

ZDROWIE I JEGO UWARUNKOWANIA

ROZDZIAŁ XVIII

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Department of Gastrointestinal & General Surgery Silesian Piasts'
University of Medicine in Wrocław

KRYSTYNA MARKOCKA-MĄCZKA, KRZYSZTOF GRABOWSKI,
RENATA TABOŁA

Problemy w leczeniu chirurgicznym chorych w starszym wieku

Problems in surgical treatment of elderly patients

Słowa kluczowe: wiek podeszły, leczenie operacyjne, powikłania, śmiertelność

Key words: old age, surgery, complications, mortality

Rozwój nauk technicznych, medycyny, oświaty zdrowotnej i poszerzony dostęp do opieki medycznej znacznie przyczynił się do poprawy jakości życia wielu społeczeństw. Efektem tego jest zdecydowane wydłużenie średniej długości życia. Coraz częściej obserwuje się przedłużanie aktywności zawodowej pozazawodowej przez osoby w starszym wieku. Pomimo, że World Health Organization (WHO) definiuje 60 lat, jako początek starości, to obecnie znacznie częściej granica ta jest przesuwana na 65. rok życia. Decydują o tym raczej przyczyny społeczne i kulturowe, a nie względy biologiczne czy medyczne. Trudno jednoznacznie ustalić, kiedy zaczyna się starość w sytuacji wydłużania się średniej długości życia i obserwowanej coraz częściej aktywności zawodowej i społecznej na wielu frontach życia codziennego. Należy przyjąć, że każdy starzeje się w swoim tempie, zależy to od stylu życia, statusu socjoekonomicznego, garnituru genetycznego, który niewątpliwie wpływa na stan zdrowia. Obecnie żyje coraz więcej ludzi w przedziale wiekowym 65-75 lat, a także zwiększa się liczba osób w przedziale 75-90 lat.

Niezależnie od tempa starzenia się wraz z upływem czasu pojawiają się pewne ograniczenia funkcjonowania, zmniejszają się rezerwy fizjologiczne, coraz trudniej utrzymać homeostazę w sytuacjach rozwijających się schorzeń przewlekłych. Starzeniu towarzyszą zmiany decydujące o czynności całego ustroju. Stan funkcjonalny pacjenta ulega często gwałtownemu pogorszeniu w następstwie banalnej infekcji, stresu emocjonalnego czy sytuacji konieczności zabiegu operacyjnego lub w okresie okołoperacyjnym. W tej sytuacji mówimy o „zespołe słabości” (ang. frailty syndrome) [21]. Jedną z pierwszych i nadal często używaną definicją zespołu słabości jest określenie wprowadzone przez Lindę Fried. Mówi ono, że jest to: „syndrom fizjologiczny, charakteryzujący się zmniejszeniem rezerw i odporności na czynniki stresogenne, wynikający ze skumulowania się obniżonej wydolności różnych układów fizjologicznych, co w konsekwencji prowadzi do podatności na wystąpienie niekorzystnych następstw” [6]. Inna definicja zespołu słabości to: „utrata rezerwy fizjologicznej, połączona z zaburzeniami regulacji endokrynologicznej i dysfunkcją układu immunologicznego [12]. Definicje te podkreślają rolę zmniejszonej rezerwy fizjologicznej, jako podstawowego czynnika rozwoju i manifestacji tego zespołu.

U pacjentów z zespołem słabości pojawia się sarkopenia, czyli utrata masy mięśniowej, niedożywienie, zmniejszenie siły i tolerancji wysiłku, spowolnienie ruchowe, zaburzenia równowagi, zmniejszenie aktywności fizycznej, pogorszenie funkcji poznawczych oraz zwiększona wrażliwość na działanie czynników stresogennych. Zespół słabości u chorych zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego jest istotnym czynnikiem ryzyka [13]. Do tej pory nie opracowano skutecznej metody zapobiegania i leczenia zespołu słabości. Wydaje się, że aktywność fizyczna jest istotnym czynnikiem zapobiegania rozwojowi tego zespołu. Ważne znaczenie ma prawidłowe żywienie pokrywające zapotrzebowanie kaloryczne w walce z osłabieniem. Wczesne wykrywanie ostrych schorzeń, leczenie współistniejących chorób przewlekłych i zapobieganie stosowaniu wielu leków prowadzących do polipragmazji może zapobiec rozwojowi zespołu kruchości. Nieodzowna jest ocena funkcji poznawczych i wsparcie psychospołeczne pacjentów w zaawansowanym wieku [5].

Mimo wielu możliwości i sposobów leczenia farmakologicznego w niektórych przypadkach leczenie operacyjne jest jedyną szansą pozwalającą na wyleczenie chorego bez względu na wiek i jego stan ogólny. Wiąże się to jednak u osób starszych z ryzykiem wystąpienia powikłań, które zagrażają życiu operowanego [14, 15, 16].

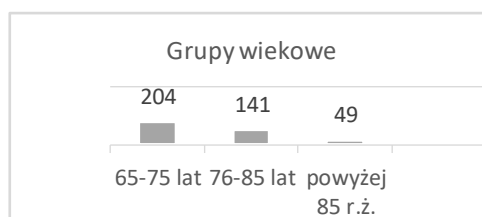
Starzeniu towarzyszą zmiany decydujące o funkcjonowaniu całego ustroju, co sprzyja rozwojowi chorób przewlekłych oraz zwiększa ryzyko wystąpienia ostrych schorzeń. Zmiany miażdżycowe w naczyniach obwodowych powodują wzrost ciśnienia skurczowego i wzrost oporu naczyniowego, co skutkuje osłabieniem siły skurczowej mięśnia sercowego. Zmiany miażdżycowe prowadzą również do obniżenia liczby miocytów, a wzrost kolagenu i elastyny prowadzi do zwłóknienia mięśnia sercowego i zmian w układzie bodźcowo-przewodzącym. Efektem tego są zaburzenia rytmu serca i skurcze dodatkowe [19]. Z wiekiem obniża się również elastyczność mięszu płucnego i zmniejsza pojemność dyfuzyjna płuc. U ludzi starszych kłębuszki nerkowe ulegają stwardnieniu, spada o 50% przepływ krwi przez nerki, a co za tym idzie zmniejsza się filtracja w nerkach. Upośledza to mechanizm

zatrzymywania jonów sodu, wydzielania jonów wodorowych, co w efekcie prowadzi do kwasicy nerkopochodnej i hyponatremii. Z wiekiem człowieka obserwuje się też większą skłonność do infekcji dróg moczowych. Z kolei w wątrobie obserwowany jest spadek liczby hepatocytów wraz ze starzeniem się organizmu. Z wiekiem obserwuje się również zmniejszenie objętości narządów mięsnych takich jak wątroba, śledziona i grasica. Prowadzi to do osłabienia odporności komórkowej, zmniejsza się liczba krążących limfocytów T oraz makrofagów. Upośledzenie sprawności układu immunologicznego jest przyczyną częstszych zakażeń, wywołanych nawet endogenną florą bakteryjną (głównie z dróg oddechowych i układu moczowego). Zmiany w zakresie przewodu pokarmowego u ludzi starszych są przyczyną braku łaknienia, upośledzenia odżywiania i suchości w jamie ustnej [18]. Przewlekłe niedokrwienie jelit z powodu miażdżycy naczyń krwionośnych, spadku minutowego rzutu serca i obniżenie przepływu krwi przez jelita, często nasilone przez działanie leków rozszerzających naczynia przyjmowanych przez pacjenta powoduje wyraźne osłabienie funkcji przewodu pokarmowego. Ostre niedokrwienie jelit u starszych osób może być następstwem zatoru lub zakrzepu naczyniowego, co w konsekwencji prowadzi do konieczności pilnej interwencji chirurgicznej. W takiej sytuacji zachodzi konieczność usunięcia materiału zatorowego, albo częściowej resekcji jelita, niekiedy bardzo rozległej. Pojawiająca się z wiekiem nietolerancja laktozy i upośledzone wchłanianie węglowodanów przez błonę śluzową jelita jest przyczyną wzdęć, biegunki i kolki jelitowej. Wraz ze starzeniem się organizmu u wielu osób zwłaszcza w wieku podeszłym pojawiają się zaburzenia snu i czuwania, dezorientacja, apatia lub pobudzenie. Objawy te zwykle nasilają się u ludzi przeniesionych ze swojego domowego środowiska do szpitala. Do najczęstszych zaburzeń psychicznych występujących u chorych w wieku podeszłym, po zabiegach chirurgicznych należą zaburzenia świadomości i depresja [16, 17]. Zaburzenia świadomości są zespołem objawów psychopatologicznych charakteryzującym się zawężeniem lub zmąceniem świadomości, pogorszeniem skupiania uwagi oraz towarzyszącymi zaburzeniami pamięci, zachowania i rytmów biologicznych. Częstość występowania zaburzeń świadomości wynosi około 20% u chorych hospitalizowanych w oddziałach ogólnych i u około 83% w oddziałach intensywnej opieki [16]. Każdy rodzaj zabiegu operacyjnego może być odpowiedzialny za wystąpienie zaburzeń świadomości [17]. Zaburzenia świadomości są zespołem uwarunkowanym wieloczynnikowo. Do czynników ryzyka należą: płeć męska, wcześniej występujące otępienie, nadużywanie alkoholu, zły stan odżywienia, zaburzenia wzroku i słuchu, niedotlenienie, odwodnienie, pooperacyjne zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia snu, a nawet obecność cewnika w drogach moczowych. Odległe skutki pooperacyjnych zaburzeń świadomości to dłuższa hospitalizacja chorego, większe trudności w leczeniu i rehabilitacji, gorsze rokowanie i zwiększenie śmiertelności [16]. Depresja w przeciwieństwie do zaburzeń świadomości jest dekompenacją stanu emocjonalnego pacjenta.

Celem pracy jest analiza interwencji chirurgicznych u chorych w wieku od 65. roku życia leczonych w Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w okresie od 01.01.2016 do 31.12.2016 roku.

MATERIAŁ I METODY

W ciągu całego roku 2016 leczono w klinice 938 chorych w tym 394 chorych powyżej 64. roku życia, co stanowi 42% wszystkich pacjentów. Analizowaną grupę podzielono na 3 podgrupy wiekowe. W przedziale 65-75 lat (grupa I) było 204 chorych, w wieku 76 do 85 lat (grupa II) – 141 chorych i powyżej 85 roku życia (grupa III) - 49 osób. Do leczenia w trybie planowym przyjęto 277 osób (118 kobiet i 159 mężczyzn), pozostałych 117 chorych (65 kobiet i 52 mężczyzn) przyjęto ze wskazań pilnych.



Ryc. 1. Grupy wiekowe analizowanych chorych

WYNIKI

Grupa I, czyli pacjenci w wieku w przedziale wiekowym 65 do 75, to 204 osoby (85 kobiet, 119 mężczyzn). Średnia wieku wynosiła $68,86 \pm 3,25$ lat. W trybie planowym leczono 166 osób. Do leczenia operacyjnego zakwalifikowano 78. chorych, zabiegi endoskopowe wykonano u 79. pacjentów, pozostałych 9 osób było leczonych zachowawczo.

Rodzaje wykonanych operacji zestawiono w tabeli I.

Tab. I. Rodzaj wykonanych operacji w grupie I w trybie planowym

rodzaj operacji	liczba pacjentów
plastyka przepukliny brzusznej	22
wycięcie pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy	9
założenie żołądkowej przetoki odżywczej z powodu nieoperacyjnego raka przełyku	8
wycięcie tarczycy z powodu wola guzowatego	8
resekcja jelita grubego z powodu raka	6
pobranie diagnostyczne węzłów chłonnych	6
wycięcie przełyku z powodu raka	4
operacja przepukliny przeponowej	3
wycięcie żyłaków odbytu	3
wycięcie łagodnego guzka piersi	3
całkowite wycięcie żołądka z powodu raka	2
operacja kurczu wpustu	2
poszerzone wycięcie pęcherzyka żółciowego z powodu raka	2
razem	78

W tabeli II zestawiono wykonane procedury endoskopowe.

Tabl. II. Procedury endoskopowe wykonane w grupie I

rodzaj procedury endoskopowej	liczba pacjentów
udrożnienie zwężenia przełyku na tle raka przy pomocy argonowej koagulacji plazmowej	39
mechaniczne poszerzenie łagodnego zwężenia przełyku	29
poszerzanie pneumatyczne balonem z powodu kurczu wpustu	4
wycięcie polipów jelita grubego	3
założenie protezy przełykowej z powodu przetoki przełykowo-oskrzelowej	2
wycięcie polipów żołądka	2
razem	79

Wśród pacjentów leczonych zachowawczo było 2 chorych z powodu przewlekłego zapalenia trzustki oraz 7 osób, u których w trakcie pobytu szpitalnego wykonywano kontrolne badania po przebytych wcześniej zabiegach operacyjnych.

Powikłania - zmarło 2 pacjentów po endoskopowym założeniu protezy przełykowej z powodu przetoki przełykowo-oskrzelowej spowodowanej zaawansowanym rakiem przełyku, a u 1 osoby wystąpiło zapalenie płuc w przebiegu pooperacyjnym po częściowej resekcji jelita grubego z powodu raka – leczone typowo z dobrym efektem.

W grupie I w trybie pilnym przyjęto do leczenia 38 chorych (15 kobiet i 23 mężczyzn). U 13 pacjentów konieczny był zabieg operacyjny, pozostałych leczono endoskopowo lub zachowawczo. Rodzaje interwencji chirurgicznych zestawiono w tabeli III.

Tab. III. Rodzaj wykonanych operacji w grupie I w trybie pilnym

rodzaj zabiegu operacyjnego	liczba chorych
wycięcie wyrostka robaczkowego	4
odbarczenie ostrej niedrożności jelita grubego spowodowanej nowotworem	3
wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
operacja uwięźniętej przepukliny brzusznej	2
uwolnienie zrostów będących przyczyną niedrożności	1
amputacja udowa kończyny dolnej z powodu martwicy	1
razem	13

Powikłania – w przebiegu pooperacyjnym zmarło dwóch pacjentów – jeden wskutek rozsianego procesu nowotworowego po operacji niedrożności jelit i jeden po amputacji kończyny wskutek powikłań septycznych.

Zachowawczo z powodzeniem leczono 13. chorych z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego (w 9 przypadkach było to krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego, a w 4 – z dolnego odcinka). Również zachowawczo le-

czono trzech pacjentów z powodu ostrego zapalenia trzustki, z tym, że u dwóch osób wykonano endoskopowe nacięcie brodawki dwunastnicy i ewakuację konkretów z przewodu żółciowego wspólnego. Ten sam zabieg wykonano u jednego pacjenta z ostrym ropnym zapaleniem dróg żółciowych. W 2 przypadkach odprowadzono uwięźniętą przepuklinę i odstąpiono od operacji w trybie pilnym. Kolejnych trzech chorych leczono zachowawczo z powodu zapalenia uchyłków esicy. Pozostałe 3 osoby przyjęte z powodu bólów brzucha, po krótkotrwałej obserwacji klinicznej i wykluczeniu ostrego schorzenia wypisano do dalszej diagnostyki ambulatoryjnej.

Chorzy w wieku między 65. i 75. rokiem życia hospitalizowani z powodu schorzeń chirurgicznych cierpieli również na szereg przewlekłych schorzeń, które zestawiono w tabeli IV.

Tab. IV. Schorzenia towarzyszące u pacjentów w grupie I

schorzenie towarzyszące	liczba chorych przyjętych w trybie:	
	planowym	pilnym
nadciśnienie tętnicze	20	6
cukrzyca	7	4
choroba niedokrwienna serca	5	3
POChP	5	3
przewlekła białaczka	2	1
migotanie przedsionków	3	1
tętniak aorty brzusznej	1	1
marskość wątroby	1	1
niewydolność krążeniowa		2
przewlekła niewydolność nerek		1
zakrzepica żył kończyn dolnych		1
gruźlica	1	

Grupa II. Pacjentów w wieku między 76. a 85. rokiem leczonych w klinice życia było 141 – 71 kobiet i 70 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła $80,07 \pm 3,63$ lat. Do leczenia planowego przyjęto 92 osoby (44 kobiety i 48 mężczyzn), natomiast w trybie pilnym – 49 chorych (27 kobiet i 22 mężczyzn).

Operacyjnie leczono 32 osoby, rodzaje zabiegów operacyjnych zestawiono w tabeli V.

Tab. IV. Rodzaj wykonanych operacji w grupie II w trybie planowym

rodzaj operacji	liczba pacjentów
plastyka przepukliny brzusznej	14
wycięcie tarczycy	5
resekcja jelita grubego	3
wycięcie pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy	2
wycięcie żyłaków kończyn dolnych	2

rodzaj operacji	liczba pacjentów
pobranie węzłów do badania histopatologicznego	2
operacja uchyłka przełyku typu Zenkera	1
operacja przepukliny rozworu przełykowego	1
poszerzone wycięcie pęcherzyka żółciowego z powodu raka	1
całkowita resekcja żołądka z powodu raka	1
razem	32

Zabiegi endoskopowe przeprowadzono u 58. pacjentów. Rodzaje procedur zestawiono w tabeli VI.

Tab. VI. Procedury endoskopowe wykonane w grupie II

rodzaj procedury	liczba pacjentów
udrożnienie argonową koagulacją plazmową przełyku lub wpustu z powodu nieoperacyjnego nowotworu	43
mechaniczne poszerzenie łagodnego zwężenia przełyku	7
usunięcie polipów z jelita grubego	4
poszerzenie wpustu w przebiegu kurczu wpustu	2
usunięcie polipów z żołądka	1
założenie żołądkowej przetoki odżywczej	1
razem	58

Zachowawczo leczono dwie osoby z powodu przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego na tle kamicy i zakwalifikowano je do leczenia operacyjnego w trybie odroczonym.

Wśród pacjentów grupy II do leczenia w trybie pilnym przyjęto 49 osób (27 kobiet i 22 mężczyzn). Operowano 21 osób, leczono zachowawczo 24. chorych, a interwencje endoskopowe wykonano u 4. chorych.

Endoskopowo interweniowano u 4 pacjentów wykonując endoskopowe udrożnienie zwężenia powodujące całkowitą dysfagię (w dwóch przypadkach na tle zaawansowanego nowotworu i w dwóch – wskutek bliznowego zwężenia przełyku).

Rodzaje przeprowadzonych zabiegów operacyjnych zestawiono w tabeli VII.

Tab. VII. Rodzaj wykonanych operacji w grupie II w trybie pilnym

rodzaj operacji	liczba pacjentów
uwolnienie zrostów powodujących niedrożność jelit	5
odbarczenie ostrej niedrożności jelita grubego spowodowanej nowotworem	5
amputacja kończyny dolnej z powodu martwicy	4
wycięcie pęcherzyka żółciowego	3

rodzaj operacji	liczba pacjentów
operacja uwięźniętej przepukliny brzusznej	2
resekcja jelita cienkiego z powodu martwicy na tle zakrzepicy	1
zeszycie perforacji wrzodu dwunastnicy	1
razem	21

Zachowawczo leczono 17 pacjentów z krwawieniem z przewodu pokarmowego uzyskując opanowanie krwawienia u 16 osób. Ponadto leczono zachowawczo 5 osób z powodu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego uzyskując wycofanie się ostrych dolegliwości. Dwóch pacjentów przyjętych z powodu bólów brzucha po wykluczeniu ostrego chorzenia i ustąpieniu dolegliwości wypisano do domu.

Powikłania – w okresie pooperacyjnym zmarło dwóch chorych – jeden po operacji uwięźniętej przepukliny z martwicą jelita, a drugi po amputacji kończyny dolnej z powodu martwicy i stanu septycznego. Bezpośrednio po operacji u trzech pacjentów wystąpiła ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa i zostali przekazani do dalszego leczenia do oddziału intensywnej terapii. U jednego pacjenta po endoskopowym udrożnieniu nowotworowego zwężenia przełyku zaostrzyła się przewlekła niewydolność oddechowo-krążeniowa i został przekazany do dalszego leczenia do oddziału chorób wewnętrznych. Wśród chorych leczonych zachowawczo zmarł 83-letni mężczyzna z powodu masywnego krwotoku do górnego odcinka przewodu pokarmowego obciążony cukrzycą i niewydolnością serca po przebytym zawale.

U wielu chorych w analizowanej grupie występowały towarzyszące schorzenia przewlekłe – zestawiono je w tabeli VIII.

Tabl. VIII. Schorzenia towarzyszące u pacjentów w grupie II

rodzaj schorzenia	liczba chorych przyjętych w trybie:	
	planowym	pilnym
nadciśnienie tętnicze	10	8
POChP	6	5
migotanie przedsionków	5	7
cukrzyca	5	5
astma oskrzelowa	4	3
stan po udarze niedokrwiennym mózgu	3	4
choroba niedokrwienna serca	3	8
zespół psychoorganiczny	2	2
choroba Parkinsona		3
przewlekła niewydolność nerek		3
tętniak aorty		3

Grupę III stanowiło 49 chorych powyżej 85. roku życia (37 kobiet i 12 mężczyzn). Najstarszy pacjent miał 92 lata, średnia wieku wynosiła 87,38 ±3,74 lat. Do leczenia planowego przyjęto 19 pacjentów (14 kobiet i 5 mężczyzn), natomiast w trybie pilnym – 30 osób (23 kobiety i 7 mężczyzn).

W trybie planowym operowano 6 pacjentów. Rodzaje wykonanych zabiegów zestawiono w tabeli IX.

Tab. IX. Rodzaj wykonanych operacji w grupie III w trybie planowym

rodzaj operacji	liczba chorych
wycięcie pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy	2
resekcja jelita grubego z powodu nowotworu	2
plastyka przepukliny pachwinowej	2
razem	6

U 13 pacjentów zastosowano postępowanie endoskopowe – w 11. przypadkach wykonano udrożnienie zwężenia przełyku z powodu nieoperacyjnego raka, a u 2 osób z powodu bliznowego zwężenia przełyku o charakterze zapalnym.

Powikłania – u pacjentów leczonych endoskopowo nie obserwowano powikłań, natomiast po leczeniu operacyjnym wystąpiło u 1 osoby zapalenie płuc wymagające leczenia w oddziale intensywnej terapii.

Do leczenia operacyjnego w trybie pilnym zakwalifikowano 12 pacjentów. Rodzaje zabiegów operacyjnych zestawiono w tabeli X.

Tab. X. Rodzaj wykonanych operacji w grupie III w trybie pilnym

rodzaj operacji	liczba chorych
wycięcie wyrostka robaczkowego	4
wycięcie pęcherzyka żółciowego z powodu ostrego zapalenia	3
operacja uwięźniętej przepukliny brzusznej	2
odbarczenie ostrej niedrożności jelita grubego spowodowanej nowotworem	2
uwolnienie zrostów powodujących ostrą niedrożność jelit	1
razem	12

Zachowawczo leczono 15. chorych. U 8. osób z objawami krwawienia z przewodu pokarmowego uzyskano zahamowanie krwawienia po leczeniu zachowawczym – źródło krwawienia u pięciu znajdowało się w górnym odcinku przewodu pokarmowego, natomiast u trzech w jelicie grubym. Leczenie zachowawcze wdrożono również u trzech pacjentów z zapaleniem uchyłków jelita grubego i u jednego z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. W przypadku trzech chorych przyjętych z powodu bólów brzucha wykluczono ostre schorzenie jamy brzusznej wymagające interwencji chirurgicznej. Postępowanie endoskopowe wdrożono u jednego chorego z nowotworową całkowitą niedrożnością przełyku i u dwóch pacjentów z nieoperacyjnym rakiem pęcherzyka żółciowego wykonano protezowanie przewodu żółciowego wspólnego.

Schorzenia przewlekłe występujące u pacjentów w tej grupie, oprócz schorzenia podstawowego, które było wskazaniem do hospitalizacji zestawiono w tabeli XI.

Tab. XI. Schorzenia towarzyszące u pacjentów w grupie III

rodzaj schorzenia	liczba chorych przyjętych w trybie:	
	planowym	pilnym
nadciśnienie tętnicze	3	9
POChP		6
migotanie przedsionków	2	11
cukrzyca	1	4
stan po udarze niedokrwiennym mózgu		4
choroba niedokrwienna serca		5
zespół psychoorganiczny		2
przewlekła niewydolność nerek		9
przewlekła niewydolność krążenia		2

Powikłania – w grupie III zmarło 3. pacjentów, U 2 przyczyną była ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa, a jednym przypadku rozsiew procesu nowotworowego. W okresie pooperacyjnym 5. chorych wymagało leczenia w oddziale intensywnej terapii ze względu na niewydolność krążeniowo-oddechową, z których dwoje zmarło na tym oddziale.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Proces starzenia się oznacza stopniowe zmniejszanie się rezerwy czynnościowej narządów, co powoduje zaburzenia równowagi wewnątrzustrojowej szczególnie w sytuacji choroby i konieczności pobytu w szpitalu, tymczasem od szeregu lat zaznacza się tendencja wzrostu liczby osób w starszym wieku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości uznaje 60. rok życia, jednak coraz częściej w piśmiennictwie granica starości jest stawiana na 65. roku życia [4, 11] i zgodnie z tą tendencją analizę własnego materiału przeprowadzono u chorych poczynając od 65. roku życia.

Grupa 394 pacjentów w zaawansowanym wieku stanowiła 42% wszystkich chorych leczonych w analizowanym roku. Powikłania śmiertelne w całej badanej grupie wystąpiły u 3,3% chorych. Leczeniu operacyjnemu poddano 162. osoby (41,2%), w tym w trybie planowym 116., a w trybie pilnym 46. pacjentów. Żaden z chorych operowanych planowo nie zmarł, natomiast śmiertelność wśród pacjentów wymagających operacji w trybie pilnym wynosiła 21,7%. Jest to odsetek wysoki, ale znacznie niższy niż w zestawieniu za lata 1997-2002 [4]. Bez względu na wiek pacjenta leczenie operacyjne niesie za sobą pewien stopień ryzyka, oczywiście różny w zależności od rodzaju i rozległości zabiegu. Chorzy zakwalifikowani do leczenia operacyjnego w trybie planowym są wcześniej starannie przebadani i przygotowani do operacji zarówno w sensie somatycznym jak i psychicznym. Nie ma takiej możliwości przy ostrych schorzeniach wymagających interwencji w trybie pilnym, czyli w ciągu najbliższych godzin. W dodatku u wielu starszych pacjentów obraz kliniczny schorzeń przebiegających nawet z zapaleniem otrzewnej jest często znacznie słabiej wyrażony niż u ludzi młodych, co powoduje późniejsze zgłoszenie się do szpitala,

często już z ciężkimi powikłaniami [7, 20]. Osoby w podeszłym wieku zwykle później zgłaszają dolegliwości w czasie trwania choroby. Wynika to z tego, że starsi pacjenci mogą odkładać szukanie pomocy ze względu na strach przed szpitalem lub śmiercią, w obawie przed utratą samodzielności lub z powodu braku współmałżonka lub opiekuna. Osobną przyczyną są często mniej wyrażone lub nasilone objawy toczącej się choroby. Zapalenie otrzewnej u chorych w podeszłym wieku może mieć nietypowy lub skąpoobjawowy przebieg. Charakterystyczne objawy dla zapalenia otrzewnej takie jak obrona mięśniowa i ból, mogą być słabo zaznaczone ze względu na zanik mięśni brzucha przy jednoczesnym nadmiarze tkanki tłuszczowej. Rzadziej obserwuje się zwykłą temperaturę ciała, leukocytozę, a możliwa jest nawet leukopenia w wyniku osłabionych mechanizmów odpornościowych. Nie zawsze występuje przyspieszenie tętna, które zwykle towarzyszy zapaleniu otrzewnej. Jest to związane z istnieniem dobrej kompensacji oligowolemii oraz zaburzeń akcji serca. Miażdżycy sprzyja szybszemu rozwojowi niedokrwienia i martwicy w obrębie jelit. Często u osób starszych jedynym objawem zapalenia otrzewnej jest niewielki ból w jamie brzusznej lub zatrzymanie stolca i gazów. Znacznie częściej niż u pacjentów młodych pojawiają się powikłania miejscowe i ogólne. Do przyczyn pogarszających stan ogólny chorego w starszym wieku z zapaleniem otrzewnej należy dodać oprócz miażdżycy i osłabionych czynności umysłowych, występowanie chorób metabolicznych, zwłaszcza cukrzycy. Z wielochorobowością u ludzi starszych idzie w parze wielolekowość, co tworzy tzw. spiralę chorób i terapii, w której zwiększająca się liczba schorzeń wymusza stosowanie coraz większej liczby leków, a to z kolei prowadzi do różnego rodzaju objawów ubocznych wynikających z działania leków [2, 9].

Najczęstszą przyczyną operacji pilnych i zarazem obarczonych największą śmiertelnością była ostra niedrożność przewodu pokarmowego. Jest to schorzenie przebiegające z dużymi zaburzeniami wodno-elektrolitowymi, a w razie martwicy pętli jelitowych dodatkowo z objawami septycznymi i co szybko u ludzi starszych powoduje dekompensację układu krążenia oraz sprzyja rozwojowi powikłań płucnych.

Leczenie zachowawcze zastosowano u 72. pacjentów (18,2%), w tym u 11 osób przyjętych planowo i u 61 chorych przyjętych w trybie pilnym. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pilnej były krwawienia do przewodu pokarmowego. Wśród tych chorych zmarł jeden 83-letni mężczyzna przyjęty do szpitala w nieodwracalnym wstrząsie krwotocznym obciążony cukrzycą i niewydolnością krążenia. Wśród osób leczonych zachowawczo stanowi to 1,4%. U blisko 50% chorych bezpośrednią przyczyną wystąpienia krwawienia było przedawkowanie antykoagulantów.

W analizowanym roku wystąpił zdecydowany wzrost liczby pacjentów, u których tradycyjne leczenie operacyjne zastąpiono postępowaniem endoskopowym. Procedury endoskopowe zamiast leczenia chirurgicznego, zastosowano u 160 chorych co stanowi 40,6% ogółu leczonych osób po 64. roku życia. W większości przypadków były to zabiegi wykonywane w trybie planowym (93,7%). Przeprowadzane było najczęściej udrażnianie nowotworowego zwężenia przełyku umożliwiające doustne odżywianie pacjentom z zaawansowanymi nowotworami przełyku lub wpu-stu (58,1%). Operacyjną alternatywą byłoby założenie żołądkowej lub jelitowej

przetoki odżywczej, czyli znacznie mniej komfortowego sposobu odżywiania, a także zastosowanie metody niezapewniającej spływu śliny, co powoduje ryzyko powikłań płucnych. Po założeniu samorozprężalnej protezy do przełyku zmarło dwóch chorych (1,2%). Przyczyną zgonu nie były jednak miejscowe powikłania po zabiegu, ale postępujące wyniszczenie nowotworowe i niewydolność krążeniowo-oddechowa. W przypadku 7 pacjentów usunięto endoskopowo polipy z żołądka (3) i z jelita grubego (4). Endoskopowe usunięcie łagodnych polipów z przewodu pokarmowego stanowi znacznie mniejsze ryzyko niż klasyczna operacja i jest dobrze tolerowane nawet przez starszych chorych [7, 8]. Podobnie z powodu znacznego ryzyka operacyjnego u 6 pacjentów cierpiących z powodu kurczu wpustu wykonano poszerzenie wpustu balonem pneumatycznym.

Stan pacjentów w wieku starszym trafiających do szpitala w czasie ostrego dyżuru chirurgicznego jest zwykle ciężki, co powoduje nie tylko schorzenie chirurgiczne, ale i towarzyszące schorzenia przewlekłe [1]. Pacjenci w analizowanej grupie wiekowej powyżej 64. roku życia cierpieli na szereg przewlekłych schorzeń rozpoznanych i leczonych wcześniej. Najczęściej było to nadciśnienie tętnicze – u 14,2% chorych, migotanie przedsionków – u 7,4%, cukrzyca – u 6,6%, choroba niedokrwienna serca – 6,1% i przewlekła obturacyjna choroba płucna – u 5,1%. Należy również podkreślić, że u wielu chorych występowało więcej niż jedno schorzenie przewlekłe.

Wobec dobrych wyników leczenia operacyjnego w trybie planowym wydaje się, że należy sugerować również i osobom starszym planowe operacje z powodu takich schorzeń jak przepukliny brzuszne czy kamica żółciowa zanim wystąpią powikłania wymagające interwencji w trybie pilnym, oczywiście po przeanalizowaniu ryzyka związanego ze stanem ogólnym pacjenta.

Postępujące systematycznie wydłużanie wieku ludzi i starzenie się populacji stawia obecnie lekarzom znacznie większe wyzwania, a szczególnie dotyczy to dyscyplin zabiegowych. Skłania to również do ściślejszej współpracy chirurgów z lekarzami innych dyscyplin, a szczególnie z zakresu intensywnej terapii, dzięki którym u części leczonych operacyjnie chorych było możliwe opanowanie groźnych powikłań. Niezmiernie istotnym elementem leczenia pooperacyjnego szczególnie w wieku starszym jest całodobowe i dokładne monitorowanie parametrów życiowych oraz szybkie reagowanie na wszelkie odchylenia od normy [7]. Niemniej istotną rolę odgrywa staranna i dobrze sprawowana opieka pielęgniarska oraz rehabilitacja, zarówno ruchowa jak i psychologiczna oraz profilaktyka przeciwzakrzepowa [3, 10].

WNIOSKI

1. Wiek tylko w nieznacznym stopniu wpływa na ryzyko powikłań i zgonów chorych leczonych chirurgicznie.
2. Choroby współistniejące i konieczność operacji w trybie pilnym mają istotne znaczenie w leczeniu chorych w starszym wieku.

3. Wdrożenie postępowania endoskopowego w miejsce tradycyjnego leczenia operacyjnego znacznie poprawiło wyniki leczenia chorych w podeszłym i sędziwym wieku.

PIŚMIENNICTWO

1. Bielecki K, Kaniewska A. Nienowotworowe choroby chirurgiczne jamy brzusznej. *Pol. Przegl. Chir.* 2005, 77(6), 630-640
2. Bielecki K, Kaniewska A. Wiek jako czynnik ryzyka leczenia chirurgicznego chorych w podeszłym wieku. *Post. Nauk. Med.* 2008, 11, 708-711
3. Cebulska V, Koźlak V. Specyfika i odrębności sprawowania przed- i pooperacyjnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym. *Probl. Pielęg.* 2009, 17(3), 184-189
4. Czapla L i wsp. Wyniki leczenia operacyjnego chorych po 80. roku życia. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2004, 13(2), 285-289
5. Dasgupta M et al. Frailty is associated with postoperative complications in older adults with medical problems. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2009, 48:910, 78-83
6. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: *Principles Medicine and Gerontology*, Hazzard W. et al. (Eds), McGraw-Hill Professional 2003, 1487-1502
7. Grabowski K i wsp. Czy istnieją różnice w postępowaniu z pacjentem chirurgicznym w starszym wieku? *Psychogeriatrya Polska* 2013, 10(3), 109-114
8. Kirchgatterer A et al. Colonoscopy and sigmoidoscopy in patients aged eighty years or older. *Z. Gastroenterol.* 2002, 40(12), 951-956
9. Klukowski M. Przyczyny ostrego bólu brzucha u chorych w podeszłym wieku. *Post. Nauk. Med.* 2008, 11, 722-725
10. Kołłątaj KH. Rehabilitacja przed- i okołoperacyjna chorych w podeszłym wieku – rehabilitacja psychologiczna. *Post. Nauk. Med.* 2008, 12, 811-817
11. Kot A i wsp. Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u pacjentów geriatrycznych – przegląd piśmiennictwa. *Pol. Przegl. Chir.* 2016, 88(3), 238-248
12. Leng SX et al. Serum levels of insulin-like growth factor-1 (IGF-1) and dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S), and their relationships with serum interleukin-6, in the geriatric syndrome of frailty. *Aging. Clin. Exp. Res.* 2004, 16(2), 153-157
13. Makary MA et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. *J. Am. Coll. Surg.* 2010, 210(6), 901-908
14. Michalik E. Przedoperacyjna ocena postępowania okołoperacyjnie u chorych w wieku podeszłym. *Post. Nauk. Med.* 2008, 11, 712-721
15. Neavy WD et al. Identifying high-risk patients undergoing urgent and emergency surgery. *Ann. R. Col. Surg. Engl.* 2006, 88(2), 151-156

16. Parnowski T. Zaburzenia psychiczne u chorych w wieku podeszłym leczonych chirurgicznie. Post. Nauk Med. 2008, 11, 753-759
17. Popp J, Arlt S. Prevention and treatment options for postoperative delirium in the elderly. Curr. Opin. Psychiatry 2012, 25(6), 515-521
18. Richardson JD et al. Perioperative risk assessment in elderly and high-risk patients. J. Am. Coll. Surg. 2014, 199(1), 133-146
19. Sens N et al. Preoperative cardiac-risk assessment for non-cardiac surgery: The French RICARDO survey. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2013, 32(10), 676-683
20. Zbierska K i wsp. Różnice w przebiegu klinicznym ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u osób starszych w porównaniu do młodszych pacjentów. Pol. Przegl. Chir. 2016, 88(3), 249-257
21. Życzkowska J, Grądalski T. Zespół słabości (*frailty*) – co powinien o nim wiedzieć onkolog? Onkol. Prak. Klin. 2010, 6(2), 79-84

STRESZCZENIE

Proces starzenia się oznacza zmniejszanie się rezerwy czynnościowej narządów, co powoduje znaczne zagrożenie w sytuacji choroby, a szczególnie konieczności leczenia operacyjnego. Celem pracy jest analiza przyczyn, przebiegu i wyników leczenia chirurgicznego pacjentów w wieku starszym leczonych w klinice w 2016 roku. Grupę badaną stanowiło 394. pacjentów (193 kobiety i 201 mężczyzn) w wieku powyżej 64. roku życia. Analizę przeprowadzono na podstawie dokumentacji medycznej. Badanych podzielono na 3 podgrupy wiekowe. W trybie planowym leczono łącznie 277. chorych (70,3%), pozostałych pacjentów przyjęto i wdrożono leczenie w trybie pilnym. Najczęstszym powodem leczenia operacyjnego w trybie planowym były przepukliny brzuszne, natomiast w trybie pilnym ostrą niedrożność jelit. Operowano 162. osoby, zabiegi endoskopowe przeprowadzono u 160. pacjentów, a pozostałych 72. leczono zachowawczo. Najczęstszymi towarzyszącymi schorzeniami przewlekłymi były nadciśnienie tętnicze, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca i choroba niedokrwienna serca. Powikłania śmiertelne w całej badanej grupie wystąpiły u 3,3% chorych. Po operacjach w trybie planowym nie było zgonu, natomiast wśród chorych operowanych w trybie pilnym zmarło 21,7%. Sam zaawansowany wiek pacjenta nie stanowi przeciwwskazania do leczenia operacyjnego, zdecydowanie większy wpływ na możliwość wystąpienia ciężkich powikłań zagrażających życiu mają towarzyszące przewlekłe schorzenia oraz choroby, które stanowią bezwzględne wskazania do operacji w trybie pilnym. Możliwość wdrożenia postępowania endoskopowego zamiast tradycyjnego leczenia chirurgicznego znacznie poprawia wyniki leczenia u ludzi w wieku podeszłym.

ABSTRACT

Aging process leads to decreasing functional reserve of the organs what causes a significant risk in case of a disease, in particular if it concerns surgery. The aim of the paper is to analyze reasons, a course and results of surgical treatment of elderly

patients treated in the Department of Gastrointestinal and General Surgery in 2016. The study group consisted of 394 patients (193 female and 201 male) older than 64 years. Analysis was based on patients' medical documentation. The examined patients were divided into 3 groups. There were 277 scheduled patients (70,3%). The remaining patients were treated urgently. The most common reason for scheduled surgery was abdominal hernia while the most common urgent operation was for ileus. 162 patients underwent surgery, in 160 patients endoscopic interventions were performed, 72 patients were treated conservatively. The most common concomitant diseases were: hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and ischemic heart disease. Mortal complications occurred in 7,4% patients. There was no death after scheduled surgery. Among patients who underwent urgent surgery, mortal complications occurred in 21,7% patients. The only advanced age of a patient is not a contraindication for surgical treatment. So called concomitant diseases and the disease that is absolute indication for urgent surgical intervention have much bigger influence on occurrence of severe, life-threatening complications. Possibility of endoscopic intervention in place of classic surgery significantly improves results of treatment in elderly.

Artykuł zawiera 34903 znaki ze spacjami