

Komentarz

dr hab. n. med. Ewa Kucewicz
Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii ŚUM w Zabrze



Z wielką radością odnotowuję fakt pojawienia się w naszym czasopiśmie pozycji, w której przedmiotem badań są pacjenci w podeszłym wieku. Reprezentacja tej grupy chorych w badaniach klinicznych jest na całym świecie ograniczona z powodu schorzeń dodatkowych, które mogą mieć wpływ na wyniki końcowe, trudności w wypełnianiu ankiet ze względu na zaburzenia poznawcze, generowanie wyższych kosztów itd.

Zaawansowany wiek nie jest przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego, ale z pewnością trzeba wiedzieć, kiedy powiedzieć nie. Amerykanie w odniesieniu do tej

grupy chorych stworzyli pojęcie *frailty*, co oznacza wątłość, kruchość, słabość i jest dowodem na zanik mięśni i skrajne ograniczenie rezerw fizjologicznych. Ocena w tym zakresie jest prosta (siła uścisku dłoni po stronie dominującej, samoocena – wyczerpanie; poruszanie się w zwolnionym tempie; niezamierzony ubytek masy ciała; istotne ograniczenie aktywności fizycznej). Koncepcja **kruchości** jest zasadna, ponieważ wiek chronologiczny i biologiczny mogą się zasadniczo różnić. Stworzono wiele definicji klasyfikujących seniorów w zależności od wieku chronologicznego. Skala wyróżniająca 3 kategorie jest w moim pojęciu, z punktu widzenia klinicysty, najtrafniejsza (młodzi 65–74 lata; zaawansowani 75–84 lata; najstarsi > 85. r.ż.). Chcę podkreślić, że niezwykle istotnym elementem postępowania w tej

grupie chorych jest kwalifikacja do leczenia operacyjnego (restrykcyjne przeciwwskazanie – np. FEV1 < 60%; przewlekła terapia sterydowa). Wydaje się, że powinna ona mieć charakter interdyscyplinarny. Widzę w tym miejscu ważną rolę doradcą anestezjologa, który ma kontakt z pacjentem na wszystkich etapach leczenia (przed operacją, w jej trakcie i po niej).

Znieczulenie jest istotnym elementem zabiegu operacyjnego. Jest to okres generowania powikłań, których konsekwencje mają wpływ na wyniki leczenia. Do najczęstszych należą niewydolność oddechowa, powikłania neurologiczne (zespoły majaczeniowe, udary) i infekcje. Gratuluję Autorom pracy wyboru śródoperacyjnego monitorowania hemodynamicznego i stosowania leków krótko działających w celu szybkiej ekstubacji. Inwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego i rejestracja rzutu serca jest warunkiem zachowania homeostazy ustroju, co procentuje w okresie pooperacyjnym i można krótko określić jako niepowikłany przebieg.

Na podstawie doświadczeń naszych kolegów chirurgów wiemy, że dobór operatora do rodzaju wykonywanego zabiegu ma niebagatelny wpływ na wyniki leczenia. Korzystając z tej ważnej informacji i adaptując ją do naszej specjalności, uważam, że znieczulenie u chorych w podeszłym wieku powinni prowadzić anestezjolodzy z największym doświadczeniem. Wszystkie parametry hemodynamiczne należy utrzymywać na poziomie założonym przed znieczuleniem. Ważna jest znajomość procedury w celu przewidywania i reagowania z wyprzedzeniem na ewentualną destabilizację układu krążenia. Działania korygujące skutkują wolniej niż u młodych pacjentów, odpowiedź na anestetyki jest opóźniona, znacznie silniej wyrażona. Anestezjologowi towarzyszy ogromny stres. Pozwolę sobie tutaj na dygresję dotyczącą koncepcji powstania podspecjalności w naszej dyscyplinie – anestezji geriatrycznej. Osobiście jestem za, niestety tego typu dyskusja omija dotychczas nasz kraj.

We współczesnym świecie istotnym elementem leczenia staje się analiza kosztów. Przedłużony czas pobytu na oddziałach pooperacyjnych, wybudzeniowych ogranicza liczbę wykonywanych operacji, a więc dochód. Czas ho-

spitalizacji ma także wpływ na bilans finansowy szpitala. Mam nadzieję, że Autorzy recenzowanej pracy pokuszą się o kontynuację badań w celu oceny powikłań w okresie pooperacyjnym. Uważam, że jest to niezwykle ważny aspekt analizy, ponieważ częstość występowania infekcji układu oddechowego jest w tej grupie wysoka ze względu na podwyższone ryzyko aspiracji, ograniczoną higienę jamy ustnej (kolonizacja potencjalnymi patogenami), osłabienie siły mięśniowej. Badania kliniczne dowodzą, że przedłużona wentylacja mechaniczna płuc u pacjentów geriatrycznych jest związana ze złym rokowaniem. Kolejnym ważnym elementem opieki pooperacyjnej jest leczenie bólu. Klinika, z której pochodzą Autorzy, ma wspaniałą tradycję w tej dziedzinie i bardzo chciałabym skorzystać z ich doświadczenia w aspekcie seniorów. W jednej sprawie nie ma wątpliwości, należy ograniczać dożylną dawkę opioidów. Kolejnym problemem, który istotnie wydłuża czas hospitalizacji i kreuje inne powikłania, jest zespół majaczeniowy. U seniorów obserwujemy go częściej, ponieważ współdziałają dwa czynniki – podatny chory i uraz operacyjny. A co z leczeniem przeciwrzepliwym we wczesnym okresie pooperacyjnym i świadomością istotnie ograniczonej funkcji nerek, a jednocześnie towarzyszącej zaawansowanemu wiekowi nadkrzepliwości? Pytania i wątpliwości można mnożyć. Jedynym rozwiązaniem jest podejmowanie się leczenia operacyjnego tej grupy pacjentów, analizowanie wyników i ich publikowanie.

Przed problemami opieki okołoperacyjnej w grupie pacjentów w zaawansowanym wieku nie uciekniemy. Miarą cywilizacji jest m.in. stosunek do ludzi starych. Naszym zadaniem jest poprawa jakości życia tej ich części, która wymaga leczenia operacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Unit* 2007; 33: 1252-1262.
2. Scarlata S, Pedone C, Fimognari FL, Bellia V, Forastiere F, Incalzi RA. Restrictive pulmonary dysfunction at spirometry and mortality in the elderly. *Respiratory Medicine* 2008; 102: 1349-1354.