

Chirurgijos klinikos senyvo amžiaus ligoniai

Elderly patients in the surgical department

Donatas Venskutonis, Saulius Raugelė, Laura Venskutonytė

Kauno medicinos universiteto Bendrosios chirurgijos klinika, VŠĮ Kauno II klinikinė ligoninė

Josvainių g. 2, LT-3021, Kaunas

El. paštas: donas@medi.lt

Įvadas / tikslas

Kiekvienas ligonis, o ypač senyvas, vertinamas individualiai. Ligonio amžius, gretutinės ligos, operacijos pobūdis, pooperacinė slauga, gulėjimo stacionare trukmė ir vėlyvieji rezultatai yra tarpusavyje susiję. Mes siekėme išnagrinėti ir palyginti senyvo amžiaus ligonių ir visų kitų chirurginių ligonių gulėjimo stacionare bendrą trukmę, iki ir po operacijos.

Metodai

Palyginta 1997–2001 m. KMU Bendrosios chirurgijos klinikoje, VŠĮ Kauno II klinikinėje ligoninėje gydytų senyvo amžiaus ir kitų ligonių, sergančių chirurginėmis ligomis, gulėjimo stacionare trukmė, nustatytos šių grupių ligoniams dažniausiai pasitaikančios ligos. Atliktas retrospektyvus tyrimas siekiant nustatyti skirtumą tarp amžiaus grupių, lyginant bendrą gulėjimo stacionare trukmę, iki ir po operacijos. Neoperuotų ligonių vertinta tik bendra gulėjimo trukmė. Taip pat norėta išsiaiškinti, kokiomis ligomis dažniausiai serga tiriamų grupių ligoniai. Visi duomenys suskirstyti į bendruosius ir sergačiųjų ūminėmis bei lėtinėmis chirurginėmis ligomis.

Rezultatai

Bendrųjų duomenų grupėje gulėjimo trukmės skirtumas tarp amžiaus grupių pagal visus rodiklius yra statistiškai patikimas, ūminių ligų grupėje patikimai skiriasi tik iš viso ir po operacijos pragulėtų dienų skaičius, lėtinių ligų grupėje skirtumas tarp amžiaus grupių pagal visus rodiklius yra statistiškai patikimas.

Išvados

Chirurginių geriatrinių ligonių gulėjimo trukmė statistiškai patikimai ilgesnė visais atvejais, išskyrus sergančius ūminėmis ligomis iki operacijos ir neoperuotus ligonius. Vyresni nei 65 metų ligoniai dažniausiai sirgo komplikuota išvarža ir obliteraciniu endarteritu, o jaunesni nei 65 metų – ūminiu apendicitu ir lėtiniu cholecistitu.

Prasminiai žodžiai: geriatrija, chirurgija.

Background / Objective

This article provides a general overview of old patients admission duration trends in the surgical department. Nowadays we have increased surgical activity due to technological, scientific advance, which allow to perform minimally

invasive and minimally undermineable procedures to patients health. But still there's a problem associated between age, coexisting diseases, surgery, postoperative care and admission at the department duration. The solution is complicated one, the patient must be assessed very individually. The objective of the study was to compare duration admission in 1997–2001 years in Clinics of General Surgery of Kaunas University of Medicine and in IInd Clinical Hospital in Kaunas in total, before surgery, after surgery and those who weren't operated, between old (over 65 years) and other (under 65 years) patients in the surgical department.

Methods

Our study is based on a retrospective review of patient's admission duration in the surgical department.

Results

The results in total amount group: the difference between two age groups is significant, in acute surgical disease group – significant difference is in cases total amount of days and after surgery, in chronic surgical disease group – the difference between two age groups is significant. Also we found the most common diseases in each age group.

Conclusions

The admission period of patients over 65 years is longer than of those under 65 years with exception in the categories with acute surgical disease before surgery and not operated, the most common diseases in age over 65 years were complicated hernia and obliterative arteriitis, in group under 65 years – acute appendicitis and chronic cholecystitis. The results we received confirm the existing problem, which requires more precise study.

Įvadas

Vyresnio amžiaus chirurginių ligonių (kurių amžius – 65 ir daugiau metų) gydymas buvo ir išlieka aktuali tema tiek literatūroje, tiek praktikoje ne vien dėl daugelio klinikinių veiksnių, turinčių įtakos gydymui, specifikos, bet ir dėl gulėjimo stacionare trukmės.

Vyresnio amžiaus ligoniai chirurgijoje – ne dvidešimtojo amžiaus problema. Randama aprašymų, kad jau 1903 m. Amsterdame van Assenas atliko hernioplastikas 18 ligonių, kurių amžius 50–70 metų, 17 ligonių, kurių amžius 70–80 metų, ir 3 ligoniams, vyresniems kaip 80 metų [1,5]. Pailgėjus pacientų amžiaus vidurkiui, išstobulėjus chirurgijos bei anestezijos technikai, atsiradus naujoms operacijų metodikoms ir pagerėjus specialistų kvalifikacijai, pastaruoju metu chirurgijos klinikoje labai padaugėjo senyvo amžiaus ligonių [1–4,6]. Neretai problemų sukelia ne tiek ligonių amžius, kiek gretutinės ligos [1,8]. Atlikti tyrimai rodo, kad amžius nėra reikšmingas kriterijus, kuriuo remiantis reikėtų riboti atliekamas operacijas ar jų apimtį. Kiekvienas ligonis, o ypač senyvas, vertinamas individualiai [7]. Ligonio amžius, gretutinės ligos, operacijos pobūdis, pooperacinė slauga,

gulėjimo stacionare trukmė ir vėlyvieji rezultatai yra tarpusavyje susiję.

Mes siekėme išnagrinėti ir palyginti geriatrinių ligonių ir visų kitų chirurginių ligonių gulėjimo stacionare bendrą trukmę, iki ir po operacijos. Neoperuotų ligonių vertinta tik bendra gulėjimo trukmė. Taip pat norėjome išsiaiškinti dažniausiai pasitaikančias šių grupių ligonių patologines būkles.

Tyrimo objektas ir metodai

Atlikta retrospektyvi ligonių, gulėjusių 1997–2001 m. KMU Bendrosios chirurgijos klinikoje, VšĮ Kauno II klinikinėje ligoninėje, ligos istorijų analizė. Tirtos dviejų amžiaus grupių (iki 65 metų ir vyresnių nei 65 metų) ligonių gulėjimo ligoninėje trukmė: bendra, iki ir po operacijos. Neoperuotų ligonių vertinta tik bendra gulėjimo trukmė. Minėti rodikliai tirti tokių chirurginių ligų grupėse: ūminio apendicito, įstrigusios ir nekomplikuotos išvaržos, mechaninio žarnų nepraeinamumo, ūminio ir lėtinio cholecistito, lėtinės ir komplikuotos (kraujuojančios ar prakiurusios) skrandžio bei dvylikapirštės žarnos opaligės, ūminio pankreatito, ūminio ir lėtinio tromboflebito, kojų venų varikozės, obliteruojančio endarterito. Surinkti

duomenys buvo susisteminti ir apdoroti kompiuterine programa Statistica 5.0, apskaičiuoti Kolmogorovo-Smirnovo kriterijai ir p lygmenys. Nustatyta, kad šie duomenys turi normalųjį pasiskirstymą, todėl skaičiuojant naudoti bendrieji aprašomosios statistikos rodikliai ir t (Stjudento) nepriklausomų duomenų testai.

Rezultatai

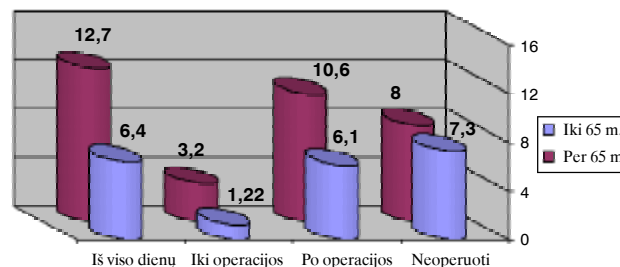
Duomenis siskirstėme į tris grupes: 1) bendruosius visų operuotų ligonių (ūminių ir lėtinių ligų duomenys susumuoti); 2) sirgusių ūminėmis chirurginėmis ligomis; 3) sirgusių lėtinėmis chirurginėmis ligomis.

Bendrieji duomenys. Iš viso peržvelgėme 7879 ligos istorijas, operuotų ligonių buvo 6686 (84,9 %), neoperuotų – 1193 (15,1 %). Vyresnio nei 65 metų amžiaus grupėje iš viso buvo 2394 ligoniai (30,4 %), jaunesnio nei 65 metų amžiaus grupėje – 5485 ligoniai (69,6 %).

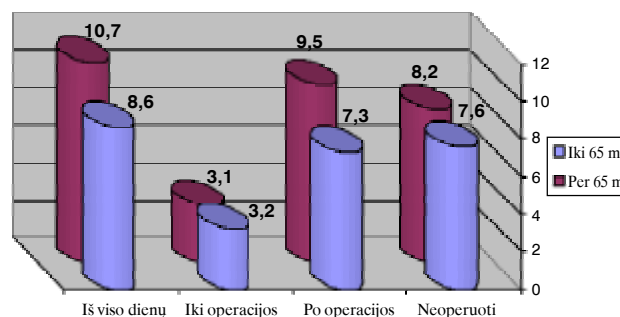
Vyresnio nei 65 m. (> 65 m.) amžiaus grupėje iš viso operuoti 1949 (29,2 % visų operuotų ligonių dėl minėtų patologijų) ligoniai, vidutinis gulėjimo laikas – $12,7 \pm 9,6$ dienos, moda – 7 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 73 dienas. Iki 65 m. (< 65 m.) amžiaus grupėje iš viso operuoti 4737 (70,8 % visų operuotųjų) ligoniai. Vidutinis gulėjimo laikas – $6,4 \pm 3,6$ dienos, moda – 5 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 42 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (1 pav.).

Iki operacijos > 65 m. ligonių vieną ir daugiau dienų gulėjo 1348 (69,2 % visų grupės ligonių), vidutiniškai $3,2 \pm 3,5$ dienas, moda – 1 diena, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 25 dienas; < 65 m. ligonių vieną ir daugiau dienų gulėjo 2714 (57,3 % visų grupės ligonių), vidutiniškai $1,22 \pm 0,89$ dieną, moda – 1 diena, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 11 dienų. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (1 pav.).

Po operacijos ligonių skaičius buvo toks pat kaip ir prieš operaciją; > 65 m. ligonių vidutinė gulėjimo trukmė – $10,6 \pm 8,8$ dienų, moda – 6 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 67 dienas; < 65 m. ligonių vidutinė gulėjimo trukmė – $6,1 \pm 3,5$ dienos, moda – 5 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 42 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (1 pav.).



1 pav. Sergančiųjų chirurginėmis ligomis bendrųjų duomenų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes



2 pav. Sergančiųjų ūminėmis chirurginėmis ligomis duomenų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Neoperuotų > 65 m. ligonių gulėjo 445 (34,4 % visų neoperuotų ligonių), vidutiniškai $8,0 \pm 6,7$ dienas, moda – 8 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 89 dienas; < 65 m. ligonių gulėjo 748 (65,6 % visų neoperuotų ligonių), vidutiniškai $7,3 \pm 5,7$ dienas, moda – 4 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 38 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (1 pav.).

Sergančiųjų ūminėmis chirurginėmis ligomis duomenys. Amžiaus grupėje > 65 m. iš viso operuotas 701 ligonis, vidutinis gulėjimo laikas – $10,7 \pm 7,0$ dienų, moda – 7 dienos, mažiausiai gulėjo 2 dienas, ilgiausiai – 73 dienas. Amžiaus grupėje < 65 m. iš viso operuotas 2141 ligonis, vidutinis gulėjimo laikas – $8,6 \pm 7,9$ dienos, moda – 5 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 164 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (2 pav.).

Iki operacijos > 65 m. ligonių vieną ir daugiau dienų gulėjo 354 (50,5 % visų grupės ligonių), vidutiniškai

3,1 ± 2,9 dienas, moda – 1 diena, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 25 dienas; < 65 m. ligonių vieną ir daugiau dieną gulėjo 712 (33,3 % visų grupės ligonių), vidutiniškai 3,2 ± 2,6 dienas, moda – 1 diena, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 36 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas nėra statistiškai patikimas ($p > 0,05$) (2 pav.).

Po operacijos > 65 m. ligonių gulėjo 701, vidutiniškai 9,5 ± 6,5 dienas, moda – 6 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 67 dienas; < 65 m. ligonių gulėjo 2141, vidutiniškai 7,3 ± 7,0 dienas, moda – 5 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 161 dieną. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (2 pav.).

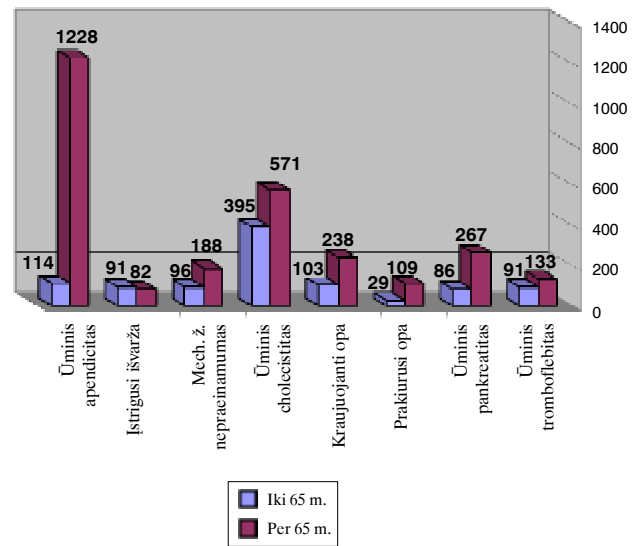
Neoperuotų > 65 m. ligonių gulėjo 303, vidutiniškai 8,2 ± 4,9 dienas, moda – 7 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 32 dienas; < 65 m. ligonių gulėjo 621, vidutiniškai 7,6 ± 5,3 dienas, moda – 4 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 38 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas nėra statistiškai patikimas ($p > 0,05$) (2 pav.).

Dominuojanti ūminė chirurginė liga amžiaus grupėje > 65 m. yra komplikuota išvarža (91 ligonis), < 65 m. – ūminis apendicitas (1228 ligoniai) (3 pav.).

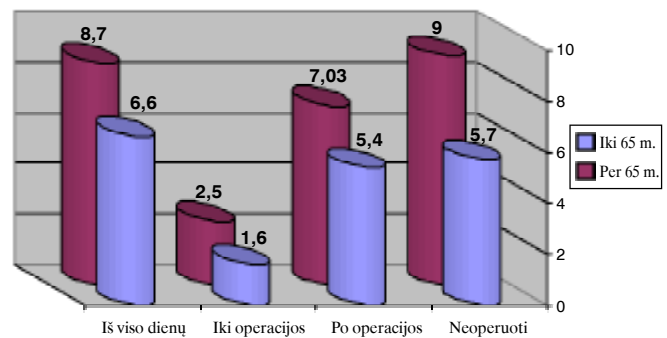
Sergančiųjų lėtinėmis chirurginėmis ligomis duomenys. Amžiaus grupėje > 65 m. iš viso operuoti 1248 ligoniai, vidutinis gulėjimo laikas – 8,7 ± 5,7 dienos, moda – 7 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 57 dienas. Amžiaus grupėje < 65 m. iš viso operuoti 2596 ligoniai, vidutinis gulėjimo laikas – 6,6 ± 3,8 dienos, moda – 7 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 43 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (4 pav.).

Iki operacijos > 65 m. ligonių vieną ir daugiau dienų gulėjo 994 (79,6 % visų grupės ligonių), vidutiniškai 2,5 ± 2,1 dienas, moda – 1 diena, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 20 dienų; < 65 m. ligonių vieną ir daugiau dienų gulėjo 2002 (77,1 % visų grupės ligonių), vidutiniškai 1,6 ± 1,6 dienas, moda – 1 diena, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 14 dienų. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (4 pav.).

Po operacijos > 65 m. ligonių gulėjo 1248, vidutiniškai 7,03 ± 4,9 dienas, moda – 6 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 51 dieną; < 65 m. ligonių gulė-



3 pav. Sergančiųjų ūminėmis chirurginėmis ligomis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes



4 pav. Sergančiųjų lėtinėmis chirurginėmis ligomis duomenų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

jo 2596, vidutiniškai 5,4 ± 3,2 dienas, moda – 6 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 39 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (4 pav.).

Neoperuotų > 65 m. ligonių gulėjo 142, vidutiniškai 9,0 ± 8,3 dienas, moda – 1 diena, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 89 dienas; < 65 m. ligonių gulėjo 127, vidutiniškai 5,7 ± 4,9 dienas, moda – 2 dienos, mažiausiai gulėjo 1 dieną, ilgiausiai – 29 dienas. Pragulėtų dienų vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0,05$) (4 pav.).

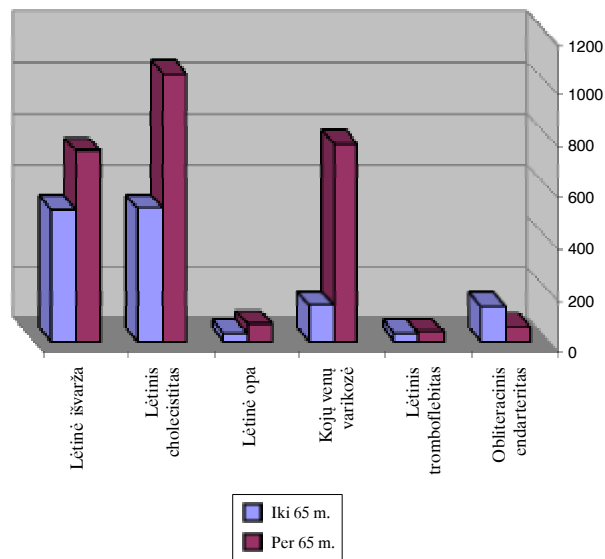
Dominuojanti lėtinė chirurginė liga > 65 m. amžiaus grupėje – obliteracinis endarteritas (139 ligoniai), < 65 m. – lėtinis cholecistitas (1045 ligoniai) (5 pav.).

Diskusija

Literatūros duomenimis, senyvo amžiaus ligoniai, sergantys gretutinėmis ligomis ar ne, esant tai pačiai patologijai guli stacionare ilgiau nei jauni ligoniai. Tai lemia išsekę organizmo gyvybiniai rezervai, organizmo reaktivumo sumažėjimas, patiriamas stresas bei sutrikęs pritaikymas prie jo [9–11]. Peržvelgdami duomenis pastebėjome, kad kiekvienai ligai būdingas tam tikras pacientų amžius.

Peržvelgę visus grafikus matome, kad beveik visi amžiaus grupių duomenys skiriasi patikimai. Geriatriiniai ligoniai visais atvejais (bendras dienų skaičius, iki operacijos, po operacijos ir neoperuotų) stacionare gulėjo ilgiau, jie sudarė tik trečdalį visų klinikoje gulėjusių ligonių. Statistiškai patikimai nesiskiria tik ūminėmis chirurginėmis ligomis sergančiųjų grupės iki operacijos ir neoperuotų ligonių gulėjimo trukmė (2 pav.). Galime teigti, kad paruošimo operacijai laikas maždaug vienodas, nes ūminė liga reikalauja skubios intervencijos, pasirošti operacijai nebuvo skiriama daugiau laiko. Neoperuotų ligonių gulėjimo trukmė mažai skiriasi dėl daugelio veiksnių: geros diagnostikos, leidžiančios diferencijuoti ligas, pakankamo konservatyvaus gydymo ir kitų priežasčių. Remiantis literatūros duomenimis bei nagrinėjant ligos istorijas paaiškėjo, kad daugelis vyresnio amžiaus ligonių serga gretutinėmis ligomis arba pagrindinė liga yra komplikantuota. Visais šiais atvejais ligonio paruošimas operacijai ir pooperacinis laikotarpis pailgėja. Kita vertus, jaunų ligonių organizmas turi daugiau kompensacinių galimybių, o tai irgi gali turėti įtakos mažesnei gulėjimo trukmei.

Turimi duomenys apima gana dideles grupes, todėl naudinga atlikti išsamesnę duomenų analizę, kuri padė-



5 pav. Ligonų, sergančių lėtinėmis chirurginėmis ligomis, pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

tų išsiaiškinti tikslesnes priežastis, veikiančias gulėjimo trukmę. Nuodugnesnius tyrimo rezultatus ketiname pateikti kitose publikacijose.

Išvados

1. Senyvi ligoniai (tiek operuoti, tiek neoperuoti) sudaro trečdalį visų chirurgijos stacionaro ligonių.
2. Chirurginių senyvo amžiaus ligonių gulėjimo stacionare trukmė statistiškai patikimai ilgesnė, išskyrus sergančiuosius ūminėmis ligomis iki operacijos ir neoperuotus ligonius.
3. Amžiaus grupėje > 65 m. dažniausios ligos buvo yra komplikantuota išvarža ir obliteracinis endarteritas, o amžiaus grupėje < 65 m. – ūminis apendicitas ir lėtinis cholecistitas.
4. Neoperuoti ligoniai sudaro gana didelę dalį stacionaro ligonių, todėl atsivėlus į pateikiamus skaičius verta peržiūrėti guldymo į chirurgijos skyrių indikacijas, stacionaro lovų skaičių.

LITERATŪRA

1. Arvidson S, Ouchterlony J et al. The Gothenburg study of preoperative risk. I. Preoperative risk findings, post-operative complications. *Acta Anaesth Scand* 1994; 38: 679–690.
2. Crosby DL, Rees GAD, Seymour DG. The ageing surgical patient: anaesthetic, operative and medical management. Chichester: Wiley&Sons, 1992.

3. Day RJ, Vinen J, Hewitt E. Major trauma outcomes in the elderly. *Med J Aust* 1994; 160: 675–678.
4. Fried GM, Clas D. Minimally invasive surgery in the elderly patient. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 375–387.
5. Herruzo R, Fernandez M et al. Mortality evolution study

of burn patients in a critical care burn unit between 1971 and 1991. *Burns* 1995; 21: 106–109.

6. Seymour DG. Ageing and ageism: a medical and surgical perspective. *Aberdeen University Review* 1996; 195: 344–359.

7. Smith DL, Cairns BA, Ramadan F. et al. Effect of inhalation injury, burn size, and age on mortality: a study of 1447 consecutive burn patients. *J Trauma* 1994; 37: 655–659.

8. Tallis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC. Brocklehurst's tex-

tbook of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. Edinburgh etc.: Churchill Livingstone, 1998.

9. Van Assen, quoted by Cooley WB. Hernia. Philadelphia: WB Saunders, 1913, p. 587.

10. Zenilman ME, Roslyn JJ. Surgery in the elderly patients. I. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1–221.

11. Zenilman ME, Roslyn JJ. Surgery in the elderly patients. II. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 223–495.

Gauta 2003 02 25

Priimta spaudai 2003 03 15

Nuomonė

Džiugu, kad autoriai atkreipė dėmesį į senyvo amžiaus ligonius ir nagrinėjo jų gulėjimo stacionare trukmę ir pasitaikančias ligas. Vis dėlto neaišku, koks buvo geriatrinių ligonių amžiaus vidurkis. Gal tai buvo nelabai senyvo amžiaus ligoniai? Sunku sutikti su mintimi, kad vien tik vyresnis amžius yra papildomas veiksnys, neišvengiamai ilginantis gydymo ligoninėje trukmę. Juk vyresnis amžius – ne liga, o tik gyvenimo tarpsnis, kai žmogus gali būti sveikas ir siela, ir kūnu. Tačiau, kaip žinoma, vyresnio amžiaus asmenis dažniau vargina ligos, sensorinės funkcijos sutrikimai. Jų organizmo homeostazės rezervas sumažėja, ligos eiga dažnai tampa netipinė, dėl to reikia subtilesnės diagnostikos, o gydymas tampa labiau selektyvus ir sudėtingas. Sugaišta-

ma daugiau laiko diagnozuojant ir gydant. Manau, kad tokiais atvejais gydytojui reikia gilesnių profesinių žinių. Standartiniai diagnostikos ir gydymo metodai, taikomi jaunesniems ligoniams, ne visada tinka senyviems. Tikriausiai ne vyresnis ligonių amžius ilgina gulėjimo stacionare laiką, o rutininis gydytojų požiūris į ligonį. Kas tai galėtų paneigti? Vis dėlto būtų įdomu sužinoti, kokios konkrečios priežastys ilgina vyresnių ligonių gulėjimo stacionare trukmę, kad būtų galima tas priežastis koreguoti.

Tikiuosi, kad autoriai savo išvadose nekonstatuoja, jog ilgesnis senyvų ligonių gydymas ligoninėje yra neišvengiamybė, o tik atkreipia į tai skaitytojų dėmesį.

Prof. habil. dr. Juozas Ivaškevičius

Vilniaus universiteto

*Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos vedėjas,
Šiltnamių g. 29, LT-2043 Vilnius*