11 listopada 2020

Odmienności choroby niedokrwiennej serca u osób w starszym wieku

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) jest szerokim pojęciem, obejmującym stany niedostatecznego zaopatrzenia mięśnia sercowego w tlen, bez względu na patomechanizm. Najczęstszą przyczyną niedokrwienia jest miażdżyca tętnic wieńcowych, prowadząca do choroby wieńcowej. Klinicznym wyrazem niedokrwienia jest dławica piersiowa. Częstość ChNS wzrasta z wiekiem, u kobiet po okresie menopauzy. W młodszych grupach wiekowych chorują głównie mężczyźni, w populacji ludzi starszych ok. 50% stanowią kobiety, co wiąże się z zanikiem ochronnego działania estrogenów, wywieranego na śródbłonek naczyń i profil lipidowy. Po 65. roku życia wśród czynników ryzyka najczęściej występuje nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, natomiast zaburzenia lipidowe, palenie tytoniu, obciążenie rodzinne mają mniejsze znaczenie niż u osób młodszych. Zaawansowany wiek jest czynnikiem ryzyka zwiększonej śmiertelności w następstwie ChNS. Gorsze rokowanie u osób starszych zależy od: większego zaawansowania choroby wieńcowej, niekorzystnej morfologii tętnic (kręty przebieg, obecność zwapnień w rozwidleniach, co utrudnia lub uniemożliwia ich udrożnienie), zmian starczych utrudniających adaptację do zmienionych warunków hemodynamicznych, częstsze występowanie niskiej frakcji wyrzutowej, obecność chorób współistniejących).

Postaci choroby niedokrwiennej serca

ChNS może przebiegać w postaci stabilnej (obecność stabilnego lub wolno narastającego zwężenia), gdy bóle dławicowe o podobnym nasileniu pojawiają się przy określonym natężeniu wysiłku, lub jako ostry zespół wieńcowy – dławica niestabilna, zawał serca: bez uniesienia ST (*non-ST elevation myocardial infarction*-NSTEMI; z uniesieniem ST (ST *elevation myocardial infarction*-STEMI) lub nagły zgon sercowy. Ważne jest rozpoznanie postaci niestabilnych, będących stanami zagrożenia życia, charakteryzujących się pojawianiem bólów częstszych, dłużej trwających, prowokowanych przez wysiłek mniejszy niż dotychczas, również spoczynkowych.

Obraz kliniczny choroby niedokrwiennej

Częstość występowania **typowych bólów dławicowych** (za mostkiem, promieniujących do szyi, żuchwy, nadbrzusza, lewego barku i ramienia, wywołanych przez wysiłek fizyczny lub stres, ustępujących po zaprzestaniu wysiłku lub przyjęciu nitrogliceryny) maleje z wiekiem. Powodem jest mała aktywność fizyczna osób starszych, która nasilałaby niedokrwienie, podwyższony próg odczuwania bólu z powodu zaburzeń funkcji autonomicznego układu nerwowego, uszkodzenia włókien czuciowych z powodu przewlekłego niedokrwienia, częstego zażywania leków

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

przeciwbólowych z innych przyczyn. Częściej występuje nieme niedokrwienie (typowe dla niedokrwienia zmiany EKG w monitorowaniu holterowskim bez towarzyszącego bólu) oraz bezbólowy przebieg zawału serca. Zaburzenia świadomości mogą pogarszać percepcję i zdolność zgłaszania dolegliwości.

Objawy choroby wieńcowej w wieku starszym: nietypowe bóle dławicowe, równoważniki dławicy piersiowej: duszność wysiłkowa, uczucie zmęczenia i osłabienia w czasie lub po wysiłku, omdlenia, stopniowo narastające objawy niewydolności lewokomorowej. Bóle o nietypowej lokalizacji między łopatkami czy w okolicy barku, często interpretowane są jako następstwo choroby zwyrodnieniowej stawów i kręgosłupa, a pieczenie za mostkiem lub w nadbrzuszu przypisywane jest przepuklinie rozworu przełykowego, chorobie refluksowej lub wrzodowej. W podeszłym wieku rzadziej objawem zawału serca jest silny, narastający ból w klatce piersiowej. Bezbólowa postać zawału serca występuje u ponad połowy osób powyżej 65. roku życia. Objawem ostrego zespołu wieńcowego może być pojawienie się lub nasilenie niewydolności serca w postaci duszności lub wystąpienia obrzęku płuc. Spadek rzutu serca może być przyczyną zaburzeń świadomości, zawrotów głowy, zasłabnięcia lub omdlenia. Charakterystyczna dla podeszłego wieku wielochorobowość z licznymi dolegliwościami sprzyja maskowaniu już i tak nietypowych, często skąpych objawów zawału serca. Jest to przyczyną opóźnienia rozpoznania i pogorszenie rokowania. Duszność, poty, lęk, niepokój, zaburzenia rytmu, spadek ciśnienia tętniczego, towarzyszące bólowi w klatce piersiowej, mogą sugerować zawał serca.

Rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca

W diagnostyce ChNS u osób starszych wykorzystuje się te same metody, co u chorych młodszych. Podstawą rozpoznania jest prawidłowe zebranie wywiadu, ale w sytuacji nietypowych dolegliwości lub utrudnionego kontaktu jego znaczenie jest ograniczone. Wśród badań wykorzystuje się: EKG, test wysiłkowy, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, echokardiografię, scyntygrafię perfuzyjną serca, echokardiograficzne próby obciążeniowe, koronarografię. Zaawansowany wiek nie jest przeciwwskazaniem do podjęcia diagnostyki i leczenia. Ograniczenia mogą wynikać ze współistniejących schorzeń i znacznego upośledzenia funkcjonalnego. Interpretację EKG może utrudniać wiek, np. klasyczne uniesienie odcinka ST w postaci fali Pardeego występuje rzadziej po 75. roku życia. Test wysiłkowy wymaga sprawności ruchowej. Brak kondycji ogranicza jego wykonanie. Badanie echokardiograficzne mogą utrudniać nabyte deformacje klatki piersiowej, otyłość, rozedma płuc. W rozpoznaniu zawału serca u osób w podeszłym wieku wzrasta znaczenie oznaczenia troponin sercowych lub kinazy kreatynowej w surowicy. Złotym standardem w diagnostyce choroby wieńcowej jest koronarografia. Większość badań wymaga współpracy z chorym, dlatego występowanie otępienia lub zaburzeń świadomości u osób starszych uniemożliwia czasami ich wykonanie.

Leczenie farmakologiczne choroby niedokrwiennej serca u osób starszych, nie odbiega od

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

stosowanego u osób młodych, jednak leki te w podeszłym wieku mogą częściej powodować działania niepożądane, np. hipotonię, która jest przyczyną zaburzeń równowagi i upadków. Mogą je powodować leki przeciwdławicowe (beta-blokery, np. metoprolol; blokery kanałów wapniowych, np. werapamil; pochodne dihydropirydyny, np. amlodypina; nitraty, np. nitrogliceryna) i inhibitory enzymu konwertującego (ACE-I), np. enalapryl, które zwykle stosowane są łącznie, a w przypadku niewydolności serca również z lekami moczopędnymi. Częściej niż u ludzi młodych należy liczyć się ze wzrostem stężenia potasu i ujawnieniem niewydolności nerek. Leki przeciwpłytkowe (kwas acetylosalicylowy, tyklopidyna/klopidogrel) zwiększają ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego. Statyny (lowastatyna, symwastatyna, atorwastatyna) mogą powodować wzrost transaminaz w surowicy i miopatie. W razie nieskuteczności leczenia farmakologicznego należy rozważyć **leczenie inwazyjne** (przezskórne interwencje wieńcowe - PCI, pomostowanie aortalno-wieńcowe - CABG), biorąc pod uwagę mniejszą ich skuteczność i większe ryzyko powikłań.

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. *Interna Szczeklika mały podręcznik. Kompendium medycyny praktycznej*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014/2015.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT