

Rešeršní část

Úvod: Osteoporóza (OP) je významnou civilizační chorobou, jejíž incidence neustále stoupá. Jedná se o systémové metabolické onemocnění skeletu charakterizované sníženým množstvím kostní hmoty a změnami kvality kostní tkáně. V důsledku těchto poruch se zvyšuje riziko zlomenin, které mají obrovský negativní dopad na veřejné zdraví. OP postihuje především postmenopauzální ženy; v poslední době se ale velká pozornost upíná rovněž k OP u mužů.

Mezi preventivní (a současně nefarmakologické léčebné) intervence patří především pestrá strava bohatá na vápník, dostatečná a přiměřená pohybová aktivita, vyloučení toxických vlivů a prevence pádů. Léčebnými přístupy se snažíme upravit narušenou rovnováhu mezi kostní resorpcí a novotvorbou. Základní opatření představuje suplementace vápníkem a vitamínem D. Specifickou farmakoterapii (antiosteoporotika) nejčastěji klasifikujeme dle převažujícího mechanismu účinku na léčiva antiosteokatabolická čili antiresorpční (bisfosfonáty, raloxifen, kalcitonin) a osteoanabolická (parathormony), popř. léčiva s duálním mechanismem (stroncium-ranelát). Současné léčebné postupy snižují riziko zlomeniny přibližně o polovinu a ukázaly se jako nákladově efektivní. Stejně jako u jiných chronických asymptomatických onemocnění představuje nízká adherence k terapii OP významný problém medicínský i ekonomický.

Cíle: podat ucelený přehled publikovaných prací z oblasti adherence k farmakologické léčbě a tím začlenit informace o adherenci k léčbě OP do širších souvislostí

Metodika: rešerše literatury indexované v databázových systémech PubMed

Výsledky: Nedostatečná adherence pacientů k léčbě je významným problémem veřejného zdravotnictví. Adherence je definována jako rozsah, ve kterém se pacientovo chování shoduje s radami zdravotníka. Spolu s farmakokinetikou tvoří nejvýznamnější zdroj variability v odpovědi na léčbu. Obecně lze uvést, že přibližně pouze polovina pacientů užívá dostatečné množství léčiva k dosažení terapeutického efektu. Tato skutečnost vede k nárůstu morbidity, mortality a ke zvýšení nákladů spojených s léčbou. Ve většině výzkumných prací je adherence chápána buď jako synonymum compliance, nebo jako nadřazený pojem pro compliance (shodu s doporučeným léčebným režimem) a perzistenci (kontinuitu pokračování léčby po doporučenou dobu). Non-adherence má dva aspekty: (1) pacient užívá nesprávné množství léčiva a (2) pacient užívá léčivo nesprávným způsobem.

V současné době neexistuje „zlatý standard“ v měření adherence, častěji se používají metody nepřímé. Koreláty adherence se liší dle charakteristik zkoumané populace i podle definice a metody zvolené k jejímu měření. Sociodemografické faktory adherenci většinou významně neovlivňují. Důležitější roli hraje motivace pacienta k léčbě, vzájemný vztah zdravotníka s pacientem, psychiatrická komorbidita, farmakoterapeutický režim a nežádoucí příhody.

Mezi úspěšné strategie na podporu adherence patří interaktivní edukace pacientů se zaměřením na motivaci k léčbě, jednoduché dávkovací režimy, telefonické konzultace a upomínky, tzv. case management, monitorování léčby a vtažení pacienta do léčebného procesu (self-monitoring). Důležitá je především kvalita vztahu zdravotník – pacient, reálná očekávání od léčby a zpětná vazba. Písemná informace doprovázející ústní sdělení a informovanost z více zdrojů byly spojeny s vyšší adherencí. Samotná písemná informace (distribuce informačních letáků) však nemá výrazný vliv. Nevhodná reklama na volně prodejné léky (parafarmaka) může adherenci k předepisované medikaci dokonce negativně ovlivnit.

Pro dlouhodobou léčbu upřednostňujeme léčiva podávaná nejvýše dvakrát denně. Prodloužení dávkovacího intervalu, podávání depotních přípravků a zejména využití fixních kombinací léčiv se ukázalo jako prospěšné. Vzhledem k negativní korelaci adherence s psychiatrickou

komorbiditou lze včasnou diagnostikou a léčbou psychiatrických onemocnění zvýšit adherenci k léčbě somatických chorob. Lékárníci mohou podpořit adherenci k medikaci s finanční spoluúčastí pacienta i výdejem preferovaného (levnějšího) generika. V boji se spontánní non-adherencí je užitečné spojení užívání léčiv s běžnými denními aktivitami a používání dávkovačů léčiv.

Závěr: Monitorování adherence by mělo být součástí běžné klinické praxe zejména v případě chronických asymptomatických onemocnění.

Původní část

Úvod: Vyšší adherence k antiresorpční léčbě OP významně snižuje riziko osteoporotické zlomeniny. Přibližně 50 % pacientů nedodrží léčebný režim a/nebo přeruší léčbu během prvního roku. Asymptomatická podstata choroby je faktorem, který k non-adherenci přispívá. Na rozdíl od ostatních „tichých“ onemocnění chybí u OP možnosti pro tzv. self-monitoring, jehož zapojení do léčebného procesu může adherenci podpořit. Některé studie ukázaly, že hlubší znalosti o OP jsou spojeny s vyšší adherencí k preventivním opatřením. Bisfosfonáty vyžadují s ohledem na compliance zvláštní pozornost; je potřeba je užívat specifickým způsobem kvůli zajištění dostatečné absorpce a kvůli snížení rizika nežádoucích účinků. Přestože režimy s prodlouženými dávkovacími intervaly mohou mírně zlepšit adherenci k léčbě bisfosfonáty (obzvláště perzistenci), je potřeba si uvědomit, že vynechané dávky nebo nesprávné užívání může mít na výsledek léčby větší negativní vliv. Prospěch z léčby antiosteoporotiky, který byl prokázán ve velkých studiích hodnotících výskyt zlomenin, může být dosažen pouze u pacientů s dostatečnou saturací vápníkem a vitamínem D. Suplementace vápníkem a vitamínem D je proto doporučena u všech nemocných léčených antiosteoporotiky.

Cíle: u žen starších 40 let sledovaných kvůli OP na pracovištích specializovaných lékařů: (1) analyzovat farmakologickou léčbu OP; (2) odhadnout míru lékové non-compliance; (3) hledat souvislosti mezi compliance k léčbě OP, znalostmi o OP a dalšími faktory demografickými i medicínskými; (4) zjistit a vzájemně porovnat znalosti o OP u osteoporotických pacientek a u žen pro OP dosud neléčených; (5) studovat faktory ovlivňující tyto znalosti.

Metodika: průřezová studie formou multicentrického dotazníkového šetření (9 center specializovaných lékařů v ČR)

Osloveny byly: (a) ženy s diagnózou OP (osteopenie) a současně již léčené pro OP – skupina OS – a (b) ženy přicházející poprvé (do ambulance odeslány na vyšetření OP) – srovnávací skupina. Studovali jsme tři dimenze compliance: (1) lékovou compliance (na základě počtu vynechaných dávek antiresorpčního léčiva za poslední měsíc), (2) komedikaci vápníkem a vitamínem D a (3) při léčbě bisfosfonáty rovněž compliance s doporučeními, která mají zajistit jejich gastrointestinální bezpečnost a dostatečnou absorpci. Znalosti o OP byly hodnoceny pomocí dotazníku Osteoporosis Questionnaire (OPQ; Pande, et al., Maturitas 2000).

Výsledky: Celkově byl studován soubor 474 žen s mediánem věku 63 let; 306 žen bylo zařazeno do skupiny OS a 168 žen do srovnávací skupiny. Ve skupině OS bylo 200 (65 %) pacientek léčeno specifickou terapií. Jednalo se o alendronát (44,5 %), risedronát (24,5 %), raloxifen (18 %) a kalcitonin (13 %). Současnou suplementaci vápníkem uvádělo 73 % pacientek, suplementaci vitamínem D pak 62 % pacientek. Léčebné skupiny se v suplementační léčbě významně nelišily. U pacientek, které nevedly informaci o compliance, byla suplementační léčba méně častá. Předem specifikované dimenze compliance spolu vzájemně nekorelovaly. Nejčastěji uváděným důvodem non-compliance bylo „nemám lék po ruce“. Compliance k léčbě bisfosfonáty byla vyšší než k léčbě raloxifenem a kalcitoninem. Průměrná compliance se nelišila mezi bisfosfonáty podávanými jednou denně a

jednou týdně. Komedikace vápníkem byla spojena se získáváním informací o léčivech na OP z dalších zdrojů kromě zdravotníků ($p = 0,038$). Compliance s instrukcemi pro správné použití bisfosfonátů korelovala silně negativně s věkem ($p < 0,001$). Ve skupině OS bylo dosaženo znalostního skóre 7, ve srovnávací skupině 6 (mediány počtu bodů z OPQ). Statistika zohledňující věk respondenta ukázala lepší znalosti ve skupině OS ($p = 0,019$). Překvapivě špatně dopadly otázky ohledně režimových opatření (vhodný pohyb, strava, nadměrný příjem alkoholu). V obou skupinách korelovaly znalosti pozitivně s dosaženým vzděláním a s užíváním hormonální substituční terapie a negativně s věkem ($p < 0,001$ pro každý faktor). Ve skupině OS byly znalosti vyšší mezi ženami s lepším zdravotním stavem. Žádný výstup popisující compliance nekoreloval se znalostmi.

Závěr: Znalosti o OP a compliance s léčbou byly ve sledovaném souboru žen nedostatečné. Jako nejvýraznější problémy se jeví zejména: (1) špatná informovanost o základních léčebně-preventivních opatřeních v boji s OP, (2) častá absence komedikace vápníkem a vitaminem D mezi pacientkami léčenými specifickou léčbou a (3) nedodržování doporučení pro zajištění bezpečnosti a absorpce bisfosfonátů u starších patientek. Aktivity s cílem podpořit adherenci by měly být zaměřeny na motivaci pacientů k léčbě spíše než na edukaci ovlivňující znalosti samotné.