

## Streszczenie

W związku rozwojem technologii i medycyny średnia długość życia w Polsce i na świecie wydłuża się. Szacuje się, że przez najbliższe trzydzieści lat pacjenci w wieku 60 lat i więcej będą stanowili ponad 30% populacji. Stanowi to poważne wyzwanie dla ochrony zdrowia.

Przedstawiony cykl prac naukowych analizuje leczenie pacjentów w wieku starszym przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wiek Podeszłego w Olsztynie z powodu objawów ostrego brzucha. Grupę kontrolną do przedstawionych przypadków stanowią osoby młodsze, hospitalizowane w Klinice także z powodu objawów ostrego zapalenia otrzewnej. Celem niniejszej rozprawy jest analiza leczenia ostrych chorób chirurgicznych u pacjentów wieku starszym, ustalenie czy wiek pacjenta ma wpływ na postępowanie i wyniki leczenia, a także czy istnieje możliwość ustalenia kryteriów leczenia chirurgicznego pacjentów w wieku podeszłym.

Fizjologia pacjentów w wieku starszym znacznie różni się od fizjologii osób młodszych. Wraz z wiekiem zmniejsza się kurczliwość mięśnia sercowego, rezerwa oddechowa, filtracja kłębuszkowa, występują zaburzenia przełykania, motoryki przewodu pokarmowego, następują zaburzenia odpowiedzi immunologicznej, trudności w poruszaniu się, aż wreszcie występuje zespół kruchości. Te i inne zmiany prowadzą do zmian w metabolizmie leków, upośledzenia gojenia ran, zwiększonego ryzyka powikłań okołoperacyjnych, w tym zgonu.

Cykl prac pozwolił na stwierdzenie, że pacjenci w wieku starszym nie mogą być traktowani tak samo jak pacjenci młodszy, co wynika z powyżej opisanych zmian w fizjologii. W przypadku ostrych schorzeń jamy brzusznej należy wybierać procedury małoinwazyjne, w najmniejszym możliwym stopniu ingerujące w organizm. Analiza pacjentów poddawanych operacji usunięcia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego wykazała, że laparoscopia jest bezpieczną i dobrą metodą leczenia tej choroby u pacjentów powyżej 65 roku życia.

Wykazano, że skala POSSUM stanowi dobre narzędzie do oceny ryzyka zgonu i powikłań pooperacyjnych. Należy unikać terapii uporczywej, terapii daremnej, która nie

przedłuży życia pacjenta, a tylko spowoduje przedłużenie cierpienia pacjenta. U chorych, u których ryzyko ewentualnych powikłań przewyższa potencjalne korzyści z operacji powinno rozważyć się stosowanie terapii paliatywnej, polegającej na uśmierzaniu bólu pacjenta, pielęgnacji.

Analiza pacjentów w wieku starszym w porównaniu do pacjentów młodszych wykazała, że wśród danych grup wiekowych przebieg choroby różni się. U pacjentów w wieku starszym, ze względu na szereg chorób towarzyszących mogących tuszować objawy, choroby często przebiegają w sposób odmienny do tego obserwowanego u osób młodszych. Chorzy w wieku powyżej 65 lat wykazują dłuższy okres hospitalizacji, co wiąże się zarówno z opóźnieniem diagnozy, jak i przedłużeniem pobytu w szpitalu wynikające często z braku opieki i niezdolności do samodzielnego funkcjonowania w domu.

Ponadto utworzone powinny zostać zespoły multidyscyplinarne kwalifikujące pacjentów w wieku starszym do leczenia, w tym do leczenia operacyjnego. Zespoły te powinny składać się z przedstawicieli różnych specjalności, w tym chirurgów, anestezjologów, internistów, kardiologów, nefrologów, neurologów, neurochirurgów, a także psychiatrów czy psychologów.