

Anna Strzałka

Oddział Urazów Oka Wojewódzkiego Szpitala Okulistycznego w Krakowie

Choroby okulistyczne wymagające hospitalizacji u pacjentów w podeszłym wieku

Ophthalmologic diseases in elderly patients requiring hospitalization

Abstract

Background. Demographic changes cause that more and more elderly patients require ophthalmologic treatment. The aim of the study was to compare the number of the patients and the reasons of hospitalization in the oldest age group.

Material and methods. 115 patients over 80 years old who were admitted to the Department of Eye Injury of the Ophthalmologic Hospital in Kraków in 1995 and 2005 were included in the study. The numbers of patients and the reasons of hospitalization were compared in both analyzed periods.

Results. In 1995 there were only 15 elderly patients, but in 2005 there were already 100 octogenarians treated in the hospital. It means that the number of admissions increased more than six times in that age group. The most frequent reasons of hospitalization were: cataract, eye injury, eyelid tumors, iridocyclochoroiditis and diseases of the protective apparatus of the eye.

Conclusions. The number of patients over 80 years old requiring ophthalmologic hospital treatment increased considerably in compared periods of time.

key words: ophthalmologic diseases, elderly patients, reasons of hospitalization

Wstęp

Postęp cywilizacyjny, poszerzanie się stref dobrobytu, a przede wszystkim znacząca poprawa w opiece medycznej powodują, że średni czas życia systematycznie się wydłuża. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w ciągu ostatnich 50 lat przeciętna długość życia Polaków zdecydowanie wzrosła — w 2004 roku wynosiła dla mężczyzn 70,67 roku, a kobiet 79,23 roku, podczas gdy w 1954 roku odpowiednio: 59,8 roku i 65,06 roku.

W państwach uprzemysłowionych osoby w podeszłym wieku stanowią najszybciej rosnącą grupę

społeczną. Obecnie około 7% Amerykanów jest w wieku powyżej 80 roku życia, a ocenia się, że za 15 lat ten odsetek będzie wynosił już 10%. Podobne przemiany struktury demograficznej zachodzą także w społeczeństwie polskim. Powoduje to stały wzrost liczebności populacji osób w wieku podeszłym, która stanowi także coraz większy odsetek ogółu ludności. W następnych dziesięcioleciach jednym z głównych problemów opieki zdrowotnej w krajach uprzemysłowionych będzie sytuacja związana z szybkim starzeniem się populacji. W konsekwencji coraz więcej osób w starszym wieku będzie wymagało także leczenia okulistycznego, w tym hospitalizacji.

Najczęstszymi chorobami okulistycznymi wymagającymi leczenia w wieku podeszłym są: zaćma, degeneracja plamki związana z wiekiem, jaskra, retinopatia cukrzycowa oraz choroby aparatu ochron-

Adres do korespondencji:
lek. Anna Strzałka
Oddział Urazów Oka
Wojewódzkiego Szpitala Okulistycznego w Krakowie
ul. Dożynkowa 61, 31–214 Kraków
tel.: (012) 415 64 44
e-mail: anna.strzalka@interia.pl

nego oka [1]. Część tych schorzeń leczy się jednak ambulatoryjnie.

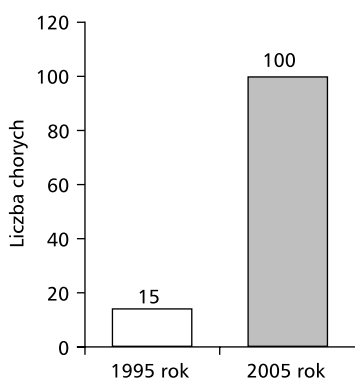
Celem niniejszej pracy jest porównanie liczby i przyczyn hospitalizacji ze wskazań okulistycznych w najstarszej grupie chorych w wieku powyżej 80 roku życia.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę pacjentów powyżej 80 roku życia hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Okulistycznym w Krakowie na Oddziale Urazów Oka w 1995 roku oraz w 2005 roku. W 1995 roku było to zaledwie 15 osób, a 10 lat później już 100 (ryc. 1). Przyczynami hospitalizacji były: choroby aparatu ochronnego oka, zaćma, urazy wymagające zapartrzenia chirurgicznego oraz stany zapalne błony naczyniowej i schorzenia nerwu wzrokowego. W kilku przypadkach wskazaniem do leczenia okulistycznego była jaskra następcza bolesna oraz owrzodzenia rogówki.

W 1995 roku w tej najstarszej grupie wiekowej leczono 15 osób (średnia wieku 83,47 roku) [(SD, standard deviation) = 2,26]. Było wśród nich 3 mężczyzn (20%) (średnia wieku 82,33 roku) (SD = 1,53) oraz 12 kobiet (80%) (średnia wieku 83,75 roku) (SD = 2,38). Najstarszy mężczyzna miał 84 lata, a kobieta 87 lat.

Natomiast w 2005 roku w tej samej grupie wiekowej hospitalizowano ogółem 100 pacjentów (średnia wieku 83,35 roku) (SD = 3,31), w tym 33 mężczyzn (33%) (średnia wieku 83,12 roku) (SD = 3,03) oraz 67 kobiet (67%) (średnia wieku 83,46 roku) (SD = 3,45). Najstarszy mężczyzna miał 93 lata, a kobieta 95 lat.



Rycina 1. Liczba chorych powyżej 80 roku życia hospitalizowanych w latach 1995 i 2005

Figure 1. Number of the patients over 80 years old admitted in 1995 and 2005

Wyniki

W porównywanych latach nastąpił ponad 6-krotny wzrost liczby pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia wymagających hospitalizacji z przyczyn okulistycznych. W 1995 roku było ich tylko 15, a 10 lat później 100. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji zarówno w 1995 roku, jak i 10 lat później była zaćma. Kolejnymi co do częstości przyczynami hospitalizacji były: urazy narządu wzroku, nowotwory powiek, zapalenia błony naczyniowej oraz schorzenia aparatu ochronnego oka. W 2005 roku dodatkową przyczyną hospitalizacji pacjentów powyżej 80 roku życia, której nie stwierdzono w 1995 roku, były: przednia niedokrwienna neuropatia nerwu wzrokowego, owrzodzenia rogówki, opadanie powiek oraz urazy leczone zachowawczo.

Przyczyny hospitalizacji w obydwu analizowanych okresach przedstawiono w tabeli 1.

Dyskusja

Największą grupę pacjentów stanowiły osoby hospitalizowane w celu operacji zaćmy. Prawidłowa soczewka jest przezroczysta. Jakielwiek zmętnienie, czy to jej istoty właściwej, czy torebki, określa się jako zaćmę. Soczewka składa się z jądra o zwartej strukturze, otoczonego przez korę. Powstające w ciągu całego życia włókna soczewki odkładają się pod torebką, spychając jej istniejące warstwy w głąb soczewki. W ten sposób wraz ze starzeniem się organizmu soczewka zwiększa zarówno swoją średnicę, jak i wymiar przednio-tylny. Zaćmę starczą można traktować jako wskaźnik ogólnego starzenia się tkanek, ponieważ zmiany strukturalne białek soczewki przy powstawaniu zaćmy są podobne do zmian zachodzących w innych tkankach. Zaćma rozwija się w ciągu wielu lat, a więc mogą upłynąć dekady między ekspozycją na dany czynnik a powstawaniem zmętnień na tyle intensywnych, że soczewka wymaga usunięcia. Wiele czynników uważa się za kataraktogenne, mimo że ich rola nie jest do końca potwierdzona. Najczęściej podkreśla się znaczenie ekspozycji na promieniowanie UVB. Osoby mieszkające na wsi znacznie częściej przebywają na słońcu, dlatego zaćmę częściej obserwuje się u nich [2]. Zaćma może powstawać z przyczyn ogólnoustrojowych, takich jak: cukrzyca, przewlekła steroidoterapia, wieloletnie zażywanie amiodaronu, soli złota, czy allopurynolu; w przebiegu chorób, takich jak: dystrofia miotoniczna, atopowe zapalenie skóry, neurofibromatozy; jak również w wyniku urazu i w przebiegu schorzeń narządu wzroku, takich jak: przewlekłe zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej, po ostrym ataku

Tabela 1. Przyczyny hospitalizacji w latach 1995 i 2005**Table 1.** Reasons of hospitalization in 1995 and 2005

Przyczyny hospitalizacji	Liczba chorych	
	1995 rok	2005 rok
Zaćma	3	52
Urazy oka	2	9
W tym		
leczone zachowawczo	0	7
leczone operacyjnie	2	2
Guzy powiek	1	8
Zapalenia błony naczyniowej	2	7
<i>Ectropion/entropion</i>	3	6
Skrzydlik	1	5
Neuropatia niedokrwienna	0	4
Opadanie powieki	0	3
Owrzodzenia rogówki	0	3
Jaskra następcza bolesna	2	2
Nieprawidłowy wzrost rzęs	1	1

jaskry, w przebiegu wysokiej krótkowzroczności czy dystrofii siatkówkowych.

Pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Okulistycznym poddano zabiegowi usunięcia zaćmionej soczewki, ze wszczepieniem sztucznej soczewki, co przyczyniło się do poprawy funkcji narządu wzroku.

Osoby w podeszłym wieku ze względu na obniżenie sprawności psychoruchowej dość często ulegają urazom. Niektóre z nich wymagały zaopatrzenia chirurgicznego. U pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Okulistycznego były to: rany powiek, rogówki, twardówki czy operacje odwarstwienia siatkówki. W 2 przypadkach zarówno w 1995, jak i 2005 roku, w wyniku głębokich, przebijających ran, powodujących rozzerwanie gałki ocznej, konieczna była enukleacja. Inne urazy nie wymagały zaopatrzenia chirurgicznego (np. obecność krwi) w przedniej komorze, wstrząśnienie siatkówki, czy oparzenia gałki ocznej wapnem). Enukleację wykonywano również w trybie planowym w 2 przypadkach, zarówno w 1995, jak i 2005 roku z powodu jaskry następczej bolesnej, kiedy leczenie zachowawcze nie spowodowało zmniejszenia dolegliwości bólowych.

Wraz z wiekiem zwiększa się również liczba zmian na powiekach o charakterze nowotworowym. Najczęstszym guzem złośliwym powiek u osób w starszym wieku jest rak podstawnokomórkowy. Najważniejszymi czynnikami ryzyka są jasna karnacja oraz przewlekłe narażenie na działanie promieni słonecznych. W 90% przypadków guz ten lokalizuje się na

skórze głowy i szyi, w tym w 10% przypadków na skórze powiek [3]. Najczęściej rozwija się na powiece dolnej, a następnie (w kolejności zależnej od częstości występowania) w kącie przyśrodkowym, na powiece górnej i w kącie bocznym.

Rak kolczystokomórkowy występuje znacznie rzadziej, ale jest potencjalnie bardziej złośliwy od raka podstawnokomórkowego i często daje przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych. Ponadto może się rozprzestrzeniać wzdłuż nerwów do oczodołu i jam czaszki. Do czynników ryzyka raka kolczystokomórkowego u osób w podeszłym wieku należą: jasna karnacja, przewlekłe, długotrwałe działanie promieni słonecznych, upośledzenie odporności immunologicznej. Może się rozwijać *de novo* lub na podłożu rogowacenia słonecznego. Guz wykazuje powinowactwo do powieki dolnej i brzegu powieki.

Pacjentów, których przyjęto do Wojewódzkiego Szpitala Okulistycznego z podejrzeniem zmian o charakterze nowotworowym powieki, poddano zabiegowi operacyjnego usunięcia guzka, a dalsze postępowanie uzależniono od wyniku badania histopatologicznego.

W kilku przypadkach hospitalizacja osób w podeszłym wieku była konieczna z powodu zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Objawy tego schorzenia to: ból i zaczerwienienie oka, światłowstręt, obniżenie ostrości wzroku. Przewlekłe zapalenie może być bezobjawowe lub przejawiać się wystąpieniem średniego stopnia zaczerwienienia gałki ocznej i postrzeganiem przez pacjenta pływających mętów. Najczęstszymi

przyczynami zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego w starszym wieku są: zapalenie stawów, półpasiec, przerzuty nowotworowe, gruźlica, sarkoidoza, tocznia układowa, łuszczyca, urazy lub zabiegi operacyjne, które w efekcie przerwania ciągłości torebki soczewki powodują kontakt białek soczewki z płynem komorowym, w wyniku czego autologiczne białka stają się autoantygenami. Leczenie polega na miejscowym podawaniu kropli powodujących poszerzenie źrenicy oraz kropli steroidowych lub zastosowaniu iniekcji okołogałkowych steroidów. W zależności od stopnia zawansowania zapalenia stosuje się ogólnie antybiotykoterapię oraz steroidoterapię.

Okres starości predysponuje również do przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego, która polega na całkowitym lub częściowym zawale tarczy nerwu wzrokowego, spowodowanym zamknięciem tętnic rzęskowych tylnych krótkich. Czynniki ogólnoustrojowe predysponujące do tego schorzenia to: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hipercholesterolemia, kolagenoza naczyniowa, zespół przeciwciał antyfosfolipidowych, epizody gwałtownych spadków ciśnienia tętniczego, a do przyczyn okulistycznych przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego należy przebyty zabieg usunięcia zaćmy. Schorzenie to objawia się nagłą, jednostronną, bezbolesną utratą wzroku, ubytkiem typowo dolnej połowy pola widzenia oraz zaburzeniami widzenia barw. Na dnie oka stwierdza się błądź tarczy nerwu wzrokowego z rozlanym lub sektorowym obrzękiem, któremu towarzyszą nieliczne krwotoki w kształcie wrzecion, igieł lub drzazg. Utrata widzenia jest często spostrzegana po przebudzeniu, co sugeruje, że nocne niedociśnienie tętnicze może mieć istotne znaczenie etiologiczne w tym przypadku. Niestety u 30–50% pacjentów w ciągu kilku miesięcy lub lat choroba może się rozwinąć w drugim oku [4]. Leczenie polega na podawaniu środków poprawiających przepływ naczyniowy oraz preparatów witaminowych: Cocarboxylazy i witaminy B₁₂. Należy również leczyć każdą chorobę układową i kategorycznie zakazać palenia tytoniu.

Część pacjentów w wieku powyżej 80 lat hospitalizowano z powodu głębokich trudno gojących się ubytków rogówki. Schorzenie to występuje najczęściej w przebiegu suchego zapalenia rogówki i spojówki, keratopatii neuroporazennej, w której dochodzi do niedomykalności powiek, lub w przebiegu tych chorób, które obniżają czucie rogówki, jak na przykład: wcześniejsze zakażenie wirusem *Herpes zoster*, *Herpes simplex*, stan po uprzednim usunięciu zaćmy lub keratoplastyce. Najczęstszą przyczyną ogólną nie-

gojących się ubytków nabłonka jest neuropatia cukrzycowa. Leczenie zachowawcze obejmuje stosowanie soczewek opatrunkowych, kropli lub żeli nawilżających bez konserwantów, maści antybiotykowych. Leczenie chirurgiczne polega na okresowym zszyciu powiek lub trwałej plastyce kąta bocznego szpary powiekowej w celu wzmocnienia migracji nabłonka i zmniejszenia wysychania.

Zmiany związane z wiekiem dotyczące aparatu ochronnego, które wymagały planowego zaopatrzenia chirurgicznego w tej grupie wiekowej, to: starcze odwinięcie powieki na zewnątrz (*ectropion*), do wewnątrz (*entropion*), starcze opadanie powieki (*ptosis*) czy nieprawidłowy wzrost rzęs (*trichiasis*).

Starcze odwinięcie powieki na zewnątrz jest spowodowane poziomym rozluźnieniem i utratą napięcia włókien mięśnia okrężnego oka z towarzyszącym często osłabieniem więzadeł powiekowych i zespołu mięśnia dźwigacza powieki dolnej. Następstwem zwiócenia tkanek jest wydłużenie i wywinięcie brzegu powieki [5]. Dolegliwości zależą od stopnia odwinięcia powieki dolnej. Gdy odwinięty punkt łzowy nie kontaktuje się z jeziorkiem łzowym, pacjent odczuwa dyskomfort w postaci łzawienia. Na skutek postępu zwiócenia dochodzi do zaawansowanego odwrócenia powieki na zewnątrz, ekspozycji warstwy spojówkowo-tarczki, która staje się sucha, pogrubiała a następnie ulega keratynizacji. Powoduje to nawracające zapalenia spojówek i brzegu powieki, a w stadium zaawansowanym wysychanie nabłonka rogówki, ból, światłowstręt i pogorszenie ostrości wzroku.

Starcze podwinięcie powieki związane z wiekiem jest spowodowane ścieńczeniem i atrofią tarczki, więzadeł powiekowych oraz osłabieniem mięśni refraktorów powieki dolnej. Dotyczy głównie powieki dolnej, ponieważ górna ma szerszą tarczkę i jest bardziej stabilna. Stałe tarcie rzęs o powierzchnię rogówki u chorych z długo trwającym podwinięciem powieki może spowodować podrażnienie oka, punktowane ubytki nabłonka rogówki, a w cięższych przypadkach owrozdzenie rogówki i utratę przejrzystości rogówki.

Starcze opadanie powieki wiąże się ze zmianami zwyrodnieniowymi dotyczącymi rozciągna mięśnia dźwigacza powieki górnej (rozstępem włókien, oderwaniem części włókien od przyczepu lub rozciągnięciem mięśnia dźwigacza). Opadanie jest zwykle obustronne i może być mylnie rozpoznawane jako opadanie towarzyszące miastonii, gdyż zwykle nasila się pod koniec dnia w wyniku zmęczenia mięśnia Müllera, który aby unieść powiekę górną, musi wykonać większą pracę. Nieprawidłowy wzrost rzęs jest bardzo częstym, nabytym schorzeniem, które może występować jako

postać izolowana lub jako wynik bliznowacenia brzo- gu powiek, wtórnie do przewlekłego zapalenia brzo- gów powiek, pólpaśca ocznego albo jaglicy. Tylne ukierunkowanie rzęs wyrastających w prawidłowych miejscach powoduje uszkodzenie nabłonka rogówki i podrażnienie gałki ocznej, które nasila się podczas mrugania. W długotrwałym przebiegu może dojść do owrzodzenia rogówki i utraty jej przejrzystości. Wszystkich pacjentów hospitalizowanych z wyżej wymienionych powodów poddano zabiegom plastyki powiek, przywracając prawidłową anatomię i funk- cję aparatu ochronnego oka.

Niewielką grupę chorych w podeszłym wieku stano- wiły osoby przyjęte w celu operacji skrzydlika, czyli zmienionej zwyrodnieniowo spojówki gałkowej, która poprzez rąbek narasta na rogówkę. Zmiana ma trój- kątny kształt i częściej powstaje u osób narażonych na duże nasłonecznienie. Leczenie operacyjne podej-

mowano ze względów kosmetycznych lub w przy- padku zajęcia przez zmianę włókniasto-naczyniową osi widzenia.

Niektóre częstsze choroby okulistyczne wieku pode- szłego nie wymagają hospitalizacji, jak na przykład degeneracja plamki związana z wiekiem czy retinopa- tia cukrzycowa. Oddział Urazów Oka Wojewódzkie- go Szpitala Okulistycznego nie zajmuje się również leczeniem jaskry i chirurgią ciała szklanego, dlatego analizowana grupa nie obejmowała takich chorych.

Wnioski

W ciągu ostatniego dziesięciolecia znacznie wzrosła liczba osób w wieku powyżej 80 roku życia wyma- gających hospitalizacji z przyczyn okulistycznych. Najczęstszymi przyczynami leczenia szpitalnego w tej grupie wiekowej były: zaćma, urazy oka, guzy po- wiek oraz zapalenia błony naczyniowej.

Streszczenie

Wstęp. Przemiany demograficzne sprawiają, że coraz więcej pacjentów w podeszłym wieku wymaga leczenia okulistycznego. Celem niniejszej pracy jest porównanie liczby i przyczyn hospitalizacji ze wskazań okulistycznych w najstarszej grupie chorych.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 115 pacjentów powyżej 80 roku życia hospitalizowanych w Woje- wódzkim Szpitalu Okulistycznym (WSO) w Krakowie na Oddziale Urazów Oka w 1995 roku i w 2005 roku. W odniesieniu do obu analizowanych okresów porównano liczbę chorych i przyczyny hospitalizacji.

Wyniki. W 1995 roku na oddziale leczono 15 chorych powyżej 80 roku życia, natomiast w 2005 roku leczono aż 100 pacjentów. Oznacza to ponad 6-krotny wzrost liczby leczonych osób w tej grupie wiekowej. Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji były: zaćma, urazy narządu wzroku, nowotwory powiek, zapalenia błony naczyniowej oraz schorzenia aparatu ochronnego oka.

Wnioski. W porównaniu z 1995 rokiem w 2005 roku nastąpił znaczny wzrost liczby pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia wymagających hospitalizacji z przyczyn okulistycznych.

słowa kluczowe: choroby okulistyczne, chorzy w podeszłym wieku, przyczyny hospitalizacji

PIŚMIENNICTWO

1. Ho T., Law N.M., Goh L.G., Yoong T.: *Eye diseases in the elderly in Singapore*. Singapore Med. J. 1997; 38: 149–155.
2. Lesiewska-Junk H., Malukiewicz-Wiśniewska G.: *Zaćma starcza i przedstarza — porównanie pacjentów operowanych w 1990 i 2000 roku*. Klinika Oczna 2002; 104: 5–6: 347–349.
3. Hałoń A., Błażejewska M., Sabri H., Rabczański J.: *Nowotwory i zmiany nowotworopodobne powiek w materiale Za- kładu Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej we Wro- cławiu w latach 1946–1999*. Klinika Oczna 2005; 107: 7–9: 475–478.
4. Kazimierzczuk K., Wilk A., Robaszkiwicz J.: *Nietętnicza neuro- patia nerwu wzrokowego — opisy przypadków*. Klinika Oczna 2003; 105: 3–4: 187–191.
5. Figurka M., Różycki R., Rękas M., Pawlik R.: *Operacje inwolucyj- nego odwinięcia powieki dolnej-opis przypadku*. Klinika Oczna 2003; 105: 3–4: 182–186.