



nomické důvody; je fakt že adherence k farmakoterapii velmi úzce souvisí s ekonomikou daného regionu, resp. se hluboce propadá v chudších společnostech (14). Na druhé straně, tento problém u nás přinejmenším v oblasti sekundární prevence ICHS fakticky odpadá, neboť všechny základní substance jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění (a když si dáme trochu práce s výběrem jednotlivých preparátů, lze reálně dosáhnout i nulového doplatku).

Málo početnou skupinu non-adherentních pacientů představují ti, co léčbu neužívají zcela záměrně, a to buď účelově (např. ve snaze získat

invalidní důchod či odškodnění od zaměstnavatele), z důvodu přesvědčení, že jim jakákoliv léčba ve finále škodí či v rámci nějaké psychické anomálie (může se jednat až o těžkou duševní poruchu, kdy motivaci pacienta pochopit prakticky nelze a pomoci mu ještě méně). Se špatnou adherencí jsou ale spojeny i méně závažné abnormality duševního zdraví, jako třeba mírná deprese či stresové poruchy po infarktu myokardu a měli bychom na ní tedy v těchto daleko častějších případech myslet (např. přinejmenším projevy depresivního ladění mělo v našich souborech 20–25 % pacientů po infarktu myokardu).

Obr. 1. Význam adherence u pacientů s ICHS užívajících sekundárně preventivní léčbu

**Pokles rizika u pacientů s ICHS s dobrou adherencí
vs. pacienti se špatnou nebo úplnou non-adherencí**

**44% redukce
celkové
mortality**

**39% redukce
rizika re-IM
nebo
re-hospitalizací**