08 listopada 2020

Typowe cechy nadciśnienia tętniczego w starości i jego rozpoznawanie

Nadciśnienie tętnicze przez wiele lat uznawano za cechę wieku podeszłego, ponieważ jego częstość wzrasta wraz z wiekiem i przekracza 70% osób po 70. roku życia. Dominującą postacią jest izolowane nadciśnienie skurczowe (podwyższona wartość ciśnienia skurczowego, a ciśnienie rozkurczowe w normie), występujące u około 2/3 chorych w podeszłym wieku. Zdecydowanie rzadsze jest nadciśnienie skurczowo-rozkurczowe (30%), najrzadsze zaś (2-5%) izolowane nadciśnienie rozkurczowe (podwyższona wartość ciśnienia rozkurczowego, a ciśnienie skurczowe w normie). U starszych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym częściej występuje hipotonia ortostatyczna oraz większa wrażliwość na leki o działaniu wazodilatacyjnym (rozkurczającym mięśnie gładkie w ścianie naczyń krwionośnych i obniżający ciśnienie krwi). W procesie starzenia obie wartości ciśnienia rosną do około 60. roku życia, w późniejszych latach ciśnienie rozkurczowe zaczyna nieco spadać. W związku ze stałym wzrostem ciśnienia skurczowego obserwuje się dużą rozpiętość między ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym, czyli duże ciśnienie tętna, jego wartość ≥63 mm Hg wiąże się ze znacząco większą częstością występowania powikłań sercowo-naczyniowych. W rozwoju nadciśnienia w podeszłym wieku podstawowe znaczenie przypisuje się narastającej sztywności dużych naczyń tętniczych (aorty i jej rozgałęzień), upośledzonej wazodylatacji (wrażliwości baroreceptorów tętniczych) w odpowiedzi na stymulację, uszkodzeniu śródbłonka naczyniowego i związanym z wiekiem zmianom w nerkach.

Kryteria rozpoznania nadciśnienia tętniczego w podeszłym wieku

Kryteria rozpoznawania nadciśnienia tętniczego u osób w starszym wieku i u osób młodszych nie różnią się w istotny sposób, tj. wartości ciśnienia w pomiarach gabinetowych **≥140/90 mm Hg, a w pomiarach domowych ≥135/85 mm Hg.** Wartość graniczna ciśnienia upoważniająca do rozpoznania choroby nie zależy od wieku. Rozpoznanie musi się opierać na kilku pomiarach dokonanych podczas co najmniej dwóch wizyt. Ze względu na fakt zwiększonej częstości miażdżycy tętnic obwodowych, dysfunkcji baroreceptorów, nasilonego efektu białego fartucha, szczególną uwagę należy przykładać do pomiaru ciśnienia na obydwu rękach, przeprowadzenia próby ortostatycznej podczas pierwszej wizyty i przy każdej zmianie leków, pomiarów domowych lub automatycznego monitorowania ciśnienia tętniczego, oceny tętna i ciśnienia na tętnicach dolnych, a także poszukiwania szmerów nad tętnicami obwodowymi. Badaniami dodatkowymi, na które należy zwrócić szczególną uwagę w diagnostyce pacjenta w starszym wieku są: ocena funkcji nerek (zawsze z oceną klirensu kreatyniny) i stężenia tyreotropiny (TSH). Poza **nadciśnieniem pierwotnym**, w

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

okresie starości mamy do czynienia z **nadciśnieniem wtórnym**, pochodzenia nerkowego (niewydolność nerek), naczyniowo-nerkowego (miażdżyca tętnic nerkowych), w przebiegu chorób tarczycy (nadczynność i niedoczynność tarczycy), wynikającym ze stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Inne postacie nadciśnienia wtórnego, związane np. z zespołem Conna, Cushinga występują rzadziej niż u osób w średnim wieku. U chorego z podejrzeniem nadciśnienia naczyniowo-nerkowego należy wykonać badanie USG nerek z oceną wielkości nerek i przepływu w tętnicach nerkowych, a badaniem rozstrzygającym o rozpoznaniu jest angiografia nerek. W rozpoznaniu pomocna może być spiralna tomografia komputerowa tętnic nerkowych i rezonans magnetyczny.

Nadciśnienie tętnicze a ryzyko powikłań narządowych

Ryzyko powikłań związanych z nadciśnieniem jest u osób starszych większe niż u młodych, m.in. udaru mózgu, choroby wieńcowej, niewydolności krążenia, incydentów sercowo-naczyniowych. Szczególne zagrożenie stwarza obecność izolowanego nadciśnienia skurczowego.

Leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego

Ogólne zasady leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego nadciśnienia nie różnią się u młodych i starszych pacjentów. Należy jednak pamiętać o pewnych ograniczeniach, które zależą od zmian wynikających z procesu starzenia organizmu i współistnienia chorób. Celem leczenia jest zapobieganie powikłaniom, poprawa jakości życia i jego wydłużenie oraz **normalizacja ciśnienia do wartości poniżej 140/90 mm Hg, a w przypadku cukrzycy i niewydolności nerek <130/85 mm Hg**. Normalizacja ciśnienia powinna przebiegać wolniej niż u osób młodych, z uwzględnieniem reakcji ortostatycznej, wartości ciśnienia w pomiarach domowych, analizy ciśnienia w nocy.

Najnowsze zalecenia dotyczące terapii chorych z nadciśnieniem tętniczym w podeszłym wieku, dopuszczają rozpoczynanie leczenia od monoterapii. Przy braku szczególnych wskazań należy wybierać spośród leków długodziałających: diuretyków w małej dawce, inhibitorów konwertazy, β-blokerów, antagonistów wapnia, antagonistów receptorów dla angiotensyny II lub preparatów złożonych z małych dawek leków hipotensyjnych. W nadciśnieniu łagodnym i umiarkowanym należy zaczynać od najmniejszych dawek leków, w ciężkim dopuszczalne jest rozpoczynanie leczenia od dawek większych lub od terapii skojarzonej dwoma lekami w pełnych dawkach. W przypadku chorych w podeszłym wieku, należy stosować zasadę indywidualizacji terapii ze względu na współistnienie wielu chorób przewlekłych, znaczne ryzyko niepożądanych objawów i interakcji leków w związku ze zmianami farmakokinetyki i farmakodynamiki leków w starości. Ze względu na możliwość efektu pierwszej dawki, należy zaczynać od małych dawek – zredukowanych do połowy dawki stosowanej u osób młodych; bardzo wolno zwiększać dawkowanie; nieco wcześniej niż u młodych można wdrażać leczenie skojarzone. Leki hipotensyjne o przedłużonym działaniu są

szczególnie polecane u osób starszych, ze względu na lepszą współpracę z pacjentem, równomierne obniżenie ciśnienia w ciągu doby, zapobieganie wzrostowi ciśnienia w godzinach porannych. Zwrócić należy na korzyści wynikające ze stosowania leczenia wspomagającego – kwasu acetylosalicylowego w małych dawkach i statyn, w prewencji powikłań udaru mózgu, zawału serca.

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Źródło zdjęcia: https://www.canva.com/photos/

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT