

Nežádoucí účinky léků ani lékové interakce nejsou témata, která by byla atraktivní. Přitom na poškození léky zemře přibližně tolik lidí jako na automobilové nehody a průměrně 4 % lůžkového fondu nemocnic jsou permanentně obsazena lidmi, jejichž poruchu zdraví způsobily právě léky. Hlavními viníky bývají medikamenty běžně užívané, se kterými máme všichni „dobré zkušenosti“: Nesteroidní antiflogistika, diuretika, léčiva ovlivňující renin-angiotenzinový systém, antiagregancia a antikoagulancia. Jak je to možné? Podvádějí nás lékové firmy, když tvrdí, že jejich léky jsou bezpečné? Ve skutečnosti léky, které předepisujeme a užíváme, bezpečné jsou, ale nikoliv absolutně a za všech okolností. Počty pacientů poškozených léky ve vyspělých zemích neklesají, protože léky se užívají mnohem více než kdy v historii lidstva a i ty s minimálním rizikem mohou zabít, i když zcela výjimečně. Relativitu bezpečnosti si ukážeme na příkladu hypotetického léku, u kterého dochází k závažné příhodě pouze u 0,001 % lidí, kteří takový lék užívají po dobu 1 roku. Pokud by lék v ČR užívalo pouze 1 000 pacientů, pozorovali bychom závažnou příhodu u 1 pacienta ročně. Pokud by ale dotýčný lék užívalo 1 % obyvatel, znamenalo by to řádově 100 000 pacientů a 100 závažných příhod ročně. V ČR se denně spotřebuje 1 527 denních definovaných dávek (DDD), z čehož vyplývá, že ne 1 % obyvatel, ale každý průměrný člověk spotřebuje každý den jeden a půl denní dávky nějakého léku. Takový už je styl života ve vyspělých zemích. Naštěstí je v našich genech zakódována řada mechanismů, které nás chrání před různými jedy a které se nyní starají o to, abychom vydrželi útoky nesčetných chemických látek, jimž jsme vystaveni, včetně léků. Je to obdivuhodné, Homo sapiens zřejmě musel během svého vývoje jíst skutečně kdeco, když se takto „vyšlechtil“. Každý z nás máme trochu jinou genetickou výbavu a žádná není neprůstředná: Někteří lidé metabolizují určité léky pomaleji, jiní rychleji. Přitom doporučené dávky léků jsou firmami stanoveny s ohledem na průměrného pacienta zařazeného do klinických studií, i když z různých genetických výzkumů vyplývá, že průměrný pacient vlastně neexistuje. Díky širokému terapeutickému oknu, které je vlastní většině léků, malé odchylky metabolismu nevadí, ale zhruba 10 % lidí metabolizuje určité léky opravdu hodně jinak – někteří velmi pomalu a jiní extrémně rychle. Jedni se lékem předávají, u druhých vůbec nezabírá. Takoví lidé ovšem nemají na čele napsáno „jsem pomalý metabolizátor CYP2C9“ (ostatně leckdo by v tom cítil diskriminaci), takové informace zjistíme pouze speciálními testy. Ty ovšem nejsou zadarmo, a tak se zatím provádí jen výjimečně, stále se nám zřejmě „vyplácí“ nechat u jednotlivých pacientů naslepo titrovat správnou dávku i u tak rizikových léků, jako je warfarin. A když má pomalý metabolizátor CYP2C9 zároveň defektní gen pro vitamin-K reduktazu, je průšvih nablízku. Léková rizika narůstají také proto, že pacienti (respektive jejich lékaři) kombinují léky častěji než kdy jindy. Zkombinujeme například NSA, furosemid a ACE-inhibitor (či ARB) a dostaneme směs, které v Austrálii říkají „triple-whammy“, což by se dalo přeložit jako „trojitá facka“. Valně většinu lidí neudělá nic, těm citlivým však může způsobit renální selhání, které může skončit i fatálně. Další příklad běžně užívané kombinace, která kromě prospěchu má i svá rizika, je ACE-inhibitor (či ARB) a spironolakton. Většina lidí snáší tuto kombinaci velmi dobře, ale u někoho se vyvine hyperkalemie. Řešení je jednoduché a vyšetření kalia stojí méně než lístek na tramvaj. Ovšem i ve vyspělé Kanadě na kalium lékaři často zapominají. Proto úmrtnost pacientů se srdečním selháním neklesá tak, jak původní klinická studie z roku 1999 slibovala, zároveň totiž stoupla hospitalizovanost i úmrtnost na hyperkalemii, jak prokázal Juurlink již v roce 2003. Informací o geneticky zakódovaných zvláštěnostech ve smyslu různé rychlosti metabolizace léčiv rychle přibývá a i SÚKL je užívá ve svých varováních. Například nedávno u kodeinu, který je nyní kontraindikován i u pacientů, kteří jsou CYP2D6 ultra-rychlí metabolizéři, což je zhruba 10 % bělochů, neboli u „kavkazské rasy“, jak si nyní někdy říkáme. V průměrné ordinaci praktického lékaře, který registruje 1 700 pacientů, je to tedy 170 lidí, kteří pravděpodobně o své metabolické zvláštěnosti nevědí. A i kdyby to měli napsáno na tom čele: Kdo se v té záplavě informací má vyznat? V něčem nám může pomoci moderní technika: Pro identifikaci lékových interakcí a duplicit léků existují počítačové programy, zdravotní pojišťovny se (již i u nás) tu a tam pokoušejí lékaře na takové věci upozorňovat, SÚKL na svých webových stránkách vydává farmakoterapeutické informace a jiná upozornění – ale to nestačí. Zahraniční studie varují, že komunikace mezi lékaři a lékárníky je stále „suboptimální“, což se nepochybně týká i nás v ČR. My praktičtí lékaři se neodvážíme kardiologa zeptat, proč volí tu a tu kombinaci

léků, která je obecně považována za rizikovou. Byl jsem svědkem toho, že lékař svého kolegu neupozorní, že edémy obličeje, pro které je pacient opakovaně vyšetřován a neúspěšně léčen, mohou být způsobeny kombinací ACE-inhibitoru a antagonisty angiotenzinu II, kterou už několik let dotyčný polyká. Na úrovni okresu nám chybí platforma, na které bychom si mohli neformálně vyměňovat názory, a to nejen lékař s lékařem, ale také lékař s lékárníkem a naopak, jak je ve vyspělých zemích běžné. V Nizozemí i ve Švédsku (které jsou střídavě vzorem pro naše regulátory zdravotnictví) již desítky let fungují komise účelné farmakoterapie za aktivní účasti lékařů i lékárníků, lékaři pravidelně dostávají rozbor preskripce jako zpětnou vazbu toho, co činí, s tím, že o výsledcích diskutují a nabízejí své vlastní interpretace. Naopak naši velcí kormidelníci považují takovou činnost za socialistický přežitek (pokud se nad tím vůbec kdy zamyslí). V zahraničí se ovšem lékaři s lékárníky nescházejí proto, aby na „komisi“ někoho pranýřovali, ale proto, aby se potkali, dozvěděli se něco zajímavého o lécích a diskutovali o tom v hezkém prostředí, tedy v útulné restauraci. Pojištěn se přitom nebojí, protože si komise (které jsou spíše kroužky účelné farmakoterapie) řídí sami, od státu na to dostávají peníze. U nás ve většině bývalých okresů neformálně funguje alespoň (kromě lékařské komory) Sdružení praktických lékařů ČR, jejichž členové se pravidelně schází. Léková problematika je též probírána, ovšem hlavně ze strany lékových firem. Domnívám se, že pro šikovné lékárníky by právě tyto schůzky mohly být platformou, na které by mohl začít dialog lékárník – lékař nad konkrétními lékovými problémy. Určitě nemusí být na škodu, když na sebe šikovní progresivní lékárníci upozorní tím, že dokáží být platnými členy týmu zdravotnických profesionálů starajících se nejen o účinnou, ale také bezpečnou léčbu pacientů.

MUDr. Michal Prokeš

MUDr. Michal Prokeš

Infopharm a. s.
Hvoždanská 2053/3, 148 01 Praha 4
prokes@drugagency.cz
