

SENYVO AMŽIAUS PACIENTŲ, PATYRUSIŲ ŪMINĮ MIOKARDO INFARKTĄ, GYVENIMO KOKYBĖS POKYČIAI

Margarita Broslavskytė¹, Robertas Samalavičius², Pranas Šerpytis^{1,2,3}

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos institutas, Skubios medicinos klinika, ³Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Širdies ir kraujagyslių ligų klinika

Raktažodžiai: ūminis miokardo infarktas, gyvenimo kokybė, senyvo amžius pacientai, rehabilitacija, demencija.

Santrauka

Ūminis miokardo infarktas (ŪMI) gali būti viena iš priežasčių, lemiančių senyvo amžiaus (80 metų ir daugiau) asmenų fiziologinių išteklių išsekimą. Tokia būklė apibūdinama kaip senatvinis silpnumo sindromas (SSS), kuris paverčia asmenį priklausomu nuo kitų, ženkliai pablogina pasitenkinimą gyvenimu ir ligos baigties tikimybę. Sutrikusios kognityvinės funkcijos ar kraujagyslinė demencija, depresija ir nerimas yra ne mažiau svarbūs šalutiniai senyvo amžiaus asmenų susirgimai, sunkinantys kasdienį gyvenimą. ŪMI gydymas ir į pacientą orientuota rehabilitacija mažina mirštamumą ir komplikacijų skaičių, didina pasitenkinimą gyvenimu. Šiuo metu plačiai taikomi klausimynai vertinti sergančiųjų įvairiomis širdies ir kraujagyslių ligomis gyvenimo kokybę, tačiau nėra specifinio klausimyno vertinti ŪMI patyrusių senyvo amžiaus asmenų, lengvai pažeidžiamų dėl įvairių šaltinių susirgimų, dažnų komplikacijų ir didelio mirštamumo, su sveikata susijusių gyvenimo kokybę. Šio darbo esmę sudaro senyvo amžiaus pacientų, patyrusių ŪMI, įvairių veiksnių įtakos gyvenimo kokybei ir jos pokyčių vertinimas, atliekant naujausios mokslinės literatūros analizę pasirinkta tema.

Įvadas

Pasaulio sveikatos organizacijos pasiūlytame apibrėžime gyvenimo kokybė apibūdinama kaip savo vietos gyvenime suvokimas kultūros ir vertybių sistemos kontekste, susijusiam su asmens tikslais, viltimis, standartais ir interesais. Tai ypač plati samprata, veikiama fizinės sveikatos, psichologinės būklės, asmens pažiūrų, socialinių santykių bei ryšių su aplinka [1]. Gyvenimo kokybė glaudžiai susijusi

su asmens poreikių ir lūkesčių tenkinimu, todėl bet kokia liga gali sutrikdyti gerovės pojūtį, pasitenkinimą gyvenimu ir saviraišką [2]. Pastaraisiais dešimtmečiais Vakarų valstybėse daugėja senyvo amžiaus žmonių, o kartu didėja su amžiumi susijusių ligų, tokių kaip ŪMI, skaičiai [3]. Dėl nuolat gerėjančių diagnostikos metodų ir greitai atliekamos reperfuzijos terapijos pacientų mirštamumas mažėja [4,5], tačiau, nepaisant tinkamo gydymo pagal šiuolaikinio mokslo rekomendacijas, ŪMI patyrusių senyvo amžiaus asmenų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra gerokai prastesnė, negu sveikųjų populiacijos [6]. Stebimas blogesnis bendrosios sveikatos būklės vertinimas, ženklus fizinio pajėgumo, psichologinių ir socialinių funkcijų suprastėjimas. Šiuo metu dar nepakanka vyresnių nei 80 metų pacientų, tikslų gyvenimo kokybės ir jos pokyčių vertinimo metodų po ŪMI gydymosi ligoninėje [7].

Darbo tikslas: atlikti 80 metų ir vyresnių pacientų, patyrusių ŪMI, gyvenimo kokybės pokyčių duomenų analizę.

Tyrimo objektas ir metodas

Tyrimo objektas – senyvo amžiaus (80 m. ir daugiau) pacientų, patyrusių ŪMI, gyvenimo kokybė ir jos vertinimo priemonės. Mokslinės literatūros paieška ir analizė atlikta PubMed, Medline, Science Direct, Cochrane duomenų bazėse. Naudoti darbo tikslą atitinkantys raktažodžiai ir jų deriniai: „quality of life in elderly after acute myocardial infarction“, „frailty syndrome after acute myocardial infarction“, „dementia after acute myocardial infarction“, „anxiety and depression in elderly after myocardial infarction“. Atrinkti ne senesni kaip 5-erių metų straipsniai anglų kalba. Atliekant pirminę atranką, atmestos publikacijos, kurių pavadinimai nesusiję su darbo tikslu. Išnagrinėjus santraukas ir atlikus tekstų analizę, temai nagrinėti atrinkti 25 moksliniai straipsniai, iš kurių vienas nurodo standartizuotą senatvinio silpnumo sindromo apibrėžimą.

Rezultatai ir jų aptarimas

Tekstų analizė parodė, kad sukurta nemažai specifinių klausimynų vertinti sergančiųjų įvairiomis širdies ir kraujagyslių ligomis gyvenimo kokybę. Pasaulyje plačiai paplitęs Sietlo krūtinės anginos klausimynas (angl. Seattle Angina Questionnaire), Kanzaso kardiomiopatijos arba Minesotos klausimynas (angl. Minnesota Living with Heart Failure questionnaire), taikomas esant širdies nepakankamumui, Duke funkcinės būklės indeksas, SF-36 klausimynas (angl. Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire) ir kiti. Vis dėlto nei vienas iš jų nėra patvirtintas ir įtrauktas į rekomendacijas vertinti senyvo amžiaus asmenų, sirgusių ŪMI, gyvenimo kokybę, todėl ši sudėtinga užduotis išlieka aktuali [8]. Įvairios studijos nurodo, kad po perkutaninės koronarinės intervencijos vyresnio ir jaunesnio amžiaus pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė linkusi gerėti beveik vienodai. Paskyrus tinkamą gydymą, pagerėja fizinio krūvio toleravimas, ypač susijęs su krūtinės anginos simptomų sumažėjimu. Per šešetą pirmųjų mėnesių patirta didžiausia gydymo nauda gali išlikti nepakitusi mažiausiai trejus metus [9], tačiau, esant keturioms ir daugiau šalutinių ligų, nepriklausomai nuo pasirinktų gydymo metodų, socialinių ar ekonominių aspektų, gydymosi rezultatai nekinta [10,11]. Tyrejai pastebėjo, kad esant vienodam medicinos paslaugų prieinamumui, blogesni gydymosi rezultatai buvo pacientų, iš socioekonominės aplinkos, kurioje žmonės blogiau suprato savo būklę, praeityje dažniau rūkė, menkai kontroliavo kraujospūdį, dislipidemiją ar kitus šalutinius susirgimus, rečiau vartojo reikiamus vaistus, per mažai – vaisių ir daržovių. Manoma, kad šie pacientai praeityje patyrė daugiau kasdinių rūpesčių, todėl turi mažiau išteklių įveikti naujas stresines situacijas [12,13]. Senyvas amžiaus yra vienas iš svarbiausių rizikos veiksnių, lemiančių prastesnę su sveikata susijusią gyvenimo kokybę po ŪMI. Kitas labai svarbus veiksnys yra laikas, praleidžiamas ligoninėje. Kiekviena hospitalizacijos diena mažina paciento adaptaciją ir fizinę veiklą, grįžus į įprastinę aplinką [14]. Tai gali būti viena iš priežasčių, lemiančių specifinę šios amžiaus grupės reabilitaciją, nes turi būti atsižvelgiama į širdies ir kraujagyslių bei šalutinius susirgimus, vienu metu vartojamus skirtingus, didelį šalutinį poveikį turinčius vaistus, buvusią netinkamą ambulatorinę ar stacionarinę sveikatos priežiūrą, pažinimo, elgesio ir kognityvinių funkcijų sutrikimus. Pacientų, dalyvavusių tinkamai parinktoje reabilitacinėje programoje po ūmaus koronarinio sindromo, gyvenimo kokybė ženkliai pagerėjo dėl mažiau juntamo skausmo, padidėjusios energijos, pagerėjusių fizinių funkcijų, tinkamos sveikatos priežiūros. Kitas reabilitacijos vaidmuo yra emocinė parama ir socialinių poreikių patenkinimas. Tai ypač svarbu dėl dažnos socialinės izoliacijos, kurią lemia senėjimas ir įvairios ligos.

Gydydami senyvus pacientus, turime atsižvelgti į jų amžiaus grupei būdingą unikalią būklę – senatvinio silpnumo sindromą (angl. frailty) [17]. SSS – tai tam tikra, su senėjimu susijusi, tiesiogiai nuo amžiaus priklausoma padidėjusio pažeidžiamumo būseną. Jos metu mažėja daugelio fiziologinių sistemų funkcinių atsargų išteklių: sutrinka neuroendokrininė organų reguliacija, silpnėja imuninė sistema, gebėjimas įveikti įvairias kasdienes stresines situacijas Fried ir kt. (2001) pasiūlė diagnozuoti SSS, kai nustatomi 3 iš 5 kriterijų: sumažėjusi plaštakos suspaudimo jėga, sumažėjusi energija, sulėtėjęs vaikščiojimo tempas, mažas fizinis aktyvumas ir(ar) kūno svorio sumažėjimas per pastaruosius metus [18]. SSS būdingi ir įvairių biocheminių žymenų pokyčiai, nesant kitos, juos lemiančios, patologijos. Šios būklės pacientų serume aptinkama padidėjusi C-reaktyviojo baltymo, C cistatino ir sumažėjusi D vitamino bei albumino koncentracija. Albuminas yra glaudžiai susijęs su mityba, todėl jo koncentracijos sumažėjimas gali būti vienas iš pirmųjų SSS rizikos veiksnių [19]. Vyresnių nei 65 metų asmenų amžiaus grupėje SSS sindromo paplitimas sudaro 10 proc., o tarp sergančiųjų koronarine širdies liga šis rodiklis gali siekti net 60 procentų. Tokių pacientų ryškesni angiografiniai kraujagyslių pakitimai, dažnesnė 3-jų vainikinių arterijų liga ir ŪMI, nesant ST segmento pakilimo, dislipidemija, prieširdžių virpėjimas, periferinių kraujagyslių liga, demencija. SSS susijęs su didžiaisiais kardiovaskuliniais reiškiniais po ŪMI, didesniu mirštamumu, praėjus 30 dienų nuo išrašymo iš liginės ir vėliau. Tokie SSS komponentai, kaip neįgalumas, prastos gyvenimo sąlygos ir socialinė padėtis, priklausymas nuo kitų asmenų, nepakankama mityba daro neigiamą įtaką senyvo amžiaus žmonių gyvenimo kokybei [20]. Gerontologinis ištyrimas, SSS įvertinimas, specialaus priežiūros ir pagalbos plano sudarymas mažina šios būklės progresavimą, gerina gydytojo rekomendacijų vykdymą, mažina kartotinę hospitalizaciją, padeda pacientams ilgiau tęsti savarankišką visavertį gyvenimą [21,22].

Tarp ŪMI patyrusių senyvo amžiaus pacientų dažniau stebimi kognityviniai sutrikimai, ilgainiui bloginantys gyvenimo kokybę. Tai prastesnė atmintis, sutrikusi orientacija laike, sunkiau įsimenama nauja informacija. Kognityvinių funkcijų pakitimai siejami su koronarine širdies liga, smegenų hipoksija ir lėtinu smulkiųjų kraujagyslių smegenyse pažeidimu [23]. Tokie asmenys turi daugiau rizikos veiksnių susirgti kraujagysline demencija, kurios tikimybė smarkiai padidėja, persirgus ŪMI. Demencija dažnesnė senyvo amžiaus pacientams, patyrusiems insultą, aortokoronarinių jungčių formavimo operaciją, ar esant sunkiam širdies nepakankamumui. Sergantieji kenčia dėl prastos nuotaikos, socialinių ryšių stygiaus, rečiau patiria džiaugsmą, o ilgainiui ima blėsti pasitikėjimas savimi ir pasitenkinimas gyvenimu.

Yra studijų, tyrinėjantių β -amiloido ir *tau* baltymo kaupimąsi smegenyse tarp išgyvenusiųjų po ŪMI. Vis dėlto Danijos studija, aprėpusi 314911 dalyvių, paneigė sąsają su didesniu sergamumu Alzheimerio liga ar kitais demencijos potipiais [3].

Aprašomosios grupės gyvenimo kokybei ne mažiau svarbi ir psichikos sveikata. Senyvo amžiaus pacientai, kuriems diagnozuota stabilioji krūtinės angina, dažniau skundžiasi nerimo priepuoliais, o patyrusieji miokardo infarktą ir turintys lėtinį širdies nepakankamumą dažniau serga depresija. Šios kardiovaskulinės ligos tarp vyresnių nei 80 metų pacientų neretai reiškiasi kartu, todėl jiems dažnesni ir nerimo, ir depresijos simptomai [24]. Apie du trečdalius tiriamosios populiacijos po ŪMI patiria vidutinio sunkumo depresijos epizodą, bet tik nedaugelis jaučia ilgalaikius nerimo ar depresijos požymius. Detaliau panagrinėjus pastebėta, kad tokie požymiai dažnesni vyresnio amžiaus moterims, o ypač – nuolat jaučiančioms skausmą ir diskomfortą. Dėl gaivinimo ŪMI metu gyvenimo kokybė ilgainiui nėra linkusi blogėti, tačiau depresijos ir nerimo simptomai gali išlikti dėl besikeičiančių socialinių vaidmenų ir aplinkos, šeiminių aplinkybių, somatinių ligų ar sutuoktinio netekties [25].

Išvados

1. Šiuo metu nėra į rekomendacijas įtraukto klausimyno, specialiai pritaikyto senyvo amžiaus pacientų, patyrusių ŪMI, gyvenimo kokybės vertinimui.

2. ŪMI patyrusių senyvo amžiaus pacientų gyvenimo kokybė labiausiai priklauso nuo šalutinių susirgimų ir jų skaičiaus, tinkamo gydymo bei specialiai pritaikytos reabilitacinės programos po ŪMI.

3. Senatvinių silpnumo sindromas yra dažna senyvo amžiaus pacientų būklė, lemianti sergančiųjų širdies ir kraujagyslių ligomis mažesnę pasitenkinimo gyvenimu lygį ir didesnę mirštamumą.

4. Kognityvinių funkcijų sutrikimai, kraujagyslinė demencija, depresija ir nerimas yra svarbūs susirgimai, keičiantys vyresnių nei 80 metų asmenų gyvenimo kokybę.

Literatūra

- Moryś JM, Bellwon J, Höfer S, Rynkiewicz A, Gruchała M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Arch Med Sci AMS*2016;12(2):326-33.
<https://doi.org/10.5114/aoms.2014.47881>
- Gierlaszyńska K, Pudlo R, Jaworska I, Byrczek-Godula K, Gąsior M. Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiochirurgia i Torakochoirurgia. J Cardio-Thorac Surg*2016;13(1):78-82.
<https://doi.org/10.5114/kitp.2016.58974>
- Sundbøll J, Horváth-Puhó E, Adelborg K, Schmidt M, Pedersen L, Bøtker HE, et al. Higher risk of vascular dementia in myocardial infarction survivors. *Circulation* 2018;137(6):567-77.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029127>
- Krumholz HM, Normand S-LT, Wang Y. Twenty year trends in outcomes for older adults with acute myocardial infarction in the United States. *JAMA Netw Open* 2019;2(3):e191938-e191938.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.1938>
- Ohm J, Skoglund PH, Discacciati A, Sundström J, Hambræus K, Jernberg T, et al. Socioeconomic status predicts second cardiovascular event in 29,226 survivors of a first myocardial infarction. *Eur J Prev Cardiol* 2018 ;25(9):985-93.
<https://doi.org/10.1177/2047487318766646>
- Mollon L, Bhattacharjee S. Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the United States: a propensity score matched analysis. *Health Qual Life Outcomes*2017;15(1):235.
<https://doi.org/10.1186/s12955-017-0809-3>
- Faubert C, Heckman G, McKelvie R. Management of non-ST-elevation myocardial infarction in elderly patients: time to consider frailty and quality of life. *J Cardiol* 2018;34(3):241-3.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.01.089>
- da Silva JV, Baptista MN. Vitor quality of life scale for the elderly: evidence of validity and reliability. *SpringerPlus* 2016;5(1).
<https://doi.org/10.1186/s40064-016-3130-4>
- Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L, Høyen Ranhoff A, Endresen K, Gjertsen E, et al. Health-related quality of life in older patients with acute coronary syndrome randomised to an invasive or conservative strategy. The after eighty randomised controlled trial. *Age Ageing* 2018;47(1):42-7.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afx121>
- Bennett KK, Buchanan DM, Jones PG, Spertus JA. Socioeconomic status, cognitive-emotional factors, and health status following myocardial infarction: testing the reserve capacity model. *J Behav Med* 2015;38(1):110-21.
<https://doi.org/10.1007/s10865-014-9583-4>
- Gaalema DE, Elliott RJ, Morford ZH, Higgins ST, Ades PA. Effect of socioeconomic status on propensity to change risk behaviors following myocardial infarction: implications for healthy lifestyle medicine. *Prog Cardiovasc Dis* 2017;60(1):159-68.
<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.01.001>
- Schultz WM, Kelli H M, Lisko C, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic status and cardiovascular outcomes. *Circulation* 2018;137(20):2166-78.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652>
- Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and metaanalysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*2017;389(10075):1229-37.

14. Soo Hoo SY, Gallagher R, Elliott D. Field triage to primary percutaneous coronary intervention: factors influencing health-related quality of life for patients aged ≥ 70 and < 70 years with non-complicated ST-elevation myocardial infarction. *Heart Lung* 2016;45(1):56-63.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.10.004>
15. Schopfer DW, Forman DE. Cardiac rehabilitation in older adults. *Can J Cardiol* 2016 ;32(9):1088-96.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.03.003>
16. Hald K, Nielsen KM, Nielsen CV, Meillier LK, Larsen FB, Christensen B, et al. Expanded cardiac rehabilitation in socially vulnerable patients with myocardial infarction: a 10 year follow up study focusing on mortality and non fatal events. *BMJ Open* 2018;8(1):e019307.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019307>
17. Uchmanowicz I, Lisiak M, Wleklík M, Gurowiec P, Kałużna-Oleksy M. The relationship between frailty syndrome and quality of life in older patients following acute coronary syndrome. *Clin Interv Aging* 2019;14:805-16.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S204121>
18. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001Mar;56(3):M146-156.
<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
19. Tonet E, Pavasini R, Biscaglia S, Campo G. Frailty in patients admitted to hospital for acute coronary syndrome: when, how and why? *J Geriatr Cardiol JGC* 2019;16(2):129-37.
20. Lisiak M, Uchmanowicz I, Wontor R. Frailty and quality of life in elderly patients with acute coronary syndrome. *Clinical Interventions Aging* 2016;11:553-62.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S99842>
21. Broussier A, Valembos L, Lafuente-Lafuente C, David J-P, Paniel S. Apports de l'évaluation gérontologique pour les patients cardiovasculaires très âgés. *Presse Médicale* 2019;48(2):120-6.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.02.004>
22. Chainani V, Riehl R, Chainani G, Abdo A, Cohen MG, Alfonso C, et al. Frailty and cardiovascular disease. *Frailty Sarcopenia - Onset Dev Clin Chall* 2017.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.69877>
23. Xie W, Zheng F, Yan L, Zhong B. Cognitive decline before and after incident coronary events. *J Am Coll Cardiol* 2019;73(24):3041-50.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.04.019>
24. Geiser F, Urbach AS, Harbrecht U, Conrad R, Pötsch B, Amann N, et al. Anxiety and depression in patients three months after myocardial infarction: Association with markers of coagulation and the relevance of age. *J Psychosom Res* 2017;99:162-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.015>
25. Henriksson C, Wernroth ML, Christersson C. An observational study of the occurrence of anxiety, depression and self reported quality of life 2 years after myocardial infarction. *J Cardiol Cardiovasc Med* 2018;3(3):052-63.
<https://doi.org/10.29328/journal.jccm.1001027>

QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PATIENTS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

M. Broslavskytė, R. Samalavičius, P. Šerpytis

Keywords: acute myocardial infarction, quality of life, elderly patients, rehabilitation, dementia.

Summary

Greater survival rate after acute myocardial infarction brings focus on longterm patient's outcomes. Elderly patients are especially vulnerable due to many comorbidities, high mortality rate and bigger number of complications. Improvement of elderly person's quality of life after hospitalization is becoming a very important treatment goal.

The aim of this study was to conduct academic articles search using PubMed, Medline, Science Direct, Cochrane databases in order to analyze quality of life changes in older than 80 years old patients after acute myocardial infarction. A total number of 25 publications that met criteria were chosen.

Although quality of life has attracted a lot of attention in recent years, but there still is no special questionnaire for assessing wellbeing of elderly patients. Proper treatment strategy and patient orientated rehabilitation program are not only the key for reducing mortality rates, but also improve life satisfaction after hospital discharge. Acute myocardial infarction can contribute to depletion of person's physiological resources. This condition in elderly is described as frailty syndrome, which is a major contributor to adverse outcomes, worse satisfaction in life and dependence on other people. Cognitive impairment or vascular dementia, anxiety and depression are also important comorbidities in elderly population that make impact on patients' wellbeing.

Correspondence to: m.broslavskyte@gmail.com

Gauta 2019-09-28