



Chirurgia i starość

DOI: 10.17399/HW.2015.143204

STRESZCZENIE

Z procesem starzenia związane są zmiany wsteczne ważnych dla życia narządów, spadają możliwości adaptacyjne tak fizyczne, jak i psychiczne. Z wiekiem rośnie ryzyko zachorowania szczególnie na choroby serca i naczyń, nowotwory, uchyłki jelita grubego, choroby kości i stawów. Rosnąca średnia długość życia, zwiększająca się liczba ludzi w podeszłym wieku oraz zjawisko wielochorobowości stawiają przed publicznym systemem ochrony zdrowia wielkie wymagania. W Polsce w najbliższych latach związane z tym problemy medyczne i ekonomiczne będą coraz większe. Poważnym zagadnieniem jest świadoma zgoda na operację. Nawet gdy sytuacja zdrowotna pacjenta i zasada operacji są mu przedstawione w prosty sposób, to rzeczywiste zrozumienie i świadomy wybór postępowania mogą być trudne do osiągnięcia, zwłaszcza w przypadku nagłych operacji.

→ **SŁOWA KLUCZOWE – CHIRURGIA, STAROŚĆ, CHOROBA**

SUMMARY

Surgery and the Elderly

Disorders in the functioning of main human organs and in adaptive possibilities in both psychological and physical aspects are a natural occurrence in the process of ageing. The risk of various diseases, particularly cardiovascular ones, cancer, colon diverticulitis and degenerative arthritis, increases with age. Longer life expectancy together with an increasing number of elderly people and multiple morbidities become a great challenge for the public health system. In the nearest future both medical and economical issues connected with this phenomenon will become a significant problem in Poland. Informed consent for surgery is an important issue. Even after receiving all necessary information on one's health and clearing out the details of surgical proceeding,

deep understanding and conscious decision may be difficult to achieve, especially in urgent and sudden surgeries.

→ **KEYWORDS – SURGERY, OLD AGE, DISEASE**

Kto jest starym człowiekiem?

Starości przypisuje się spadek możliwości biologicznego i psychicznego dostosowania się, czego następstwem jest coraz mniejsza samodzielność z towarzyszącym uzależnieniem od otoczenia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przyjmując 60. rok życia za początek starości, wyróżnia trzy jej okresy: wiek podeszły (60-75 lat), starczy (75-90) i sędziwy (ponad 90). Uwagi wymaga trudność wyznaczenia granicy starości, gdyż na zdolność adaptacji znaczący wpływ ma między innymi wydłużająca się średnia długość życia, a także zdrowie, stosunki rodzinne i społeczne, zmieniająca się obyczajowość, późniejszy wiek zakończenia aktywności zawodowej. Czynniki te, mocno z sobą związane, mogą mieć wpływ na czas, w którym zaczyna się odczuwalny spadek możliwości adaptacyjnych, jednak waga ich wydaje się różna.

Z tych powodów niełatwo wskazać wiek, w którym rzeczywiście rozpoczyna się starość. Czy jej granicę wyznacza po prostu liczba lat? Może zależy ona od regionu lub kraju, może rasy, wykształcenia, wykonywanego zawodu, a może płci? Czy próg starości można wyrazić ułamkiem średniej długości życia i wraz z jej wydłużeniem przesunąć też granicę starości? A może wiedząc, że szansa dłuższego życia jest większa wśród osób urodzonych w późniejszych latach minionego stulecia, próg starości jest inny dla każdego rocznika? Czy granicę wyznacza psychiczna i fizyczna aktywność? Czy też może znajdzie się inne kryterium zakodowane w naszych genach?

Nie sposób dzisiaj znaleźć obiektywny wyznacznik progów starości. W codziennym życiu jest to pojęcie subiektywne i bardzo nieprecyzyjne, bo na przykład dla studentów 50-letni profesor jest starym człowiekiem, a w gronie profesorów uchodzi za młodego.

Jak długo żyjemy?

Według dzisiejszych szacunków w Europie na początku ery nowożytnej średnia długość życia rozciągała się między 22 a 28 lat. Nie znaczy to, że nie było wtedy osób dożywających 70. i więcej lat – stanowiły one jednak mały odsetek. Wskaźnik ten zaczął szybko rosnąć w minionym stuleciu i dzisiaj w większości krajów europejskich znacznie przekracza 70 lat (mężczyźni) i 80 lat (kobiety). Dzięki wyraźnej poprawie warunków życia, umiejętności zapobiegania wielu chorobom (szczepienia!) i rozwojowi medycyny naprawczej żyjemy coraz dłużej. Średnia długość życia Polek i Polaków od początku lat 90. XX wieku wydłużyła się i – jak się przewiduje – będzie nadal rosła. W 2012 roku jej wartość dla mężczyzn wynosiła 72,7, a dla kobiet 81 lat¹ i według przewidywań wyniesie w 2025 roku odpowiednio 74,6 oraz 81,5².

Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (według obowiązujących do niedawna zasad: 60 lat kobiety, 65 lat mężczyźni), wynoszący obecnie w Polsce 19,4%, wkrótce, bo już w 2025 roku, wzrośnie do 24,0%³. Oznacza to, że większą niż dzisiaj część społeczeństwa dotkną problemy ludzi starych, obejmując wszelkie aspekty codziennego życia, w tym zdrowia. Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej połowa hospitalizowanych przekroczyła 65. rok życia. Wynika z tego konieczność wydatnego zwiększenia wysiłków służb medycznych i socjalnych oraz wzrost przeznaczonych na nie nakładów finansowych. Częstość i powaga chorób ludzi starych sprawia, że wysiłek ten nie pozostanie w prostej zależności od zwiększonego odsetka starych osób, lecz będzie znacznie większy.

Szczególłą wagę dla racjonalnych decyzji leczniczych ma perspektywa dalszego życia osób, które osiągnęły podeszły wiek. W Polsce przewidywany dalszy czas życia dla kobiety w wieku 75 lat wynosi 12,2 lat, a dla mężczyzny – 9,7⁴; przez blisko połowę tego okresu zachowają oni sprawność fizyczną i umysłową.

¹ Por. GUS, *Trwanie życia 2012*, Warszawa 2013.

² Por. GUS, *Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035*.

³ Por. tamże.

⁴ Por. GUS, *Trwanie życia 2012*, dz. cyt.

Jak z wiekiem zmieniają się funkcje organizmu?

Wśród związanych z wiekiem czynników w istotny sposób rzutujących na przebieg chorób ludzi starszych uwagi wymaga mniejsza zawartość wody w organizmie, spadek masy mięśniowej, niedożywienie częste nawet w najbogatszych krajach, zespoły depresyjne, obniżona sprawność fizyczna i umysłowa oraz nadmiar używanych leków.

Woda stanowi 75% ciężaru ciała noworodka, u mężczyzny 30-letniego – 60%, a po 60. roku życia już tylko nieco ponad 50%. Wobec tak małego stopnia uwodnienia oczywista staje się wrażliwość starszych ludzi na niewielkie nawet wahania objętości płynów ustrojowych, spowodowanych głównie ich nadmierną utratą i/lub niewystarczającą podażą. A tak się właśnie dzieje w toku wielu chorób „chirurgicznych”, jak i w następstwie operacji lub urazów.

Obniżona sprawność ruchowa jest jedną z przyczyn spadku masy mięśniowej. Poważnym problemem jest niedożywienie wynikające z różnych przyczyn. Dotyczy ono od jednej trzeciej do jednej drugiej starszych osób przyjmowanych do szpitala. Ponieważ szereg badań wymaga wstrzymania się od posiłków, w czasie pobytu w szpitalu narasta stopień niedożywienia.

Z wiekiem związane są zmiany we wszystkich narządach, w tym tych, których sprawna funkcja decyduje o życiu. W sercu uszkodzenie mięśnia sercowego, zastawek, układu przewodzącego prowadzi między innymi do zaburzeń rytmu, zmniejszenia objętości krwi wyrzucanej z komór, pogorszenia warunków ukrwienia mięśnia sercowego. W tętnicach tworzą się zwapnienia i blaszki miażdżycowe zwężające naczynia i pogarszające dopływ krwi do wszystkich narządów. Rośnie ciśnienie tętnicze, zagrażając ciężkimi powikłaniami mózgowymi.

W układzie oddechowym znaczący wpływ ma zmniejszająca się ruchomość ścian klatki piersiowej spowodowana garbieniem oraz wapnieniem chrząstek żebrowych. Dodatkowo warunki wymiany gazów w płucach pogarsza obniżona elastyczność pęcherzyków płucnych, a także osłabienie reakcji na nadmiar dwutlenku węgla we krwi lub niedobór tlenu.

Nerki zmniejszają się i przepływa przez nie mniej krwi. Wskutek zmian metabolizmu kolagenu obniża się jakość tkanki łącznej, zmniejsza się, głównie u kobiet, masa tkanki kostnej (zrzesztnienie kości, czyli osteoporoza). Pogarsza się sprawność

układu odpornościowego, którego mechanizmy obronne zaczynają zawodzić.

Słabną funkcje umysłowe, adaptacja do środowiska jest gorsza, upośledzona jest czynność narządów zmysłu, zwłaszcza słuchu i wzroku. Już z tych powodów kontakt starszych osób z otoczeniem może być utrudniony.

Do tej niepełnej listy postępujących z wiekiem zmian czynności narządów dodać należy obciążenia spowodowane współistniejącymi chorobami, zwłaszcza układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, nerek i zaburzenia metaboliczne. Z każdą dekadą życia rośnie liczba chorych na cukrzycę, przewlekłą chorobę. Cukrzyca w znaczący sposób pogarsza przebieg i efekty leczenia wskutek postępujących zmian w wielu narządach, zwężeń naczyń tętniczych i upośledzonego gojenia ran. Uwagi wymaga zjawisko „wielochorobowości”, czyli występowanie u osób starszych współistniejących chorób więcej niż jednego narządu. W populacji powyżej 65. roku życia u blisko 80% osób obserwuje się choroby układu krążenia i oddychania⁵. Ta „wielochorobowość” ludzi starych w znaczący sposób wpływa na wyniki leczenia operacyjnego, a świadomość tego determinuje decyzje lecznicze.

Niektóre częste choroby ludzi starych

Życiu Polaków najczęściej zagrażają choroby serca i naczyń krwionośnych. Są to choroby przewlekłe, po wieloletnim przebiegu nierzadko ulegające nagłemu zaostrzeniu. Postępujące zmiany mogą ostatecznie, najczęściej w późniejszym wieku, znacznie ograniczyć sprawność lub nawet stać się przyczyną śmierci. Współcześnie rosną możliwości leczenia technikami małoinwazyjnymi, czyli niewymagającymi rozległych cięć, zabiegów wewnątrznaczyniowych pozwalających uniknąć lub zmniejszyć ryzyko ciężkich następstw, takich jak zawały mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, pęknięcia tętniaków czy udary mózgu. Choroby serca, mimo wyraźnej tendencji spadkowej, są nadal najczęstszą przyczyną zgonów, blisko dwukrotnie częstszą od następnego zagrożenia, jakim są nowotwory.

⁵ Por. K. Wieczorowska-Tobis, *Specyfika pacjenta starszego*, w: K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa 2013, s. 18-27.

Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych systematycznie narasta. Jest to grupa chorób bardzo zróżnicowana pod względem umiejscowienia, przebiegu, rokowania i sposobów leczenia. Ich wspólną cechą jest niepohamowany wzrost niepodlegający regulacjom wewnątrzustrojowym i przy braku właściwego leczenia ostatecznie prowadzący do śmierci chorego. Częstość nowotworów („zapadalność”) jest mierzona roczną liczbą nowych zachorowań w 100-tysięcznej populacji. W Polsce wynosiła ona w 2011 roku 384 dla mężczyzn i 365 dla kobiet⁶ – była zbliżona do innych krajów europejskich. Dominują raki, czyli nowotwory złośliwe wywodzące się z nabłonka różnych narządów.

Zapadalność na poszczególne nowotwory jest różna w zależności od regionu świata, czego przykładem może być rak przełyku, rzadki w Polsce, bardzo częsty w Chinach. Również zmiany liczby zachorowań obserwuje się zależnie od okresu badania. W Polsce w ostatnich dekadach przybywa chorych na raka jelita grubego, zmniejsza się liczba zachorowań na raka żołądka.

Liczba zachorowań rośnie wraz z wiekiem. W Polsce wskaźnik zapadalności mężczyzn w 2011 roku w przedziale wieku 50-54 lat wynosił niespełna 500, a między 70. a 74. rokiem życia zbliżał się do 2500. Aż 60% nowych zachorowań na nowotwory i 70% zgonów z tego powodu dotyczy osób powyżej 65. roku życia. Inaczej mówiąc, starsi ludzie częściej chorują i mają mniejszą szansę na wyleczenie⁷.

Najczęstszym nowotworem mężczyzn jest rak płuca, zaś kobiet – rak piersi. Na dalszych miejscach plasują się raki przewodu pokarmowego, gruczołu krokowego i kobiecego narządu rodnego, nerek i dróg moczowych oraz nowotwory układu chłonnego (chłoniaki) i krwiotwórczego (białaczki). Wyjąwszy dwa ostatnie, wyleczenie większości pozostałych jest możliwe pod warunkiem chirurgicznego usunięcia, ewentualnie uzupełnionego napromienianiem lub lekami (chemioterapia).

Operacje z powodu raka jelita grubego polegają na usunięciu (jeżeli jest to jeszcze możliwe) chorego odcinka jelita grubego. Niekiedy, ze względu na usytuowanie nowotworu lub dla zapewnienia większego bezpieczeństwa, niezbędne jest wytworzenie sztucznego odbytu na brzuchu. Rozległej operacji lub przykrego

⁶ Por. J. Dzikowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011r.*, Warszawa 2013.

⁷ Por. Tamże.

kalectwa w postaci sztucznego odbytu można dziś uniknąć. Ponieważ aż w 90% rak jelita grubego rozwija się na podłożu polipa, czyli polipowato uformowanego tworu, zwisającego ze ściany do światła jelita grubego, to istnieje wyjątkowa możliwość usunięcia takiej zmiany poprzedzającej rozwój nowotworu. Wycięcie polipa jest możliwe za pomocą kolonoskopu, czyli w bezpieczny i mało obciążający pacjenta sposób. Dlatego w starszych grupach wieku, wśród osób bez żadnych dolegliwości ze strony jelita grubego, prowadzi się badania w celu wykrycia wczesnych postaci raka jelita grubego lub polipa. Są to badania profilaktyczne obejmujące znaczną część populacji (tzw. badania przesiewowe). Mimo odpowiedniej akcji informacyjnej z możliwości tej korzysta tylko skromna część zaproszonych starszych osób.

Częstą przyczyną hospitalizacji starszych osób jest różnorodna grupa ostrych chorób narządów jamy brzusznej. Łączy je konieczność bardzo pilnego, nieraz przybliżonego ustalenia przyczyny i szybko podjętego leczenia, często operacyjnego. Jest to cała gama chorób: krwawienia do przewodu pokarmowego, zapalenia otrzewnej oraz niedrożności jelit spowodowane mechaniczną przeszkodą. Szansa wyleczenia zależy nie tylko od rodzaju choroby. W dużej mierze wpływają na nią współistniejące choroby, których opanowanie jest w warunkach wielkiej pilności operacji bardzo trudne, oraz liczony w godzinach czas dzielący początek choroby od operacji. Aż 80% zgonów związanych z tymi powikłaniami dotyczy ludzi powyżej 65. roku życia.

Z wiekiem zwiększa się liczba krwawień z żołądka i dwunastnicy. Są to często masywne, zagrażające życiu krwotoki, których źródłem mogą być wrzody żołądka lub dwunastnicy, a także drobne, powierzchowne uszkodzenia ściany żołądka, często spowodowane niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi szeroko stosowanymi w leczeniu dolegliwości reumatycznych. Współczesne rozpoznanie i bardzo często leczenie są możliwe za pomocą mało obciążających metod endoskopowych (gastroskopia połączona z wstrzyknięciem luku w miejsce krwawienia).

Jedną z chorób najszerzej występujących w populacji europejskiej są uchyłki jelita grubego, czyli workowate uwypuklenia ściany jelita. Jest to choroba, której częstotliwość rośnie wraz z wiekiem. Wśród osób powyżej 70. roku życia około dwie trzecie ma uchyłki, a powikłania w postaci przedziurawień lub krwotoków pojawiają się głównie w tej grupie wiekowej. Masywne krwotoki,

podobnie jak poważnie rokujące przedziurawienia wymagają intensywnej leczenia, często operacyjnego.

Wśród chorób dróg żółciowych u starszych osób wieloletnia obecność kamieni w pęcherzyku żółciowym może doprowadzić do ostrego stanu zapalnego lub zaczopowania dróg żółciowych. Dziś najczęściej kamienie blokujące odpływ żółci z wątroby usuwa się bezpieczną techniką endoskopową.

Wraz z wiekiem rośnie ryzyko mechanicznej niedrożności jelit. Im starsza populacja, tym większa liczba osób, które przebyły operacje narządów jamy brzusznej, a jednocześnie tym liczniejsze niedrożności spowodowane pasmami pooperacyjnych zrostów otrzewnej przesnurowującymi jelito. Większa niż dawniej jest także liczba starszych chorych, u których postęp choroby w postaci licznych przerzutów nowotworowych w otrzewnej (roz-siew nowotworowy) prowadzi do niedrożności jelit. Również powoli rosnący rak jelita grubego zwęża światło jelita, nim dojdzie do całkowitego jego zatkania i niedrożności. Wolno narastające objawy utrudnionego przesuwania się mas pokarmowych (okresowe bóle brzucha, zatrzymywanie gazów, rzadsze oddawanie stolca) są interpretowane jako dolegliwości związane z wiekiem, naturalne w procesie starzenia.

Ze starzeniem łączą się zmiany zwyrodnieniowe stawów, najczęściej szczególnie obciążanych: biodrowego i kolanowego, wymagające wszczepienia protezy. Również złamania szyjki kości udowej dotyczą głównie osób starych, gdyż do złamania osteoporotycznie zmienionej kości dochodzi pod wpływem niewielkiego urazu.

Z wiekiem rośnie liczba operacji o zróżnicowanym stopniu ryzyka poważnych powikłań pooperacyjnych, takich jak operacje okulistyczne, laryngologiczne, urologiczne, naczyń krwionośnych oraz narządów klatki piersiowej. W starszym wieku wykonuje się większość amputacji z powodu miażdżycy tętnic i naczyniowych powikłań cukrzycy.

Zmieniająca się obecnie aktywność fizyczna starszych osób jest bardzo korzystna, jednak staje się też przyczyną poważnych problemów leczniczych. Coraz więcej ludzi w wieku poprodukcyjnym rozpoczyna zaskakująco czynne życie. Sport, podróże, ciężkie prace wokół domu, niewykonywane w okresie intensywnej pracy zawodowej, powodują, że liczba obrażeń ciała wśród tych osób jest coraz większa. Na przestrzeni ostatnich lat w krajach rozwiniętych odsetek starszych osób hospitalizowanych

wskutek urazów doznanych właśnie w takich okolicznościach podwoił się. Trzeba tu przypomnieć o trudnościach leczenia połączonych współistniejącymi chorobami.

Ogólnie mówiąc, wraz z coraz częstszą obecnością starszych osób w oddziałach chirurgicznych niewspółmiernie rośnie liczba i waga problemów, które musi rozwiązać lekarz. Rosną koszty leczenia, a jego wyniki są gorsze niż w młodszych grupach wiekowych.

Wybór operacji

Operacja, podobnie jak każdy inny uraz czy cięższa choroba, wywołuje ogólnoustrojowe zmiany o rozmiarach zależnych od rozległości uszkodzonych tkanek. Po operacji wstrzymana jest podaż doustna pokarmów i płynów (zwłaszcza po operacjach narządów jamy brzusznej). Upośledzona jest czynność ważnych dla życia narządów, także tych, które znajdują się w miejscach odległych od terenu operacji. U starszych osób wiele z nich było już wcześniej dotkniętych inwolucyjnymi zmianami lub chorobami, a możliwości poprawy ich sprawności są ograniczone, szczególnie w nagłych sytuacjach.

Wymienione, bynajmniej nie jedyne, okoliczności uzasadniają potrzebę nadzwyczaj wyważonych decyzji o rodzaju operacji i wzmoczonej opieki pooperacyjnej. Mimo zachowania szczególnej staranności odsetki powikłań i zgonów związanych z urazem, chorobą i operacją są znacznie większe niż u młodszych pacjentów.

Współczesna technika pozwoliła na zastąpienie w wielu sytuacjach tradycyjnych narzędzi chirurgicznych, umożliwiając leczenie małoinwazyjnymi metodami minimalizującymi uraz operacyjny. Wśród nich znajdują się liczne techniki wewnątrznaczyniowe, endoskopowe (przez naturalne otwory ciała), torakoskopowe (przez ścianę klatki piersiowej), laparoskopowe (przez powłoki brzuszne), artroskopowe (wewnątrzstawowe) itd. Sposoby te nie zawsze mogą zastąpić rozległe operacje wykonywane tradycyjnymi środkami.

Wielkie znaczenie najwyraźniej widoczne w przypadkach osób starszych i ciężko chorych mają umiejętności i doświadczenie operatora oraz całego zespołu leczącego. Jest to walor, którym dysponują duże oddziały szpitalne, głównie publiczne. Wynika to z nałożonego na nie obowiązku przyjmowania i leczenia wszystkich, także tych najciężej chorych, najbardziej

zagrożonych niepowodzeniem leczenia, wymagających najwyższego wysiłku i najwyższych wydatków. Przykładem skupiania ciężko chorych w specjalistycznych jednostkach jest powstała w Polsce w ostatnich kilku latach sieć centrów urazowych.

Mnogość czynników wpływających na ostateczny wynik leczenia stawia lekarza w trudnej sytuacji. W dążeniu do sumarycznego ich ujęcia powstały skale stopniujące szacunkowe ryzyko operacji uwzględniające rosnącą wraz z wiekiem liczbę towarzyszących chorób. Lekarz, świadomy tych ogólnych reguł, staje jednak wobec jednego pacjenta. Wspomniane szacunkowe ryzyko tylko w pewnym stopniu ułatwia wybór między bardziej ryzykowną operacją stwarzającą szansę wyleczenia a bezpieczniejszą, ale tylko przejściowo poprawiającą komfort życia.

Poważnym problemem jest leczenie chorych na nowotwory. U starszych osób niejednokrotnie rozpoznanie jest opóźnione. Jest to następstwo niezaradności, gorszego dostępu do lekarza czy wreszcie traktowania wielu wczesnych objawów choroby jako naturalnych zmian związanych ze starzeniem się. Skutkiem jest później podjęte leczenie, a gdy do tego dodać towarzyszące choroby zwiększające ryzyko operacji, to niejednokrotnie starsi ludzie są kwalifikowani do substandardowych metod leczenia, zbyt oszczędnych i niestwarzających szans na wyleczenie nowotworu. Taki wybór zmniejsza wyraźnie ryzyko ciężkich pooperacyjnych powikłań i zgonów, ale nie daje szansy wyleczenia. Dlatego ważnym czynnikiem, który należy brać pod uwagę, jest wspomniana wcześniej perspektywa dalszego życia, która w starszym wieku sięga kilkunastu nawet lat. Powstają ważne pytania: Czy nie warto podjąć większego ryzyka związanego z cięższą operacją, by dać szansę trwałego wyleczenia? Jak duża byłaby ta szansa?

W praktyce ważna jest uwaga, że ponieważ z wiekiem pogarsza się podstawowa czynność oraz rezerwowe możliwości wszystkich narządów i układów, to w krytycznych sytuacjach chorobowych tym większą wagę należy przywiązać do nadzwyczaj starannej obserwacji i opieki, gdyż nawet bardzo drobne błędy leczących mogą mieć decydujące znaczenie.

Wątpliwości

W chirurgii, podobnie jak w innych dziedzinach medycyny praktycznej, zawsze obecni są dwaj partnerzy. Jeden to pacjent,

z jego chorobami, określonym wiekiem, płcią, stanem socjalnym, uwarunkowaniami środowiskowymi. Drugim jest lekarz przekazujący choremu informacje o stanie zdrowia, rokowaniu, możliwościach leczenia i związanych z nimi niebezpieczeństwach oraz wykorzystujący aktualne, realne możliwości medycyny zgodnie ze swą wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami. I tu dochodzi trudny element uwzględnienia rzeczywistych możliwości wynikających z dostępności oraz kosztów leczenia.

We współczesnej etyce lekarskiej, poza takimi elementami jak troska o dobro chorego (*salus aegroti suprema lex*) i unikanie postępowania mogącego mu zaszkodzić (*primum non nocere*), zwraca się uwagę na świadomy udział pacjenta w decyzji o sposobie leczenia. W ostatnich latach nabrało to szczególnego znaczenia. Relacje między lekarzem a pacjentem musiały ulec zmianie: odchodzi się od paternalizmu, gdy lekarz, opierając się na swej wiedzy i doświadczeniu, dokonywał wyboru sposobu leczenia. Wielką wagę przywiązuje się dzisiaj do partnerskiego traktowania leczonej osoby: lekarz szeroko informuje dorosłego i świadomego pacjenta, pozostawiając mu znaczący wpływ na wybór sposobu postępowania. Uzyskanie zgody powinno nastąpić po objaśnieniu rozpoznania, przybliżeniu prognozy, przedstawieniu zagrożeń i korzyści związanych z różnymi możliwościami leczniczymi. Pacjent musi być zdolny intelektualnie i emocjonalnie do przyjęcia tych wiadomości, a lekarz winien nabrać przekonania, że chory właściwie je zrozumiał.

I właśnie zrozumienie jest ważnym elementem relacji pacjent – lekarz. W praktyce jest to bardzo trudne do spełnienia. Zakres wiedzy o funkcjonowaniu organizmu i własnej chorobie jest często, zwłaszcza u starych osób, bardzo ograniczony, często jednostronny, a nadto obciążony dawnymi, nieraz błędnymi poglądami na leczenie, naiwną wiarą w sugestywne reklamy i prasowe doniesienia o rewelacyjnych „odkryciach” i „przełomach w leczeniu”. Sytuacji nie poprawia powszechny dostęp do internetu, w którym obok informacji rzetelnych znajdują się całkowicie niewiarygodne, ale łatwo przekonujące nieprzygotowanego czytelnika. Ta wyrywkowa i często błędna wiedza utrudnia wzajemne porozumienie i świadome zrozumienie przedstawionych przez lekarza możliwości terapeutycznych.

Starsi ludzie, którzy nagle znaleźli się w obcym, szpitalnym środowisku, zagubieni, często przerażeni, trudniej pojmują swą sytuację. Znaczna ich część ma ograniczone możliwości

pojmovania, potęgowane przez ból, strach i obce otoczenie. Trzeba zatem mieć dużo cierpliwości, mówić nie tylko wolniej, ale i wyraźniej, bo stary człowiek często źle słyszy. Niełatwo też zdobyć przekonanie, że pacjent zrozumiał wszystko i to w taki sposób, w jaki my sami rozumiemy.

Aby być w zgodzie z zasadami etycznymi, trzeba staremu, choremu człowiekowi przekazywać informacje nie tylko dostosowane do jego inteligencji i wiedzy, ale też odnieść się do posiadanych przez niego błędnych informacji.

Dalszy problem napotykaną u starszych pacjentów, u których zachodzi konieczność pilnej, ratującej życie operacji, stanowi szybkie podjęcie decyzji w nagłych przypadkach. Często chorzy chcą wcześniej porozumieć się z rodziną. Czasem wręcz nie da się wytłumaczyć, że operacja późniejsza może być operacją spóźnioną, a także że pilny zabieg, przesuwany na późne, zwłaszcza nocne godziny, będzie wykonywał zmęczony i tym samym mniej sprawny chirurg, co oznacza większą możliwość niepowodzenia.

Czasem lekarz musi wyjść poza ramy partnerstwa i sam zdecydować o formie leczenia, biorąc na siebie jeszcze większe niż zwykle brzemie odpowiedzialności. Zdarza się bowiem, że w krytycznych sytuacjach, gdy dochodzi do najważniejszego momentu: zgodzić się na operację czy nie, słyszymy: „Niech pan doktor zrobi to, co uważa za najwłaściwsze, ja na to się zgadzam, bo ja się na tym nie znam!”. Pacjent w ten sposób przekazuje lekarzowi decyzję wraz z całym ciężarem odpowiedzialności. Zdaje się na jego wiedzę, ufa jego umiejętnościom i zawodowej uczciwości, a być partnerem nie chce lub nie potrafi.

Na przestrzeni ostatniego półwiecza zmieniła się medycyna. Kiedyś wolny zawód pozostawiał wszystkie decyzje lecznicze i finansowe w rękach lekarza odpowiadającego moralnie i prawnie za swe postępowanie. Dzisiaj w publicznych zakładach opieki zdrowotnej lekarz jest wynajętym pracownikiem, ponoszącym nadal odpowiedzialność moralną i prawną za swoje zawodowe decyzje, jednak bezradnym wobec warunków finansowych narzuconych przez publicznego płatnika. Tego z kolei ograniczają niskie środki przeznaczone na zdrowotne potrzeby wszystkich obywateli, zmuszające do wyznaczenia granicy wydatków. W zderzeniu z twardą ekonomią powstają ciężkie problemy moralne i prawne. Ale to lekarze muszą odpowiadać na najtrudniejsze pytania:

Kiedy ma nastąpić kres leczenia? Jak i komu nie odmówić pomocy, jeżeli szpital wyczerpał już wszelkie zasoby finansowe? Czy zdecydować się na tańszą metodę leczenia, jeżeli jest ona gorsza? W jaki sposób przekonać płatnika, że droższe leczenie szpitalne może być inwestycją w zdrowie pacjenta, który dzięki temu w perspektywie wielu lat lub nawet już miesięcy może nie będzie wymagał kosztownej opieki i pielęgnacji, płatnej z innego portfela, na przykład opieki społecznej. Inaczej tę sprawę ujmując, efektem tańszej operacji może być przedłużenie życia pacjenta, ale będzie on skazany na ciągłą i kosztowną opiekę opłacaną nie z portfela opieki zdrowotnej, lecz wspomnianej już opieki społecznej.

Te pytania zadawać musimy szczególnie często wtedy, gdy mamy do czynienia z ludźmi starszymi.

BIBLIOGRAFIA

- Dzidkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.*, Krajowy Rejestr Nowotworów, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Warszawa 2013.
- GUS, *Trwanie życia 2012*, Warszawa 2013.
- GUS, *Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035*.
- Wieczorowska-Tobis K., *Specyfika pacjenta starszego*, w: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2013, s. 18-27.