

# **RAPORT**

ZACHOWANIA TERAPEUTYCZNE LEKARZY DOTYCZĄCE  
TERAPII PREPARATAMI Z GRUPY ANTAGONISTÓW  
RECEPTORA AT1 DLA ANGIOTENSYNY II (SARTANÓW) ORAZ  
PREPARATAMI Z GRUPY INHIBITORY ENZYMU  
KONWERTUJĄCEGO ANGIOTENSYNĘ (ACE-I) U CHORYCH Z  
NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM – BADANIE RYNKU



**BRASS**

---

**Pharmaceutical Consulting**  
Marketing & Advertising

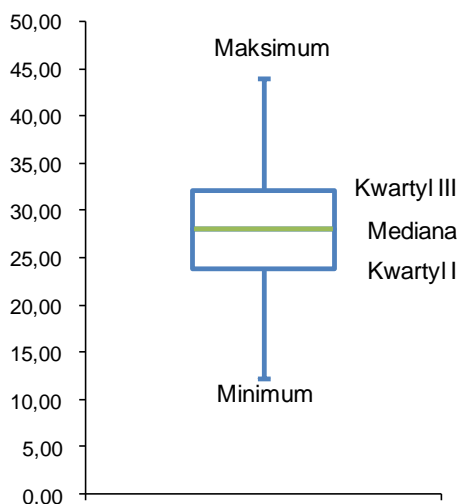
## Spis treści

Definicje i oznaczenia .....	3
DANE BADACZA .....	4
CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH.....	10
OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA HIPOTENSyjNEGO .....	34
CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH – lekarze specjaliści/POZ .....	47
OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA HIPOTENSyjNEGO– lekarze specjaliści/POZ .....	62
Podsumowanie .....	71
Bibliografia .....	73
Spis rysunków i tabel .....	74

## Definicje i oznaczenia

Tabela 1. Definicje i oznaczenia.

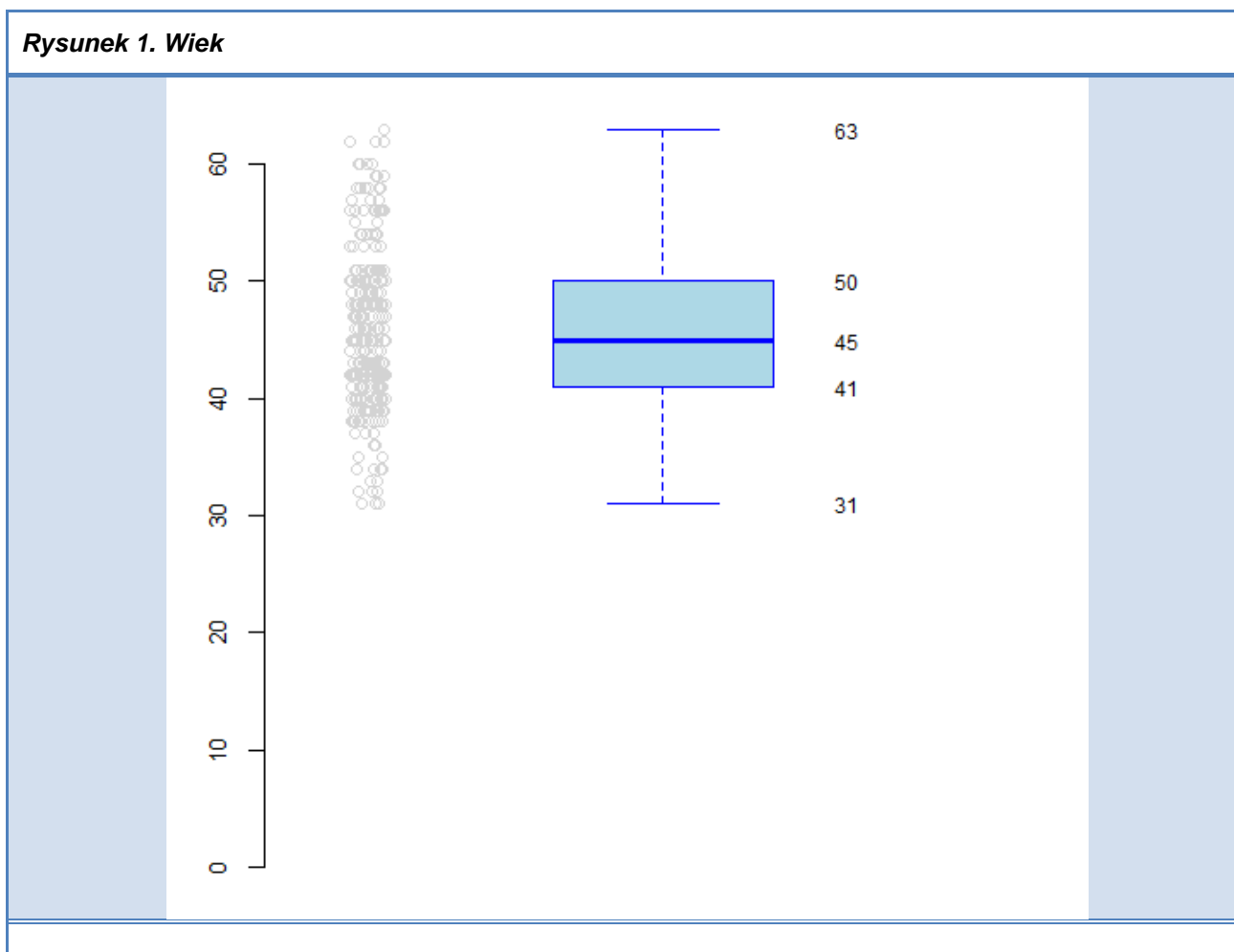
Oznaczenie	Definicja
Średnia	Średnia arytmetyczna
Odchylenie standardowe	Odchylenie standardowe z próby – informuje ile średnio rzecz biorąc obserwacje zmiennej odchylają się od jej wartości średniej
Minimum	Minimalna wartość pomiaru z próby
Maksimum	Maksymalna wartość pomiaru z próby
Kwartyl I	Wartość obserwacji zmiennej, poniżej której mieści się 25% danych
Mediana	Wartość środkowa w uporządkowanym rosnąco szeregu obserwacji
Kwartyl III	Wartość obserwacji zmiennej, poniżej której mieści się 75% danych



Legenda do wykresów typu boxplot.

## DANE BADACZA

Połowa badaczy biorących udział w programie miała 45 lat lub więcej.  $\frac{1}{4}$  lekarzy przekroczyła 50 rok życia. Analogicznej wielkości grupę stanowiły osoby, które miały co najwyżej 41 lat. Najstarszy lekarz miał 63 lata, a najmłodszy 31 lat.



Wszystkie ankietowane osoby są z wykształcenia lekarzami medycyny. W badaniu wzięło udział 98 lekarzy specjalistów oraz 196 lekarzy POZ. Poniższa tabela przedstawia wykonywane przez lekarzy specjalizacje. W omawianej grupie najwięcej było lekarzy o specjalizacji choroby wewnętrzne (130 osób). Sporą grupę stanowiły osoby o specjalizacji medycyna rodzinna (96 osób) oraz kardiologia (88 osób). Szczegółowe informacje zawarte są w poniższej tabeli.

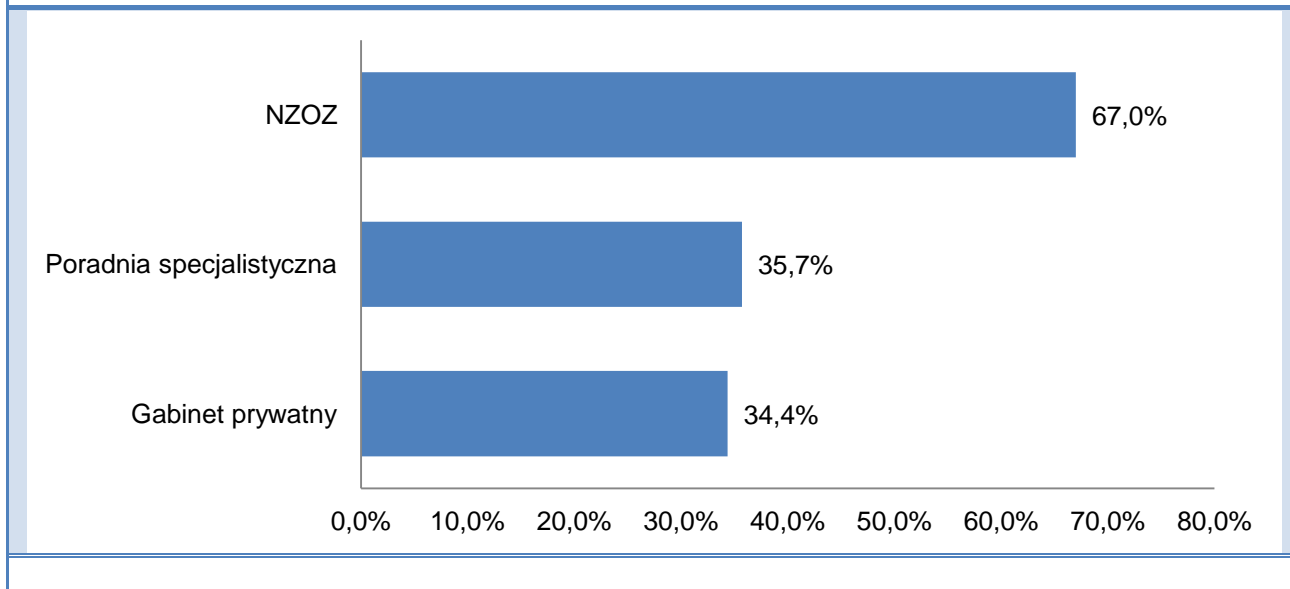
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Tabela 2. Wykonywana/e specjalizacja/e**

Wykonywana/-e specjalizacja/-e:	N
choroby wewnętrzne	130
medycyna rodzinna	96
kardiologia	88
Interna	17
lekarz POZ	8
hipertensjologia	6
reumatologia	6
diabetologia	5
choroby układu oddechowego	5
angiologia	3
neurolog	3
radiolog	2
laryngolog	2

Pod względem miejsca pracy najliczniejszą badaną grupę stanowili lekarze pracujący w NZOZ (67,0%). Mniej liczną grupę w programie stanowili lekarze pracujący w poradni specjalistycznej (35,7%) oraz w gabinecie prywatnym (34,4%).

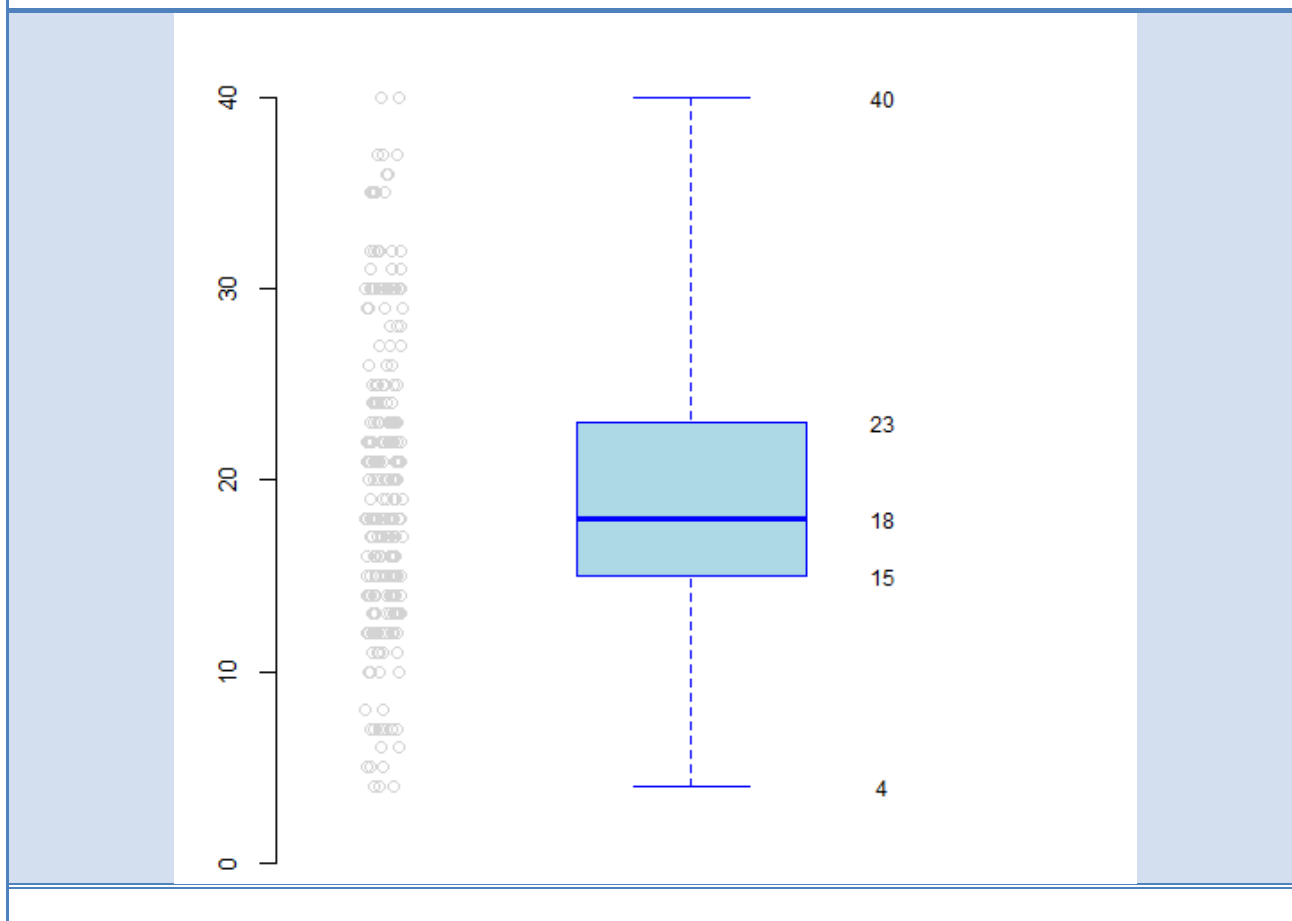
**Rysunek 2. Miejsce pracy**



Staż pracy połowy badanych lekarzy (mediana) wynosił co najmniej 18 lat.  $\frac{1}{4}$  badanych lekarzy przepracowała co najmniej 23 lata. Analogicznej wielkości grupę stanowili lekarze, których staż pracy wynosił co najwyżej 15 lat. Najdłuższy staż pracy w odniesieniu do badanych lekarzy wynosił 40 lat, a najkrótszy 4 lata.

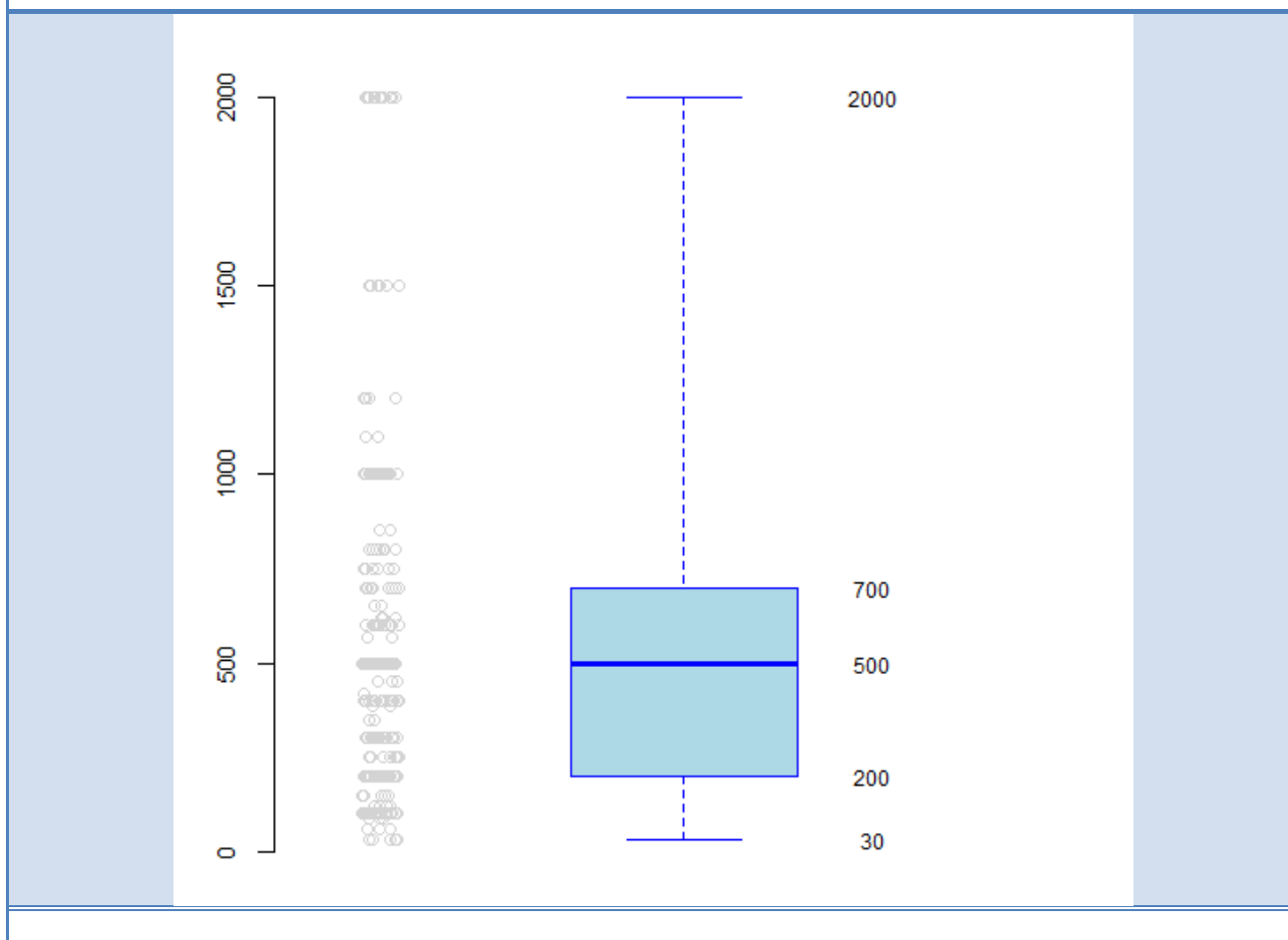
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 3. Staż pracy**



Połowa respondentów prowadzi aktualnie co najmniej 500 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Co 4 lekarz prowadzi co najmniej 700 takich pacjentów. Ponadto  $\frac{1}{4}$  lekarzy prowadzi nie więcej niż 200 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

**Rysunek 4. Aktualna, przybliżona, łączna liczba prowadzonych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym**



Przeciętna przybliżona liczba pacjentów, u których w tygodniu rozpoznawane jest nadciśnienie tętnicze w badanej grupie wyniosła 6 osób. Co czwarty respondent rozpoznaje nadciśnienie tętnicze u co najwyżej 5 pacjentów. Taka grupa zadeklarowała również, że w tygodniu ma takich pacjentów co najmniej 15.

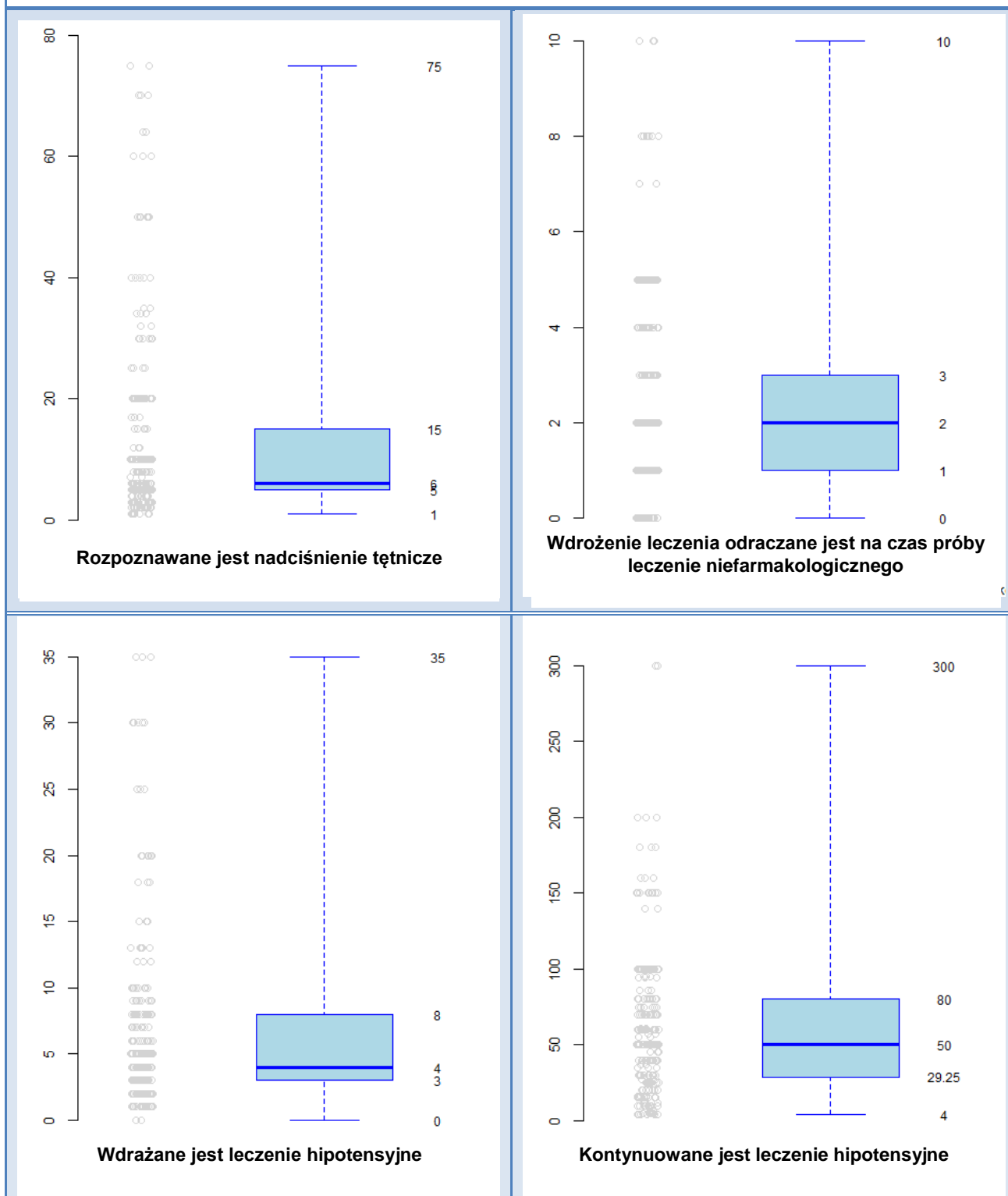
Przeciętna liczba pacjentów, u których w tygodniu wdrożenie leczenia odraczane jest na czas próby leczenia nefarmakologicznego wynosi 2 osoby. Zgodnie z odpowiedziami co czwartego respondenta liczba takich pacjentów wynosi co najmniej 3 osoby. Analogicznej wielkości grupa zadeklarowała, że w tygodniu ma co najwyżej jednego takiego pacjenta.

Przeciętna liczba pacjentów, u których w tygodniu wdrażane jest leczenie hipotensyjne, zgodnie z odpowiedziami ankietowanych, wyniosła 4 osoby. Co czwarty lekarz zadeklarował, iż leczenie hipotensyjne wdraża w tygodniu u co najwyżej 3 pacjentów. Analogiczna grupa czyni to u co najmniej 8 pacjentów.

Z kolei przeciętna liczba pacjentów, u których w tygodniu kontynuowane jest leczenie hipotensyjne wynosi 50 osób. Zgodnie z wypowiedziami  $\frac{1}{4}$  respondentów liczba takich pacjentów przekroczyła 80 osób. Analogiczna grupa lekarzy zadeklarowała, że liczba pacjentów, u których w tygodniu kontynuowane jest leczenie hipotensyjne nie przekroczyła 29 pacjentów.

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 5. Przybliżona liczba pacjentów, u których w tygodniu:**

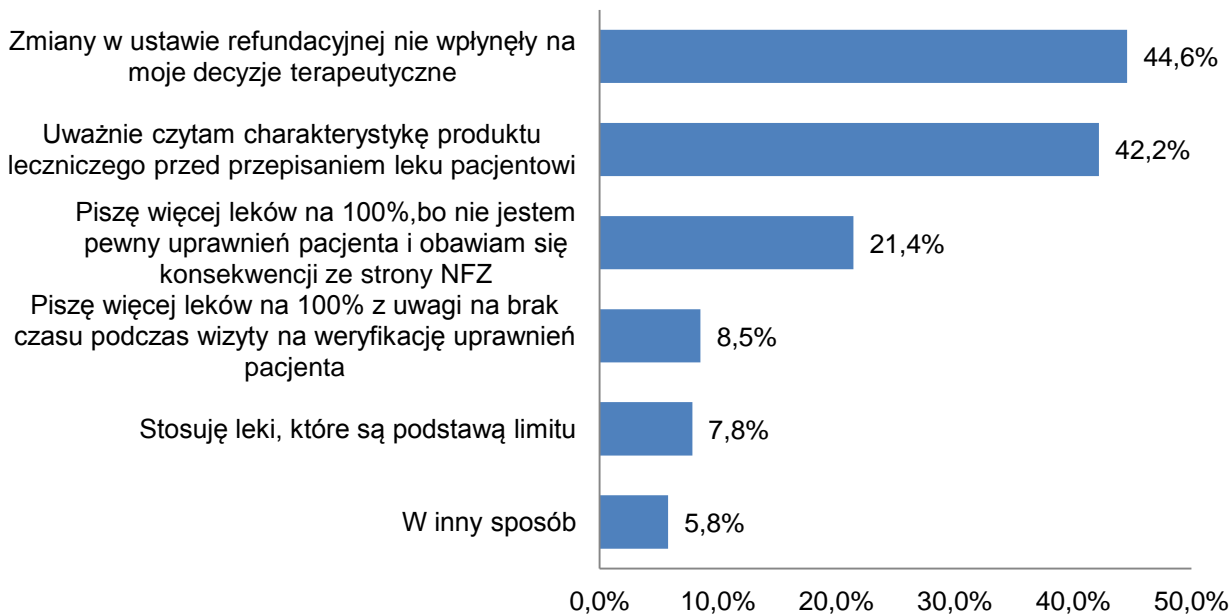


Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



Dla 44,6% ankietowanych zmiany wprowadzone w ustawie refundacyjnej nie wpłynęły na decyzje terapeutyczne. Z kolei dzięki wprowadzonym modyfikacjom 42,2% badanych uważnie czyta charakterystykę produktu leczniczego przed przepisaniem leku pacjentowi. Co piąty ankietowany przepisuje więcej leków na 100%, bo nie jest pewny uprawnień pacjenta i obawia się konsekwencji ze strony NFZ. To samo czyni 8,5% respondentów, ale z uwagi na brak czasu podczas wizyty na weryfikację pacjenta. Leki, które są podstawą limitu stosuje 7,8% lekarzy.

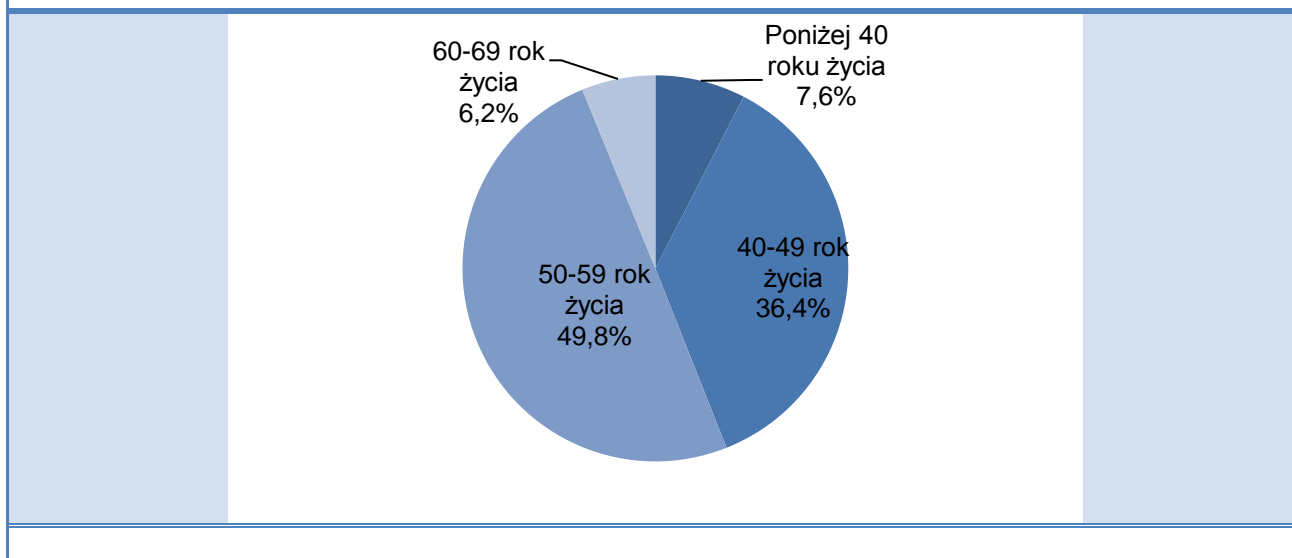
**Rysunek 6. W jaki sposób zmiany wprowadzone w ustawie refundacyjnej wpłynęły na podejmowane przez Panią/Pana decyzje terapeutyczne?**



## CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH

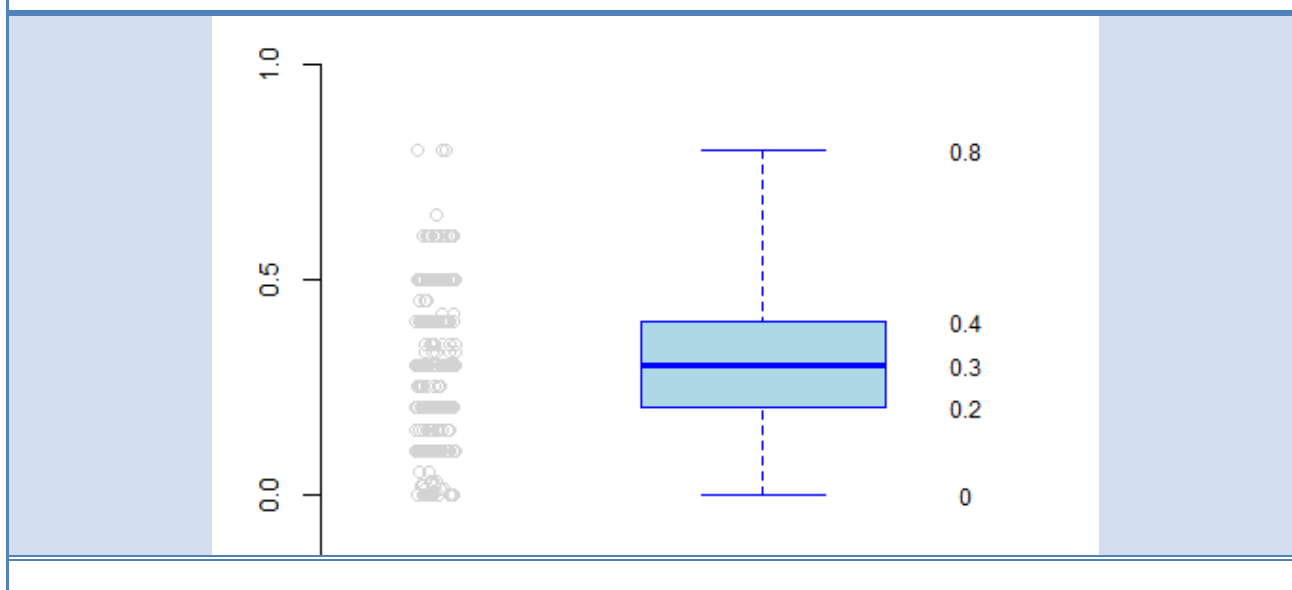
Blisko połowa pacjentów (49,8%), u których lekarze rozpoczynają farmakoterapię nadciśnienia tętniczego jest pomiędzy 50, a 59 rokiem życia. Spora grupa pacjentów (36,4%) należy do grupy wiekowej pomiędzy 40, a 49 rokiem życia. Mniej niż 40 lat ma 7,6% pacjentów, natomiast między 60, a 69 rokiem życia jest 6,2% pacjentów.

**Rysunek 7. Do jakiej grupy wiekowej najczęściej należą pacjenci, u których rozpoczyna Pani/Pan farmakoterapię nadciśnienia tętniczego?**



Połowa respondentów leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoczyna od zastosowania sartanu u przynajmniej 30% pacjentów. 25% lekarzy zadeklarowało, że czyni to u co najmniej 40% pacjentów. Taka grupa ankietowanych rozpoczyna również leczenie nadciśnienia tętniczego od zastosowania sartanu u co najwyżej 20% pacjentów.

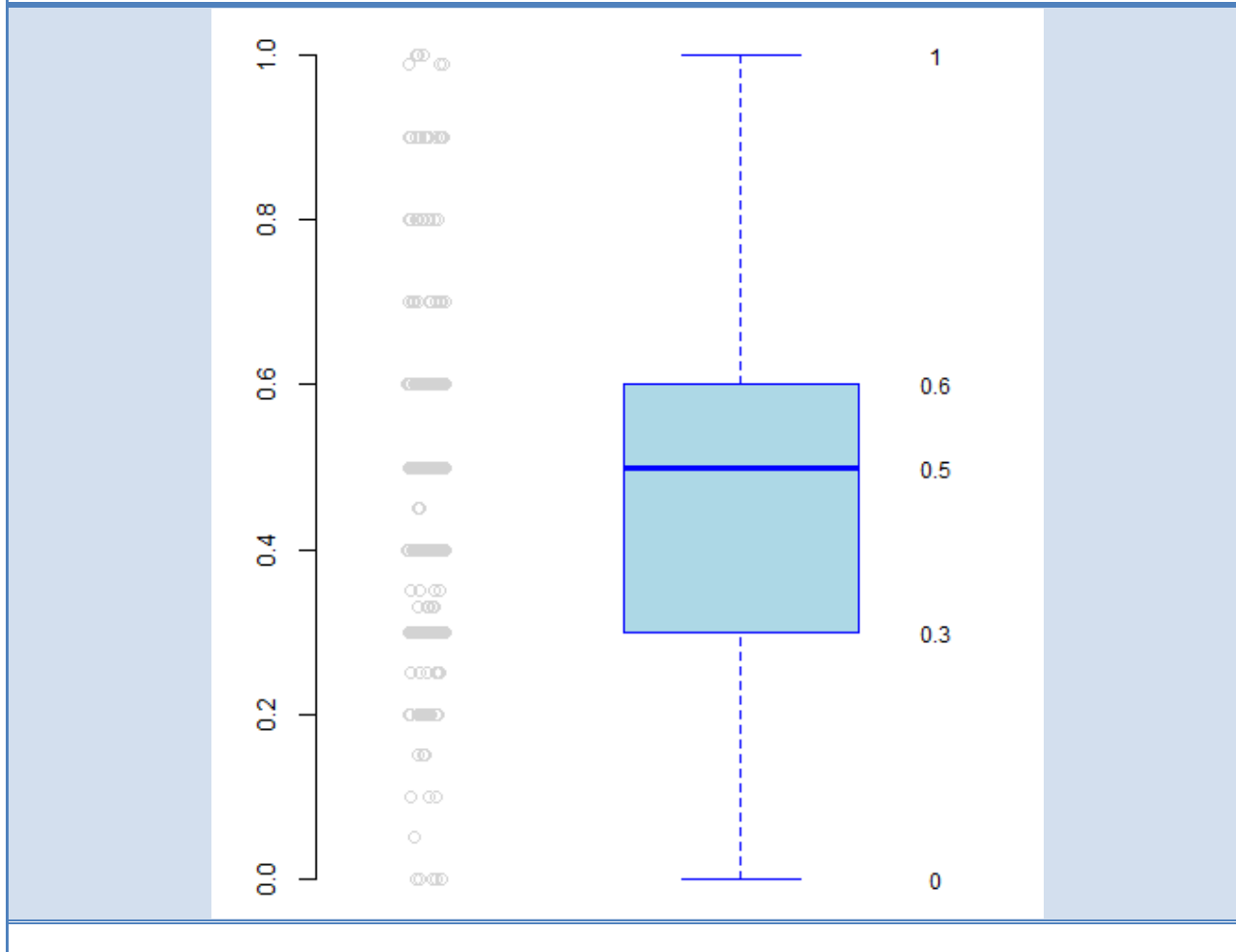
**Rysunek 8. U jakiego odsetka (procent) pacjentów leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoczyna Pani/Pan od zastosowania sartanu?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Przeciętny odsetek pacjentów (mediana), u których leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoczyna się od zastosowania ACE-I wynosi 50%. Po 25% lekarzy czyni to u co najwyżej 30% pacjentów i u co najmniej 60% pacjentów.

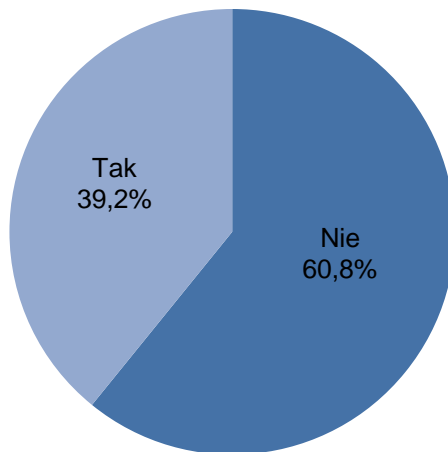
**Rysunek 9. U jakiego odsetka (procent) pacjentów leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoczyna Pani/Pan od ACE-I?**



Wiek pacjenta nie jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego. Tego zdania było 60,8% lekarzy biorących udział w badaniu. Przeciwnie odpowiedziało 39,2% respondentów.

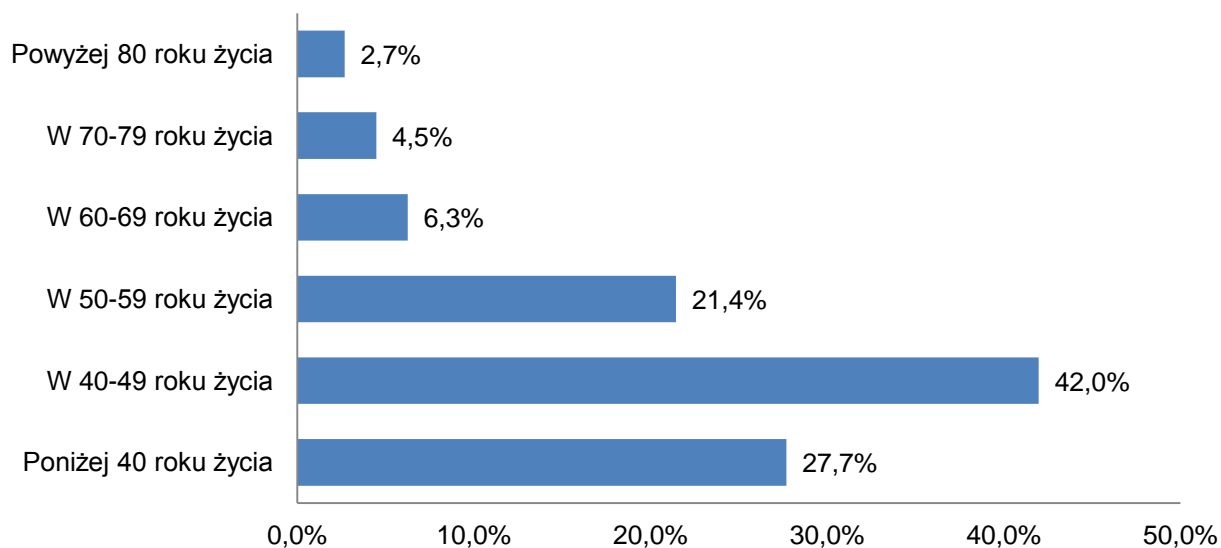
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 10. Czy wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**



Zgodnie z odpowiedziami terapię nadciśnienia tętniczego rozpoczyna się od sartanu najczęściej w przypadku pacjentów pomiędzy 40, a 49 rokiem życia (42,0%). U pacjentów poniżej 40 roku życia takie leczenie wprowadza 27,7% lekarzy, a pomiędzy 50, a 59 rokiem życia 21,4%. Zdecydowanie rzadziej rozpoczęcie terapii od sartanu podejmuje się w przypadku pacjentów w wieku 60-69 lat (6,3% ankietowanych), w wieku 70-79 lat (4,5% ankietowanych), jak również u osób powyżej 80 roku życia (2,7% ankietowanych).

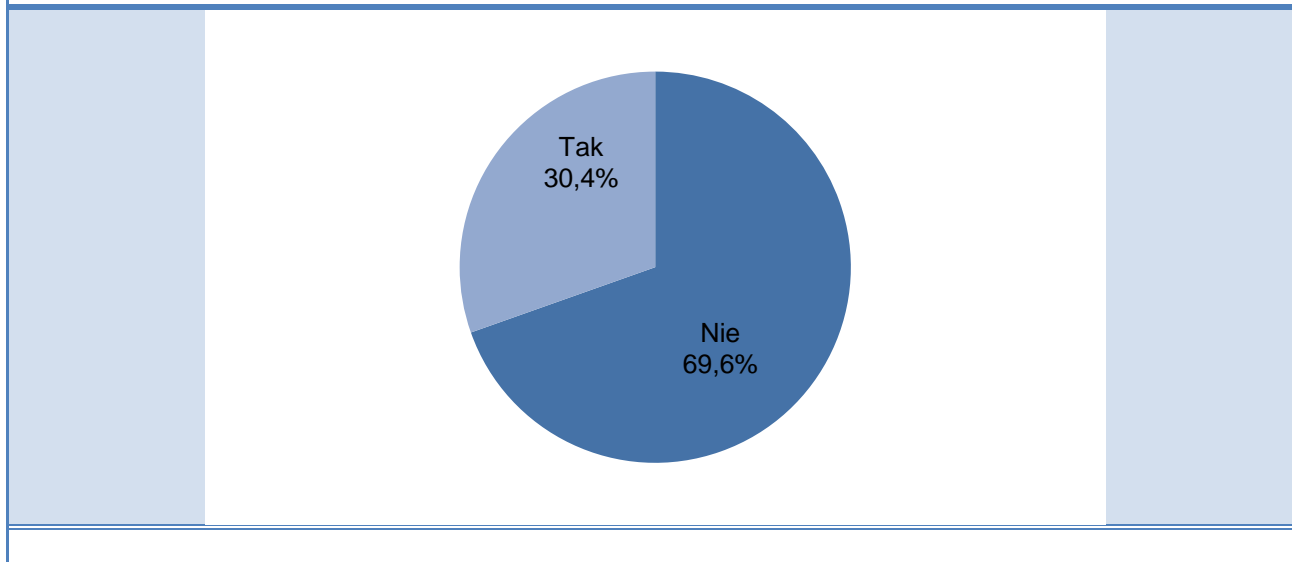
**Rysunek 11. Terapię nadciśnienia tętniczego najczęściej rozpoczynam od sartanu w przypadku pacjentów:**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

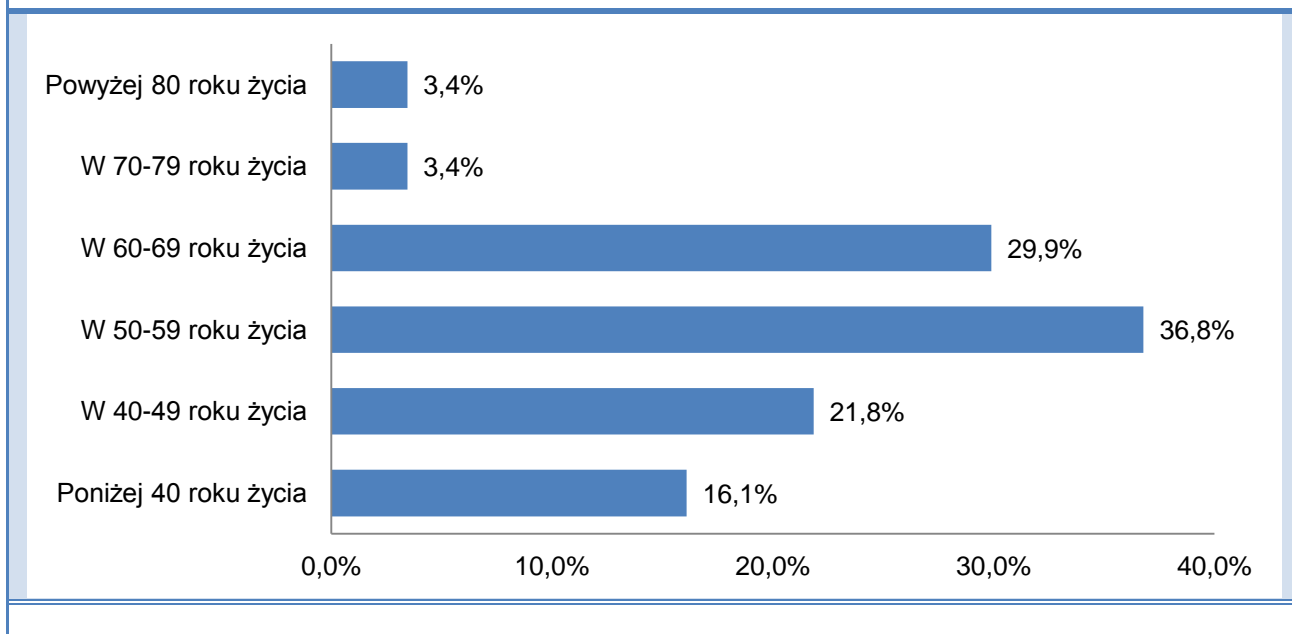
Niespełna 70% respondentów jest zdania, że wiek pacjenta nie jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego. Wiek pacjenta ma znaczenie dla prawie co trzeciego ankietowanego.

**Rysunek 12. Czy wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**



36,8% lekarzy najczęściej terapię nadciśnienia tętniczego rozpoczynają od ACE-I w przypadku pacjentów pomiędzy 50, a 59 rokiem życia pacjenta. 29,9% respondentów rozpoczynają ją od ACE-I w przypadku pacjentów w wieku 60-69 lat, a 21,8% w przypadku pacjentów pomiędzy 40, a 49 rokiem życia. U pacjentów poniżej 40 roku życia takie leczenie rozpoczynają 16,1% ankietowanych. Zdecydowanie rzadziej rozpoczęcie terapii od ACE-I podejmuje się w przypadku pacjentów w wieku 70-79, jak również u osób powyżej 80 roku życia (po 3,4% respondentów).

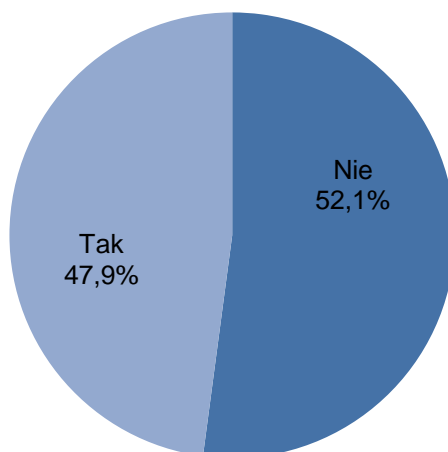
**Rysunek 13. Terapię nadciśnienia tętniczego najczęściej rozpoczynam od ACE-I w przypadku pacjentów:**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

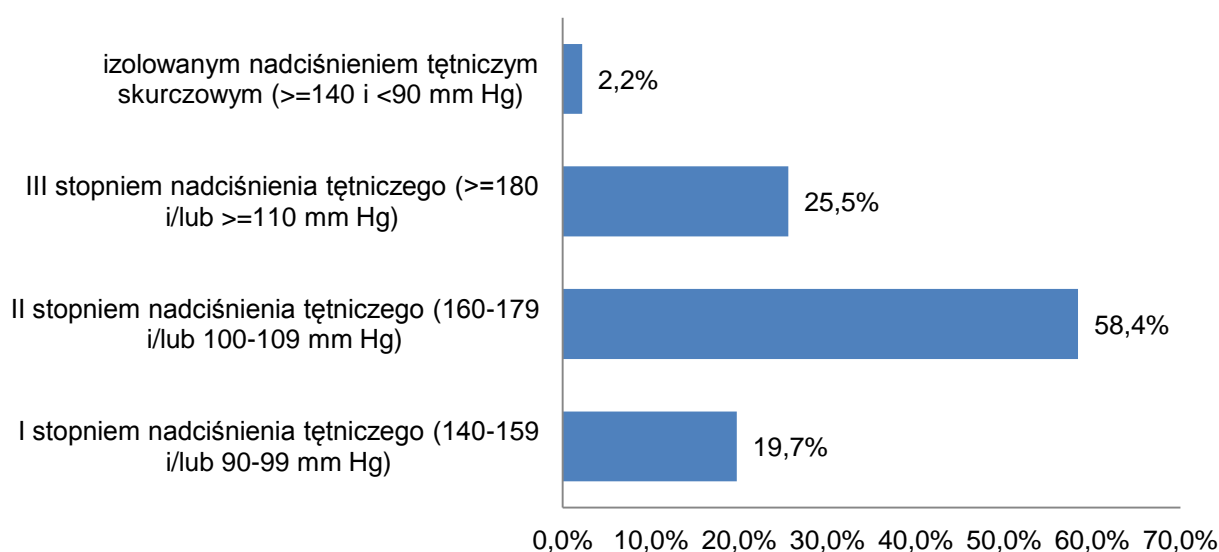
52,1% uczestników badania deklaruje, że wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego nie stanowią istotnego argumentu przemawiającego za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego, natomiast 47,9% lekarzy jest przeciwnego zdania.

**Rysunek 14. Czy wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiający za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**



U osób z II stopniem nadciśnienia tętniczego ankietowani najczęściej stosują sartany jako leki pierwszego rzutu (58,4% ankietowanych). Co czwarty respondent stosuje je w takim zakresie najczęściej u pacjentów z III stopniem nadciśnienia tętniczego, a co piąty u pacjentów z I stopniem tej choroby. Dla osób z izolowanym nadciśnieniem tętniczym skurczowym sartany jako leki pierwszego rzutu wybiera się bardzo rzadko (2,2% ankietowanych).

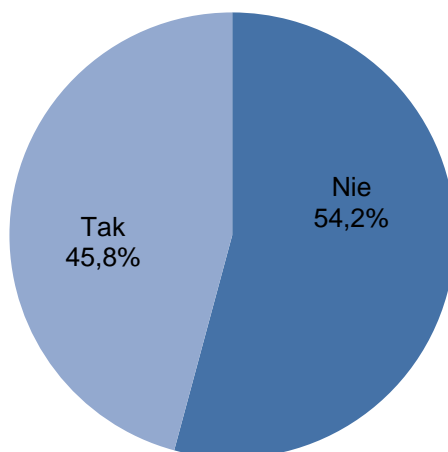
**Rysunek 15. Sartany jako leki pierwszego rzutu najczęściej stosują u osób z:**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

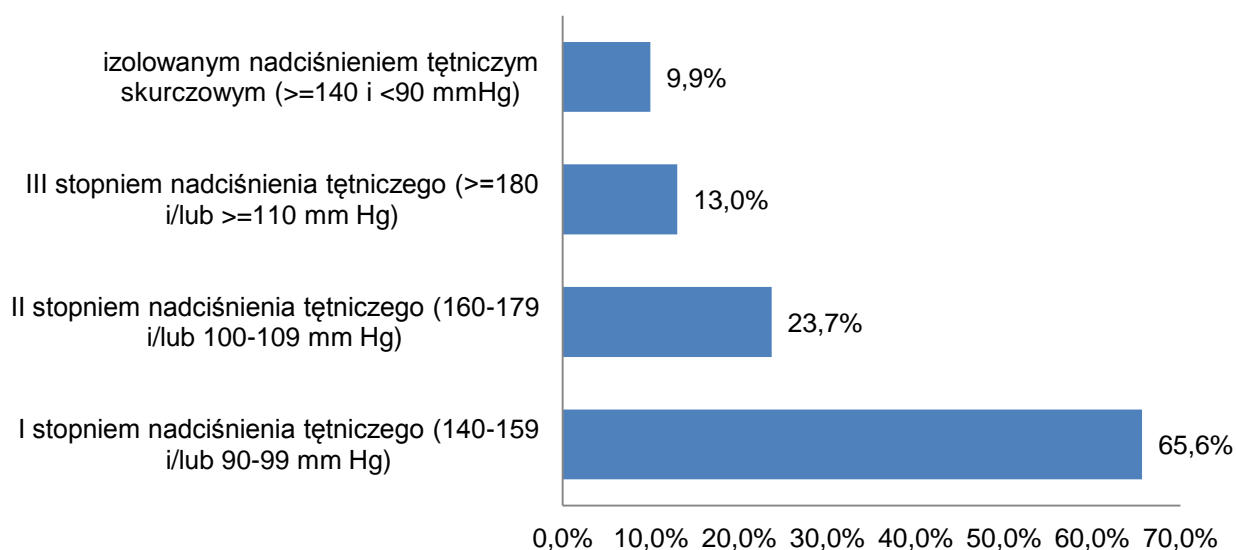
54,2% uczestników badania uważa, że wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego nie stanowią istotnego argumentu przemawiającego za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego. Przeciwnego zdania jest 45,8% respondentów.

**Rysunek 16. Czy wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**



Ankietowani zdecydowanie najczęściej stosują ACE-I jako leki pierwszego rzutu u osób z I stopniem nadciśnienia tętniczego (65,6%). U pacjentów z II stopniem nadciśnienia tętniczego respondenci stosują go rzadziej (23,7%). 13,0% respondentów stanowią lekarze, którzy najczęściej czynią to w odniesieniu do pacjentów z III stopniem nadciśnienia tętniczego, a dla 9,9% lekarzy najczęściej są to pacjenci z izolowanym nadciśnieniem tętniczym skurczowym.

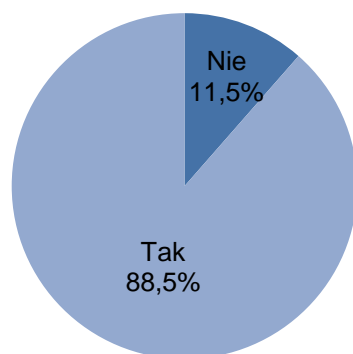
**Rysunek 17. ACE-I jako leki pierwszego rzutu najczęściej stosują u osób z:**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

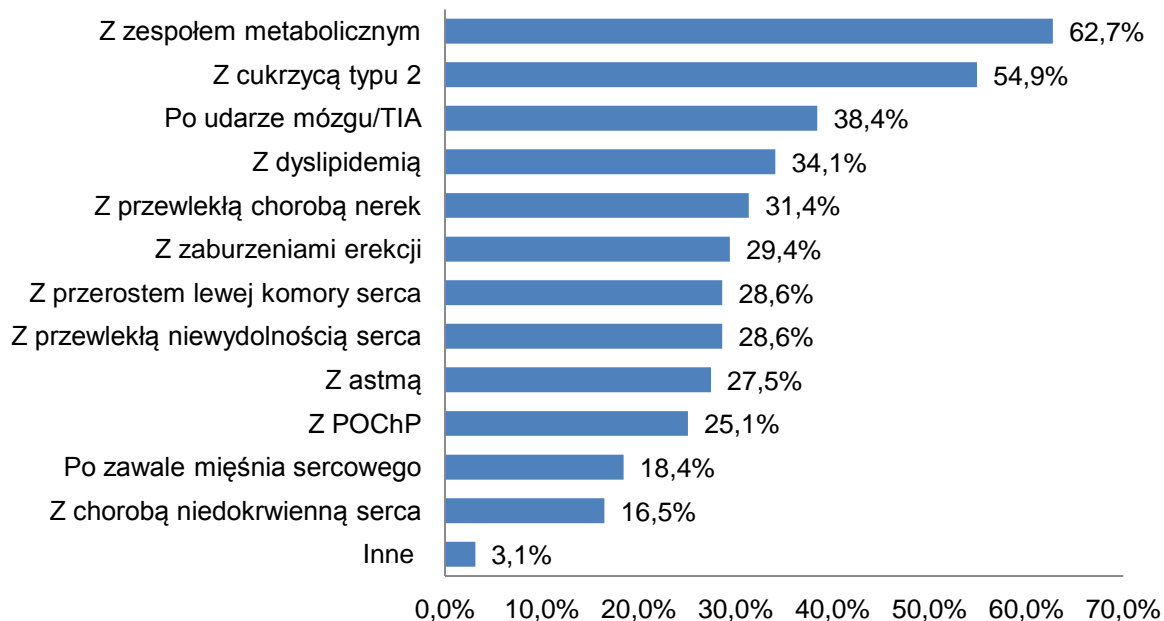
Współistniejące choroby stanowią dla lekarzy istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu sartanu do leczenia nadciśnienia tętniczego. Potwierdza to aż 88,5% respondentów.

**Rysunek 18. Czy choroby współistniejące stanowią dla Pani/Pana istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu sartanu do leczenia nadciśnienia tętniczego?**



Zaobserwowano, że sartany stosuje się przede wszystkim u pacjentów z zespołem metabolicznym (62,7% odpowiedzi) oraz u osób z cukrzycą typu 2 (54,9% odpowiedzi). Rzadziej sartany stosuje się u pacjentów po udarze mózgu/TIA (38,4% odpowiedzi), z dyslipidemią (34,1% odpowiedzi), z przewlekłą chorobą nerek (31,4% odpowiedzi), z zaburzeniami erekcji (29,4% odpowiedzi), z przerostem lewej komory serca (28,6% odpowiedzi), z przewlekłą niewydolnością serca (28,6% odpowiedzi), z astmą (27,5% odpowiedzi) oraz z POChP (25,1% odpowiedzi). U pacjentów po zawale mięśnia sercowego leki te stosuje 18,4% respondentów, a u osób z chorobą niedokrwienną serca 16,5% lekarzy.

**Rysunek 19. Sartany stosują przede wszystkim u pacjentów:**

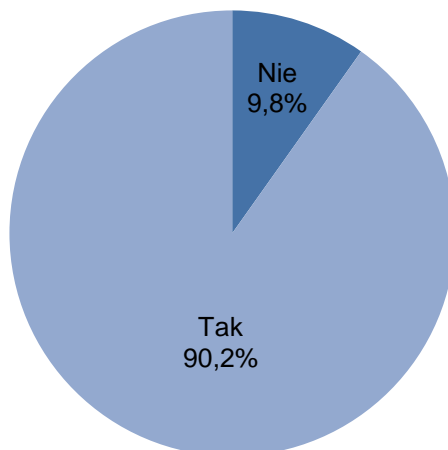


Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



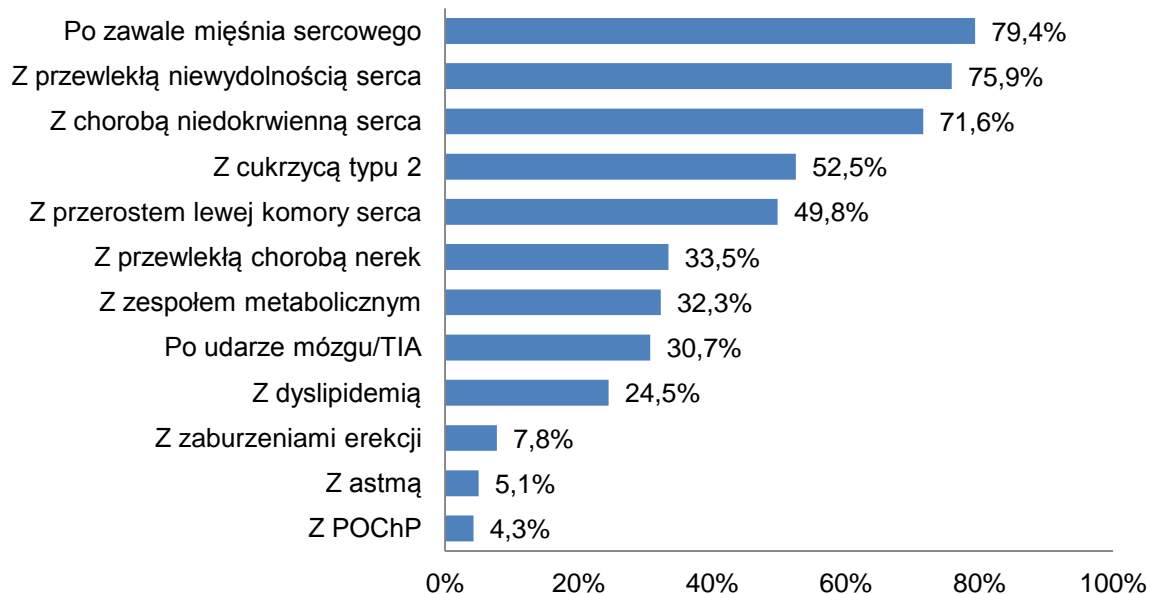
Dla 90,2% lekarzy współistniejące choroby stanowią istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu ACE-I do leczenia nadciśnienia tętniczego. Nie mają one istotnego znaczenia dla co dziesiątego uczestnika badania.

**Rysunek 20. Czy choroby współistniejące stanowią dla Pani/Pana istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu ACE-I do leczenia nadciśnienia tętniczego?**



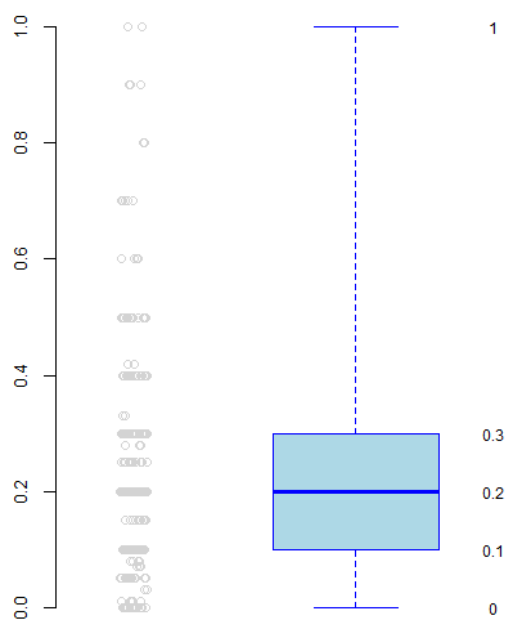
Odnotowano, że znaczna część respondentów stosuje leki ACE-I przede wszystkim u pacjentów po zawale mięśnia sercowego (79,4% odpowiedzi), z przewlekłą niewydolnością serca (75,9% odpowiedzi) oraz z chorobą niedokrwinną serca (71,6% odpowiedzi). Niewiele ponad połowa respondentów stosuje je natomiast przede wszystkim u osób z cukrzycą typu 2 (52,5% wskazań), a 49,8% u pacjentów z przerostem lewej komory serca (49,8% wskazań). Niemal co trzeci lekarz wybiera je przede wszystkim dla osób z przewlekłą chorobą nerek (33,5% wskazań), z zespołem metabolicznym (32,3% wskazań) oraz po udarze mózgu/TIA (30,7% wskazań). Co czwarty respondent stosuje leki ACE-I przede wszystkim u pacjentów z dyslipidemią (24,5% wskazań). Najrzadziej te leki wybierane są dla osób z zaburzeniami erekcji (7,8% wskazań), z astmą (5,1%) oraz z POChP (4,3% wskazań).

**Rysunek 21. ACE-I stosują przede wszystkim u pacjentów:**



Przeciętny odsetek pacjentów (mediana), u których farmakoterapia nadciśnienia tętniczego rozpoczynana jest od sartanu w monoterapii wynosi 20%. 25% respondentów zadeklarowało natomiast, że farmakoterapię nadciśnienia tętniczego rozpoczyna od sartanu w monoterapii u co najwyżej 10% pacjentów.

**Rysunek 22. U jakiego odsetka (procent) pacjentów rozpoczyna Pani/Pan farmakoterapię nadciśnienia tętniczego od sartanu w monoterapii?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Valtap okazał się najczęściej stosowanym sartanem przez lekarzy biorących udział w badaniu. Stosowanie tego leku wskazało 162 respondentów i ta ilość wskazań znacząco przewyższa pozostałe odpowiedzi. Znaczna część ankietowanych stosuje Valsacor (65 wskazań), Tezeo (59 wskazań) oraz Lozap (53 wskazania). Pozostałe dane przedstawione zostały w poniższej tabeli.

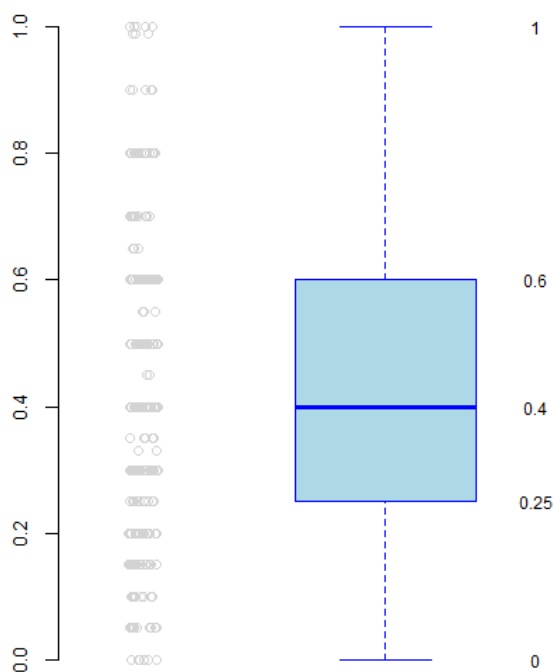
**Tabela 3. Jaki sartan stosuje Pani/Pan najczęściej? – sartany wskazywane częściej niż 10-krotnie**

Wskazywany sartan:	N
Valtap	162
Valsacor	65
Tezeo	59
Lozap	53
Tensart	44
Carzap	33
Bespres	32
Walsartan	32
Valzek	31
Vanatex	31
Telmisartan	30
Lorista	29
Telmizek	26
Tolura	26
Xartan	26
Axudan	17
Candesartan	17
Karbis	16
Losartan	15
Telmix	14
Micardis	13
Polsart	11

Przeciętny odsetek pacjentów (mediana), u których farmakoterapia nadciśnienia tętniczego rozpoczynana jest od ACE-I w monoterapii wynosi 40%. 25% respondentów zadeklarowało natomiast, że farmakoterapię nadciśnienia tętniczego rozpoczyna od ACE-I w monoterapii u co najwyżej 25% pacjentów.

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 23. U jakiego odsetka (procent) pacjentów rozpoczyna Pani/Pan farmakoterapię nadciśnienia tętniczego od ACE-I w monoterapii?**



Najczęściej stosowanym przez respondentów lekiem ACE-I okazał się być Prestarium. Został on wskazany 154 razy przez ankietowanych. Również często wskazywano na Tritace (141 wskazań). W dalszej kolejności częste wskazania odnosiły się do Vivace (111 wskazań) oraz Polpril (110 wskazań). Pozostałe leki charakteryzują się znacząco niższą ilością wskazań przez respondentów. Szczegółowe wyniki można znaleźć w tabeli poniżej.

**Tabela 4. Jaki ACE-I stosuje Pani/Pan najczęściej? – ACE-I wskazywane częściej niż 10 wskazań**

Wskazywany ACE-I:	N
Prestarium	154
Tritace	141
Vivace	111
Polpril	110
Ramipril	41
Piramil	35
Lizynopryl	33
Axtil	30
Ampril	23
Perindopril	22
Gopten	21
Ramve	13
Prenessa	11

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

W przypadku rozpoczynania leczenia nadciśnienia tętniczego od stosowania sartanu w monoterapii lekarze najczęściej stosują dawkę 80 mg. Respondenci najczęściej jednak rozpoczynają leczenie nadciśnienia tętniczego od stosowania cząsteczki Valasartan w dawce 160 mg (59 wskazań). Szczegółowe informacje na temat stosowanej cząsteczki oraz dawki inicjującej przedstawia poniższa tabela.

**Tabela 5. W przypadku rozpoczynania leczenia nadciśnienia tętniczego od stosowania sartanu w monoterapii jaką dawkę leku stosuje Pani/Pan najczęściej?**

Cząsteczka:	Dawka inicjująca:	N
Actelsar	80 mg	2
Bespres	80 mg	3
Candesartan	8 mg	6
Carzap	16 mg	5
	8 mg	4
Karbis	8 mg	3
Losacor	50 mg	2
Losartan	50 mg	19
Lozap	50 mg	3
Sartan	80 mg	3
Telmisartan	40 mg	24
	80 mg	18
Tezeo	40 mg	10
	80 mg	3
Valasartan	40 mg	6
	80 mg	48
	160 mg	59
Valsacor	80 mg	3
	160 mg	3
Valtap	80 mg	16
	160 mg	6

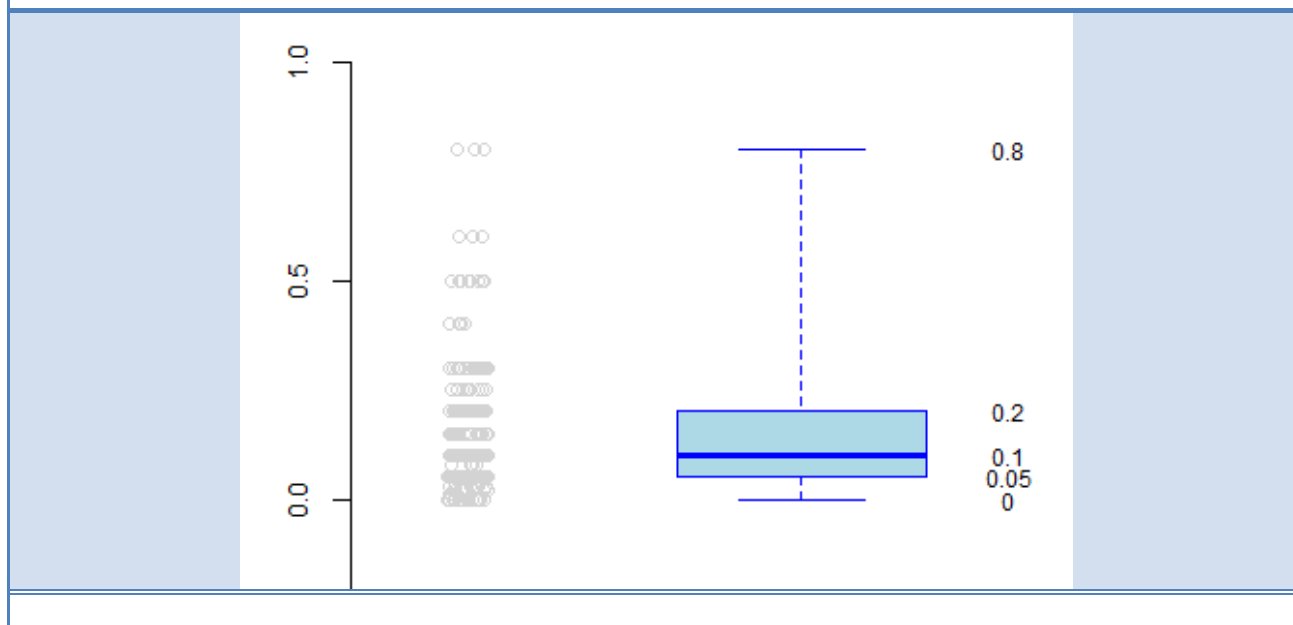
W przypadku rozpoczynania leczenia nadciśnienia tętniczego od stosowania ACE-I w monoterapii uczestnicy badania najczęściej stosują dawkę 5 mg. Leczenie nadciśnienia tętniczego najczęściej rozpoczynane jest od stosowania cząsteczki Ramipril właśnie w takiej dawce inicjującej. Szczegółowe informacje na temat stosowanej cząsteczki oraz dawki inicjującej przedstawia tabela poniżej.

**Tabela 6. W przypadku rozpoczynania leczenia nadciśnienia tętniczego od stosowania ACE-I w monoterapii jaką dawkę leku stosuje Pani/Pan najczęściej?**

Cząsteczka:	Dawka inicjująca:	N
Ramipril	2,5 mg	3
	5 mg	104
	10 mg	38
Accupro	10 mg	3
Ampril	5 mg	3
Chinapril	20 mg	3
Perindopril	4 mg	5
	5 mg	25
Piramil	5 mg	3
Polpril	5 mg	11
Prestarium	5 mg	13
Trandalopril	2 mg	4
Tritace	2,5 mg	3
	5 mg	14
	10 mg	8
Vivace	5 mg	6
	10 mg	5

W chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego 50% respondentów farmakoterapię rozpoczyna od leczenia skojarzonego (sartan + inny leki hipotensyjny) u co najmniej 10% pacjentów. 25% ankietowanych czyni to z kolei u co najwyżej 5% pacjentów.

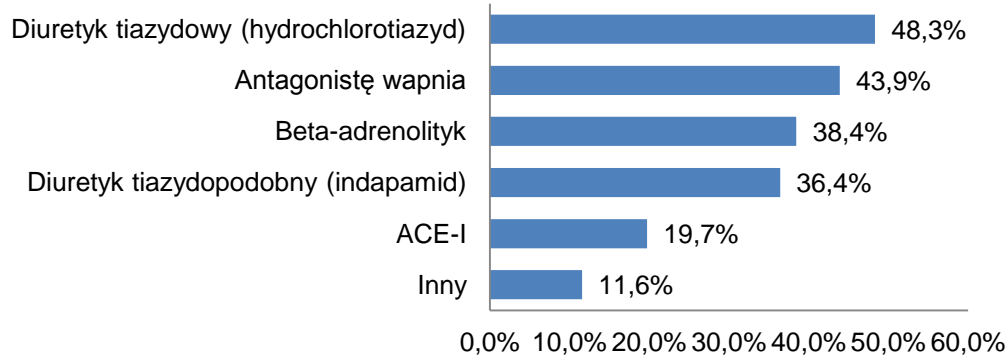
**Rysunek 24. U jakiego odsetka (procent) pacjentów w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego farmakoterapię rozpoczyna Pani/Pan od leczenia skojarzonego: sartan + inny leki hipotensyjny?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

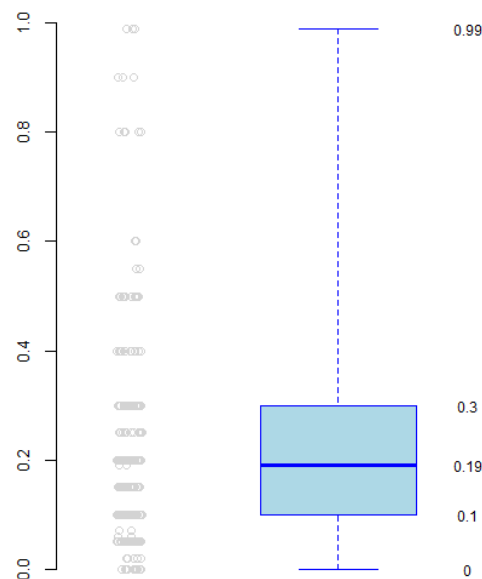
W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu sartan + inny lek, jako drugi lek, najczęściej wskazywano Diuretyk tiazydowy (hydrochlorotiazyd). Został on wskazany przez 48,3% respondentów. Nieco rzadziej lekarze wskazywali na antagonistę wapnia (43,9% wskazań, najczęściej wskazywano na Amlodypinę), Beta-adrenolityk (38,4% wskazań, najczęściej wskazywano na Nebiwołol), Diuretyk tiazydopodobny (indapamid) (36,4% wskazań) oraz ACE-I (19,7% wskazań, najczęściej wskazywano na Ramipril). 11,6% ankieterowanych podało również inne leki, wśród których najczęściej wskazywano Doxazosynę (8 wskazań).

**Rysunek 25. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu sartan + inny lek, jako drugi lek najczęściej wybiera Pani/Pan:**



Przeciętny odsetek pacjentów (mediana), u których w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego farmakoterapię rozpoczyna się od schematu ACEI + inny lek hipotensyjny wynosi 19%. U  $\frac{1}{4}$  lekarzy wartość tego odsetka wynosiła co najmniej 30%, jak również u analogicznej wielkości grupy badanych lekarzy wartość tego odsetka stanowiła nie więcej niż 10%.

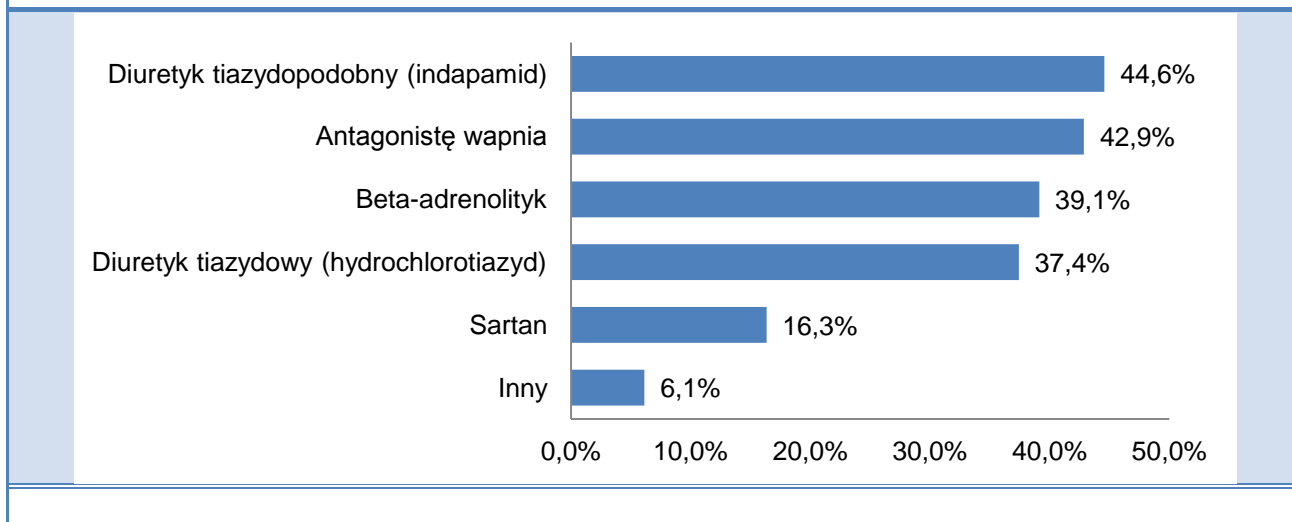
**Rysunek 26. U jakiego odsetka (procent) pacjentów w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego farmakoterapię rozpoczyna Pani/Pan od leczenia skojarzonego: ACEI + inny leki hipotensyjny?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

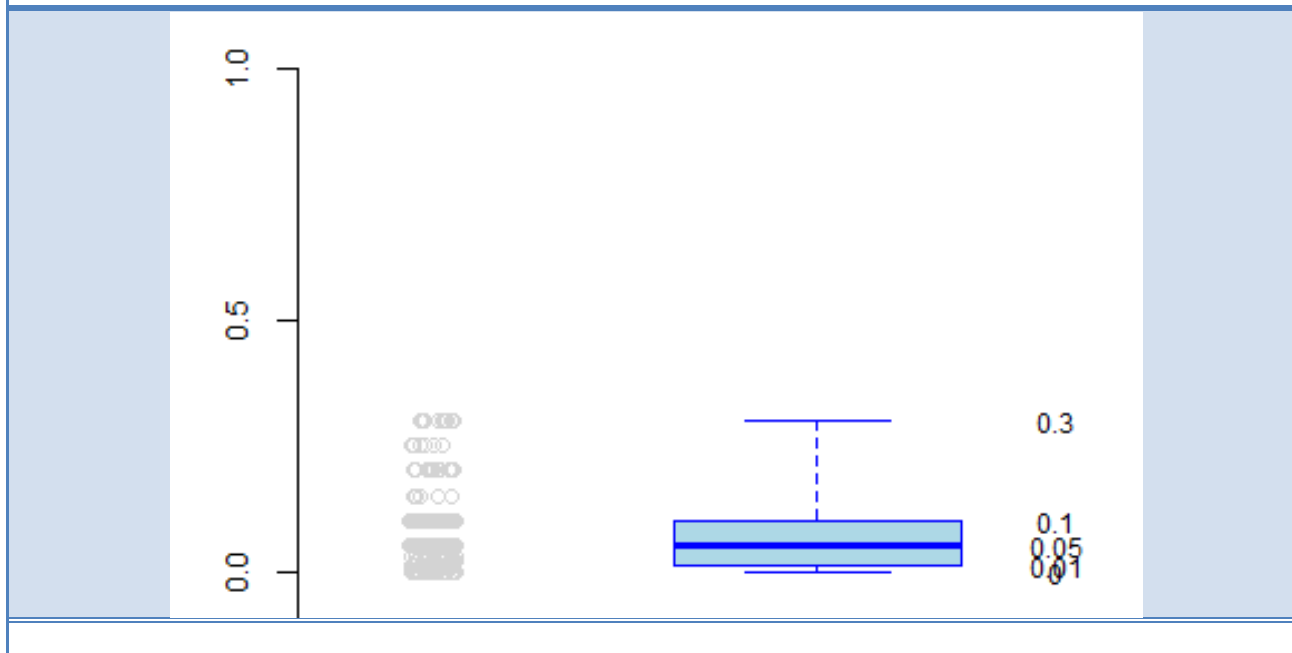
W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu ACE-I + inny lek, jako drugi lek respondenci najczęściej wybierają Diuretyk tiazydopodobny (indapamid). Został on wskazany przez 44,6% lekarzy (wśród leków z tej grupy najczęściej wskazywano Tertensif). Również często wybierany przez respondentów jest antagonistą wapnia (42,9% wskazań), a następnie Beta-adrenolityk (39,1% wskazań, najczęściej wskazywano bisocard), Diuretyk tiazydowy (hydrochlorotiazyd) (37,4% wskazań) oraz sartan (16,3% wskazań, najczęściej wskazywano Valtap).

**Rysunek 27. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu ACE-I + inny lek, jako drugi lek najczęściej wybiera Pani/Pan:**



Przeciętny odsetek pacjentów (mediana), u których farmakoterapię rozpoczyna się od schematu trójlekowego wynosi 5%. Co czwarty uczestnik badania wskazał, że odsetek ten jest nie mniejszy niż 10%. Zgodnie z odpowiedziami  $\frac{1}{4}$  ankietowanych wartość tego odsetka wynosi co najwyżej 1%.

**Rysunek 28. U jakiego odsetka pacjentów farmakoterapię nadciśnienia tętniczego rozpoczyna Pani/Pan od schematu trójlekowego?**

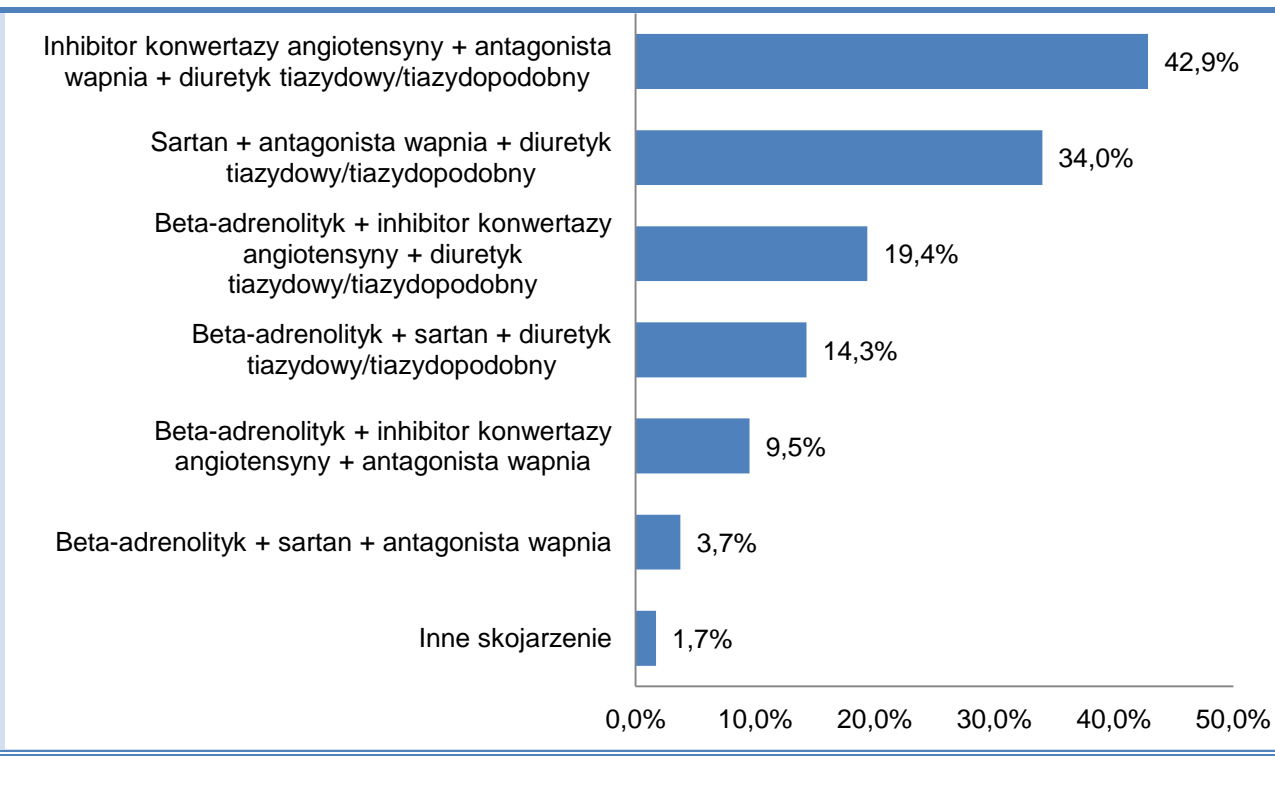


Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



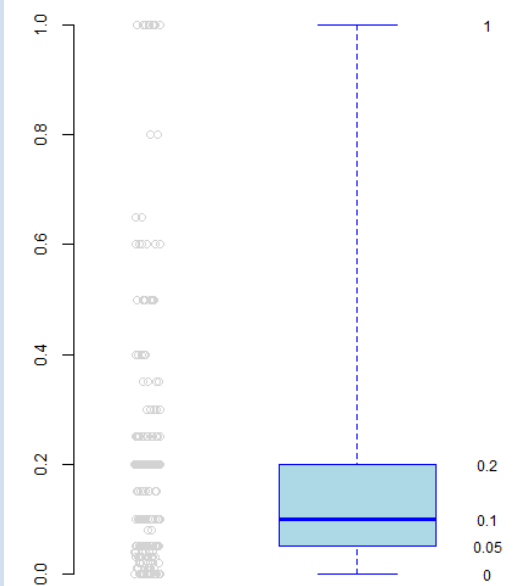
W przypadku rozpoczęcia farmakoterapii od schematu trójlekowego najczęściej kojarzono Inhibitor konwertazy, Antagonistę wapnia i Diuretyk tiazydowy/tiazydopodobny (42,9% wskazań). Co trzeci lekarz wskazał natomiast na schemat: Sartan, Antagonista wapnia i Diuretyk tiazydowy/tiazydopodobny. Natomiast co piąty respondent wskazał na schemat zawierający Beta-adrenolityk, Inhibitor konwertazy i Diuretyk tiazydowy/tiazydopodobny. Wszystkie wskazania przedstawia poniższy rysunek.

**Rysunek 29. W przypadku rozpoczęcia farmakoterapii od schematu trójlekowego, jakie grupy leków kojarzy Pani/Pan najczęściej?**



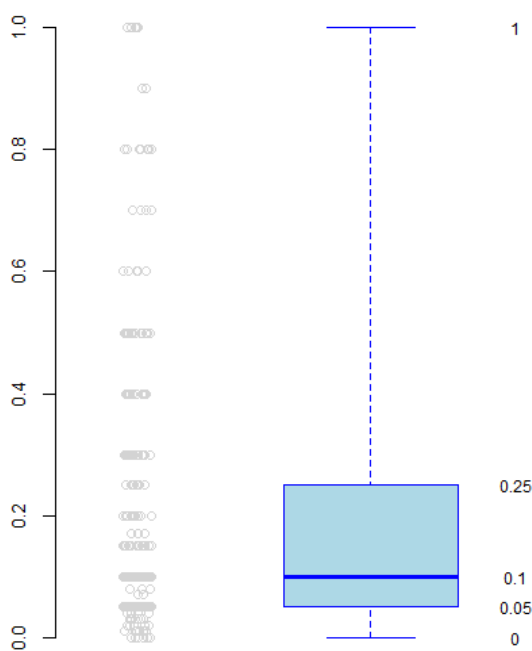
Przeciętny odsetek pacjentów (mediana), u których respondenci rozpoczynają leczenie nadciśnienia tętniczego od stałych połączeń lekowych wynosi 10%. Co czwarty ankietowany wskazał z kolei, że odsetek ten jest nie mniejszy niż 20%.

**Rysunek 30. U jakiego odsetka pacjentów rozpoczyna Pani/Pan leczenia nadciśnienia tętniczego od stałych połączeń lekowych?**



Wartość środkowa odsetka pacjentów, wskazywana przez uczestników badania, dla których wdrożenie do leczenia sartanu związane jest z nietolerancją wcześniej stosowanych leków wynosi 10%. 25% lekarzy zadeklarowało z kolei, że taka sytuacja występuje u co najmniej 25% ich pacjentów.

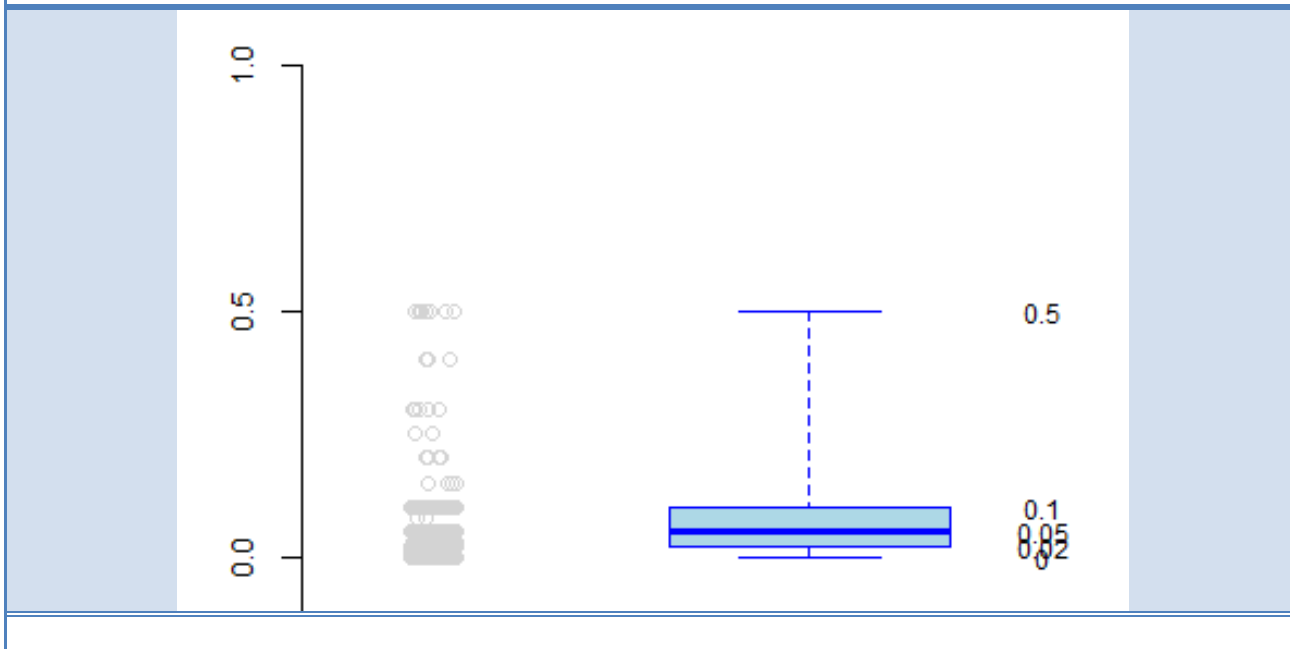
**Rysunek 31. U jakiego odsetka pacjentów wdrożenie do leczenia sartanu związane jest z nietolerancją wcześniej stosowanych leków?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

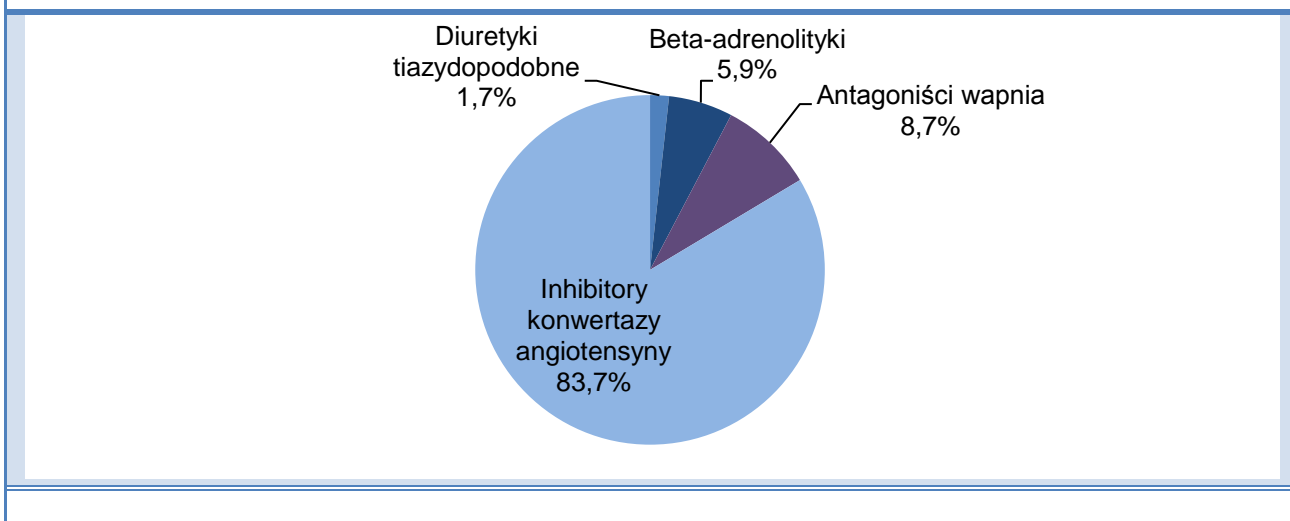
Z kolei przeciętna wartość odsetka pacjentów (mediana), dla których wdrożenie do leczenia ACE-I związane jest z nietolerancją wcześniej stosowanych leków wynosi 5%. 25% badanych zadeklarowało natomiast, że taka sytuacja występuje u co najmniej 10% ich pacjentów.

**Rysunek 32. U jakiego odsetka pacjentów wdrożenie do leczenia ACE-I związane jest z nietolerancją wcześniej stosowanych leków?**



Preparaty z grupy Inhibitorów konwertazy angiotensyny są ze względu na ich złą tolerancję/działania niepożądane najczęściej zastępowane sartanem. Zamiana ta dokonywana jest przez aż 83,7% lekarzy biorących udział w programie. Zdarza się, że zmianie ulegają preparaty z grupy Antagonistów wapnia (8,7% wskazań), Beta-andrenolityków (5,9% wskazań), Diuretyków tiazydopodobnych (1,7% wskazań).

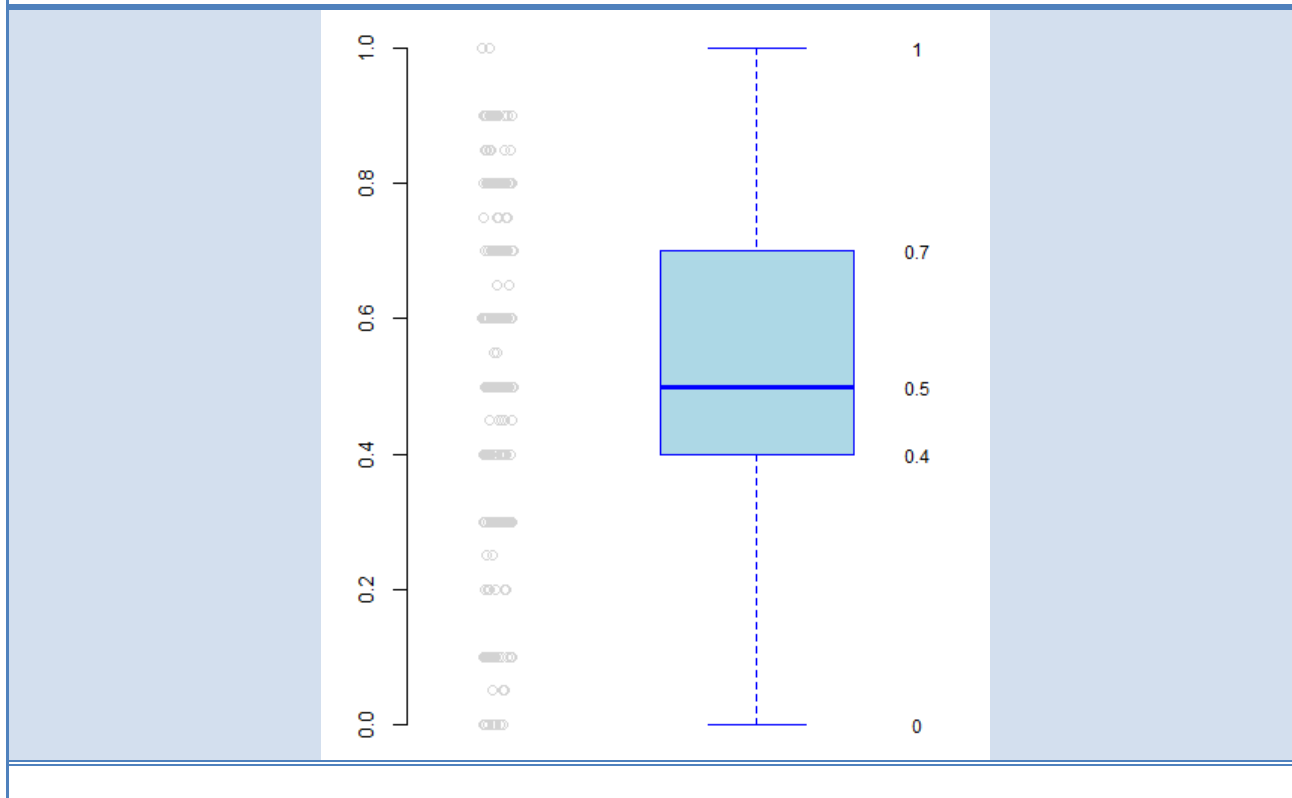
**Rysunek 33. Preparaty z jakiej grupy leków hipotensyjnych, ze względu na ich złą tolerancję/działania niepożądane, zastępuje Pani/Pan sartanem najczęściej?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Przeciętny odsetek pacjentów (mediana), będących pod opieką respondentów i przyjmujących z powodu nadciśnienia tętniczego jednocześnie inne, pozahipotensyjne leki, wynosi 50%. Co czwarty ankietowany wskazał natomiast, że odsetek tych pacjentów wynosi co najmniej 70%.

**Rysunek 34. Jaki procent pacjentów leczonych przez Panią/Pana z powodu nadciśnienia tętniczego przyjmuje jednocześnie inne, pozahipotensyjne leki?**



Zgodnie ze wskazaniami 94,2% lekarzy, spośród grupy leków pozahipotensyjnych pacjenci z nadciśnieniem tętniczym najczęściej przyjmują leki hipolipemizujące. Wśród nich najczęściej wskazywano na Statyny (229 wskazań) oraz Fibraty (50 wskazań). Znaczny odsetek respondentów (83,3%) wskazał w tym obszarze doustne leki przeciwcukrzycowe. Spośród leków przeciwcukrzycowych najczęściej wymieniano Metforminę (203 wskazania) oraz Pochodne Sulfonylomocznika (100 wskazań). 81,3% lekarzy zadeklarowało natomiast, że ich pacjenci z nadciśnieniem tętniczym najczęściej przyjmują Inhibitory pompy protonowej (wśród nich najczęściej wymieniano Pantoprazol (180 wskazań) oraz Omeprazol (109 wskazań)). W dalszej kolejności wskazywano na Diuretyki ze wskazań innych niż nadciśnienie tętnicze (wśród nich najczęściej wskazywano Spironolakton (132 wskazania), Torasemid (125 wskazań) oraz Furosemid (121 wskazań)), Beta-adrenolityki ze wskazań innych niż nadciśnienie tętnicze (wśród nich najczęściej wskazywano Bisoprolol (128 wskazań), Metoprolol (108 wskazań), Karwedilol (100 wskazań) oraz Nebiwolol (83 wskazania)), leki przeciwpłytkowe, objawowe leki przeciwniedokrwienne (wśród nich wskazywano długodziałające Nitraty (103 wskazania), trimetazydynę (102 wskazania) oraz krótkodziałające Nitraty (56 wskazań)) oraz Insulinę. Pozostałe grupy leków pozahipotensyjnych wskazywane były przez mniej niż połowę ankietowanych. Szczegółowe informacje prezentuje poniższy rysunek.

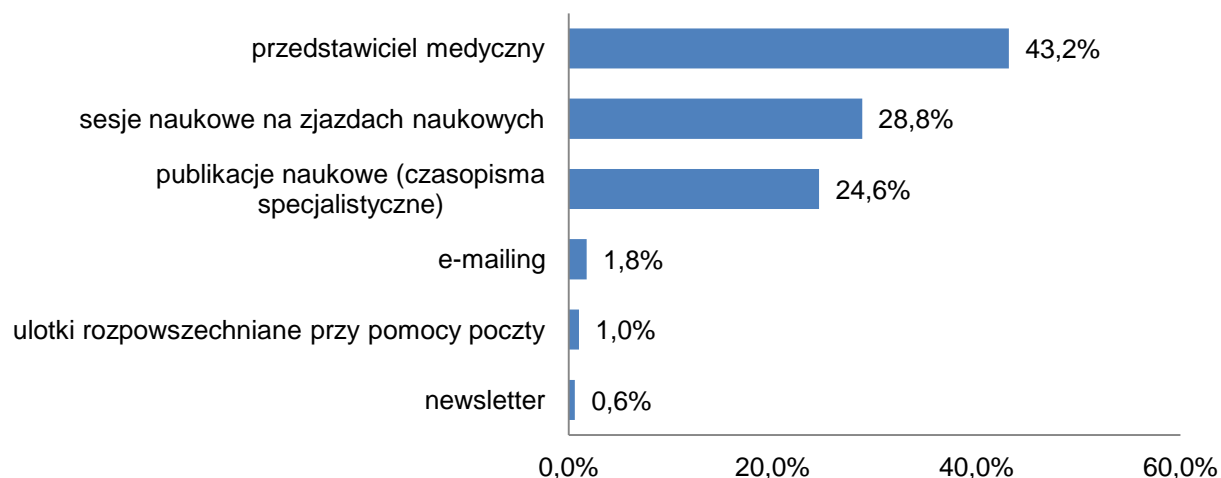
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 35. Jakie grupy leków pozahipotensyjnych przyjmują najczęściej leczeni przez Panią/Pana pacjenci z nadciśnieniem tętniczym?**



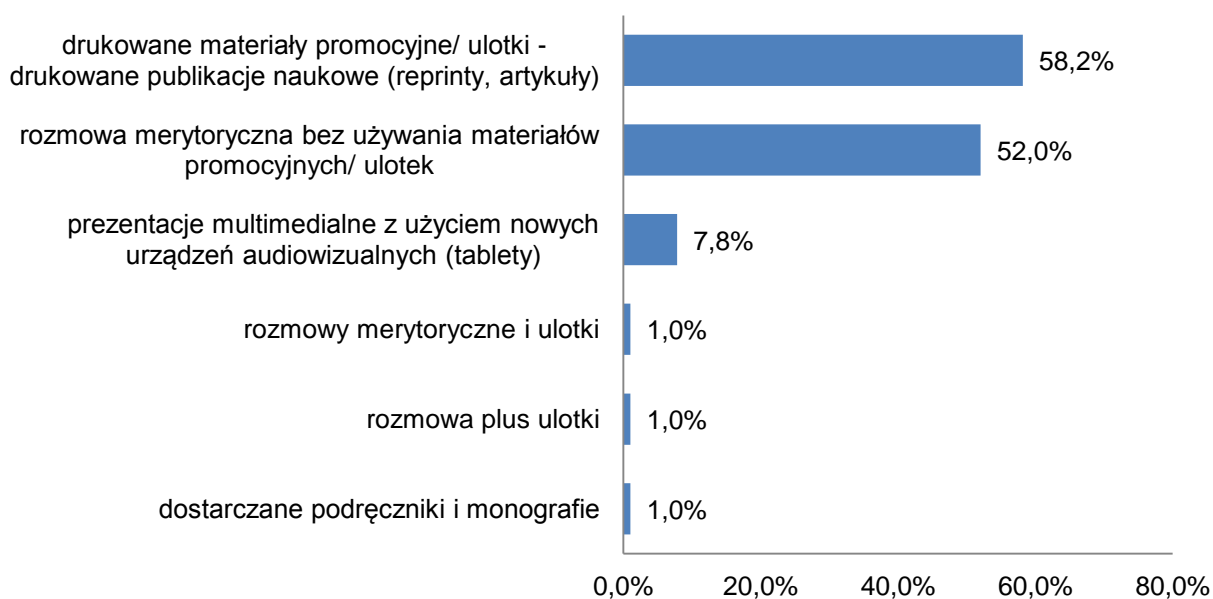
Jako najprzydatniejszą promocję leków hipotensyjnych ankietowani najczęściej wskazywali przedstawiciela medycznego. Taką opcję wskazano w 43,2% przypadków. Blisko 29% respondentów chciałoby uczestniczyć w sesjach naukowych, które odbywałyby się na zjazdach naukowych. Z kolei 24,6% ankietowanych lekarzy chętnie korzysta z publikacji naukowych, czasopism specjalistycznych. Najrzadziej wskazywanymi formami promocji były e-mailing (1,8%), ulotki rozpowszechniane przy pomocy poczty (1,0%) oraz newsletter (0,6%).

**Rysunek 36. Jaka promocja leków hipotensyjnych jest najprzydatniejsza dla Pana/i?**



Najczęściej wymienianymi przez respondentów materiałami, jakie w ich opinii są w największym stopniu używane w promocji przedstawiciela medycznego, są drukowane materiały promocyjne, ulotki oraz drukowane publikacje naukowe. Taką odpowiedź wskazało ponad 58,2% ankietowanych. 52% lekarzy uznało, że jest to rozmowa merytoryczna, która przebiega bez używania materiałów promocyjnych czy ulotek. Znacznie mniej liczna grupa respondentów wskazała na prezentacje multimedialne wykorzystujące nowe urządzenia audiowizualne (7,8%). 1% opiniodawców wskazał na rozmowy merytoryczne i ulotki, następnie na rozmowy wraz z prezentacją ulotki oraz na dostarczane podręczniki i monografie.

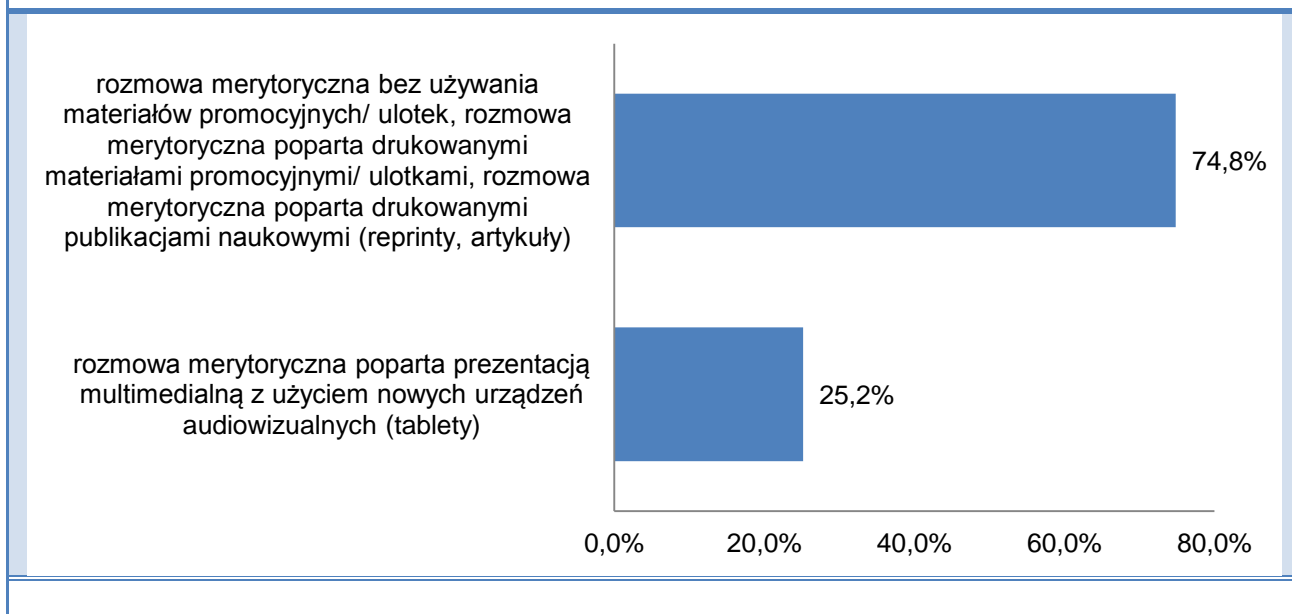
**Rysunek 37. Jakie materiały w Pana/i opinii używane są najczęściej w promocji przez przedstawiciela medycznego?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

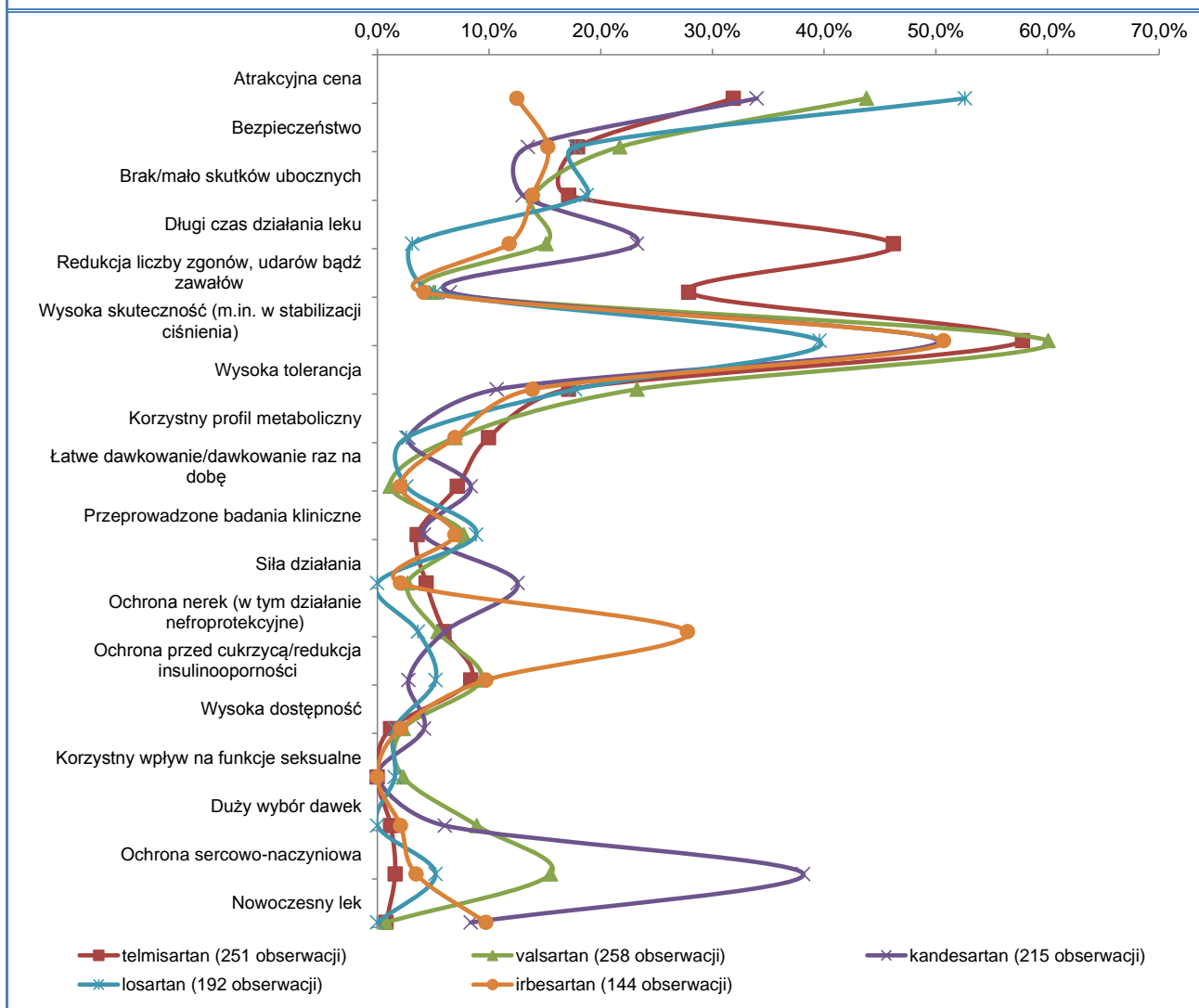
W czasie wizyty przedstawiciela medycznego najczęściej oczekiwaną formą promocji jest rozmowa merytoryczna, która może przebiegać bez używania materiałów promocyjnych czy ulotek, jak również z ich wykorzystaniem bądź rozmowa poparta drukowanymi publikacjami naukowymi. Za wyżej wymienionymi formami opowiedziało się 74,8% lekarzy. Co czwarty respondent wyraził satysfakcję z rozmowy merytorycznej popartej prezentacją multimedialną, w której wykorzystano nowe urządzenia audiowizualne, takie jak np. tablety.

**Rysunek 38. Które z poniższych form promocji przedstawiciela medycznego najbardziej spełniają Pana/i oczekiwania?**



Uczestnicy badania wymienili korzyści leków z grupy sartanów najczęściej przedstawiane podczas promocji przedstawicieli medycznych. W odniesieniu do wszystkich leków z grupy sartanów często wymieniano ich wysoką skuteczność (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Valsartanu), atrakcyjną cenę (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Losartanu), długi czas działania leku (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Telmisartanu) oraz ochronę nerek (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Irbesartanu) i ochronę sercowo-naczyniową (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Kandesartanu).

**Rysunek 39. Najczęściej wymieniane korzyści leków z grupy sartanów podczas promocji przedstawicieli medycznych**

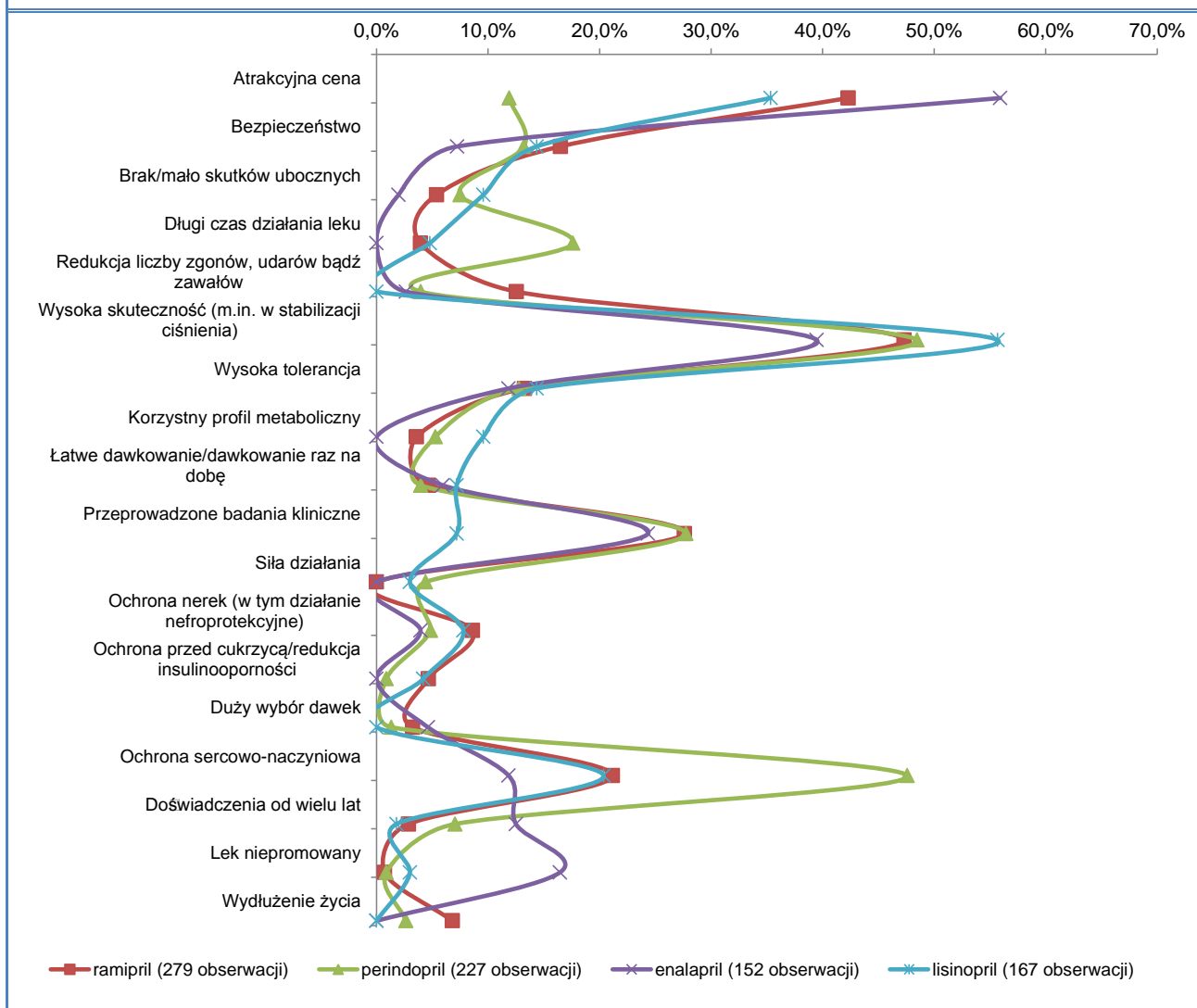


Uczestnicy badania wymienili korzyści leków z grupy ACE-I najczęściej przedstawiane podczas promocji przedstawicieli medycznych. W odniesieniu do wszystkich leków z grupy ACE-I często wymieniano ich wysoką skuteczność (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Lisinoprilu), atrakcyjną cenę (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Enalaprilu), ochronę sercowo-naczyniową (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Perindoprilu) oraz przeprowadzone badania kliniczne (najczęściej korzyść ta wskazywana była w odniesieniu do Perindoprilu i Ramiprilu).

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



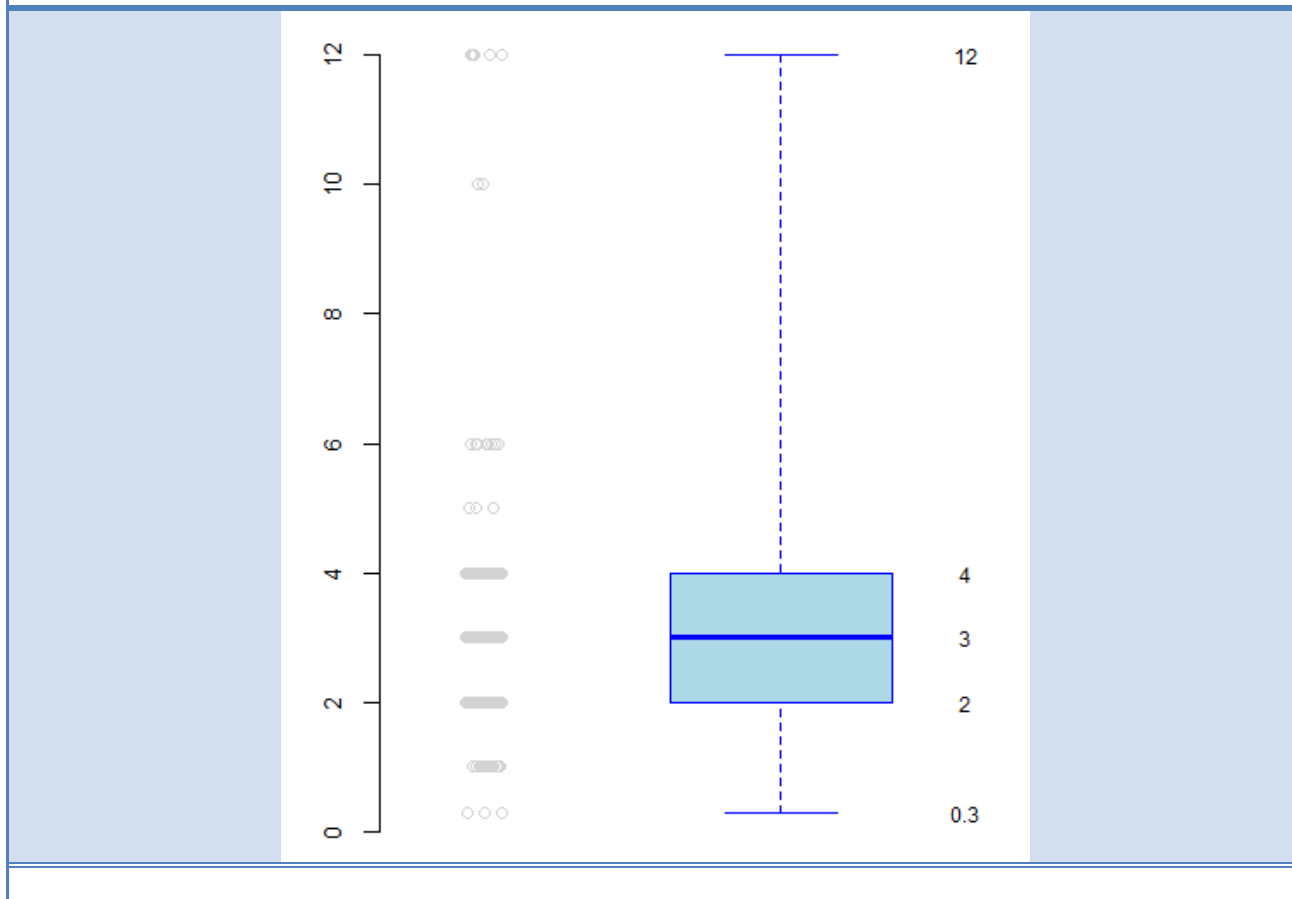
**Rysunek 40. Najczęściej wymieniane korzyści leków z grupy ACE-I podczas promocji przedstawicieli medycznych**



## OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA HIPOTENSYJNEGO

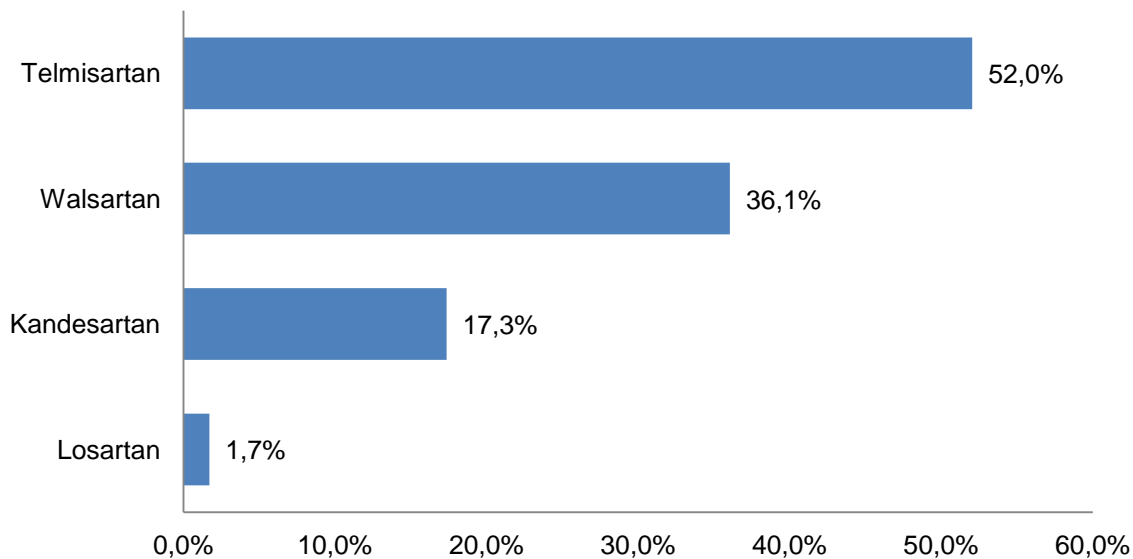
Połowa respondentów kontroluje skuteczność zastosowanego schematu farmakoterapii po upływie okresu co najmniej 3 tygodni od wdrożenia leczenia nadciśnienia tętniczego.  $\frac{1}{4}$  lekarzy rozpoczęła kontrolę nie wcześniej niż po 4 tygodniach. Najpóźniej na kontrolę skuteczności zdecydowano się po 12 tygodniach, a najwcześniej po 2 dniach.

**Rysunek 41. W jakim czasie, to jest po ilu tygodniach od wdrożenia leczenia nadciśnienia tętniczego, kontroluje Pani/Pan skuteczność zastosowanego schematu farmakoterapii?**



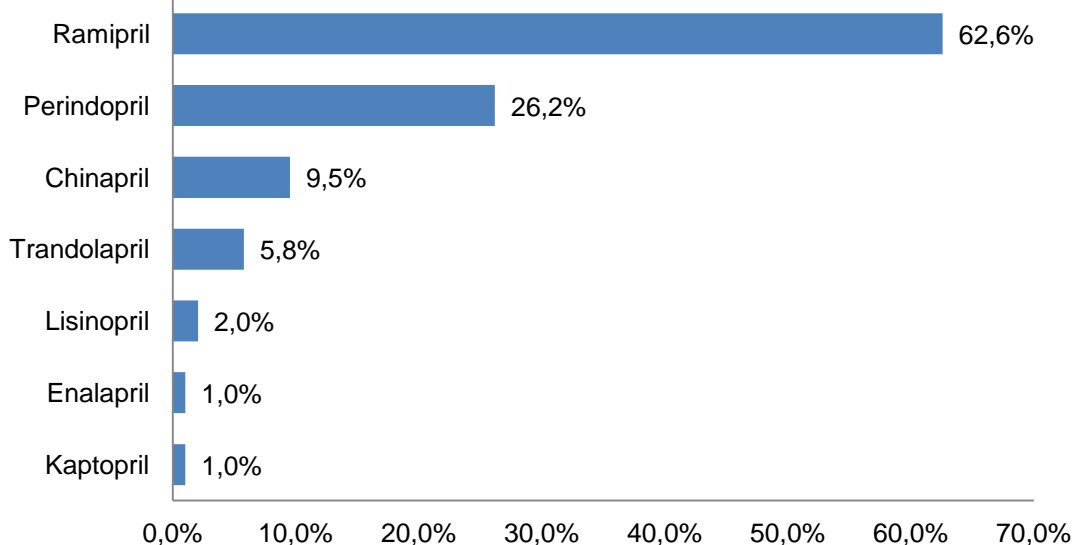
W kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii najskuteczniejszym spośród sartanów okazał się być Telmisartan z 52,0% poparciem respondentów. Niewiele ponad 36% ankietowanych stwierdziło natomiast, że jest nim Walsartan, a 17,3% wskazało na Kandesartan. Nieliczna grupa lekarzy jako najskuteczniejszy lek wybrała Losartan (1,7%).

**Rysunek 42. Który spośród sartanów jest według Pani/Pana opinii najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii?**



Biorąc pod uwagę stosowane leki ACE-I, do redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii najskuteczniejszym, zdaniem ankieterowanych, okazał się być Ramipril. Zdecydowana większość lekarzy wskazała właśnie taką odpowiedź (62,6%). Nieco ponad co czwarty uczestnik badania wskazał Perindopril (26,2%), a co dziesiąty Chinapril (9,5%). Znacznie mniejszy odsetek ankieterowanych stwierdził, że najskuteczniejszymi w tym kontekście lekami są Trandolapril (5,8%), Lisinopril (2,0%), Enalapril (1,0%) oraz Kaptopril (1,0%).

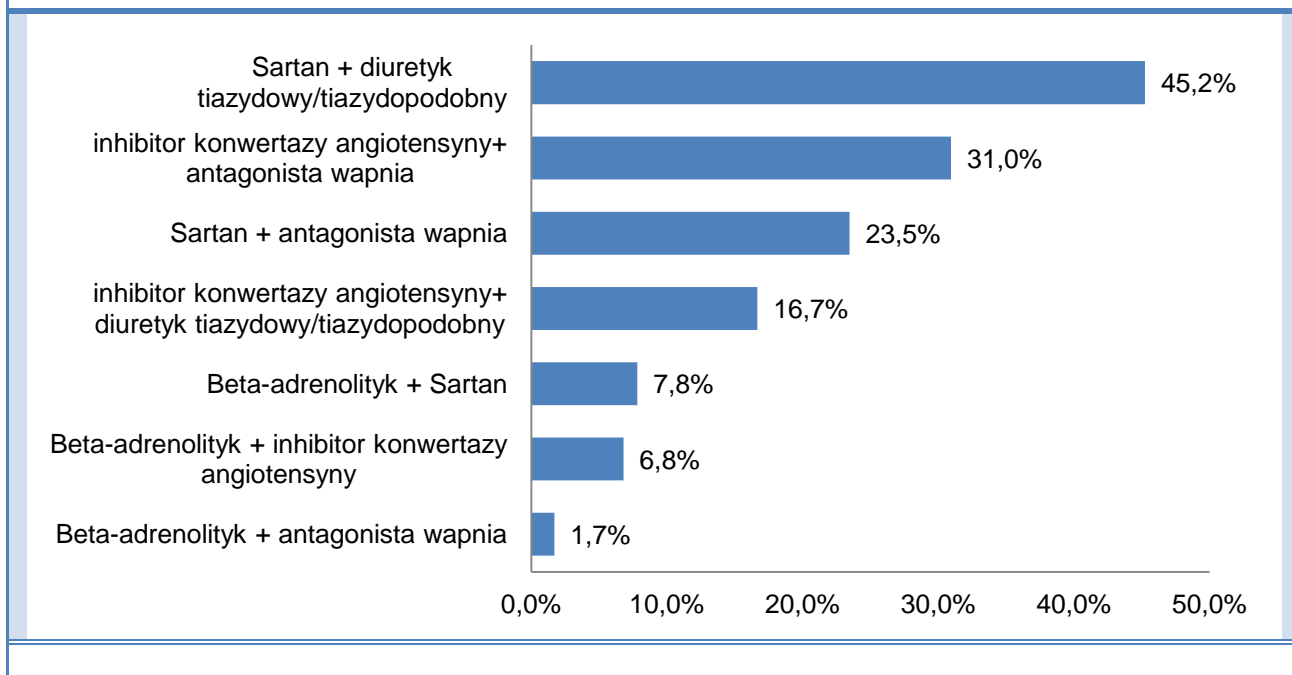
**Rysunek 43. Który spośród ACE-I jest według Pani/Pana opinii najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Najsukuteczniejszym schematem leczenia skojarzonego dwulekowego według lekarzy okazał się być zestaw Sartan i Diuretyk tiazydowy/tiazydopodobny. Takiego zdania było 45,2% respondentów. Dla niespełna co trzeciej osoby był to Inhibitor konwertazy angiotensyny i antagonistą wapnia. 23,5% osób wskazała sartan oraz antagonistę wapnia, z kolei 16,7% lekarzy zdecydowała, że jest to Inhibitor konwertazy angiotensyny wraz z Diuretykiem tiazydowym/tiazydopodobnym. Schematy, które wskazały grupy liczące mniej niż 10,0% badanych to Beta-adrenolityk i Sartan (7,8%), Beta-adrenolityk i Inhibitor konwertazy angiotensyny (6,8%) oraz Beta-adrenolityk z Antagonistą wapnia (1,7%).

**Rysunek 44. Jaki schemat leczenia skojarzonego dwulekowego jest według Pani/Pana opinii najsukuteczniejszy?**



Z powodu leczenia nadciśnienia tętniczego konieczne są wizyty kontrolne. Najczęściej zaleca się odwiedzić gabinet lekarski raz na 3 miesiące. Stwierdziło tak najwięcej, bo 155 lekarzy. Znacząca ilość respondentów (120 osób) jest jednak innego zdania i preferuje comiesięczną wizytę pacjentów. Bardzo niewielu lekarzy uznało, że wystarczy jedna wizyta na pół roku (16 osób) lub jedna wizyta w ciągu dwóch miesięcy (14 osób). Sporadycznie zdarzało się, że lekarze zalecali inną częstotliwość wizyt kontrolnych. Dwóch lekarzy prosi pacjentów o co 2 tygodniowe wizyty, inni zalecają na początku leczenia więcej wizyt, co najmniej raz na miesiąc (3 osoby). Częstotliwość wizyt może być inna, gdyż zależy od stopnia nadciśnienia i powikłań narządowych oraz od momentu uzyskania normalizacji RR.

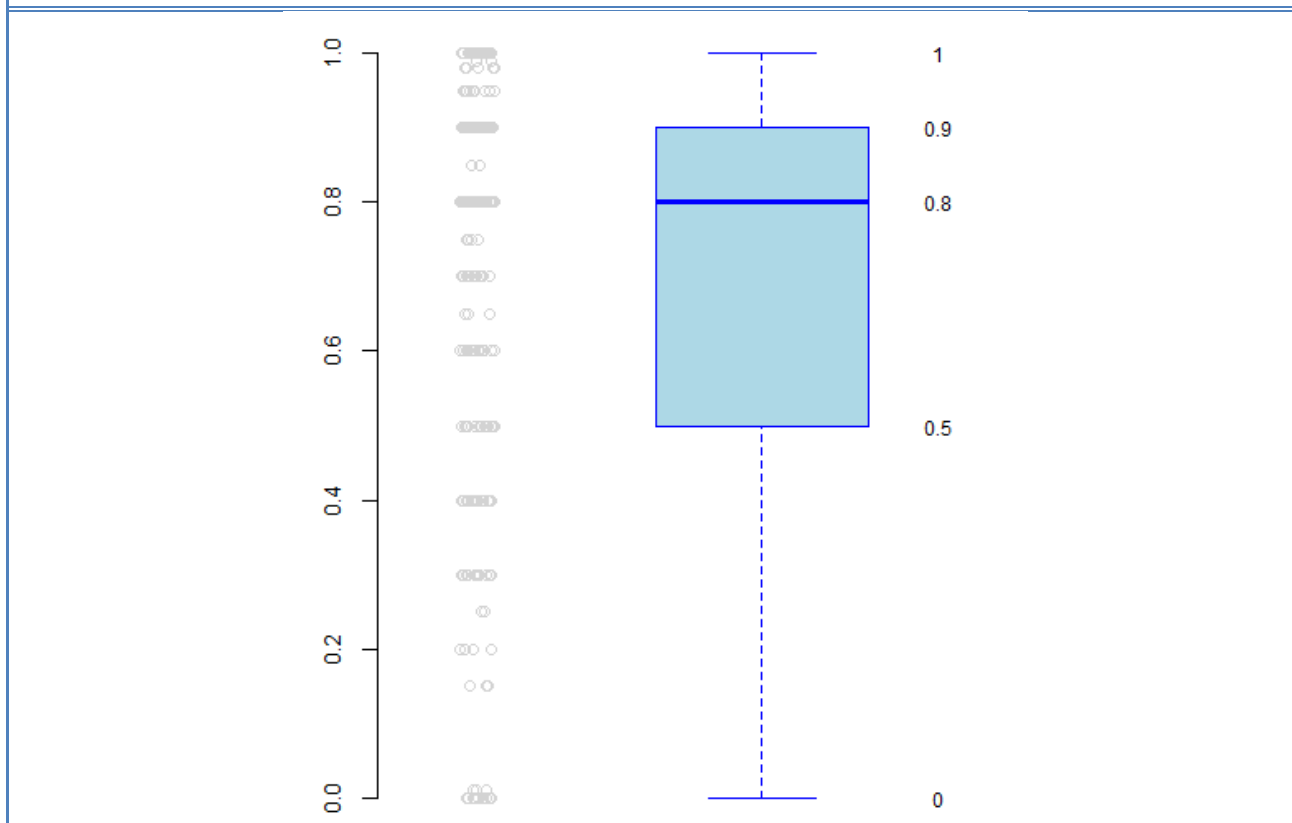
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Tabela 7. Jaką częstotliwość wizyt kontrolnych zaleca Pani/Pan swoim pacjentom leczonym z powodu nadciśnienia tętniczego?**

Częstotliwość:	N
1x/miesiąc	120
1x/3 miesiące	155
1x/pół roku	16
1x/2 miesiące	14
co 2 tygodnie	2
na początku leczenia częściej, co najmniej raz na miesiąc	3
od momentu uzyskania normalizacji RR	3
to zależy od stopnia nadciśnienia i powikłań narządowych	3

U przynajmniej 80% pacjentów połowa ankietowanych zaleca leki hipotensyjne w standardowych opakowaniach (28-30 tabletek).  $\frac{1}{4}$  lekarzy zaleca je w przynajmniej 90% przypadków. Analogicznej wielkości grupa stosuje te leki u co najwyżej 50% pacjentów.

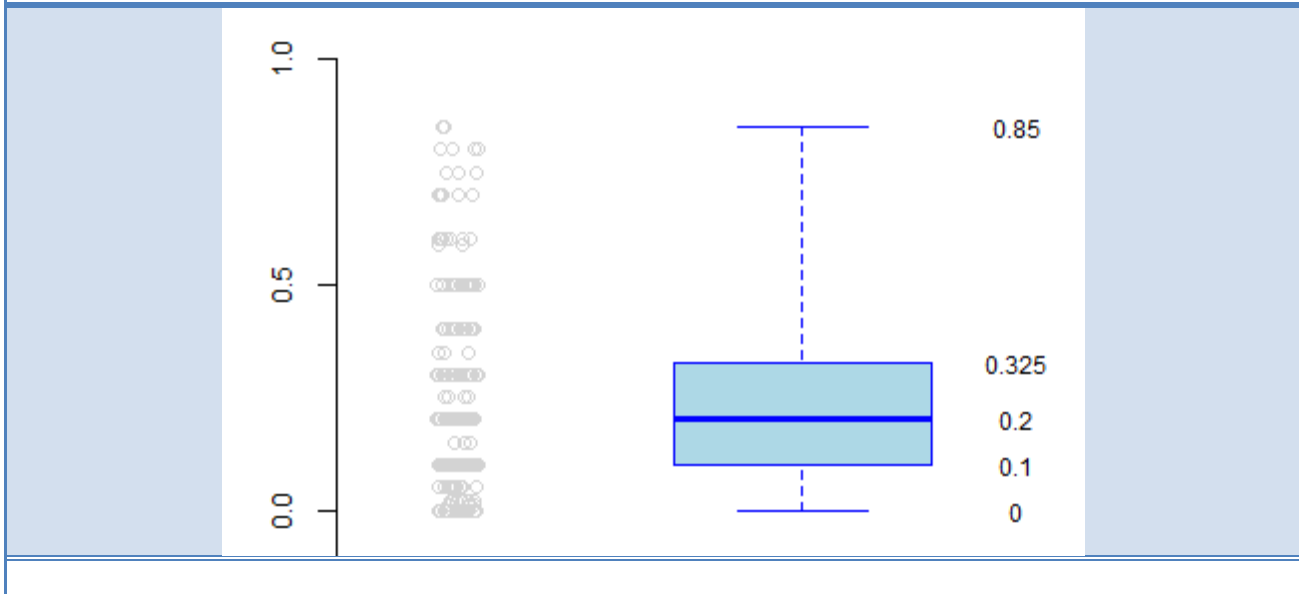
**Rysunek 45. U jakiego odsetka pacjentów zaleca Pani leki hipotensyjne w standardowych opakowaniach (28-30 tabl.)?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

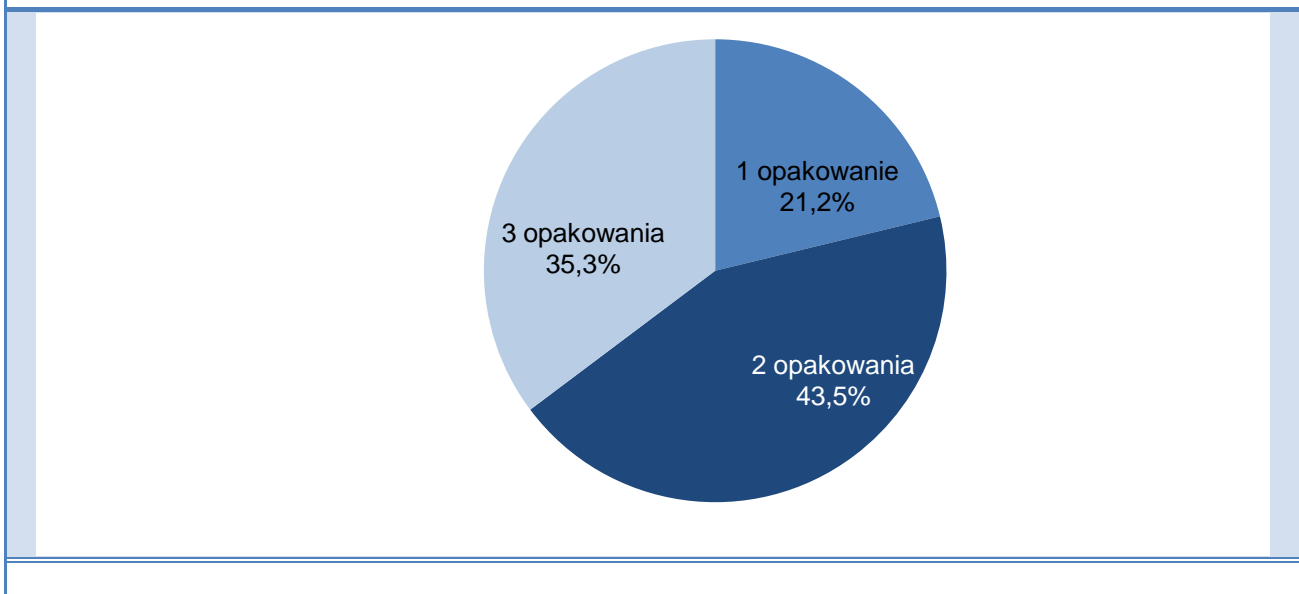
Wartość środkowa odsetka pacjentów (mediana), u których zalecane są leki hipotensyjne w ponadstandardowych opakowaniach (więcej niż 28-30 tabletek) wynosi 20%. 25% respondentów zaleca je z kolei u co najmniej 32,5% pacjentów.

**Rysunek 46. U jakiego odsetka pacjentów zaleca Pani leki hipotensyjne w ponadstandardowych opakowaniach (więcej niż 28 – 30 tabl.)?**



W terapii NT do czasu następnej wizyty 43,5% ankieterów przepisuje 2 opakowania standardowe danego preparatu, które zawierają od 28 do 30 tabletek w jednym opakowaniu. Trzy opakowania przepisywane są przez 35,3% respondentów, a przeszło co piąta badana osoba podejmuje decyzję o przepisaniu 1 opakowania tabletek.

**Rysunek 47. W terapii NT ile opakowań standardowych (28-30 tabl.) danego preparatu przepisuje Pan/i do czasu następnej wizyty?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

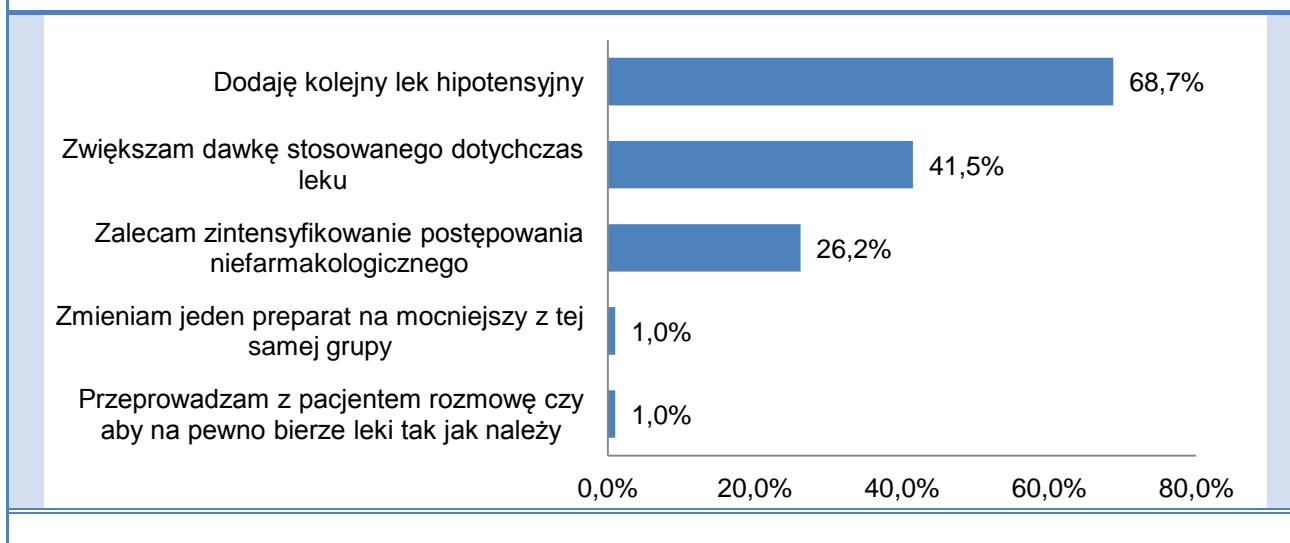
Wśród najczęstszych przyczyn przepisywania pacjentowi lekarstw w ponadstandardowych opakowaniach (56 tabl.) ankietowani lekarze podawali przyczyny ekonomiczne oraz zmniejszenie częstotliwości wizyt (odpowiednio 243 wskazania i 119 wskazań). Najczęstsze wskazania (częstsze niż 10 wskazań) zaprezentowano w poniższej tabeli.

**Tabela 8. Z jakich przyczyn podejmuje Pani/Pan najczęściej decyzję o przepisaniu pacjentowi lekarstw w ponadstandardowych opakowaniach (56 tabl.) (możliwość wskazania 3 powodów)? – w zestawieniu ujęto wskazania częstsze niż 10**

Przyczyna:	N
ekonomiczne (mniejszy koszt terapii)	243
rzadsze wizyty	119
skuteczność leczenia (dobrze kontrolowane nadciśnienie)	60
wygoda dla pacjenta	60
prośba pacjenta	46
większa szansa systematycznego zażywania	34
dobra współpraca z pacjentem	29
wyjazd pacjenta	27
dłuższy czas terapii	15
ciągłość leczenia	11

Zdarza się, że zastosowane leczenie nie przynosi oczekiwanego rezultatu i okazuje się bezskuteczne. W takim przypadku lekarze najczęściej dołączają kolejny lek hipotensyjny. W taki sposób postępuje aż 68,7% lekarzy biorących udział w ankiecie. Na zwiększenie dawki stosowanego dotychczas leku decyduje się 41,5% ankietowanych. Co czwarty respondent zaleca w takim przypadku zintensyfikowane postępowanie nefarmakologiczne (26,2%). Tylko jeden procent zapytanych dokonuje zamiany jednego preparatu na mocniejszy z tej samej grupy lub przeprowadza z pacjentami rozmowę czy aby na pewno biorą lek tak, jak należy.

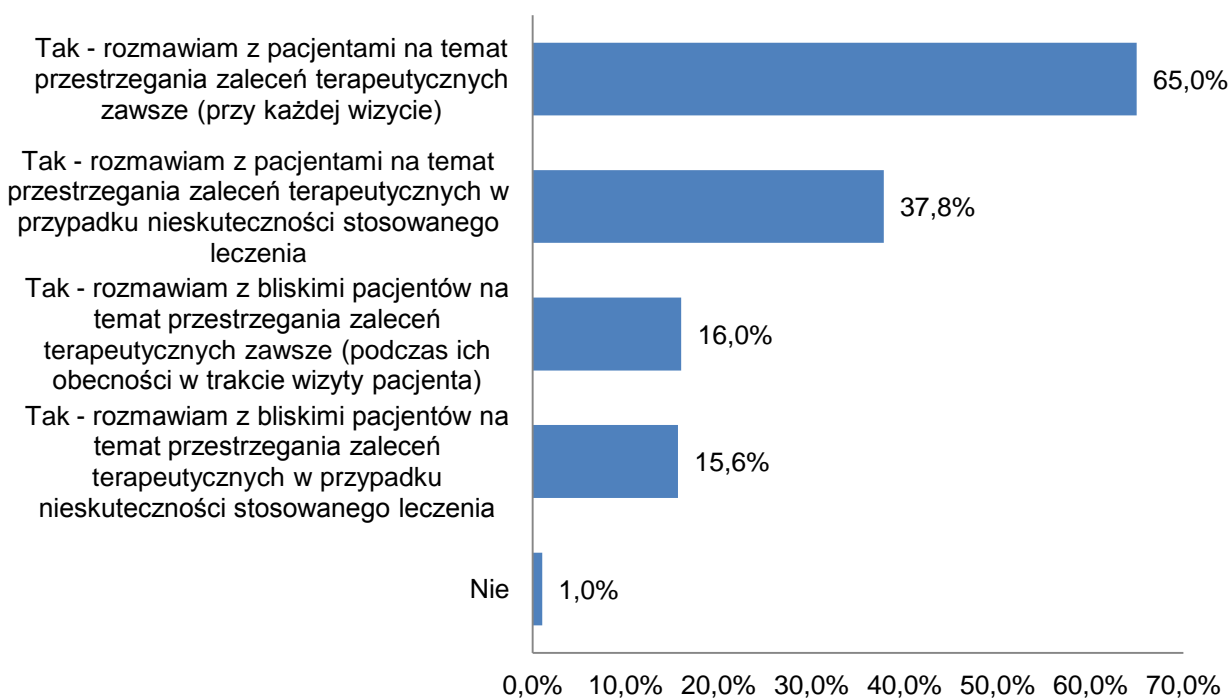
**Rysunek 48. W przypadku stwierdzenia braku skuteczności leczenia, jakie postępowanie stosuje Pani/Pan najczęściej?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Brak skuteczności prowadzonego leczenia może być spowodowany niestosowaniem się pacjenta do zaleceń terapeutycznych (compliance, persistence). Dlatego przy każdej wizycie 65,0% ankietowanych zawsze rozmawia z pacjentami na temat przestrzegania tych zaleceń. W przypadku braku oczekiwanych wyników jedynie 37,8% respondentów rozmawia z pacjentami o przestrzeganiu wcześniej ustalonych zasad. Zawsze z bliskimi pacjentów podczas ich obecności w trakcie wizyty pacjenta rozmawia 16% lekarzy. W sytuacji nieskuteczności stosowanego leczenia z bliskimi pacjentów rozmowę przeprowadza 15,6% ankietowanych. Możliwości niestosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych nie rozważa jedynie 1,0% ankietowanych lekarzy.

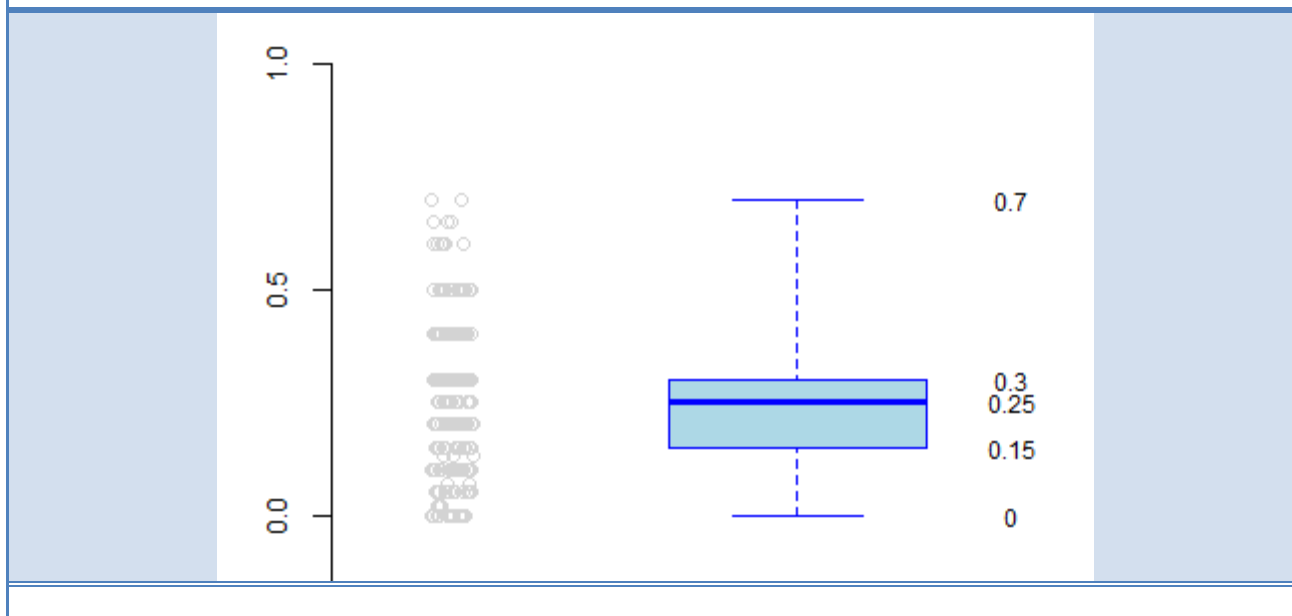
**Rysunek 49. Czy w przypadku braku skuteczności leczenia rozważa Pani/Pan możliwość niestosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych (compliance, persistence)?**



Uczestnicy badania sądzą, że przeciętnie 25 % pacjentów (mediana) leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków.  $\frac{1}{4}$  lekarzy uważa, że do zaleceń nie stosuje się nie mniej niż 30% przypadków. Z kolei co czwarty respondent myśli, że co najwyżej 15% pacjentów omija ustalone zasady.

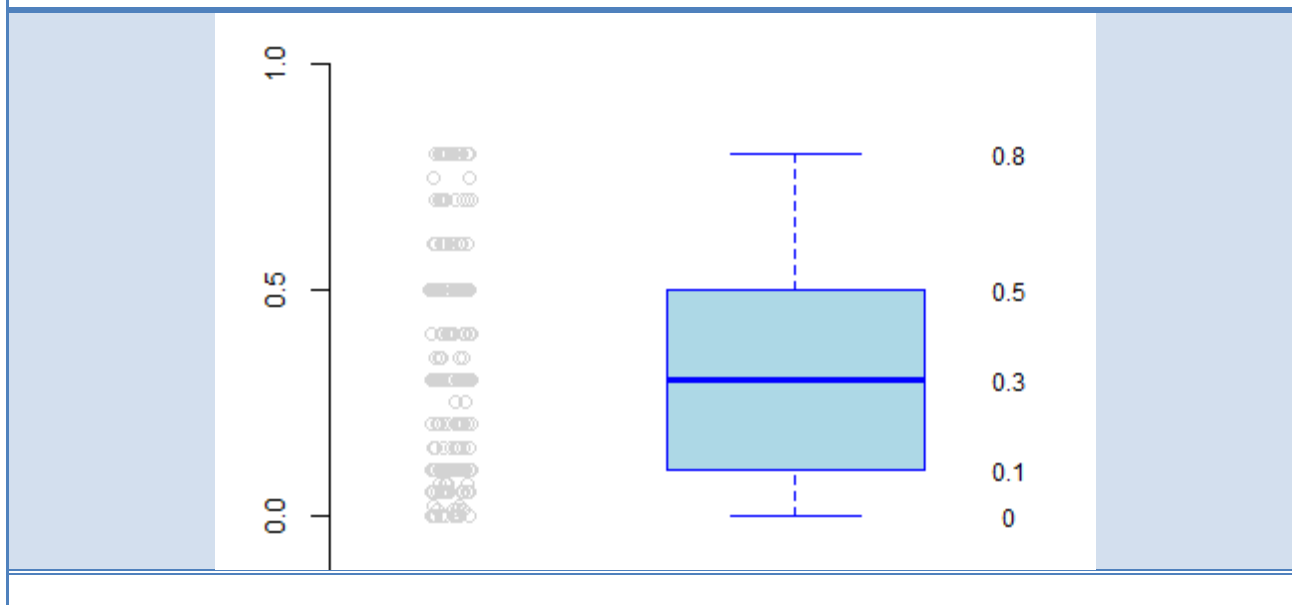


**Rysunek 50. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków?**



W opinii zapytanych lekarzy przeciętnie 30% pacjentów (mediana) leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, dyscyplinuje się po przeprowadzonej z nimi rozmowie dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Według 25% uczestników badania odsetek ten kształtuje się na poziomie wyższym niż 50%.

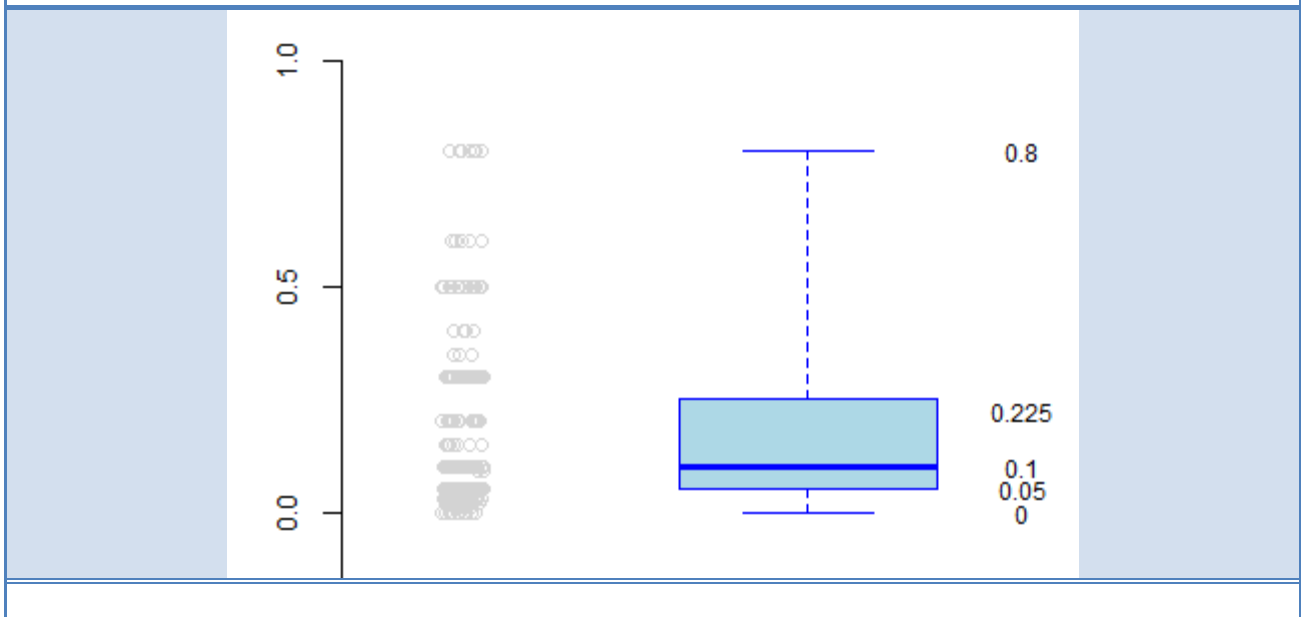
**Rysunek 51. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, dyscyplinuje się po przeprowadzonej z nimi rozmowie dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

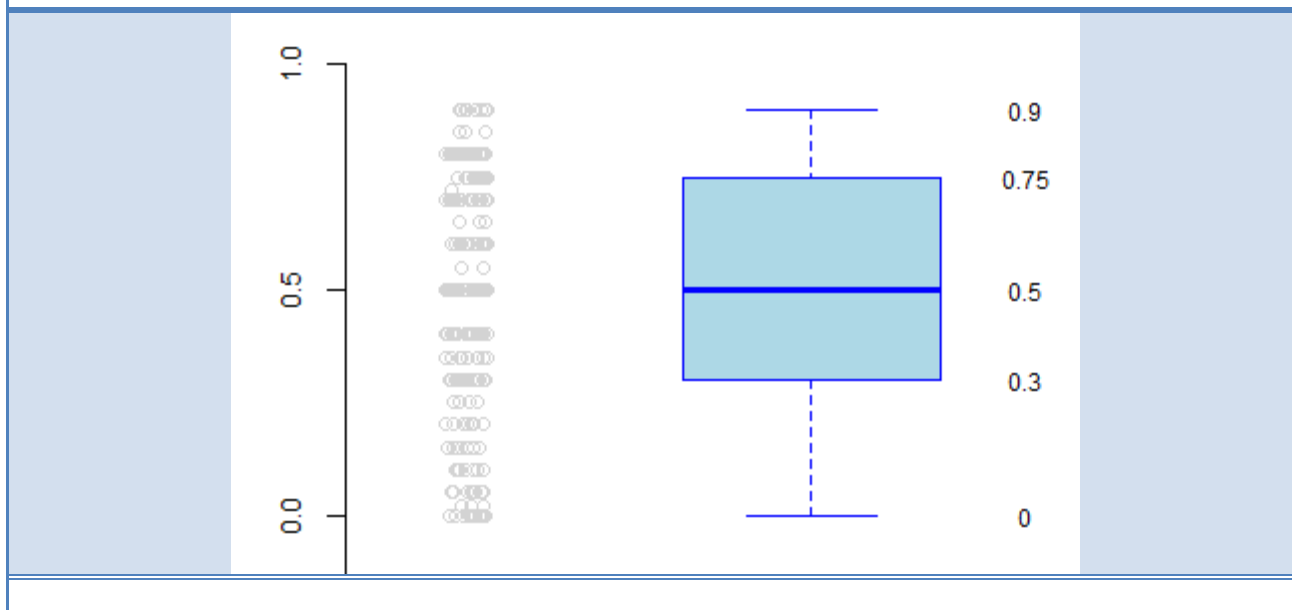
Według ankietowanych wartość przeciętna odsetka pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, którzy dyscyplinują się po przeprowadzonej rozmowie z ich bliskimi, dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych wynosi 10%. Według 25% respondentów odsetek ten kształtuje się na poziomie wyższym niż 22,5%.

**Rysunek 52. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, dyscyplinuje się po przeprowadzonej rozmowie z ich bliskimi, dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych?**



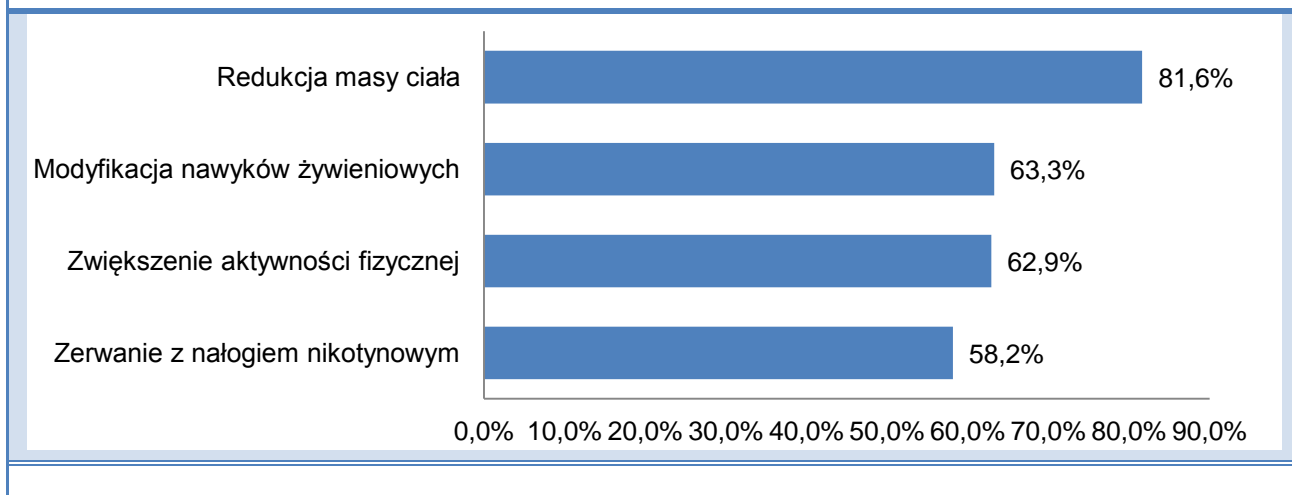
Przeciętny odsetek pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących postępowania niefarmakologicznego, wynosi zdaniem ankietowanych 50%. W opinii  $\frac{1}{4}$  lekarzy do zaleceń nie stosuje się co najmniej 75% pacjentów. Z kolei co czwarty respondent uważa, że co najwyżej 30% pacjentów nie przestrzega zasad.

**Rysunek 53. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących postępowania niefarmakologicznego?**



Zdecydowana większość badanych deklaruje, iż najczęściej ich pacjenci nie przestrzegają redukcji masy ciała jako zalecenia dotyczącego postępowania niefarmakologicznego. Tę odpowiedź zaznaczyło aż 81,6% respondentów. Znaczna grupa ankietowanych do listy nieprzestrzeganych zasad dołącza modyfikacje nawyków żywieniowych (63,3%), zwiększenie aktywności fizycznej (62,9%) oraz zerwanie z nałogiem nikotynowym (58,2%).

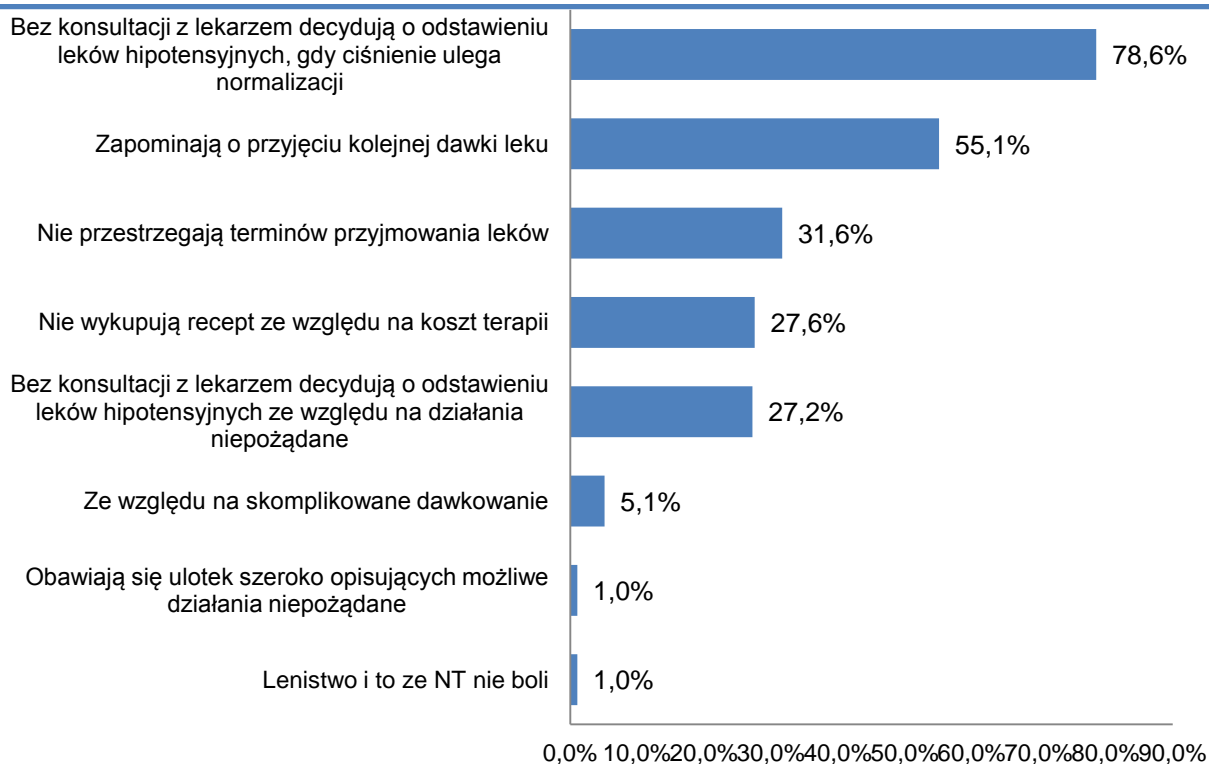
**Rysunek 54. Jakich zaleceń dotyczących postępowania niefarmakologicznego Pani/Pana pacjenci nie przestrzegają według Pani/Pana najczęściej?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Najczęściej wymienianą przyczyną nieprzestrzegania przez pacjentów zaleceń dotyczących farmakoterapii według lekarzy jest decyzja o odstawieniu leków hipotensyjnych, gdy ciśnienie ulega normalizacji bez konsultacji z lekarzem. Na tę przyczynę wskazuje 78,6% ankietowanych. Ponad połowa uczestników badania (55,1%) przypuszcza, że chory po prostu zapomina o przyjęciu kolejnej dawki leku. Niemal co trzeci ankietowany (31,6%) podejrzewa nieprzestrzeganie przez pacjentów terminów przyjmowania leków. 27,6% respondentów uważa, że pacjenci nie wykupują recept ze względu na koszt terapii, a 27,2% uważa, że pewnie bez konsultacji z lekarzem samodzielnie podejmują decyzję o odstawieniu leków hipotensyjnych ze względu na działania niepożądane. Niewielki odsetek respondentów za przyczyny nieprzestrzegania zasad podaje ponadto skomplikowane dawkowanie (5,1%), obawę o szeroko opisane w ulotkach możliwe działania niepożądane (1,0%) oraz lenistwo i fakt, że nadciśnienie tętnicze nie powoduje bólu (1,0%).

**Rysunek 55. Jakże według Pani/Pana opinii są najczęstsze mechanizmy/przyczyny nieprzestrzegania zaleceń dotyczących farmakoterapii wśród Pani/Pana pacjentów?**



Bardzo często przy stosowaniu ACE-I pacjenci zgłaszają pojawienie się kaszlu (92,9% wskazań). Innymi, zdecydowanie rzadziej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi, są nadmierne spadki wartości ciśnienia tętniczego (17,0% wskazań), bóle i zawroty głowy (15,3% wskazań), zmiany skórne (12,9% wskazań), uczucie zmęczenia (10,2% wskazań), obrzęk naczynioruchowy (8,5% wskazań), hiperkaliemię (6,5% wskazań), nudności i wymioty (5,1% wskazań), niewydolność nerek oraz biegunka (po 2,4% wskazań).

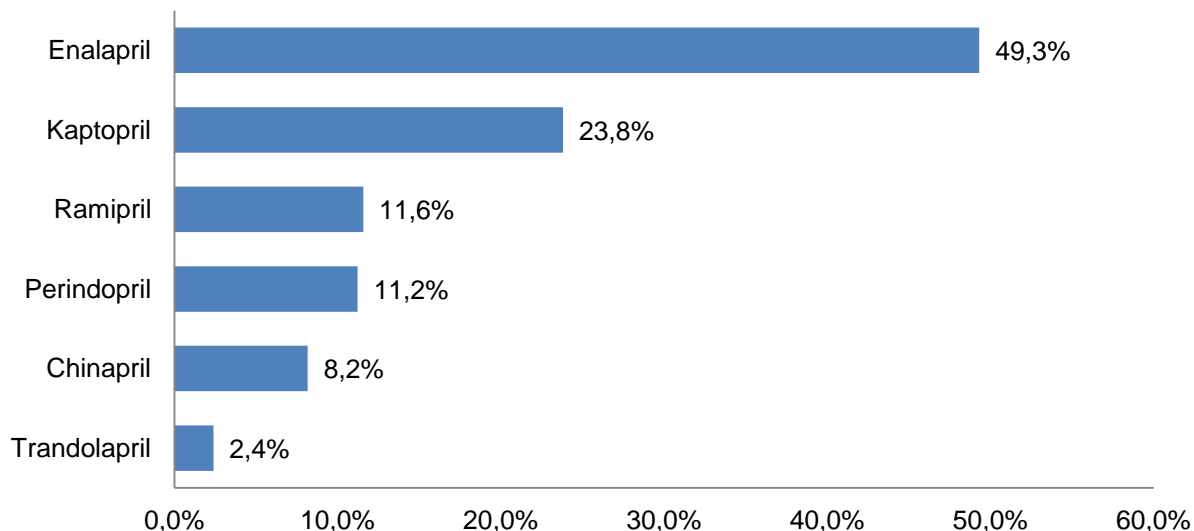
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 56. Jakie działania niepożądane ACE-I zgłaszają Pani/Pana pacjenci najczęściej?**



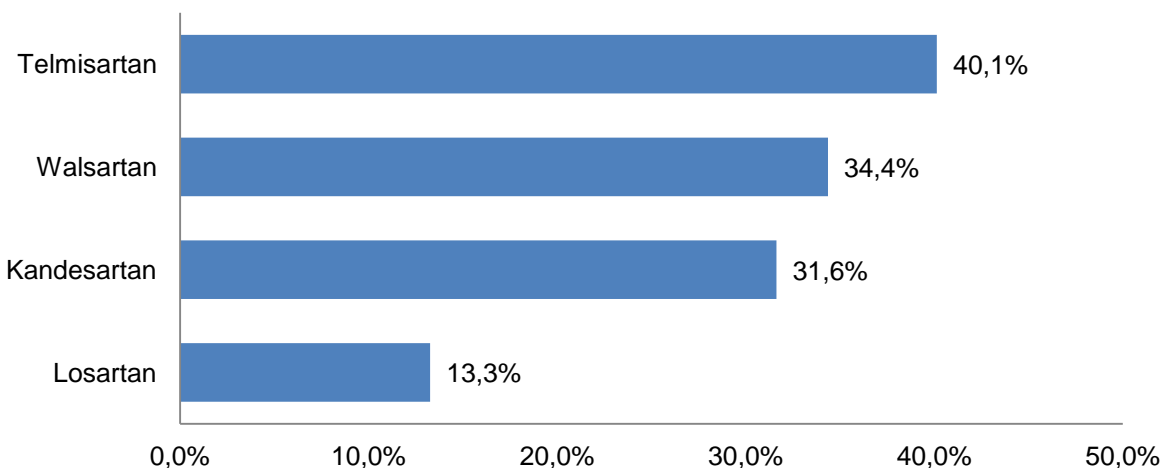
Zdaniem respondentów najczęściej działania niepożądane w grupie wymienionych ACE-I wywołuje Enalapril. Opinię taką potwierdza blisko połowa ankietowanych. Niemal co czwarty lekarz (23,8%) wskazał w tym obszarze Kaptopril. Ramipril jest lekiem, który wywołuje najczęściej działania niepożądane zdaniem 11,6% ankietowanych. Perindopril wymieniło 11,2% badanych, Chinapril 8,2%, a Trandolapril 2,4% ogółu lekarzy.

**Rysunek 57. Według Pani/Pana opinii, który spośród wymienionych ACE-I wywołuje najwięcej działań niepożądanych (cehuje się najniższą tolerancją)?**



Spośród analizowanych leków z grupy sartanów najmniej działań niepożądanych według lekarzy powoduje Telmisartan. Otrzymał on 40,1% wskazań. 34,4% ankietowanych uznało natomiast, że najmniej działań niepożądanych wywołuje Walsartan, a 31,6% wskazało w tym obszarze Kandesartan. Najmniej liczna grupa opowiedziała się za Losartanem (13,3%).

**Rysunek 58. Według Pani/Pana opinii, który spośród wymienionych sartanów wywołuje najmniej działań niepożądanych (cehuje się najlepszą tolerancją)?**

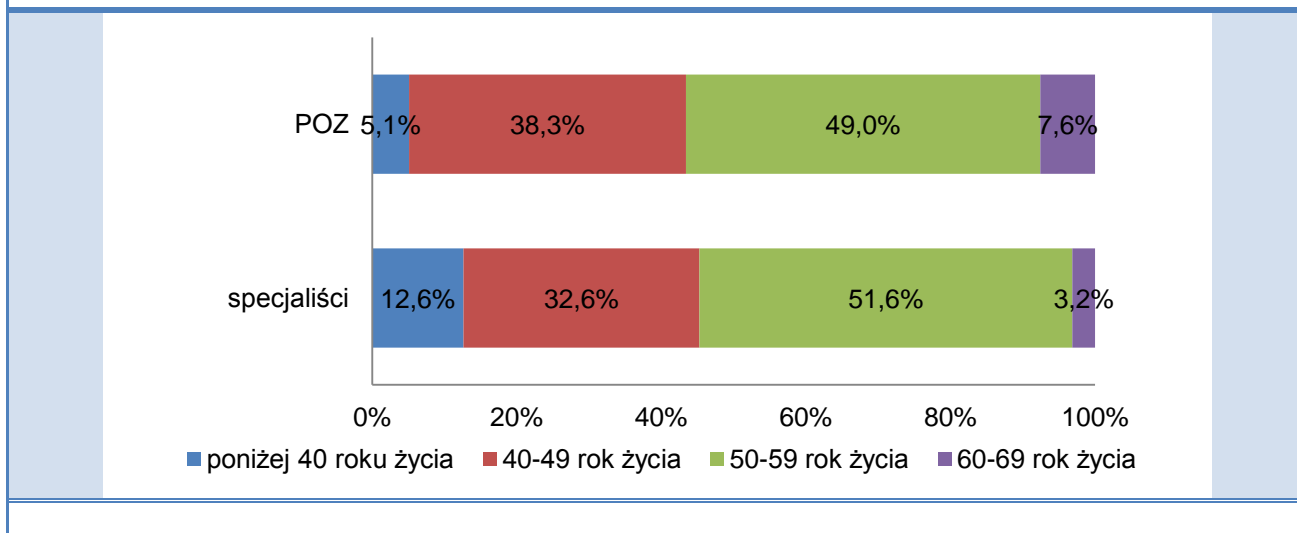


Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

## CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH – lekarze specjaliści/POZ

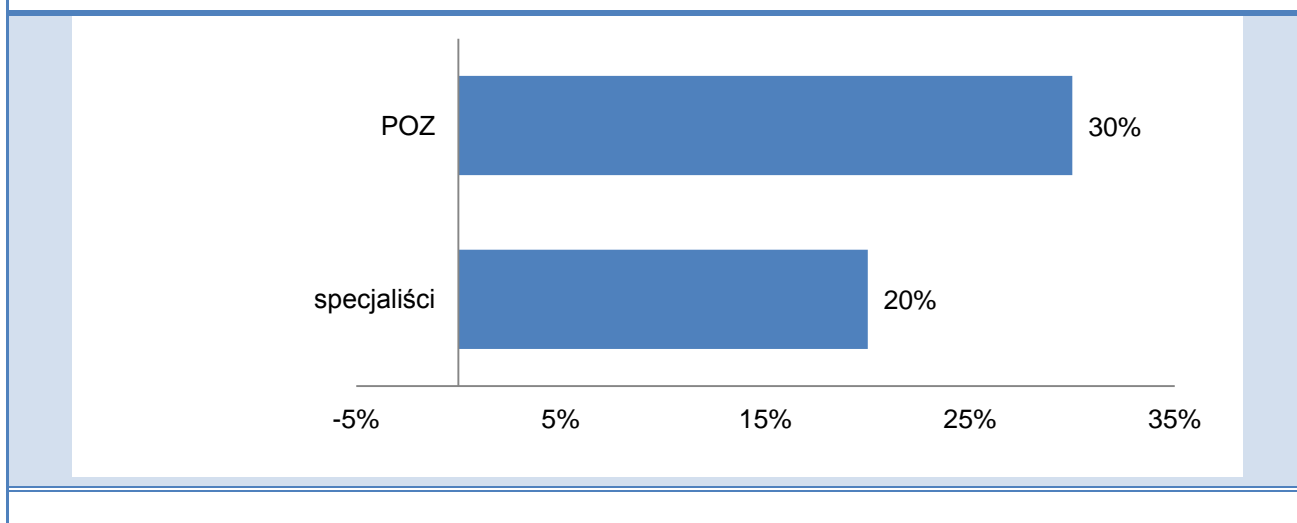
Grupa wiekowa, do której należą pacjenci, u których lekarze rozpoczynają farmakologię nadciśnienia tętniczego to najczęściej osoby w wieku 50-59 lat (49% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu, 51,6% u lekarzy specjalistów). Nieco rzadziej są to osoby w wieku 40-49 lat (lekarze pierwszego kontaktu – 38,3%, specjaliści – 32,6%). W dalszej kolejności znalazły się grupy wiekowe: poniżej 40 roku życia (POZ – 5,1%, lekarze specjaliści – 12,6%) oraz 60-69 rok życia (POZ – 7,6%, lekarze specjaliści – 3,2%).

**Rysunek 59. Grupa wiekowa, do której najczęściej należą pacjenci, u których lekarz rozpoczyna farmakologię nadciśnienia tętniczego**



Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u którego leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od zastosowania sartanu, jest wyższa w przypadku ankietowanych lekarzy POZ niż respondentów, będących lekarzami specjalistami.

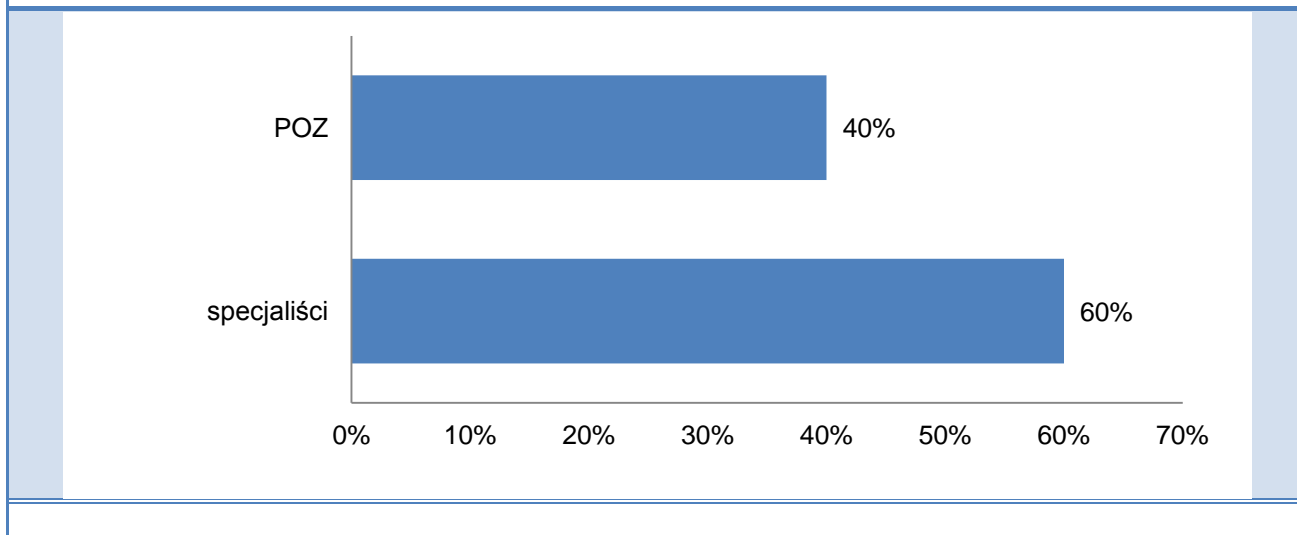
**Rysunek 60. Mediana odsetka pacjentów, u których leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od zastosowania sartanu**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

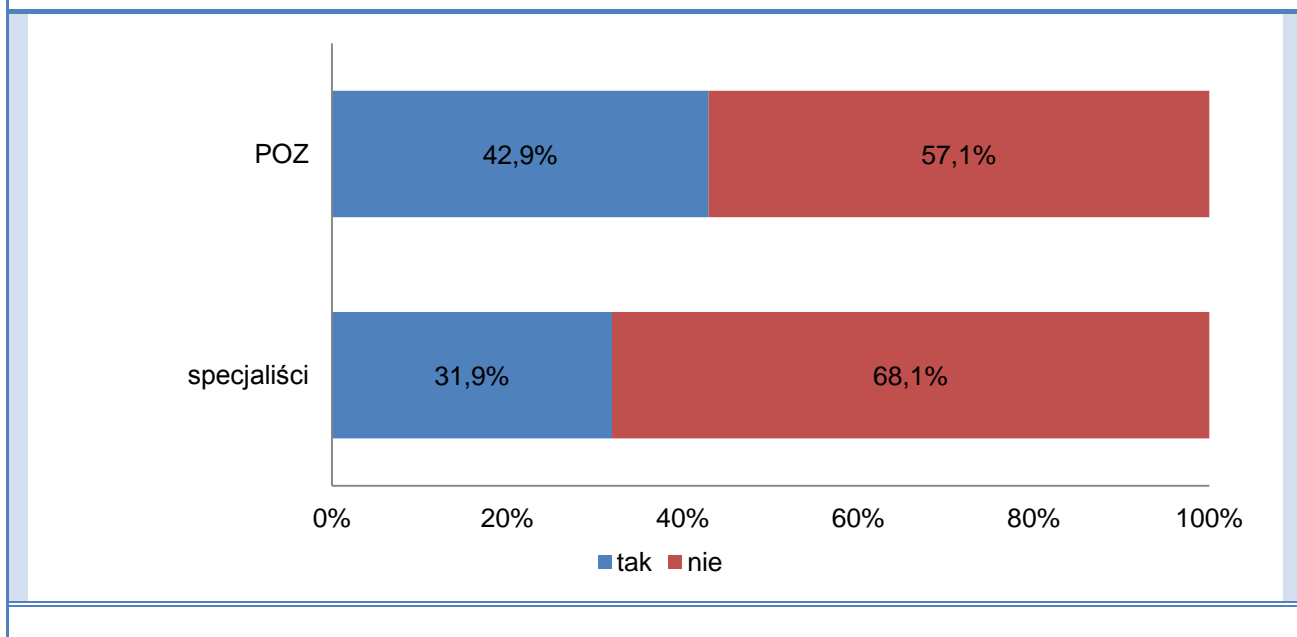
Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u których leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od ACE-I wynosi 40% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu. W przypadku lekarzy specjalistów wartość ta jest wyższa (60%).

**Rysunek 61. Mediana odsetka pacjentów, u których leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od ACE-I**



Wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego dla 42,9% lekarzy pierwszego kontaktu oraz 31,9% lekarzy specjalistów.

**Rysunek 62. Czy wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**

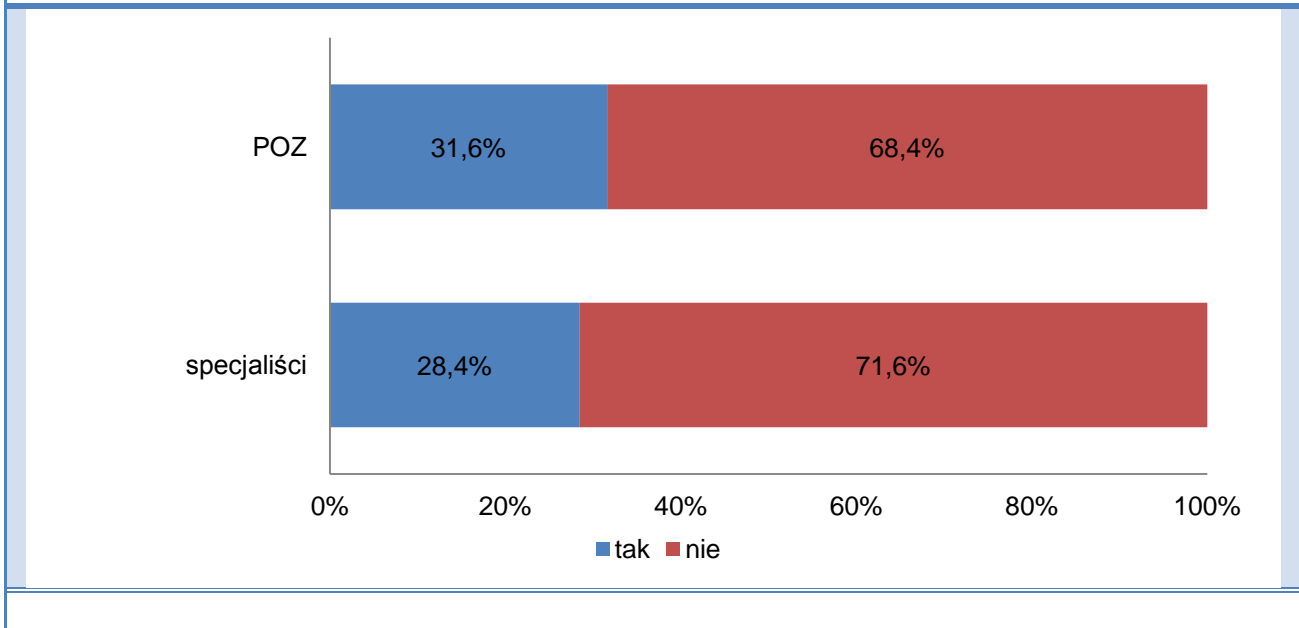


Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



Wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego dla 31,6% zapytanych o to lekarzy rodzinnych oraz 28,4% lekarzy specjalistów.

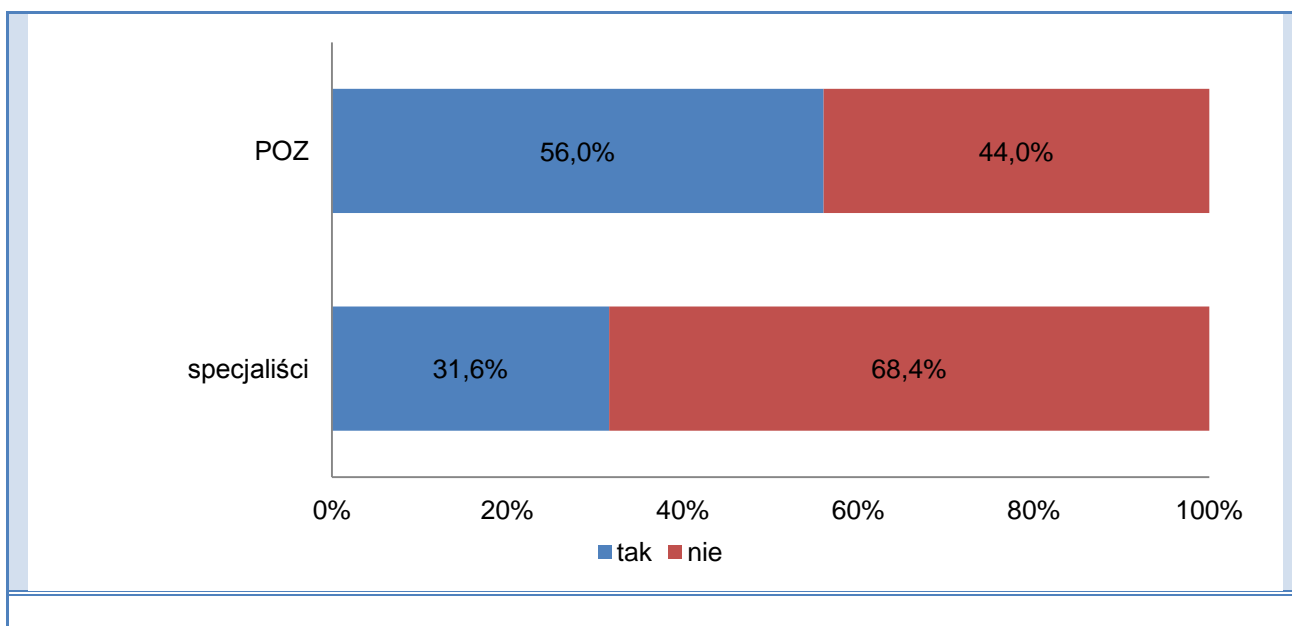
**Rysunek 63. Czy wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**



Wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiający za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego dla 56,0% ankietowanych lekarzy rodzinnych oraz 31,6% lekarzy specjalistów.

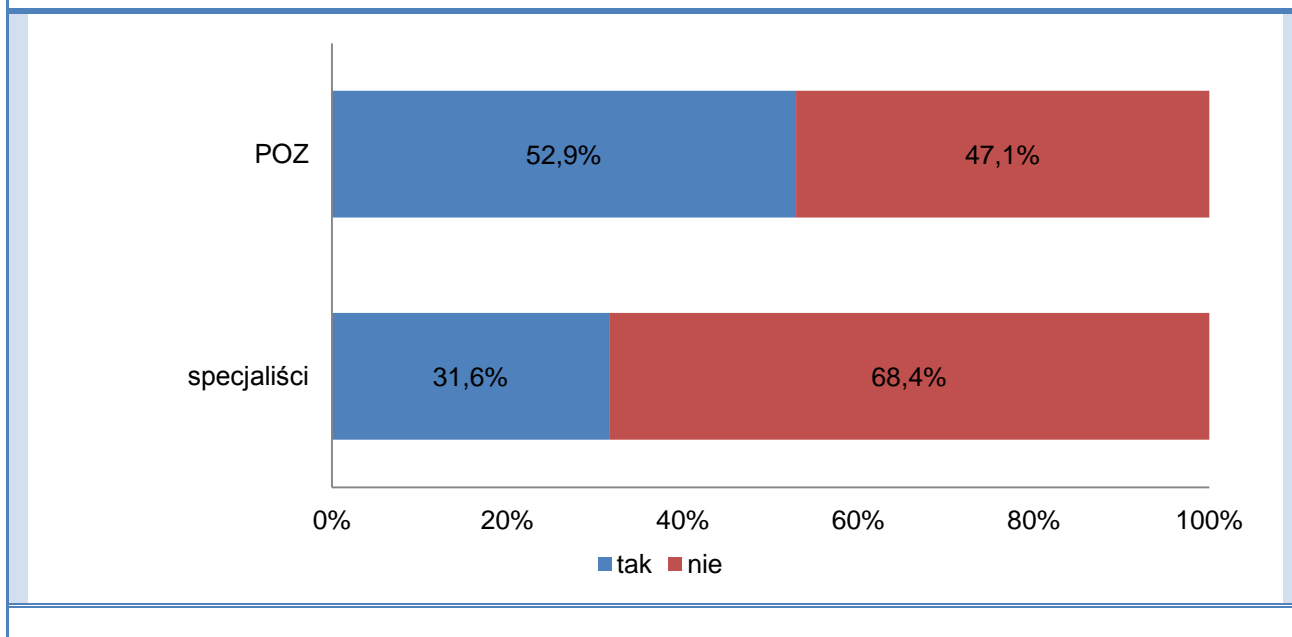
**Rysunek 64. Czy wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiający za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



Wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego dla 52,9% ankietowanych lekarzy pierwszego kontaktu oraz 31,6% lekarzy specjalistów.

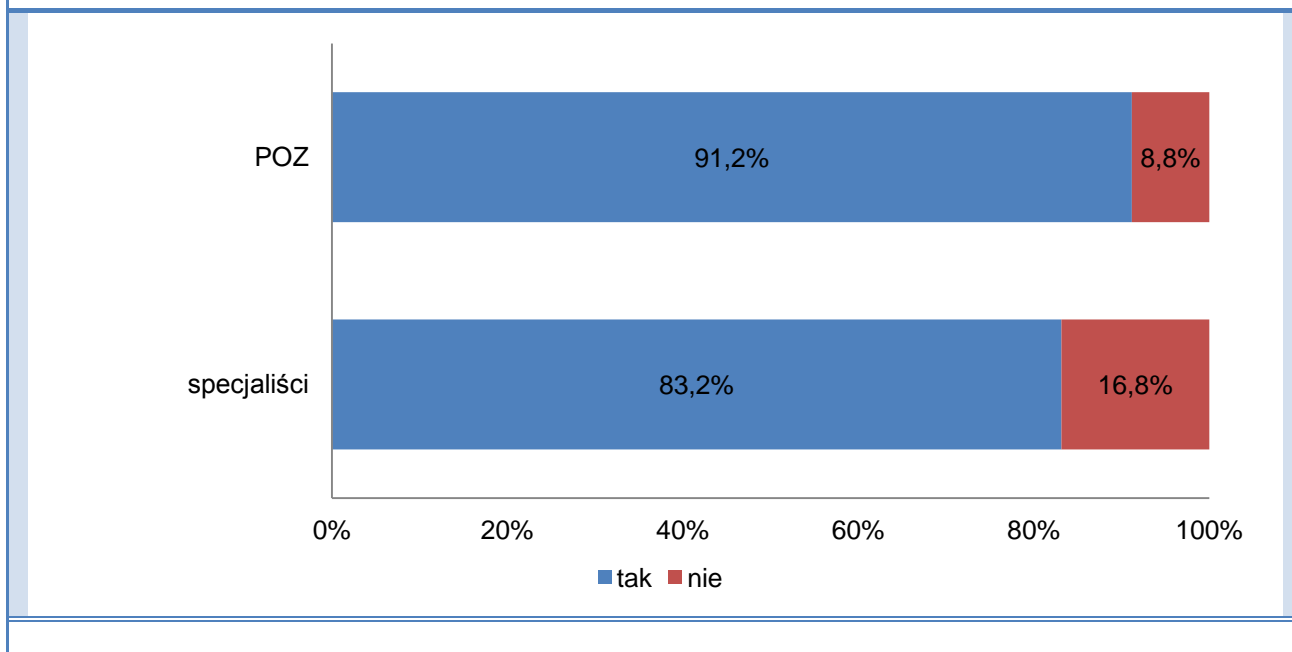
**Rysunek 65. Czy wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiający za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego?**



Choroby współistniejące stanowią istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu sartanu do leczenia nadciśnienia tętniczego dla 91,2% zapytanych lekarzy pierwszego kontaktu oraz 83,2% lekarzy specjalistów.

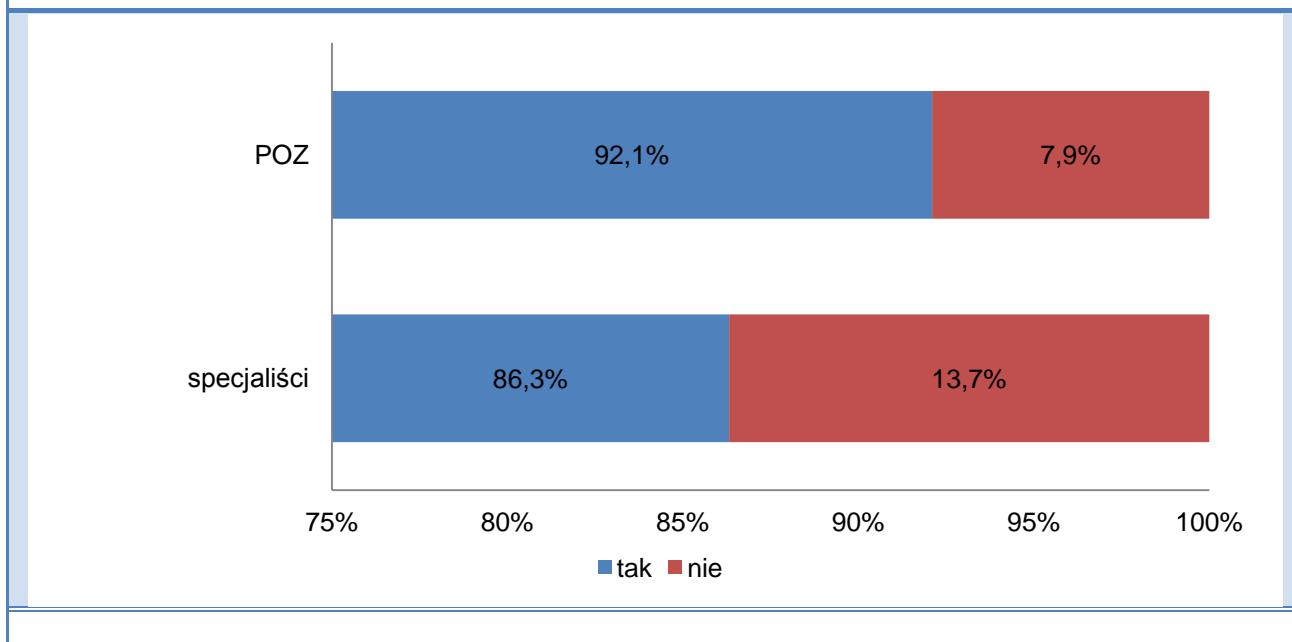
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 66. Czy choroby współistniejące stanowią dla lekarza istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu sartanu do leczenia nadciśnienia tętniczego?**



Choroby współistniejące stanowią istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu ACE-I do leczenia nadciśnienia tętniczego dla 92,1% lekarzy rodzinnych oraz 86,3% lekarzy specjalistów.

**Rysunek 67. Czy choroby współistniejące stanowią dla lekarza istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu ACE-I do leczenia nadciśnienia tętniczego?**

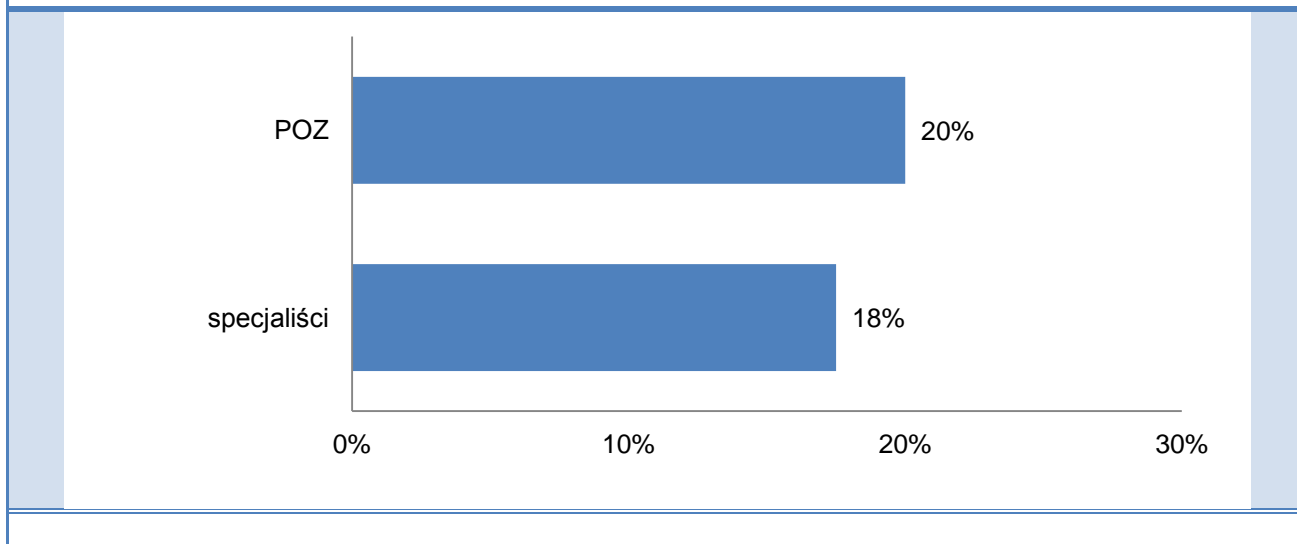


Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u których farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

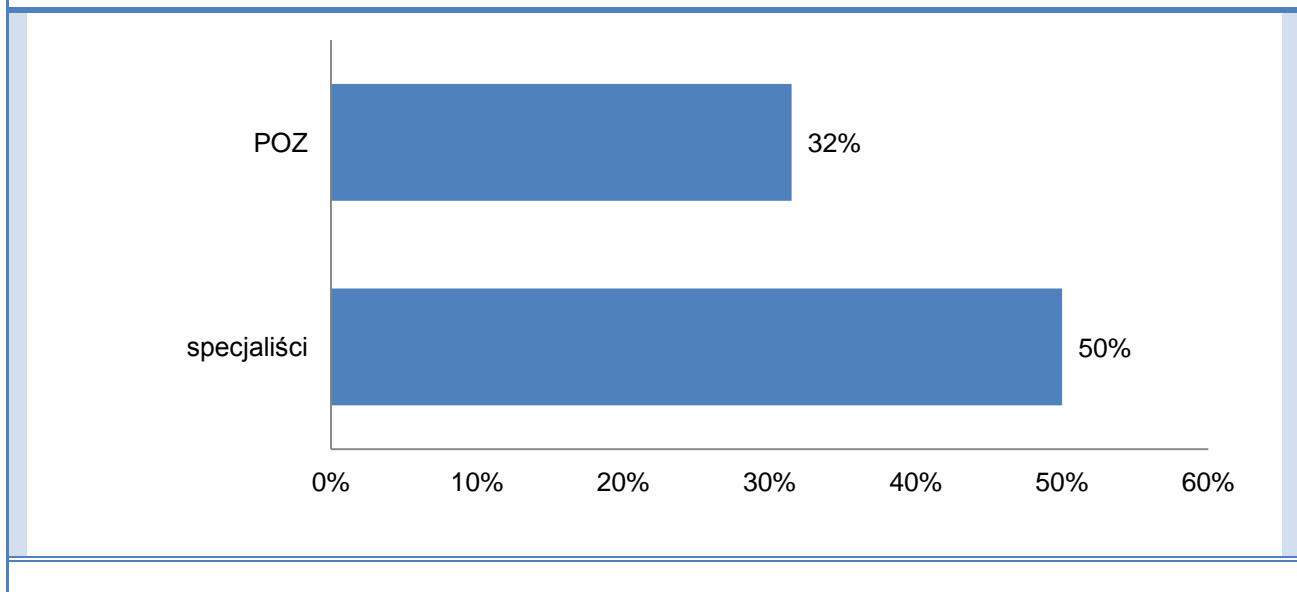
od sartanu w monoterapii wynosi 20% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 18% w przypadku lekarzy specjalistów. Różnice są zatem nieznaczne.

**Rysunek 68. Mediana odsetka pacjentów, u których farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od sartanu w monoterapii**



Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u których farmakoterapię nadciśnienia tętniczego ankietowani rozpoczynają od ACE-I w monoterapii wynosi 32% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 50% w przypadku lekarzy specjalistów.

**Rysunek 69. Mediana odsetka pacjentów, u którego farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od ACE-I w monoterapii**

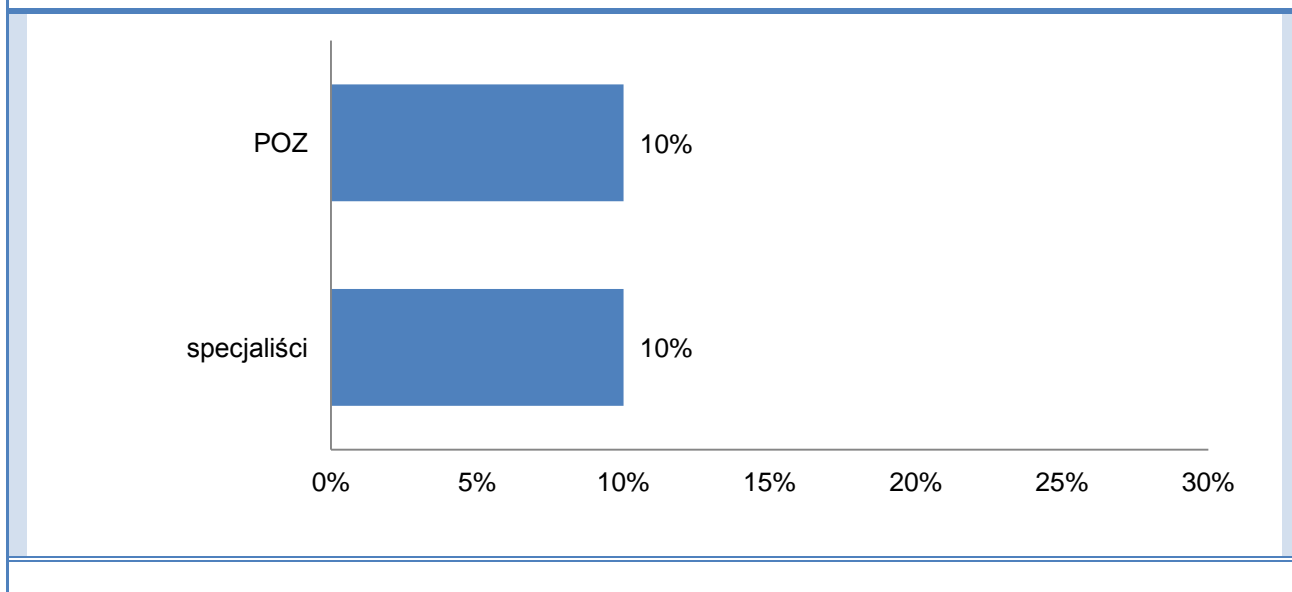


Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u których w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna farmakoterapię od leczenia skojarzonego: sartan + inny lek hipotensyjny wynosi 10% zarówno

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

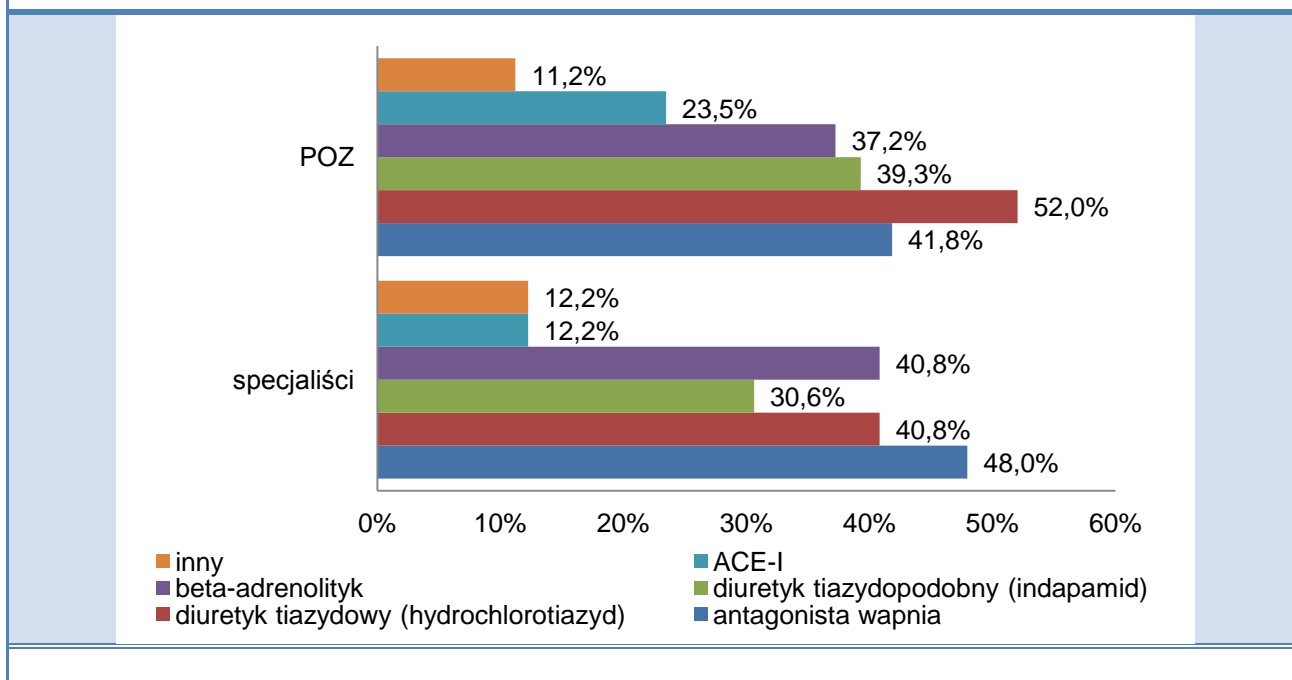
w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu, jak i w przypadku lekarzy specjalistów.

**Rysunek 70. Mediana odsetka pacjentów, u którego w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna farmakoterapię od leczenia skojarzonego: sartan + inny lek hipotensyjny**



W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu sartan + inny lek, lekarze POZ zapytani, jaki drugi lek wybierają najczęściej, podawali przede wszystkim diuretyk tiazydowy (hydrochlorotiazyd). Ankietowani lekarze specjaliści wskazywali natomiast najczęściej w tym obszarze antagonistę wapnia.

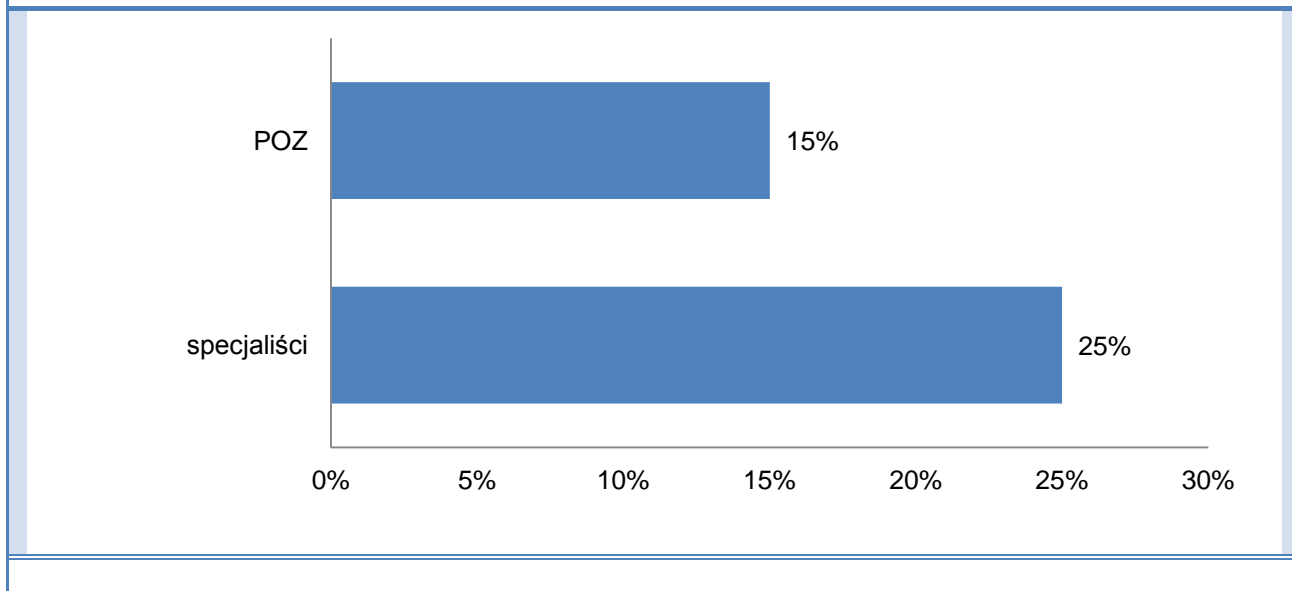
**Rysunek 71. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu sartan + inny lek, jaki lek jest wybierany przez lekarzy jako drugi najczęściej?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

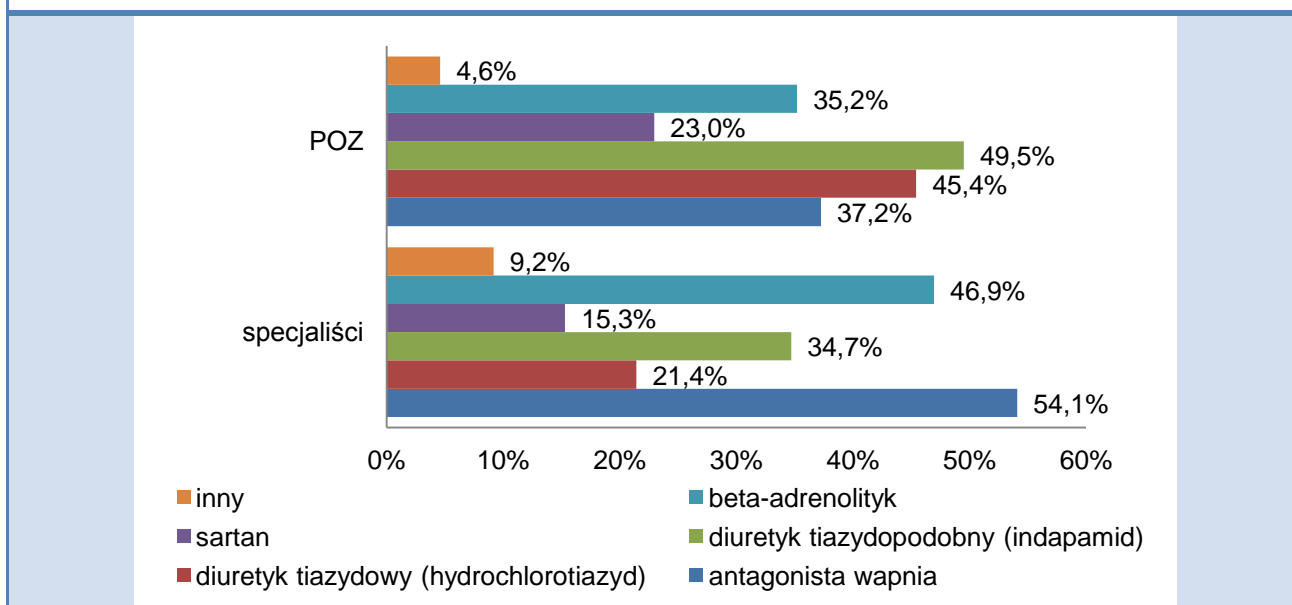
Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u którego w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna farmakoterapię od leczenia skojarzonego: ACE-I + inny lek hipotensyjny wynosi 15% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 25% w przypadku lekarzy specjalistów.

**Rysunek 72. Mediana odsetka pacjentów, u którego w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna farmakoterapię od leczenia skojarzonego: ACE-I + inny lek hipotensyjny**



W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu ACE-I + inny lek, lekarze POZ zapytani, jaki drugi lek wybierają najczęściej, podawali głównie diuretyk tiazydopodobny (indapamid). Ankietowani lekarze specjaliści wskazywali natomiast najczęściej w tym obszarze antagonistę wapnia.

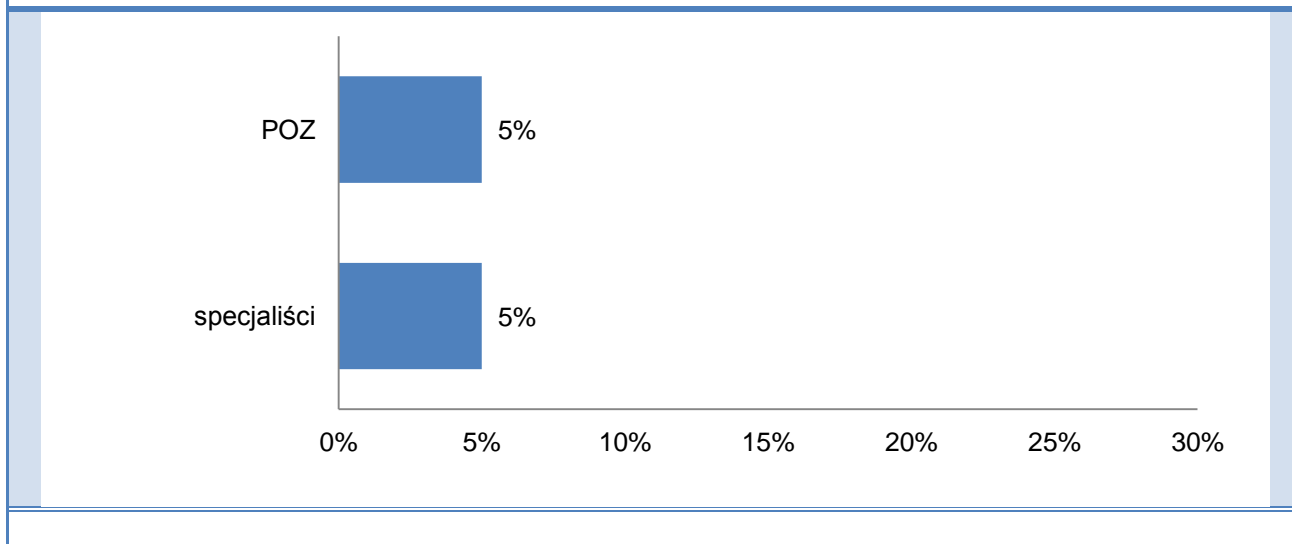
**Rysunek 73. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu ACE-I + inny lek, jaki lek jest wybierany przez lekarzy jako drugi najczęściej?**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u którego farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od schematu trójlekowego wynosi 5% zarówno w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu, jak i w przypadku lekarzy specjalistów.

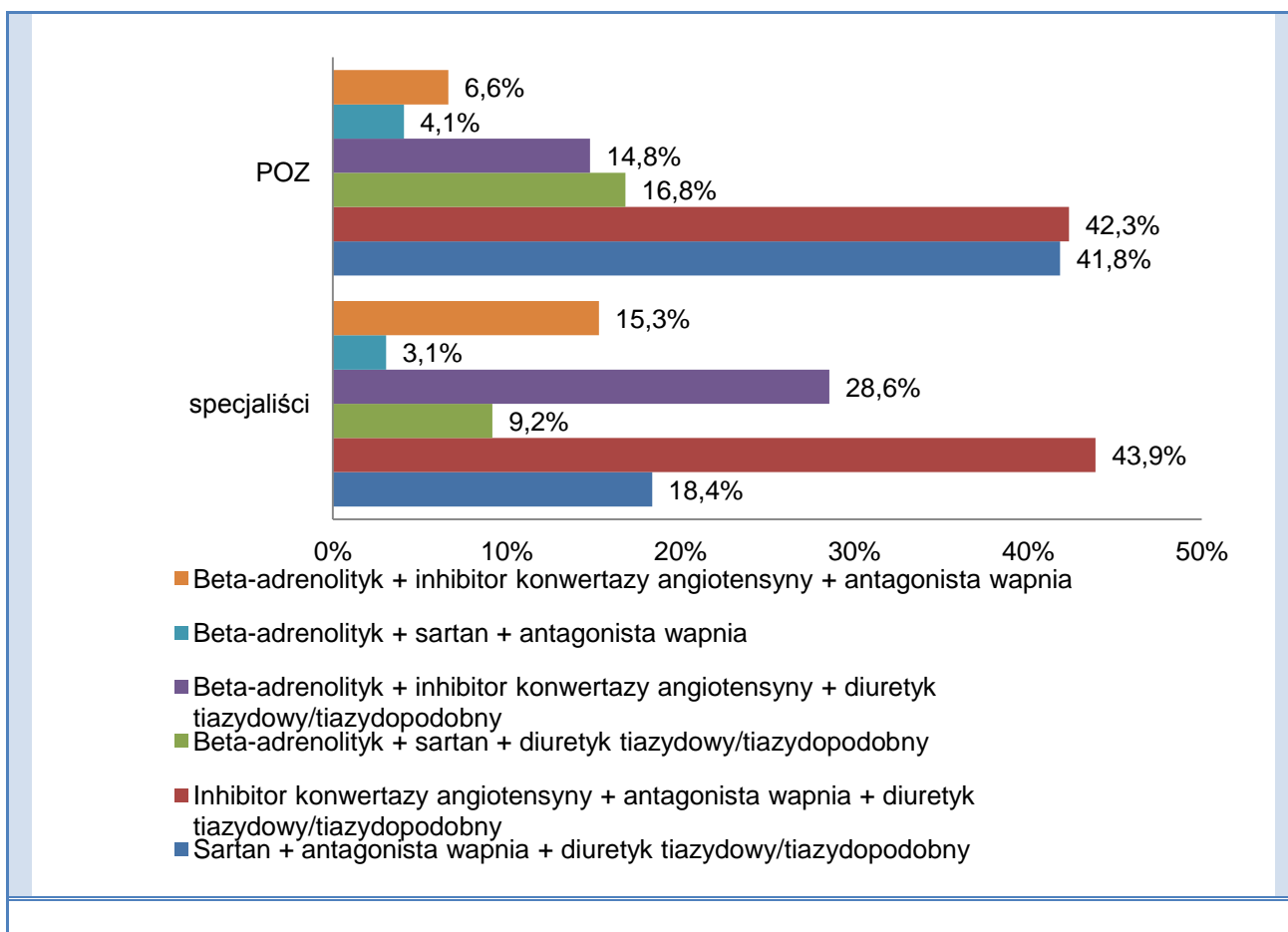
**Rysunek 74. Mediana odsetka pacjentów, u którego farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od schematu trójlekowego**



W przypadku rozpoczynania farmakoterapii od schematu trójlekowego zarówno ankietowani lekarze specjaliści, jak i lekarze POZ najczęściej kojarzą schemat, na który składają się Inhibitor konwertazy angiotensyny, antagonistą wapnia i diuretyk tiazydowy/tiazydopodobny.

**Rysunek 75. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii od schematu trójlekowego, jakie grupy leków kojarzy Pani/Pan najczęściej?**

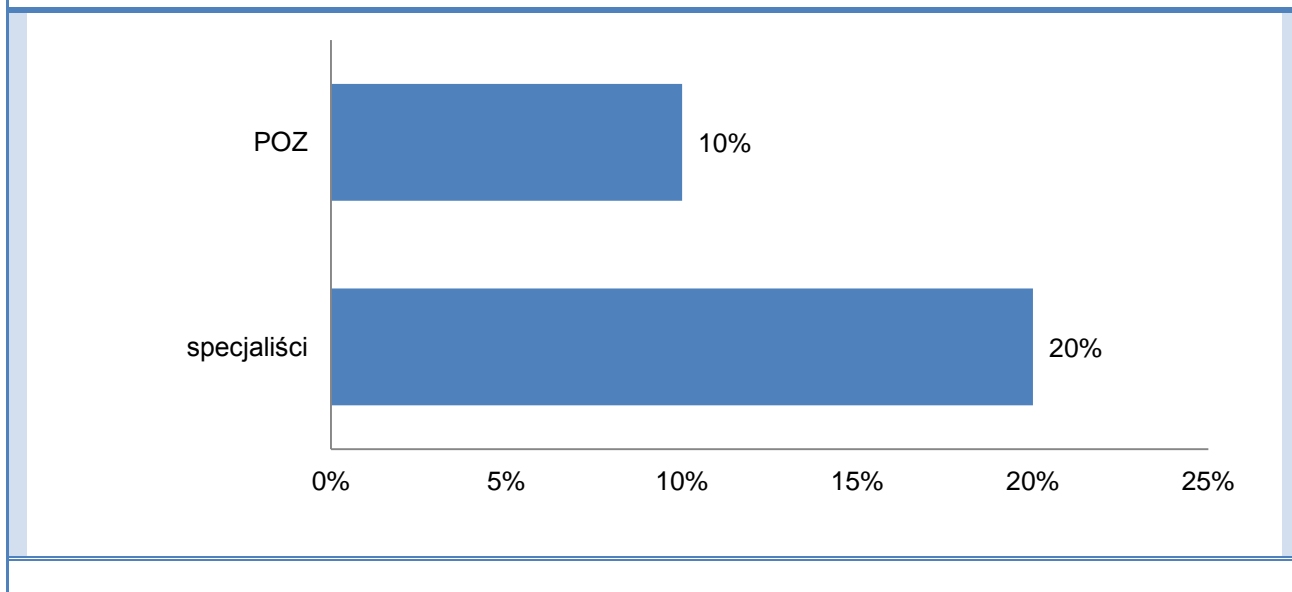
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u których leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od stałych połączeń lekowych wynosi 10% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 20% w przypadku lekarzy specjalistów.

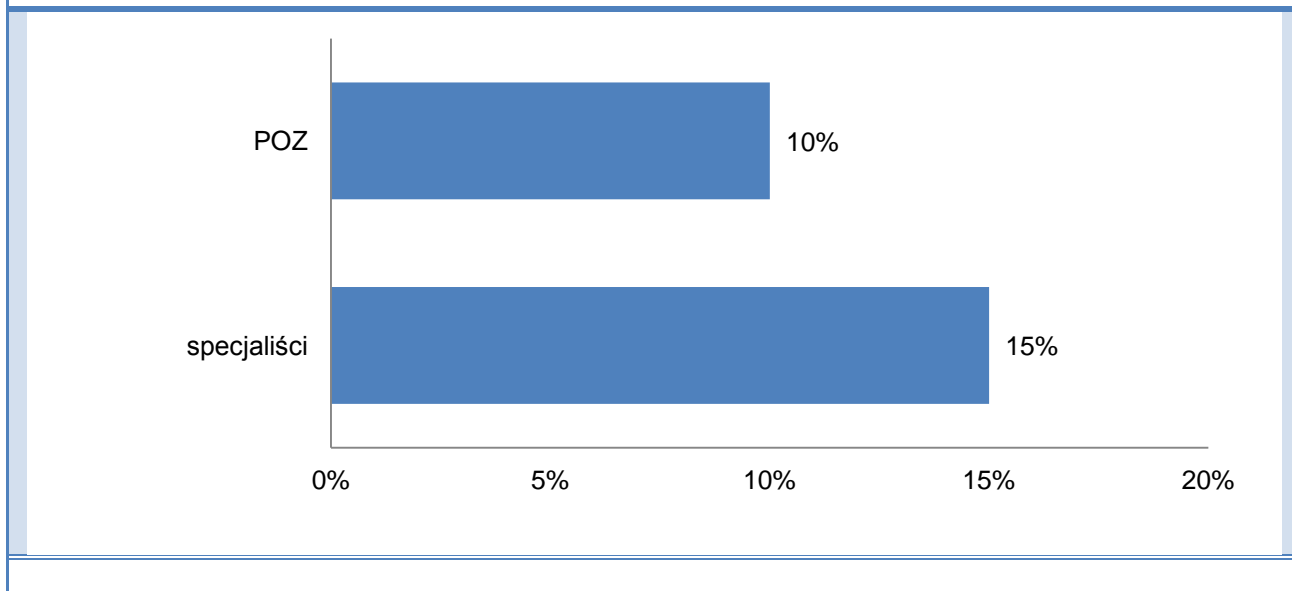


**Rysunek 76. Mediana odsetka pacjentów, u którego leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od stałych połączeń lekowych**



Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u których wdrożenie do leczenia sartanu związane jest z nietolerancją stosowanych wcześniej leków wynosi 10% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu. W przypadku ankietowanych specjalistów wartość ta jest nieco wyższa i wynosi 15%.

**Rysunek 77. Mediana odsetka pacjentów, u którego wdrożenie do leczenia sartanu związane jest z nietolerancją stosowanych wcześniej leków**

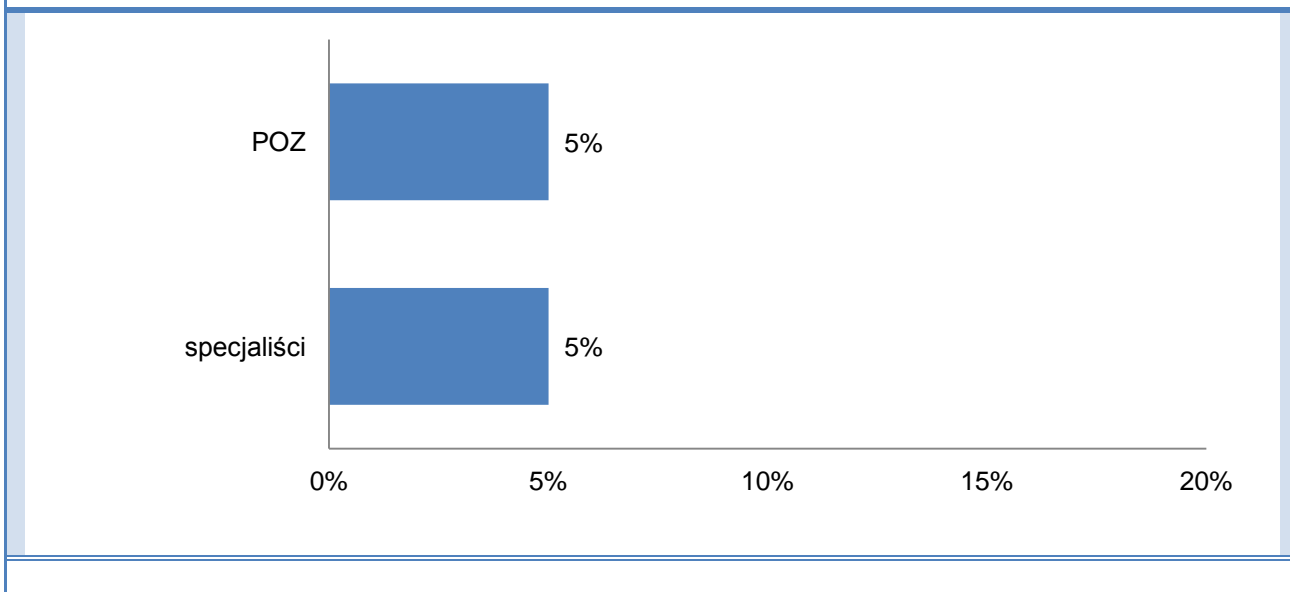


Wartość przeciętna odsetka pacjentów, u których wdrożenie do leczenia ACE-I związane jest z nietolerancją wcześniej stosowanych leków wynosi 5% zarówno w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu, jak

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

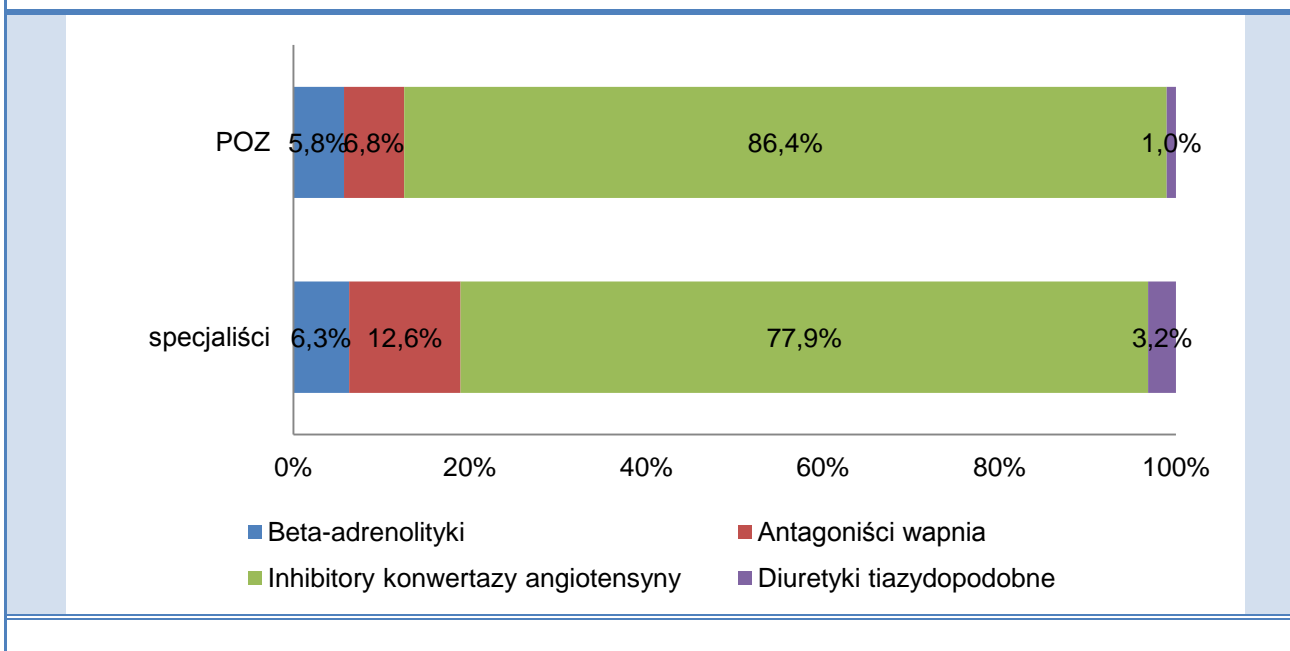
i w przypadku lekarzy specjalistów.

**Rysunek 78. Mediana odsetka pacjentów, u którego wdrożenie do leczenia ACE-I związane jest z nietolerancją stosowanych wcześniej leków**



Najliczniejszą grupę leków hipotensyjnych, z której pochodzą preparaty, które, ze względu na ich złą tolerancję lub działania niepożądane, lekarz zastępuje sartanem najczęściej, stanowią inhibitory konwertazy angiotensyny (aż 86,4% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 77,9% u lekarzy specjalistów). W dalszej kolejności znaleźli się antagoniści wapnia (POZ – 6,8%, lekarze specjaliści – 12,6%), beta-adrenolityki (POZ – 5,8%, lekarze specjaliści – 6,3%) oraz diuretyki tiazydopodobne (POZ – 1,0%, lekarze specjaliści – 3,2%). Żaden z lekarzy nie wskazał na diuretyki tiazydowe.

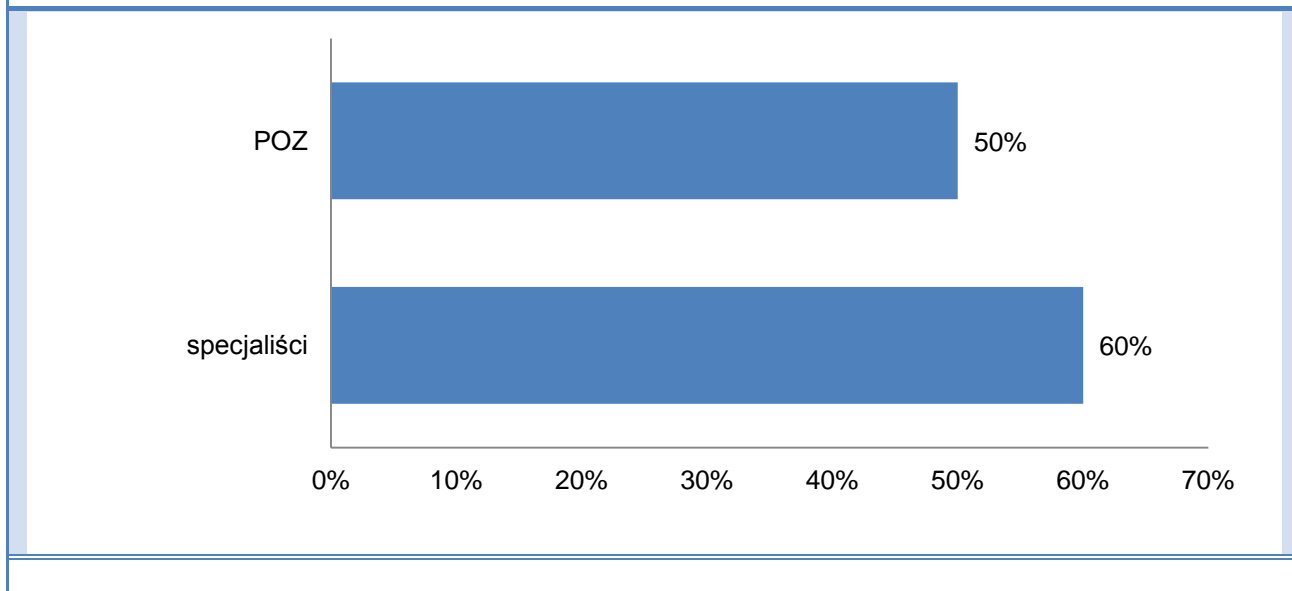
**Rysunek 79. Grupa leków hipotensyjnych, z których pochodzą preparaty, które, ze względu na ich złą tolerancję lub działania niepożądane, lekarz zastępuje sartanem najczęściej**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

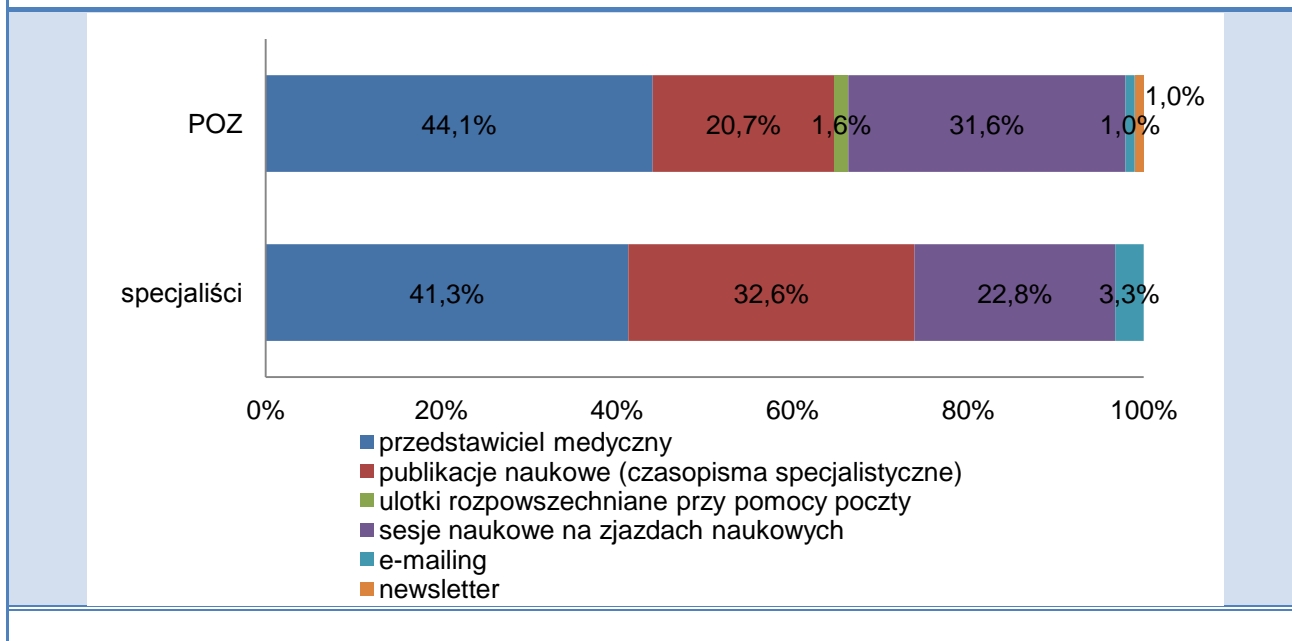
Wartość przeciętna odsetka pacjentów leczonych przez ankietowanych lekarzy z powodu nadciśnienia tętniczego i przyjmujących jednocześnie inne, pozahipotensyjne leki jest wyższa w przypadku lekarzy specjalistów niż respondentów będących lekarzami POZ i wynosi odpowiednio 60% i 50%.

**Rysunek 80. Mediana odsetka pacjentów leczonych przez danego lekarza z powodu nadciśnienia tętniczego i przyjmujących jednocześnie inne, pozahipotensyjne leki**



Jako najprzydatniejszą promocję leków hipotensyjnych obie grupy lekarzy podawali przedstawiciela medycznego. Nieznacznie częściej wskazań tego sposobu promocji udzielali ankietowani lekarze POZ. Lekarze specjaliści częściej niż lekarze POZ wskazywali natomiast na publikacje naukowe.

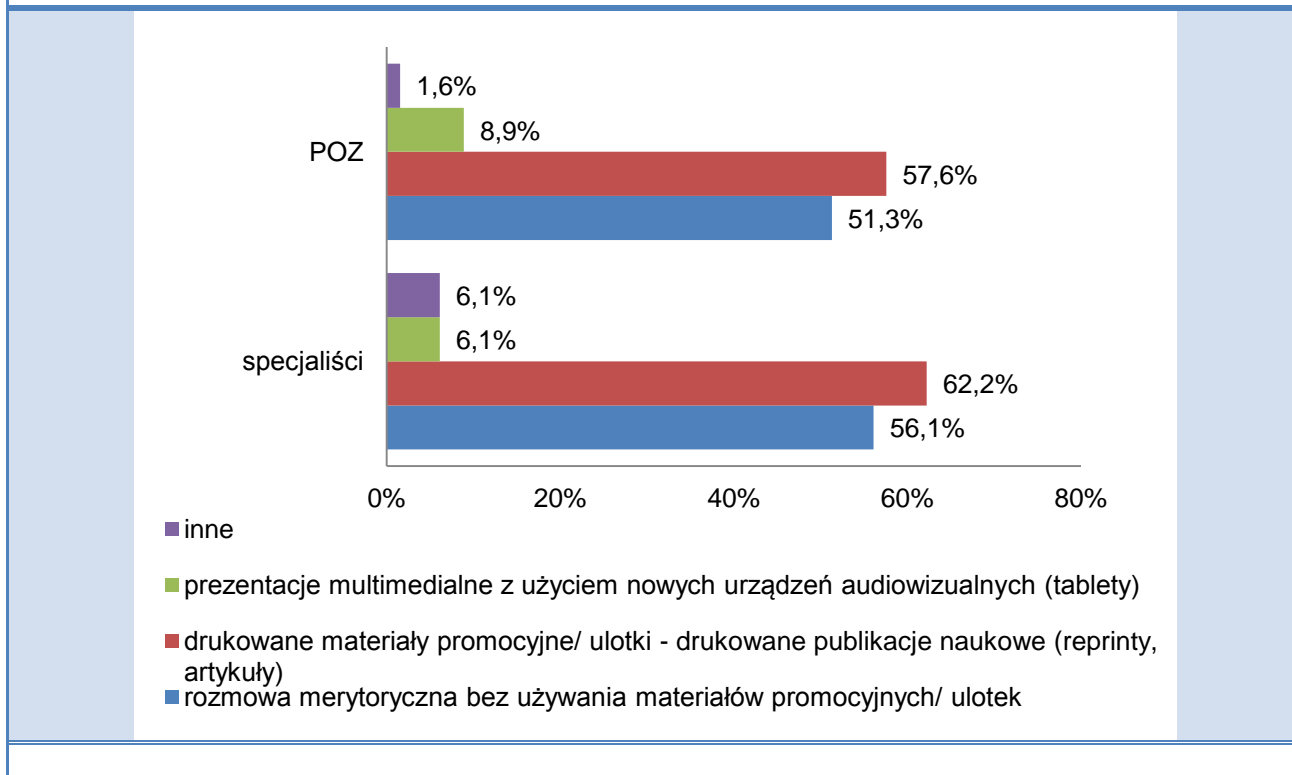
**Rysunek 81. Promocja leków hipotensyjnych uważana przez lekarzy za najprzydatniejszą**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

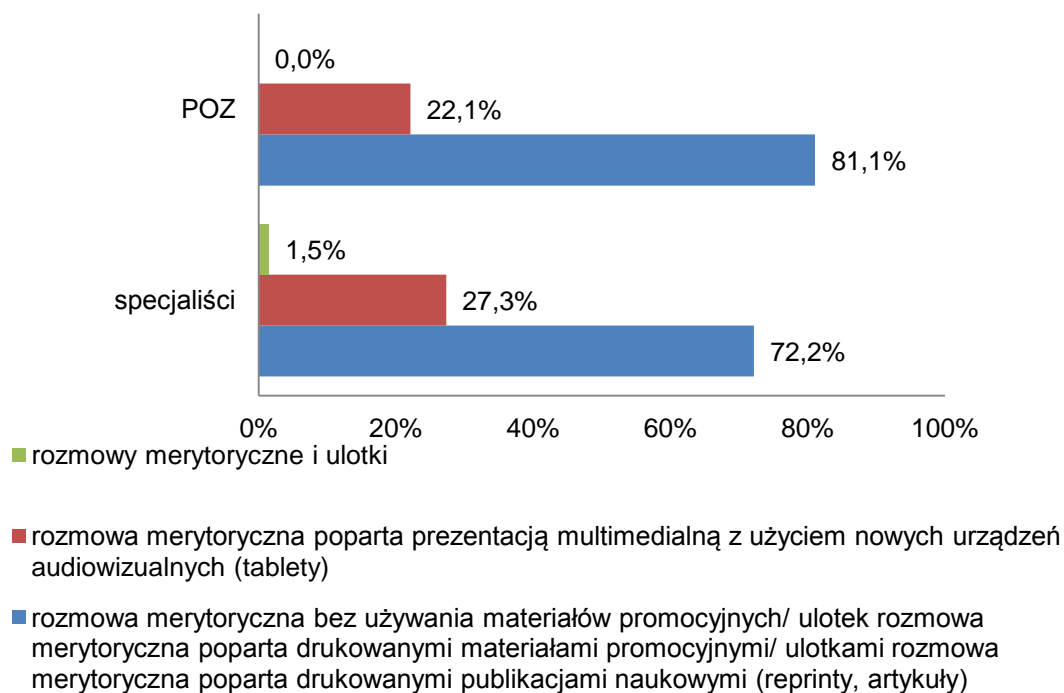
W opinii ankietowanych lekarzy POZ i ankietowanych lekarzy specjalistów, materiałami używanymi przez przedstawicieli medycznych w promocji najczęściej są drukowane materiały promocyjne/ulotki - drukowane publikacje naukowe (reprinty, artykuły) i rozmowa merytoryczna bez używania materiałów promocyjnych/ ulotek.

**Rysunek 82. Materiały w opinii lekarzy używane przez przedstawiciela medycznego w promocji najczęściej**



Formą promocji używaną przez przedstawiciela medycznego, najbardziej spełniającą oczekiwania lekarzy (niezależnie od tego czy był to lekarz specjalista, czy lekarz POZ) jest rozmowa merytoryczna bez używania materiałów promocyjnych/ ulotek rozmowa merytoryczna poparta drukowanymi materiałami promocyjnymi/ ulotkami rozmowa merytoryczna poparta drukowanymi publikacjami naukowymi (reprinty, artykuły).

**Rysunek 83. Formy promocji używane przez przedstawiciela medycznego najbardziej spełniające oczekiwania lekarza**

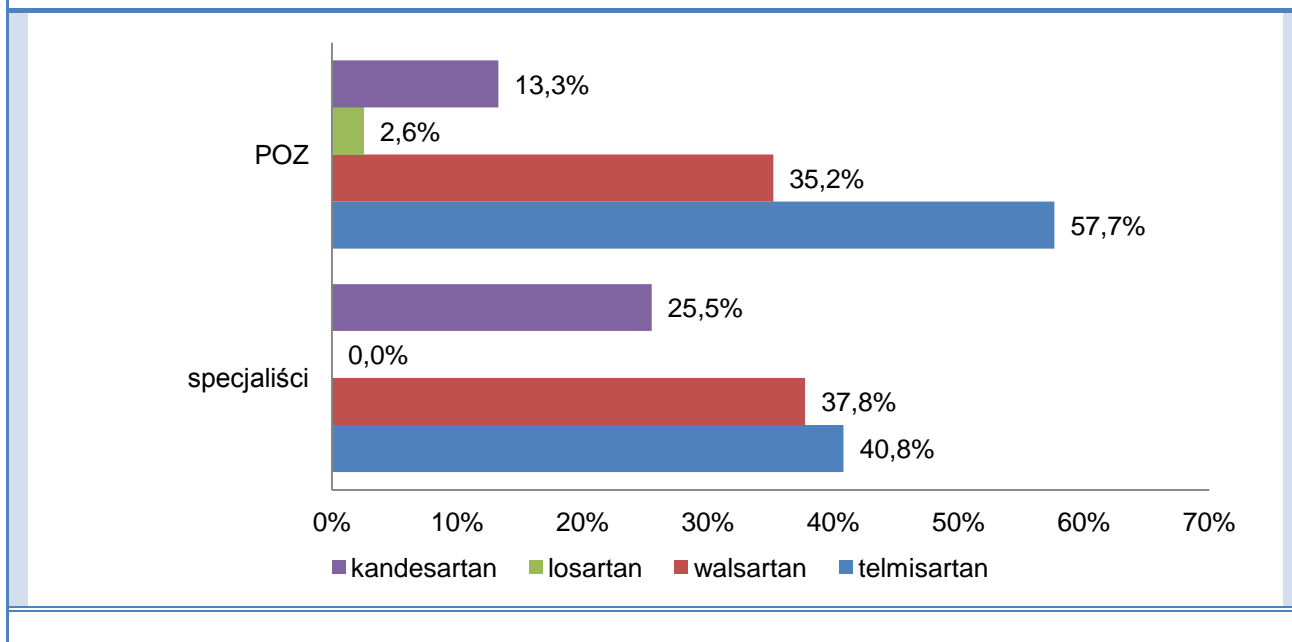


## OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA HIPOTENSYJNEGO– lekarze specjaliści/POZ

Przeciętna liczba tygodni od wdrożenia leczenia nadciśnienia tętniczego, po upływie których lekarz kontroluje skuteczność zastosowania schematu farmakoterapii wynosi 3 tygodnie w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu. W przypadku lekarzy specjalistów wartość ta jest nieco wyższa i wynosi 4 tygodnie.

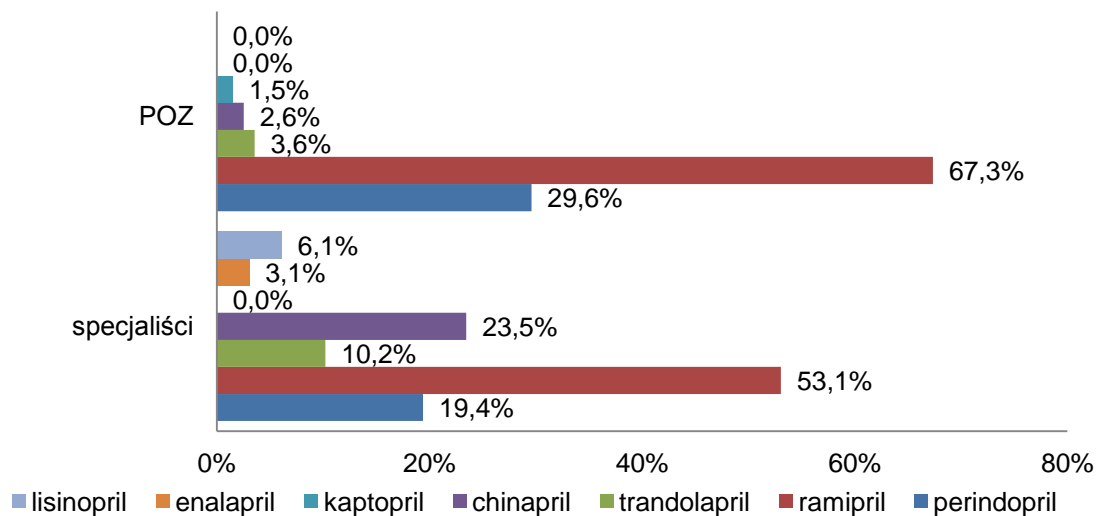
Jako sartan w opinii ankietowanych najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii najczęściej podawano telmisartan, z czego częściej sartan ten wskazywali lekarze POZ. Jako następny w kolejności, wskazywano na walsartan.

**Rysunek 84. Sartan w opinii lekarza najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii**



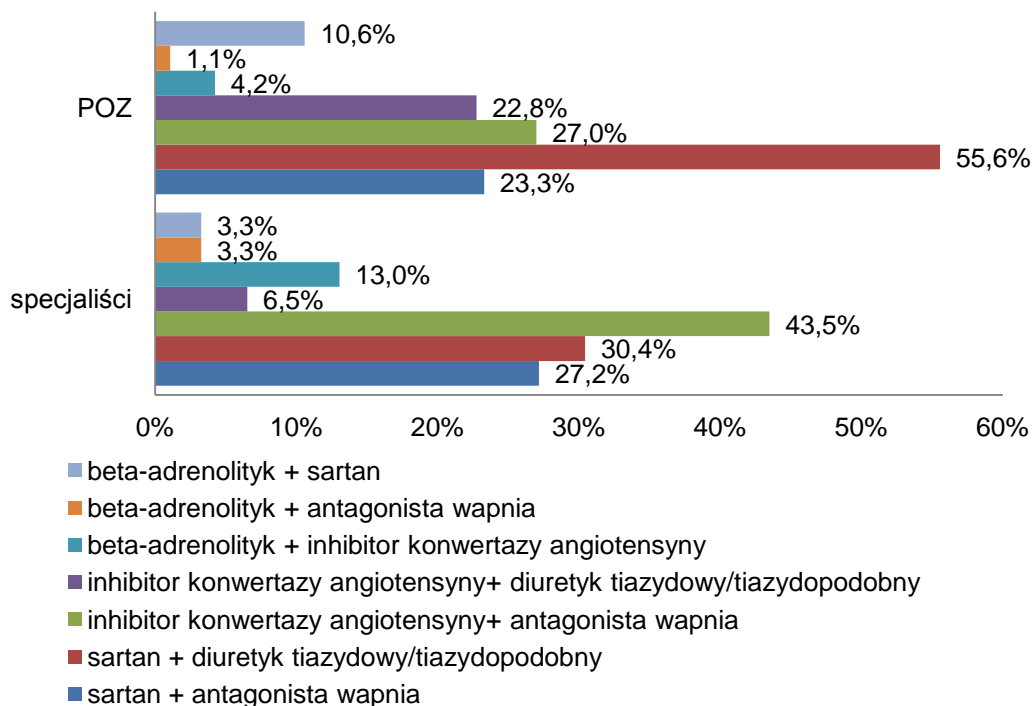
Jako ACE-I w opinii ankietowanych lekarzy najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii najczęściej podawano ramipril, z czego częściej wskazywali go lekarze POZ. W dalszej kolejności lekarze POZ wskazywali na perindopril, a lekarze specjaliści na chinapril.

**Rysunek 85. ACE-I w opinii lekarza najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii**



Najskuteczniejsze schematy leczenia dwulekowego to według lekarzy: sartan + diuretyk tiazydowy/tiazydopodobny (z czego częściej schemat ten wskazywali lekarze POZ) oraz inhibitor konwertazy angiotensyny+ antagonistą wapnia (z czego częściej schemat ten wskazywali lekarze specjaliści).

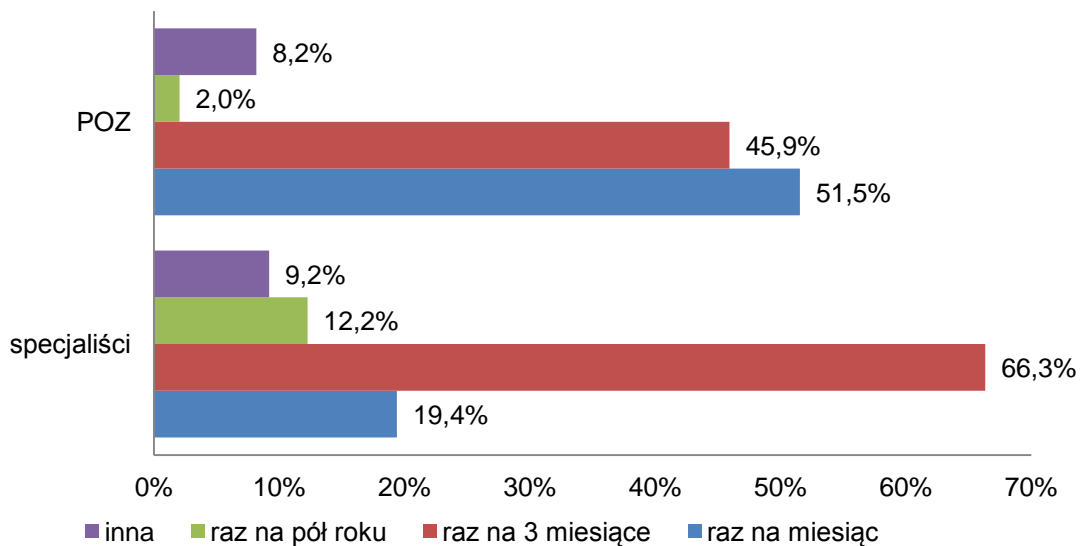
**Rysunek 86. Najskuteczniejsze schematy leczenia dwulekowego według lekarzy**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

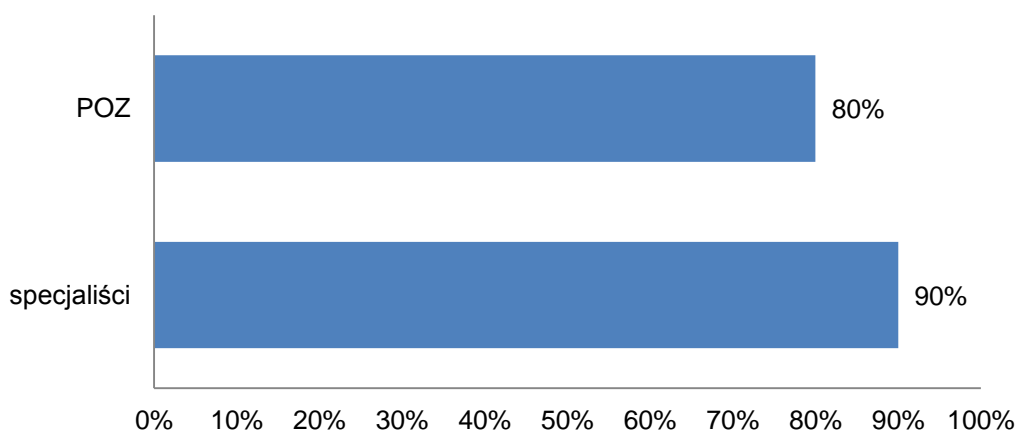
Ankietowani lekarze POZ zalecają częstsze wizyty kontrolne swoim pacjentom leczonym z powodu nadciśnienia tętniczego niż lekarze specjaliści. Lekarze POZ zalecają głównie wizytę raz na miesiąc podczas, gdy lekarze specjaliści zalecają najczęściej wizyty kontrolne raz na 3 miesiące.

**Rysunek 87. Częstotliwości wizyt kontrolnych zalecanych przez lekarza swoim pacjentom leczonym z powodu nadciśnienia tętniczego**



Wartość przeciętna odsetka pacjentów, którym lekarz zaleca leki hipotensyjne w standardowych opakowaniach (28-30 tabletek) wynosi 80% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 90% w przypadku lekarzy specjalistów.

**Rysunek 88. Mediana odsetka pacjentów, którym lekarz zaleca leki hipotensyjne w standardowych opakowaniach (28-30 tabletek)**

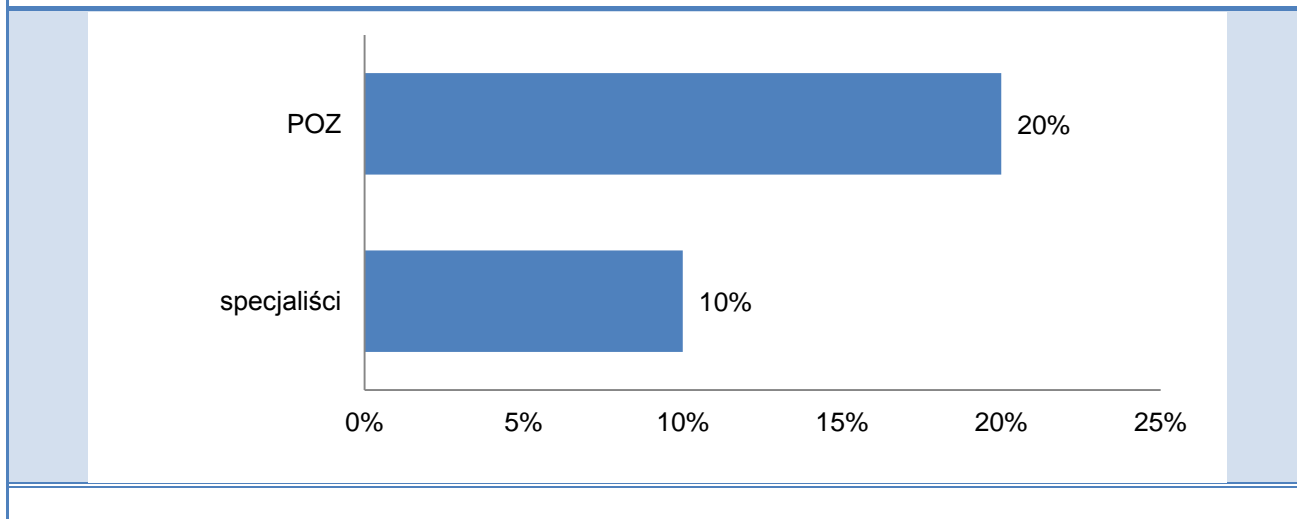


Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym



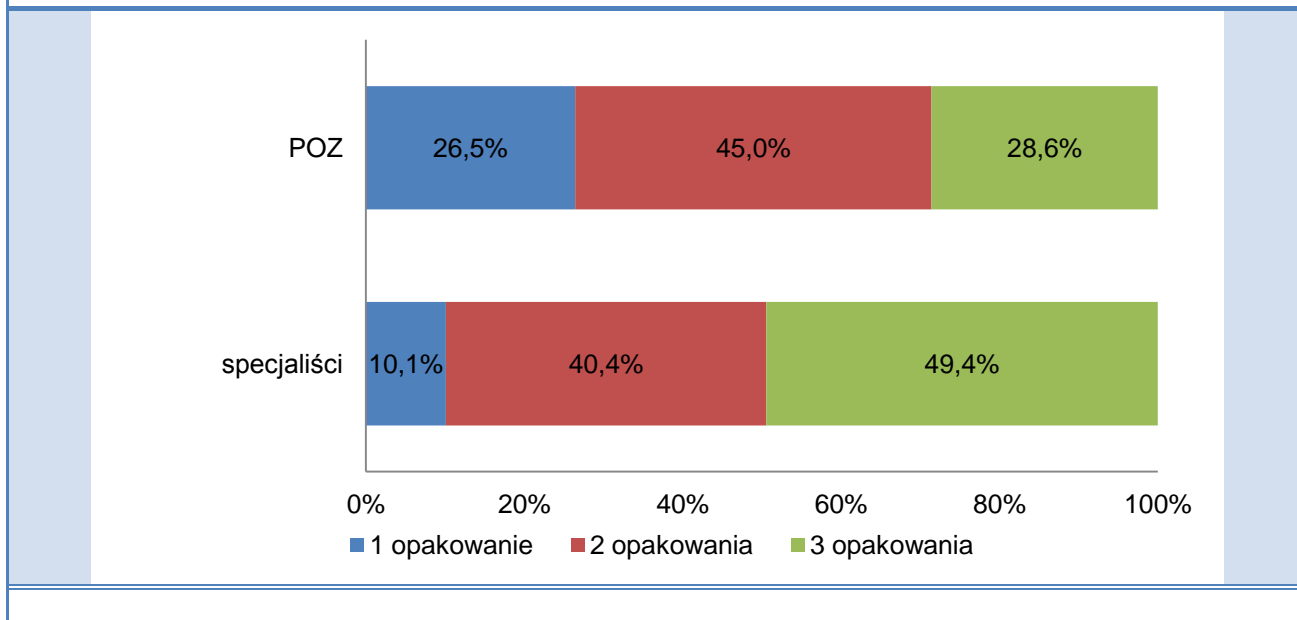
Wartość przeciętna odsetka pacjentów, którym lekarz zaleca leki hipotensyjne w ponadstandardowych opakowaniach (więcej niż 28-30 tabletek) wynosi 20% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 10% w przypadku lekarzy specjalistów.

**Rysunek 89. Mediana odsetka pacjentów, którym lekarz zaleca leki hipotensyjne w ponadstandardowych opakowaniach (więcej niż 28-30 tabletek)**



Ankietowani lekarze specjaliści częściej niż lekarze POZ przepisują większą liczbę opakowań standardowych danego preparatu (28-30 tabletek) w terapii NT do czasu następnej wizyty.

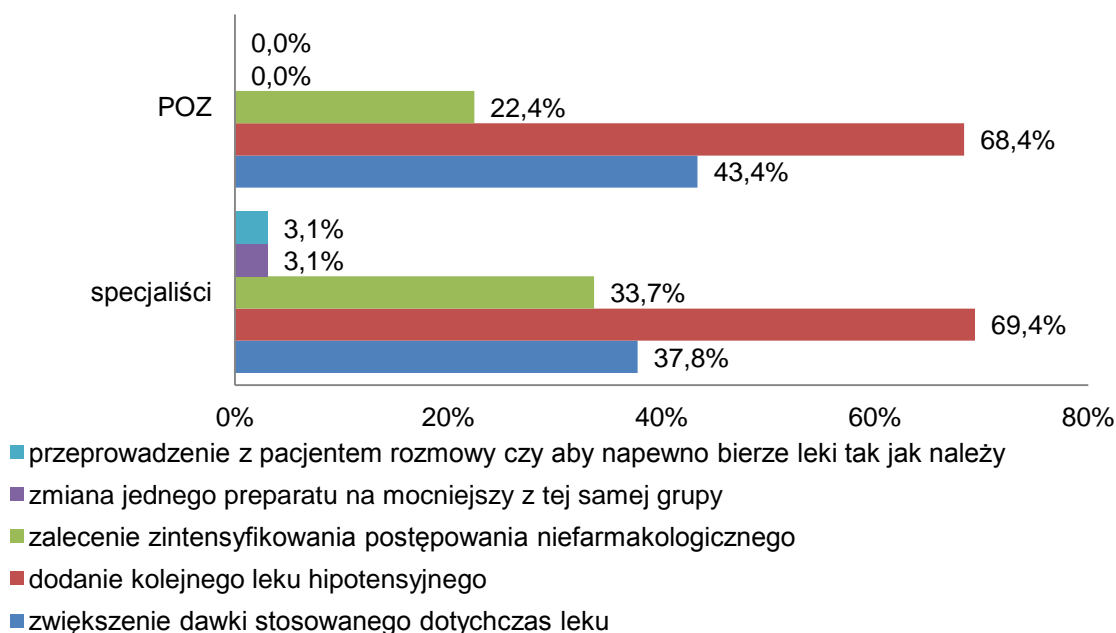
**Rysunek 90. Ilość opakowań standardowych danego preparatu (28-30 tabletek) w terapii NT, które ankietowany lekarz przepisuje do czasu następnej wizyty**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Postępowaniem, jakie w przypadku stwierdzenia braku skuteczności leczenia lekarze stosują najczęściej jest dodanie kolejnego leku hipotensyjnego (robi tak 68,4% zapytanych lekarzy rodzinnych oraz 69,4% lekarzy specjalistów). W dalszej kolejności wskazywano na zwiększenie dawki stosowanego dotychczas leku (POZ – 43,4%, lekarze specjaliści – 37,8%) oraz zalecenie zintensyfikowania postępowania nefarmakologicznego (POZ – 22,4%, lekarze specjaliści – 33,7%). 3,1% lekarzy specjalistów wskazało na przeprowadzenie z pacjentem rozmowy czy aby na pewno bierze leki tak jak należy oraz zmianę jednego preparatu na mocniejszy z tej samej grupy.

**Rysunek 91. Postępowanie, jakie w przypadku stwierdzenia braku skuteczności leczenia lekarze stosują najczęściej**

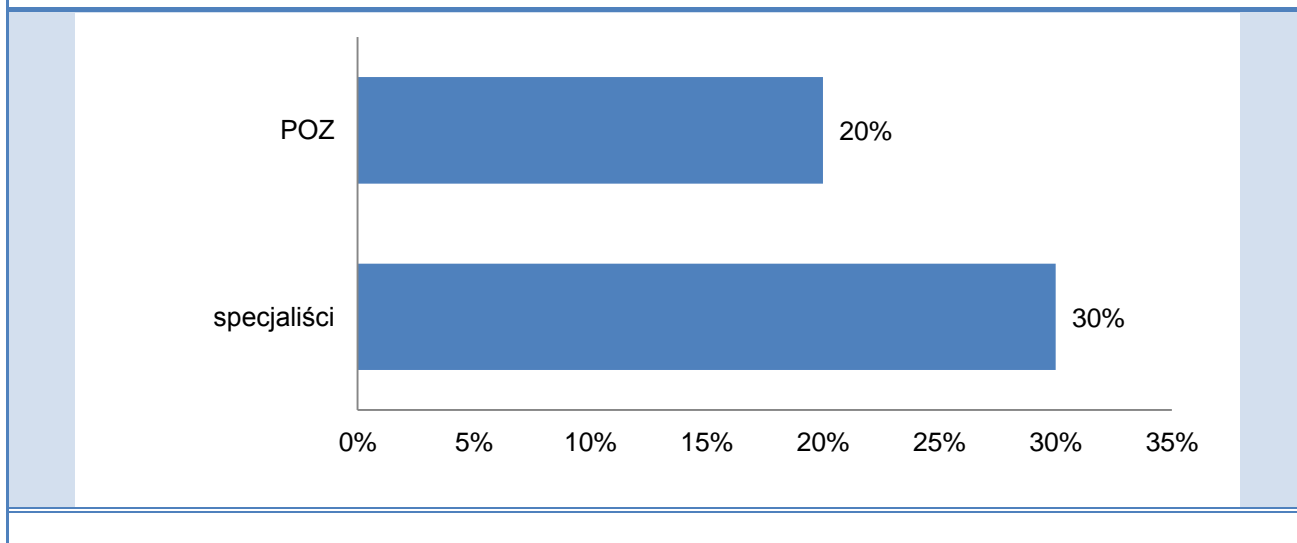


Prawie wszyscy respondenci w przypadku braku skuteczności leczenia rozważają możliwość niestosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych. Nie rozważa tego jedynie trzech lekarzy specjalistów.

Wartość przeciętna odsetka pacjentów leczonych przez ankietowanych lekarzy z powodu nadciśnienia tętniczego, którzy według nich nie stosują się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, wynosi 20% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 30% w przypadku lekarzy specjalistów.

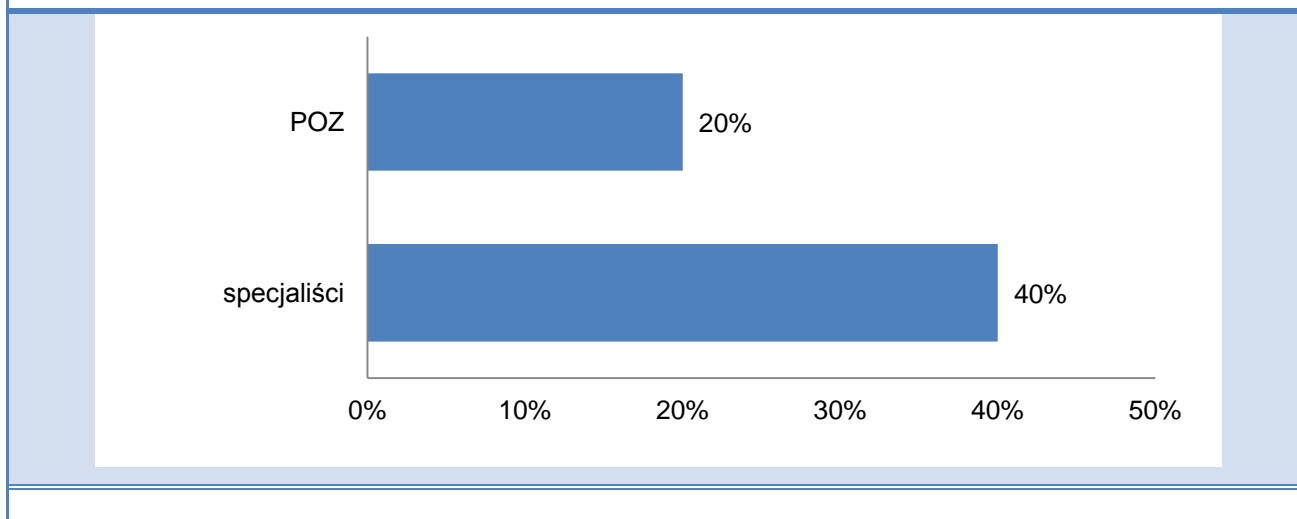
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 92. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, którzy według niego nie stosują się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków**



Wartość przeciętna odsetka pacjentów leczonych przez ankietowanych lekarzy z powodu nadciśnienia tętniczego i nie stosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, którzy według nich dyscyplinują się po przeprowadzonej rozmowie dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych, wynosi 20% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu oraz 40% w przypadku lekarzy specjalistów.

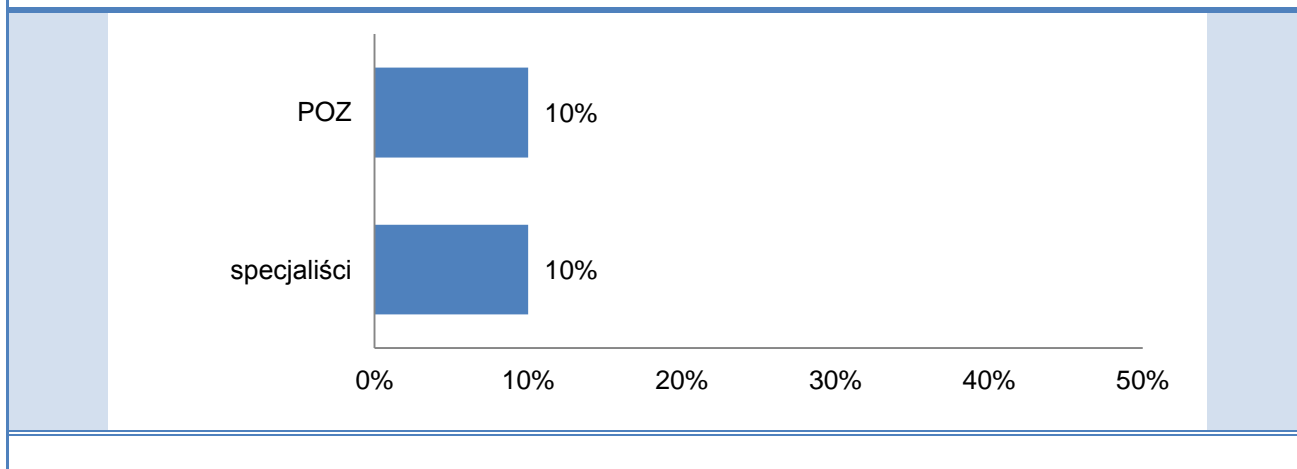
**Rysunek 93. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego i nie stosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, którzy według niego dyscyplinują się po przeprowadzonej rozmowie dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych**



Wartość przeciętna odsetka pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego przez ankietowanych lekarzy i niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, którzy według nich dyscyplinują się po przeprowadzonej rozmowie z ich bliskimi, nie różni się w zależności od tego, czy odpowiedzi udzielali lekarze POZ czy lekarze specjaliści.

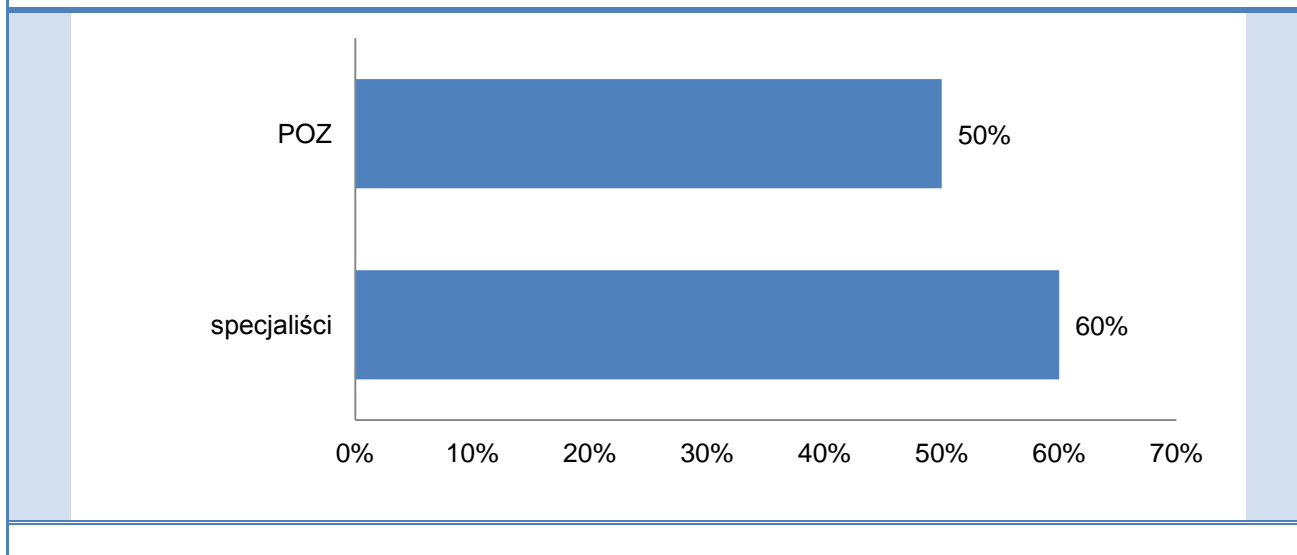
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 94. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego i niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, który według niego dyscyplinuje się po przeprowadzonej rozmowie z ich bliskimi**



Wartość przeciętna odsetka pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego przez ankietowanych lekarzy, którzy według nich nie stosują się do zaleceń terapeutycznych dotyczących postępowania niefarmakologicznego, wynosi 50% w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu. W przypadku lekarzy specjalistów wartość ta jest wyższa i wynosi 60%.

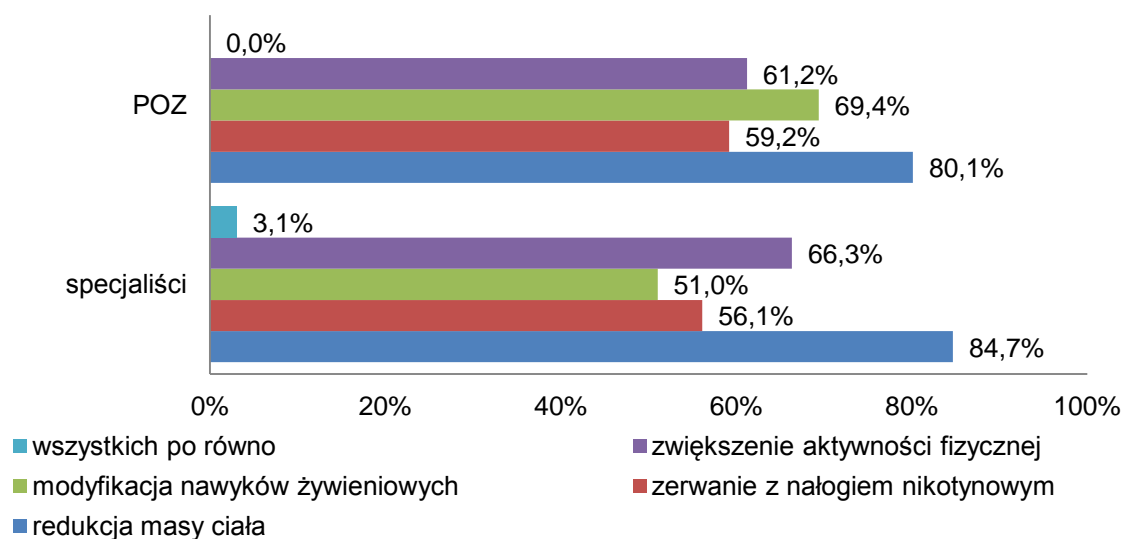
**Rysunek 95. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, który według niego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących postępowania niefarmakologicznego**



Według ankietowanych lekarzy, ich pacjenci w postępowaniu niefarmakologicznym najczęściej nie przestrzegają zaleceń dotyczących redukcji masy ciała (wskazało na nią 80,1% lekarzy pierwszego kontaktu oraz 84,7% lekarzy specjalistów). Ponadto lekarze POZ częściej wskazywali na modyfikację nawyków żywieniowych, a lekarze specjaliści na zwiększenie aktywności fizycznej.

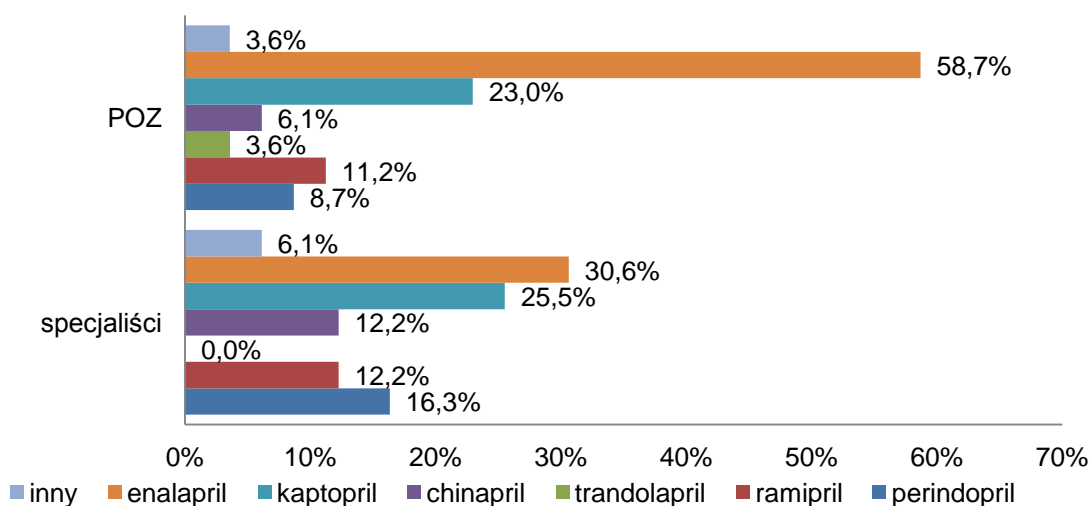
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

**Rysunek 96. Zalecenia dotyczące postępowania nefarmakologicznego, których według lekarzy ich pacjenci nie przestrzegają najczęściej**



Ankietowani lekarze POZ, spośród leków należących do grupy ACE-I, zdecydowanie częściej wskazywali na enalapril jako lek wywołujący najwięcej działań niepożądanych niż lekarze specjaliści. Ankietowani lekarze specjaliści nieznacznie częściej wskazywali natomiast na kaptopril, chinapril, ramipril oraz perindopril.

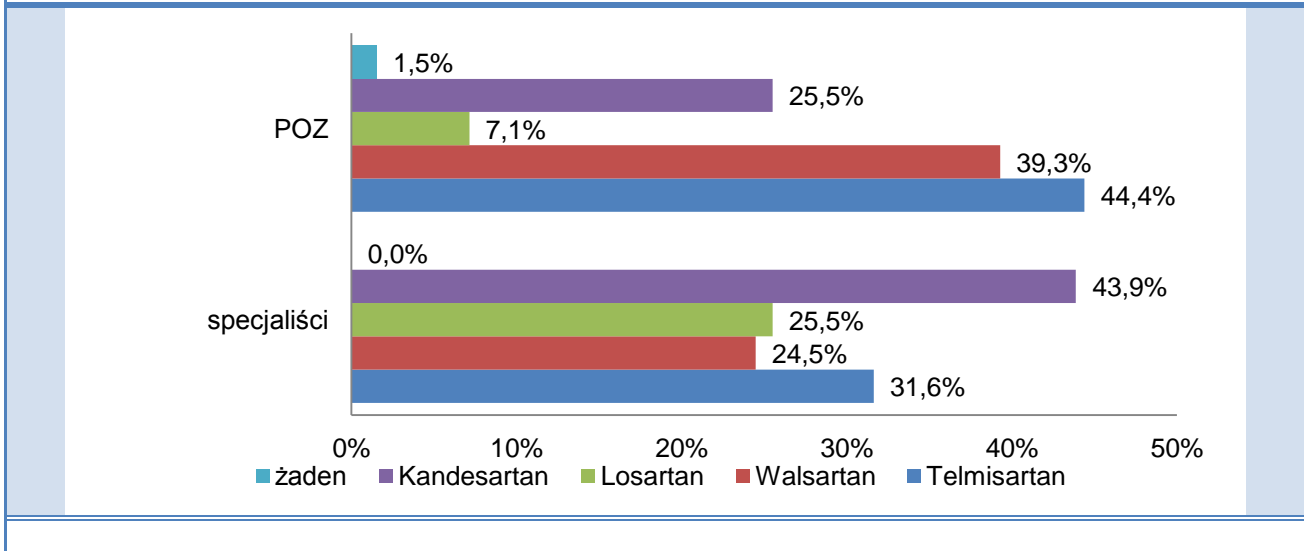
**Rysunek 97. ACE-I wywołujące najwięcej działań niepożądanych (cechujące się najniższą tolerancją)**



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Wśród sartanów wywołujących najmniej działań niepożądanych ankietowani lekarze POZ wymieniali przede wszystkim telmisartan. Natomiast lekarze specjaliści wskazywali w tej kwestii głównie na kandesartan.

**Rysunek 98. Sartany wywołujące najmniej działań niepożądanych (cechujące się najlepszą tolerancją)**



## Podsumowanie

1. Nadciśnienie tętnicze jako przewlekła choroba z grupy sercowo-naczyniowych, wymaga przestrzegania zarówno, często złożonego schematu farmakoterapii, jak również innych zaleceń terapeutycznych, w celu zapobiegania rozwojowi powikłań narządowych.  
W przedstawionym badaniu marketingowym pt. "Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora AT1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym", uczestniczyli specjaliści chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej oraz kardiologii prowadzący terapię pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. Program miał na celu przygotowanie raportu końcowego opisującego schematy terapeutyczne z użyciem sartanów oraz ACE-I, stosowane przez lekarzy u chorych z nadciśnieniem tętniczym, jak również kryteria, którymi kierują się lekarze przy wyborze preparatów z tych grup. Niniejszy Program był realizowany przez lekarzy głównie pracujących w Niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej. Większość uczestników badania pracowało w zawodzie od 15 do 23 lat, przeciętnie lecząc 500 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.
2. Analiza danych wykazała, iż zwykle lekarze rozpoczynają farmakoterapię nadciśnienia tętniczego u kilku osób tygodniowo, jednocześnie kontynuując leczenie u około 50 osób w tygodniu. Według opinii większości włączonych do badania lekarzy, ustawa refundacyjna nie wpłynęła na podejmowane przez nich decyzje terapeutyczne, aczkolwiek w wyniku jej wprowadzenia lekarze uważniej czytają wskazania rejestracyjne zawarte w CHPL. Ponadto istotnie wzrosła ilość receptów pełnopłatnych. Wykazano, iż połowa pacjentów z uwagi na liczne schorzenia współistniejące, wymaga przewlekłego przyjmowania szeregu innych dodatkowych leków, wśród których najczęściej wymieniano leki hipolipemizujące, doustne leki przeciwcukrzycowe, inhibitory pompy protonowej, leki przeciwpłytkowe, nitraty, preparaty insuliny, jak również leki nasenne, przeciwkrzepliwie oraz przeciwdepresyjne.
3. W momencie rozpoznania nadciśnienia tętniczego, leczenie nefarmakologiczne jako jedyna terapia, zwykle wdrażane jest u kilku osób tygodniowo. Jako leki pierwszego rzutu preparaty hipotensyjne z grupy sartanów i ACE-I są stosowane odpowiednio u około 30% i 50% chorych, natomiast w monoterapii odpowiednio u 20% i 40%. Według opinii większości lekarzy biorących udział w programie, zarówno specjalistów, jak i lekarzy POZ, najwyższą skutecznością hipotensyjną w grupie sartanów cechował się telmisartan, zaś w grupie ACE-I ramipryl. Jednakże nadciśnienie tętnicze u niewielkiego odsetka chorych jest dobrze kontrolowane za pomocą monoterapii, stąd większość chorych wymaga złożonego leczenia hipotensyjnego. Badane preparaty z grup sartanów i ACE-I były przede wszystkim istotnym elementem skojarzonego leczenia hipotensyjnego. W leczeniu hipotensyjnym, sartany i ACE-I najczęściej łączono z lekami z grupy diuretyków tiazydowych oraz blokerów kanału wapniowego. Połączenie ACE-I z antagonistą wapnia było najskuteczniejsze według opinii lekarzy specjalistów, zaś sartanu z diuretykiem tiazydowym było połączeniem najskuteczniejszym według lekarzy POZ. W stosowanych schematach trójlekowych najpopularniejszymi połączeniami były ACE-I + antagonistą wapnia + diuretyk tiazydowy oraz sartan + antagonistą wapnia + diuretyk. Według opinii biorących udział w badaniu lekarzy, nawet 20% pacjentów może wymagać rozpoczęcia terapii hipotensyjnej od stałych połączeń lekowych. U części chorych włączenie do leczenia sartanu podyktowane było nietolerancją innych leków hipotensyjnych, zwłaszcza preparatów z grupy ACE-I, które najczęściej były powodem uporczywego kaszlu.
4. Wykazano, iż przy wyborze preparatów hipotensyjnych z grupy sartanów i ACE-I istotnym czynnikiem brany pod uwagę są choroby współistniejące. Obie grupy leków są podstawą farmakoterapii u chorych wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, bez względu na wiek i wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego. Sartany stosowano przede wszystkim u pacjentów z cechami zespołu metabolicznego, cukrzycą typu 2, po przebytym udarze mózgu bądź epizodzie przejściowego niedokrwienia, zaburzeniami lipidowymi oraz przewlekłą chorobą nerek. ACE-I włączano u chorych po zawale mięśnia sercowego, z przewlekłą niewydolnością serca, chorobą niedokrwinną serca, cukrzycą typu 2, przerostem lewej komory serca oraz przewlekłą chorobą

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

nerek. Najczęściej stosowanymi sartanami był walsartan i telmisartan, natomiast w grupie ACE-I najczęściej zalecanym był ramipril oraz perindopril. W opinii badanych lekarzy, leki te wykazywały się największą skutecznością i tolerancją. Wśród sartanów wywołujących najwięcej działań niepożądanych wymieniano losartan, a wśród ACE-I enalapril.

5. Wizyty kontrolne chorych najczęściej odbywają się po 2-4 tygodniach od momentu wdrożenia leczenia hipotensyjnego, następnie raz na 3 miesiące u specjalisty bądź raz w miesiącu w POZ. Według opinii zdecydowanej większości biorących udział w badaniu lekarzy, chorzy najczęściej stosują się do zaleceń terapeutycznych. W przypadkach braku efektów leczenia, prawie wszyscy respondenci biorą pod uwagę brak compliance, zanim zostaną podjęte decyzje o intensyfikacji leczenia hipotensyjnego, pod postacią dodania kolejnego leku, zwiększenia dawek leku czy intensyfikacji postępowania nefarmakologicznego. W badaniu wykazano, iż problem non compliance w zakresie farmakoterapii, może dotyczyć ¼ pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, natomiast w zakresie postępowania nefarmakologicznego do zaleceń lekarskich nie stosuje się nawet połowa chorych. Szczególnym problemem do realizacji okazuje się być zalecenie redukcji masy ciała. Z uzyskanych danych wynika, iż najczęstszymi powodami niestosowania się do zaleceń lekarskich jest uzyskanie normalizacji ciśnienia po włączeniu leczenia, zapominanie o przyjęciu kolejnej dawki leku, zbyt wysoki koszt terapii oraz wystąpienie działań niepożądanych. Mając na uwadze wysokie ryzyko kardiologiczne chorych z nadciśnieniem tętniczym, problem braku compliance zarówno odnośnie leczenia farmakologicznego, jak i bagatelizowanie przez chorych zaleceń dotyczących modyfikacji stylu życia, konieczność stałej reedukacji i dyscyplinowanie chorych podczas każdej wizyty, wydają się oczywiste.
6. Badani lekarze jako najprzydatniejszą promocję leków hipotensyjnych uznali informacje przekazane przez przedstawiciela firmy, podczas rozmowy merytorycznej. Natomiast istotnie rzadziej jako przydatną formę promocji leków wymieniano sesje naukowe podczas zjazdów i publikacje naukowe w specjalistycznych czasopismach. Według uczestników badania, najczęstsze korzyści ze stosowania sartanów w terapii hipotensyjnej, przedstawiane podczas wizyty przedstawiciela medycznego to: wysoka skuteczność, atrakcyjna cena, długi czas działania leku oraz renoprotekcja i kardioprotekcja. Natomiast w odniesieniu do ACE-I najczęściej podkreślano wysoką skuteczność, atrakcyjną cenę, korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy oraz przeprowadzone badania kliniczne.



## Bibliografia

Collet D. Modelling binary data. Chapman & Hall/CRC New York 2003. Chapter: Modelling data from epidemiological studies. p. 215-264.

Gourieroux Ch. Econometrics of qualitative dependent models. Cambridge University Press 2000.

Long J.S. Regression models for categorical and limited dependent variables. SAGE Publications, Inc. Thousand Oaks 1997.

Mason R., Lindt D. Statistical techniques in business and economics. IRWIN, Boston 1990.

McClave J., Benson P.G. Statistics for business and economics. Dellen Publishing Company, San Francisco 1988.

Ranter B. Statistical modeling and analysis for database marketing. Chapman & Hall/CRC 2003.

Strasser H. Mathematical theory of statistics. Berlin- New York 1985.

Walesiak M. Metody analizy danych marketingowych. PWN Warszawa 1996.

## Spis rysunków i tabel

### Spis rysunków

Rysunek 1. Wiek .....	4
Rysunek 2. Miejsce pracy .....	5
Rysunek 3. Staż pracy .....	6
Rysunek 4. Aktualna, przybliżona, łączna liczba prowadzonych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym .....	7
Rysunek 5. Przybliżona liczba pacjentów, u których w tygodniu: .....	8
Rysunek 6. W jaki sposób zmiany wprowadzone w ustawie refundacyjnej wpłynęły na podejmowane przez Panią/Pana decyzje terapeutyczne? .....	9
Rysunek 7. Do jakiej grupy wiekowej najczęściej należą pacjenci, u których rozpoczyna Pani/Pan farmakoterapię nadciśnienia tętniczego? .....	10
Rysunek 8. U jakiego odsetka (procent) pacjentów leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoczyna Pani/Pan od zastosowania sartanu? .....	10
Rysunek 9. U jakiego odsetka (procent) pacjentów leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoczyna Pani/Pan od ACE-I? ..	11
Rysunek 10. Czy wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego? .....	12
Rysunek 11. Terapię nadciśnienia tętniczego najczęściej rozpoczynam od sartanu w przypadku pacjentów: .....	12
Rysunek 12. Czy wiek pacjenta jest istotnym argumentem przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego? .....	13
Rysunek 13. Terapię nadciśnienia tętniczego najczęściej rozpoczynam od ACE-I w przypadku pacjentów: .....	13
Rysunek 14. Czy wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiający za wyborem sartanu jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego? .....	14
Rysunek 15. Sartany jako leki pierwszego rzutu najczęściej stosuję u osób z: .....	14
Rysunek 16. Czy wyjściowe wartości ciśnienia tętniczego stanowią istotny argument przemawiającym za wyborem ACE-I jako leku pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego? .....	15
Rysunek 17. ACE-I jako leki pierwszego rzutu najczęściej stosuję u osób z: .....	15
Rysunek 18. Czy choroby współistniejące stanowią dla Pani/Pana istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu sartanu do leczenia nadciśnienia tętniczego? .....	16
Rysunek 19. Sartany stosuję przede wszystkim u pacjentów: .....	16
Rysunek 20. Czy choroby współistniejące stanowią dla Pani/Pana istotny argument przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu ACE-I do leczenia nadciśnienia tętniczego? .....	17
Rysunek 21. ACE-I stosuję przede wszystkim u pacjentów: .....	18
Rysunek 22. U jakiego odsetka (procent) pacjentów rozpoczyna Pani/Pan farmakoterapię nadciśnienia tętniczego od sartanu w monoterapii? .....	18
Rysunek 23. U jakiego odsetka (procent) pacjentów rozpoczyna Pani/Pan farmakoterapię nadciśnienia tętniczego od ACE-I w monoterapii? .....	20
Rysunek 24. U jakiego odsetka (procent) pacjentów w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego farmakoterapię rozpoczyna Pani/Pan od leczenia skojarzonego: sartan + inny leki hipotensyjny? .....	22
Rysunek 25. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu sartan + inny lek, jako drugi lek najczęściej wybiera Pani/Pan: .....	23
Rysunek 26. U jakiego odsetka (procent) pacjentów w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego farmakoterapię rozpoczyna Pani/Pan od leczenia skojarzonego: ACEI + inny leki hipotensyjny? .....	23
Rysunek 27. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii nadciśnienia tętniczego od schematu ACE-I + inny lek, jako drugi lek najczęściej wybiera Pani/Pan: .....	24
Rysunek 28. U jakiego odsetka pacjentów farmakoterapię nadciśnienia tętniczego rozpoczyna Pani/Pan od schematu	

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

trójlekowego?.....	24
Rysunek 29. W przypadku rozpoczynania farmakoterapii od schematu trójlekowego, jakie grupy leków kojarzy Pani/Pan najczęściej?.....	25
Rysunek 30. U jakiego odsetka pacjentów rozpoczyna Pani/Pan leczenia nadciśnienia tętniczego od stałych połączeń lekowych? .....	26
Rysunek 31. U jakiego odsetka pacjentów wdrożenie do leczenia sartanu związane jest z nietolerancją wcześniej stosowanych leków? .....	26
Rysunek 32. U jakiego odsetka pacjentów wdrożenie do leczenia ACE-I związane jest z nietolerancją wcześniej stosowanych leków? .....	27
Rysunek 33. Preparaty z jakiej grupy leków hipotensyjnych, ze względu na ich złą tolerancję/ działania niepożądane, zastępuje Pani/Pan sartanem najczęściej? .....	27
Rysunek 34. Jaki procent pacjentów leczonych przez Panią/Pana z powodu nadciśnienia tętniczego przyjmuje jednocześnie inne, pozahipotensyjne leki? .....	28
Rysunek 35. Jakie grupy leków pozahipotensyjnych przyjmują najczęściej leczeni przez Panią/Pana pacjenci z nadciśnieniem tętniczym? .....	29
Rysunek 36. Jaka promocja leków hipotensyjnych jest najprzydatniejsza dla Pana/i? .....	30
Rysunek 37. Jakie materiały w Pana/i opinii używane są najczęściej w promocji przez przedstawiciela medycznego?... 30	
Rysunek 38. Które z poniższych form promocji przedstawiciela medycznego najbardziej spełniają Pana/i oczekiwania?31	
Rysunek 39. Najczęściej wymieniane korzyści leków z grupy sartanów podczas promocji przedstawicieli medycznych .32	
Rysunek 40. Najczęściej wymieniane korzyści leków z grupy ACE-I podczas promocji przedstawicieli medycznych .....	33
Rysunek 41. W jakim czasie, to jest po ilu tygodniach od wdrożenia leczenia nadciśnienia tętniczego, kontroluje Pani/Pan skuteczność zastosowanego schematu farmakoterapii? .....	34
Rysunek 42. Który spośród sartanów jest według Pani/Pana opinii najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii? .....	35
Rysunek 43. Który spośród ACE-I jest według Pani/Pana opinii najskuteczniejszy w kontekście redukcji wartości ciśnienia tętniczego w monoterapii?.....	35
Rysunek 44. Jaki schemat leczenia skojarzonego dwulekowego jest według Pani/Pana opinii najskuteczniejszy? .....	36
Rysunek 45. U jakiego odsetka pacjentów zaleca Pani leki hipotensyjne w standardowych opakowaniach (28-30 tabl.)? .....	37
Rysunek 46. U jakiego odsetka pacjentów zaleca Pani leki hipotensyjne w ponadstandardowych opakowaniach (więcej niż 28 – 30 tabl.)?.....	38
Rysunek 47. W terapii NT ile opakowań standardowych (28-30 tabl.) danego preparatu przepisuje Pan/i do czasu następnej wizyty? .....	38
Rysunek 48. W przypadku stwierdzenia braku skuteczności leczenia, jakie postępowanie stosuje Pani/Pan najczęściej? .....	39
Rysunek 49. Czy w przypadku braku skuteczności leczenia rozważa Pani/Pan możliwość niestosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych (compliance, persistence)? .....	40
Rysunek 50. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków?.....	41
Rysunek 51. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, dyscyplinuje się po przeprowadzonej z nimi rozmowie dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych? .....	41
Rysunek 52. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, dyscyplinuje się po przeprowadzonej rozmowie z ich bliskimi, dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych? .....	42
Rysunek 53. Według Pani/Pana opinii, jaki odsetek Pani/Pana pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących postępowania niefarmakologicznego? .....	43
Rysunek 54. Jakich zaleceń dotyczących postępowania niefarmakologicznego Pani/Pana pacjenci nie przestrzegają według Pani/Pana najczęściej? .....	43

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Rysunek 55. Jakie według Pani/Pana opinii są najczęstsze mechanizmy/przyczyny nieprzestrzegania zaleceń dotyczących farmakoterapii wśród Pani/Pana pacjentów? .....	44
Rysunek 56. Jakie działania niepożądane ACE-I zgłaszają Pani/Pana pacjenci najczęściej? .....	45
Rysunek 57. Według Pani/Pana opinii, który spośród wymienionych ACE-I wywołuje najwięcej działań niepożądanych (cehuje się najniższą tolerancją)? .....	46
Rysunek 58. Według Pani/Pana opinii, który spośród wymienionych sartanów wywołuje najmniej działań niepożądanych (cehuje się najlepszą tolerancją)? .....	46
Rysunek 59. Grupa wiekowa, do której najczęściej należą pacjenci, u których lekarz rozpoczyna farmakologię nadciśnienia tętniczego .....	47
Rysunek 60. Mediana odsetka pacjentów, u których leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od zastosowania sartanu .....	47
Rysunek 61. Mediana odsetka pacjentów, u których leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od ACE-I .....	48
Rysunek 62. Mediana odsetka pacjentów, u których farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od sartanu w monoterapii .....	52
Rysunek 63. Mediana odsetka pacjentów, u którego farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od ACE-I w monoterapii .....	52
Rysunek 64. Mediana odsetka pacjentów, u którego w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna farmakoterapię od leczenia skojarzonego: sartan + inny lek hipotensyjny .....	53
Rysunek 65. Mediana odsetka pacjentów, u którego w chwili rozpoznania nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna farmakoterapię od leczenia skojarzonego: ACE-I + inny lek hipotensyjny .....	54
Rysunek 66. Mediana odsetka pacjentów, u którego farmakoterapię nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od schematu trójlekowego .....	55
Rysunek 67. Mediana odsetka pacjentów, u którego leczenie nadciśnienia tętniczego lekarz rozpoczyna od stałych połączeń lekowych .....	57
Rysunek 68. Mediana odsetka pacjentów, u którego wdrożenie do leczenia sartanu związane jest z nietolerancją stosowanych wcześniej leków .....	57
Rysunek 69. Mediana odsetka pacjentów, u którego wdrożenie do leczenia ACE-I związane jest z nietolerancją stosowanych wcześniej leków .....	58
Rysunek 70. Mediana odsetka pacjentów leczonych przez danego lekarza z powodu nadciśnienia tętniczego i przyjmujących jednocześnie inne, pozahipotensyjne leki .....	59
Rysunek 71. Mediana odsetka pacjentów, którym lekarz zaleca leki hipotensyjne w standardowych opakowaniach (28-30 tabletek) .....	64
Rysunek 72. Mediana odsetka pacjentów, którym lekarz zaleca leki hipotensyjne w ponadstandardowych opakowaniach (więcej niż 28-30 tabletek) .....	65
Rysunek 73. Ilość opakowań standardowych danego preparatu (28-30 tabletek) w terapii NT, które ankietowany lekarz przepisuje do czasu następnej wizyty .....	65
Rysunek 74. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, który według niego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków .....	67
Rysunek 75. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego i nie stosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, który według niego dyscyplinuje się po przeprowadzonej rozmowie dotyczącej wagi przestrzegania zaleceń terapeutycznych .....	67
Rysunek 76. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego i niestosujących się do zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, który według niego dyscyplinuje się po przeprowadzonej rozmowie z ich bliskimi .....	68
Rysunek 77. Mediana odsetka pacjentów ankietowanego lekarza leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, który według niego nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących postępowania nefarmakologicznego .....	68
Rysunek 78. ACE-I wywołujące najwięcej działań niepożądanych (cehujące się najniższą tolerancją) .....	69
Rysunek 79. Sartany wywołujące najmniej działań niepożądanych (cehujące się najlepszą tolerancją) .....	70
Rysunek 80. Grupa leków hipotensyjnych, z których pochodzą preparaty, które, ze względu na ich złą tolerancję lub działania niepożądane, lekarz zastępuje sartanem najczęściej .....	58

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące terapii preparatami z grupy antagonistów receptora at1 dla angiotensyny II (sartanów) oraz preparatami z grupy inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I) u chorych z nadciśnieniem tętniczym

## Spis tabel

Tabela 1. Definicje i oznaczenia .....	3
Tabela 2. Wykonywana/e specjalizacja/e .....	5
Tabela 3. Jaki sartan stosuje Pani/Pan najczęściej? – sartany wskazywane częściej niż 10-krotnie .....	19
Tabela 4. Jaki ACE-I stosuje Pani/Pan najczęściej? – ACE-I wskazywane częściej niż 10 wskazań .....	20
Tabela 5. W przypadku rozpoczynania leczenia nadciśnienia tętniczego od stosowania sartanu w monoterapii jaką dawkę leku stosuje Pani/Pan najczęściej? .....	21
Tabela 6. W przypadku rozpoczynania leczenia nadciśnienia tętniczego od stosowania ACE-I w monoterapii jaką dawkę leku stosuje Pani/Pan najczęściej? .....	22
Tabela 7. Jaką częstotliwość wizyt kontrolnych zaleca Pani/Pan swoim pacjentom leczonym z powodu nadciśnienia tętniczego? .....	37
Tabela 8. Z jakich przyczyn podejmuje Pani/Pan najczęściej decyzję o przepisaniu pacjentowi leków w ponadstandardowych opakowaniach (56 tabl.) (możliwość wskazania 3 powodów)? – w zestawieniu ujęto wskazania częstsze niż 10 .....	39