

Lek. Anna Kowalczyk, dr hab. n. med. Marcin Gruchała, prof. nadzw. GUM
I Katedra i Klinika Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik Katedry i Kliniki: dr hab. n. med. Marcin Gruchała, prof. nadzw. GUM

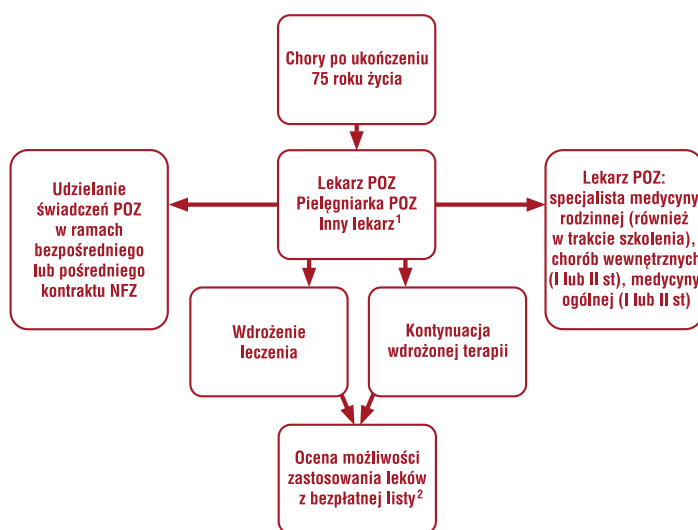
Możliwości bezpłatnego leczenia problemów kardiologicznych u pacjentów powyżej 75. roku życia. Praktyczny przewodnik dla lekarzy POZ

Od wielu lat obserwujemy systematyczne starzenie się populacji. Chorzy w podeszłym wieku stanowią coraz liczniejszą grupę wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach internistycznych i kardiologicznych, a także leczonych ambulatoryjnie z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego.

W ostatnim czasie znacząco wzrasta również liczba chorych powyżej 75. oraz 90. roku życia. Większość pacjentów w wieku podeszłym, wczesnej i późnej starości, jest obciążona licznymi schorzeniami. Należą do nich przede wszystkim choroby układów: krążenia, nerwowego (otępienie, choroba Parkinsona, Alzheimer), kostno-stawowo-mięśniowego, moczowego, a także cukrzyca, depresja i inne. Współistnienie wielu schorzeń sprzyja polipragmazji, która często pociąga za sobą niestosowanie się do zaleceń oraz

zwiększenie częstości występowania powikłań leczenia wynikających z interakcji pomiędzy stosowanymi preparatami, jak i nasilenia działań niepożądanych. Utrudniona współpraca pomiędzy lekarzem a chorymi w wieku podeszłym jest wieloczynnikowa, niemniej jednak jedną z najważniejszych składowych jest aspekt ekonomiczny. Wprowadzenie zmian ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umożliwiających bezpłatny dostęp do wielu najczęściej stosowanych leków w grupie chorych powyżej 75. roku życia prawdopodobnie przyczyni się do poprawy skuteczności leczenia.

Ryc. 1. Podstawowe zasady stosowania bezpłatnych leków u chorych po 75 roku życia (na podstawie^{1,3)}



¹Lekarz, który posiada prawo wykonywania zawodu, ale zaprzestał jego wykonywania, wystawiając leki bezpłatne na receptach pro auctore i pro familia.

Bezpłatne leki dla pacjentów po 75. roku życia.
Kto może skorzystać z bezpłatnych leków?
Kto może wystawić receptę na bezpłatny lek?

Współistnienie licznych schorzeń znacząco utrudnia diagnostykę i leczenie chorych w wieku podeszłym. Konieczność przyjmowania wielu leków na dobę (czasem nawet 10-15!), w kilku dawkach, w różnych porach dnia pogarsza współpracę pacjenta z lekarzem, negatywnie wpływając na stosowanie się do zaleceń (compliance). Niewątpliwie istotny wpływ wywierają także dostępność i cena leków. Cena może się znacząco różnić w zależności od apteki, w której jest realizowana recepta. Celem zwiększenia dostępności, poprawy compliance, a tym samym skuteczności leczenia, od 1 września 2016 roku umożliwiono skorzystanie z bezpłatnej listy leków przeznaczonych dla seniorów na podstawie

art. 5 ustawy z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych^[1,2]. Z leków pochodzących z bezpłatnej listy mogą skorzystać chorzy po ukończeniu 75. roku życia (decyduje data urodzenia), ubezpieczeni, którzy korzystają ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Leki z bezpłatnej listy leków może wystawić lekarz POZ, pielęgniarka POZ (zwłaszcza w ramach kontynuacji terapii), a także lekarz, który posiada prawo do wykonywania zawodu, ale nie praktykuje czynnie jedynie pod warunkiem wystawienia recept pro auctore i pro familia (Ryc. 1).

Pielęgniarka POZ jest uprawniona do samodzielnego wystawienia recepty na leki bezpłatne pod warunkiem posiadania tytułu specjalisty lub magistra pielęgniarstwa, a także zaliczenia kursu szkoleniowego w zakresie wystawiania recept. Na receptce zawierającej bezpłatne leki należy umieścić kod S w rubryce uprawnień dodatkowych. Recepty mogą zostać wystawione w trakcie świadczeń POZ w ramach kontraktu z NFZ, natomiast nie można zrealizować recepty na bezpłatne leki przepisane w ramach praktyki prywatnej. Należy pamiętać, że leki można wypisywać jako bezpłatne wyłącznie we wskazaniach określonych w decyzji refundacyjnej na zasadach ogólnych. W innych wskazaniach należy je przepisywać za odpłatnością 100%, podobnie jak u innych

chorych. Lekarze specjaliści, w tym kardiolodzy, powinni przynajmniej raz w roku przekazać lekarzowi prowadzącemu POZ informację na temat sposobu leczenia specjalistycznego chorego, a także zaleceń dotyczących farmakoterapii, które będą stanowić podstawę do jej kontynuowania^[3].

Najczęstsze problemy kardiologiczne u chorych w wieku podeszłym i ich leczenie. Jak można wykorzystać leki z bezpłatnej listy?

Wiek jest jednym z najistotniejszych, niemodyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. U chorych w podeszłym wieku i starszych znacząco wzrasta częstość występowania wielu schorzeń układu krążenia, przede wszystkim: nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, niewydolności serca oraz zaburzeń rytmu serca, a także migotania przedsionków.

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze stanowi jeden z najczęstszych problemów kardiologicznych. Według danych pochodzących z badania NATPOL 2011 dotyczy ok. 30% polskiego społeczeństwa. W populacji chorych w podeszłym wieku nadciśnienie tętnicze spotykamy nawet u ok. 60-70%. Na pod-

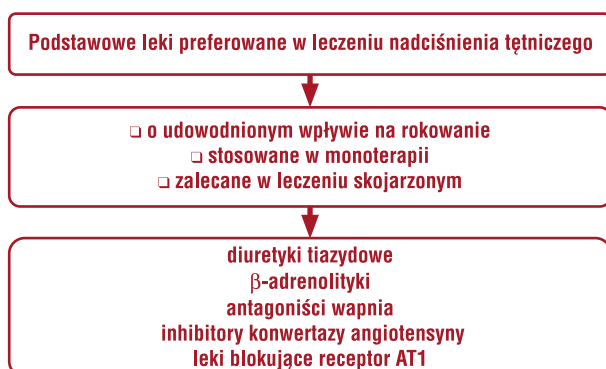
Tabela 1. Wybrane leki kardiologiczne znajdujące się w wykazie leków bezpłatnych dla seniorów (na podstawie^[2])

Grupa leków	Leki z bezpłatnej listy dla seniorów	Wskazania refundacyjne („S”)
Sartany	kandesartan, losartan, irbesartan, walsartan (i w połączeniu z hydrochlorotiazidem)	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
β-blokery	karwedilol	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV
	sotalol	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Blokery kanału wapniowego	felodypina, amlodypina, lacydypina	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Statyny	simwastatyna, atorwastatyna, rosuwastatyna	
Fibraty	fenofibrat, ciprofibrat	
Inne leki hipolipemizujące	ezetimib	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej
NOAC	apiksaban, riwaroksaban, dabigatran	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30. dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14. dnia po przebytej alloplastyce) – prewencja pierwotna
Leki przeciwplatekcyjne	klopidogrel	Miażdżycowa objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom; stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania; stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania
Antagoniści aldosteronu	spironolakton	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji
Inne leki złożone	amiloryd+hydrochlorotiazyd, ramipryl+amlodypina	
Diuretyki	indapamid (i w połączeniu z amlodypiną)	

NOAC – new oral anticoagulants, nowe doustne antykoagulanty

stawie badania POLSENIOR oszacowano, iż nadciśnienie tętnicze dotyczy około 1 miliona chorych po 80. roku życia^[4,5]. Wzrost częstości występowania nadciśnienia tętniczego u chorych po 75. roku życia wynika przede wszystkim ze starzenia się układu krążenia, co objawia się m.in. wzrostem sztywności tętnic. Dotychczas wciąż brakuje badań dotyczących skuteczności terapii hipotensyjnej u chorych po 75. roku życia i jej wpływu na rokowanie w tej grupie chorych. Jednym z najważniejszych badań poświęconych temu zagadnieniu było przeprowadzone w latach 2001-2006 randomizowane badanie HYVET (HYpertension in the Very Elderly Trial) dotyczące chorych po 80. roku życia. Wykazano, iż leczenie indapamidem o przedłużonym działaniu (SR) w monoterapii lub w skojarzeniu z peryndoprylem przyczynia się do redukcji ryzyka: zgonu z jakiegokolwiek przyczyny o 21%, zgonu z powodu udaru mózgu o 39%, a także wystąpienia niewydolności serca i incydentu sercowo-naczyniowego o 64% i 33%. Leczenie skojarzone było dobrze tolerowane, nie obserwowano wzrostu działań niepożądanych^[6]. Indapamid zarówno do stosowania w monoterapii, jak i w leczeniu skojarzonym jest obecny na liście leków bezpłatnych^[2] (Tabela 1). W świetle powyższych wyników oraz wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego w leczeniu nadciśnienia tętniczego u chorych w wieku podeszłym najczęściej stosujemy: diuretyki (preferowane tiazydopodobne) oraz inhibitory konwertazy angiotensyny (ACEI), ew. blokery receptora dla angiotensyny II (ARB), ale także: blokery kanału wapniowego (preferowane niedihydropirydynowe), β -blokery (preferowane wazodylatoryjne), zwłaszcza w terapii łączonej (Ryc. 2)^[7]. Leki większości powyższych grup (pojedyncze i/lub złożone) są także dostępne bezpłatnie (Tabela 1). U pacjentów w wieku >80 lat z nadciśnieniem 2. i 3. stopnia zaleca się terapię hipotensyjną z docelowym SBP 150-140 mm Hg pod warunkiem dobrego stanu fizycznego i psychicznego chorego. Lekiem I rzutu w tej grupie chorych jest indapamid, a lekiem II rzutu ACEI.

Ryc. 2. Preferowane leki w leczeniu nadciśnienia tętniczego^[7]



Należy pamiętać o tym, iż początkowe dawki leków powinny być mniejsze w podeszłym wieku, a późniejsze intensyfikowanie terapii ostrożniejsze ze względu na większe prawdopodobieństwo działań niepożądanych (hipotonii). Ze względu na obniżoną sprawność intelektualną w podeszłym wieku terapia powinna być uproszczona, z częstym wykorzystaniem leków złożonych. W izolowanym nadciśnieniu skurczowym w podeszłym wieku preferowanymi lekami są diuretyki tiazydowe/tiazydopodobne i dihydropirydynowi antagoniści wapnia^[7].

Choroba wieńcowa stabilna

Choroba wieńcowa jest jednym z najczęstszych problemów kardiologicznych spotykanych w polskiej populacji. Liczba chorych cierpiących z powodu choroby niedokrwiennej serca stale rośnie. U chorych w podeszłym wieku choroba wieńcowa przebiega podstępnie, skąpoobjawowo, prezentowane objawy podmiotowe i przedmiotowe są często nietypowe, przy znacznym zaawansowaniu choroby obejmującej zwykle wiele naczyń. Obecność schorzeń współistniejących, często dysfunkcji skurczowej i/lub rozkurczowej lewej komory, przerostu mięśnia sercowego, migotania przedsionków pogarsza przebieg choroby u pacjentów w wieku podeszłym oraz wpływa na efektywność stosowanego leczenia^[8]. W postępowaniu terapeutycznym zasadniczo obowiązują dwie strategie: zachowawcza oraz inwazyjna. Decyzję o wyborze sposobu leczenia należy podjąć po rozważnej ocenie bilansu korzyści i ryzyka z uwzględnieniem preferencji chorego, stanu klinicznego, współistnienia chorób towarzyszących (dysfunkcja nerek!). W leczeniu farmakologicznym najważniejszą rolę odgrywają: kwas acetylosalicylowy (ASA), ACEI (lub ARB), β -blokery, zwłaszcza u chorych po zawale mięśnia sercowego, a także statyny, głównie ze względu na swoje plejotropowe działanie^[9]. Rozpoczynając typowe leczenie choroby wieńcowej, należy pamiętać, iż z wyjątkiem ASA większość leków można znaleźć wśród refundowanych, bezpłatnych. U chorych poddanych leczeniu inwazyjnemu przysługuje w określonych wskazaniach refundacja na kłopidogrel. Dotychczas nie przysługuje refundacja na nowe leki przeciwplatekcyjne, tj. tikagrelor i prasugrel.

Niewydolność serca

Wskutek starzenia się społeczeństwa oraz poprawy skuteczności leczenia ostrych zespołów wieńcowych w ostatnich latach znacząco wzrosła liczba chorych na niewydolność serca, która dotyczy nawet 15-20% pacjentów po 75. roku życia. Niewydolność serca stanowi główną przyczynę hospitalizacji chorych powyżej 65. roku życia. Diagnostyka

w grupie chorych w podeszłym wieku z podejrzeniem niewydolności jest często trudna ze względu na nietypowe objawy, a także na współistnienie licznych schorzeń dodatkowych. Rokowanie pomimo poprawy skuteczności leczenia pozostaje złe, ze śmiertelnością sięgającą 50% w ciągu 4 lat od rozpoznania. Leczenie farmakologiczne poprawiające rokowanie w niewydolności serca opiera się przede wszystkim na stosowaniu: β -blokerów (karwedilol, nebiwolol, metoprolol, bisoprolol), inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACEI) (lub antagonistów receptora dla angiotensyny II, ARB), antagonistów aldosteronu (MRA) zwłaszcza eplerenonu. W leczeniu objawowym najskuteczniejsze pozostają od lat leki moczopędne z grupy diuretyków pętlowych i tiazydowych^[9] (Ryc. 3).

Inne schorzenia układu krążenia i problemy kardiologiczne w wieku podeszłym

Migotanie przedsionków

Wiek jest także istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń rytmu serca, zwłaszcza migotania przedsionków (AF, atrial fibrillation). U chorych w wieku powyżej 80. roku życia migotanie przedsionków dotyczy aż 9-11%. W postępowaniu u chorych z migotaniem przedsionków w wieku podeszłym częściej niż u młodych chorych stosuje się strategię kontroli częstości akcji serca zamiast kontroli rytmu serca. Z uwagi na wysokie ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych według skali CHADS-VASC (wynikające już z samego wieku >75. roku życia) często istnieją wskazania do przewlekłej terapii przeciwkrzepliwej. Wdrażając leczenie antykoagulantami, należy zawsze rozważyć możliwość włączenia nowego doustnego antykoagulantu (NOAC), wygodniejszego w stosowaniu, bez konieczności monitorowania poziomu INR. Niestety żaden z NOAC nie jest dotychczas refundowany we wskazaniu leczenia niezastawkowego migotania przedsionków (Tabela 1).

Dyslipidemia

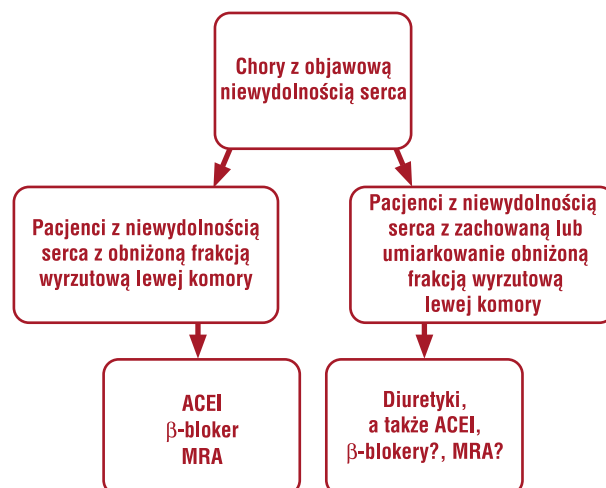
Dyslipidemia jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy, powszechnie występującym w podeszłym wieku. Efektywne leczenie statynami skutkuje nawet kilkukrotną redukcją ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych^[9]. W badaniach ASCOT-LLA, HPS, CARDS potwierdzono skuteczność statyn w prewencji pierwotnej i wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego u chorych z czynnikami ryzyka (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca). Dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących tego zagadnienia z udziałem chorych w wieku po-

wyżej 75 lat. W badaniu PROSPER wykazano skuteczność prawastatyny w prewencji zdarzeń sercowo-naczyniowych u chorych w podeszłym wieku, a w badaniu SAGE potwierdzono skuteczność atorwastatyny w redukcji całkowitej śmiertelności. W badanych podgrupach badań 4S i HPS wykazano, iż redukcja incydentów sercowo-naczyniowych u chorych w wieku powyżej 75 lat jest podobna jak u chorych młodszych^[10]. W leczeniu dyslipidemii u chorych w wieku podeszłym można stosować każdą z dostępnych statyn, natomiast trzy spośród nich: simwastatyna, atorwastatyna oraz rosuwastatyna są dostępne na liście bezpłatnych leków. Cele terapeutyczne są takie same jak u młodszych chorych. Należy jednak pamiętać, aby rozpoczynać terapię od małych dawek, stopniowo je zwiększać i dokładnie monitorować czynność wątroby (aspat, alat) oraz poziom kinazy kreatyny celem uniknięcia działań niepożądanych leczenia, wśród których najgroźniejszymi są uszkodzenie wątroby oraz mięśni, rzadko prowadzące do rhabdomyolizy^[10].

Podsumowanie

Chorzy w podeszłym wieku stanowią grupę wysokiego ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego i ich powikłań. Współistnienie licznych chorób towarzyszących znacząco utrudnia postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne u tych chorych. Wdrażając leczenie farmakologiczne u chorych po 75. roku życia, należy pamiętać o różnicach we właściwościach farmakokinetycznych i farmakodynamicznych leków wynikających z odmienności metabolizmu w tym wieku. Powszechna polipragmazja zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia interakcji międzylekowych i nasi-

Ryc 2. Schemat leczenia objawowej niewydolności serca (na podstawie^[9], zmodyfikowano)



lenia ich działań niepożądanych oraz zmniejsza istotnie compliance. Zastosowanie leków skojarzonych oraz korzystanie z listy leków bezpłatnych dla seniorów może poprawić skuteczność leczenia farmakologicznego wśród tych chorych. Współpraca lekarzy wielu specjalności, jak również spojrzenie holistyczne na problemy chorego, mogą przyczynić się do poprawy jakości życia i jego wydłużenia w późnej starości.

Piśmiennictwo:

1. Art. 5 ustawy z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 652).
2. Wykaz bezpłatnych leków dla seniorów – załącznik D do ogłoszenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr z 2016 r. poz 79).
3. Zimna T. Bezpłatne leki dla seniorów. Med. Prakt. 2016; 9: 94-112.
4. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P i wsp. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. Kardiologia Polska 2013; 71(4): 381-392.
5. Zdrojewski T, Wizner B, Więcek A et al. Prevalence, awareness, and control of hypertension in elderly and very elderly in Poland: results of a cross-sectional representative survey. J Hypertens. 2016; 34(3): 532-538.
6. HYVET 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: 1887-1898.
7. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2015 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.
8. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. Kardiologia Polska 2013; 71(supl. X): 243-318.
9. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272> (10) Acute and chronic heart failure ESC practice clinical guidelines 2016.