

Südamehaiguste iseärasused eakatel

Kai Saks – TÜ sisekliinik

geriaatriline kardioloogia, diagnoosimine, ravi

Vanemaealiste südamekaebustega haigete arstlikus käsitluses on palju rohkem eksimusi võrreldes noorematega. Nii on Eestis vanemaealistel inimestel põhjendamatult palju diagnoositud südame isheemiatõbe ja südamepuudulikkust ning raviks määratud ülemäära sageli digoksiini. Seevastu arteriaalse hüpertensiooni ravi on Eesti eakate hulgas vähemalt ravimi tarvitajate arvu osas adekvaatne. Artiklis on käsitletud diagnoosimise ja ravi põhimõtteid eakatel südamekaebustega inimestel ning analüüsitud nimetatud probleemi Eesti oludes.

Enamiku südame-veresoonkonnahaigusi põdejatest moodustavad eakad inimesed. Paraku näitavad uuringud, et vanemaealiste südamekaebustega haigete arstlik käsitlus on palju sagedamini ekslik võrreldes noorematega (1, 2, 3). Selle põhjusi on ilmselt mitu. Ühest küljest on südamehaiguste diagnoosimise ja ravi juhised välja töötatud valdavalt keskealiste meeste uurimustele tuginedes – kuni viimase aastakümneni ei kaasatud uuringurühmadesse eakaid inimesi. Teisalt on meditsiinis ja ühiskonnas üldiselt levinud stereotüüpsed hoiakud vananemise ja vanade inimeste suhtes, mistõttu sarnaste kaebuste korral tehakse vanematele haigetele palju vähem täpsustavaid uuringuid ning määratakse vähem uusi tõhusaid ravimeid võrreldes noorematega (4, 5). Kolmanda põhjusena võib välja tuua arstide ebapiisavaid teadmisi normaalsest vananemisest ning seisundi geriaatrilisest hindamisest (6). Selle ülevaateartikli eesmärgiks on käsitleda teadaolevaid iseärasusi südamekaebustega eakate inimeste arstlikul käsitlemisel ning analüüsida olukorda Eestis.

Diagnostilised probleemid südamekaebustega eakate inimeste käsitlemisel

Kirjanduse andmetel on südamekaebustega eakate diagnostilised probleemid seotud eelkõige südame isheemiatõve ja südamepuudulikkusega, kusjuures leitakse nii üle- kui aladiagnoosimist. Südame

isheemiatõve aladiagnoosimise põhjustena tuuakse välja selle valutü vormi sagenemist vanas eas; mitme haiguse koosinemist, mis põhjustavad valu või ebamugavustunnet rinnus; samuti diagnostiliste uuringute (koormustestid, koronaarangiograafia) vähesemat kasutamist (7). Ülediagnoosimise põhjuseks on kliiniliste nähtude ja EKG muutuste ebaõige tõlgendamine südame isheemiatõvena lisauuringuid tegemata. Valu rinnus, kui see ei ole tüüpiline stenokardia, vajab ka eakatel täpset diferentsiaaldiagnostikat. Südame rütmihäired ilma mingi muu südame isheemiatõvele viitava tunnusega ei ole üheski vanuses inimestel piisav südame isheemiatõve diagnoosimiseks. EKG muutusi (kaasa arvatud ST-segmendi depressioon tipu ümbruses) esineb rahuolekus ligikaudu pooltel praktiliselt tervetel eakatel (8), seega on rahuoleku EKG vanematel inimestel suhteliselt väiksema diagnostilise väärtusega. Samal ajal on koormusproov eakatel inimestel isegi suurema tundlikkuse ja spetsiifilisusega kui noorematel (9).

Südamepuudulikkus on mõne uuringu andmetel ligikaudu võrdsel määral ala- ja ülediagnoositud (1, 2). Aladiagnoositud on eelkõige müokardi düsfunktsioon (vasaku vatsakese väljutusfraktsioon <0,40), kui see ei põhjusta väljendunud kliinilist pilti. Ülediagnoosimise põhjuseks on kaebuste või üksikute kliiniliste tunnuste (õhupuudus, väsimus, jalgade turse, südameklõppimine) ennatlik tõlgendamine südamepuudulikkusena ilma

täpsustavate uuringuteta. Kuna haigusi, mis põhjustavad südamepuudulikkusega sarnaseid kaebusi, on mitmeid, siis on *lege artis* nõutav, et vähemalt südamepuudulikkuse esmasel diagnoosimisel oleks tehtud ehkardiograafia. See on vajalik ka siis, kui kliiniline pilt on veenev südamepuudulikkuse diagnoosimiseks, sest eakatel on umbes pooltel juhtudel tegemist müokardi diastoolse düsfunktsiooniga, mille puhul digoksiini kasutamine raviks ei ole üldjuhul põhjendatud (10). Ehkardiograafia on vajalik ka eakatel klapirikete kui südamepuudulikkuse põhjuse kõrvalejätmiseks. Üsna üksmeel on selles, et normaalne EKG leid praktiliselt välistab südamepuudulikkuse diagnoosi.

Südamehaiguste/-sündroomide esinemissagedus eakate eneste ja perearstide andmetel Eesti üle 65aastaste inimeste hulgas (6) on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Südamehaiguste esinemissagedus Eestis üle 65aastastel inimestel: eakate enesehinnang ja perearstide arvamus (Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000)

Haigus/sündroom	Esinemissagedus	
	eakate arvates (%)	perearstide arvates (%)
Hüpertensioon	61	63
Südame isheemiatõbi	46	57
Südamepuudulikkus	40	41
Südame rütmihäired	39	38
Hüpotensioon	17	11
Südameinfarkt	11	10

Üllatavalt hea eakate ja perearstide hinnangute kokkulangevus on seletatav tõenäoliselt sellega, et eakate intervjuerijateks olid perearstid, kes ilmselt vajadusel jagasid infot oma uuritavale. Analoogsed uuringud teistes riikides on näidanud oluliselt suuremaid erinevusi eakate ja arstide hinnangutes: eakad teadsid oma haigusi oluliselt harvem esinevat võrreldes arstidega (11). Teise, märksa tõsisema tähendusega järelduse saame teha siis, kui võrdleme südamehaiguste/-sündroomide esinemissagedust teiste maade andmetega. Kui haigused, mis on suhteliselt lihtsate ja kindlate meetoditega diagnoositavad –

hüpertensioon, hüpotensioon ja südameinfarkt – esinevad ligikaudu sama sagedusega kui vanemaelastel teistes Euroopa ja Põhja-Ameerika riikides (3, 12–14), siis südame isheemiatõbi ning eriti südamepuudulikkus ületavad teiste riikide näitajaid mitu korda. Südame isheemiatõve esinemissagedus üle 65aastaste hulgas on erinevate uuringute andmetel 15–42% (5, 12) ning südamepuudulikkuse esinemissagedus 2,3–13% (4). Ilmselt on need haigused Eesti eakatel ülediagnoositud. Pole põhjust arvata, et Eesti vanemaelastel esineb südame isheemiatõbe ligikaudu kaks korda sagedamini, kuid selle tüsistust – südameinfarkti – sama sagedusega võrreldes teiste riikidega ning südamepuudulikkust neli kuni kümme korda sagedamini.

On tõenäoline, et ka surma põhjusena on südame isheemiatõbi Eestis ülediagnoositud. Arvamus on empiiriline ja tugineb paljude perearstide väidetele, et vana inimese surma põhjusena märgitakse juhul, kui mingit kindlat haigust ei saa diagnoosida, üldine ateroskleroos ja südame isheemiatõbi. Siiski, südame isheemiatõbi ei ole vanusega kaasnev, vaid vanusega sagenev diagnoos. 70aastastel inimestel on aterosklerootilisi muutusi lahangul kirjeldatud umbes 70%-l ning nendest mitte rohkem kui pooled on hemodünaamiliselt olulised (15). Korrektne ja täiesti lubatav on, juhul kui vaikselt kustub üle 85(80)aastane inimene, kelle kohta arst teab, et tal ei olnud mingit olulist surmale viivat haigust, märkida surmatunnistusele R54 – seniilsus ehk raukus (see ei tähistata dementsust, mis kodeeritakse F00-F03). Seniilsus sisaldab ka presbükardiat (*presbycardia*) ehk normaalsest vananemisest tingitud südame võimekuse langust – väga vanas eas võib südamepuudulikkus väljenduda ka ilma primaarse südamehaiguseta.

Probleemid eakate südamekaebustega inimeste ravimisel

Ravitaktika valikul pole passivanus niivõrd oluline, olulisemad on bioloogiline vanus ehk haige üldine seisund, kaasuvad haigused, teised kasutatavad

ravimid/raviviisid, ravieelistused, haige motivatsioon ja koostöövõime. Ravimiannuste valikul tuleb jälgida, kas antud ravimi annust on vaja eakatel (peamiselt üle 80aastastel) vähendada või mitte.

Südame isheemiatõve ravitaktika valikul ei ole kirurgiliste meetodite kasutamiseks mingeid vanusepiiranguid, otsustavad on samad tegurid, mis noorematel: kas haigus on medikamentooselt kontrollitav või mitte ning kas kirurgiline sekkumine on tehniliselt võimalik. Kirurgilise ravi tulemused väga vanadel (üle 80aastastel) inimestel on võrreldavad nooremate haigete ravitulemustega (7). Ka ägedate koronaarsete seisundite korral ei ole ravitaktikas erinevusi noorematel ja eakatel patsientidel.

Südamepuudulikkuse ravijuhistes rõhutatakse, et eakatel on sarnaselt noorematega esimese valiku preparaadiks AKE inhibiitorid, vajadusel koos diureetikumidega. Kolmanda ravimina tuleks vajadusel ja vastunäidustuste puudumisel lisada beetablokaator. Digoksiini määramine võib olla näidustatud, kui esineb tahhükardie kodade virvendusarütmia või väljendunud süstoolne puudulikkus (16). Diastoolse puudulikkuse domineerimisel võib digoksiin haige seisundit hoopis halvendada. Intoksikatsioonioht digoksiinravi saavatel eakatel on suur nii aeglustunud eliminatsiooni kui ka ravirežiimi rikkumiste tõttu (mäluhäirete tõttu võib haige ekslikult võtta ravimit rohkem, kui on ette nähtud).

Arteriaalse hüpertensiooni ravis vanemaalistel on tõestatud efektiivne ravitulemus Cakanalite blokaatoritel, diureetikumidel ja indapamiidil. Ühte neist ravimirühmadest võikski eelistada esmavaliku ravimina vanemaalistel haigetel. Kui kõrgvererõhktõbi kombineerub südamepuudulikkusega, on sobiv kasutada AKE inhibiitorit. Beetablokaatorit soovitatakse kasutada juhul, kui haigel on diagnoositud nii kõrgvererõhktõbi kui südame isheemiatõbi. Ravi eesmärk on saavutada vererõhk 140/80 mm Hg. Vererõhu edasine langetamine suurendab eakatel ajuinfarkti riski (17).

Hüpotensioon ei vaja noorematel inimestel enamasti medikamentooset ravi ning see vähendab pikemas perspektiivis ateroskleroosi tekkimise riski. Eakatel on aga hüpotensioon depressiooni ja kognitiivsete häirete tekke, funktsionaalse seisundi halvenemise ning suremuse suurenemise riskitegur (13, 18). Jälgimist vajab eriti ortostaatiline hüpotensioon – vererõhu väljendunud langus püsti seistes, sest selle esinemine sageneb vanemas eas ealiste muutuste tõttu baroretseptorites. Ortostaatiline hüpotensioon võib esineda ka antihüpertensiivse ravi foonil, seepärast on vajalik hüpertoonikutel kontrollida vererõhku püsti seistes ning vajadusel ravi korrigeerida. Hüpotensiooni korrigeerimisel võib abi olla tugisukkadest (veenilaiendite korral), vastunäidustuste puudumisel võib soovitada süüa soolasemat sööki ning juua kohvi või kanget teed. Ravimitest sobib midodriin, mis on saadaval nii tilkade, tablettide kui süstelahusena.

Ealiste muutuste tõttu südameklappidel võivad eakatel tekkida klapirikked aordiklappidel, harvem mitraalklappidel, mis võivad vajada kirurgilist korrigeerimist. Lääne-Euroopas ongi enamik klapirikete operatsioone vanemaalistel, reumaatiliste rikete esinemissagedus on seal väike.

Ekstrasüstoolia on eakatel sagedane, kuid paljudel juhtudel funktsionaalne, s.t ilma primaarse südamehaiguse foonita. Sel juhul on ravi näidustatud ainult siis, kui see põhjustab inimesele kaebusi. Isegi sagedane polütoopne ventrikulaarne ekstrasüstoolia ei halvenda prognoosi, kui selle põhjuseks ei ole südamehaigus (19). Südamehaiguse anamneesi korral vajavad rütmihäired ravi. Ka kodade laperdusarütmia ja virvendusarütmia võivad olla essentsiaalsed. Kodade laperdus-/virvendusarütmia tekkel on siinusrütmi taastamine eesmärk ka eakatel. Paroksüsmaalse vormi korral on näidustatud profülaktika eelkõige sotalooliga, sest amiodaroon võib eakatel põhjustada kopsufibroosi. Püsiva virvendusarütmia korral peab east sõltumata kaaluma antikoagulantravi rakendamise võimalust.

Tabel 2. Mõne südameprobleemidega seotud ravimi kasutamine Eestis 65aastaste ja vanemate inimeste hulgas (Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuring 2000)

Ravimid	Tarvitab pidevalt (%)	On tarvitanud, praegu ei tarvita (%)
Vererõhku alandavad	43	15
Digoksiin	25	16
Aspiriin	40	

Tabelis 2 on andmed antihüpertensiivsete ravimite, digoksiini ja aspiriini kasutamise kohta Eesti eakate hulgas.

Selgub, et hüpertensiooniravimeid tarvitab kas regulaarselt või vähemalt ajuti praktiliselt niisama palju eakaid, kui paljudel on kõrget vererõhku diagnoositud. Ehmatavalt suur on digoksiini tarvitajate hulk: pidevalt võtab seda iga neljas üle 65aastane Eesti inimene. Samal ajal oli Fishkindi ja kaasautorite andmetel geriaatriaosakonna haigetest (keskmine vanus 81 aastat) digoksiini tarvitajaid vaid 17% [20].

Kokkuvõtlikud soovitused südameprobleemidega eaka inimese käsitlemiseks:

- Kaalu, kas muutused on ealised või haiguslikud.
- Mõtle, kas südamesümptomid on südamehaiguse või mõne muu haiguse/seisundi väljendus (aneemia, kilpnäärmehaigused, ravimite kõrvaltoime jmt).
- Diagnoosimisel ja ravi määramisel eakale haigele lähtu kehtivatest juhistest ning arvesta nendes sisalduvaid täpsustusi ealiste iseärasuste kohta.
- Ravi määramisel kaalu kasu (kas parandab prognoosi, elukvaliteeti) ja kahju (kõrvaltoimete ja intoksikatsiooni oht, materiaalne kulu) vahekorda.
- Multimorbiidisel haigel arvesta ravieelistusi; toimetulekuvõime olulise langusega haigel on esmaseks prioriteediks elukvaliteedi maksimaalne parandamine.

Kirjandus

1. Remes J, Miettinen H, Reunanen A, Pyorala K. Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. *Eur Heart J* 1991;12:315–21.
2. Akosah KO, Moncher K, Schaper A, Havlik P, Devine S. Chronic heart failure in the community: missed diagnosis and missed opportunities. *J Card Fail* 2001;7:232–8.
3. Duggan S, Eccles MP, Steen N, Jones S, Ford GA. Management of older patients with hypertension in primary care: improvement on the rule of halves. *Age Ageing* 2001;30:73–76.
4. McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart* 2000;83:596–602.
5. Ahto M, Isoaho R, Puolijoki H, Laippala P, Romo M, Kivela SL. Prevalence of coronary heart disease, associated manifestations and electrocardiographic findings in elderly Finns. *Age Ageing* 1998;27:729–37.
6. Saks K, Tiit EM, Käärrik E. Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuring 2000. Tartu; 2000.
7. Tresch DD, Alla HR. Diagnosis and management of myocardial ischemia (angina) in the elderly patient. *AJGC* 2001;10:337–44.
8. Ronchetto F, Musso V. Rilievi in elettrocardiogrammi standard di anziani ospedalizzati con diagnosi non cardiaca. [Findings on standard electrocardiograms of elderly in-patients with diagnosis other than cardiac. Abstract in English]. *Recenti Progressi in Medicina* 1998;89:429–33.
9. Fleg JL. Stress testing in the elderly. *AJGC* 2001;10:308–15.
10. Kupari M, Lindroos M, Iivanainen AM, Heikkilä J, Tilvis R. Congestive heart failure in old age: prevalence, mechanisms and 4-year prognosis in the Helsinki Ageing Study. *J Intern Med* 1997;241:387–94.
11. Johansson J, Hellenius ML, Elofsson S, Krakau I. Self-report as a selection instrument in screening for cardiovascular disease risk. *Am J Prev Med* 1999;16:322–4.
12. Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoni-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol Series A* 2000;55(2):M84–9.
13. Swan GE, Carmelli D, Larue A. Systolic blood pressure over 25 to 30 years and cognitive performance in older adults. *Stroke* 1998;29:2334–40.
14. Dewhurst G, Wood DA, Walker F, Lampe FC, Jeffreys M, Cooper M, Williams JD. A population survey of cardiovascular disease in elderly people: design, methods and prevalence results. *Age Ageing* 1991;20:353–60.

15. Keller NM, Feit F. Coronary artery disease in the geriatric population. *Prog Cardiovasc Dis* 1996;38:407–18.
16. Remme WJ, Swedberg K. Comprehensive guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Failure* 2002;4:11–22.
17. Voko Z, Bots ML, Hofman A, Koudstaal PJ, Witteman JCM, Breteler MMB. J-shaped relation between blood pressure and stroke in treated hypertensives. *Hypertension* 1999;34:1181–6.
18. Satish S, Zhang DD, Goodwin JS. Clinical significance of falling blood pressure among older adults. *J Clin Epidemiology* 2001;54:961–7.
19. Tresch DD. Evaluation and management of cardiac arrhythmias in the elderly. *Med Clin NA* 2001;85:527–50.
20. Fishkind D, Paris BEC, Aronov WS. Use of digoxin, diuretics, beta blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and calcium channel blockers in older patients in an academic hospital-based geriatrics practice. *JAGS* 1997;45:809–12.

Summary

Specific features of management of older cardiac patients

Despite generally accepted guidelines for diagnosing and managing of patients with cardiovascular diseases, misdiagnosing and mistreating of older cardiac patients is relatively frequent. This is due to several reasons: lack of evidence based data about the specific features of the course of cardiac diseases and effectiveness of treatment among older population; negative attitude towards elderly persons, which causes prescribing less diagnostic tests and modern effective medicines; also lack of physicians' knowledge of biological aging and

geriatric assessment. Basic principles of diagnosing and treatment of older persons with cardiac complaints and the situation in Estonia are discussed. Coronary heart disease and heart failure are probably overdiagnosed and digoxin is overused among older population in Estonia.

At the same time, almost all hypertensive older persons are taking antihypertensives at least periodically.

kai.saks@kliinikum.ee