Opracowanie merytoryczne:
dr hab. n. med.
Agnieszka Olszanecka, prof. UJ
lek. **Maja Herman**

NISKA ADHERENC JA

Nowy modyfikowalny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego?

SERVIER
moved by you

Materiał promocyjny kierowany do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.



Niska adherencja

Nowy modyfikowalny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego?

dr hab. n. med. **Agnieszka Olszanecka**, prof. UJ
specjalistka chorób wewnętrznych, kardiologii i hipertensjologii

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze stanowi jeden z głównych modyfikowalnych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i należy do najczęstszych przewlekłych problemów zdrowotnych wymagających stosowania systematycznego leczenia.

Redukcja ciśnienia tętniczego o 5 mmHg przekłada się na obniżenie ryzyka rozwoju niewydolności serca o 13%, udaru mózgu o 13% i incydentów sercowo-naczyniowych o 10%[1].

Skuteczność leczenia zależy jednak nie tylko od właściwego doboru terapii, ale również od stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjenta. Brak adherencji (nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych) jest obecnie uznawany za jedną z najważniejszych przyczyn nieosiągania celów terapeutycznych oraz zwiększonej zachorowalności i śmiertelności sercowo-naczyniowej[2, 3].

Adherencja

Co to jest adherencja?

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia adherencja oznacza stopień, w jakim zachowanie pacjenta – przyjmowanie leków, stosowanie diety czy aktywności fizycznej – jest zgodne z planem terapeutycznym ustalonym wspólnie z lekarzem[4]. Adherencja różni się od starszego pojęcia *compliance*, które zakładało bierne wykonywanie poleceń lekarza. Współczesne podejście opiera się na partnerstwie lekarza i pacjenta oraz wspólnym podejmowaniu decyzji terapeutycznych.

Brak adherencji – skala problemu

Badania wskazują, że brak adherencji jest główną przyczyną nieskuteczności leczenia hipotensyjnego na poziomie populacyjnym. **Według szacunków w Polsce aż 24,3% pacjentów z nowo rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym nie realizuje przepisanej recepty na refundowane leki przeciwnadciśnieniowe[5].**

Szczególnie niepokojące dane dotyczą młodych dorosłych. W analizie obejmującej ponad 123 tysiące osób w wieku 20–44 lat jedynie 37% pacjentów regularnie przyjmowało leki hipotensyjne. Nieprzestrzeganie zaleceń wiązało się z o 57% wyższym ryzykiem wystąpienia zawału serca, udaru mózgu lub zgonu sercowo-naczyniowego w ciągu 10 lat obserwacji[6].

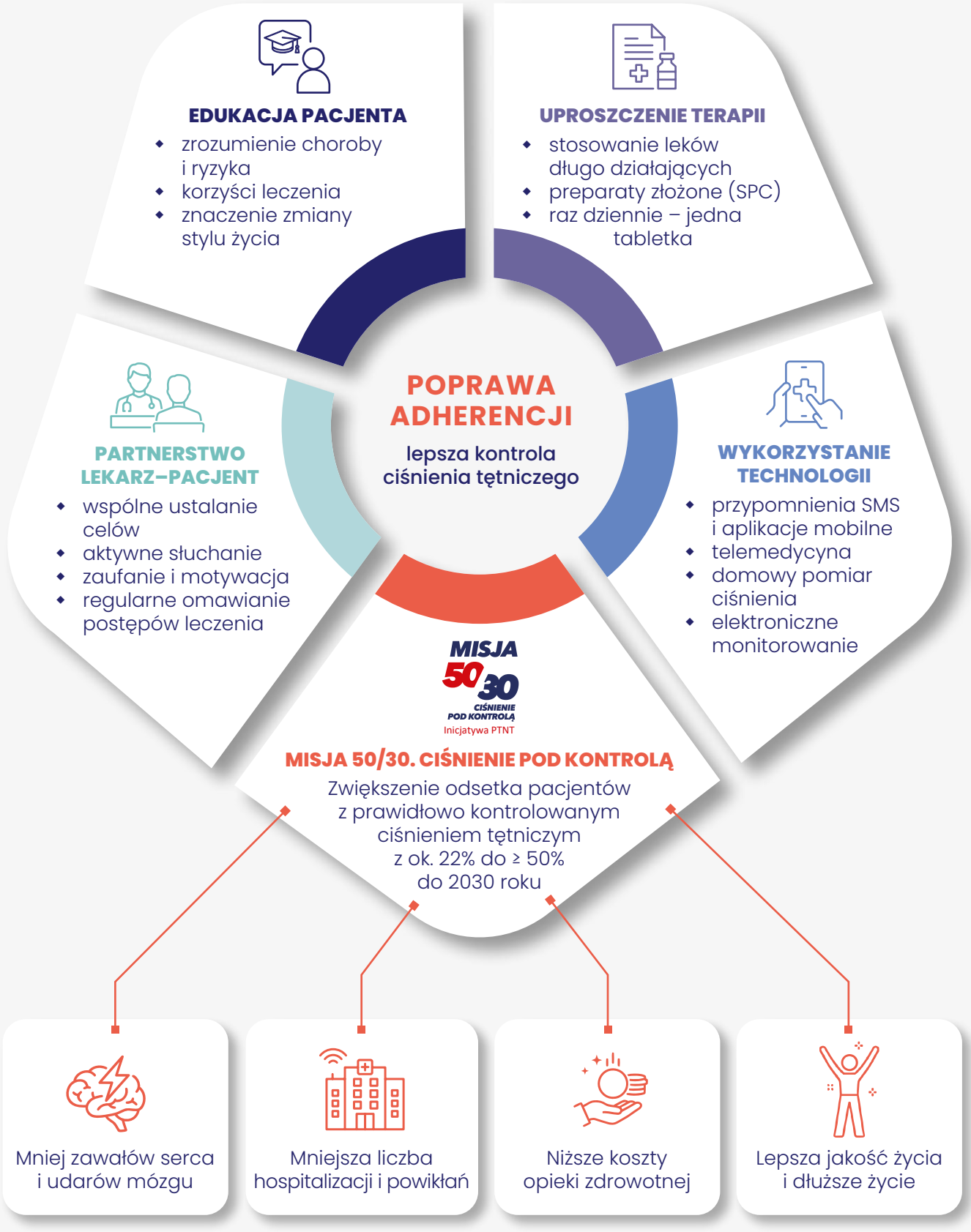
Konsekwencje braku adherencji

Brak adherencji prowadzi do:

- **nieosiągania docelowych wartości ciśnienia tętniczego**
- **częstszych hospitalizacji z przyczyn sercowo-naczyniowych**
- **zwiększonego ryzyka zawału serca**
- **zwiększonego ryzyka udaru mózgu**
- **wzrostu śmiertelności całkowitej i sercowo-naczyniowej**
- **zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej.**

Poprawa adherencji w Europie mogłaby przyczynić się do uratowania blisko 200 tysięcy osób rocznie oraz ograniczenia kosztów opieki zdrowotnej o około 125 miliardów euro[7].

POPRAWA ADHERENCJI – klucz do realizacji celów programu „Misja 50/30”





Pani Alicja, 44 lata
pracownik administracyjny

Przypadek 1.

Rozpoczęcie leczenia u pacjentki z nowo rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym – znaczenie edukacji i budowania adherencji

Dane kliniczne

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego obserwowane od około 2 lat. Pierwszy raz zwrócono na nie uwagę podczas hospitalizacji związanej z planową histerektomią, wykonywaną z powodu mięśniaków macicy i ciężkiej niedokrwistości (hemoglobina 6–7 g/dl). Dotychczas, mimo zaleceń, pacjentka nie prowadziła domowych pomiarów ciśnienia tętniczego. Za namową najbliższych (mama pacjentki od lat choruje na nadciśnienie tętnicze) zdecydowała się na wykonanie holtera ciśnieniowego.

Podczas zakładania rejestratora do 24-godzinnego monitorowania ciśnienia (ang. *ambulatory blood pressure monitoring*, ABPM) stwierdzono istotnie podwyższone wartości ciśnienia (około **170/120 mmHg**). Pacjentka otrzymała informację o zagrożeniu związanym z tak wysokim ciśnieniem i z gabinetu techników przekierowano ją na wizytę lekarską. Konsultujący lekarz zalecił doraźne zastosowanie kaptoprylu i wydał skierowanie do poradni leczenia nadciśnienia tętniczego.

Pacjentka z wynikiem ABPM zgłosiła się w kolejnym dniu z dużym niepokojem o swój stan zdrowia.

Wynik ABPM

- średnia dobowa: **145/92 mmHg**
- dzień: **151/101 mmHg**
- noc: **122/75 mmHg**
- średnia częstość rytmu serca: **82/min**

Pacjentka zgłaszała, że do momentu wykonania badania czuła się dobrze. Nie odczuwała objawów nadciśnienia i dopiero uzyskanie wyniku ABPM spowodowało znaczny niepokój.

Wywiad

- histerektomia (2024 r.)
- przewlekłe bóle kręgosłupa szyjnego
- alergia pyłkowa
- dwa porody przez cięcie cesarskie
- brak nadciśnienia indukowanego ciążą
- brak cukrzycy ciążowej
- nie stosuje hormonalnej terapii zastępczej

Badanie przedmiotowe

- masa ciała 68 kg
- wzrost 160 cm
- BMI 26 kg/m^2
- obwód pasa 93 cm

Ciśnienie tętnicze podczas wizyty

- 167/108 mmHg
- 151/106 mmHg
- 149/104 mmHg

Bez obrzęków. Tony serca prawidłowe. Badanie płuc bez odchyleń.

Badania dodatkowe

EKG: rytm zatokowy 89/min. PQ 160 ms, QRS 80 ms, QT 380 ms. Bez cech przerostu lewej komory.

Badanie echokardiograficzne (*point-of-care*)

- frakcja wyrzutowa 68%
- bez cech przerostu lewej komory
- brak istotnych nieprawidłowości strukturalnych

Badania laboratoryjne

- hemoglobina 13,2 g/dl
- kreatynina 64 µmol/l
- glukoza 5,6 mmol/l
- sód 142 mmol/l
- potas 4,2 mmol/l
- TSH 1,2 µIU/ml
- badanie ogólne moczu – prawidłowe

Postępowanie

Rozpoznano nadciśnienie tętnicze wymagające przewlekłego leczenia. Włączono docelowo preparat złożony: **peryndopryl 5 mg + amlodypina 5 mg 1 × dziennie**[a] oraz zalecono:

- domowe pomiary ciśnienia tętniczego według ustalonego schematu
- ograniczenie spożycia soli
- dietę śródziemnomorską
- regularną aktywność fizyczną
- wykonanie lipidogramu i oznaczenie hemoglobiny glikowanej.

Szczególny nacisk położono na wyjaśnienie pacjentce przewlekłego charakteru choroby, znaczenia regularnego przyjmowania leków oraz faktu, że pełny efekt hipotensyjny będzie widoczny po około 7–10 dniach leczenia.

Wizyta kontrolna po 4 tygodniach

- domowe wartości ciśnienia tętniczego: **116–136/72–84 mmHg**
- redukcja masy ciała o 2 kg
- poprawa jakości snu
- dobra tolerancja leczenia
- pełna adherencja

Komentarz

Przypadek ilustruje najczęstszą sytuację kliniczną u chorego rozpoczynającego terapię. Pacjentka nie miała objawów nadciśnienia tętniczego, dlatego największymi przeszkodami w procesie leczenia nadciśnienia były rozpoznanie choroby, konieczność wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego oraz akceptacja konieczności przewlekłego leczenia. Osiągnięcie dobrej adherencji było możliwe dzięki edukacji, wspólnemu ustaleniu celów terapii oraz zastosowaniu prostego schematu leczenia z wykorzystaniem preparatu złożonego.

Zgodnie z obowiązującymi aktualnie wytycznymi osiowym lekiem u większości pacjentów jest lek hamujący układ renina–angiotensyna–aldosteron (RAA). Wyjątkiem od tej reguły są kobiety w wieku rozrodczym i planujące ciążę.

[a] Opisywana chora jest po histerektomii, więc można u niej sięgnąć po inhibitor konwertazy angiotensyny (ang. *angiotensin converting enzyme inhibitor*, ACE-I) lub sartan (ang. *angiotensin receptor blocker*, ARB), pamiętając jednak o zaleceniu stosowania od pierwszego kroku w terapii dwóch leków o uzupełniających się mechanizmach działania. Taka strategia pozwala na osiągnięcie kontroli ciśnienia u około 60% pacjentów.

Na tym etapie mamy więc u pacjentki dwie decyzje do podjęcia: wybór między ACE-I i ARB oraz wybór partnera do leku osiowego – czy będzie to antagonista wapnia, czy diuretyk.

Dane z metaanaliz wskazują, że u pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego ACE-I mogą wykazywać przewagę w zakresie prewencji zawału mięśnia sercowego – efektu, którego nie wykazano równie jednoznacznie dla ARB[8].

Wśród ACE-I szczególnie dobrze udokumentowane działanie w prewencji sercowo-naczyniowej ma peryndopryl. W badaniu EUROPA jego zastosowanie u pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego wiązało się z 20-procentową względną redukcją ryzyka złożonego punktu końcowego obejmującego zgon sercowo-naczyniowy, zawał mięśnia sercowego i zatrzymanie krążenia[9].

Argumentem za wyborem u pani Alicji skojarzenia peryndoprylu z amlodypiną są, oprócz udokumentowanej w dużych badaniach skuteczności terapii, długi czas działania leków i ich wpływ redukujący zmienność ciśnienia tętniczego oraz dobra adherencja do leczenia. W klasycznym badaniu ASCOT-BPLA, obejmującym pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, stosowanie skojarzenia amlodypiny i peryndoprylu wiązało się z 16-procentową redukcją ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych i 24-procentową redukcją śmiertelności w porównaniu ze skojarzeniem atenololu i diuretyku tiazydowego[10].

Ciekawych informacji dostarczyło natomiast przedłużenie projektu ASCOT – badanie ASCOT-Legacy. Pacjenci, którzy 16 lat wcześniej zostali zrandomizowani do grupy amlodypiny i peryndoprylu, mieli ciągle o 21% niższą śmiertelność sercowo-naczyniową w porównaniu z grupą atenololu i diuretyku[11]. Czynnikiem, który wpływa na utrzymujący się długoterminowy efekt, może być wpływ redukujący zmienność ciśnienia. Warto podkreślić, że zmienność ciśnienia skurczowego

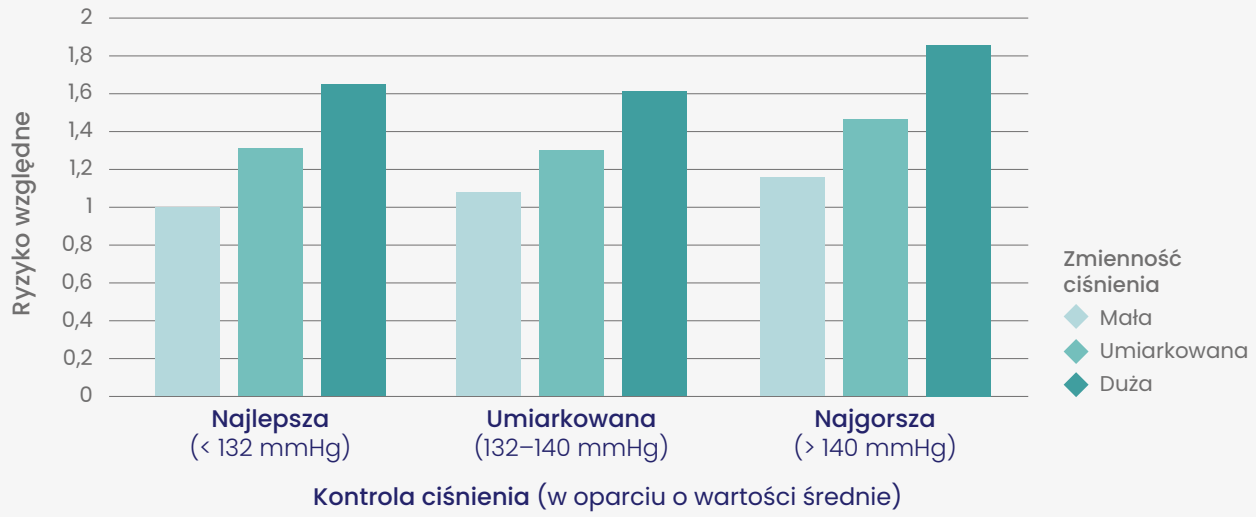
jest silnym predyktorem zdarzeń sercowo-naczyniowych, niezależnym od średniej wartości ciśnienia, także u chorych z dobrze kontrolowanym nadciśnieniem. Korzyści obserwowane przy leczeniu opartym na skojarzeniu amlodypiny i peryndoprylu w badaniu ASCOT były w dużej mierze związane z mniejszą zmiennością ciśnienia w okresie aktywnego leczenia, a efekt ten pozostawał widoczny w obserwacji odległej[12].

Może mieć to szczególne znaczenie u kobiet, u których opisywano większą zmienność ciśnienia skurczowego niż u mężczyzn mimo podobnych średnich wartości ciśnienia, co sugeruje, że sama średnia wartość ciśnienia może nie odzwierciedlać w pełni związanego z nim ryzyka sercowo-naczyniowego.

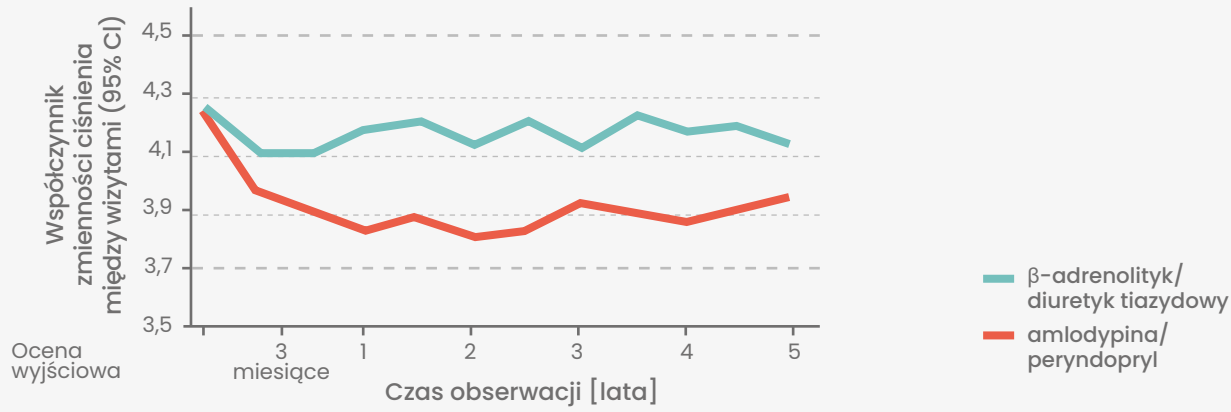
Wybierając leczenie na początku terapii, warto zatem uwzględniać nie tylko skuteczność hipotensyjną poszczególnych składowych, ale również prawdopodobieństwo, że pacjent będzie tę terapię długoterminowo stosował – a pod tym względem preparat złożony (ang. *single-pill combination,* SPC) **peryndopryl + amlodypina ma korzystne dane z codziennej praktyki klinicznej**. W danych z rejestru australijskiego po 12 miesiącach adherencja była wyraźnie większa w przypadku SPC niż przy stosowaniu tych samych leków w oddzielnych preparatach (66% vs 43%), a mediana czasu pozostawania na terapii wynosiła odpowiednio 42 i 7 miesięcy. Pacjenci przyjmujący oba leki oddzielnie mieli niemal dwukrotnie większe ryzyko przerwania leczenia.

Podsumowując, czas działania leków, komplementarność mechanizmów działania peryndoprylu i amlodypiny, dostępność różnych preparatów SPC o dużej rozpiętości dawek oraz wpływ na redukcję ryzyka, w tym zmienność ciśnienia tętniczego, oraz przewidywana dobra adherencja były podstawą wyboru skojarzenia peryndoprylu i amlodypiny u omawianej pacjentki[13].

Badanie ASCOT-Legacy — Zmienność ciśnienia jest silniejszym czynnikiem predykcyjnym niż ciśnienie średnie[14]



Badanie ASCOT — Wpływ na zmienność ciśnienia tętniczego[15,16]





Przypadek 2.

Utrzymanie adherencji u pacjenta z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym

Dane kliniczne

Od około 2 lat obserwowano wartości ciśnienia tętniczego sięgające 170/100 mmHg. W przeszłości leczony amlodypiną 5 mg, jednak nigdy nie zażywał leków regularnie. Terapia była wielokrotnie modyfikowana, bo pacjent nie obserwował oczekiwanej poprawy, uznawał, że „leki nie działają" i ostateczenie samodzielnie odstawił leczenie.

Wywiad

- okresowe bóle głowy
- dobra tolerancja wysiłku
- były palacz (20 paczkolat), zaprzestanie palenia 3 miesiące wcześniej
- dodatni wywiad rodzinny w kierunku nadciśnienia tętniczego (matka)
- bez objawów choroby wieńcowej

Badanie przedmiotowe

- wzrost 169 cm
- masa ciała 89 kg
- BMI 31 kg/m^2
- obwód pasa 113 cm
- obwód szyi 44 cm

Ciśnienie tętnicze podczas wizyty

- 170/121 mmHg
- 167/119 mmHg
- 161/113 mmHg

Częstość rytmu serca 79/min. Badanie układu krążenia oraz układu oddechowego bez istotnych odchyleń.

Badania dodatkowe

EKG: rytm zatokowy 76/min. Bez cech przerostu lewej komory oraz bez zmian niedokrwiennych.

Postępowanie

Ze względu na wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe pacjent otrzymał docelowo preparat złożony: **peryndopryl 10 mg + indapamid 2,5 mg 1 × dziennie**[b] oraz zalecono:

- regularne pomiary ciśnienia tętniczego w warunkach domowych
- ograniczenie spożycia soli i alkoholu, dietę śródziemnomorską
- zwiększenie aktywności fizycznej
- konsultację w poradni leczenia otyłości i rozważenie leczenia farmakologicznego choroby otyłościowej
- wykonanie badań laboratoryjnych
- wykonanie echokardiografii oraz ABPM.

Wizyta kontrolna po 4 tygodniach

- ciśnienie tętnicze w gabinecie wynosiło 127/88 mmHg
- pacjent deklarował regularne przyjmowanie leków
- nie wykonywał jednak systematycznych domowych pomiarów ciśnienia

Wyniki ABPM

Podsumowanie wyników:
liczba pomiarów: 87; pomiary udane: 86 (**98,85%**)

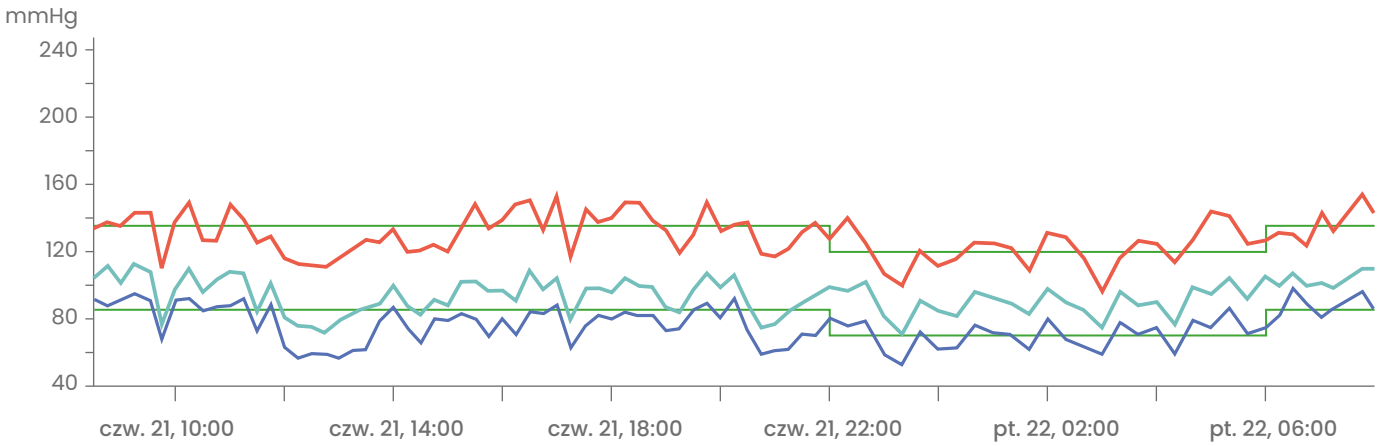
	ŚREDNIA	SD	MIN	MAKS	Spadek nocny
SBP (mmHg)	**129**	**12,52**	**97** (03:00 pt.)	**154** (07:47 pt.)	**8,09%**
DBP (mmHg)	**76**	**11,08**	**53** (23:20 czw.)	**98** (06:30 pt.)	**10,50%**
MAP	**94**	**10,52**	**71**	**113**	**5,67%**
PP	**53**	**8,71**	**32**	**77**	
PR	**71**	**8,06**	**57**	**101**	

Podsumowanie okresów aktywności:
liczba pomiarów: 63; pomiary poprawne: 62 (**98,41%**)

	ŚREDNIA	SD	MIN	MAKS	Ładunek
SBP (mmHg)	**133**	**11,54**	**111** (09:45 czw.)	**154** (07:47 pt.)	> 135 mmHg (**41,94%**)
DBP (mmHg)	**79**	**11,14**	**57** (12:15 czw.)	**98** (06:30 pt.)	> 85 mmHg (**30,65%**)
MAP	**96**	**10,86**	**72**	**113**	
PP	**54**	**9,26**	**32**	**77**	
PR	**73**	**7,66**	**64**	**101**	

Podsumowanie okresów spoczynku:
liczba pomiarów: 24; pomiary poprawne: 24 (**100,00%**)

	ŚREDNIA	SD	MIN	MAKS	Ładunek
SBP (mmHg)	**122**	**11,81**	**97** (03:00 pt.)	**144** (05:00 pt.)	> 120 mmHg (**58,33%**)
DBP (mmHg)	**70**	**8,55**	**53** (23:20 czw.)	**86** (05:20 pt.)	> 70 mmHg (**58,33%**)
MAP	**90**	**8,62**	**71**	**104**	
PP	**51**	**6,93**	**38**	**69**	
PR	**65**	**5,21**	**57**	**79**	



Badania laboratoryjne

- cholesterol całkowity 6,2 mmol/l (240 mg%)
- cholesterol LDL 4,4 mmol/l (170 mg%)
- trójglicerydy 1,7 mmol/l (150 mg%)
- cholesterol nie-HDL 5,0 mmol/l (193 mg%)
- hemoglobina glikowana 6,3%
- kreatynina 91 µmol/l
- potas 4,2 mmol/l
- sód 140 mmol/l

Do stosowanego schematu leczenia z uwagi na współistniejącą dyslipidemię dołączono rosuwastatynę w dawce 20 mg.

Dodatkowo z uwagi na otyłość, zwiększony obwód szyi oraz wysokie wyniki skal przesiewowych (Epworth 15 pkt, STOP-BANG 6 pkt) skierowano chorego do diagnostyki obturacyjnego bezdechu sennego (OBS).

Zaproponowano także leczenie farmakologiczne choroby otyłościowej i stanu przedcukrzycowego.

Wizyta kontrolna po kolejnych 6 miesiącach

- masa ciała zmniejszyła się o 6 kg
- ciśnienie tętnicze wynosiło 118/80 mmHg
- cholesterol LDL osiągnął wartość 1,7 mmol/l (67 mg%)
- pacjent definitywnie zaprzestał palenia tytoniu
- utrzymywał dobrą adherencję do farmakoterapii przeciwnadciśnieniowej
- rozpoznano OBS, zaproponowano CPAP (ang. *continuous positive airway pressure*), ale pacjent nie korzysta z urządzenia

Komentarz

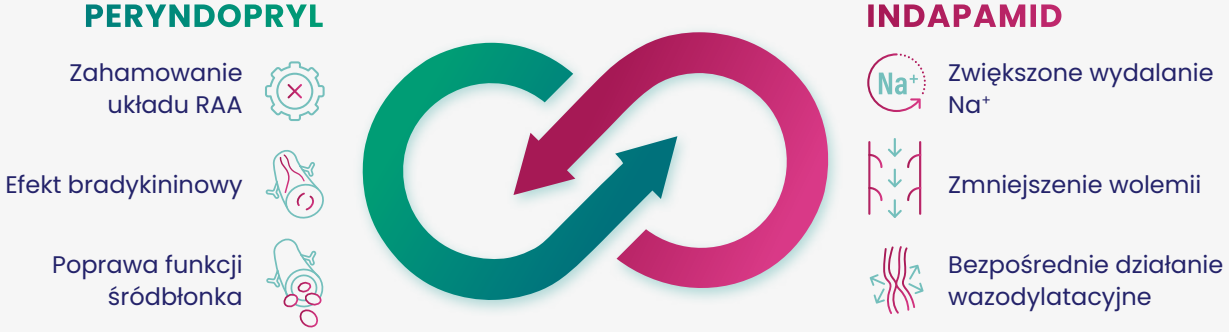
Przypadek pokazuje, że adherencja nie ogranicza się wyłącznie do codziennego przyjmowania leków. Obejmuje również wykonywanie badań kontrolnych, monitorowanie ciśnienia tętniczego, przestrzeganie zaleceń dotyczących stylu życia oraz leczenie współistniejących czynników ryzyka.

U tego chorego zastosowanie SPC umożliwiło skuteczną kontrolę ciśnienia tętniczego, a systematyczna edukacja oraz kolejne wizyty doprowadziły do trwałej zmiany zachowań zdrowotnych, pozostawiając jednak cały czas margines braku adherencji. Poprawa adherencji jest procesem wymagającym czasu, regularnej oceny i partnerskiej współpracy lekarza z pacjentem.

[b] Wybór skojarzenia leku u pacjenta z wywiadem nieadherencji musi uwzględniać wcześniejszą tolerancję leków oraz opierać się na dobraniu preparatów do profilu metabolicznego chorego.

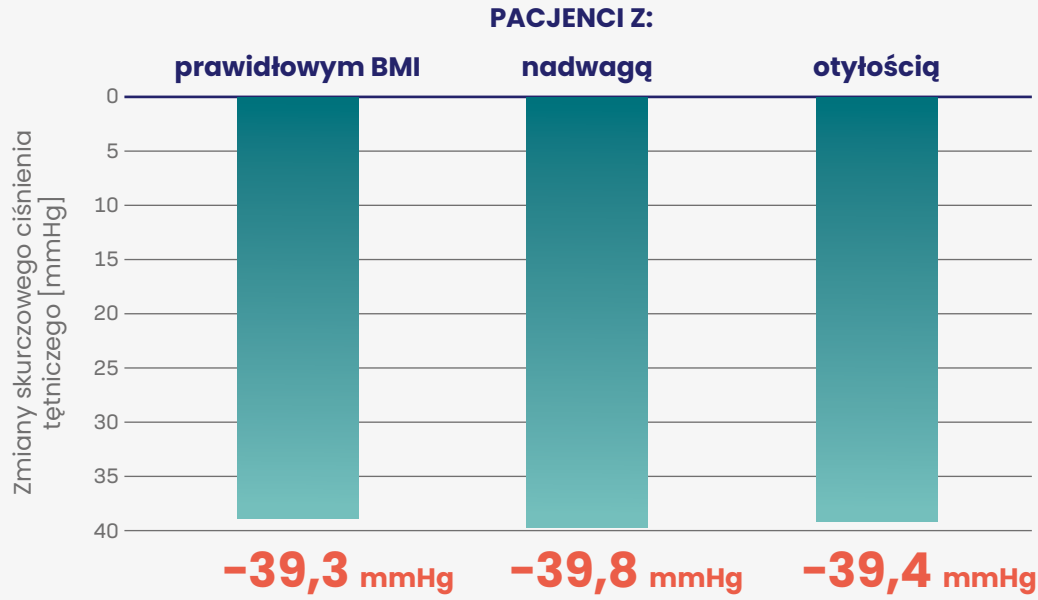
Pacjent z nadciśnieniem tętniczym bardzo często ma dodatkowe czynniki ryzyka – najczęściej nadwagę/otyłość, dyslipidemię, zaburzenia węglowodanowe. Pan Jan prezentuje typowy profil pacjenta „metabolicznego". Już na pierwszej wizycie sam fakt stwierdzenia otyłości brzusznej był wystarczającym powodem do podjęcia decyzji o preferencji diuretyku jako partnera do osiowego peryndoprylu. Otyłość sprzyja retencji sodu i zwiększeniu objętości wewnątrznaczyniowej poprzez aktywację układów RAA i współczulnego, zwiększone działanie aldosteronu oraz zaburzenie nerkowej natriurezy ciśnieniowej. Dołączenie diuretyku, poprzez zwiększenie natriurezy i zmniejszenie przeciążenia objętościowego, stanowi racjonalny element leczenia skojarzonego.

Działanie peryndoprylu i indapamidu[17–20]



Diuretyki tiazydopodobne są preferowanymi lekami wśród diuretyków przy eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m². **Indapamid nie wpływa niekorzystnie na gospodarkę lipidową i węglowodanową. Skojarzenie peryndoprylu z indapamidem powoduje skuteczną redukcję ciśnienia tętniczego niezależnie od BMI**, co wykazano w badaniu FORSAGE[14]. Po 3 miesiącach stosowania leczenia opartego na połączeniu peryndoprylu z indapamidem obserwowano redukcję ciśnienia skurczowego o 39 mmHg i rozkurczowego o 19 mmHg; efekt hipotensyjny był porównywalny u osób z prawidłową masą ciała, nadwagą i otyłością, mimo iż pacjenci z otyłością charakteryzowali się wyższymi wartościami ciśnienia i większym obciążeniem czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego.

Skojarzenie peryndoprylu z indapamidem – redukcja ciśnienia tętniczego niezależnie od BMI[14]



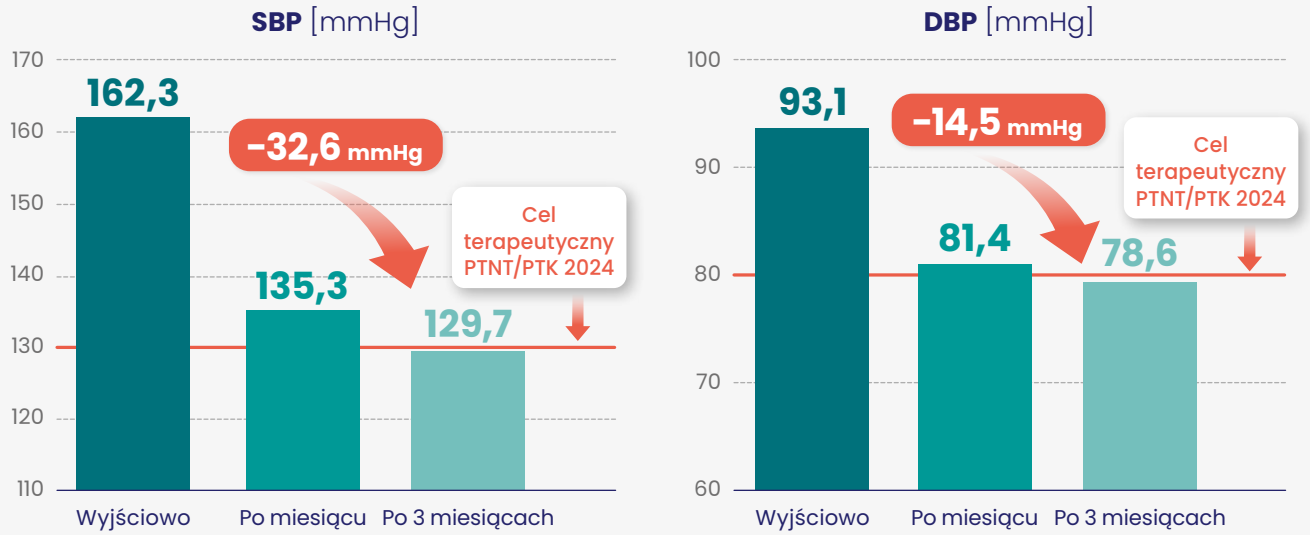
Wykorzystanie połączenia diuretyku tiazydopodobnego (indapamidu) z peryndoprylem wiązało się także ze zmniejszeniem chorobowości i śmiertelności w badaniu ADVANCE u pacjentów z cukrzycą, zarówno w okresie randomizacji, jak i w okresie 6-letniej obserwacji. Warto podkreślić, że było to pierwsze i jak dotąd jedyne badanie z użyciem leku złożonego w tej populacji[21].

Pacjenci z zespołem metabolicznym i cukrzycą stanowią grupę chorych, u których terapia dwoma lekami bywa niewystarczająca. Intensyfikacja leczenia powinna zgodnie z wytycznymi opierać się w kolejnym kroku na stosowaniu skojarzenia trójlekowego w postaci SPC. U pacjentów z niekontrolowanym nadciśnieniem mimo wcześniejszej terapii dwu- lub wielolekowej zastosowanie schematu opartego na peryndoprylu, indapamidzie i amlodypinie pozwala na istotne zwiększenie skuteczności leczenia. W badaniu PIANIST po 4 miesiącach terapii obserwowano średnią redukcję ciśnienia o około 28/14 mmHg, a kontrolę ciśnienia uzyskano u ponad 90% pacjentów[22].

Zmiana z nieskutecznej terapii dwulekowej, niezależnie od jej składowych, docelowo na leczenie potrójne peryndoprylem, amlodypiną i indapamidem w postaci SPC jest związana nie tylko z uzyskaniem lepszej kontroli ciśnienia niż w przypadku stosowania leków w postaci osobnych tabletek, ale także z większą redukcją zmienności ciśnienia oraz regresją powikłań narządowych[23].

Badanie PIANIST — Skuteczna kontrola ciśnienia tętniczego po włączeniu docelowo trójlekowego SPC w składzie peryndopryl + indapamid + amlodypina[22, a]

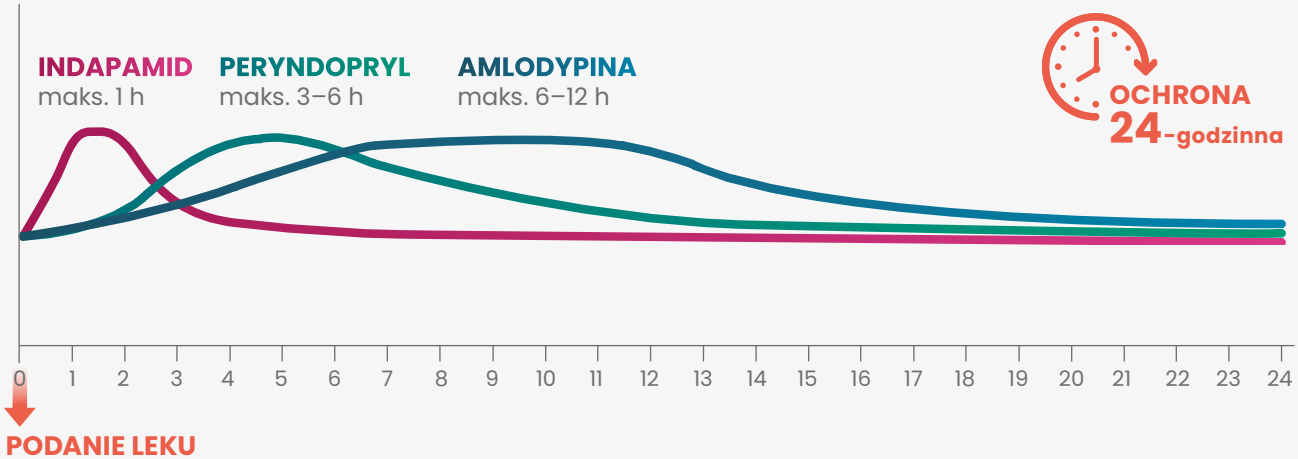
2 LEKI → 3 LEKI (TRIPLIXAM) 1 tabletka[a]



Długotrwała i stabilna redukcja ciśnienia tętniczego dzięki zastosowaniu złożenia długo działających leków

[a] Docelowo lek złożony. Produkt Triplixam jest wskazany w leczeniu substytucyjnym nadciśnienia tętniczego samoistnego, u pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia podczas stosowania peryndoprylu z indapamidem w produkcie złożonym oraz amlodypiny w oddzielnym preparacie, w takich samych dawkach jak w produkcie leczniczym Triplixam.

Analiza farmakokinetyczna połączenia peryndopryl + indapamid + amlodypina[24]



Po 7–8 dniach stosowania wszystkie 3 substancje osiągają stan stacjonarny

Adherencja, inercja terapeutyczna i wypalenie zawodowe lekarza



Problem adherencji jest często postrzegany jako problem pacjenta. W rzeczywistości jest on również dużym wyzwaniem dla lekarza.

Każdego dnia prowadzimy podobne rozmowy o:

- konieczności ograniczenia soli
- codziennym przyjmowaniu leków
- zaprzestaniu palenia
- regularnych pomiarach ciśnienia
- wykonywaniu badań kontrolnych i realizacji zalecanych konsultacji.

Niejednokrotnie podczas kolejnej wizyty okazuje się, że pacjent nie wykonał zaleconych badań, nie mierzył ciśnienia lub odstawił leczenie. Powtarzanie tych samych zaleceń może prowadzić do zniechęcenia, poczucia nieskuteczności i stopniowego wypalenia zawodowego.

Naturalną reakcją staje się skracanie rozmowy oraz koncentrowanie się wyłącznie na parametrach medycznych i farmakoterapii. Cisną się na usta komentarze: „przecież już o tym rozmawialiśmy", „po co Pan/Pani do mnie przyszedł/przyszła", „szkoda mojego i Pana/Pani czasu". Paradoksalnie właśnie wtedy maleją szanse na poprawę adherencji.

Warto pamiętać, że zmiana zachowań zdrowotnych jest procesem, a nie jednorazowym wydarzeniem. Pacjent często przechodzi kolejne etapy gotowości do zmiany, wielokrotnie wraca do wcześniejszych nawyków, a poprawa nie przebiega liniowo. Zadaniem lekarza nie jest jednorazowe „przekonanie" chorego, lecz konsekwentne towarzyszenie mu w tym procesie.

Zmiana perspektywy z „dlaczego pacjent mnie nie słucha?" na „na jakim etapie zmiany znajduje się dziś pacjent?" zmniejsza frustrację lekarza i pozwala prowadzić rozmowę w sposób bardziej partnerski. Każda kolejna wizyta staje się wówczas nie powtórzeniem tych samych zaleceń, lecz kolejnym etapem budowania motywacji i wzmacniania adherencji.



Ważną decyzją w leczeniu nadciśnienia jest wybór odpowiedniego leku.



Ale najważniejszą decyzją w leczeniu nadciśnienia jest decyzja pacjenta, aby ten lek przyjąć również jutro.

Wnioski

Brak adherencji stanowi jeden z najważniejszych i jednocześnie modyfikowalnych czynników ryzyka niepowodzenia leczenia nadciśnienia tętniczego. Prowadzi do gorszej kontroli ciśnienia tętniczego, zwiększenia częstości incydentów sercowo-naczyniowych oraz wzrostu śmiertelności. Problem ten jest szczególnie widoczny u młodych pacjentów rozpoczynających terapię oraz u osób w podeszłym wieku. Najskuteczniejsze działania poprawiające adherencję obejmują edukację zdrowotną, uproszczenie schematów leczenia, wykorzystanie nowych technologii oraz budowanie partnerskiej relacji lekarz–pacjent. Kompleksowe podejście do problemu adherencji może istotnie przyczynić się do poprawy rokowania pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Stosowanie SPC, poprzez redukcję liczby przyjmowanych tabletek i uproszczenie schematu leczenia, jest jednym z najprostszych sposobów poprawy przestrzegania zaleceń. Lepsza adherencja zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia i utrzymania celów terapeutycznych, a w konsekwencji skuteczniejszej redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego. **Dlatego wszędzie tam, gdzie jest to możliwe i klinicznie uzasadnione, warto preferować rozwiązania upraszczające terapię.**

Program „Misja 50/30. Ciśnienie pod kontrolą" powstał jako odpowiedź na rozbieżność pomiędzy dostępnością skutecznych metod leczenia nadciśnienia tętniczego a niskim odsetkiem pacjentów osiągających cele terapeutyczne. Mimo że nadciśnienie dotyczy około 35% dorosłych Polaków, jedynie około jednej piątej chorych uzyskuje prawidłową kontrolę ciśnienia tętniczego.



MISJA 50/30
CIŚNIENIE POD KONTROLĄ

Inicjatywa PTNT

ZGODNOŚĆ WSZYSTKICH WYTYCZNYCH:

cel terapeutyczny **< 130/80 mmHg**
(u większości chorych)[25-27]

Wytyczne	Rok	Rekomendowany cel BP
PTNT/PTK	**2024**	**120–129/70–79 mmHg,** **wszyscy pacjenci, jeśli dobrze tolerują**
ISH	2020	**< 130/80 mmHg**, dla pacjentów < 65. r.ż., dla starszych, jeśli dobrze tolerowane
ESH	2023	< 140/80 mmHg, jeśli dobrze tolerowane cel **< 130/80 mmHg** u chorych poniżej 80. r.ż.
ESC	2024	**120–129/70–79 mmHg**
HC	2025	**< 130 mmHg**, brak celu dla DBP
ACC, AHA	2017/2025	**< 130/80 mmHg**
BIHS	2025	**< 130/80 mmHg**

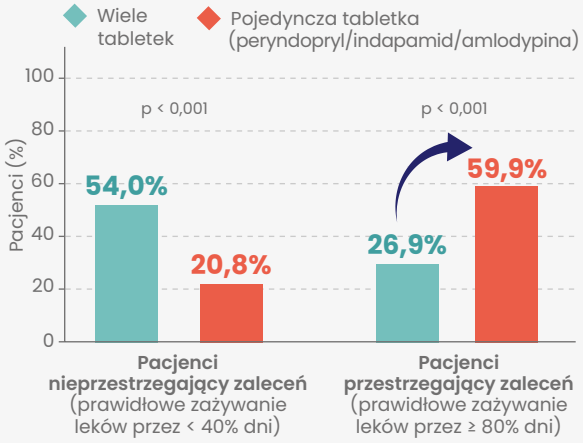
Badania EBM:
SPRINT 2015
STEP 2021
ESPRIT 2024
BPROAD 2024

Eksperci programu podkreślają, że problemem nie jest brak skutecznych leków hipotensyjnych, lecz niewystarczające wdrażanie zaleceń do codziennej praktyki klinicznej. **Osiągnięcie celu 50% pacjentów z prawidłowo kontrolowanym ciśnieniem tętniczym do 2030 roku będzie możliwe przede wszystkim dzięki poprawie wykrywalności nadciśnienia, intensyfikacji leczenia zgodnie z wytycznymi, w tym stosowaniu SPC oraz zwiększeniu adherencji i trwałości terapii.**

Korzyści z przestrzegania zaleceń[28]

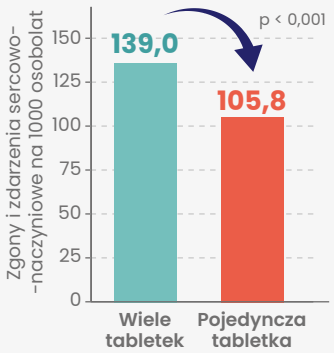
Redukcja zgonów i zdarzeń sercowo-naczyniowych u chorych leczonych 1 tabletką peryndopryl + indapamid + amlodypina (SPC) *vs* wiele tabletek

Przestrzeganie zaleceń



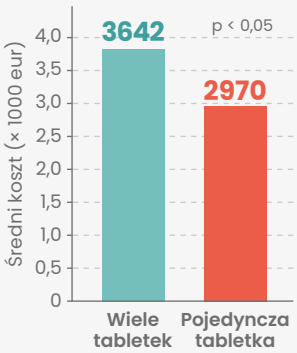
Przestrzeganie zaleceń oceniano przez 1 rok obserwacji

Zgony i zdarzenia sercowo-naczyniowe



Częstość występowania zgonów i zdarzeń sercowo-naczyniowych oceniano po pierwszym roku terapii

Koszt leczenia



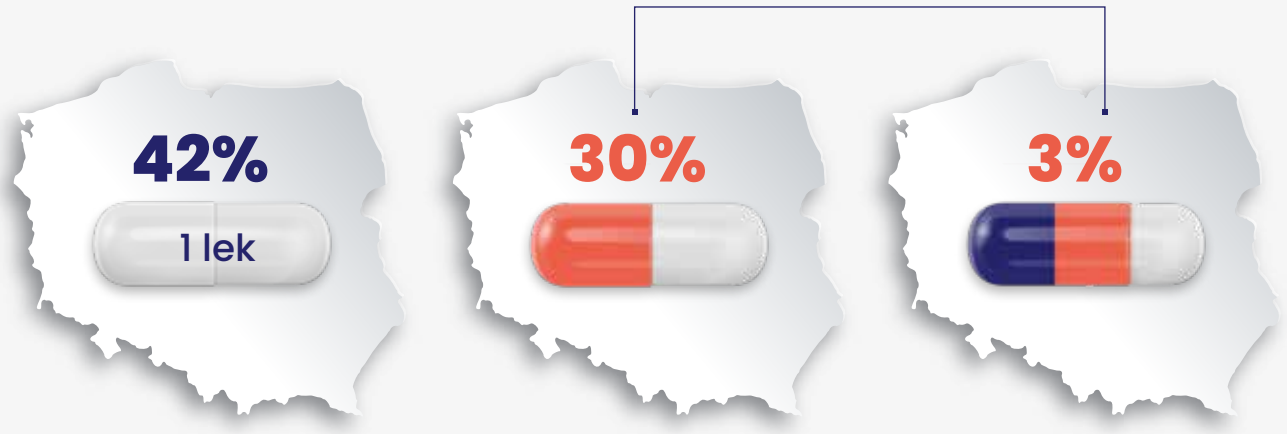
Całkowity koszt

Brak adherencji do zaleceń terapeutycznych należy traktować jako modyfikowalny behawioralny czynnik ryzyka niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych. Chociaż nie jest on klasycznym biologicznym czynnikiem ryzyka, takim jak nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia czy cukrzyca, jego obecność prowadzi do nieskutecznej kontroli tych czynników i w konsekwencji do wzrostu ryzyka zawału serca, udaru mózgu oraz zgonu sercowo-naczyniowego. Współcześnie brak adherencji uznawany jest za jeden z najważniejszych modyfikowalnych determinantów skuteczności terapii i rokowania chorych z nadciśnieniem tętniczym.

Blisko połowa pacjentów z nadciśnieniem tętniczym przyjmuje monoterapię[29]

Preparaty złożone w terapii nadciśnienia tętniczego w Polsce

Wszyscy pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego



Skróty:

AHA – American Heart Association; **BIHS** – British & Irish Hypertension Society; **BP** (ang. *blood pressure*) – ciśnienie tętnicze; **DBP** (ang. diastolic blood pressure) – rozkurczowe ciśnienie tętnicze; **ESC** – European Society of Cardiology; **HC** –Hypertension Canada; **ACC, AHA** – American College of Cardiology; **ESH** – European Society of Hypertension; **ISH** – International Society of Hypertension; **PTNT/PTK** – Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne; **SBP** (ang. *systolic blood pressure*) – skurczowe ciśnienie tętnicze; **SPC** (ang. *single-pill combination*) – preparat złożony

Piśmiennictwo:

1. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. Lancet 2021; 397(10285): 1625–1636.
2. Dobrowolski P, Prejbisz A, Szyndler A i wsp. Physician–patient partnership – can it help increase adherence to the therapeutic recommendations in cardiovascular disease? Arterial Hypertens 2024; 28: 50–70.
3. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM i wsp. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J 2024; 45(38): 3912–4018.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003. https://iris.who.int/handle/10665/42682.
5. Prejbisz A, Dobrowolski P, Bozek G i wsp. Patterns of prescription of antihypertensive medications in Poland: a one-year assessment of initiation and persistence of therapy in a nationwide population cohort. J Hypertens 2025; 43(11): 1823–1831.
6. Lee H, Yano Y, Cho SMJ i wsp. Adherence to antihypertensive medication and incident cardiovascular events in young adults with hypertension. Hypertension 2021; 77(4): 1341–1349.
7. Institut Sapiens. Améliorer l'adhésion thérapeutique : un enjeu de santé publique. Institut Sapiens 2023. https://www.institutsapiens.fr/wp-content/uploads/2023/06/Ameliorer-ladhesion-therapeutique-V1.pdf.
8. Savarese G, Costanzo P, Cleland JGF i wsp. A meta-analysis reporting effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in patients without heart failure. J Am Coll Cardiol 2013; 61(2): 131–142.
9. Fox KM; EURopean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet 2003; 362(9386): 782–788.
10. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR i wsp. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2005; 366(9489): 895–906.
11. Gupta A, Mackay J, Whitehouse A i wsp. Long-term mortality after blood pressure-lowering and lipid-lowering treatment in patients with hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) Legacy study: 16-year follow-up results of a randomised factorial trial. Lancet 2018; 392(10153): 1127–1137.
12. Gupta A, Whiteley WN, Godec T i wsp. Legacy benefits of blood pressure treatment on cardiovascular events are primarily mediated by improved blood pressure variability: the ASCOT trial. Eur Heart J 2024; 45(13): 1159–1169.
13. Simons LA, Chung E, Ortiz M. Long-term persistence with single-pill, fixed-dose combination therapy versus two pills of amlodipine and perindopril for hypertension: Australian experience. Curr Med Res Opin 2017; 33(10): 1783–1787.
14. Glezer MG. Antihypertensive Effectiveness of Perindopril Arginine and Indapamide Single-Pill Combination According to Body Mass Index: Findings from the FORSAGE Study. Cardiol Ther 2020; 9(1): 139–152.
15. Rothwell PM, Howard SC, Dolan E i wsp. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension. Lancet 2010; 375(9718): 895–905.
16. Mancia G, Messerli F, Bakris G i wsp. Blood pressure control and improved cardiovascular outcomes in the International Verapamil SR-Trandolapril Study. Hypertension 2007; 50(2): 299–305.
17. Williams B, Mancia G, Spiering W i wsp.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 39(33): 3021–3104.
18. Burnier M, Bakris G, Williams B. Redefining diuretics use in hypertension: why select a thiazide-like diuretic? J Hypertens 2019; 37(8): 1574–1586.
19. Farsang C; Picasso Investigators. Blood pressure and metabolic efficacy of fixed-dose combination of perindopril and indapamide in everyday practice. Blood Pres. 2013;22 Suppl 1: 3–10.
20. Ajmone Marsan N, Michalski B, Cameli M i wsp. EACVI survey on standardization of cardiac chambers quantification by transthoracic echocardiography. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2020; 21(2): 119–123.
21. Tóth K; PIANIST Investigators. Antihypertensive efficacy of triple combination perindopril/indapamide plus amlodipine in high-risk hypertensives: results of the PIANIST study (Perindopril-Indapamide plus AmlodipiNe in high rISk hyperTensive patients). Am J Cardiovasc Drugs 2014; 14(2): 137–145.
22. Mazza A, Lenti S, Schiavon L i wsp. Fixed-dose triple combination of antihypertensive drugs improves blood pressure control: from clinical trials to clinical practice. Adv Ther 2017; 34(4): 975–985.
23. Filipiak KJ. Trójka w medycynie — punkt widzenia lekarza praktyka. Kardiol Pol 2016; 74(supl. I): 1–5.
24. Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK i wsp.; the SPRINT Research Group. N Engl J Med 2015; 373(22): 2103–2116.
25. Zhang W, Zhang S, Deng Y i wsp.; STEP Study Group. Trial of intensive blood-pressure control in older patients with hypertension. N Engl J Med 2021; 385: 1268–1279.
26. Liu J, Li Y, Ge J i wsp.; ESPRIT Collaborative Group. Lowering systolic blood pressure to less than 120 mm Hg versus less than 140 mm Hg in patients with high cardiovascular risk with and without diabetes or previous stroke: an open-label, blinded-outcome, randomised trial. Lancet 2024;404(10449): 245–255.
27. Bi Y, Li M, Liu Y i wsp. BPROAD Research Group. Intensive blood-pressure control in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2025; 392(12): 1155–1167.
28. Snyman JR, Bortolotto LA, Degli Esposti E i wsp. A real-world analysis of outcomes and healthcare costs of patients on perindopril/indapamide/amlodipine single-pill vs. multiple pill combination in Italy. J Hypertens 2024; 42(1): 136–142.
29. Lewandowski J, Beaney T, Doroszko A i wsp. Preliminary data from the nationwide blood pressure control program in Poland in 2025 – MISSION 50/20. Arterial Hyperten 2026; 30: e01826001.



Dobre leczenie zaczyna się od dobrych nawyków

lek. **Maja Herman**
specjalistka psychatrii

Dlaczego sama wiedza nie wystarcza?

Przez dziesięciolecia medycyna rozwijała się przede wszystkim poprzez doskonalenie diagnostyki i leczenia. Powstawały nowe leki, coraz bardziej precyzyjne badania obrazowe, kolejne wytyczne i algorytmy postępowania. W naturalny sposób skupialiśmy się na pytaniu: **co zalecić pacjentowi?** Dziś coraz częściej okazuje się jednak, że równie ważne jest zupełnie inne pytanie.

Jak sprawić, aby pacjent rzeczywiście był w stanie przestrzegać zaleceń?

To pozornie niewielka zmiana perspektywy, ale w praktyce całkowicie zmienia ona sposób myślenia o leczeniu. Według Światowej Organizacji Zdrowia jedynie około połowy pacjentów z chorobami przewlekłymi stosuje leczenie zgodnie z zaleceniami. Oznacza to, że nawet najlepiej dobrana terapia nie przyniesie oczekiwanych efektów, jeżeli pacjent nie będzie jej konsekwentnie realizował. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych pozostaje jednym z największych problemów współczesnej ochrony zdrowia, odpowiadając za pogorszenie wyników leczenia, większą liczbę hospitalizacji oraz ogromne koszty społeczne i ekonomiczne.

Przez wiele lat tłumaczono to tylko brakiem motywacji pacjentów. Mówiono, że są niezdyscyplinowani, lekceważą zalecenia albo nie rozumieją konsekwencji swojej choroby. A pacjent najczęściej **wie**, co powinien zrobić. Mimo to około połowy tego nie robi. Człowiek funkcjonuje w oparciu o **nawyki, emocje, automatyzmy, przewidywalność oraz poczucie bezpieczeństwa**. Jeżeli zachowaniem człowieka w większym stopniu kierują automatyzmy niż świadome decyzje, to skuteczne leczenie nie może polegać wyłącznie na przekazaniu informacji. Rolą lekarza staje się stworzenie takich warunków, aby zdrowe zachowanie było dla pacjenta możliwie najłatwiejsze.

Coraz częściej mówi się, że medycyna XXI wieku powinna być nie tylko medycyną opartą na dowodach (*evidence-based medicine*), ale również medycyną opartą na nauce o zachowaniu (*behavioral medicine*). Lekarz leczy sposobem tworzenia relacji z pacjentem. Budowaniem poczucia bezpieczeństwa. Projektowaniem środowiska, w którym pacjentowi łatwiej jest zrobić właściwą rzecz, niż z niej zrezygnować. To właśnie dlatego coraz większego znaczenia nabierają pojęcia takie jak **adherencja**, **obciążenie poznawcze**, **architektura wyboru** czy **projektowanie nawyków**. Wbrew pozorom nie są to tylko modne hasła z dziedziny psychologii. To bardzo praktyczne narzędzia, które mogą decydować o skuteczności leczenia równie mocno jak wybór odpowiedniego leku. Współczesny lekarz staje się również edukatorem, tłumaczem informacji, regulatorem emocji i – być może przede wszystkim – **architektem nawyków**.

Mózg nie lubi myśleć. I całe szczęście

Gdy pytam studentów, czy człowiek jest istotą świadomie myślącą, większość bez wahania odpowiada: oczywiście. A potem proszę ich, żeby przypomnieli sobie, czy dziś rano świadomie zastanawiali się nad tym, którą ręką chwycić szczoteczkę do zębów, w jakiej kolejności założyć skarpetki albo jak zamknąć drzwi mieszkania. I właśnie na tym polega jedno z największych osiągnięć naszego mózgu.

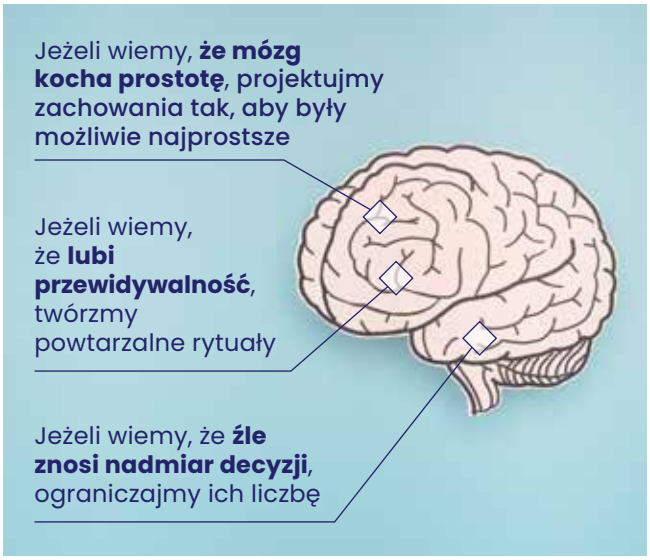
Mózg jest skąpcem energetycznym

Ludzki mózg stanowi zaledwie około 2% masy ciała, ale zużywa nawet 20% energii całego organizmu. Z ewolucyjnego punktu widzenia jest niezwykle kosztownym narządem. Mózg służył nam przez miliony lat do tego, by przeżyć. A najlepszym sposobem przetrwania, oprócz unikania rozszarpania przez dzikie zwierzę, było oszczędzanie energii. Dlatego mózg uwielbia wszystko, co przewidywalne, bo to mu oszczędza energię. Lubi schematy, rytuały i powtarzalność. Każde zachowanie, które wykonujemy wielokrotnie w podobnym kontekście, próbuje zamienić w automatyzm. W neurobiologii nazywamy to tworzeniem nawyku. Za proces ten odpowiadają przede wszystkim jądra podstawy oraz układ dopaminergiczny, który wzmacnia zachowania zakończone sukcesem lub nagrodą. Z czasem czynność przestaje wymagać świadomego zaangażowania kory przedczołowej i zaczyna być wykonywana niemal automatycznie.

Mózg myśli za nas

Szacuje się, że każdego dnia podejmujemy dziesiątki tysięcy decyzji. Gdyby każda z nich wymagała pełnego świadomego namysłu, bylibyśmy wyczerpani jeszcze przed południem. W związku z tym mózg nieustannie szuka skrótów. Daniel Kahneman opisał ten mechanizm jako współpracę dwóch systemów myślenia. System pierwszy działa szybko, automatycznie i bez większego wysiłku. System drugi jest wolniejszy, bardziej analityczny, ale jednocześnie znacznie bardziej energochłonny. Nasz mózg zrobi wszystko, aby jak najrzadziej angażować ten drugi.

Dobra wiadomość?
Możemy pomóc własnemu mózgowi



To właśnie dlatego współczesna psychologia zachowania coraz częściej mówi nie o silnej woli, lecz o projektowaniu środowiska. Człowiek znacznie częściej robi to, co jest łatwe, niż to, co jest słuszne.

Dlaczego zmiana kosztuje tyle energii?

Pacjenci często pytają: „Pani doktor, skoro tak bardzo chciałem zacząć regularnie mierzyć ciśnienie, dlaczego po kilku dniach znowu zapomniałem?".

Odpowiedź jest zaskakująco prosta: mózg nie lubi zmian. Nowe zachowanie wymaga świadomego nadzoru. Trzeba o nim pamiętać, przypominać sobie, pilnować go i kontrolować. To angażuje korę przedczołową i pochłania energię. Dopiero z czasem odpowiedzialność za dane zachowanie przejmują bardziej automatyczne struktury mózgu.

Czy naprawdę potrzeba 66 dni do wyrobienia nawyku?

W mediach często można usłyszeć, że nawyk tworzy się w 21 dni. To mit. Badanie Phillippy Lally i współpracowników pokazało, że średni czas potrzebny do zautomatyzowania nowego zachowania wynosi około **66 dni**, ale różnice między ludźmi były ogromne – od kilkunastu do nawet ponad 200 dni. Jedyna droga do sukcesu to rytuał regularności.

Toksyczny były partner i mierzenie ciśnienia mają ze sobą więcej wspólnego, niż się wydaje

Lubię porównywać tworzenie nowych nawyków do zakończenia toksycznego związku. Po rozstaniu wiele osób automatycznie sięga po telefon. Odruchowo chce napisać wiadomość, sprawdzić media społecznościowe albo zadzwonić, dlatego że przez wiele miesięcy mózg wyćwiczył taki automatyzm. Jeżeli jednak przez kolejne tygodnie nie będziemy go wzmacniać, potrzeba kontaktu zacznie stopniowo słabnąć. Dawna ścieżka neuronalna przestaje być regularnie używana i z czasem odruch znika.

Dokładnie tak samo dzieje się z dobrymi nawykami. Na początku pacjent pamięta o mierzeniu ciśnienia dzięki przypomnieniu w telefonie. Potem przypomina sobie sam. A po kilku miesiącach mierzy ciśnienie bez myślenia.

Pacjent nie potrzebuje silniejszej motywacji. Potrzebuje mniejszej liczby decyzji

Jednym z największych błędów współczesnej medycyny jest przekonanie, że skuteczność leczenia zależy przede wszystkim od motywacji pacjenta. Motywacja jest niezwykle niestabilna. Jest zależna od emocji, poziomu stresu, ilości snu, sytuacji rodzinnej, bólu, depresji, lęku, zmęczenia, a nawet pogody. Nie możemy budować leczenia przewlekłego na czymś, co z definicji jest zmienne. Znacznie bardziej przewidywalne są nawyki. To właśnie dlatego współczesna psychologia zachowania coraz częściej odchodzi od pytania: **„Jak zmotywować pacjenta?”** i zastępuje je innym: **„Jak sprawić, aby zdrowe zachowanie było najłatwiejszą rzeczą, jaką pacjent może dziś zrobić?”.**



Każda decyzja kosztuje

Wyobraźmy sobie pacjenta z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2 i hipercholesterolemią. Codziennie rano musi podjąć kilka decyzji:

- Czy już wziąć tabletki? Czy na pewno wziąłem wszystkie tabletki?
- Czy zjadłem śniadanie? Czy ten lek bierze się przed jedzeniem, czy po?
- Czy ten drugi był rano, czy wieczorem? Czy wczoraj już go przyjąłem?
- Czy dziś powinienem zmierzyć ciśnienie?
- Do tego dochodzą decyzje dotyczące diety, aktywności fizycznej, pracy, dzieci, rachunków, zakupów i setek innych spraw.

Każda z nich angażuje uwagę. Każda zużywa zasoby poznawcze. Psychologia poznawcza nazywa to **obciążeniem poznawczym** (ang. *cognitive load*). Im więcej decyzji człowiek musi podjąć, tym większe ryzyko, że z którejś po prostu zrezygnuje. Najczęściej rezygnuje z tej, która nie przynosi natychmiastowej nagrody. Niestety bardzo często jest nią właśnie leczenie. Pacjent nie odczuwa przecież natychmiastowej poprawy po każdej tabletce. Znacznie łatwiej odłożyć ją na później. A później… zapomnieć.

Dlaczego jedna tabletka może być skuteczniejsza niż trzy?

W medycynie często myślimy kategoriami farmakologii.

- Czy lek działa?
- Jakie ma działania niepożądane?
- Jakie są wyniki badań klinicznych?

Ale istnieje jeszcze ważniejsze pytanie, którego sobie nie zadajemy.

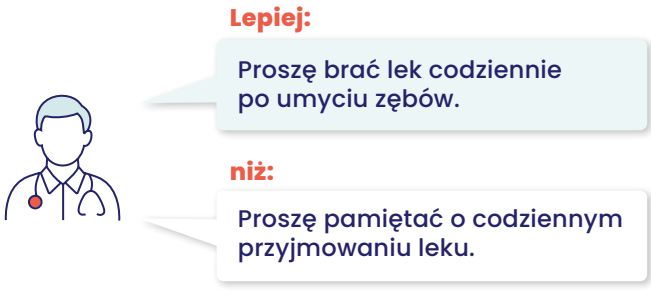
Jak trudno jest pacjentowi przyjmować konkretny lek?

Jeżeli dwóch pacjentów otrzymuje identyczne substancje czynne, ale jeden z nich przyjmuje trzy tabletki dwa razy dziennie, a drugi jedną tabletkę raz dziennie, to z punktu widzenia farmakologii efekt może być bardzo podobny. Z punktu widzenia psychologii zachowania są to jednak dwa zupełnie różne światy. Każda dodatkowa tabletka oznacza kolejną decyzję. Każda dodatkowa czynność zwiększa prawdopodobieństwo, że coś pójdzie nie tak. To właśnie dlatego preparaty złożone (ang. *single-pill combination*, SPC) są czymś więcej niż wygodą, są narzędziem zmniejszającym obciążenie poznawcze pacjenta.

Architektura wyboru

Richard Thaler, laureat Nagrody Nobla, spopularyzował pojęcie **architektury wyboru**. Idea jest prosta. **Ludzie nie zawsze wybierają to, co najlepsze. Najczęściej wybierają to, co najłatwiejsze.**

Oznacza to jedynie, że ich mózg działa ekonomicznie. Rolą lekarza nie jest więc wyłącznie przekazanie informacji, ale również takie zaprojektowanie terapii, aby właściwe zachowanie było dla pacjenta najprostszą możliwością.



Pierwsze zalecenie wykorzystuje już istniejącą ścieżkę neuronalną. Drugie wymaga stworzenia zupełnie nowej.



Małe kroki wygrywają z wielkimi planami

Lekarze, podobnie jak pacjenci, często przeceniają znaczenie dużych zmian. Znacznie skuteczniejsze jest rozpoczęcie od czegoś, czego praktycznie nie da się nie zrobić. Może to być:



pięć minut spaceru



jedna porcja warzyw



jedno zmierzenie ciśnienia



jedna tabletka po śniadaniu

Leczenie powinno być łatwiejsze niż chorowanie

Lekarz przyszłości nie będzie tylko leczył. Będzie architektem zdrowych nawyków

Jeszcze kilkanaście lat temu pacjent przychodził do gabinetu przede wszystkim po wiedzę. Lekarz był praktycznie jedynym źródłem informacji medycznej. To on tłumaczył chorobę, proponował leczenie i odpowiadał na pytania. Pacjent wychodził z gabinetu z receptą oraz zaleceniami i to właśnie rozmowa z lekarzem stanowiła główne źródło wiedzy o swoim stanie zdrowia. Dzisiaj ten świat już nie istnieje.

Współczesny pacjent często jeszcze przed wizytą wpisuje swoje objawy do wyszukiwarki internetowej. Ogląda filmy na YouTubie. Trafia na TikToka, gdzie w kilkadziesiąt sekund otrzymuje pozornie prostą odpowiedź na bardzo złożone pytanie. Korzysta z mediów społecznościowych, sztucznej inteligencji, podcastów, grup dyskusyjnych oraz szuka wiedzy u influencerów, którzy niejednokrotnie budują swoją wiarygodność bardziej atrakcyjną narracją niż rzetelną wiedzą.

Paradoksalnie problemem współczesnego pacjenta nie jest już brak informacji, lecz ich nadmiar. To zjawisko Światowa Organizacja Zdrowia określiła mianem **infodemii** – sytuacji, w której ilość informacji jest tak duża, że coraz trudniej odróżnić wiedzę rzetelną od dezinformacji, marketingu czy zwykłej opinii. Lekarz potrafi w gabinecie pomóc pacjentowi odnaleźć się w świecie nadmiaru informacji. A przede wszystkim projektuje takie leczenie, które pacjent będzie w stanie rzeczywiście realizować. Właśnie dlatego ogromnego znaczenia nabierają również drobne elementy codziennej praktyki:

- stały przebieg wizyty
- przewidywalna kolejność wykonywanych czynności
- pomiar ciśnienia wykonywany zawsze na początku wizyty
- krótka informacja umieszczona na drzwiach gabinetu wyjaśniająca, jak będzie wyglądało spotkanie.

Każde z tych działań wydaje się drobiazgiem, jednak właśnie z takich drobiazgów powstają nawyki. A z nawyków powstaje skuteczność leczenia. W medycynie często fascynujemy się przełomowymi odkryciami, nowoczesnymi technologiami i innowacyjnymi terapiami. To one trafiają na okładki czasopism i są

tematem konferencji naukowych. Tymczasem codzienna praktyka pokazuje, że o powodzeniu leczenia bardzo często decydują nie spektakularne rozwiązania, lecz konsekwentnie powtarzane, niewielkie działania wykonywane każdego dnia – zarówno przez lekarza, jak i przez pacjenta.

Być może właśnie z tego względu przyszłość medycyny nie będzie polegała wyłącznie na opracowywaniu coraz skuteczniejszych leków. Bo ostatecznie sukces terapeutyczny rzadko zaczyna się od recepty. Znacznie częściej zaczyna się od rozmowy, która daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, od jednego dobrze zaprojektowanego nawyku i od decyzji lekarza, aby nie tylko leczyć chorobę, ale również pomagać pacjentowi dbać o zdrowie. I być może właśnie to stanie się najważniejszą kompetencją lekarza XXI wieku: nie tylko stawianie trafnych diagnoz, nie tylko dobór właściwego leczenia – ale umiejętność projektowania środowiska, w którym zdrowe decyzje stają się najłatwiejszym wyborem. Bo **dobre leczenie zaczyna się od dobrych nawyków**.

Epilog

Albert Einstein miał powiedzieć, że **„szaleństwem jest robić wciąż to samo i oczekiwać innych rezultatów”**. Niezależnie od tego, czy rzeczywiście jest autorem tych słów, dobrze oddają one współczesne wyzwania medycyny. Jeśli chcemy poprawić skuteczność leczenia chorób przewlekłych, nie wystarczy tworzyć coraz lepsze leki. Musimy równie uważnie projektować zachowania, nawyki i komunikację.

Pacjenci rzadko zmieniają swoje życie po jednej rozmowie. Zmieniają je dzięki setkom małych decyzji, które z czasem przestają być decyzjami i stają się nawykami. A rolą lekarza jest pomóc im zbudować tę drogę.

Piśmiennictwo:

1. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
2. Lally P, van Jaarsveld CHM, Potts HWW, Wardle J. How are habits formed: modelling habit formation in the real world. Eur J Soc Psychol 2010; 40(6): 998–1009.
3. Parati G, Kjeldsen S, Coca A i wsp. Adherence to single-pill versus free-equivalent combination therapy in hypertension: a systematic review and meta-analysis. Hypertension 2021; 77(2): 692–705.
4. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. New Haven: Yale University Press; 2008.
5. Wood W, Rünger D. Psychology of habit. Annu Rev Psychol 2016; 67: 289–314.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

Opracowanie merytoryczne:
dr hab. n. med. Agnieszka Olszanecka, prof. UJ, lek. Maja Herman



ITEM Publishing Sp. z o.o.
ul. Tużycka 12
03-683 Warszawa
e-mail: biuro@itempublishing.com

© ITEM Publishing Sp. z o.o

Wszelkie prawa zastrzeżone. Powielanie, przechowywanie w systemach wyszukiwania informacji i transmitowanie w jakiejkolwiek postaci za pomocą jakichkolwiek metod elektronicznych, mechanicznych, kserograficznych, rejestracyjnych i innych zabronione bez uprzedniej pisemnej zgody posiadacza praw autorskich.



U 90% pacjentów

z nadciśnieniem tętniczym dobrą kontrolę RR można uzyskać za pomocą 2–3 leków hipotensyjnych[1].

TRIPLIXAM®

perindoprilum + indapamidum + amlodipinum

peryndopryl	indapamid	amlodypina
5 mg	1,25 mg	5 mg
5 mg	1,25 mg	10 mg
10 mg	2,5 mg	5 mg
10 mg	2,5 mg	10 mg

1 tabletka zamiast 3





Noliprel® forte i Bi-forte

perindoprilum + indapamidum

POLSKI LEK

peryndopryl	indapamid
2,5 mg	0,625 mg
5 mg*	1,25 mg*
10 mg*	2,5 mg*

lista S

* refundacja; lista S 65+ dotyczy dawek Noliprel Forte i Noliprel Bi-Forte

CO-PRESTARIUM®

perindoprilum + amlodipinum

5 mg	5 mg
5 mg	10 mg
10 mg	5 mg
10 mg	10 mg

lista S

CO-PRESTARIUM® perindoprilum + amlodipinum INITIO®

3,5 mg	2,5 mg
7 mg	5 mg



1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2023

Informacja o produkcie leczniczym jest dostępna po zeskanowaniu kodu QR.

*Wszystkie Informacje o produktach dostępne po zeskanowaniu kodu, w razie braku możliwości skanowania lub problemów technicznych proszę wejść na stronę Servier Polska; https://eservier.com/landing/e-ulotka

SERVIER moved by you

PZ260825