

Leczymy nadciśnienie u 80-latków, ale ostrożnie! Komentarz do wyników badania HYVET

prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzicki

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



W maju 2008 r. opublikowano wyniki rozpoczętego w 2000 r. badania HYVET [1]. Publikacja ta stanowi zakończenie trwającej od kilku lat dyskusji, czy i jak należy leczyć nadciśnienie u osób, które wkroczyły w 9. dekadę życia. Niezależnie od bardzo przekonujących wyników, należy zwrócić uwagę na to, że badania prowadzone wśród

chorych na nadciśnienie mają jednak pewną słabość. Dotyczą bowiem starannie wyselekcjonowanych osób, bez innych ciężkich przewlekłych chorób, jak niewydolność serca, niewydolność nerek, schorzenia nowotworowe, które mogłyby wpływać na rokowanie silniej niż podwyższone ciśnienie tętnicze. Ze względu na konieczność regularnej kontroli, chorzy muszą być sprawni fizycznie, a dodatkowo wymóg wyrażenia świadomej zgody ogranicza możliwość udziału w badaniach osób z zaburzeniami pamięci (demencja) lub schorzeniami psychicznymi (depresja). O ile wśród osób w wieku średnim oraz wczesnej starości częstość wymienionych ograniczeń jest stosunkowo niewielka, to w okresie późnej starości dotyczą one ponad połowy populacji (Tabela I).

Przedstawiona w Tabeli I częstość występowania istotnych przeciwwskazań do udziału w badaniu HYVET wśród 80-latków wyraźnie wskazuje, że wyniki tego badania będziemy mogli wykorzystać w leczeniu tylko niewielkiej części spośród naszych chorych. Dotyczą one osób reprezentujących głównie typ „pomyślnego starzenia”. U osób z licznymi schorzeniami przewlekłymi, a szczególnie prezentujących zespół „starczej kruchości”, będziemy musieli się kierować przede wszystkim intuicją i wynikami badań wskazującymi, że paradoksalnie niskie ciśnienie tętnicze może być czynnikiem ryzyka.

Kolejnym ważnym elementem w kwalifikacji chorych do udziału w programie była próba ortostatyczna. Chorzy, u których ciśnienie skurczowe w pozycji stojącej było <140 mmHg, nie mogli zostać włączeni do badania. Hipotonia, zarówno zależna od zmiany pozycji, jak i poposiłkowa, nocna, a także zależna od leczenia, niesie ze sobą poważne zagrożenia w postaci niemego niedokrwienia mózgu, demencji, upadków i urazów. Zjawisko to – opisywane w młodszych grupach wiekowych: u chorych po udarze, z neuropatią w przebiegu cukrzycy lub schorzeniami neurologicznymi – jest niestety powszechne w późnej starości, a leczenie tych chorych wymaga szczególnej ostrożności.

Tabela I. Częstość występowania istotnych przeciwwskazań do udziału w badaniu HYVET wśród 80-latków [%]

Rodzaj schorzenia	Wiek	
	70–79 lat	>80 lat
Demencja [2]	7	17
Zespół kruchości (ang. <i>frailty</i>) [3]	5,3–9,5	16,3–25,7
Niewydolność serca [4]*	2,7	13
Niewydolność nerek [5]**	25	45
Depresja [6]	7–10	15–19

*dotyczy przedziałów wiekowych 65–74 i 75–84 lat
**GFR <60 ml/min

Podsumowując, w świetle wyników badania prowadzonego początkowo pod kierunkiem prof. C.J. Bulpitta, a następnie przez dr. N. Becketta, u osoby, która przekroczyła 80. rok życia i jest w dobrej kondycji zdrowotnej, a wartości ciśnienia przekraczają regularnie 160 mmHg, należy wykonać próbę ortostatyczną. Jeśli w pozycji stojącej ciśnienie jest nadal ≥ 140 mmHg, to należy rozpocząć terapię farmakologiczną. Dysponujemy dowodem, że rozpoczęcie leczenia od małej dawki diuretyku tiazydopodobnego, a następnie w razie potrzeby stosowanie inhibitora ACE i dążenie do wartości ciśnienia 150/80 mmHg jest korzystne i przy braku innych danych takie ostrożne postępowanie powinno być rekomendowane.

Piśmiennictwo

- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al.; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887-98.
- Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, et al. Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 572-7.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146-56.
- Mosterd A, Hoes AW, de Bruyne MC, et al. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population; The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 1999; 20: 447-55.
- Viktorsdottir O, Palsson R, Andresdottir MB, et al. Prevalence of chronic kidney disease based on estimated glomerular filtration rate and proteinuria in Icelandic adults. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 1799-807.
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 372-87.