

Problematika adherence k farmakoterapii z pohledu psychiatra

V současné době umožnil pokrok medicíny žít smysluplný život řadě nemocných s chronickými nemocemi za předpokladu dlouhodobé farmakoterapie, která drží příznaky nemoci pod kontrolou.

Slovem *adherence* označujeme míru aktivní spolupráce pacienta při léčbě. Abychom mohli *adherenci* stanovit, porovnávat a detailněji zkoumat, je nutné ji umět zhodnotit co možno neobjektivněji a nejexaktněji. Obecně je *adherence* považována za dobrou, pokud nemocný bere alespoň 75 % doporučené medikace při dlouhodobém, často celoživotním podávání. Pro měření *adherence* máme jednoduché metody (přímý dotaz, kontrola preskripce, počítání tablet), tyto však nejsou spolehlivé. Zajímavé jsou studie dokumentující, že lékař svým pacientům příliš věří a pacient se snaží, aby v očích lékaře co nejlépe spolupracoval. Spolehlivější metody (krevní hladiny, monitorovací systémy) jsou drahé a málo dostupné. Optimální je dnes stanovení krevních hladin léku (terapeutické monitorování léku, TDM). U většiny psychofarmak jsou známa terapeutická referenční rozmezí, při kterých je největší pravděpodobnost léčebného efektu. Česká psychiatrická společnost v roce 2018 poprvé zařadila kapitulu TDM v psychiatrii do svých doporučených diagnostických a léčebných postupů s příslibem pravidelného upgradu. V realitě všedního dne je dlouhodobá léčba doménou ambulantních zařízení a stanovení hladin může narážet na určité logistické problémy (domluva s příslušnou laboratoří, provedení odběru, dopravení vzorku a získání zpětné vazby s kvalifikovanou interpretací výsledků). Do oblasti *adherence* vstoupila již

digitalizace. V USA je registrováno antipsychotikum aripiprazol ve formě se zabudovaným biosenzorem, který se aktivuje až kyselým obsahem žaludku, což vyvolalo velkou diskuzi poukazující na etickou problematiku této formy.

S *adherencí* souvisí několik významných faktorů. Faktory spojené s onemocněním, tj. diagnóza a dle ní nastavená léčba, jsou dané a vycházíme z nich. Faktory spojené s pacientem jsou minimálně ovlivnitelné. Každý z nás je jedinečný v řadě aspektů, vyrůstal a byl vychováván v jiném prostředí. V oblasti faktorů spojených s prostředím hraje významnou roli současná společnost, její hodnoty, média a sociální síť, které nás zahrnují obrovským množstvím informací, což lze opět málo ovlivnit. Faktory spojené s léčbou lze však významně ovlivnit přímo, protože jsou v rukou lékaře. Zahrnují znalosti, zkušenosti, čas a empatii lékaře, umožňující optimální volbu léku individuálního nemocného.

Jednotlivá onemocnění mají svá specifika týkající se *adherence*. V oblasti psychiatrie je problematika *adherence* nejvíce studována u závažných psychických poruch, do kterých řadíme schizofrenii, depresivní a bipolární poruchu. U psychotických poruch s hlavním představitelem schizofrenií došlo v této oblasti k významnému posunu. Před nástupem psychofarmakologické éry v 60. letech minulého století byli nemocní s psychózou institucionalizováni, aby byla společnost před nimi chráněna, dnes vracíme naše nemocné do společnosti (v souladu s psychiatrickou reformou) a předpokládáme, že společnost jim pomůže život venku zvládnout. Nemocného s psychózou lze udržet mimo zdi psychiatrického

zařízení za cenu kontinuální antipsychotické léčby. U deprese část nemocných vysadí antidepresiva předčasně, protože mají pocit, že deprese byla pouze otázkou slabosti jejich osobnosti, ne nemoci. Na to je nutno dbát zvláště v situaci, kdy diagnostiku a léčbu nekomplikované mírné ev. i středně těžké deprese provádí lékař prvního kontaktu nebo somatický lékař. Řada nemocných s tělesnými chorobami vykazuje depresivní příznaky a dnes již víme, že i tyto mohou negativně ovlivnit průběh základního onemocnění a spolupráci při léčbě. U bipolární poruchy jsou základní kontinuální léčbou stabilizátory nálady (lithium, valproát, karbamazepin, lamotrigin) a nedostatečná *adherence* vedoucí ke snížení hladin pod terapeutické referenční rozmezí často vede ke vzniku další epizody.

V současnosti se věnuje stále větší pozornost ekonomickému dopadu problematické *adherence* (návrat onemocnění, rehospitalizace). Objektivně měřit *adherenci* pomocí TDM by mělo být běžně dostupné alespoň ve fakultních a velkých nemocnicích. Do popředí zájmu se dostává farmakogenetické testování. Nejčastějšími příčinami neúspěchu a nesnášenlivosti léčby spojenými s krevními hladinami léku mimo terapeutické referenční rozmezí je nonadherence, méně často individuální rozdíly v aktivitě léky metabolizujících enzymů a lékové interakce. Všechny tyto příčiny, pokud je odhalíme, jsou korigovatelné. Právě v této oblasti je úloha klinického farmakologa nezastupitelná.

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno