

Przedłużyć życie...

prof. dr hab. n. med. Zdzisława Kornacewicz-Jach

Klinika Kardiologii, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin



Postęp nauki przedłużył życie, żyjemy coraz dłużej, chcielibyśmy w coraz większym komforcie. Pewnie wielu z Czytelników *Kardiologii Polskiej* pamięta legendę o kochance Apolla — Sybilli Kumańskiej, przytoczoną w znanej książce profesora Andrzeja Szczeklika „Katharsis”. Oddała swoje ciało bogowi za obietnicę nieśmiertelności, zapomniała jednak poprosić również o wieczną młodość. Z upływem lat, kiedy już była coraz starsza, pytana, czego by sobie życzyła — odpowiadała: „Chcę umrzeć”. *Ad rem!*

Różne są definicje starości; wg WHO: wiek podeszły to 60–70 lat, wiek starczy — 75–90 lat, a wiek sędziwy > 90 lat. W Stanach Zjednoczonych często używa się określenia młodsi starzy (*oldest young*: 65–75 lat), starsi starzy (*oldest old*: > 75 lat), ale ponieważ człowiek to nie tylko metryka biologiczna, więc pozwolę sobie zacytować moją ulubioną definicję filozofa francuskiego H.D. Thoreau: „Nikt nie jest tak stary jak człowiek, który przeżył własny entuzjazm”.

Wraz z wydłużeniem się wieku rośnie również zachorowalność na choroby układu sercowo-naczyniowego, które stały się jedną z najważniejszych przyczyn zgonów.

Od 1950 r. liczba osób starszych wzrosła 3-krotnie, ze 130 do 419 mln w 2000 r., a populacja Europy należy do najszybciej starzejących się. Wśród wszystkich hospitalizacji z powodu ostrych zespołów wieńcowych (OZW) w krajach zachodnich aż 25–40% dotyczy pacjentów > 75. rż. Każdy z nas lekarzy, bez specjalnych badań statystycznych, widzi zmianę populacyjną na swoich oddziałach intensywnego nadzoru kardiologicznego, jaka nastąpiła w ostatnich 2 dekadach — głównie osoby starsze, częściej kobiety, po kolejnych „działaniach” medycyny naprawczej.

Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczące OZW zostały opublikowane w 2007 r. i uaktualnione w 2010 r. W badaniach klinicznych, na podstawie których powstały standardy leczenia OZW, grupa chorych w podeszłym wieku to jedynie kilkanaście procent badanych. Większość danych na temat przebiegu i rokowania w OZW w tej grupie pacjentów pochodzi z dużych retrospektywnych rejestrów, w których pacjenci > 75. rż. stanowią 28% ogółu badanych w przypadku STEMI i 38% z NSTEMI [1].

„Życie jest umiarkowanie dobrą sztuką
z kiepsko napisanym trzecim aktem”
[Truman Capote]

W tabeli 1 przedstawiono udział chorych > 75. rż. w badaniach klinicznych i 2 dużych rejestrach (NRMI i GRACE) dotyczących zawału serca (STEMI).

W polskim rejestrze PL-ACS (chorych, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia interwencyjnego) średni wiek w populacji 31 298 osób ze STEMI wynosił $64,0 \pm 12$ lat, w wieku > 75 lat było 22,8% badanych, a w wieku > 85 lat — 3,8% osób; kobiety stanowiły 34,4% leczonych.

Dlaczego wyklucza się z badań klinicznych starszych chorych?

1. Wiele czynników ryzyka i choroby współistniejące mogą osłabiać spodziewany pozytywny rezultat końcowy.
2. Przewidywana długość życia u osób starszych jest ograniczona, dlatego przedłużenie życia w tej grupie osób może być mniejsze.
3. Dodatkowe koszty potrzebne do obserwacji — ok. 35% chorych > 65. rż. wymaga dodatkowej pomocy w utrzymaniu kontaktu z lekarzem prowadzącym.

Śmiertelność w zawale serca zależy od wieku, np. w klasycznym badaniu GUSTO-I 30-dniowa śmiertelność zwiększała się 10-krotnie, od 3% wśród chorych < 65. rż. do 30,3% w wieku > 85 lat. Leczenie reperfuzyjne (tromboliza, PCI),

Tabela 1. Udział chorych powyżej 75. rż. w badaniach klinicznych i dwóch dużych rejestrach (NRMI i GRACE) dotyczących zawału serca (STEMI) [1]

Badanie/ /rejestr	Czas badania	Liczebność	Chorzy ≥ 75. rż.
VIGOUR	Wyniki 7 badań	101 982	13,7%
GUSTO-I	1990–1993	40 946	12,3%
GUSTO-IIb	1994–1996	4131	15,0%
GUSTO-III	1995–1997	15 059	16,0%
ASSENT-2	1997–1998	16 995	14,1%
ASSENT-3	2000–2001	6115	14,3%
ASSENT-3 plus	2000–2002	1637	19,6%
HERO-2	1998–2001	17 088	12,7%
NRMI 2–4	Rejestr	775 680	28,9%
GRACE	Rejestr	14 574	24,7%

NRMI — *National of Myocardial Infarction*; GRACE — *Global Registry of Acute Coronary Events*

przy braku przeciwwskazań, zmniejsza śmiertelność we wszystkich grupach wiekowych osób z STEMI.

W badaniu *Primary Coronary Angioplasty Trialists* (PCAT) autorzy zbadali rezultaty 11 badań, w których porównano terapię zawału serca za pomocą PCI i trombolizy. Analiza wykazała korzyść z leczenia za pomocą PCI (30-dniowa śmiertelność 13,3% v. 23,6%; $p < 0,05$) w grupie chorych > 70 . rż. Aby uratować życie 1 choremu w tym wieku, należy leczyć 8 pacjentów, a w grupie młodszych chorych aż 23 osoby. Największe korzyści przyniosło leczenie za pomocą PCI u chorych wysokiego ryzyka i ryzyka udaru krwotocznego (względne ryzyko = 0,34; $p = 0,009$) [2]. W późniejszej edycji PCAT-2 (analizowano 22 badania) wykazano, że korzyść z PCI w redukcji absolutnego ryzyka zgonu wzrasta z wiekiem: od 1% w 65. rż. do 6,9% u osób w wieku > 85 lat [3].

Mimo że liczba przeciwwskazań do terapii reperfuzyjnej również wzrasta z wiekiem, nie tłumaczy to pomijania starszych chorych w dostępie do leczenia reperfuzyjnego, a zwłaszcza pierwotnej angioplastyki wieńcowej, co udowodnili w swojej pracy autorzy komentowanego artykułu [4]. Autorzy wykazali również dużą korzyść w grupie najcięższej chorych, tj. z zaawansowaną niewydolnością serca w III i IV klasie wg Killipa. Korzyści z leczenia z wykorzystaniem PCI w grupie najcięższej chorych z OZW, czyli pacjentów we wstrząsie kardiogenym w wieku > 75 lat, opisali koledzy z innego polskiego ośrodka w zeszłym roku [5]. W tabeli 2 przedstawiono zasady leczenia wstrząsu kardiogenego z wykorzystaniem PCI w porównaniu z leczeniem nieinwazyjnym u chorych > 75 . rż.

W europejskim projekcie „PREDICT” naukowcy i instytucje zajmujące się zdrowiem z 9 krajów (w tym Polski) zbadali problem dostępu do procedur medycznych i sposób leczenia ludzi starszych. W rezultacie tych działań powstały zalecenia w formie Karty Predict, a w niej zawarto m.in. następujące treści [6]:

1. Osoby w starszym wieku mają prawo do leczenia, którego skuteczność potwierdzono na podstawie wyników wiarygodnych i aktualnych danych naukowych.
2. Osoby w starszym wieku nie powinny być dyskryminowane przy naborze do badań klinicznych.
3. Badania kliniczne powinny być planowane w taki sposób, aby osoby w starszym wieku mogły bez trudu w nich uczestniczyć.
4. Badania kliniczne, w których uczestniczą osoby w starszym wieku, powinny być możliwie najbezpieczniejsze.
5. W badaniach klinicznych dotyczących chorób powszechnie występujących u osób starszych należy stosować mierniki wyników, które są właściwe dla osób w tym wieku.

Tabela 2. Leczenie wstrząsu kardiogenego z wykorzystaniem pierwotnej angioplastyki wieńcowej (PCI) w porównaniu z leczeniem nieinwazyjnym u chorych powyżej 75. rż. [5]

	Zastosowane leczenie		
	PCI	Zachowawcze	P
Liczebność grup (n)	472	472	
Wiek [lata]	79,9 ± 3,9	79,8 ± 4	NS
Kobiety [%]	55	54	NS
NSTEMI [%]	18	16	NS
Śmiertelność:			
okołoszpitalna [%]	56	71	$< 0,0001$
6-miesięczna [%]	65,9	82,9	$< 0,0001$

6. Należy uszanować indywidualne wartości wyznawane przez każdą osobę starszą uczestniczącą w badaniach klinicznych.

Przy obecnej organizacji leczenia OZW w Polsce nie ma powodów, żeby nie leczyć starszych osób wg zaleceń towarzystw naukowych. Odpowiedź na pytanie: do jakich granic, należy do filozofów, religii i parlamentów... To nie my lekarze, mimo że chce się przenieść na nas odpowiedzialność, mamy o tym decydować — my mamy ulżyć w cierpieniu, a gdy taka jest wola pacjenta, ratować jego życie najlepiej, jak możemy. Zresztą każdy kiedyś będzie stary...

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Alexander KP, Newby LK, Armstrong PW et al. Acute coronary care in the elderly, part II ST-segment-elevation myocardial infarction A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology. In collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*, 2007; 115: 2570–2589.
2. Grines C, Patel A, Zijlstra F et al. PCAT Collaborators; percutaneous transluminal coronary angioplasty compared with intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: six-months follow up and analysis of individual patient data from randomized trials. *Am Heart J*, 2003; 145: 47–57.
3. Boersma E. The Primary Coronary Angioplasty vs. Thrombolysis Group. Does time matter? A pooled analysis of randomized clinical trials comparing primary percutaneous coronary intervention and in-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction patients. *Eur Heart J*, 2006; 27: 779–788.
4. Rymuza H, Kowalik I, Drzewiecki A et al. Successful primary coronary angioplasty improves early and long-term outcomes in ST-segment elevation acute coronary syndromes in patients above 80 years of age. *Kardiologia Pol*, 2011; 69: 346–354.
5. Gąsior M, Buszman P, Gierlotka M et al. Elderly patients significantly benefit from invasive strategy in acute myocardial infarction and cardiogenic shock on admission. Results from PL-ACS Registry. *J Am Coll Cardiol*, 2010; 56: B101.
6. Karta PREDICT: www.predictEU.org.