

**Χ Αντωνακούδης, Δντης Καρδιολογικής Κλινικής
Ασκληπιείου Βούλας.**

Η Ελληνική Γηριατρική Εταιρία στα πλαίσια του προγράμματος μετεκπαιδευτικών μαθημάτων οργάνωσε στις 20.3.2010 σεμινάριο με θέμα « Καρδιά και Τρίτη ηλικία ». Το θέμα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον καθώς η ειδικότητα της γηριατρικής δεν έχει ακόμη αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, η αυξημένη νοσηρότητα των ηλικιωμένων αποτελεί τεράστιο ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας

στην ομάδα αυτή του πληθυσμού. Στο σεμινάριο αυτό δόθηκε εισήγηση από τον κ Χ Αντωνακούδη περίληψη της οποίας αναφέρεται στο κείμενο που ακολουθεί.

□□

Η φυσιολογική γήρανση προκαλεί δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων λόγω μειωμένης παραγωγής NO και προοδευτική πάχυνση του τοιχώματος. Παράλληλα η αύξηση του κολλαγόνου και του ασβεστίου μαζί με τη μείωση ελαστίνης οδηγούν σε αύξηση της σκληρίας των αγγείων και μείωση της ενδοτικότητας. Οι φυσιολογικές αυτές μεταβολές προκαλούν αθηροσκλήρωση αλλά η φυσιολογική αυτή γήρανση δεν σημαίνει υποχρεωτικά και αυξημένη νοσηρότητα από

στεφανιαία νόσο. Για την αυξημένη επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ευθύνονται κυρίως οι κλασσικοί Παράγοντες Κινδύνου (ΠΚ). Είναι παράδοξο αλλά και επικίνδυνο το γεγονός ότι στους ηλικιωμένους οι ΠΚ δεν ελέγχονται και

δεν αντιμετωπίζονται επιθετικά.

Η ηλικία είναι σίγουρα ισχυρός παράγων κινδύνου (ΠΚ) για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ο ισχυρότερος από τους

κλασσικούς ΠΚ στους ηλικιωμένους είναι η **συστολική υπέρταση**, πάνω από τα 2/3 έχουν υπέρταση και δυστυχώς στις ηλικίες αυτές παρατηρείται το χαμηλότερο ποσοστό ρύθμισης. Η ΣΑΠ αυξάνει με την ηλικία ενώ η ΔΑΠ φθάνει στο μέγιστο στους μεσήλικες και στη συνέχεια μειώνεται. Έτσι η επίπτωση ΣΑΠ σε ηλικίες ενώ των 80 ετών φθάνει στο 30% και παράλληλα αυξάνεται η πίεση σφυγμού (pulse pressure

).

Σήμερα γενικά οι οδηγίες διαχείρισης της υπέρτασης είναι ίδιες με του γενικού πληθυσμού τουλάχιστον ως την ηλικία των 80 ετών. Αλλά και στους ογδοντάρηδες και πλέον σύμφωνα με τις τελευταίες αναθεωρημένες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Υπέρτασης δεν θα πρέπει να διακόπτεται αγωγή

που γίνεται καλά ανεκτή αν και δεν υπάρχουν πολλές μελέτες στο θέμα αυτό. Στόχος και στους υπερήλικες πρέπει να είναι 140/90 mmHg, αν και είναι πιο δύσκολο να επιτευχθεί. Ποτέ δεν είναι αργά να αρχίσει αγωγή στους υπερήλικες επειδή έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο και άτομα με υψηλότερο κίνδυνο οφελούνται περισσότερο. Έτσι για να αποφύγουμε ένα

θάνατο από καρδιαγγειακό νόσημα πρέπει να θεραπεύονται 205 υπερτασικοί του γενικού πληθυσμού αλλά μόλις 58 υπερήλικες. Τα οφέλη έχουν αποδειχθεί από πολλές μελέτες όπως η μελέτη E WPPH (European Working Party Programs

,
HYVET

(
Hypertension
in
the
very
Elderly
Trial
) , η μετα-ανάλυση
INDANA

,
MRC

-

elderly

κλπ. Όλες οι ομάδες
φαρμάκων είναι
αποτελεσματικές, Διουρητικά
και ανταγωνιστές ασβεστίου
έχουν δείξει καλά
αποτελέσματα αλλά στις
τελευταίες Οδηγίες
διουρητικά και αναστολείς του
μετατρεπτικού ενζύμου
συνιστώνται ως πρώτη
επιλογής φάρμακα. Ένας από
τους λόγους είναι ότι
υπάρχουν σήμερα
πειραματικά δεδομένα που

δείχνουν ότι ο αποκλεισμός του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης καθυστερεί την αναδιαμόρφωση, μειώνει τη δυσλειτουργία των μιτοχονδρίων, μειώνει τις κακές ρίζες οξυγόνου, αυξάνει τη βιοθεσιμότητα του NO, μειώνει την ίνωση, καθυστερεί την γήρανση των αγγείων και παρατείνει τη ζωή.

Σημαντικός κίνδυνος από την αντιυπερτασική θεραπεία είναι η ορθοστατική υπόταση (80% των συγκοπτικών επεισοδίων στους υπερήλικες οφείλονται σε ορθοστατική υπόταση), βραδυαρρυθμίες, ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ορθοστατική υπόταση είναι συχνή και οδηγεί σε δραματική αύξηση καρδιαγγειακών

συμβαμμάτων και πτώσεις με κατάγματα και γιαυτό χρειάζεται προοδευτική τιτλοποίηση και η θεραπεία έχει δυσκολίες λόγω της πολυφαρμακίας.

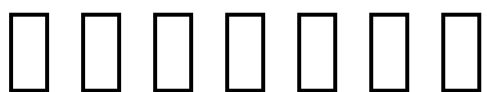
Σημαντικά οφέλη στους ηλικιωμένους αναμένονται και από τη μη φαρμακευτική αγωγή.

Στη μελέτη TONE (Trial of Non Pharmacologic Interventions in the Elderly)

φάνηκε ότι η μείωση της πρόσληψης νατρίου μείωσε κατά 31% την

επίπτωση υπέρτασης ή καρδιαγγειακών συμβαμμάτων, μείωση του βάρους κατά 30% και ο συνδυασμός του κατά 53%. Ειδικά, ως προς το αλάτι επιβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή επειδή οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένη ευαισθησία στη γεύση και τρώνε περισσότερο αλάτι.

Μπορεί η υπέρταση να είναι συχνότερος ΠΚ αλλά σήμερα στόχος είναι ο **συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος.**



Σημαντικός είναι ο ρόλος της **δυσλιπιδαιμίας.**

Το επίπεδο ολικής
χοληστερόλης και
LDL

-

C

αυξάνουν μέχρι τα 65
αλλά μετά μειώνονται
σταδιακά. Από τη

μελέτη

NHANES

III

γνωρίζουμε ότι η μέση
τιμή χοληστερόλης σε
ηλικία >75 ετών είναι
205

mg

/

dl

και της

LDL

-

C

132

mg

/

dl

. Είναι γνωστό ότι το 65% των υπερτασικών έχουν και

υπερλιπιδαιμία και ότι 10% μείωση της υπέρτασης και 10%

μείωση των λιπιδίων
μειώνει τον κίνδυνο
κατά 45%.

Υπάρχουν
αντικρουόμενες
απόψεις για τη

σημασία της
δυσλιπιδαιμίας στην
τρίτη ηλικία. Η
μελέτη Framingham
δείχνει ασθενή
συσχέτιση ενώ άλλες
μελέτες δεν έδειξαν
καμμία συσχέτιση
.Φαίνεται πάντως ότι

LDL

-

C

και

HDL

-

C

έχουν

προγνωστική

αξία τουλάχιστον
μέχρι την ηλικία των
80 ετών. Υπάρχει
ισχυρή θετική
συσχέτιση σχέση με
τα αθηροθρομβωτικά
εγκεφαλικά
επεισόδια και
ανάστροφη σχέση με

αιμορραγικά
επεισόδια. Οι
στατίνες είναι
σίγουρα χρήσιμες
τουλάχιστον σε
άτομα υψηλού
κινδύνου.

□ □ Ο Σακχαρώδης
Διαβήτης είναι
οι ισχυρός ΠΚ και
σε άτομα άνω των
65 ετών. Δεν
υπάρχουν
ξεχωριστές οδηγίες
για τους
ηλικιωμένους και
επομένως ισχύουν

οι οδηγίες που
εφαρμόζονται και
στο γενικό
πληθυσμό.

Σημαντικός ΠΚ
είναι η έλλειψη
άσκησης και

αντίστοιχα
σημαντικά τα
οφέλη από τη **συστηματική**
άσκηση
.Είναι δεδομένο ότι
η άσκηση γενικά
σημαίνει καλή
φυσική κατάσταση,

υγεία και
περισσότερα
χρόνια ζωής.
Στους
ηλικιωμένους
σημαίνει επιπλέον
καλύτερη ποιότητα
ζωής κυρίως λόγω
μείωσης της

γηριατρικής
αναπηρίας.
Μεγάλο είναι το
όφελος και στην
πρόληψη της
στεφανιαίας νόσου
και είναι γνωστό
ότι ενώ στο γενικό
πληθυσμό

αναμένεται 30%
μείωση της
στεφανιαίας νόσου
στους
ηλικιωμένους το
ποσοστό φθάνει
στο
50%. συνιστάται
συστηματική

αερόβια άσκηση
αλλά σε
συνδυασμό και με
ασκήσεις
αντίστασης.

Τέλος για το

κάπνισμα και τους
νεότερους ΠΚ(
CRP
,ομοκυστεΐνη,.....)
δεν υπάρχουν
νεότερα
βιβλιογραφικά
δεδομένα.

**Συμπερασμα
τικά τονίζεται
ότι το όφελος
από την
αντιμετώπιση
των ΠΚ είναι
σημαντικό και
στην Τρίτη**

ηλικία.