

Szerkesztőségi levél

Antipszichotikumok, terápiahűség és receptkiváltás

Az antipszichotikum farmakoterápia egyik fontos kérdése, hogy milyen betegcsoportba tartozó pácienseinknek javasolunk és írunk fel ilyen hatású gyógyszert. A másik fontos tényező, hogy az általunk javasolt kezeléssel mennyire együttműködő, illetve adherens a betegünk.

Ad 1. A nagyszámú jó eredményű kezelés olyan betegcsoportokat is érint, akik esetében túllépünk a klasszikus pszichotikus betegségek, úgymint a szkizofréniaspektrum-betegségek illetve mániás állapottal járó affektív betegségek kategóriáján, mellyel könnyen off-label helyzetben találhatjuk magunkat. Az antipszichotikumok alkalmazási előírataiban szereplő terápiás javallatok szerint ezen gyógyszerek fő indikációs területe, számos korszerű SGA (második generációs antipszichotikum) esetén akár kizárólagosan, a szkizofrénia betegség, illetve a mániás állapottal jellemzett bipoláris zavar. Bizonyos SGA szereket nemzetközi ajánlások fázisprofilaktikumként is javasolnak. FGA (első generációs antipszichotikum) szereket esetén a javallat bővebb, és nemcsak a szorosabb értelemben vett pszichózisokra vonatkozik.

A széleskörű klinikai tapasztalat és szakirodalom alátámasztja az antipszichotikumok hatékonyságát major depresszióban. A depresszió javallat néhány, az USA területén forgalmazott SGA-nál megjelenik. Ugyancsak sikeres antipszichotikumkezelések tapasztalhatók az érzelmileg labilis, pszichotikus dekompenzációra hajlamos, külső ingerekre adott maladaptív reakciókkal jellemzett személyiségzavarok esetén. Az idegrendszer fejlődési zavaraihoz és az organikus pszichoszindrómákhoz társuló súlyos viselkedészavarok esetén az ingerekre adott adaptációs funkciók jelentősen sérülnek, több antipszichotikum (FGA) javallatában szerepel ezen állapotok kezelése.

Az SGA szereket alkalmazási előíratainak témájában kívánatos lenne konszenzuális megbeszélés a szakmai-, szakmapolitikai-, főhatósági szervezetek, a gyógyszergyártók, és az engedélyező hatóság között. Természetesen annak tudatában, hogy az alkalmazási előíratban szereplő javallat klinikai vizsgálati eredményeken alapul.

Ad 2. Szkizofréniaiban a visszaesés valószínűsége antipszichotikus gyógyszeres kezelés nélkül 70% (ismételt epizód után 80–90%), ezért a fenntartó kezelés az esetek többségében indokolt. Az orvos-beteg találkozás a szkizofrénia betegség kompenzált stádiumában is havi rendszerességgel javasolt. Ismerjük az antipszichotikum-terápián maradás nagy betegszámú nemzetközi vizsgálatát. A CATIE vizsgálat (n=1500) azt találta, hogy a lemorzsolódás 64 és 82% között mozgott, átlagban a betegek 74%-a hagyta abba a terápiát a 18 hónap letelte előtt. Más terápián maradást elemző nemzetközi vizsgálat, mint az EUFEST és a SOHO is hasonló eredményre jutott abban a tekintetben, hogy a betegek milyen arányban hagyták abba a gyógyszeres kezelést.

Az epidemiológiai adatok alapján Magyarországon mintegy 85000 szkizofrénia betegséggel élő ember él, akit az ellátórendszernek kell felfedezni, kezelni, gondozni. A Magyarországon működő társadalmi egészségbiztosítási rendszer egyedülálló lehetőséget teremt a Magyarországon élő emberek egészségügyi ellátásának elemzésére a finanszírozási célú szolgáltatói teljesítményjelentések adatai alapján. Magyar szerzők antipszichotikus terápiában részesülő szkizofrén betegek gyógyszerkiváltási adatainak vizsgálata alapján (2005–2008-as időszak) azt találták, hogy 50000 olyan szkizofrén beteg azonosítható, aki rendszeres és folyamatos antipszichotikum terápiában részesül, és összesen 75000 beteg jelenik meg a szakorvosok „látókörében”. Ez nagyságrendileg összhangban van a nemzetközi irodalmi adatok alapján becsült előfordulási gyakoriságokkal.

Vizsgálatban elemeztük az Állami Egészségügyi Ellátó Központban (ÁEEK) rendelkezésre álló betegforgalmi adatbázisban pseudo-TAJ alapján anonim módon azonosítható szkizofrén betegek adatait. A fekvő- és járóbeteg szakellátásban megjelentek és az antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek számát mutató eredmények arra utalnak, hogy ezen betegek 30–35%-a az adott évben nem jut el az ellátórendszerig, és a szakmai szabályai szerinti kezelésben nem részesül. Fontosak lennének olyan intervenciók, amik ezekben az esetekben eljuttatnák az illetőt a segítséghez. Az újonnan beállított antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek követésének eredményei alapján megállapítható, hogy

a terápia beállítását követő hónapokban a betegek mintegy 70%-a leállt a gyógyszereszedéssel. Az ezt követő több mint 4 évben viszont a lemorzsolódás jóval kisebb. Ez az eredmény arra utalhat, hogy a rossz betegségbelátással rendelkező betegek nem jutnak el az egészségügyi ellátórendszerhez. Azon pácienseket viszont, akik önmaguk is igénylik a rendszeres gondozást, a pszichiátriai ellátórendszer megtartja, ők a csökkent érdekérvényesítő képességeikkel is el tudják érni az ellátórendszert.

Bár a terápián maradással kapcsolatos nemzetközi vizsgálatok más módszereket alkalmaztak, a terápia megszakításának arányát illetően hasonló eredmények láthatók a hazai adatokban is. További vizsgálatok szükségesek annak megállapítására, hogy ezt a lemorzsolódást milyen eszközökkel lehetne csökkenteni. Ilyen irány lehet az ellátórendszerből kiesők jellemzőinek pontosítása, betegtörténetek elemzése, és más betegpopuláció (pl. depressziós betegek) követése.

Mind a szkizofrénia, mind az egyéb pszichotikus zavarok kezelésében alkalmazott antipszichotikum-kiváltások részletesebb vizsgálatáról a későbbiekben fogunk beszámolni.

MAKKOS ZOLTÁN