

Współpraca z pacjentem w terapii nadciśnienia tętniczego

Compliance in the therapy of hypertension



WYWIADU UDZIELIŁ:

dr hab. n. med. Artur Mamcarz

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Redakcja „Chorób Serca i Naczyń”: Nadciśnienie tętnicze jest najczęściej rozpoznawaną chorobą układu sercowo-naczyniowego, a jednak wielu pacjentów nawet nie wie, że choruje. Na czym polega paradoks nadciśnienia tętniczego?

Prof. Artur Mamcarz: Rzeczywiście jest to jedna z najczęściej występujących chorób — na nadciśnienie tętnicze, jeśli uwzględnimy nie tylko wyniki badań NATPOL, ale także PolSenior, które dotyczą osób trochę starszych, choruje ponad 10 mln osób. Paradoks? Głównym problemem w kontekście rozpoznania, a także braku decyzji o terapii jest fakt, że nadciśnienie tętnicze nie daje żadnych objawów. W ogromnej większości przypadków pacjent, który ma nadciśnienie, dowiaduje się o tym przypadkowo, w czasie na przykład badań epidemiologicznych albo innego kontaktu z lekarzem, podczas różnego rodzaju akcji społecznych. W czasie Światowego czy Ogólnopolskiego Dnia Nadciśnienia Tętniczego ludzie są masowo pytani w ulicznych sondach, czy lub kiedy mierzono im ciśnienie, i okazuje się, że nie pamiętają kiedy, nie wiedzą. Zdarza się oczywiście, że pojawiają się objawy — ból głowy, krwawienie z nosa, wylew do oka. Czasami, niestety, pacjenci dowiadują się, że mają nadciśnienie, gdy trafiają do szpitala już z powodu powikłań tej choroby, na przykład z ostrym zespołem wieńcowym,

czyli z zawałem, albo z udarem. Kiedy w prosty sposób pytamy pacjentów, czy wysokie ciśnienie tętnicze jest ryzykowne dla zdrowia, to oczywiście mówią, że tak, że pewnie jest związane z wyższym ryzykiem udarów mózgu czy zawałów serca, ale raczej nie odnoszą tego do siebie. To jest właśnie główny paradoks — brak objawów i brak poczucia, że podwyższone ciśnienie przynosi jakieś straty, że wiąże się ze zwiększonym ryzykiem. Brak objawów, wrażenie braku „kary” wpływa również na to, że wielu pacjentów nie stosuje leków. Wynika to z przeświadczenia, że decyzję o włączeniu terapii nefarmakologicznej i farmakologicznej można odsunąć w czasie, bo perspektywa między rozpoznaniem choroby a konsekwencjami w postaci powikłań — udaru, zawału serca, przewlekłej choroby nerek i wielu innych narządowych powikłań — jest trudna do wyobrażenia. Tak właśnie możemy potraktować określony w pytaniu paradoks. Nadciśnienie jest z jednej strony chorobą bardzo częstą, łatwą do rozpoznania, bo poprzez zwykły pomiar ciśnienia, a z drugiej strony trochę w tej sytuacji lekceważoną.

ChSiN: Jak wyglądają najnowsze dane epidemiologiczne w Polsce, jeżeli chodzi o ten problem?

AM: Jeśli spojrzymy na ostatnie dane dotyczące częstości rozpowszechnienia głównych czynników

ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, to według danych z badania NATPOL z 2011 roku na nadciśnienie — definiowane jako ciśnienie większe lub równe 140/90 mm Hg — cierpi 32%, czyli 9,5 mln osób. Badanie NATPOL dotyczy osób do 80. roku życia, a po dołączeniu wyników badania PolSenior, obejmującego także osoby w wieku ponad 80 lat, liczba chorujących zwiększa się o kolejny niecały milion. W związku z tym trzeba przyjąć, że rzeczywista liczba osób, które mają podwyższone, nieprawidłowe ciśnienie, wynosi prawie 11 mln. To podstawowa informacja epidemiologiczna.

Kolejna informacja z badania NATPOL jest taka, że 30% analizowanej populacji ma nierozpoznane nadciśnienie — to znaczy 1/3 uczestniczących w badaniu dowiedziało się w czasie tego pomiaru, że ma nadciśnienie tętnicze. Jest pewna grupa, dość szczególna i specyficzna — nie do końca ją rozumiem — która ma rozpoznaną chorobę, wie o niej, ale z różnych powodów nigdy nie podjęła decyzji o terapii. Dotyczy to około 10% osób. Bardzo trudną grupę, aż 36% według tego badania, stanowią pacjenci, u których rozpoznano nadciśnienie, wdrożono terapię, ale leczono ich nieskutecznie. W badaniach epidemiologicznych nie ocenia się dokładnie, jakiego typu leczenie wdrożono, jaka jest rzetelność, sumienność utrzymywania się w terapii, w każdym razie te 35–36% ma rozpoznane i źle leczone nadciśnienie, co oznacza, że nie osiągamy wartości docelowych.

W końcu u 26%, czyli u 1/4 osób w badaniu NATPOL ciśnienie jest dobrze kontrolowane. To o tyle było przedmiotem dumy środowiska lekarskiego, hipertensjologów i lekarzy, którzy zajmują się tym problemem, że porównanie danych sprzed 10 lat z aktualnymi informacjami pokazało istotny wzrost skuteczności terapii. W 2002 roku tylko 12% było leczonych skutecznie, teraz ten odsetek jest ponad 2-krotnie wyższy. Jednak, patrząc obrazowo, wygląda to tak, jakby tylko jedna z czterech osób, przechodzących przez przejście dla pieszych, nie potknęła się albo nie przewróciła na śliskiej nawierzchni. Są kraje w Europie i na świecie, które osiągają większą skuteczność terapii. W związku z tym mamy powód do radości, aczkolwiek ciągle jest sporo do zrobienia.

ChSiN: Jakie są najczęstsze przyczyny nieskuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego?

AM: W każdym wykładzie, który dotyczy tego problemu, hipertensjolog przywołuje opinię, że leki nie działają u tych pacjentów, którzy ich nie przyjmują. To jeden z podstawowych powodów sprawiających, że nie osiągamy sukcesów w terapii nadciśnienia tętniczego. Możemy w tym kontekście porozmawiać o całym obszarze budowania relacji między lekarzem a pacjentem z punktu widzenia przewlekłej choroby, która nie daje objawów. Aby przekonać pacjenta, że rozpoznanie nadciśnienia tętniczego, mimo braku objawów, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem, że musi on podlegać pewnemu procesowi diagnostycznemu, by ocenić, czy ma powikłania narządowe, dodatkowe choroby, które naprowadzają lekarza na to, jakiego typu leki stosować, tę relację trzeba zbudować. Temat ten jest coraz częściej poruszany — na ostatnich spotkaniach naukowych, kongresach, zarówno kardiologicznych, jak i nadciśnieniowych, sporo mówi się o tak zwanym *compliance*. Nie ma bardzo dobrego polskiego tłumaczenia; chodzi o podatność na przestrzeganie zaleceń. Mnie bliższe jest określenie *adherence*, czyli adherencji terapeutycznej, jedności, wspólności, zgodności, przylegania, a więc budowanie takiej relacji, w której określa się pewną współodpowiedzialność za proces diagnostyczny i terapeutyczny, uwzględnia się podmiotową rolę pacjenta. Pacjent z nadciśnieniem chce się od lekarza dowiedzieć o problemie, lekarz natomiast wybiera na tej podstawie terapię, przekonuje, buduje strategię relacji i utrzymuje pacjenta w bezterminowym leczeniu.

Kolejnym elementem jest tak zwana wytrwałość terapeutyczna, czyli *persistence*. Brakuje jej, gdy jednego dnia włącza się leczenie, pacjent jest przekonany, zmotywowany, może miał jakieś objawy, i nagle po jakimś czasie odstawia leki, bo uzyskał cel terapeutyczny w postaci prawidłowych wartości ciśnienia. Cały ten zespół działań budowania relacji nazywa się *concordance*, czyli zgodnością, harmonią. Pacjent rozumie swoją chorobę, wie, na czym ona polega, otrzymał wszystkie niezbędne informacje, lekarz go prawidłowo poinformował, że ma stosować postępowanie niefarmakologiczne — nie palić tytoniu, włą-

ściwie się odżywiać, ruszać się, używać mniej soli — a dodatkowo wspólnie zostały wybrane leki, które pozwalają uzyskać cel terapeutyczny, zmniejszają ryzyko. To jest idealna sytuacja. Nie jestem oczywiście przekonany, czy uda się ją u wszystkich osiągnąć.

ChSiN: W takim razie po czyjej stronie leży w głównej mierze odpowiedzialność za skuteczność leczenia pacjenta?

AM: Odpowiedzialność za to, że ktoś jest nieskutecznie leczony, można postawić po stronie pacjenta, lekarza, leków czy systemu. Każdy oczywiście będzie się starał zrzucić ją poza siebie. Natomiast my, jako lekarze, musimy dołożyć kamyczka do własnego ogródka i od tego zacząć. Głównym powodem, dla którego nie udaje nam się uzyskać celu terapeutycznego, określonego w sposób precyzyjny w standardach, jest tak zwana inercja terapeutyczna. Zakładamy na przykład, że pacjent miał wysokie ciśnienie w czasie wizyty, ponieważ był zdenerwowany. Decydujemy się jeszcze poczekać, czyli nie intensyfikować terapii, mimo że mamy liczne dowody na to, że zaproponowane leczenie jest nieskuteczne. Można by wybrać inny lek, inny schemat terapeutyczny, zwiększyć dawkowanie leku. Brak działania to właśnie inercja terapeutyczna.

Trzeba powiedzieć o jeszcze jednej rzeczy leżącej po stronie lekarzy, mianowicie — nie mają oni zbyt dobrych, uniwersalnych narzędzi do oceny przestrzegania zaleceń. Większość osób mówi, że nie zapomina o terapii i przestrzega wytycznych, ale trudno to sprawdzić. W wielu krajach takie narzędzia są budowane, na przykład poprzez kontrolę sprzedaży aptecznej, nadzór nad realizowaniem recept. Są różne możliwości, ale w Polsce nie są one tak precyzyjnie wyznaczone.

Ze strony samej choroby problem stanowi to, że nadciśnienie tętnicze jest z założenia modelowym przykładem braku *compliance*. Nie ma objawów, pacjent dobrze się czuje, leki, jeśli je włączył, mają czasami działania niepożądane. Ma więc wrażenie, że nie dość, że leczenie mu nie pomaga, to jeszcze prowokuje kaszel, obrzęki, zaparcia czy inne problemy. Poza tym musi wydać na to pieniądze, a nie wyobraża sobie sytuacji w perspektywie kilku lat. Tak jak każdy,

kto kupuje papierosy, mimo ostrzeżeń o możliwości wystąpienia choroby nowotworowej albo zawału serca czy udaru mózgu, wcale nie ma poczucia, że jego również to dotyczy. Czyli jako powód nieskuteczności leczenia po stronie choroby stoi brak efektu „kary”, przewlekłość stanu, brak natychmiastowych konsekwencji niewłączenia leku.

Kolejny ważny element niepowodzenia może się brać z samej terapii. Problematyczne są chociażby leki, których schemat dawkowania jest skomplikowany albo wykazują liczne działania niepożądane. Naturalnie będą one mniej chętnie przez pacjenta przyjmowane. Jeśli w jego opinii terapia będzie gorsza niż choroba, to nie będzie tych leków przyjmował.

Wreszcie oczywiście są przyczyny po stronie pacjenta. Na przykład ludzie młodzi, którzy mają inaczej zbudowane systemy wartości, chcą być silni, negują chorobę, nie chcą się jej poddawać. Poza tym wpływ ma izolacja społeczna, niski poziom wykształcenia, brak wsparcia innych osób, czyli wiele czynników dotyczących konkretnego pacjenta.

Trzeba przyjąć, że wszystkie te elementy decydują o tym, że nie udaje się zbudować relacji, dzięki której osiągnie się, wspólny skądinąd, sukces. Prowadzę sporo szkoleń dotyczących innych podmiotów niż tylko lekarz i pacjent. Warto wspomnieć o tym, że często szkolimy farmaceutów. Istnieje system nazywany opieką farmaceutyczną; może być on różnie rozumiany — inaczej w sieciowej aptece w Warszawie, która jest anonimowym sklepem, takim jak każdy inny supermarket, a inaczej w małej aptece, na przykład jednej z czterech w niedużej miejscowości, gdzie pacjent jest rozpoznawanym podmiotowo klientem. Wyobraźmy sobie, że w tym drugim przypadku farmaceuta mówi: „Widzę, panie Tadeuszu, że ma pan nadciśnienie. To bardzo ważne, żeby pan sumiennie przyjmował leki; ma pan hiperlipidemię, nadciśnienie bądź inną przewlekłą chorobę, astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, będziemy się częściej widywać. Jeśli pan potrzebuje, możemy panu zmierzyć ciśnienie, porozmawiać o tym”. Czyli świadomy farmaceuta, który ma wiedzę na temat choroby, może być ważnym ogniwem wspierania pacjenta w utrzymaniu terapii. A ja im mówię także o tym, że to jest ich klient, który wróci do apteki po informację, radę, kupi u nich leki. Więc oni mają także własny — w dobrym tego

słowa znaczeniu — interes, by budować relację opieki farmaceutycznej z pacjentem.

ChSiN: Lekarze coraz częściej sięgają po leki złożone, mają coraz więcej doświadczeń z nimi związanymi. Jak Pan Profesor ocenia znaczenie leków złożonych w poprawie skuteczności leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym?

AM: Oceniam te leki wysoko, skoro wcześniej powiedziałem o tym, że jednym z powodów braku skuteczności lub niewystarczającej skuteczności jest stosowanie skomplikowanych schematów dawkowania leków. Mamy różne grupy leków, które, regulując poszczególne mechanizmy, są skuteczne w terapii. Niektórzy pacjenci muszą przyjmować dwa, trzy, czasem cztery leki, nieraz mają dodatkowe obciążenia, są więc leczeni jeszcze na przykład z powodu cukrzycy, prewencji wtórnej, niewydolności serca i wielu innych rzeczy. Schemat dawkowania zawierający dużą liczbę substancji, które trzeba stosować, jest tak skomplikowany, że łatwo się pogubić, zapomnieć przyjmując jakiś preparat, nie zauważyć, kiedy się skończy. Leki złożone realizują więc jeden z podstawowych celów, czyli uproszczenie schematu terapii. Dzięki nim pacjenci nie zapominają o żadnej z substancji, ponieważ w tabletkę złożonej mają w stałej dawce preparat, który ułatwia im nadzorowanie procesu leczenia. Rynek preparatów złożonych się rozwija, jest zauważany w standardach. Eksperci, którzy tworzą zalecenia, apelują, by stosować te leki, ponieważ ich głównym celem jest ułatwienie schematu terapeutycznego, budowanie adherencji, lepszego *compliance* i uzyskanie lepszych wyników. Moim zdaniem to się sprawdza. Złożoność tych preparatów jest bardzo duża i możemy zarządzać dawkowaniem różnych substancji, które znajdują się w tej samej tabletkę. Kiedyś istniał jeden schemat i w pewien sposób stała substancja. Nie było możliwości zmniejszenia o połowę dawki jednego z preparatów, gdy pojawiała się taka potrzeba, na przykład zwalniała częstość rytmu serca. Podobnie wyglądała kwestia działań niepożądanych — w przypadku niektórych leków zależą one od dawki, zatem zwiększenie dawki jednego preparatu skutkowało większą częstością występowania tych działań. Obecnie mamy już bardzo różne

kombinacje; oczywiście w tej sytuacji również pojawiają się utrudnienia, zwłaszcza kiedy stosuje się preparat złożony nie z dwóch, a z trzech substancji. W pewnym sensie taką wadą albo ograniczeniem jest też fakt, że z wiekiem zmienia się stan biologiczny pacjenta — u wszystkich, a w szczególności u osób starszych. Zmianom ulegają stan nawodnienia, częstość rytmu serca, funkcje nerek i w związku z tym łatwiej zareagować, gdy poszczególne leki stosuje się odrębnie, a nie w formie złożonej. Z czegoś można zrezygnować, do czegoś wrócić. Jest to pewnie też jeden z powodów, dla których preparaty złożone nie są tak popularne w Polsce. Natomiast z punktu widzenia wygody to oczywiście im mniej substancji, tym lepiej pacjent przestrzega zaleceń. Mam zatem dobrą opinię na temat preparatów złożonych.

Jak na razie w rekomendacjach eksperckich jest mowa tylko o tym, że stosowanie preparatów złożonych ułatwia postępowanie z pacjentem i pozwala zbudować lepszą relację, należy więc rozważyć ich stosowanie — czyli nie pojawia się jeszcze zalecenie „stosuj koniecznie w pewnych określonych sytuacjach”, a tylko „rozważ, bo to może spowodować lepszą kontrolę ciśnienia”. Natomiast w kontekście nadciśnienia tętniczego trzeba przyjąć, że głównym powodem podawania tych leków jest uproszczenie schematu i lepszy *compliance* pacjenta. Myślę, że to się będzie jeszcze rozwijało.

ChSiN: Czym należy się kierować przy wyborze leków złożonych?

AM: Przede wszystkim należy się kierować dodatkowymi objawami u pacjenta, towarzyszącymi chorobami, na przykład cukrzycą czy hiperwolemią, która wymaga leku odwadniającego. Preparatów złożonych jest na rynku sporo, najczęściej zawierają substancję blokującą układ renina–angiotensyna–aldosteron, w związku z tym doposaża się ten lek. Dodanie do leku amlodypiny lub użycie preparatu trójskładnikowego, który zawiera jeszcze diuretyk tiazydopodobny, to kwestia wskazań i konieczności intensyfikowania terapii. Dla przykładu, jeśli do wyboru są trzy leki stosowane u pacjenta i trzyskładnikowy preparat, to zwykle pacjentowi łatwiej jest łyknąć jedną tabletkę tego preparatu, który zawie-

ra inhibitor konwertazy angiotensyny, antagonistę wapnia i diuretyk tiazydopodobny. Natomiast o wyborze konkretnego leku, w mojej opinii, podobnie jak w przypadku preparatów pojedynczych, decydują określone wskazania kliniczne — tolerancja leku, powikłania narządowe nadciśnienia. Odpowiedź jest więc chyba prosta: przy wyborze leków hipotensyjnych istnieje konieczność uwzględnienia dodatkowych powikłań narządowych i dodatkowych chorób, które towarzyszą nadciśnieniu.

ChSiN: Jakie są, zdaniem Pana Profesora, perspektywy rozwoju terapii nadciśnienia tętniczego? Czy możemy oczekiwać nowych cząsteczek/molekuł, czy może kierunkiem rozwoju są właśnie modyfikacje zastosowania leków już istniejących, sprawdzonych?

AM: Najbardziej uniwersalna, dyplomatyczna odpowiedź na takie pytanie brzmi: pewnie jedno i drugie. Ale w rozwijającej się farmakologii klinicznej ostatnich 10 lat mało jest stosunkowo nowych molekuł. Pojawiają się, ale nie widać na horyzoncie w hipertensjologii ogromnego przełomu, jakim było pojawienie się na przykład inhibitorów konwertazy angiotensyny, antagonistów receptora dla angiotensyny, nowoczesnych diuretyków tiazydopodobnych, antagonistów wapnia, nowoczesnych wazodylatacyjnych beta-adrenolityków, czyli leków, które rzeczywiście stanowią o postępie.

W mojej opinii właściwszym i chyba bardziej perspektywicznym podejściem jest, i chciałbym, żeby to wybrzmiało, budowanie relacji z pacjentem. Obecnie mówi się o tym na wielu kongresach. Chodzi o to, by nie poszukiwać nowych molekuł do leczenia nadciśnienia, tylko spowodować, żeby te, które są (a myślę, że bardzo nie przesadzę, jeśli powiem, że jest ich około 200) i wpływają na wysokość ciśnienia, były stosowane w skutecznym leczeniu nadciśnienia. Samych inhibitorów konwertazy angiotensyny jest wiele, podobnie jak antagonistów wapnia; nowe substancje pojawiają w obrębie grup, które mają albo mniejszy pakiet działań niepożądanych, albo większą rozpiętość terapeutyczną. Ale na tym polu niewiele się dzieje. Natomiast istotą jest budowanie relacji, czyli powodowanie, żeby pacjenci rzetelnie, sumiennie przyjmowali te leki.

Drugą kwestią, którą trzeba podkreślić, jest uwzględnienie w tej relacji roli działań niefarmakologicznych. Jeśli terapii będzie się poddawać osoba z 70 kg nadwagi, paląca papierosy, to nieważne, jakie leki będzie ona przyjmować, i tak ryzyko postępu choroby będzie wysokie. Trzeba takich chorych przekonać do zmiany zachowań — wprowadzenia zdrowej diety, ruchu, ograniczenia chlorku sodu. Wszystko to jest istotne: niefarmakologiczne metody leczenia nadciśnienia, skuteczna farmakoterapia, utrzymanie pacjenta w terapii, a także uproszczenie schematu jako jeden z elementów zbudowania tej relacji. Znow więc trzeba podkreślić rolę preparatów złożonych, które dzięki uproszczeniu schematu terapeutycznego spowodują, że pewna grupa pacjentów chętniej będzie stosowała tego typu leki, rzetelniej, sumiennie. Nie myślę, żeby w przyszłości — choć oczywiście mogą się mylić — nagle pojawiła się jakaś molekula, która rozwiąże problem nadciśnienia tętniczego globalnie; wszyscy kupią ten sam lek i, łykając rano razem z filiżanką kawy czy herbaty, będą mieli chorobę z głowy. Jestem sceptyczny.

ChSiN: Podsumujmy. Jakie wskazówki służące osiągnięciu sukcesu terapeutycznego w leczeniu nadciśnienia tętniczego przekazałby Pan Profesor lekarzom?

AM: Jak powiedziałem wcześniej, po pierwsze ważne jest, by mierzyć ciśnienie. To banalne zalecenie, ale pamiętam, jak opiekowałem się kiedyś, jako znacznie młodszy lekarz, kołem kardiologicznym i moi studenci przeprowadzili badanie ankietowe, w którym pytali osoby w centrum handlowym, czy w czasie ostatniej wizyty lekarskiej miały zmierzone ciśnienie. Okazało się, że przynajmniej u połowy nie mierzono ciśnienia, co więcej — im bardziej specjalistyczna wizyta, tym gorzej. Czyli u gastrologa zajmowano się wyłącznie bólem brzucha, a nie mierzono tam ciśnienia. Krótko mówiąc, po to, żeby rozpoznać chorobę, trzeba mierzyć ciśnienie.

Po drugie, należy ocenić dodatkowe okoliczności, które pozwolą wybrać odpowiedni sposób terapii — powikłania narządowe, zaawansowanie choroby, schorzenia towarzyszące nadciśnieniu. Po dokonaniu takiej oceny można sięgnąć po bardzo precyzyjnie

określone wskazówki w standardach, łatwe do ustalenia przy pierwszej wizycie.

Trzecim czynnikiem pozwalającym osiągnąć powodzenie jest motywacja, czyli zbudowanie relacji, w której pacjent jest świadomy, że nieleczenie nadciśnienia tętniczego, mimo braku objawów, generuje w konsekwencji skrócenie życia, zwiększenie ryzyka udaru albo zawału serca. Trzeba motywować albo pozytywnie, albo negatywnie. Namawiam do tego, żeby rozpoznać potrzeby pacjenta i wybrać sposób,

w jaki będzie mógł realizować cele, które lekarz mu przekaze.

I po czwarte, trzeba zbudować tę relację, by wybrać określone leczenie i przekonać pacjenta, że leki nie są „chemią”, która będzie mu szkodzić, ale że kupuje i stosuje je po to, by dłużej cieszyć się życiem. W związku z tym przesłanie niniejszego podsumowania to wypracowanie takiej relacji, takiego poziomu zaufania, aby pacjent wspólnie z lekarzem cieszył się, że osiąga sukces.