

Uvodnik/Leading article

# NADZOR KRVNEGA TLAKA V SLOVENIJI – ZGODBA O NEUSPEHU ALI SAMO PRIČAKOVANI ODSEV STANJA V SVETU

*Jurij Dobovišek*

Gre za bolezensko stanje, za katerega ne moremo z gotovostjo reči, da je bolezen *sui generis*, čeprav ima spodobno mesto v Mednarodni razvrstitvi bolezni. Vemo, da je zvišan krvni tlak včasih le znak neke druge bolezni. Večinoma vzroka ne odkrijemo, kar seveda ne pomeni, da ga ni. Zanesljivo pa lahko trdimo, da arterijska hipertenzija povzroča vrsto hudih zapletov. Hipertenzija je najpogostejše srčnožilno bolezensko stanje. Na letošnjem 3. slovenskem forumu o koronarni preventivi smo slišali, da je leta 1997 v vzorcu raziskave CINDI imelo blizu 50% odraslih prebivalcev Ljubljane krvni tlak 140/90 mm Hg ali višji, prevalenca pa tudi v Sloveniji verjetno ni bistveno manjša. Vendar je merjenje uspešnosti nadzora hipertenzije samo z meritvami krvnega tlaka izpostavljeno številnim hudim metodološkim pastem. Zato je uspešnost nadzora verjetno bolje meriti posredno, to je, ali uspevamo in za koliko smo uspeli zmanjšati pojavljanje njenih glavnih posledic. Zlasti to velja za možgansko kap, saj je hipertenzija glavni dejavnik tveganja prav zanjo (1, 2). Dokler zdravstvena statistika prikazuje naraščanje tega zapleta, s tem dokazuje neustrezen nadzor hipertenzije. V zahodnih državah, vključno z ZDA, so v zadnjih dveh desetletjih opazali upadanje vseh srčnožilnih zapletov, vendar so prav v ZDA že leta 1997 v poročilu JNC VI opozorili na zaustavitev zmanjševanja pogostnosti možganske kapi (3). Tudi »svetovni rekord« ZDA v nadzoru krvnega tlaka s 27% uspešno zdravljenih bolnikov (< 140/90 mm Hg) se ne izboljšuje več (3, 4).

V Sloveniji smo leta 1985 v presečni epidemiološki raziskavi ugotovili, da ima 22% nadzorovanih hipertonicov v starostni skupini 40 do 70 let krvni tlak pod 160/95 mm Hg, kar je tedaj in vse do leta 1999 pomenilo mejo med mejno in pravo hipertenzijo (5). Ta rezultat v svetovnem merilu takrat in tudi desetletje kasneje še daleč ni bil slab. Podobnega je imela in ima marsikatera razvitejša in bogatejša evropska država. Kasneje podobnih raziskav o uspešnosti nadzora krvnega tlaka v Sloveniji ni bilo več. Sledil je poizkus z anketo, objavljeno v Zdravniškem vestniku maja 2001 (6), kjer je bil merilo ciljni krvni tlak, kot ga opredeljujejo veljavne mednarodne in slovenske smernice, to je pod 130/85 mm Hg za stare manj kot 65 let in za vse hipertenzivne bolnike s sladkorno boleznijo, ter pod 140/90 mm Hg za ostale. Rezultata 9,1% uspešno zdravljenih ni mogoče primerjati z drugimi, ker tega merila drugje niso uporabili. Pod enotno mejo 140/90 mm Hg je bilo 18% žensk in 15% moških (neobjavljen podatek iz iste raziskave). Ta rezultat je seveda slabši, kot ga izkazujejo v tem pogledu najuspešnejše razvite zahodne države, kjer je 20–25% (3, 7), vendar je verodostojnost podatkov, pridobljenih z anketo, vprašljiva in nima teže epidemiološke raziskave. Če pa upoštevamo, koliko potrošimo v Sloveniji denarja za zdravstveno varstvo v primerjavi z bogatejšimi državami, je rezultat, ki dosega npr. 70% povprečja uspešnejših zahodnoevropskih držav, povsem pričakovani. Kako je mogoče, da ob enostavni postavitvi diagnoze arterijske hipertenzije in ob vsem »arzenalu« antihipertenzivnih zdravil,

ki je danes na razpolago v večini razvitih in srednje razvitih držav, v najboljšem primeru ni mogoče uspešno nadzorovati več kot četrte bolnikov? To se dogaja kljub nevarnostim, ki jih prinaša hipertenzija na eni, in jasnim dokazom velikih raziskav, da je mogoče z ustreznim znižanjem krvnega tlaka ta tveganja občutno zmanjšati, na drugi strani. Najpomembnejši rezultat že omenjene slovenske ankete je po mojem mnenju, da dve tretjini anketiranih zdravnikov družinske medicine pri svojih bolnikih sploh ne težita k normaliziranju krvnega tlaka (6). V domačih razmerah je prav to zelo verjetno glavni razlog za pomanjkljiv nadzor hipertenzije. Na eni strani so bolniki, ki se v veliki večini ne bojijo dolgo asimptomatske bolezni, ko pa že imajo simptome ali so celo utrpeli katero od posledic hipertenzije, večinoma prav tako težko pristajajo na omejitve oziroma spremembe v ustaljenem načinu življenja, medtem ko pri jemanju zdravil dolgoročno praviloma niso dovolj vztrajni. Na drugi strani je večina njihovih zdravnikov, ki jih vsa strokovna literatura in številna izobraževanja morda niso uspela prepričati v to, da morajo stvar jemati resneje, da se ne smejo zadovoljiti s prehodnimi rezultati in da morajo s svojimi bolniki vzpostaviti partnerski odnos. Slednje je seveda izjemno težko, če lahko bolniku, ko te obišče v ambulanti, posvetiš povprečno 6 do 8 minut, kolikor ti ga odmerjata ali omogočata zdravstvena oblast in plačnik tvojih storitev. Verjamem, da direktor zdravstvene zavarovalnice ne ve, kaj lahko zdravnik v osnovnem zdravstvu opravi v 6 do 8 minutah, lahko pa bi to vedeli tisti člani njegovega štaba, ki so zdravniki. Predvsem pa bi to morali vedeti naši ministri za zdravstvo oz. zdravje, ki so bili v zadnjih 10 letih sami zdravniki. Arterijsko hipertenzijo odkrivajo in nadzirajo predvsem zdravniki v osnovnem zdravstvu. Internisti vidimo samo vrh ledene gore. Eno izmed meril uspešnega nadzora hipertenzije v osnovnem zdravstvu je med drugim pogostnost maligne hipertenzije. Samo v ambulanti in hospitalu Kliničnega oddelka za hipertenzijo v zadnjih 4–5 letih sprejemamo bistveno več bolnikov s to najtežjo obliko hipertenzije kot prejšnja leta. Ob tem lahko povsem veljavno trdim, da se delež hipertonicov, ki jim je bilo pregledano očesno ozadje, ni pomembno spremenil. Torej ne gre za boljše odkrivanje. Ker gre za neposredno posledico visokega krvnega tlaka, govori to za neustrezen nadzor bolezni. Če se ne motim, je bil leta 1993 uveden v osnovnem zdravstvu sistem glavarine z zelo visokim korektivom, ki je imel za posledico vzdrževanje preobremenitve zdravnikov v osnovnem zdravstvu. Dokler ne bo zdravnik v osnovnem zdravstvu imel v povprečju za svojega bolnika dvakrat več časa, kot ga ima sedaj, verjetno ni pričakovati boljšega nadzora hipertenzije. Izobraževanja na tem področju je bilo namreč v zadnjih 10 letih zelo veliko, dve leti pa so na razpolago tudi nacionalne smernice. Izgovora o premajhni informiranosti torej ne more biti. Po mojem mnenju sta v Sloveniji glavna razloga za neustrezno vodenje hipertonicov v osnovnem zdravstvu pomanjkanje časa za posameznega bolnika in prepogosto me-

njvanje zdravnikov. To sta tudi glavni pritožbi bolnikov, ko pridejo v specialistično ambulantno.

Sedanji minister za zdravje v zadnjem času, kadar ima v mislih neuspeh zdravljenja neke bolezni, daje za primer arterijsko hipertenzijo (8). Če misli na ves svet, potem ima prav. Če pa misli izključno na svojo državo, brez upoštevanja stanja v svetu, strelja mimo. Pravzaprav me čudi, da si je izbral hipertenzijo, saj bi od njega kot izkušenega internista s srčnožilno usmeritvijo pričakoval bolj objektivni pristop. Lahko bi izbral npr. dislipidemijo, katere nadzor je mnogo lažje neposredno meriti, pa je ni! Informacijo o stanju v stroki bi mu na zahtevo lahko kadarkoli posredovala referenčna klinika, vendar je do sredine januarja 2002 ni nikoli zahteval. Tudi njegova stališča o antihipertenzivnih zdravilih povedo, da ni na tekočem oziroma da ni ustrezno obveščen. Drži, da se pri hipertenziji v preprečevanju srčnožilnih zapletov glavne farmakološke skupine antihipertenzivnih zdravil po uspešnosti med seboj pomembno ne razlikujejo (7). Vendar stvar pri uresničevanju ni tako preprosta. Najcenejših antihipertenzivnih zdravil, tj. tiazidnih diuretikov, v Sloveniji namreč nimamo. Vendar tudi, ko jih bomo morda spet imeli, so široko uporabni le do odmerka 12,5 mg hidroklorotiazida ali klortalidona na dan, kar je za uspešno monoterapijo večinoma premalo. Povsem pa zadošča za kombinacije z drugimi zdravili. Pri večjih odmerkih tiazidov odpadejo avtomatično vsi hipertonični s sočasno sladkorno boleznijo ali intoleranco za glukozo (teh je med zdravljenimi hipertonični do 60%), pa tudi tisti z dislipidemijo, elektrolitnimi problemi in hušjo koncentrično hipertrofijo levega prekata, da ne omenjam določene nevarnosti ledvičnega raka. Zaradi le-te naj bi po mnenju nekaterih ne nadzorovali hipertenzije z diuretiki pri moških, mlajših od 45 let, in ženskah, mlajših od 65 let (9). Blokatorji beta so v Sloveniji najcenejša antihipertenzivna zdravila. Vendar je njihova uporaba pri hipertenziji omejena na zvečano aktivnost simpatičnega sistema, ki se kaže s pospešenim srčnim utripom, na hkratno angino pectoris in nekatere motnje srčnega ritma. Pri hipertoničnih, ki so bradikardni ali blizu bradikardije, z njimi ne bomo uspešni. V večini razvitih držav v nadzoru hipertenzije zato upada predpisovanje diuretikov in blokatorjev beta. Do pred 5 leti je naraščala zlasti poraba kalcijevih antagonistov, po tem pa zaviralcev konvertaze, ki imajo prednost pred ostalimi skupinami pri zaščiti pomembnih organov. Kalcijevi antagonisti, zaviralci konvertaze in blokatorji alfa so pri nas v povprečju dva- do trikrat dražji kot blokatorji beta, medtem ko so antagonisti receptorjev angiotenzina v osnovnih dnevni odmerkih približno enako dragi kot enalapril in amlodipin, pri podvojenih pa celo pomembno cenejši. Omenjeni domači zdravila sta namreč v svojih farmakoloških skupinah najpogostejše predpisovani. V Sloveniji generična antihipertenzivna zdravila niso pomembno cenejša od sodobnih originalnih, v nekaterih primerih pa je celo obratno.

ZZZS stalno opozarja na neustrezno predpisovanje antihipertenzivnih zdravil, kar zadeva njihovo ceno. Delno ima prav. Vendar gre upoštevati zgoraj povedano predvsem za prehod na predpisovanje cenejših antihipertenzivnih zdravil z dolгим učinkom, ki omogoča odmerjanje enkrat na dan, v posameznih farmakoloških skupinah. Ko bodo čez 2–3 leta končane glavne velike raziskave z antagonisti receptorjev angiotenzina in če bodo dale pričakovane rezultate, se bodo ta zdravila po učinkovitosti izenačila z zaviralci konvertaze. Pred kratkim objavljena raziskava LIFE je že pokazala pomembno boljši učinek losartana od v svetu najbolj predpisovanega blokatorja beta atenolola v preprečevanju srčnožilnih zapletov pri hipertenziji (10). Če bodo čez 2–3 leta cenovna razmerja po-

dobna kot sedaj, bo antagonist receptorjev angiotenzina glede na njihovo večjo varnost racionalneje predpisovati kot zaviralce konvertaze.

Pri nadzoru arterijske hipertenzije v Sloveniji gre za odsev pomanjkljivega nadzora povsod po svetu in ne za zgodbo o nacionalnem neuspehu. Ne izstopamo ne v boljšo ne v slabšo smer. Sicer počasno naraščanje zbolewnosti za možgansko kapjo nas mora opozoriti, da ne delamo dovolj dobro. Morda bo treba celo ponoviti epidemiološko raziskavo, podobno tisti iz leta 1985, čeprav pravzaprav nihče točno ne ve, koliko meritev krvnega tlaka potrebujemo za res objektivno presojo uspešnosti nadzora. Vsaka številka je zgolj arbitrarna, kot je arbitrarna meja 140/90 mm Hg. Vemo pa, da potrebujemo v Sloveniji učinkovitejšo zdravstveno vzgojo v šolah, ki bo usmerjala mladino v zdrav način življenja in boljšo primarno preventivo v skupinah prebivalstva, ki jih ogroža nastanek hipertenzije. Ustvarjalci zdravstvene politike bi se morali kmalu zediniti, koliko zdravnikov, ne katerih koli, ampak tistih, ki se neposredno ukvarjajo z bolniki, v Sloveniji dejansko potrebujemo in kako bodo zapolnili vrzel. Ministrstvo za zdravje je dolžno ustvariti pogoje za normalno delo v osnovnem zdravstvu. Ker imamo nacionalne smernice za obravnavanje bolnikov z arterijsko hipertenzijo, jih morajo zdravniki, ki se ukvarjajo s temi bolniki, pri svojem delu upoštevati. Vendar pomembno izboljšanje nadzora hipertenzije povzroči brezpogojno zvečanje stroškov za zdravila, tudi v primeru, ko bi večina naših bolnikov nenadoma začela dosti bolj zdravo živeti, kar se – bodimo realisti – seveda v sedanji generaciji ne bo zgodilo. Predpisovanje antihipertenzivnih zdravil mora biti prilagojeno bolniku, vendar smo zdravniki v tem okviru dolžni v posameznih farmakoloških skupinah izbrati za plačnika cenovno najugodnejša zdravila. To pa so brez izjem tista, ki se zanesljivo odmerjajo enkrat na dan. To pomeni, da moramo zdravniki vedeti, koliko stane dnevni odmerek posameznih zdravil. Za to potrebujemo objektivno informacijo, ki je nikoli ne more dati farmacevtska industrija, ampak plačnik v sodelovanju s strokovnim vrhom v državi. Od ZZZS pričakujemo tudi pobudo za raziskave farmakoekonomske arterijske hipertenzije, pri kateri je cena zdravil samo eden od pomembnih parametrov.

## Literatura

1. Wolf PA. Cerebrovascular risk. In: Izzo JL, Black H eds. Hypertension Primer. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins 1999: 203–7.
2. Rigaud AS, Seux ML, Staessen JA, Birkenhäger WH, Forette F. Cerebral complications of hypertension. *J Hum Hypertens* 2000; 14: 605–16.
3. Joint National Committee. The sixth report of Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413–46.
4. Burt VL, Whelton P, Rocella EJ et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1991. *Hypertension* 1995; 25: 305–13.
5. Jezeršek P, Accetto R, Cibic B et al. Šiška, a suburb of Ljubljana, Slovenia. In: Strasser T, Wilhelmsen L eds. Assessing hypertension control and management. Hypertension management audit project: a WHO/WHL study. Geneva: World Health Organization 1993: 43–54.
6. Accetto R, Zemva A, Dolenc P. Nadzor hipertenzije v Republiki Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 279–83.
7. Anon. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151–83.
8. Keber D. Dobra ladja in mornarji da, kaj pa potniki in pot do cilja? *Zdrav Vestn* 2001; 70: 721–2.
9. Schulz W, Darius H, Kober G. Cardiovascular therapy. Stuttgart: Medpharm GmbH Scientific Publishers 2001: 47–7.
10. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 995–1003.