

CSOMA ZSANETT
RENÁTA DR.SZTE ÁOK
BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS
ALLERGOLÓGIAI KLINIKA,
SZEGED

A TERÁPIÁS EGYÜTTMŰKÖDÉSRŐL GYAKORLÓ ORVOSOKNAK

A KRÓNIKUS BETEGSÉGEK KEZELÉSÉBEN JELENTŐS, MINDMÁIG MEGOLDATLAN PROBLÉMÁT JELENT A BETEGEK ALACSONY TERÁPIÁS EGYÜTTMŰKÖDÉSE, ADHERENCIÁJA. A FOGALOM AZT ÍRJA LE, HOGY A BETEG MENNYIRE KÖVETI AZ ORVOS TERÁPIÁRA VONATKOZÓ UTASÍTÁSAIT, AMELY MAGÁBA FOGLALJA A GYÓGYSZEREK KIVÁLTÁSÁT, A GYÓGYSZEREK ALKALMAZÁSÁT ÉS A KONTROLLVIZETEKEN VALÓ MEGJELENÉST IS. A NEM MEGFELELŐ TERÁPIÁS EGYÜTTMŰKÖDÉS HÁTTÉRÉBEN SZÁMOS OK ÁLLHAT: A BETEG ÉS AZ ORVOS, AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET, A BETEGSÉG, VALAMINT A TERÁPIA JELLEGE IS JELENTŐSEN BEFOLYÁSOLJA A KEZELÉS SIKERESSÉGÉT. EZEN TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA, A NEM MEGFELELŐ COMPLIANCE HÉTTÉRÉBEN ÁLLÓ OKOK FELDERÍTÉSE ÉS AZ ADHERENCIÁT NÖVELŐ PROTOKOLLOK, MÓDSZEREK BEVEZETÉSE JELENTŐS SEGÍTSÉGET NYÚJTHAT A MEGFELELŐ TERÁPIÁS EGYÜTTMŰKÖDÉS KIALAKÍTÁSÁHOZ, A HATÉKONYAN MŰKÖDŐ GONDOZÓI RENDSZER KIÉPÍTÉSÉHEZ, ÉS TERMÉSZETESEN HOSSZÚ TÁVON A BETEGEK NAGYOBB ARÁNYÚ JAVULÁSÁT, SIKERESEBB KEZELÉSÉT EREDMÉNYEZHETI.

A krónikus betegségek kezelésében jelentős, mindmáig megoldatlan problémát jelent a betegek alacsony terápiás együttműködése, adherenciája. Az Egészségügyi Világszervezet véleménye alapján az adherenciára irányuló beavatkozások hatékonyságának növelése nagyobb hatással lehet a népesség egészségére, mint az egyes gyógyszeres kezelések javítása.

A terápiás együttműködés azt írja le, hogy a beteg mennyire követi az orvos terápiára vonatkozó utasításait, amely magába foglalja a gyógyszerek kiváltását, a gyógyszerek alkalmazását és a kontrollvizeteken való megjelenést is. A szakirodalomban a fogalom leírására gyakran használt kifejezések az adherencia, a compliance és a konkordancia, használatuk nem teljesen különül el egymástól. A közleményben az adherencia és a terápiás együttműködés kifejezések alkalmazására kerül sor. Az elsődleges adherencia a gyógyszerek kiváltását, a másodlagos adherencia a gyógyszerek megfelelő, rövid és hosszú távon történő alkalmazását méri. A krónikus betegségek esetében a nem megfelelő terápiás válasz háttérében leggyakrabban a terápiás együttműködés hiánya áll; emiatt gyakran kerül sor a medikáció típusának és dózisának váltására. Ez a tény természetesen óriási terhet, pluszköltséget ró az egészségügyre, és növeli a gyógyszerekkel kapcsolatos adverz események gyakoriságát is (1).

A nem megfelelő terápiás együttműködés háttérében számos ok állhat: a betegség természetére, lefolyására vonatkozó pontos információk hiánya,

a készítmény magas ára, a túl sokfajta készítmény egyidejű alkalmazása, a nagy testfelület kezelésének szükségessége, a nem megfelelő hatáserősségű készítmény alkalmazása, a mellékhatások jelentkezése vagy csupán a potenciális mellékhatásoktól való irracionális félelem. A gyermekgyógyászati, gyermekbőrgyógyászati ellátás során speciális szempontnak tekinthető, hogy általánosságban nem két, hanem 3-4 fő (orvos-gyermek-szülő) összehangolt munkája, együttműködése szükséges a gyógyítási folyamat során. A bőrgyógyászati kontrollvizitek gyakorisága, a beteg tájékoztatás módja, jellege, ideje, valamint a betegattitűd is releváns tényezője az orvos-beteg-szülő bizalmi kapcsolata kialakításának. Ezen tényezők vizsgálata, a nem megfelelő compliance héttérében álló okok felderítése és az adherenciát növelő protokollok, módszerek bevezetése jelentős segítséget nyújthat a megfelelő terápiás együttműködés kialakításához, a hatékonyan működő gondozói rendszer kiépítéséhez, és természetesen hosszú távon a betegek nagyobb arányú javulását, sikereesebb kezelését eredményezheti (1, 2).

Az atópiás ekcéma a leggyakrabban előforduló bőrgyógyászati kórképek közé tartozik, típusos megjelenése csecsemő- és kisdedkorra tehető, a tünetek gyakran hosszú éveken át perzisztálnak. Az acne vulgaris prevalenciája ugyancsak kiemelkedően magas, főleg a serdülő korosztály körében, kezelése hosszú időt vesz igénybe. Az elmúlt évek tudományos kutatásainak köszönhetően mindkét krónikus bőrbetegség patomechanizmusa ismertté vált, ennek

megfelelően kezelésükben újabb és újabb, célzott, specifikus terápiás módzatok állnak rendelkezésre. A helyes, klinikai evidenciákon alapuló terápiás elvek alkalmazása elengedhetetlen, azonban a páciensek megfelelő terápiás együttműködése nélkül a betegek, a betegségek kezelése és gondozása kivitelezhetetlen. A betegellátás során a kezelőorvos gyakran szembesül az általa előírt terápia hatástalanságával, amely miatt sor kerülhet a gyógyszerek szükségtelen váltására, erősebb gyógyszer-kombinációk alkalmazására.

Az adherencia mérése

Az adherencia mérésére számos módszer áll rendelkezésre, természetesen ezek megbízhatósága jelentős eltéréseket mutat. A klinikai gyakorlatban leggyakrabban a szubjektív mérőmódszerek alkalmazása terjedt el. Ide tartoznak a beteg önbevallásán alapuló riportok, a betegnaplók, a gyógyszerelési naplók és a kérdőíves felmérések. Viszonylag egyszerűen kivitelezhető, olcsó metódusokról van szó, azonban jellegükből adódóan a legkevésbé megbízható módszerek: teljes egészében a beteg őszinteségén és emlékezőképességén alapulnak (1, 3). A szemiojektív módszerek közé tartozik a kiváltott gyógyszer mennyiségének ellenőrzése (ez primer adherencia mérésére alkalmas, arról nem ad közvetlen tájékoztatást, hogy a beteg valóban alkalmazza-e az előírt medikációt), a beteg által visszahozott gyógyszeres dobozban megmaradt tabletták, kapszulák számolása, illetve a tubusok súlyának mérése. Ez utóbbi két metódust gyakran alkalmazzák a klinikofarmakológiai vizsgálatokban (1, 2).

A gyógyszer szint kémiai, biokémiai módszerrel történő ellenőrzése objektív, megbízható módszernek tekinthető. Természetesen figyelembe kell venni a gyógyszer-metabolizmus egyéni variációja által okozott eltéréseket, valamint azt a tényt, hogy a vizit napján mért gyógyszer-koncentráció nem feltétlenül ad pontos információt a gyógyszer folyamatos szedéséről. Kiváló, izgalmas vizsgálatokra ad lehetőséget a gyógyszeres dobozba, tubusba helyezett elektronikus mérőeszközök, mikroprocesszorok alkalmazása (Medication Event Monitoring System, MEMS). A módszer megmutatja a beteg részére kiadott, gyógyszerek tárolására szolgáló dobozok kinyitásának pontos időpontját és annak gyakoriságát. Közvetlenül azonban ez a módszer sem szolgáltat egyértelmű „bizonyítékot” arra vonatkozóan, hogy a beteg valóban beveszi-e a gyógyszert, alkalmazza-e a kérdéses externát. Hátránya, hogy igen drága; nagy betegszámú vizsgálatokban történő alkalmazása nem terjedt el (1, 4).

A terápiás együttműködést befolyásoló tényezők

A terápiás együttműködést számos faktor befolyásolja: a beteg személye, a fennálló betegség típusa, a javasolt terápia jellege és az egészségügyi személyzet attitűdje. A sikeres kezeléshez valamennyi tényező „optimalizálása” szükséges.

A beteggel kapcsolatos tényezők

A beteg neme, életkora, családi állapota jelentősen befolyásolja az adherenciát: a fiatal és az idős páciensek, az egyedülállók lényegesen rosszabbul követik az orvosi előírásokat. A társadalmi helyzet, az iskolai végzettség, a beteg anyagi körülményei, mentális és pszichés állapota, a pszichológiai alap- és kísérőbetegségek (depresszió, szorongás), az alkohol- és drogabúzus értelemszerűen ugyancsak releváns faktorok (1, 2).

A nonadherencia hátterében igen gyakran azon „egyszerű” tény áll, hogy a beteg elfelejti a gyógyszer bevitelét, vagy a gyógyszer alkalmazásának pontos módját. A kontrollvizitek során éppen ezért nagyon fontos meggyőződni arról, hogy a beteg megértette a terápiára vonatkozó tanácsokat és utasításokat (1, 2). A betegek, a szülők, a beteg ellátásában közvetlenül részt vállaló családtagok precíz, adekvát felvilágosítása kedvezően befolyásolja a terápiás együttműködést. A téves információk, az internetről, baráti, ismeretségi körből, nem egészségügyi fórumokról gyűjtött vélemények gyakran elbizonytalanítják a betegeket a terápia helyességét és hasznosságát illetően. A betegek részéről leggyakrabban felmerülő probléma az adott gyógyszer mellékhatásaitól való, sokszor irracionális félelem. A krónikus bőrgyógyászati betegségek kezelése során ez a tény jelentősen megnehezíti az orvosok, gyógyszerészek ténykedését. A szteroidfóbia azonban sok esetben nemcsak a páciensek, hanem az egészségügyi személyzet részéről is fennáll. Klinikai vizsgálatok szerint a szteroidfóbia prevalenciája 21% és 84% között mozog az atópiás ekcémában szenvedő betegek körében (5). Ugyancsak létező probléma a súlyos, több testtájékot érintő, aknés tünetek gyógyszeres kezelése kapcsán jelentkező retinoidfóbia.

A terápiával kapcsolatos tényezők

A terápiával kapcsolatos tényezők igen sokrétűek. A gyógyszer alkalmazásának módja (helyi, orális, intravénás, szubkután beadás), a gyógyszer dózisa, alkalmazásának gyakorisága, a kezelés időtartama (rövid távú vs. hosszú távú kezelés), a hatékonyság,

a korábbi kezelésekből származó tapasztalatok, a kezelés ára jelentős hatást gyakorol a betegek terápiás együttműködésére. A bőrgyógyászatban elterjedten alkalmazzuk a helyi kezeléseket, externákat. Sok esetben a készítmények alkalmazása időigényes, a vivőanyagok, hatóanyagok zsíros kombinációja nehezen szívódik fel, kellemetlen a páciensek számára. Egy bőrgyógyászati készítmény felhasználását vizsgáló tanulmány szerint a betegek saját bevallásán alapuló betegnaplók 53%-os, míg a MEMS-módszer csupán 6%-os adherenciát talált. A betegek egyharmada használta csak a felírt externamennyiséget, 95%-uk pedig az előírtnál jóval kevesebb mennyiséget használt bőrbetegsége kezelésére (6). A bőrgyógyászati kezelési módokat vizsgáló felmérések szerint az orális medikációk szedése kapcsán lényegesen magasabb az adherencia értéke, mint a lokális készítmények alkalmazása során. Különösen igaz ez az acne vulgaris kezelése során: az orális retinoidok kapcsán az adherencia értéke 57%, míg a lokális retinoidoknál ez csupán 2% volt (7).

A pikkelysömör kezelését forradalmasította a biológiai terápiás készítmények bevezetése. Az IL12/23-gátló ustekinumab kapcsán magas a terápiás együttműködés mértéke, igen kedvező konstelláció szerint, 3 havonta kapják a betegek a gyógyszert. A TNF- α -gátló készítmények közül az infliximab kapcsán nagyobb az adherencia mértéke az adalimumabhoz és az etanercepthez képest. Ezen adat hátterében az az ok áll, hogy az infliximab beadását az egészségügyi személyzet végzi intravénásan, a másik két készítmény szubkután injekció formájában beadható a beteg által (8).

Az iménti gyógyszerek, externák száma, tehát a terápia összetettsége ugyancsak jelentősen befolyásolja az adherenciát. Minél többfajta gyógyszer szed a beteg, minél többfajta lokális készítmény kerül felírásra, annál bonyolultabbá válik a terápia. A krónikus bőrgyógyászati betegségek (mint az atópiás ekcéma vagy az acne vulgaris) kapcsán is különösen igaz ez a jelenség. Vajon mekkora az esélye annak, hogy egy középiskolás, élsportoló fiatal ember naponta 2-3 alkalommal kezelni fogja az arcát, a hátát és a mellkasát az akneellenes készítményekkel? A terápia sok esetben elmarad, ezzel együtt a kívánt javulás is. Ezekben az esetekben célszerű a gyógyszeres kezelést megfontolni, hiszen a terápiának illeszkednie kell a beteg napi életviteléhez, ekkor válhat sikeressé. Jól ismert az a tény is, hogy az idő előrehaladtával csökken a betegek elhivatottsága, egy másik klinikai felmérés szerint az atópiás ekcéma kezelésére használatos tacrolimus kapcsán a kezelés első hetében 96%, a harmadik héten 64%, a 12. héten csupán 42% volt az adherencia mértéke (9).

A betegséggel kapcsolatos tényezők

A betegség típusa és időbeli lefolyása (akut vagy krónikus) igen fontos meghatározói az adherenciának. A bőrgyógyászati betegségek kapcsán számos különleges szempont adódik: a tünetek kiterjedése, anatómiai lokalizációja eltérő hatást gyakorol a betegek életminőségére és a terápiás együttműködésére. A jól látható testrészeken (arc, nyak, dekoltázs, karok, kezek) lévő bőrléziók esztétikailag sokkal jobban zavarják a pácienseket, s nagyobb erőfeszítéseket tesznek a kezelés kivitelezése során. A bőrbetegségek által előidézett szubjektív tünetek közül a viszketés minden bizonnyal a legkellemetlenebb, ennek csillapítása is jelentősen motiválja a beteget a megfelelő gyógyszerkészítmények alkalmazására (1, 2).

Az orvossal, az egészségügyi személyzettel kapcsolatos tényezők

A megfelelő, kölcsönös tiszteleten és bizalmon alapuló orvos–beteg viszony, az empátia elengedhetetlen ahhoz, hogy hosszú távon sikeres együttműködés alakuljon ki a két fél között. Néhány évtizeddel ezelőtt az orvos–beteg viszony sokkal egyoldalúbb és kevésbé demokratikus volt; az orvos a legtöbb esetben vázolta, ismertette a leghatékonyabb, általa legcélszerűbbnek tartott terápiás módokat. Mára ez a viszony sokkal kétoldalúbb, demokratikusabb lett, az orvos–beteg párbeszédben megvan, – sőt meg is kell lennie – a hely és az idő, a lehetőség a beteg kérdéseinek és kétségeinek. A jó orvos–beteg vizit releváns része a betegedukáció, amikor a kezelőorvos részletesen ismerteti a betegség lefolyását és természetét, a különféle terápiás lehetőségeket, azok előnyeit és potenciális hátrányait is. A beteg kellő időt kap arra, hogy orvosának feltegye a kérdéseit, akár az első, akár a sokadik kontrollvizit során. Nagyon fontos, hogy reális elvárásokat vázoljunk betegeink számára az alkalmazni kívánt medikációk kapcsán; az irreális elvárások gyakran a gyógyszer idő előtti elhagyását vagy váltását eredményezik. Természetesen az említett, megfelelő mélységű és minőségi interjúk megteremtésének releváns feltétele az, hogy az orvos–beteg találkozások időtartama és azok gyakorisága megfelelő legyen. A ritka vizitek, az elhúzódó várakozási idő, a vizsgáló orvosok gyakori cseréje kedvezőtlen hatást gyakorol az adherenciára (1, 2). Gyakori szituáció a mindennapokban, hogy amint a beteg belép a rendelőbe, az orvos felteszi a kérdést: „Mi a panasz?” 10-15 másodperc elteltével az orvos közbeszól, próbálja lerövidíteni és irányítani a beszélgetést.

Az adherencia növelésének lehetőségei

A betegek terápiás együttműködésének optimalizálásához elsődlegesen ismernünk kell azon tényezőket, amelyek leginkább befolyásolják adott beteg esetében a gyógyszer nem megfelelő alkalmazását. Ennek nagyon fontos eszköze, hogy elegendő időt szánjunk betegeinkre és a kezelésben részt vevő családtagokra (szülők, gyermekek). Amennyiben szükséges, hosszabb vizitek és gyakoribb ellenőrzések beépítésére van szükség. Krónikus bőrgyógyászati betegségekben (psoriasisban, kézekcémában, atópiás ekcémában) szenvedő betegek részvételével készült klinikai vizsgálatok szerint a viziteket megelőző és követő 2-2 napos periódusban a legjobb az adherencia mértéke. A betegek edukációja javítható megfelelő, a betegek számára könnyen értelmezhető (életkori szempontokat is figyelembe vevő) tájékoztató és oktatási anyagok, képek, rajzok, füzetek, videók, online oktatási anyagok készítésével. Magyarországon már régóta működnek az ún. atópiaiskolák (regionálisan, egy-egy nagyobb bőrgyógyászati centrum szervezésében), illetve a különféle betegcsoportok, klubok (atópiaklub, psoriasis-csoport) (1, 2).

A terápia egyszerűsítése és annak beépítése a beteg mindennapjaiba igen meghatározó. A medikációk naponta egyszer történő alkalmazása (2-3 alkalom helyett), kombinált készítmények alkalmazása mindenképpen előnyös lehet. Kiterjedt, a testfelszín jelentős részét érintő pikkelysömör kezelésére gyakran alkalmaztunk fényterápiát (narrow-band UVB-fényterápia, PUVA-terápia). A kezelések jól tolerálhatók, azonban a betegnek heti 3-4 alkalommal meg kell jelennie a klinikán, ez sokszor nehezen kivitelezhető. Akár a klasszikus gyógyszeres kezelés, akár a biológiai terápiás készítmények alkalmazása lényegesen egyszerűbben megvalósulhat. Általánosságban elmondható, hogy az invazívabb (az orális, a szubkután, az intravénás) kezelési módok szignifikánsan nagyobb mértékű terápiás együttműködést vonnak maguk után, a lokális kezelésekkel szemben. A bőrgyógyászati helyi kezelése kiválasztásánál fontos szempont, hogy milyen típusú externát alkalmazunk; a betegek gyakran preferálják a könnyebb, vízesebb állagú, gyorsabban felszívódó krémeket a zsírosabb, masszívabb állagú kenőcsökkel szemben. Tájékozódni kell arról is, hogy az általunk felírt, javasolt gyógyszerkészítményt ki tudja-e váltani a beteg, megfizethető-e számára (1, 2).

Igen fontos szempont a placebohatás maximalizálása és a nocebohatás minimalizálása. A két fogalom

a terápia azon kedvező és hátrányos hatásait írja le, amelyet döntően a beteg adott készítmény hatékonyságával kapcsolatos elvárásai, hiedelmei, féltételei befolyásolnak. A kezelőorvos két dolgot tehet: hangsúlyozza az adott készítmény hatékonyságát (amely kialakulásához megfelelő idő szükséges), racionalizálja a potenciális mellékhatásokat, csökkenti a beteg ezzel kapcsolatos aggodalmait (1, 2). A beteg számára rendszeres időközönként küldött emlékeztetők (SMS-ek, telefonhívások, e-mail) alkalmazása már elterjedt a klinikai vizsgálatokban; az elektronikus média, az okostelefon-applikációk számos lehetőséget rejtenek magukban a terápiás együttműködés javításával kapcsolatosan (1, 2).

Adherencia egy gyakori bőrgyógyászati betegség tükrében

Az atópiás ekcéma prevalenciája folyamatosan emelkedik a fejlett társadalmakban, elérheti a 15-20%-ot a gyermekpopuláció körében. Multifaktoriális, krónikus bőrbetegség, amelynek jellegzetes tünetei közé tartozik a bőrszárazság, a kifejezett viszketés, valamint az akut és a krónikus gyulladással járó bőrtünetek jelenléte. A bőrtünetek lokalizációja és morfológiája jellegzetes az egyes korcsoportokban. Patogenezisében a genetikai hajlam, az immunregulációs eltérések és az epidermális barrierfunkció károsodása egyaránt szerepet játszik.

Az atópiás ekcéma kezelésében törekedni kell az akut gyulladással járó tünetek megszüntetésére, a remisszió elérésére, a megfelelő, hatékony fenntartó terápia beállítására, a további exacerbációk megelőzésére. A terápia lépcsőzetes, a betegség súlyosságától, kiterjedésétől nagymértékben függ. Rendkívül fontos a bőrszárazság megszüntetése, a sérült epidermális barrierfunkció helyreállítása, az epidermis lipidtartalmának pótlása, hidratálása. Törekedni kell az akut gyulladással járó és hatékony csökkenésére, a virális és bakteriális szuperinfekciók megelőzésére és szükség szerinti kezelésére. A betegek életminőségét jelentősen rontja a gyakran igen kifejezett bőrvizketés, amelynek mértékét már a megfelelő báziskezeléssel is csökkenthetjük. Hosszú távon célszerű nagy hangsúlyt helyezni a provokáló környezeti tényezők eliminálására, illetve a részletes életmódbeli tanácsadásra mind a gyermekek, mind a szülők számára. Az iméntiek alapján nyilvánvaló, hogy hosszú távú, többlépcsős terápiára kell a családoknak berendezkedniük. Bár igen gyakori és egyszerűen diagnosztizálható betegségről van szó, a hatékony, effektív terápia beállítása jelentős kihívást jelent a mindennapi gyakorlatban. Az első és legfontosabb lépés az, hogy a szülővel ismertesse

sük a betegség jellegét, lefolyását, a kezelés főbb ismérveit, annak fontosságát. Az atópiás ekcéma jellemzően hosszú éveken át fennáll, az akut fellángolások gyakorisága nagy egyéni variációkat mutat. A bőrszárazság és a gyulladásos tünetek következtében kialakuló bőrviszketés jelentős mértékben befolyásolja a betegek életminőségét, és gyakran az egész család alvásminőségét rontja (elég, ha az éjszaka gyakran felsíró, nyugtalanul alvó kisgyermekre gondolunk) (10). A bőrszárazság és a gyulladásos tünetek gyakoriságának csökkentéséhez alapvetően fontos a rendszeres testápoló, emolliens kezelés alkalmazása, ez főszabály szerint napi 2 alkalommal történő kezelést jelent, természetesen a teljes testfelületre. Gyakori hiba, hogy a beteg vagy a szülő csak az ekémás bőrterületekre használja a zsírozó készítményt, illetve elmarad a napi bőrkezelés, erre csak heti néhány alkalommal kerül sor. Célszerű a betegvizitek során megbeszélni a szülővel a hetente, havonta felhasználásra kerülő emolliens készítmény mennyiségét (optimálisan ez kisgyermekben heti 100 g, serdülőkkben heti 250-500 g). A szülők részéről számos alkalommal hangzik el az alábbi mondat: „Azért nem használjuk a testápolót, mert hozzászokik a gyerek bőre”. Ezekben az esetekben meg kell győzni a hozzátartozókat arról, hogy a száraz bőr fenntartása ördögi kört von maga után, valamint arról, hogy valójában a testápoló kezelést „meghálálja” a bőr. Ugyancsak nagyon gyakran felmerülő probléma, amely szerint a szülő elmondja, hogy már nagyon sokfajta testápolót, magisztrális készítményt és dermokozmetikumot kipróbáltak, de sajnos mindegyik „csípi, marja” a gyerek bőrét. Gyakori probléma, hogy a hevesen viszkető, súlyosan gyulladt bőrfelületre emolliens készítményt alkalmaznak, amely természetesen gyakran irri-

tálja a bőrt. Akut gyulladásos tünetek csökkentésére megfelelő hatáserősségű, lokális, elsővonalban kortikoszteroid-készítményeket szükséges alkalmazni. Az atópiás ekcéma másik „sarkalatos pontja” a szteroidfóbia, erről a korábbiakban már esett szó.

Összefoglalás

A megfelelő terápiás együttműködés kulcsfontosságú a betegek gyógykezelése során. Objektív mérése sok esetben nem kivitelezhető a mindennapi gyakorlatban, így leginkább a betegektől származó visszajelzésekre támaszkodhatunk. Amennyiben megfelelő időt szánunk pácienseinkre, lehetőségünk adódik a nonadherencia hátterében álló okok pontos feltérképezésére és ezek megfelelő „orvoslására”. Az új terápiás célpontok körvonalazásának és az új gyógyszerek fejlesztésének időszakát éljük; azonban érdemes hangsúlyozni a régebbi, bevált, igazolt hatékonyságú medikációk megfelelő használatát is.

Köszönetnyilvánítás

Dr. Csoma Zsanett Renáta a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János Kutatási Ösztöndíjában részesül (2019–2022). A közlemény az „Intelligens élettudományi technológiák, módszertanok, alkalmazások fejlesztése és innovatív folyamatok, szolgáltatások kialakítása a szegedi tudásbázisra építve” című, EFOP-3.6.1-162016-00008 azonosítóval rendelkező pályázaton belül a „Multidiszciplináris egészségügyi, egészségnevelési és egészségfejlesztési összefogás az egészséges gyermekvállalásért és az egészséges gyermekek megszületéséért a Dél-alföldi Régióban” alprojekt támogatásával jött létre.

Irodalom

1. Eicher L, Knop M, Aszodi N, et al. A systematic review of factors influencing treatment adherence in chronic inflammatory skin disease-strategies for optimizing treatment outcome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33(12): 2253–2263.
2. Baldwin HE. Tricks for improving compliance with acne therapy. *Dermatol Ther*. 2006; 19(4): 224–36.
3. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10(5): 348–54.
4. Koehler AM, Maibach HI. Electronic monitoring in medication adherence measurement, implications for dermatology. *Am J Clin Dermatol*. 2001; 2(1): 7–12.
5. Li AW, Yin ES, Antaya RJ. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis. *JAMA Dermatol*. 2017; 153(10): 1036–1042.
6. Storm A, Benfeldt E, Andersen SE, et al. A prospective study of patient adherence to topical treatments: 95% of patients underdose. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 59(6): 975–80.
7. Tan X, Al-Dabagh A, Davis SA, et al. Medication adherence, healthcare costs and utilization associated with acne drugs in Medicaid enrollees with acne vulgaris. *Am J Clin Dermatol*. 2013; 14(3): 243–51.
8. Degli Esposti L, Sangiorgi D, Perrone V, et al. Adherence and resource use among patients treated with biologic drugs: findings from BEETLE study. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2014; 6: 401–407.
9. Krejci-Manwaring J, McCarty MA, Camacho F, et al. Adherence with topical treatment is poor compared with adherence with oral agents: implications for effective clinical use of topical agents. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 54(5 Suppl): S235–6.
10. Csoma Zs. Az atópiás ekcéma terápiája. *Gyógyszerésztudományok 2013*; 7 (5): 119–121.