

Kazuistiky z individuálních konzultací poskytovaných pacientům v lékárně

Eliška Kolmanová^{1,2}, Josef Malý^{1,3}

¹Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové

²Lékárny HERBA s.r.o.

³Nemocniční lékárna, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Náplní současného konceptu farmaceutické péče je optimalizace farmakoterapie pacienta, která je postavena na maximalizaci účinků a minimalizaci rizik léčby. V lékárně farmaceutovi umožňuje platná legislativa tuto činnost vykonávat nejen v rámci výdejní činnosti, ale také při poskytování individuálních odborných konzultací. Tato oblast moderní farmaceutické péče je více individualizovanou formou odborného poradenství realizovanou ideálně v samostatné konzultační místnosti lékárny skrze řízený rozhovor s proškoleným farmaceutem. Kromě managementu lékových problémů při hodnocení osobní farmakoterapie pacienta se farmaceuti v České republice podílí na screeningu vybraných onemocnění, tedy v oblasti prevence onemocnění či poradenství v samoléčbě. Nespornou výhodou poskytování individuálních odborných konzultací v lékárně je časový prostor vymezený pro nerušenou komunikaci s pacientem vedoucí kromě jiného i k navázání důvěry a lepšímu pochopení postojů pacienta k léčbě. Ve sdělení budou prezentovány tři kazuistiky z praxe farmaceuta věnující se této oblasti farmaceutické péče. Konkrétně se text bude věnovat praktickým atributům optimalizace farmakoterapie u tří geriatrických pacientů a ukáže možný způsob jejich řešení.

Klíčová slova: farmaceutická péče, individuální konzultace v lékárně, adherence k léčbě, lékový problém.

Case reports from individual consultations provided to patients in the pharmacy

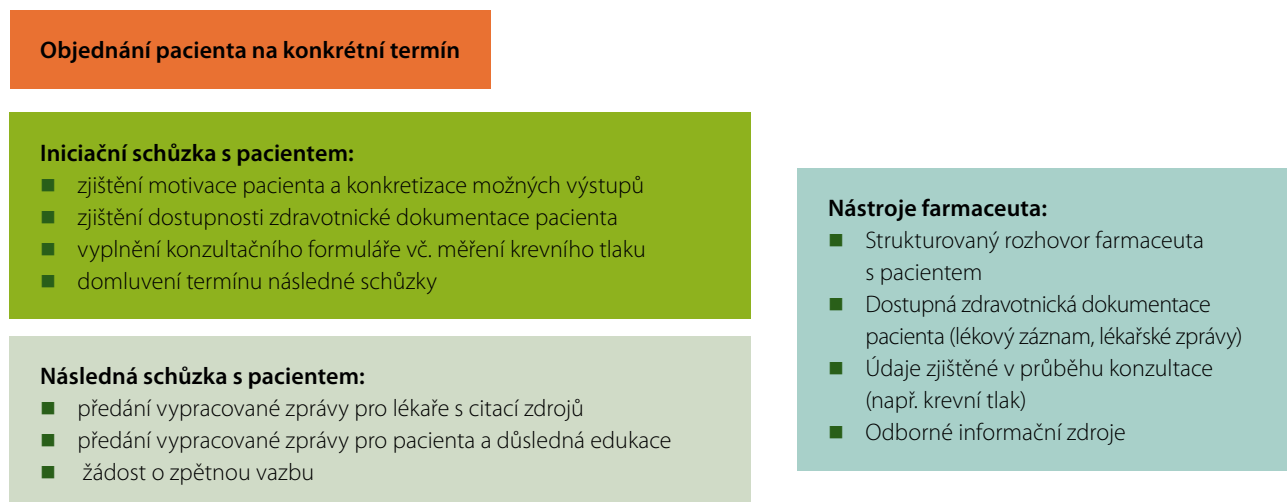
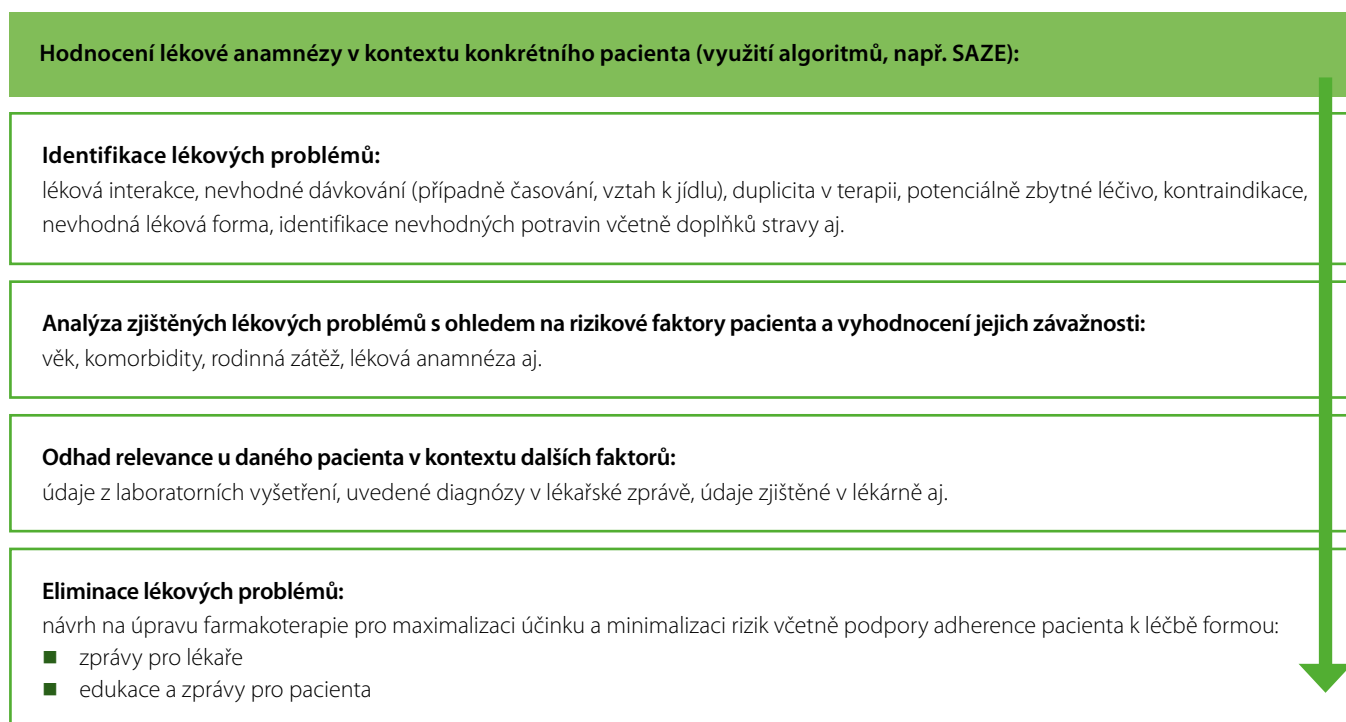
The focus of pharmaceutical care is to optimise the patient's pharmacotherapy, aiming to maximise the effects and minimise the risks of treatment. In the pharmacy, the current legislation allows the pharmacist to carry out this activity not only in the context of dispensing activities, but also during the provision of individual counselling. This area of 'modern pharmaceutical care' is a more individualised form of expert advice, ideally carried out in a separate consulting room of the pharmacy through a structured conversation with a trained pharmacist. In addition to the management of drug-related problems in optimising pharmacotherapy, pharmacists in the Czech Republic are involved in screening for selected diseases, i.e. in the area of prevention. An undeniable advantage of providing individual counselling in the pharmacy is the time allocated for undisturbed communication with the patient, leading, among other things, to the establishment of trust and a better understanding of the patient's attitudes towards treatment. The content of the paper will include three case reports from the practice of a pharmacist involved in this area of pharmaceutical care. Specifically, it will address the practical attributes of optimizing pharmacotherapy in three geriatric patients and show a possible way to deal with them.

Key words: pharmaceutical care, individual counselling in the pharmacy, adherence to treatment, drug-related problem.

Úvod

Průběh individuálních konzultací nemá legislativní rámec. Farmaceuti mohou při poskytování těchto služeb postupovat dle Metodického návodu České lékárnické komory (ČLnK) a využít znalosti

nabyté Garantovaným kurzem ČLnK – Základy poskytování odborných konzultací pacientům v lékárně včetně řešení lékových problémů. Přístup by měl být systematický a uniformní doplněný náležitou dokumentací. Strukturu průběhu konzultace v oblasti optimalizace farmako-

Obr. 1. Obecné schéma individuální odborné konzultace v oblasti optimalizace farmakoterapie (vlastní tvorba)**Obr. 2.** Postup práce farmaceuta při středně pokročilé revizi farmakoterapie (vlastní tvorba)

terapie uvádí obrázek 1 (upraven dle zvyklostí v naší lékárně). Obrázek 2 více popisuje systematický přístup farmaceuta při zpracování revize farmakoterapie pacienta (úroveň revize 2a) (1–2).

Individuální odborné konzultace jsou postaveny na středně pokročilé revizi farmakoterapie, která je oproti výdejní činnosti náročnější z pohledu času, prostoru a znalostí praktikujícího farmaceuta. Pro identifikaci a řešení lékových problémů využívá farmaceut svých klinických zkušeností a dostupných nástrojů zmiňovaných na obrázku 1. Klíčová je správná interpretace výstupů revize pro ošetřujícího lékaře formou zprávy, k jejíž tvorbě je důležité komplexní zhodnocení pacientova zdravotního stavu. Zpráva pro lékaře má doporučující charakter a navrhované změny je třeba doplnit citací odborných zdrojů, ze kterých farmaceut při sepisování čerpal (např. doporučené postupy, registrační dokumentace léčiv, sekundární a terciální zdroje informací aj.). Pro paci-

enta je výstupem konzultace důsledná edukace (ve verbální i psané podobě) stran užívání léčiv, režimová opatření, možnosti self-monitoringu, seznam nevhodných bylin/potravin. Součástí sdělení je i upozornění, že případná změna Rx léčby vychází vždy od lékaře. V kontextu chronické terapie je zohlednění patientského pohledu zásadní, neboť významně ovlivňuje adherenci k léčbě a úspěšnost léčby pacienta (3).

Následující kazuistiky ukazují příklad práce konzultujícího farmaceuta v lékárně. Týkají se zhodnocení osobní farmakoterapie pacienta v lékárně, liší se v oblasti řešení farmakoterapie. Uváděné informace o pacientovi nejsou kompletním výčtem údajů zjištěných během konzultace, týkají se následného doporučení směrem k lékaři či pacientovi. Doporučení jsou poplatná době řešení kazuistik stejně jako aktuálnost citované literatury. Lékový záznam pacienta byl při odborných konzultacích využit u některých kazuistik s ohledem na jeho zavedení v roce

2020 a zpřístupnění širšímu náhledu na farmakoterapii pacienta pro farmaceuty v roce 2024. Lékařské zprávy byly využity ve všech případech.

Použité zkratky v kazuistikách

AKB – aortokoronární bypass, BMI – body mass index, CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc, CHSS – chronické srdeční selhání, DM – diabetes mellitus, FA – farmakologická (léková) anamnéza, FIS – fibrilace síní, GLP-1 analog – glucagon like peptid analog, HbA_{1c} – glykovaný hemoglobin, HLP – hyperlipoproteinémie, HT – arteriální hypertenze, CHŽI DKK – chronická žilní insuficience dolních končetin, IACE – inhibitor angiotensin konvertujícího enzymu, ICHDK – ischemická choroba dolních končetin, ICHS – ischemická choroba srdeční, NYHA – hodnocení srdečního selhání na základě míry funkčního postižení (New York Heart Association), OA – osobní anamnéza, SF – srdeční frekvence, SGLT2i – inhibitor sodium-glucose cotransporter 2 (gliflozin), S-GLU – glykémie, S-KMOC – hladina kyseliny močové v séru, SS – srdeční selhání, TIR – Time In Range (Time in target), TK – tlak krve, VAS – vertebrogenní algický syndrom.

Kazuistika 1 (rok 2025)

Muž, 69 let, pracující, aktivní, žádal o konzultaci nad léčivými užívanými pro diabetes mellitus, dle jeho slov se v nich nevyzná, neví, co má a co nemá užívat, cukr má pořád vysoký. Přišel s lékařskými zprávami (z kardiologické ambulance, diabetologické ambulance, interní ambulance).

OA: ICHS (ischemická choroba srdeční), AKB (aortokoronární bypass), DM (diabetes mellitus) II. typu na inzulínoterapii (senzor pro self-monitoring glykémie), diabetická polyneuropatie, retinopatie, HT (hypertenze), HLP (hyperlipoproteinémie).

Údaje ze senzoru: TIR 15 %, většina hodnot nad normou (13denní hodnoty vyhodnocené diabetologem před 2 měsíci, následované akcentací inzulínoterapie).

Přehled farmakoterapie sumarizuje tabulka 1. Uvádí léčiva reálně užívaná pacientem a léčiva, které se objevují v lékařských zprávách (z interní ambulance z téhož měsíce; z diabetologické ambulance dva měsíce zpět, z kardiologické ambulance přibližně šest měsíců zpět).

V předložené zdravotnické dokumentaci a výpovědi pacienta byly nalezeny diskrepance, především v léčbě diabetu mellitu. Z lékařské zprávy z diabetologie byla patrná dekompenzace diabetu mellitu (lačná glykémie: 14,9 mmol/L, HbA_{1c}: 81 mmol/mol). Pacient neužíval kombinaci metformin/dapagliflozin, přestože se v lékařských zprávách z kardio-

logické ambulance a interní ambulance objevoval, naopak užíval derivát sulfonylurey glimepirid v maximální denní dávce, který v poslední zprávě z diabetologie v seznamu medikace nefiguroval. Od praktického lékaře mu byl nyní navíc předepsán metformin v monokomponentním léčivém přípravku. Rozpor byl nalezen i v hypolipidemické léčbě, nicméně pacient nyní užíval fixní kombinaci a nedocházelo tak k duplicitě terapie rosuvastatinem. Zpráva z konzultace tedy primárně směřovala k ošetřujícímu diabetologovi, nicméně pacient byl poučen, aby zprávu obdržel i praktický lékař a interní specialista. Gabapentin byl relativně recentně nasazeným léčivem od diabetologa, který chyběl ve zprávě z interní ambulance. Obsahem zprávy byla žádost o důslednou revizi farmakoterapie z důvodu rozporů medikace v lékařských zprávách, pacientově nejistotě ohledně léčiv a rovněž na základě laboratorních výsledků a výstupů self-monitoringu, které ukazovaly na nekompenzovaný stav pacienta stran diabetu mellitu.

Dále zpráva pro lékaře obsahovala:

- Doporučení pro ponechání SGLT2i v terapii v kombinaci s metforminem vzhledem ke komorbiditám pacienta, případně přidání GLP-1 analogu do fixní kombinace s bazálním inzulínem. Glifloziny i GLP-1 analogy jsou účinnými antidiabetiky s prokázanými kardio-protectivními účinky, snížením kardiovaskulárního rizika a mortality a komplexním vlivem na metabolický syndrom. Jsou upřednostňovány v intenzifikaci terapie u nedostatečné kompenzace HbA_{1c} při léčbě metforminem pro kardio-renalní bezpečnost a významné benefity pro pacienta (4–5).
- Doporučení pro vysazení derivátů sulfonylurey. Byť se jedná o deriváty sulfonylurey 3. generace s dobrým bezpečnostním profilem, tvoří v současné době druhou linii v léčbě diabetu mellitu (6).

Zpráva pro pacienta obsahovala:

- Dávkovací schéma užívaných léčiv a jejich management (správná aplikace, vztah k jídlu), prevenci a řešení možných komplikací diabetu mellitu (akutních i chronických). Pacientovi bylo do ujasnění medikace lékařem doporučeno setrvat v užívané medikaci, nicméně s doporučením reflektujícím poslední návštěvu diabetologa, tzn. neužívat glimepirid.
- Režimová a dietní opatření určená pro pacienty s diabetem mellitus, hypertenzí a hyperlipoproteinemií.

Tab. 1. Léková anamnéza pacienta z kazuistiky 1

Léčivá látka včetně síly	Pacientem užívaná	Interní ambulance	Diabetologická ambulance	Kardiologická ambulance
Insulin-lispro 200 U/ml	8-12-14 j.	8-12-14 j.	8-12-14 j.	---
Insulin-glargin 300 U/ml	0-0-30 j.	0-0-30 j.	0-0-30 j.	0-0-22 j.
Glimepirid 4 mg	1,5-0-0	1,5-0-0	---	1,5-0-0
Metformin 500 mg	? (1-0-0)	---	---	---
Dapagliflozin/Metformin 5/1 000 mg	---	1-0-1	---	1-0-1
Gabapentin 300 mg	0-0-0-1	---	0-0-0-1	---
Bisoprolol 5 mg	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Perindopril 5 mg	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0
ASA/Glycin 100/50 mg	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Rosuvastatin/Ezetimib 40/10 mg	1-0-0	---	1-0-0	---
Rosuvastatin 20 mg	---	0-0-1	---	0-0-1

Pozn.: j. – jednotek inzulínu; ASA – kyselina acetylsalicylová; Siofor byl předepsán recentně praktickým lékařem; problematické oblasti ve farmakoterapii diabetu mellitu označeny odlišnou barvou

- Pacient byl důsledně edukován, aby jakoukoliv změnu medikace lékařem ihned oznamoval i dalším ošetřujícím lékařům pro aktuální seznam užívaných léčiv, sjednocení informací a prevenci podobných situací (rizik duplicit a nejasností v užívaných léčivech) v budoucím čase.

Pacientovi bylo při navazující konzultaci vše vysvětleno a byl požádán o zpětnou vazbu, která přišla následující měsíc. Ošetřujícím diabetologem byl vysazen glimepirid, pacientovi zůstala kromě inzulínoterapie léčba metforminem. Pacientovi bylo dále doporučeno konzultovat užívaná léčiva s internistou, kam se v blízké době chystá.

Kazuistika 2 (rok 2022)

Žena, 77 let, důchodkyně, přišla konzultovat užívaná léčiva, byla nespokojená s jejich počtem, dále popisovala obtíže typu dušnosti, pocit zahlenění a chrapot (především po ránu), udávala bolesti zad a levé nohy. Přišla s lékařskými zprávami (z interní a revmatologické ambulance).

OA: farmakorezistentní HT, FIS (fibrilace síní), námahová dušnost NYHA III., SS (srdeční selhání) spíše pravděpodobné, DM II. typu, HLP, obezita, refluxní choroba jícnu, revmatoidní polymyalgie, polytopní VAS (vertebrogení algický syndrom), CHŽI DKK (chronická žilní insuficience dolních končetin), glaukom, stav po cholecystektomii. Laboratorní hodnoty (mimo referenční rozmezí a týkající se následného doporučení): S-GLU: 7,47 mmol/l, S-KMOC: 405 μmol/l.

Údaje zjištěné během konzultace: TK 104/94 mm Hg; SF 107/minutu; BMI 39,3 kg/m²; exkuřák, dostatečný pitný režim (více než 2 l/den), pohybová aktivita téměř nulová (pro bolest pohybového aparátu), nekvalitní spánek (problémy s usínáním), alergie na penicilin, pyly, nesnášenlivost tramadolu. Strava pacientky vyvážená, někdy více chilli.

Přehled farmakoterapie pacientky udává tabulka 2.

Pacientka byla polymorbidní a je u ní patrná polyfarmakoterapie (15 chronicky užívaných léčiv se systémovým účinkem, 4 léčiva užívaná dle potřeby – dle sdělení pacientky alprazolam téměř neužívala, zolpidem naopak užívala v poloviční dávce pravidelně). Revize farmakoterapie cílila na možnost redukce počtu léčiv pro nežádoucí dopady polyfarmakoterapie, popřípadě zavedení fixních kombinací pro zjednodušení dávkového schématu (7).

Zpráva pro lékaře obsahovala:

- Upozornění na středně závažné a závažné interakce vyžadující monitoraci zdravotního stavu (amiodaron versus nebivolol – potenciace bradykardického účinku, amiodaron versus dabigatran – zvýšené riziko krvácivých příhod, amiodaron versus atorvastatin – zvýšené riziko myopatií, amiodaron versus další rizikové faktory pro prodloužení QT intervalu – např. hypomagnezémie, hypokalemie aj.) (8–10). Vzhledem k věku pacientky, s přihlédnutím k její osobní anamnéze (refluxní choroba jícnu) a komedikaci amiodaronem lze uvažovat o redukci dávky dabigatranu (11).
- Doporučení pro revizi antihypertenzní terapie s cílem redukovat počet léčiv. Pacientka užívá 5 léčiv s hypotenzním účinkem, nicméně chybí antihypertenzivum první volby, a to blokátor vápníkového kanálu (12–13). K diskuzi je chronické užívání furosemidu (dle lékařské zprávy – otoky dolních končetin spíše venostatického původu, SS

bez příznaků kongesce) (14). V kontextu aktuálních doporučení pro léčbu chronického srdečního selhání nemá perindopril potvrzená data pro snížení kardiovaskulární morbidity a mortality (15).

- Doporučení akcentace antidiabetické léčby (navýšení dávky metforminu či kombinace s moderními antidiabetiky, ze kterých by pacientka vzhledem ke komorbiditám mohla profitovat). Doporučení vychází z recentních laboratorních hodnot (lačná glykémie), hodnota glykovaného hemoglobinu není známa.
- Doporučení pro dočasné zavedení inhibitorů protonové pumpy (PPI) do pravidelného režimu užívání pro popisované obtíže pacientky (ranní zahlenění, chrapot) a diagnózu refluxní choroby jícnu. Po odeznění příznaků znovu zvážit nutnost terapie PPI. Časové omezení 4–8 týdnů vychází z doporučení odborných společností pro rizika plynoucí z dlouhodobého užívání antisekreční terapie (16–17).
- Zvážení nutnosti betahistinu v terapii v užívané dávce 24 mg/den (18).
- Zvážení navýšení vitamínu D na minimální denní dávku 800 IU pro chronickou kortikoterapii (19).
- Doporučení upravit farmakoterapii nespavosti. Dlouhodobé a pravidelné užívání zolpidemu (v tomto případě navíc v dávce 10 mg/den) je u pacientů vyššího věku považováno za rizikové z důvodu, že hypnotika charakteru Z-léčiv mohou způsobit pád (zejména v kombinaci s jinými léčivy), protražovanou denní sedací nebo ataxii. V daném případě mohou být nežádoucí účinky potencovány alprazolamem (20). Ideálním řešením je identifikace příčin(y) a náhrada rizikové farmakoterapie nefarmakologickými opatřeními, což bohužel není ve většině případů u pacientů vyššího věku reálné ani v domácí péči a je nutné volit ve skupině antidepresiv nebo antipsychotik.

Zpráva pro pacienta obsahovala:

- Doporučený pravidelný monitoring krevního tlaku (edukace techniky měření a evidence naměřených hodnot).

Tab. 2. Léková anamnéza pacientky z kazuistiky 2

Léčivá látka včetně síly	Dávkování	Poznámka
Nebivolol 5 mg	0,5-0-0	
Perindopril/Indapamid 5/1,25 mg	1-0-0	
Furosemid 40 mg	1-0-0	
Spironolakton 25 mg	0-1-0	
Chlorid draselný 500 mg	1-0-0	
Amiodaron 200 mg	1-0-0	nasazený 2 měsíce zpět
Dabigatran 150 mg	1-0-1	
Methotrexát 2,5 mg	2-2-2	1x týdně (čtvrtek)
Kyselina listová 10 mg	0-0-1	1x týdně (pátek)
Prednison 5 mg	0,5-0-0	
Metformin XR 500 mg	0-0-1	
Atorvastatin 20 mg	0-0-1	
Betahistin 24 mg	1-0-0	
Uhličitán vápenatý/Cholecalciferol 600 mg/400 IU	0-0-1	
Latanoprost 0,05 mg/ml	0-0-1 gtt	
Alprazolam 0,25 mg	d.p.	
Zolpidem 10 mg	d.p.	užívá téměř každý den
Tramadol/Paracetamol 75/650 mg	d.p.	
Lansoprazol 30 mg	d.p.	

Pozn.: gtt – kapek; d.p. – dle potřeby; XR – extended release (prodloužená forma uvolňování)

- Režimová a dietní opatření u hyperurikémie, diabetu mellitu, arteriální hypertenze, nadváhy/obezity (edukace stran správného stravování), pravidla spánkové hygieny a doporučení pro vyvážený příjem draslíku ve stravě.
- Výčet nevhodných fytofarmak (např. lékořice lysá, grapefruit, guarana, danshen, čajovec kapský/rooibos, zázvor lékařský aj.)
- Doporučení pro omezení kořeněných a pálivých jídel (zmiňované oblíbené chilli), především ve večerních hodinách a zvýšení polohy horní poloviny těla během spaní.
- Doporučení stran managementu a manipulace s lékovou formou u léčiv methotrexát (především rizikové nápoje, léčiva, časování ke kyselině listové), dabigatran (časové rozestupy u dávkování, hygroskopie lékové formy vzhledem k uchovávání), amiodaron (vysvětlení významu léčiva pro relativně krátké užívání, zmíněné nežádoucí účinky), zolpidem (problematika závislosti a rizik u chronického užívání).
- Opatrnost u analgetické kombinace tramadol/paracetamol z důvodu uváděné nesnášenlivosti tramadolu, uvedení terapeutické alternativy paracetamolu v analgetické dávce s maximální denní dávkou a nevhodnosti užívání nesteroidních analgetik.

Zpráva pro pacientku i následná konzultace v rámci konzultace byly zaměřeny na edukaci pacientky, důraz byl kladen na vysvětlení významu režimových a dietních opatření. U pacientky byla patrná nespokojenost s množstvím léčiv s rizikem budoucí non-adherence k léčbě. Prvotní očekávání pacientky o redukci léčiv ze strany farmaceuta nebylo naplněno, po vysvětlení role farmaceuta a proběhlých setkáních pacientka odcházela spokojená především stran vysvětlení principů léčiv a významu léčby, důležitosti self-monitoringu zdravotního stavu a možnosti budoucí úpravy farmakoterapie. Zpětná vazba od pacientky nebyla obdržena.

Kazuistika 3 (rok 2019)

Muž, 71 let, důchodce, přišel konzultovat užívaná léčiva, stěžoval si na velké bolesti dolních končetin, zhoršené poslední dobou, projevující se během pohybu. Přišel s lékařskou zprávou (z kardiologické ambulance) starou tři měsíce.

OA: ICHDK (ischemická choroba dolních končetin), ICHS (3x koronární bypass), CHSS (chronické srdeční selhání), DM II. typu, CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc), makulární degenerace. Pozitivní rodinná anamnéza v kardiovaskulární zátěži a diabetu mellitu II. typu (u otce amputace dolní končetiny).

Údaje zjištěné během konzultace: TK 135/56 mm Hg; SF 70/minutu; BMI 29,02 kg/m²; exkuřák, pitný režim okolo 1,0–1,5 l/den (nejistota pacienta), kávu a alkohol nepije, pohybová aktivita minimální (klaudikační bolesti). Strava vyvážená, preference černého čaje.

Přehled farmakoterapie pacienta udává tabulka 3. Jedná se o přehled léčiv pacientem skutečně v daném čase užívaných, ne farmakoterapie indikované lékaři v rámci péče o pacienta.

Pacientovi pro uvedené diagnózy v léčbě chybělo hypolipidemikum (zjištěna nonadherence k předepsané léčbě rosuvastatinem) a bronchodilatační léčivo (chybějící léčivo). Při dotazování pacienta na

Tab. 3. Léková anamnéza pacienta z kazuistiky 3

Léčivá látka včetně síly	Dávkování	Poznámka
Empagliflozin 10 mg	1-0-0	
Furosemid 40 mg	2-0,5-0	
Warfarin 5 mg	dle INR	indikován pro riziko reokluze (po rekanalizaci tepny)
Bisoprolol 5 mg	1-0-0	
Spironolakton 25 mg	0-1-0	
Perindopril 5 mg	1-0-0	
Alopurinol 100 mg	dle hladin	při zvýšení hladin kyseliny močové
Insulin-glulisin 100 U/ml	dle glykemie	
Insulin-glargin 100 U/ml	dle glykemie	

Pozn.: INR – mezinárodní normalizovaný poměr

inhalační terapii při diagnóze CHOPN bylo zjištěno, že pacient v minulosti navštěvoval plicní ambulanci, ale už tam dlouhou dobu nebyl a žádná léčiva v této indikaci neužívá. Rovněž byla na základě doložené lékařské zprávy zjištěna nonadherence pacienta k metforminu v prodloužené formě uvolňování. Pacienta může ohrožovat dehydratace pro potenciální diuretického účinku gliflozinu a furosemidu a relativně malého pitného režimu. K diskuzi je rovněž podáván alopurinolu. V kontextu aktuálních doporučení pro léčbu chronického srdečního selhání nemá perindopril potvrzená data pro snížení kardiovaskulární morbidity a mortality (15).

Zpráva pro lékaře obsahovala:

- Upozornění na nonadherenci pacienta k hypolipidemické léčbě. S pacientem komunikováno a vysvětleno doporučení hypolipidemické léčby pro velmi vysoké kardiovaskulární riziko u pacienta v sekundární prevenci (známé diagnózy ICHDK, ICHS) (21–22). Opětovné nasazení a perzistence pacienta k léčbě statinem může být podpořeno fixní kombinací s antihypertenzními léčivy.
- Doporučení zvážit znovu nasazení bronchodilatační léčby pro diagnózu CHOPN (23).
- Dotaz na dávkování alopurinolu (hladina kyseliny močové není známa).
- Upozornění na riziko farmakodynamické interakce mezi empagliflozinem a furosemidem. Obě léčiva svým mechanismem účinku zvyšují diurézu, což může vést k dehydrataci, synkopám, pacient si není jist pitným režimem (24). Při indikaci obou léčiv je pro minimalizaci rizika nutná dostatečná hydratace. Komedikace s iACE (perindopilem) rovněž snižujícím tlak v glomerulech může být rizikem pro akutní poškození ledvin. Pacient byl poučen o nevhodnosti nesteroidních antiflogistik v samoléčbě bolesti a horečky i z důvodu užívání antikoagulační terapie (25).
- Pro zhoršující se klaudikační bolesti možné zvážit nasazení symptomatické léčby v podobě vazoaktivních látek. Vzhledem ke komorbiditám pacienta, především CHSS, je dnes preferovaný cilostazol velmi nevhodný. Pro prodloužení klaudikační vzdálenosti je možné zvážit např. sulodexid za současné monitorace koagulačních parametrů (22). Nicméně základem léčby ICHDK je kompenzace rizikových faktorů aterosklerózy, antitrombotická terapie, intervalový trénink a teprve dalším krokem je podání vazoaktivních léčiv.

Zpráva pro pacienta obsahovala:

- Vysvětlení principů léčby ICHDK a CHOPN s cílem zvýšit adherenci pacienta k léčbě.
- Principy svalového tréninku dolních končetin pro posílení cévní stěny a konkrétní cviky.
- Doporučení dostatečného pitného režimu, omezení nápojů s diuretickým účinkem (černý čaj), navýšení proteinového příjmu pro lepší hojení kožních defektů.
- Režimová opatření u diabetu mellitu, s důrazem na podiatrickou péči, režimová opatření u léčby warfarinem.
- Uvedení rizikových fytofarmak/potravin pro užívaná léčiva (např. máta peprná, třezalka tečkovaná, ginkgo biloba, goji – kustovnice čínská, ženšen, zelený čaj aj.).

S pacientem byly dále konzultovány stravovací návyky s ohledem na warfarin a vysvětleny možnosti případné samoléčby bolesti. Zpětná vazba pacienta nebyla získána.

Diskuze

Poskytování individuálních odborných konzultací pacientům v lékárně je oblastí farmaceutické péče zaměřené na komplexní hodnocení zdravotního stavu pacienta stran farmakoterapie a cílí na její optimalizaci. Zahraniční modely s již letitou zkušeností farmaceuta v kontrole farmakoterapie poukazují na zdravotní benefity pro pacienta i systém zdravotnictví (26). Popisovány jsou i bariéry, které jsou

v našich podmínkách akcentovány z důvodu relativně krátké existence v praxi a omezenému počtu praktikujících farmaceutů (27). Za zásadní považují nedostatečnou provázanost s ostatními zdravotnickými pracovníky a absenci sdílení zdravotnické dokumentace vyjma lékového záznamu pacienta. Mezi stěžejní cíle budoucího rozvoje individuálních odborných konzultací v lékárnách tak dle mého názoru patří vytvoření užších komunikačních kanálů s ošetřujícími lékaři a pochopení výhod vzájemné spolupráce, ze které profituje především pacient.

Závěr

Z osobní zkušenosti praktikujícího farmaceuta představují odborné konzultace efektivní způsob, jak uplatnit a dále rozvíjet odborné znalosti v rámci individualizované farmaceutické péče. Oblast hodnocení či revize farmakoterapie bývá převážně využívána geriatrickými pacienty, u nichž častá polyfarmakoterapie představuje řadu lékových problémů vhodných k odbornému řešení. Nedílnou součástí konzultací je podpora adherence pacientů k léčbě. Nástroje, které může farmaceut použít, jsou především edukační. Vysvětlení podstaty onemocnění, principů a důležitosti léčby, komunikace stran obav z léčby jsou oblastmi odborných konzultací, které pacienti z mé zkušenosti velmi pozitivně vnímají a které vedou k posílení motivace aktivně se podílet na řízení vlastního zdraví. Uvedené kazuistiky uvedly příklady lékových problémů typu nevhodně zvoleného léčiva či kombinace léčiv, nonadherence pacienta k léčbě či chybějícího léčiva. Ukázaly možný způsob jejich řešení i formy komunikace směrem k lékaři i pacientovi.

LITERATURA

1. Malý J. Lékové problémy v teorii a příkladech v podmínkách České republiky. *Klin Farmakol Farm.* 2020;34(3):116-121.
2. Vlček J, Fialová D, Malý J, et al. Koncepte oboru klinická farmacie I., vzdělávací část. *Ceska Slov Farm.* 2016; 65(Suppl):1-20.
3. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res.* 1999;47(6):555-567.
4. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 2020;41(2):255-323.
5. Samson SL, Vellanki P, Blonde L, et al. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2023 Update. *Endocr Pract.* 2023;29(5):305-340.
6. Mohan V, Saboo B, Khader J, et al. Position of Sulfonylureas in the Current ERA: Review of National and International Guidelines. *Clin Med Insights Endocrinol Diabetes.* 2022;15:1-8.
7. Rochon PA, Petrovic M, Cherubini A, et al. Polypharmacy, inappropriate prescribing, and deprescribing in older people: through a sex and gender lens. *Lancet Healthy Longev.* 2021;2(5):e290-300.
8. Interactions. UpToDate Lexidrug. UpToDate Inc. Riverwoods, IL. [cited 2025 Jun 6].
9. Drug Interactions. Merative Micromedex. Merative. Ann Arbor, MI. [cited 2025 Jun 6].
10. Databáze lékových interakcí. Drug agency a.s. [cited 2025 Jun 6].
11. Souhrn údajů o přípravku Pradaxa 150 mg. Datum revize 16/01/2024. [cited 2025 Jun 6]. Available from: <http://www.sukl.cz>.
12. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. [cited 2025 Jun 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573631/>
13. Widimský J, Filipovský J, Ceral J, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2017. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitř Lek.* 2018;7-8:771-796.
14. Málek F, Veselý J, Pudil R, et al. Souhrn Doporučených postupů Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání z roku 2021. *Cor Vasa* 2022;64:121-162.
15. Málek F, Veselý J, Pudil R, et al. Doporučení ESC pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání 2021: Příklad zkráceného dokumentu připravený Českou kardiologickou společností. *Cor Vasa* 2022;64(3):4-55.
16. Haastrup PF, Jarbøl DE, Thompson W, et al. When does proton pump inhibitor treatment become long term? A scoping review. *BMJ Open Gastroenterol.* 2021;8(1):1-10.
17. Jaynes M, Kumar AB. The risks of long-term use of proton pump inhibitors: a critical review. *Ther Adv Drug Saf.* 2018;10:1-13.
18. Souhrn údajů o přípravku Betaserac 24 mg. Datum revize 14/06/2022. [cited 2025 Jun 6]. Available from: <http://www.sukl.cz>.
19. Dusilová Sulková S. Nezastupitelná úloha vitamínu D v prevenci a léčbě osteoporózy. *Prakt. lékař.* 2011; 7(2): 58-61.
20. Topinková E, Matějková A. Geriatrie: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2024. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2024. [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://svl.cz/doporucene-postupy/geriatrie-100032>.
21. Cífková R, Vavřková H, Filipovský J, et al. Souhrn Evropských doporučení pro prevenci kardiaskulárních onemocnění v klinické praxi (verze 2012). Přípraven Českou kardiologickou společností. *Cor Vasa.* 2014;56(2):e169-189.
22. Karetová D, Vojtěšková J, Roztočil K. Ischemická choroba dolních končetin: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. *Novelizace 2016. Doporučené postupy pro praktické lékaře.* Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2016. [cited 2025 Jun 12]. Available from: <https://svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/29/ischemicka-choroba-dolnich-končetin-2016.pdf>.
23. Koblížek V, Zatloukal J, Konšatecký S. Chronická obstrukční plicní nemoc: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2019. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2019. [cited 2025 Jun 12]. Available from: <https://svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/39/chronicka-obstrukcni-plicni-nemoc-2019.pdf>.
24. Wilcox CS, Shen W, Boulton DW, et al. Interaction Between the Sodium-Glucose-Linked Transporter 2 Inhibitor Dapagliflozin and the Loop Diuretic Bumetanide in Normal Human Subjects. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(4):e007046.
25. Prieto-García L, Pericacho M, Sancho-Martínez SM, et al. Mechanisms of triple whammy acute kidney injury. *Pharmacol Ther.* 2016;167:132-145.
26. Ferreri SP, Hughes TD, Snyder ME. Medication Therapy Management: Current Challenges. *Integr Pharm Res Pract.* 2020;2(9):71-81.
27. Al-Babtain B, Cheema E, Hadi MA. Impact of community-pharmacist-led medication review programmes on patient outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Res Social Adm Pharm.* 2022;18(4):2559-2568.