

SYSTEMATYCZNOŚĆ I WYTRWAŁOŚĆ W ZAŻYWANIU LEKÓW W TRAKCIE WIELOLETNIEGO LECZENIA OSTEOPOROZY

**I Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz
XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej
Fundacji Osteoporozy, Kraków 6-8.10.2005**

Streszczenia:

Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005, vol 7 (Suppl. 1),
s105-106.

L42

**SYSTEMATYCZNOŚĆ I WYTRWAŁOŚĆ W ZAŻYWANIU LEKÓW W TRAKCIE
WIELOLETNIEGO LECZENIA OSTEOPOROZY**

Edward Franek

Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii CSK MSWiA,
Warszawa

Słowa kluczowe: osteoporoza, wytrwałość i systematyczność
leczenia

Wprowadzenie do praktyki klinicznej badań densytometrycznych, pozwalających na wczesne rozpoznanie choroby, spowodowało znaczny wzrost częstości jej rozpoznawania. Fakt ten oraz wzrost średniej długości życia powoduje, że u wielu kobiet trzeba się liczyć z długoterminowym, planowanym na wiele lat leczeniem tej choroby. Z takim wieloletnim leczeniem wiąże się wiele problemów i pytań: Jak długo można leczyć osteoporozę? Czy długotrwałe leczenie jest skuteczne? Jak zdefiniować sukces leczenia, a jak porażkę? Jakie mogą być niebezpieczeństwa związane z długoterminowym leczeniem i co zrobić, żeby je zmniejszyć?

Jak dotąd najdłuższe opublikowane okresy leczenia chorych wynoszą 7-10 lat. Wydaje się, że nawet po 7 latach leki przeciwosteoporotyczne powodują zmniejszenie resorpcji kostnej i aktywnie chronią przed wystąpieniem złamań. Jednakże w praktyce trudno jest czasem zdefiniować skuteczność i nieskuteczność leczenia. O jego nieskuteczności świadczyć może brak reakcji markerów obrotu kostnego na leczenie, zmniejszanie się BMD w trakcie leczenia, a przede wszystkim wystąpienie złamania. Trudniej jest ocenić, czy niewystępowanie złamań świadczy o skuteczności leczenia, czy też chora i tak, nawet mimo braku leczenia, nie doznałaby złamania.

Długotrwałe leczenie osteoporozy niesie za sobą wiele potencjalnych niebezpieczeństw. Jednym z nich jest zwiększająca się z upływem czasu częstość reakcji niepożądanych na leki. Mimo pewnych różnic metodologicznych, a także faktu, że nie zawsze wszystkie dane są uwzględniane w publikacjach, na podstawie opublikowanych badań wydaje się, że częstość objawów niepożądanych wzrasta wraz ze wzrostem długości okresu leczenia. Objawy niepożądane są główną przyczyną zarówno niesystematyczności (non-compliance), jak i braku wytrwałości (non-persistence) w zażywaniu leków przeciwosteoporotycznych.

W praktyce klinicznej natomiast łatwiej można ocenić częstość zmian leków. Podobnie jak w badaniach klinicznych, najczęstszą ich przyczyną są objawy niepożądane, drugą z kolei (przynajmniej w warunkach polskich) koszt leczenia.

Zarówno w badaniach klinicznych, jak i w praktyce, brak systematyczności i wytrwałości w zażywaniu leków stanowi problem dotyczący dużej części leczonych na osteoporozę.

Wydaje się, że najlepszą jak do tej pory metodą poprawy systematyczności i wytrwałości w zażywaniu leków przeciwosteoporotycznych jest zmniejszenie częstości ich podawania. Nie zmniejsza ono co prawda znacząco liczby objawów niepożądanych, ale pozwala na znaczne złagodzenie niedogodności związanych z ich występowaniem. Inną metodą jest zastąpienie danego leku innym.

COMPLIANCE AND PERSISTENCE IN LONG-TERM OSTEOPOROSIS TREATMENT

Edward Franek

Dept of Internal Medicine and Endocrinology CSK MSWiA, Warsaw, Poland

Keywords: Osteoporosis, persistence, compliance

Introduction of densitometry into clinical practice allowed for much earlier and more frequent diagnosis of osteoporosis. This fact, combined with an increase of mean life time, resulted in many women in long-term, planned for many years, treatment of osteoporosis. This is connected with many questions and doubts. How long is osteoporosis to be treated? Is a long-term treatment effective? How to define treatment failure and how to define a success? What could be dangerous for long-treated patients and what to do to avoid these dangers?

Until now the longest published treatment periods for osteoporosis patients are 7-10 years. It seems that even after 7 years anti-osteoporotic drugs cause decrease of bone resorption and actively protect patients against osteoporotic fractures. However, in the practice it is hard to define when is the treatment effective and when ineffective. Non-efficacy may be defined as no or inadequate reaction of bone markers for treatment, decrease of BMD during treatment, and/or incident osteoporotic fracture. It is much more difficult, however, to assess whether the fact that no osteoporotic fractures occur mirrors the effectiveness of the therapy, or would the patient have no fracture even without any treatment. Long-term osteoporosis treatment is associated with potential dangers. One of them is increase of incidence and prevalence of drug adverse events during the treatment time. In spite of some methodological differences, and in spite of the fact, that not all data are to be found in published papers, it seems that the frequency of adverse events is the greater the longer is the time of the treatment. Drugs' adverse events are

the most frequent cause of non-compliance and non-persistence in osteoporosis patients.

In the clinical practice it is easier to assess a frequency of drugs' changes than persistence. However, similarly to clinical trials, the most frequent cause of drug changes are adverse events, the second frequent (at least in Poland) is the cost of the treatment.

In clinical trials as well as in the practice, non-compliance and non-persistence is a real problem with regard to many osteoporotic patients.

It seems that the best method to improve compliance and persistence is decrease of dosing frequency (increase of dose-to-dose interval). Such an action leads not to decrease of frequency of adverse events (at least in clinical trials) but allows alleviating the inconveniences connected with them. Another method is replacement of the drug with another substance.