

## Odmienności choroby niedokrwiennej serca u osób w starszym wieku

Choroba niedokrwienne serca (ChNS) jest szerokim pojęciem, obejmującym stany niedostatecznego zaopatrzenia mięśnia sercowego w tlen, bez względu na patomechanizm. Najczęstszą przyczyną niedokrwienia jest miażdżycza tętnic wieńcowych, prowadząca do choroby wieńcowej. Klinikowym 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 zwięzienia), 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 Niezależnych 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](http://www.mco.krakow.pl) [mco@mco.krakow.pl](mailto:mco@mco.krakow.pl)



Rzeczpospolita  
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -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 bólom 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, scyntyografię 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 Niezależnych 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](http://www.mco.krakow.pl) [mco@mco.krakow.pl](mailto:mco@mco.krakow.pl)



Rzeczpospolita  
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



*Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -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 przeciwplatekcyjne (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.): *Geriatrya 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): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Źródło zdjęcia: <https://www.canva.com/photos/>



## Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych 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](http://www.mco.krakow.pl) [mco@mco.krakow.pl](mailto:mco@mco.krakow.pl)



Rzeczpospolita  
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit