

Kardiolog najlepszym przyjacielem geriatry. Komentarz do pracy „Opieka kardiologiczna nad osobami w starszym wieku. Czas na nowy model opieki”

Grzegorz Opolski

„Opuścić tę ziemię, przeciąć moje z nią związki, jak to zrobić, ile mnie jeszcze czeka chorób i powolnego odpływu sił?”
Czesław Miłosz, „Rok myśliwego”

Artykuł Formana i wsp. dotyczy najważniejszego wyzwania współczesnej kardiologii, jakim jest leczenie chorych w podeszłym wieku. Dzięki wydłużeniu życia, postępowi prewencji i medycyny naprawczej kardiologowie leczą coraz starszych pacjentów. Diagnostyka i leczenie kardiologiczne tej grupy wymagają wnikliwej oceny nie tylko stanu układu sercowo-naczyniowego, ale całego organizmu, ustalenia obecności chorób współistniejących, stosowanej dotychczas farmakoterapii, dostosowania preparatów i dawek leków, tak żeby uniknąć niekorzystnych interakcji i działań ubocznych. Warto wspomnieć, że wytyczne oparte na wynikach randomizowanych badań klinicznych dotyczą chorych zwykle o 10–15 lat młodszych od pacjentów, których w praktyce leczymy. Od kilku lat w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego uwzględnia się osoby w podeszłym wieku, ale ta grupa jest opisywana w części dedykowanej odrębności postępowania w wybranych populacjach. Ironia polega na tym, że ta specjalna grupa chorych w podeszłym wieku stanowi większość pacjentów leczonych przez kardiologów. Czy w przyszłości, uwzględniając sytuację epidemiologiczną i praktykę kliniczną, zalecenia kardiologiczne będą dedykowane przede wszystkim populacji osób w wieku powyżej 75 lat, a części omawiające populacje specjalne będą się odnosić do grupy chorych poniżej 65., a może 75. roku życia?

Autorzy wskazują na odrębności, począwszy od oceny ryzyka, komunikacji (otępienie i demencja), poprzez postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, aż po złożone, w tym etyczne, problemy opieki paliatywnej u cho-

rych w podeszłym wieku. Dotyczy to zwłaszcza osób z niewydolnością serca.

Podniesiony jest również wątek kosztowo-efektywności diagnostyki i leczenia pacjentów w podeszłym wieku. Dotyczy to przede wszystkim kryteriów kwalifikacji do nowych, drogich procedur, takich jak: implantowane kardiowertery-defibrylatory, stymulacja resynchronizująca, przezcewnikowa implantacja zastawek czy nowa generacja stentów wieńcowych. W tym kontekście cieszy podkreślenie przez autorów znaczenia zachowań prozdrowotnych obejmujących aktywność fizyczną, odżywianie i unikanie dymu tytoniowego. Notabene szkoda, że te proste metody o udowodnionej skuteczności nie znajdują uznania u płatnika, zwracającego uwagę tylko na kosztochłonne procedury inwazyjne. Niestety, starości nie da się wyleczyć, ale za to można ją opóźnić i uczynić bardziej znośną. Warto wspomnieć o bardzo modnej obecnie promocji, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, „medycyny przeciwstarzeniowej” (*anti-aging medicine*).

Wartość artykułu Formana i wsp. polega na tym, że wykracza on poza diagnozę problemu, przedstawiając szczegółowo konieczne działania, które należy podjąć, żeby dostosować współczesną kardiologię do zmieniającej się coraz starszej populacji leczonych chorych. Przed nami długa i trudna droga zmiany paradygmatu przyszłych wytycznych kardiologicznych, sposobu planowania badań klinicznych, działań edukacyjnych i szkolenia specjalizacyjnego oraz ścisłej współpracy w ramach *heart team* z geriatrą — najlepszym przyjacielem kardiologa.