

SVETOVANJE LEKARNIŠKEGA FARMACEVTA PRI BOLNIKIH PO MOŽGANSKI KAPI IN NAJPOGOSTEJŠIH POSLEDICAH KAPI

PATIENT COUNSELLING OF COMMUNITY PHARMACISTS TO PATIENT WITH STROKE AND MOST COMMON SEQUEL IN THE POSTSTROKE POPULATION

AVTOR / AUTHOR:
mag. Nina Pisk, mag. farm.

Gorenjske lekarnе

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:
E-mail: nina.pisk@gorenjske-lekarne.si

POVZETEK

Smernice za zmanjšanje tveganja za vnovično možgansko kap, ki zajema tako ishemično možgansko kap kot prehodni ishemični napad, poudarjajo pomembnost sekundarne preventive. Ta vključuje spremembo življenjskega sloga in zdravljenje z zdravili, prilagojeno posameznemu bolniku. Namen prispevka je osvetliti zdravljenje možganske kapi in najpogostejših posledic pri bolnikih po možganski kapi z zdravili in svetovanje farmacevta pri izboljšanju izidov zdravljenja in bolnikove kakovosti življenja.

KLJUČNE BESEDE:

možganska kap, posledice, zdravljenje z zdravili, farmacevt

ABSTRACT

Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack recommended lifestyle modification and individualized pharmacological therapy in secondary prevention. The aim of this article is to highlight treatment of stroke and most common sequel in the poststroke population with medication and pharmacist's counselling to keep and improve patients outcomes and patient's quality of life.

KEY WORDS:

stroke, poststroke sequel, medication therapy, pharmacist

1 UVOD

Največ zdravil, predpisanih na recept, se tako v svetu kot pri nas izda osebam, starejšim od 65 let (1, 2). Med temi zdravili so vse pogosteje tudi zdravila za zdravljenje nevroloških obolenj, zlasti možganske kapi, demence, epilepsije, Parkinsonove bolezni in drugih obolenj. Pogosto so ta obolenja tudi medsebojno vzročno povezana in pridružena še drugim, za starostnike značilnim obolenjem. Večja pogostost predpisovanja in izdajanja zdravil starejšim podaljšuje življenje in izboljša njegovo kvaliteto, hkrati pa predstavlja tudi določena tveganja, pogosteje vodi tudi v sočasno upo-



rabo več zdravil in povečevanje stroškov zdravljenja z zdravili (1, 2).

Možganska kap je v svetu eden izmed vodilnih razlogov za smrt in najpomembnejši dejavnik trajne telesne in kognitivne oviranosti, je drugi najpogostejši vzrok demence, najpogostejši vzrok epilepsije pri starejših in pogosti vzrok depresije (3). Vse to vodi v sočasno uporabo številnih zdravil. V prispevku je predstavljeno svetovanje lekarniškega farmacevta glede sekundarne preventive pri bolniku z možgansko kapjo in pridruženimi posledicami ter možnosti in tveganja v primeru, da se bolnik odloča za uporabo zdravil in pripravkov v okviru samozdravljenja.

2 SODELOVANJE BOLNIKOV V PROCESU ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI

2.1 OVIRE IN PROBLEMI V PROCESU ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI PRI STAROSTNIKI

Nevrološka obolenja, zlasti možganska kap, demenca in Parkinsonova bolezen so večinoma bolezni starejših, kjer predstavlja varna, učinkovita in ustrezna farmakoterapija eden od največjih izzivov pri zdravljenju z zdravili. Na to pomembno vpliva tudi s starostjo spremenjeno sodelovanje v procesu zdravljenja z zdravili, kjer se kot največje ovire pokažejo (4):

- pomanjkljivo razumevanje starostnika ali njegova napačna razlaga navodil,
- starostno poslabšanje kognitivnih sposobnosti, pešanje vida, sluha, ročnih spretnosti,
- prezahteven način uporabe zdravila,
- jemanje zdravil moti dnevne aktivnosti,
- pomanjkljivo razumevanje pomena zdravljenja z zdravili in izidov zdravljenja tako pri starostnikih kot pri njihovih svojcih oziroma skrbnikih
- včasih tudi nezaupanje, dvom v zdravilo in njegovo delovanje ter dvom o tem, ali je zdravilo sploh potrebno,
- sočasna uporaba več zdravil, tudi zdravil brez recepta in drugih izdelkov,
- nastop neželenih učinkov zdravil,
- dolgotrajno zdravljenje,
- nezadovoljstvo in nezaupanje z zdravnikom ali farmacevtom,
- neustrezno signiranje zdravil.

Nepravilna in nevarna uporaba se lahko pokaže s številnimi drugimi z uporabo zdravil povezanimi problemi, ki preprečujejo optimalni terapevtski učinek: prevelik ali premajhen terapevtski odmerek, nezdravljena indikacija in/ali uporaba zdravila z neutemeljeno indikacijo, nepravilna izbira zdravila, neuporaba predpisanih zdravil, interakcije (med zdravili, med zdravilom in boleznijo, med zdravilom in hrano ter drugimi izdelki za ohranjanje zdravja), neželeni učinek zdravila (5).

Raziskava o navadah slovenskih starostnikov pri uporabi zdravil (6), izvedena v javnih lekarnah, je pokazala, da starostniki pri svojih zdravilih relativno dobro poznajo namen uporabe, odmerek zdravila, način uporabe ter čas zdravljenja. Manj poznajo neželene učinke zdravil in medsebojna delovanja, o čemer pa si želijo več svetovanja v lekarni. Ugotovitve se ujemajo z rezultati raziskave o zadovoljstvu pacientov z lekarniškimi storitvami, saj so med relativno slabše postavke sodile tiste, ki naslavljajo svetovanja farmacevta o neželenih učinkih, interakcijah in kontraindikacijah (7). Raziskava je tudi pokazala, da imajo slovenski starostniki navado, da poleg zdravil, izdanih na recept, pogosto (67,8 %) uporabljajo še druge izdelke za ohranjanje in varovanje zdravja (6).

2.2 ZAVZETOST ZA ZDRAVLJENJE PRI BOLNIKI PO MOŽGANSKI KAPI

Bolnik po možganski kapi prejema zdravila iz treh skupin: antihipertenzive, antitrombotična oziroma antikoagulacijska zdravila ter zdravila za zdravljenje dislipidemij. Poleg tega imajo v terapiji pogosto še druga zdravila za nevropsihiatrične posledice možganske kapi in ostale bolezni, značilne za starostnike.

Glavno bariero pri optimalni sekundarni preventivi po možganski kapi predstavlja prenehanje jemanja zdravil (8). Raziskava na Švedskem je ugotovila, da je delež pacientov po možganski kapi, ki po dveh letih še uporablja v bolnišnici predpisana zdravila 74,2 % pri antihipertenzivih, 56,1 % pri statinih, 63,7 % pri antiagregacijskih zdravilih in 45,0 % pri varfarinu (8). Kljub prepoznanim koristim za pacienta, podatki za Avstralijo kažejo, da 21 % pacientov po kapi ne jemlje antitrombotikov (8).

Zavzetost za zdravljenje z zdravili lahko spodbujamo z različnimi intervencijami, kot so opomniki, sodelovanje družinskih članov, telefonsko spremljanje, vnaprejšnja priprava v dnevne ali tedenske odmernike za zdravila ter z informacijami in izobraževanjem v bolnišnici, lekarni in lokalnem

okolju, zlasti z vključevanjem bolnikov in svojcev v društva bolnikov (8).

3 PRIKAZ PRIMERA

Svojci bolnice, rojene 1936, so v lekarni izrazil skrb zaradi velikega števila zdravil, ki jih jemlje njihova mama. Po možganski kapi ima vse več zdravil. Menijo, da nima posebnih težav, povezanih z zdravili, skrbi jih le veliko število zdravil. Zanimalo jih je, ali predlagamo kakšne spremembe v terapiji, predvsem bi želeli zmanjšati število zdravil.

Terapija:

dipiridamol 200 mg / acetilsalicilna kislina (ASK) 25 mg; 1 tableto zjutraj in 1 tableto zvečer
atorvastatin 10 mg; 1 tableto zvečer
lacidipin 4 mg; 1 tableto zjutraj
sulpirid 50 mg; 1 tableto zvečer
zolidem 10 mg; 1 tableto zvečer po potrebi
trazodon 150 mg; 1/3 tablete zjutraj
rivastigmin 9,5 mg /24 h; 1 obliž na dan
ibandronska kislina 150 mg; 1 tableto mesečno
holekalciferol 4000 ie/ml; 35 kapljic enkrat tedensko
paracetamol 500 mg; trikrat na dan 1-2 tableti po potrebi
pantoprazol 40 mg; 1 tableto zjutraj

4 SVETOVANJE BOLNIKU IN NJIHOVIM SVOJCEM

Pri svetovanju je potrebno poudariti, da je osnovni namen zdravljenja po možganski kapi nadzor in zdravljenje dejavnikov tveganja žilnega izvora ter s tem preprečitev ponovitve možganske kapi in zmanjšanje umrljivosti, zdravljenje zapletov in tudi izboljšanje funkcionalnega stanja. Zdravljenje vključuje spremembo življenjskega sloga in redno jemanje zdravil (3, 8).

4.1 ZDRAVLJENJE DEJAVNIKOV TVEGANJA

4.1.1 Visok krvni tlak

Bolnika in svojce je potrebno opomniti, da je urejenost krvnega tlaka posledica zdravljenja z zdravili, zato antihi-

pertenzivnega zdravljenja z zdravili bolnik ne sme opustiti. Raziskave kažejo, da se pojavnost vnovične možganske kapi zmanjša ob znižanju krvnega tlaka. Arterijska hipertenzija je glavni dejavnik tveganja za pojav možganskega infarkta in znotraj možganske krvavitve. Po drugi strani ustrezen nadzor hipertenzije dokazano zmanjša pojavnost možganske kapi. Arterijska hipertenzija je verjetno najmočnejši dejavnik za nastanek vaskularne demence. Dokazali so, da antihipertenzivno zdravljenje zmanjšuje pojavnost vaskularne demence (3, 8, 9).

Priporočajo se redne kontrole krvnega tlaka in zniževanje krvnega tlaka po akutnem obdobju možganske kapi, vključno pri bolnikih z normalno vrednostjo krvnega tlaka (razen pri simptomatski hipotenziji). Po akutnem obdobju možganske kapi z zdravili počasi znižujemo krvni tlak do ciljnih vrednosti, prilagojenih bolniku. Ugotovili so, da se pojavnost vnovičnega možgansko žilnega ishemičnega dogodka zmanjša, kadar krvni tlak zmanjšamo za 10/5 mmHg, pri čemer so normalni krvni tlak definirali kot 120/80 mmHg. Ob upoštevanju ugotovitev raziskav bi v sekundarni preventivi verjetno morali dati prednost zavihalem angiotenzinske konvertaze, samostojno ali v kombinaciji z diuretiki (3, 8, 9).

Bolnik naj bo seznanjen z glavnimi neželenimi učinki posameznih antihipertenzivov.

K znižanju krvnega tlaka prispeva tudi sprememba življenjskega sloga, ki vključuje dieto in fizično aktivnost, samostojno ali v kombinaciji z zdravili, zato bolnika spodbujamo k tej spremembi.

4.1.2 Antitrombotično in antikoagulacijsko zdravljenje

Raziskave na bolnikih, ki so že utrpeli ishemično možgansko kap, kažejo, da antitrombotično zdravljenje signifikantno zniža tveganje za vnovični možgansko-žilni dogodek (3, 8, 10).

Bolnik naj bo seznanjen, da so glavni neželeni učinki antitrombotičnih zdravil glavobol (zlasti na začetku), omotica, želodčne težave, kot so bolečina v žilici, siljenje na bruhanje, bolečina v trebuhu, krvavitve iz nosu ali v prebavilih in preobčutljivostne reakcije. Najnevarnejši neželeni učinki so povezani s povečanim tveganjem za krvavitve, toda koristi prevladajo nad tem tveganjem. Bolnik naj bo bolj pozoren na znake podkožnih krvavitev, kot so na primer podplutbe. Če opazi temno blato ali kri v blatu, lahko gre za razjede v



prebavilih oziroma krvavitve v prebavilih zaradi uživanja teh zdravil, zato naj o tem takoj obvesti svojega zdravnika. Možne so tudi očesne in druge krvavitve.

Za zmanjšanje nevarnosti neželenih učinkov na prebavila naj bolnik za lajšanje bolečine ali revmatičnega vnetja ne uživa nesteroidnih antirevmatikov, tudi tistih dosegljivih brez recepta. Sočasno bolnik ne sme vzeti analgetičnih odmerkov acetilsalicilne kisline. Za zmanjšanje nevarnosti neželenih učinkov na prebavila naj sočasno ne uživa večjih količin alkohola (11).

V začetku zdravljenje s kombinacijo ASK/dipiridamol se lahko pojavijo nevzdržni glavoboli. V tem primeru se lahko zdravljenje spremeni tako, da se jemlje eno trdo kapsulo s prirejenim sproščanjem pred spanjem in majhen odmerek acetilsalicilne kisline naslednje jutro. Ko med nadaljevanjem zdravljenja glavoboli postanejo manj pogostni, ponavadi po enem tednu, se ponovno preide na običajno jemanje zdravila, to je dvakrat na dan 1 kapsulo zdravila s kombinacijo ASK/dipiridamol (11).

4.1.3 Obravnava dislipidemije

Bolniki so poleg možnosti ponovnega možgansko-žilnega dogodka ogroženi tudi zaradi drugih srčno-žilnih dogodkov, vključno s srčnim infarktom. Dislipidemija ima glede na vzrok v ozadju lahko v patogenezi možganske kapi različne vloge. Zdravljenje s statini naj se uporabljajo pri vseh bolnikih z IMK ali TIA, ne glede na raven serumskega holesterola (3, 8). Slovenske smernice za obravnavo dislipidemije priporočajo zdravljenje s statini pri osebah z veliko celokupno absolutno ogroženostjo, pri bolnikih z drugimi izraženimi oblikami bolezni srca in ožilja ter bolnikih z anamnezo nekardioembolične ishemične možganske kapi ali TIA (12).

Statin naj bolnik vzame vedno ob istem času, katerikoli del dneva ali zvečer, odvisno od farmakokinetičnih lastnosti učinkovin. Glede na kratko razpolovno dobo se svetuje jemanje lovastatina, simvastatina, fluvastatina zvečer; pri tem je za posamezno zdravilo potrebno upoštevati tudi vpliv farmacevtske oblike zdravila. Bolnik naj bo seznanjen, da se lahko pojavijo slabost s siljenjem na bruhanje, zaprtje, vetrovi, prebavne težave, driska ter bolečine v sklepih, mišicah in v hrbtu - če ob tem nastopi splošno slabo počutje ali povišana telesna temperatura, naj se obrne na zdravnika (11). Opustitev zdravljenja s statini po akutni fazi IMK je lahko povezana s povečanim tveganjem za smrt (3, 8).

4.2 NADZOR GLIKEMIJE

Priporočljivo je redno spremljanje glukoze v krvi ter sprememba življenjskega sloga in zdravljenje sladkorne bolezni z zdravili, ki jih izberemo individualno glede na smernice za zdravljenje sladkorne bolezni (8).

4.3 ZDRAVLJENJE NEVROPSIHIATRIČNIH POSLEDIC MOŽGANSKE KAPI

4.3.1 Depresija

Bolniki in svojci morajo biti pozorni na znake depresije po možganski kapi. Čimprejšnja prepoznavna depresije pri bolnikih po možganski kapi, zdravljenje in spremljanje le-te izboljša razpoloženje ter pripomore k boljšemu funkcijskemu izidu in uspehu rehabilitacije. Glavne značilnosti so: stalna žalost, občutek brezvoljnosti, ničvrednosti, nebogljenosti, občutek krivde, izguba motivacije, zanimanje za prejšnje aktivnosti, nagnjenost k samomorilnosti. Depresija po možganski kapi je pogostejša pri tistih, ki so motorično prizadeti. Bolniki z motnjami govora težje opišejo svoje razpoloženje. Ker starejši tudi sicer težje pokažejo žalost, je več možnosti, da se očitna depresija spregleda. Rezultati populacijskih študij kažejo, da je depresija po možganski kapi zelo pogosta neprepoznana. Pogoste so tudi težave pri diagnosticiranju (3, 8, 13).

Depresijo po možganski kapi je potrebno zdraviti z zdravili in sicer z antidepresivi. Bolniku naj se svetuje redno jemanje in upoštevanje priporočenega časa zdravljenja, ki pa naj ne bo krajši od 2 let. Pri izbiri antidepresiva se upošteva lastnosti posameznika, kakršne so druge spremljajoče bolezni, uporaba ostalih zdravil in značilnosti depresije. Ugotovili so, da ni dokazov, da bi bil kateri od antidepresivov bolj učinkovit kot drugi. Najpogosteje se uporabljajo antidepresivi, ki zavirajo ponovni prevzem serotonina (SSRI-

ALI STE VEDELI?

- Koncept »Čas so možgani« možgansko kap uvršča med medicinska urgentna stanja.
- Razlika med prehodnim ishemičnim napadom (TIA) in ishemično možgansko kapjo (IMK) zadnja leta ni več tako pomembna, ker so mnogi preventivni ukrepi namenjeni obema.
- Pravilna in pravočasna diagnoza ter sekundarna preventiva pomembno zmanjšata umrljivost ter telesno in kognitivno oviranost zaradi vnovičnega ishemičnega možganskega dogodka.

selective serotonin reuptake inhibitors) in triciklični antidepressivi (TCA), vendar upoštevajoč manjše neželene učinke priporočajo SSRI antidepressive. Dokazano izboljšajo zmanjšane kognitivne in funkcionalne sposobnosti pri bolnikih z depresijo po možganski kapi. Rutinska preventivna terapija z antidepressivi pri bolnikih z depresijo po možganski kapi se ne priporoča. Uporabljajo se lahko tudi podporne terapije (3, 8, 13).

Pri sočasni uporabi SSRI in drugih zdravil, ki lahko povečajo tveganje za krvavitve (peroralni antitrombotiki, acetylsalicilna kislina, nesteroidna protivnetna zdravila), kot tudi pri bolnikih, ki imajo v anamnezi motnje hemostaze ali bolezni, ki so lahko predispozicija za krvavitve, je potrebna večja previdnost. Pri SSRI so poročali o kožnih krvavitvah, kot so ekhimoze (krvavitev v koži ali sluznicah) in purpura (rdečkasto obarvane drobne lise in pike na koži, ki nastanejo zaradi majhnih krvavitev v koži ali podkožju in prosevajo skozi podkožnico). Pri starejših je tveganje lahko večje (11, 13). Antitrombotični učinek je posledica znižanega nivoja serotonina v trombocitih, saj ga trombociti sami ne morejo sintetizirati (14). Raziskave sicer potrjujejo tudi antitrombotični učinek in zaščitno endoteljsko funkcijo SSRI (13).

4.3.1.2 Samozdravljenje depresije

V primeru nastopa znakov in simptomov depresije po možganski kapi, je smiselno bolnika napotiti k zdravniku, da oceni resnost bolezni.

Pripravki iz šentjanževke so primerni za samozdravljenje blažjih oblik. Zaradi svoje učinkovitosti so pomembna in tudi v laični javnosti poznana zdravila za zdravljenje depresij. Ker bolnik po možganski kapi jemlje večje število zdravil, je svetovanje šentjanževke manj primerno tudi zaradi možnih interakcij (15, 16). Z vidika varnosti uporabe izvlečka šentjanževke je zaradi indukcije nastajanje encimov iz skupine citokromov P450 ter transmembranskega prenašalca glikoproteina P potrebno upoštevati možne interakcije z zdravili, ki se presnavljajo s citokromi P450 (zlasti z izoformo CYP3A4, manj z izoformo CYP2E1, ne pa z izoformo CYP1A2 in CYP2D6) ali prenašajo z glikoproteinom P. Za indukcijo je odgovoren hiperforin. Aktivnost encimov se povrne na normalno raven v 1 tednu po prenehanju jemanja šentjanževke (15).

Za učinek je zelo pomemben zadosten odmerek suhega izvlečka, ki mora znašati vsaj 300 mg metanolnega ali etanolnega izvlečka dnevno. Učinek nastopi v približno 14

dneh rednega jemanja (16). Pri večjih odmerkih, katerih učinkovitost za zdravljenje blagih do zmernih depresivnih epizod je dokazana z množico kliničnih študij, se zdravil s šentjanževko ne sme uporabljati hkrati z imunosupresivi, terapijo HIV, irinotekanom in varfarinom. Pri nižjih odmerkih zdravil, ki se uporabljajo za lajšanje blažjih simptomov, nevarnosti interakcije niso klinično pomembne. Možnost interakcij obstaja tudi z nekaterimi statini (simvastatin, lovastatin, cerivastatin in atorvastatin), ki se presnavljajo s citokromom P450 3A4, ne pa s pravastatinom, ki se ne presnavlja z encimi, ki jih šentjanževka inducira. Če pripravke iz šentjanževke dajemo skupaj s SSRI (sertralin, paroksetin) ali zaviralci privzema serotonina in noradrenalina - SNRI (nefazodon), lahko pride do serotoninskega sindroma (15, 16).

4.3.2 Demenca

Možganske kapi so drugi ali tretji najpogostejši vzrok demenc (3, 8, 17). V nasprotju z Alzheimerjevo boleznijo nastane nenadoma, praviloma je potek odvisen od ponovnih možganskih kapi (17).

Kakovost obravnave in skrbi za bolnika je optimalna, kadar se diagnoza postavi v obdobju blagega kognitivnega upada, kjer zdravljenje poteka simptomatsko in preventivno. Pri demencah zaradi možgansko žilnih bolezni je ključnega pomena preventivno zdravljenje (17). Za simptomatsko zdravljenje kognitivnega upada sta na voljo dve skupini zdravil: zaviralci encima acetilholinesteraze (zaviralci AChE) in antagonist glutamatnih N-metil D-aspartat (NMDA) receptorjev. Zdravljenje z zaviralci AChE se prične takoj ob potrditvi diagnoze demence. Vsi zaviralci AChE so se izkazali za pogosto učinkovite v različnih obdobjih Alzheimerjeve bolezni. Dodatno raziskave potrjujejo učinkovitost donepezila pri demencah zaradi možgansko-žilnih bolezni. Antagoniste NMDA se uvede v srednjem ali poznejšem obdobju bolezni, lahko tudi kot dodatek inhibitorju AChE. Podobno kot zaviralci AChE so učinkoviti pri simptomatskem zdravljenju vedenjskih motenj (17).

4.3.2.1 Samozdravljenje motenj spomina

V primeru nastopa znakov demence je smiselno bolnika napotiti k zdravniku, da oceni resnost bolezni.

Zdravilo z izvlečkom ginka je namenjen samozdravljenju blage do zmerne demence vseh vrst (pri primarni degenerativni demenci, žilni demenci ali mešani obliki) in dopolnilnemu zdravljenju pojemanju spomina in intelektualnih sposobnosti, ne-razpoloženja in občutka strahu, vrtogla-

vice, šumenja v ušesih, glavobol, motenj spanja ter pri četnih motnjah prekrvavitve okončin (11, 16). Priporočen dnevni odmerek standardiziranega suhega izvlečka listov ginka za samozdravljenje kognitivnih motenj je 120 do 240 mg, razdeljeno na dva ali tri odmerke. Učinki so vidni šele po daljšem, vsaj dvomesečnem jemanju. Pri blagi demenci naj bi ga bolniki jemali vsaj 8 tednov. Če po treh mesecih ni izboljšanja, daljše jemanje ni smiselno. V raziskavah so ugotovili, da so se bolniki z Alzheimerjevo boleznijo bolje odzvali na zdravljenje z ginkom kot tisti z vaskularno demenco.

Z vidika varnosti je potrebno upoštevati, da učinkovine v ginku zmanjšajo strjevanje krvi, zato ga ni priporočljivo uživati skupaj z antiagregacijskimi zdravili in antikoagulanti (11, 16). Rezultati raziskav o tem vplivu niso enotni, zato moramo na možnost krvavitve bolnike opozoriti zgolj zaradi previdnosti (16).

4.3.3 Anksioznost, nespečnost in psihoze

Depresijo pogosto spremljajo še ostali psihiatrični simptomi, kot je na primer tesnoba (anksioznost), ki je pogosta spremljevalka pri bolnikih po možganski kapi. Pogosto je spregledana. Zanj so značilni občutki strahu, skrbi skupaj s telesnimi simptomi, kar povzroči bolnikovo slabše sodelovanje v terapiji in rehabilitaciji. V prvem tednu po kapi so simptomi anksioznih motenj celo pogostejši od depresivnih simptomov (3, 8).

Anksiolitiki lahko uspešno blažijo simptome, vendar se po daljši uporabi razvije toleranca, kar pomeni, da niso več učinkoviti. Poleg tega se lahko razvije odvisnost. Prednost pri zdravljenju imajo antidepresivi iz skupine SSRI in SNRI. Priporoča se uporaba benzodiazepinov s kratko razpolovno dobo in brez aktivnih metabolitov. Uporaba benzodiazepinov naj se omejuje na kratko obdobje (17).

Za odpravljanje nespečnosti je pomembno, da se demenntni bolniki držijo strogih navodil higiene spanja: imajo reden urnik spanja in budnosti, se izogibajo hrupu zvečer, ne pijejo alkohola, kave in poživljajočih pijač že v popoldanskem času (18).

Antipsihotike uporabljamo le pri jasno opredeljenih psihiatričnih stanjih (halucinacije, blodnje). Lahko jih uporabljamo tudi pri izrazitem agresivnem vedenju in kot druga izbira pri vznemirjenosti in anksioznosti, vendar le potem, ko smo izkoristili tudi vse nemedikamentne možnosti. Po uvedbi antipsihotika večkrat preverjamo, kdaj je mogoče antipsihotik opustiti ali odmerke zmanjšati. Antipsihotiki so povezani z večjo smrtnostjo pri bolnikih z demenco (17).

Bolnica ima tudi težave z nespečnostjo – v ta namen ima predpisan zolpidem. Vzame naj ga tik pred spanjem, pri čemer mora imeti zagotovljenih vsaj 7 do 8 ur časa za spanje. Zlasti pri starejših bolnikih je večje tveganje, da ponoči pri vstajanju padejo ter si posledično zlomijo kolk (11). Upošteva naj navodila o higieni spanja.

4.4 POVEČANO TVEGANJE ZA ZLOM ALI PONOVEN ZLOM KOSTI

Bolniku in svojem je potrebno obrazložiti namen zdravljenja z bisfosfonati in vitaminom D v primeru povečanega tveganja za zlom ali preprečevanja ponovnega zloma kosti. Padci so pogosti (do 25%) po možganski kapi v akutni fazi, v času rehabilitacije in nadaljnega življenja. Dodatni dejavniki tveganja za padce so kognitivne spremembe, depresija, polifarmakoterapija in zmanjšana čutna zaznava. Multidisciplinarni pristop k preventivi padca se je izkazal kot učinkovit v fazi rehabilitacije. Znani so podatki o 5 % incidenci padcev z zlomom kosti, ki so povezani s slabim izidom zdravljenja. Telovadba, kalcijevi nadomestki in bisfosfonati krepijo kosti ter zmanjšujejo verjetnost zlomov pri bolnikih po možganski kapi. Dodatek kalcija in vitamina D je priporočen v primeru povečanega tveganja za zlom. Bisfosfonati (alendronat, etidronat in risedronat) so priporočeni pri bolnicah, ki so že utrpel zlom (3).

4.5 DOPOLNJEVANJE PREHRANE Z VITAMINI IN MINERALI

Smernice uživanje prehranskih dopolnil priporočajo le pri bolnikih po možganski kapi, ki nimajo težav s požiranjem in so neustrezno prehranjeni. V splošnem pa odsvetujejo uživanje prehranskih dopolnil z vitamini in minerali (3).

Ugotovljeno je, da beta karoten poveča tveganje za kardiovaskularno smrt v primarni in sekundarni preventivi. Prehranska dopolnila z vitaminom E ne preprečijo žilnega dogodka. V maščobi topni vitamini lahko povečajo smrtnost. Vitamini (folna kislina, B12, B6), ki znižajo homocistein, ne zmanjšajo tveganja za ponovno kap in lahko povečajo tveganje za žilne dogodke (3).

5 MNENJE O TERAPIJI ZA OSEBNEGA ZDRAVNIKA

Terapijo smo pregledali s pomočjo povzetkov temeljnih značilnosti zdravil (11) in podatkovne baze Lexi-comp (19).

Pri tem so izstopale tri potencialno nevarne interakcije: sulpirid – ibandronat, sulpirid – zolpidem in sulpirid – trazodon, jemanje zolpidema v odmerku 10 mg pri starejši bolnici ter odmerek inhibitorja protonske črpalke.

Predlagani ukrepi:

- jemanje trazodona zvečer, zvišanje odmerka trazodona na 100 mg na dan in jemanje le zvečer ali kot dvakrat na dan 50 mg

Bolnica prejema trazodon v nizkem odmerku. Glede na sedativno delovanje bi bilo bolj smiselno, da bolnica to zdravilo vzame zvečer in po potrebi povečanje odmerka trazodona (na primer 100 mg zvečer ali dvakrat na dan 50 mg). S tem mogoče bolnici ne bi bilo potrebno vzeti zolpidema ali pa vsaj v nižjih odmerkih.

- preveriti nujnost nadaljevanja zdravljenja s sulpiridom in preveriti možnost ukinitve sulpirida ob titraciji odmerka trazodona in jemanju trazodona zvečer

Bolnica zvečer uporablja nizek odmerek sulpirida (50 mg). Ob tem odmerku (od 50 do 150 mg na dan) je izraženo zlasti antidepresivno in anksiolitično delovanje, zato naj se preveri nujnost nadaljevanja zdravljenja s sulpiridom in preveri možnost ukinitve ob titraciji odmerka trazodona in jemanju trazodona zvečer. Z ukinitvijo sulpirida se izognemo tudi tveganju za nastop podaljšanega intervala QTc, zaradi sočasnega jemanja sulpirida, trazodona in ibandronata. Sicer gre za nizke odmerke sulpirida, vendar bi bilo vseeno smiselno oceniti to tveganje z meritvijo EKG. Sulpirid je smiselno ukiniti tudi zaradi sočasne demence, saj atipični in drugi antipsihotiki povečajo tveganje za možgansko-žilne dogodke.

- ukinitve zolpidema ali vsaj znižanje na 5 mg na dan

Starejši ali slabotnejši bolniki ter bolniki z okvarjenim delovanjem jeter so za delovanje zolpidema še posebej občutljivi, zato se priporoča 5 mg odmerka zdravila. Ta odmerek se lahko zveča na 10 mg le, če učinek ni zadovoljiv in če je bolnik razvil toleranco za zdravilo (20). Pri starejših bolnikih je večje tveganje, da ponoči pri vstajanju padejo ter si posledično zlomijo kolk. Benzodiazepinska uspavala pri demenčnih bolnikih niso primerna, saj poslabšajo kognitivni upad in motnje dihanja med spanjem ter posledično vodijo v prekomerno dnevno zaspanost (18).

- ocena odmerka inhibitorja protonske črpalke

Bolnica ima v terapiji tudi inhibitor protonske črpalke. Glede na indikacijo za inhibitor protonske črpalke, trajanje zdravljenja z njim, znake in simptome težav ter povečano tveganje za zlom, zlati če jih uporabljamo v velikih odmerkih in dolgo časa (več kot eno leto), predvsem pri starejših ali če obstajajo drugi znani dejavniki tveganja, svetujemo

oceno potrebnega odmerka zdravljenja z inhibitorjem protonske črpalke (11).

6 ZAKLJUČEK

Dobro sodelovanje med bolnikom in njegovimi svojci, osebnim zdravnikom, specialisti posameznih strok ter farmacevtom lahko pomembno prispeva k zmanjševanju bremena možganske kapi tako za pacienta kot za svojce in zdravstveni sistem. Klinične smernice za rehabilitacijo bolnikov po preboleli možganski kapi, (21) priporočajo, naj bi bili rehabilitacijski postopki, nujni za celovito rehabilitacijsko obravnavo po možganski kapi zagotovljeni v akutni bolnišnici, na oddelkih za podaljšano bolnišnično zdravljenje, na rehabilitacijskih oddelkih, v ambulantnih rehabilitacijskih službah, patronažni službi in povsod drugod, kjer obravnavajo bolnike po možganski kapi. Priporoča se, naj bi rehabilitacijo izvajal specializirani multidisciplinarni tim zdravstvenih strokovnjakov, sestavljen iz zdravnika, medicinske sestre, fizioterapevta, delovnega terapevta, logopeda, kliničnega psihologa in socialnega delavca, ki so posebej usposobljeni za delo z bolniki po možganski kapi. Ker rehabilitacija vključuje tudi zdravljenje z zdravili v domačem okolju, bi bilo potrebno v tim zdravstvenih strokovnjakov vključiti tudi farmacevta iz zunanje lekarne. V domačem okolju lahko nastopijo težave zaradi uporabe zdravil, dvomi v nujnost zdravljenja s številnimi zdravili, lahko so vključena nova zdravila ali se bolnik odloči za uporabo zdravil, primerenih za samozdravljenje. Pri tem imajo pomembno vlogo tudi svojci oziroma skrbniki bolnika.

7 LITERATURA

1. *PGEU policy statement: Targeting adherence*, PGEU, May 2008: 1-36.
2. Hribovšek T. et al. *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2012*, IVZ, 2013; 14: 35-44.
3. *The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008*. Pridobljeno iz spletne strani: http://www.congrew-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Original_english.pdf. Dostopano: 20.1.2014.



4. Merck manual of geriatrics, Chapter 10, Pharmacy. www.merck.com. Dostopano: 20.12.2014.
5. Premuš Marušič A. Polipragmazija in predpisovanje zdravil starostnikom. *Recept* 2010; 8(1): 87-89.
6. Pisk N. Navade slovenskih starostnikov pri uporabi zdravil. *Farm vestn* 2010; 61: 213 – 219.
7. Horvat N., Kos M. Zadovoljstvo pacientov z lekarniškimi storitvami. *Farm Vestn* 2009; 60:135-140.
8. Clinical Guidelines for stroke management 2010. Pridobljeno iz spletne strani: <http://strokefoundation.com.au>. Dostopano: 20.12.2014
9. Žvan B., Dobovišek J. Nadzor krvnega tlaka pri možganskožilnih posledicah hipertenzije. *Arterijska hipertenzija (Elektonski vir)/urednik Rok Accetto – 7. razširjena in dopolnjena izd. – El. Knjiga – Ljubljana. Lek* 2014. Pridobljeno iz spletne strani: <http://vademekum.lek.si/e-hipertenzija/>. Dostopano: 20.12.2014.
10. Summary of evidence-based guideline update: Prevention of stroke in nonvalvular atrial fibrillation: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Pridobljeno iz spletne strani: <http://www.neurology.org/content/82/8/716.full.html>. Dostopano: 20.12.2014.
11. Povzetki glavnih značilnosti zdravil. Centralna baza zdravil. Pridobljeno iz spletne strani: www.cbz.si. EMA. Pridobljeno iz spletne strani <http://www.ema.europa.eu>. Dostopano: 20.12.2014.
12. Smernice za obravnavo dislipidemij – slovenski prevod in prilagoditev smernic Evropskega združenja za kardiologijo in Evropskega združenja proti aterosklerozi. *Slovenska kardiologija*. November 2012, Letnik IX, številka 2. 18-32, 45-46.
13. Vogrin Hudopisk K. Depresija pri bolnikih po možganski kapi: Ocenjevalne lestvice in vpliv na izid rehabilitacije. *Rehabilitacija – letn. IX, št. 2* (2010): 53 – 59.
14. M. Šagud. Trombocitni serotonin, trombocitna monoaminooksidaza i serumski lipidi u dijagnostici i liječenju poremećaja raspoloženja. *Doktorska disertacija*. 2007. Pridobljeno iz spletne strani <http://medlib.meb.hr/345/1/sagud.pdf>. Dostopano 9.8.2014.
15. Kreft S. Varni in učinkoviti: nova spoznanja o izvlečkih šentjanževke (*Hypericum perforatum*). *Farm Vestn* 2014; 65: 349-353.
16. Kreft S. et al. Sodobna fitoterapija: z dokazi podprta uporaba zdravilnih rastlin. *Ljubljana Slovensko farmacevtsko društvo*, 2013: 50 – 64.
17. Darovec J. et al. Smernice za obravnavo bolnikov z demenco. *Zdrav vestn* 2014; 83:497-504.
18. Dolenc Grošelj L. Motnje spomina in motnje spanja pri starostnikih. *Farm vestn* 2008; 59: 64 – 66.
19. Podatkovna baza Lexi-comp Online. <https://online.lexi.com/>. Dostopano 17.10.2014.
20. JAZMP - sporočilo za javnost: Nova priporočila pri uporabi zdravil, ki vsebujejo zolpidem. Pridobljeno iz spletne strani http://www.jazmp.si/fileadmin/datoteke/dokumenti/SRZH/Sporo_cila_za_javnost/Objava20140319_Zolpidem.pdf. Dostopano: 17.10.2014.
21. Goljar N. Klinične smernice za rehabilitacijo bolnikov po preboleli možganski kapi. *Rehabilitacija – letn. XIII, supl. 1* (2014): 12 – 18.