



# Adherence

Co mohou udělat lékaři,  
lékárníci a pacienti?

**MEDICAL  
TRIBUNE**

A photograph showing a young female doctor in a white lab coat leaning over and smiling at an elderly female patient. The patient is looking up at the doctor. A large green curved graphic element separates the text from the image.

Seriál  
Medical  
Tribune



## Teva partner adherence

**Důležité faktory, které představují  
zvýšené riziko nízké adherence jsou:**

- Náklady na léčbu a spoluúčast pacienta
- Složitost léčby
- Edukace pacienta

## Díl 1

# Desatero pro lékaře, lékárníky a pacienty

Adherence, tedy ochota pacienta spolupracovat s lékařem a dodržovat léčebné pokyny, je pro účinek léčby naprosto klíčová. Léky, které pacient nebere, nefungují, a nemocný je tak vystaven většinou závažným komplikacím nedostatečně léčeného onemocnění. Nový seriál, s nímž se budete na stránkách Medical Tribune setkávat od září do prosince, se pokusí přiblížit vám fenomén (non-)adherence a přinést formou článků, komentovaných průzkumů a rozhovorů s lékaři a psychology praktická doporučení, jak zlepšit adherenci u vašich pacientů.



## K VĚCI...

## Desatero pro lékárníky:

1. Vždy zajistěte maximální míru diskrétnosti při jednání s pacientem.
2. Naučte se pacienta víc poslouchat, klást konkrétní otázky a zpětně zjišťovat, zda všem sděleným informacím správně porozuměl.
3. Buďte schopni zodpovědět otázky o správném užívání medikace (jak, kdy, s čím atd.) a v případě náročnější lékové formy poskytnout návod, případně i názorné předvedení aplikace.
4. Přispějte ke snížení rizik spojených s užíváním léků, zejména se zaměřte na:
  - léky s úzkým terapeutickým indexem (imunosupresiva, warfarin, hormony štítné žlázy),
  - léky se zvýšeným rizikem lékových interakcí a nežádoucích účinků,
  - léky v lékových formách vyžadujících (i opakovanou) instruktáž (inhalační přípravky, injekční lékové formy).
5. Jedná-li se o nově předepsaný léčivý přípravek, cílem dispenzace je podpora compliance pacienta s léčbou, čehož lze dosáhnout poskytnutím informací pro správné a bezpečné užívání léku. Zaměřit se je třeba na:
  - indikaci předepsaného léčivého přípravku,
  - zjednodušené vysvětlení způsobu účinku,
  - dávkování a způsob podávání, včetně správné techniky,
  - možné nežádoucí účinky a lékové interakce s jinými léčivými nebo potravinami.
6. U léků předepisovaných pro chronickou medikaci je snaha podpořit dlouhodobou adherenci pacienta. Toho lze dosáhnout ověřováním účinnosti a bezpečnosti užívaných léků. Pozornost je proto třeba věnovat:
  - ověření dávkování léčiva,
  - způsobu podání a technice aplikace,
  - snášenlivosti léčiva – proaktivní dotazování na výskyt nežádoucích účinků,
  - zhodnocení lékových interakcí,
  - generické substituci, zjištění případných lékových duplicit – aktivním dotazováním.
7. U nového i opakovaného vydávání léku je vhodné doporučit režimová opatření (dieta, fyzická aktivita, nekouření atd).
8. Nezapomínejte na informace ohledně správného skladování léku, včetně možností a podmínek bezpečné likvidace nespotrebovaného nebo nepoužitého přípravku.
9. Snažte se motivovat chronické pacienty k pravidelnému měření kritických hodnot (TK, glykémie) a aktivnímu přístupu k léčbě.
10. Klíčová je zpětná komunikace mezi lékárníkem a lékařem. Významnou roli hraje eRecept, jehož výhodou je, že nevyzvedne-li si pacient lék, lékař má možnost to zjistit. Situace, kdy si pacient lék sice vyzvedne, ale dále jej neužívá podle doporučení, může odhalit právě farmaceut správně vedenou komunikací.

Zdroj: teva.cz

Jak už bylo uvedeno, slovem adherence se označuje míra spolupráce pacienta při léčbě. Důležité je především to, zda se pacient řídí doporučením lékaře nebo lékárníka, jak užívat léky a jaká dodržovat režimová opatření. Pokud se pacient radami lékaře či lékárníka neřídí, hovoříme o tzv. non-adherenci (nespolupráci). Ta významně narušuje snahu zdravotníků pacientům pomoci a je bohužel velmi častá. „V mé ordinaci nedodržuje léčbu 20 až 30 procent pacientů s vysokým krevním tlakem, cholesterolem nebo s diabetem,“ říká praktický lékař MUDr. Igor Karen. Jeho slova potvrzují i výsled-

ky letošního průzkumu Ipsos, provedeného mezi 1 000 Čechy a Slováky s diabetem 2. typu, hyperlipidemií a hypertenzí. Více než polovina diabetiků a hypertoniků v průzkumu připustila, že své léky neužívá přesně. Non-adherence se pak projevuje mimo jiné častými pobyty v nemocnici a zdravotní systém je zatížen vyššími náklady na léčbu.

### Jaké jsou nejčastější důvody non-adherence?

Aby bylo možné adherenci účinně zlepšovat, je nutné znát důvody, proč pacienti léčbu nedodr-

žují. Důvodů, proč nespolupracují, je hned několik. Jednou z nejčastějších příčin je nepochopení léčebného režimu. Pacienti by se proto neměli bát lékaře nebo lékárníka zeptat, pokud něčemu nerozumějí nebo pokud mají z něčeho obavy. Některé léčebné postupy bývají navíc poměrně složité, pacient musí užívat více léků v různou dobu nebo v různých lékových formách. Časté je také to, že nemocný nepřikládá léčbě význam, léky brát zapomíná, režimová opatření dodržovat nechce, protože přináší změny a vyžadují úsilí a důslednost – většinou se to týká chronicky nemocných, například právě lidí s hypertenzí, dyslipidemií, diabetem nebo obezitou. V již zmíněném průzkumu Ipsos tyto osoby nejčastěji uvedly, že na léky zapomněly nebo měly dojem, že je v daný moment nepotřebují. Metabolická onemocnění totiž zpočátku nebolí a nepřekážejí, a pacient tak snadno podlehne dojmu, že mu nic není. Podle předsedy České společnosti pro aterosklerózu prof. MUDr. Michala Vrablíka, Ph.D., ovlivňuje ochotu a schopnost pacienta dodržovat léčbu mnoho věcí, například zda nemoc pacienta akutně trápí, jak trvá dlouho, kolik léků denně pacient užívá, zda má nežádoucí účinky, zda chápe, co mu lékař říká, nebo jestli se s nemocí smířil. Roli hrají také doplatky na léky. „Odborné studie ukázaly, že i lidé, kteří prodělali infarkt, stejně do dvou let přestali v 50 procentech brát léky tak, jak by měli. U těchto pacientů je pak riziko opětovné příhody o 50–80 procent větší,“ varuje prof. Vrablík a naznačuje tím, proč je adherence tak důležitá: jestliže pacient dodržuje doporučení lékařů a dalších zdravotníků, má mnohem větší naději na to, že léčba bude úspěšná. Akutní obtíže obvykle vymizí úplně, chronické se zmírní, nedochází k dalšímu prohlubování příznaků nemoci a pacient má naději na kvalitní život bez komplikací.

### Jak dosáhnout dobré adherence?

Efektivní komunikace mezi zdravotníky a nemocnými umožňuje odhalovat, proč konkrétní pacienti léčbu nedodržují. Je příčinou non-adhe-

### ■ ■ ■ K VĚCI...

## Desatero pro lékaře:

1. Vysvětlete pacientovi srozumitelně a trpělivě podstatu onemocnění a princip léčby, přizpůsobte léčbu individuálním potřebám pacienta.
2. Zdůrazněte pacientovi důležitost léčby a rizika non-adherence.
3. Reagujte na pacientovy otázky vstřícně, udržujte oční kontakt, snažte se jej motivovat.
4. Doporučte pacientovi, aby si informace psal, poskytněte mu vhodné informační materiály.
5. Doporučte pacientovi používání upomínek na mobilním telefonu, případně vhodnou aplikaci pro chytré telefony.
6. Navrhněte pacientovi, aby do léčby zapojil svou rodinu.
7. Opakujte pacientovi důležité informace o způsobu užívání léků.
8. Připomínejte pacientovi zásady zdravého životního stylu.
9. Ověřujte si při každé návštěvě, že pacient doporučení k léčbě chápe.
10. U problematických pacientů zvyšte počet kontrol.

Zdroj: teva.cz

rence to, že pacient nedostal dostatek srozumitelných informací? Je to přílišná složitost léčebného postupu, který nevyhovuje pacientovým individuálním potřebám? Nebo je příčinou neochota si nemoc připustit a při léčbě spolupracovat? Nebo jsou důvody úplně jiné? Podle prof. Vrablíka s dodržováním léčby mívají často problém mladí lidé, kteří nemoc odmítají: „U mladšího pacienta je až 2,5krát vyšší riziko, že přestane užívat léčbu, ve srovnání s pacienty po padesátce.“

Ilustruje to i příběh paní Simony (49), která má familiární hypercholesterolemii (FH), tedy zvýšené koncentrace cholesterolu v krvi již od narození. FH vede k předčasnému rozvoji aterosklerózy, která se manifestuje infarktem myokardu nebo cévní mozkovou příhodou ve věku, kdy k těmto komplikacím běžně nedochází. Pacienti s FH mají vyšší

## K VĚCI...

## Desatero pro pacienty:

1. Vyslechněte si všechny informace, které vám lékař poskytuje.
2. Pokud čemkoli nerozumíte, nebojte se zeptat.
3. Uchovejte si a využívejte všechny informační materiály, které vám lékař poskytl.
4. Snažte se léky užívat přesně tak, jak vám lékař předepsal.
5. Používejte nějakou formu upomínek (například v mobilním telefonu), abyste nezapomínali léky užívat.
6. Snažte se dodržovat zásady zdravého životního stylu.
7. Dodržujte všechna další doporučení lékaře.
8. Pokud vám léčba z nějakého důvodu nevyhovuje nebo se u vás objeví nežádoucí účinky, informujte o tom lékaře.
9. Mluvte o své nemoci a léčbě se svými blízkými.
10. Mějte na paměti, že pokud budete doporučení lékaře dodržovat, bude léčba účinná a pomůže vám.

Zdroj: teva.cz

riziko, že pro ně tyto příhody budou fatální. „Lékař mně i bratrovi, který měl také familiární hypercholesterolemii, vysvětlil, co je to za nemoc a jaké jsou její důsledky, pokud se nebudeme léčit,“ vzpomíná paní Simona. Zatímco ona od 18 let začala pravidelně užívat léky, její bratr přistoupil k nemoci opačně. „Tato nemoc neboli a člověk si ani neuvědomuje, že je nemocný, dokud se neobjeví komplikace. Bohužel bratr nedbal doporučení a léky prakticky nebral. Došlo to až tak daleko, že ve 34 letech zemřel na infarkt,“ říká paní Simona. Sama má dvě dcery a jedna z nich má také FH. Léky ale užívá pravidelně. „Vzhledem k tomu, že moc dobře víme, co může nedodržování léčby způsobit, jsme obě důsledné. Samozřejmě, když vám na prahu dospělosti oznámí, že budete muset do konce života brát léky, a vy na sobě nepozorujete ani sebe-menší náznak nemoci, není jednoduché zvykat si na jejich pravidelné užívání. Pochopila jsem ale,

že bez léčby bych dopadla špatně, a stejně tak si to uvědomuje i moje dcera,“ uzavírá paní Simona.

Z průzkumu v lékárnách sítě dr. Max mezi 14 000 návštěvníky – léčenými pacienty s hypertenzí zase vyplynulo, že největší potíže s dodržováním léčebného režimu mají hypertonici-kuráři, kteří si nepravidelně kontrolují krevní tlak a mají po léčích nežádoucí účinky. Jde tak o další skupinu, na niž by se lékaři měli zaměřit, význam léčby jim důkladně vysvětlit a zdůraznit důležitost dodržování režimu a pravidelných kontrol.

V procesu zlepšování a dodržování adherence hrají důležitou roli i lékárníci. To, že pacient nebere léky tak, jak má, odhalí podle předsedy Sekce nemocničních lékárníků České farmaceutické společnosti ČLS JEP Mgr. Michala Hojného každý šikovný lékárník dobře zvolenými dotazy. „Doba je uspěchaná a pacient nechce lékaře takzvaně otrávit, občas nenajde odvahu se na vše pořádně vyptat. Někdy lékaři – autoritě nepřizná, že mu lék nedělá dobře. Poctivě si jej vyzvedne v lékárně a pak jej hodí do koše,“ říká Mgr. Hojný s tím, že právě zde může pomoci lékárník. „Léčba pacienta předepsáním přípravku nekončí. V lékárně můžeme pravidelně apelovat na pacienty s vysokým krevním tlakem, aby si pravidelně měřili krevní tlak, a diabetici zase glykémii.“ Roli v dodržování léčby podle Hojného hraje i to, jak jsou léky zabaleny a jaká je jejich forma – zda se například dobře polykají.

Na jaře letošního roku proběhl ve spolupráci se společností Teva Týden adherence s výzvou Chcete se léčit účinně? Zapojilo se do něj 150 ambulantních praktických lékařů a internistů z celé ČR. Kladli svým pacientům otázky typu Kolik berete léků? Umíte je vyjmenovat? Stalo se vám, že jste neužíval své léky dle doporučení lékaře? Výstupem Týdne adherence je kromě odvedené práce s pacienty a posílení jejich zodpovědnosti za vlastní zdraví unikátní průzkum, s jehož výsledky vás podrobně seznámíme v druhém díle seriálu Medical Tribune.

Přípravila: **Mgr. Kristýna Čillíková**

Vyšlo v Medical Tribune 17/2019

## Díl 2

# Týden adherence 2019 – proč pacienti (ne) spolupracují se svými praktiky a internisty

Adherence, tedy ochota pacienta spolupracovat s lékařem a dodržovat léčebné pokyny, je pro účinek léčby naprosto klíčová. Léky, které pacient nebere, nefungují, a nemocný je tak vystaven většinou závažným komplikacím nedostatečně léčeného onemocnění. Důvodů, proč pacient nespolupracuje, je několik. Aby bylo možné adherenci účinně zlepšovat, je nutné zjistit, proč pacienti léčbu nedodrží. Právě o to se snažil reprezentativní průzkum u pěti set pacientů českých praktických lékařů a internistů. Jaké přinesl výsledky?

Průzkum společnosti IQVIA proběhl u příležitosti jarního Týdne adherence. Cílem tohoto osvětového týdne bylo upozornit na vážné dopady, které s sebou nedodržování léčby nese. Výzvu Týdne adherence „Chcete se léčit účinně? Lečte se správně“ podpořili kromě praktických lékařů a internistů také odborníci z řad diabetologů a kardiologů, ale nechyběli ani lékárníci. Týden adherence iniciovala a podpořila společnost Teva.

Cílem šetření, které probíhalo na celém území České republiky v dubnu a květnu 2019, bylo odhalení problémů souvisejících s nedodržováním léčby a vyvození možných řešení. Metodou bylo písemné dotazování pomocí strukturovaného dotazníku. Respondenty byli lékaři i pacienti – ak-

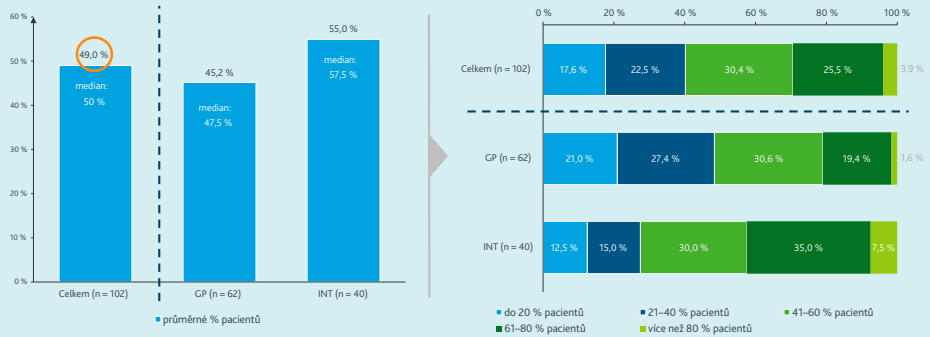
tivně se zapojilo 62 praktických lékařů a 310 jejich pacientů a 40 internistů a 200 jejich pacientů. Dotazovaní z řad nemocných byli z 53 procent ženy, věkově převažovaly osoby starší 60 let, 47 procent respondentů bylo v důchodu. Celkem 61 procent žilo v manželství a co se týče vzdělání, 28 procent tvořili středoškoláci, 28 procent vyučení bez maturity a 17 procent bylo vysokoškolsky vzdělaných. Více než polovina (56 procent) kouřila a téměř 40 procent spadalo podle BMI do kategorie nadváhy (obezitu prvního stupně mělo 30 procent pacientů). Asi 38 procent osob mělo jedno definované onemocnění (nejčastěji hypertenzi), 40 procent dvě onemocnění a 21 procent tři onemocnění. Nejčastější délka trvání onemocnění byla šest až deset let.

GRAF 1

## Jen asi polovina pacientů dodržuje všechna léčebná doporučení

Adherence k léčbě je vyšší u pacientů léčených u internistů

Kolik procent vašich pacientů s diagnózou dyslipidémie či hypertenze nebo diabetes dodržuje všechna léčebná doporučení, která jim dáváte – má tedy optimální adherenci k léčbě?



Třídící faktor – specializace. Báze: n = 102 / celý vzorek lékařů

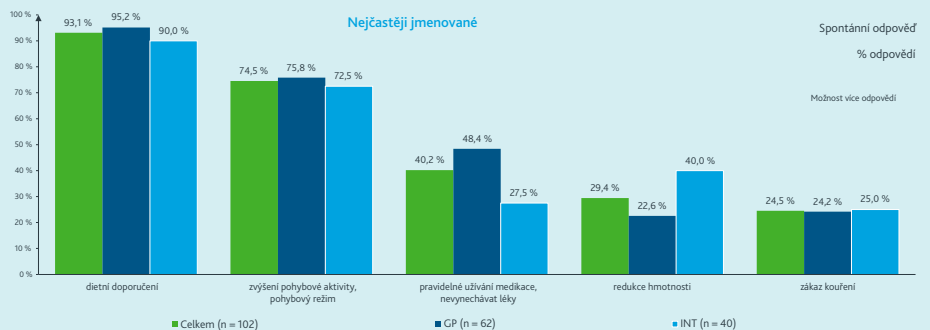
Zdroj: prezentace Teva

GRAF 2

## Největší problém mají pacienti s dodržováním dietních doporučení, pohybového režimu a s pravidelností užívání léků

Rozdíl mezi pacienty u praktičků a internistů je především ve vynechávání léků a redukci hmotnosti

S čím mají vaši pacienti s diagnózou dyslipidémie či hypertenze nebo diabetes ohledně doporučení, která jim dáváte, největší problémy? Která vaše doporučení nejčastěji nedodržují?



Třídící faktor – specializace. Báze: n = 102 / celý vzorek lékařů

Zdroj: prezentace Teva



## Nejlepší adherence je podle lékařů k lékům, nejhorší k dietě a pohybu

Lékaři uvedli, že jen asi polovina pacientů s diagnózou diabetu, dyslipidémie nebo hypertenze dodržuje všechna léčebná doporučení, tedy nejen farmakoterapii, ale i režimová doporučení (graf 1). Zhruba třetina dodržuje všechna režimová léčebná doporučení. K farmakoterapii a všem doporučením s ní spojeným adherují podle lékařů tři čtvrtiny pacientů. Jako nejlépe adherující se ve všech případech ukázali pacienti internistů. Naopak největší problém mají podle lékařů nemocní s dodržováním dietních doporučení, pohybového režimu a s pravidelností užívání léků (graf 2). Rozdíl mezi pacienty u praktičků a internistů byl zjištěn především ve vynechávání léků (více zapomínají pacienti praktických lékařů) a v redukci hmotnosti (větší problém s hubnutím mají nemocní u internistů). Změna dietních návyků vyžaduje aktivní přístup pacienta a zapojení motivace a vůle, proto-

že je často spojena s nejrůznějšími omezeními. Potvrdil to i průzkum – podle lékařů dělá nemocným největší potíže omezení tuků, sacharidů a soli v jídelníčku a dodržování pravidelnosti ve stravování.

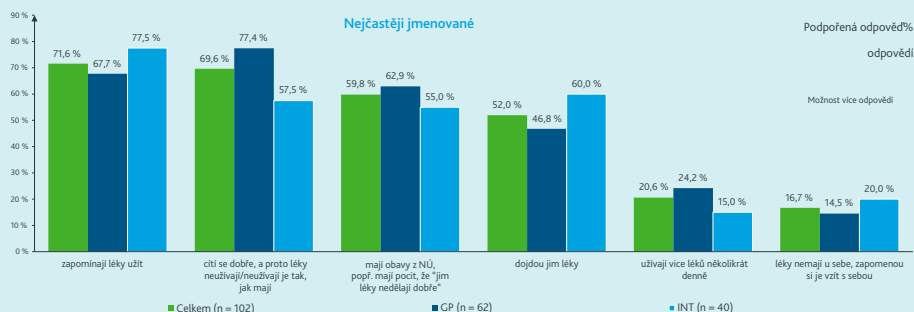
## Nejčastějšími důvody neužití léku jsou zapomenutí a obavy z nežádoucích účinků

Z hlavních důvodů non-adherence lékaři nejčastěji volili možnost, že pacienti zapomínají léky užít, mají obavy z nežádoucích účinků (nebo mají pocit, že jim léky nedělají dobře) nebo neberou léky správně, protože musejí užívat více léků několikrát denně (graf 3). Zajímavá byla otázka, zda a jakým způsobem lékaři ověřují adherenci svých pacientů. Polovina uvedla, že ověřují adherenci k farmakoterapii pomocí laboratorních testů (koncentrace účinné látky v séru) a kontrolou spotřeby léků, 10 procent ověřuje vyzvednutí receptu v lékárně. Adherenci k režimovým opatřením více než po-

### GRAF 3

## Nejčastěji pacienti zapomínají léky užít, neužívají léky správně, protože se cítí dobře a mají obavy z nežádoucích účinků

Z následujícího seznamu možných důvodů non-adherence k farmakoterapii prosím vyberte tři důvody, kvůli kterým podle vás pacienti s diagnózou dyslipidémie či hypertenze nebo diabetes nejčastěji neužívají vámi předepsané léky dle vašich pokynů.



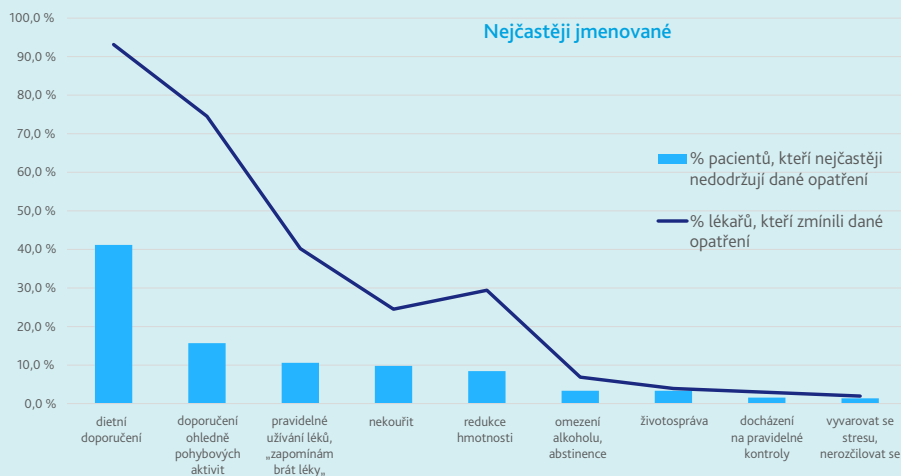
Třídící faktor – specializace. Báze: n = 102 / celý vzorek lékařů

Zdroj: prezentace Teva

GRAF 4

## Lékaři se shodují s pacienty v nejčastějších příčinách nedodržování léčebných doporučení: dieta, pohyb, zapomínání

Která doporučení Vašeho lékaře je pro Vás největší problém dodržovat – která doporučení nejčastěji nedodržujete?



Báze: n = celý vzorek

Zdroj: prezentace Teva

lovina lékařů kontroluje sledováním hmotnosti pacientů a cílenými dotazy. Až 37 procent lékařů posuzuje laboratorní výsledky a 22 procent kontroluje jídelníček nemocných.

### Jak zlepšit adherenci pacientů?

#### Především edukací a fixními kombinacemi

Více než polovina lékařů se domnívá, že důležitá edukace pacientů může zlepšit adherenci jak k farmakoterapii, tak k režimovým opatřením. Lékaři v průzkumu současně deklarovali potřebu mít více času na edukaci. Třetina lékařů by uvítala možnost širšího používání fixních kombinací, které obecně zlepšují adherenci k farmakoterapii. Lékaři také uvedli, že adherenci pacientů mohou

podpořit i farmaceutické společnosti poskytováním edukačních materiálů, širší nabídkou fixních kombinací a osvětou. Menšina (kolem sedmi procent) si myslí, že adherenci by mohlo zlepšit snížení doplatků za léky.

### Adherence k léčbě očima pacientů

Jak už bylo uvedeno, na dotazník týkající se adherence k léčbě odpovědělo kromě lékařů také na 500 pacientů praktiků a internistů. Celkem 41 procent z nich přiznalo, že má problém dodržovat dietní opatření a 16 procent pohybový režim. V tomto bodě bylo zajímavé rozdělení dle pohlaví: ženy mají podle průzkumu větší problém dodržovat doporučení týkající se pohybu a redukce hmotnosti, muži zase více válejí s dietou, nekouře-

ním a abstinencí. Asi 18 procent pacientů uvedlo, že dodržuje všechna doporučení, 15 procent nevědělo či nechťelo odpovídat. Shodně s lékaři nemocní lidé sdělili, že v oblasti dietních doporučení považují za největší problém omezení sacharidů, soli a tuků v jídelníčku. Lékaři se shodovali s pacienty rovněž v nejčastějších příčinách nedodržování léčebných doporučení: dieta, pohyb, zapominání (graf 4). Pokud jde o farmakoterapii, ukázalo se, že 54 procent pacientů užívá jeden až tři léky a pětina bere pět léků denně. Polovina dotázaných osob o sobě rekla, že užívali léky po celých posledních šest měsíců dle doporučení lékaře, třetina uvedla, že porušili doporučení jen výjimečně. Na otázku, proč někdy neužíli lék dle doporučení, lidé nejčastěji uvedli, že zkrátka zapomněli. Druhým nejčastějším důvodem bylo, že nemocní se cítili dobře, a proto neměli potřebu lék užít. Z dotazníku také vyplynulo, že naprostá většina pacientů (89 procent) se svým lékařem diskutuje o léčbě, má od něj dostatek informací (88 procent) a plně mu důvěruje (87 procent). Tři čtvrtiny dotázaných diabetiků, hypertoniků a osob s dyslipidemií uvedly, že rozumějí všem informacím od lékaře, které se týkají onemocnění a jeho léčby. Méně (62 procent) se domnívá, že rozumějí svému onemocnění a vědí, jak fungují léky, které pravidelně užívají. Až 55 procent nemocných potvrdilo, že zvládnou bez zaváhání vyjmenovat všechny své léky, a 20 procent připustilo, že neumějí vyjmenovat všechny své léky.

### Pro praxi: Kteří pacienti mají největší riziko non-adherence v praxi?

Pro lékaře a jejich každodenní ambulantní praxi mohou být přínosné poznatky, které se ukázaly při třídění odpovědí podle věku, pohlaví, bydliště, diagnózy, BMI, kuřáckého statusu nebo počtu užívaných léků. Například pacienti do 40 let věku přiznali, že všechna doporučení lékaře dodržují jen výjimečně – výrazně disciplinovanější byli lidé starší 60 let. S dodržováním dietních dpo-

ručení měli problémy všichni pacienti bez ohledu na věk, zatímco osoby do 40 let věku měly největší problém nekouřit a pro jedince mezi čtyřicítkou až šedesátkou bylo nehorší dodržovat doporučení týkající se pohybové aktivity. Adherence k farmakoterapii je podle průzkumu nehorší ve věkových skupinách 41–50 a 51–60 let. Pokud jde o bydliště, na doporučení lékaře obecně více dbají pacienti mimopražští. Pacientům z Prahy dělá větší problém pravidelné užívání léků a redukce hmotnosti, v ostatních doporučeních se příliš neliší od zbytku republiky. Adherence k dietním opatřením nebyla ovlivněna ani diagnózou, byla problematická u všech tří hlavních diagnóz. Přesto se ukázalo, že celkově jsou z hlediska adherence nejrizikovější nemocní s diabetem a vysokým cholesterolem v krvi současně, zatímco hypertonici deklarovali v dotazníku nejméně problémů – asi 22 procent dodržuje všechna léčebná doporučení. Pokud jde o adherenci k farmakoterapii, nejlépe dopadli diabetici, nejhůře pak polymorbidní osoby se všemi třemi diagnózami.

Asi není překvapením, že s dietou a pohybem nejvíce bojují nemocní s vyšším BMI. Pro ty s nižším BMI jsou větší obtíží jiná režimová opatření – nekouření a abstinence. Další rizikovou skupinou z hlediska adherence k léčebným opatřením jsou kuřáci – silným kuřákům dělá největší problém nekouřit a snižovat tělesnou hmotnost. Naopak nekuřáci byli těmi, kteří nejčastěji dodržovali všechna doporučení lékaře. Pacienti, kteří měli užívat tři až čtyři léky denně, častěji zapomínali léky užít, zatímco jedinci, kteří měli užívat pět a více léků denně (a byli tedy více nemocní), dodržovali všechna doporučení lékaře výrazně častěji. Pacientům s jedním až dvěma léky denně činila největší potíže režimová opatření jako pravidelný pohyb, nekouření a abstinence. Tito pacienti byli ale také nejrizikovější i z pohledu adherence k farmakoterapii. Adherence k léčbě se významně nelišila mezi pohlavími.

Připravila: **Mgr. Kristýna Čillíková**

Vyšlo v *Medical Tribune* 18/2019

ZEPTALI JSME SE...

## Šest otázek pro MUDr. Igora Karena, praktického lékaře z Benátek nad Jizerou a místopředsedu SVL ČLS JEP

**I Pane doktore, i vy jste se zapojil do Týdne adherence 2019. Jak velký problém představuje non-adherence ve vaší ordinaci? Přibližně kolik procent vašich pacientů neadheruje k farmakoterapii a kolik ke změnám životního stylu a jídelníčku?**

K terapii s polypragmazií, tj. čtyřmi a více léky, neadheruje asi kolem 15–20 procent pacientů mé ordinace s tím, že občas neberou některé léky, nikoli všechny léky. Horší je to s adherencí k dietním opatřením – zde neadheruje kolem 30–50 procent, záleží na věku pacienta. Stran nekouření je to kolem 60–70 procent pacientů. Kouří, i když jim kouření zakážete. Pohybové aktivity dodržují více mladší jedinci a lidé s nadváhou než obézní lidé s obezitou druhého a třetího stupně.

**I Jaký je ve vaší ordinaci nejčastější důvod non-adherence k lékům?**

Velmi často polypragmaziie a doplatky na léky u starších pacientů ve věku 65 let a více.

**I Pro jaké důvody nejčastěji nedodrží vaši pacienti (s hypertenzí, dyslipidemií, diabetem) režimová opatření?**

1. Zapomínají zejména večerní medikaci.
2. Doplatky za léky.
3. Mnoho léků (polypragmaziie) – preferovali by více fixních kombinací, které například chybějí v primární péči, v celém spektru diabetologie či v léčbě astmatu i dyslipidemií.

**I Můžete na základě svých dlouholetých zkušeností říci, že už předem poznáte pacien-**

**ta, který bude hůře spolupracovat? Má nějaké typické charakteristiky?**

Hůře spolupracují kuřáci obecně a také všichni pacienti, kde jejich diagnóza „nebolí“, tedy např. hypertenze, obezita, diabetes, dyslipidémie, na rozdíl od těch, co „bolí“, jako jsou osteoporóza či artróza. Na druhou stranu, infekce HIV také nebolí, ale závažnost diagnózy visí nad pacienty jako Damoklův meč, a tudíž je adherence z jejich strany prakticky stoprocentní.

**I Jak non-adherenci předcházíte? Máte nějaká osvědčená doporučení?**

Ptám se pacientů, proč nedodrží doporučenou terapii, současně u většiny, když je to možné, preferuji fixní kombinace a bezdoplatkové léky. Snažím se jít také pacientům příkladem v oblasti režimových opatření – sám jsem přestal kouřit, cvičím několikrát týdně a zhubnul jsem. Snažím se jíst pestrou a vyváženou stravu v rozumném množství, neboť takový jídelníček mnohdy nahradí celou řadu jiných léčebných doporučení. Občas sice dietně zhejšim, ale to k normálnímu životu patří.

**I Jak podle vás může adherence pacientů k léčbě ovlivnit sám lékař?**

Komunikací s pacienty a zjišťováním, proč porušují či nedodrží doporučenou terapii. Pokud mohou, měli by preferovat fixní kombinace a u nízkopříjmových skupin pacientů klást důraz na bezdoplatkové léky. Mnoho epidemiologických studií dokazuje, že fixní kombinace významně zlepšují adherenci k jakékoli terapii. A jak už jsem uvedl výše, lékař by měl jít příkladem a sám dodržovat to, co po svých pacientech žádá.

## Díl 3

# Adherence a diabetes mellitus

Vzhledem k závažnosti diabetu a množství a charakteru komplikací, které může špatně léčený diabetes 1. i 2. typu vyvolat, vzrůstá význam adherence pacientů k léčebným opatřením. Diabetes ovšem klade na nemocné vysoké nároky – musejí provádět selfmonitoring glykémie, upravit a dodržovat stravovací návyky nejen s ohledem na inzulinoterapii, užívat léky, zahájit pravidelnou fyzickou aktivitu, péči o nohy a pravidelně docházet na různé kontroly. Jejich adherence je proto nízká a je přirovnávána k psychiatrickým diagnózám. Šance na dobrý klinický výsledek jsou přítomny v případě adherentních pacientů trojnásobně oproti non-adherentním.

Odhaduje se, že ve vyspělých zemích je pouze polovina pacientů s chronickými onemocněními, kam patří i diabetes, adherentní. Non-adherence vede ke ztrátě ve smyslu nedosažení požadovaného zlepšení zdravotního stavu, a naopak vede ke zvýšení morbidit a mortality. Již v roce 2003 Světová zdravotnická organizace (WHO) zdůrazňovala, že zvýšení efektivity opatření zlepšujících adherenci by mohlo mít větší vliv na zdraví populace než vývoj specifických léčebných metod. Připomeňme však, že adherence je složitý proces, který je ovlivňován více než dvěma stovkami různých faktorů (obecně např. faktory zdravotního systému, socioekonomické faktory a faktory související s onemocněním, terapií a pacientem). Důležité je vědět, že některé faktory nelze ovlivnit (věk, etnická příslušnost, prostředí), jiné naopak ano (např. názory pacientů na léčbu, znalosti o onemocnění, krátkodobé sociální přínosy, osobní přínosy vlastního roz-

hodnutí a dopad vlastního rozhodnutí na každodenní život).

### **Vliv onemocnění a jeho léčby na adherenci diabetika**

American Association of Diabetes Educators (AADE) uvádí, že až 50 procent osob s diabetem neužívá antidiabetika podle doporučení lékaře, 20 procent nových preskripcí není vůbec užito a zhruba 30 procent diabetiků neužije nejméně jednu dávku perorálního antidiabetika (PAD) měsíčně. K podobným výsledkům dospěl i průzkum u české populace, realizovaný letos na jaře společností IQVIA u příležitosti Týdne adherence v ordinacích praktických lékařů a internistů, do něhož se aktivně se zapojilo 62 praktických lékařů a 310 jejich pacientů a 40 internistů a 200 jejich pacientů. Lékaři uvedli, že jen asi polovina jejich pacientů s diagnózou diabetu, dyslipidémie nebo hypertenze dodržuje všechna léčebná doporuče-

## MĚLI BYSTE VĚDĚT...

## Charakteristiky pacienta s diabetem s vysokým rizikem non-adherence

- Nevyzvedává recepty v lékárně
- Zapomnětlivost
- Poruchy zraku
- Deprese
- Jazyková bariéra, jiné sociokulturní prostředí
- Zhoršená schopnost zvládat různé situace a úkoly
- Zmeškané kontroly u lékaře
- Četné komorbidity
- Malá důvěra v lékaře a zdravotníky
- Problémy s chápáním vlastního zdravotního stavu
- Onemocnění bez symptomatologie

Zdroj: AADE

ní, tedy nejen farmakoterapii, ale i režimová doporučení. Zhruba třetina pak dodržuje všechna režimová léčebná doporučení. Největší problém mají podle lékařů nemocní s dodržováním dietních doporučení, pohybového režimu a s pravidelností užívání léků. Změna dietních návyků vyžaduje aktivní přístup pacienta a zapojení motivace a vůle, protože je často spojena s nejrůznějšími omezeními. Potvrdil to i průzkum – podle lékařů dělá nemocným největší potíže omezení tuků, sacharidů a soli v jídelníčku a dodržování pravidelnosti ve stravování.

Bylo spočítáno, že nízká adherence k farmakoterapii má v USA na svědomí 69 procent hospitalizací a 125 000 úmrtí ročně a stojí každý rok 317 miliard dolarů. Obecně platí, že čím komplexnější je léčba, tím je adherence nižší. U perorálních léků klesá adherence s vyšší frekvencí dávkování a počtem předepsaných léků, a to především při dlouhodobém podávání. Adherence k podávání inzulínu klesá s prodlužující se dobou od diagnózy (zatímco nově diagnostikovaní pacienti s diabetem 1. typu méně často zapomí-

nají na pravidelnou aplikaci inzulínu). Podobně je tomu i u diety a pohybové aktivity – pacienti s diabetem trvajícím déle než deset let mají tendenci být méně adherentní. Důvěra v účinnost farmakologické léčby u diabetu 2. typu a postoje k onemocnění byly identifikovány jako jedny z faktorů ovlivňujících adherenci. Již citovaný průzkum IQVIA ukázal, že pacienti s diabetem adherují k farmakoterapii lépe než osoby s hypertenzí nebo dyslipidemií a nejhůře na tom byli ti, kteří měli všechny tři diagnózy současně. Celkově jsou z hlediska adherence nejrizikovější nemocní s diabetem a vysokým cholesterolem v krvi současně, zatímco hypertonici deklarovali v dotazníku nejméně problémů – asi 22 procent dodržuje všechna léčebná doporučení. Pokud jde o adherenci k farmakoterapii, nejlépe dopadli diabetici, nejhůře pak polymorbidní osoby se všemi třemi diagnózami.

### Osobnost pacienta a adherence

Ukazuje se, že u diabetu ovlivňuje adherenci k léčbě věk, pohlaví, důvěra v sebe a ve své schopnosti, stres, deprese a závislost na alkoholu. Bylo například zjištěno, že starší adolescenti s diabetem 1. typu častěji vynechávali aplikaci inzulínu než mladší pacienti. Muži více adherují k přiměřené fyzické aktivitě, ale méně než ženy adherují k dietě. Především diabetes 1. typu je náročný na důvěru ve vlastní schopnosti – nemocní se musejí v relativně krátké době naučit pracovat s inzulínem, inzulínovou pumpou, počítáním sacharidů, selfmonitoringem glykémie atd., což je, podobně jako dodržování diety, spojeno se zvýšenou mírou stresu. Potvrdilo se, že u pacientů s diabetem je deprese dvakrát častější než v běžné populaci, což má za následek pokles adherence k léčebnému režimu, horší kontrolu glykémie a vyšší výskyt komplikací diabetu. Závislost na alkoholu snižuje adherenci diabetiků k léčebnému procesu komplexně.

Psychosociální vlivy se doporučuje nepodceňovat a hned zpočátku léčby je vhodné provést

## MĚLI BYSTE VĚDĚT...

## Jak komunikovat s pacientem s diabetem?

- Vyhňte se kritice, obviňování a slovu „proč?“
- Když chcete, aby pacient užíval vámi doporučenou léčbu, vedte s ním motivační rozhovor. Je to často nejlepší způsob, jak získat a předat klíčové informace v co nejkratším čase. Nezapomeňte poslouchat více a mluvit méně.
- Kdykoli je to možné, pokládejte otevřené otázky. Např. Víte, proč vám lékař předepsal právě tento lék? Můžete mi říci, k čemu tyto vaše léky slouží a jak je máte užívat? Četl jste nebo slyšel jste v poslední době něco, co se týká vašich léků?
- Zhodnotte důvěru vašich pacientů k užívání jejich léků. Kladte např. otázky jako: Co víte o inzulínu? Co vaši přátelé říkají o léčbě inzulínem? Co si myslíte o léčbě inzulínem?
- Zeptejte se na výhody správného užívání léků. Objasněte si, zda vám pacient porozuměl. Možné otázky: Jaké jsou podle vás přínosy užívání léků přesně podle doporučení lékaře? Co se podle vás může přihodit, pokud užijete lék jinak?
- Mluvte jednoduše a srozumitelně a vyhněte se odborné terminologii. Vysvětlete však běžné zkratky a termíny, které jsou pro pacienta relevantní (např. HbA<sub>1c</sub>, LDL, HDL, lipidy atd.). Vyhňte se vysvětlením, která zacházejí příliš do fyziologie, a nepoužívejte příliš mnoho dat.
- O vynechaných dávkách léků hovořte s pacientem správným způsobem. Projevte pochopení, že se to někdy může stát, ale situaci využijte jako příležitost ke zjištění pravých důvodů neuzítí léku. Např.: Někdy jsme zkrátka zaneprázdnění nebo máme i jiné důvody, proč si lék nevezmeme. Kolikrát v tomto týdnu jste lék vynechal?
- Proveďte pacienta bariérami správného užívání medikace. Možné otázky: Co vám brání v užívání léku podle předpisu? Mezi běžné odpovědi pacientů patří cestování, pracovní povinnosti, usnutí nebo rozvážení dětí do škol a na kroužky. Někdy může být důvodem neužívání léků jejich cena/doplatek. Zeptejte se pacienta, zda se lék vejde do jeho rozpočtu. Pokud je zřejmé, že se jej tento problém týká, zvažte levnější variantu, generika, fixní kombinace atd.
- Pomozte pacientovi, aby našel sám pro sebe vhodné řešení formou brainstormingu. Otázky: Co vám pomohlo v minulosti? Mohu vám prozradit, jak to vyřešili ostatní pacienti?
- Uzavřete rozhovor výzvou, aby vám pacient celý plán zopakoval. Také se zeptejte, zda nemá nějaké další otázky.
- Rozhovoru o adhezenci se věnujte při každé kontrole.

Zdroj: AADE

screening psychologických problémů. Je rovněž žádoucí zapojit do léčby členy rodiny (dohled nad dodržováním režimu) a klást důraz na snížení četnosti rodinných konfliktů a snížení stresu pro pacienta. Už bylo naznačeno, že existuje určitá vazba mezi smýšlením o diabetu a jeho terapii a chováním ve vztahu k jeho léčbě. Ukazuje se, že pacienti, kteří jsou adherentní k provádění péče o sebe sama, jsou zejména přesvědčeni o tom, že tuto péči zvládnou, a věří, že léčba a dodržování dietních opatření, fyzická aktivita a selfmonitring glykémie je účinný postup v kontrole diabetu. Rovněž očekávají dosažení pro ně důležitých pří-

nosů – cítit se lépe, být zdravější, opozdit nástup komplikací – a chtějí se do těchto aktivit zapojit. Adherentní pacienti shledávají vztah se zdravotníkem jako podpůrný a uspokojivý. Dle AADE pak existují postoje, které jsou prediktory horší adherence – např. nedůvěra v léčbu („lék mi nepomůže, naopak můj stav zhorší“), víra v uzdravení bez medikace, důraz na nežádoucí účinky, o nichž pacient slyšel nebo četl, obavy z nákladnosti léčby a vyšších doplatků. V dotazníku IQVIA pacienti na otázku, proč někdy neužili lék dle doporučení, nejčastěji uvedli prozaický důvod, že zkrátka zapomněli. Druhým nejčastějším důvodem bylo,

že se cítili dobře, a proto neměli potřebu lék užít. Z dotazníku také vyplynula pozitivní skutečnost, že naprostá většina pacientů (89 procent) se svým lékařem diskutuje o léčbě, má od něj dostatek informací (88 procent) a plně mu důvěřuje (87 procent). Tři čtvrtiny dotázaných diabetiků, hypertoniků a osob s dyslipidemií uvedly, že rozumějí všem informacím od lékaře, které se týkají onemocnění a jeho léčby. Až 55 procent nemocných potvrdilo, že zvládnou bez zaváhání vyjmenovat všechny své léky.

Podle prof. MUDr. Zdeňka Rušavého, Ph.D., z I. interní kliniky LF UK a FN v Plzni je dalším možným vysvětlením nízké adherence diabetiků fakt, že léčba v krátkodobém horizontu nezlepšuje kvalitu života pacienta, ale spíše kompenzuje laboratorní hodnoty a může mít řadu nežádoucích účinků. Obávané jsou samozřejmě život ohrožující hypoglykémie, časté především při léčbě deriváty sulfonylurey nebo některými inzulinami, ale spolupráci pacienta mohou zhoršit i otoky při léčbě glitazony nebo gastrointestinální potíže při léčbě metforminem. Pacienti proto zkoušejí léky vysazovat, a když se necítí po vynechání hůř, nemusejí vidět důvod, proč v léčbě pokračovat. Podle prof. Rušavého zde mohou pomoci jiné lékové formy (např. metformin s prodlouženým uvolňováním) či volba moderních antidiabetik a inzulínových analog s nízkým rizikem hypoglykemií a nízkým vlivem na tělesnou hmotnost. Polypragmazií, které se v diabetologii nelze vyhnout, je možné řešit pomocí fixních kombinací antidiabetik. Výhodami takové kombinace léků jsou zvýšení efektivity léčby, možnost snížení dávek oproti monoterapii a snížení nežádoucích účinků, jako je nárůst hmotnosti, hypoglykémie, gastrointestinální intolerance a retence tekutin s periferními edémy. Studiemi bylo zjištěno, že fixní kombinace perorálních antidiabetik v jedné dávce zlepšují adherenci pacientů.

Průzkumy adherence (česky např. IQVIA, květen 2019) ukazují, že u chronických pacientů je vůbec nejhorší adherence k režimovým opatře-

ním, tedy pohybu a dietě. Dokládají to i výsledky velké studie Look AHEAD (NEJM, 2013), v níž bylo randomizováno 5 142 pacientů s diabetem 2. typu a současnou nadváhou do dvou větví. První byla intenzivně edukována ke změně životního stylu s cílem snížit hmotnost pomocí nízkokalorické diety a cvičení, druhá pak dostávala standardní léčbu. Hodnotil se výskyt kombinovaných ukazatelů (úmrtí z kardiovaskulárních příčin, nefatální infarkt myokardu, nefatální cévní mozková příhoda, hospitalizace pro anginu pectoris). Po téměř deseti letech sledování došlo k významnému snížení hmotnosti i zlepšení kompenzace s výjimkou LDL cholesterolu. Nedošlo ale ke snížení kombinovaného ukazatele, tedy kardiovaskulární morbidity a mortality, a to i přesto, že si sníženou hmotnost sledovaná větev v podstatě udržela. Podle prof. Rušavého vysvětlením je, že pacienti sice na začátku skutečně cvičením zvýšili výkonnost, ale po čtyřech letech se jim snížila k výchozím hodnotám. Je tedy zřejmé, že se jim nedařilo se dlouhodobě zvýšeně pohybovat. Pravidelný intenzivnější pohyb je samozřejmě pro starší pacienty poměrně obtížný kvůli bolestem pohybového aparátu – znamená to však, že na dlouhodobou kompenzaci diabetu díky režimovým opatřením nelze u mnoha pacientů spoléhat.

### Vliv selfmonitoringu glykémie na adherence

Celá řada prací ukazuje, že bez ohledu na pacientovu inteligenci klesá glykovaný hemoglobin s více než pěti měřeními glykémie denně o jedno až dvě procenta. Bohužel ale ani adherence k domácímu měření glykémie není optimální, ač je dokázáno, že pacienti s častějším měřením mají menší variabilitu glykémie v průběhu dne s nižším výskytem hypoglykemických příhod. V diabetologii je běžné, že nemocní si měří glykémie častěji před kontrolou u lékaře, ale při delších obdobích bez kontrol hůře hledají k selfmonitoringu motivaci. Je také známým faktem, že např. intenzifikovaná léčba inzulinem nebo léčba inzulinovou pumpou



se senzorem je léčbou vhodnou právě pro adhe-rující pacienty.

### Vztah lékař–diabetik

Diabetes je chronické progredující onemocnění, na jehož vývoj v čase je zapotřebí reagovat úpravou medikace s přihlédnutím k pacientovým potřebám a preferencím. Proto je nesmírně důležité, aby byl mezi lékařem a pacientem vytvořen uspokojivý vztah založený na vzájemné důvěře a respektu. Vinu na nízké adhezenci nenese jen pacient, zodpovědnost má i lékař. Zda se pacient na léčebném režimu udrží, ovlivňuje také důvěra lékaře ve vlastní preskripci a ve vhodnost léčebného schématu pro daného nemocného. Lékař by měl využít všech svých zkušeností k tomu, aby sladil léčbu s osobností nemocného, jeho potřebami a životním stylem, aby její náročnost přizpůsobil jeho vzdělání či věku a počtu komplikací, kterými nemocný trpí. Roli samozřejmě hrají, jak už bylo řečeno, i vlastnosti léčiva, jako je jeho cena, účinnost, interakce, jednoduchost aplikace nebo kontraindikace. Na straně pacienta potom záleží na podobných proměnných, důležitá je jeho důvěra v lékaře, ale i počet odborníků, které navštěvuje. Podle prof. Rušavého totiž nezdědka dochází k mnohočetné preskripci stejného léčiva pod jiným obchodním názvem.

Adhezenci pacienta k léčbě diabetu lze zvýšit správnou komunikací, během níž se s ním lékař domluví na osobních prioritách. Někteří nemocní jsou například ochotni více sportovat, ale neumějí se úplně efektivně zbavit dietních chyb. Pak je namísto upravit jim režimová opatření „na míru“. Stejně tak je nezbytné s pacienty mluvit o tom, jak léky fungují, které nežádoucí účinky mohou očekávat a jak jim lze předcházet. Informovaný pacient má mnohem vyšší pravděpodobnost, že bude brát léky správně i že zbytečně léčbu nezvzdá, pokud se objeví řešitelné nežádoucí účinky.

### Diabetik, který ví nejméně, žije nejdéle

Toto tvrzení E. P. Joshina nejlépe vystihuje důležitost edukace pacientů s diabetem. WHO definuje edukaci jako základní kámen terapie diabetu. Jde o vzdělávací proces, výchovu, změnu návyků a přenos informací poskytnutých lékařem či zdravotníkem. Mezi základní zásady edukačního procesu patří individuální přístup lékaře k pacientovi, srozumitelnost edukace, konkrétní cíle, respektive motivace, pochvala, kontrola a zpětná vazba. V první fázi probíhá edukace u nově diagnostikovaných pacientů a u těch, kteří dosud takto vzdělávání nebyli. Spočívá v poskytnutí informací o podstatě onemocnění, nutnosti léčby, režimových opatřeních, selfmonitoringu a pomáhá pacientovi vyrovnat se s chorobou. V druhé edukační fázi jsou individuálně řešeny konkrétní situace, jako je například úprava dávkování inzulínu před fyzickou zátěží, dle příjmu sacharidů v potravě či v případě přítomnosti jiného onemocnění. Systematická a kvalitní edukace dává nemocnému, ať již mladému diabetikovi 1. typu, nebo polymorbidnímu staršímu diabetikovi 2. typu, šanci porozumět svému zdravotnímu stavu, smyslu léčebných intervencí a důsledkům špatně léčeného diabetu, a to i v době, kdy pacient ještě komplikace nepocituje a nemoc takzvaně nebolí.

*Připravila: Mgr. Kristýna Čillíková*

*Vyšlo v Medical Tribune 19/2019*

### Zdroje:

- American Association of Diabetes Educators. Fostering medication adherence. Tips and tricks. [online]. Dostupné z [www.diabeteseducator.org](http://www.diabeteseducator.org).
- Rušavý Z. Non-adherence pacienta k léčbě diabetu. Medical Tribune. 2014;10(12):B6.
- Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
- Pavlatová J. Adherence u pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Diplomová práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Farmaceutická fakulta, 2012.

## Díl 4

# Adherence a hypercholesterolémie

Adherence k léčbě hypercholesterolémie má zcela zásadní význam. Bývá však nízká, protože se jedná o léčbu chronickou, často doživotní, která nemá přímý pozorovatelný efekt. Na adherenci pacientů s vysokým cholesterolem v krvi nemá příliš velký vliv skutečnost, že pozitivní dopad hypolipidemik na snižování kardiovaskulárního rizika je jednoznačně prokázáný. Problematická je jak adherence k lékům, nejčastěji statinům, tak k nezbytným změnám životního stylu – pohybu a diety.

Podle odborné literatury mapující účinnost dostupných léčebných prostředků mají největší účinnost na snížení hypercholesterolémie farmakoterapeutická opatření. Statiny v kombinaci s ezetimibem snižují koncentrace LDL cholesterolu (LDL-C) o 30–60 procent a moderní léčba inhibitory PCSK9 o 60 i více procent nad rámec stávající statinové léčby. Dodržování dietních opatření přispívá ke snížení LDL-C o 5–30 procent, proto je úprava jídelníčku výchozím doporučením u všech pacientů s vysokými hodnotami cholesterolu v krvi. Jak už ale bylo uvedeno v předchozích dílech našeho seriálu, adherence k dietním a pohybovým opatřením je vůbec nejnižší: potvrdil to průzkum společnosti IQVIA (2019) u stovky ordinací českých internistů a praktických lékařů a přibližně pěti set jejich pacientů. Ukázalo se, že jen asi polovina pacientů s diagnózou diabetu, dyslipidémie nebo hypertenze dodržuje všechna léčebná doporučení, tedy nejen farmakoterapii, ale i režimová doporučení, přičemž nejhorší situace byla právě u pravidelného pohybu a diety. Podle dotázaných lékařů dělalo

nemocným největší potíže omezení tuků, sacharidů a soli v jídelníčku a dodržování pravidelnosti ve stravování, což potvrdili i samotní pacienti.

### Adherence ke statinům

Statiny patří k nejčastěji předepisovaným lékům a adherence k nim se vyplatí – snižuje riziko kardiovaskulárních (KV) příhod až o 25 procent (DiMatteo MR et al., Med Care 2002). U většiny pacientů ve vysokém a velmi vysokém KV riziku je preferována intenzivní léčba statiny, nejlépe v kombinaci s ezetimibem. Důležitost adherence k terapii statiny dokazuje například i to, že z 5 590 pacientů po prvním infarktu myokardu (IM) měli ti s nižší než 80% adherencí více než čtyřnásobné riziko opakovaného IM a více než dvojnásobné riziko mortality v porovnání s těmi, jejichž adherence činila 80 procent a více (Wei L et al., Heart 2002). Parris et al. (Diabetes Care 2005) potvrzují 80% compliance při léčbě statiny jako minimum nutné pro dosažení cílových hodnot cholesterolu.

Studie publikovaná v roce 2017 v časopise *Atherosclerosis* (Guglielmi V et al.) se zaměřila na faktory spojené s vyšší adherencí k hypolipidemické léčbě v reálné klinické praxi u populace pacientů italských praktických lékařů, která již prodělala KV příhodu. Jednalo se tedy o pacienty ve velmi vysokém KV riziku, u nichž bylo cílem dosáhnout snížení LDL-C pod 1,8 mmol/l nebo snížení o  $\geq 50$  procent při vstupní hodnotě 1,8–3,5 mmol/l (podle evropských doporučení ESC/EAS pro management dyslipidemií z letošního roku jsou hodnoty u těchto pacientů ještě přísnější – nejméně 50% snížení výchozích hodnot LDL-C a dosažení hodnot pod 1,4 mmol/l). U nemocných byla nově zahájena léčba statinem, ezetimibem nebo jejich kombinací a pacienti podstoupili kontrolní vyšetření po třech a šesti měsících. Do studie bylo zařazeno celkem 18 423 neselektovaných pacientů z databáze prak-

tických lékařů (56 procent mužů, průměrný věk  $66,6 \pm 0,4$  roku). Jak už bylo řečeno, téměř všichni už byli v době zahájení studie po KV příhodě, přesto už po třech měsících dodržovalo léčbu pouze 61 procent, a po šesti měsících dokonce jen 55 procent z nich. Ukázalo se, že vysoká úroveň adherence byla spojena s téměř 3x vyšší pravděpodobností dosažení cílových hodnot LDL-C. Největší šanci na dosažení těchto hodnot měli pacienti léčení fixní kombinací simvastatin/ezetimib, simvastatinem, atorvastatinem a rosuvastatinem. Horší výsledky byly zjištěny u pravastatinu, fluvastatinu a lovastatinu, tedy méně účinných statinů. S nízkou adherencí bylo spojeno také podávání minimálních nebo naopak maximálních dávek statinů. Autoři z toho usuzují, že základními důvody pro nižší míru adherence jsou na jedné straně vnímaný nedostatek terapeutického účinku (a tedy nedostatečná pre-

OBRÁZEK 1

název léku	k čemu je určen	ráno/ /při snídani	odpoledne/ /oběd	večer/ /večeře	v noci/ /před spaním
Lisinopril 20 mg jedna tableta jednou denně	Krevní tlak	20			
Simvastatin 40 mg jedna tableta před spaním	Cholesterol				40
Metformin 500 mg dvě tablety 2x denně	Diabetes	500		500	
Gabapentin 300 mg jedna tableta každých 8 hodin	Bolesti nervů	300	300		300
Aspirin EC 81 mg jedna tableta jednou denně	Srdce				

Zdroj: Mach F et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: supplementary data. *European Heart Journal* 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455 [Epub ahead of print]

skripce ze strany lékaře) a na druhé straně, u maximálních dávek, obavy z nežádoucích účinků nebo jejich skutečný výskyt. Jiná práce (Gibson TB et al., Am J Pharm Benefits 2012) potvrzují, že 33–50 procent pacientů přeruší léčbu statiny během jednoho roku od zahájení léčby a důslednost v užívání léků se snižuje v čase.

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí potenciální důvody non-adherence k farmakoterapii do pěti skupin – důvody na straně pacienta, na straně onemocnění a jeho povahy, na straně lékaře a jím vedené terapie, socioekonomické důvody a důvody spojené s nastavením zdravotního systému. Uvedenými důvody se ve vztahu k pacientům s dyslipidemiemi podrobněji zabývá přehledový článek Boswortha a spolupracovníků (2018). Podle autorů je míra adherence ze strany pacienta ovlivněna především jeho znalostmi o onemocnění a přesvědčením o jeho závažnosti, jeho připraveností a dlouhodobou motivací se léčit. Neméně důležitá je důvěra nemocného ve své vlastní schopnosti zvládnout léčebná opatření a jeho očekávání od léčby. Jak opět ukázal český dotazník IQVIA, hlavními dvěma důvody nízké adherence k lékům bylo, že pacienti zapomínali léky užít, zvláště pokud jich během dne měli brát více, a že se obávali nežádoucích účinků (nebo měli pocit, že jim léky nedělají dobře).

Z pohledu povahy onemocnění je podle Boswortha klíčové pamatovat na to, že hypercholesterolemie je chronické asymptomatické onemocnění, které až do doby klinické manifestace pacienty nebolí a neomezuje je v jejich běžném životě. Pacienti proto mají tendenci chorobu podceňovat a obtížněji se jim chápě přínos dlouhodobě vedené medikace, nevidí okamžité účinky léčby. Zásadní je proto důsledná a pravidelně opakovaná edukace. Pacient by měl rozumět principu fungování medikace, kterou užívá, a měl by rovněž znát názvy svých léků a k čemu slouží. Ideální je, aby si vytvořil přehledný seznam denně užívaných léků. Tento seznam by měl mít stále před sebou (příklad seznamu viz obr. 1).

Specifickým problémem klinické praxe při léčbě hypercholesterolemii, který je jednou z nejčastějších příčin non-adherence, jsou svalové symptomy přičítané léčbě statiny (statin-attributed muscular symptoms, SAMS). SAMS varují od pocitů únavy a svalové slabosti přes myalgie až po vzácnou rhabdomyolýzu a mohou, ale také nemusejí být spojeny s laboratorními změnami (elevace kreatinínázy). Metaanalýzy zaslepených a placebem kontrolovaných studií ukazují, že incidence SAMS se pohybuje mezi dvěma a třemi procenty a observační studie odhadují prevalenci mezi 10–25 procenty. SAMS jsou poměrně vzácný nežádoucí účinek, přesto některá data hovoří o tom, že svalovými bolestmi může reálně trpět až třetina pacientů léčených statiny. Na druhou stranu není jisté, kolik z těchto obtíží je skutečně kauzálně spojeno s terapií statiny. Lékaři by nicméně měli být na možnost SAMS připraveni a měli by umět reagovat na otázky pacientů na toto téma. Evropská společnost pro aterosklerózu (EAS) vydala dokonce konsensus pro management SAMS (Atherosclerosis 2015), kde je problematika jasně vymezena včetně postupů, jak minimalizovat riziko vzniku SAMS a jak postupovat při jejich výskytu.

Jak už bylo naznačeno, dle Boswortha by měli lékaři věnovat pozornost správné titraci statinové léčby, protože ovlivňuje nejen kompenzaci onemocnění, ale také adherenci – příliš nízké dávky nebo volba méně účinných statinů, například kvůli obavám lékaře z nežádoucích účinků, nemusejí vést k dosahování cílových hodnot LDL-C; pacient pak může vnímat léčbu jako neúčinnou a být méně adherentní.

Česká společnost pro aterosklerózu (ČSAT) publikovala edukační materiály pro lékaře a pacienty, v nichž reaguje na určité zažitě předsudky a mýty či omyly o statinech, mnohdy podporované mediálně. Materiály vhodné právě i na podporu adherence pacientů popisují devět nejčastějších mýtů spojovaných se statinovou terapií a uvádějí je na pravou míru (viz tabulku 1).

## Devět mýtů o statinech

### **Mýtus č. 1: Statiny podáváme proto, abychom snížili cholesterol. Přitom vztah cholesterolu a cévních příhod není prokázán.**

Ne, statiny podáváme proto, abychom zabránili srdečním infarktům a cévním mozkovým příhodám. Léčba statiny vedla k naprosto dramatickému poklesu srdečních a mozkových příhod především u pacientů s již přítomným onemocněním srdce a cév.

### **Mýtus č. 2: Statiny způsobují úbytek a rozpad svalů u velkého počtu pacientů.**

Ne, statiny jsou velice bezpečné. Vzácně mohou způsobit poškození svalů u pacientů užívajících větší množství určitých léků (imunosupresiva, některá antibiotika). Z hlediska nežádoucích účinků jsou ale až několikanásobně bezpečnější než kyselina acetylsalicylová a léky typu ibuprofenu, které si běžně kupujeme v lékárně. Skutečně závažné příhody byly popsány pouze u jednoho z milionu (!) pacientů léčených statiny.

### **Mýtus č. 3: Statiny poškozují nervovou soustavu.**

Ne, bylo prokázáno, že statiny mají protizánětlivé účinky, a mohly by tak naopak chránit cévy v mozku a v míše. Většina studií sice přímý ochranný účinek statinů na nervovou soustavu jasně neprokázala, zcela jistě ale nebyl v žádné seriózní studii pozorován škodlivý účinek statinů na paměť a další nervové schopnosti. Navíc bylo zcela jednoznačně prokázáno, že při léčbě statiny ubývá cévních mozkových příhod, které samy o sobě mají katastrofální dopad na naše pohybové a myšlenkové schopnosti. Nebyl prokázán ani vliv statinů na zvýšení počtu krvácivých cévních mozkových příhod – ty jsou velice vzácné a vyskytují se především u osob s nedostatečně kontrolovaným vysokým krevním tlakem.

### **Mýtus č. 4: Statiny poškozují játra.**

Ne, opak je pravdou, poškození jater souvisí u velké části pacientů právě s poruchou krevních tuků. Jejich úprava pomocí léčby statiny může jaterní postižení zpomalit či zastavit. Proto v některých studiích měli pacienti se známkami lehkého postižení jater větší prospěch z léčby statiny než populace se zcela zdravými játry. Je třeba dát pozor na vysoké dávky vysoce účinných statinů u pacientů s výrazně zhoršenou funkcí

jater – játra těchto nemocných byla ale v naprosté většině poškozena již předtím infekční hepatitidou – „žloutenkou“ nebo alkoholem.

### **Mýtus č. 5: Statiny poškozují ledviny.**

Opět to není pravda. Naopak, statiny mohou mít na ledviny ochranný účinek. Je třeba, podobně jako u jater, dát pozor na vysoké dávky vysoce účinných statinů u pacientů s výrazně zhoršenou funkcí ledvin – ledviny byly u téměř všech těchto nemocných poškozeny už předtím vysokým krevním tlakem, diabetem nebo záněty.

### **Mýtus č. 6: Statiny způsobují diabetes.**

Opět v zásadě platí pravý opak. U naprosté většiny pacientů s diabetem je léčba statiny velice žádoucí, protože u nich významně snižuje počet srdečních infarktů a cévních mozkových příhod (tato skupina pacientů je k těmto příhodám velice náchylná). Statiny mohou pouze mírně urychlit rozvoj diabetu u osob, které jsou v takovém zdravotním stavu, že by diabetes v nejbližší době dostaly, i kdyby statiny neužívaly.

### **Mýtus č. 7: Statiny zvyšují riziko karcinomu.**

Ne, nic takového nebylo prokázáno. Některé studie naopak ukazují, že u pacientek s karcinomem prsu užívajících dlouhodobě statiny docházelo významně méně často k návratu karcinomu ve srovnání s pacientkami, které statiny nebraly. Také se ukázalo, že statiny významně snižují úmrtí na karcinom u pacientů se zhoubným nádorem prostaty.

### **Mýtus č. 8: Statiny je nutné vysadit před operačním zákrokem.**

Ne, naopak, u většiny pacientů je vhodné statiny ponechat, zabraňují některým operačním i pooperačním komplikacím. Výjimkou je velice malá skupina pacientů s již přítomným svalovým postižením prokazatelně způsobeným statiny.

### **Mýtus č. 9: Statiny je nutné brát večer.**

Ne, většinu dlouhodobě působících statinů je možné brát kdykoli přes den. Důležitější než doba užití léku je to, aby pacient léky skutečně užíval. Pacient sám by si proto měl zvolit, kdy během dne by chtěl statiny brát, aby na ně nezapomínal.

*Podle České společnosti pro aterosklerózu, [www.athero.cz](http://www.athero.cz)*

Protože non-adherence k lékům je často multifaktoriální, přístup k jejímu ovlivnění by měl být komplexní. Obecně platí, že přístupy šité na míru konkrétnímu nemocnému jsou účinnější než přístupy „one size fits all“, což potvrzuje i metaanalýza z roku 2014 (Nieuwlaat R et al., Cochrane Database Syst Rev 2014) – téměř všechny zkoumané intervence, které byly účinné v podpoře dlouhodobé adherence, měly komplexní charakter (např. volba léčby s pohodlnějším užíváním, poskytování informací o léčbě, poradna, připomínání aplikace a užití léků, motivace nemocných, pravidelný telefonický kontakt atd.). V kontextu chronické hypolipidemické léčby se v posilování krátkodobé i dlouhodobé adherence osvědčily také intervence založené na intenzifikaci léčby.

Bosworth ve svém příspěvku zmiňuje rovněž možnosti tzv. mHealth, tedy komunikace s pacienty prostřednictvím mobilních telefonů a SMS. Je totiž potvrzeno, že lidé otevrou 99 procent textových zpráv a 90 procent je přečteno během tří minut od doručení. Práce Parka a spolupracov-

níků (J Adv Nurs 2014) ukázala, že adherenci k farmakoterapii je možné zvýšit pomocí cílených a personalizovaných SMS, navíc více než 80 procent pacientů vyjádřilo spokojenost s touto formou podpory. Podle jiné práce (Chow CK et al., JAMA 2015) vedl podpůrný program založený na odesílání čtyř motivačních a připomínkových SMS týdně po dobu šesti měsíců k signifikantnímu poklesu hodnot LDL-C, systolického TK, BMI, k omezení kouření a pozitivní změně životního stylu.

Jako účinná při posilování adherence se ve studiích ukazuje i podpora pacientů ze strany sester a lékárníků (edukace, motivace, zpětná vazba lékařů). Předpokladem ale je, aby postupovali v souladu s léčebnými opatřeními předepsanými lékařem. Důležité je, aby pacient dostával informace od lékaře a dalších zdravotnických pracovníků srozumitelným a dobře zapamatovatelným způsobem a informace mu byly podávány ve správný čas. Z tohoto pohledu lze sdělení pro pacienta rozdělit podle priority, jak ukazuje tabulka 2.

## TABULKA 2

### Informace předávané pacientům při edukaci dle priority

#### Je potřeba vědět a dělat

- Např. důležité informace o diagnóze a léčbě, způsoby užívání medikace atd.

#### Je dobré vědět a dělat

- Doplnkové informace, které mohou být sděleny, ale které mohou počkat na druhou návštěvu.

#### Je možné odložit

- Např. poskytnutí edukačních letáků, brožur, knížek, zdrojů informací na internetu apod.

Zdroj: Mach F et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: supplementary data. *European Heart Journal* 2019. doi:10.1093/eurheartj/ehz455 [Epub ahead of print]

### Adherence k pohybové aktivitě

Už bylo řečeno, že adherence chronických pacientů k pohybovým opatřením je nízká. Nezřídka jde o osoby s nadváhou a obezitou, osoby s bolestmi pohybového aparátu, nebo může jít o nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin, u nichž je adherence k léčbě obecně velmi problematická. I v případě pohybové aktivity má však smysl najít si čas a edukovat pacienty o zdravotních benefitech pravidelného pohybu. Zvláště důležité je ale hledat spolu s pacientem formy pohybu, které jsou pro něj přijatelné, které aktuálně zvládne a které pro něj budou dostatečně motivující. Cíle by měly být vytyčovány reálně, individuálně a pokud možno konkrétně, aby bylo možné posoudit jejich dosahování. Některý pacient bude třeba schopen vrátit se po letech k tenisu či tanci, jiný začne běhat, u někoho bude úspěchem pravidelná chůze. Právě chůze je aktivitou prospěšnou fyzicky i psychicky, kterou mohou v individuál-

ní frekvenci a intenzitě vykonávat všichni. Podle výzkumů z poslední doby už jen zařazení dvou hodin svižné chůze týdně (20–30 minut denně) do denního programu snižuje riziko KV příhody, rozvoje diabetu a předčasného úmrtí – např. práce z roku 2008 (Br J Sports Med 2008) prokázala vliv chůze na snížení rizika KV onemocnění a celkové mortality, a to jak u mužů, tak u žen. Přínos byl patrný i u méně chodících (cca 10 km za týden, středním tempem), větší aktivita vedla k významně většímu dopadu na nemocnost i úmrtnost; ukázalo se i to, že větší efektu lze dosáhnout také rychlou chůzí.

Současná doporučení nabádají k provozování alespoň 30minutové fyzické aktivity mírné intenzity po většinu dní v týdnu, optimálně denně. Těchto 30 minut pohybu lze některým pacientům rozdělit do dvou či tří 10–15minutových interva-

lů během jednoho dne, což je dosažitelný cíl a jen obtížně se pro něj budou pacientům hledat výmluvy. Pro hůře pohyblivé jedince se dobře hodí chůze s hůlkami, které poskytnou stabilitu, tzv. nordic walking. Ideální je však absolvovat zaškolení, aby byly hůlky používány správně a efektivně. V dnešní době lze navíc pro monitoraci denního pohybu a průběžnou motivaci využít různých krokometrů, chytrých hodinek nebo aplikací v mobilních telefonech, které postupně oslovují i starší ročníky, případně mohou pomoci pohybové aktivity prováděné kolektivně.

O prospěšnosti chůze je přesvědčen také prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., předseda České kardiologické společnosti. Podílel se proto na vytvoření edukačních stránek [www.6000kroku.cz](http://www.6000kroku.cz), kde jsou shromážděny všechny důležité a konkrétní informace pro zájemce o chůzi a pohyb

### TABULKA 3

## Souhrn doporučení pro změnu životního stylu v managementu celkového KV rizika

- Dietní doporučení by vždy měla brát v úvahu lokální stravovací návyky, ale u pacientů může být podporován zájem o zdravé prvky z jídelníčku jiných kultur.
- Strava by měla být pestrá. Energetický příjem by měl být přizpůsoben prevenci nadváhy a obezity.
- Pacienti by měli být motivováni ke konzumaci ovoce, zeleniny, luštěnin, ořechů, celozrnných výrobků a ryb (zejména tučných).
- Zcela vyloučeny by měly být potraviny obsahující transmastné kyseliny. Potraviny bohaté na nasycené mastné kyseliny (SAFA – tropické tuky, tučné maso, uzeniny, sladkosti, smetana, máslo, tučné sýry) by měly být nahrazeny potravinami uvedenými výše, mononenasyčenými mastnými kyselinami (extra panenský olivový olej) a polynenasycenými mastnými kyselinami (netropické rostlinné tuky). Příjem SAFA by denně neměl překročit 10 procent všech tuků (a 7 procent u osob s hypercholesterolémií).
- Příjem soli by měl být nižší než 5 gramů denně, pacienti by se měli vyhnout používání stolní soli a omezit solení při vaření. Preferovat by měli čerstvé nebo mražené nesolené potraviny, polotovary nebo průmyslově zpracované výrobky včetně pečiva bývají bohaté na sůl.
- Příjem alkoholických nápojů by měl být omezen (< 10 g/denně u mužů i žen), pacienti s hypertriglyceridémií by měli abstinentovat.
- Pacienti by měli být zrazováni od pití nápojů s přidaným cukrem, zvláště jsou-li obézní, mají hypertriglyceridémii, metabolický syndrom nebo diabetes.
- Pacienti by měli být motivováni k fyzické aktivitě, více než 30 minut každý den.
- Pacienti by neměli kouřit.

Zdroj: Mach F et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: supplementary data. *European Heart Journal* 2019. doi:10.1093/eurheartj/ehz455 [Epub ahead of print]

obecně. Podle prof. Linhart je právě šest tisíc kroků, zhruba hodina souvislé chůze, prahem, kterého může denně dosáhnout většina pacientů, a jde přitom o objem pohybu, který už má prokazatelný vliv na zdraví srdce a cév, ale také na duševní rovnováhu a celkovou kondici.

## Adherence k dietě

Dieta u pacientů v primární a sekundární prevenci KV onemocnění je podobně jako farmakoterapie opředena řadou mýtů a zkreslených představ, které mají vliv na adherenci – pacient může např. snadno nabýt dojmu, že už se nikdy „pořádně a s chutí nenají“, což ho odradí hned na začátku, nebo se naopak pustí do vylučování podle jeho názoru nevhodných potravin, a pokud je adekvátně nenahradí, v jeho jídelníčku začnou chybět důležité živiny, což se negativně projeví na jeho duševní a fyzické pohodě.

U jednotlivých pacientů se proto může na edukaci a sestavení jídelníčku podílet k tomu způsobilý odborník, nutriční terapeut. Výhodou jeho zapojení je to, že dokáže z odborných doporučení, která jsou pro laiky málo srozumitelná a málo návodná, vytvořit konkrétní obsah – klíčové pro proveditelnost dietních změn a jejich dlouhodobé udržení je přihlídnutí k realitě konkrétního pacienta, k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu, k aktuálním stravovacím návykům, časovým i finančním možnostem, kognitivním schopnostem či k jeho schopnosti vařit atd. I zde je, stejně jako u pohybové aktivity, důležité, aby pacient získal dojem, že změna v jídelníčku je proveditelná, je v jeho silách a on ví, jak na to. I při implementaci dietních opatření se doporučuje postupovat v krocích a neprovádět příliš velké a skoko-

vé změny. Nutriční terapeut dokáže poradit, jak postupně a efektivně v jídelníčku redukovat např. nasycené mastné kyseliny nebo sůl a jak naopak přidávat ovoce a zeleninu atd. Obecné zásady jídelníčku v managementu hypercholesterolemie shrnuje tabulka 3.

Připravila: **Mgr. Kristýna Čillíková**

Vyšlo v *Medical Tribune* 20/2019

## Literatura:

1. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002;40(9):794–811.
2. Wei L, Wang J, Thompson P, Wong S, Struthers AD, MacDonald TM. Adherence to statin treatment and readmission of patients after myocardial infarction: a 6 year follow up study. *Heart* 2002;88:229–233.
3. Parris ES, Lawrence DB, Mohn LA, Long LB. Adherence to statin therapy and LDL cholesterol goal attainment by patients with diabetes and dyslipidemia. *Diabetes Care*. 2005;28(3):595–599.
4. Guglielmi V, Bellia A, Pecchioli S et al. Effectiveness of adherence to lipid lowering therapy on LDL-cholesterol in patients with very high cardiovascular risk: a real-world evidence study in primary care. *Atherosclerosis* 2017;263:36–41, doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2017.05.018.
5. Gibson TB, Fendrick AM, Gatwood J, Cherner ME. Gaps in treatment, treatment resumption, and cost sharing. *Am J Pharm Benefits*. 2012;4:e159–e165.
6. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD000011.
7. Park LG, Howie-Esquivel J, Dracup K. A quantitative systematic review of the efficacy of mobile phone interventions to improve medication adherence. *J Adv Nurs*. 2014;70(9):1932–1953.
8. Chow CK, Redfern J, Hillis GS et al. Effect of lifestyle-focused text messaging on risk factor modification in patients with coronary heart disease: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;314(12):1255–1263.
9. Bosworth HB, Ngouyombo B, Liska J, Zullig LL, Atlani C, Beal AC. The importance of cholesterol medication adherence: the need for behavioral change intervention programs. <https://doi.org/10.2147/PPA.S153766>.



## Díl 5

# Adherence k léčbě hypercholesterolémií očima internistů

V minulých dílech seriálu jsme se podrobněji věnovali teoretickým východiskům non-adherence pacientů s diabetem a hypercholesterolémií a představili první praktické tipy, jak adherenci pacientů k léčebným opatřením podpořit. Další kroky vedou přímo do české klinické praxe – od zkušených odborníků zjišťujeme jejich názory a doporučení.

Na naše otázky nezávisle na sobě odpovídali **prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM**, vedoucí Centra preventivní kardiologie III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, předseda České internistické společnosti ČLS JEP, a **prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.**, III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze, předseda České společnosti pro aterosklerózu.

**I Adherence k léčbě chronických onemocnění, zejména hypertenze a dyslipidémie, bývá dokládána jako nejnižší. Jak si to vy sám vysvětlujete?**

**R. Češka:** Důvodů je několik. Tato onemocnění jsou běžná, proto si lidé myslí, že nejsou důležitá. Tato onemocnění nebolí, nenutí tedy pacienta k užívání. Ale podcenění významu je asi nejdůležitější.

**M. Vrablík:** Prvním vysvětlením, které se nabízí, je fakt, že jsou to chronická onemocnění nezpůsobující svým nositelům většinou žádné obtíže. Navíc jejich „zhoubné“ působení na cévní systém bývá velmi pozvolné a nenápadné, komplikace se dostávají typicky po desetiletích asymptomatic-

kého průběhu, a možná i proto je pro většinu postižených velmi obtížné vytrvat v zahájené léčbě.

**I Centrum preventivní kardiologie (CPK) III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, kde působíte, patří k největším v republice. Jak tady pacienti přistupují k léčebným opatřením? Jaký je zde odhadem poměr spolupracujících a nespolupracujících pacientů?**

**R. Češka:** Myslím, že jsme trochu ve výhodě. Pacient přichází cestou praktik – specialista – naše CPK. Už objednávací doba ukazuje, že přicházejí na pracoviště, o které mají lidé zájem (a také odradí ty, kteří moc velký zájem nemají).



Foto archiv R. Češky

**M. Vrablík:** Pracujeme v prostředí specializované ambulance, takže si nedělám iluze, že bychom měli kompletní a nezkrácený obraz o „reálném světě“. Na druhé straně CPK slouží cca 10 000 pacientů, kteří jsou zde s různými diagnózami dispenzarizováni, tedy zkušenosti máme. Soudím, že přístup pacientů, kteří se k nám nechají odeslat a ochotně docházejí na plánované kontroly, je průměrně lepší než v běžné ambulanci péči. Navíc jeden z důležitých aspektů naší práce představuje péče o rodiny postižené familiárními formami dyslipidemií. Vidět komplikace u vlastních příbuzných bývá silným motivačním prvkem. Proto vaše otázka na odhad poměru mezi dobře a méně dobře spolupracujícími bude jednoznačně ve prospěch těch s dobrou adharencí – jistě jich máme kolem 80 procent.

**I** Jak podle vašich zkušeností vypadá „typický“ neadherující pacient? Jakou roli podle vás hraje pohlaví, věk, vzdělání, předchozí komplikace, komorbidita a další faktory?

**R. Češka:** Opravdu jen velmi těžko lze najít společné rysy neadherujícího nemocného. Samozřejmě, že obézní kuřák, který je více než běžným konzumentem alkoholu, obvykle nemívá tendenci pravidelně a bez zapominání pravidelně užívat doporučenou medikaci, ale jsou velké rozdíly.

**M. Vrablík:** Obecně charakteristiky non-adherence známe – mužské pohlaví, nižší věk, polymorbidita a polyfarmakoterapie. Kontext primární prevence a některé další patří mezi základní rizika a také znaky špatné adharence. Kupodivu vztah mezi vzděláním a ochotou dlouhodobě dobře spolupracovat není až tak těsný – ani univerzitní profesor nemusí být optimální pacient z hlediska do držování léčebného režimu.

**I** Jak k neadherujícímu nemocnému přistupujete? Máte osvědčený postup?

**R. Češka:** Asi se ptáte, zda mám osvědčený postup ke zlepšení adharence. Myslím, že univerzální návod neexistuje. Nikdy bychom ale neměli nad nemocným „lámat hůl“ ihned poté, co zjistíme, že neužíval léky přesně tak, jak měl. Zcela zásadní je vybudování dobrého, otevřeného vztahu s nemocným a pokud možno získání maximální důvěry. Někdy pomáhá argumentace kazuistikou, a když je taková kazuistika v rodině, je vyhráno.

**M. Vrablík:** Univerzální recept neexistuje, každému vyhovuje jiný přístup. Osvědčuje se mi ale prakticky u všech klást důraz na aspekt adharence a věnovat mu v ordinaci pozornost. Pravidelně se každého pacienta ptám, jak dodržuje léčbu a co vidí jako hlavní problémy. Vždy zapisují do dokumentace, kolik dávek léčiv pacient neužil v posledním týdnu, měsíci. Zajímavé je, že většinou nemocní odpovídají vcelku upřímně a po počátečním ujištění, že vše je naprosto dokonalé a bezproblémové, se při konkrétní otázce na počty vynechaných dávek v určitém období dozvídám skutečnost odpovídající adharenci kolem 70–80 procent.

**I** Léčba statiny bývá demonizována, jak pracujete s pacienty, kteří je např. pod vlivem médií nebo příbuzných odmítají užívat?

**R. Češka:** Podobně jako v předchozí otázce. Argumentace studiemi moc nefunguje. Fakt, že statiny užívají statisíce nemocných v ČR (dokonce již zřejmě přes milion) a pacient pravděpodobně ne-

zná nikoho, komu by se „rozpustily svaly“, je docela přesvědčivý. Jde především o důvěru a dobrý vztah lékař–pacient. Samozřejmě, že o nežádoucích účincích je třeba informovat, zatajování jistě ke zvýšení důvěry nepřispěje, ale je třeba reálně zhodnotit poměr riziko/benefit.

**M. Vrablík:** Máte naprostou pravdu, statiny jsou „pod palbou“. Není k tomu přitom žádný důvod, nové informace zpochybňující jejich příznivé účinky nebo poukazující na nové nežádoucí reakce nebyly zjištěny. Zřejmě obecně větší pozornost věnovaná negativním zprávám vede k vnímání statinů jako „záporných hrdinů“. Pacienti potřebují v první řadě ujistění a naše pevné přesvědčení, že léčba je indikována a prospívá. Pomůžte jistě i (znovu)vysvětlení mechanismu účinku a bezpečnosti terapie. Nejhůře se bojuje s názory medicínských profesionálů, kteří – z pro mne zcela nejasných důvodů – nemocné znejišťují a poskytují ochotně rady o hrozbách spojených s terapií statiny. Česká společnost pro aterosklerózu před časem produkovala edukační materiál, který přehledně pacienty seznamuje s nejčastějšími mýty kolem statinů (*viz seriál, díl 4, Medical Tribune 19/2019 – pozn. red.*). Myslím, že nám v ordinaci nějaký čas ušetřil a řadě pacientů pomohl.

**I** Letošní průzkum IQVIA na jaře v Týdnu adherence v ordinacích praktických lékařů a internistů potvrdil, že pacienti nejhůře adherují k dietě a pohybové aktivitě. Jak se s tím v praxi vypořádáváte? Edukace, cílená motivace, „strašení“ komplikacemi, zapojení rodiny a podobně?

**R. Češka:** To je samozřejmě problém. Základní je, aby byl lékař realista a stavěl nemocnému splnitelné cíle. Také je potřeba postupovat krok po kroku (u 90 procent pacientů) a vycházet ze zvyků nemocného. Zanícenou kuchařku budete jistě spíše motivovat k hledání chutných a zdravých pokrmů než k přihlášce do baseballového týmu. A bývalý výkonnostní sportovec zase spíše oblékne nový slušivý dres a vyrazí si zaběhat. Pokud jde o adherenci ke zdravé životosprávě, velmi se

osvědčuje spolupráce s obory, které se touto problematikou zabývají dopodrobna. Ať už jde o centra pro léčbu tabákové závislosti, nebo o nutriční specialisty a další.

**M. Vrablík:** Opět je nejlepší kombinace více přístupů. Já většinou vynechávám strašení, negativní motivace mi nejde a dopouštím se jí v situacích „krajního zoufalství“. Znovu připomenu, že s ohledem na práci s familiárně se vyskytujícími metabolickými nemocemi máme výhodu péče o celé rodiny, v nichž si mohou rodinní příslušníci opravdu pomáhat s dodržováním léčebného režimu. Zejména prosazení režimových opatření jde v rodině vždy snáze, než když se o ně snaží jen jeden člen domácnosti. Máme samozřejmě i takové pacienty, kde jeden člen rodiny kouření zanechá a druhý v něm pokračuje – trvalý příklad úspěšného a jeho „tlak“ ale většinou způsobí, že i druhý cigaretu odloží. Tedy zapojení rodiny a sociálního prostředí pacienta považují za jeden z neúčinnějších prostředků k prosazení změny životního stylu, která opravdu je velkou výzvou pro každého...

**I** Vnímají pacienti citlivě, zda je lékař autentický a sám například nekouří a pravidelně se hýbe?

**R. Češka:** Kardiolog – kuřák a obezitolog s BMI 40 to mají těžké. Nemyslím, že by bylo potřeba,

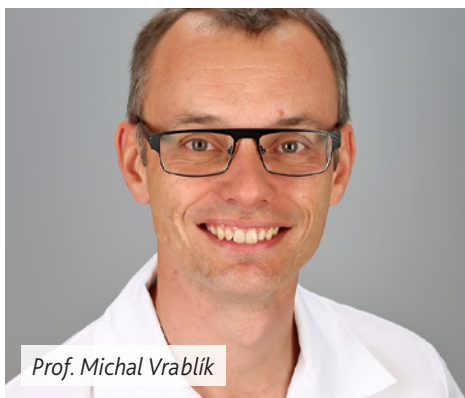


Foto archiv M. Vrablíka

Prof. Michal Vrablík

aby byl každý lékař vzorem ve všech ohledech. Někdy je možná výhoda, když i lékař přizná, že také v něčem chybuje, ale snaží se, a ve většině oblastí splňuje požadavky.

**M. Vrablík:** Domnívám se, že ano. Nakonec přísloví říká, že příklady táhnou, a podvědomě na nás působí vše, co vidíme v prostředí, kde žijeme. Tato zodpovědnost samozřejmě není jenom na bedrech lékaře, ale za příklady slouží všechny veřejně vystupující osobnosti – nečekám, že filmové hvězdy se budou snažit působit vlastní zdravou dietou jako příklady pro ostatní (ačkoli by to bylo fajn), ale nechápu, když někteří politici dokonce stavějí svou popularitu na propagaci nezdravého životního stylu. A dokonce jsou i díky tomu úspěšnější.

**I** Myslíte si, že lékaři v Česku umějí pracovat s non-adherentními pacienty? Je to čistě věc praxe, nebo je důležitá příprava na vysoké škole, na seminářích? Zabýváte se tímto problémem i z pozice předsedy odborné společnosti?

**R. Česka:** Přeci jen je to dnes spíše otázka zkušenosti a praxe. Na fakultách učíme mediky, jak postupovat krok po kroku v terapii (jak postupně přidávat léky), ale že se mají zamyslet také nad tím, zda pacienti léky užívají...? V postgraduálním vzdělávání už je to lepší. I když taková přednáška o adherenci je určitě mnohem méně „sexy“ než uvedení nového léku. Přesto ale zrovna v současném „běhu“ cyklu seminářů České internistické společnosti s názvem Interna Informans přednáška na téma adherence zaznívá.

**M. Vrablík:** Téma adherence před deseti lety začalo rezonovat postgraduálním vzděláváním, do té doby jsme se mu věnovali spíše okrajově. Dospěli jsme k poznání obrovského významu tohoto aspektu péče, když jsme si plně uvědomili, že léky skutečně nefungují u těch, kteří je neužívají. Dnes se adherenci zabýváme rutinně a myslíme na ni při každé příležitosti. A nakonec myslíme i na to, že adherovat k léčbě není jednoduché, a snažíme se pacientům léčebný režim

usnadňovat. Odborné společnosti na adherenci pamatují – téma najdete prakticky v každém vzdělávacím programu, který organizujeme, připravujeme edukační materiály zaměřené na posílení adherence, spolupracujeme s farmaceuty, abychom využili všechny možnosti, jak dobré adherenci pomoci.

**I** Je v podmínkách ČR významným faktorem (non-)adherence cena léku a doplatek pacienta? Jak se zatím jeví adherence k novým hypolipidemikům, inhibitorům PCSK9, jejichž preskripcí podléhá přísným kritériím?

**R. Česka:** Cena není obvykle překážkou či důvodem špatné adherence. Léky jsou u nás extrémně levné, s neuvěřitelně příznivou úhradou (při srovnání s většinou evropských zemí, natož ve srovnání s USA). Biologická léčba (inhibitory PCSK9 nevyjímaje) je rezervována pro skutečně těžce nemocné, kteří jsou rádi, že byli zařazeni, a nespolečupráce je výjimkou (i když...). Možná se trochu dívím, že nemáme více samoplátců. Při pohledu na ekonomické možnosti minimálně části populace je zajímavé, že mnozí, kteří by to asi moc nepocítili, do svého zdraví částku, která se neblíží 100 000 Kč za rok, nechtějí investovat. Ale to už by bylo na jinou diskuzi.

**M. Vrablík:** Je samozřejmě výborné, že v našem zdravotním systému můžeme pacientům nabídnout kvalitní a účinná léčiva prodlužující život většinou úplně bez spoluúčasti. Přesto se nemožu zbavit dojmu, že doplatek v lékárně by mohl být dalším prvkem ke zlepšení dlouhodobé adherence. Proto doplatky, vhodně kompenzované pro ty, pro něž by znamenaly neúnosnou ekonomickou zátěž, by mohly naše snahy posílit. Opačovaně se mí pacienti ptali na to, zda jejich lék je opravdu účinný, když je tak neuvěřitelně levný. Cena – a doplatek – ostatně představuje jeden z důležitých poznatých faktorů ovlivňujících adherenci.

Připravila **Mgr. Kristýna Číllíková**  
Vyšlo v *Medical Tribune* 21/2019

## Díl 6

# Adherence k léčbě hypertenze

Výskyt non-adherence v klinické praxi je alarmující a týká se především léčby vysokého krevního tlaku. Non-adherence k antihypertenzní léčbě je častou příčinou pseudorezistence hypertenze k léčbě. Non-adherenci lze prokázat řadou přímých a nepřímých metod, nejpřesnější se zdá být, kromě užití léků pod dohledem, měření koncentrace anti-hypertenziv v séru nebo v moči. Klíčové je ovšem položit si otázku, proč pacient neadheruje k terapii, jaký to na něj bude mít dopad a jak jej motivovat k dlouhodobému dodržování léčebných opatření.



## TABULKA 1

## Zásady pro správné užívání léků

- Ptejte se, ptejte se, ptejte se – lékaře, sestry, lékárníka. Správně informovaní pacienti mohou ze své léčby získat maximum.
- Pokud něčemu nerozumíte nebo máte sklony zapomínat, vezměte s sebou na kontrolu někoho z rodiny, kdo s vámi žije v domácnosti a kdo bude moct poradit, připomenout, pomoci.
- Pamatujte si nebo si přehledně napište či nakreslete, které léky užíváte (název) a na co (tlak, cholesterol, diabetes), jak, v jaké dávce a kdy (např. 1 tableta 3 mg ráno po snídani).
- Seznam léků, které užíváte a v jaké dávce, s sebou raději stále noste.
- Pokud máte o své léčbě jakékoli pochybnosti nebo se vyskytnou příznaky, které se vám nezdají, mluve o tom při nejbližší kontrole se svým lékařem. Máte-li na lékaře více otázek, napište si je, ať je při kontrole nezapomenete položit.
- Pokud se vám změnila denní návyky a užívání léků vám to komplikuje, domluvte se s lékařem, jak léčbu upravit nebo změnit, aby vás co nejméně omezovala. V naprosté většině případů to lze. Léčba hypertenze je až na výjimky dlouhodobá a nejspíše celoživotní. U stabilizovaných pacientů zpravidla postačuje kontrola jednou za tři měsíce.
- Vytvořte si denní rutinu – lék každý den ve stejnou dobu, abyste si na to zvykli. Spojte užívání léků s denní aktivitou – např. lék užívaný ráno nalačno si můžete položit k zubnímu kartáčku apod., mějte poblíž také sklenici vody.
- Seznam léků si můžete nalepit na lednici, abyste jej měli na očích.
- Používejte denní či týdenní krabičky, kam si léky můžete předem připravit na každý den či části dne, sežene je v lékárně.
- Nastavte si upomínky do mobilního telefonu (zvukový signál v určitý čas vám užítí léku připomene).

Jak už zaznělo v předchozích dílech seriálu, obecných faktorů, které se podílejí na stupni adherence k léčbě, je celá řada. Lze je rozdělit na faktory na straně pacienta, na straně vlastní medicíny a nebo na straně předepisujícího lékaře. Na straně pacienta hraje roli socioekonomický status a úroveň vzdělání, zdravotní gramotnost, věk, rodinný stav, nepochopení nutnosti léčby, nedostatečná důvěra v lékaře i léčbu, psychické a emoční faktory – např. pacienti, kteří věří v nezbytnost léčby, mají lepší adharenci než ti, kteří léčbu nepovažují za nutnou. Někdy se ale uplatňuje i účelové jednání pacienta se sekundárními zisky – při trvající nekontrolované hypertenzi možnost získání nebo udržení invalidního důchodu nebo dlouhodobá pracovní neschopnost. Někdy má vliv neadekvátní očekávání pacienta od léčby – následně tak může být zklamaný, že bez-

prostřední výsledky terapie nejsou skoro žádné, případně může mít pocit, že nežádoucí účinky převažují nad benefity léčby. Jak potvrdil i jarní průzkum v rámci Týdne adherence na popud společnosti Teva Pharmaceuticals v ordinacích českých internistů a praktických lékařů, vůbec nejčastěji se stává, že pacient zkrátka zapomíná léky užít, ev. si nestihá vyzvednout včas další recept (více viz tabulku 1: Zásady pro správné užívání léků). Pro některé pacienty je zase nepředstavitelné, že by měli celoživotně užívat nějaké léky. Neobvyklé není ani to, především u onemocnění, která přímo nebolí a neomezují běžný život, že se nemocný po určité době začne cítit lépe a nabude dojmu, že léky už dál nemusí užívat a je vyléčen. Adharenci si jednoduše lze představit jako skálu, která se postupně kvůli různým vlivům odroluje.

I na straně medikace je řada známých faktorů, které ovlivňují míru adherence. Jde především o složitost denního dávkování, počet tablet za den (s přibývajícím počtem tablet klesá adherence), nežádoucí účinky, případně vyšší doplátku.

### Jak prokázat non-adherenci k antihypertenzivům

Prokázat non-adherenci pacienta může být relativně náročné. Existuje řada přímých a nepřímých metod, každá však má svoje limitace. Pomoci mohou dotazníkové metody (self-reporting), počítání tablet, srovnání počtu předepsaných a vyzvednutých balení, elektronická kontrola užívání tablet (mikroprocesory v balení léků detekující otevření), vedení diáře, užívání léků pod dohledem atd. U metod je důležité posuzovat míru jejich objektivitu a přesnosti, jejich jednoduchost, edukační hodnotu a cenu či pracnost. Nejpřesnější a neobjektivnější se zdá být, kromě užití léků pod dohledem, měření koncentrace antihypertenziv v séru nebo v moči. V posledních letech je k dispozici metoda kvantitativního stanovení koncentrací antihypertenziv v séru pomocí kapalinové chromatografie s tandemovou hmotnostní detekcí. Při výběru antihypertenziva k analýze je nutné zvážit jeho farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti, aby bylo možné správně načasovat odběr. Problémem může být různá rychlost metabolismu léků (pomalí a rychlí metabolizátoři). Obvykle se ale odběry provádějí tři až šest hodin po ranní dávce léku, přičemž u léků s dlouhým poločasem je detekce možná i v delším časovém intervalu. Pokud se potvrdí nízké koncentrace léku v séru, je nutné zvážit i jiné příčiny, než je non-adherence, např. malabsorpční syndrom, obezitu s glomerulární hyperfiltrací, zvýšený distribuční objem u pacientů s otoky nebo ascitem nebo chyby v preanalytické fázi. Limitací uvedené laboratorní metody je omezení výsledků pouze na okamžik odběru – je známo, že někteří pacienti přechodně zvýší svou adherenci v období kontroly, a výsledky tak mohou být zavádějící.

### Význam měření krevního tlaku v ambulanci

Pacientům s hypertenzí hrozí až dvojnásobně vyšší riziko infarktu myokardu oproti zdravým jedincům. Pacient by si měl díky edukaci uvědomit, že i mírné, ale dlouhodobě přetrvávající zvýšení krevního tlaku jej může ohrozit na životě a kromě akutních cévních příhod může vést ke komplikacím, jako je srdeční selhání, demence, poškození funkce ledvin, retinopatie nebo erektilní dysfunkce, a že jeho riziko stoupá s přítomností dalších rizikových faktorů, jako je dyslipidémie, obezita, kouření nebo diabetes.

Měření krevního tlaku v ambulanci by mělo být součástí každé kontroly pacienta. Krevní tlak měřený v těchto podmínkách by měl být pod 140/90 mm Hg. Pravidelná kontrola výše krevního tlaku poskytuje informaci o zdravotním stavu pacienta, o efektivitě léčby a může upozornit na non-adherenci. Je ale potřeba měřit tlak správně, jinak mohou být hodnoty zkeslené. Pacient by se měl nejprve na pět až deset minut v klidu posadit. Protože v ambulanci mohou na nemocného působit rušivé faktory, dosahuje se co největší přesnosti opakovaným měřením, a to konkrétně třikrát za sebou, v sedě, s rukou opřenou o předloktí a tlakoměrem v úrovni srdce. Za finální výsledek a hodnotu tlaku se považuje průměr druhého a třetího měření. Čekání na zklidnění pacienta a následně trojí měření přitom rozhodně není ztrátou času, protože jediné tento postup zajistí získání skutečně kvalitních a pravdivých hodnot. V domácím prostředí je to pak podobné, s tím, že odpočinkovou dobu před měřením lze zkrátit na pět minut a měření se provádí pouze dvakrát. Výsledkem je pak opět průměr obou měření. V domácím prostředí je navíc vhodné v prvním týdnu měřit tlak každý den ráno i večer, aby pacient získal přehled o svém tlaku a jeho průměru. Pacient by měl být opakovaně informován, že cílem léčby je, aby průměrné hodnoty krevního tlaku v domácím prostředí byly nižší než 135/85 mm Hg. Domácí měření krevního

## TABULKA 2

## Zásady domácího měření krevního tlaku

- Domácí měření krevního tlaku by mělo probíhat pomocí validovaných přístrojů. Databáze prověřených tlakoměrů najdete např. na webové stránce [www.dableducational.org](http://www.dableducational.org). Zásadně se doporučují přístroje, kde se manžeta přikládá na paži, nikoli na zápěstí.
- Tlak by se měl měřit alespoň po pěti minutách klidu vsedě, bez překřížení dolních končetin. Půl hodiny před měřením je vhodné nekouřit, nepít alkohol a kávu.
- Paže by měla být položena na stole tak, aby manžeta byla přibližně ve výši srdce (orientačně se lze řídit podle polohy prsních bradavek). Je třeba dát pozor na správnou velikost manžety.
- Měli byste provést vždy alespoň dvě měření po sobě (optimálně pak tři) a naměřené hodnoty spolu s časem měření ihned zapsat. Poznamenat je třeba i případné mimořádné okolnosti (bolest hlavy, zubů či zad, výrazné stresovou situaci apod.).
- Pro měření krevního tlaku rozhodně neplatí, že čím častěji, tím lépe. Obvykle se doporučuje více se na sledování tlaku zaměřit sedm dní před návštěvou lékaře a měřit se vždy ráno a večer – před užíváním léků a před jídlom. Mimo toto období obvykle postačuje měřit krevní tlak jednou nebo dvakrát týdně.
- Cílem léčby je, aby průměrné hodnoty krevního tlaku v domácím prostředí byly nižší než 135/85 mm Hg.
- Nikdy si neměňte dávky léků v závislosti na aktuální hodnotě tlaku, v tom je léčba hypertenze jiná než například léčba diabetu, kde si někdy nemocní sami mohou upravovat dávku inzulínu podle hodnoty glukózy v krvi.
- Buďte k lékařům upřímní. Nesnažte se vyšší hodnoty tlaku naměřené doma zamlčet. Stejně tak raději přiznejte, pokud z jakéhokoli důvodu předepsané léky neužíváte nebo je užíváte nepravdivě.

tlaku s jeho pravidelnou evidencí a možností komunikací s lékařem v případě výraznějších výkyvů může podpořit adherenci k léčbě a zvýšit motivovanost pacienta, hodnoty jsou důležitou zpětnou vazbou (viz tabulku 2: *Zásady domácího měření krevního tlaku*). Možnost měření krevního tlaku nabízí v dnešní době v rámci zdravotního poradenství také řada lékáren. Velkou výhodou je, že školený lékárník může nejen pacientovi zkontrolovat hodnoty, ale také s ním zkonzultovat správnou techniku domácího měření nebo může pomoci s výběrem kvalitního domácího tlakoměru.

### Fixními kombinacemi k lepší adherenci

Z hlediska farmakoterapie je ve snaze o co nejlepší adherenci pacienta důležité volit antihypertenziva s protražovaným účinkem, podávaná 1× denně, a kombinovat nižší dávky antihypertenziv. Kombinovaná léčba je pro dosažení dobré kontroly hypertenze nutná u většiny pacientů, proto je vhodné sáhnout po fixních kombinacích antihypertenziv. Metaanalýza (6) prokázala signi-

fikantní (o 21–29 procent, dle typu studií) zvýšení adherence a perzistence na léčbě při podávání fixních kombinací ve srovnání s volnou kombinací antihypertenziv.

Až třetina pacientů v průzkumech přiznává, že neznají názvy všech svých léků a nevědí, k čemu slouží a jak pracují. Znat názvy svých léků, předepsané dávkování a způsob užívání je přitom velice důležité – proto, aby nemocní neužívali nižší než předepsané, a tedy málo účinné dávky, nebo naopak dávky vyšší, které by mohly způsobit nežádoucí účinky. Mít přehled o lécích se vyplatí i v případě, že nemocný navštěvujete více lékařů současně, například praktického lékaře, internistu, diabetologa, nefrologa – může tak lékařovi pomoci předejít lékovým duplicitám. Znalost principu účinku léku zase pomůže nemocným pochopit, jak lék v těle pracuje, což zlepší jejich důvěru k léčbě. Dodržování způsobu užití léku je zase klíčové pro to, aby lék správně fungoval.

Pro edukaci a správnou práci s pacientem se vyplatí znát i nejčastější mýty a nepravdy, kte-



ré se pojí s vysokým krevním tlakem (*viz tabulku 3*) a které mohou zhoršit adherenci k léčebným opatřením, a v případě potřeby je umět pacientovi srozumitelně osvětlit.

TABULKA 3

## Nejčastější mýty a nepravdy v souvislosti s vysokým krevním tlakem

- Cítím-li se dobře, nemohu mít vysoký krevní tlak.
- Hypertenzi lze vyléčit.
- Víno je zdravé pro srdce, mohu tedy pít, jak chci.
- Proti zděděnému vysokému krevnímu tlaku nemohu nic dělat.
- Nemám žádné problémy, stačí, když mi tlak občas měří lékař.
- Pokud mi vlivem užívání léků klesne hodnota krevního tlaku, mohu léky vysadit.
- Nepřisluuji si jídlo, takže mi vysoký krevní tlak nehrozí.
- Používám jen košer nebo mořskou sůl, které jsou nízkosodíkovou variantou, mám tedy spotřebu pod kontrolou.
- Netrpím nadváhou, nekouřím, takže není riziko, že bych mohl/a trpět vysokým krevním tlakem.
- Vysoký krevní tlak je totéž co rychlá srdeční frekvence.
- Vysoký krevní tlak má řadu příznaků, podle nichž ho mohu snadno rozpoznat.
- Lidé s vysokým krevním tlakem jsou nervózní, potí se, mají problémy se spaním a rudnou v obličejí; ničím z toho netrpím, nemohu tedy mít vysoký krevní tlak.

Jak už bylo v seriálu o adherenci opakovaně uvedeno, nemocní mají největší problémy adherovat k dietním opatřením a pohybové aktivitě. I tato opatření je ovšem nutné v postupných krocích prosadit do léčby hypertenze. Pacient by měl pochopit jejich význam pro své zdraví a měl by ze strany zdravotníků získat praktická doporučení, která bude schopen uplatňovat v každodenním životě. V případě stravování s omezením soli je někdy vhodné zapojit nutričního terapeuta, který bude umět poradit, jak se vyhnout skryté soli v potravinách a jak sůl vhodně omezovat a nahrazovat například bylinkami. Přehled režimových opatření shrnuje tabulka 4.

Připravila: **Mgr. Kristýna Čillíková**

Vyšlo v *Medical Tribune* 22/2019

### Literatura:

1. Widimský J et al. Arteriální hypertenze XVII. Praha: Triton, 2019.
2. Štrauch B, Petrák O, Zelinka T et al. Precise assessment of noncompliance with antihypertensive therapy in patients with resistant hypertension using toxicological serum analysis. *J Hypertens.* 2013;31:2455–2461.
3. Gupta P, Patel P, Strauch B et al. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension.* 2017;69:1113–1120.
4. Gupta P, Patel P, Strauch B et al. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension.* 2017;70:1042–1048.
5. Schonhooven AV, Asselt ADI, Tomaszewski M et al. Cost-Utility of an objective biochemical measure to improve adherence to antihypertensive treatment. *Hypertension.* 2018;72:1117–1124.
6. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, Safety and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents: A Meta-Analysis. *Hypertension.* 2010;55:399–407.
7. Nepodceňujte vysoký krevní tlak. [www.teva.cz](http://www.teva.cz)

## TABULKA 4

## Životospráva při vysokém krevním tlaku

### Být aktivní

Snažte se vyvarovat sedavého způsobu života. Zvolte si minimálně na 30 minut denně fyzickou aktivitu, při níž se lehce zapotíte a zadýcháte. Není nezbytně nutné chodit zrovna do posilovny, vhodná je rychlejší chůze, plavání, běh nebo třeba jízda na kole. Důležitá je pravidelnost, aktivitu byste měli provozovat minimálně 5× týdně. Počítá se i úklid domu, práce na zahradě nebo rychlejší procházka se psem.

### Zdravě se stravovat

Cílem není extrémní dieta s vylučováním potravin bez náhrady, ale zdravá a rozmanitá strava. V jídelníčku nesmí chybět dostatek zeleniny (trochu ke každému dennímu jídlu), ovoce, ryb, luštěnin a ořechů. Omezte konzumaci polotovarů, jídla z fastfoodů, pokrmů s vysokým obsahem cukrů, uzenin, potravin s vysokým podílem živočišných tuků (máslo nahraďte kvalitním margarínem, vysokotučné jogurty a sýry méně tučnými variantami). Nepřejídejte se, dbejte na velikost porcí.

### Omezit příjem soli

Zásadně nepřisolujte. Vyhněte se soleným pochutinám nebo ochuceným polotovarům, pamatujte na to, že hodně soli je např. obsaženo v pečivu a některých sýrech. Naučte se sůl nahrazovat bylinkami.

### Nekouřit

Kouření je zásadním rizikovým faktorem pro výskyt karcinomu plic, chronické obstrukční plicní choroby, infarktu myokardu, mozkové příhody a postižení periferních tepen. Nikdy není pozdě s kouřením přestat,

riziko závažných kardiovaskulárních onemocnění klesá o polovinu již po 12 až 24 měsících od poslední cigarety.

### Hlídat si cholesterol

Nechte si jej pravidelně kontrolovat. Zvýšená koncentrace cholesterolu zvyšuje riziko rozvoje srdečně-cévních komplikací obdobně jako kouření. Nepřesahují-li hodnoty celkového cholesterolu 5,0 mmol/l u zdravých osob, toto nebezpečí významně klesá.

### Omezit konzumaci alkoholu

Pití většího množství alkoholu zvyšuje krevní tlak a je častou příčinou špatné kontroly hypertenze. Lze tolerovat (nikoli doporučit) dva alkoholické nápoje denně u mužů a jeden u žen, maximálně pět dnů v týdnu (1 nápoj = velké pivo [0,5 l] nebo sklenička [0,2 l] vína nebo „panák“ [0,05 l] 40% alkoholu). Nezapomeňte, že pitím alkoholu zvyšujete svůj kalorický příjem o 70 až 180 kcal podle druhu nápoje.

### V případě nadváhy či obezity se snažit zhubnout

K poklesu krevního tlaku přispívá i menší redukce hmotnosti (3 až 5 kg), která je v silách každého (doporučený BMI je 20–25 kg/m<sup>2</sup>, obvod v pase pod 94 cm u mužů a 80 cm u žen). Nezapomínejte, že součástí hubnutí je vedle diety i pravidelná fyzická aktivita, energetický příjem by měl být nižší než výdej. Zhubněte a budete se cítit lépe!

### Dodržovat spánkový režim

Spěte pravidelně 6 až 8 hodin a naučte se odpočívat. Problémy řešte včas a v klidu. Najděte si takové životní tempo, které vám bude vyhovovat, setkávejte se s přáteli a rodinou, věnujte se koníčkům. Nevyhýbejte se hovoru o svých problémech.

## Díl 7

# Předepsáním receptu léčba nekončí aneb Role lékárníka v prevenci non-adherence

V tom, aby pacient řádně užíval předepsané léky, hraje bezpochyby důležitou roli i lékárník. Na význam adherence z pohledu lékárníka jsme se zeptali předsedy Sekce nemocničních lékárníků České farmaceutické společnosti ČLS JEP **Mgr. Michala Hojného**, podle kterého to, že pacient nebere léky, jak má, může odhalit každý šikovný lékárník dobře zvolenými dotazy. Roli v dodržování léčby ale hraje i to, jak jsou léky zabaleny, označeny, a v neposlední řadě jejich forma.

### **I Co více by z vašeho pohledu mohl udělat lékař nebo lékárník ke zlepšení adherence pacientů?**

Základním prvkem, který je potřeba zlepšit, je naučit se pacienta víc poslouchat. Spousta informací, které k pacientům posílají ať již lékaři, nebo my lékárníci, je jednosměrná a slouží k tomu, aby informace zazněla, ale už se zpětně nezjišťuje, jestli byla pochopena. Pro adherence pacienta je klíčové, že se ho někdo zeptá, zda má v situaci opravdu jasno, zda nemá po našem vysvětlení nějaké nezodpovězené otázky. Je třeba se ptát konkrétně, např. nepocituje-li nějaké nežádoucí účinky typické pro jeho léčbu, netrápí-li ho problém s nespavostí, v případě někte-

rých léků na hypertenzi je třeba se ptát na bolesti hlavy, výskyt kašle atd.

### **I Je situace v informovanosti opravdu tak špatná?**

Troufnu si říci, že situace, kdy by byl pacient plně informován a navíc všemu rozuměl, není v ordinacích ani v lékárnách úplně běžná. Řada informací sice často zazní, ale podíváme-li se na to z pohledu pacienta, určitě to nestačí.

Jde hlavně o problémy, na které se pacient ve stresu v ordinaci nebo v lékárně zdráhá nebo zapomene zeptat. Myslím si, že dát pacientům možnost získat odpovědi právě na tyto otázky je velmi důležité. Doba je uspěchaná a pacient ne-



Foto: minuty.cz

chce lékaře „otravovat“, občas nenajde odvahu se na vše pořádně vyptat. Někdy ani lékaři jako autoritě nepřiznají, že mu lék nedělá dobře. Poctivě si jej vyzvedne v lékárně a pak ho hodí do koše, případně si lék vůbec nevyzvedne. A právě zde může pomoci lékárník. Léčba pacienta předepsaním přípravku nekončí.

### **I Jakou roli zde tedy lékárník hraje?**

Praktický lékař má výhodu, že má k dispozici kompletní data týkající se léčby pacienta a dokáže poradit stran informací týkajících se konkrétních onemocnění. Lékárník by měl být tím, kdo pacientovi dokáže zodpovědět jeho otázky o správném užívání léčivých přípravků, např. ne každou tabletu je vhodné púlit, jakým způsobem konkrétní lék zapijet, zda ho užívat na lačno, nebo

po jídle... V případě, že je předepsána na aplikaci náročnější léková forma, je třeba poskytnout návod a pacienta informovat, a také mu je třeba vše názorně předvést tak, aby ve chvíli, kdy z lékárny odchází, přesně věděl, co s lékem reálně bude dělat. V lékárně by také určitě měly být řešeny otázky skladování léčivých přípravků, obzvláště těch, které mají doporučené snížené skladovací teploty. Potřebné jsou i rady o tom, jak zacházet s léky v případě skončení expirace...

### **I Co je na základě vašich zkušeností hlavním důvodem non-adherence českých pacientů?**

Myslím, že je to nedohlédnutí toho, co se stane, když předepsané léky nebudou užívat. Menší adherenci mají vždy ti pacienti, kteří léčí onemocnění, jehož příznaky nijak netrpí, které je nebolí.

## K VĚCI...

## Desatero pro lékárníky

1. Vždy zajistěte maximální míru diskrétnosti při jednání s pacientem. Ne vždy je vyznačení diskrétní zóny před čarou jasně viditelné, pacienti často netuší, kde (ne)mají stát.
2. Otevřené otázky, díky kterým se dozvíte víc než ano/ne, začínají slovy co a jak. Například: „Jak rozumíte dávkování vašeho léku?“ Ověření toho, jak pacient skutečně vaše pokyny pochopil, může vypadat takto: „Zaznělo mnoho informací, které z nich považujete za obtížné? Jak si nastavíte předepsaný čas užívání antibiotik?“
3. Pokud zapojíte pacientovy ruce (dáte mu do ruky krabičku s léky), nebo mu něco napíšete, vyznačíte v letáku apod., výrazně tím podpoříte pacientovu schopnost zapamatovat si daný pokyn.
4. Přispějte ke snížení rizik spojených s užíváním léků, zejména se zaměřte na:
  - léky s úzkým terapeutickým indexem (imunosupresiva, warfarin, hormony štítné žlázy),
  - léky se zvýšeným rizikem lékových interakcí a nežádoucích účinků,
  - léky v lékových formách vyžadujících (i opakovanou) instruktáž (inhalační přípravky, injekční lékové formy).
5. Dispenzační minimum – jehož cílem je podpora adherence – můžete ověřit stejnými otevřenými otázkami, které jsou uvedeny v bodě 2, nebo například: „Na co je důležité při vaší léčbě nezapomenout?“
6. Otevřené otázky ověřující porozumění pacienta (vedoucí k adherenci):
  - Jak budete lék dávkovat/užívat?
  - Jaké další léky užíváte?
  - Co je důležité při vaší léčbě nezapomenout?
  - Kdo vám poradí, když si nebudete jistí? Na koho se obrátíte?
  - Ve kterou hodinu přesně si vezmete váš lék?
  - Na co se ještě chcete zeptat?
7. U nového i opakovaného vydávání léku vhodně doporučujte režimová opatření (dieta, fyzická aktivita, nekouření atd.). Režimová opatření jsou často pacienti opomíjena – může pomoci formulace typu: „Co vám pomáhá, abyste se dostal častěji na procházku? S kým se můžete poradit o změně jídelníčku?“
8. Je váš pacient seznámen s tím, co se stane s nesprávně skladovaným lékem?
9. Pacienti rádi slyší, že za vámi mohou přijít do lékárny na změření TK, glykémie apod.
10. Významnou roli hraje eRecept, jehož výhodou je, že nevyzvedne-li si pacient lék, lékař má možnost to zjistit. Situace, kdy si pacient lék sice vyzvedne, ale dále jej neužívá podle doporučení, můžete odhalit právě vy otázkou, na kterou vám pacient svými slovy musí říct, co a jak dělá. Pouhé odkývání „ano, tak to dělám“ nestačí.

Ve chvíli, kdy vás bolí hlava, víte, že si máte vzít prášek, protože již máte vyzkoušené, že zabere. Ale máte-li vysoký krevní tlak a neměříte si ho, fakticky nevíte, že ho máte vysoký, a když si lék na snížení hypertenze nevezmete, nevíte, jaký to má efekt. Jde tedy o neznalost souvislostí, které s sebou užívání léků nese. Například pacienti po transplantaci mají zpětnou vazbu v podobě toho, že jsou jim měřeny koncentrace léků v krvi a podle těchto hodnot jsou jim dávky upravovány. Oni vědí, že když dávka léku bude v určitém rozmezí, mají nízké riziko rejekce, odhojení transplantovaného

orgánu. Jsou tedy informováni a vědí, co se stane, když léky užívat nebudou... Takováto v jistém smyslu motivující informace chybí třeba pacientům s hypertenzí nebo diabetem, kteří se neměří.

**I Právě to jsou spolu s pacienty s vysokým cholesterolem nejčastější diagnózy s největším počtem non-adherentních pacientů...**

Určitě. Navíc jde o onemocnění nejčastější v současné populaci. Zároveň ne každý hypertenik si měří krevní tlak a ne každý diabetik si dostatečně často měří svoji glykémii. Bude-li měření pro-

## K VĚCI...

## Desatero pro pacienty

- Lékaři podporují pacienty, kteří si přinesou napsané otázky do ordinace. Poznají tak, že myslíte na to důležité!
- Lékaři umějí řešit potíže a měnit nastavení léčby, řekněte jim o to.
- Uchovejte si a využívejte všechny informační materiály, které vám lékař a lékárník poskytl.
- Snažte se léky užívat přesně tak, jak vám lékař předepsal.
- Pokud vám léčba z nějakého důvodu nevyhovuje nebo se u vás objeví nežádoucí účinky, informujte o tom lékaře.
- Snažte se dodržovat zásady zdravého životního stylu.
- S kým můžete mluvit o svých obtížích? Kdo vám pomáhá a za kým ještě můžete zajít?
- Mobilní aplikace umožňují překvapivě věci – připomenutí vašeho léku může být milé a zábavné, žádný zvonící budík. Stačí vyzkoušet.
- Co vám opravdu překáží v tom, že léky někdy užíváte jinak, než se má? Kdo vám s tím může pomoci?
- Možná už jste to slyšeli, ale je to pravda – jen ty léky, které se užívají, mohou fungovat a pomáhat. Ty, co zůstanou v krabičce, vám neuleví.

vádět, získá zpětnou vazbu a uvidí, co udělá lék, když si ho vezme. Sníží mu krevní tlak nebo glykémii, což pacienta dokáže namotivovat, protože ví, jaký efekt krok, který udělal, má. V lékárně proto můžeme pravidelně apelovat právě na pacienty s vysokým krevním tlakem, aby si ho pravidelně kontrolovali, a na diabetiky, aby si pravidelně měřili glykémii.

### ■ Úspěšná léčba by měla být primárně v zájmu pacienta, proč je adherence, nebo spíše non-adherence, nyní lékaři tak diskutována?

Zájem lékárníka a lékaře je stejný jako zájem pacienta, tedy vyléčit nemocného. Ve chvíli, kdy máte představu o diagnóze a víte, čím byste ho léčili, logicky chcete docílit toho, aby nemocný potřebný léčivý přípravek užíval. Důraz na adherenci je logicky odstraňování limitů, které s sebou léčba nese.

### ■ Do jaké míry adherenci ovlivňuje forma léku či jeho obal? Proč?

To je jednoduché – jako pacient nebudu užívat to, co mi nejde vyndat z krabičky; tabletu, kterou nemám sílu vyloupnout z blistry anebo nejsem schopn ji správně napílit. Obal a léková forma

prostě logicky musejí být vybrány tak, aby odpovídaly schopnostem a preferencím pacienta.

### ■ Jaké postupy pro podporu adherence či v praxi osvědčily?

Ono to bude znít jako neskutečné klišé, ale tou nejlepší podporou adherence je udělat si na pacienta dostatek času a komunikovat s ním tak, aby rozuměl všemu, co mu v lékárně říkáme. Ten dostatek času je v době, kdy jsou na vydávajícího lékárníka kladeny další a další administrativní povinnosti, jako např. ověřování léčiv, čím dál obtížnější. Základem všeho je pochopení a s tím souvisí také třeba rozptýlení přehnaných obav pacientů z nežádoucích účinků léčby. Už jen vysvětlení, jaké nežádoucí účinky mohou pacienta potkat, v jakém procentu případů se běžně vyskytují anebo jak jim předejít, dokáže posílit víru pacienta ve správně nastavenou farmakoterapii.

### ■ Kolik času můžete v lékárně věnovat pacientovi, který zjevně nemá důležité informace a tápe?

Čas na pacienta si lékárník musí vždy najít, byť to mnohdy není provozně jednoduché. Pacient nemůže odcházet z lékárny s nezodpovězenou

otázkou anebo s tím, že mu něco z toho, co jsme mu říkali, není jasné. Na zjištění zpětné vazby jsou nejlepší otevřené otázky, ty dokážou pacienta pěkně „vtáhnout“ do debaty.

### **I Využíváte edukační materiály, brožurky a podobné pomůcky?**

Tyto materiály jsou nezbytnou pomůckou. Množství informací, s kterým se pacient setká v krátkém čase v ambulanci anebo v lékárně, je enormní, schopnost je zafixovat – navíc v kombinaci se stresem u nějakého nově diagnostikovaného onemocnění – je přitom určitě výrazně omezená. Ideální je pacientovi v materiálech vyznačit například klíčové pasáže, zbytek textu pak pomůže k pochopení kontextu. Edukační materiály vznikají pod hlavičkou České lékárnické komory, případně si je lékárny připravují i samostatně.

### **I Řada lékáren nabízí poradenství, například poskytuje i službu měření krevního tlaku a dalších zdravotních ukazatelů. Jak tuto část práce lékárníků vnímáte a jaký mají pacienti o tyto služby zájem?**

Tyto služby jsou pacienty vítány. Myslím, že důvody jsou dva – tím prvním je dostupnost lékáren – ne nadarmo se říká, že jsou to nejdostupněj-

ší zdravotnická zařízení. Jsou dostupné na území celé České republiky a jejich otevírací doba je pro pacienty příznivá. No a zadruhé – probíhají podle standardních postupů, které pro lékárníky připravuje Česká lékárnická komora.

### **I Myslíte si, že sdílený lékový záznam (LZ) usnadní péči o pacienty i v lékárnách a zlepší adhezenci? Např. tím, že se podchytí duplicity léků a lékové interakce...**

Bude velmi záležet, jak nám u lékového záznamu pomohou moderní IT technologie, jak nám budou schopny rozsáhlá data obsažená v LZ zpracovat, aby se dala při výdeji léků využít. Věřím, že právě minimalizace lékových duplicit bude hlavním benefitem této databáze. Hodnocení lékových interakcí si vyžádá určitě delší čas, než jsme schopni pacientovi věnovat při výdeji léků. Proto tuto oblast vidím spíše jako ideální náplň pro individuální lékové konzultace s pacientem. Jak je vidět, lékovému záznamu i po dlouholetých zkušenostech z naší nemocnice věřím a jsem přesvědčen, že je to ideální první krok ve sdílení informací mezi zdravotnickými pracovníky. Jen věřím, že další kroky budou následovat.

*Připravila: Mgr. Kristýna Čillíková*

*Vyšlo v Medical Tribune 23/2019*

## Díl 8

# Adherence k léčbě hypertenze – nové postupy

**Prof. MUDr. Miroslava Součka, CSc.**, přednosta II. interní kliniky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně, jsme se ptali na jeho zkušenosti s non-adherentními hypertenziky – těch, kteří neadherují k medikaci, je na jeho pracovišti zhruba 30 procent. V poslední době se při edukaci non-adherentních pacientů osvědčuje určení vaskulárního věku a jeho srovnání s věkem biologickým. Podle prof. Součka tak lze pacientům názorně ukázat, jak si stojí a že ovlivněním rizikových faktorů mají šanci sevřít nůžky mezi biologickým a vaskulárním věkem.

**I Adherence k léčbě chronických onemocnění, zejména hypertenze a dyslipidémie, bývá dokládána jako nejnižší. Klasická otázka našeho seriálu o adherenci zní: Jak si to vy sám vysvětlujete?** Těch důvodů je více. Především jsou to onemocnění, která nebolí a v počátcích ani nezhoršují kvalitu života. Bohužel u těchto pacientů nasazení terapie skoro ve sto procentech vede k celoživotnímu užívání. A to především mladí pacienti odmítají. Mladí lidé se o sebe také dostatečně nebojí a možné zdravotní komplikace svých nemocí podceňují.

**I Kolik pacientů na vašem pracovišti má odhadem problémy s adherencí k léčbě hypertenze? Lze tyto pacienty nějak typizovat?**

V léčbě hypertenze existují dvě non-adherence: nefarmakologická a farmakologická. V nefarmakologické léčbě, tedy změně životního stylu, je kolem poloviny non-adherentních. Pro farmakologickou léčbu odhadují asi 30 procent. Typi-

zovat tyto pacienty je obtížné. Někdy se to daří již z anamnézy, z měření krevního tlaku, ale u některých bohužel ne.

**I Jak k non-adherentním pacientům přistupujete?**

Především se je snažíme stále dokola edukovat. U některých je to úspěšné, u některých ne. Můžeme také využít stanovení koncentrace antihypertenziva v krvi pacientů. Jasně jim ukážeme, že léky vůbec nebo částečně neberou. Další metodou, kterou využíváme v poslední době, je vaskulární věk. Je to rozdíl mezi skutečným věkem a věkem jejich cév. Z tabulky SCORE jim můžeme názorně ukázat, že při jejich věku například 50 let jsou jejich cévy již šedesátileté. Tedy ukázat pacientům názorně, jak se chovají ke svým cévám, svému zdraví a možným komplikacím, které je čekají. Ale především jim ukázat, že ovlivněním rizikových faktorů mají šanci tuto situaci zvrátit a někdy srovnat biologický věk s věkem vaskulárním.



**I Jaké přímé a nepřímé metody ověření adherence používáte a v jakém případě jsou indikovány? Které jsou nejpřesnější?**

Většinou se jedná o pacienty, kteří jsou k léčbě rezistentní. Za rezistentního hypertonika považujeme jedince, který na trojkombinaci léků, z nichž jedním je diuretikum, v maximálně tolerovaných dávkách nedosahuje cílové hodnoty krevního tlaku pod 140/90 mm Hg. Nejpřesnější metodou je stanovení koncentrace léku v krvi. Z nepřímých metod využíváme podávání léku v ordinaci s kontrolou tlaku v následujících dvou či třech hodinách, kdy často vidíme prudký pokles krevního tlaku. Také pacienti, kteří mají betablokátor a tepovou frekvenci nad 76/min, ho asi neužívají.

**I Je podle vás v praxi časté, že se non-adherence k antihypertenzní léčbě zamění za rezistentní hypertenzi? Jak se tomu vyhnout? Vědí lékaři o tomto riziku?**

Jistě to možné je a stává se to. Ale skutečně rezistentních pacientů zase tolik není. Pohybujeme se kolem osmi procent. Navíc musíme ještě vyloučit možnost sekundární hypertenze. Pokud máme podezření na rezistentního hypertonika, je ho možné poslat do hypertenzního centra, kterých máme v České republice osm, a tam vyloučíme sekundární hypertenzi a můžeme potvrdit či vyloučit rezistentní hypertenzi.

**I Jakou roli v non-adherenci hrají nežádoucí účinky antihypertenziv? Které léky jsou z tohoto pohledu nejrizikovější?**

Nežádoucí účinky se vyskytují zhruba u deseti procent pacientů. Velice často se stane, že když si pacienti přečtou příbalový leták, najdou u sebe celou řadu potíží, které se tam popisují. Je na lékařích, aby tyto potíže s pacienty probrali a reagovali na ně. Každá skupina antihypertenziv má svá rizika. Asi nejvíce se bojíme poklesu krevního tlaku do hypotenzních hodnot, především u starších pacientů, kdy hrozí pády a následná poranění. Obáváme se účinků diuretik, které mohou



Foto Jiří Kocáček

vést k dehydrataci a následně ke kolapsům a někdy až k mozkovým příhodám. Pacienti by měli být poučeni o možných nežádoucích účincích.

**I Přestávají pacienti brát antihypertenziva, pokud se jejich tlak normalizuje?**

Bohužel často. Pacienti by měli pokles krevního tlaku vždy probrat s lékařem, je možno upravit dávku. Bohužel je mnoho pacientů, kteří si změní tlak a podle toho si sami řídí léčbu. Jednou lék vezmou, pak zase ne, když se zvýší, tak se vrátí k léčbě a podobně.

**I Jak pracujete s adherencí k dietě a pohybu?**

Pacienty edukujeme, dostávají letáčky s dietou a pohybem, aby si v klidu doma mohli pokyny přečíst. Doporučujeme alespoň pětkrát týdně 45 minut chůze, třeba se psem. Pacienty při kontro-

le vážíme a reagujeme na přírůstek. Je pravdou, že někteří si rady vyslechnou, ale myslí si své.

**I** Dietu s nízkým obsahem soli není v praxi jednoduché dodržet, sůl se přidává do většiny výrobků. Pomáhají na vašem pracovišti nutriční terapeutky?

Ty využíváme především pro diabetické pacienty v rámci našeho centra. Pro hypertenzní centrum zatím ne. Pacienty pouze upozorňujeme na potraviny s vysokým obsahem soli a jaké je přiměřené množství soli na den.

**I** Myslíte si, že lékaři v Česku umějí pracovat s non-adherentními pacienty? Je to čistě věc

praxe, nebo je důležitá příprava na vysoké škole, na seminářích? Zabýváte se tímto problémem i v rámci odborné společnosti?

Je pravdou, že před několika lety jsme o adheřenci vůbec nemluvili, maximálně o nežádoucích účincích léků. V současné době je to zcela nosné téma. Každou přednášku začínám tím, že máme dva problémy v léčbě hypertenze, a to že nedosahujeme cílových hodnot ve vysokém procentu a že nám pacienti léky neberou. Takže se non-adherenci věnujeme i v rámci našich doporučení, na všech seminářích a přednáškách. Stále čekáme na pozitivní dopad na naše pacienty.

*Připravila Mgr. Kristýna Čillíková*

*Vyšlo v Medical Tribune 25/2019*

# Jak lépe edukovat pacienty – desatero pro lékárníky

1. Vždy zajistěte maximální míru diskretnosti při jednání s pacientem. Ne vždy je vyznačení diskretní zóny před čarou jasně viditelné, pacienti často netuší, kde (ne)mají stát.
2. Otevřené otázky, díky kterým se dozvíte víc než ano/ne, začínají slovy co a jak. Například: „Jak rozumíte dávkování vašeho léku?“ Ověření toho, jak pacient skutečně vaše pokyny pochopil, může vypadat takto: „Zaznělo mnoho informací, které z nich považujete za obtížné? Jak si nastavíte předepsaný čas užívání antibiotik?“
3. Pokud zapojíte pacientovy ruce (dáte mu do ruky krabičku s léky), nebo mu něco napíšete, vyznačíte v letáku apod., výrazně tím podpoříte pacientovu schopnost zapamatovat si daný pokyn.
4. Přispějte ke snížení rizik spojených s užíváním léků, zejména se zaměřte na:
  - léky s úzkým terapeutickým indexem (imunosupresiva, warfarin, hormony štítné žlázy),
  - léky se zvýšeným rizikem lékových interakcí a nežádoucích účinků,
  - léky v lékových formách vyžadujících (i opakovanou) instrukci (inhalační přípravky, injekční lékové formy).
5. Dispenzační minimum – jehož cílem je podpora adherence – můžete ověřit stejnými otevřenými otázkami, které jsou uvedeny v bodě 2, nebo například: „Na co je důležité při vaší léčbě nezapomenout?“
6. Otevřené otázky ověřující porozumění pacienta (vedoucí k adherenci):
  - Jak budete lék dávkovat/užívat?
  - Jaké další léky užíváte?
  - Co je důležité při vaší léčbě nezapomenout?
  - Kdo vám poradí, když si nebudete jisti? Na koho se obrátíte?
  - Ve kterou hodinu přesně si vezmete váš lék?
  - Na co se ještě chcete zeptat?
7. U nového i opakovaného vydávání léku vhodně doporučujte režimová opatření (dieta, fyzická aktivita, nekouření atd.). Režimová opatření jsou často pacienty opomíjena – může pomoci formulace typu: „Co vám pomáhá, abyste se dostal častěji na procházku? S kým se můžete poradit o změně jídelníčku?“
8. Je váš pacient seznámen s tím, co se stane s nesprávně skladovaným lékem?
9. Pacienti rádi slyší, že za vámi můžou přijít do lékárny na změření TK, glykémie apod.
10. Významnou roli hraje eRecept, jehož výhodou je, že nevyzvedne-li si pacient lék, lékař má možnost to zjistit. Situace, kdy si pacient lék sice vyzvedne, ale dále jej neužívá podle doporučení, můžete odhalit právě vy otázkou, na kterou vám pacient svými slovy musí říct, co a jak dělá. Pouhé odkývání „ano, tak to dělám“ nestačí.



# Desatero pro pacientovu úspěšnější léčbu



Lékaři podporují pacienty, kteří si přinesou napsané otázky do ordinace. Poznejte tak, že myslíte na to důležité!



Lékaři umí řešit potíže a měnit nastavení léčby, řekněte jim o to.



Uchovejte si a využívejte všechny informační materiály, které vám lékař a lékárník poskytl.



Snažte se léky užívat přesně tak, jak vám lékař předepsal.



Pokud vám léčba z nějakého důvodu nevyhovuje nebo se u vás objeví nežádoucí účinky, informujte o tom lékaře.



Snažte se dodržovat zásady zdravého životního stylu.



S kým můžete mluvit o svých obtížích? Kdo vám pomáhá a za kým ještě můžete zajít?



Mobilní aplikace umožňují překvapivé věci – připomenutí vašeho léku může být milé a zábavné, žádný zvonící budík. Stačí vyzkoušet.



Co vám opravdu překáží v tom, že léky někdy užíváte jinak, než se má? Kdo vám s tím může pomoci?



Možná už jste to slyšeli, ale je to pravda – jen ty léky, které se užívají, mohou fungovat a pomáhat. Ty, co zůstanou v krabičce, vám neuleví.

