**UVEREJNENÉ: 13.06.2019**

**Lekárske listy**

**Fixná kombinácia liekov v jednej tabletke zvyšuje adherenciu pacientov k liečbe**

**Autor: RNDr. Milica Šarmírová**

Adherencia k liečbe je závažnou témou, ktorá sa týka približne 50 až 60 % chronicky chorých pacientov. Nízka adherencia prináša negatívne zdravotné dôsledky, ako je napríklad zlyhanie liečby, zvýšený počet hospitalizácií, čo celosvetovo predstavuje ročné výdavky viac než 100 miliárd dolárov. Správny prístup k liečbe a jej dodržiavanie znižuje riziko úmrtí zo všetkých príčin o viac než 40 %.

 Základom zvyšovania adherencie je spolupráca a dobrá komunikácia lekára s pacientom. Ukazuje sa, že až 50 % pacientov s chronickým ochorením opúšťa ordináciu lekára bez toho, aby porozumeli tomu, čo im lekár povedal. Pacienti majú rôznu mieru vedomostí o svojej chorobe, na druhej strane lekári sú často vystavení časovému tlaku. Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC, prezidentka Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti uviedla, že adherencia je spôsob, akým sa hodnotí spolupráca pacienta s liečbou a je to aj jeden z dôležitých parametrov, ktorým sa vyhodnocuje úspešnosť liečby hypertenzie. Na to, aby pacient dosiahol také hodnoty krvného tlaku (TK), ktoré sú pre neho bezpečné, vplýva niekoľko faktorov: osobnosť pacienta a jeho ochota liečiť sa, kvalita liečby a, samozrejme, aj lekár, ktorý mu venuje dostatok času, aby mu vysvetlil charakter ochorenia, spôsob liečby aj v súvislosti s dlhodobým dodržiavaním liečby. Artériová hypertenzia (AH) je opakované alebo pretrvávajúce zvýšenie TK - podľa definície na hodnoty ? 140/90 mmHg. Je to významné ochorenie kvôli jeho častému výskytu a vysokému riziku KV a mozgových komplikácií. Žiaľ, ak sa hypertenzia cielene nesleduje a nelieči, môže sa prejaviť až cievnou mozgovou príhodou (CMP), infarktom myokardu (IM) či závažným poškodením obličiek. Množstvo klinických štúdií jednoznačne preukázalo, že správnou a dlhodobou liečbou artériovej hypertenzie sa dá výrazne znížiť riziko týchto komplikácií a zlepšiť prežívanie chorých, preto je potrebné ľudí s hypertenziou liečiť, aj keď nemajú žiadne ťažkosti. Medzi piliere manažmentu hypertenzie patria farmakologická liečba, nefarmakologická liečba (obmedzenie soli, redukcia hmotnosti, vylúčenie cigariet, alkoholu, pravidelný pohyb) a spolupráca lekára a pacienta.

 Zistilo sa, že až 70 % pacientov s hypertenziou v Európe nedosahuje napriek liečbe cieľové hodnoty TK. Viac ako 75 % pacientov potrebuje na dosiahnutie týchto hodnôt kombinovanú liečbu. Liečba kombináciou liekov zabezpečí rýchlejšiu kontrolu TK (o 18,5 %) a významné zníženie rizika IM a CMP (o 34 %). Zo všetkých pacientov s hypertenziou celosvetovo užíva jeden liek 30 % hypertonikov, dva lieky 40 % a tri alebo viac liekov 30 % hypertonikov. Ak pacienti potrebujú viacero liekov, zvyčajne ich neužívajú správne. Stáva sa, že niektoré prestanú brať, zmenia si dávkovanie alebo úplne prestanú brať lieky aj počas niekoľkých dní či týždňov. Liečba hypertenzie musí byť dlhodobá, väčšinou je celoživotná. Aj preto sa mnohí pacienti neoprávnene obávajú, že pravidelné užívanie viacerých liekov im môže poškodiť pečeň či obličky a prerušením užívania si chcú tieto orgány ,,vyčistiť." Prerušenie liečby pri hypertenzii je však nebezpečné a môže ohroziť ich život. Je dokázané, že až tretina pacientov s predpísanými viacerými antihypertenzívami lieky neužíva a takmer polovica užíva len jeden z predpísaných liekov na zníženie TK. Riziko prerušenia liečby u tých pacientov, ktorí sú liečení 3 tabletami denne, je 2,5-krát vyššie ako u tých, ktorí sú liečení jednou tabletou. Riziko sa zvyšuje s počtom liekov i so zvyšujúcou sa dennou frekvenciou užívania. Riešením by mohli byť tzv. fixné kombinácie, to znamená spojenie dvoch alebo troch liekov do jednej tablety. Majú viacero výhod, pretože sa znižuje počet tabliet, ktoré musí pacient denne užiť, zvyšuje sa tak ochota pacientov liečiť sa a zároveň dochádza k zlepšeniu kontroly TK, čím stúpa efektivita liečby. Zároveň klesá počet nežiaducich vedľajších účinkov, pretože obsiahnuté lieky vo vhodnej fixnej kombinácii navzájom priaznivo ovplyvňujú svoje vedľajšie efekty. Nezávislá analýza v západoeurópskych krajinách (Taliansku, Nemecku, Francúzsku, Španielsku a Veľkej Británii) v časovom horizonte 10 rokov dokázala, že zvýšenie adherencie pacientov liečiť sa na 70 %, by viedlo k úspore 327 miliónov eur a k zníženiu počtu KV príhod.

 Doc. MUDr. Emil Martinka, PhD., primár Diabetologického oddelenia Národného endokrinologického a diabetologického ústavu, n. o., poukázal na nedôslednosť liečby u diabetikov. Adherencia k liečbe sa pohybuje vo všeobecnosti okolo 50 %, bez ohľadu na to, akými zdravotnými problémami pacienti trpia. Dôvody neužitia liekov podľa odporúčania lekára sú rôzne. Až 18 % pacientov s chronickými ochoreniami zabúda užiť svoje lieky na pravidelnej báze. Ďalšími dôvodmi sú užívanie viacerých liekov naraz, pacientovi presvedčenie, že lieky naňho nepôsobia dobre, ale aj pocit, že sa pacient cítil dobre, a teda nemal potrebu liek užiť. Napriek tomu si je až 57 % pacientov s diabetom vedomých toho, že lieky im môžu pomôcť len vtedy, keď ich pravidelne užívajú. Diabetes mellitus 2. typu (DM2) je ochorenie, ktoré pacient zvládne len s podporou najbližších a s pomocou lekára. Všetky tri strany musia vzájomne spolupracovať, aby bola liečba diabetu úspešná. Skorá diagnostika a včasná, správne zvolená liečba spolu s dodržiavaním zásad životného štýlu, pravidelnou kontrolou glykémií a správnou výživou dokáže zabrániť vážnym komplikáciám diabetu alebo ich významne oddialiť. Patria medzi ne KV ochorenia, ktoré hrozia diabetikom 2- až 4-krát častejšie ako dospelým bez DM. Ďalšími vážnymi komplikáciami DM sú retinopatia, ktorá môže viesť až k oslepnutiu, nefropatia, ako aj diabetická noha. Prejavuje sa infekciami, vznikom vredov alebo narušením tkaniva nohy a často vedie až k amputácii končatiny. Riziko amputácie končatiny je u diabetikov 15- až 40-krát vyššie ako u zdravých ľudí. Počet diabetikov v SR sa za posledných 20 rokov výrazne zvýšil. K príčinám nárastu tohto ochorenia patria genetické faktory, nesprávny životný štýl, najmä nedostatok pohybu, nevhodná strava, stres a obezita. Žiaľ, až 8 z 10 prípadov DM2 by bolo možné zabrániť zmenou životného štýlu. Medzi príznaky DM patria neustály smäd, nadmerné močenie, celková vyčerpanosť, poruchy ostrosti zraku, pocit brnenia či pálenia v končatinách, opakujúce sa kožné alebo pohlavné infekcie, ale aj pomalé hojenie rán či schudnutie bez známej príčiny. Pri liečbe DM2 je dôležitým cieľom znížiť hyperglykémiu na normoglykémiu, s hodnotami 4,5 až 7,5 mmol/l. Ak má byť liečba DM úspešná, musí sa na nej podieľať sám pacient, jeho rodina i lekár, ktorí tvoria fungujúci partnerský trojuholník. Bez tejto spolupráce nemôže byť liečba úspešná ani s najmodernejšími liekmi.

 Prof. MUDr. Daniel Pella, PhD., dekan Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach upozornil, že vysoká hladina cholesterolu je príčinou aterosklerózy. Výsledkom sú závažné zdravotné komplikácie: IM, CMP, ischémia dolných končatín, postihnutie obličiek, poruchy erekcie u mužov. Existuje množstvo dôkazov, ktoré hovoria o vzťahu medzi hladinou cholesterolu a rozvojom KV či mozgovo-cievnych komplikácií. Preto treba hladinu cholesterolu dôsledne kontrolovať, snažiť sa ju znížiť zmenou životného štýlu a pohybovou aktivitou. Ak sa to nedarí, je potrebná farmakologická liečba. Hlavnou úlohou HDL-C je odvádzať prebytočný cholesterol z krvného riečiska do pečene. Odtiaľ sa dostáva do žlče a opúšťa ľudské telo. HDL-C tiež odstraňuje cholesterol aj z tukových usadenín v cievach. HDL-C pôsobí protizápalovo a antioxidačne. K zvyšovaniu HDL-C vedie dostatok fyzickej aktivity. LDL-C je hlavný transportér cholesterolu do buniek tela. Každá bunka potrebuje cholesterol, ak ho však v krvi koluje veľké množstvo a bunky ho nezužitkujú, hrozí riziko jeho postupného usadzovania v stenách tepien. K zvyšovaniu LDL-C prispievajú okrem zvýšeného príjmu nasýtených tukov v potrave aj nedostatočný pohyb, priberanie na hmotnosti a fajčenie. Jeho hladina by mala byť do 3,0 mmol/l. Ak je táto hranica prekročená a hladina HDL-C je nedostatočná, vzniká dyslipidémia. Dôležité však je, že zmeny hladín cholesterolu majú vplyv na KV riziko pacienta. Celkové KV riziko znamená pravdepodobnosť rozvoja prvej smrteľnej aterosklerotickej KV príhody v 10-ročnom časovom horizonte u osôb starších ako 40 rokov. Ak sa vysokú koncentráciu cholesterolu v krvi nepodarí znížiť zmenou životosprávy a pohybovou aktivitou, alebo hladina LDL-C je vysoká, odborník predpíše liečbu liekmi. Do farmakologickej liečby patria statíny, fibráty, inhibítory vstrebávania cholesterolu a biologická liečba PCSK9 inhibítormi. Keď pacient dosiahne určitú hladinu LDL-C (viac než 3 až 4 mmol/l v závislosti od rizikového profilu), mal by sa podľa medzinárodných odporúčaní liečiť. V prípade rizikových pacientov ako sú hypertonici, diabetici, alebo tí, ktorí majú v rodinnej anamnéze prekonanú KV príhodu, by sa malo začať s liečbou už pri nižších hodnotách. Rovnako sa odporúča začať s liečbou čím skôr, aby sa dosiahli cieľové hladiny, ktoré sú pre rizikových a nerizikových pacientov rôzne. Liečba dyslipidémií sa podieľa na znížení KV morbidity a mortality významným spôsobom, ktorý možno odhadnúť na 30 % zachránených pred ďalšími ochoreniami až smrťou. Lieky znižujúce cholesterol majú vo všeobecnosti veľmi dobrú znášanlivosť, o čom svedčia výsledky rôznych veľkých klinických a vyhodnocovacích štúdií. Výskyt závažných nežiaducich udalostí je nízky. Lekár by mal pacientov poučiť o najčastejších možných nežiaducich účinkoch. Najčastejšími nežiaducimi účinkami sú myopatie a hepatálne poškodenie. Myopatie sa vyskytujú zhruba v 3 % prípadov, v závislosti od použitého statínu a jeho dávky. Pri kontrolných vyšetreniach sa vždy kontrolujú biochemické parametre, ktoré by odhalili ich prípadné zvýšenie naznačujúce zhoršenie stavu pečene. To je však takisto veľmi zriedkavé. MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, prezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska poukázala na to, že všeobecní lekári majú časté skúsenosti s tým, že pacienti vynechávajú liečbu, ktorú im naordinoval lekár alebo si dávkovanie liekov sami upravujú. Jednou z príčin je nedomyslenie takéhoto konania zo strany pacienta, pretože má pocit, že liek nepotrebuje a neuvedomuje si, že nedodržiavaním liečebného režimu môže ohroziť svoje zdravie a neraz aj život. Na správne užívanie liekov pacientom má však vplyv aj komfort pri jeho užívaní a samozrejme dostatok informácií, či už zo strany lekára/lekárnika/zdravotnej sestry alebo aj prostredníctvom edukačných materiálov. Zlepšenie adherencie je často náročnejšou úlohou než presadenie nových liečebných postupov či moderných liečebných odporúčaní. Základ zvyšovania adherencie je spolupráca a dobrá komunikácia lekára s pacientom. V prieskume polovica slovenských pacientov uviedla, že rozumie všetkým informáciám o ochorení a liečbe. Takmer polovica, 47 % opýtaných svojmu lekárovi plne dôveruje a spoločne diskutujú o plánoch liečby.

 Aké sú všeobecné odporúčania pre pohybovú aktivitu v rámci KV prevencie pre zdravé dospelé osoby, napríklad len so zvýšenými koncentráciami lipidov, s hypertenziou? Tu je odporúčanie venovať sa minimálne 150 minút týždenne pohybovej aktivite vytrvalostného typu strednej intenzity alebo 75 minút týždenne aktivite s vysokou intenzitou alebo kombinácii oboch. Zvýšením objemu pohybovej aktivity na 300 minút pohybovej aktivity vytrvalostného typu strednej intenzity týždenne alebo na 150 minút pohybovej aktivity vysokej intenzity týždenne sa dosiahnu ďalšie zdravotné prínosy. Pohybová aktivita sa dá nakumulovať po 10-minútových časových úsekoch a odporúča sa jej venovať väčšinu dní v týždni. Medzi pohybovú aktivitu sa počíta nielen cvičenie, ale aj cesta do práce (chôdza, jazda na bicykli), domáce práce (pri vysávaní sa človek niekedy celkom zapotí), práce na záhrade či tancovanie. Medzi obľúbené a vhodné pohybové aktivity patrí turistika.