzájomne signifikantne nekorelovali. Adhérenciu k predpísanej liečbe a QoL pacientov s diabetom v hodnotenom súbore ovplyvňoval typ antidiabetickej liečby a počet užívaných liekov.

Poster bol prezentovaný na medzinárodnom podujatí - 45th European Society of Clinical Pharmacy Symposium, 5.-7.10.2016 v Osle.

10.

ADHERENCIA K MEDIKÁCIU U PACIENTOV UŽÍVAJÚCICH ANTIDEPRESÍVA – PRIESKUM Z PROSTREDIA VEREJNEJ LEKÁRNE

Oleárová A.^{1,2}, Adlerová Z¹ – ¹Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie, Bratislava; ²Oddelenie klinickej farmakológie, Univerzitná nemocnica Bratislava, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Úvod. V psychológii je depresia definovaná ako duševný stav charakterizovaný pocitmi smútku, skleslosti, vnútornou tenziou a nerozhodnosťou. Psychiatria definuje depresiu ako závažnú duševnú afektívnu poruchu, ktorá znižuje jasnosť myslenia, psychomotoriku, spánkový cyklus a vyvoláva pesimistické či sklúčujúce emócie, často vedúce k patologickej zmene osobnosti. V rámci liečby depresie je často nevyhnutná dlhodobá psycho-, ako aj farmako-terapia.

Aby sa účinky antidepresív prejavili v zlepšení klinických symptómov, u pacientov sa vyžaduje dobrá úroveň adherencie k ich užívaniu. Nízka adherencia totiž rezultuje v nedostatočnej stabilizácii klinického stavu pacientov, v používaní kombinovanej farmakoterapie, a v konečnom dôsledku vo zvýšení nákladov na zdravotnú starostlivosť.

Cieľom výskumu bolo vyhodnotiť stupeň adherencie pacientov užívajúcich antidepresíva vo vzťahu k sociobehaviorálnym faktorom.

Metodika bola založená na anonymnom dotazníkovom prieskume v prostredí verejnej lekárne na Slovensku. Súčasťou použitého dotazníka boli otázky zisťujúce sociobehaviorálne fakty o respondentoch a 8-otázkový modifikovaný nástroj pre zisťovanie adherencie – Moriského skóre (mMMAS-8). Podmienkou pre účasť v prieskume bolo užívanie najmenej jedného antidepresíva. Stupeň adherencie bol vyhodnotený nasledovne: 8 bodov = plná adherencia; 6 – 7 bodov = parciálna adherencia; 0 – 5 bodov = non-adherencia.

Výsledky boli vyhodnotené vo vzťahu k sociobehaviorálnym faktorom.

Výsledky: V hodnotenom súbore pacientov (n=150, 39 mužov, 111 žien) bol priemerný stupeň adherencie 5,113, čo predstavuje hranicu medzi parciálnou a non-adherenciou. Výsledky ukázali nesignifikantne vyšší stupeň adherencie u mužov (5,179) oproti ženám (5,090). Najvyšší stupeň adherencie bol zaznamenaný v skupine 45 – 64-ročných pacientov (5,367), najnižší stupeň bol zaznamenaný u pacientov do 24 rokov (4,656 = non-adherencia). Pacienti bývajúci v mestskom prostredí vykazovali vyššiu adherenciu (5,127) oproti pacientom žijúcim na vidieku (5,083). Najvyšší stupeň adherencie vyhodnotený podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania bol zaznamenaný u pacientov s dosiahnutým stredoškolským vzdelaním (5,344). Parciálna adherencia bola zaznamenaná u pacientov s mesačným príjmom nad 1000 € (5,750), non-adherencia bola zaznamenaná u pacientov s mesačným príjmom pod 300 € (4,878). U pacientov, ktorí neužívali žiadne iné lieky, okrem antidepresív, bola zaznamenaná priemerná adherencia 5,219.

Záver: V sledovanom súbore pacientov bol zaznamenaný nedostatočný stupeň adherencie. Tento stav je alarmujúci. Dôležitou úlohou lekárov, farmaceutov a iných zdravotníckych pracovníkov zostáva, aby sa prostredníctvom konzultácií a vzdelávaním pacientov o nevyhnutnosti pravidelného užívania antidepresívnej liečby adherencia a perzistencia zlepšili.

Poster bol prezentovaný na medzinárodnom podujatí - 45th European Society of Clinical Pharmacy Symposium, 5.-7.10.2016 v Osle.
