



**XI. KONGRES in 141. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA  
STAROST, STARANJE IN SKRB ZA STARE**

Ljubljana, 15. in 16. oktober 2004

## POSEBNOSTI KIRURŠKEGA POSEGA PRI STAROSTNIKU

PARTICULARITY OF THE SURGICAL PROCEDURE IN ELDER PEOPLE

*Mihael Zajec*

Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Splošna bolnišnica, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec

Prispelo 2004-08-13, sprejeto 2004-09-16; ZDRAV VESTN 2004; 73: 773-6

**Ključne besede:** *etika; drugačnost; operativne tehnike; kratka hospitalizacija; nega*

**Key words:** *ethics; being different; operative techniques; short hospitalisation; medical care*

**Izvleček** – Z daljšanjem življenjske dobe se povečuje delež starejših bolnikov, ki potrebujejo operativno zdravljenje. Zaradi pogostih spremljajočih bolezni in tveganosti potrebujejo starostniki skrbno etično presojo glede utemeljenosti predvidenega operativnega posega, interdisciplinarno pripravo in odlično izvedbo zdravljenja. Ob upoštevanju posebnosti starostnikov morajo biti kirurški posegi opravljeni varno, ker lahko vsak zaplet dodatno ogrozi zdravje in življenje starostnika. Najpomembnejši cilj kirurškega zdravljenja po dobri operativni oskrbi, dobri analgeziji, zgodnji rehabilitaciji in čim krajši hospitalizaciji je, da se starejši bolniki zopet vrnejo v svoje stalno bivalno okolje k svojim vsakodnevnim dejavnostim.

**Abstract** – Life expectancy is getting longer and that is why a number of older patients who need surgical treatment increases. Due to accompanying illnesses and risks older patients need to be considered with careful ethical judgement of the necessity of the upcoming surgical procedure, interdisciplinary preparation and excellent performance of the treatment. Considering that older people have special needs, surgical procedures must be performed riskless and safely, because any complication may additionally threaten their health and life. The most important aspect/goal of surgical treatment after a qualitative postoperative care, proper analgesia, early rehabilitation and the shortest hospitalization period possible, is to send older patients back to their home environment and everyday activities as soon as possible.

### Uvod

Z napredovanjem sodobne medicine se podaljšuje življenjska doba ljudi. Z večjo kronološko (nad 65 let) in pomembnejšo biološko starostjo se praviloma večja število bolezni posameznika in pogostnost nekaterih kirurških posegov. Po predlogu Svetovne zdravstvene organizacije govorimo o starejših ljudeh v starostnem obdobju od 65 do 75 let, o starih osebah v obdobju od 76 do 90 let in o zelo starih osebah, kadar so le-te starejše od 90 let. Različne bolezni ter njihovo zdravljenje medsebojno vplivajo ena na drugo. Pri bolnikovih normalnih aktivnostih je zdravstveno ravnotežje ob kroničnem zdravljenju minimalno stabilno, vsak stres, okužba, travma ali operacija pa močno vplivajo na homeostatski mehanizem.

### Značilnosti kirurškega bolnika

Pri obravnavi starostnika se moramo zavedati, da starost in staranje ni bolezen, temveč le z genskim zapisom programirani fiziološki proces. Temeljna značilnost staranja je upočasnitev in zmanjšanje različnih procesov, ki vzdržujejo integri-

teto delovanja človeškega telesa. Posledično pride do zmanjšanja funkcij različnih organskih sistemov (1). Vsakega starostnika je zato potrebno pred programsko ali nujno operacijo individualno pregledati, opraviti potrebne preiskave, zatem pa oceniti ter pripraviti za anestezijo in operacijo. Poleg glavne kirurške diagnoze, ki je povod za operacijo, morajo biti pri starostniku pred operacijo potrjene in ocenjene tudi vse bistvene spremljajoče bolezenske diagnoze – ne zadostuje le **sum** na posamezne bolezni, ki so pogostejše v določeni kronološki starosti (2). Za dobro pripravo starostnika na operativni poseg je potreben interdisciplinarni pristop – sodelovanje strokovnjakov z različnih področij: izbrani osebni zdravnik, kirurg, internist, anesteziolog, ginekolog, radiolog, transfuziolog oz. specialist ustrezne stroke glede na bolnikove spremljajoče bolezni. Vodja celotne zdravniške ekipe je praviloma pooblaščen zdravnik oz. sobni zdravnik na oddelku. Ugotovitve in napotki posameznih v zdravljenju sodelujočih strokovnjakov morajo biti čitljivo dokumentirani, da ne pride do napak. Bolnik oz. njegovi svojci morajo ob sprejemu v bolnišnično obdelavo prinesiti tudi vso bolnikovo dotlejšnjo medicinsko dokumentacijo, da se skrajšajo diagnostični postopki in se ogremo nepotrebnim podvajanjem preiskav.

## Štiri osnovna načela medicinske etike veljajo tudi za kirurške bolnike starostnike!

Pred vsako pomembnejšo odločitvijo v postopku diagnostike in zdravljenja si moramo zastaviti štiri osnovna vprašanja:

1. koristnost posega (ali je dobro za bolnika?)
2. neškodljivost za bolnika
3. avtonomnost odločitve bolnika
4. pravičnost (upoštevati pravice posameznika v odnosu do družbe)

Etične dileme se pojavijo, ko nastane konflikt med posameznimi načeli. Ko se znajdemo pred etično dilemo, si moramo priklicati v spomin vsa zgoraj navedena etična načela in skrbno pretehtati primer. Na ta način bomo optimalno razrešili tudi težke dileme, posebej če upoštevamo še dejstvo, da ne smemo nobenemu bolniku odkloniti diagnostičnega postopka in zdravljenja samo zato, ker je star.

Če bi izjemno strogo upoštevali načelo neškodljivosti, sploh ne bi nikoli pri bolniku uporabili skalpela ali druge agresivne metode. V praksi se ob konkretnem bolniku starostniku velikokrat odločamo, ali bomo uporabili operativno pot ali se ognili operacije, oziroma bolje: ali bo operacija povzročila bolniku več škode ali več koristi. Odločitev ni vedno lahka!

*Primer: Pri starejšem bolniku, ki je imel občasne zmerne težave v spodnjem delu trebuha, v ambulantni niso naredili vseh diagnostičnih postopkov zaradi tega, ker domnevno ne bi bil sposoben za morebitno programsko operacijo. Čez leto pri istem bolniku nastane ileus in je potrebna nujna operacija zaradi kolorektalnega tumorja, ki zapira črevo. Možnosti za uspešni potek in konec zdravljenja so manjše kot pred letom, vendar obstajajo in bolnik operacijo lahko preživi. Pri tehtanju koristi in škode za tega bolnika bo abdominalni kirurg utemeljeval prednosti kirurškega posega tudi pri napredovalem kolorektalnem raku.*

Tudi načelo avtonomije bolnika je lahko zelo zapleteno pri starejših bolnikih. Pri odraslem bolniku, ki je mentalno orientiran (luciden), ni zgornje starostne meje glede odločanja o svojem zdravljenju – samo bolnik sam, ne njegovi sorodniki, odloča v pogovoru z zdravnikom o svojem zdravljenju (2) in podpiše pisno soglasje.

Če je starejši bolnik mentalno neprišteven (ni luciden), njegovi sorodniki ne morejo odločati o zdravstvenih postopkih v bolnikovem imenu. Zdravniki, ki takega bolnika zdravijo, morajo sprejeti na osnovi medicinske etike in morale – odločitev o zdravstvenih postopkih, ki so v dobro bolnika; seveda ob upoštevanju mnenja ožjih sorodnikov, ki zagovarjajo bolnikove verjetne želje.

*Primer neupravičene diskriminacije je tudi ravnanje farmacevtskih družb, ki nova zdravila preizkušajo samo na mladih prostovoljcih, čeprav je znano, da je delovanje na ostarelem organizmu lahko drugačno in da mora biti odmerjanje pogosto mnogo manjše (3).*

Dilema, »kaj storiti«, se pojavi, če svojci prosijo, da zdravnik ne bi povedal diagnoze bolniku.

## Pojav rakastih bolezni pri starostnikih

Rak je pogostejši v starejših življenjskih obdobjih kot v mlajših. Pogostnost bo predvidoma še naraščala, večal se bo tudi delež starostnikov v sestavi prebivalstva, zlasti v razvitem delu sveta. Nad 70 let stare ženske imajo najvišjo pojavnost in smrtnost zaradi raka dojke. Bolniki, stari nad 80 let, imajo eno četrtno vseh primerov kolorektalnih rakastih obolenj. Število rakastih obolenj na debelem črevesu se je v zadnjih 20 letih v tej starostni skupini povečalo za 70% (4).

## Ali je starejši bolnik drugačen?

### Biološke in fiziološke razlike zaradi starosti

Za mnoge tumorje, predvsem za tumorje dojke, prostate in za pljučnega raka je dokazano, da je njihova tumorska biologija v različnih življenjskih obdobjih različna, z variacijami pri vzorcih rasti in času podvajanja ter ostalih značilnostih. Stara tkiva na splošno lahko nudijo manj ugodno mikrookolje za podporo hitre rasti tumorja, zato se histološko enaki tumorji obnašajo različno pri starejšem oziroma mlajšem bolniku. To spoznanje bi lahko uporabili proti naraščajoči neodzivnosti na kemoterapijo in za skrajšano obdobje remisije pri starostnikih za nekatere oblike raka, npr. tumorje jajčnika in hematološke malignome (4).

Za ocenitev predoperativnega zdravstvenega stanja bolnika, njegove glavne in spremljajočih bolezni, s pomočjo točkovanja, ki oceni verjetnost smrti in morbiditete, povezane z anestezijo in operacijo, je bilo doslej razvitih že več sistemov: npr. ASA, APACHE, POSSUM, p-POSSUM, PACE. Sistem PACE (Preoperative Assessment of Cancer in the Elderly) je ciljno namenjen starejšim bolnikom z rakom. Omenjen sistem omogoča širšo geriatrično oceno bolnikovega stanja in poskuša razjasniti, za katerega bolnika bi bila primernejša katera od številnih možnosti zdravljenja, oz. kateri od bolnikov ni primeren za obsežne operativne posege (4).

### Razlike v stanju ob pregledu

Spreminjanje lege malignega tumorja z naraščajočo starostjo je dobro znano pri kolorektalnem in želodčnem raku: želodčni rak se seli vedno bolj proti distalnemu delu želodca, rak debelega črevesa pa se pojavlja v desnem, ascendentnem kolonu dvakrat pogosteje pri starejših kot pri mlajših. Te anatomske razlike so torej odvisne od starosti, podobno kot biološke, kjer prav pri želodčnem raku starostnikov ugotovljamo, da so manjši in bolj diferencirani tumorji, četudi so pogosto subserozno invazivni in metastazirajo v bezgavke.

V svetu se ponekod dogaja, da pri starih bolnikih ne opravijo vseh diagnostičnih in terapevtskih posegov, ki bi jih bilo potrebno opraviti ob sumu na določeno bolezen. Barchielli in sodelavci so prikazali trikrat manjšo pojavnost raka dojke v tretjem stadiju pri bolnicah, starih nad 80 let, v primerjavi z mlajšimi in zabeležili, da sploh ne izvajajo odstranitve in pregleda pazdušnih bezgavk pri bolnicah, ki so starejše od 80 let. Podobno so De Rijke in sodelavci pokazali, da je večji del v literaturi prikazanih primerov bolnikov s tumorji brez znanege stadija in brez histološke ali citološke diagnoze prav iz vrst starostnikov (4).

### »Šibek« starostnik

V medicinski literaturi ta izraz ni natančno opredeljen, predstavlja pa človeka, ki ima skromno fiziološko rezervo, več ponavljajočih se kroničnih bolezni, več sprejemov v bolnišnico, zapletene medicinske in psihološke probleme ter morebiti še omejeno socialno podporo. Takšnemu stanju se z naraščajočo starostjo pridružijo še spremljajoče bolezni ožilja, srca in dihal, ki skupaj s funkcionalnim poslabšanjem stanja organizma povečajo tveganje za nastanek zapletov pri zdravljenju in povečujejo smrtnost zaradi raka. Tudi pomanjkanje natančnih informacij o zdravljenju starostnikov z rakom na osnovi z dokazi podprte medicine je lahko neposredno vplivalo na klinično prakso, da se v preteklosti precejšnjemu številu teh bolnikov ni omogočilo ustrezne kirurške oskrbe, obsevanja in kemoterapije (4).

### Prehranjenost starostnika

Slaba prehranjenost je precej prisotna med »zdravo« geriatricno populacijo in prizadene do 12% moških ter 8% žensk,

medtem ko je podhranjenost zabeležena pri do 60% vseh bolnišnično zdravljenih starostnikih v Evropi. Takšne ugotovitve vplivajo na rezultate zdravljenja starostnikov in statistiko smrtnosti, lahko pa tudi do šestkrat povečajo kirurške zaplete pri tistih starostnikih, kjer je bila zabeležena predoperativna podhranjenost. Starostniki potrebujejo v mirovanju manj energije kot mlajši bolniki, ker je proces staranja povezan z nekaterimi spremembami v sestavi in delovanju človeškega telesa, zato imajo tudi relativno več maščob in manjšo telesno celično maso. V praksi zadostuje dajanje 30–35 kcal/kg t. t. dnevno za pokrivanje osnovne porabe energije ob omejeni telesni dejavnosti. V primeru povečane porabe energije (poškodbe, malignom, povišana temperatura...) ali/in podhranjenosti pa je potrebno količino kalorij povečati.

### **Psihološko stanje**

Starejši ljudje običajno razvijejo večino obvladovanja stresa, ki manj rani njihovo duševno zdravje in psihično delovanje. Čeprav je visoka starost dejavnik tveganja za depresijo in samomorilnost, se starejši ljudje z rakom na splošno bolj pozitivno odzivajo na operativne tehnike, ki varčujejo tkiva operiranih organov. Pri starostnikih ni velike razlike v kakovosti življenja po ugotovitvi diagnoze »rak« v funkciji časa. Ugotovitve kažejo, da zdravniki potrebujejo veliko manj časa za sporočanje novice o diagnozi rak starejšim bolnikom kot mlajšim in o načrtu za nadaljnjo zdravstveno obdelavo (4). Pri starostnikih se v času bolnišničnega zdravljenja ob poslabšanju bolezenskega stanja in še posebej po anesteziji in operaciji sorazmerno pogosto pojavi stanje akutne zmedenosti in/ali delirij, ki imata lahko veliko vzrokov. Bolniki z demenco so dovzetnejši za nastanek akutne zmedenosti (5). Potrebno je hitro in učinkovito zdravljenje, ki lahko traja več dni.

### **Optimiziranje kirurških posegov za starostnike**

V zadnjih desetletjih sta se močno spreminjala spekter najpogostejših operacij pri starostnikih kot tudi število posameznih vrst operacij. Nekateri (predvsem programski) operativni posegi, ki so se nekoč opravljali le pri bolnikih v mlajših letih, oziroma v pridobitnem življenjskem obdobju, se sedaj, ko se je močno podaljšala povprečna življenjska doba, opravljajo tudi v »kasnejših« letih. Za nujne operativne posege starostnih omejitev seveda ni.

Pred operacijo starostnikov je potrebno opraviti skrbno tinsko obravnavo, izbrati ustrezno anestezijo in čim varnejšo operativno tehniko ter vrsto operacije s čim manjšim tveganjem za nastanek operativnih zapletov.

### **Anestezija**

Zaradi bolj ali manj številnih sočasno prisotnih kroničnih boleznih (55% ljudi nad 65 let ima pomembne simptomatske degenerativne spremembe na sklepih, 45% bolnikov ima povišan arterijski tlak, 40% ima okvare sluha, 35% ima bolezn srca in 25% ima motnje vida (6) ter mnogi sladkorno bolezen) ob glavni diagnozi, zaradi katere operiramo bolnika, je zelo pomemben izbor najprimernejše anesteziološke tehnike. Uporabljamo splošno anestezijo z minimalnim vplivom na pljučni, srčni in žilni sistem ali kombinacijo splošne anestezije z različnimi regionalnimi ali infiltrativnimi anesteziološkimi tehnikami. Vse več operacij se, če je le možno, naredi v regionalni ali lokalni anesteziji, ker vplivata zaščitno na pooperativno pljučno funkcijo, bolnik potrebuje manj sedacije in praviloma omogočata zgodnejšo mobilizacijo bolnika po operaciji, če sama narava operativnega posega to dopušča (7). Pri operacijah travmatoloških in ortopedskih bolnikov na udih imata regionalna in lokalna anestezija prednost.

### **Izbor operativne tehnike in vrste operacije**

Ker se kirurške tehnične podrobnosti pri operacijah mlajših bolnikov in starostnikov ne razlikujejo, uporabljamo za posamezne vrste operacij enake instrumente in enake metode operiranja (v številnih primerih, kjer je le možno, pa minimalno invazivno tehniko). Poudariti je treba, da se je včasih, izjemno, pri nujnih operacijah zaradi spleta okoliščin, predvsem pa zaradi slabega starostnikovega splošnega zdravstvenega stanja in nujnosti operativnega posega, treba omejiti na enostavnejši, kratek in predvsem najbolj varen operativni poseg s kar najmanj možnimi zapleti, ki velikokrat v nujni situaciji rešuje življenje (8). Vsak zaplet po operaciji bi lahko dodatno ogrozil zdravje in življenje starostnika! Če narava bolezn in/ali operacija zahteva, dobivajo perioperativno antibiotike.

*Primer: zelo star bolnik v slabem splošnem stanju in s številnimi spremljajočimi nezdravljenimi boleznimi, z zaporo debelega črevesa in/ali predrtjem stene debelega črevesa zaradi raka bo nujno oskrbljen tako, da se odpravi zapora prehoda blata in vetrov z izrezom rakastega segmenta črevesa v zdravo in izpelje dovodni del črevesa na trebušno steno ter zašije (slepo zapre) odvodni del odrezanega debelega črevesa (operacija po Hartmanu), če se med operacijo oceni, da so anatomske in patološke razmere v trebušni votlini neugodne za varno izdelavo spoja (anastomoze) med obema preostalima koncema črevesa po izrezu tumorja v zdravo. Če se pa med operacijo, po izrezu tumorja, pokaže možnost za izdelavo varnega in hitrega spoja med preostalima koncema zdravega črevesa, se črevesna vsebina izprazni in naredi črevesna anastomoza – največkrat z avtomatskim črevesnim spenjalnikom. Razbremenilno (začasno) pokrito ali odprto ileo/ceko-stomo se nastavi po potrebi, glede na najdeno stanje v trebuhu.*

*Drugi primer: zlom kolka pri zelo starem bolniku, ki pred poškodbo več mesecev ali let ni hodil. Za zmanjšanje bolečin in lažjo posteljno nego izberemo enostavnejši način spajanja zlomljenih kosti.*

Posamezne primerljive primere v podobnih okoliščinah najdemo tudi na področju žilne in srčne kirurgije, urologije, nevrokirurgije, ortopedije, torakalne kirurgije, okulistike..., kjer je med operiranimi bolniki veliko starostnikov, od katerih mnogi, predvsem ob nujnih sprejemih in operacijah, niso v »najboljši koži«.

### **Zdravljenje bolečin pri starostnikih**

Mnogi starostniki trpijo zaradi kroničnih bolečin, ki se z naraščajočo starostjo in pogostim slabšanjem degenerativnih boleznih z leti še povečujejo. Na ocenjevanje bolečine pri starostniku vplivajo motnje vida, sluha in motorične funkcije ter kognitivno pešanje, delirantna stanja in demenca. Trideset odstotkov starostnikov ni zmožnih oceniti bolečine s pomočjo vizualne analgetične lestvice (VAS). Starostnike, ki niso zmožni sodelovanja, opazujemo in poskušamo ugotoviti, koliko jih boli, po njihovem obnašanju. Ugotovljeno je, da lajšanje bolečine pogosto zmanjša nemirnost močno demenčnih bolnikov. Nasploh si moramo za starostnike vzeti čas in jim bolečino meriti z njim primernimi pripomočki, potrpežljivim intervjujem in opazovanjem obnašanja (9). Ob morebitni poškodbi ali kirurški bolezni in operaciji se pojavijo še dodatne močne bolečine, ki jih je potrebno skrbno zdraviti. Zaradi kroničnih bolečin starostniki več let uživajo analgetike iz različnih skupin zdravil, delno pod nadzorom svojega zdravnika, delno pa tudi po svoji volji in po svoji izbrani kombinaciji ter količinah. Ker so med temi analgetiki pogosto tudi acetilsalicilati in nesteroidni antirevmatiki, ki delujejo agresivno na slu-

znico prebavil, ugotavljajo številni avtorji (10, 11) porast pojava akutnih krvavitev iz zgornjih prebavil, predvsem iz dvanajstnika in želodca ter povečanje števila perforacij razjede na dvanajstniku pri starostnikih. Primarna oskrba krvavitev iz zgornjih prebavil je že precej let uspešno v rokah endoskopi- stov in gastroenterologov. Kirurgi stopijo na sceno šele, če je krvavitev zelo obilna ali je ne uspejo zaustaviti v nekaj gastro- duodenoskopskih sejah oziroma v primeru predrtja razjede in razvoja akutnega kirurškega abdomna.

## Antikoagulantno zdravljenje

Zadnje desetletje se vedno bolj širi krog indikacij za dajanje heparina kirurškim neoperiranim, predvsem pa operiranim bolnikom starostnikom v času bivanja v bolnišnici in tudi doma.

Vse več starostnikov uživa trajno antikoagulantno zdravljenje v obliki tablet zaradi različnih vzrokov. Če se zdravljenje dobro vodi, navadno ni problemov. Velikokrat pa starostniki jemljejo zdravilo doma po svoji volji in ne hodijo na redne laboratorijske in zdravniške preglede. Če je potrebna nujna operacija, moramo bolnika hitro prevesti na intravensko zdravljenje. Pred programskimi operacijami je potrebna predoperativna sprememba tabletnega zdravljenja z dolgotrajno delujočimi antikoagulantnimi zdravili v zdravljenje z injekcijami standardnega heparina ali nizkomolekularnega heparina pod nadzorom zdravnika in opustitev jemanja acetilsalicilatov nekaj dni pred predvideno operacijo.

## Rehabilitacija

Za večino operiranih bolnikov, tudi starostnikov (razen redkih izjem, kjer zaradi same narave poškodbe, bolezni ali operacije to ni možno ali ni dovoljeno), je koristno:

- zgodnje izvajanje dihalne in gibalne fizioterapije v mejah dopustnega;
  - vzpostavitev peristaltike (odvajanja vetrov in blata);
  - zgodnja mobilizacija ob sodelovanju strokovnega osebja.
- Vstajanje iz postelje, ko je to možno, je koristno za preprečevanje pooperativnih zapletov, pomeni pa običajno tudi hitrejšo ponovno osamosvojitev starostnika, ki mu vsako bivanje v bolnišnici ali drugačnem okolju, kot ga je vsakodnevno navajen, pomeni hudo stresno situacijo. Skrajševanje »ležalne« dobe je zato dvojno ali celo trojno koristno, saj se s skrajševanjem hospitalizacije zmanjšujejo tudi finančni stroški.

## Enodnevna bolnišnica in ambulantna oskrba starostnikov

V zadnjih letih se je tudi pri nas začelo izvajati vse več manj zahtevnih diagnostičnih postopkov in postopkov zdravljenja, vključno z nekaterimi operacijami, ki so se prej izvajale samo na bolniških oddelkih in vključevale nekajdnevno hospitalizacijo, na osnovi t.i. enodnevnih in dnevne bolnišnice ali pa ambulantno. Na ta način opravimo v bolnišnici strokovni poseg v ustrezno opremljenih prostorih in na specialistični ravni. Bolnika zadržimo na opazovanju po posegu praviloma toliko časa (nekaj ur), da mine neposredna pooperativna ne-

varnost za razvoj zapletov in izzvenijo morebitni stranski učinki anestezije, ki je bila uporabljena. Ob takšni oskrbi bolnik ni iztrgan iz svojega okolja, ker se vanj istega ali najkasneje naslednjega dne vrne. Takšna organizacija bolnišničnega dela pa pomeni veliko večjo obremenitev za osebje bolnišnice, svojce bolnika starostnika in zaposlene v zdravstvenem domu ter patronažni službi.

## Zaključki

Starostniki so kljub prizadevanjem zdravstvene službe, socialne službe, svojcev in drugih, ki sodelujejo pri njihovi oskrbi, včasih manj obsežno oskrbljeni kot mlajše skupine bolnikov, kar ni vedno v skladu z etičnimi in moralnimi medicinskimi normami.

Velikokrat je že ČAS, ki mine od začetka bolezenskih znakov doma, do klica za zdravstveno pomoč in odhoda do zdravnika predolg, ker se starostniki (in nekateri njihovi svojci) ne zavedajo resnosti svojega (svojčevega) spremenjenega zdravstvenega stanja. Ta ključni element je pogosto kriv, da se zamudi za zdravljenje najugodnejše zgodnje obdobje bolezni. Velikokrat so za zamudo krivi tudi neznačilni bolezenski znaki, upočasnjenost ali slaba pomicnost starostnika, zato težje pokliče pomoč. Krhko vitalno ravnotežje posameznika starostnika se ob kombinaciji akutne bolezni in/ali poškodbe z operacijo in spremljajočimi boleznimi podira kot niz domin. Zdravstvena služba potem na vseh ravneh po svojih močeh rešuje zahtevno stanje. Pogosto so potrebni veliki telesni, duševni in gmotni napor strokovnih služb, da se vrne operirani starostnik po zdravljenju na kirurških oddelkih (in/ali oddelkih za intenzivno terapijo) v izboljšanim stanju v svoje prejšnje bivalno okolje. Njegovo zdravstveno stanje se velikokrat vzpostavi (če se sploh) šele po daljšem obdobju od trenutka, ko se je vrnil iz bolnišnice. Svojci in primarna zdravstvena služba pri tem prispevajo pomemben delež.

## Literatura

1. Poredoš P. Značilnosti zdravstvene obravnave starostnikov. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 536-8.
2. Seymour DG. Gastrointestinal surgery in old age: issues of equality and quality. *Gut* 1997; 41: 427-9.
3. Trontelj J. Etična vprašanja medicine v starosti. In: Zbornik predavanj / 8. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 5-12.
4. Audisio RA, Bozzetti F, Gennari R et al. The surgical management of elderly cancer patients: recommendations of the SIOG surgical task force. *Eur J Cancer* 2004; 40: 926-38.
5. Roš T, Salobir U. Akutno stanje zmedenosti (ASZ) in delirij pri bolniku z rakom. *Onkologija* 2004; 1: 31-4.
6. Šabovič M. Sodobna načela internistične geriatrije. *Issis* 2004; 8-9: 37-40.
7. Cesar-Komar M, Vodopija N, Zajec M. Multimodal compound analgesia after the laparoscopic cholecystectomy. *Zdrav Vestn* 1999; 68: 549-54.
8. Faivre-Finn C, Bouvier-Benhamiche AM, Phelip JM, Manfredi S, Dancourt V, Faivre J. Colon cancer in France: evidence for improvement in management and survival. *Gut* 2002; 51: 60-4.
9. Krčevski-Škvarč N. Doživljanje bolečine pri starostniku. In: Zbornik predavanj / 8. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 15-21.
10. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *BMJ* 1995; 311: 222-6.
11. Higham J, Kang J-Y, Mayeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subjects. *Gut* 2002; 50: 460-4.