

KARDIOLOGIA

W poszukiwaniu straconego czasu tętniczego i hipercholesterolemii

Preparaty złożone są jak najbardziej wskazane dla chorych z nadciśnieniem tętniczym (NT) i hipercholesterolemią w wieku podeszłym. Późny wiek nie zwalnia z podejmowania intensywnej terapii. Kontrola takich czynników ryzyka, jak NT i hipercholesterolemia zawsze daje korzyści, a najważniejsza z nich to zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego.

– Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2019 r. za cezurę wieku podeszłego uznały 65. rok życia. Wyodrębniono w nich jeszcze grupę osób w wieku bardzo podeszłym, czyli powyżej 80 lat. Ubiegłoroczne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology – ESC) dotyczące prewencji sercowo-naczyniowej wskazują, że wiek podeszły rozpoczyna się od 70. roku życia. To dlatego, że obecnie osoby między 60. a 70. rokiem życia bardzo często są w dobrym stanie ogólnym, co pozwala na stosowanie intensywnej terapii w tej grupie wiekowej. Może zatem nie powinniśmy brać pod uwagę wieku metrykalnego, ale biologicznego? – zastanawia się prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii, prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

O wieku biologicznym świadczy nasilenie miażdżycy i sztywności naczyń, które są konsekwencją mijającego czasu.

Jak poznać wiek naczyń

– Ocena ciśnienia tętna jest najprostszą metodą na określenie wieku naczyń. Oblicza się je, odejmując od wartości ciśnienia tętniczego skurczowego wartość ciśnienia rozkurczowego. Jeśli różnica jest duża – u osób starszych powyżej 60 mm Hg, mamy do czynienia ze wzrostem sztywności naczyń, zapewne w konsekwencji długiego życia, ale także utrzymujących się przez dłuższy czas podwyższonej wartości ciśnienia tętniczego – wyjaśnia dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski, prof. NIKard, z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii, kierownik Samodzielnej Pracowni Lipidowej w NIKard.

Należy pamiętać, że zwiększona sztywność naczyń skutkuje trudnościami w kontroli ciśnienia tętniczego i wyższym ryzykiem zawału serca oraz udaru mózgu.

– Ciśnienie tętna to parametr prosty do wyliczenia w gabinecie lekarskim, który wskazuje rodzaj terapii, jaką powinniśmy stosować, a także wykładnik jej skuteczności. Inne czynniki, które mogą nam powiedzieć, czy nasz pacjent jest tak wiekowy,

”



Fot. Tomasz Pikuła

prof. Aleksander Prejbisz: Peryndopryl można uznać za fundament terapii nadciśnienia tętniczego

i podstawę budowania skojarzeń lekowych

jak wynika to z jego metryki, to stopień uwapnienia tętnic wieńcowych i obecność blaszek miażdżycowych w tętnicach szyjnych. Chorzy bez widocznego uwapnienia w badaniu tomografii wieńcowej, bez blaszek miażdżycowych w tętnicach szyjnych mają zdecydowanie dużo niższe ryzyko sercowo-naczyniowe i to jest również wykładnik dobrego stanu naczyń. A więc sztywność naczyń i obecność zmian miażdżycowych oraz ich nasilenie zdecydowanie mówią o wieku biologicznym pacjenta – tłumaczy prof. Aleksander Prejbisz.

Profesor Piotr Dobrowolski dodaje, że obliczenie ciśnienia tętna w większości przypadków jest wystarczające, jednak u niektórych osób należy wykonać badania obrazowe w celu doprecyzowania rzeczywistego wieku biologicznego.

Im wcześniej, tym lepiej

Istnieje coraz więcej dowodów, że wykorzystując badania genetyczne, można stratyfikować ryzyko późnych powikłań sercowo-naczyniowych. Dużo genów mających wpływ na choroby sercowo-naczyniowe jest już zidentyfikowanych. – Za jakiś czas może być tak, że leczenie nadciśnienia tętniczego i zaburzeń lipidowych będziemy rozpoczynali od zbadania poszczególnych genów, co pozwoli na doprecyzowanie terapii – mówi prof. Piotr Dobrowolski.

– Ale już teraz jesteśmy w stanie przelamać wpływ złych genów, które otrzymujemy od rodziców, i powstrzymać proces starzenia – przyspieszony rozwój miażdżycy, sztywności naczyń czy zaburzeń funkcji poznawczych – dodaje prof. Aleksander Prejbisz.

”



Fot. Tomasz Pikuła

prof. Piotr Dobrowolski: Połączenie peryndoprylu, indapamidu i amlodypiny to kombinacja nie tylko

bardzo skuteczna, lecz także bardzo bezpieczna, co ma ogromne znaczenie u pacjentów w wieku podeszłym

Ekspert przypomina, że narażenie na podwyższone ciśnienie tętnicze w wieku 18–30 lat wiąże się z zaburzeniami funkcji poznawczych w 30-letniej obserwacji. – Nie jest więc tak, że spokojnie możemy czekać do 6.–7. dekadzie życia i dopiero wtedy zastanawiać się, czy leczyć NT. Musimy je leczyć jak najwcześniej – uczyła prof. Aleksander Prejbisz.

Korzyści z takiej interwencji są widoczne w odległej obserwacji. W ramieniu hipotensyjnym badania ASCOT porównywano grupy chorych przyjmujących amlodypinę i peryndopryl oraz atenolol i tiazyd. Badanie przerwano po medianie 5,5 roku obserwacji z powodu znamiennej różnicy w śmiertelności całkowitej i występowaniu udarów na korzyść połączenia amlodypiny i peryndoprylu. Po 13 latach od zakończenia fazy czynnej w analizie wieloczynnikowej wykazano utrzymującą się przewagę tego skojarzenia.

– Znaczenie ma zatem nie tylko wczesne rozpoczęcie terapii, lecz także zastosowane leki wpływające na zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego – komentuje prof. Aleksander Prejbisz.

Podobnie wygląda sytuacja w przypadku podwyższonego stężenia cholesterolu.

– Im wcześniej zaczniemy je obniżać, tym lepiej, bo zmniejszymy ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych. U osób z bardzo wysokim stężeniem cholesterolu i choćby umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym powinniśmy włączać leczenie hipolipemizujące już w młodym wieku. Chorzy z tej grupy, którzy rozpoczynają terapię w wieku 40 lat, mają obniżone ryzyko o bez mała 55 proc. To dlatego, że są odpowiednio wcześniej i długo leczeni – zauważa prof. Piotr Dobrowolski.

Odrębności w pomiarach ciśnienia tętniczego w wieku podeszłym

Sztywność naczyń i związane z nią podwyższone ciśnienie tętna zobowiązują do doboru odpowiedniej terapii NT.

– Wytyczne PTNT z 2019 r. wskazują, że w tej grupie chorych powinniśmy wybierać antagonistów wapnia i diuretyki tiazydopodobne. Mamy badania z zastosowaniem indapamidu i amlodypiny (dostępny jest preparat złożony z tymi dwoma lekami), które wyraźnie pokazały, że to połączenie wpływa nie tylko na wysokość ciśnienia tętniczego, lecz także na zmniejszenie ciśnienia tętna – mówi prof. Aleksander Prejbisz.

– Hipotonia ortostatyczna, ale również wzrost ciśnienia tętniczego po pionizacji (hipertensja ortostatyczna) u osoby w wieku podeszłym będą związane ze wzrostem ryzyka sercowo-naczyniowego. Jeżeli ciśnienie skurczowe rośnie o więcej niż 20 mm Hg, mamy do czynienia z hipotonią ortostatyczną, jeżeli po pionizacji spada o 20 mm Hg i więcej, to mamy hipertensję ortostatyczną. Musimy dążyć do tego, żeby nie było ani hipotonii, ani hipertensji ortostatycznej – przypomina prof. Aleksander Prejbisz.

Nie można również zapominać o hipotonii poposiłkowej, która o 19 proc. zwiększa ryzyko upadku, o 18 proc. utraty przytomności, o 17 proc. ryzyko udaru mózgu i o 4 proc. zgonu.

– Powinniśmy zalecać pacjentom spożywanie mniejszych posiłków, ograniczenie alkoholu, niepolegiwanie po posiłku, zwiększenie aktywności poposiłkowej. Warto też zweryfikować terapię hipotensyjną, czy nie przyczynia się do występowania lub nasilenia hipotonii poposiłkowej – radzi prof. Piotr Dobrowolski.

Czy leczenie NT u pacjenta w wieku podeszłym ma sens?

Metaanaliza 16 badań pokazała, że najstarsi pacjenci odnoszą największe korzyści z odpowiedniego leczenia hipotensyjnego.

– W grupie chorych w wieku podeszłym (średnia wieku 77 lat) redukcja zdarzeń sercowo-naczyniowych przy prawidłowym, rygorystycznym leczeniu NT wyniosła 23 proc. i była zdecydowanie bardziej wyrażona niż w grupach młodszych – komentuje prof. Piotr Dobrowolski.

SU – kontrola nadciśnienia u seniorów

Iwona Kazimierska

Z kolei badanie HYVET pokazało, że im większe jest obniżenie wartości ciśnienia u pacjentów w wieku podeszłym, tym rzadziej mają oni otepienie.

– Warto zwrócić uwagę na badanie STEP opublikowane w ubiegłym roku, w którym oceniano korzyści z intensywnej terapii NT u osób w wieku 60–80 lat. Pokazało ono jasno, że takie leczenie wiąże się ze zmniejszeniem liczby zdarzeń sercowo-naczyniowych i zwiększeniem korzyści dla chorego – zauważa prof. Aleksander Prejbisz.

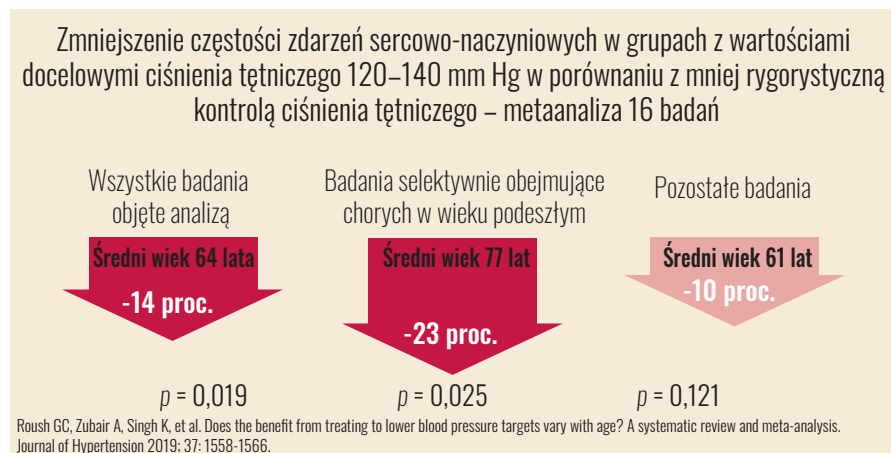
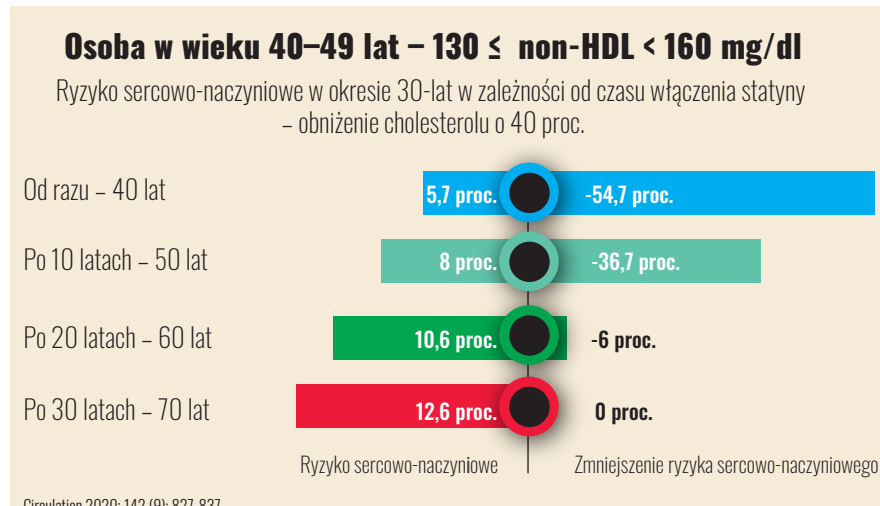
Skoro takie postępowanie przynosi korzyści, jaki schemat leczenia chorych w wieku podeszłym należy zastosować, by zyskać najwięcej?

– Jak w każdej grupie wiekowej, tak i u seniorów mamy 3 miesiące na uzyskanie wartości docelowych ciśnienia. Żeby to osiągnąć, postępujemy zgodnie ze schematem wyznaczonym przez wytyczne ESC/ESH z 2018 r., obowiązującym dla wszystkich grup wiekowych. W pierwszym kroku stosujemy połączenie leku blokującego układ renina–angiotensyna–aldosteron (ACEI, sartan) z antagonistą wapnia lub diuretykiem tiazydowym albo tiazydopodobnym. U nielicznych chorych będziemy sięgać po monoterapię. W przypadku nieskuteczności kroku pierwszego zalecany jest krok drugi – terapia skojarzona składająca się z blokera układu renina–angiotensyna–aldosteron, antagonisty wapnia i diuretyku tiazydowego lub tiazydopodobnego. Przy wyborze typu połączenia zastosowanego w leku złożonym warto też uwzględnić stanowisko PTNT mówiące o preferencji leków złożonych opartych na ACEI względem sartanów u pacjentów z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym – wyjaśnia prof. Piotr Dobrowolski.

Dlaczego spośród ACEI warto wybierać peryndopryl?

– Skojarzenia lekowe oparte na peryndoprylu zostały sprawdzone w wielu badaniach, które jednoznacznie wykazały korzyści ze strategii zaproponowanej przez ESC/ESH. Zastosowanie pierwszego kroku zapewnia kontrolę ciśnienia u 2/3 chorych, a drugiego u 80 proc. Jest to zatem skuteczna strategia również u osób w wieku podeszłym – mówi prof. Aleksander Prejbisz.

– Wytyczne polskie podkreślają, że przedstawiciel ACEI – peryndopryl – u chorych z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym zmniejsza ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych i daje szereg korzyści klinicznych. Można go uznać za fundament terapii NT i podstawę budowania skojarzeń lekowych. Do tego leku będziemy dołączać diuretyk, np. tiazydopodobny – indapamid,



albo antagonistę wapnia, np. amlodypinę. Jest to wybór równoważny w większości sytuacji klinicznych. Te połączenia zapewniają tak samo skuteczne obniżenie ciśnienia tętniczego – dodaje prof. Aleksander Prejbisz.

Ekspert podkreśla, że u pacjentów w wieku podeszłym nie należy się obawiać stosowania leczenia skojarzonego. – Zwłaszcza chorym w dobrym wieku biologicznym nie można odmawiać rozpoczynania terapii NT od leczenia skojarzonego, bo pozwala ono szybko uzyskać wartości docelowe ciśnienia – mówi prof. Aleksander Prejbisz.

Ekspert dodaje, że skojarzenie peryndoprylu i amlodypiny nie tylko obniża ciśnienie, lecz także wpływa korzystnie na zmienność ciśnienia tętniczego czy jego poranny wzrost, a więc na jakościową charakterystykę kontroli ciśnienia.

Z kolei dla połączenia peryndoprylu z indapamidem wykazano obniżenie ciśnienia tętna, a także istotne obniżenie ciśnienia tętniczego już po 4 i 12 tygodniach terapii.

– Połączenie trzech leków: peryndoprylu, indapamidu i amlodypiny – to kombinacja nie tylko bardzo skuteczna, lecz także bardzo bezpieczna, co ma ogromne znaczenie u pa-

cjentów w wieku podeszłym. Zdecydowanie częściej powinniśmy sięgać po ten drugi krok terapii NT, bo obecni 65–70-latkowie to osoby w bardzo dobrej formie biologicznej, które zdecydowanie uzyskają korzyści z właściwej terapii NT – ocenia prof. Piotr Dobrowolski. Takie trójskładnikowe połączenie zdecydowanie zmniejsza liczbę zdarzeń sercowo-naczyniowych i powikłań narządowych NT, a więc liczbę zawałów serca i udarów mózgu, jak również wpływa korzystnie na choroby nerek.

Jak modyfikować terapię NT u chorego z migotaniem przedsionków

Należy pamiętać, że pacjent w wieku podeszłym nierzadko jest również obciążony migotaniem przedsionków czy niewydolnością serca.

– U chorych z NT i migotaniem przedsionków na pewno nie zrezygnowałbym z fundamentu, jakim jest peryndopryl. Dołączyłbym do niego β -adrenolityk lub zastosował połączenie β -adrenolityku z antagonistą wapnia, a w drugim kroku połączenie β -adrenolityku z dwoma lekami – ACEI i dihydropirydynowym antagonistą wapnia – lub połączenie β -blokera

z dihydropirydynowym antagonistą wapnia i diuretykiem. Zastosowałbym taki schemat terapii, ponieważ powinniśmy kontrolować wszystkie czynniki, które mogą prowadzić do wystąpienia migotania przedsionków. Jednym z nich jest NT. Połączenie peryndoprylu z bisoprololem bardzo dobrze obniża wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, jak również zmniejsza częstość rytmu serca – wyjaśnia prof. Piotr Dobrowolski.

Czy można zrezygnować z leczenia hipercholesterolemii u osób w wieku podeszłym?

Wyniki badań JUPITER i HOPE-3 wyraźnie pokazują, że stosowanie statyn w wieku podeszłym zmniejsza o prawie 30 proc. ryzyko zgonu, zawału serca, udaru mózgu i całkowitą śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych. Pacjent w wieku 75 lat po odstawieniu statyny będzie miał większą częstość zdarzeń sercowo-naczyniowych o 33 proc.

– Wspominaliśmy już o zaburzeniach poznawczych. Leczenie statynami w tej grupie chorych będzie te stany zmniejszało. Jest to zatem kolejny powód, żeby nie rezygnować ze statyn. Nie bez kozery w wytycznych PTNT z 2019 r. znalazły się połączenia np. ACEI z atorwastatyną czy ACEI i amlodypiny z atorwastatyną – przypomina prof. Piotr Dobrowolski.

Ekspert dodaje, że w opublikowanych w ubiegłym roku wytycznych Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego i pięciu polskich towarzystw naukowych znalazło się zalecenie, żeby jak najczęściej łączyć preparaty hipotensyjne i obniżające stężenie cholesterolu w celu uproszczenia terapii i poprawy stosowania się pacjentów do zaleceń. To z kolei może prowadzić do poprawy kontroli NT i hipercholesterolemii.

W badaniu CORAL wykazano, że zastosowanie preparatu złożonego z atorwastatyny, peryndoprylu i amlodypiny prowadzi do bardziej wyrażonego obniżenia stężenia cholesterolu i również bardziej wyrażonego obniżenia ciśnienia tętniczego niż wówczas, gdy te leki są przyjmowane oddzielnie. Dzieje się tak nie tylko z tego powodu, że mają one udowodnioną skuteczność hipotensyjną i hipolipemizującą, lecz także dlatego, że preparaty złożone pozwalają na zmniejszenie liczby tabletek, co poprawia compliance. Im mniej tabletek, tym większa wygoda dla chorego, lepsze samopoczucie i lepsza jakość życia. ■

Artykuł powstał we współpracy z firmą SERVIER POLSKA Sp. z o.o.

PZ220237