

Posudek na disertační práci – prof.MUDr. Jan Švihovec,DrSc.

Farmakoepidemiologie kardiovaskulárních onemocnění – Mgr. Květoslava Górecká

Práce kolegyně Górecké má v podstatě 5 částí – relativně podrobný úvod, který shrnuje informace o spotřebě léčiv, vytvářených databázích o spotřebě a dostupná data o spotřebě u nás a ve světě a základní informace o spotřebě kardiovaskulárních léčiv

- srovnání spotřeby KV léčiv v ČR a Walesu
- dále ekologickou studii o kardiovaskulárních léčivech ve 20 okresech ČR
- analýza léčby hypertenze u praktických lékařů v ČR
- extralipidové účinky statinů a prevence diabetes melitus.

Úvod se zabývá přehledem základních metod používaných pro analýzu spotřeby léčiv a možnosti širšího využití v oblasti farmakoepidemiologie. Úvod je přehledně zpracován a podává podrobnou orientaci v hlavních podmínkách pro farmakoepidemiologický výzkum včetně metod běžně používaných.

Československá republika měla dlouhou tradici v analýze spotřeb léčiv a první naše databáze byla založena již v roce 1956 a byla běžně využívána.

Přes velice kvalitní zpracování literárních údajů dovoluji si upozornit na nepřesnost v informacích o ATC a DDD systému, protože jsem od počátku mohl sledovat jeho vývoj. ATC systém byl založen v roce 1969 a ve stejném roce byla založena skupina DURG, kde ČSR byla zakládajícím členem. Od roku 1975 pak již je plně funkční a mezinárodně dostupný systém ATC DDD pro léčiva používaná v Evropě a byl plně od uvedeného roku v ČSR využíván.

V úvodní části je nejhodnotnější srovnávání spotřeb kardiovaskulárních léčiv mezi větším počtem zemí a zejména hodnocení studie EUROASPIRE, která dává dobrý základ pro další vlastní experimentální práci.

Vlastní experimentální část

Srovnání kardiovaskulárních léčiv ve vybraných okresech ČR a Velké Británii (Walesu). Jedná se o retrospektivní neintervenci studii, která hodnotí období 1997 – 2000. Metodika DID je naprosto adekvátní pro prováděnou analýzu a dává velice dobrou možnost srovnání a regionálně velice odlišných oblastí. Celkově vyšší spotřeba v ČR nebyla pro oponenta překvapením, protože podobná zjištění v celkové spotřebě byla hodnocena již v letech 82 – 85 v SUKLa. Studie potvrdila rozdílnost spotřeby kardiovaskulárních léčiv a poukázala na vysokou spotřebu některých skupin léčiv, které tradičně jsou vysoké v německy mluvících zemích – vasodilatancia a venofarmaka oproti anglosaským a skandinávským.

Za diskutabilní považuji zařazení doxazocinu mezi antihypertenziva, které sice podle ATC začlenění odpovídá, ale podle sond VZP nebyl nikdy významně pro léčbu hypertenze používán, ale od počátku je jeho spotřeba převážně v oblasti poruch mikce související s hypertrofií prostaty.

Co je překvapivé, je zjištění, že rozdíl se v celé skupině prohlubuje a pokračuje tendence ke zvyšování spotřeby u nás a v některých skupinách (periferní vasodilatancia, venofarmaka) je stále vysoká spotřeba v neprospěch terapie, která je pokládána za racionální a její efektivity

je prokázána. Bohužel získaná data svědčí pro malý vliv racionální farmakoterapie a doporučených postupů na celkovou úroveň a složení preskripce.

Ke kapitole mám jenom dotaz, proč do sledování nebyly zahrnuty koronární vasodilatancia (nitráty), u kterých bych také předpokládal velmi vysokou spotřebu u nás ve srovnání s VB.

Postrádám alespoň hlubší diskusi k rozdílům spotřeb mezi jednotlivými okresy.

Spotřeba kardiovaskulárních léčiv a socioekonomické parametry – sledování ve 20 okresech.

Pokládám tuto kapitolu za nejhodnotnější a rozsahem i získanými výsledky nejnovativnější z celé předložené práce.

Metodika je odpovídající včetně navrženého statistického zpracování a výsledky jsou velice věrohodně a střizlivě dokumentovány. Kombinace údajů o spotřebě a statistických údajů, které jsou sbírány Českým statistickým úřadem pokládám za dostatečně objektivní, aby byly použity pro tuto analýzu.

Překvapením je velice dobře dokumentované zjištění o rozdílnosti celkové spotřeby mezi jednotlivými okresy, které je navíc dlouhodobé s malou tendencí ke konvergentnosti. Podobné náznaky byly již nalezeny při hrubých odhadech spotřeby na základě pouze finančního vyjádření spotřeby v modelových studiích VZP, které však nebyly nikdy in extenso publikovány.

Výrazný trend k nižší spotřebě léčiv v oblastech s vyšší kardiovaskulární mortalitou jsou varující a měly se stát stimulem pro pracovníky rozhodujících o směrech zdravotní politiky. Domnívám se, že by bylo vhodné zpracovat předloženou studii do formy, která by byla srozumitelná pro politiky a manažery zdravotních pojišťoven. Opět zjištěné údaje jednoznačně svědčí o malém řízení zdravotní politiky na regionální i centrální úrovni u nás. Až desetinásobné rozdíly v preskripci některých skupin nemohou být vysvětleny jinou strukturou obyvatelstva.

Nezatožňuji se s úvahou o možnosti špatné nebo horší dostupnosti zdravotní péče a nižší spotřebě léčiv. Domnívám se, že dostupnost lékařské ambulantní péče je ve srovnání uvnitř Evropy velice dobré a plošná dostupnost je dostatečně zajištěna. Kloním se spíše k také diskutované příčině a to je pomalé akceptování doporučení odborných společností a tak různá úroveň znalostí lékařů, což pak podle mého názoru daleko více ovlivňuje celkovou úroveň preskripce a i úroveň celkové zdravotní péče. Samostatnou otázkou je compliance pacientů a vztah mezi lékařem a pacientem, které výrazně ovlivňují výsledek léčby. Ovšem tuto stránku problematiky nemůže provedená studie zachytit. Dostupnost léčiv byla v celém sledovaném období dobrá a nemůže tak výsledky studie ovlivnit.

Je překvapivé a nemám vysvětlení, proč se sociální gradienty uplatnily u spotřeby novějších léčiv. Spíše bych se klonil k vlivu pacientů na chování lékaře než k jiným sociálně ekonomickým faktorům. Jak se na této skutečnosti podílí dostupnost a využívání informací laickou veřejností, se neodvážím odhadnout.

Nízký vliv ekonomických faktorů je při vysokém počtu plně hrazených léčiv pochopitelný a zde lze očekávat větší rozdíly oproti zemím, kde míra doplatku je výrazně vyšší.

Studie je velice dobře dokumentována a diskuse je vedena naprosto věcně a nepouští se do pochybných spekulací, ke kterým vlastní výsledky často svádějí.

Analýza hypertenze

V úvodu je velice pěkně proveden rozbor problematiky choroby a sledování výsledků terapie. Velice pěkně jsou dokumentovány rozdíly mezi jednotlivými doporučenými postupy a rozvoj našich názorů na terapii v průběhu času.

Do analýzy bylo zahrnuto sledování 862 pacientů a v podrobném sledování se dochází k závěru, že bohužel stále přetrvává nízká kompenzace hypertenze v našich podmínkách.