

Sprawność fizyczna osób starszych z niewydolnością serca – jak dodać życia do lat

mgr Sylwia Skorupska, prof. dr hab. n. med. Artur Mamczarz

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



Niewydolność serca (HF) jest złożonym procesem chorobowym, który dotyka nie tylko układu sercowo-naczyniowego, ale także wielu innych narządów i układów (w tym, jako jednych z pierwszych – mięśni szkieletowych). Z badania Framingham wynika, że odsetek chorych z HF od 60. roku życia podwaja się z każdą dekadą życia i w grupie osób > 80. roku życia sięga 10% [1]. W Polsce częstość występowania HF w populacji pacjentów > 65. roku życia wynosi 53% [2].

Przez wiele lat dominował pogląd, iż podstawą leczenia pacjentów z HF jest odpoczynek i pozostawanie w pozycji leżącej, co wiązało się z przekonaniem, że leżenie w łóżku poprawia przepływ krwi przez nerki, wpływa korzystnie na diurezę i w ten sposób wspomaga leczenie moczopędne. Obecnie jedynie stany zaostrzenia objawów są wskazaniem do ograniczenia aktywności fizycznej. Pozostawanie w łóżku w stabilnym okresie choroby niesie ze sobą wiele niekorzystnych dla organizmu zmian, w tym zmniejsza sprawność fizyczną i prowadzi do dalszego spadku wydolności fizycznej [3, 4].

Postęp w leczeniu chorób układu krążenia spowodował wydłużenie życia, jednakże jego jakość nie jest zadowalająca. Wraz z wiekiem zmniejsza się wydolność aerobowa, która wg badań ok. 110.–120. roku życia osiągnie poziom podstawowej przemiany materii. Do tego dołącza się spadek siły i mocy mięśniowej, co uniemożliwia wykonanie nawet najprostszej czynności życiowej – człowiek staje się zależny od innych. Gdy do fizjologicznego procesu starzenia dołączą się choroby przewlekłe, takie jak HF, odsetek niepełnosprawności wśród osób > 65. roku życia znacząco rośnie, przekraczając 50% wśród osób w wieku 80 lat [5].

W komentowanej pracy podjęto niezwykle ważny temat (do tej pory niedoceniany w piśmiennictwie) sprawności fizycznej u pacjentów starszych z HF. Do badania zakwalifikowano 228 chorych ze skurczową HF. Przy użyciu testu sprawności *Functional Fitness Test* oceniono: wytrzymałość aerobową, gibkość, szybkość, równowagę i wytrzymałość siłową. Zaobserwowano pogorszenie badanych wskaźników sprawności fizycznej korelujące z wiekiem

i stopniem zaawansowania choroby. Podobne wyniki otrzymali Arizono i Uchiyama [6], którzy przebadali grupę pacjentów z HF oraz przewlekłą niewydolnością oddechową. Z badania wynika, że osoby starsze pokonujące w 6-minutowym teście marszu dystans poniżej 450 m mają znacznie ograniczoną sprawność fizyczną. Otrzymane przez cytowanych badaczy wyniki potwierdzają założenie, że choroba przewlekła i proces starzenia wpływają niekorzystnie na sprawność osób starszych. Ale czy jest to proces nieunikniony? Otóż nie. Okazuje się, że trening fizyczny w grupie osób starszych poprawia wydolność fizyczną poprzez poprawę $VO_2 \max$. Nawet niewielki wzrost pułapu tlenowego wydłuża okres sprawności fizycznej o 6–7 lat. Badania osób starszych (nawet w bardzo zaawansowanym wieku) pokazują, że trening siłowy powoduje wzrost siły i masy mięśniowej podobny jak u osób młodych [7, 8]. Dla bezpieczeństwa pacjenci z HF powinni zostać włączeni do indywidualnie przygotowanego programu rehabilitacji kardiologicznej (po wcześniejszej kwalifikacji lekarskiej). Program ten powinien obejmować trening wytrzymałościowy i trening oporowy, przeplatane ćwiczeniami oddechowymi, rozciągającymi i koordynacyjnymi. Oprócz zorganizowanych form treningu, pacjenci z HF powinni korzystać z aktywnych form wypoczynku. Rehabilitacja obejmuje pacjentów w stabilnym okresie choroby, przy czym największe korzyści odnoszą osoby w II i III klasie wg NYHA [9].

Trening fizyczny jest jedną z podstawowych form leczenia HF, powinien być zalecany wszystkim pacjentom w stabilnym okresie choroby i kontynuowany do końca życia, ponieważ zwiększa szansę na szczęśliwe i aktywne życie. Dodaje nie tylko lat do życia, ale przede wszystkim życia do lat [5].

Piśmiennictwo

1. Ho K. The epidemiology of heart failure: The Framingham Study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 6A-13A.
2. Rywik S. Heart failure in patients seeking medical help at outpatients clinics. Part I. General characteristics. *Eur J Hear Fail* 2000; 2: 413-21.
3. Mitkowski P. Niewydolność serca – epidemia XXI wieku. *Choroby Serca i Naczyń* 2004; 1: 43-50.
4. Wujek-Krajewska E, Koczorowska M, Kuch M. Niewydolność serca – epidemia XXI wieku – wyzwaniem dla rehabilitacji kardiologicznej (część I). *Kardioprofil* 2007; 5: 201-7.

5. Kostka T. Rola aktywności ruchowej w promocji zdrowia u osób starszych. *Medicina Sportiva* 2001; 5 (suppl. 2): s147-50.
6. Arizono S, Uchiyama Y. Relationship between exercise capacity and physical fitness in elderly people with chronic heart failure and chronic respiratory failure. *Nippon Ronen Iggakai Zasshi* 2009; 46: 341-7 (abstract).
7. Fiatarone MA, O'Neil EF, Doyle N, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994; 330: 1769-75.
8. Frontera WR, Meredith CN, O'Reilly KP, et al. Strength conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. *J Appl Physiol* 1988; 64: 1038-44.
9. Wujek-Krajewska E, Koczorowska M, Kuch M. Niewydolność serca – epidemia XXI wieku – wyzwaniem dla rehabilitacji kardiologicznej (część II). *Kardioprofil* 2007; 5: 293-8.