

MUDr. Iveta Vaverková, MPH

Vysoké Tatry – Starý Smokovec 2012

KEĎ MENEJ JE VIAC – FIXNÉ KOMBINÁCIE V MANAŽMENTE PACIENTA S HYPERTENZIOU

- ✗ „ najväčšie nebezpečenstvo pre hypertonika vidím v samotnom odhalení vysokého krvného tlaku, pretože potom sa iste nájde nejaký blázon, ktorý sa ho
- ✗ bude pokúšať liečiť „

(prof. P.T. Hay, British Medical Journal 1931)



VŠEOBECNÝ LEKÁR A PACIENT – HYPERTONIK.

× **Hypertenzia – tichý zabijak** - v r. 2008 zomrelo 7,6 mil. ľudí na svete
– 30 % zo všetkých úmrtí (WHO)

× **Štatistika SR 2010 (NCZI 2010):**

× najčastejšie príčiny hospitalizácie podľa MKCH:

		<u>počet hospit.</u>	<u>počet úmrtí</u>
1.	I 25	25 177	1389
10.	I10	13770	89
12.	I20	12339	54
14.	I21	12047	54



KLASIFIKÁCIA KRVNÉHO TLAKU

ESH/ESC 2007

Kategória	Systolický	Diastolický
Optimálny	< 120	< 80
Normálny	120 – 129	80 – 84
Vysoký normálny	130 – 139	85 – 89
Stupeň 1 (mierne)	140 – 159	90 – 99
Stupeň 2 (stredne)	160 – 179	100 – 109
Stupeň 3 (závažne)	> 180	> 110
Izolovaná systolická hypertenzia	> 140	< 90

STRATIFIKÁCIA RIZIKA NA STANOVENIE PROGNÓZY

MANCIA ET. AL. 2007

Iné RF a anamnéza ďalších chorôb	Normálny sTK120-129 alebo dTK80-84	Vyšší normálny sTK130-139 dTK 85-89	1.Stupeň sTK140-159 dTK 90-99	2.Stupeň sTK160-179 dTK100-109	3.Stupeň ➤180 ➤110
Žiadne iné RF	Priemerné riziko	Priemerné riziko	Nízke pripočítateľné riziko	Stredné pripočítateľné riziko	Vysoké pripočítateľné riziko
1 – 2 RF	Nízke pripočítateľné riziko	Nízke pripočítateľné riziko	Stredné pripočítateľné riziko	Stredné pripočítateľné riziko	Veľmi vysoké pripočítateľné riziko
3 alebo viac RF alebo PCO alebo DM	Stredné pripočítateľné riziko	Vysoké pripočítateľné riziko	Vysoké pripočítateľné riziko	Vysoké pripočítateľné riziko	Veľmi vysoké pripočítateľné riziko
Pridružené klinické stavy	Vysoké pripočítateľné riziko	Veľmi vysoké pripočítateľné riziko	Veľmi vysoké pripočítateľné riziko	Veľmi vysoké pripočítateľné riziko	Veľmi vysoké pripočítateľné riziko

RF – rizikový faktor; PCO – poškodenie cieľového orgánu; DM- diabetes
sTK- systolický tlak krvi; dTK- diastolický tlak krvi

LIEČBA HYPERTENZIE

Nefarmakologické opatrenia u každého pacienta - bez ohľadu na kardiovaskulárne riziko

Zmeny v životospráve:

Fajčenie

Redukcia hmotnosti

Pohyb

Konzumácia alkoholu

Príjem soli

Pri každej návšteve treba pacienta pozitívne motivovať
k zmene životného štýlu .

ZAČIATOK LIEČBY

(PREHODNOTENIE EURÓPSKÝCH ODPORÚČANÍ MANAŽMENTU

HYPERTENZIE: DOKUMENT PRÁCOVNEJ SKUPINY EURÓPSKEJ

HYPERTENZIOLÓGICKEJ SPOLOČNOSTI – MANCIA G. A SPOL. J HYPERTENS 2009)

- ✖ 1. Hoci dôkazov z klinických štúdií je len málo, zdajú sa **racionálne** tieto **odporúčania**: pri hypertenzii 1. stupňa (sTK140 – 159 mmHg alebo dTK 90 – 99 mmHg) s malým alebo stredným rizikom by sa malo začať s farmakoterapiou až po uplynutí primerane dlhého obdobia, počas ktorého došlo k zmene životného štýlu. Skoršie začatie liečby sa odporúča v prípade, ak hypertenziu 1. stupňa sprevádza vysoké riziko alebo ak ide o hypertenziu 2. alebo 3. stupňa
- ✖ 5. Všeobecne sa ukazuje ako **racionálne odporúčať včasnú liečbu** zameranú na zníženie TK **skôr, ako dôjde k nezvratnému poškodeniu orgánov alebo ku kardiovaskulárnej príhode**, pretože u vysokorizikových pacientov s hypertenziou nie je možné ani intenzívnou farmakoterapiou znížiť celkové kardiovaskulárne riziko pod hranicu vysokého rizika, hoci je táto terapia inak účinná.

ZAČIATOK LIEČBY

(PREHODNOTENIE EURÓPSKÝCH ODPORÚČANÍ MANAŽMENTU

HYPERTENZIE: DOKUMENT PRÁCOVNEJ SKUPINY EURÓPSKEJ

HYPERTENZIologickej spoločnosti – MANCIA G. A SPOL. J HYPERTENS 2009)

- ✖ 1. Existuje dostatok dôkazov na to, aby sa **odporúčalo zníženie sTK pod 140 mmHg (a dTK pod 90 mmHg)** u všetkých pacientov s hypertenziou, rovnako u tých s nízkym či stredným rizikom, ako aj u tých s vysokým rizikom. Dôkazy chýbajú len u starších pacientov s hypertenziou, u ktorých sa výhody zníženia sTK pod 140 mmHg nikdy neskúmali v randomizovaných štúdiách.
- ✖ 4. Na základe aktuálnych údajov sa zdá vhodné odporúčať u všetkých pacientov s hypertenziou znižovanie sTK/dTK na hodnoty v rozmedzí 130 – 139/80 – 85 mmHg a možno bližšie k nižším hodnotám v uvedenom rozmedzí. V každom prípade by bolo žiaduce získať viac dôkazov zo špecifických randomizovaných klinických štúdií.

VÝBER ANTIHYPERTENZÍV

PREHODNOTENIE EURÓPSKÝCH ODPORÚČANÍ MANAŽMENTU

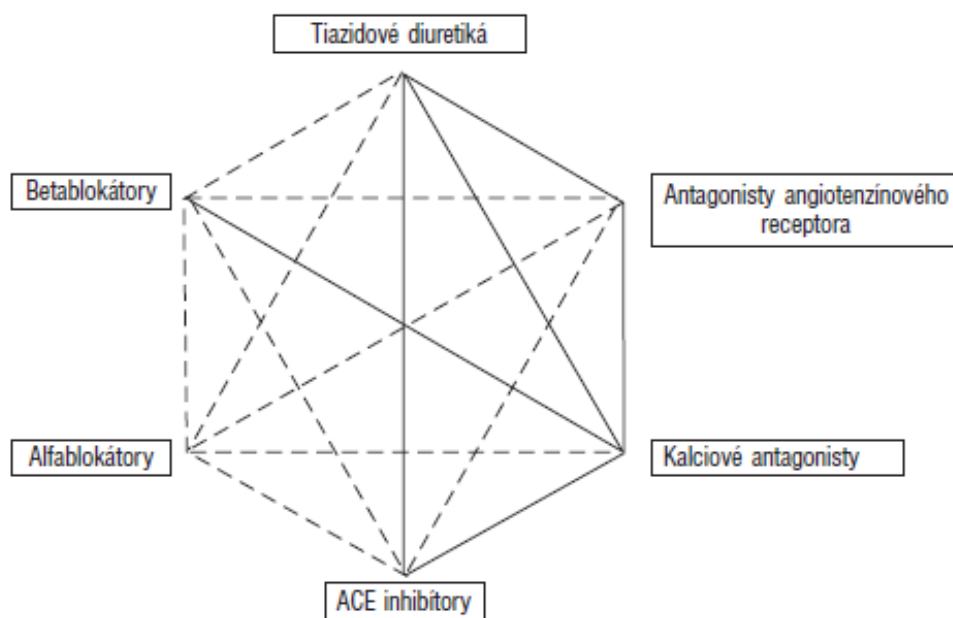
HYPERTENZIE: DOKUMENT PRÁCOVNEJ SKUPINY EURÓPSKEJ

HYPERTENZIologickej spoločnosti – MANCIA G. A SPOL. J HYPERTENS 2009)

- ✖ 1. Rozsiahle metaanalýzy dostupných údajov potvrdzujú, že **hlavné skupiny antihypertenzív**, t. j. diuretiká, ACEinhibítory, blokátory kalciových kanálov, antagonisty angiotenzínových receptorov a betablokátory sa od seba vo významnej miere **neodlišujú**, vzhľadom na svoju celkovú **schopnosť znížiť hodnoty TK** pri hypertenzii.
- ✖ 4. Každá skupina liekov má svoje **kontraindikácie aj priaznivé účinky** v špecifickom klinickom prostredí. Od toho by mala závisieť aj voľba lieku/liekov. Tradičná klasifikácia liekov na lieky prvej, druhej, tretej a ďalšej voľby vo vzťahu k bežnému pacientovi má dnes malé vedecké a praktické opodstatnenie a malo by sa od nej upustiť.

MOŽNÉ KOMBINÁCIE ANTIHYPERTENZÍV

ESH/ESC 2007



Obrázok 4 Možné kombinácie medzi jednotlivými triedami antihypertenzív. Uprednostňované kombinácie vo všeobecnej populácii hypertonikov sú plné čiary. V rámkoch sú liekové triedy schválené ako prospešné na základe kontrolovaných intervenčných štúdií.

KOMBINOVANÁ TERAPIA

(PREHODNOTENIE EURÓPSKÝCH ODPORÚČANÍ MANAŽMENTU

HYPERTENZIE: DOKUMENT PRÁCOVNEJ SKUPINY EURÓPSKEJ

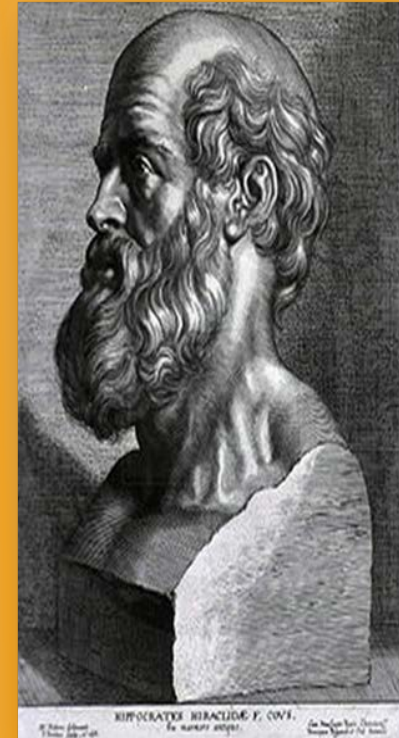
HYPERTENZIOLÓGICKEJ SPOLOČNOSTI – MANCIA G. A SPOL. J HYPERTENS 2009)

- ✖ 1. Existuje čoraz viac dôkazov o tom, že u veľkej väčšiny hypertonikov možno **dosiahnuť efektívnu kontrolu TK** len **kombináciou** aspoň dvoch antihypertenzívnych liekov.
- ✖ 2. Pridanie lieku z inej skupiny k pôvodne predpísanému lieku by sa teda malo považovať za odporúčanú stratégiu liečby, okrem prípadov, kedy pôvodný liek treba vysadiť kvôli výskytu nežiaducich účinkov alebo jeho nedostatočnému pôsobeniu na zníženie TK.
- ✖ 3. Kombinácia dvoch antihypertenzívnych liekov môže byť výhodná **aj na začiatku liečby**, najmä u pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom, u ktorých je žiaduca skorá kontrola TK.
- ✖ 4. Kedykoľvek je to možné, malo by sa **uprednostniť použitie fixnej kombinácie** (alebo jednej tabletky), pretože zjednodušenie liečby prináša výhodu lepšej **compliance**.

ODPORÚČANIA ESH/ESC 2007: PRI VÝBERE LIEKOV ALEBO ICH KOMBINÁCIÍ TREBA ZVÁŽIŤ:

- × Predchádzajúcu skúsenosť pacienta s liekom alebo triedou
- × Účinok konkrétneho lieku na pacientov špecifický kardiovaskulárny rizikový profil;
- × Prítomnosť subklinického orgánového poškodenia, kardiovaskulárneho alebo obličkového ochorenia a diabetu;
- × Prítomnosť iného ochorenia alebo stavu ktorý môže obmedziť použitie konkrétneho lieku
- × Možné liekové interakcie
- × cena liečby / ale nikdy nad benefit lieku pre pacienta /
- × Preferovať lieky s 24 h účinkom , dávkované 1x denne
- × Venovať pozornosť NÚL.

**Už v roku 400 AC Hippokrates
radí lekárom, aby sledovali,
či im pacienti neklamú ohľadom
užívania liekov...**



COMPLIANCE, PERZISTENCIA, ADHERENCIA, NEADHERENCIA...

- ✖ z celkového počtu hypertonikov sa úspešne lieči len 12,5 %
- ✖ len 34% hypertonikov je úspešne liečených monoterapiou
- ✖ 50% pacientov liečbu po roku vysadí
- ✖ viac ako 60% pacientov s AH, DSLP a DM musí užívať kombináciu 2 - 4 druhov liekov



PACIENT A ADHERENCIA

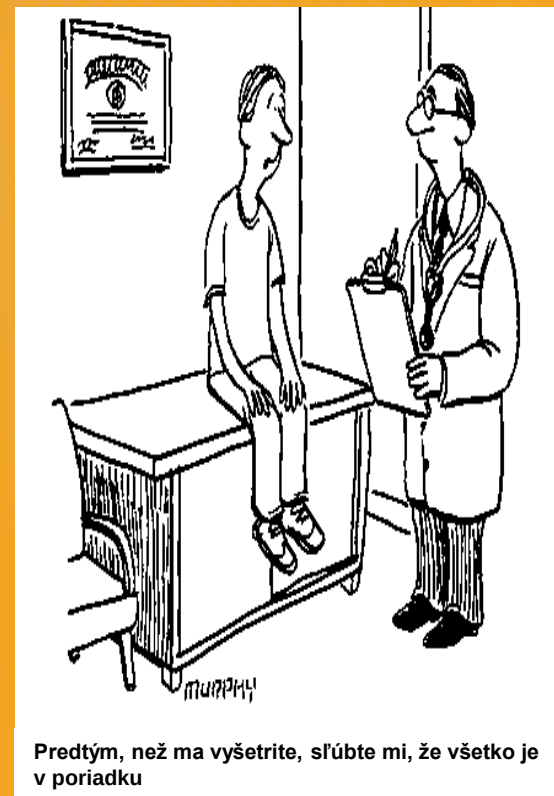
- ✦ **Compliancia** : schopnosť užívať liek v dávke a v dávkovom režime ako je predpísaný



- ✦ **Perzistencia** : schopnosť zotrvať na liečebnom režime dlhú dobu.

DEFINÍCIA ADHERENCIE

- ✖ V medicíne **adherencia** opisuje **úroveň, na akej pacient správne postupuje podľa rady lekára.**
- ✖ **Najčastejšie sa vzťahuje na lieky**, ale môže byť vzťahnutá aj ne medicínske pomôcky, ošetrovanie chronických rán, domácu fyzioterapiu alebo zúčastňovanie sa na terapeutických sedeniach.
- ✖ Obaja, pacient aj zdravotnícky pracovník ovplyvňujú adherenciu, pričom **vzťah pacient-lekár je najdôležitejší faktor**, ktorý zlepšuje adherenciu, aj keď vysoká cena terapie tu hrá veľkú rolu.



Hlavné príčiny nevyzdvihnutia receptu (USA - pacienti nad 50 rokov)



SLEDOVANIE ADHERENCIE...

Measuring the adherence to medication of elderly patients with heart failure: Is there a gold standard?

Helen Smith^{a,*}, Matthew Hankins^a, Andrew Hodson^a, Charles George^b

^a Division of Public Health & Primary Care, Brighton & Sussex Medical School, Brighton, United Kingdom

^b School of Medicine, Southampton University, United Kingdom

- ✕ Pacienti s ChSZ
- ✕ Nad 65 rokov
- ✕ Priemerný počet liekov 6 (max 11)
- ✕ Sledovaná terapia ACEi a Diuretikum
- ✕ „self report“
- ✕ Počítanie tabliet
- ✕ Elektronická liekovka, zaznamenávajúca otvorenie a zatvorenie

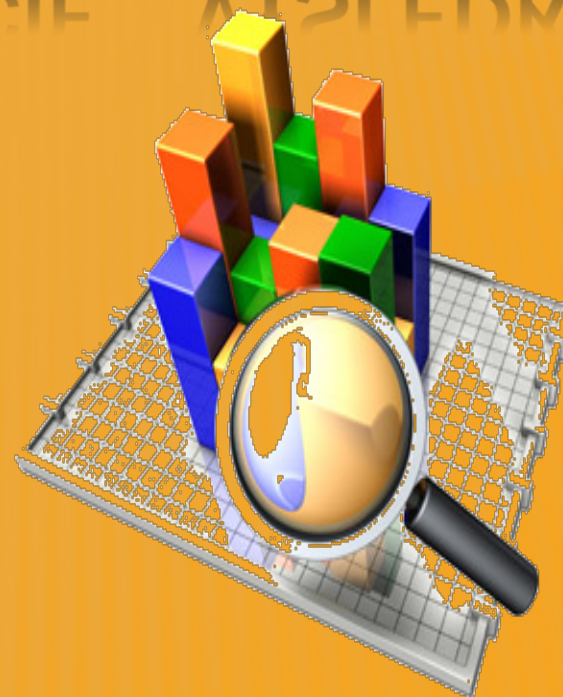


SLEDOVANIE ADHERENCIE... VÝSLEDKY

Table 1

Number (%) of adherent participants by the three methods with 100% and 90% thresholds ($N=52$).

	Self-report	Pill count	Electronic monitoring
<i>ACE-I</i>			
100% adherent	81%	79%	20%
90% adherent	50 (96)	47 (96)	26 (53)
Missing data	0	3	3
<i>Diuretic</i>			
100% adherent	28 (55)	30 (63)	5 (11)
90% adherent	44 (85)	40 (83)	18 (38)
Missing data	1	4	5



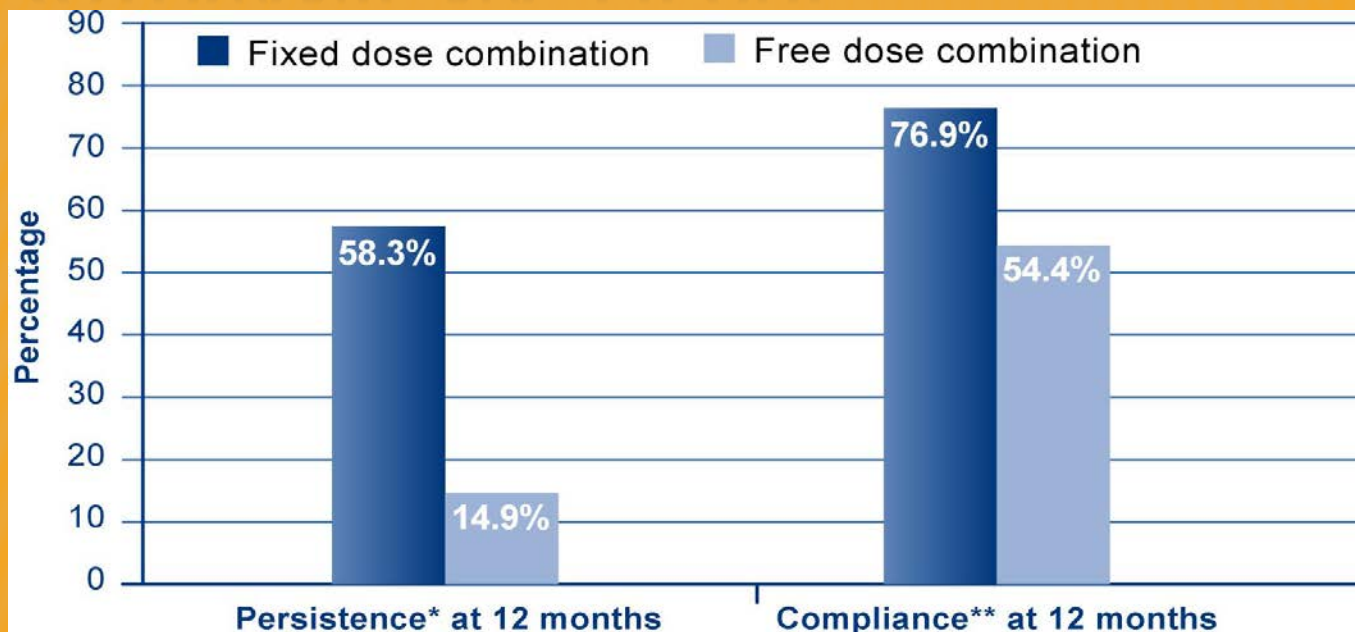
Week	Mon	Tue	Wed	Thr	Fri	Sat	Sun
1				1	0	1	0
2	0	0	0	0	0	0	1
3	0	0	0	0	0	1	0
4	0	0	0	0	0	1	0
5	0	0	0	0	0	1	0
6	0	0	0	0	0	1	0
7	0	0	0				

Fig. 1. Electronic record for ACE-I showing probable dosing aid usage (recorded adherence 17% by electronic monitoring, 100% by self-report and pill count).

FIXNÉ KOMBINÁCIE V LIEČBE HYPERTENZIE

- ✖ Viac ako 60% pacientov s AH, DSLP a DM musí užívať kombináciu 2 - 4 druhov liekov
- ✖ Výsledky štúdie **ASCOT a ADVANCE** významne ovplyvnili stratégiu liečby AH fixnými kombináciami u diabetikov 2. typu a nediabetikov
- ✖ **Fixné kombinácie** prinášajú výhody vzájomnej potenciácie a tým zníženie dávky

FIXNÉ KOMBINÁCIE ZLEPŠUJÚ COMPLIANCE A ZOTRVANIE NA LIEČBE



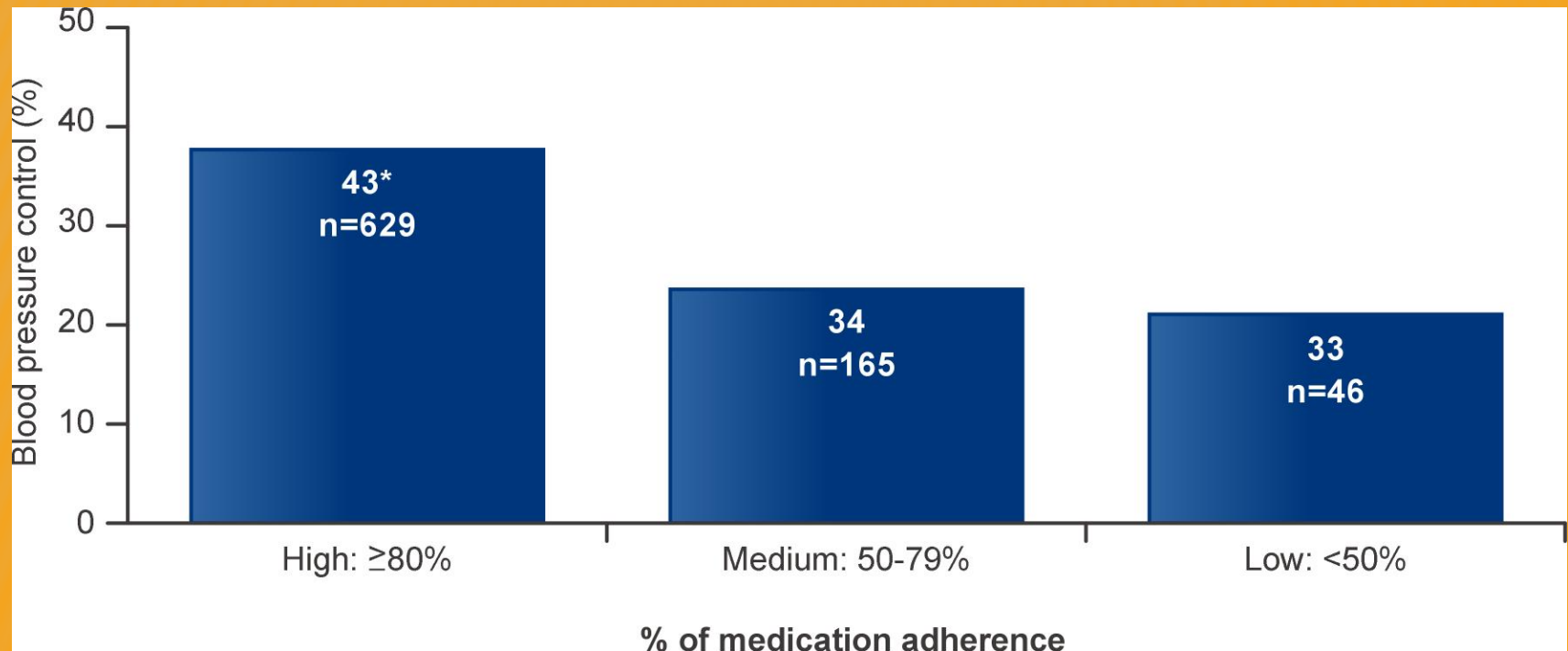
Retrospektívne porovnanie u 14449 hypertonikov na fixnej kombinácii a zmenených na voľnú kombináciu

*Pacienti považovaní ako „perzistentní“, ak počas posledného mesiaca nemali zmenenú terapiu

** Compliance meraná ako Medication Possession Ratio (MPR)

Adapted from Hess G. *Pharmacy & Therapeutics* 2008;**33**:652-66.

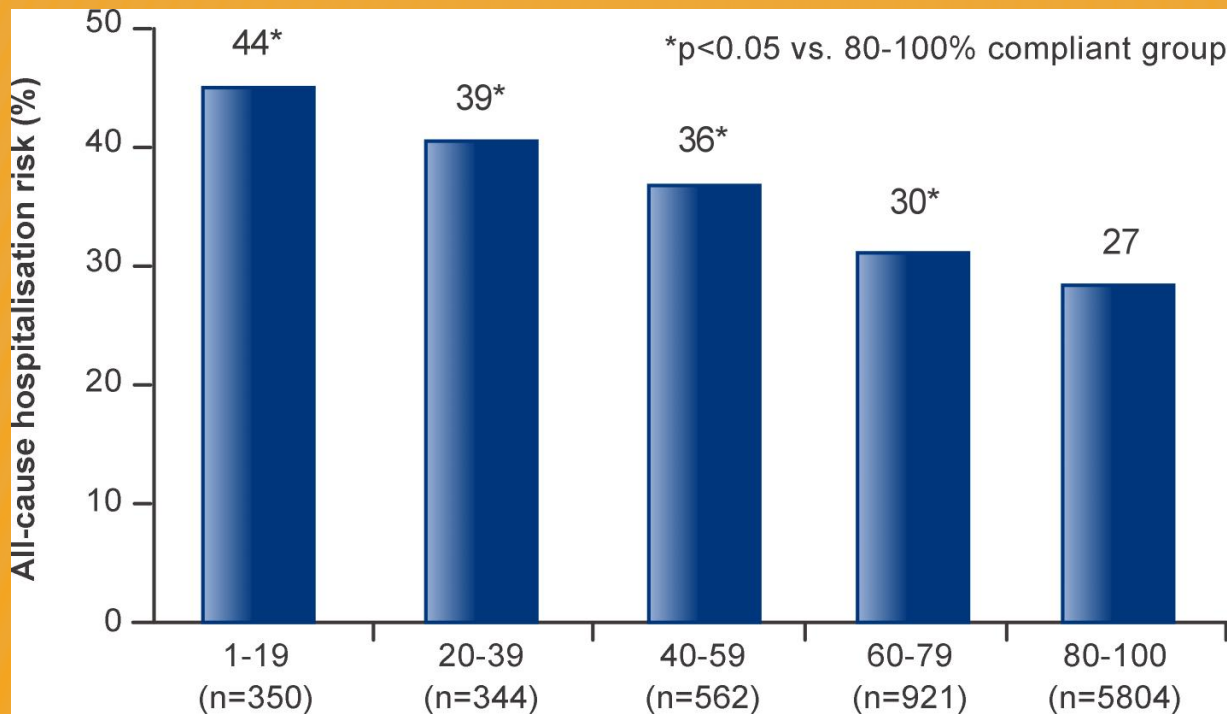
VYŠŠIA ADHERENCIA JE SPOJENÁ S VYŠŠÍM POČTOM KONTROLOVANÝCH HYPERTONIKOV



*p=0.06 pred nastavením p=0.026 v regresnej analýze

Adapted from Bramley T et al. *J Manag Care Pharm* 2006;12:239-45.

LEPŠIA COMPLIANCE S ANTIHYPERTENZNOU LIEČBOU JE SPOJENÁ SO ZNÍŽENÝM POČTOM HOSPITALIZÁCIÍ



MPR = pomer udržania liečby;
(MPR 80-100% = vysoká
compliance; MPR 1-19% = nízka
compliance)

Diabetes: vplyv adherencie na riziko hospitalizácie

Retrospektívna analýza skupiny pacientov s jednou zo 4 chorôb (diabetes, hypertenzia, hypercholesterolemia, chronické srdcové zlyhávanie) dispenzarizovaných v US

Adapted from Sokol M *et al. Med Care* 2005;**43**:521-30.

AKO MAXIMALIZOVAŤ ADHERENCIU

- ✗ Odporúčať **adekvátnu liečbu** a iba vtedy keď je to nevyhnutné
- ✗ Vyberať lieky s **nižším výskytom nežiaducich účinkov** alebo tie, ktoré vyvolávajú menšie znepokojenie v dlhodobom používaní
- ✗ Predpisovať **čo najmenšie množstvo** liekov, uprednostňovanie fixných kombinácií
- ✗ **Zjednodušiť dávkovací režim** výberom lieku s predĺženým uvoľňovaním alebo lieku, ktorý sa dávkuje menej krát denne
- ✗ Vybrať **vhodnú liekovú formu**
- ✗ **Vytvoriť dôverný vzťah** s pacientom tak, aby sa nebál lekára informovať ak nemôže brať konkrétny liek, aby mu mohol lekár vybrať vhodnú alternatívu



Pán doktor, nie som si istý, či Vám môžem dôverovať.

MALÝ PRIESKUM V AMBULANCIÁCH VL



- ✕ Vysoký krvný tlak, fajčenie a vysoká hladina cholesterolu patria k hlavným rizikovým faktorom, ktoré zvyšujú riziko infarktu
- ✕
- ✕ Preto by ste mali poznať kód zdravého života
- ✕
- ✕ 0 – 30 – 5 – 120 – 80
- ✕
- ✕ 0 – fajčenie
- ✕ 30 – minút chôdze alebo stredne náročnej fyzickej aktivity denne
- ✕ 5 – hladina celkového cholesterolu nižšia ako 5 mmol/l
- ✕ 120 – systolický (horný) tlak krvi
- ✕ 80 – diastolický (spodný) tlak krvi

„MEDICÍNA MÁ BYŤ VEDOU AJ UMENÍM.“

