

## Dlaczego gerontologia jest potrzebna w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca i naczyń

dr hab. n. med. Krzysztof Bara

Klinika Serca, Klatki Piersiowej, Transplantacji i Chirurgii Naczyń, Szkoła Medyczna, Hanower, Niemcy



Artykuł Kowalczyk i wsp. porusza temat, którego znaczenie szybko wzrasta we współczesnym świecie, a zwłaszcza w krajach uprzemysłowionych. Starzenie się społeczeństw zachodnich i wiele związanych z tym problemów stopniowo dociera do świadomości nie tylko rządzących polityków, ale i coraz szerszych grup społecznych [1]. Nawet

Chiny, gdzie liczba 60-latków w 2005 r. przekroczyła 10% ludności, spełniły tymczasem kryterium zaliczające je do społeczeństw „starych” i przewidują, że już za 10 lat ta grupa wiekowa będzie u nich liczyła ponad 250 mln osób. Niemieckie prognozy zapowiadają, że za 50 lat co siódmy obywatel będzie miał powyżej 80 lat. Ochrona zdrowia to jedna z tych służb, które jako pierwsze będą musiały rozwiązywać problemy wynikające z tych przemian.

Czy my, lekarze kardiolozy, jesteśmy na to przygotowani? Odpowiedź jest krótka i nieprzyjemna – niewystarczająco. Dlaczego? Wystarczy spojrzeć na protokoły wielkich badań klinicznych ostatnich dziesięcioleci – niewiele jest takich, które nie wykluczały z badanych populacji pacjentów w starszym wieku. Później akceptowaliśmy milcząco, że uzyskane wyniki można przenieść również na seniorów. Tak naprawdę nigdy tego jednak nie sprawdziliśmy. Nikt chyba dzisiaj nie powie, że przebieg chorób i reakcje na zabiegi czy leki są niezależne od wieku – dotyczy to zawału serca, niewydolności krążenia, fibrynolizy, angioplastyki wieńcowej, beta-adrenolityków i in. Systematycznych badań na ten temat jest jednak zdecydowanie mało.

Jakie są tego konsekwencje? Spójrzmy na fakty dotyczące tak podstawowego problemu w kardiologii, jak niewydolność serca. Jedno z największych ostatnio opublikowanych badań statystycznych z USA dotyczących tej choroby u ludzi w starszym wieku dokumentuje między innymi wyniki jej leczenia w tej grupie wiekowej [2]. Na podstawie analizy danych olbrzymiej grupy chorych (622 786 pacjentów) z lat 1994–2003 stwierdzono, że częstość występowania tej jednostki chorobowej nieco spadła (1994 – 3,2%, 2003 – 2,9%). Ale jaka była jej prognoza? Aż trudno w to uwierzyć, ale przeciętne przeżycie po postawieniu diagnozy nie wyniosło nawet 3 lat (2,9). Roczna śmiertelność zmniejszyła się z 28,9 do 27,5%, a 5-letnia z 67,5 do 64,9% (dla kobiet) lub z 61,7 do 60,2% (dla mężczyzn). Liczby te nie dotyczą wyłącznie

80–90-latków, lecz wszystkich pacjentów powyżej 65. roku życia! O ileż lepsze byłyby wyniki leczenia niewydolności krążenia w prowadzonych w tym czasie i publikowanych wielkich badaniach klinicznych z randomizacją, takich jak: Consensus, SAVE, Copernicus czy MADIT II. Czy zatem redukcja rocznej śmiertelności o 1,4% i 5-letniej o 2% w ciągu 10 lat rozwoju kardiologii, w czasie kiedy zachwycaliśmy się skutecznością ACE-inhibitorów i beta-adrenolityków oraz zaletami kardiowertera-defibrylatora, to wszystko, co możemy naszym starszym pacjentom zaproponować? Czy to nie deprymujące?

Ludzi w podeszłym wieku jest i będzie coraz więcej – nie tylko w innych krajach, w Polsce też. Stwierdzenie, że z wiekiem więcej się choruje, jest banalne, ale i prawdziwe. Podobnie jak to, że z wiekiem coraz bardziej troszczymy się o nasze zdrowie. Badania demograficzno-ekonomiczne w krajach zachodnich podkreślają znaczenie ludzi starszych dla koniunktury gospodarczej, a wiele dziedzin handlu i przemysłu specjalnie dostosowuje się do ich potrzeb. Wiadomo, że z wiekiem ludzie nie tylko zwykle mają więcej pieniędzy, lecz i bardziej są skłonni przeznaczyć je na konsumpcję. Niemieckie dane statystyczne podają, że wydatki ludzi powyżej 65. roku życia już pod koniec ubiegłego stulecia przewyższyły wydatki ludzi młodych, a oceniana w roku 2008 przeciętna siła nabywcza była w tej grupie ponad 5-krotnie wyższa niż u osób 15–19-letnich [3]. Nikogo nie trzeba chyba przekonywać, że ludzie starsi chcą i będą gotowi coraz więcej wydawać na ochronę lub przywrócenie swojego zdrowia. Co więc możemy my, kardiolozy, im zaproponować? Na razie – niewiele ponad doświadczenie zebrane głównie u młodszych pacjentów.

Artykuł Kowalczyk i wsp. daje nie tylko wszechstronny przegląd przyczyn odmiennej sytuacji pacjentów starszych, lecz zwraca także uwagę na specyfikę objawów chorobowych i ich patologii oraz dodatkowe czynniki wpływające na leczenie i powikłania chorób kardiologicznych w starszym wieku oraz rokowanie. Autorzy rozpatrują konsekwencje ekonomiczne związane z pacjentami geriatrycznymi i wnikliwie analizują przyczyny ich odmiennych reakcji, naświetlają leżące u podstaw zmiany molekularno-komórkowe i hormonalne, szkicują złożoność obrazów klinicznych oraz sygnalizują rozwiązania możliwe do stosowania na co dzień – na pewno nie wszystkie i nie do końca doskonałe. Po części przypominają nam może o tym, o czym w codziennym pośpiechu

zapominamy, jakkolwiek praktycznie tym dysponujemy. W sumie proponują oni jednak o wiele więcej i robią to lepiej niż sobie zazwyczaj uświadamiamy.

W niektórych krajach europejskich już dziś co drugi chory poddany operacji serca jest po 70. roku życia, a liczba operowanych po 80. roku życia przekracza 10%. Pomimo tego wyniki operacyjne z roku na rok ulegają poprawie [4]. Chirurdzy wiedzą od lat, że wiek jest niezależnym czynnikiem ryzyka i odpowiednio dopasowują postępowanie, rzadko jednak ograniczając z tego powodu wskazanie do samego zabiegu. A my, kardiolodzy? Jak często uwzględniamy wiek pacjenta przy wyborze postępowania, przy doborze leków, modyfikacji terapii, bez ograniczania dostępu do najnowszych metod leczenia? Myślę, że nadszedł czas, by się nad tym poważnie zastanowić. Autorzy artykułu słusznie postulują konieczność wprowadzenia nowych standardów dostosowanych do starszego wieku chorych. Najpierw potrzebujemy jednak systematycznych badań – począwszy od leków, poprzez schematy terapii i procedury, do badań nad aspektami psychicznymi i warunkami efektywnej współpracy (*com-*

*pliance*) z pacjentami tej grupy wiekowej. Specyficznych problemów leczenia ludzi starszych nie możemy bagatelizować ani próbować ich rozwiązywać dotychczasowymi metodami. W przeciwnym razie już wkrótce będziemy musieli tych pacjentów oddać geriatrom, tylko czy naprawdę tego chcemy?

Artykuł Kowalczyk i wsp. jest ważny i godny przeczytania przede wszystkim dlatego, że kieruje naszą uwagę na przyszłość, która właściwie już się zaczęła.

#### Piśmiennictwo

1. Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002, United Nations, New York, 2002.
2. Lesley H. Curtis, et al. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994-2003. *Arch Intern Med* 2008; 168: 418-24.
3. Scharf S. Kaufkraft nach Altersklassen. *GfK GeoMarketing Magazin* 2008; 2.
4. Gummert JF, Funkat A, Beckmann A, et al. Cardiac surgery in Germany during 2008. A report on behalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 57: 315-23.