

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Populacja osób w wieku podeszłym, a zwłaszcza w okresie późnej starości gwałtownie się powiększa i stanowi bardzo zróżnicowaną z biologicznego i klinicznego punktu widzenia grupę pacjentów. Pomimo to, zarówno charakterystyka ich stanu zdrowotnego, możliwości oceny rokowania, jak również postępowanie medyczne pozostają u nich słabo poznane.

Celem pracy, opartej na 5 oryginalnych publikacjach, była ocena występowania, metod diagnostyki i leczenia wybranych dużych problemów geriatrycznych oraz schorzeń układu sercowo-naczyniowego u pacjentów w okresie późnej starości, zamieszkujących domy opieki oraz ich odniesienie do populacji hospitalizowanych chorych z niewydolnością serca.

Pacjenci i metody: Badaniami objęto, w kilku etapach badania, około 100 pensjonariuszy 2 domów opieki województwa małopolskiego ≥ 65 roku życia oraz 1289 pacjentów hospitalizowanych w oddziałach uczestniczących w programie oceny diagnostyki i leczenia niewydolności serca POLKARD, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów w wieku 80 lat lub starszych. Zakwalifikowanych pensjonariuszy domów opieki oceniono pod względem występowania zaburzeń funkcji poznawczych przy pomocy Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), zespołu osłabienia (FS), nadciśnienia tętniczego (AH), niewydolności serca (HF) i innych chorób towarzyszących, wraz z wyliczeniem indeksu Charlson z uwzględnieniem wieku (ACCI) oraz poddano ich 12-miesięcznej prospektywnej obserwacji. Na podstawie wywiadu i/lub dokumentacji medycznej uzyskano w badanych grupach informacje na temat stanu zdrowia, przeprowadzonych badań diagnostycznych oraz stosowanego leczenia.

Wyniki: Zaburzenia funkcji poznawczych dotyczyły 81% badanych pensjonariuszy domów opieki. Zespół osłabienia rozpoznany przy pomocy skali Canadian Study of Health and Aging - Clinical Frailty Scale (CSHA-CFS) stwierdzono u 77% badanych. W grupie pensjonariuszy, u których możliwe było przeprowadzenie oceny FS zgodnie z definicją Cardiovascular Health Survey (Frail-CHS), FS za pomocą skali CSHA-CFS rozpoznano w 43% przypadków, natomiast w skali Frail-CHS odsetek ten był wyższy i wyniósł 64%. Zgodność rozpoznań w skali CSHA-CFS oraz Frail-CHS wyniosła 50%. W 12-miesięcznej prospektywnej obserwacji wykazano, że pacjenci

z zaawansowanym FS i głębokimi zaburzeniami funkcji poznawczych posiadali istotnie mniejsze prawdopodobieństwo przeżycia 1 roku w stosunku do pozostałych mieszkańców domów opieki (59% vs 79%; $p=0,03$). Ponadto, w grupie pensjonariuszy z AH (~75% pensjonariuszy) zaobserwowano tendencje do częstszego występowania choroby niedokrwiennej serca (IHD), zawału serca (MI), niewydolności nerek oraz udaru/przejęściowego niedokrwienia mózgu (TIA). W grupie chorych z HF (~25% pensjonariuszy) częściej występowały AH (92% vs 66%; $p=0,01$), IHD (69% vs 39%; $p<0,01$), niewydolność nerek (23% vs 3%; $p=0,04$), osteoporoza (19% vs 3%; $p=0,02$) oraz zapalenie kości i stawów (39% vs 8%; $p=0,011$). Zarówno AH, jak również HF wiązały się z występowaniem większej ilości chorób przewlekłych ($p<0,004$), większą liczbą przewlekle stosowanych leków ($p<0,02$) i tabletek dziennie ($p<0,04$). Pacjenci z HF charakteryzowali się istotnie wyższym ACCI, w porównaniu do chorych bez tego rozpoznania (7 [5-12] vs 5,5 [2-9]; $p<0,0001$). HF była leczona najczęściej za pomocą diuretyków, inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACEI) oraz beta-blokerów (BB), odpowiednio w przypadku 81%, 62% i 62% pensjonariuszy.

W kolejnej części badania, analizie grupy hospitalizowanych pacjentów z niewydolnością serca, zaobserwowano, że wraz ze wzrastającą kategorią wiekową (<60 lat vs 60-79 lat vs ≥ 80 lat) pacjenci częściej chorowali na AH, IHD, migotanie przedsionków, anemię, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (COPD)/astmę, niewydolność nerek oraz przebyli udar mózgu/TIA. Badanie echokardiograficzne było przeprowadzone u 41,7% osiemdziesięciolatków w porównaniu do 58,7% osób w wieku 60-79 lat oraz 75,2% pacjentów poniżej 60 lat ($p<0,0001$). Najczęściej przepisywanymi lekami w grupie chorych w wieku 80 lub więcej lat były diuretyki (86,9%) i ACEI (81,9%), podczas gdy tylko 61,5% chorych stosowało BB (w porównaniu do młodszych kategorii wiekowych $p<0,0001$). Starszy wiek i COPD/astma wiązały się z nie stosowaniem ACEI/blokera receptora angiotensyny II (ARB) i BB, ilorazy szans (95% przedziały ufności) wynosiły odpowiednio 0,98 (0,97-0,99) oraz 0,53 (0,39-0,72).

Wśród badanych pensjonariuszy domów opieki z niewydolnością serca, w porównaniu do chorych hospitalizowanych z rozpoznaniem HF ≥ 80 roku życia, nieznacznie częściej obserwowano AH (92% vs 78%), natomiast rzadziej IHD i MI (odpowiednio: 69% vs 78% oraz 15% vs 31%). Farmakoterapia HF ACEI

lub ARB i BB stosowana była w przypadku 46% pensjonariuszy domów opieki oraz 53% hospitalizowanych osiemdziesięciolatków.

Wnioski: Zaburzenia funkcji poznawczych oraz zespół osłabienia występują bardzo często wśród osób w starszym wieku przebywających w domach opieki. Rozpoznanie FS w dużej mierze zależy od zastosowanej skali. Wśród pensjonariuszy domów opieki, kliniczna skala CSHA-CFS wydaje się być bardziej użyteczną metodą diagnostyki, a jej połączenie z oceną funkcji poznawczych może wskazać chorych obciążonych największym prawdopodobieństwem zgonu w ciągu najbliższych 12 miesięcy, co wskazuje na potrzebę prowadzenia całościowej oceny geriatrycznej.

Nadciśnienie tętnicze i niewydolność serca dotyczą znacznego odsetka pensjonariuszy domów opieki i wiążą się z istotnie większą wielochorobowością i polifarmakoterapią.

Pomimo znacznego postępu w postępowaniu z pacjentami z niewydolnością serca istnieje dalsza konieczność poprawy opieki nad osobami w wieku podeszłym, a zwłaszcza w okresie późnej starości.